

aus  
politik  
und  
zeit  
geschichte

beilage  
zur  
wochen  
zeitung  
das parlament

Philipp Herder-Dorneich

Kostenexplosion im  
Gesundheitswesen  
und ihre Steuerung

Günther Schmid  
Dieter Freiburghaus

Beschäftigungspolitische  
Möglichkeiten  
zur Bekämpfung hoher  
Arbeitslosigkeit bei Inflation

B 16/76

17. April 1976

Philipp Herder-Dorneich, Dr. rer. pol., geb. 1928; Studium der Nationalökonomie und Soziologie in Bonn und Freiburg; 1967—1970 Ordinarius für Nationalökonomie und Sozialpolitik in Innsbruck; 1970—1973 Ordinarius für Sozialökonomik und Sozialpolitik in Bochum; seit 1973 ordentlicher Professor für Sozialpolitik und Direktor des Seminars für Sozialpolitik der Universität zu Köln sowie des Forschungsinstituts für Einkommenspolitik und Soziale Sicherung an der Universität zu Köln.

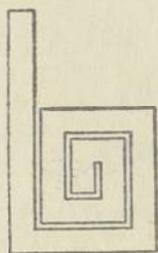
Veröffentlichungen u. a.: Zur Theorie der sozialen Steuerung, Stuttgart 1965; Soziale Kybernetik, Stuttgart 1965; Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart 1966; Honorarreform und Krankenhaus-sanierung, Berlin 1970; Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflagedienste, Berlin 1972; Systemanalyse und Problemgeschichte der arbeitsrechtlichen und versicherungsrechtlichen Lösung sozialer Aufgaben, Opladen 1973.

Günther Schmid, Dr. phil., Dipl.-Pol., geb. 1942, 1970—1974 Assistent am Fachbereich Politische Wissenschaft der Freien Universität Berlin; zur Zeit wissenschaftlicher Mitarbeiter am Internationalen Institut für Management und Verwaltung des Wissenschaftszentrums Berlin.

Veröffentlichungen: Funktionsanalyse und politische Theorie, Düsseldorf 1974; zusammen mit Hubert Treiber, Bürokratie und Politik, München 1975; zusammen mit Ulrich Degen und Rudolf Werner, Planung im entwickelten Kapitalismus, Berlin 1975; Steuerungssysteme des Arbeitsmarktes, Göttingen 1975. Aufsätze zur Wissenschafts-, Planungs- und Arbeitsmarkttheorie in Politische Vierteljahresschrift und Leviathan (s. u.).

Dieter Freiburghaus, Dipl.-Volksw., geb. 1943, Studium der Mathematik, Volks- und Betriebswirtschaft in Bern, St. Gallen und an der Freien Universität Berlin; seit 1974 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Internationalen Institut für Management und Verwaltung des Wissenschaftszentrums Berlin; Beschäftigung mit Fragen zur sozialen Lage der ausländischen Arbeitskräfte und mit Problemen der Unterbeschäftigung, insbesondere von sog. Problemgruppen.

Veröffentlichungen: zusammen mit Hans Peter Müller, Zur Struktur des Krisenproblems bei Marx, Berlin 1973; zusammen mit Günther Schmid, Techniken politischer Planung, in: Leviathan 3/1974, zusammen mit Günther Schmid, Theorie der Segmentierung von Arbeitsmärkten, in: Leviathan 3/1975.



Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung, 53 Bonn/Rhein, Berliner Freiheit 7.

Leitender Redakteur: Dr. Enno Bartels. Redaktionsmitglieder: Paul Lang, Dr. Gerd Renken, Dipl.-Sozialwirt Klaus W. Wippermann.

Die Vertriebsabteilung der Wochenzeitung DAS PARLAMENT, 55 Trier, Fleischstraße 61—65, Tel. 06 51/4 61 71, nimmt entgegen

- Nachforderungen der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“;
- Abonnementsbestellungen der Wochenzeitung DAS PARLAMENT, einschließlich Beilage zum Preis von DM 11,40 vierteljährlich (einschließlich DM 0,59 Mehrwertsteuer) bei Postzustellung;
- Bestellungen von Sammelmappen für die Beilage zum Preis von DM 6,— zuzüglich Verpackungskosten, Portokosten und Mehrwertsteuer.

Die Veröffentlichungen in der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“ stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers dar; sie dienen lediglich der Unterrichtung und Urteilsbildung.

# Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre Steuerung

## I. Das Problembewußtsein entsteht

### Alarmierende Prognosen

„Die Gesundheitskosten explodieren! 1995 wird bereits die Hälfte des Sozialproduktes für den Aufwand der Gesetzlichen Krankenversicherung gebraucht!“ Der Alarmruf kam aus Mainz. Der dortige Sozialminister Geißler hatte Berechnungen darüber anstellen lassen, was ihn in seinem Ressort in den nächsten Jahren erwarte. Die Prognosen waren erschreckend. Im Herbst 1974 hatte Geißler den Alarm ausgelöst. Seither ist die Kostenexplosion im Gespräch. Die Sparpläne der Bundesregierung haben sie noch unterstrichen.

Was geht da eigentlich vor? Wer sich zu informieren versucht, stößt alsbald auf eine Fülle von Fachausdrücken, Zahlen und Plänen und muß rasch feststellen: ein Problem für Spezialisten, für Mediziner, Gesundheitsorganisatoren, Sozialtechniker! Ist es für den Laien überhaupt zumutbar, diese Zusammenhänge zu verstehen? Dieser Eindruck (der von vielen Interessenten möglicherweise zum besseren Versteck ihrer Interessen sogar noch ausgebaut wird) ist falsch.

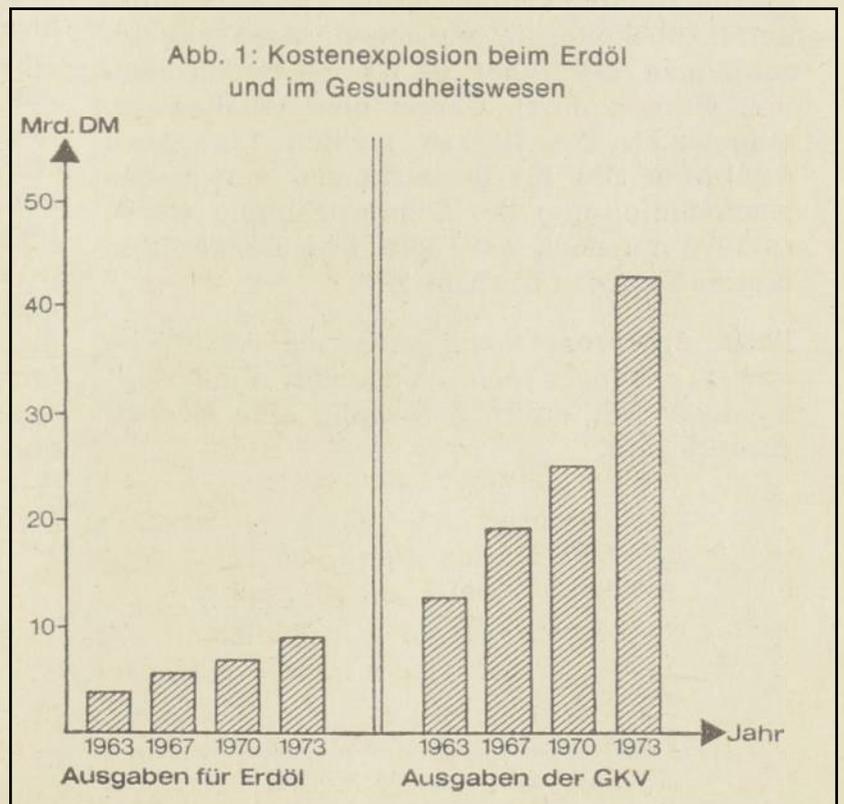
Alarmierende Kostenexplosionen hat der Club of Rome in seinem Buch „Grenzen des Wachstums“ bereits 1972 angekündigt; freilich auf einem ganz anderen Gebiet: Ihm ging es vor allem um die Rohstoffe. Die Prognosen des Club of Rome zeigen, daß der Verbrauch an Rohstoffen schneller wächst, als neue Vorkommen erschlossen werden können. Die Ölkrise war bereits von einschneidender Wirkung für alle. Einmal berufen, machen sich nun weitere Kostenexplosionen an vielen Stellen bemerkbar: im Nahverkehr, bei der Bundesbahn, in den Bildungsausgaben und eben im Gesundheitswesen. Kostenexplosionen erscheinen also als ein generelles Problem. Lediglich die Explosionsherde, ihre Ursachen und Abläufe sind verschieden. Al-

len gemeinsam aber ist: Kosten und Ausgaben geraten aus dem Griff.

Die Alarmrufe des Club of Rome beziehen sich auf das Ende des Jahrtausends. Geißler aber kündigt den Kollaps im Gesundheitswesen bereits für 1978 an. Vergleichen wir die Ausgabenexplosion für Erdöl und die Explosion der Gesetzlichen Krankenversicherungen (vgl. Abb. 1), so zeigt sich: Haie und kleine Fische! Die Ölkrise ist unter diesem Aspekt ein „kleiner Fisch“. Damit erhebt sich zunächst einmal die Frage: Warum hat man den Hai — die Kostenexplosion im Gesundheitswesen — so spät erkannt? Oder gab es sie vielleicht früher noch nicht?

### Gründe für die Kostenschere

Die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen überproportional zur Einkommensentwicklung, denn:



— mit steigendem Wohlstand wird Gesundheit von der Bevölkerung als immer dringlicher empfunden. Wer schon eine gut ausgestattete Wohnung und sein Auto hat, kann weitere Wohlstandsgüter nur genießen, wenn er gesund ist. Dafür lohnt es sich nun, verhältnismäßig mehr auszugeben, während die Ausgaben auf den anderen Gebieten im Wohlstandstrend schwächer ausgedehnt werden.

— der medizinisch-technische Aufwand wird immer teurer.

Die *Einnahmen* der Gesetzlichen Krankenversicherungen steigen dagegen kaum noch schneller, höchstens proportional gegenüber den Durchschnittseinkommen, denn:

— die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung sind proportional (als Prozentsatz) an die Löhne gebunden,

— das Reservoir, neue Zahler zu gewinnen, ist nahezu ausgeschöpft: z. B. Frauen, die vordem kostenlos Familienmitversicherte waren, wurden berufstätig und damit neue Zahler, ohne zusätzliche Belastungen zu bringen. Das Reservoir der weiblichen Arbeitskräfte ist aber offensichtlich ausgeschöpft, denn die Zahl der berufstätigen Frauen ist seit 1960 nahezu konstant geblieben. Oder: Rentner, die vordem kostenlos versichert waren, wurden zu einem Rentnerbeitrag herangezogen. Der Rentnerbeitrag ist jedoch aus politischen Gründen wieder abgeschafft worden.

— Die Möglichkeiten, zusätzliche Geldmittel hereinzubekommen, versiegen. Krankengeldzahlungen, die früher die Kassen tragen mußten, wurden durch Gesetz den Arbeitgebern aufgelastet. Die Kassen mußten 1969 noch 4 281 Mio. DM für Barleistungen aufwenden. Nach Einführung der Lohnfortzahlung waren es 1970 nur noch 2 467 Mio. DM. Ersparnis in diesem Sektor: 1 814 Mio. DM.

*Fazit: überproportional* steigende Ansprüche und nur *proportional* steigendes Finanzaufkommen. Das ergibt notwendig eine Kosten/Erlös-Schere.

Die Kostenschere war zwar vorherzusehen, sie wurde dennoch nicht ernst genommen. Warum? 1971 war ein Jahr neuen Wirtschaftsaufschwunges. Die Einkommen stiegen innerhalb kurzer Frist außerordentlich stark an. Damit konnten sie vorübergehend sogar dem rasch ansteigenden Trend der Ausgaben vorauslaufen. Die Verbraucher wurden gewissermaßen von den hohen Einkommenszuwächsen überrascht. Sie brauchten eine Weile, bis sie sich anpaßten. Bis 1974 hatten sie dann allerdings gründlich aufgeholt:

— Die *Ansprüche* der Verbraucher stiegen: das klassenlose Krankenhaus vermittelte jedem den Wunsch, mit Komfort im Krankenhaus zu liegen. Vorsorgemaßnahmen wurden eingeführt.

— Die *Kosten* stiegen ebenfalls schubartig: Krankenhausschwestern, Jahrzehnte hindurch die Schlußlichter im Wettlauf um Lohnerhöhung und Arbeitszeitverkürzung, hatten inzwischen aufgeholt. Ebenso die Krankenhausärzte. Dienstleistungen im Krankenhaus machen aber 70 % aller Kosten dort aus; sie wurden nun ungeahnt teuer.

Seit 1974 gingen die Einkommenszuwächse zurück. Damit stagnierten die Einnahmen der Kassen. Die Ansprüche aber behielten das rasche Wachstumstempo bei. Die weiter sich erhöhenden Ausgaben konnten nur durch eine Steigerung der Beitragssätze finanziert werden.

Wenn man sich diese Zusammenhänge klar macht, kann man leicht geneigt sein festzustellen: Also doch ein spezielles Problem. Da gibt es diese und jene Besonderheiten und insgesamt die unglückliche Konjunkturentwicklung. Von 1971 bis 1974 ist es gelungen, mit den Problemen trotz aller Unkenrufe fertig zu werden. Warum sollte uns das nach dem in Aussicht genommenen Aufschwung 1977 und 1978 nicht auch wieder gelingen? — Ist die Kostenexplosion also nur eine Konjunkturfrage? Um dieser Frage nachzugehen, müssen wir genauer feststellen, was Geißler denn nun eigentlich prognostiziert hat.

## II. Trendanalyse: Wachstumsraten und ihre Bewertung

Tatsächlich sind nicht nur die Prognosen von Geißler alarmierend, sondern auch die von der Bundesregierung und vom Bundesverband der Ortskrankenkassen erstellten eigenen Prognosen (vgl. Abb. 2) geben Anlaß zur Sorge. Die Ergebnisse weichen zwar voneinander ab, denn die Bundesregierung war seit je geneigt, die Zukunftsschwierigkeiten weniger drastisch darzustellen. Um ihre Politik der Minderschätzung festzustellen, brauchen wir nur ihre früheren Prognoseziffern mit den dann eingetretenen Ist-Werten zu vergleichen. Die Spanne der Minderprognosen von damals müssen wir offensichtlich auch bei den Prognosen bis 1978 dazuschlagen, dann unterscheiden sich aber alle Prognosen in ihrem Kern nicht mehr voneinander. Was aber wichtiger ist: Alle Prognosen sind noch vor dem Konjunkturunbruch erstellt worden. Sie gehen davon aus, als gebe es den Konjunkturunbruch gar nicht. Und dennoch kamen sie zu diesen alarmierenden Ergebnissen.

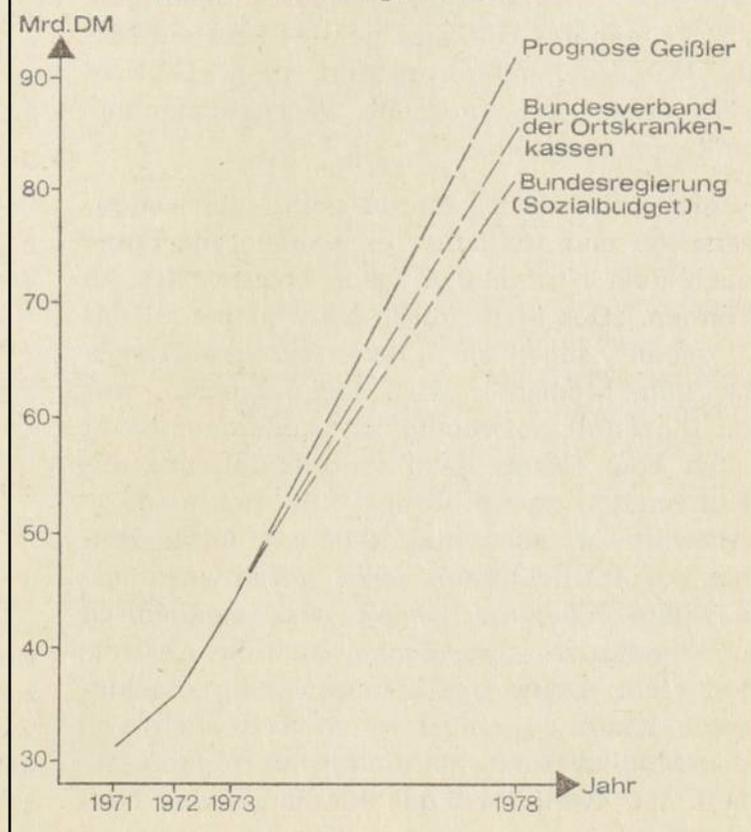
Ziehen wir an dieser Stelle eine Zwischenbilanz: Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist keine vorübergehende konjunkturelle Schwierigkeit. Sie zeigt ein allgemeines Problem im Dienstleistungssektor. Um dieses

Problem herauszuarbeiten, müssen wir noch ein wenig tiefer in die Materie eindringen (Abb. 3). Wir gliedern die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (anhand der Ziffern von 1973) in vier Gruppen:

Ausgaben für	
ärztliche Leistungen	20 %
Arzneimittel	19 %
Krankenhausversorgung	27 %
Zwischensumme	66 %
Sonstiges	34 %
	<hr/>
	100 %

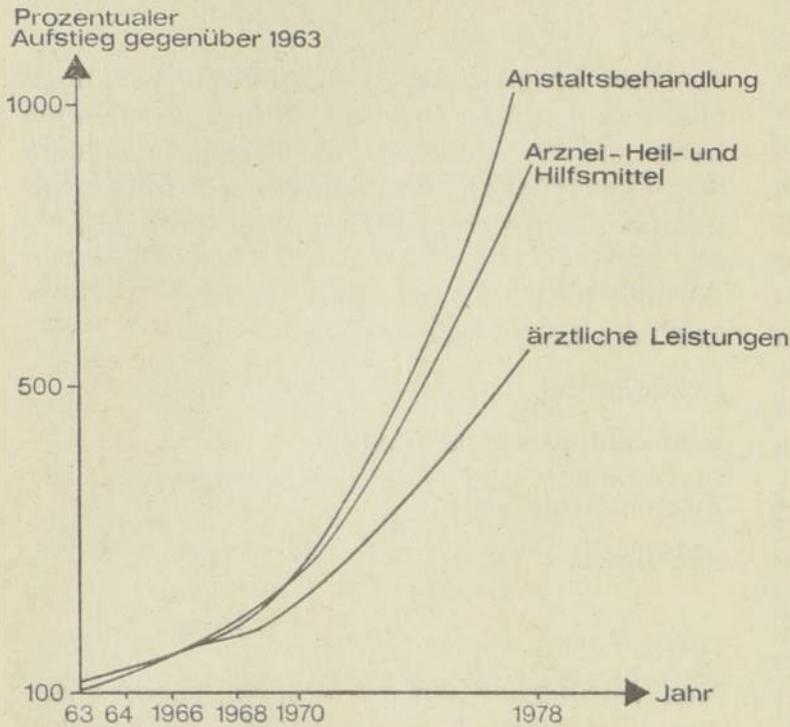
Nun vergleichen wir die *Wachstumsraten* der drei Ausgabensektoren ärztliche Leistungen, Arzneimittel und Krankenhaus miteinander. Dabei zeigt sich: Die Wachstumsraten des ärztlichen Sektors sind hoch, die der Krankenhausausgaben jedoch fast doppelt so hoch. Die Arzneimittel liegen dazwischen. Offensichtlich konzentrieren sich die Explosionsherde bei den Krankenhäusern und bei den Arzneimittelausgaben. Die Explosion ist also *sektoral* verschieden.

Abb.2: Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 1978



Die Graphik zeigt die unterschiedlichen Vorausberechnungen der Ausgaben der GKV bis 1978 durch den rheinland-pfälzischen Staatsminister Geißler, die Bundesregierung und den Bundesverband der Ortskrankenkassen. Geißler kommt mit 93 200 Mio. DM zu dem höchsten Ergebnis. Er berechnet eine Erhöhung der Gesamtausgaben für 1978 gegenüber 1971 um das Vierfache und liegt damit um mehr als 10 Mrd. DM über dem berechneten Ergebnis der Bundesregierung. Die Werte der Ortskrankenkassen liegen dazwischen. Bei ihrer bisherigen Berechnung hatte die Bundesregierung die Kostenentwicklung stets um ca. 5 % unterschätzt.

Abb. 3: Aufteilung der Gesamtausgaben der GKV



Die Graphik zeigt das prozentuale Wachstum der drei Sektoren für den Zeitraum 1963 bis 1978, bezogen auf das Jahr 1963. Für den Zeitraum von 1973 bis 1978 wurden die Vor-ausberechnungen von Geißler verwandt. Das stärkste Wachstum wird für die Anstaltsbehandlung vorausgesagt, gefolgt von den Arzneimitteln, während der Anstieg der ärztlichen Leistungen nicht im gleichen Maße proportional erfolgt.

wendige. Und eben das Maximale zeitigt die Explosion. Und selbst wenn die medizinisch notwendigen Mengen abgrenzbar wären, sind es doch nicht die dazu gehörenden Preise. Medizinisch-notwendige Preise gibt es nicht. Aber erst Mengen und Preis machen die Gesamtausgaben aus. Eine Diskussion der Mengen allein erreicht deshalb unser Problem nicht.

### Woran mißt sich eigentlich „Explosion“?

Wir haben Explosionsherde entdeckt, aber woran mißt sich eigentlich die Explosion? Ist die Feststellung von hohen Wachstumsraten schon ein hinreichendes Indiz? Offensichtlich nicht, denn wenn ein Industriebetrieb rasch expandiert, wird man dies noch nicht für alarmierend halten. Nicht das große, sondern das „über“-große Wachstum macht die Explosion aus. Das heißt aber nichts anderes, als daß wir eine *Leitlinie* zum Vergleich benötigen, an der man das Übermäßige, das über die Maße Hinausgehende ermessen kann. Gibt es also etwas wie „normale Wachstumsraten“ im Gesundheitswesen?

Viele — und dazu gehören auch Naturwissenschaftler und Mediziner — glauben, die Frage nach dem Normalmaß rasch beantworten zu können. „Das Medizinisch-Notwendige ist das Normale“, sagen sie. „Jeder verantwortungsbewußte Mediziner wird sagen können, was im Einzelfall notwendig ist. Außerdem ist er auch vom Gesetz dazu verpflichtet, nur das Notwendige zu verordnen.“ So richtig diese Antwort ist, so wenig klärt sie unser Problem. Natürlich kann jeder verantwortungsbewußte Mediziner sagen, was medizinisch notwendig ist — nur decken sich die Antworten nicht. Denn was als notwendig erachtet wird, hängt zu einem guten Teil auch von den Möglichkeiten ab, die zur Verfügung stehen. Im Zweifel ist das Maximale das Not-

### Leitlinien

#### Leitlinie *Bruttosozialprodukt*:

Als Leitlinie für die Kostenentwicklung im internationalen Vergleich wird häufig der Anteil der Aufwendungen für Gesundheitsgüter am *Bruttosozialprodukt* benutzt; man registriert, wieviel Prozent des Bruttosozialproduktes für Gesundheitsgüter verwendet werden. Unter Bruttosozialprodukt (BSP) versteht man den Gesamtwert aller in einem Jahr erzeugten Güter, Dienste und Nutzungen. In der Bundesrepublik betrug der Anteil 1974 6,6%. In nahezu allen europäischen Ländern hat das Gesundheitswesen seinen Anteil ständig vergrößert.

Den Anteil des Gesundheitswesens am BSP als Leitlinie zu wählen, ist deshalb problematisch, da bisher niemand in der Lage gewesen war anzugeben, welcher Prozentsatz oder welche Steigerungsraten richtig oder falsch sind. Das Hauptproblem bei der Bindung an das BSP ist jedoch, daß Konjunkturschwankungen auf die GKV einwirken. Ist es aber sinnvoll, daß in einer Depression weniger Gesundheitsgüter verbraucht werden?

#### Leitlinie *Produktionspotential*:

Um die konjunkturellen Schwankungen auszuschalten, schlägt Fr. Geigant vor, die Entwicklung der GKV mit den Wachstumsraten des *Produktionspotentials* zu koppeln. Abgesehen davon, daß das Produktionspotential

schwer errechenbar ist, ergibt sich noch die Frage, ob Investitionen im Gesundheitswesen mit Investitionen in der Wirtschaft verglichen werden können.

**Leitlinie Einkommensvergleiche:**

Von der Einkommenseite her werden andere Vorschläge gemacht. Die Einkommen der Ärzte sollen sich an dem Einkommensanstieg anderer Einkommen orientieren. Vergleiche werden gezogen mit den durchschnittlichen Einkommen der Arbeitnehmer, Beamten, Freiberufler oder der Manager.

Die Schwierigkeit bei solchen Vergleichen ist, daß die Einkommensbegriffe sehr verschieden sind. Bei den einen sind es Nettoeinkommen, bei anderen ist der Aufwand für die Altersversorgung nicht inbegriffen (Beamte), Freiberufler haben zunächst Praxiserlöse, von

denen noch die Kosten abzuziehen wären usw. Unlösbar ist wohl die Frage: wer soll denn nun eigentlich ebensoviel verdienen wie wer? Aus Feststellungen ergeben sich keine Normen.

Leitlinien für Einkommen ergeben noch keine Leitlinien für Gesamtausgaben. Selbst wenn feststünde, wieviel die Ärzte, Schwestern usw. verdienen sollen, ist noch offen, wieviel Ärzte es geben soll. Auch hier muß die Menge der Leistungen und nicht nur ihr Geldwert einbezogen werden.

Eine proportionale Bindung an Einkommensgrößen (Volkseinkommen — durchschnittliches Arbeitnehmereinkommen, usw.) wirft eine Reihe weiterer Einwände auf:

— Jedes vorgegebene Bindungsverhältnis war und ist rein zufällig und historisch. Die Anteile haben sich in der Geschichte verändert und sie differieren auch in den einzelnen Ländern untereinander.

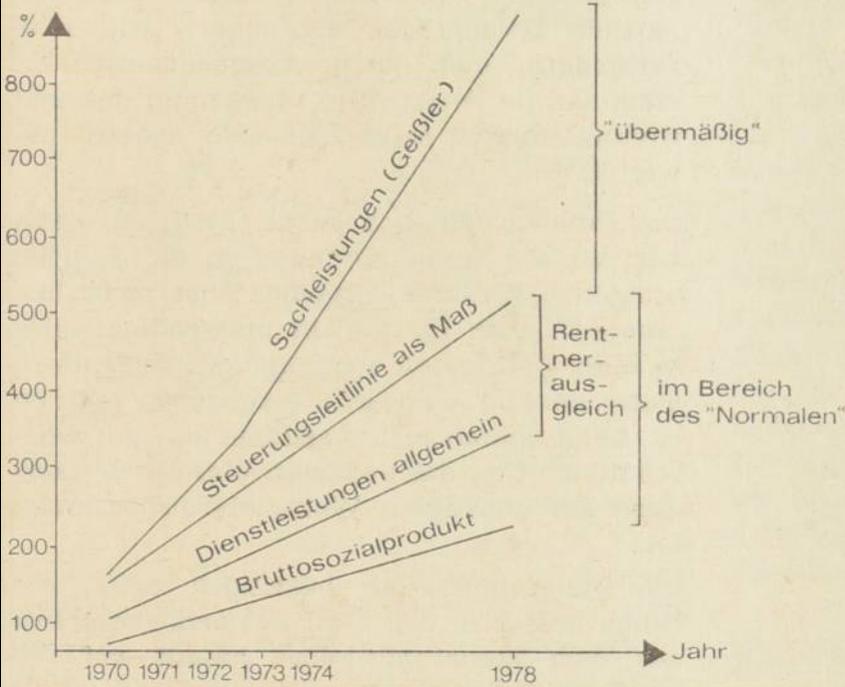
— Ein starres Bindungsverhältnis trägt nicht der langfristigen Nachfrageverschiebung Rechnung, wonach bei steigendem Einkommen ein größerer Anteil an Gesundheitsgütern nachgefragt wird.

**Entwicklung einer systembezogenen Leitlinie für das Wachstum der Gesundheitskosten**

Bei steigendem Einkommen werden den überproportional mehr Gesundheitsgüter von der Bevölkerung gewünscht. Diese grundlegende Beobachtung muß in jeden Konstruktionsversuch einer „Leitlinie“ eingehen. Was für die Gesundheitsgüter gilt, trifft übrigens auch für die *Dienstleistungen insgesamt* zu. Schon seit dem letzten Jahrhundert hat man beobachtet, daß der Anteil der Dienstleistungen am gesamten Sozialprodukt im Steigen begriffen ist.

Das überproportionale Wachstum der Dienstleistungen allgemein müssen wir auch für die Dienstleistungen im Gesundheitssektor einsetzen. Um eine Leitlinie zu entwickeln, tun wir gut daran, die überproportionale Wachstumsrate der Dienstleistungen ein wenig zu

Abb.4: Entwicklung einer systembezogenen Leitlinie



Die Abbildung zeigt das prozentuale Wachstum des Bruttosozialprodukts (BSP), der Dienstleistungen, unserer Steuerungsleitlinie und der Ausgaben für Sachleistungen der GKV, bezogen auf das Jahr 1963. Das niedrigste Wachstum zeigt das BSP. Bei der Vorausberechnung des BSP bis 1978 wurde von den Vorhersagen der Bundesregierung ausgegangen, die allerdings die Depression noch nicht berücksichtigten. Die Dienstleistungen zeigen allgemein ein gegenüber dem BSP höheres Wachstum. Da wir mit einer Verschiebung der Altersstruktur rechnen (mehr Rentner) und die Nachfrage nach Gesundheitsdiensten altersabhängig ist, wurde ein „Rentnerausgleich“ zugeschlagen. Wir erhalten so unsere Steuerungsleitlinie als Maßgröße.

Dem Wachstum der Steuerungsleitlinie steht nun die von Geißler vorausberechnete Entwicklung der Sachleistungen gegenüber, die weit über unserer Leitlinie liegt. Die Differenz weist auf das „Übermäßige“ hin.

korrigieren, denn gerade im Dienstleistungssektor stecken ja eine ganze Reihe von Explosionsherden, und die wollen wir nicht in unsere Berechnung einbeziehen. Daraus also ergibt sich eine gewisse Korrektur nach unten. Andererseits müssen wir beobachten, daß Gesundheitsdienste *altersspezifisch* sind. Besonders die älteren Altersgruppen nehmen sie verstärkt in Anspruch. Und diese älteren Schichten werden in der Zukunft breiter werden (Rentnerberg). Daraus ergibt sich eine Korrektur nach oben.

Aus solchen Überlegungen können wir eine Leitlinie für das Gesundheitswesen ableiten (vgl. Abb. 4). Mit ihr können wir unsere drei explosiven Gesundheitssektoren vergleichen (vgl. Abb. 5). Was fällt dabei auf?

Unsere Leitlinie verläuft:

— oberhalb der Entwicklungsraten des Sozialproduktes;

— nicht weit unterhalb der Entwicklungsraten der ärztlichen Leistungen;

— sehr weit unterhalb der explosiven Sektoren „Krankenhaus“ und „Arzneimittel“.

Was können wir aus den Abweichungen von der Leitlinie entnehmen? — Nur ein Teil der hohen Wachstumsraten ist als „übermäßig“ zu bezeichnen; anders ausgedrückt: Steigende Wachstumsraten im Gesundheitswesen sind bis zu einem gewissen Grad (nämlich bis zu unserer Leitlinie) durchaus als normal anzusehen und keineswegs beängstigend. Das Übermäßige ist allerdings auf das „Normale“ herabzusteuern (vgl. Abb. 5). Überall da, wo unsere Leitlinie überschritten wird, sind die Dinge irgendwie aus den Fugen geraten.

### Führt besseres Steuern zu sozialer Demontage?

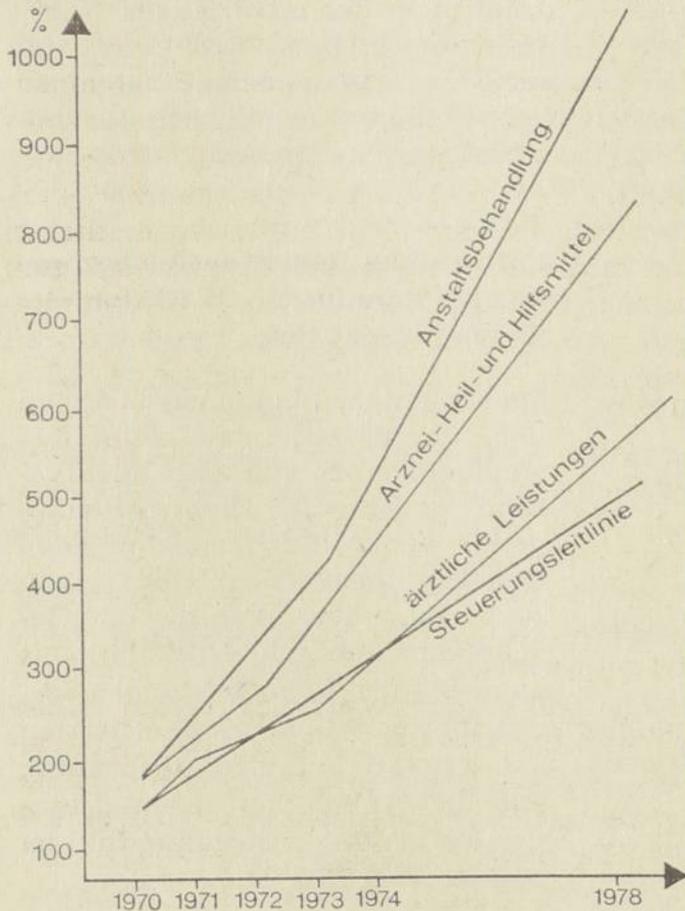
Kaum wurden die Sparpläne der Regierung bekannt, entstand alsbald das böse Wort von der „sozialen Demontage“. Indem man die „soziale Demontage“ anprangert, will man verhindern, daß durch Ausgabeneinschränkung soziale Fortschritte rückgängig gemacht werden. Sparen wird hier also negativ bewertet.

Das Problem läßt sich leicht entwirren, wenn wir nur ein wenig Ordnung in die Begriffe bringen. „Weniger ausgeben“ ist sicherlich „sparen“, aber führt nicht notwendigerweise zu einer *geringeren* Versorgung. Immer dann, wenn *unnötig* viel Geld ausgegeben worden ist, heißt Sparen nichts anderes als „gut wirtschaften“. Und das bedeutet: dieselbe Versorgung auf günstigere Weise als bisher erzielen.

Ein Steuerungsdefizit beseitigen heißt, die Dinge besser in den Griff nehmen. Ausgaben aus dem Steuerungsdefizit heraus auf die Leitlinie herabsteuern, ist „Sparen“, aber nicht „schlechtere Versorgung“. Erst unterhalb der Leitlinie beginnt die Demontage des sozial Erwünschten.

Wer steuert eigentlich im Gesundheitswesen? Wer lenkt was für wen? — Unsere Fragestellung hat sich jetzt gewandelt. Haben wir bisher *Trendanalysen* betrieben, so kommt es jetzt auf *Systemanalyse* an. Wir müssen offensichtlich die Steuerungssysteme im Gesundheitswesen untersuchen, um herauszufinden, woher die Steuerungsdefizite rühren. Diese gilt es dann zu beseitigen, so daß sich schließlich das Gesamtsystem an die Steuerungsleitlinie annähert.

Abb. 5: Wachstumsraten der verschiedenen Sachbereiche der GKV im Vergleich zur Leitlinie



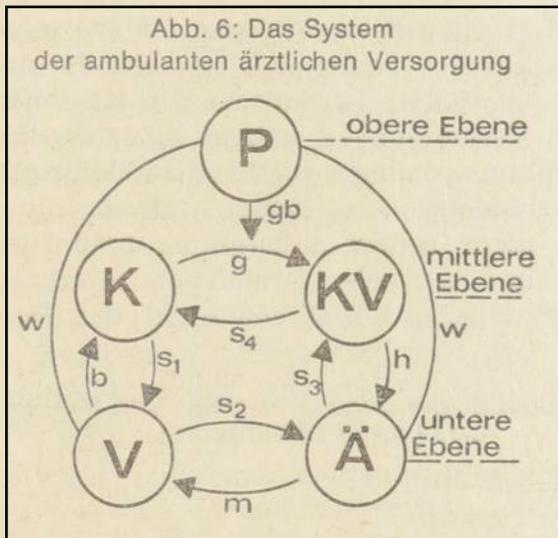
Die Graphik zeigt das voraussichtliche Wachstum (Basis 1963) der drei Sektoren: ambulante ärztliche Leistung, Arzneimittel und Anstaltsbehandlung nach Geißler im Verhältnis zu unserer Steuerungsleitlinie. Das Wachstum der ärztlichen Leistungen liegt noch dicht an unserer Steuerungsleitlinie (zeitweilig lag es sogar darunter). Dagegen weicht die Entwicklung besonders für die Anstaltsbehandlung und auch für Arzneimittel weit von unserer Leitlinie nach oben ab.

### III. Systemanalyse: Wie funktionieren die Gesundheitssysteme und wo stecken die Steuerungsdefizite?

Seit die Kostenexplosion die Gemüter bewegt, vergeht keine Versammlung von Fachleuten und Wissenschaftlern, ohne daß die Forderung nach einer Systemanalyse erhoben wird. Wir wissen tatsächlich nur sehr bruchstückhaft, wie das Gesundheitswesen als soziales und als ökonomisches System funktioniert.

#### Das System der ärztlichen Leistungen

Betrachten wir zunächst das System der ambulanten ärztlichen Versorgung. Welche Personen und Institutionen sind daran beteiligt und wie treten sie miteinander in Beziehung?



Die Abb. 6 zeigt die an der Versorgung mit ärztlichen Leistungen beteiligten Aggregate: Versicherte (V), Ärzte (Ä), Gesetzliche Krankenkassen (K) und Kassenärztliche Vereinigung (KV). Diese Aggregate sind durch zwei einander entgegenlaufende Kreisläufe miteinander verbunden. Der äußere Kreislauf dokumentiert die Leistungen, der innere die Steuerung. Der Versicherte zahlt einen Beitrag (b) an die Kasse. Die Kasse bezahlt eine Gesamtvergütung (g) an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die KVen bezahlen Honorare (h) an

die Ärzte. Die Ärzte behandeln den Patienten, erbringen also medizinische Leistungen (m).

Diesem Leistungskreislauf läuft ein Steuerungskreis entgegen. Aufgrund der Beitragszahlung bekommt der Versicherte von seiner Kasse den Krankenschein (s<sub>1</sub>), den er an den Arzt weiterreicht (s<sub>2</sub>). Aufgrund dieses Scheins behandelt der Arzt den Patienten, ohne ihm eine Rechnung zu schicken. Vielmehr reicht der Arzt den Krankenschein, auf dem er seine Leistungen vermerkt hat, an die KV weiter (s<sub>3</sub>). Aufgrund der eingereichten Scheine bezahlt die KV den Ärzten ihre Honorare und rechnet ihrerseits mit den Kassen ab (s<sub>4</sub>). Über die Höhe des zu zahlenden Honorars finden regelmäßig Verhandlungen zwischen Kassen und KVen statt.

Die Politiker (P) sind durch die Bundestagswahlen (W) an das System angeschlossen. Sie erlassen eine Gebührenordnung (gb).

Das System besteht also aus vier Beteiligten, die durch zwei Kreisläufe miteinander verbunden sind: Einmal der Kreislauf der Krankenscheine (von der Kasse über den Patienten zum Arzt, von dort über die Kassenärztlichen Vereinigungen zurück zur Kasse) und zum anderen die Leistungen (Beiträge der Mitglieder an die Kassen, Gesamthonorar der Kassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen, Einzelhonorare von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Ärzten, die dafür die Patienten behandeln). Der Kreislauf der Leistungen läuft dabei dem der Steuerungsmittel (Krankenscheine) entgegen.

#### Das System der Arzneimittelversorgung

An der Arzneimittelversorgung sind neben Patient, Arzt und Krankenkasse noch der Apotheker und die pharmazeutische Industrie beteiligt (eine graphische Systemanalyse gibt Abb. 7).

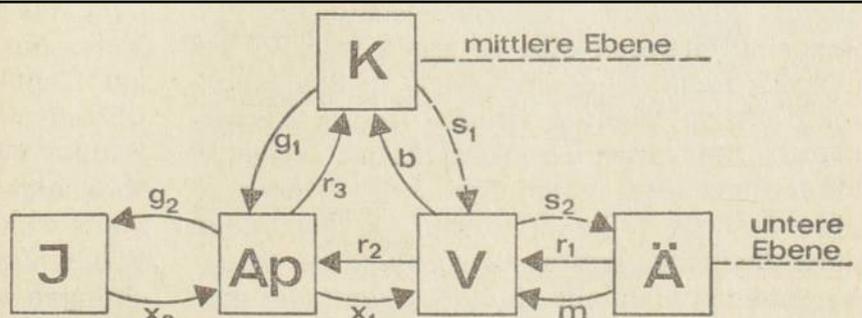


Abb. 7: Das System der Arzneimittelversorgung

Der Patient (V) erhält von der Krankenkasse (K) gegen Zahlung des Beitrags (b) einen Krankenschein ( $s_1$ ), den er dem Arzt (Ä) vorlegt ( $s_2$ ). Dieser behandelt ihn (m) und schreibt ihm ein Rezept ( $r_1$ ). Dieses Rezept legt der Versicherte dem Apotheker (Ap) vor und bekommt dafür das Medikament ( $x_1$ ), das der Apotheker gegen Bezahlung des Großhandelspreises ( $g_2$ ) von der pharmazeutischen Industrie (I) erworben hat. Der Apotheker sammelt die bei ihm eingereichten Rezepte und legt sie zur Abrechnung der Krankenkasse vor ( $r_3$ ). Die Kasse bezahlt den vom Hersteller festgelegten Einzelhandelspreis ( $g_1$ ), abzüglich des Kassenrabatts.

Jedoch hat die Kasse keinen Einfluß auf die Höhe des Preises. Dieser Preis wird vielmehr vom Produzenten, also der pharmazeutischen Industrie, dem Apotheker vorgeschrieben. Da Art und Menge der Arzneimittel vom Arzt festgelegt werden, hat die Kasse hier lediglich die Aufgabe der Finanzierung.

### Formaler Systemvergleich

Versuchen wir, unsere Ergebnisse auszuwerten: Wir haben zwei Systeme vor uns, die sehr unterschiedlich aufgebaut sind. Dennoch sind sie sich in vielen Zügen gleich oder doch sehr ähnlich. Zu einem Vergleich der Systeme können uns die graphischen Darstellungen der Abb. 6 und 7 nützlich sein. Sie zeigen uns den Systemzusammenhang in äußerst komprimierter Form. Wir beobachten zunächst die Vielzahl von Gruppen, die zusammenwirken. Da gibt es Produzenten und Konsumenten und deren Verbände. Auch die Politiker haben wir einbezogen. Konzentrieren wir unser Augenmerk auf die *Steuerungsebenen*, so wird ein Unterschied sofort deutlich: Im ärztlichen System ist die *mittlere Ebene* mit zwei Institutionen besetzt, im Arzneimittelwesen nicht. Dort finden wir vielmehr eine dichtere Besetzung der *unteren Ebene*.

Beobachten wir nun die *Zahlungsströme*, so sehen wir im ärztlichen System, daß sich die Zahlungsströme mit dem Leistungsstrom zu einem *Regelkreis* zusammenschließen. Im Arzneimittelwesen gibt es einen solchen Regelkreis *nicht*. Und schließlich zu den *Steuerungsmitteln zweiten Grades* (sog. „Wertpapiere“, hier also: Krankenscheine, Rezepte; Steuerungsmittel ersten Grades ist demgegenüber das Geld): Im ärztlichen System bilden diese Steuerungsmittel zweiten Grades (Krankenscheine) ebenfalls einen *Kreislauf*, der dem

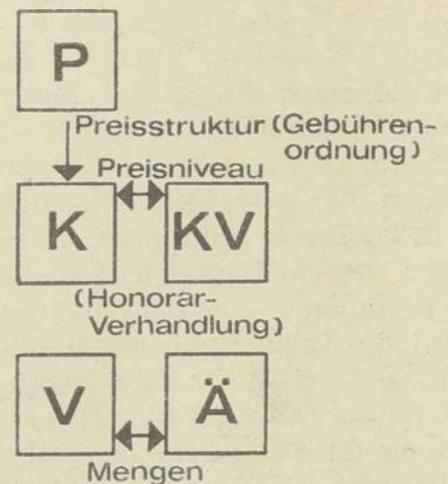
Zahlungsweg entgegenströmt. Im Arzneimittelwesen gibt es einen solchen Kreislauf *nicht*. Noch eine Beobachtung: Im ärztlichen System fließen Zahlungs- und Lenkungsströme über die *mittlere Ebene* und berühren beide Partner. Im Arzneimittelwesen nicht.

Können uns solche rein formalen Steuerungsanalysen bei der Problemsuche weiterhelfen? Unser Problem liegt in den „übermäßigen“ Ausgaben; diese sollen herabgesteuert werden. Ausgaben sind das Produkt aus Preisen und Mengen. Wir wollen Ausgaben steuern, d. h. aber, wir müssen entweder Preise oder Mengen beeinflussen. Untersuchen wir also, wo sich die Preise bilden und wo die Mengen bestimmt werden.

### Steuerung von Preisen und Mengen

Im ärztlichen Sektor werden die *Preisniveaus* zwischen den beiden Institutionen der *mittleren Ebene*, den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen, anhand einer staatlichen Gebührenordnung ausgehandelt. Dafür gibt es verschiedene Abwicklungsweisen, die wir hier nicht weiter aufzuzeigen brauchen, da wir uns auf die Grundzüge beschränken wollen. Die Abb. 8 entspricht der Darstel-

Abb.8: Steuerung von Preisen und Mengen – ambulante Behandlung



lung des Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung (vgl. Abb. 6). Durch den Erlass einer Gebührenordnung kann der Gesetzgeber (P) auf die *Preisstruktur* der Arzthonorierung Einfluß nehmen, auch sogar dann, wenn den Kassenärztlichen Vereinigungen die Anwendung nicht vorgeschrieben ist, sondern diese in den Verhandlungen mit den Kassen Abweichungen vereinbaren, da bei solchen Verein-

barungen immer bestehende Gebührenordnungen zugrunde gelegt werden.

In den regelmäßigen Honorarverhandlungen zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen werden die Auszahlungsquoten, also prozentuale Erhöhungen der Gebühren, vereinbart. Das *Preisniveau* wird also auf Verbandsebene (mittlere Ebene) bestimmt.

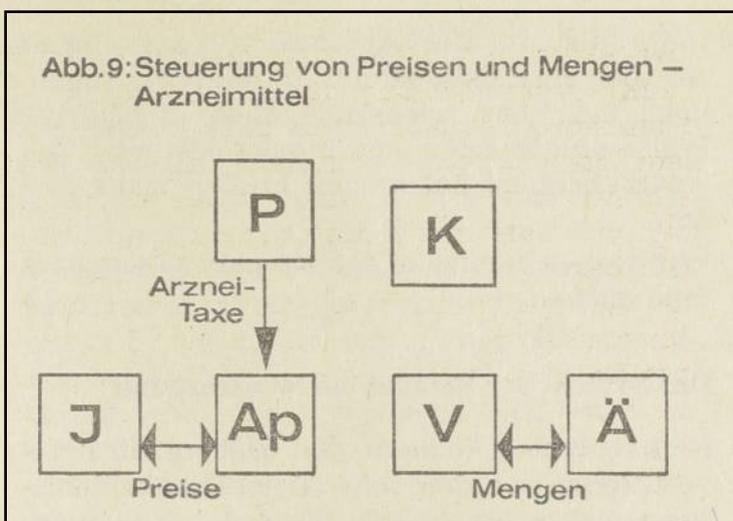
Der Impuls zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen geht vom Patienten aus. Die Menge der zu erbringenden Leistungen dagegen wird weitgehend vom Arzt bestimmt. Der Patient kann die Notwendigkeit und Nützlichkeit einzelner Leistungen kaum beurteilen und hat eventuell eher ein Interesse an möglichst vielen Leistungen. Jedenfalls ist festzustellen, daß die *Menge* der erbrachten Leistungen auf der Individualebene (untere Ebene) bestimmt wird zwischen Ärzten und Patienten. Auffällig ist also, daß Preise und Mengen unabhängig voneinander fixiert werden. Das bedeutet einen großen Unterschied zu den Marktsystemen, wo Preise und Mengen jeweils *zusammen*, und zwar auf der *unteren Ebene allein*, bestimmt werden. Freilich, Preis- und Mengensteuerung erfolgen doch nicht unabhängig voneinander, denn sie sind durch zwei *Kreisläufe* zusammengeschlossen: dem Zahlungs-/Leistungskreislauf und den Steuerungskreislauf zweiten Grades (Krankenscheine).

Wenn man weiter untersuchen will, wie diese Kreisläufe im einzelnen beschaffen sind und wie dieses Kreislaufgefüge im einzelnen funktioniert, braucht man schon Kenntnisse eines Sozialversicherungsfachmannes. Wir verzichten deshalb hier darauf. Trotzdem wird auch so klar: *Regelkreise haben Steuerungsfunktion*. Wo wir Regelkreise beobachten, kann gesteuert werden. Wir haben hier also ein System vor uns mit einem erheblichen *Steuerungspotential*. Ob dieses Potential im einzelnen schon ausgeschöpft ist, das wollen wir später noch näher untersuchen. Aber immerhin: das Steuerungspotential aufzudecken vermag unsere rein formale Steuerungsanalyse schon jetzt.

### Arzneimittelpreise und -mengen

Und nun zum Arzneimittelsystem: Preise und Mengen werden auch hier voneinander unabhängig bestimmt (vgl. Abb. 9).

Die Endverbraucherpreise der Arzneimittel werden von der pharmazeutischen Industrie



festgelegt — bezahlt werden sie (unter Abzug eines Kassenrabatts) von den Kassen. Auf der Endverbraucherstufe findet also ein Preiswettbewerb — zumindest bei den verschreibungspflichtigen Arzneien — nur sehr bedingt statt. Die Kassen, die die konsumierten Medikamente bezahlen müssen, haben weder auf die Menge noch auf den Preis Einfluß. Sie zahlen lediglich.

Auch die staatlich festgelegte Arzneitaxe hat keinen Einfluß auf Preise und Mengen der verbrauchten Arzneimittel. Sie legt lediglich die Handelsspanne der Apotheken fest. Theoretisch kann sie zwar unterschritten werden (was den Endpreis senken würde), praktisch ist diese Möglichkeit jedoch nicht zu beobachten. Daneben ist festzustellen, daß Industrie und Großhandel den Apotheken Großabnehmer Rabatte zugestehen, die sich in einer Erhöhung des Einkommens der Apotheker niederschlagen.

Die Preise werden also von der Pharmaindustrie festgelegt und die Mengen von den Ärzten bei der Rezeptverschreibung bestimmt. Zwischen beiden gibt es keinen Zusammenhang, das ist deutlich am Strom der Rezepte abzulesen. Sie berühren die Pharmaindustrie nicht. Ebenso auch die Geldströme: Diese berühren ihrerseits die Ärzte nicht. Die beiden Steuerungsströme — nämlich die Finanzströme und die Rezeptströme — bilden *kein Regelkreissystem*. Sie fließen nur an einer Stelle ganz kurz einander entgegen, nämlich bei der Abrechnung der Apotheken mit den Kassen. Aber hier ist bereits alles „gelaufen“: Preise und Mengen und damit die Gesamtausgaben sind bereits bestimmt. Der Abrechnungsvorgang kann dies nur noch feststellen, aber nicht mehr ändern.

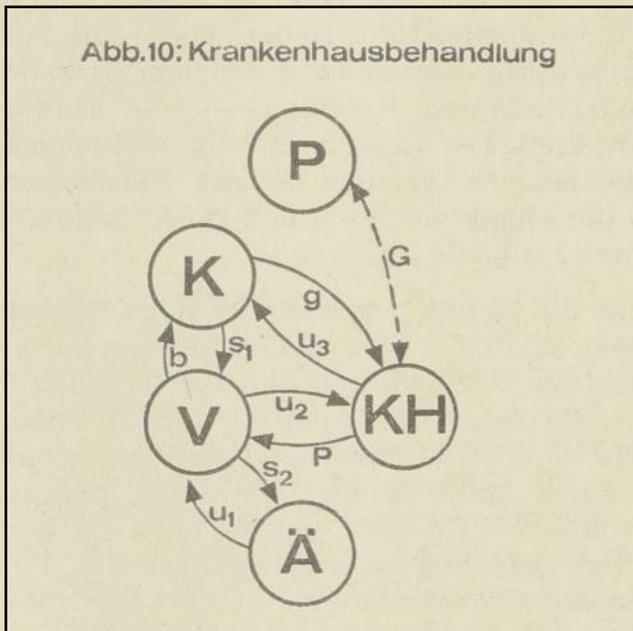
Auch das Eingreifen der Politiker mit dem Erlaß einer Apothekentaxe ist wenig steue-

rungeffizient. Die Apothekentaxe bestimmt die Einzelhandelsspanne. In diesem Augenblick ist aber wiederum alles „gelaufen“. Preise und Mengen sind bereits bestimmt. Die Apothekentaxe hat keinen Einfluß mehr darauf.

Wir wollen nunmehr das Krankenhaussystem untersuchen.

### Das System der Krankenhausversorgung

Krankenhausneubauten und größere Ersatzinvestitionen werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz im Prinzip durch Subventionen des Bundes und des jeweiligen Landes finanziert.



Zu Abb. 10: Der Patient (V) geht mit seinem Krankenschein ( $s_2$ ) zum Arzt (Ä) und bekommt von diesem — falls erforderlich — einen Überweisungsschein ( $u_1$ ), den er beim Krankenhaus vorlegt ( $u_2$ ) und sich damit als Mitglied der Kasse ausweist. Im Krankenhaus (KH) wird er behandelt und gepflegt ( $p$ ). Anhand der Überweisung rechnet das Krankenhaus mit der Kasse ( $u_3$ ). Die Kasse zahlt den in Rechnung gestellten Pflegesatz ( $g$ ) an das Krankenhaus.

Der Pflegesatz, mit dem alle Kosten des Krankenhauses abgegolten sind, wird nicht durch Verhandlungen zwischen den Kassen und den Krankenhäusern festgelegt. Vielmehr sieht das Krankenhausfinanzierungsgesetz (bzw. die Bundes-Pflegesatzverordnung) vor, daß der Pflegesatz „kostendeckend“ sein muß. Jedoch müssen die Krankenhäuser ihre Pflegesätze von den Aufsichtsbehörden (meist Lan-

dés-Innenminister) genehmigen lassen ( $G$ ), so daß die Politiker (P) darauf Einfluß nehmen können.

Der Patient — also derjenige, der durch seine Beiträge zur Krankenversicherung das Ganze letztlich zu finanzieren hat — kann auf die entstehenden Kosten für die Krankenhausbehandlung so gut wie keinen Einfluß nehmen. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung wird vom einweisenden Arzt festgestellt. Die Dauer seines Aufenthalts kann nur durch den behandelnden Arzt im Krankenhaus bestimmt werden — der allerdings dabei Überlegungen der Verwaltung zur Kostendeckung mit berücksichtigt.

### Steuerungsdefizit im Krankenhauswesen

Versuchen wir, uns über die Steuerungsfunktion des Krankenhauswesens klarzuwerden: So sehr wir auch die Dinge hin und her wenden, ein logischer Zusammenhang ergibt sich nicht. Eine sinnvolle Steuerung liegt nicht — nicht einmal in Ansätzen — vor. Wie unübersichtlich das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik ist, hat gerade in diesen Tagen der Bericht der Bundesregierung über die gegenwärtigen Probleme der Krankenhausfinanzierung gezeigt. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 hat bisher kaum andere Wirkungen gezeitigt als Kostenexplosionen (vgl. Bundestags-Drucksache Nr. 7/4530). In der Tat kann von einem so unstrukturierten Gebilde wie dem jetzigen Krankenhauswesen kaum etwas anderes erwartet werden, als daß es auf alle und jegliche Außeneinflüsse mit Kostenexplosionen reagiert. Die Wachstumsraten sind hier am größten und am ungehemmtesten.

Damit drängt sich die Frage auf, was ist zu tun? Wir verlassen hier den systemanalytischen Bereich und wenden uns den systempolitischen Fragen zu. Was „systempolitisch“ heißen kann, ist nach dem bisherigen Gedankengang klar geworden: Wir haben Explosionsherde entdeckt; die Explosionsraten waren dort am größten, wo die Steuerungsdefizite (= fehlende Steuerung; zu geringes Steuerungsvermögen) am größten sind. Die Steuerungsdefizite müssen also abgebaut werden. Wie also können Steuerungsdefizite in den drei hier skizzierten Systemen (ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Krankenhausversorgung) beseitigt werden?

## IV. Systempolitik: Wie lassen sich Steuerungsdefizite abbauen?

### Zur Weiterentwicklung des Systems „ärztliche Leistungen“: Ausbau der mittleren Ebene

Das System „ärztliche Leistungen“ weist zwei Vorzüge auf:

— Die *mittlere* Ebene ist durch zwei Institutionen besetzt. Hier ist es grundsätzlich möglich, ein Interessengleichgewicht auszubalancieren.

— Es liegen *Steuerungskreisläufe* vor. Diese lassen sich gemäß der Regelkreistechnik noch vervollkommen.

Das System ist also in seiner Grundstruktur durchaus richtig angelegt, es ist *weiterentwicklungsfähig* und braucht nicht erst neu konzipiert zu werden. Hier gilt es, Steuerungspotentiale (= zusätzliche Möglichkeit zu steuern), die im System bereits vorgegeben sind, zu entbinden. Wie ist das möglich?

Zunächst fällt auf, daß die Zahlungsströme sich nur relativ wenig bei ihrem Durchfluß durch das System verändern. Sie übernehmen also nur in geringem Maße Steuerungsfunktionen. Geld aber ist der *nervus rerum*! Einkommensanreize in Geld können sehr starke Wirkungen hervorrufen.

Gehen wir noch ein wenig ins einzelne: In den Verhandlungen auf der mittleren Ebene wird eine Gebührenordnung (eine Art Preisliste) zugrunde gelegt. Warum wird eigentlich diese Gebührenordnung vom Staat erlassen? Sind die Ministerialbeamten sachverständiger als die Vertreter von Ärzten und Kassen auf der mittleren Ebene? Sicherlich nicht. Aber sie reagieren im allgemeinen langsamer auf Veränderungen. So kommt es, daß die Gebührenordnung dem technischen Fortschritt in keiner Weise folgen kann. Der technische Fortschritt schreitet im medizinischen Sektor schneller voran als die Gebührenordnungen folgen. Daraus ergibt sich die Forderung: Verlagerung der Gebührenordnung von der politischen Ebene (staatlich erlassene Gebührenordnung) auf die *mittlere* Ebene (zwischen Verbänden ausgehandelte Gebührenordnung). Die Anpassungen an die Inflation, an Leistungs- und Einkommenssteigerungen werden im System ärztlicher Leistungen dadurch vorgenommen, daß man „Auszahlungsquoten“ vereinbart. Zum Beispiel wurden 1972 durchschnittlich 123,4 % auf die Gebührensätze vereinbart. 1973 wurden die Auszahlungsquoten auf durchschnittlich 129,4 % erhöht. Das

bedeutet lineare Preiserhöhungen, die durchweg für alle Gebührenansätze gelten. Das System der Auszahlungsquote (= lineare Preiserhöhung) versetzt die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Stand, das Preisniveau im Honorarsektor an die allgemeine Konjunktur-entwicklung anzupassen. Bei nachlassender Konjunktur wurden niedrigere Auszahlungsquoten mit den Kassen vereinbart und schließlich eine Erhöhung der Quote ganz ausgesetzt. Hier gibt es also Ansätze zu einer konjunkturell ausgerichteten Steuerung.

Andererseits ist ein solches System recht starr. Es kann auf Veränderungen bei einzelnen ärztlichen Leistungen nicht eingehen. Damit werden die Leistungen mit hohem technischen Fortschritt überhonorieren, diejenigen mit geringem technischen Fortschritt dagegen lohnen sich weniger. Wenn diese Entwicklung längere Zeit anhält, ergibt sich eine Verzerrung im Honorargefüge: Einzelnes lohnt sich stark, anderes gar nicht. Weil aber nicht das medizinisch Wünschbare besser bezahlt wird, sondern das leichter Rationalisierbare, werden auf diese Weise Anreize falsch gesetzt. Wenn dieser Abrechnungsmodus schon sehr starr ist, warum bedienen sich dann die Kassenärztlichen Vereinigungen bei ihrer Honorarverteilung ebenfalls desselben Verfahrens? Könnten sie nicht steuernd wirken, indem sie — je nachdem, welche Leistungen angeregt werden sollen — die Auszahlungsquoten entweder erhöhen oder in den Bereichen, wo die Leistungen zurückgedrängt werden sollen, die Auszahlungsquoten bremsen oder gar kürzen?

Die Steuerungskapazität der mittleren Ebene könnte also wesentlich erhöht werden, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Lage versetzt würden, eine eigene Verteilungspolitik zu betreiben. Sie könnten dann mit den Honorarausschüttungen besser dotieren:

1. die Leistungen der Ärzte in regional schwächer versorgten Gebieten, um Ärzten Anreiz zu geben, sich hier niederzulassen (regionale Verteilungspolitik);
2. die *Dienstleistungen* gegenüber den *Geräteleistungen*, um die eigentliche ärztliche Tätigkeit gegenüber den Hilfsdiensten der ärztlichen Angestellten rentabler zu machen (Leistungsstrukturpolitik);

3. die Rücklagen für die Altersversorgung gegenüber den direkten Ausschüttungen (berufsspezifische Altersversorgung).

zu 1): *Anpassung der Gebührenordnung.* Die derzeitige, in sich starre Gebührenordnung reizt an zu einer Vermehrung der leichter rationalisierbaren, das sind die sog. technischen Leistungen. Demgegenüber werden die „eigentlichen ärztlichen Leistungen“, also die Dienstleistungen, immer unrentabler. Um die ärztliche Leistung wieder mehr zu betonen, müssen die dafür vorgesehenen Positionen der Gebührenordnung laufend angehoben werden. Dafür können die Sätze für technische Leistungen, die rationalisierbar sind — wo also technischer Fortschritt zu Einsparungen führt — gesenkt werden. Dadurch könnten auch die z. T. erheblichen Einkommensunterschiede der verschiedenen Facharztgruppen allmählich abgebaut werden. Die Abschöpfung der Rationalisierungsgewinne darf erst mit einer gewissen Zeitverzögerung geschehen, damit inzwischen die Rationalisierungskosten amortisiert werden können.

Zu 2): *Regionale Sicherstellung der Versorgung.* Um gezielte Maßnahmen zur Sicherstellung der regionalen Versorgung mit Ärzten zu ermöglichen, ist eine Feststellung der tatsächlich unterversorgten Gebiete nötig. Durchschnittsrechnungen — z. B. „ein Arzt versorgt im Schnitt 1 200 Einwohner“ — sind zur Feststellung kleiner, unterversorgter Flecken auf der Landkarte ungeeignet. Die spezielle Regionalplanung der Ärzte sollte vielmehr auf die zeitliche Erreichbarkeit („jeder Patient kann notfalls in x Minuten einen Arzt erreichen“) abgestellt werden. In bevölkerungsschwachen Gebieten kann durch Einkommensgarantien, besondere Zuschüsse zu den Wegekosten, die Errichtung von Zweigpraxen etc. die Besetzung der Arztsitze gewährleistet werden. Zwangsverpflichtungen sind abzulehnen; Zwang auf der unteren Ebene ist Gift im Arzt-Patient-Verhältnis. Wenn Zwang, dann nur zur mittleren Ebene hin (z. B. Beitrittszwang zu einer Kassenärztlichen Vereinigung).

Zu 3): *Altersversorgung.* Wegen der sehr langen Ausbildung gelangt ein niedergelassener Arzt erst relativ spät zu gesichertem Einkommen. Entsprechend wenig Zeit bleibt ihm für seine Altersvorsorge. Durch weiteren Ausbau der berufsspezifischen Versorgungswerke können die Kassenärztlichen Vereinigungen hier Abhilfe schaffen.

### Der Rentnerbeitrag auf der mittleren Ebene

Nach geltender Regelung zahlen die Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung an die Krankenkassen einen Zuschuß zur Krankenversicherung der Rentner. Er wird weitgehend nach politischen Gesichtspunkten und nicht nach Gesundheitserfordernissen berechnet. Soll aus politischen Gründen die Rentenversicherung entlastet werden, senken die Politiker den Rentnerbeitrag an die GKV; eine Erhöhung der Beiträge zur Rentenversicherung müssen nämlich die Politiker veranlassen und damit verantworten. Die Beitragserhöhung der Kassen der GKV dagegen geht auf Rechnung der Selbstverwaltung.

Beim Rentnerbeitrag geht es aber nicht nur um reine Finanzfragen, sondern auch darum, die Gesundheitsinteressen der Rentner zu vertreten. Rentner entwickeln ja eine besonders große Nachfrage nach Gesundheitsgütern. Neben den allgemeinen Leistungen der GKV — ärztliche Betreuung, Arzneimittel — werden auch sehr spezielle, altersbedingte Leistungen nachgefragt, z. B. Langzeitpflege. Darauf ist das deutsche Gesundheitswesen noch viel zu wenig eingestellt. Für die GKV haben die Rentner eigentlich erst seit 1967 Bedeutung gewonnen, als alle Rentner in das System der GKV aufgenommen wurden. Seitdem hat sich ihr Anteil stetig erhöht und wächst noch weiter.

Auch in der Medizin besteht ein Nachholbedarf bei der Rentnerversorgung. Die Geriatrie muß stärker ausgebaut werden. Bisher gibt es keine Institution, die sich gezielt um die speziellen gesundheitspolitischen Belange der Rentner kümmert. Wer wäre dazu besser geeignet als die Gesetzliche Rentenversicherung?

Der Rentnerbeitrag sollte nicht länger gesetzlich (also auf der oberen Ebene) geregelt werden. Vielmehr sollten die Rentenversicherung und die Krankenversicherung darüber (also auf der mittleren Ebene) *verhandeln*. Dabei könnte die Rentenversicherung Beitragserhöhungen von der Verbesserung der Versorgung der Rentner abhängig machen. Solche Verhandlungen auf mittlerer Ebene wären übrigens im Rahmen des Kindergeldes auch für den Bereich der Familienmitversicherung denkbar.

Die Stärkung und der Ausbau der mittleren Ebene im System der ärztlichen Leistungen bedarf also einer Weiterentwicklung. Das

Steuerungspotential ist da und braucht nur verstärkt zu werden.

Wenden wir uns nun dem System der *Arzneimittelversorgung* zu. Kann auch dieses in ähnlicher Weise „weiterentwickelt“ werden? Offensichtlich nicht, denn in ihm sind die für eine Steuerung grundsätzlich die Voraussetzung bildenden Regelkreise (noch) nicht angelegt. Dieses System muß also erst einmal ausgebaut werden: Es gilt, Regelkreise herauszugestalten.

### Systempolitik der „Arzneimittelversorgung“: Der Ausbau von Regelkreisen

Bei der Arzneimittelversorgung haben wir es gegenüber den ärztlichen Leistungen nicht im selben Maße mit Dienstleistungen zu tun. Arzneimittel sind im Grunde *Waren*. Zwar sind in sie bei der Forschung und bei der Verteilung durch die Apotheken auch Dienstleistungen in der Arzneimittelproduktion eingegangen. Die Produktion geschieht aber doch nicht wesentlich anders als bei der sonstigen industriellen Produktion. Dementsprechend beobachten wir auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung im Produktionsbereich der Arzneimittelversorgung reine Märkte, während Märkte in der ärztlichen Versorgung fehlen. Diese Arzneimittelmärkte sind allerdings in ihrer Funktion noch weiterentwicklungsfähig.

Wie man Märkte pflegen und weiterentwickeln kann, wissen wir aus der allgemeinen Volkswirtschaftslehre:

- Monopole sind zu verhindern,
- die Konkurrenz ist zu fördern,
- die Transparenz der Konsumenten ist zu erweitern (die Konsumenten müssen wissen, was sie kaufen und wieviel sie dafür bezahlen).

Die umfangreichste Untersuchung über den Pharmamarkt ist vor kurzem durch ein Gutachten des Kieler Instituts für Weltwirtschaft vorgelegt worden. Diese Untersuchung zeigt, daß der Pharmamarkt durch einen hohen Konzentrationsgrad und durch hohe Forschungsaufwendungen gekennzeichnet ist. Daraus ergibt sich eine typische Preispolitik der Unternehmungen, die das Gutachten auch kritisiert. Das im Auftrage des Bundeswirtschaftsministeriums erstellte Gutachten des Kieler Instituts für Weltwirtschaft brachte

u. a. folgende Ergebnisse (endgültige Fassung noch nicht veröffentlicht):

— Die Pharma-Industrie in Deutschland ist durch einen *hohen Konzentrationsgrad* gekennzeichnet. Auf etwa 20 Unternehmen entfielen 1969 etwa drei Fünftel des Umsatzes, der Beschäftigten, der Löhne und Gehälter und drei Viertel der Bruttoinvestitionen der pharmazeutischen Industrie. 80 bis 100 große und mittlere Unternehmen (von über 600 Herstellern) repräsentieren mehr als 80 % der Gesamtzahl der Präparate und des Gesamtumsatzes. Trotzdem erreicht kein Hersteller auf dem Inlandsmarkt einen Anteil von 5 %.

— Der gesamte Zweig hat von 1952 bis 1972 *doppelt so schnell expandiert* wie die gesamte übrige verarbeitende Industrie.

— Die Pharma-Industrie kennzeichnet ein *hoher Forschungsaufwand*. Sie steht mit dem Flugzeugbau und der Elektronikindustrie in der Spitzengruppe, die mehr als 10 % des Umsatzes für Forschung ausgibt. Im Gegensatz zu ihnen muß die Pharma-Industrie diese Aufwendungen aus ihren Erlösen, d. h. ohne staatliche Subventionen finanzieren. Etwa 90 % der Gesamtaufwendungen für Forschung wird von etwa 25 Unternehmen getragen.

— Die Preispolitik wird vorwiegend von den großen Unternehmen bestimmt. Diese Preispolitik wird im Kieler Gutachten kritisiert. Durch internationale Preisvergleiche für 35 Präparate ergab sich ein Preisgefälle von der Bundesrepublik Deutschland über die Schweiz, Großbritannien bis hin zu Italien und Frankreich. Nach Schätzung des Bundesgesundheitsamtes befinden sich 45 000 Präparate auf dem Markt. Der niedergelassene Arzt verwendet gewöhnlich nur 150 bis 300 Präparate.

### Konsumenten — Nachfrage — Zahler

Eine Preissteuerung funktioniert immer nur dann, wenn die Konsumenten auch auf die Preise sehen. Gerade darin aber liegt die Schwierigkeit bei der Sozialversicherung. Diese ist nämlich ein Nicht-Markt-System. Erfahrungen, die mit Markt-Systemen gemacht worden sind, lassen sich nicht einfach auf Nicht-Markt-Systeme übertragen. Z. B. verbessert erhöhte Preistransparenz die Funktion eines Marktes. Von ihr geht ein Wettbewerbsdruck auf alle Preise aus, Waren mit überhöhten Preisen gehen im Absatz zurück. Aber in einem Nicht-Markt-System?

— Hier sind die *Konsumenten nicht Zahler*; Konsumenten der Arzneimittel sind die Versicherten, Zahler aber sind die Kassen. Die Konsumenten sind persönlich nicht am niedrigen Preis, sondern vor allem an hoher Qualität, auch wenn dies zu Lasten des Preises geht, interessiert; sie zahlen ja nur indirekt durch ihre Beiträge und können nicht damit rechnen, daß bei einem Verzicht auf ein besonders teures Arzneimittel deshalb ihr Beitragssatz sinken würde.

— Die *Konsumenten* sind aber auch nicht eigentlich die *Nachfrager*; denn die Nachfrage wird direkt durch die Ärzte bestimmt. Die Konsumenten (Patienten) wirken nur indirekt dabei mit.

— Die *Nachfrager* (Ärzte) sind nicht Zahler und somit auch nicht direkt am Preis interessiert. Sie kümmern sich vor allem um die medizinische Qualität.

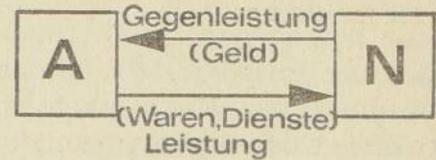
— Die *Zahler*, die am Preis interessiert sein könnten (Kassen), haben keinen Einfluß auf die *Nachfrage*.

### Transparenz am Markt und am Nicht-Markt

Unser Arzneimittelmarkt zeichnet sich also dadurch aus, daß er ein Nicht-Markt ist, in dem die Funktionen des Konsums, der Finanzierung und der Nachfrage (die sonst üblicherweise in einer Person vereint sind) auf drei Gruppen auseinanderfallen, die keine direkten ökonomischen Beziehungen untereinander haben (vgl. Abb. 11 und 12, wo ein Marktsystem mit einem Nicht-Markt-System verglichen wird). Erhöhte Preistransparenz (verbessertes Wissen um Preisunterschiede) ist in unserer oben beschriebenen Nicht-Markt-Situation *ohne* kostensenkende Wirkung. Im Gegenteil: Man kann sogar annehmen, daß die Patienten und die Ärzte einen hohen Preis mit einer hohen Qualität gleichsetzen und dann eher geneigt sind, teure Medikamente zu verwenden als zu vermeiden.

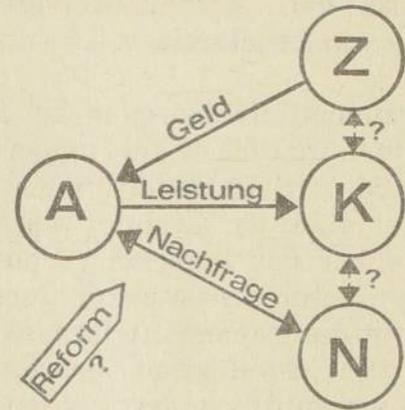
Diese Feststellung ergibt sich mit ziemlicher Klarheit, sobald man sich nur einmal die Zusammenhänge vor Augen hält, dennoch ist sie bisher noch wenig durchgedrungen. Ein wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung, die Verbände und das Wirtschaftsministerium haben sich lange Zeit von einer „erhöhten Transparenz“ große Erfolge versprochen. Erhöhte Transparenz sollte dabei durch eine umfangreiche Preisliste herbeigeführt werden, in der alle einschlägigen Arzneimittel mit ih-

Abb. 11: Ein Markt-System



Auf einem Markt stehen sich Anbieter (A) und Nachfrager (N) direkt gegenüber, sie tauschen Leistung und Gegenleistung Zug um Zug aus. Dabei ist der Nachfrager auch gleichzeitig Konsument und Zahler der Leistung.

Abb. 12: Ein Nicht-Markt-System



Auf einem Nicht-Markt stehen sich zwar auch Anbieter (A) und Nachfrager (N) gegenüber. Jedoch ist der Nachfrager nicht direkt der Konsument (K) der Leistung; bezahlt wird die Leistung weder vom Nachfrager noch vom Konsumenten, sondern von einem Dritten, dem Zahler (Z). Auf der Nachfrageseite ist also eine Funktionstrennung eingetreten.

Nehmen wir als Beispiel den Arzneimittel„markt“: Der Patient konsumiert die Arznei, der Arzt aber legt Art und Menge fest, bezahlen muß das Ganze die Krankenkasse. Reformvorschläge, die sich von einer Verbesserung der Transparenz (Vergleichbarkeit der Arzneimittel) eine Senkung der Kosten erhoffen, setzen deshalb am falschen Platz an. Es wird ja nur die Beziehung Anbieter-Nachfrager berührt, nicht aber die Beziehung Anbieter-Zahler.

ren Wirkungen und Preisen zusammengestellt sein sollten. Steuerung ist aber von dieser „Roten Liste“ nicht zu erwarten, ist sie deshalb überflüssig?

Erhöhte Transparenz ist sicher gut, aber allein reicht sie nicht aus. Die Kenntnis der preisgünstigen Medikamente wirkt erst dann kostensenkend, wenn auch Interesse bei den Beteiligten besteht, diese preisgünstigen Medikamente und keine anderen zu verschreiben und zu verwenden. Offensichtlich muß also der Arzt nicht nur am *medizinischen* Standard der Arzneimittel interessiert werden, sondern auch an ihrem *ökonomischen* Standard. Wenn ein Arzt allerdings „unwirtschaftlich“ Arznei-

mittel verschreibt, muß er die übermäßigen Ausgaben, die er verursacht hat, der Kasse ersetzen (Regreß). Ein sog. Regreßausschuß wacht darüber.

Der Arzneimittelregreß schien lange Zeit ein allgemein wirksames Steuerungsinstrument zu sein. Tatsächlich aber kann man damit nur „Ausreißer“ packen, nicht jedoch die Gesamtkosten steuern. Im Gegenteil, die Verfahren treiben eher noch die Gesamtausgaben für Arzneimittel in die Höhe. Die Regreßverfahren orientieren sich nämlich am statistischen Durchschnitt der Fachgruppe, da andere Standards nicht zur Verfügung stehen. „Ausreißer“, die wesentlich über dem Durchschnitt liegen, werden erfaßt. Gleichzeitig entsteht aber die Tendenz, daß alle Ärzte, die unterhalb des Durchschnitts liegen, diesen als zulässige Norm ansehen und ihrerseits sich langfristig an diese Norm herantasten. Naturgemäß erhöht sich dadurch der Durchschnitt, was wiederum einen Anreiz zur Ausdehnung der Verschreibung bietet. Hier ist eine Eigendynamik wirksam, die sich in einem kumulativen Prozeß immer höher ‚aufschaukelt‘.

### Ein Regelkreis der Rezepte

Im Nachhinein anzusetzen — wie die Regreßverfahren —, bringt für die Steuerung der Gesamtausgaben nichts; setzen wir also am Beginn an: Am Anfang steht das Rezept, das ausgeschrieben wird. Es ist eine Art „Wertpapier“, das in Umlauf gesetzt wird. Die „Schöpfung“ solcher Wertpapiere ist gegenwärtig völlig frei. Eine Steuerung der Mengen der Arzneimittel ist durch eine Steuerung der Rezepte möglich. Die Rezepte müßten freilich dazu in einen kreislaufartigen Strom eingefügt werden. Solange sie hier „geschöpft“ und dort „vernichtet“ werden, kommt kein Regelkreis zustande. Die Ausgabe der Rezepte als Wertpapiere muß dort liegen, wo sie auch gegen Geld einzulösen sind, nämlich bei den Kassen. Ein solcher einfacher Regelkreis von Rezepten und seine Steuerungswirkungen wird in der Abb. 13 dargestellt.

### Prinzipien einer Systempolitik im Arzneimittelwesen

Systempolitik im Arzneimittelwesen muß zwischen Marktbereich (Produktionsstufe) und Nicht-Markt-Bereich (Verbraucherstufe) unterscheiden. Im **Marktbereich** gelten die Prin-

zipien der marktwirtschaftlichen Ordnung, also:

— Wettbewerbspolitik auf dem Produzentenmarkt. Im **Nicht-Markt-Bereich** muß erst ein in sich schlüssiges Steuerungssystem geschaffen werden:

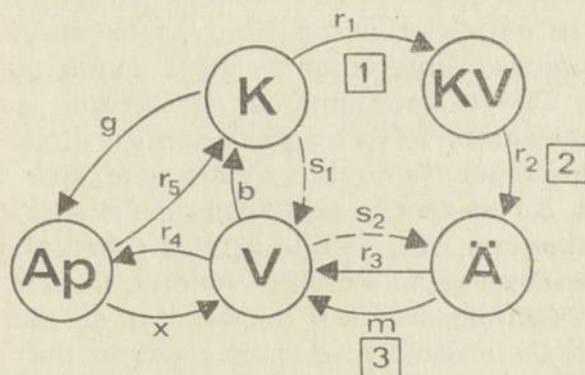
— Rezeptsteuerung durch Ausgabeprivileg und Einlösepflicht der Kassen (Regelkreisbildung).

Beide Maßnahmen müssen sich ergänzen. Allein sind sie jeweils wirkungslos.

### Systempolitik im Krankenhauswesen: Vielfachsteuerung

Wie sieht eine Systempolitik im Krankenhauswesen aus? Wir haben festgestellt, daß das Krankenhauswesen kein in sich schlüssiges Steuerungssystem darstellt. Es bildet le-

Abb. 13: Ein Regelkreis der Rezepte



Nach diesem Modell werden die Rezeptformulare von den Kassen über die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Ärzte weitergegeben ( $r_1$ ;  $r_2$ ). Der Arzt füllt das Rezept aus und reicht es an den Patienten (V) weiter ( $r_3$ ), der gegen Vorlage des Rezepts ( $r_4$ ) in der Apotheke seine Arznei (x) bekommt. Der Apotheker (Ap) legt die gesammelten Rezepte der Kasse vor ( $r_5$ ) und bekommt von ihr sein Geld (g); ( $s_1$ ;  $s_2$  = Krankenscheine).

Zweck dieses Regelkreislaufs ist die Steuerung des Arzneimittelverbrauchs. Die Steuerungsmaßnahmen können an der Station (1) zuerst ansetzen; sind sie von nicht ausreichender Wirkung, können sie auf die Station (2) übergreifen; schließlich kann auch die Station (3) mit einbezogen werden. So kann die Steuerung verstärkt werden. Ebenso läßt sich ihre Wirkung wieder durch Rücknahme von Station (3) bis auf Station (1) reduzieren.

Steuerungsmaßnahmen sind zum einen Information, Aufklärung und Weiterbildung sowie andererseits ein gewisser Finanzdruck: die Ausgabe von Rezepten gegen Gebühr. Während die Selbstbeteiligung gegenwärtig mit einer Rezeptgebühr auf unterer Ebene [Station (3)] ansetzt, kann zuerst einmal bei (1) und (2) angesetzt werden. Schließlich gibt es die Möglichkeit einer Kontingentierung.

diglich eine Folge von Abwicklungsvorgängen. In diesen Abwicklungsvorgängen haben alle Beteiligten ein Interesse, die Aktionen möglichst auszudehnen. Wo ist anzusetzen, wenn sich keine Ansätze bieten?

Das moderne Krankenhauswesen hat eine Geschichte von gut 150 Jahren hinter sich. Ein gewisser Steuerungsmechanismus bestand seit langem. Indes, man hat ihn durch eine Reform vor kurzem lahmgelegt. Diese Reform hieß „kostendeckende Pflegesätze“. Das klassische Krankenhaus war immer mehr oder weniger zuschußbedürftig. Das heißt, seine Kosten konnte es durch den Verkauf seiner Leistungen (Preis pro Tag = Pflegesatz) nie voll wieder hereinbekommen. Das auflaufende Defizit trug ein „Krankenhausträger“. Das waren die Kirchen, die Kommunen, die Wohlfahrtsverbände, Schwesterngenossenschaften und -mutterhäuser. Wenn im Krankenhaus „unwirtschaftlich“ gewirtschaftet wurde, dann mußte entweder der Pflegesatz steigen oder die Zuschüsse mußten durch den Träger erhöht werden. Immer dann, wenn die Pflegesätze entweder durch Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander oder durch staatliche Pflegesatzordnungen am Steigen gehindert waren, fiel der Kostendruck direkt auf den Träger. Er mußte zahlen oder sich wehren. Da er dem Krankenhaus meist sehr nahe verbunden war, konnte er sich sehr gut wehren. Der Träger konnte Chefarzt, Oberin und Verwaltungsdirektor herbeizitiern, konnte ihnen klarmachen, daß er nicht in der Lage und nicht Willens sei, seine Zuschüsse um mehr als dies und jenes zu erhöhen und im übrigen müßten sie selbst zusehen. Hier hatte der Träger die Funktion eines gewissen Korrektives. Die Träger bremsen die Kosten.

Natürlich mußten die Träger um so mehr bremsen, je magerer ihre eigenen Geldquellen flossen, und da gerieten fast alle Träger mehr und mehr aufs Trockene. Der medizinisch-technische Fortschritt wurde immer kostspieliger und viele Träger — wie die Schwesterngenossenschaften und die Mutterhäuser — hatten immer weniger Mittel. In dieser Situation erhob sich der Ruf nach kostendeckenden Pflegesätzen und nach staatlichen Subventionen. Die Politiker wurden um Hilfe gerufen, und Politiker lassen nie einen Hilferuf verhallen, wenn sie glauben, durch eine Hilfsaktion ihren Einfluß stärken zu können.

Die Krankenhäuser waren seit langem völlig ‚unpolitisch‘ gewesen, aber außerordentlich konservativ in der Mentalität ihrer Leitung

und ihres Personals. Das konnte anders werden; durch eine großzügige Krankenhausreform ließ sich das Krankenhauswesen „politisieren“. Drei Maßnahmen wirkten hier zusammen:

- Propagierung des „klassenlosen Krankenhauses“ (= Krankenhauskomfort für alle);
- Übernahme der Subventionen durch den Bund;
- kostendeckender Pflegesatz.

Der Krankenhauskomfort für alle (klassenloses Krankenhaus) sollte ein Angebot für diejenigen Wähler sein, die bisher in der „dritten Klasse“ angeblich wenig komfortabel gelegen hatten. Die Erhöhung des Anspruchsniveaus trieb die Kosten natürlich ebenfalls hoch. Diesem Kostendruck bot sich der Staat als sorgender Landesvater an. Er versprach, seine Taschen für Subventionen zu öffnen. Damit die Nachfrage nach Subventionen dann doch nicht so groß werden sollte, wurde allerdings ein Ventil in den kostendeckenden Pflegesätzen geschaffen. Die Krankenhäuser sollten ihre Pflegesätze erhöhen dürfen.

In diesem System gibt es nun keinen Druck auf die Kosten mehr, kein bremsendes Korrektiv. Die Konsumenten (Patienten) drängen auf teurere Behandlung. Das Krankenhaus kann alle Kosten auf den Pflegesatz weiterwälzen. Der Staat kann Subventionen bereitstellen, wenn ihm dies politisch wichtig erscheint; er kann aber auch die Subventionen wieder kürzen und die Krankenhäuser auf den Pflegesatz und dessen Erhöhung verweisen. Die Kassen müssen zahlen, die Kosten steigen ungehemmt an. Was ist zu tun, um aus dieser Situation wieder herauszukommen? Eine Rückkehr zum alten System ist, wie oft im sozialen Bereich, nicht möglich.

Wenn keine Lösung auf der Hand liegt, dann läßt sich vielleicht alles aus dem Problem ausgliedern, was nicht unbedingt hineingeht. Wir haben oben gesehen, daß es für die Steuerung ärztlicher Leistungen bereits ein Steuerungssystem gibt, das mit zwei gegengewichtigen Verbänden und zwei Kreisläufen recht passable Steuerungsleistungen erzielt. Warum gliedern wir nicht einfach alle krankenhausesärztlichen Leistungen aus dem System Krankenhausversorgung aus? Wir entlasten dadurch unser Krankenhausproblem bereits um 15 % Prozent. Denn 15 % von den Gesamtausgaben für Krankenhäuser entfallen auf die Krankenhausärzte.

## Problemsplitting: Ausgliederung der Dienste

Wenn die Honorierung der Krankenhausärzte so organisiert werden soll wie der ambulante Sektor, muß eine „Krankenkassenärztliche Vereinigung“ geschaffen werden (vgl. Abb. 14). Sicher ist eine Organisation einer Krankenkassenärztlichen Vereinigung nicht ganz einfach, aber unlösbar ist sie nicht. Schließlich gibt es Erfahrungen mit Kassenärztlichen Vereinigungen seit über 40 Jahren. Diese Erfahrungen kann man in die Problemlösung mit einbringen.

Krankenhausärztliche Versorgung und ambulante ärztliche Versorgung nach demselben System zu ordnen, hat zudem noch einen weiteren Vorteil: nun ist es nicht mehr so schwierig, frei praktizierende Ärzte gleichzeitig auch am Krankenhaus tätig werden zu lassen. Wenn ein Patient aber von seinem Facharzt in der Praxis und im Bedarfsfalle von ihm auch im Krankenhaus behandelt werden kann und in der Nachbehandlung wieder bei ihm in der Praxis, dann entfallen die vielbeklagten Überweisungsprobleme zwischen Praxis und Krankenhaus und die vielzitierten *Doppeluntersuchungen*. Der Patient wechselt zwar die *Behandlungsstätte* (Praxis-Krankenhaus-Praxis), aber nicht seinen *Arzt*. Dies nur nebenbei als wichtiger Nebeneffekt zur Kostensteuerung.

Durch Gründung einer Krankenkassenärztlichen Vereinigung und Überführung der ärztlichen Dienste in ein anderes und anderwärts schon bewährtes Steuerungssystem ist unser Problem bereits um etwa 15 % kleiner geworden. Der Rest ist aber nun plötzlich gar nicht mehr so schwierig; es bleiben nämlich noch zwei Blöcke:

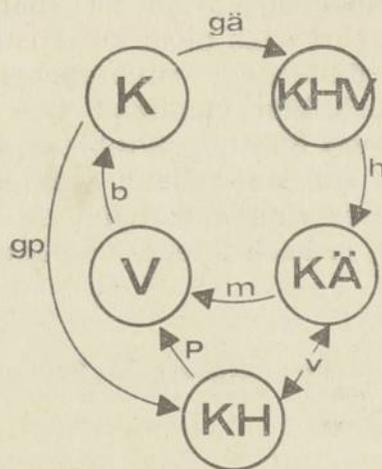
- Unterbringung und Pflege (zu finanzieren durch den Pflegesatz);
- medizinisch-technische Ausstattung (zu finanzieren durch Subventionen).

Beide Blöcke können nun wieder nach dem alten, früheren Steuerungssystem gelenkt werden: Erhöhte Subventionen nur für den, der gleichzeitig seine Kosten in Schach zu halten weiß. Wer um Subventionen anhält, muß sein Management überprüfen lassen; Chancen, seinen medizinisch-technischen Aufwand zu erhöhen, „kosten“ also gewissermaßen sparsame Hauswirtschaft, die sich in einem niedrigen Pflegesatz niederschlägt.

Die Verbesserung der Steuerungseffizienz im Krankenhauswesen liegt also in einer relativ einfachen Maßnahme: Kostensplitting in drei Blöcke, die jeweils durch das für sie am besten geeignete Steuerungssystem gesteuert werden:

- ärztliche Dienste (Steuerung durch Krankenkassenärztliche Vereinigung in Verhandlungen mit den Kassen);
- Unterbringungskosten und Pflege (Pflegesatz);
- medizinisch-technische Ausstattung (Subventionen).

Abb. 14: Das Modell der Krankenkassenärztlichen Vereinigung



Das obige Modell ist eine Zusammenfassung der Figuren „Ambulante Behandlung“ (Abb. 6) und „Krankenhausbehandlung“ (Abb. 10). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden der einweisende Arzt und die Politiker nicht mit einbezogen.

Auch in diesem Modell bezahlen die Versicherten (V) Beiträge (b) an die Krankenkasse (K). Vom Krankenhaus (KH) wird der Patient beherbergt und gepflegt (p). Dafür bekommt das Krankenhaus von der Kasse einen Pflegesatz (gp). Der Krankenhausarzt (KÄ) wird für seine Bemühungen (m) nicht vom Krankenhaus bezahlt. Er hat mit dem Krankenhaus nur eine vertragliche Vereinbarung (v), die ihm das Tätigwerden erlaubt. Sein Honorar (h) erhält er von der Krankenkassenärztlichen Vereinigung (KHV), bei der er Mitglied ist. Diese KHV bekommt von der Kasse ein Gesamthonorar (gä), mit dem alle ärztlichen Leistungen in Krankenhäusern des Bezirks der KHV finanziert werden.

Für die Berechnung des Gesamthonorars (gä) und der einzelnen Honorare (h) sind verschiedene Wege denkbar. Z. B. könnte die KHV gehaltsähnliche Pauschalhonorare auszahlen, über deren Höhe auch mit den Kassen verhandelt werden müßte. Es ist aber auch eine Abrechnung nach Einzelleistungen oder die Bezahlung von Fallpauschalen denkbar.

## „Elastische“ Krankenhausbetten

„Man liegt, wie man sich bettet“; diese Regel muß in der Krankenhausökonomik ein wenig umformuliert werden: „So viele Betten zur Verfügung gestellt werden — so viele werden auch belegt!“ Krankenhausbetten sind teuer, die Folgekosten sind beim Krankenhausbettenbau also vorprogrammiert (vgl. Abb. 15).

Wenn man dem entgegensteuert, und wenn man durch Steuerungsmaßnahmen die unwirtschaftlich langen Liegezeiten im Krankenhaus verkürzt — was wird dann aus den leeren Betten? Offensichtlich muß bei rücksteuernden Maßnahmen auch die Bettenzahl der Krankenhäuser elastisch nachgeben. Die Bettenzahl — nicht die Betten — muß hier also elastisch sein.

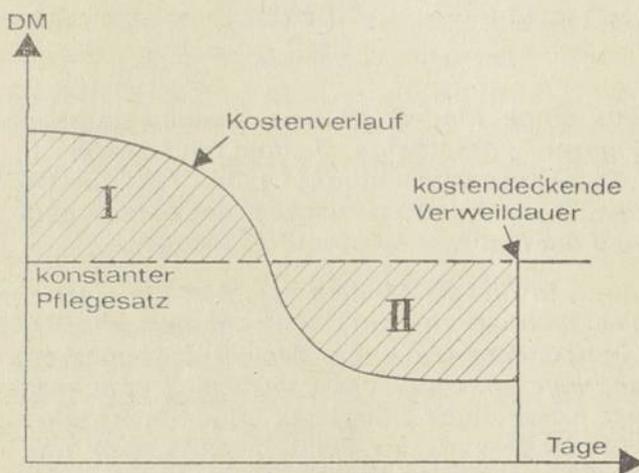
Man kann Krankenhäuser nicht einfach abreißen, um Belegungskosten zu sparen. Man kann umgekehrt auch nicht kurzfristig anbauen, um die Bettenzahl vorübergehend zu erweitern. Auch hier empfiehlt sich die Problemlösung des Splitting (Probleme auseinandernehmen, wo sie gehäuft auftreten). Die Krankenhäuser sind aufzuteilen in verschiedene Typen, je nach Pflege- und Investitions-

intensität. So läßt sich eine Typenreihe etwa folgendermaßen bilden:

- Intensivpflegestation,
- mittlere Pflege (Normalversorgung im Akutkrankenhaus),
- Langzeitpflege,
- Altenpflegeheime,
- Altenheime.

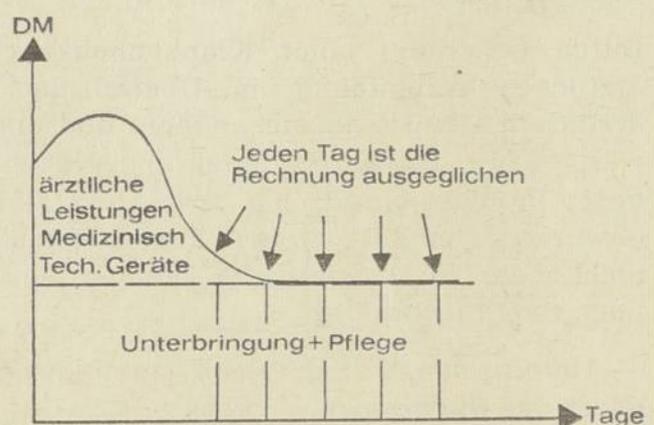
Innerhalb dieser Reihe lassen sich nun verhältnismäßig leicht Betten *umwidmen*. Werden Krankenhausbetten frei, so können Stationen oder ganze Häuser in Pflegeheime oder Altenheime umgewandelt werden. Natürlich ist auch das nicht kurzfristig, aber doch auf mittlere Frist möglich; ebenso umgekehrt. Dazu ist es sinnvoll, alle stationären und Heimleistungen bei der Krankenversicherung zusammenzufassen und diese dann mit weiteren Trägern (z. B. der gesetzlichen Rentenversicherung) abrechnen zu lassen; denn die Übergänge zwischen stationärer Behandlung, stationärer Pflege und Heimpflege sind fließend (vgl. Abb. 16).

Abb.15: Der konstante Pflegesatz als „Bettenfüller“



Diese Graphik zeigt einen typischen Kostenverlauf für einen Krankenhausaufenthalt und sein Verhältnis zum konstanten Pflegesatz. Üblicherweise entstehen in den ersten Tagen der Behandlung die meisten Kosten für Diagnose, Operation etc. Gegen Ende des Krankenhausaufenthalts fallen dagegen nur noch die reinen Unterbringungskosten an. Der konstante pauschale Pflegesatz reicht also zunächst nicht aus, die Kosten zu decken, in den letzten Tagen ist er jedoch höher als die Kosten. Damit das Krankenhaus seine Aufwendungen insgesamt decken kann, müssen sich die beiden Differenzen (Flächen I und II der Graphik) ausgleichen. Die Verweildauer wird über das medizinisch notwendige Maß ausgedehnt.

Abb.16: Kostensplitting vermeidet unnötige Liegezeit



Diese Figur zeigt die Zusammensetzung der Krankenhauskosten im Verlauf des Aufenthalts. In den ersten Tagen sind durch Diagnose bzw. Operation Ärzte und Hilfskräfte besonders belastet, es werden viele technische Geräte benutzt. In den letzten Tagen braucht der Kranke nur noch überwacht zu werden. Bei Kostensplitting wird mit dem Pflegesatz nur noch Unterbringung und Pflege zu decken sein. Über die sonstigen Kosten aber ist gesondert abzurechnen. Jetzt werden die Kosten so bezahlt, wie sie anfallen. Jeden Tag ist die Rechnung ausgeglichen, ein ökonomischer Druck zur Verlängerung der Verweildauer ist nicht mehr vorhanden.

## Prinzipien einer Systempolitik im Krankenhauswesen

Auch im Sektor „Krankenhauswesen“ ist Systempolitik notwendig. Hier gibt es gegenwärtig überhaupt keine Steuerung. Die Systempolitik steht auf zwei Pfeilern:

a) *Kostensplitting* mit entsprechender spezieller Steuerung:

— ärztliche Leistungen durch Krankenhaus-ärztliche Vereinigung;

— Unterbringung durch Pflegesatz;

— medizinisch-technische Ausstattung durch Subventionen.

b) *Strukturierung* des gesamten Bettenangebotes mit Ausgleichsmöglichkeit zwischen

den Versorgungstypen bei konstantem Gesamtangebot.

Erst beide Pfeiler zusammen stützen die Reform. Einer allein ist nicht tragfähig genug.

Wir sind von unserer *Systemanalyse* („Wo stecken die Steuerungsdefizite und die Steuerungsreserven?“) übergegangen zur *Systempolitik*: „Wie können mit möglichst geringen Eingriffen schlüssige Systeme entwickelt werden?“ Was aber hat man eigentlich bis heute in der Sozialpolitik unternommen? Wenn es gelingt, die systemkonformen Maßnahmen wissenschaftlich abzuleiten — warum sind diese nicht schon längst verwirklicht worden? Wenn es bisher falsche Maßnahmen waren, wie kommt es dann zu solchen Fehlleistungen?

## V. Fehlleistungen

Fehlleistungen haben immer einen zweifachen Aspekt: In einer Hinsicht sind sie zwar echte Leistungen, in anderer Hinsicht stellen sie sich aber als Fehler heraus in bezug auf andere, weiterreichende und hintergründige Ziele — Ziele freilich, die man bis dahin nicht erkannt hat, die unbewußt blieben, die unter dem beschränkten Gesichtsfeld nicht ins Kalkül eingingen. In einer Analyse der Fehlleistungen können wir versuchen, die bisherigen Maßnahmen zu beschreiben und die geistige Haltung, aus denen sie resultierten, freizulegen.

### Von der Medizin zur Medizin-Ökonomik

„Gesundheit ist das Wichtigste“, sagt der Volksmund. Für das Wichtigste ist das Beste gerade gut genug. Gesundheit stand bisher immer unter Maximalforderungen. Das medizinisch-technisch Beste muß eingesetzt werden. Zwar hat man sich schon immer zu gewissen Abstrichen bereitgefunden und sich auf das „Notwendige“ beschränkt. Aber was ist das „Notwendige“? Für das naturwissenschaftlich ausgerichtete Denken folgt das Notwendige notwendig aus der gegebenen Situation. Jeder verantwortungsbewußte und fähige Mediziner wird das Notwendige für den jeweiligen Fall nennen können. Damit ist das Notwendige objektiv. Denn objektiv heißt nichts anderes, als daß *alle* Fachkenner übereinstimmen.

Und damit stoßen wir schon auf die „beschränkte Einsicht, die zu Denkfehlern führt“. Sicherlich werden alle verantwortungsbewußten und fähigen Mediziner das im Einzelfall Notwendige nennen können, nur übereinstimmen werden sie nicht. Selbst wenn sie nur in 20 % der Fälle und nur in Grenzfragen verschiedener Meinung sind, entstehen Entscheidungsprobleme, die für die Steuerung unserer Kostenexplosion relevant werden: Soll diese Maßnahme durchgeführt werden oder nicht, soll sie so durchgeführt werden oder anders; wie lange soll sie dauern usw.?

Rein naturwissenschaftlich gesehen, sind diese Probleme objektiv nicht entscheidbar. Wie also sonst? Wenden wir das *ökonomische Prinzip* an: Bei einer Wahl zwischen zwei als gleichwertig bezeichneten Maßnahmen ist der billigeren Lösung der Vorzug zu geben. Damit wird das Gesundheitswesen zum *ökonomischen Problem*: „Unsere Mittel sind beschränkt, wir wollen möglichst viel Gesundheitsgüter für möglichst viele Menschen herausholen; wie muß das geschehen?“

Die Umwandlung der *rein medizinischen Fragen* in *medizinisch-ökonomische Probleme* mußte in dem Augenblick eintreten, als die Knappheit an medizinischen Ressourcen (zur Verfügung stehende Mittel) deutlich wurde. Für viele ist sie bis heute noch nicht deutlich. Sie lehnen es mehr oder weniger bewußt ab, Medizin unter ökonomischen Gesichtspunkten zu sehen.

Unter dieser, zum Teil mit verstockter Miene und sozial-entrüstetem Gesicht hochgehaltenen Maxime hat die Gesundheitspolitik seit etwa 1960 gestanden. Nahezu jede Reform war durch zweierlei gekennzeichnet: Einführung von mehr Ansprüchen und mehr Ausgaben sowie Abbau von *bisher bestehenden* Steuerungsmöglichkeiten:

1960: Aufhebung der Niederlassungsbeschränkung für Ärzte — damit kaum noch Einfluß der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Zahl und regionale Verteilung der niedergelassenen Ärzte.

1967: Abschluß des Übergangs von der Pauschalhonorierung zum Einzelleistungshonorierungsverfahren (Beginn etwa ab 1964) — Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen, gleichzeitig Anreiz zur Ausdehnung der Zahl der Einzelleistungen; kaum mehr Ansatzpunkte für eine Einkommenspolitik der Kassenärztlichen Vereinigungen.

1970: Streichung des Eigenbeitrags der Rentner; Lohnfortzahlung für alle Arbeiter (keine Möglichkeit, innerhalb der ersten sechs Krankheitswochen den Vertrauensärztlichen Dienst einzuschalten; sprunghafte Erhöhung des Krankenstandes); Dynamisierung der Versicherungspflichtgrenze (Abbau des Wettbewerbs von gesetzlicher und privater Krankenversicherung).

1974: Aufhebung der sog. „Krankenscheinprämie“ (indirekte Selbstbeteiligung) — Verringerung der Eigenverantwortung der Versicherten.

1974: Einführung sog. „kostendeckender Pflegesätze“ im Krankenhaus — kein Zwang mehr zur wirtschaftlichen Betriebsführung — Anreiz zur Verlängerung der Verweildauer durch die volle Pauschalierung.

### Von der Irrationalität der Solidarität

Wir stellen uns einen Vereinsausflug vor. Jeder zahlt seine Getränke selbst. In Anbetracht der hohen Bierpreise fällt der Durst nur mager aus, die Stimmung bleibt dementsprechend reserviert, die Teilnahme ist mäßig.

Machen wir es also anders, ziehen wir vor Beginn des Ausfluges einen Teilnahmebeitrag von allen Vereinsmitgliedern ein! Dafür ist die Teilnahme und der Umtrunk frei! — Wer jetzt nicht teilnimmt und nicht einen kräftigen Schluck nimmt, ist selber schuld. Ja, sogar noch mehr: je höher der Beitrag ausfällt, um so größer die Teilnahme und um so grö-

ßer der Durst. Jeder muß sich ja sagen, daß er auf alle Fälle belastet wird, wenn aber schon, dann solle doch auch etwas dabei herauskommen.

Nehmen wir an, einem sei der Beitrag zu hoch. Er wird folgerichtig sagen: „Das kommt vom vielen Trinken!“ Also hält er sich zurück, und harrt den Abend säuerlich auf dem Trockenen aus. Spart er damit? Wird dadurch der Beitrag niedriger ausfallen? Nehmen wir an, der Beitrag würde als Umlage im Nachhinein erhoben. Dann würde er natürlich bei Zurückhaltung unserer Versuchsperson niedriger sein. Allerdings niedriger auch für alle anderen. Hat unser Gewährsmann z. B. für DM 4,— Bier weniger getrunken als die anderen im Durchschnitt, und sind es 80 Teilnehmer, so sinkt die Umlage um 5 Pfennige. Das ist eine sehr geringe Ersparnis für den versauerten Abend unseres sparsamen Teilnehmers!

Warum sollte sich unser Mann nicht umgekehrt verhalten? Er haut auf die Pauke und vertrinkt das Doppelte wie alle anderen: jetzt hat er mächtig gezecht, die Umlage aber steigt für ihn nur ganz minimal an, denn alle anderen müssen ja daran mittragen. Nur  $\frac{1}{80}$  des Mehrkonsums fällt auf unseren Zecher zurück. Wir sehen: Bei Umlage wird Zurückhaltung im Konsum irrational; Mehrkonsum empfiehlt sich, und dies gerade, je höher die Umlage ist. Der Effekt wird um so stärker, je größer die Gruppe ist.

Nun übertragen wir unsere Erfahrungen auf die Krankenversicherung. Hier geht es um außerordentlich wichtige Gesundheitsgüter und um sehr große Gruppen. Solidarität im Sinne einer Zurückhaltung in der Nachfrage nach Gesundheitsgütern (einer für alle) wäre hier irrational. Solidarität muß notwendigerweise anders verstanden werden: alle (zahlen) für einen!

Ausgabesteigernde Solidaritätseffekte (Umlagen in großen Gruppen) haben wir vielfach in der Sozialversicherung eingebaut. Nicht nur bei den Versicherten, auch bei den Kassen, den Ärzten, den Krankenhäusern wirken solche Effekte. Solidaritätsappelle können keine ausgabensenkenden Wirkungen haben. Aus Solidaritätsvorstellungen hat man seinerzeit die Umlageverfahren eingeführt („Alle für einen“). Als sie dann zu raschen Wachstumsraten führten und führen mußten, glaubte man, das Problem wiederum durch Solidaritätsappelle lösen zu können. Das stellt sich jetzt als Fehleinschätzung heraus.

## Falsch adressierte Selbstbeteiligung

Immer wieder hat man versucht, Selbstbeteiligungen in das System der Krankenversicherung einzubauen. Immer wieder hat man ihre Einführung als Reform gepriesen, um sie alsbald wiederum unter der Fahne einer neuen Reform abzuschaffen.

Mit der Einführung einer Selbstbeteiligung an den Aufwendungen für Gesundheitsgüter lassen sich grundsätzlich zwei Ziele verfolgen: ein Finanzierungseffekt und ein Steuerungseffekt. Der Finanzierungseffekt bewirkt, daß ein Teil der anfallenden Aufwendungen von der Krankenkasse auf den Versicherten übertragen wird. Die Kasse wird entlastet, der Versicherte (zusätzlich zum Beitrag) belastet. Der Steuerungseffekt bewirkt, daß weniger Leistungen in Anspruch genommen werden, was sich natürlich bei den Kassen ebenfalls kostenmindernd bemerkbar macht.

Bei Einführung einer generellen — also nicht auf ganz bestimmte Leistungen bezogenen — Selbstbeteiligung besteht jedoch die Gefahr, daß auch medizinisch notwendige Leistungen nicht nachgefragt werden. Es unterbleibt z. B. ein wichtiger Arztbesuch oder ein benötigtes, aber teures Medikament wird nicht gekauft. Die Selbstbeteiligung sollte deshalb nicht generell, sondern unter Zuhilfenahme spezieller Steuerungsmittel nur für ganz bestimmte Leistungen eingeführt werden. So wäre es denkbar, die Zahl der Krankenscheine je Jahr zu erhöhen und für einen Teil der Scheine bei Nichtinanspruchnahme Beitragsrückvergütungen einzuführen. Auch besondere Krankenscheine, etwa für Nachtbesuche des Arztes, die gegen Gebühr von der Krankenkasse gekauft werden müssen, wären denkbar. Die Selbstbeteiligung muß so ausgestaltet werden, daß keine überflüssigen Leistungen nachgefragt werden, medizinisch notwendige Leistungen aber auch nicht unterbleiben.

Konsumenten der Gesundheitsgüter sind die Patienten; sie sind aber nicht Nachfrager, denn das sind die Ärzte. Die Konsumenten mit Selbstbeteiligung zu belasten, berührt die Nachfrager zunächst nicht. Sollten die Konsumenten dennoch unter der Belastung der Selbstbeteiligung selbst ihre Nachfrage zurücknehmen, so wissen sie nicht, wo dies zweckmäßig ist. Sie sind ja nicht sachverständig. Es besteht die Gefahr, daß sie gerade an den medizinisch besonders wichtigen Gesundheitsgütern sparen (bittere Medizin) und ihre

Nachfrage dorthin verlagern, wo es medizinisch nicht so wichtig, dafür aber eher angenehm ist (Kuren).

Selbstbeteiligung wendet sich meist an die falschen Adressaten.

Mit diesen beiden Erfahrungen „Irrationalität der Solidarität“ und „falsch adressierte Selbstbeteiligung“ können wir jetzt verstehen, daß Maßnahmen, die auf den ersten Augenschein hin schlüssig erscheinen, es tatsächlich nicht sind. Erst eine eingehende Analyse bringt dies allerdings an den Tag. Solange eine solche Analyse nicht zu Ende durchdacht wird, wird man immer wieder beim ersten Augenschein verharren und sich auf Wirkungsloses versteifen. So hat man mehr als ein Jahrzehnt mit der Selbstbeteiligung experimentiert, ohne die Zusammenhänge zu erkennen, und reichlich hundert Jahre von den Solidareinrichtungen gesprochen, ohne die Irrationalität, die in ihnen wirken kann, zu erfassen.

Wir haben, der modernen Sozialwissenschaft folgend, von vornherein ganz andere Wege eingeschlagen. Rückblickend werden die Prinzipien jetzt deutlich:

*Erstes Prinzip:* Die Probleme von der Gesamtschau her ansprechen.

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist keine isolierte Erscheinung. Sie muß im Zusammenhang mit den Kostenexplosionen und Steuerungsdefiziten im primären und tertiären Sektor gesehen werden. Aus diesem Zusammenhang ergibt sich, daß es sich hier nicht um ein kurzfristiges oder ein konjunkturelles Problem handelt, sondern um ein langfristiges Problem der Wachstumssteuerung.

Unter diesem Prinzip wird deutlich, daß alles Herumoperieren am Detail, aller Pragmatismus der Manager und der politischen Funktionäre zur Problemlösung nicht ausreichen wird. Damit wird man bis zur Bundestagswahl 1976 sicher noch über die Runden kommen, aber vor den darauffolgenden Wahlen wird man wiederum vor demselben Problem stehen.

*Zweites Prinzip:* Es besteht kein Finanzierungsproblem, sondern ein systempolitisches Problem.

Aus unserem ersten Prinzip ergibt sich bereits das zweite: damit, daß wir mehr Geld aufbringen, ist das Problem nicht gelöst. Wir müssen Systeme schaffen, die die Gesamtaus-

gaben herabsteuern, die die Kosten so in Schach halten, daß bei einer Ausgabenminderung keine Versorgungsminderung eintritt. Die Aufgabe der Systempolitik ist es, das „Übermäßige“ wegzusteuern. Das „Übermäßige auf das rechte Maß zurückführen“ wird keiner zentralen Verwaltung gelingen, denn es muß in jedem einzelnen Fall und immer wieder festgestellt werden. Das kann nur dadurch geschehen, daß man möglichst viele der Beteiligten an der Steuerung des Ganzen mit interessiert. Eine Vergrößerung der Steuerkapazität darf und wird auf diese Weise nicht Verringerung von Freiheitsgraden bedeuten.

*Drittes Prinzip:* Globalsteuerung auf der mittleren Ebene.

Heruntersteuern geschieht am besten dadurch, daß man Gegenkräfte im System entbindet, die den Explosionskräften entgegenwirken. Solche Gegenkräfte gibt es vor allem auch auf der mittleren Ebene der Verbände. Deshalb ist die mittlere Ebene zu stärken; sie soll dabei nicht in die Einzelentscheidungen der unteren Ebene (der Individuen) vordringen, sondern bei Globalentscheidungen bleiben.

Globalsteuerung auf der mittleren Ebene ist in der Krankenversicherung schon mehr oder weniger bewußt seit Jahrzehnten geübt worden. Freilich hat man sie nicht als solche erkannt. Das Verständnis für Globalsteuerung an sich ist nämlich noch relativ jung. Sie wurde erst durch den damaligen Wirtschaftsminister Schiller in der staatlichen Wirtschaftspolitik heimisch; hier als staatliche Globalsteuerung (also auf der oberen Ebene). Globalsteuerung auf der mittleren Ebene ist in der Wirtschaft geradezu verpönt. Die Verbände haben zu sehr den Charakter von Kartellen, als daß man sie mit solch steu-

ernen Aufgaben betrauen wollte. Was aber für die Industrie falsch ist (Stärkung der Kartelle auf der mittleren Ebene), muß nicht für die Dienstleistungen und speziell für das Gesundheitswesen falsch sein. Im Gegenteil: Die Globalsteuerung auf der mittleren Ebene muß hier entwickelt werden.

*Viertes Prinzip:* Ausbau von Regelkreisen.

Im Gesundheitswesen haben nicht nur die Geldströme eine steuernde Funktion, sondern auch viele sog. „Wertpapiere“ (Steuerungsscheine: Krankenscheine, Rezepte, Überweisungsscheine usw.). Die Steuerungskapazität dieser Steuerungsscheine ist noch keineswegs erschlossen. Im Gegenteil, diese Scheine zirkulieren oft völlig unregelt. Sie müssen in klare Regelkreise eingebunden werden. Damit ergeben sich dann ganz von selbst neue Steuerungsmöglichkeiten.

*Verbindung von drittem und viertem Prinzip:* Die Regelkreise der Steuerungsscheine über die mittlere Ebene leiten.

Wenn die Ströme der Steuerungsscheine über die mittlere Ebene fließen (von den Verbänden ausgehen bzw. in Geld eingelöst werden), lassen sich leicht damit Aufgaben einer Globalsteuerung verbinden.

*Fünftes Prinzip:* Jedem Problem die ihm adäquate Steuerung bereitstellen; Probleme nicht kumulieren, sondern splitten.

Wenn jedes Problem einzeln und für sich gelöst werden soll, dann sollen z. B. die Dienstleistungen durch Steuerungssysteme für Dienstleistungen geregelt werden. Investitionen aber sind davon auszunehmen. Diese sind ihrerseits über dafür adäquate Steuerungssysteme für Investitionen zu lenken (Investitionen sind Sachgüter, keine Dienste!).

# Beschäftigungspolitische Möglichkeiten zur Bekämpfung hoher Arbeitslosigkeit bei Inflation

## I. Zur gegenwärtigen Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes in der Bundesrepublik Deutschland: Probleme und Gefahren

### 1. Die konjunkturelle Situation in der Bundesrepublik im Vergleich zu 1966/67

Die Bundesrepublik erlebt derzeit den zweiten bedeutenden Beschäftigungseinbruch der Nachkriegszeit. Die heutigen Probleme sind freilich größer als 1966/67 und zum Teil auch anders gelagert. Im Gegensatz zur letzten Rezession bewegt sich der Konjunkturzyklus der wichtigsten Partnerländer weitgehend synchron zur inländischen Konjunktur; das heißt, die Stimulierung durch die Auslandsnachfrage, welche die Krise 1966/67 so schnell beendete und in einen der stärksten Aufschwünge überführte, hat in der gegenwärtigen Situation eine viel geringere Bedeutung. Auch die Steigerungsraten im Geschäft mit dem Ostblock und mit einigen erdölproduzierenden Ländern gehen von einem zu niedrigen Sockel aus, um wesentliche Impulse zu geben.

Die bisher sehr starke Außenwirtschaftsposition der Bundesrepublik Deutschland wird gegenwärtig und voraussichtlich auch künftig zudem durch eine im Vergleich zu früheren Jahren wesentlich ungünstigere Kosten- und Wechselkursituation geschwächt<sup>1)</sup>. Der damit zusammenhängende negative Beschäftigungseffekt ist für ein Land, in welchem die Arbeitsplätze zu ca. einem Sechstel vom Export abhängen, natürlich sehr ernst zu nehmen<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Schon im ersten Halbjahr 1975 hat die Bundesrepublik auf den Weltmärkten an Boden verloren. Während die gesamten OECD-Exporte um gut 13 v. H. zunahmen, entwickelten sich die deutschen Ausfuhren mit 7,4 v. H. (in jeweiligen Preisen und US-Dollar) unterdurchschnittlich. (Quelle: Informationsdienst des Instituts der Deutschen Wirtschaft (IWD), Nr. 42/1975).

<sup>2)</sup> Der Anteil der direkt und indirekt von der Warenausfuhr abhängigen Erwerbspersonen (Selbständige und Unselbständige) an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen stieg von 14,1 v. H. 1970 auf 17,4 v. H. 1974 (Frankfurter Rundschau, 6. 6. 1975, S. 7).

Für Anregungen und Kritik danken wir Karlheinz Bentele, P. D. Dr. Erhard Blankenburg und Prof. Vladimir Stoikov.

Auf der anderen Seite bedeutet die Reduzierung der Ausfuhrüberschüsse eine in früheren Jahren geforderte Normalisierung, denn die jahrelange Unterbewertung der DM führte zu einem extrem hohen Beschäftigungsstand auf Kosten unserer Handelspartner. Diese „Normalisierung“ wird wohl aber auch ein andauerndes Problem der Arbeitslosigkeit einschließen.

### INHALT

- I. Zur gegenwärtigen Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes in der Bundesrepublik Deutschland: Probleme und Gefahren
  1. Die konjunkturelle Situation in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu 1966/67
  2. Mittelfristige Aussichten für den Arbeitsmarkt
  3. Arbeitsmarktprobleme bei anhaltender hoher Arbeitslosigkeit
    - a) Umschichtungen in der Struktur der Arbeitslosigkeit
    - b) Entstehung von Teilarbeitsmärkten
    - c) Zunahme marginaler Erwerbspersonen
- II. Alternative beschäftigungspolitische Möglichkeiten in der gegenwärtigen Krise
  1. Verteilungspolitik der Unterbeschäftigung
    - a) Ausländerpolitik
    - b) Umschulung und Weiterbildung
    - c) Variationen der individuellen Arbeitszeit
    - d) Reduktion oder Variation der Erwerbsdauer
    - e) Verminderung der individuellen Belastung durch Arbeitslosigkeit
  2. Maßnahmen zur Erhaltung oder Schaffung von Arbeitsplätzen
    - a) Lohnkostenzuschüsse
    - b) Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM)
    - c) Arbeitsplatzentwicklungsfonds

### III. Schlußfolgerungen

Wenngleich die Konsumgüternachfrage meist nicht den entscheidenden Faktor für die konjunkturelle Belebung darstellt, so ist doch die gegenwärtige Zurückhaltung der Verbraucher, die sich u. a. in hohen Sparquoten äußert (16 v. H. 1975 gegen 11 v. H. 1967), eine zusätzliche Belastung für die Konjunktur. Andererseits fällt der Rückgang des Arbeitsvolumens wesentlich milder aus, als nach dem Produktionsrückgang zu erwarten gewesen wäre; die Wirtschaft „hortet“ Arbeitskräfte-reserven, die im Wiederaufschwung erst ausgeschöpft werden müssen. Folge: Ein Aufschwung wird sich erst spät auf den Arbeitsmarkt als Abbau der Arbeitslosigkeiten auswirken<sup>3)</sup>.

Im Verhältnis zur Krise 1966/67 müssen auch strukturelle Anpassungsprozesse im größeren Umfang verarbeitet werden. Vom strukturellen Beschäftigungseinbruch betroffen sind vor allem das Baugewerbe und die davon abhängigen Industrie- und Dienstleistungszweige sowie die Textil- und Bekleidungsindustrie und Teile des Straßenfahrzeugbaus (vgl. Tabelle 1). Es sind hier verschiedene Ursachen wirksam geworden: Einige Probleme werden durch Marktsättigungen und Verschiebungen in der Nachfrage ausgelöst, andere sind durch den Aufbau von Überkapazitäten in der Hochkonjunktur bedingt. Weiter sind Verschiebungen in der internationalen Arbeitsteilung zu kompensieren: Arbeitsintensive Massenproduktion wird zunehmend kostengünstiger von oder in Entwicklungsländern betrieben.

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Rezessionen, der sich heute als Hemmnis für die Beschäftigungspolitik auswirkt, sind die verschiedenen hohen Inflationsraten. Im Jahre 1967 betrug die Preissteigerungsrate 1,7 v. H., in den Jahren 1974/75 ergaben sich Durchschnittswerte von 6 bis 7 v. H. Inzwischen hat sich der Preisauftrieb zwar noch weiter zurückgebildet, andererseits scheinen auch die kleinsten Aufschwungtendenzen schon wieder inflationäre Impulse zu verursachen. Damit sind der Politik der Nachfragehebung durch

<sup>3)</sup> Die Schätzungen der betrieblichen Arbeitskraftreserven der verschiedenen Forschungsinstitute reichen von 9 bis 14 v. H.; so schätzt das DIW, daß 1975 mit den noch im Erwerbsleben stehenden Arbeitskräften  $\frac{1}{7}$  mehr hätte produziert werden können. Vgl. auch IDW, Nr. 43/1975. Das Institut für Weltwirtschaft in Kiel rechnet damit, daß auch im Winter 1976/77 die Arbeitslosigkeit wieder auf eine Million ansteigen wird (Handelsblatt, Meldung vom 15. 12. 1975).

Tabelle 1: Verlorene Arbeitsplätze in verschiedenen Wirtschaftszweigen

Wirtschaftszweig	Reduktion der Beschäftigten zwischen Durchschnitt 1973 und Juni 1975	
	Absolut	Relativ in vH
Bauhauptgewerbe	- 314 000	- 20,8
Bekleidungsindustrie	- 73 000	- 20,2
Textilindustrie	- 77 000	- 17,7
Steine und Erden	- 41 000	- 17,1
EBM-Industrie	- 65 000	- 15,4
Straßenfahrzeugbau	- 65 000	- 10,3
Zum Vergleich		
Industrie insgesamt	- 765 000	- 9,1
Maschinenbau	- 48 000	- 4,4
Chemie	- 4 000	- 0,7

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistische Mitteilungen, Jahrgänge 1974/75.

Steuersenkungen und Geldmengenausweitung sehr enge Grenzen gesetzt<sup>3a)</sup>.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Die Beschäftigungspolitik sieht sich gegenwärtig wesentlich größeren und anderen Problemen gegenüber als in der Rezession 1966/67. Die Arbeitslosigkeit ist nicht nur mehr als doppelt so hoch wie damals, sie dauert auch, insgesamt und individuell betrachtet, wesentlich länger. Weiter sind diesmal stärker Gruppen betroffen, die bisher kaum unter Arbeitslosigkeit litten (jüngere Arbeitskräfte). Ein künftiger Aufschwung ist mit einigen Hypothesen belastet (Strukturwandel, Veränderung in der

<sup>3a)</sup> Wir können hier nicht eingehend den komplizierten Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Preis- (bzw. Lohn-)steigerungsrate (Phillips-Relation) diskutieren. Wir sind jedoch der Ansicht, daß die früher angenommene langfristig stabile und stark negative Korrelation, gemäß welcher Arbeitslosigkeit durch Inkaufnahme von höheren Inflationsraten auf die Dauer bekämpft werden könnte, nicht besteht. Die Erwartungsanpassung an die Inflation und Segmentierungen des Arbeitsmarkts durchbrechen mögliche kausale Verknüpfungen, die der Theorie der Phillips-Relation zugrunde lagen.

Außenwirtschaftsposition) und wird sich zudem erst mit einiger Verzögerung positiv auf den Arbeitsmarkt auswirken.

## 2. Mittelfristige Aussichten für den Arbeitsmarkt

Bei der Frage nach den mittelfristigen Aussichten für Vollbeschäftigung sind die Meinungen der Prognostiker sehr uneinheitlich; die optimistischen Projektionen für den Arbeitsmarkt wurden in jüngster Zeit mehrfach nach unten korrigiert. So berechnete die Bundesanstalt für Arbeit (BA) 1974 noch eine inländische Potentiallücke von über 3 Mill. Arbeitskräften für 1985 bei einem durchschnittlichen Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) von real 4,5 v. H.; dieser Mehrbedarf an Arbeitskräften wäre durch Gastarbeiter oder durch Mobilisierung von inländischen Arbeitskräftenreserven (vor allem verheiratete Frauen) zu decken gewesen; bei einem „konsolidierten“ Bestand an ausländischen Arbeitern von 2,5 Mill. hätte die verbleibende Lücke immer noch 600 000 Arbeitnehmer betragen<sup>4)</sup>. Inzwischen hat die BA die Rechnungen durch die Annahme eines Wachstums von 3,9 v. H. korrigiert; unter dieser Annahme verringert sich die inländische Potentiallücke für 1985 auf 2,3 Mill. und selbst die Variante 2,5 v. H. Wachstum weist für 1980 noch einen Bedarf von 1,3 Mill. Ausländern aus<sup>5)</sup>.

Auch die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände meint, daß mittelfristig das Problem auf dem Arbeitsmarkt die Beschaffung von genügend Arbeitskräften darstelle. Die längerfristig vorrangige Aufgabe sei die Mobilisierung von „stillen Reserven“<sup>6)</sup>. Pessimistischer sind die Prognosen des unternehmerorientierten Instituts der Deutschen Wirtschaft (IDW). Es geht von einer betrieblichen Arbeitskraftreserve von 9—12 v. H. aus und rechnet daher mit einem spürbaren Abbau der Arbeitslosigkeit erst ab 1977/78. Im günstigsten Fall (4,8 v. H. BIP-Wachstum) würde — bei einem Sockel von 2 Mill. Gastarbeitern — die Arbeitslosigkeit im Jahr 1980 auf

1,8 v. H. abgebaut, im ungünstigsten Fall (1,7 v. H. Wachstum) würde 1980 die Arbeitslosenzahl bei 2,2 Mill. oder 9,5 v. H. liegen<sup>7)</sup>. In seiner neuesten Prognose kommt auch das Kieler Institut für Weltwirtschaft zu dem Schluß, daß längerfristig die Nachfrage nach Arbeitskräften sinken wird und daß sich bis 1985 ein Defizit von 1,3 Mill. Arbeitsplätzen herausbilden könnte<sup>8)</sup>.

Wir möchten uns hier nicht in einer weiteren prognostischen Variante versuchen, sondern nur noch einmal einige wesentliche Faktoren erwähnen, die es künftig erschweren dürften, zu den extrem günstigen Beschäftigungsverhältnissen zurückzukehren, die wir mit kleinen Ausnahmen in den vergangenen anderthalb Jahrzehnten hatten:

— Bis gegen 1990 wird aufgrund demographischer Effekte das inländische Beschäftigungspotential zunehmen. Das bedeutet, daß künftig jährlich mehr Jugendliche ins Erwerbsleben eingegliedert werden müssen als in der Vergangenheit. Es kann damit zu einer Konkurrenz zwischen den beiden wichtigen Zielen der Erwerbssozialisation Jugendlicher und dem Schutz älterer Erwerbstätiger kommen.

— Die Beschäftigung in der Bundesrepublik wird auch in Zukunft sehr stark vom Export abhängig sein. Selbst wenn sich der Welthandel in den nächsten Jahren sehr günstig entwickeln sollte, wird es für die Bundesrepublik Deutschland schwerer sein, ihre Position im internationalen Wettbewerb zu halten. Voraussetzung dafür sind starke Rationalisierungen in der Produktion, die jedoch mit der Gefahr von Arbeitslosigkeit aus technologischen Gründen verbunden sind.

— Verschiebungen in der internationalen Arbeitsteilung (Massenkonsumgüterproduktion in Entwicklungsländern, in der Bundesrepublik zunehmende Spezialisierung auf technologisch hochwertige Investitionsgüter) bergen verschiedene Gefahren für den Arbeitsmarkt. Direkt werden Arbeitsplätze durch Betriebsverlagerungen ins Ausland gefährdet, indirekt

<sup>4)</sup> Vgl. Bundesanstalt für Arbeit, Überlegungen zu einer vorausschauenden Arbeitsmarktpolitik, Nürnberg 1974, S. 28 ff.

<sup>5)</sup> Vgl. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Quintessenzen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Wachstum und Arbeitsmarkt, Nürnberg 1975, S. 36 f.

<sup>6)</sup> Handelsblatt, Meldung vom 12. 8. 1975.

<sup>7)</sup> IDW, Nr. 43, Oktober 1975. Die sehr divergierenden Stellungnahmen von arbeitgeberorientierten Institutionen sind teilweise durch ihre politisch-propagandistische Funktion begründet. Während pessimistische „Horror-Prognosen“ wohl in erster Linie Beeinflussung von Tarifverhandlungen beabsichtigen, ist der Adressat der „Angebots-Lücken“-Variante eher der Staat, der längerfristig für die Aufrechterhaltung eines „Käufermarktes“ durch Mobilisierung von Reserven sorgen soll.

<sup>8)</sup> Handelsblatt, Meldung vom 15. 12. 1975.

durch Schrumpfung bestimmter Branchen wegen ausländischer Konkurrenz. Es ist sehr fraglich, ob die neu zu schaffenden Arbeitsplätze für technologisch hochwertige Güter rein quantitativ diese Defizite auszugleichen vermögen. Aber selbst wenn dies der Fall sein sollte, wird der Arbeitsmarkt starke strukturelle, regionale und qualifikatorische Verschiebungen zu kompensieren haben.

— Abnehmende Beschäftigung muß sich nicht in zunehmender Arbeitslosigkeit äußern, falls bestimmte Gruppen sich leicht aus dem Arbeitsmarkt verdrängen lassen. Dieser Verdrängungsprozeß betrifft vor allem marginale Gruppen (zur Begriffsbestimmung siehe unten). Allerdings hat man sich in bezug auf zwei große Gruppen allzu leichte Hoffnungen gemacht. Die Ausländer scheinen, soweit sie überhaupt ausländerrechtlich „abgeschoben“ werden können, stärker in den Arbeitsmarkt integriert zu sein, als man angenommen hatte. Auch die teilzeitbeschäftigten Frauen lassen sich nicht mehr so leicht vom Arbeitsmarkt verdrängen, da sich ein Wandel vom Halbtags-Aushilfsjob zu „vollwertigen“ Halbtags-Arbeitsplätzen vollzieht. Außerdem hat in den letzten Jahren eine Umwertung in Sachen Erwerbstätigkeit verheirateter Frauen stattgefunden.

— Es wurde schon darauf hingewiesen, daß das betriebliche Arbeitspotential nur teilweise ausgelastet ist. Selbst bedeutende Produktionssteigerungen werden also die Arbeitslosigkeit nicht wesentlich abbauen. Kommt in den nächsten Jahren nur eine mäßige Steigerung der Nachfrage zustande, dann ist es denkbar, daß Ausschöpfung dieser Reserven plus Rationalisierungen ausreichen, dieser Nachfrage zu genügen. Das würde bedeuten, daß Arbeitslosigkeit in der gegenwärtigen Höhe zu einem Dauerphänomen würde.

### 3. Arbeitsmarktprobleme bei anhaltender, hoher Arbeitslosigkeit

Das wichtigste Ziel der Beschäftigungspolitik ist die Wiedererlangung der Vollbeschäftigung. Wie wir ausgeführt haben, ist es denkbar, daß dies für längere Zeit nicht gelingt. Es stellt sich dann die Frage, in welcher Weise Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik die Unterbeschäftigung beeinflussen sollen. Dies hängt davon ab, welche Probleme und Gefahren die verschiedenen Formen der Unterbeschäftigung mit sich bringen.

#### a) Umschichtungen in der Struktur der Arbeitslosigkeit

Konjunkturbedingte Arbeitslosigkeit wird verschiedene Gruppen des Arbeitsmarktes immer verschieden stark treffen, dies war auch in der Rezession 1966/67 der Fall. So wiesen etwa die Arbeiter eine mehr als doppelt so hohe Arbeitslosenrate auf wie die Angestellten. Ausländer wurden vom Beschäftigungsrückgang stärker betroffen als Deutsche (was sich damals wegen der starken Rückwanderung nicht in der Arbeitslosenrate ausdrückte). Die kurze Dauer des Beschäftigungseinbruchs bewirkte jedoch, daß im Aufschwung in symmetrischer Weise zum Abschwung die gruppenspezifische Arbeitslosigkeit wieder abgebaut wurde und kaum „Narben“ in der Beschäftigungsstruktur zurückblieben. Die gegenwärtige stärkere und länger dauernde Arbeitslosigkeit läßt vermuten, daß sich Umschichtungen im Arbeitslosen- und im Erwerbspotential vollziehen, die auf die Dauer Probleme verursachen könnten.

Beispielsweise ist die offene Arbeitslosigkeit mehr als doppelt so hoch wie 1967; noch viel stärker ist der Anstieg der Kurzarbeit; 1975 wurde etwa fünfmal häufiger kurz gearbeitet als 1967<sup>9)</sup>. Unterschiedlich ist auch die Verteilung der Arbeitslosen. Abgesehen von den berufs- und sektoralpezifischen Unterschieden, die sich aus wirtschaftsstrukturellen Gegebenheiten herleiten (statt Bergbau und Landwirtschaft sind nunmehr Bauwirtschaft, Textilindustrie usw. betroffen), sind im Gegensatz zu 1967 Jugendliche und jüngere Arbeiter stärker betroffen als ältere (vgl. Tabelle 2).

<sup>9)</sup> Diese Zahlen unterschätzen natürlich das Ausmaß der tatsächlichen Beschäftigungsreduktion beträchtlich. So werden etwa nicht erfaßt: Abbau der Überstunden, vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheidende ältere Erwerbspersonen, aus dem Erwerbsleben ausscheidende Frauen, in die Heimatländer zurückkehrende Gastarbeiter. Es ist gegenwärtig umstritten, ob die Arbeitslosen- und Kurzarbeiterzahlen in der jetzigen Situation den tatsächlichen Beschäftigungsabbau stärker oder weniger stark unterschätzen als in der letzten Rezession. Für eine noch stärkere Unterschätzung spricht das Argument, daß im Gegensatz zur letzten Rezession sehr viele Jugendliche von Arbeitslosigkeit betroffen sind, die sich nicht arbeitslos melden, weil sie keine Ansprüche auf Unterstützung haben; dafür spricht weiter, daß wegen der längeren Dauer der Arbeitslosigkeit der Anteil der „Entmutigten“, derjenigen also, die sich nicht arbeitslos melden, höher wird. Auf der anderen Seite wird angeführt, daß scheinbar die Frauen sich nicht mehr so leicht aus dem Erwerbsleben drängen lassen, und daß im Gegensatz zu 1967 die Gastarbeiter nur dann in ihre Heimatländer zurückkehren, wenn die Aufenthaltserlaubnis erlischt.

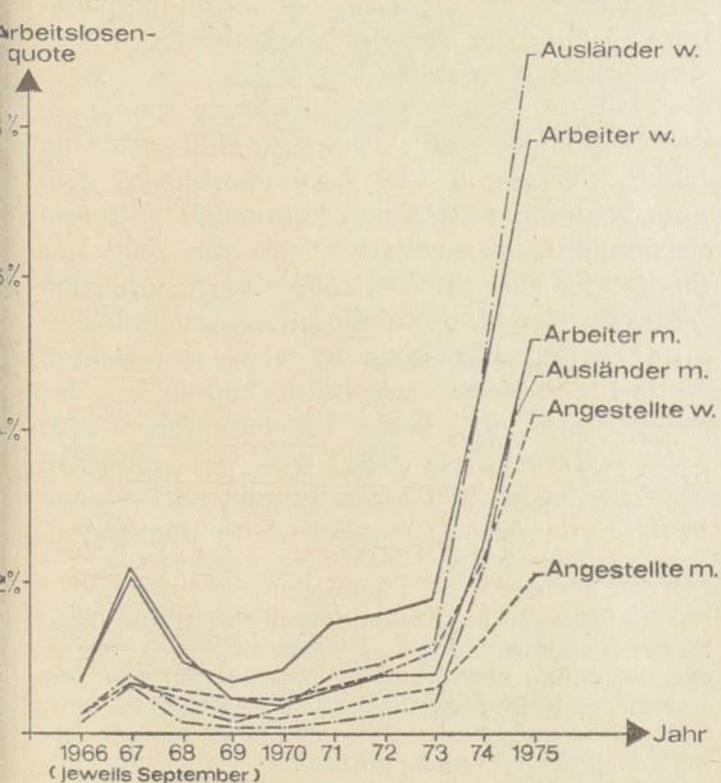
Tabelle 2: Alters- und geschlechtsspezifische Betroffenheit durch Arbeitslosigkeit (Arbeitslosenquote der betreffenden Alters- und Geschlechtsgruppe im Verhältnis zur durchschnittlichen Arbeitslosenquote der Geschlechtsgruppe; Zahlen jeweils September)

Altersgruppe	Männer			Frauen		
	1967	1974	1975	1967	1974	1975
15—20	0,6	1,4	1,3	0,5	1,2	1,1
20—25	0,5	1,4	1,6	0,7	1,3	1,3
25—35	0,5	1,0	1,1	1,0	1,1	1,2
35—45	0,6	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8
45—55	0,8	0,8	0,7	1,2	0,8	0,7
55—60	1,5	1,0	0,9	1,5	1,0	1,0
60—65	3,1	1,5	1,3	2,3	0,8	0,7

Quelle: ANBA und Statistische Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland sowie eigene Berechnungen

Auch Frauen sind überdurchschnittlich arbeitslos, das gleiche trifft für unqualifizierte und angelernte Arbeiter zu (vgl. Grafik). Die wichtigsten Gründe für dieses Freisetzungsmuster

Gruppenspezifische Arbeitslosenquoten 1966-1975 (jeweils September, Arbeiter, Angestellte, Ausländer, jeweils Männer und Frauen)



Quelle: ANBA und Statistische Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland sowie eigene Berechnungen

liegen auf der Hand: Produktionsarbeiter oder solche, die eng mit der Produktion verbunden sind, werden von Konjunkturerbrüchen als erste und annähernd im Umfang der Produktionskürzung betroffen. Eine Freisetzung wird aber für einen Unternehmer um so kostspieliger, je mehr betriebsspezifisches „Humankapital“ er in die Arbeitskraft investiert hat. Er wird daher versuchen, qualifizierte (vor allem betriebsspezifisch qualifizierte) Arbeitskräfte so lange wie möglich zu halten.

Die Verschiebungen der altersspezifischen Verteilung zuungunsten der jüngeren Arbeitskräfte sind sicherlich auch auf institutionelle Änderungen seit 1966 zurückzuführen: verbesserter Kündigungsschutz für ältere Arbeiter, Absicherung von Senioritätsrechten (z. B. Übertragbarkeit betrieblicher Prämien); außerdem beeinflussen Gewerkschaften die betriebliche Entscheidung bei Entlassungen zugunsten des eingesessenen Stammpersonals.

Je länger die Arbeitslosigkeit auf relativ hohem Niveau andauert, desto mehr geht sie zu Lasten „marginaler Erwerbspersonen“<sup>10)</sup>. Dies läßt sich deutlich an der Ungleichheit der geschlechts- und qualifikationsspezifischen Arbeitslosenquoten beobachten. Dafür lassen sich vor allem zwei Gründe anführen: Die Organisations- und Konfliktfähigkeit marginaler Erwerbspersonen ist geringer als diejenige zentraler Erwerbspersonen; Arbeiter, die sich in der Investitionsgüter- und Exportgüterindustrie konzentrieren, sind in der Regel gewerkschaftlich besser organisiert, und sie können mit drohendem oder aktualisiertem Leistungsentzug die Gesellschaft empfindlicher treffen als marginale Erwerbspersonen. Zum zweiten nutzen Unternehmen Beschäftigungskrisen aus, um die Struktur ihres Arbeitskräftebestandes zu verbessern, das heißt, qualifizierte sowie sozial stabile und disziplinierte Arbeitslose haben die größeren Chancen, wieder in das Erwerbsleben eingegliedert zu werden.

<sup>10)</sup> Den Begriff „marginale Erwerbspersonen“ beziehen wir auf solche Arbeitskräfte, die aufgrund von Geschlecht, Herkunft, Qualifikation und Leistungsfähigkeit benachteiligt sind und/oder die über Optionen von Alternativrollen verfügen (Hausfrau, Schüler, Rückkehr in die Heimat, Pensionierung). Das Phänomen marginaler Erwerbspersonen ist zum Teil auch aus den Funktionsbedingungen des Arbeitsmarktes selbst zu erklären: Weil die Nachfrage nach Arbeit Schwankungen unterworfen ist, werden Gruppen erzeugt oder verstärkt, welche einen zentralen Teil der Arbeitnehmer von diesen Schwankungen abschirmen.

Nicht nur die absolute Höhe und die Verteilung des Beschäftigungsabfalls macht die Problematik der gegenwärtigen Situation aus; für das Beschäftigungssystem womöglich noch einschneidender ist die Dauer der Arbeitslosigkeit der Arbeitskräfte, da sie die nötige Flexibilität der Anpassung an arbeitsmarktstrukturelle Veränderungen vermindert. 1966/67 stiegen die Arbeitslosenzahlen nicht nur von einem niedrigeren Niveau aus an, saisonbereinigt war der Höhepunkt schon nach sechs Monaten erreicht, und das Überschreiten des 1 v. H.-Niveaus dauerte nur 2 Jahre. Dagegen wurde die 1 v. H.-Marke seit Beginn 1972 nie mehr unterschritten, und der Höhepunkt der saisonbereinigten Arbeitslosigkeit wurde erst nach etwa zwei Jahren erreicht. Auch individuell ist die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit gestiegen, vor allem in jüngster Zeit (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Verteilung der Dauer der Arbeitslosigkeit 1973—1975

	weniger als 1 Monat	1 bis 6 Monate	über 6 Monate
September 1973			
alle	28 %	45 %	27 %
unter 25	45 %	45 %	10 %
über 55	7 %	32 %	61 %
September 1974			
alle	26 %	50 %	24 %
unter 25	35 %	53 %	12 %
über 55	9 %	41 %	50 %
September 1975			
alle	16 %	47 %	37 %
unter 25	23 %	53 %	24 %
über 55	9 %	39 %	52 %

Quelle: ANBA

An sich muß eine individuell längere Dauer der Arbeitslosigkeit noch keine Reduktion der Anpassungsfähigkeit bedeuten. Sie erzwingt zunächst eher eine höhere Bereitschaft zur be-

ruflichen, sektoralen und regionalen Mobilität, und die dabei anfallenden individuellen Kosten werden — abgesehen von sozialen und psychologischen Belastungen — zum Teil auch kompensiert. Darüber hinaus ist anzunehmen, daß in Krisenzeiten überdurchschnittlich große betriebsinterne Umsetzungsprozesse stattfinden, mit denen Anpassungsprozesse nachgeholt oder vorweggenommen werden. Je länger die individuelle Arbeitslosigkeit jedoch dauert und je höher und langfristiger die Arbeitslosigkeit ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit des Zerfalls von „Humankapital“ (vor allem betriebsspezifischen „Humankapitals“) und der Plazierung von Arbeitslosen unter ihrem Qualifikationsniveau. Hohe Arbeitslosigkeit mindert andererseits die Bereitschaft zu freiwilligem Arbeitsplatzwechsel und verfestigt so bestehende Arbeitsmarktstrukturen, sofern sie nicht durch Betriebsstillegungen oder betriebsinterne Anpassungsprozesse verändert werden. Dazu kommt, daß die Arbeitsverwaltung weder über genügend Mittel noch über ausreichende Informationen und Steuerungskapazitäten verfügt, um das nicht ausgelastete Arbeitskräftepotential in künftig sichere Arbeitsplätze zu lenken. Schließlich sind die psychologischen Konsequenzen individuell längerfristiger Arbeitslosigkeit zu erwähnen, die Enttäuschung und Entmutigung, die eine stabile Erwerbssozialisation entweder nicht entstehen lassen (bei Jugendlichen) oder zerstören.

Eine weitere Problematik der individuell längeren Dauer der Arbeitslosigkeit ist die Notwendigkeit vermehrter Sozialhilfe, die sich an der relativ überdurchschnittlichen Zunahme der Empfänger von Arbeitslosenhilfe ablesen läßt<sup>11)</sup>. Während die Arbeitslosenzahl sich vom September 1974 zum September 1975 fast verdoppelte, verdreifachte sich die Zahl der Empfänger von Arbeitslosenhilfe im gleichen Zeitraum. Die Unterstützung der Arbeitslosenhilfe beträgt höchstens 58 v. H. des letzten Netto-Einkommens und wird zudem an der Bedürftigkeit gemessen. Beispielsweise wird dem Antragsteller alles, was der Ehegatte über monatlich 300 Mark hinaus nach Hause bringt, von der Arbeitslosenhilfe abgezogen.

<sup>11)</sup> Die Ursache der vermehrten Sozialhilfe liegt in der andauernden hohen Arbeitslosigkeit und in der Befristung des Arbeitslosengeldes (68 v. H. des letzten Netto-Einkommens) auf höchstens ein Jahr. Spätestens nach einem Jahr ununterbrochener Arbeitslosigkeit, je nach vorheriger Dauer der Beschäftigung oft auch früher, werden die Dauerarbeitslosen „ausgemustert“.

Verdient etwa die Ehefrau 1 000 Mark und der arbeitslose Ehemann hätte rechnerisch Anspruch auf 700 Mark Hilfe, entfällt die Unterstützung. Das Einkommen der Haushalte wird damit oft auf ein Existenzminimum reduziert, so daß sie zur Deckung längerfristiger Verbindlichkeiten (z. B. Abzahlungsgeschäfte) zusätzlicher Unterstützung bedürfen.

#### b) Entstehung von Teilarbeitsmärkten

Die Erreichung der Vollbeschäftigung wird auch durch die zunehmende Segmentierung des Arbeitsmarkts erschwert. Darunter verstehen wir die Bildung von Teilarbeitsmärkten, zwischen denen aus verschiedenen Gründen eine nicht reziproke oder geringere Mobilität der Arbeitskräfte herrscht als ökonomisch sinnvoll erscheint. Eine solche Segmentierung vermindert die Anpassungsfähigkeit des Arbeitsmarkts. Diese Segmentierung erklärt zum Teil auch die Gleichzeitigkeit von Unterbeschäftigung und Überbeschäftigung<sup>12)</sup>. Die Faktoren, auf denen die Segmentierung des Arbeitsmarkts beruht, können in diesem Rahmen nur kurz erwähnt werden<sup>13)</sup>:

— zunehmende Bedeutung „interner Arbeitsmärkte“, das sind „firmeneigene“ Arbeitsmärkte von Großbetrieben, innerhalb derer die Entlohnungs- und Beförderungsbedingungen analog zum öffentlichen Dienst weitgehend administrativ vorgegeben und kaum mehr von den Marktkräften beeinflusst sind;

— Entwicklung „sekundärer Arbeitsmärkte“; das sind Teilarbeitsmärkte, die durch eine Häufung schlechter Arbeitsbedingungen gekennzeichnet sind (geringes Sozialprestige, re-

lativ niedriges Einkommen, körperliche und seelisch starke Belastungen, Unsicherheit des Arbeitsplatzes) und die von bestimmten sozialen Schichten besetzt sind. Ein Beispiel dafür ist der Ausländer-Teilarbeitsmarkt: Die leichte Verfügbarkeit eines Heeres unqualifizierter und angelernter ausländischer Arbeiter in den letzten zehn Jahren blieb nicht ohne Konsequenzen für die Erwartungen und das Verhalten inländischer Arbeitskräfte: Die Bereitschaft, manuelle Produktions- und Dienstleistungstätigkeiten zu übernehmen oder anzustreben, ist erheblich gesunken. Schon jetzt zeigen sich Engpässe in solchen Arbeitsbereichen.

Dazu kommen Faktoren, welche die Anpassungsmobilität schon immer erschwerten, z. B. qualifikationsbedingte Teilarbeitsmärkte, also solche, deren Anforderungen an technische und soziale Fertigkeiten so unterschiedlich sind, daß ein Wechsel zwischen beiden höchstens nach langer und kostspieliger Umschulung oder Weiterbildung möglich ist. Schließlich wäre noch auf die Bedeutung geographisch bedingter Teilarbeitsmärkte hinzuweisen, die im Zusammenhang mit sozialen Bindekräften (Wohnungseigentum, langjährig aufgebaute verwandtschaftliche und freundschaftliche Beziehungen), ebenfalls ein Hindernis für Anpassungsmobilität sind.

#### c) Zunahme marginaler Erwerbspersonen

Die Zunahme marginaler Erwerbspersonen, die in den Arbeitsmarkt zu integrieren sind, erschwert ebenfalls die Herstellung eines hohen und vollwertigen Beschäftigungsstandes. Diese Prognose stützt sich auf die Hypothese, daß der Sozialstaat Bundesrepublik Deutschland durch Worte und zum Teil auch durch Taten die Erwartungen dieser Gruppen in Richtung einer besseren Integration ins Erwerbsleben hochgeschraubt hat. Zum Teil haben diese Erwartungen auch schon einen gesetzlichen Rückhalt (z. B. Schwerbehindertengesetz), und wir gehen im folgenden von der Zielsetzung aus, daß sich Arbeitsmarktpolitik in noch stärkerem Maße als bisher um die Schaffung von Bedingungen kümmern sollte, die den spezifischen Bedürfnissen dieser „Problemgruppen“ entgegenkommen (z. B. mehr Möglichkeiten der Teilzeitarbeit, geschützte und halbgeschützte Werkstätten, überbetriebliche Lehrwerkstätten).

<sup>12)</sup> Selbst bei einer Arbeitslosenzahl von einer Million ist ein großer Stock offener Stellen vorhanden (ca. 250 000), also eine Arbeitskräftenachfrage, die nicht befriedigt werden kann. Unter „nichtreziproker“ Mobilität verstehen wir z. B. den Vorgang, daß ein qualifizierter Bauarbeiter, der wegen der Krise im Bau arbeitslos geworden ist, in den öffentlichen Dienst wechselt, im Falle eines konjunkturellen Aufschwungs im Bau aber nicht zurückkehrt, da er die Sicherheit des Arbeitsplatzes und andere Vergünstigungen im öffentlichen Dienst vorzieht.

<sup>13)</sup> Zur Einführung in die Theorien der Segmentierung vgl. Freiburghaus/Schmid, Theorie der Segmentierung von Arbeitsmärkten. Darstellung und Kritik neuerer Ansätze unter besonderer Berücksichtigung arbeitsmarktpolitischer Konsequenzen, in: Leviathan, Heft 3/1975, S. 417—448.

## II. Alternative beschäftigungspolitische Möglichkeiten in der gegenwärtigen Krise

Um unser Thema abzugrenzen, sind einige Begriffsbestimmungen notwendig: Wir unterscheiden zwischen kurz- und langfristiger sowie zwischen direkter und indirekter Beschäftigungspolitik. *Kurzfristige Beschäftigungspolitik* orientiert sich am Konjunkturzyklus, *langfristige* beabsichtigt Anpassungsprozesse an trendmäßige Veränderungen im Volumen und in der Struktur der Produktion oder des Erwerbspotentials beziehungsweise Beeinflussung dieser Trends. *Direkte Beschäftigungspolitik* wirkt unmittelbar auf Angebot und Nachfrage am Arbeitsmarkt, *indirekte* wirkt vermittelt über Aggregate, die dem Arbeits-

markt vorgelagert sind oder sein Funktionieren betreffen. Außerdem können die Maßnahmen vor allem auf das Angebot oder auf die Nachfrage nach Arbeitskraft gerichtet sein. Natürlich sind die genannten Politikbereiche interdependent, was hier aber nicht weiter ausgeführt werden soll. Wir werden uns im folgenden vorwiegend mit der kurzfristigen, direkten Beschäftigungspolitik zur Bekämpfung von Arbeitsmangel befassen. Das folgende Schema gibt eine Übersicht und Beispiele für die oben genannten Unterscheidungen.

Eine weitere Unterscheidung verweist auf zwei sehr verschiedenartige Strategien der

Beschäftigungs- politiken	direkt	indirekt
kurzfristig	<p><i>Angebot-wirksam</i></p> <p>Veränderung der Umschulungs- und Fortbildungsangebote</p> <p>Flexible Altersgrenze</p> <p>Anwerbestopp und Anreiz für Gastarbeiter zur Rückkehr</p> <p><i>Nachfrage-wirksam</i></p> <p>Arbeitsbeschaffung</p> <p>Lohnsubvention</p> <p>Variation der gesetzlichen Arbeitszeit</p>	<p><i>Angebot-wirksam</i></p> <p>Verbesserung der Vermittlungs- und Beratungstätigkeit der Arbeitsämter</p> <p>Variation der Arbeitslosenunterstützung</p> <p>Mobilitätsanreize</p> <p><i>Nachfrage-wirksam</i></p> <p>Konjunkturpolitik, insbesondere Geld-, Fiskal- und Investitionsanreizpolitiken</p>
langfristig	<p><i>Angebot-wirksam</i></p> <p>Veränderung der Schul- und Ausbildungsdauer</p> <p>Langfristige Ausländerpolitik</p> <p>Veränderung der Erwerbsbeteiligung bestimmter Gruppen</p> <p><i>Nachfrage-wirksam</i></p> <p>Veränderung der Arbeits- und Urlaubszeit</p> <p>Förderung oder Erschwerung des arbeitssparenden technischen Fortschritts</p>	<p><i>Angebot-wirksam</i></p> <p>Familien- und Sozialpolitik</p> <p>Bildungspolitik</p> <p><i>Nachfrage-wirksam</i></p> <p>Struktur-, Technologie- und Regionalpolitik</p> <p>Außenwirtschaftspolitik</p>

Beschäftigungspolitik für den Fall eines konjunkturell bedingten Arbeitsmangels. Die erste ist eine „Verteilungspolitik“ der Unterbeschäftigung, die zweite eine Arbeitsbeschaffungspolitik im weitesten Sinn. Im ersten Fall wird die gegenüber dem Angebot zu geringe Nachfrage nach Arbeitskraft vom Staat hingenommen und nur Einfluß darauf ausgeübt, welche gesellschaftlichen Gruppen in welcher Weise von diesem Ungleichgewicht betroffen werden sollen. Die zweite versucht, gefährdete Arbeitsplätze zu erhalten, beziehungsweise neue Arbeitsplätze zu schaffen, sei es durch Lohnkosten- oder Investitionssubventionen, durch Nachfragesteuerung oder direkte Arbeitsbeschaffung. Damit wird weder gesagt, daß sich konkrete Maßnahmen immer eindeutig der einen oder anderen Strategie zuordnen lassen (so bedeutet etwa Kurzarbeit zugleich Erhaltung von Arbeitsplätzen wie auch Einflußnahme auf die Verteilung der Unterbeschäftigung), noch daß die Strategien voneinander unabhängig wären (die Verteilung der Arbeitslosigkeit bestimmt etwa die Bereitschaft der Arbeitnehmer zu Lohnkonzessionen, die wiederum das nachgefragte Arbeitskräftevolumen beeinflussen). Die beiden Strategien haben jedoch eine je verschiedene Problematik im Hinblick auf politische Durchsetzungschancen und im Hinblick auf gesellschaftliche Zielfunktionen.

Es herrscht in der gegenwärtigen Diskussion weitgehend Unklarheit über die Ziele der Beschäftigungspolitik, obwohl eine Bewertung beschäftigungspolitischer Alternativen ohne vorausgehende Zielanalyse und ohne Prioritätensetzungen kaum möglich ist. Geht es darum, möglichst viele Arbeitslose kurzfristig von der Straße zu holen, um den drohenden Verlust politischer Massenloyalität zu verhindern? Geht es darum, die Lebensbedingungen der Arbeitslosen in erträglichen Grenzen zu halten? Geht es darum, Strukturwandlungsprozesse in der Wirtschaft möglichst zu erleichtern? Geht es darum, die Lohnkosten durch die Existenz einer industriellen Reservearmee zu senken, um die private Investitionstätigkeit wieder anzukurbeln, beziehungsweise profitabler zu machen? Oder ist es das Ziel, die individuelle Erwerbssozialisation zu ermöglichen, die Freiheit der Berufs- und Arbeitsplatzwahl zu garantieren sowie die Entwicklung persönlicher Identität durch befriedigende Arbeit und durch sichere Arbeitsplätze zu fördern?

Auch wenn wir hier nicht im Sinn haben, eine eingehende Untersuchung der Wechselbezie-

hungen zwischen verschiedenen Zielen vorzunehmen, möchten wir doch in der Beurteilung beschäftigungspolitischer Alternativen über die „technischen“ Aspekte der Praktikabilität und der politischen Durchsetzungschancen und über die Kostenaspekte hinauszugehen. Wir möchten die kurz erwähnten, sich zum Teil widersprechenden Ziele und die Maßnahmen, die zu ihrer Erreichung angeboten werden, vor allem unter den Aspekten der Erhaltung und Förderung der Erwerbssozialisation sowie der Anpassungsfähigkeit des Arbeitsmarktes an langfristige Veränderungen (Wandel der Technologie, der Produktivität und der internationalen Arbeitsteilung) betrachten. Diese längerfristigen und auf Vollwertigkeit der Arbeitsplätze gerichteten Ziele scheinen uns bisher am stärksten vernachlässigt worden zu sein.

## 1. Verteilungspolitik der Unterbeschäftigung

### a) Ausländerpolitik

Ausländische Arbeitskräfte, sofern sie nicht zu den EG-Staaten gehörten, dienten in der Krise 1966/67 als variabler „Konjunkturpuffer“: Allein zwischen September 1966 und März 1967 wurde das ausländische Beschäftigungsvolumen um 23 v. H. reduziert, das inländische Beschäftigungsvolumen dagegen nur um 4,5 v. H. Zwischen September 1966 und September 1967 betrug die Reduktion des ausländischen Beschäftigungsvolumens etwa 30 v. H.<sup>14)</sup> Da ein Großteil der in die Heimat „entlassenen“ Ausländer beim Wiederaufschwung bald wieder zurückkehren konnte, wurde die individuelle Belastung als nicht so schwerwiegend empfunden.

Heute erweisen sich die Hoffnungen, die man sich in bezug auf einen schnellen Abbau des ausländischen Beschäftigungspotentials aufgrund der Erfahrungen von 1966/67 machte, als verfehlt. Trotz Einreisestopps im Herbst 1973 und verschärfter Bedingungen bei der Verlängerung der Arbeitserlaubnis, gelang es diesmal nicht so rasch, die Beschäftigung von Ausländern abzubauen. Man schätzt, daß der Beschäftigungsabbau in den Jahren 1974/75 insgesamt zwischen 18 und 22 v. H. beträgt. Dafür gibt es verschiedene Gründe: etwa die

<sup>14)</sup> Vgl. B. Kayser, *Cyclically-determined homeward flow of migrant workers*, OECD, Paris 1972; Bundesanstalt für Arbeit, *Ausländische Arbeitnehmer 1971*, Nürnberg 1972.

gegenläufige Wirkung des Anwerbstopps (Ausländer versuchen, so lange wie möglich im Gastland zu bleiben, weil für sie eine eventuelle Rückkehr dahin unwahrscheinlich ist); die größere Zahl von Ausländern mit unbeschränkter Aufenthaltserlaubnis; die ins Erwerbsleben eintretenden, jugendlichen Ausländer; die verlängerten Ansprüche auf Arbeitslosengeld. Der wichtigste Grund liegt wohl in der Segmentierung des Arbeitsmarkts in einen In- und einen Ausländermarkt. Diese Segmentierung basiert zum Teil auf der Ausrichtung der Produktionsstruktur an den wenig qualifizierten und relativ billigen ausländischen Arbeitskräften, zum Teil aber auch auf Verhaltens- und Einstellungsmustern, die sich infolge einer längeren Gewöhnungszeit entwickeln konnten: Bei der Arbeiterschaft haben sich feste Vorstellungen herausgebildet, was ein „Ausländerjob“ ist und somit für Inländer nicht mehr in Frage kommt. Der Abbau der Unterbeschäftigung durch beschleunigten und verstärkten „Export von Arbeitslosigkeit“ ist heute also weder in dem Umfang wie früher möglich, noch ist er aus sozialen und politischen Gründen zu befürworten.

Der Prozeß der „Unterschichtung“ des Erwerbspotentials durch Ausländer, der in den vergangenen Jahren stattgefunden hat, wirft ein weiteres Problem auf: Bei dauernden Beschäftigungsschwierigkeiten nimmt der Druck auf das inländische Erwerbspotential zu, „Ausländerjobs“ mit niedriger Entlohnung und schlechteren Arbeitsbedingungen anzunehmen. Es handelt sich dabei um die unterste Stufe eines Verdrängungsprozesses von oben nach unten, bei welchem qualifizierte Arbeitslose weniger qualifizierte von ihren Arbeitsplätzen verdrängen. Nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland ist die bedenkliche Tendenz zu verzeichnen, eine solche Abstiegsmobilität durch Prämien kurzfristig zu „versüßen“<sup>15)</sup>. Eine derartige Politik bedeutet die Abwälzung der Lasten der Unterbeschäftigung auf schwächere Arbeitsmarktgruppen, da die Prämien eine zu geringe Entschädigung für eine dauerhafte unterwertige Beschäftigung darstellen; darüber hinaus verfestigt sie veraltete Produktionsstrukturen und konterkariert das langfristige

<sup>15)</sup> So erhielten nach dem Konjunkturprogramm im Frühjahr 1975 Arbeitslose auch dann eine Mobilitätszulage, wenn sie eine Arbeit annahmen, deren Bruttoentgelt mehr als 10 v. H. niedriger als beim letzten Arbeitsverhältnis war. Ein differenzierteres und umfangreicheres Prämiensystem für Abwärtsmobilität existiert in Frankreich.

Ziel einer Verbesserung der Beschäftigtenstruktur und einer Modernisierung der Produktionsstruktur.

### b) Umschulung und Weiterbildung

Umschulung und berufliche Weiterbildung stellen eine weitere Möglichkeit dar, das angebotene Arbeitsvolumen kurzfristig zu reduzieren. Eigentlich sind es strukturelle beschäftigungspolitische Maßnahmen, die der individuellen beruflichen Förderung, der Verbesserung der Beschäftigungsstruktur und der Anpassung an den sozio-ökonomischen Wandel dienen sollen. Ihr Einsatz als Instrument konjunktureller Beschäftigungspolitik hängt aber nicht nur von den finanziellen Möglichkeiten und den Kapazitäten an Umschulungs- und Weiterbildungsplätzen ab; es erweist sich für die Arbeitsverwaltung auch als sehr schwierig, Nutzen und Kosten dieser „Humankapitalinvestitionen“ arbeitsmarkt- und sozialpolitisch in ein vernünftiges Verhältnis zu bringen.

Gegenüber der Situation 1966/67 hatte das Arbeitsförderungsgesetz (AFG) von 1969 einen Rechtsanspruch auf die Förderung von beruflicher Fortbildung und Umschulung etabliert. Jede Erwerbsperson, die bestimmte Voraussetzungen erfüllte (vgl. §§ 41–47), hatte Anspruch auf Förderung, und das Unterhaltsgeld betrug 80 bis 90 v. H. des bisherigen Einkommens. Einzige Einschränkung war die „arbeitsmarktpolitische Zweckmäßigkeit“, eine Generalklausel, mit deren Interpretation die Arbeitsverwaltung oft überfordert war<sup>16)</sup>. Überdies kam diese Politik hauptsächlich den „Habenden“ zugute (Facharbeitern, Angestellten in gehobener und leitender Stellung), während die „Habenichtse“ (Ungelernte und Angelernte) schlecht wegkamen<sup>17)</sup>. Die bisherige Praxis der beruflichen Fortbildung begünstigte

<sup>16)</sup> So berichtet ein Experte der Arbeitsverwaltung: „In der Praxis wurden die Anträge zum allergrößten Teil genehmigt. Darunter waren nicht wenige, bei denen der Gesetzgeber eine Förderung sicherlich nicht im Auge hatte. Nur neun Prozent der Anträge wurden durchschnittlich im Zeitraum von 1970 bis heute abgelehnt ...“, in: Die Zeit, Nr. 40, 26. 9. 1975, S. 18.

<sup>17)</sup> Vgl. dazu Bericht der Bundesregierung nach § 239 des Arbeitsförderungsgesetzes, Bundestagsdrucksache 7/403 vom 23. 3. 1973; F. Böhle, N. Altmann, Industrielle Arbeit und soziale Sicherheit, Frankfurt 1972; G. Schmid, Steuerungssysteme des Arbeitsmarktes. Vergleich von Frankreich, Großbritannien, Schweden, DDR und der Sowjetunion mit der Bundesrepublik Deutschland (Schriftenreihe der Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Bd. 84), Göttingen 1975.

im wesentlichen die Aufstiegsmobilität von schon relativ etablierten Gruppen und vernachlässigte eine vorsorgende Anpassungsmobilität von beschäftigungspolitischen Risikogruppen. Man ging von der falschen Annahme aus, daß individuelles Anpassungsverhalten in der Regel auch mit dem objektiven Anpassungserfordernis deckungsgleich sei.

Kein vergleichbares Industrieland hatte den Rechtsanspruch auf berufliche Fortbildung in so undifferenzierter Weise errichtet wie die Bundesrepublik Deutschland. So konzentriert Schweden die Förderung von Weiterbildung und Umschulung auf Personenkreise, die arbeitslos sind oder die von Arbeitslosigkeit bedroht werden oder die eine berufliche Ausbildung nachholen wollen. Angesichts knapper Mittel und unerwünschter Nebeneffekte wendet nun auch die Bundesrepublik das Instrument der beruflichen Fortbildung seit dem Januar 1976 differenzierter an: Volles Unterhaltsgeld (80 v. H. des letzten Nettoverdienstes) für berufliche Fortbildung erhalten jetzt nur noch Arbeitslose, von Arbeitslosigkeit Bedrohte sowie Un- und Angelernte, die eine berufliche Qualifikation erwerben wollen. In den übrigen Fällen und wenn eine arbeitsmarktpolitische Zweckmäßigkeit erwiesen ist, reduziert sich die Förderung auf 58 v. H. des bisherigen Nettoentgelts. Darüber hinaus wird die Förderung von beruflichen Vor- und Zwischenzeiten abhängig gemacht. Nach der neuen Regelung besitzen also die Erfordernisse des Arbeitsmarktes Vorrang gegenüber den persönlichen Aufstiegs Wünschen des einzelnen. Andererseits liegt nun auf der Arbeitsverwaltung eine weit größere Verantwortung als bisher, da die Förderung weitgehend von ihrer Interpretation der Arbeitsmarktlage abhängt und da gezielte Förderung von Risikogruppen in der Regel die Initiative der Förderungsinstitution voraussetzt<sup>18)</sup>.

<sup>18)</sup> Vgl. H. Schneider, Neues Förderungsrecht setzt neue Akzente, in: Arbeit und Beruf, H. 2/1976, S. 36 f. Über die oben angeführte Kritik hinaus ist an der neuen Regelung zu bemängeln, daß sie eine Förderung arbeitsplatznaher Weiterbildung nahezu ausschließt. Die Bedingung, daß zwischen der Förderung mehrerer Weiterbildungskurse eine längere Berufszeit liegen muß, macht aufeinander abgestimmte kurzfristige Maßnahmen nach dem „Baukastensystem“ unmöglich. Dieses System ist aber deshalb unentbehrlich, weil der Besuch langfristiger Weiterbildungsmaßnahmen in der Regel mit dem Verlust des Arbeitsplatzes verbunden ist und weil der Kontakt zur Arbeitswelt während solcher Maßnahmen in vielen Fällen (vor allem bei den weniger Qualifizierten) sachlich geboten ist.

An der neuen Regelung zu bemängeln ist nach wie vor die Undifferenziertheit der Förderung gegenüber Unterschieden des Einkommens und der familiären Situation. Für relativ hohe Einkommensgruppen ist eine größere Selbstbeteiligung an den Kosten der Fortbildung zumutbar, nicht aber für niedrige Einkommensgruppen, deren geringe berufliche Mobilitätsbereitschaft nun zusätzlich (von oben erwähnten Ausnahmen abgesehen) geschwächt wird. Sollen die Arbeitsämter ihrer „aktiveren“ Rolle gerecht werden, muß vermutlich auch das Verfahren der Arbeitsberatung verbessert werden, etwa durch eine stärkere Beteiligung lokaler Repräsentanten (lokale Gewerkschafts- und Arbeitgebervertreter, kommunale Gremien) an der Entwicklung kurz- und mittelfristiger Förderungsprogramme.

Eine differenzierte Fortbildungsförderung erweitert den beschäftigungspolitischen Handlungsspielraum. Während das bisherige Verfahren in der Bundesrepublik eher prozyklisch wirksam war, würde eine größere Differenzierung den antizyklischen Einsatz dieses Instruments erlauben. In guten Zeiten könnten Reserven an finanziellen Mitteln sowie an Umschulungs- und Weiterbildungsplätzen geschaffen werden. So ist etwa in Schweden das Angebot an Umschulung und Weiterbildung nicht nur quantitativ umfangreicher, sondern konjunkturell auch flexibler. So konnte z. B. in der schwedischen Rezession von 1966—68 der Anteil der Erwerbspersonen in Umschulungs- und Weiterbildungsprogrammen von 0,6 auf 1 v. H. erhöht werden; ähnliches wiederholte sich zwischen 1970 und 1973: Zusammen mit Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (die in Schweden zum Teil auch mit Weiterbildung gekoppelt werden) stieg der Anteil der geförderten Personen von 2 v. H. auf über 4 v. H.<sup>19)</sup>. Der beschäftigungspolitische Spielraum für die Bundesrepublik Deutschland ist wesentlich geringer; Reyher geht von 50 000 Personen aus, die durch vollzeitliche Fortbildung oder Umschulung kurzfristig dem aktiven Erwerbsleben entzogen werden können, das sind etwa 0,2 v. H. aller Erwerbspersonen<sup>20)</sup>. Voraussetzungen zur Erweiterung des Spielraums wären mehr überbetriebliche Lehrwerkstätten und der Ausbau der berufsschulischen Kapazitäten; er wäre auch zu überlegen, im Falle von Be-

<sup>19)</sup> G. Schmid, Steuerungssysteme ..., a. a. O., S. 174.

<sup>20)</sup> L. Reyher, Beschäftigungspolitische Alternativen zu hoher Arbeitslosigkeit, in: WSI-Mitteilungen, 2/1975, S. 69.

schäftigungskrisen die betriebliche Weiterbildung zu fördern, wenn dadurch Entlassungen vermieden und die Einhaltung von Ausbildungsstandards garantiert werden können <sup>21)</sup>.

### c) Variationen der individuellen Arbeitszeit

Zunächst ist hier die *Kurzarbeit* zu nennen: Auf Antrag kurzarbeitender Betriebe erhalten Arbeitnehmer einen Teil des Lohns für die ausgefallenen Arbeitsstunden vom Arbeitamt erstattet; dieser Teil entspricht etwa dem Satz des Arbeitslosengeldes; der individuelle Einnahmeausfall ist also geringer als im Falle der Arbeitslosigkeit. Kurzarbeit kann bis zu einem Jahr, in Ausnahmefällen bis zu zwei Jahren gewährt werden. In der Bundesrepublik wurde die Kurzarbeit inzwischen zu einem der wichtigsten beschäftigungspolitischen Instrumente ausgebaut. Während 1967 im Durchschnitt 143 000 Arbeitnehmer Kurzarbeitergeld bezogen, waren es 1974 300 000, und 1975 werden es im Durchschnitt 650 000—700 000 sein. Die Reduktion des Arbeitsvolumens eines Kurzarbeiters entspricht im Schnitt einem Drittel derjenigen eines Arbeitslosen; d. h., ohne Kurzarbeit wäre 1975 mit durchschnittlich 225 000 Arbeitslosen mehr zu rechnen gewesen, also mit einer etwa einprozentig höheren Arbeitslosigkeit. Kein vergleichbares Industrieland bietet diese Möglichkeit in einem so großen Maße. Dieses Instrument der Kurzarbeit ist sicherlich zur Unterstützung von rein konjunkturellen Anpassungsschwierigkeiten sinnvoll. Vor allem vermeidet diese Art der Beschäftigungsreduktion einen Großteil der psychischen Belastungen und sozialen Zerfallserscheinungen, die durch Arbeitslosigkeit hervorgerufen werden; auch bleibt betriebsspezifisches „Humankapital“ erhalten und die Kosten unnützer Wechsel zwischen Betrieben werden eingespart.

Schwierigkeiten jedoch bereitet die Steuerung und Kontrolle dieses Instruments. Die Arbeitsämter sind gesetzlich verpflichtet (vgl. §§ 63 bis 73 AFG), Kurzarbeitergeld nur dann zu bezahlen, wenn die Erhaltung der Arbeitsplätze sichergestellt und wenn der Arbeitsausfall wirtschaftlich verursacht und „unvermeid-

bar“ ist. Die erste der beiden Bedingungen ist vor allem bei längeren und größeren Beschäftigungseinbrüchen kaum erfüllbar, da ein sicheres Wissen über Dauer und Umfang des konjunkturellen Tiefs weder auf seiten des Betriebes noch auf seiten der Arbeitsverwaltung vorhanden ist. Auch aufgrund der zur Zeit schwierigen Entscheidbarkeit zwischen konjunkturell und strukturell bedingtem Abbau der Beschäftigung ist zu vermuten, daß mit Kurzarbeit in vielen Fällen strukturell erforderliche Anpassungen auf gesellschaftlich kostspielige Weise nur hinausgeschoben werden <sup>22)</sup>. Selbst offenkundigen Mißbrauch hat die Arbeitsverwaltung bisher nicht in den Griff bekommen: Es kommen Fälle vor, in denen dasselbe Unternehmen in einer Produktionsabteilung Kurzarbeit „fährt“, während in einer anderen Produktionsabteilung Überstunden gemacht werden; es kommt auch vor, daß Betriebe nach der Phase der Kurzarbeit Überstunden und Sonderschichten einlegen. Es muß daher angenommen werden, daß mit dem Kurzarbeitergeld in nicht wenigen Einzelfällen mangelnde betriebliche Planung honoriert wird oder daß Lohnsubventionen erschlichen werden.

Zur besseren Kontrolle der Bedingung des „wirtschaftlich verursachten“ und „unvermeidbaren“ Arbeitsausfalls wird es daher notwendig sein, daß die Arbeitsverwaltung sowie der mitbestimmungsberechtigte Betriebsrat künftig mehr Einblick in die betriebliche Situation erhalten. Als Sanktionsmittel ist zu erwägen, daß Unternehmen, die nach Kurzarbeit wieder Sonderschichten fahren, Kurzarbeitergeld zurückzahlen müssen, wenn auf dem örtlichen Arbeitsmarkt nachweislich noch Reserven vorhanden sind. Angesichts der wachsenden Zahl der Empfänger von Arbeitslosenhilfe wären selbst befristete Arbeitsverträge relativ besser als Überstunden, da sich Arbeiter so den Anspruch auf Arbeitslosengeld wieder erwerben könnten. Die verteilungspolitische Brisanz einer verstärkten Kontrolle der Kurzarbeit ist offenkundig. Auf der einen Seite steht das Interesse der Belegschaft an Mehrarbeit, für das sich in der Regel auch der entsprechende Betriebsrat stark machen wird; auf der anderen Seite steht das Interesse der arbeitslosen Kollegen, möglichst schnell wieder Arbeit zu fin-

<sup>21)</sup> Ein Vorteil betrieblicher Weiterbildung besteht darin, daß sie die psychologische Barriere formalisierter Lernprozesse vor allem bei Ungelernten und Angelernten vermeidet oder herabsetzt. Handhabe zur Förderung betrieblicher Weiterbildung bietet eine extensive Auslegung des § 43 AFG, Abs. 2.

<sup>22)</sup> Dieses Problem verweist auf eine zweifache Forschungslücke: mangelnde Kenntnis über „strukturelle“ Arbeitslosigkeit und fehlende Erfolgskontroll-Analysen bei der Anwendung des Instruments der Kurzarbeit.

den. Hier muß freilich an die Gesamtverantwortung der Gewerkschaften appelliert werden, in Zeiten hoher und anhaltender Arbeitslosigkeit dem Prinzip der Solidargemeinschaft mehr Geltung zu verschaffen, zumal die Kurzarbeit von der Arbeitslosenversicherung finanziert wird, zu der alle abhängigen Arbeitnehmer (mit Ausnahme der Beamten) ihren Teil beitragen.

Unter den oben genannten Voraussetzungen kann Kurzarbeit insgesamt als sinnvolles Instrument kurzfristig wirksamer Beschäftigungspolitik betrachtet werden. Es sind auch Möglichkeiten denkbar, dieses Instrument selektiv und strukturell wirksam einzusetzen. So hat z. B. Frankreich seit Juli 1975 ein abgestuftes Zuschußsystem im Falle der Kurzarbeit bzw. — wie es in Frankreich treffender heißt — im Falle der Teilarbeitslosigkeit: Es berücksichtigt die unterschiedlich konjunkturelle Betroffenheit von Branchen oder Betrieben dadurch, daß der staatliche Zuschußanteil nach der Dauer der Kurzarbeit gestaffelt wird; je größer der Umfang der erforderlichen Kurzarbeit, desto größer der relative staatliche Zuschuß<sup>23)</sup>. Es wäre auch zu überlegen, Kurzarbeitsgeld dort durch gezielte strukturelle Anpassungshilfen zu ergänzen, wo es als einigermaßen sicher gilt, daß nicht nur konjunkturelle Anpassungsschwierigkeiten vorliegen. So könnte z. B. die längerfristige Gewährung von Kurzarbeitergeld mit Auflagen zur Produktionsumstellung verbunden werden, die finanziell zu unterstützen wäre.

Eine andere Strategie möchte die konjunkturell erforderliche Reduktion des Arbeitsvolumens gleichmäßiger auf die Arbeitskräfte verteilen, um offene Arbeitslosigkeit zu vermeiden. Es wird vorgeschlagen, die *durchschnittliche Arbeitszeit zu reduzieren*, etwa durch die Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit oder durch Verlängerung des Jahresurlaubs oder durch Verbot von Überstunden. Ein weiterer Vorschlag möchte Arbeitslosigkeit durch den *Tausch produktiver Zeitkontingente* vermeiden: Betriebe mit Überstunden sollen an Betriebe mit Kurzarbeit oder bevorstehenden Entlassungen Zeitkontingente abgeben<sup>24)</sup>. So richtig der dahinter stehende Gedanke ist, das

„Prinzip der Solidargemeinschaft auf die Dimension Arbeitszeit“ auszudehnen und sich Gedanken über die Kürzung und Austauschbarkeit produktiver Zeitkontingente zu machen, so schwierig und problematisch erweist sich bei näherer Betrachtung seine Realisierung:

Reduktion der durchschnittlichen Arbeitszeit als Ersatz für offene Arbeitslosigkeit erscheint auf den ersten Blick verlockend: 5 v. H. Arbeitslose könnten rein rechnerisch durch eine Reduktion der Arbeitszeit um 5 v. H. zum Verschwinden gebracht werden, oder: die Arbeitszeit von rund 650 000 Arbeitslosen gleichmäßig verteilt, käme z. B. einer Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit um kaum mehr als einer Stunde gleich. Solche Berechnungen<sup>25)</sup> setzen zu ihrer Verwirklichung eine totale Mobilität und Substituierbarkeit der Arbeitskräfte voraus, eine Annahme, die kurz-, aber auch mittelfristig nicht gegeben ist. Derartige Berechnungen berücksichtigen auch nicht die Voraussetzungen für den konjunkturellen Wiederaufschwung: Handelt es sich wirklich um ein rein konjunkturelles Tief, dann würden im Aufschwung genau diejenigen Arbeitskräfte fehlen, die in der Zwischenzeit durch Arbeitszeitverteilung umgesetzt worden wären; die Knappheit dieser Arbeitskräfte könnte zu einem bedeutenden inflationären Faktor im Wiederaufschwung werden. Diese Überlegung zeigt, daß die Reduktion durchschnittlicher Arbeitszeit in der Regel ein Instrument zur Lösung langfristiger struktureller Probleme ist; mit anderen Worten: Vermeidung offener Arbeitslosigkeit durch Arbeitszeitreduktion ist kurzfristig allenfalls in dem Ausmaße sinnvoll, wie die Arbeitslosigkeit strukturell (im Sinne von Freisetzungsgewinnen durch Automatisierung, Rationalisierung usw.) bedingt ist<sup>26)</sup>. Da die Reduktion durchschnittlicher Arbeitszeit zwecks Vermeidung offener Arbeitslosigkeit immer auch eine Umverteilung von produktiven Zeitkontingenten erfordert, ist diese Alternative — und das gilt auch für den Vorschlag des Tauschs von Zeitkontingenten — nur in dem Ausmaße der Mobilitätsbereitschaft und der Substituierbarkeit der Arbeitskräfte realisierbar; der entsprechende Handlungsspielraum dürfte kurzfristig sehr gering sein.

<sup>23)</sup> Le Monde, Meldung vom 25. 6. 1975.

<sup>24)</sup> Vgl. O. Ulrich, Abbau von Arbeitslosigkeit durch flexible Arbeitszeitregelung. Mittelfristige Perspektiven staatlicher Arbeitsmarktpolitik, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd. 43/1975, S. 19 bis 30.

<sup>25)</sup> Vgl. L. Reyher, Beschäftigungspolitische Alternativen . . . , a. a. O., S. 63 ff.

<sup>26)</sup> Auch an diesem Beispiel erweist sich die Dringlichkeit der Erforschung des Phänomens „struktureller Arbeitslosigkeit“.

Die gleichmäßigere Verteilung der vorhandenen Arbeitszeit schließt natürlich auch eine gleichmäßigere Verteilung des vorhandenen „Lohnfonds“ ein. Wenn man bedenkt, auf welche Schwierigkeiten Versuche stoßen, eine Annäherung der Löhne verschiedener Gruppen schon in Zeiten mit großem Verteilungsspielraum zustande zu bringen, kann man die Widerstände ermessen, die dieser Art von Solidarität in Zeiten einer allgemeinen Einkommensreduktion entgegenstehen.

#### d) Reduktion oder Variation der Erwerbsdauer

Nur kurz erwähnen wollen wir hier Alternativen der Reduktion oder Variation der Erwerbsdauer: Verlängerung der Schulzeit, flexible Altersgrenze, Vorverlegung des Anspruchs auf Altersruhegeld, Verringerung der Alterserwerbstätigkeit, Flexibilisierung der Erwerbsdauer innerhalb des Lebenszyklus. Durch *Verlängerung der Schulzeit* (bundesweite Einführung des 10. Schuljahres oder eines Berufsbildungsjahres) wäre nach Reyher mit einem Entlastungseffekt von 33 000 Voll-Erwerbstätigen zu rechnen (bezogen auf das Jahr 1975). Diese Alternative sollte wegen der besonderen Bedeutung der Jugendarbeitslosigkeit wahrgenommen werden, da sie auch kostenmäßig realisierbar erscheint. Wegen der „Ausbildungsmüdigkeit“ vieler Jugendlicher in diesem Alter — bezogen auf formale Lernprozesse und oft wegen des familiären Drucks, so rasch wie möglich eine bezahlte Erwerbstätigkeit anzunehmen — sollte die verlängerte Schulzeit allerdings stärker praxisbezogen sein und finanziell gefördert werden, um die Schüler vom Elternhaus unabhängiger zu machen.

Fragwürdig ist es, auf eine volle Ausschöpfung der „flexiblen Altersgrenze“ zu drängen, den *Rentenanspruch* auf den Beginn des Jahres vorzuziehen und auf einen beschleunigten *Abbau der Alterserwerbstätigkeit* hinzuwirken<sup>27)</sup>. In vielen Fällen mag eine vorzeitige Beendigung der Erwerbstätigkeit sicherlich erwünscht sein. In anderen Fällen ist jedoch das Bedürfnis nach Erwerbstätigkeit selbst über die Ruhestandsgrenze hinaus vorhanden, es kann ihm aber aufgrund mangelnden Arbeitsplatzangebots (z. B. Teilzeitarbeit, Arbeit mit ruhigerem Tempo) nicht entsprochen werden. In vielen Fällen verfügen ältere Personen nicht

über Alternativrollen (z. B. Aufgaben in der Familie, erfüllende Hobby-Beschäftigung), so daß der altersmäßig erzwungene Austritt aus dem Erwerbsleben psychologisch katastrophale Folgen haben kann. Um des kurzfristig vielleicht erzielbaren Effekts einer geringeren offenen Arbeitslosigkeit willen sollte die Beschäftigungspolitik also nicht auf eine zusätzliche Reduktion der Erwerbstätigkeit älterer Personen drängen. Langfristig sollte Beschäftigungspolitik einen Weg beschreiten, der auf eine stärkere Integration älterer Personen in den Arbeitsmarkt orientiert ist und nicht auf ein Abschieben dieser Personengruppe für den Fall, daß sie marktuntüchtig geworden ist.

Schließlich wurde auch der Vorschlag in die Diskussion gebracht, die *Erwerbsdauer* innerhalb des Lebenszyklus *flexibler zu gestalten*. Voll-Erwerbspersonen sollen über einen bestimmten individuellen Arbeitszeitfonds (z. B. von zwei bis drei Jahren) ohne Schaden auf Rentenansprüche frei verfügen können. In Konjunkturkrisen könnte dann — zugunsten einer Verminderung der Arbeitslosigkeit — von dieser Möglichkeit verstärkt Gebrauch gemacht werden. Diese Alternative ist bedenkenswert, müßte aber mit Überlegungen verbunden werden, wie ein sicherer Bezug zum Erwerbsleben gewahrt werden kann (z. B. durch Garantie des Arbeitsplatzes); sonst bestünde die Gefahr, daß ein längerfristiger Austritt aus dem Erwerbsleben anschließend mit Dequalifikation oder häufigem Arbeitsplatzwechsel „bezahlt“ werden müßte.

#### e) Verminderung der individuellen Belastung durch Arbeitslosigkeit

In einer Gesellschaft, in welcher die einzelwirtschaftliche Rentabilität des Kapitaleinsatzes über die Investitionen und damit über die Arbeitsplätze entscheidet, muß trotz „aktiver“ Beschäftigungspolitik mit offener Arbeitslosigkeit gerechnet werden. Es ist daher sinnvoll, Überlegungen anzustellen, wie negative Folgewirkungen insbesondere längerfristiger Arbeitslosigkeit vermieden oder reduziert werden können. Zwei Alternativen sollen hier nur kurz erwähnt werden: das „Krümpersystem“ der Arbeitslosigkeit und die Differenzierung der Arbeitslosenversicherung nach Risikogruppen.

Um die Probleme längerfristiger, individueller Arbeitslosigkeit zu vermeiden, könnten bei der Wiederbeschäftigung der Arbeitslosen die Wartezeiten berücksichtigt werden: Wer am

<sup>27)</sup> L. Reyher, Beschäftigungspolitische Alternativen . . . , a. a. O., S. 70.

längsten arbeitslos ist, hat bei sonst gleicher Eignung zuerst Anspruch auf Wiederbeschäftigung. Durch das Vermittlungsmonopol der Bundesanstalt für Arbeit ließe sich — bei einigen gesetzlichen Ergänzungen im Hinblick auf die unmittelbare, vermittlungsfreie Einstellung durch die Betriebe — ein solches modifiziertes gesamtwirtschaftliches „Krümpersystem“<sup>28)</sup> praktizieren. Unter dem Aspekt der Sozialbindung des Eigentums müßten die Verfügungsrechte hier in ähnlicher Weise eingeschränkt werden können, wie dies z. B. bei der Quotenverpflichtung für die Beschäftigung von Schwerbeschädigten der Fall ist<sup>29)</sup>. Da gesellschaftliche Gruppen offensichtlich unterschiedlich oft und schwer von Arbeitslosigkeit betroffen sind, sollte das *Arbeitslosen-Versicherungssystem* nach Risiko- und Einkommensgruppen *differenziert* werden. *Erstens* sollte die unterschiedliche Bedeutung des Einkommensverlusts bei Arbeitslosigkeit berücksichtigt werden: Untere Einkommenschichten sind von einem Einkommensverlust von etwa 30 v. H. härter betroffen als mittlere und höhere Einkommenschichten. *Zweitens* müßte berücksichtigt werden, daß höhere Einkommen bei kürzer dauernder Arbeitslosigkeit gegenüber niedrigen Einkommen einen Vorteil durch die steuermindernde Wirkung des Einkommensverlusts haben. *Drittens* könnte die Dauer der Zahlung von Arbeitslosengeld in der Weise differenziert werden, daß Problemgruppen (wie Alte, Behinderte, Frauen), die im Durchschnitt länger arbeitslos sind, auch längeren Anspruch auf Zahlung von Arbeitslosengeld haben; so wird etwa in Frankreich unter bestimmten Voraussetzungen bis zu zwei Jahren Arbeitslosengeld gezahlt. *Viertens* könnte die Einkommenssicherung für solche Arbeitslose, die ihren Arbeitsplatz individuell unverschuldet verloren haben und die länger als einen Monat arbeitslos sind, verbessert werden; in Frankreich wird seit dem 2. Dezember 1974 für diese Gruppe der Arbeitslosen ein Jahr lang 90 v. H. des Nettoeinkommens gewährleistet. *Fünftens* sollten Beamte, die kein Beschäftigungsrisiko tragen, an der Finanzierung der Arbeitslosenversicherung be-

teiligt werden, unter anderem auch deshalb, weil sie indirekt von der „Aktivierung“ der Arbeitslosenversicherung (Umschulung, Beratung, Weiterbildung von Familienangehörigen aus Beiträgen der Arbeitslosenversicherung) profitieren.

## 2. Maßnahmen zur Erhaltung oder Schaffung von Arbeitsplätzen

Im ersten Halbjahr 1975 verausgabte die Bundesanstalt für Arbeit allein für Kurzarbeit, Arbeitslosengeld und -hilfe 6,533 Mrd. DM. Angesichts dieser Größenordnung wirtschaftlich unproduktiver Ausgaben stellt sich dringlich die Frage nach der Möglichkeit produktiver beschäftigungspolitischer Alternativen in Zeiten großer Beschäftigungseinbrüche; also Beschäftigungsexpansion oder -stabilisierung durch staatliche Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (z. B. Lohnkosten- und Einarbeitungszuschüsse) oder Förderung privater Arbeitsplatzbeschaffung (z. B. Investitionszuschüsse).

### 1. Lohnkostenzuschüsse

Lohnkostenzuschüsse sind relativ neue Instrumente der Beschäftigungspolitik, die bisher nur zögernd eingesetzt wurden. In der Praxis sind bislang folgende Formen bekannt:

a) *Einarbeitungszuschüsse*: Sie werden Arbeitgebern für die Einstellung von Arbeitskräften gewährt, die eine volle Leistung am Arbeitsplatz erst nach einer Einarbeitungszeit erreichen können. Solche Zuschußarten sind in Frankreich, Schweden und in der Bundesrepublik Deutschland bekannt. Laut § 49/AFG können in der Bundesrepublik für die Dauer eines Jahres (in Ausnahmefällen auch länger) 60 v. H. der tariflichen Lohnkosten subventioniert werden. In der Praxis kamen Einarbeitungszuschüsse aber vor allem der Schaffung „verlängerter Werkbänke“ zugute, d. h., es wurden Arbeitsplätze subventioniert, die geringe Qualifikationen erforderten und sich in Krisenzeiten als instabil erwiesen<sup>30)</sup>. Auf der anderen Seite ist ein Mobilisierungseffekt von Arbeitskräftenreserven in unterentwickelten Gebieten nicht zu leugnen. Da es sich hier um ein Instrument mit strukturpolitischer Zielsetzung handelt und nicht um eine beschäfti-

<sup>28)</sup> Krümper (von krumm) nannte man die 1802 bis 1812 in die preußische Armee eingestellten, kurzfristig ausgebildeten Rekruten. Dieses Krümpersystem Scharnhorsts schuf in kurzer Zeit eine Reservearmee weit über die von Napoleon im Tilsiter Frieden erzwungene Höchststärke von 42 000 Mann hinaus.

<sup>29)</sup> Vgl. Zinn/Wieczorek, in: Frankfurter Rundschau vom 12. 7. 1975, S. 6.

<sup>30)</sup> Zur Wirksamkeit von Einarbeitungszuschüssen in der Bundesrepublik Deutschland vgl. W. Heidtmann, Arbeitsmarktpolitik und Gewerbeansiedlung in ländlichen Gebieten, Göttingen 1974.

gungspolitische Alternative bei hoher Arbeitslosigkeit, sollte die Vergabe derartiger Subventionen strenger an Qualitätskriterien der damit geschaffenen Arbeitsplätze gebunden werden.

b) Dauernde oder zeitlich beschränkte *Beschäftigungsprämien* für Unternehmen, die entweder Personen in unterentwickelten Regionen oder in bestimmten Branchen beschäftigen, oder die neue Arbeitskräfte einstellen bzw. die Zahl der Beschäftigten erhöhen. Diese Prämien werden manchmal auch mit Auflagen verbunden, z. B. der Verpflichtung der Betriebe, die neu Eingestellten weiterzubilden, oder die Auflage, daß die Betriebe bei der Rekrutierung das Alter, Geschlecht oder die Dauer der Arbeitslosigkeit berücksichtigen müssen. Die Verbindung solcher Prämien mit Auflagen ist vor allem in Schweden gebräuchlich.

Eines der bekanntesten Beispiele ist die regionale Beschäftigungsprämie (Regional Employment Premium) in Großbritannien: Sie wurde im September 1967 mit einer Laufzeit von zunächst sieben Jahren eingeführt, ist nun aber auf unbestimmte Zeit verlängert worden. Unternehmen der Verarbeitenden Industrie erhalten in den Entwicklungsregionen, die etwa  $\frac{1}{6}$  aller Beschäftigten umfassen, 1,50 Pfund pro Woche und männlichen Arbeiter (seit 1974 3 Pfund); etwas geringer ist die Prämie für die weiblichen Arbeitskräfte. Insgesamt betrachtet, bedeutet diese Prämie eine zeitlich unbefristete Lohnkostensubvention von etwa 8 v. H. für die Verarbeitende Industrie in den Entwicklungsregionen <sup>31)</sup>. Ein anderes Beispiel liefert das erste Konjunkturprogramm der Bundesrepublik 1975: Allen Unternehmen in Regionen mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit wurden 60 v. H. Lohnkostensubvention für die Dauer von sechs Monaten angeboten, wenn sie Personen einstellten, die länger als drei Monate arbeitslos waren. Diese Maßnahme erfüllt aber nicht die in sie gesetzten Erwartungen; das finanzielle Angebot wurde von den Unternehmen nur zum Teil ausgeschöpft <sup>32)</sup>.

<sup>31)</sup> Ausführlicher vgl. G. Schmid, *Steuerungssysteme ...*, a. a. O., S. 154 f.

<sup>32)</sup> Zum Teil ist dies auf mangelnde Information zurückzuführen. Eine demoskopische Erhebung bei Arbeitgebern hatte gezeigt, daß nur 35 v. H. der Befragten Lohnkostenzuschüsse kannten (Süddeutsche Zeitung, 21. 5. 1975, S. 9). Strukturelle Gründe für die mangelnde Durchschlagskraft dieses Angebots werden unten diskutiert.

c) Das Instrument der *Steuererleichterung* für die Beschäftigung bestimmter Kategorien von Erwerbspersonen wurde bisher kaum angewandt; es ist strukturpolitisch wohl auch kaum zu empfehlen, da Betriebe ab einer bestimmten Größenordnung — ähnlich wie bei Investitionsprämien in Form von Steuerbegünstigungen — bevorzugt werden. Als Beispiel kann die selektive Beschäftigungssteuer (Selective Employment Tax) in Großbritannien genannt werden: Hier erhielten Unternehmen in den Jahren 1966—70 eine Steuererleichterung pro Beschäftigten, wenn die Mehrzahl der Arbeiter in wachstumsrelevanten Produktionszweigen beschäftigt war.

d) Gebräuchlich sind schon seit längerer Zeit *Lohnkostensubventionen für die Beschäftigung behinderter und anderer benachteiligter Personen* auf kürzere oder längere Zeit nach ihrer Einstellung. Belgien, Schweden, USA und die Bundesrepublik Deutschland betreiben eine derartige, mehr oder weniger permanente Subventionierung der Beschäftigung von Problemgruppen. Diese ansonsten langfristig orientierte Strukturmaßnahme könnte in Zeiten großer Beschäftigungseinbrüche intensiviert werden, da diese Erwerbsgruppen in der Regel auch von konjunktureller Arbeitslosigkeit härter getroffen werden. Ob freilich gerade in solchen Zeiten finanzielle Anreize zur Beschäftigung von Problemgruppen wirksam sind, muß bezweifelt werden, da Unternehmen solche Zeiten zu nutzen versuchen, das Leistungspotential der Beschäftigten zu verbessern.

e) Schließlich soll hier mit größerer Ausführlichkeit auf einen Vorschlag des schwedischen Experten für Arbeitsmarktfragen, Gösta Rehn, eingegangen werden. Rehn betrachtet eine *verallgemeinerte, aber zeitlich befristete und flexible Anwendung der Methode direkter Lohnkostensubvention* als eine der wichtigsten beschäftigungspolitischen Alternativen der Zukunft. Denn im Gegensatz zu traditionellen Beschäftigungspolitiken (z. B. globale Nachfragesteigerung, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Investitionszuschüsse mit indirektem und ungewissem Beschäftigungseffekt) sei dieses Instrument in der Lage, Arbeitsplätze ohne inflationären Effekt zu halten oder zu schaffen; der richtige und geballte Einsatz dieses Instruments hätte sogar inflationsdämpfende Wirkung <sup>33)</sup>.

<sup>33)</sup> Vgl. G. Rehn, *Manpower policy in the fight against stagflation*, in: Schmid/Freiburghaus (Hrsg.), *Seminarpapiere zur Konferenz über aktive Arbeits-*

Rehn argumentiert in folgender Weise: Subventionierung der Lohnkosten für zusätzlich eingestellte Arbeiter oder Angestellte reduziert für die Unternehmen die Kosten zusätzlicher Produktion. Die Umsetzung der relativ reduzierten Produktionskosten in zusätzliche Gewinne werde aber nur dann realisiert, wenn die Unternehmen die Verkaufspreise für die entsprechenden Produkte senken, so daß sie auf dem Markt mehr absetzen können. So habe die direkte Lohnkostensubvention nicht nur einen positiven Beschäftigungseffekt, sondern übe auch einen Druck auf das Preisniveau aus. Diese Beziehung gelte auch für die Lohnkostensubvention jeder Beschäftigung, die über einen bestimmten Prozentsatz der Normal-Beschäftigung (etwa 95 v. H.) hinausgehe. Hat z. B. ein Betrieb in einem Basisjahr 1 000 Beschäftigte, so sollten 25—50 v. H. der Lohnkosten aller Beschäftigten über 950 subventioniert werden; die gesamten Lohnkosten des Betriebes würden dann bei gleichbleibendem Beschäftigungsvolumen und 50 v. H. Subvention der Zusatzbeschäftigung um 2,5 v. H. reduziert werden. Im Falle einer Rezession sollte diese direkte und „schamlose“ Lohnkostensubventionierung mit wenigen Ausnahmen allen Betrieben und für alle Arten von Beschäftigung angeboten werden; eine Ausnahme wären z. B. Firmen, die am Rande der Zahlungsunfähigkeit stehen. In Zeiten der Vollbeschäftigung sollte dieses Instrument nur für Problemgruppen und Problemregionen gelten.

Der wunde Punkt dieser Überlegung besteht im Problem der entsprechenden Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen. Offensichtlich funktioniert die Methode der direkten Lohnkostensubvention nur dann, wenn im Falle des Anstiegs der Beschäftigung zusätzliche Nachfrage geschaffen oder wenn im Falle der Stabilisierung des vorhandenen Beschäftigungsvolumens das Nachfrageniveau gehalten werden kann. Denn ohne die gleichzeitige Erfüllung dieser Bedingung würde diese Methode dazu führen, daß die subventionierten Betriebe zwar wegen der Kostenreduktion ihre Marktstellung verbessern, bei allgemein fehlender Nachfrage jedoch nur Konkurrenten aus dem Felde schlagen, die nicht in den Ge-

---

marktpolitik in ausgewählten Ländern (Frankreich, Großbritannien, Schweden, DDR, Sowjetunion, Bundesrepublik Deutschland, Preprint Series of the International Institute of Management 1/75—67, Berlin 1975, Berlin 33, Griegstraße 5—7), S. 12—35; ders., Some thoughts on employment policy, Stockholm 1975, Manuskript.

nuß der Mittel kommen oder die aus anderen Gründen eine schwächere Position auf dem Markt haben. Die Verhinderung von Arbeitslosigkeit auf der einen Seite würde Arbeitslosigkeit auf der anderen Seite produzieren.

Rehn sieht auch hier eine Lösung: Die erforderliche Steigerung oder Stabilisierung der Mengennachfrage werde teilweise schon durch die Senkung der Preise erreicht, teilweise müsse sie durch flankierendes Nachfragemanagement im keynesianischen Sinne erzielt werden, also durch Steuersenkung, staatliches *Deficit-Spending* und ähnliches. Das erstgenannte Argument erscheint uns aus zwei Gründen problematisch: Erstens wird der Effekt der Preissenkung infolge der monopolisierten Struktur weiter Bereiche der Produktion relativ gering ausfallen, und zweitens zeichnen sich Konjunkturkrisen durch eine relativ geringe Nachfrageelastizität aus, das heißt, eine geringe Reduktion der Preise wird die Mengennachfrage kaum erhöhen.

Andere Argumente sprechen aber dafür, den Vorschlag Rehns weiterzuverfolgen: Das Kosten/Nutzen-Verhältnis einer solchen „Vorwärts-Strategie“ der direkten Lohnkostensubventionierung scheint heute wesentlich günstiger zu sein als die „Rückwärtsstrategie“ der Arbeitslosenversicherung. Das liegt vor allem an der wohlfahrtsstaatlich bedingten höheren Arbeitslosen- und Sozialversicherung sowie an den höheren Steuersätzen: Der Transfer einer arbeitslosen Person in den Status einer Erwerbsperson bedeutet heute — im Unterschied etwa zu der Zeit der Weltwirtschaftskrise — eine Erhöhung des staatlichen und parafiskalischen Einkommens von 50 bis 90 v. H. (je nach Land) des Lohnes oder Gehaltes dieser Person; in anderen Worten: Eine fünfzigprozentige Lohnkostensubvention zahlt sich immer noch volkswirtschaftlich aus, von positiven Nebeneffekten (Vermeidung der durch Arbeitslosigkeit bedingten psychologischen Belastungen, Verhinderung des Zerfalls von Humankapital usw.) ganz abgesehen. Dieser volkswirtschaftliche Einkommenseffekt ergibt sich vor allem aus dem Einkommen aus direkten und indirekten Steuern, den Beiträgen zur Sozialversicherung, die im Beschäftigungsfalle von Arbeitnehmern und Arbeitgebern erbracht werden, sowie aus den eingesparten Arbeitslosengeldern. Der staatliche und parafiskalische Einkommenseffekt durch die zusätzliche Beschäftigung eines Arbeitslosen ist in den letzten Jahrzehnten so schnell gestiegen, daß

er noch nicht ausreichend in das öffentliche Bewußtsein gedrungen ist. Rehn macht daher mit Recht auf die qualitative Veränderung der Relationen im Vergleich zu früher aufmerksam.

Eine fünfzigprozentige Lohnkostensubvention der Zusatzbeschäftigung (also über 95 v. H. der Normalbeschäftigung hinausgehend), durch die die Entlassung von 100 000 Arbeitskräften vermieden werden könnte, würde unter der Annahme eines durchschnittlichen Bruttoverdienstes von 1 800 DM monatlich 90 Mill. DM kosten; andererseits müßten für 100 000 Arbeitslose ca. 110 Mill. DM Arbeitslosengeld inklusive Beiträge zur Sozialversicherung bezahlt werden, unter der Annahme, daß pro Arbeitslosen im Schnitt 1 100 DM monatlich aufgewendet werden müßten. Es würden also 20 Mill. DM zuzüglich etwa 22 Mill. DM entgangene Steuern (11 v. H. durchschnittlich) eingespart werden. Als parafiskalische Einsparung müßten noch etwa 5 Mill. DM Beiträge zur Arbeitslosenversicherung (3 v. H.) und 32 Mill. DM Beiträge zur Rentenversicherung (18 v. H.) hinzugerechnet werden. Diese Rechnung muß freilich noch um einen schwer bestimmbareren Betrag nach unten korrigiert werden, da nicht zu vermeiden sein wird, daß auch Beschäftigung subventioniert wird, die auch ohne Subventionierung erfolgt wäre.

Ein weiteres Argument für den Vorschlag Rehns ist in der administrativ einfachen, dennoch flexiblen und differenzierten Handhabung und Kontrolle der direkten Lohnkostensubvention zu sehen. Bisherige Ansätze, die wir oben zum Teil erwähnt haben, waren entweder zu undifferenziert oder zu vorsichtig oder sie wurden mißbräuchlich angewendet. So wurde etwa das amerikanische Beschäftigungsprogramm (Public Employment Service) in der Weise mißbraucht, daß eine Stadt zunächst eine große Zahl öffentlich Bediensteter entließ, um sie dann im Rahmen des Beschäftigungsprogramms wieder einzustellen. In der Bundesrepublik wurden — vor allem in der Bauindustrie — zahlreiche Fälle bekannt, in denen ein Betrieb Arbeiter entließ, die dann von einem anderen Betrieb desselben Unternehmers unter Inanspruchnahme der Lohnkostensubvention wieder eingestellt wurden. Solcher Mißbrauch kann verhindert werden, wenn nur der Nettozuwachs der Beschäftigten oder nur ein bestimmter Prozentsatz des normalen Beschäftigungsvolumens subventio-

niert wird. Die Regionale Beschäftigungsprämie in Großbritannien war deshalb fragwürdig, weil sie undifferenziert für alle Beschäftigten der betreffenden Betriebe gezahlt wurde. Rehn weist auch mit Recht darauf hin, daß die Lohnkostensubvention für längerfristig Arbeitslose in der Bundesrepublik Deutschland wohl deshalb wenig wirksam war, weil sie nur relativ kurze Zeit Gültigkeit hatte (sechs Monate); die Nachteile der Rekrutierung langfristiger Arbeitsloser (z. B. Notwendigkeit der Weiterbildung, der Einarbeitung, der geringeren Produktivität infolge gesundheitlicher oder altersbedingter Einschränkungen) werden daher finanziell nicht ausreichend aufgewogen.

## 2. Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen

Es bleibt noch — bewegt man sich im Rahmen marktwirtschaftlich organisierter Industriegesellschaften — die Alternative öffentlicher Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) zu diskutieren. Die Praxis in der Bundesrepublik zeigt, daß die Möglichkeiten, welche die Bundesanstalt gemäß §§ 91—99 AFG z. B. für das Jahr 1974 bereitstellte, von den Trägern der ABM, vor allem den Gemeinden, anfänglich nicht schnell und umfassend genug ausgenutzt wurden. Oft waren die Möglichkeiten gar nicht bekannt, oder es war nicht ausreichend gewährleistet, daß sie ökonomisch sinnvoll angewendet wurden. Hier könnte eine bessere Kontingenzplanung (das heißt, Planung für alternative Situationen) und Koordination zwischen den institutionellen Trägern und den entsprechenden Arbeitsämtern Abhilfe schaffen, wobei sich die Arbeitsverwaltung aktiver in die Formulierung von Programmen („Schubladenprogramme“) einschalten sollte.

Inzwischen hat sich aber das Blatt gewendet. Nach einer Werbeaktion für ABM liefen während des Jahres 1975 Anträge bei der Arbeitsverwaltung ein, die das finanzielle Angebot weit überstiegen. Die Bundesregierung sah sich daher veranlaßt, weitere Mittel in Verbindung mit ihren Konjunkturprogrammen zuzuschießen. Erfahrungsgemäß haben ABM-Maßnahmen einen multiplikatorischen Beschäftigungseffekt: auf zwei ABM-Arbeitsplätze kommt ein zusätzlich induzierter Arbeitsplatz. Angesichts der volkswirtschaftlich hohen Kosten der unproduktiven Arbeitslosenversicherung (vgl. oben) erscheint es daher sinnvoll, ABM in Zeiten großer Beschäftigungseinbrüche im Sinne einer „Vorwärtsstrategie“ zu

aktivieren und mit ihrer Hilfe den Ausbau der sozialen Infrastruktur zu verbessern<sup>34)</sup>.

Der Nachteil einer breiteren Anwendung von ABM kann in der multiplikatorischen Wirkung auch auf die Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen und mithin in der preissteigernden Wirkung auf knappen Güterteilmärkten bestehen. Eine Kontrolle dieses Nebeneffektes ist dahingehend denkbar, daß zukünftig knappe Güterteilmärkte analytisch schneller identifiziert und solche ABM selektiv gefördert werden, die in dieser Hinsicht möglichst geringen multiplikatorischen Effekt haben. Vor allem am Anfang großer Konjunkturkrisen mit allgemein geringer Nachfrage (und geringer Wahrscheinlichkeit knapper Güterteilmärkte) dürfte dieser Nachteil nicht schwer wiegen; das spricht wiederum dafür, das Instrument der ABM möglichst frühzeitig einzusetzen.

### 3. Arbeitsplatzentwicklungsfonds

Abschließend wollen wir noch den weitergehenden Vorschlag eines Arbeitsplatzentwicklungsfonds zur Diskussion stellen, der dem schwedischen Fondssystem entlehnt ist, aber die Dimension der Arbeitszeit sowie regionale und betriebliche Strukturunterschiede einbezieht. Betriebe zahlen freiwillig einen be-

<sup>34)</sup> Z. B. Neubau von Sozialwohnungen mit erträglichen Mieten, Bereitstellung von Mitteln für Altbaumodernisierung und städtebauliche Sanierung, beschleunigter oder vorgezogener Bau überbetrieblicher Ausbildungsstätten und anderer Bildungseinrichtungen, Bau und Ausbau noch fehlender Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Pflegeeinrichtungen, Vorziehen von Investitionen im öffentlichen Verkehrsbereich, Verbesserung der technischen Ausstattung der Krankenhäuser sowie Schul- und Bildungseinrichtungen, Maßnahmen zum Ausbau der kommunalen Infrastruktur vor allem in Problemgebieten mit dem Schwerpunkt gemeinschaftlicher Einrichtungen (Kinderspielplätze, Erholungszentren, Kulturstätten) sowie Landschafts- und Umweltschutzmaßnahmen, vorzeitige Inangriffnahme größerer Energieprogramme.

stimmten Betrag in diesen Fonds ein. Die Höhe des Betrages kann von der Beschäftigtenzahl oder der durchschnittlich gezahlten Lohn- und Gehaltssumme abhängig gemacht werden. Dieser Betrag sollte steuerlich stark begünstigt werden, um den Betrieben einen Anreiz zu geben, in diesen Fonds einzuzahlen. Der Fonds sollte zusätzlich durch Mittel etwa der Kreditanstalt für Wiederaufbau, der Landesregierungen und der Bundesanstalt für Arbeit gespeist werden.

Der Fonds kann dann zu verschiedenen Zwecken eingesetzt werden: a) zur Finanzierung eines längeren Urlaubs von Arbeitnehmern, um etwa eine kurzfristige Konjunkturschwäche aufzufangen, Entlassungen aber zu vermeiden; b) zur Zahlung von Abfindungen im Falle von strukturell notwendigen Freisetzungen mit endgültigem Charakter; c) zur Finanzierung von Arbeitsplätzen schaffenden Investitionen, die finanziell noch zusätzlich gefördert werden können, falls es beschäftigungspolitisch erwünscht ist; d) für Maßnahmen zur Humanisierung von Arbeitsplätzen.

In Analogie zum Internationalen Währungsfonds erhalten einzahlende Betriebe Vorzugsrechte für die oben erwähnten Zwecke, während Betriebe, die aufgrund ihrer Gewinnsituation in diesen Fonds nicht einzahlen können, Sonderziehungsrechte erhalten, wenn sie die Mittel nachweislich für arbeitsmarktpolitisch erwünschte Zwecke einsetzen. Einzahlende Betriebe verlieren die Vorzugsrechte, wenn sie diese innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (etwa entsprechend der Dauer eines Konjunkturzyklus) nicht wahrnehmen. Die Verwaltung dieses Fonds sollte auf regionaler Ebene erfolgen, unter Einbeziehung der Landesarbeitsämter, der Landesregierungen, Vertretern der Gewerkschaften und Arbeitgeber sowie der beteiligten Kreditinstitutionen. Anträge von seiten der Betriebe bedürfen der Zustimmung der entsprechenden lokalen Arbeitsämter sowie der Betriebsräte.

### III. Schlußfolgerungen

In der Beurteilung der gegenwärtigen Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes in der Bundesrepublik Deutschland sind wir zum Ergebnis gelangt, daß kurz- und mittelfristig mit einem für die Bundesrepublik ungewohnt hohen Niveau an Arbeitslosigkeit zu rechnen ist. Die traditionelle Beschäftigungspolitik stößt aus verschiedenen Gründen an Grenzen; ihr Einsatz ist vor allem problematisch aufgrund gleichzeitig hoher Inflationsraten — eine Situation, welche die heutige Krise von früheren unterscheidet. Ein längerfristig hohes Niveau an Arbeitslosigkeit birgt Gefahren in sich, die ihrerseits wieder die Bekämpfung der Unterbeschäftigung erschweren: Umschichtung der Arbeitslosigkeit zu Lasten marginaler Erwerbsgruppen sowie Segmentierungseffekte des Arbeitsmarkts, die selbstregulierende Anpassungsprozesse an den strukturellen Wandel und die Wirksamkeit üblicher Beschäftigungspolitik zum Teil außer Funktion oder selbstzerstörerische Rückkopplungsprozesse und gegensinniges Systemverhalten in Gang setzen. Geht man von dem vorrangigen Ziel eines hohen und vollwertigen Beschäftigungsstandes aus, ist die Analyse neuer beschäftigungspolitischer Möglichkeiten dringend erforderlich.

Wir unterscheiden zwischen kurz- und langfristiger, direkter und indirekter Beschäftigungspolitik, und wir befaßten uns vorwiegend mit kurzfristigen und direkten beschäftigungspolitischen Alternativen. Wir unterschieden schließlich zwei grundlegende Strategien zur Lösung des Problems hoher Arbeitslosigkeit: 1. Verteilungspolitiken der Unterbeschäftigung und 2. Politiken der Erhaltung oder Schaffung von Arbeitsplätzen.

Der Spielraum für eine Manipulation des Arbeitsvolumens über die *Ausländerpolitik* ist heute geringer geworden; auch aus sozial- und strukturpolitischen Gründen sind dieser Alternative enge Grenzen gesetzt. *Umschulung und Weiterbildung* sind ebenfalls Alternativen, die quantitativ wenig durchschlagen; langfristig könnte und sollte dieses Instrument aber ausgebaut, allerdings sozial- und strukturpolitisch stärker differenziert werden. In die Alternative der *Reduktion oder Variation der Arbeitszeit* werden in der heutigen Diskussion unseres Erachtens zu große und teilweise auch naive Hoffnungen gesetzt. Am sinnvollsten erscheint noch das Instrument der *Kurzarbeit*; es müssen aber bessere Kontrollmechanismen

eingebaut werden, um Mißbrauch zu verhindern. Dagegen bieten die Vorschläge einer Reduktion der durchschnittlichen Arbeitszeit oder gar eines interindustriellen Austauschs produktiver Zeitkontingente kurz- und wohl auch mittelfristig kaum Lösungen, da sie von unrealistischen Voraussetzungen ausgehen (unter anderem Mobilität und Substituierbarkeit der Arbeitskräfte) oder eine solidarische Lohn- und Einkommenspolitik implizieren, die erst noch ins politische Bewußtsein zu bringen wäre und deren Realisierungsbedingungen noch erkundet werden müßten. Ein Spielraum in dieser Hinsicht besteht allenfalls darin, daß tariflich vorgesehene Arbeitszeitkürzungen vorgezogen werden (Reyher). Der Handlungsspielraum über eine *Reduktion oder Variation der Erwerbsdauer* erscheint uns ebenfalls geringer als allgemein erhofft, weil diese Alternative sehr schnell mit den Zielen einer stabilen Erwerbssozialisation und der Integration ins Erwerbsleben vor allem von Problemgruppen in Konflikt gerät. Schließlich plädierten wir für zwei *Alternativen*, mit deren Hilfe die *individuelle Belastung längerfristiger Arbeitslosigkeit vermindert* werden könnte: eine Art Arbeitslosenrotation, die freilich in die Einstellungsautonomie der Betriebe eingreifen und die Arbeitsverwaltung vor große Verantwortung stellen würde sowie eine Differenzierung der Arbeitslosenversicherung nach Risikogruppen.

*Investitionszuschüsse* mit der Absicht, Arbeitsplätze zu schaffen, haben einen zweifelhaften beschäftigungspolitischen Effekt, da sie in Krisen oft auch zu Ersatz- und Rationalisierungsinvestitionen verwendet werden, die manchmal sogar beschäftigungsreduzierende Wirkung haben. Darüber hinaus sind die inflatorischen Nebenwirkungen dieses Instruments infolge multiplikativer Effekte schwer zu kontrollieren. Dagegen scheint die *direkte Subventionierung der Schaffung oder Erhaltung von Arbeitsplätzen (Lohnkostensubvention)* in der heutigen Situation ein Instrument zu sein, dessen Handlungsspielraum noch nicht voll ausgeschöpft ist. Vor allem der Vorschlag des schwedischen Arbeitsmarktexperten Gösta Rehn, in Zeiten der Rezession nahezu jede *Zusatzbeschäftigung* zu subventionieren, scheint zumindest einer experimentellen Erprobung wert zu sein.

Im Gegensatz zur rückwärtsgewandten und unproduktiven Arbeitslosenversicherung, die

volkswirtschaftlich heute auch wesentlich teurer ist als früher, wird damit eine kostengünstigere und produktive Vorwärtsstrategie angeboten, die auch günstige Verteilungswirkungen und möglicherweise auch inflationsenkenden Effekt hat. Außerdem ist dieses Instrument administrativ leicht zu handhaben und arbeitsmarktpolitisch beliebig differenzierbar. Wir sahen uns allerdings in einigen Punkten zu großer Skepsis veranlaßt, ob dieses Instrument in Zeiten hoher konjunktureller Arbeitslosigkeit die von Rehn erhoffte Wirkung haben wird.

*Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen* sollten vorzeitiger geplant und umfangreicher als bisher

eingesetzt werden. Auch diese Alternative könnte als eine Art „sozial-infrastruktureller Vorwärtsstrategie“ aktiviert werden, wobei es auf einen frühzeitigen und schnellen Einsatz ankommt. Allerdings sind die multiplikativen und u. U. inflationsfördernden Nebenwirkungen dieses Instruments zu kontrollieren.

Schließlich plädierten wir für einen *Arbeitsplatzentwicklungsfonds*, der in guten Zeiten im wesentlichen aus Gewinnen der Betriebe (und mit einem entsprechendem Anreiz der Steuererleichterung) zu finanzieren wäre, und der vor allem in schlechten Zeiten flexibel für verschiedene arbeitsmarktpolitische Zwecke eingesetzt werden könnte.

## **Philipp Herder-Dorneich: Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre Steuerung**

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 16/76, S. 3—24

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist mehrfach beschrieben, aber noch nie analysiert worden; eine wissenschaftliche Konzeption zu ihrer Bewältigung gibt es ebenfalls nicht. Der vorliegende Aufsatz beschreibt nicht nur umfassend die derzeitige Situation, sondern zeigt auch Lösungen auf. Er vergleicht zunächst die Kostenexplosion im Gesundheitswesen mit den Kostenexplosionen, wie sie der Club of Rome in anderen Bereichen prognostiziert hat, und berücksichtigt dabei die Besonderheiten des Dienstleistungssektors.

Die Entwicklung einer Leitlinie optimaler Ausgaben zeigt, daß die Kostenexplosion sektoral vor sich geht. Im ärztlichen Bereich ist sie schwächer, im Krankenhausbereich überaus stark. Die Begründung für die unterschiedliche Explosivität der Bereiche wird in einer Systemanalyse vorgenommen. Untersucht werden die Regelkreissysteme und die regulativen Instrumentarien auf den Steuerungsebenen zwischen Individuen und Staat. Es zeigt sich, daß die Systeme mit der geringsten Steuerungskapazität die höchsten Explosionsraten aufweisen.

Die Möglichkeiten zur Verbesserung der Steuerungskapazitäten der verschiedenen Systeme werden untersucht. Es wird gezeigt, wie die Steuerungssysteme in sich schlüssiger gestaltet werden können und wie insbesondere eine Globalsteuerung auf der mittleren Ebene das Steuerungspotential erhöhen kann.

Eine Analyse der bisherigen Reformpolitik kommt zu dem Ergebnis, daß sie konsequent auf die Weckung zusätzlicher Nachfrage ausgerichtet war und dabei die vorhandenen Steuerungspotentiale ständig abgebaut hat.

## **Günther Schmid/Dieter Freiburghaus: Beschäftigungspolitische Möglichkeiten zur Bekämpfung hoher Arbeitslosigkeit bei Inflation**

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 16/76, S. 25—45

Im ersten Teil der Untersuchung wird eine Beurteilung der gegenwärtigen Lage und der voraussichtlichen Entwicklung des Arbeitsmarktes in der Bundesrepublik gegeben. Die Verfasser definieren die aus ihrer Sicht wichtigsten Probleme und weisen auf Gefahren hin, die in der heutigen Situation (anhaltende hohe Arbeitslosigkeit bei Inflation) liegen. In zweiten Teil werden verschiedene beschäftigungspolitische Instrumente analysiert, die der Arbeitsmarktpolitik kurzfristig und mittelfristig zur Verfügung stehen oder die zur Zeit in Wissenschaft und Politik diskutiert werden. Dabei wird auch auf die Erfahrungen anderer Länder zurückgegriffen, vor allem auf die der „aktiven Arbeitsmarktpolitik“ in Schweden.

Der Spielraum für eine Beeinflussung des Arbeitsvolumens mit Hilfe der Ausländerpolitik ist heute geringer geworden; auch aus sozial- und strukturpolitischen Gründen sind dieser Alternative enge Grenzen gesetzt. Umschulung und Weiterbildung sind ebenfalls Alternativen, die quantitativ wenig bewirken; langfristig könnte und sollte dieses Instrument aber ausgebaut und zugleich sozial- und strukturpolitisch differenziert werden. In die Alternative der Reduktion oder Variation von Arbeitszeit werden in der heutigen Diskussion zu große und teilweise auch naive Hoffnungen gesetzt. Am wirkungsvollsten erscheint noch das Instrument der Kurzarbeit; es müssen aber bessere Kontrollmechanismen eingebaut werden, um Mißbrauch zu verhindern. Im Hinblick auf eine Verteilungspolitik der Unterbeschäftigung wird für zwei Alternativen plädiert, mit deren Hilfe die individuelle Belastung längerfristiger Arbeitslosigkeit vermindert werden könnte: zum einen eine Art Arbeitslosenrotation, die freilich in die Einstellungsautonomie der Betriebe eingreifen und die Arbeitsverwaltung vor große Verantwortung stellen würde, zum anderen eine Differenzierung der Arbeitslosenversicherung nach Risikogruppen.

Im Hinblick auf Maßnahmen der Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen diskutieren die Autoren vor allem das Instrument der Lohnkostensubvention, dessen Reichweite u. U. stärker genutzt werden könnte. Insbesondere der Vorschlag des schwedischen Arbeitsmarktexperten Gösta Rehn, in Zeiten der Rezession nahezu jede Zusatzbeschäftigung zu subventionieren, scheint zumindest einer experimentellen Erprobung wert zu sein. Im Gegensatz zur rückwärtsgewandten und unproduktiven Arbeitslosenversicherung, die volkswirtschaftlich zudem wesentlich teurer ist, wird damit eine kostengünstigere und produktive „Vorwärtsstrategie“ angeboten, die auch günstige Verteilungswirkungen und möglicherweise einen inflationssenkenden Effekt besitzt. Schließlich wird ein Arbeitsplatzentwicklungsfonds vorgeschlagen, der in konjunkturell guten Zeiten im wesentlichen aus Gewinnen der Betriebe (mit einem entsprechendem Anreiz der Steuererleichterung) zu finanzieren wäre und der in schlechten Zeiten flexibel für verschiedene arbeitsmarktpolitische Zwecke eingesetzt werden könnte.