

## **Sozialinvestitionen und Sozialpolitik— Zur Perpetuierung der Sozialpolitik**

---

*Elisabeth Liefmann-Keil, geboren 1908 in Halle a. d. Saale, aufgewachsen in Freiburg i. Breisgau, wo sie Wirtschaftswissenschaften studierte. Seit 1956 ist Elisabeth Liefmann-Keil ordentlicher Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität des Saarlands in Saarbrücken (Institut für Sozial- und Wirtschaftspolitik). Sie hat zahlreiche Bücher und Aufsätze zu volkswirtschaftlichen und sozialpolitischen Themen veröffentlicht.*

Eine der großen Aufgaben, die der Gegenwart gestellt sind, ist die Verbindung und Koordination der Sozialpolitik mit der Politik der Sozialinvestitionen. Wenn Sozialpolitik in der BRD — wie immer wieder behauptet wird — zunächst und vor allem Gesellschaftspolitik gewesen ist und noch sein soll, dann können die beiden Arten der Politik nicht isoliert betrieben werden. Das ist heute jedoch weithin der Fall. Sozialpolitik, und d. h. nach alter, insbesondere deutscher Tradition, Politik der sozialen Sicherung und Lohnpolitik der Gewerkschaften, ist gegenwärtig praktisch in erster Linie eine Politik der Ein-

kommensumverteilung. Die Sozialinvestitionen dienen dieser Aufgabe dagegen nur indirekt. Erst ganz allmählich und nur in besonderen Bereichen wird erkannt, daß mit der Politik der Sozialinvestitionen und hier vor allem der Bildungs- und/oder der Gesundheitspolitik ganz neue, die bisherigen verändernde, Grundlagen für die Sozialpolitik gelegt werden. Ebenso hat die frühere Sozialpolitik spezifische Voraussetzungen für die heutigen Sozialinvestitionen geschaffen. Bei diesen Wechselwirkungen wird allmählich offenkundig, daß mit solcher Art bedingtem Wandel in den Voraussetzungen eine Perpetuierung der Sozialpolitik veranlaßt wird und daß die Sozialpolitik auf diese Weise ihre weitere Entwicklung selbst begründet und im einzelnen bestimmt.

Die Zusammenhänge zeigen sich zur Zeit an einem aktuellen Beispiel: dem *Krankenhausbedarf*. Immer mehr wird von Politikern und Praktikern darauf hingewiesen, daß bei weiter steigender Morbidität, trotz aller medizinischen Erfolge, mit einem ständig wachsenden Bedarf an Krankenhäusern gerechnet werden muß. Diese Zunahme ist allerdings nur in zweiter Linie gesundheitsmäßig bedingt. Sie ist wahrscheinlich vor allem das Ergebnis einer nur teilweise gewollten, dennoch in verschiedener Hinsicht durch die Sozialpolitik verursachten gesellschaftlichen Veränderung: der immer größeren Isolierung der einzelnen Menschen oder — wie es auch heißt — der Vereinsamung, der Abnahme von Solidarität, Mitverantwortung und dergleichen<sup>1)</sup>. In anderen Ländern, z. B. den USA, stellt man sich schon heute auf diesen Wandel ein, z. B. hinsichtlich des Gebrauchsgüterangebots, der Vertriebsarten und so weiter. Es muß damit gerechnet werden, daß ausgerechnet zu einer Zeit, da Zusammenarbeit im Team, da wie nie zuvor Demokratisierung, Mitverantwortlichkeit, Sozialisierung und dergleichen diskutiert werden und verwirklicht werden sollen, sich mit der zugleich gewollten und in zunehmendem Maße erreichten Vereinzelung genau das Gegenteil vollzieht. Diese Tatsache wird unter Umständen zwar erkannt, aber nur nüchtern konstatiert; ohne jeglichen Verweis auf die durch sie gegebenen Widersprüche. Im folgenden soll die Wechselwirkung zwischen Sozialpolitik und Sozialinvestitionen an einem Beispiel für das Streben nach immer weiterer Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses und der dadurch entstehenden Kosten erörtert werden: dem Beispiel der Gesundheitsinvestitionen und der Alterssicherung.

### *1. Die veränderten Voraussetzungen*

Zwei neuere Statistiken des Statistischen Bundesamtes und Angaben im Gesundheitsbericht der Bundesregierung vom Dezember 1970 machen auf den Wandel in den Voraussetzungen aufmerksam, der für Gesundheitspolitik immer entscheidender werden wird. Die Statistiken bezeugen, daß die gesellschaftspolitischen Konsequenzen der bisherigen Sozialpolitik zunehmen. Sie weisen auf einige

---

1) Siehe z. B. Gesundheitspolitische Tagung der SPD in Travemünde 1971, 2. — 4. 4., Rede von Senator Dr. H. J. Seier, S. 3.

Ursachen dafür, daß geradezu von einem Zwang zur Perpetuierung der Sozialpolitik gesprochen werden kann.

Die Aufgaben der *Sozialinvestitionen* werden heute ständig propagiert. Die *sozialpolitischen* Aufgaben, die sich daraus ergeben, werden zwar gesehen, man steht ihnen aber relativ hilflos gegenüber. Man erkennt den Zwang, aber man möchte in der Sozialpolitik nicht auf die Freiheit des Vorgehens verzichten. Tabelle 1 zeigt, daß sich in unserem Lande die Haushaltsgröße seit rund 100 Jahren ständig verkleinert. Die Durchschnittszahl der Haushaltsangehörigen ist von 4,63 (1871) je Haushalt allmählich auf 2,67 im Jahre 1968 gesunken.

Tab. 1: *Private Haushalte in Deutschland bzw. der Bundesrepublik Deutschland von 1871 — 1980*

Jahr	1-Personen- haushalte in ‰	2-Personen- haushalte in ‰	Mehrpersonen- haushalte in ‰	Personen je Haushalt
Mehrpersonenhaushalte insgesamt				
1871	6,1		93,8	4,63
1875	6,3		93,7	
1880	6,8		93,2	
1885	7,0		93,0	
1890	7,0		93,0	
1895 <sup>1)</sup>	7,0		93,0	
1900	7,1	14,7	92,9	4,49
1910	7,3	15,2	91,7	4,40
1925	6,7	17,7	93,3	3,98
1939	9,8	27,7	90,2	3,27
1950 <sup>2)</sup>	19,4	25,2	80,6	2,99
1961	21,3	27,4	78,7	2,82
1965	24,3	28,3	75,7	2,70
1968 <sup>3)</sup>	25,5	28,1	74,5	2,67
1975	28,2		71,8	2,62
1980 <sup>4)</sup>	29,4		70,6	2,58

<sup>1)</sup> Wirtschaft und Statistik, Jg. 1967, Heft 1, S. 4.

<sup>2)</sup> Statistisches Jahrbuch für die BRD, 1968, S. 39.

<sup>3)</sup> Wirtschaft und Statistik, Jg. 1969, Heft 5, S. 264 ff.

<sup>4)</sup> Wirtschaft und Statistik, Jg. 1970, Heft 10, S. 507 (für die Schätzungen).

Eine weitere Abnahme der durchschnittlichen Zahl der Haushaltsangehörigen wird erwartet. In der BRD sind schon heute rund 25 % aller Haushalte Einpersonenhaushalte. Diese Entwicklung resultiert aus einer spezifischen Wohlstandsverteilung, die nicht zuletzt durch die Sozialpolitik gefördert worden ist. (In anderen hochindustrialisierten Ländern findet sich — soweit dort die soziale Sicherung entsprechend ausgebaut ist — eine ähnliche Entwicklung.) Sie wird unterstützt durch eine sich ständig verbessernde Versorgung mit Kleinwohnungen. Die Ausrichtung auf die Wohnnachfrage der Kleinsthaushalte ist besonders während der letzten Rezession in der BRD deutlich geworden (siehe Tabelle 2).

Tab. 2: Der Zugang an Wohnungen 1962 — 1968 (Neu- und Wiederaufbau)

Jahr	Wohnräume				
	insgesamt	1 und 2	3	4	5 und mehr
1962 <sup>1)</sup>	573 375	45 167	101 434	213 284	166 396
1963	569 610	41 303	92 569	211 042	177 418
1964	623 847	45 761	93 434	227 172	207 229
1965	591 916	45 672	84 328	202 600	212 521
1966	604 799	51 778	84 958	194 143	227 103
1967 <sup>2)</sup>	573 301	53 187	76 904	174 559	219 684
1968	519 854	54 683	76 109	159 934	201 642

<sup>1)</sup> Statistisches Jahrbuch für die BRD, 1968, S. 249.

<sup>2)</sup> Statistisches Jahrbuch für die BRD, 1970, S. 232.

Der Entwicklung entspricht eine Verringerung der Kinderzahl, eine Tendenz zur Bevölkerungsstagnation. Zugleich wird mit den Gesundheitsinvestitionen die Verlängerung der Lebenserwartung gefördert und damit eine spezielle Ausrichtung der Einkommensverwendung, der Nachfrage.

Im Hinblick auf die Einkommens- und Wohlstandsverteilung in der nächsten Zukunft weisen die Zahlen der Tabelle 3 auf die Besonderheiten jener Personen hin, die in diesen kleinen Haushalten leben, auf die Veränderungen in der Gesellschaftsstruktur und in den gesellschaftlichen Aufgaben. 1969 lebten rund 13 % der gesamten Bevölkerung, die älter als 20 Jahre waren in Einpersonenhaushalten. Diese Haushalte bildeten vor allem die Heimstätte für rund ein Drittel der über 65jährigen (1969 = 31,8%).

 Tab. 3: Die Bewohner der Einpersonenhaushalte in der BRD <sup>1)</sup> 1957 = 100

		1961	1969
Einpersonenhaushalte	insgesamt	106	122
	von unter 45jährigen	128	144
	von über 65jährigen	114	204
Einpersonenhaushalte	von Männern insgesamt	135	164
	unter 45 Jahren	155	180
	über 65 Jahre	108	180
Einpersonenhaushalte	von Frauen insgesamt	114	174
	unter 45 Jahren	128	144
	über 65 Jahre	116	210

<sup>1)</sup> Siehe Wirtschaft und Statistik, Jg. 1970, H. 10, S. 504 ff., H. 12, S. 612 ff.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten 1957 = 10,6 %, 1969 = 13,9 % der über 65jährigen Männer in Einpersonenhaushalten. Knapp die Hälfte waren Junggesellen. Der Anteil der über 65jährigen Frauen, die in Einpersonenhaushalten lebten, war und ist weit höher. 1957 betrug er 31,7 %, 1969 43,2 %. Von den 5,75 Millionen in Einpersonenhaushalten lebenden Menschen

waren damit 4,2 Millionen Frauen und davon rund die Hälfte über 65 Jahre alt, und von diesen wiederum etwa die Hälfte Witwen. Man mag diese Entwicklung, d. h. die Ausgliederung aus dem größeren Familienverband als einen Erfolg der Sozialpolitik ansehen. Man mag sie als gewollte, soziale Errungenschaft begrüßen und sie als einen Beitrag zur Verwirklichung der vielgenannten und erstrebten freien Entfaltung des einzelnen nehmen. Zugleich müssen die Konsequenzen dieser Entwicklung, muß der Preis, der für sie gefordert wird und zu entrichten ist, beachtet werden. Dieser Preis darf bei Überlegungen über die zukünftigen Möglichkeiten der Wohlstandsverteilung nicht außer acht gelassen werden.

### *//. Gegenwärtig feststellbare Folgen*

Im Gesundheitsbericht der Bundesregierung von 1970 ist im Hinblick auf alte Menschen ein Abschnitt diesem Problem gewidmet<sup>2)</sup>. Im selben Bericht findet sich unter der Überschrift: „Wandel in der Struktur der Haushalte — Privathaushalte“ der folgende Satz: „Diese Entwicklung hat ihre gesundheitspolitische Bedeutung, da in dem Kleinhaushalt im Krankheitsfalle die häusliche Pflege nicht immer möglich ist und häufiger, insbesondere auch von älteren Menschen, ein Krankenhaus in Anspruch genommen werden muß<sup>3)</sup>.“

Die Verkleinerung der Haushalte zieht neben anderem eine Zunahme der Arbeitsteilung nach sich. Die Familienhaushalte geben Aufgaben ab, die bisher ebenso selbstverständlich wie unentgeltlich durchgeführt wurden. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind zukünftig Sondereinrichtungen erforderlich. Sie müssen zudem finanziert werden, d. h.: die Nachfrage nach bestehenden Einrichtungen (wie Krankenhäuser) wird steigen, die Ansprüche werden differenzierter werden. Was geboten — oder besser — ersetzt werden muß, sind dabei nicht nur Unterbringungsmöglichkeiten, sondern vor allem Leistungen von Arbeitskräften. Bauten und Betten lassen sich schon nur bei Verzicht auf anderen Verbrauch bereitstellen. Weit schwieriger ist der Ersatz von Familienmitgliedern, insbesondere in einer überbeschäftigten Volkswirtschaft. Es werden höhere Gehälter, bessere Unterbringungsmöglichkeiten und dergleichen verlangt. Darüber hinaus wird — was vor allem interessant ist — die Anwerbung von Ausländern als notwendig erachtet. Alle derartigen Aufwendungen belasten zunächst die Erwerbstätigen, die Steuer- und Beitragszahler. Dennoch vermögen sie nicht unbedingt die notwendigen Arbeitsleistungen durch einigermaßen geeignete Menschen zu sichern. Die Frage, die deshalb — trotz mancherlei anders klingender Verlautbarungen — immer wieder und zukünftig noch häufiger als bisher gestellt werden muß, lautet: Ist die Gesellschaft bereit, die Folgen ihrer Sozialpolitik und ihrer Sozialinvestitionen zu akzeptieren und ihnen zu entsprechen? Die Antwort scheint weniger und weniger sicher zu sein. Die Folgen der Familienaufteilung, der Familienun-

---

2) Seite 143 ff., Textziffer 345 — 347.

3) S. 26, Tz. 20.

abhängigkeit, der Arbeitsteilung zu Lasten des Dienstleistungssektors zwingen, zusammen mit Folgen der Gesundheitsinvestitionen, zu beträchtlichen Umstrukturierungen in verschiedenen Bereichen.

### *1. Zur Arbeitsorganisation*

Arbeiten werden zu Erwerbstätigkeiten, die bisher nur in einem begrenzten Rahmen — etwa dem der Fürsorge und Wohlfahrtspflege — als berufliche Arbeit angesehen wurden. Diese Arbeiten galten in der Vergangenheit zumeist auch nur bedingt als Erwerbstätigkeit im engeren Sinne. Bisher wurden die Aufgaben selbstverständlich und ohne weiteres erfüllt, aber sie wurden z. B. nicht wie andere, sogenannte Dienstleistungen zu den Beiträgen zum Sozialprodukt gezählt. Die einst vornehmlich familiären, häuslichen Aufgaben ändern sich — wie beispielsweise der Einzug der Industrie in die Küche anzeigt — in steigendem Maße. Die Substitution ist dabei immer weniger technisch bedingt.

Was sich hier vollzieht, ist die Bildung neuer Grundlagen für spezielle Erwerbstätigkeiten, es sind Zeichen für einen allgemeinen Wandel im Arbeitsleben. Man spricht von der Zunahme des tertiären Sektors, von der Zunahme der Arbeitsteilung und dergleichen. All dies bedeutet nichts anderes als die Zunahme von wechselseitigen Abhängigkeiten, und zwar sozialen Abhängigkeiten, die, wenn gestört, die mitmenschlichen Beziehungen zerstören und darüber hinaus recht schnell die Befriedigung lebensnotwendiger Bedürfnisse behindern können.

Ist unsere Arbeitsorganisation auf eine solche Entwicklung eingestellt? Nein. Mit dieser Art von Abhängigkeiten, mit den Konsequenzen, die sich für die Organisation solcher Erwerbstätigen ergeben, wird kaum gerechnet. Ebenso wenig wird beachtet, welcher Art gerade auch in gesellschaftspolitischer Hinsicht die Arbeitsleistungen sind, die nun erwartet werden. Diese Arbeitsleistungen werden vielmehr ohne weiteres als auf normale Weise erfüllbar angesehen. Es heißt dann z. B. einfach: „Bereitstellung von Pflegepersonal“<sup>4)</sup>, d. h.: es wird vermutet, unter den gegenwärtigen Arbeitsverhältnissen und Arbeitsbedingungen sei die Befriedigung neuer Arten von Nachfrage nach Dienstleistungen ebenso möglich wie etwa diejenige nach kaufmännischen oder Verwaltungsangestellten. Nur, immer mehr Erfahrungen sprechen gegen diese Vermutung. Deutlich zeigt sich hier, daß die Arbeitsorganisation, die Einsicht in das, was Arbeit ist und was sie bedeutet und was zunehmend von ihr erwartet wird, weit hinter dem zurücksteht, was etwa unter anderem bei sozialpolitischen Überlegungen und Maßnahmen vorausgesetzt wird und mehr und mehr vorausgesetzt werden muß. Die Schwierigkeiten, die sich zur Zeit überdeutlich im Bereich der Gesundheitspolitik und hier besonders bei der Bereitstellung von Krankenhäusern und dergleichen zeigen, sind keineswegs lediglich Symptome für Sonderentwicklungen, sie weisen auf allge-

---

<sup>4)</sup> Siehe dazu: Kiesau, G.: Teilaspekte des Gesundheitsberichtes der Btm-des-regierung, in: WWI-Mitteilungen, 6/1971, S. 185, mit vielen weiteren Hinweisen.

meine weitere und grundlegende Strukturänderungen hin. Neben der Arbeitsorganisation betreffen diese im einzelnen: Änderungen in der Einkommensverteilung, Bedarfsänderungen, Änderungen in der Einkommensverwendung, Kostensteigerungen.

## 2. Zur Einkommensverteilung

Die Einkommensverteilung wird infolge der Haushaltsverkleinerung, der Ausgliederung der älteren Generation, ungleichmäßiger. Die Sozialpolitik unterstützt aber in diesem Zusammenhang überkommenerweise zweierlei:

Die *Einpersonenhaushalte*. Bei Existenz von Kleinkindern und jüngeren Jugendlichen befürwortet sie Zweigenerationenhaushalte. Die Dreigenerationenhaushalte werden für unzumutbar gehalten. Es werden Alterseinkommen gesichert, die ein Alleinleben der älteren Generation gestatten. Infolge der Aufgabe der Dreigenerationenfamilie wird die Zahl der Haushalte mit relativ geringem Einkommen wachsen. Die Haushaltsvorstände von Einpersonenhaushalten stellen heute eine Bevölkerungsgruppe dar, die zur Zeit über 12% der Gesamtbevölkerung und über 20% der Zahl der Erwerbstätigen und der älteren Generation ausmacht.

Eine *Einkommensnivellierung*. Dieses Ziel kollidiert jedoch mit der Ausgliederung aus den Mehrgenerationenhaushalten. Wird bei der Berechnung der Einkommensverteilung, wie es heute geschieht, von den Haushaltseinkommen ausgegangen, so wird eine Haushaltsverkleinerung zu einer Zunahme der Haushalte der Empfänger geringerer Einkommen führen. Die Zahl der Haushalte mit niedrigeren Einkommen wächst somit, trotz gleichzeitiger Zunahme des Sozialproduktes. Die gewährten Alterseinkommen gestatten bei relativ geringerem Einkommen ein Leben im eigenem Heim. Fraglich ist aber, ob zugleich jene unentgeltlichen Dienste kompensiert werden können, die zuvor in der Familie geleistet wurden.

Für den besonderen Fall der Erkrankung eines Mitgliedes der älteren Generation, besteht ganz generell die Rentnerkrankenversicherung. 1968 waren 12,1 % der Wohnbevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Rentner versichert. Damit ist das besondere Risiko anerkannt und eine einkommensmäßige Sicherung gewährleistet. Den Sicherungsvorkehrungen ist zudem, wie allgemein in der GKV das Sachleistungsprinzip zugrundegelegt, d. h.: es soll dem Bedarf entsprochen werden, ohne daß für den Verbrauch spezielle Kosten entstehen.

## 3. Zu den Bedarfsänderungen

Allein lebende Menschen sind bekannterweise für Krankheiten anfälliger. Alte Leute bedürfen in erhöhtem Maße der Pflege und Hilfe. Mit der Vermehrung der kleinen Haushalte wächst demnach die Nachfrage nach Leistungen aus dem tertiären Sektor. Das Angebot an solchen Dienstleistungen ist heute in hochindu-

strialisierten Ländern jedoch generell knapp. Der Ersatz für Familienleistungen durch Fremdleistungen wird nicht nur schwierig, sondern — wenn überhaupt erreichbar — ausgesprochen kostspielig sein. Die Verkleinerung der Haushalte, die unter anderem durch die Gewährung von Transfers, von Sozialeinkommen ermöglicht wird, kann daher vor allem für alte Leute mit einem gewissen Verlust an Wohlstand verbunden sein, wobei das sonstige Wohlbefinden je nach den individuellen Präferenzen unterschiedlich sein wird. Die Schaffung eines eigenen Haushaltes verteuert die Lebenshaltung pro Kopf; sie verringert z. B. die Nachfrage nach sonst möglicherweise gekauften Gütern.

Der besondere Bedarf, mit dem im Rahmen der Sozialpolitik gerechnet werden muß, ist — wie gesagt — der Bedarf an Pflege zufolge von Krankheit und Alter. An und für sich brauchte das nicht immer und unbedingt zu heißen: Bedarf an einem Krankenhausaufenthalt. Alsdann müßte aber vorausgesetzt werden können, daß entsprechende Dienstleistungen bereitstünden bzw. bereitgestellt werden können. Faktisch wird dies jedoch nicht der Fall sein. Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen wird mehr und mehr steigen, ungeachtet des Mangels an notwendigen Voraussetzungen. Die Krankenhäuser werden zudem in wachsendem Maße und in verschiedener Hinsicht als eine Art Ausweichmöglichkeit genutzt werden müssen und genutzt werden. Statistiken bezeugen die Bedeutung dieser Art von Bedarf. Gemessen an dem Bedarf der anderen Altersgruppen bedürfen die über 65jährigen relativ häufig einer längeren stationären Krankenpflege (siehe Tabelle 4 und 5).

*Tab. 4: Personen mit stationärer Krankenhausbehandlung im April 1966<sup>1)</sup>  
 (Ergebnis des Mikrozensus)*

Alter		insgesamt	männlich auf 1 000 Einwohner	weiblich
unter	15	5,8	6,4	5,3
15 —	40	9,3	7,6	11,0
40 —	65	17,0	19,1	15,4
65 und	mehr	17,8	21,2	15,6

<sup>1)</sup> Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen 1966, S. 41.

*Tab. 5: Personen im April 1966 nach Dauer der Krankheit und Alter<sup>1)</sup>*

Alter	Personen, deren Krankheit bis zum 30. 3. 1966 beendet war, nach der Dauer der Krankheit in Tagen zusammen					
	in 1 000	bis 7 %	8 — 14 %	15 — 28 %	29 und mehr %	
unter	15	557	35,7	40,9	18,0	5,6
15 —	40	591	30,6	34,0	23,4	12,2
40 —	65	485	21,6	30,1	26,6	21,6
65 und	mehr	191	16,2	30,9	29,3	23,0
zusammen		1 824	28,2	34,8	23,2	13,8

<sup>1)</sup> Wirtschaft und Statistik, 1968, Nr. 12, S. 699.



Zeitreihenstatistiken zeigen, daß diese Art der Beanspruchung in besonderem Maße zugenommen hat. Bei den Mitgliedern der GKV ist die Zahl der Tage im Krankenhaus ungefähr gleichgeblieben. Bei den Rentnern dagegen ist sie beträchtlich gestiegen, und zwar über 40%. Während die Zahl der Krankenhaushfälle je 100 Mitglieder (z. B. bei den Ortskrankenkassen) von 1951 — 1969 ungefähr gleichblieb und 1969 9,2 betrug, hat sich die Zahl der Krankenhaushfälle bei den Rentnern ständig vermehrt. Sie nähert sich allmählich der doppelten Anzahl (1969 — 16,2)<sup>5</sup>). Die Krankenhaushfälle stiegen auch bei den Mitgliedern der GKV insgesamt nur relativ geringfügig, von 1957 — 1969 um 14,9 %. Dagegen erhöhte sich im gleichen Zeitraum die Zahl der Fälle bei den Rentnern um 42,6 % (siehe Tabelle 6).

Tab. 6: Krankenhaushfälle<sup>1)</sup>

Jahr	Mitglieder (ohne Rentner) und ihre Familienangehörigen	Rentner und ihre Familienangehörigen
	1957 = 100	
1957	100,0	100,0
1958	98,7	102,3
1959	98,7	102,3
1960	98,1	102,3
1961	96,8	105,4
1962	96,8	114,7
1963	96,8	118,6
1964	98,7	120,2
1965	99,4	124,8
1966	101,9	127,1
1967	106,5 p	131,8 p
1968	116,2 p	138,0 p
1969	114,9 p	142,6 p

<sup>1)</sup> Statistik des Bundes der Ortskrankenkassen, GeReEr-Bund, Lieferung November 1970 (Blatt 52, 53).

p) vorläufiges Ergebnis

Die Krankenhäuser werden in zunehmendem Maße zu geriatrischen Anstalten. Dies zeigt sich noch deutlicher, wenn man von der Verweildauer je Krankheitsfall ausgeht (siehe Tabelle 7).

Der Bedarf an Krankenhausleistungen wird vermutlich nicht zuletzt auf Grund der durch Sozialinvestitionen und Sozialpolitik ermöglichten Entwicklung weiterhin zunehmen. Er verlangt damit eine spezifische Berücksichtigung, so im Hinblick auf eine relativ lange und zugleich zunehmende Länge der Verweildauer, auf besondere Alterskrankheiten, auf entsprechende Pflegeleistungen und dergleichen. Im Gesundheitsbericht der Bundesregierung wird leider nur generell auf den „hohen und zunehmenden Bedarf an pflegerischen Einrichtungen“ eingegangen und auf „eine echte Arbeitsteilung zwischen hochqualifizierten Krankenhäusern und Einrichtungen der Nachsorge“ verwiesen.

<sup>5)</sup> Siehe dazu: Die Ortskrankenkasse 1969, Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg, 1970, S. 114 und 116.

<sup>6)</sup> Gesundheitsbericht, S. 138, Tz. 327.

Tab. 7: Krankenhaustage<sup>1)</sup>

Jahr	Mitglieder (ohne Rentner) und ihre Familienangehörigen		Rentner und ihre Familienangehörigen
		1957 = 100	
1957	100,0		100,0
1958	96,9		104,2
1959	95,3		106,4
1960	94,6		109,2
1961	91,6		111,4
1962	93,8		123,2
1963	94,4		128,7
1964	94,4		130,0
1965	93,5		133,2
1966	95,4		133,5
1967	98,6 p		137,1 p
1968	99,0 p		138,3 p
1969	99,5 p		142,6 p

<sup>1)</sup> Statistik des Bundes der Ortskrankenkassen, GeReEr-Bund, Lieferung November 1970 (Blatt 66, 67).

p) vorläufiges Ergebnis

In der gegenwärtigen Diskussion wird diese Entwicklung trotz allgemeiner Erfahrungen kaum beachtet. Das mit höherem Wohlstand steigende Streben nach differenzierter Bedarfsbefriedigung wird ebenso außeracht gelassen. Es wird eher der technisch bedingte Bedarf an reicherer Krankenhausausrüstung berücksichtigt. Über den Personalbedarf wird höchstens diskutiert, ungeachtet dessen, daß der Fehlbedarf hier ständig zunimmt. Es wird immer mehr getan, um die Lebenserwartung zu verlängern. Gelingt es, dieses Ziel, wenn auch unvollkommen, zu erreichen, d. h. den Tod mehr und mehr durch chronische Krankheiten zu ersetzen, so fehlen vielerorts die Voraussetzungen für ein unter diesen Bedingungen erträgliches Leben. Vorschläge, wie dieser Aufgabe genügt werden könnte, finden sich z. B. im Gesundheitsbericht der Bundesregierung so gut wie nicht.

#### 4. Zur Einkommensverwendung

Mit dem Bedarfswandel ändert sich die Einkommensverwendung. Es könnte vermutet werden, daß die Mitglieder von Einpersonenhaushalten, da sie vornehmlich ältere Leute sind, eine hohe Verbrauchsneigung hätten. Dies ist jedoch erwiesenermaßen zumeist nicht der Fall<sup>7)</sup>. Gerade der alte, alleinlebende Mensch hat, ungeachtet aller staatlichen Maßnahmen, ein spezielles Vorsorgebedürfnis zugunsten individueller Einkommens- und Kostensicherung. Er spart, soweit er kann. Damit mag er unter Umständen mit eigenen Mitteln zu den Investitionen beitragen, die als Gemeinschaftsaufgaben auf Grund der Haushaltsverkleinerungen anfallen. Die Erfüllung dieser Aufgaben wird jedoch auch bei den Erwerbstätigen einen "Wandel in der Einkommensverwendung notwendig machen. Dieser Wandel wird sich in erster Linie durch Abgabenerhöhungen bemerkbar machen, d. h. in dem Ersatz von Erhöhungen des verfügbaren Einkommens durch fremdbestimmte (durch die öffentliche Hand) Einkommensverwendung.

<sup>7)</sup> Siehe Liefmann-Keil, E.: Gegenwart und Zukunft der sozialen Altersvorsorge, Göttingen 1967, S. 162.

Nach dem Gesundheitsbericht wird z. B. allein für Krankenhäuser für 1972 mit einem Investitionsbedarf von rund 2 Milliarden DM gerechnet. Soweit dieser Bedarf die Folge der Ausgliederung von Einzelhaushalten aus größeren Haushalten ist, ergeben sich zusätzliche Anforderungen an öffentliche Mittel. Die Steuer- bzw. Beitragszahler müssen nicht nur Teile ihres Einkommens für Bauten abzweigen, insbesondere müssen zuvor nicht honorierte Dienste finanziert werden. Ein bisher verdeckter Aufwand wird offenkundig. Die Umstellung bewirkt nicht nur einzelwirtschaftlich einen Wandel in der Einkommensverwendung. Die mit der sozialpolitisch bedingten Veränderung der Einkommensverteilung verbundene gesellschaftliche Strukturänderung erfordert ein höheres Angebot an spezifischen Kollektivgütern und Diensten und damit *ceteris paribus* ein Anwachsen der öffentlich gelenkten Einkommensverwendung. Der Bedarf an Steuereinnahmen wächst neben dem Bedarf an Einnahmen aus Krankenversicherungsbeiträgen.

### 5. Zu den Kostensteigerungen

Irgendwie soll also ein steigender Bedarf an Infrastrukturleistungen, d. h. Krankenhaus- und sonstigen Dienstleistungen befriedigt werden. Zur Zeit wird weithin jedoch nur an einen Teil der Kosten gedacht: an die Investitionskosten und ihre Finanzierung. Der andere Teil der Kosten, der in den sogenannten Benutzungskosten enthalten ist, wird eigentlich nur im Rahmen der Erörterung der Pflegesätze berücksichtigt. Er enthält dennoch eine der wichtigsten Kostenarten, die Personalkosten. Sie sind nicht einmalige, sondern laufende und im allgemeinen steigende Kosten. Im Bereich dieser Kosten ist zudem mit relativ wenig Rationalisierungsmöglichkeiten zu rechnen. Die Aufwendungen für die stationäre Krankenhausbehandlung sind seit längerem schon an und für sich überproportional gestiegen. Im Falle der Rentner erweisen sie sich geradezu als alarmierend. 1957 = 100 gerechnet stiegen die Aufwendungen für stationäre Krankenhausbehandlungen bei den Mitgliedern der GKV (ohne Rentner) je Mitglied und Familienangehörigen bis 1969 (nach bisherigen Schätzungen) auf 373,7. Für die Rentner erhöhten sich die Aufwendungen von 1957 bis 1969 (wiederum 1957 = 100 genommen) jedoch auf 489,1 (vgl. Tabelle 8).

Dabei ist zu berücksichtigen, daß trotz aller Steigerungen der Personalkosten die Nachfrage nicht — wie erwünscht und notwendig — gedeckt werden kann. Daher wird kaum damit gerechnet werden können, daß der Anteil dieser besonderen Ausgaben in der Zukunft gleichbleiben könne. Das Angebot an den betreffenden Leistungen wird eher weiter zurückgehen. Die Nachfrage jedoch wird unabhängig davon wachsen. Der Fehlbedarf kann also nur zunehmen. Die Ausgliederung und d. h. der Verzicht auf die unentgeltlichen Dienste in den größeren Haushalten bzw. Familien wird für den einzelnen und die Gesellschaft immer teurer werden.

Tab. 8: Aufwendungen für stationäre Krankenhausbehandlung <sup>1)</sup>

Jahr	je Mitglied (ohne Rentner) und ihre Familienangehörigen	Rentner und ihre Familienangehörigen
	1957 = 100	
1949	49,7	31,9
1950	56,6	38,4
1951	62,5	43,0
1952	69,8	48,1
1953	76,6	54,2
1954	78,8	55,4
1955	83,0	59,2
1956	90,7	—,-
1957	100,0	100,0
1958	114,0	119,4
1959	124,0	133,1
1960	136,9	152,3
1961	150,8	174,3
1962	167,2	211,9
1963	185,6	241,5
1964	205,3	269,2
1965	230,4	309,7
1966	265,2	348,1
1967	302,6 p	393,3 p
1968	332,5 p	436,6 p
1969	373,7 p	489,1 p

<sup>1)</sup> Statistik des Bundes der Ortskrankenkassen, GeReEr-Bund, Lieferung November 1970 (Blatt 148).

p) vorläufiges Ergebnis

### ///. Folgerungen

Die wachsende Bedeutung des tertiären Sektors wird die Konkurrenz um die Arbeitskräfte weiter verschärfen. Diese Entwicklung zeigt an einem aktuellen Beispiel wie notwendig es ist, die Alternativkosten zu überprüfen, d. h. Verzicht auf eine andere oder andersartige Bedürfnisbefriedigung zu berücksichtigen. Nichts ist ohne Kosten zu haben. Der Kostenanstieg in den Krankenhäusern ist einer der Preise, die für die Verwirklichung der Familienunabhängigkeit, für die Auflösung der Mehrgenerationenhaushalte usw. zu zahlen sind.

#### 1. Der Bedarf

Gegenwärtig werden Gesundheitsinvestitionen auch unter Kostengesichtspunkten propagiert. Es wird behauptet, die Gesundheitsvorsorge trage zu einer Verringerung der Nachfrage nach Krankenhausleistungen bei. Eine solche These ist höchstens bei einer Betrachtung auf kurze Sicht haltbar. Der Bedarf an den betreffenden Leistungen wird vielmehr nur zeitlich verschoben und modifiziert. Das eigentliche Ziel ist die Verlängerung der Lebenserwartung. Damit wird die Wahrscheinlichkeit eines späteren Bedarfs erhöht. Es ist sicher richtig — wie es auch im Gesundheitsbericht der Bundesregierung heißt —: „Vorbeugen ist besser als heilen.“ Es ist aber keineswegs sicher, daß auf längere Sicht gilt, wie es dort geschrieben steht: „Vorbeugen ist nicht nur besser als heilen, es ist auch billiger<sup>8)</sup>.“

<sup>8)</sup> Tz. 101, S. 73.

Die Aufwendungen für die Gesundheit mögen für eine gewisse Zeit, wenn die Arbeitsfähigkeit zunächst erhalten bleibt, im einzelnen geringer werden. Bei Lebensverlängerung gilt aber, daß die Zahl der von den Erwerbstätigen zu Versorgenden steigt, insbesondere bei einem immer frühzeitigeren Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Das Eintreten für die Lebensverlängerung ist etwas Selbstverständliches. Es müssen nur zugleich die Konsequenzen für die Verwirklichung gezogen werden. Das aber ist — und dies wird durch die heutige Angst vor dem Altwerden bestätigt — gegenwärtig keineswegs etwas, was ebenfalls als selbstverständlich angesehen wird. Die Gesellschaft ist nicht mehr bereit, diejenigen, die länger leben, ohne weiteres zu akzeptieren. Die Bereitschaft, zugunsten einer anderen Generation auf Verbrauch, Bequemlichkeiten, Dienstleistungen und dergleichen zu verzichten, hat abgenommen und nimmt weiter ab. In der Arbeitsorganisation wird z. B. ungeachtet der Veränderungen in der Altersstruktur der Erwerbstätigen, des steigenden Anteils der älteren Jahrgänge, noch kaum berücksichtigt, daß altersspezifische Rücksichtnahmen möglich und erwünscht sein könnten.

Das Krankenhausproblem ganz allgemein und der in der Öffentlichkeit mehr oder weniger heruntergespielte sogenannte Pfl egenotstand sind zwei Zeichen für die Schwierigkeiten, die hier existieren. Wenn nicht Unfälle, die Zunahme von Zivilisationskrankheiten usw. — wie jetzt etwa bei den Männern — zu einer Erhöhung der Sterblichkeit führen und auf diese Weise den erreichten medizinischen Erfolg kompensieren, muß (insbesondere bei der derzeitigen Geburtenentwicklung) immer mehr mit einer absoluten und relativen Steigerung der Zahl der Alten gerechnet werden. Es besteht trotz (und/oder wegen) der Rentenversicherung in steigendem Maße die Gefahr, daß die Alten, weil sie von der jüngeren Generation etwas fordern, als Bürger zweiter Klasse angesehen werden. Die drei Generationen können sich auf diese Weise allmählich in Klassen verwandeln, die sich bekämpfen, obwohl sie insgesamt voneinander immer abhängiger gemacht werden.

## 2. Die Grenzen

Die Auseinandersetzung zwischen den Arbeitnehmern (und dabei auch denen der öffentlichen Hand) und der Regierung in immer mehr Ländern (etwa in Schweden und Großbritannien) ist ein deutlicher Hinweis, daß die Erwerbstätigen immer weniger bereit sind, neue staatlich geforderte und fremdbestimmte Verzichte für die noch nicht und nicht mehr Erwerbstätigen zu leisten. In Schweden werden aus solchen Gründen Tarifverträge über Nettolöhne gefordert, Einkommenssicherungen mögen erwünscht sein, der Grenznutzen staatlich verordneter Einkommensverwendung und fremdbestimmter Verzichte auf Gegenwartseinkommen nimmt jedoch immer mehr ab. Was wird die Folge der Abnahme solcher Bereitschaft zur Einkommensverteilung bzw. zur Fremdbestimmung der Einkommensverwendung sein, was die Folge des Anstiegs der Kosten für die Versorgung der nicht mehr Erwerbstätigen?

Vor längerer Zeit gab es in der BRD noch immer Ausweichmöglichkeiten. Die Notwendigkeit von Entscheidungen wird aber, je länger je weniger verdeckt und finanziell manipuliert werden können. Derartige Manipulationen werden zukünftig kaum mehr ausreichen, vielmehr wird es — wie gesagt — auf einen Wandel in der Beschäftigungspolitik ankommen, auf arbeitsorganisatorische Maßnahmen, mit denen z. B. der Arbeitszeitverkürzung (Rückgang der Lebensarbeitszeit auf bald 30 Jahre und der Arbeitszeit pro Woche auf bald 32 Stunden usw.) und der Lebensverlängerung Rechnung getragen zu werden vermag. Die höhere Lebenserwartung wird einstweilen bei arbeitspolitischen Maßnahmen noch kaum berücksichtigt. Es wird die flexible Altersgrenze angestrebt, es wird aber kaum gefragt, ob diese Flexibilität heute noch allein auf die Alternative Arbeit oder Ruhestand beschränkt werden kann, ob nicht zugleich eine flexiblere Arbeitsorganisation, altersmäßig differenzierte Arbeitszeiten usw. angestrebt werden sollten. Zugleich wird vielfach so getan, als ob diejenigen, die aus dem Erwerbsleben ausscheiden, sich alsdann nur ihres Lebens erfreuten, ohne früher oder später zusätzliche Anforderungen an Dienstleistungen zu stellen bzw. stellen zu müssen.

Ganz generell wächst der Anspruch an Zeit ohne Erwerbstätigkeit. Damit wachsen zugleich die Ansprüche an Dienstleistungen. So werden unter anderem mehr Kindergärtnerinnen, mehr Lehrer, mehr Ärzte, mehr Verwaltungsbeamte, mehr Altenpfleger und dergleichen gefordert. Die bewußte Veränderung des Generationengefüges, die bevorzugte einseitige Berücksichtigung der Freizeit in der Sozial- und Arbeitspolitik, beides muß mit Notwendigkeit früher oder später weitere beträchtliche Veränderungen in der Einkommensverteilung nach sich ziehen.

### *3. Revisionsnotwendigkeiten*

Das Streben nach Einkommensnivellierung wird allmählich aufgegeben werden müssen, um den Wandel in der Erwerbstätigkeit zu fördern und den Ansprüchen gerecht werden zu können, die die Vermehrung der Zahl der Nichterwerbstätigen mit sich bringt. Zur Zeit mögen die Versuche, die überkommenen Vorstellungen aufrechtzuerhalten, durch Ausweichen auf Arbeitskräfte aus fremden Ländern noch gewisse Erfolge versprechen. Früher oder später werden sich auch hier Grenzen zeigen. Dann wird die Umstellung nicht mehr zu umgehen sein.

Die gesellschaftspolitischen Maßnahmen, die im Rahmen der Sozialpolitik ergriffen und neuerdings durch Sozialinvestitionen ergänzt worden sind, ziehen demnach zunächst Forderungen nach neuen einkommenspolitischen Maßnahmen nach sich, diese haben ihre Grenzen. Als bald werden deshalb die Ziele der Sozialpolitik revidiert werden müssen. Mit der vergangenen Sozialpolitik wurden Daten gesetzt, die allmählich bestimmend wirken, sie verlangen Rücksichtnahmen. Zu den, man möchte sagen, zwangsläufigen Folgen gehören auch Kostensteige-

rungen und Umschichtungen innerhalb der Kostenstruktur im Dienstleistungsbereich. Dadurch, daß immer mehr Sozialinvestitionen vorgenommen werden, wird es notwendig, zugleich auf diese Daten Rücksicht zu nehmen. Sozialpolitik und Sozialinvestitionen erzwingen daher immer wieder von neuem weitere Sozialpolitik. Die Perpetuierung der Sozialpolitik durch die Sozialpolitik und die Sozialinvestitionen ist die Folge. Sie zieht Revisionsnotwendigkeiten nach sich, sowohl im Bereich der Einkommensverteilung wie der Beschäftigung bzw. Arbeitsorganisation. Das heißt: Gesundheitsinvestitionen und Maßnahmen zur Förderung der GKV konnten einst vielleicht isoliert betrachtet werden. Heute muß der Rahmen, in dem sie gesehen werden, weiter gesteckt werden; alle zusätzlichen Gesundheitsinvestitionen, alle zusätzlichen Vorkehrungen im Rahmen der GKV verändern Grundlagen für die Gesellschafts- und Wirtschaftspolitik. Sie erfordern Anpassungen im Verbrauch und der Erwerbstätigkeit seitens der gleichzeitig lebenden mittleren Generation.