

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 08641 - 63 242

Texte zur Krankenkassenforschung

Albrecht Goeschel

DIE PFLEGEVERSICHERUNG
ALS FAKTOR
FÜR
WIRTSCHAFTSWACHSTUM UND BESCHÄFTIGUNG

15. März 1995

Vortrag
beim
VdK-Forum

Die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit
Evangelische Akademie Tutzing
20. und 21. Februar 1991

Vorbemerkung

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Marquartstein) ist ein gemeinnütziges Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung.

Das Institut ist Mitte der sechziger Jahre gegründet worden und seit Mitte der siebziger Jahre im gesamten Bundesgebiet mit Untersuchungen zur regionalen Gesundheitsversorgung und zur regionalen Krankenversicherung tätig. Daneben befaßt und befaßt sich die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. mit Wirtschafts- und Marktforschung, Verwaltungsforschung, Landesplanung, Stadtsanierung und Gemeindeentwicklung, Energiebedarfsplanung, Wohnungsversorgung sowie Bildungs- und Informationswesen.

Das Institut geht davon aus, daß die absehbare Entwicklung in der sozialen Krankenversicherung und im gesamten Gesundheitswesen auch für die gesamte Volkswirtschaft, die gesellschaftliche Ordnung und für alle Ebenen des Staatswesens von hoher Bedeutung sein wird. Ein Gesamtetat von mittlerweile etwa 170 Milliarden Mark in der sozialen Krankenversicherung und eine Gesamtzahl von über 2 Millionen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sind eine entscheidende wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Größe.

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat sich daher im Frühjahr 1984 entschlossen, in unregelmäßiger Folge Texte zur Krankenkassen-Forschung herauszubringen, die sich mit wichtigen Zukunftsfragen der sozialen Krankenversicherung beschäftigen.

In der vorliegenden Untersuchung werden die gesamtwirtschaftlichen Nutzeneffekte der Einrichtung einer eigenständigen Pflegeeinrichtung in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt.

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.

Marquartstein, den 15. Dezember 1991

1. Kosten und Nutzen der Wiedervereinigung, des Golfkrieges und der Pflegeversicherung

Das vergangene Jahr war ein Jahr, in dem, - wenn es nach dem Wunsch und Willen der Politiker ginge - alle Lehrbücher der Volkswirtschaftstheorie und alle Grundsätze der Nationalökonomie hätten umgeschrieben und aufgegeben werden müssen.

Fünfzehn Jahre lang hat die Politik in der Bundesrepublik Deutschland keine Gelegenheit ausgelassen, dem Publikum beizubringen, daß die Sozialaufwendungen Kosten und Lasten für die Volkswirtschaft, daß die Sozialaufwendungen lästige Kosten für die Einzelunternehmen und daß die Sozialaufwendungen mithin Bremsen für das Wirtschaftswachstum und für die Beschäftigung sind. Das Kostendogma war der einzige und allherrschende Grundsatz in der ökonomischen Theorie der Politiker und auch das Publikum hatte diese Lektion gehorsam gelernt. Über Nacht war dann auf einmal alles ganz anders: Geld spielte keine Rolle, nach den Kosten durfte nicht mehr gefragt werden, aus dem Kostendogma war das Tabuthema geworden.

Die noch immer explodierenden Kosten der Einigung wurden ab sofort dem staunenden Publikum als hochrentable Zukunftsinvestition vorgeführt und die noch nicht absehbaren Kosten und Folgekosten des Krieges in der Golfregion werden als standesgemäßer Eintrittsbeitrag in den Club der Staaten mit besonderer weltpolitischer Verantwortung deklariert. Wer hier von Kosten redet und vor allem nach dem Nutzen fragt, wird als schäbig, unfein, verantwortungslos und ohne Ehrfurcht hingestellt.

Zum großen Glück ist die wirkliche ökonomische Theorie tatsächlich unfein und ehrfurchtslos und muß, weil das die ökonomische Kreislaufbewegung und der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz verlangen, danach fragen, welchen Nutzen bestimmte Kosten überhaupt haben und ob nicht ganz andere Kosten einen viel höheren Nutzen hätten.

So gefragt sieht es gar nicht gut aus für die Einigung und für den Krieg. Rentiert hat sich die Einigung bislang eigentlich so richtig nur für die Politiker selbst - als Import von zusätzlichen Millionen von Wählerstimmen mit allen schönen Folgen wie etwa der Vermehrung von Ämtern und Posten.

Und der Krieg im Nahen Osten ist, ökonomisch gesehen, vor allem auch der Folgeaufwand für eine verfehlte Energiestrukturpolitik und eine enthemmte Exportförderung.

Es mag noch so unfein und ehrfurchtslos sein, aber die Ökonomie stellt hier die Frage, ob es nicht andere Kosten gibt, die nicht nur dem politischen Personal und vielleicht noch einigen besonderen Sparten der Wirtschaft, sondern die den Verbrauchern und die den Steuer- und Beitragszahlern und die zuletzt auch der breiten Masse der Wirtschaftsunternehmen mehr Nutzen bringen als die Haupt- und Staatsaktionen der letzten Zeit.

Es sind- ganz anders als die verschwenderischen Einigungs- und Kriegskosten- die über ein Jahrzehnt als nutzloser Konsum hingestellten Sozialaufwendungen, die allein schon im Gesundheitsbereich mittlerweile ein Bruttoanlagevermögen von über 240 Milliarden Mark, einen Produktionswert von 130 Milliarden Mark jährlich und über 2 Millionen Erwerbstätige positiv finanzieren ¹ und die der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit, d.h. Erwerbs- und Konsumfähigkeit dienen.

Wenn es um die Frage geht, welchen Nutzen bestimmte Kosten haben und wer diese Kosten trägt und wem dieser Nutzen zugute kommt, dann müssen die errechneten 20 bis 25 Milliarden Mark Aufwendungen für eine beitragsfinanzierte Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung und zur Finanzierung einer anständigen Pflegeversorgung als hochpositiver volkswirtschaftlicher Nutzenfaktor bewerten werden. Dies kann an einigen der gesamtwirtschaftlichen Positivwirkungen einer beitragsfinanzierten Pflegeversorgung verdeutlicht werden.

2. Pflegeversicherung als Faktor einer Abmilderung der Außenabhängigkeit der Bundesrepublik Deutschland

Die Bundesrepublik Deutschland verzeichnet seit Beginn der achtziger Jahre, trotz handelsbilanzüberschußverursachter DM-Aufwertung, anhaltend hohe und steigende Außenhandelsüberschüsse.

¹ Vgl. Helmstädter, Ernst: Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung. Hrsg.: Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln 1990, S. 86.

Die Wirtschaftsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland ist daher wachsenden Risiken durch weltwirtschaftliche Nachfrageschwankungen und durch weltwirtschaftliche Ungleichgewichte ausgesetzt, die sie durch ihren Exportboom selbst mitausgelöst hat.

In dieser gefährlichen Situation stellt die Ausweitung der Übertragung von Sach- und Geldleistungen aus der laufenden Wertschöpfung an die nichterwerbstätige Bevölkerung anstatt in die industrielle Ausfuhr, d.h. der Ausbau des Sozialbudgets anstelle einer Steigerung des Exportbooms eine wichtige binnenwirtschaftliche Absicherungsstrategie für ein weiteres und risikofreieres Wirtschaftswachstum dar.²

Vor diesem Hintergrund muß die Errichtung einer beitragsfinanzierten Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung mit einem jährlichen Beitragsvolumen von 20 bis 25 Milliarden Mark als wichtiger Beitrag zur binnenwirtschaftlichen Wachstumssicherung und zur Abmilderung der Außenabhängigkeit der Bundesrepublik Deutschland gesehen werden.

3. Pflegeversicherung als Baustein zur Schließung der Dienstleistungslücke der Bundesrepublik Deutschland

Die Bundesrepublik Deutschland bleibt gegenüber den übrigen Industrienationen seit den sechziger Jahren beim Anteil des Dienstleistungsbereiches an der Wertschöpfung und beim Anteil des Dienstleistungsbereiches an der Beschäftigung deutlich zurück.³

Eine wesentliche Ursache für diese Dienstleistungslücke der Bundesrepublik Deutschland ist dabei die unzureichende Ausweitung der Beschäftigung in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft. So liegt die Bundesrepublik Deutschland beim Anteil und beim Zuwachs an Beschäfti-

² Vgl. Eisbach, Joachim: Wettbewerbsfähigkeit und Alterssicherung: Eine Wechselwirkung und kein Widerspruch, In: VdK (Hrsg.): Rahmenbedingungen der Alterssicherung Rentnerkaufkraft und Exportwachstum. München 1989, S. 169.

³ Vgl. Hoffmann, Edeltraud: Beschäftigungstendenzen im Dienstleistungssektor der USA und der Bundesrepublik Deutschland. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Stuttgart (1988), H. 2, S. 243 ff. und Krupp, Hans-Jürgen: Der Strukturwandel zu den Dienstleistungen und Perspektiven der Beschäftigungsstruktur. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Stuttgart (1986), H. 1, S. 145 ff., bes. S. 153 ff.

gung im Gesundheits- und Pflegebereich im Vergleich mit den übrigen westlichen Industrienationen auf einem der letzten Plätze.⁴

Übersicht 1: Beschäftigtenanteil und Beschäftigtenzuwachs des Gesundheitswesens an der Erwerbsbevölkerung

Für das dringend nötige Aufholen der Dienstleistungswirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland sind nach Auffassung der Dienstleistungsökonomie gerade die sozialfinanzierten gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen besonders geeignet. Dies deshalb, weil sie durch ihre Beitragsfinanzierung nicht an die engen Spielräume der privaten Kaufkraft gebunden sind und weil sie durch die öffentliche Bedarfsfeststellung einer gezielten Strukturbeeinflussung zugänglicher sind als die privatfinanzierten wirtschafts- oder haushaltsbezogenen Dienstleistungen.⁵

Vor diesem Hintergrund bietet die Errichtung einer beitragsfinanzierten Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung mit ihrem jährlichen Beitragsvolumen von 20 bis 25 Milliarden Mark eine tragfähige Grundlage zum Ausbau der Dienstleistungsbeschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland und damit einen wichtigen Beitrag zur Schließung der Dienstleistungslücke in diesem Lande.

Welchen erheblichen Umfang eine pflegeversicherungsfinanzierte Ausweitung der Pflegebeschäftigung haben wird, ergibt sich daraus, daß gemessen an internationale Versorgungsrichtwerten allein schon in der alten Bundesrepublik derzeit etwa 120.000 Altenpflegekräfte zusätzlich benötigt werden.⁶

Übersicht 2: Rückstand der Beschäftigung von Altenpflegern gegenüber dem Bedarf an Altenpflegern in den Jahren 1979 und 1987

⁴ Vgl. Alber, Jens: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Politische Vierteljahresschrift, Opladen 1988, Sonderheft 19, S. 122 und S. 123.

⁵ Vgl. Heinze, Johannes: Jenseits der Drei-Sektoren-Hypothese: Zur Rolle der Dienstleistungen im Strukturwandel. In: IFO-Schnelldienst, München (1987), H. 14/15, S.5 ff. bes. S. 8.

⁶ Vgl. Goeschel, Albrecht: Die Wirkungen der Kostendämpfungspolitik und der Beitragssatzstabilitätspolitik auf die Beschäftigung im Gesundheitswesen und im Pflegebereich. Arbeitspapier für den Sonderforschungsbereich Entwicklungsperspektiven von Arbeit der Universität München, Marquartstein 1991, S. 3 ff.

Übersicht 1:

**Beschäftigtenanteil und Beschäftigtenzuwachs
des Gesundheitswesens an der
Erwerbsbevölkerung in den Industrienationen**

Gesundheitsbeschäftigte	Anteil der Beschäftigten des Gesundheitswesens an der Erwerbsbevölkerung ca. 1982	Zuwachs der Beschäftigten des Gesundheitswesens an der Erwerbsbevölkerung ca. 1960 bis 1982
Länder	In Prozent	
Norwegen	10,2	6,3
Schweden	7,8	4,6
Niederlande	7,1	3,2
Australien	7,0	3,9
Finnland	5,9	3,7
Neuseeland	5,7	Keine Angabe
Schweiz	5,6	3,2
Vereinigte Staaten	5,3	2,8
Großbritannien	5,2	2,8
Irland	5,0	Keine Angabe
Kanada	4,9	2,5
Dänemark	4,8	2,0
Belgien	4,5	3,0
Frankreich	4,5	2,3
Spanien	3,0	Keine Angabe
Japan	2,9	1,6
Italien	2,6	1,9
Portugal	2,4	1,5
Bundesrepublik Deutschland	2,2	1,1
Griechenland	2,0	0,7
Österreich	Keine Angabe	Keine Angabe

Quelle: Alber, Jens: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Politische Vierteljahresschrift. Opladen (1988), Sonderheft 19, S. 122 und S. 123.

Übersicht 2:

**Rückstand der Beschäftigung von Altenpflegern
gegenüber dem Bedarf an Altenpflegern
in der
Bundesrepublik Deutschland**

Jahre	1979	1987
	Vollzeitkräfte	
Bestand/Bedarf		
Beschäftigten-Bestand ¹	123.700	157.00
Beschäftigten-Bedarf ¹	186.700 ²	278.000 ³
Beschäftigten-Rückstand	- 63.000	- 121.000

1) In ambulanten Pflegediensten für Betagte und in stationären Pflegeeinrichtungen für Betagte zusammen.

2) Dieser Beschäftigungsbedarf ergibt sich durch Anlegen von Versorgungsrichtwerten, die den Bandbreiten dieser Richtwerte in der Bundesrepublik Deutschland entsprechen, auf die Versorgungsbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland.

3) Dieser Beschäftigungsbedarf ergibt sich durch Anlegen der Versorgungsrichtwerte der Schweiz auf die Versorgungsbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland.

Quelle: Eigene Berechnen. Prognos AG: Soziale Dienstleistungen als Träger potentiellen Wachstums und ihr Beitrag zum Abbau der längerfristigen Arbeitslosigkeit. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981, S. 241 ff. sowie Rückert, W.: Die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf Pflege-, Hilfs- und Versorgungsbedürftigkeit. In: Ferber v. et al. (Hrsg.): Die demographische Herausforderung, Gerlingen 1989, S. 139, zitiert nach: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.). Jahresgutachten 1990 - Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, s. 84.

4. Pflegeversicherung als Instrument zur Verbesserung der Selbstfinanzierung der Sozialversicherung

In der Bundesrepublik Deutschland ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an allen Erwerbstätigen in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft sehr viel niedriger als etwa in den Vereinigten Staaten. Umgekehrt ist in der Bundesrepublik Deutschland der Anteil der freiberuflich und selbständig Tätigen an allen Erwerbstätigen in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft deutlich höher als in den Vereinigten Staaten.

Dies bedeutet nichts anderes, als daß in der Bundesrepublik das Beitragsaufkommen, das an die Sozialversicherung, insbesondere an die Krankenversicherung, aus der Gesundheitswirtschaft in Form von Sozialversicherungsbeiträgen der dort abhängig Beschäftigten gezahlt wird, deutlich niedriger ist, als es sein könnte. Die Selbstfinanzierung der Krankenversicherung aus der von ihr getragenen Gesundheitswirtschaft ist in der Bundesrepublik unterentwickelt, weil der Anteil von Freiberuflern und Selbständigen an den Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft vergleichsweise höher als in anderen Industrienationen liegt.

Zur Erhöhung der Beitragseinnahmen der Sozialversicherung und insbesondere der Krankenversicherung aus der Gesundheitswirtschaft empfiehlt die Krankenkassenökonomie daher eine gezielten Strukturpolitik, bei der eine Anhebung des Anteils der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gegenüber dem Anteil der freiberuflich und selbständig Tätigen in der Gesundheitswirtschaft zielstrebig verfolgt wird.⁷

Übersicht 3: Gesamtanteil und Entwicklung der selbständig Erwerbstätigen und abhängig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft 1980 - 1988

Vor diesem Hintergrund bietet sich die Errichtung einer beitragsfinanzierten Pflegeversicherung als ein vorzügliches Steuerungsinstrument zur Ausweitung der Beschäftigung sozialversicherungspflichtig Tätiger in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft an. Die Errichtung einer beitragsfinanzierten Pflegeversicherung leistet, so gesehen, einen wichtigen Beitrag zur verbesserten Selbstfinanzierung der Sozialversicherung aus der Gesundheits- und Pflegewirtschaft.

Übersicht 3:

⁷Vgl. ebda., S. 3 ff,

**Gesamtanteil und Entwicklung der selbständig Erwerbstätigen
und abhängig Beschäftigten
in der
Gesundheitswirtschaft
1980 - 1988**

Erwerbstätige */Beschäftigte	Anteil der Berufe/Bereiche an allen Erwerbstätigen und Beschäftigten im Gesundheitswesen 1988	Entwicklung der selbständig und mithelfend Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft 1988/80	Entwicklung der abhängig Beschäftigten ** in der Gesundheitswirtschaft 1988/80
Berufe/Bereiche	In Prozent		
Krankenschwestern und Krankenpfleger ¹	31,3	Keine Angabe	+ 29 ²
Sprechstundenhelferinnen und -helfer	16,7	-	+ 35
Ärzte	8,3	-	+ 64
Altenpfleger, Haus- und Familienpfleger ³	8,3 ³	+ 22	+ 42
Krankenversicherungspersonal und Krankenversicherungsfachleute ⁴	6,7	-	+ 12
Herstellung von pharmazeut. Erzeugnissen ⁵	4,7	-	+ 7
Masseur, Krankengymnasten u. verw. Berufe	4,3	+ 30 ⁶	+ 57
Medizinallaboranten	3,1	-	+ 21
Zahntechniker	2,8	+ 37	+ 8
Herst. v. med. u. orthopädiemech. Erzeugnis ⁵	2,4	-	+ 5
Zahnärzte	2,1	+ 18	+ 26
Apothekenhelferinnen	2,0	-	+ 5 ⁷
Großhandel m. pharmazeut. Erzeugnissen sowie Dental- und Laborbedarf ¹⁴	2,1	- 22	- 5
Apotheker	1,9	+ 12	+ 26 ⁸
Augenoptiker	1,5	+ 30 ⁹	+ 47
Verarbeitendes Gewerbe der Augenoptik ^{5, 10}	1,1	-	+ 5
Heilpraktiker	0,6	+ 24 ¹¹	+ 44
Orthopädieschumacher u. Orthopädiemechaniker ¹¹	0,2	+ 2 ¹²	- ¹³
Einzelhandeln m. med. u. orthop. Artikeln ¹⁴	0,1	- 33	+ 4
Hörgeräteakkustiker	0,02	+ 30 ¹⁵	- ¹⁶

5. Pflegeversicherung als Beitrag zum Abbau von Regionalunterschieden in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland besteht nicht in allen Teilregionen ein gleich großer Rückstand in der Dienstleistungsbeschäftigung. Vor allem die norddeutschen Ballungsregionen sind dabei vom Rückgang der Industriebeschäftigung betroffen, ohne daß gleichzeitig die Dienstleistungsbeschäftigung entsprechend zugenommen hätte. Dies gilt, trotz vergleichsweise hohem Anteilsniveau, gerade auch für die Gesundheitsbeschäftigung. Die norddeutschen Ballungsregionen zeigen einen besonders schwachen Zuwachs an Beschäftigung im Gesundheitswesen.⁸

Übersicht 4: Beschäftigtenanteil und Beschäftigtenzuwachs des Gesundheitswesens an allen Beschäftigten

Da es zugleich vor allem auch die Umlandkreise der Ballungsregionen sind, in denen ein besonders hoher Bedarf an Pflegeversorgung und ein besonders hoher Zusatzbedarf an Altenpflegekräften besteht,⁹ wird eine beitragsfinanzierte Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung ganz wesentlich dazu beitragen können, die Regionalunterschiede in der Gesundheits- und Pflegebeschäftigung und damit in der Dienstleistungsbeschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland auszugleichen.

⁸ Vgl. Reissert et al.: Mehr Arbeitsplätze durch Dienstleistungen? - Ein Vergleich der Beschäftigungsentwicklung in den Ballungsregionen der Bundesrepublik Deutschland. Discussion Paper Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1989, S. 17 und 114 ff.

⁹ Vgl. Deppe/Priester: Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen: Möglichkeiten bedarfsorientierter Planung, Arbeitspapier. Abteilung für Medizinische Soziologie des Klinikums der Universität Frankfurt am Main, November 1989, S. 44 und dies.: Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit in Hessen bis zum Jahre 2009. Arbeitspapier. Abteilung für Medizinische Soziologie des Klinikums der Universität Frankfurt am Main, Mai 1989.

Übersicht 4:

**Beschäftigtenanteil und Beschäftigtenzuwachs
des Gesundheitswesens an allen
Beschäftigte
in den Regionen**

Gesundheitsbeschäftigte	Anteil der Beschäftigten des Gesundheits- wesens an allen Beschäftigten 1988	Zuwachs der Beschäftigten des Gesundheits- wesens 1977 bis 1988
Regionen	In Prozent	
Wachstumsregionen ¹		
Rhein-Neckar ³	6,0	+ 38,8
München	5,5	+ 41,5
Frankfurt am Main	4,5	+ 30,9
Nürnberg	3,9	+ 44,8
Stuttgart	3,7	+ 35,9
Schrumpfungsregionen ²		
Berlin	8,2	+ 19,5
Bremen	6,2	+ 29,4
Essen	6,2	+ 41,7
Hannover	5,7	+ 26,8
Hamburg	5,2	+ 27,3
Köln	5,2	+ 32,4
Düsseldorf	4,5	+ 36,8

1) Ballungsregionen mit durchschnittlichem oder überdurchschnittlichem Zuwachs aller Beschäftigten gegenüber dem Mittelwert aller Ballungsregionen 1977 bis 1988.

2) Ballungsregionen mit unterdurchschnittlichem Zuwachs aller Beschäftigten gegenüber dem Mittelwert aller Ballungsregionen 1977 bis 1988.

3) Arbeitsamtsbezirke Heidelberg, Landau, Ludwigshafen und Mannheim.

Quelle: Ressert et al.: Mehr Arbeitsplätze durch Dienstleistungen? - Ein Vergleich der Beschäftigungsentwicklung in den Ballungsregionen der Bundesrepublik Deutschland. Discussion Paper Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1989, S. 17 und S. 114 ff.

Zu Übersicht 4:

*) Bei einer Reihe von Berufen bzw. Bereichen wurden die selbständig und mithelfend Erwerbstätigen dadurch ermittelt, daß von allen Erwerbstätigen sämtliche abhängig bzw. sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten abgezogen wurden. Umgekehrt wurde die Gesamtzahl der Erwerbstätigen in einzelnen Fällen auch durch Zusammenzählen von selbständig Erwerbstätigen mit sämtlichen abhängig bzw. sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten gewonnen. Hierbei kann es dann jeweils zu Untererfassungen kommen. Eine Umrechnung von Teilzeitkräften in Vollzeitkräfte erfolgte in der Regel nicht.

**) Hier werden meist nur die sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten und nur selten sämtliche abhängig Beschäftigten aufgeführt.

1) In dieser Gruppe sind die Krankenschwestern, Krankenpfleger und Hebammen, die Helfer in der Krankenpflege sowie die Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten zusammengefaßt.

2) Bei der Untergruppe der Diätassistenten und der pharmazeutisch-technischen Assistenten zeigt die Beschäftigtenstatistik für das Jahr 1980 eine fehlerhafte Untererfassung. Diese wurde durch Angaben des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie zum Fachpersonal in den Apotheken korrigiert.

3) Personalbestand in den ambulanten sozialpflegerischen Diensten sowie in den stationären Altenpflegeeinrichtungen. In Vollzeitkräfte umgerechnet.

4) In dieser Gruppe sind die Krankenversicherungsfachleute außerhalb der Sozialversicherung und das Personal der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Eigenbetriebe ohne Auszubildende und Dienstanwärter zusammengefaßt.

5) Hier wurden alle Erwerbstätigen dieser Branche des Verarbeitenden Gewerbes als abhängig bzw. sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigte betrachtet. Der genannte Wert gilt für die Jahre 1985 - 1988.

6) Die Zahl der medizinischen Badebetriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Der genannte Wert gilt für die Jahre 1980 bis 1985.

7) Unschärfen ergeben sich aus dem Zuwachs der Untergruppe Apothekenlaboranten.

8) Unschärfen ergeben sich aus der Zuordnung der Apothekerassistentinnen und Apothekerassistenten.

9) Die Zahl der Augenoptiker-Betriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Der genannte Wert gilt für die Jahre 1978 - 1985.

10) Ohne Augenoptikerhandwerk.

11) Dieser Wert gilt für die Jahre 1981 bis 1986

12) Die Zahl der Orthopädienschuhmacher- und Orthopädietechniker-Betriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Der genannte Wert gilt für die Jahre 1978 bis 1985.

13) Die Untergruppe der Orthopädienschuhmacher wird in der dreistelligen Beschäftigtenstatistik unter der Gruppe der Schuhmacher, die Untergruppe der Bandagisten unter der Gruppe der Groblederwarenhersteller und die Untergruppe der Orthopädiemechaniker und Chirurgenmechaniker wird unter der Gruppe der Feinmechaniker geführt.

14) Diese Werte gelten für die Jahre 1980 bis 1983.

15) Die Zahl der Hörgeräteakkustiker-Betriebe wurde der Zahl der dort selbständigen Erwerbstätigen gleichgesetzt. Der genannte Wert gilt für die Jahre 1978 bis 1983.

16) Die Untergruppe der Hörgeräteakkustiker wird in der dreistelligen Berufsstatistik unter der Gruppe der Funk- und Tongerätemechaniker geführt. Sie ist hier nicht ausgewiesen.

Quellen: Eigene Berechnungen, Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufsordnungen am 30.06.1980, Nürnberg o.J.; dies. (Hrsg.): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufsordnungen am 30.06.1988, Nürnberg o.J.; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1988, Bonn o.J.; Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1989, Stuttgart 1989, S. 237; dass. (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1983, Stuttgart 1983, S. 212; Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): Basisdaten des Gesundheitswesens 1983/84, Frankfurt am Main 1983; ders. (Hrsg.) Basisdatei des Gesundheitswesens 1988/89, Frankfurt am Main 1989; Helmstädter, Ernst: Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung. Hrsg.: Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln 1990; Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Teilarbeitsmarkt Kranken- und Altenpflege, Arbeitspapier, Nürnberg, November 1990; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1988 - Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1988, S. 127; ders. (Hrsg.): Jahresgutachten 1989 - Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, S. 77; Watzlawczik, Gerd-Uwe: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft. Datensammlung des Sonderforschungsbereiches 333 der Universität München, München März 1990; Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Die Entwicklung auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel und deren Einflußfaktoren, Bonn 1981; dass.: Personalentwicklung im Gesundheitswesen 1976 bis 1980, Bonn

1983; Zentralverband des Deutschen Handwerks, Handwerksstatistiken sowie Zentralverband der Elektrotechnischen Industrie.

6. Pflegeversicherung mit positiverem Kosten-Nutzen-Verhältnis

Die Sozialaufwendungen für eine beitragsfinanzierte Pflegeversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung werden 20 bis 25 Milliarden Mark jährlich umfassen. Dieser Sozialaufwand für die Pflegeversorgung zeigt ökonomisch ein viel besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis, als die noch immer explodierenden Einigungskosten und die noch unabsehbaren Kriegskosten.

Eine beitragsfinanzierte Pflegeversicherung und eine durch diese getragene bedarfs-entsprechende Pflegeversorgung hat vier wichtige Positiveffekte für Wachstum und Beschäftigung:

1. Eine Pflegeversicherung stärkt die binnenwirtschaftlichen Wachstumskräfte und verringert die Außenwirtschaftsabhängigkeit der westdeutschen Wirtschaft
2. Eine Pflegeversicherung fördert die Beschäftigung in den Pflegedienstleistungen und trägt damit zur Schließung der Dienstleistungslücke in der Bundesrepublik Deutschland bei
3. Eine Pflegeversicherung erhöht den Anteil von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft und stärkt damit das Selbstfinanzierungspotential der Sozialversicherung
4. Eine Pflegeversicherung erhöht die Pflegebeschäftigung vor allem auch im Umland der Ballungsregionen und trägt damit zum Abbau der Regionalunterschiede in der Bundesrepublik Deutschland bei.

Die Einrichtung einer beitragsfinanzierten Pflegeversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung ist demnach ein dringend notwendiger Beitrag zur Sicherung von Wachstum und Beschäftigung.