

## Zukunft der Sozialpolitik: Schrecken ohne Ende?

---

*Erich Standfest, Diplom-Sozialwirt, geboren 1943 in Fleißheim, studierte Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Nürnberg. Seit 1972 ist er Referent im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) des DGB. Er ist dort zuständig für die Bereiche Sozialpolitik, Finanzierungs- und Organisationsfragen, Selbstverwaltung.*

Der international renommierte Wachstumstheoretiker Georgescu-Roegen hat vor einigen Jahren geäußert, bisher hätte den Ökonomen der Umgang mit den Steigerungsraten am meisten Kopfzerbrechen bereitet. Nunmehr sei es aber an der Zeit, Experten für die Bewältigung wirtschaftlicher Schrumpfung auszubilden, da dies ein sehr viel schwierigerer Prozeß werden wird.

Nicht nur frühere Entwicklungen, auch die jüngeren Erfahrungen seit dem Beginn der Wirtschaftskrise 1974/75 scheinen dieser Auffassung recht zu geben. Während vor gut 50 Jahren der letzte sozialdemokratische Reichskanzler über die Erhöhung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung stürzte (und damit den Anfang vom republikanischen Ende signalisierte), scheint es der sozialliberalen Koalition 1981 nur durch ein hohes Maß an Selbstverleugnung der SPD möglich zu sein, die Finanzlöcher notdürftig abzudichten. Die Kabinettsbeschlüsse sowohl zum Haushalt 1982 als auch zum zweiten Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz jedenfalls weisen das in den letzten Jahren schon „bewährte“ Strickmuster auf: den „Kleinen“ wird's genommen, den „Großen“ wird's gegeben. Weil in diesem Jahr mit einem offiziellen Festakt der hundertjährige Geburtstag der „Kaiserlichen Botschaft“ begangen wird, wird man auf so manchen historischen Bruch der sozialpolitischen Entwicklung gestoßen, z.B. auf folgenden Satz einer Reichstagsrede Bismarcks: „Wenn es keine Sozialdemokratie gäbe und wenn nicht eine Menge sich vor ihr fürchteten, würden die mäßigen Fortschritte, die wir überhaupt in der Sozialreform bisher gemacht haben, auch noch nicht existieren“. Heute scheint sich niemand mehr vor der Sozialdemokratie zu fürchten, aber dafür gibt es auch keine „mäßigen Fortschritte“. Die Konsequenzen dieser Feststellung sind ernster als es der hier dargestellte historische Bruch vermuten läßt: Die Expertenauffassungen stimmen weitgehend darin überein, daß zumindest in diesem Jahrzehnt unter den Bedingungen wirtschaftlicher Stagnation bzw. dauerhaft geringer Wachstumsraten Politik gemacht werden muß. Aufgrund dieser mittelfristigen Aussichten erscheint es notwendig, über sozialpolitische Strategien angesichts des enger gewordenen Verteilungsspielraums gründlicher nachzudenken, als es eine kurzsichtige und kurzfristig angelegte Krisenmanagement-Perspektive zuläßt.

*Die Opfer...*

Der wirtschaftliche Einbruch 1974/75 zeigte, daß die seit 1969 expansiv betriebene Sozialleistungspolitik der sozialliberalen Koalition teilweise auf (inflationärem) Sand erbaut war. Die Sozialleistungsquote (Anteil der Sozialleistungen am Bruttosozialprodukt) war von 25,7 vH (1969) auf 31,9 vH (1975) gestiegen. Mit dem 20. und 21. Rentenanpassungsgesetz sowie mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz wurde versucht, die expansive Entwicklung einzudämmen. Das Rentenniveau wurde durch diese Maßnahmen um fast 15 vH gesenkt. Damit wurde zu Lasten der Rentner jährlich ein Betrag gespart, der etwa dem Sparvolumen des Haushalts 1982 entspricht (in 1980 ca. 18 Mrd. DM), d.h. der wirtschaftliche Einbruch wurde im wesentlichen durch die sozial schwächste Bevölkerungsgruppe bezahlt.

Mit dem Kostendämpfungsgesetz sollte die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen an ihren Einnahmen (genauer an der Entwicklung der Grundlohnsumme) orientiert werden. Diese Zielsetzung wurde in den letzten fünf Jahren annähernd erreicht. Es fragt sich allerdings, auf wessen Kosten? So stellte Albert Holler, zuständiger Abteilungsleiter im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Anfang 1981 im Bundesarbeitsblatt fest, daß die Ärzte zwischen 1976 und 1979 einen durchschnittlichen jährlichen Einkommensanstieg von 1,7 vH (real) erzielten: „Dieses Ergebnis konnte vor allem darum erzielt werden, weil die Ärzte mit Hilfe von Praxisrationalisierung die hohen Kostensteigerungen in den Praxen aufgefangen haben und somit hohe Produktivitätsfortschritte erzielten“.

Es fragt sich allerdings, was „Praxisrationalisierung“ heißt. Es kann vermutet werden, daß die niedergelassenen Ärzte den Kostendruck weitergewälzt haben:

- auf ihre Beschäftigten durch Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und durch Entlassungen,
- auf die Patienten bzw. auf nachgeordnete Versorgungsstufen im Gesundheitswesen (z.B. Krankenhäuser), indem sie sich von „Problemfällen“, die nicht abrechnungsoptimal sind, entlasten.

Es ließen sich noch zahlreiche Beispiele (z. B. Einschränkung bei Rehabilitation, Sozialhilfe) anführen, durch die das „soziale Netz“ mehr als nur an den Rändern ausgefranst wurde, ohne daß dies in der Öffentlichkeit besonders thematisiert worden wäre. Stattdessen wurde in der letzten Zeit wieder die Kampagne gegen wohlfahrtsstaatliche Leistungen verstärkt. Schien es in der Bundesrepublik bisher noch nicht möglich, entsprechend der Devise eines amerikanischen Präsidentenberaters (Die beste soziale Sicherheit ist ein starkes Militär), einem deutlichen Abbau der Sozialleistungen offen und offensiv das Wort zu reden, so wurde über die sogenannte Mißbrauchsdiskussion das liberale Trauma der „sozialen Hängematte“ gepflegt, und damit der Boden für Leistungskürzungen bereitet. Dies ungeachtet

der Tatsache, daß nach (teilweise empirisch belegten) Expertenauffassungen der Mißbrauch sozialer Leistungen quantitativ völlig unerheblich ist<sup>1</sup>, immer getreu dem Motto, wonach stets die Opfer schuld sind an ihrer Situation (Krankheit, Arbeitslosigkeit usw.) und niemals

*... die Täter*

Nach zurückhaltenden Berechnungen verdienen die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte im Durchschnitt etwa das Sieben- bis Neunfache dessen, was der durchschnittliche Arbeitnehmer nach Hause bringt. Dies entspricht einem Bruttoeinkommen von etwa 250.000 bis 300.000 DM jährlich. In dieser Größenordnung dürften sich auch die Einkommen der Chefärzte an Krankenhäusern bewegen. Aber auch die übrigen freiberuflichen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen sowie die Pharmaindustrie und die Hersteller technischer Geräte leben nicht schlecht: Ihre monopoloiden Profite werden durch Zwangsabgaben der Arbeitnehmer gesichert. Einige neuere Untersuchungen über diese „Märkte“ (Arzneimittel, Brillen) haben bemerkenswerte Ergebnisse gezeigt: „Die Untersuchung kommt im wesentlichen zu dem Ergebnis, daß — trotz des hohen Kostenanteils der Konsumenten — wenig Preiswettbewerb herrscht. Während in der Herstellung der Gläser und Brillengestelle rationelle industrielle Fertigungsverfahren mit außerordentlich niedrigen Preisen kennzeichnend sind, herrschen auf der Einzelhandelsebene traditionelle handwerkliche Strukturen vor, die im Ergebnis zu einem relativ hohen Preisniveau führen. Die Zahl der abgesetzten Brillen je Betrieb ist niedrig, die Personalausstattung hoch“<sup>2</sup>. So beträgt etwa der Absatz je Optiker 2,4 Brillen pro Tag und dies bei einem überdurchschnittlichen Einkommen. Aber nicht nur die freiberuflichen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen haben trotz Finanzprobleme der Kassen ihren materiellen Status gesichert, auch die Unternehmen haben in den letzten Jahren ihre Kostensituation zu Lasten der Sozialversicherung kräftig verbessert, z.B.

- durch die sogenannten 59er-Aktionen, wobei die Arbeitgeber aber gleichzeitig gegen eine allgemeine Herabsetzung des Rentenalters polemisieren,
- durch Kurzarbeit und Maßnahmen der Arbeitsbeschaffung,
- durch illegale Beschäftigung im Bereich der Leiharbeit.

*Und so soll es weitergehen*

Triumphierend meldete das Handelsblatt am 4./5.9.1981 den „Sieg der FDP auch auf diesem Kampfplatz“. Nachdem sich die Liberalen bereits bei den Haushaltsberatungen durchgesetzt hatten (Umverteilung von Sozialleistungen, wie z.B. Kindergeld zugunsten der Unternehmergewinne durch Abschreibungserleichterungen),

---

1 Vgl. Henkel, H., Pavelka, F.: UNO-Expertentagung in Montreux: Nur 97 Prozent sind anständig — Zur Mißbrauchsdebatte sozialer Leistungen, in: Soziale Sicherheit 3/1981.

2 WIDO: Preisbildung, Produktivität und Wettbewerb auf dem Markt für Sehhilfen, Bonn 1980.

gelang es ihnen, die Interessen ihrer (Wahl-) Klientel auch im Gesetzentwurf über die Kostendämpfung im Gesundheitswesen voll durchzusetzen:

- die Leistungsanbieter bleiben weiterhin ungeschoren,
- die finanzielle Last wird voll auf die Versicherten abgewälzt durch eine kräftige Erhöhung der Selbstbeteiligung. So wird erwartet, daß ca. 1 Mrd. DM bisheriger Kassenleistungen von den Versicherten unmittelbar bezahlt werden.

Alle vorgesehenen strukturellen Eingriffe hingegen wurden von der FDP aus dem Entwurf eliminiert: Die Verpflichtung, Verträge über Gesamtvergütungen abzuschließen, die Einbeziehung der Ersatzkassen in die Kostendämpfung, die Positivliste für Arzneimittel, die Erhöhung des Kassenrabatts, also: *Mittelstandssubventionierung statt Gesundheitspolitik*.

Dieselbe Tendenz läßt sich auch im Bereich der Arbeitslosenversicherung und der Arbeitsmarktpolitik erkennen: Verlängerung der Anwartschafts- und Sperrzeiten beim Arbeitslosengeld, Einschränkungen bei der Arbeitslosenhilfe und der Förderung der beruflichen Weiterbildung.

*Aber reicht das aus?*

Nun sollte man aber nicht in den Fehler verfallen und sagen: Naja, einmal nehmen wir es noch hin, es müssen auch wieder bessere Zeiten kommen.

Man kann zwar nicht ausschließen, daß tatsächlich wieder bessere Zeiten kommen, die gegenwärtig verfügbaren Erkenntnisse sprechen jedoch eher dagegen:

- nach neueren Berechnungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) wird die Zahl der zusätzlich Beschäftigung Suchenden (insbesondere aufgrund demografischer Faktoren) in den nächsten 4 Jahren um jahresdurchschnittlich 200.000 ansteigen. Berücksichtigt man die bereits gegenwärtig hohe Arbeitslosenzahl (ca. 1,2 Mio im Jahresdurchschnitt 1981) und die zusätzliche Arbeitsplatzvernichtung aufgrund von Rationalisierung, so könnte die Arbeitslosenzahl astronomische Größen erreichen;
- die Bundesregierung hat den Beitragssatz zur Rentenversicherung für zwei Jahre zugunsten des Beitrags zur Bundesanstalt für Arbeit um  $V_2$  Prozentpunkt gesenkt. Erste Frage: Wie will man 1984 die dann vermutlich weiter gestiegene Arbeitslosigkeit finanzieren, wenn diese Umschichtung wieder rückgängig gemacht wird? Zweite Frage: Die Erhöhung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung sollte ursprünglich dazu dienen, die Reform der Hinterbliebenenversorgung 1984 zu finanzieren. Nun wird diese Erhöhung für 3 Jahre (1981 durch den verminderten Bundeszuschuß) eliminiert. Welche Reform kann das werden?
- Die sozialen Probleme werden größer. Krankheitsrisiken verändern und verschärfen sich mit dem Wandel der Arbeits- und Umweltbedingungen: Zunahme streßbedingter Krankheiten, erhöhtes Krebsrisiko durch gefährliche Arbeitsstoffe, Schadstoffe in der Umwelt etc. Verschleppte Probleme der Sozialpolitik

drängen nach einer Lösung: Die Pflegefallproblematik, die psychiatrische Versorgung.

Als Fazit kann man also ziehen: Die Verteilungsspielräume in den nächsten Jahren bleiben eng, der Bedarf an sozialen Leistungen wird eher größer. Gefragt wäre also eine Sozialpolitik, die an den „richtigen“ Stellen Geld locker macht, und in den notwendigen Bereichen diese Finanzmittel effektiver einsetzt. Die Umsetzung allerdings dürfte nicht gelingen, wenn auf eine Mobilisierung der Arbeitnehmer/Öffentlichkeit zugunsten einer solidarischen, bedarfswirtschaftlich (und nicht profitwirtschaftlich) und vorbeugend orientierten Sozialpolitik verzichtet wird.

#### *Alternativen*

„Gut, nur nicht privat“! So hat Bismarck seine Vorstellungen über die Sozialreform zusammengefaßt. Wir wären nicht schlecht beraten, wenn wir uns in dieser Beziehung etwas nach rückwärts orientieren würden.

Auf folgende Punkte soll an dieser Stelle hingewiesen werden:

- Bei den *Geldleistungen* auf den Aspekt einer *höheren Verteilungsgerechtigkeit*. Dies betrifft auf Seiten der Leistungsempfänger insbesondere die Alterssicherung, wo Nivellierungseffekte dringend notwendig sind. Die Instrumente dazu sind grundsätzlich verfügbar und auch politisch durchsetzbar (wenn auch mit Schwierigkeiten) z.B. individuell bezogener Krankenversicherungsbeitrag der Rentner, Ausbau der „Rente nach Mindesteinkommen“. Auf Seiten der Beitragszahler betrifft dies z.B. die Erhöhung oder Abschaffung der Versicherungspflichtgrenzen (unter Beibehaltung der Leistungsbemessungsgrenzen), die Einführung eines Arbeitsmarktbeitrags auch für Selbständige und Beamte, eine stärkere Finanzierung durch Arbeitgeber (eventuell auch über die sogenannte „Maschinensteuer“) und die öffentliche Hand. Schließlich wäre auch ernsthafter zu prüfen, ob nicht das Finanzierungssystem — analog dem Verfahren in der Unfallversicherung — entsprechend dem präventiven Gedanken kausal variiert werden sollte. Konkret ist dabei an den § 384 der Reichsversicherungsordnung zu denken, der den Krankenkassen die Möglichkeit gibt, den Arbeitgeberanteil entsprechend den gesundheitlichen Gefährdungen/Aktivitäten in den Betrieben zu differenzieren.
- Die beiden folgenden Probleme im Bereich der *Dienstleistungen* (1980 hatte dieser Bereich einen Anteil von 28 vH am gesamten Sozialbudget, absolut ca. 125 Mrd. DM, davon entfielen auf die Krankenversicherung knapp 80 Mrd. DM) müssen vorrangig im Auge behalten werden:
  - a) der Widerspruch von kollektiver Zwangsfinanzierung und profitgesteuertem Leistungsangebot, was sowohl die Kostenexpansion als auch die Fehlsteuerung bewirkt;
  - b) die Zunahme von Risiken, die sich einer bloß professionellen Bearbeitung zum

großen Teil entziehen und die in die herrschende Versorgungsstruktur nicht „passen“. Dabei handelt es sich vor allem um chronische Leiden und Zustände, sowie um solche mit psycho-sozialem Ursachenhintergrund, die häufig durch unspezifische Vorstadien (von unspezifischen Befindlichkeitsstörungen über Funktionsstörungen bis zu manifesten organischen Leiden) gekennzeichnet sind. Die besonderen Merkmale dieser „Krankheiten“ bestehen darin, daß sie einer auf Heilung zielenden Behandlung kaum zugänglich sind; sie erfordern präventive Eingriffe sowie Pflegeleistungen, Betreuung etc. Das traditionelle Versorgungssystem ist aber schwerpunktmäßig an Heilung orientiert. Ein weiteres wesentliches Merkmal besteht darin, daß soziale und psychische Faktoren (vermittelt über informelle Unterstützungssysteme wie Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis) eine wesentliche Rolle bei der Krankheitsbewältigung spielen. Aus diesen Bemerkungen folgt für die gesundheitliche Versorgung zweierlei.

Es kommt *erstens* darauf an, die Schwerpunkte der Problembearbeitung in der gesundheitlichen Versorgung in Richtung Prävention und Pflege-/Betreuungsleistungen zu verschieben. Dies bedeutet auch eine Verlagerung der Finanzmittel und steht somit quer zur gegenwärtig betriebenen Kostendämpfungspolitik, die eine schnelle, unkomplizierte Diagnose und Therapie im ambulanten Bereich (Laborleistungen und Arzneimitteltherapie) provoziert, durch Arbeitsintensivierung (Kostendruck) etwa im stationären Sektor, Betreuungs- und Pflegedienste verkommen läßt. Aus gewerkschaftlicher Sicht müßte hier konzeptionell das geleistet werden, was man als *gebrauchswertorientierte Sozialpolitik* bezeichnen kann: Das partiell gemeinsame Interesse von Patienten (an humaner Krankenversorgung) und Beschäftigten (z.B. an befriedigender Arbeit) zu nutzen, um ein sozialpolitisches Produkt — nämlich personelle Dienstleistung - von hohem Gebrauchswert (d. h. Qualität für Benutzer und Hersteller) zu erzeugen.

Darüber hinaus muß versucht werden, professionelles und Laiensystem zu verknüpfen, da ganzheitliche Gesundheitsversorgung beide Elemente enthält. Über dafür brauchbare Organisationsformen scheint sich im Prinzip ein Konsens in der wissenschaftlichen Diskussion abzuzeichnen, auch wenn manchmal die Benennungen differieren: dezentrale, gemeindenahe Versorgungsformen, in denen die verschiedenen Institutionen kooperieren und die ein hohes Maß an demokratischer Beteiligung enthalten.

*Zweitens:* Durch die beschriebenen Aktivitäten könnte ein Teil der gesundheitlichen und sozialen Versorgung nach bedarfswirtschaftlichen Kriterien organisiert werden. Parallel dazu muß aber eine Weiterentwicklung der globalen Kostendämpfungspolitik zu einer leistungssteuernden Strukturpolitik erfolgen. Ziel sollte es sein, die profitorientierte Kostenexpansion zu Lasten der Gewinne der Pharmaindustrie, der Einkommen der niedergelassenen Ärzte und anderer „freier“ Anbieter von Leistungen zu stoppen, um so eine Umschichtung der Finanzmittel zu

ermöglichen. Gleichzeitig muß versucht werden, auch in diesen Bereichen bedarfswirtschaftliche Prinzipien durchzusetzen z.B. Kampf um Eigeneinrichtungen der Kassen.

*Drittens:* Durch einige Beispiele soll gezeigt werden, daß im Gesundheitswesen auf der Anbieterseite erhebliche Einsparmöglichkeiten - ohne die gesundheitlichen Risiken zu erhöhen — vorhanden sind, die eine Kostendämpfungspolitik rechtfertigen, die für bestimmte Bereiche mindestens ein „Nullwachstum“ (eher aber noch abnehmende Raten) durchzusetzen versuchen muß:

- Im Arzneimittelbereich könnten mehrere Milliarden jährlich (nach Expertenmeinung ca. 1/3 der Gesamtausgaben, dies macht allein für die in der ärztlichen Praxis verschriebenen Medikamente ca. 4 Mrd. DM aus) eingespart werden ohne Gefahr für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Voraussetzung dazu wäre eine erhöhte Therapie- und Preistransparenz, eine Marktstärkung der Kassen, sowie eine herstellerunabhängige wissenschaftliche Überprüfung des therapeutischen Nutzens als eine Bedingung für die Marktzulassung von Arzneimitteln.
- Würden die Einkommen der Ärzte und Zahnärzte „nur“ das Drei- bis Vierfache (statt das Sieben- bis Neunfache) des durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommens betragen, so könnten die Krankenkassen ca. 8 Mrd. DM jährlich einsparen.
- Mit der Benennung dieser Größenordnung soll darauf aufmerksam gemacht werden, wo im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Honorarpolitik Sparmöglichkeiten liegen, ohne das Leistungsspektrum einzuschränken.

Mit diesen Vorschlägen sind Elemente einer offensiven, sozialpolitischen Strategie angesichts schwieriger werdender Verteilungsbedingungen und -kämpfe beschrieben, die eine Alternative darstellen zu defensiven Positionen, die Leistungseinschränkungen und -Verslechterungen und Beitragserhöhungen innerhalb für tolerabel erachteter Grenzen halten möchte. Für die Verbesserung der Durchsetzungsmöglichkeiten erscheint mir eine Bündnispolitik notwendig zu sein, etwa zwischen Gewerkschaften, Arbeitnehmerseite der Selbstverwaltungen sowie fortschrittlichen Professionellen und „Laien“.