

Hilbert, Josef

Working Paper

Vom Kostenfaktor zur Beschäftigungslokomotive - Zur Zukunft der Arbeit in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft

WZB Discussion Paper, No. P 00-509

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hilbert, Josef (2000) : Vom Kostenfaktor zur Beschäftigungslokomotive - Zur Zukunft der Arbeit in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, WZB Discussion Paper, No. P 00-509, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/50309>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

P00-509

**Vom Kostenfaktor zur
Beschäftigungslokomotive –**

**Zur Zukunft der Arbeit in der Gesundheits-
und Sozialwirtschaft**

Josef Hilbert

Querschnittsgruppe „Arbeit & Ökologie“

Im WZB sind auf Initiative des Präsidenten „Querschnittsgruppen“ zu Themen eingerichtet worden, die in mehreren Abteilungen bearbeitet werden und abteilungsübergreifend besondere Aufmerksamkeit verdienen. Bestehende Forschungsansätze und Forschungsarbeiten werden neu ausgerichtet auf wissenschaftliche Zusammenhänge hin, deren Erforschung von der Verknüpfung unterschiedlicher abteilungsspezifischer Kompetenzen profitieren kann. In Querschnittsgruppen werden auf Zeit problembezogene Forschungs Kooperationen organisiert.

Die Querschnittsgruppe Arbeit & Ökologie konzentriert ihre Aktivitäten in den Jahren 1998 und 1999 auf ein Forschungsprojekt, das soziale und arbeitspolitische Aspekte in ihrer Wechselwirkung mit zentralen Elementen von unterschiedlich akzentuierten Nachhaltigkeitskonzepten zum Untersuchungsgegenstand hat. Es wird in einem Forschungsverbund mit den Kooperationspartnern Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) und Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie (WI) durchgeführt und von der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) gefördert. An dem Projekt „Arbeit + Ökologie“ beteiligen sich seitens des WZB Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus sechs Forschungseinheiten. Eckart Hildebrandt (Abteilung „Regulierung von Arbeit“) und Helmut Weidner (Abteilung „Normbildung und Umwelt“) koordinieren die Querschnittsgruppe und leiten das Forschungsprojekt, an dem auch externe Experten beteiligt sind.

Über die Arbeitsergebnisse wird fortlaufend in WZB-discussion-papers informiert. Eine Übersicht der bisher erschienenen Papiere findet sich am Ende des vorliegenden papers.

Weitere Projektinformationen sind im Internet unter <http://www.wz-berlin.de/aoe/> und <http://www.a-und-oe.de> erhältlich.

Verbundprojekt „Arbeit + Ökologie“

Die Gewerkschaften haben im DGB-Grundsatzprogramm von 1996 die Gestaltung einer nachhaltigen Entwicklung zu einer wichtigen Aufgabe erklärt. Ihre Suche nach einer sozial-ökologischen Reformstrategie steht unter der Prämisse, daß ökonomische, ökologische und soziale Nachhaltigkeitsziele gleichwertig verfolgt werden müssen, wobei erhebliche Defizite bei der Berücksichtigung der sozialen Dimension von Nachhaltigkeitskonzepten konstatiert werden.

Vor diesem Hintergrund haben sich die drei Forschungsinstitute DIW, WI und WZB mit ihren jeweils spezifischen fachlichen Kompetenzbereichen zum Forschungsprojektverbund „Arbeit + Ökologie“ zusammengetan. Dessen Hauptziel ist es, soziale und arbeitspolitische Aspekte in ihrer Wechselwirkung mit zentralen Elementen von unterschiedlich akzentuierten Nachhaltigkeitskonzepten zu untersuchen. Damit soll die Diskussion in Deutschland mit neuen Aspekten belebt und den Gewerkschaften eine fundierte Grundlage für ihren Strategiebildungsprozeß geboten werden.

Dabei wird sich das Forschungsprojekt auf drei Leitfragestellungen konzentrieren: (1) das Verhältnis zwischen den sozialen Implikationen von Nachhaltigkeitsstrategien und gewerkschaftlichen Zielen, (2) die Bausteine einer sozial-ökologischen Reformstrategie und (3) die Rolle der deutschen Gewerkschaften in einem gesellschaftlichen Nachhaltigkeitsdiskurs.

Das Projekt ist in die folgenden drei, zeitlich gestaffelten Phasen gegliedert:

Querschnittsanalysen: Sie dienen der Erfassung und Klärung der vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen Nachhaltigkeit und Arbeit, die sich aus ökonomischer, sozialer und ökologischer Sicht ergeben. Hierbei wird es auf der Makroebene etwa um Fragen von Wirtschaftswachstum, Beschäftigungsentwicklung, sozialer Sicherheit und Ressourcenverbrauch gehen; auf der Mikroebene werden neue Arbeitsverhältnisse und Arbeitszeiten, das Verhältnis von formeller und informeller Arbeit sowie sozial-ökologische Innovationspotentiale untersucht. Die Analyseergebnisse sollen Grundlagen für die Beurteilung von Szenarien schaffen und der Formulierung von Strategien dienen.

Szenarioanalysen: Um dem Spektrum verschiedener Positionen in der Nachhaltigkeitsdiskussion gerecht zu werden, sollen zwei unterschiedliche Nachhaltigkeitsszenarien entwickelt und analysiert werden. Das sogenannte ökonomisch-soziale Szenario (DIW) geht von der ökonomischen Kritik an der vorherrschenden Wirtschaftspolitik aus, während das sogenannte ökologisch-soziale Szenario (WI) auf der ökologischen Kritik vorherrschender umweltrelevanter Politikmuster basiert. Als Hintergrundfolie für die Beurteilung dieser beiden Nachhaltigkeits-szenarien dient ein sogenanntes angebotsorientiertes Kontrastszenario (DIW), das auf einer Fortschreibung bisher dominierender wirtschaftspolitischer Konzepte beruht.

Erarbeitung von Strategieelementen: Die Bewertung der Szenarien nach (aus den Querschnittsanalysen gewonnenen) ökonomischen, ökologischen und sozialen Kriterien der Nachhaltigkeit soll Zielkonflikte und -synergien aufdecken und damit der Strategieformulierung dienen. Diese können – gemeinsam mit weiteren Strategien, die aus der Analyse von Konfliktpotentialen und aus den Querschnittsanalysen gewonnen wurden – einen Beitrag für die Entwicklung einer gewerkschaftlichen sozial-ökologischen Reformstrategie liefern.

Arbeitspolitisch-soziale Querschnittsanalysen

Der Versuch, soziale Interessenlagen und gesellschaftliche Entwicklungsdynamiken mit ökologischen Anforderungen in Verbindung zu bringen, stößt unmittelbar auf die tiefe Trennung der gesellschaftlichen Systemlogiken (Ökologie, Ökonomie, Soziales), die in den gültigen Regelungssystemen, den Strategien und Maßnahmen der gesellschaftlichen Akteursgruppen in den jeweiligen Politikfeldern und auch in den Köpfen der Wissenschaftler eingeschrieben ist. Obwohl immer wieder Initiativen zur Verknüpfung von Arbeit und Ökologie gestartet werden, sind diese bisher punktuell und widersprüchlich geblieben. Das Beispiel der Beschäftigungswirkungen von Umweltschutzmaßnahmen ist hier das prägnanteste. Eine systematische Analyse der Vielfalt und der Vielschichtigkeit der Zusammenhänge steht bisher aus.

Zur Überwindung dieser Segmentierung, und um die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Ökologie zu erfassen, führt das WZB für den arbeitspolitisch-sozialen Teil des Forschungsvorhabens eine breite Überblicksanalyse zu den Berührungspunkten zwischen Arbeit und Ökologie durch, die durch drei Politikfelder geprägt werden: den Entwicklungstrends der Erwerbsarbeit (Wettbewerbsmodelle), der Stellung der Arbeit in Nachhaltigkeitskonzepten bzw. ihre arbeitspolitischen Folgen und den Zukunftserwartungen an Arbeit, wie sie von der Arbeitsbevölkerung und ihren Interessenvertretungen gesehen werden (Wohlstandsmodelle).

Mit dieser Vorgehensweise soll (a) die ganze Breite arbeitspolitischer Gestaltungsfelder durchgeprüft werden, um sicherstellen, daß auch die eher indirekten ökologischen Voraussetzungen und Folgen arbeitspolitischer Strategien erfaßt werden, (b) die verschiedensten Wechselwirkungen analysiert werden, ohne sie aus den arbeitspolitischen Bewertungszusammenhängen zu lösen, sowie (c) durch die breite Überblicksanalyse alle für eine gewerkschaftliche Nachhaltigkeitsstrategie relevanten Felder und Strategien ausfindig gemacht werden, d. h. sowohl Bereiche hoher Synergie wie auch Bereiche absehbarer Konflikte.

Aufgrund der Wahl eines breiten, überblicksanalytischen Ansatzes ergab sich notwendigerweise das Problem der Strukturierung und Bündelung der zahlreichen Themenbereichsanalysen. Hierzu wurden fünf Themenfelder konstruiert, in denen Detailanalysen anzufertigen waren, die um Überblicksanalysen ergänzt werden. Die Themenfelder lauten:

- I. Arbeit im und durch Umweltschutz
- II. Risiken und Chancen in der Erwerbsarbeit, neue Arbeitsformen und Arbeitsverhältnisse
- III. Gesundheitsschutz – Arbeitsschutz – Umweltschutz
- IV. Neue Formen der Arbeit und der Versorgung
- V. Neue Regulierungsformen

Die arbeitspolitisch-soziale Querschnittsanalyse des WZB stellt mit ihrer Vielzahl von Bereichsanalysen durch die analytische Erschließung des Zusammenhangs von Entwicklungstrends der Erwerbsarbeit mit den Anforderungen einer nachhaltigen Entwicklung unter Einbeziehung der subjektiven Wertvorstellungen zu Arbeit einen eigenständigen Forschungsschritt dar. Mit der Veröffentlichung der einzelnen Studien werden die Resultate der arbeitspolitisch-sozialen Querschnittsanalysen einer breiten Diskussion zugänglich gemacht.

P00-509

**Vom Kostenfaktor zur
Beschäftigungslokomotive – Zur
Zukunft der Arbeit in der Gesundheits-
und Sozialwirtschaft**

Josef Hilbert*

* Institut für Arbeit und Technik (IAT) Gelsenkirchen

Zusammenfassung

Gesundheit und Soziales werden in Deutschland zumeist als eine Belastung gesehen. Die für ihre Finanzierung erforderlichen hohen Abgaben schränken die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft ein. Aus diesem Grunde sei ein verhaltener Rückbau des Sozialstaats unerlässlich, und dieser werde zu einem Arbeitsplatzabbau in diesen Branchen führen. Das Papier diskutiert Wege zur Modernisierung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft und kommt zu einer differenzierteren Einschätzung der Zukunftsaussichten: Es gibt zwar viele Wege, die Effizienz und Qualität zu erhöhen; jedoch heißt das nicht, daß es zu einem Einbruch bei den Arbeitsplätzen kommen wird. Der soziale Wandel wird sowohl den Bedarf als auch die Nachfrage nach Gesundheits- und Sozialdiensten steigen lassen; mit attraktiven Angeboten kann die Branche hierauf reagieren und – zusätzlich zu den öffentlichen und halböffentlichen Mitteln – weitere private Kaufkraft aktivieren.

Soll dies gelingen, ist auch das Zusammenspiel von professionellen und freiwilligen Leistungen zu verbessern. Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und Familienleistungen spielen bei Gesundheit und Sozialem traditionell eine große Rolle. Um dies auch für die Zukunft abzusichern, ist eine bessere Unterstützung aus dem professionellen Bereich erforderlich. Entsprechende Anstrengungen können positive Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt haben. Es zeigt sich, daß gut funktionierende freiwillig-ehrenamtliche Organisationen zusätzliche Kaufkraft für professionelle Angebote mobilisieren können.

Abstract

In Germany, health and social welfare is usually regarded as a burden. Taxes and high contributions, which are necessary to finance social security schemes, restrict the competitive edge of the economy. For this reason many economists and politicians argue for cuts in welfare provisions. This paper discusses ways to modernise the health and social service economy, ending up with a more differentiated assessment of future prospects: There are many ways to increase efficiency and quality; however, productivity growth will not automatically result in job losses. By developing new and attractive products health and social service industries have a good chance to mobilise additional private spending power, beyond the domain of services guaranteed by public and quasi-public money.

In order to improve efficiency, quality and attractiveness of social and health services professional and voluntary sectors must collaborate more effectively. Traditionally, health and social welfare, self-help, neighbourhood-help and family contributions play a big role. To secure a high degree of voluntary activity for the future, better support from the professional sector is required. In contrast to many prejudices, such efforts can result in a positive reaction of the labour market. In addition to their cost-free services many voluntary sector organisations innovate new professional offers. And this contributes to both mobilising private money and developing new jobs.

Inhalt

1. Einleitung und Fragestellung	1
2. Bedeutung und Entwicklung der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland	2
2.1 Quantitative Dimensionen	2
2.2 Qualitative Dimensionen	7
3. Zukunftsdiskurse	12
3.1 Rückbau und Privatisierung des Sozialstaats	12
3.2 Erhöhung der Produktivität der Gesundheits- und Sozialwirtschaft	14
3.3 Stärkung von Selbsthilfe und gemeinschaftlichen Versorgungswegen	19
3.4 Mobilisierung zusätzlicher privater Nachfrage nach Gesundheit und Sozialem	24
3.5 Zwischenresümee	28
4. Ökologische Modernisierungspotentiale	29
5. Zukunftsaussichten und Gestaltungspfade	34
5.1 Qualitative Rückschlüsse	34
5.2 Quantitative Szenarien	35
Literatur	41

1. Einleitung und Fragestellung

Auf entwickelte Wirtschafts- und Wohlfahrtsgesellschaften warten große Herausforderungen. Der Bedarf an gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten wird in den nächsten Jahren erheblich steigen, und noch ist völlig unklar, ob und wie er gedeckt werden kann. Die Gründe für den steigenden Bedarf liegen zum einen im demographischen und sozialen Wandel – sprich in der Alterung und Individualisierung der Gesellschaft. Zum anderen werden auch Fortschritte bei den medizinischen und sozialen Dienstleistungen zu einem wachsenden Interesse an entsprechenden Angeboten führen.

Bislang wird der absehbar steigende Bedarf in den Bereichen Gesundheit und Soziales in Deutschland in aller Regel als eine Last für Wirtschaft, Gesellschaft und Politik wahrgenommen. Da der überwiegende Teil der Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen aus öffentlichen und halböffentlichen Mitteln finanziert wird, drohen die dafür notwendigen hohen Abgaben (Steuern und Sozialversicherungen) die Leistungsfähigkeit der Wirtschaft und die Bewegungsspielräume der Politik einzuengen.

In Wirtschaft und Politik werden gegenwärtig vor allem vier Ansätze debattiert, die dabei helfen sollen, die anstehenden Herausforderungen zu lösen:

- Rückbau und Privatisierung des Sozialstaats,
- Erhöhung der Produktivität der Gesundheits- und Sozialwirtschaft,
- Stärkung von Selbsthilfe und gemeinschaftlichen Versorgungswegen und
- Mobilisierung zusätzlicher privater Nachfrage in den Bereichen Gesundheit und Soziales.

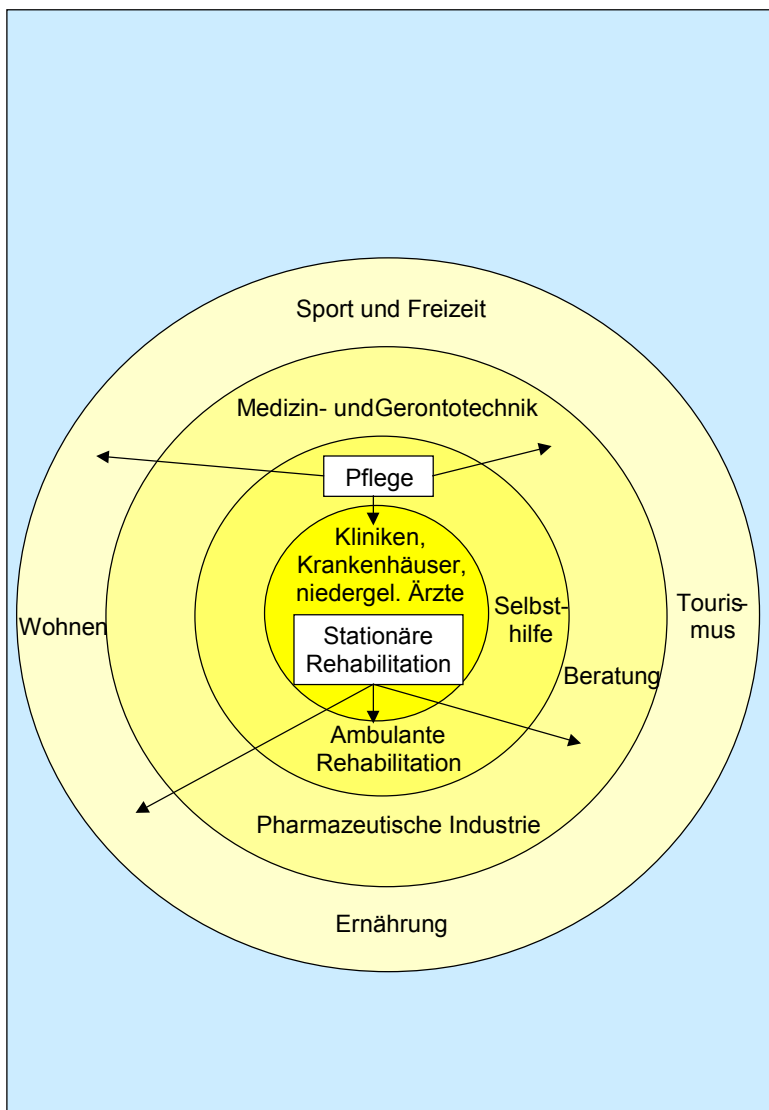
Ziel des vorliegenden Papiers ist es, die Bedeutung der angesprochenen Strategien und der mit ihnen verbundenen Gestaltungsansätze abzuschätzen. Darüber hinaus sollen ein paar erste Überlegungen dazu vorgetragen werden, wie sich Wandel und Wachstum bei Gesundheit und Sozialem im Hinblick auf ökologische Fragestellungen auswirken können. Die Relevanz der letztgenannten Fragestellung ergibt sich zum einen daraus, daß die Gesundheits- und Sozialwirtschaft eine der am schnellsten gewachsenen Branche der letzten Jahre gewesen ist, die auch in Zukunft weiter dynamisch wachsen wird. Zum anderen gelten Gesundheit und Soziales unter Experten als Branche mit nicht ausgenutzten Potentialen zur ökologischen Modernisierung ihrer Produktions- und Dienstleistungsprozesse. Beginnen wollen wir unsere Ausführungen jedoch mit einem kurzen Überblick über die aktuelle Bedeutung und Entwicklung der Beschäftigung im Bereich Gesundheit und Soziales.

2. Bedeutung und Entwicklung der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland

2.1 Quantitative Dimensionen

Das Sozial- und Gesundheitswesen in Deutschland ist eine der größten deutschen Wirtschaftsbranchen. Sie umfaßt sowohl die Bereiche Gesundheit und Medizin als auch Hilfen für Alte und Beeinträchtigte sowie die Erziehung und Betreuung kleiner Kinder; hinzu kommen noch die einschlägigen Zulieferbranchen (von der pharmazeutischen Industrie über die Medizin- und Gerontotechnik bis hin zum Manage-

Abb. 1: Struktur der Gesundheitswirtschaft



ment-Know-how für soziale Betriebe) und Nachbarbranchen wie Nahrung und Genuß oder Sport, Reisen und Freizeit, in denen Bezüge zu gesundheitsrelevanten und sozialen Fragestellungen ein wachsendes Gewicht bekommen; Beispiele für entsprechende Produktbereiche sind etwa Wellness-Angebote, ökologisch besonders wertvolle Nahrungsmittel oder der Gesundheitstourismus. Abbildung 1 versucht, einen Teil dieser Zusammenhänge in Form eines Zwiebelmodells der Gesundheitswirtschaft darzustellen.

Eine einheitliche, von allen akzeptierte und genutzte Definition dieser Branche existiert zwar nicht, jedoch haben verstärkte Anstrengungen zur Strukturbeschreibung und -beobachtung in den letzten Jahren für mehr Transparenz gesorgt. Dies gilt insbesondere für die Gesundheitsbranche, für die Mitte 1998 vom Statistischen Bundesamt ein „Gesundheitsbericht für Deutschland“ herausgegeben wurde, der erfreulich detaillierte und umfassende Daten zur Erwerbstätigkeit enthält. Auf dieser Basis lassen sich folgende Gegebenheiten besonders hervorheben:

Mitte der 90er Jahre arbeiteten im deutschen Gesundheitswesen gut vier Millionen Menschen. Das entspricht einem Anteil von 11,2% an der Gesamtbeschäftigung. Umgerechnet in Vollzeitbeschäftigungsäquivalente beträgt die Zahl der Arbeitsplätze im Gesundheitswesen ca. 3,5 Millionen, der Anteil an der Gesamtbeschäftigung 10,8%.

Bei den Beschäftigungsträgern ist zwischen dem Gesundheitswesen im engeren Sinne und der Gesundheitsindustrie zu unterscheiden. Im eigentlichen Gesundheitswesen – also in den Bereichen der stationären und ambulanten Versorgung, beim Gesundheitsschutz, in den Gesundheitsverwaltungen etc. – arbeiteten etwa 3,8 Millionen Menschen, in den zuliefernden Gesundheitsindustrien (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Großhandel) knapp 260.000. In die letztgenannten Zahlen sind allerdings nur solche Unternehmen eingegangen, die ausschließlich für die Gesundheitsbranche arbeiten. Firmen, die nur Teile ihres Absatzes in der Gesundheitswirtschaft realisieren, sind nicht berücksichtigt, weil es äußerst schwierig ist, zuverlässige Angaben zu bekommen. Gleichwohl ist davon auszugehen, daß in entsprechenden Unternehmen signifikante Beschäftigungsgrößen durch Gesundheit gebunden sind. Als Beispiel wäre etwa ein renommierter deutscher Werkzeugmaschinenhersteller, der Werkzeuge für die Produktion von Hüftgelenken herstellt, zu nennen.

Im Hinblick auf die Form der Beschäftigung ist festzuhalten, daß Teilzeitbeschäftigung im Gesundheitswesen mit 20,7% einen deutlich höheren Stellenwert besitzt als in der Gesamtwirtschaft und der geringfügigen Beschäftigung ein eher unterdurchschnittliches Gewicht zukommt.

Im Gesundheitswesen sind überdurchschnittlich viele Frauen beschäftigt, allerdings unterscheiden sich die Tätigkeitsschwerpunkte der Geschlechter erheblich. Männer sind deutlich stärker in den akademischen Gesundheitsberufen (Ärzte, Zahnärzte etc.) und in den gesundheitsverwaltenden Berufen vertreten, Frauen demgegenüber vor allem in den Pflegeberufen, bei den Sprechstundenhilfen und in den Arztpraxen.

Tab. 1: Art der Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheitswesen 1995

Geschlecht	Alle Wirtschafts- zweige	Gesundheitswesen		Sonstige Wirtschafts- zweige
		insgesamt	i. e. S.	
Beschäftigungsverhältnisse in 1.000				
Insgesamt	36.048	4.028	3.770	32.020
- Männer	20.939	1.155	980	19.784
- Frauen	15.109	2.873	2.790	12.236
Vollzeitbeschäftigte in %				
Insgesamt	81,4	75,0	73,9	82,2
- Männer	93,5	93,4	92,6	93,5
- Frauen	64,5	67,6	67,3	63,8
Teilzeitbeschäftigte in %				
Insgesamt	13,8	20,7	21,6	12,9
- Männer	3,4	4,1	4,6	3,4
- Frauen	28,1	27,4	27,6	28,3
Geringfügig Beschäftigte in %				
Insgesamt	4,9	4,3	4,5	4,9
- Männer	3,1	2,5	2,9	3,1
- Frauen	7,3	5,0	5,1	7,9
Vollbeschäftigungsäquivalente in 1.000				
Insgesamt	32.161	3.474	3.227	28.687
- Männer	20.063	1.109	935	18.954
- Frauen	12.098	2.365	2.292	9.733

Quelle: Statistisches Bundesamt 1998, S. 368; Mikrozensus; eigene Berechnungen. In die Berechnung der Vollzeitbeschäftigungsäquivalente gehen Vollzeitbeschäftigte mit dem Faktor 1,0, Teilzeitbeschäftigte mit 0,5 und geringfügig Beschäftigte mit 0,2 ein.

Rückblickend war das Sozial- und Gesundheitswesen – neben den produktionsnahen Diensten – in den letzten zwei Dekaden einer der wichtigsten Träger des Strukturwandels von der Industrie- zu Dienstleistungsgesellschaft. Nach Berechnungen des Instituts Arbeit und Technik sind die Sozialen Dienstleistungen zwischen 1980 und 1997 um 1,4 Millionen Beschäftigte bzw. um mehr als 65% gewachsen.¹

Seit Mitte der 90er Jahre wird im deutschen Gesundheitswesen intensiv über Beschäftigungsabbau diskutiert. Ursache dafür sind v. a. sozialpolitische Veränderungen im Kur- und Rehabilitationsbereich (so wurde etwa die Kurdauer auf 21 Tage verkürzt, der Bewilligungszeitraum auf drei Jahre verlängert und Zuzahlungen auf 525,- DM

1 Die diesen Angaben zugrundeliegende Systematik ist nicht hundertprozentig mit jener vergleichbar, die das Statistische Bundesamt in seinem Gesundheitsbericht verwendet (Statistisches Bundesamt 1998, S. 367ff.). Um die Trends zu verdeutlichen, sind sie aber dennoch hinreichend zuverlässig und instruktiv.

pro 3-Wochen-Kur erhöht). Im engeren Gesundheitsbereich hat dies im Jahre zwischen 1995 und 1997 tatsächlich zu einer Stagnation der Beschäftigungsentwicklung geführt; Einschnitte (d. h. ein Minus von ca. 38.000 Arbeitsplätzen) gab es insbesondere in Krankenhäusern, allerdings nur wenig bei den Ärzten und beim Pflegepersonal (zusammen nur minus 6.000), sondern vorwiegend in den Support- und Verwaltungsbereichen. Vermutlich handelt es sich hierbei auch nicht ausschließlich um einen tatsächlichen Personalabbau, sondern vielfach um Beschäftigungsverlagerungen etwa von Krankenhausküchen oder technischen Diensten (Outsourcing). In den Rand-, Zuliefer- und Überlappungsbereichen hat sich das Wachstum der Gesundheitswirtschaft jedoch fortgesetzt.

Tab. 2: Beschäftigung im Dienstleistungssektor Deutschland-West (Zahl der Beschäftigten und Anteil an der Gesamtbeschäftigung in Prozent)

	1980*	1997*	1980	1997
Landwirtschaft, Energie, Bergbau	698.858	559.701	3,3	2,5
Verarbeitendes Gewerbe	8.635.233	7.107.737	41,2	32,2
Baugewerbe	1.695.931	1.433.717	8,1	6,5
Produktionsnahe Dienstleistungen	1.716.568	2.872.377	8,2	13,0
Soziale Dienstleistungen	2.095.625	3.479.971	10,0	15,7
Konsumbezogene Dienstleistungen	846.477	994.397	4,0	4,5
Distributive Dienstleistungen	3.909.140	4.271.360	18,7	19,3
Staatliche Dienstleistungen	1.343.498	1.375.983	6,4	6,2
Nicht zuzuordnen	4.706	837	0,0	0,0
Gesamt	20.946.036	22.096.080	100,0	100,0

* je 30.6.

Quelle: Bundesanstalt für Arbeit 1998; eigene Darstellung

Ein großer Teil der Arbeitsplatzängste im Kurbereich läßt sich auf den weitreichenden Strukturwandel in dieser Branche zurückführen. So ist etwa in den neuen Bundesländern eine hochmoderne Kur- und Rehabilitationsinfrastruktur aufgebaut worden, die in Konkurrenz zu den etablierten Angeboten in den alten Bundesländern auftritt und dort Personalfreisetzen ausgelöst hat.² Mit Beschäftigungseinbußen muß auch in großen Städten gerechnet werden, die alle einen erheblich überdurchschnittlichen Besatz an Gesundheitsdienstleistern (pro Einwohner) aufweisen.

Die Stagnation bei der Beschäftigungsentwicklung hat sich auch bei der Arbeitslosenquote niedergeschlagen; allerdings trifft dies vor allem auf die erzieherischen und so-

2 Bislang sind die meßbaren Freisetzen in den Kur- und Rehabilitationsbereichen deutlich hinter den anfänglichen Befürchtungen zurückgeblieben. In Presseberichten tauchten etwa Schätzungen von Arbeitsplatzverlusten in der Größenordnung von 120.000 auf.

zialpflegerischen Berufsgruppen zu, in den Gesundheitsberufen im engeren Sinne sind sie nach wie vor unterdurchschnittlich. So stieg in Deutschland die Arbeitslosenzahl in den sozialpflegerischen Berufen von 95.431 (30.9.1996) auf 116.635 (30.9.1997) und in den gesundheitsbezogenen Diensten im gleichen Zeitraum von 93.367 auf 117.305. Die Arbeitslosenquote liegt bei den Kindergärtner/-innen bei ca. 15%, bei den Sozialarbeiter/-innen bei ca. 11%, in den Gesundheitsberufen hingegen lediglich bei 6%.

Tab. 3: Personal des Gesundheitswesens in Deutschland

	1995	1996	1997
Berufstätige Ärzte/Ärztinnen	273.880	279.335	282.737
und zwar: niedergelassen tätig	110.949	112.660	114.995
Männer	176.527	179.107	180.722
Frauen	97.353	100.228	102.015
Zahnärzte/-ärztinnen	60.616	61.404	62.024
dar.: Frauen	20.878	21.292	21.778
Apotheker/-innen	44.696	45.534	47.139
dar.: Frauen	27.421	28.181	29.252
Apotheken	21.753	21.912	22.058
Personal in Krankenhäusern*	1.278.202	1.269.221	1.240.116
Ärztliches Personal	113.211	115.143	115.734
Pflegepersonal	450.185	449.546	441.647

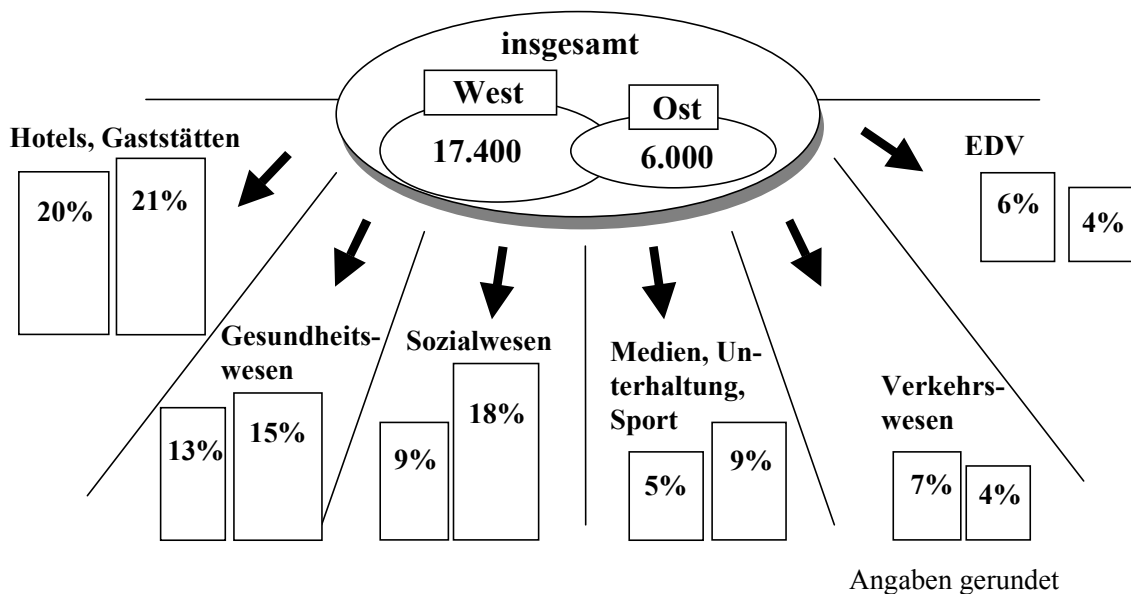
* Ohne Bundeswehrkrankenhäuser, einschl. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Quelle: Statistisches Bundesamt 1999, S. 428f.

Daß Gesundheits- und Sozialwesen dynamische Branchen sind, die sich darüber hinaus in einer Umbruchphase befinden, spiegelt sich auch im Existenzgründungsgeschehen wieder. Aus einer Statistik der Deutschen Ausgleichsbank über die von ihr geförderten Existenzgründungen geht dieser Bereich eindeutig als wichtigste Gründungsbranche hervor.³

3 Eine nach wie vor hohe, wenngleich leicht rückläufige Bedeutung im Bereich der Existenzgründungen nehmen die Gesundheits- und Sozialberufe ein, wie die Angaben des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit zum Überbrückungsgeld nach § 55a AFG verdeutlichen (vgl. Wießner 1997).

Abb. 2: Verteilung der durch Unternehmensgründungen im Dienstleistungsbereich neu geschaffenen Arbeitsplätze in Deutschland* auf Branchen (Januar bis Mai 1998)



* West: 17.400, Ost: 6.000

Quelle: Deutsche Ausgleichsbank (1998)

2.2 Qualitative Dimensionen

Im Hinblick auf die qualitative Dimension der Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen sind insbesondere drei Aspekte von Bedeutung: die Verdienstmöglichkeiten, die Arbeitsbedingungen und die Belastungen am Arbeitsplatz sowie die Möglichkeit, selbstbestimmt und kooperativ zu arbeiten.

Bei den Einkommen bewegten sich sowohl die sozialpflegerischen Berufe als auch die nichtärztlichen Gesundheitsberufe Anfang der 90er Jahre deutlich unterhalb des bundesdeutschen Durchschnittseinkommens. Damals lag der Verdienst der sozialpflegerischen Berufe bei etwa 83% des Durchschnittseinkommens und der der nichtärztlichen Gesundheitsberufe bei 84%. Diesen Trend hat eine im Jahre 1998 vom Institut Arbeit und Technik durchgeführte repräsentative Befragung von bundesdeutschen Beschäftigten⁴ bestätigt. Während bei pflegerischen Tätigkeiten die oberen Einkommensklassen deutlich dünner besetzt sind als im Dienstleistungssektor und in der Ge-

4 Es handelt sich um mündliche, in Privathaushalten durchgeführte Interviews mit 2.888 Beschäftigten. Die Fragen bezogen sich auf die Aspekte Arbeitsbelastung, Arbeitseinkommen, Arbeitsstrukturen und Arbeitsorganisation. Die einzelnen Dienstleistungsbranchen sind in der Untersuchung gemäß ihres Anteils an der Gesamtwirtschaft repräsentiert. Auswertungen im Hinblick auf den Dienstleistungssektor finden sich in Born 1999. Die hier präsentierten Daten wurden auf dem Weg einer Sonderauswertung gewonnen. Der Autor dankt Andreas Born für seine diesbezügliche Hilfe.

samtwirtschaft insgesamt, ist bei pflegerischen Tätigkeiten die untere Mittelklasse (1.000,- bis 2.000,- DM netto/Monat) am stärksten vertreten.⁵ Es zeigen sich Parallelen zur geschilderten Verteilung – wenngleich insgesamt eine Verschiebung in die unteren Einkommensklassen konstatiert werden muß.

Tab. 4: Erwerbstätige nach Berufsgruppen; Frauenanteil und Einkommen (in Prozent des Durchschnittseinkommens)

Berufsgruppe	Frauenanteil	monatliches Bruttoeinkommen
gehobene Verwaltungsfachleute	25,2	138
Bank- und Versicherungskaufleute	38,6	126
Dienst- und Wachberufe	20,5	84
nichtärztliche Gesundheitsberufe	87,1	84
sozialpflegerische Berufe	84,2	83
Hauswirtschaftsberufe (inkl. Gaststättengewerbe)	77,9	73
Postverteiler, Telefonisten, Funker	60,1	70
Reinigungsberufe	86,5	46

Index: Abweichung des durchschnittlichen Bruttoeinkommens der Erwerbstätigen einer Berufsgruppe vom durchschnittlichen Einkommen *aller* Erwerbstätigen (jeweils = 100) in Prozent. Zum Zeitpunkt der Erhebung lag das durchschnittliche Bruttoeinkommen im Bundesgebiet bei 2.940,- DM.

Quelle: IAB (1993)

Tab. 5: Einkommensklassen in Gesundheits- und Sozialberufen (nur Vollzeitbeschäftigte)

Berufe und Branchen	< 1.000 DM	1.000 bis 2.000 DM	2.000 bis 3.000 DM	3.000 bis 4.000 DM	> 4.000 DM
Pflegerische Tätigkeiten	6,8%	41,5%	35,6%	12,7%	3,4%
Soziale DL	5,2%	28,2%	41,2%	15,8%	9,6%
DLS	7,8%	29,5%	40,4%	14,7%	7,7%
Gesamt	6,0%	25,8%	42,8%	17,3%	8,2%

Quelle: Institut Arbeit und Technik (1999); eigene Berechnungen

5 Sicherlich werden die Angaben zu den Nettoeinkommen durch unterschiedliche steuerliche (Selbst-)Eingruppierungen der betroffenen Personen verzerrt sein. In den Gesundheits- und Sozialberufen sind Frauen deutlich stärker repräsentiert, als im Durchschnitt der deutschen Wirtschaft; und berufstätige Ehefrauen neigen bekanntlich eher dazu, ungünstigere Steuerklassen zu wählen als ihre (oftmals nur unwesentlich besser verdienenden) Partner. Gleichwohl dürfte dies nichts an der Zuverlässigkeit der getroffenen Trendaussagen ändern.

Tab. 6: Bruttomonatsgehälter von Angestellten in Gesundheitsberufen in Deutschland (West)

Beruf	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
	in DM									
Arzt	6.031	6.236	6.385	6.475	6.585	6.980	7.424	7.654	7.807	8.057
Pflegedienstleiterin	4.856	5.021	5.142	5.641	5.866	6.217	6.553	6.750	6.885	7.105
Medizinisch-technische Assistentin (MTA)	2.780	2.875	2.944	2.984	3.115	3.302	3.482	3.585	3.656	3.775
Krankenschwester	2.748	2.842	2.910	3.127	3.262	3.542	3.733	3.845	3.922	4.047
Arzthelferin	2.169	2.255	2.328	2.409	-	2.695	-	-	-	2.957
Zum Vergleich: Angestellter in Industrie und Handel	3.740	3.884	4.035	4.153	4.343	4.610	4.888	5.102	5.247	5.445
	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %									
Arzt	3,5	3,4	2,4	1,4	1,7	6,0	6,4	3,1	2,0	3,2
Pflegedienstleiterin	3,5	3,4	2,4	9,7	4,0	6,0	5,4	3,0	2,0	3,2
Medizinisch-technische Assistentin (MTA)	3,5	3,4	2,4	1,4	4,4	6,0	5,5	2,9	2,0	3,3
Krankenschwester	3,5	3,4	2,4	7,5	4,3	8,6	5,4	3,0	2,0	3,2
Arzthelferin	3,5	4,0	3,2	3,5	-	-	-	-	-	-
Zum Vergleich: Angestellter in Industrie und Handel	4,2	3,9	3,9	2,9	4,6	6,2	6,0	4,4	2,8	3,8

Arzt: 47 Jahre, beschäftigt im Krankenhaus, verheiratet, kinderlos, Vergütungsgruppe BAT Ia; *Pflegedienstleiterin:* 55 Jahre, verheiratet, kinderlos, Vergütungsgruppe BAT IIa; *MTA:* 30 Jahre, verheiratet, kinderlos, Vergütungsgruppe BAT Vc; *Krankenschwester:* 30 Jahre, verheiratet, kinderlos, Vergütungsgruppe KR IV, ab 1989 KR Va; *Arzthelferin:* in Arztpraxis mit 10 Berufsjahren, ab 1991: in Arztpraxis mit 10 Berufsjahren in Tätigkeitsgruppe III.

Zulagen für Schichtarbeit oder Überstunden sind nicht enthalten.

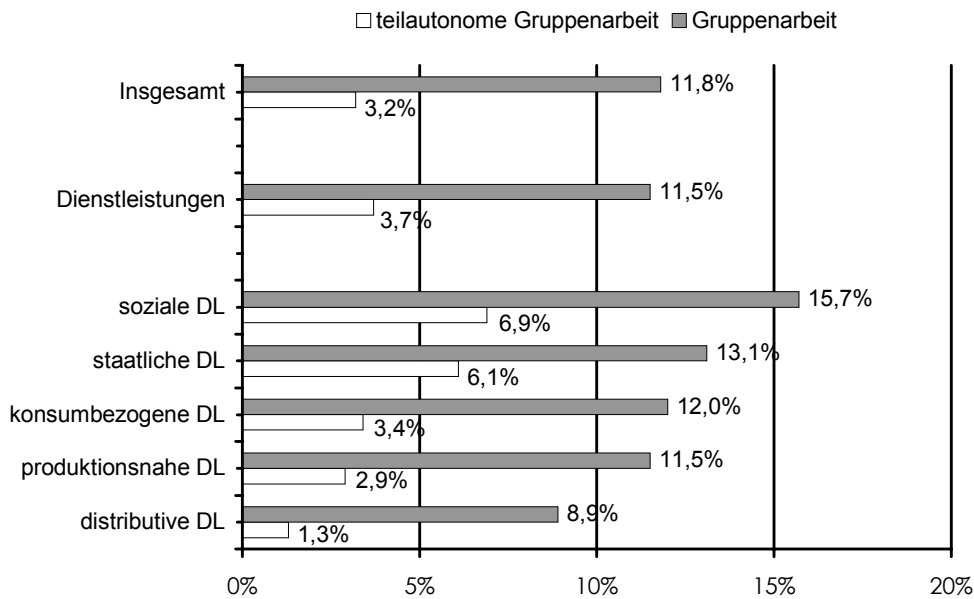
Quelle: Statistisches Bundesamt (1998)

Bei den Arbeitsbedingungen gelten die sozialen Dienste, vor allem die Gesundheits- und Pflegeangebote, als überdurchschnittlich belastend. Der in den letzten Jahren gestiegene Kostendruck durch die Gesundheits- und Sozialpolitik soll hier noch sehr belastungsverstärkend gewirkt haben. Die in den Pflege- und Gesundheitsberufen weit verbreiteten Burn-out-Probleme, das häufige Wechseln von Berufen und der überdurchschnittlich häufige Berufsausstieg werden auf diese hohen Belastungen zurückgeführt. In der bereits oben skizzierten Beschäftigtenbefragung des Instituts Arbeit und Technik stellte sich die Situation wie folgt dar:

Bezüglich der Partizipations-, Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten stellen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dem Sozial- und Gesundheitsbereich ein eher positives Zeugnis aus. Bei der Auswertung der bereits angesprochenen Beschäftigtenbefragung des IAT (siehe Fußnote 4) lag dieser Bereich bei fast allen Indikatoren zu Partizipation, Kooperation und Autonomie oberhalb der Werte, die für die Gesamtheit aller Dienstleistungsbranchen gelten. Ganz besonders gilt dies für den Bereich

der Kooperation. In der Branche Gesundheit und Soziales kommt es offensichtlich in besonderem Maße auf ein gutes Zusammenspiel unter den Helfern an. Diesbezüglich engagieren sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits heute stärker als in anderen Branchen; ob dies ausreicht, um das mögliche und vernünftige Maß an Kundenorientierung zu erreichen, kann auf Basis einer Beschäftigtenbefragung allerdings nicht beantwortet werden.⁶

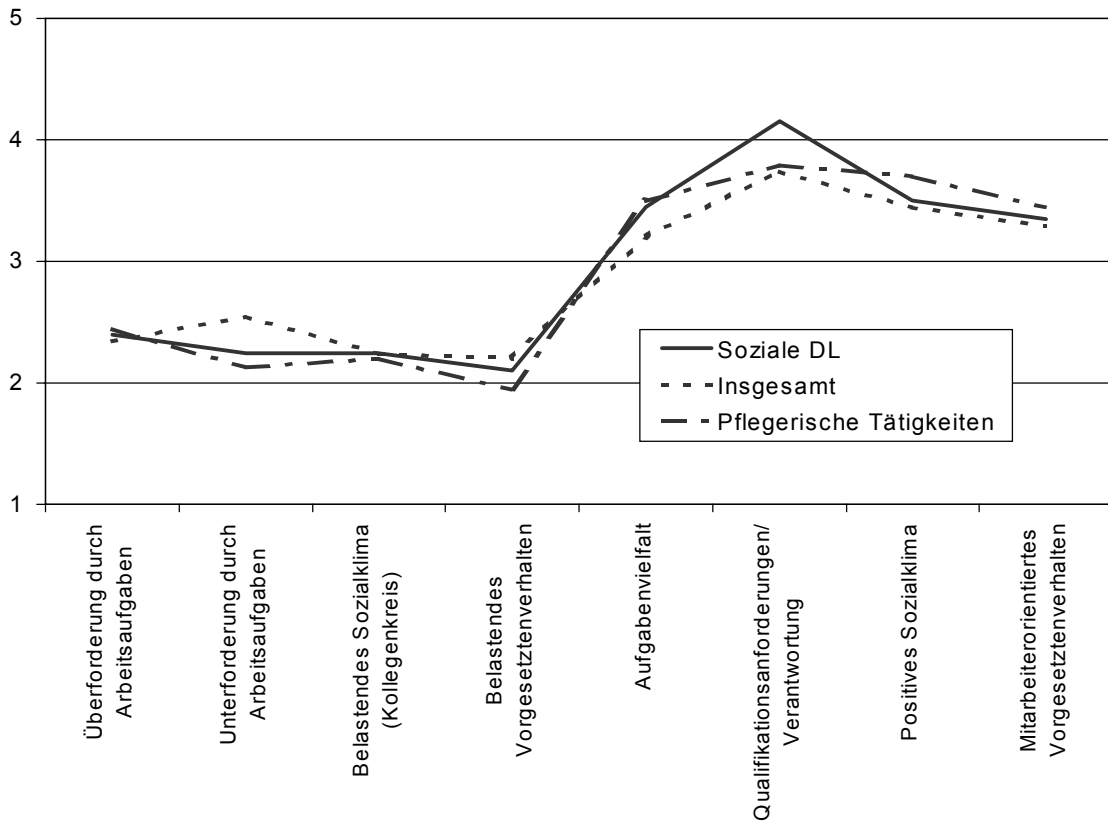
Abb. 3: Arbeitsstrukturen bei sozialen Dienstleistungen



Quelle: Institut Arbeit und Technik (1999); eigene Berechnungen

6 Im Rahmen eines Projekts, das ein Benchmarking-Verfahren bei ambulanten Pflegediensten pilotierte, wurden sowohl Mitarbeiter- als auch Kundenbefragungen durchgeführt. Hier zeigt sich, daß sowohl aus Sicht der Kunden als auch aus Sicht der Beschäftigten das Kooperationsniveau noch gesteigert werden kann (Bandemer et al. 1999).

Abb. 4: Belastungsfaktoren und Ressourcen im Dienstleistungssektor



Die Daten auf der Ordinate beziehen sich auf mittlere Itemwerte; mögliche Nennungen waren 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „trifft voll zu“.

Quelle: Institut Arbeit und Technik (1999); eigene Berechnungen

3. Zukunftsdiskurse

Wie bereits in der Einleitung angesprochen wird in Deutschland gegenwärtig eine heftige Debatte über die Zukunft der Sozial- und Gesundheitspolitik geführt. Hintergrund ist, daß wachsende Anforderungen vermutlich nicht innerhalb der gegebenen sozialstaatlichen Sicherungssysteme abgedeckt werden können, ohne daß dies negative Auswirkungen auf die Innovations-, Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft hat. Die wichtigsten Diskussionsbeiträge lassen sich unter vier verschiedenen Leitideen zusammenfassen: 1. Rückbau und Privatisierung des Sozialstaates; 2. Erhöhung der Produktivität der Gesundheits- und Sozialwirtschaft; 3. Stärkung von Selbsthilfe und gemeinschaftlichen Versorgungswegen; 4. Mobilisierung zusätzlicher privater Nachfrage im Bereich Gesundheit und Soziales.

3.1 Rückbau und Privatisierung des Sozialstaats

Hier geht es darum, die sozialen Leistungen in signifikanter Weise zurückzuführen und möglichst auf die wirklich Bedürftigen zu konzentrieren; darüber hinaus sollen möglichst viele Bürgerinnen und Bürger dazu motiviert werden, sich um weitergehende soziale Sicherungen eigenständig zu kümmern. Wenngleich ein weltweiter Überblick über die politische Durchsetzbarkeit einer solchen Strategie (insbesondere mit Blick auf das dringlichste Problem, die Unterstützungsansprüche älterer Menschen) große Zweifel aufkommen läßt (Petersen 1999), so ist es dennoch einigen entwickelten Ländern gelungen, Schritte auf diesem Weg zu gehen. Zu erwähnen sind hier v. a. England, Australien, Neuseeland, Dänemark und Schweden; aus deutscher Sicht noch bedeutender sind jedoch die Niederlande: Trotz vieler Detailunterschiede zeigen sowohl die Tradition der Gesundheits- und Sozialpolitik als auch die Institutionen der politischen Meinungsbildung und Entscheidungsfindung viele Parallelen zu entsprechenden Institutionen in Deutschland (vgl. Müller 1998).

In den Niederlanden wurde Ende der 80er Jahre mit Reformen der Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik begonnen. Im Hinblick auf die Gesundheits- und Sozialwirtschaft fällt auf, daß sich die Veränderungen nicht so sehr auf das Ausmaß und Niveau der Dienstleistungen dieses Sektors bezogen, sondern daran ausgerichtet waren, die Schnittstelle zur Arbeitswelt so zu verändern, daß die Inanspruchnahme von Sozial- und Gesundheitsleistungen gebremst wird. Die Zielsetzung ist, eine Politik der Aktivierung durchzuführen, die Sozialpolitik als Trampolin und nicht als Netz versteht. Im einzelnen sind etwa zu erwähnen:

- eine Verschärfung der Kontrollen bei Arbeitsunfähigkeit (vgl. Paridon 1998);
- die Privatisierung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall; sie obliegt nunmehr den Unternehmen, die sich entsprechend privat versichern können (vgl. ebenda);
- Wegfall der Vollkostenerstattung in den Bereichen Physiotherapie, Arzneimittel, Fahrtkosten, Hilfsmittel, Kuren, Krankenhausaufenthalte und fachärztliche Lei-

stungen. Dabei dominiert die prozentuale Zuzahlung.⁷ Im Bereich zahnärztliche Leistungen gilt für Erwachsene ein eingeschränktes Leistungspaket, der Zahnersatz ist vollständig aus dem Katalog der Pflichtleistungen gestrichen worden (vgl. Schneider et al. 1998). Ein Großteil solcher Leistungsausfälle wird mittlerweile durch Zusatzversicherungen abgedeckt;⁸

- Leistungsreduzierungen beim Kindergeld und in der Studienförderung.

Wie die Größenordnung zeigt, handelt es sich bei den Maßnahmen durchaus um beachtliche Schritte. So waren etwa für den Zeitraum von 1995 bis 1998 Einsparungen in Höhe von 2,75% des BIP angestrebt. Gleichwohl darf nicht übersehen werden, daß auch die Niederlande nach der „Roßkur“ (Walter 1999) ein Land mit außergewöhnlich hohem Sicherungsniveau ist. „Insgesamt sind die Leistungen im Fall von Arbeitslosigkeit und anderen Sozialleistungen im internationalen Vergleich jedoch weiterhin sehr hoch. Trotz einer geringfügigen Reduzierung des Anteils der Sozialleistungen am Bruttoinlandsprodukt liegt im übrigen die Staatsquote mit 50% noch etwas über dem Niveau in Deutschland, obwohl es in den Niederlanden keine Sonderlasten wie im Falle der deutschen Vereinigung gibt“ (vgl. DIW 1997, S. 263)

Dem Umbau des Sozialstaats in den Niederlanden lagen Absprachen und Konzertierungen zwischen Politik, Wirtschaft und Gewerkschaften zugrunde. Gleichwohl war es für die beteiligten Parteien und Politiker höchst riskant. Es war insbesondere die sozialdemokratische „Partei von der Arbeit“, die hier gefordert war und zwischenzeitlich herbe Wahlniederlagen hinnehmen mußte. Da aber die Christdemokraten noch stärker getroffen wurden, konnte sie in der Regierung überleben. Erst als sich seit 1996 Wirtschaft und Arbeitsmarkt wieder deutlich positiv entwickelten, kam auch der politische Erfolg für die „Umbaupolitiker“. Aus den Parlamentswahlen 1998 gingen die Sozialdemokraten und Rechtsliberalen als Sieger hervor. Beobachter haben große Zweifel, ob vergleichbar deutliche Schritte zur Erneuerung (und Kürzung) des Sozialstaates auch in Deutschland möglich sind. „Wahrscheinlich ist es abwegig, von der deutschen SPD einen ähnlich bitteren Modernisierungsprozeß zu erwarten. Im deutschen Parteiensystem wird man nach einer deftigen Wahlniederlage nicht an die

7 Für die Bereiche der fachärztlichen Leistung, der Krankenhausversorgung, der stationären Rehabilitation, der Fahrtkosten und der Arzneimittel gilt allerdings eine leistungsübergreifende Höchstgrenze von 200,- Gulden pro Jahr (bzw. bei Empfängern von Sozial- oder Lohnersatzleistungen von 100,- Gulden).

8 In den Niederlanden dürfen auch die gesetzlichen Kassen private Zusatzversicherungen anbieten. Das Leistungsspektrum variiert dabei nach Kasse und reicht von Physiotherapie bis Alternativmedizin. Experten schätzen, daß bis zu 90% der Versicherten über eine Zusatzversicherung verfügen (siehe Müller 1993). Im Rahmen dieser Maßnahmen wird in den Niederlanden auch intensiv über eine Basisversicherung diskutiert, wie sie bereits 1987 von der *Dekker-Kommission* vorgeschlagen wurde: 85% aller gesundheitlichen Leistungen sollten über die Volksversicherung AWBZ abgedeckt werden, die bereits jetzt den größten Anteil an den Gesundheitsausgaben hat (hierbei handelt es sich um das Äquivalent zur deutschen Pflegeversicherung; der Leistungskatalog ist allerdings wesentlich breiter und umfaßt neben Pflegekosten auch Arznei- und Hilfsmittelversorgung, kollektive Präventionsleistungen, Psychiatrie und die Familienvorsorge). Andere Leistungen sollten über private Zusatzversicherungen finanziert werden, die von gesetzlichen und privaten Kassen angeboten werden können (vgl. van der Veen/Limberger 1996). Unklar ist allerdings noch, wie die Leistungspalette der Basisabsicherung beschaffen sein soll (vgl. ten Have 1995).

Spitze der Regierung katapultiert. Schon deshalb ist man hier mit Zumutungen vorsichtiger“ (vgl. Walter 1999).

3.2 Erhöhung der Produktivität der Gesundheits- und Sozialwirtschaft

Unternehmensberater, Insider und viele Ökonomen weisen immer wieder darauf hin, daß in vielen Bereichen des Sozialsystems wirtschaftlicher gearbeitet werden kann. Dies gilt vor allem für die Sozial- und Gesundheitswirtschaft. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist etwa die Verbesserung des Zusammenspiels von ambulanten und stationären Leistungsangeboten. Die Abschätzungen über die Größenordnung entsprechender Produktivitätsreserven liegen zwischen 10 und 20%. Die Erschließung von Produktivitätsreserven kann auch zu einer qualitativen Verbesserung von Leistungen führen.

Einen systematischen Überblick über die Quellen von Wirtschaftlichkeitsreserven einerseits, über Ansatzpunkte zu ihrer Realisierung andererseits, lieferte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahre 1996 (Sachverständigenrat 1996). Folgende Punkte werden als potentielle Quellen für Wirtschaftlichkeitsreserven identifiziert:

- ein Überangebot an Leistungen (allein in Bayern gibt es mehr Kernspintomographen als in ganz Italien),
- die Ineffizienzen in den Verwaltungen,
- ein verzögerter Einsatz des technischen Fortschritts (z. B. bei der minimalinvasiven Chirurgie oder bei der Nutzung der Telekommunikation),
- ein ‚Hochschaukeln‘ der Versorgungsansprüche in der Bevölkerung und
- die überteuerten Vorprodukte (etwa Arzneimittel oder auch medizintechnische Produkte wie Prothesen).

Ansatzpunkte, um solche Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, liegen auf sehr unterschiedlichen Gebieten. In Politik und Öffentlichkeit am heftigsten diskutiert wird eine *Veränderung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen*. Darüber hinaus genossen in den letzten Jahren Ansätze eine hohe Aufmerksamkeit, die sich um regionale, *ortsnahe Koordination* bemühen. In jüngster Zeit gewinnen Vorhaben an Bedeutung, die *mit erhöhter Transparenz den Qualitäts- und Effizienzwettbewerb anregen* wollen. Des weiteren könnten die an vielen Orten entstehenden *Ärztetze* möglicherweise für mehr Produktivität und Integration sorgen.

Im Hinblick auf die *Veränderung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen* scheint nach Ansicht vieler Experten einer der wichtigsten Schlüssel darin zu liegen, die Verantwortung für die Gesundheitserfolge, für die gewünschten gesundheitlichen Ergebnisse beim einzelnen stärker als bisher auf eine oder sehr wenige Instanzen zu konzentrieren. Durch vielfältige wissenschaftliche Ausarbeitungen wie durch internationale Vergleiche ist belegt, „daß sich die Anreize bisher, insbesondere durch die gegenwärtigen Preissysteme für die Leistungen, mehr auf eine möglichst hohe und umfangreiche Summierung einzelner Gesundheitsleistungen als auf das schnellste und

beste Ergebnis der Gesundheitsförderung und Therapie richten. Ursächlich dafür sind die Vergütungssysteme selbst und die auf viele Einzelpersonen auseinanderfallende Verantwortung für den Therapieerfolg insgesamt. Adäquatere Organisationsformen und Verfahren werden zudem durch eine Reihe von Planungs-, Finanzierungs- und Zuständigkeitsregelungen erschwert“ (vgl. Sandler 1995, S. 191).

Ein weiterer, wahrscheinlich nachhaltig wirkender Ansatz zur Veränderung der Rahmenbedingungen wäre die Einführung von neuen Vergütungsanreizen, die dann ergebnisorientiert gestaffelt sein sollten. Heute dominiert in Deutschland noch die Leistungsorientierung, d. h. die Abrechnung erbrachter Leistungen, weitgehend unabhängig von ihrer Qualität und Wirtschaftlichkeit. Eine ergebnisorientierte Vergütung – so die generelle Hoffnung – würde mehr Chancen für ein Fallmanagement, für eine ganzheitliche Betrachtung der Patienten und ihrer Krankheitsverläufe bringen und so in Richtung Integration wirken. Bislang stecken die Anstrengungen zur Einführung solcher Anreizstrukturen in Deutschland noch in den Kinderschuhen und sind mit sehr vielen grundsätzlichen Bedenken und praktischen Umsetzungsproblemen konfrontiert.⁹

Fragen der Finanzierung spielen bei der Suche nach Veränderungsmöglichkeiten der Rahmenbedingungen ebenfalls eine wichtige Rolle. Von großer Bedeutung könnte hier sein, die Investitionsmöglichkeiten und Investitionsautonomie für Sozial- und Gesundheitseinrichtungen „vor Ort“ zu verbessern; dazu sollte v. a. die duale Krankenhausfinanzierung überwunden werden. In Deutschland werden Krankenhäuser dual finanziert. Die Betriebskosten kommen aus den laufenden Einnahmen, die Investitionen für Bau und Technik bzw. Apparatur werden von den Ländern bewilligt. Dies hat sicherlich seine Berechtigung, wenn man auf die Vermeidung von Doppel- und Mehrfachangeboten in einer Region oder auf eine gleiche Ausstattung der verschiedenen Teilregionen eines Landes zielt. Auf der anderen Seite hat sich jedoch auch gezeigt, daß Betriebsabläufe dann wirtschaftlicher werden, wenn betriebssicher und flexibel investiert werden kann. Der Sachverständigenrat (1996, S. 197) zieht hieraus die Konsequenz, für eine monistische Krankenhausfinanzierung zu plädieren.

Ein anderes Thema, das unter dem Stichwort „Verbesserung der Rahmenbedingungen“ erwähnt werden muß, ist der Abbau von detaillierten Vorgaben für einzelne Behandlungen; in der ambulanten Pflege beispielsweise führt dies zu einer Taylorisierung der Arbeitsvorgänge, die weder kundengerecht noch effizient ist.

Neben solchen und weiteren Ansätzen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen ist die *ortsnahe Koordination*, d. h. die Dezentralisierung bzw. Kommunalisierung von lokaler Feinsteuerung der Planungs- und Versorgungsaktivitäten, ein zweiter wichtiger Ansatz, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und gleichzeitig die Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. „Eine solche Strategie gilt als wirksames Mit-

9 Nicht zuletzt gibt es große Probleme bei dem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang. Dies läßt sich an einem Beispiel aus der Zahnmedizin verdeutlichen: Hier wurde eine Zwei-Jahres-Garantie auf Füllungen und Zahnersatz eingeführt; was aber ist, wenn der Patient seine Zähne nicht pflegt oder übermäßig belastet? Und was passiert, wenn er beim Garantieanspruch von einem anderen Arzt behandelt werden möchte?

tel zur Verbesserung auf den Ebenen der Planung und der Leistungsverbesserung, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ressourcenallokation, zur Beteiligung der Bevölkerung an Entscheidungen und zur Reduzierung von gesundheitlichen Chancenungleichheiten“ (vgl. Badura/Siegrist 1996; vgl. auch WHO 1996).¹⁰

Praktisch bedeutet „ortsnahe Koordination“ bzw. „kommunale Gesundheitskonferenz“, daß in allen beteiligten Kommunen ein „runder Tisch“ einberufen wird, an dem die wesentlichen Institutionen und Organisationen des Versorgungssystems beteiligt sind. Er führt Bestandsaufnahmen durch, formuliert zu bearbeitende Themenschwerpunkte und setzt hierzu themenspezifische Arbeitsgruppen ein.

Bislang wird die „ortsnahe Koordinierung“ nur in NRW praktiziert, und es liegt auch noch keine systematische und vollständige Evaluierung der dort gesammelten Erfahrungen vor. Gleichwohl zeichnen sich einige vorläufige Erkenntnisse ab:¹¹ Es gelingt, gemeinsame Situationsanalysen vorzunehmen, Planungen und Ziele zu formulieren und Handlungsempfehlungen zu verabschieden. Allerdings kommen konkrete und verbindliche Abstimmungen, Schwerpunktsetzungen und Zukunftsplanungen zwischen den einzelnen Leistungsanbietern nur schleppend (oder auch gar nicht) voran.

Beim Stichwort, mit mehr Transparenz den Qualitäts- und Effizienzwettbewerb fördern, sind zwei Aspekte anzusprechen: Zum einen geht es darum, Versicherte für die Akzeptanz effektiver und kostengünstiger Versorgungsangebote zu gewinnen. Da Patienten in Deutschland nicht zur Nutzung bestimmter Angebote gezwungen werden können, ist die gezielte Information über Kosten, Nutzen und Leistungsqualitäten ein Weg, dieses Ziel zu realisieren. Vor diesem Hintergrund werden Transparenzschaffende Normierungs- und Standardisierungsaktivitäten, Anbietertests (Stiftung Warentest hat Berliner Krankenhäuser getestet) genauso debattiert wie bessere Möglichkeiten der Anbieter selbst, auf die Besonderheiten ihres Leistungsprofils aufmerksam zu machen. In den Kontext „Transparenz verbessern“ gehören auch Selbsthilfegruppen und ihre (zumeist erfahrungsgestützte) Analyse und Bewertung der Leistungspotentiale von Anbietern. Perspektivisch von entscheidender Bedeutung wird sicherlich sein, ob es den Krankenkassen gelingt, ihre Kunden verstärkt auf Versorgungsangebote aufmerksam zu machen, die aus Sicht der jeweiligen Kassen effektiv und effizient sind.

Zum anderen ist darauf hinzuweisen, daß die modernen Benchmarking-Ansätze ebenfalls nach der Logik „mehr Effizienz und Qualität durch mehr Transparenz“ wirken. Benchmarking ist als ein Konzept definiert, das durch den Vergleich von Einrichtun-

10 Vor diesem Hintergrund hat das Land Nordrhein-Westfalen seit dem 1.1.1998 per Gesetz die 54 Kreise und kreisfreien Städte verpflichtet, jeweils eine kommunale Gesundheitskonferenz einzurichten und in regelmäßigen Abständen kommunale Gesundheitsberichte zu erstellen. NRW ist bislang das einzige Bundesland, das mit Hilfe der ortsnahe Konzentrierung, sein Gesundheitswesen rationaler zu gestalten versucht. Es wird von den anderen Bundesländern dabei aufmerksam beobachtet; bislang hat sich allerdings noch kein anderes Land zur Nachahmung entschlossen.

11 Die folgenden Aussagen beruhen auf vier Experteninterviews des Verfassers, auf der Auswertung von einschlägigen Aktivitätsberichten sowie auf einer Interpretation der Zwischenevaluationsergebnisse zur „ortsnahe Koordinierung“ (vgl. Badura/Siegrist 1996), den Pilot- und Vorläufereinrichtungen der Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen.

gen „beste Ideen und Lösungen“ für die Erledigung von Aufgaben identifizieren soll. Die Beschreibung „bester Lösungen“ dient dazu, ständige Verbesserungen anzuregen, damit Aufgaben mit der optimalen Wirksamkeit und dem geringstmöglichen Aufwand bewältigt werden können. Der Vergleich soll sowohl Anregungen für Verbesserungsmöglichkeiten liefern als auch einen Wettbewerb um die besten Leistungen auslösen. Er dient aber nicht der Erstellung einer Rangliste oder einer Bewertung von Einrichtungen, sondern zielt darauf, daß jede Einrichtung Prozesse identifizieren kann, die anderswo besser gelöst werden.

Das Gesundheitssystem fängt in Sachen Benchmarking keineswegs bei Null an.¹² Im Krankenhaussektor etwa spielen bereits traditionell Qualitätsmanagementstrategien und auch Benchmarking-Verfahren eine im Vergleich zum sonstigen Gesundheitswesen wichtige Rolle. Nach der Krankenhausstatistikverordnung von 1990 werden Grund- und Diagnosedaten sowie Kostennachweise vom Statistischen Bundesamt umfassend erhoben. Das SGBV schreibt die Beteiligung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor, und entsprechend der Bundespflegegesetzverordnung sind die Einrichtungen seit Anfang 1998 zu quantitativen Leistungsvergleichen verpflichtet. Gleichwohl herrscht in diesem Bereich eine erhebliche Unsicherheit über die zu verfolgenden Strategien und einzusetzenden Instrumente. Die Qualitätssysteme dienen bislang eher der Qualitätssicherung anstelle dem Qualitätsmanagement, sind an der Strukturqualität statt an den Prozessen und den Ergebnissen orientiert und haben eine starke Neigung zur fachlich medizinischen Qualität, wobei Fragen der wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit und vor allem der mit den Gesundheitsdienstleistungen verbundenen Servicebereiche (Wäschereien, Küchen und Reinigung) vernachlässigt werden. Erst wenige Einrichtungen verfolgen Strategien eines umfassenden Qualitätsmanagements.¹³

Am Institut Arbeit und Technik konnte Mitte 1998 ein Pilotprojekt zum Benchmarking bei zehn ambulanten Pflegediensten abgeschlossen werden (vgl. Bandemer et al. 1999). Dabei wurden sowohl Betriebskennzahlen ermittelt als auch Kunden- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Darüber hinaus gab es eine Fülle von (überbetrieblichen) Arbeitsgruppen, bei denen Erkenntnisse ausgetauscht und zu Erneuerungsansätzen verdichtet wurden.

Unter dem Strich haben sich für die beteiligten Unternehmen wichtige Anhaltspunkte für zukünftige Firmenstrategien ergeben – und zwar sowohl im Hinblick auf die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven als auch mit Blick auf bessere Leistungen für den Kunden. Zu nennen ist hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit etwa, daß bei den Wegekosten, also bei den Fahrtzeiten, erhebliche Unterschiede bestanden. Dies verdeutlichte, daß mit einer besseren Routenplanung viel Zeit und Geld zu gewinnen ist.

12 Für einen Überblick über Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven aus Sicht der Gesundheitssystemforschung vgl. Schwartz (1998); für praktische Ansätze vgl. etwa Spörkel et al. (1995), Arnold/Paffrath (1997).

13 Vgl. etwa Spörkel et al. (1995).

Große Hoffnungen auf mehr Produktivität sind auch mit dem Entstehen von *Ärztetzen* „vor Ort“ verbunden. Sie haben zwar die Rückendeckung der Gesundheitspolitik, sind aber zumeist dezentral initiiert und aufgebaut worden und konzentrieren sich fast ausschließlich auf den ambulanten Bereich. Zur Zeit existieren in Deutschland ca. 150 solcher Versorgungsnetze. Anfang Oktober 1998 haben die „Vernetzten Arztpraxen“ in Frankfurt bereits ihr zweites Bundestreffen durchgeführt. Die Vernetzung von ärztlichen Praxen betont die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure, der teilnehmenden Ärzte, Krankenkassen und Patienten und darüber hinaus der Pflegedienste, medizinischer Einrichtungen, kassenärztlicher Vereinigungen und der Vertreter aus der Kommunal- und Landespolitik. Vernetzte Praxen bzw. Praxisnetzwerke von niedergelassenen Ärzten zielen auf eine „Verbesserung der Zusammenarbeit unter anderen niedergelassenen Ärzten und Gesundheitsversorgern (z. B. Pflegedienste) sowie eine Reduzierung der Inanspruchnahme von stationären Behandlungen“ (vgl. Szecsenyi et al. 1998, S. 257).

Die Krankenkassen erhoffen sich durch die ambulanten Versorgungsnetze eine Kostenreduzierung bei gleichbleibender oder verbesserter Qualität der Gesundheitsdienstleistungen. Die Ärzte beabsichtigen durch neue Kooperationsformen, den ambulanten (gegenüber dem stationären) Versorgungssektor zu stärken und ihr Honorarvolumen aufzubessern. Nach dem Prinzip „so viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig“ sollen Krankenhausleistungen durch gleichwertige – ambulante – Behandlungsformen substituiert werden, um somit die Kosten im Krankenhausbereich zu senken, die Effizienz der ambulanten Versorgung und – durch eine verbesserte Koordination medizinischer Leistungsangebote – die Qualität der Gesundheitsdienste „vor Ort“ zu erhöhen (vgl. Hauck/Helberger 1998, S. 139).

Bei den allermeisten der auf Integration zielenden Ansätze zur Produktivitätssteigerung haben amerikanische Entwicklungen zum „managed care“ Pate gestanden. In den Vereinigten Staaten verpflichten Versicherungen ihre Patienten, sich von einer beschränkten Zahl von vertraglich gebundenen Ärzten bzw. Gesundheitseinrichtungen behandeln zu lassen und sorgen auch dafür, daß man die Ärzte und sonstigen Professionellen konsultiert, die für das jeweilige Problem die entsprechenden Kompetenzen haben. In Deutschland könnten entsprechende Orientierungs- und Managementaufgaben von verschiedenen Instanzen (von Krankenkassen über Hausärzte bis hin zu Gesundheitshäusern) wahrgenommen werden. Experten weisen jedoch darauf hin, daß dabei die Wahlfreiheit der Patienten gewahrt werden muß und daß auch sicherzustellen ist, daß nicht aus Effizienzgründen auf sinnvolle Behandlungen verzichtet wird.

Die hier skizzierten Ansätze zur Produktivitätssteigerung können das Gesamtbild der gegenwärtigen und möglichen Hebel zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven nur unvollständig wiedergeben. Gleichwohl illustrieren sie den möglichen Nutzen ihrer erfolgreichen Umsetzung. Ob und wie weitgehend sie allerdings tatsächlich zur Anwendung gebracht werden können, ist freilich schwer abzuschätzen. Skepsis ist mit Blick auf eine grundlegende Veränderung der politisch-regulativen Rahmenbedingungen angebracht, da sich einschlägige Initiativen in den letzten Jahren sehr häufig im Dickicht heterogener Interessen verfangen haben und nicht damit zu rechnen

ist, daß sich die Aussichten im Laufe der nächsten Zeit grundlegend ändern werden. Optimistischer kann möglicherweise den dezentral initiierten und durchgeführten Ansätzen zum Benchmarking und zum Aufbau von Kooperationsstrukturen entgegen gesehen werden. Auch hier hat man mit konfligierenden (Wirtschafts-)Interessen zu tun, jedoch wird deutlich, daß Vergleiche und Zusammenarbeit nicht nur allgemeinen Fortschritt in Richtung Qualität und Effizienz bringen, sondern auch die Wettbewerbschancen der beteiligten Unternehmen verbessern. Es würde nicht überraschen (und es wäre zu begrüßen), wenn Gesundheitspolitik ihre eigenen Blockaden dadurch zu überwinden versuchen würde, entsprechende Initiativen stärker zu fördern und zu fördern.

3.3 Stärkung von Selbsthilfe und gemeinschaftlichen Versorgungswegen

Die Stärkung von Selbsthilfe und gemeinschaftlichen Versorgungswegen wird seit geraumer Zeit unter mehreren Perspektiven debattiert:¹⁴ Qualitätsverbesserung der Versorgung, Arbeitsmarktentlastung und – drittens – Reduzierung der Sozialkosten. Die politischen Diskussionen der letzten Jahre wurden von arbeitsmarkt- und sozialkostenbezogenen Überlegungen dominiert.¹⁵ In allen Diskussionen spielte der Sozial- und Gesundheitsbereich eine herausragende Rolle; hier wird – neben Bildung, Sport und Kultur – das Hauptbetätigungsfeld für unentgeltliches Engagement gesehen.

Die besondere Bedeutung des Bereichs Soziales und Gesundheit für die zukünftige Entwicklung von unentgeltlicher Arbeit kommt nicht von ungefähr. Es sind vor allem drei Bereiche, in denen entsprechende Aktivitäten bislang eine große Rolle spielten: 1. *Freiwilliges und ehrenamtliches Engagement*; 2. *Gesundheitsselfhilfe* und 3. *häusliches*, in aller Regel innerfamiliäres *Pflegeengagement*. Im folgenden sollen die wichtigsten Trends und Gegebenheiten in den genannten Bereichen dargestellt werden, um dann auf dieser Basis Überlegungen über zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten anzustellen.¹⁶

14 Einschlägige wissenschaftliche Veröffentlichungen aus den letzten Jahren sind etwa: Dettling (1995); Etzioni (1995); Anheier et al. (1997); Evers/Olk (1996); Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen (1997); Heinze/Strünck (1999); kritische Kommentare finden sich bei Notz (1998).

15 Dies kommt am deutlichsten in den Vorschlägen und Ausführungen der Zukunftskommission Bayerns und Sachsens zum Thema Bürgerarbeit zum Ausdruck: Während von Leistungs- und Qualitätsverbesserungen durch Selbsthilfe und freiwilliges Engagement nur versteckt die Rede ist, wird man im Hinblick auf die arbeitsmarkt- und finanzpolitischen Dimensionen deutlicher: Wenn (Langzeit-)Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger ehrenamtlich arbeiten, heißen Arbeitslosen- und Sozialhilfe „Bürgergeld“, und dessen Empfänger stehen nicht mehr dem Arbeitsmarkt zur Verfügung, gelten nicht mehr als arbeitslos. Außerdem soll durch Bürgerarbeit – so die Kommission – die „chronisch überbelasteten öffentlichen Haushalte entlastet“ (vgl. Kommission für Zukunftsfragen 1997, S. 171) werden.

16 Heinze/Strünck (1999) unterscheiden zwischen sechs Formen der Arbeit jenseits der Erwerbsarbeit: 1. Haushaltsproduktion und Subsistenzwirtschaft, 2. Schwarzarbeit und Schattenwirtschaft, 3. verpflichtende unentgeltliche Arbeit, 4. Naturaltausch von Dienstleistungen, 5. ehrenamtliches

Ehrenamt

Beim *freiwilligen und ehrenamtlichen Engagement* handelt es sich um gesundheitsbezogene, verwaltende, führende und organisierende Aktivitäten von unentgeltlich tätigen Menschen. Entsprechendes Engagement hat eine große Tradition in den Wohlfahrtsverbänden, d. h. bei der Caritas, dem Diakonischen Werk, der Arbeiterwohlfahrt und dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband. Nach den Erhebungen eines international vergleichenden Forschungsprojekts (Anheier et al. 1997) über den Dritten Sektor – also über Wohlfahrtsproduzenten jenseits von Markt und Staat – waren in Deutschland (früheres Bundesgebiet) im Jahre 1990 fast 800.000 Menschen ehrenamtlich und freiwillig in den Bereichen Gesundheit und Soziale Dienste tätig. In Vollzeitäquivalenten gerechnet waren dies dann knapp 80.000 Arbeitsplatzleistungseinheiten. Bemerkenswert ist, daß in den Bereichen Gesundheit und Soziales das Verhältnis von Beschäftigten zu Freiwilligen besonders hoch; während im Durchschnitt des Dritten Sektors auf einen Freiwilligen 1,5 Professionelle kamen, waren es bei Gesundheit und den Sozialen Diensten fast neun. Im Gesamtüberblick ist der Bereich Kultur und Erholung mit Abstand derjenige mit dem höchsten Engagement von Ehrenamtlichen und Freiwilligen. Läßt man diesen Bereich einmal unberücksichtigt, sind eindeutig Gesundheit und Soziales die Branchen mit dem ausgeprägtesten unentgeltlichen Engagement.

Selbsthilfe

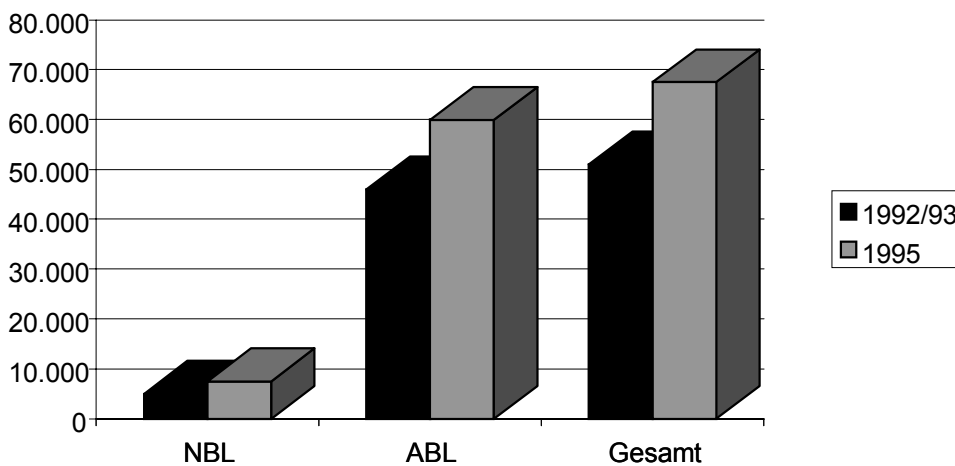
Während freiwilliges und ehrenamtliches Engagement zumeist darauf zielt, (aus altruistischen Motiven) anderen Menschen mit sozialen und gesundheitsbezogenen Problemen zu helfen, organisieren sich Menschen in Selbsthilfegruppen, um sich durch den Erfahrungs- und Hilfeaustausch mit anderen, die mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind oder konfrontiert waren, gegenseitig zu helfen. „Im Zentrum des Leistungsspektrums steht die eigene Betroffenheit. Nicht nur Krankheit und sozial oder psychisch bedingte Notlagen, sondern auch allgemeine Lebenskrisen wie die ‚midlife crisis‘ oder Beziehungs- und Erziehungsprobleme können selbsthilfeorientiertes Handeln auslösen. Daneben spielen die Selbstverwirklichung, das Ausbilden eigener Kompetenzen und die medizinische Selbstbestimmung ebenso eine Rolle wie soziale und karitative Motive (...)“ (vgl. StBA 1998, S. 301). Wenngleich Selbsthilfe von Professionellen noch oft mit Vorbehalten bedacht wird, so ist mittlerweile unstrittig, daß sie in vielen Fällen einen positiven Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen darstellt und wertvolle Beiträge zur Gesunderhaltung und Heilung liefert.

Obwohl die öffentliche und politische Aufmerksamkeit für Selbsthilfe in den letzten Jahren deutlich gewachsen ist, so wird dennoch häufig unterschätzt, wie groß und dynamisch die „Selbsthilfeszene“ in Deutschland mittlerweile ist. Nach Berechnun-

Engagement, 6. Selbstorganisation in Vereinen, Initiativen und Selbsthilfegruppen. Für unsere Zwecke scheint die Fokussierung auf die o. g. drei Bereiche (Ehrenamt, Selbsthilfe, häusliches Engagement) jedoch hinreichend, da es sich um die Kernbereiche der gesundheits- und sozialbezogenen Aktivitäten handelt.

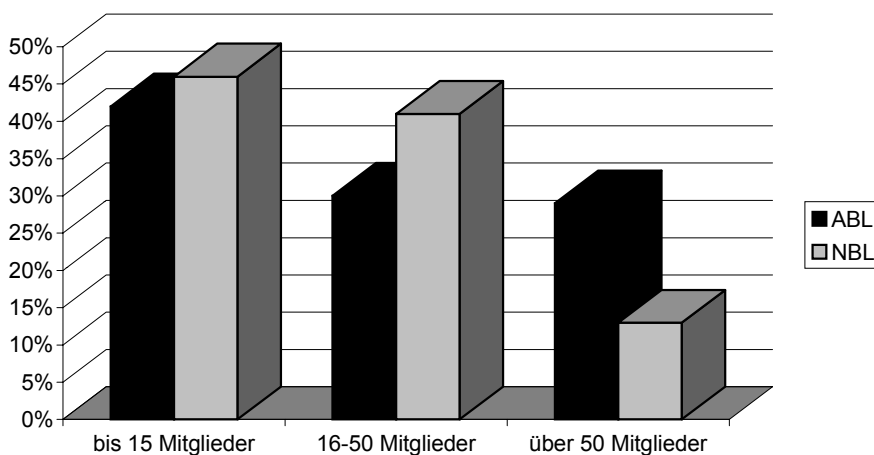
gen und Schätzungen des Instituts für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung waren 1995 in der Bundesrepublik in rund 67.500 Selbsthilfegruppen ca. 2,65 Millionen Personen organisiert. Lediglich rund 7.500 Selbsthilfegruppen entfielen auf die neuen Bundesländer (vgl. Braun 1997, S. 76). Nach der Wiedervereinigung nahm die Selbsthilfebewegung hier allerdings eine rasante Entwicklung. In den frühen 90er Jahren spielte bei vielen Beteiligten die Hoffnung, über Engagement in der Selbsthilfebewegung einen Arbeitsplatz zu bekommen, eine große Rolle. Durch arbeitsmarktpolitische Hilfen (ABM) konnten viele dieser Initiativen auch schnell Arbeitsplätze anbieten, die allerdings nach dem Auslaufen der Förderungen nicht gehalten werden konnten. Zudem trägt eine mangelnde Öffentlichkeitsarbeit dazu bei, daß den Bürgern in den neuen Bundesländern die Möglichkeiten und Leistungen der Selbsthilfe unzureichend bekannt sind (vgl. BMFSFJ 1997, S. 53).

Abb. 5: Entwicklung der Selbsthilfegruppen und Initiativen



Quelle: BMFSFJ (1997, S. 76)

Abb. 6: Mitgliederstärke von Selbsthilfegruppen und Initiativen



Quelle: BMFSFJ (1997, S. 58)

Die durchschnittliche Gruppengröße der Selbsthilfegruppen beträgt 39 Mitglieder, wobei sich im Ost-West-Vergleich feststellen läßt, daß insbesondere Gruppen mit über 50 Mitgliedern in den alten Bundesländern stärker vertreten sind.

In den neuen Bundesländern liegt der Anteil der Gruppen, die sich der Gesundheits-selbsthilfe verschrieben haben, bei 70%. Der Anteil an Gesundheitsselbsthilfegruppen in den alten Bundesländern liegt mit 61% geringfügig darunter (vgl. BMFSFJ 1997, S. 61). Unter dem Strich kann davon ausgegangen werden, daß bundesweit rund 1,8 Millionen Menschen in gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen aktiv sind.

Selbsthilfegruppen von Betroffenen sind in der Bundesrepublik zu 50% organisiert (vgl. BMFSFJ 1997, S. 65). Vorgezogen wird, sich unter dem Dach einer Selbsthilfeorganisation zusammenzufinden; wichtige und prominente Beispiele hierfür sind etwa die Deutsche Rheumaliga oder der Dachverband der Frauengesundheitszentren e.V. In vielen Fällen haben Selbsthilfegruppen jedoch auch in den Wohlfahrtsverbänden ein Zuhause gefunden, sehr häufig beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband.

In den letzten zwei Dekaden ist in Deutschland ein flächendeckendes Netz von Einrichtungen zur Aktivierung und Unterstützung von Selbsthilfe aufgebaut worden, die zumeist unter dem Namen „Selbsthilfekontaktstellen“ firmieren. Je nach Bundesland schwanken die Fördersummen für solche Aktivitäten jedoch erheblich, von nur 8.200,- DM in Nordrhein-Westfalen bis 426.000,- DM in Bremen (jeweils pro 100.000 Einwohnern; vgl. StBA 1998, S. 302). Anfang 1997 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen (unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) eine Liste von Krankheitsbildern verabschiedet, bei denen eine Förderung von Selbsthilfe durch die Krankenkassen nach dem SGB V möglich ist.

Ob Selbsthilfe Leistungen des professionellen Medizin- und Pflegeangebots ersetzen und damit zur Reduzierung von Gesundheitskosten beitragen können, kann nach dem derzeitigen Kenntnisstand von Wissenschaft und Forschung nicht abgeschätzt werden. Die Aussagen über die Wirkung von Laien- und Selbsthilfe lassen sich dahingehend zusammenfassen, daß Selbsthilfe unabhängig oder komplementär, aber keineswegs substitutiv zu den professionellen Angeboten ist.

Für die Zukunft der Arbeit im Sozial- und Gesundheitssystem hat Selbsthilfe aber noch eine weitere Bedeutung: Beobachter stellen fest, daß die Selbsthilfe zunehmend als Arbeit- bzw. Auftraggeber für reguläre Beschäftigung auftritt. Zum einen sind Arbeitsplätze in den bereits oben angesprochenen Fördereinrichtungen entstanden, zum anderen gehen viele Selbsthilfegruppen und -organisationen dazu über, selbst als Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen aufzutreten. Des weiteren schlägt zu Buche, daß viele Selbsthilfeorganisationen Führungs- und Verwaltungskräfte beschäftigen. Eine vorsichtige Schätzung kommt zu dem Ergebnis, daß für die gesamte Bundesrepublik mit mindestens 10.000 Arbeitsplätzen in diesem Bereich zu rechnen.¹⁷

17 Die Schätzung basiert auf der durch Expertengespräche gewonnen Annahme, daß für rund 1.000.000 Menschen mindestens 100 Arbeitsplätze durch Selbsthilfe entstehen. In diese Abschätzung mit einbezogen sind: Beschäftigte bei den Bundes-, Landes- und Ortsstellen der Selbsthilfe-

Häusliches Pflegeengagement

Sozial- und Gesundheitshilfen, die in der Familie oder im privaten Haushalt von den Haushaltsmitgliedern untereinander erbracht werden, sind ein selbstverständlicher Bestandteil des Zusammenlebens. Bemerkenswert ist allerdings, daß solche Hilfen in einigen Bereichen so weit gehen, daß sie als ein Äquivalent zu professionellen Formen der (stationären und ambulanten) Betreuung anzusehen sind. Dies trifft vor allem auf das innerfamiliäre *häusliche Pflegeengagement* zu, denn die Versorgungssituation der dauerhaft Pflegebedürftigen in Deutschland wird im wesentlichen durch Angehörige vorgenommen.¹⁸ Bei 77% aller Pflegebedürftigen spielt eine Hauptpflegeperson aus dem Familienzusammenhang die ausschlaggebende Rolle, ambulante pflegerische Dienste sind nur an 33% der Fälle beteiligt. „Die Hauptpflegepersonen sind mit 83% ganz überwiegend weiblich, zumeist handelt es sich um die Ehefrau, die Töchter oder Schwiegertöchter“ (vgl. StBA 1998, S. 77). 1996 erhielten in Deutschland etwa 1,7 Millionen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung, rd. 1,26 Millionen davon als ambulante Versorgungsempfänger. Wenn das oben skizzierte Gewicht der professionellen und familiären Betreuung in Rechnung gestellt wird, kann zurückgeschlossen werden, das etwa 900.000 Pflegebedürftige durch häusliches Pflegeengagement betreut werden.

Das private, häusliche Pflegeengagement wird in Deutschland durch die seit dem 1.4.1995 wirkende Pflegeversicherung unterstützt. Pflegende Angehörige, Nachbarn oder Bekannte können für Leistungen bei der Pflege zwischen 400,- (Pflegestufe 1) und 1.300,- DM (Pflegestufe 3) erhalten; zusätzlich zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Während in vielen Bereichen noch über neue Wege zur Förderung von ehrenamtlichem, freiwilligem oder familiärem Engagement nachgedacht wird, hat die Pflegeversicherung bereits Fakten geschaffen.

Im Hinblick auf die Zukunft der Arbeit und auf die Finanzierungsprobleme des Sozialstaats kann aus den bisher vorliegenden Erfahrungen mit dem häuslichen Engagement im Pflegebereich folgendes zurückgeschlossen werden: Das häusliche Engagement ist eine willkommene und unerläßliche Ressource zur Befriedigung von gesundheitsbezogenen Bedürfnissen. Seine Stärken liegen vor allem in der Komplementarität zu professionellen Angeboten. Viele Familien, die Pflegeleistungen für ihre Pflegeaktivitäten bezogen haben, sind hierzu auch durch die Finanztransfers aus der Pflegeversicherung animiert worden; die hohen Belastungen und inhaltlichen Anforderungen lassen jedoch das Interesse an Unterstützung durch ambulante-pflegerische

organisationen; Beschäftigte in den Unterstützungseinrichtungen für Selbsthilfe; die für Selbsthilfeförderung zuständigen Kräfte bei den kommunalen Gesundheitsämtern; MitarbeiterInnen in Wohlfahrtsverbänden, die sich um die Entwicklung der Selbsthilfe kümmern; Beschäftigungseffekte, die durch Nachfrage von Selbsthilfegruppen oder -organisationen entstehen.

In einzelnen Orten liegen die Beschäftigungseffekte von Selbsthilfe (im oben beschriebenen Sinne) deutlich über der angegebenen „Daumenpeilung“; für die Verwaltungs- und Studentenstadt Münster mit 280.000 Einwohnern kann etwa mit mindestens 100 Personen gerechnet werden. Auf der anderen Seite gibt es auch viele ländliche Regionen, in denen zwar Selbsthilfeaktivitäten zu beobachten sind, diese aber vergleichsweise selten reguläre Beschäftigung nach sich gezogen haben.

18 Einen Überblick liefern Naegele/Reichert (1997).

Dienste wachsen, was sich mittlerweile auch im Antragsverhalten bei den Pflegeversicherungen niederschlägt. Es ist also zukünftig weder mit einem weiteren Ausbau der familiären Pflegeaktivitäten noch mit einem signifikanten Beitrag zum Einsparen von Arbeitsplätzen durch solche Leistungen zu rechnen.

In der Gesamtschau zeigt sich, daß Stärkung von Selbsthilfe und gemeinschaftlichen Versorgungswegen ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung sein kann: Hoffnungen, auf diese Weise die Sozial- und Gesundheitskosten senken zu können, scheinen jedoch verfehlt zu sein. Eher trifft das Gegenteil zu: Die aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen wünschenswerte Aktivierung und Unterstützung von Selbsthilfe und gemeinschaftlichen Versorgungswegen erfordert ihrerseits einen Zuwachs an Ressourcen. Allerdings muß der dafür notwendige Manövrierspielraum keineswegs zwingend zu zusätzlichen Belastungen für die öffentlichen und halböffentlichen Kassen führen. Zum einen bestehen im traditionellen Gesundheitssystem Hoffnungen auf Produktivitätsfortschritte, mit deren Hilfe dann entsprechende Leistungen finanziert werden können; zum anderen ist wahrscheinlich, daß qualitätsbewußte professionelle Dienstleister auch verstärkt dazu übergehen werden, die Kooperation mit gemeinschaftlichen Angeboten zu suchen. Wichtige wäre, daß öffentliche Politik die Anreize so setzt, daß das entsprechende Interesse bei den professionellen Diensten diesbezüglich so schnell wie möglich erwacht.

3.4 Mobilisierung zusätzlicher privater Nachfrage nach Gesundheit und Sozialem

Die Hoffnung auf die Machbarkeit eines solchen Ansatzes stützt sich vor allem darauf, daß neue Gesundheitsprodukte und soziale Dienstleistungen für eine wachsende Zahl von Verbrauchern so attraktiv sein werden, daß sie in zunehmendem Maße dazu bereit sein werden, diese als private Wahlleistungen zu beziehen, ergänzend – und manchmal auch alternativ – zu den öffentlich bzw. halböffentlich verbrieften Leistungsangeboten. Anschub für ein steigendes Interesse, für Gesundheit und Soziales mehr Geld auszugeben, wird zum einen vom medizinischen Fortschritt und zum anderen davon erwartet, daß in Zukunft mit einem Bedeutungsgewinn bei solchen Produkten und Dienstleistungen zu rechnen ist, die sich auf der Schnittmenge von Gesundheit und Sozialem auf der einen Seite und Freizeit, Sport, Nahrung und Genuß auf der anderen bewegen.

In Deutschland wird die gesundheitspolitische Debatte so geführt, als sei die Entwicklung der Medizin und Gesundheitswissenschaften bereits weitgehend abgeschlossen und es gelte nur noch, das verfügbare Wissen besser anzuwenden. Der Blick in die Forschung und Entwicklung vermittelt jedoch ein anderes Bild. In einschlägigen Disziplinen und Projekten wird sehr engagiert geforscht und entwickelt, und es ist damit zu rechnen, daß in etlichen Bereichen in den nächsten Jahren große Erfolge gelingen. Wichtige Beiträge für aufsehenerregende Durchbrüche werden etwa in den bislang von der in Deutschland stark kurativ geprägten Medizin vernachlässigten Bereichen Prävention und Rehabilitation entstehen.

Bei der Prävention wird bislang vor allem darüber debattiert, wie krankmachende soziale Umwelteinflüsse (im Alltag wie im Betrieb) reduziert und riskante individuelle Lebensstile geändert werden können. In Zukunft wird dieser Ansatzpunkt nicht überflüssig werden, aber es kann viel zielgenauer und personenbezogener vorgegangen werden als bislang. Ursache dafür ist, daß die moderne Molekularbiologie immer besser dazu in der Lage sein wird, mögliche Risikopotentiale einzelner Personen zu identifizieren (vgl. Hilgers/Hoffmann 1995). Bislang stehen diese beiden Vorgehensweisen noch recht unverbunden nebeneinander; vermutlich werden die wachsenden diagnostischen Möglichkeiten den verhaltensorientierten Ansätzen Aufschwung geben und den einzelnen zu mehr (ggf. auch finanziellem) Engagement motivieren.

In der Rehabilitation hingegen bietet die Verknüpfung zu technologieorientierten Disziplinen eine große Chance. Dies gilt z. B. für die Entwicklung von Implantaten, die bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (künstliche Adern), bei Verlust oder Beschädigung von Knochen und Muskeln (Prothesen) oder bei neuronalen Erkrankungen (Überbrückung von getrennten Nervenbahnen) genutzt werden. Um deren Funktions- und Körperverträglichkeit zu verbessern, wird intensiv an der Kombination von neuen Materialien und körpereigenem Gewebe gearbeitet. Dies erfordert enge Zusammenarbeit mit den Disziplinen Mechanik, Physik und Biochemie. Aber auch die Informations- und Kommunikationstechnologie stellt ein wichtiges Element in der Rehabilitation dar. Sie leistet nicht nur wichtige Dienste bei der Einstellung und Anpassung von Prothesen oder Trainingsgeräten, sondern ermöglicht dem Patienten auch, die Nachsorge- und Rehabilitationsphase in die eigenen vier Wände zu verlegen.

Anhand der Bereiche Prävention und Rehabilitation wird deutlich, daß die Phase für spektakuläre Durchbrüche nicht vorbei sein muß. Ganz im Gegenteil: Die Kombination unterschiedlicher Gesundheitsbereiche sowie ihre Verknüpfung zu anderen Forschungsdisziplinen eröffnen neue Forschungs- und Anwendungsperspektiven, die private Nachfrage und Wachstum im Gesundheitssektor aktivieren können.

Synergetisches Potential mit Nachbarbranchen besteht vor allem im Hinblick auf die Bereiche Freizeit und Tourismus, Sport, Nahrung und Genuß, Wohnen, Kommunikation und Sicherheit. In allen Fällen ist es so, daß einzelne Anbieter in die bisherigen Produkte und Dienstleistungen dieser Branchen gesundheitsbezogene Komponenten einbauen. Es besteht die Hoffnung, dadurch sowohl die Ausgangsprodukte als auch die Sozial- und Gesundheitsangebote attraktiver zu gestalten, auch und gerade für private Zahler. Die Merkmale solcher Synergiestrategien können hier jetzt nicht für jeden der angesprochenen Bereiche dargelegt werden. Aus diesem Grunde erfolgt jetzt die Skizze des Bereichs „Service Wohnen“, der exemplarisch umrissen werden soll.

Service Wohnen bedeutet, daß ergänzend zur (Miet-)Wohnung begleitend Dienstleistungen angeboten werden. Sie reichen von Notruf-, Informations- und Kommunikationsangeboten über Einkaufs-, Reinigungs-, und Mahlzeitendiensten bis hin zu gesundheitsbezogenen Angeboten, die im Ernstfall sogar den nochmaligen Umzug in ein Alten- und Pflegeheim überflüssig machen können. In Pilotprojekten wird mittlerweile sogar versucht, Service Wohnen mit Hilfe der modernen Telekommunikation anspruchsvoller und attraktiver zu machen. Über Bild- und Fernsehtelefone werden etwa in Bielefeld alte Menschen aktiviert und kommunikativ betreut; darüber

hinaus werden ihnen mit Hilfe dieser Technik Dienstleistungen vermittelt (z. B. Fußpflege, Menübringdienste).¹⁹ Solche Angebote bewegen sich zwar im Stadium von Pilotversuchen; die wissenschaftliche Begleitung zeigt jedoch, daß es eine realistische Perspektive für reguläre Angebote gibt. Zuversichtlich stimmen auch die Erkenntnisse „konventioneller“ (also nicht telekommunikationsgestützter) Service-Wohnprojekte von Wohnungswirtschaftsunternehmen (vgl. Berendt 1997).

In den Zusammenhang mit der Mobilisierung zusätzlicher (nicht öffentlicher und halböffentlicher) Ressourcen gehört auch die Chance, ausländische Kunden für deutsche Angebote zu gewinnen. Generell hat sich der internationale Dienstleistungstransfer in dieser Branche in Europa in den letzten Jahren beschleunigt, was sich etwa in der wachsenden Nachfrage italienischer Kunden nach französischen Angeboten niederschlägt. Und auch deutsche Krankenhäuser bemühen sich verstärkt um Kunden aus dem Ausland.

Seit 1998 arbeitet ein Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland, dem rund 85 Kliniken (etwa die Charité aus Berlin oder das Herzzentrum Leipzig) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten angehören. Das Kuratorium bemüht sich etwa gezielt um Verträge mit ausländischen Krankenkassen, auf deren Grundlage dann Patienten in Deutschland versorgt werden sollen. „Diese Kliniken dürften in den nächsten Jahren fünf bis zehn Prozent ihrer Betten durch Ausländer auslasten“, schätzt Dieter Thomae, der Vorstandsvorsitzende des Kuratoriums (Wirtschaftswoche 14.01.99).

Unter dem Strich bleibt festzuhalten, daß es durchaus Anknüpfungspunkte gibt, zusätzliche private Mittel für Gesundheit und Soziales zu mobilisieren. Für diese These sprechen auch Daten aus dem internationalen Vergleich. Hieraus geht hervor, daß in Deutschland bislang Selbstzahlungen für Gesundheitsdienstleistungen durchaus unterdurchschnittlich ausgeprägt sind. Dies gilt im übrigen auch im Vergleich mit einigen Ländern (Schweden, Schweiz, Frankreich), die für eine anspruchsvolle und staatlich garantierte Gesundheitssicherung bekannt sind.

Wenn in Zukunft verstärkt zusätzliche private Mittel für Gesundheit und Soziales mobilisiert werden sollen, bedeutet dies mehr Werbung und mehr Wettbewerb. Letzterer kann dazu beitragen, daß auch die Leistungsangebote aus den bisherigen (öffentlich und halböffentlich finanzierten) Produktbereichen preiswerter und besser werden. Zusätzliche private Mittel könnten dann sogar dazu beitragen, die Versorgung selbst für sozial schwache Bürger zu verbessern. Gleichwohl wirft die Strategie, zu-

19 Das Bielefelder Projekt firmiert unter dem Namen „inKontakt – Teleservice für Senioren“ und wird gemeinsam mit dem Ev. Johanneswerk und der Berkom Deutsche Telekom durchgeführt. Es setzt viele Komponenten des Konzepts vom „Virtuellen Altenheim“ um, das Mitte der neunziger Jahre vom Institut Arbeit und Technik (Gelsenkirchen) und empirica (Bonn) entwickelt wurde. Das Virtuelle Altenheim ist ein Leitbild zur Unterstützung älterer Menschen in ihren eigenen Wohnungen. Das Leistungsspektrum ist an dem der besten Altenheime orientiert. Die Leistungen, die „vor Ort“ in den einzelnen Privathaushalten erbracht werden, werden durch eine Zentrale koordiniert, die als Ansprechstelle für Dienstleistungswünsche, Informations- und Beratungsbedarf usw. fungiert. Außerdem übernimmt die Zentrale kommunikative Aufgaben und unterstützt die Bildung/Stärkung sozialer Netzwerke (vgl. Hilbert/Bußmann 1996).

sätzliche private Mittel zu mobilisieren, Probleme auf. Sie ist nämlich anfällig für den Vorwurf, nicht für alle eine gleiche Gesundheitsversorgung garantieren zu können. Vermutlich wird die einzig mögliche Antwort auf dieses Problem sein, ein relativ hohes Mindestsicherungsniveau zu definieren und gleichzeitig einen Mechanismus zu finden, dieses auf anspruchsvolle Weise zu dynamisieren.

Tab. 7: Bedeutung und Entwicklung von Selbstzahlungen im internationalen Vergleich (in Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit)

Land	1980	1994	80/94
B	14,3	17,8	1,6
D	-	11,7	-
D-W	10,2	12,5	1,5
D-O	-	6,7	-
DK	10,4	11,4	0,7
E	16,3	13,6	-1,3
F	14,3	17,0	1,2
GR	20,5	18,2	-0,9
I	20,9	22,3	0,5
IRL	13,4	15,3	1,0
L	21,3	19,2	-0,7
NL	-	7,3	-
P	26,1	17,3	-2,9
UK	10,8	15,8	2,8
EU	14,1	15,5	0,6
A	-	14,0	-
CAN	16,7	12,6	-2,0
CH	25,1	19,5	-1,8
J	27,6	17,2	-3,3
S	10,4	13,6	1,9
USA	26,4	17,6	-2,8
ALL	-	16,7	-
SV*	-	15,1	-

*SV = die Gruppe der acht Sozialversicherungsländer (Belgien, Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Japan, Niederlande, Luxemburg, Österreich, Schweiz)

Quelle: Schneider et al. (1998, S. 127)

Last, but not least wird der Erfolg oder Mißerfolg einer sich stärker eigendynamisch entwickelnden Sozial- und Gesundheitswirtschaft auch von der Dienstleistungskultur der in diesem Sektor Beschäftigten abhängen. Wenn ihnen der soziale Gehalt ihrer Tätigkeiten bewußt bleibt und sie im Zweifelsfall die Kundenorientierung und eine langfristige Kundenbindung ernster nehmen als den schnellen Umsatz, wäre schon viel gewonnen. „Je mehr gesellschaftliche Umverteilung und individuelle Verteilung von Lebensgestaltungsressourcen im biographischen Verlauf über den Markt, insbe-

sondere über den Geldmarkt sowie über Vermögensbildungs- und private Vorsorgeprozesse laufen, desto mehr soziale Verantwortung kommt den Dienstleistungsbeschäftigten zu“ (vgl. Baethge 1996, S. 28).

3.5 Zwischenresümee

Wahrscheinlich wird keiner der vier angesprochenen Ansatzpunkte zur Zukunft von Gesundheit und Soziales – Kürzung der öffentlichen und halböffentlichen Gesundheitsausgaben, Produktivitätssteigerung, Aktivierung unentgeltlicher Leistungen, Mobilisierung zusätzlicher (privater) Mittel – in „Reinkultur“ umgesetzt werden können. Es ist vielmehr damit zu rechnen, daß die unterschiedlichen Vorgehensweisen parallel praktiziert werden. Bislang stehen sie in den politischen Debatten oft unverbunden nebeneinander oder werden sogar als unvereinbar angesehen. Unsere vorstehende Diskussion der verschiedenen Perspektiven legt jedoch keineswegs nahe, daß ihr Verhältnis substitutiv ist – im Gegenteil: Insbesondere Strategien der Produktivitätssteigerung lassen sich in hervorragender Weise mit freiwilligem, ehrenamtlichem und gemeinschaftlichem Engagement verbinden und sind auch eine wichtige Voraussetzung dafür, daß die Hoffnungen auf die Mobilisierung zusätzlicher privater Mittel Realität werden können.

4. Ökologische Modernisierungspotentiale

Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Entwicklungstrends der Branchen Gesundheit und Soziales werfen Fragen nach den ökologischen Implikationen und Konsequenzen eines weiteren Wachstums auf: „Von Seiten der Gesundheitsberufe steht eine systematische Aufarbeitung und inhaltliche Diskussion über Möglichkeiten und Umsetzung der Agenda 21 noch aus“ (vgl. Moebus/Fehr 1999, S. 144). Wie Ernst Ulrich von Weizsäcker vom Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie konstatiert, zählt das derzeitige Gesundheitswesen zu den größten Energie- und Umweltverbrauchern in der Bundesrepublik. Seine Empfehlung lautet: „Der erste Ansatzpunkt für eine zukunftsfähige Medizin bestünde darin, dafür zu sorgen, daß in Krankenhäusern weniger weggeworfen, mehr wiederverwendet wird, viel weniger Energie verbraucht wird“ (vgl. von Weizsäcker 1996, S. 22f.). Daran schließt sich die Frage an, welche Auswirkungen mit einem weiteren Wachstum der Gesundheits- und Sozialwirtschaft auf deren Ökobilanz zu erwarten sind und wie ein ressourcenschonendes, nachhaltiges Wirtschaften im Gesundheitswesen möglich ist.

Mit vielleicht noch größerer Dringlichkeit stellt sich unter beschäftigungspolitischer Perspektive jedoch die Frage in bezug auf eine mögliche ökologische Modernisierung der Produkte und Dienstleistungen dieser Branchen. Hier ist vor allem der Aspekt der Lebensqualität von besonderer Bedeutung: Besteht die Möglichkeit, durch eine ökologische Modernisierung die Qualität und Attraktivität der Gesundheitsdienstleistungen zu steigern – und damit zusätzliche Nachfrage zu aktivieren? Ist es darüber hinaus möglich, durch umweltorientierte Verfahren betriebswirtschaftliche Kosten zu senken, oder bleibt der traditionelle Zielkonflikt zwischen Ökologie und Ökonomie erhalten?²⁰

Im folgenden werden exemplarische Modellprojekte und Initiativen zur ökologischen Modernisierung – vor allem im Krankenhaussektor – vorgestellt sowie erste Konturen einer ökologischen Modernisierungsstrategie in den Bereichen Gesundheit und Soziales skizziert. Da die Forschung zu diesen Themenkomplexen nach wie vor in den Kinderschuhen steckt und mit diesen Überlegungen gewissermaßen Neuland betreten wird, sind die folgenden Ausführungen als erste Markierungen eines weiten Feldes zu lesen.

Vor dem Hintergrund der anhaltenden und weiter zunehmenden Finanzierungsprobleme im Gesundheits- und Sozialwesen wird leicht ersichtlich, daß den Fragen der Ökologie zumeist geringes Gewicht beigemessen wird. Im folgenden Kapitel wird dennoch nach Ansatzpunkten gesucht, die dazu beitragen können, ökonomische und ökologische Zielkonflikte in der Gesundheitswirtschaft zu entschärfen. Dazu ist von

20 Im Hinblick auf Ökonomie und Ökologie im Gesundheitswesen ist noch eine weitere Dimension von Bedeutung: Neben ökonomischen Effizienzkriterien und ökologischen Aspekten spielen Anforderungen an die hygienische Sicherheit in medizinischen Einrichtungen eine nicht unwesentliche Rolle, und die Verfolgung eines Ziels geht oftmals auf Kosten der anderen.

den Institutionen und Organisationen der Gesundheitswirtschaft jedoch eine konsequente Modernisierungsstrategie zu verfolgen, die eine angemessene Patientenversorgung als oberste Zielvorgabe nicht aus den Augen verlieren darf.

Projekte und Initiativen

Verschiedene Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens, vor allem Krankenhäuser und Kliniken, haben sich derzeit vornehmlich mit folgenden umweltrelevanten Fragestellungen auseinanderzusetzen:

- Einsatz umweltschonender Technologien,
- Abfallvermeidung und Abfallwirtschaft,
- Ressourceneinsparung (Energie, Wasser),
- Optimierung von Prozeßabläufen,
- Bewertung der Umweltverträglichkeit von Produkten.

Es bietet sich m. E. an, die Vielzahl der umweltrelevanten Aspekte zu einer einheitlichen „Umweltpolitik“ zu bündeln. Da im Krankenhaus über verschiedene Fachbereiche und Prozeßketten hinweg ökologische Fragestellungen auftreten, ist es notwendig, die einzelnen umweltpolitischen Maßnahmen aufeinander abzustimmen und in ein einheitliches Umweltkonzept zu integrieren.

Öko-Audit im Krankenhaus

Erste Ansätze eines integrierten Umweltmanagements im Krankenhaus werden derzeit in diversen Modellprojekten erprobt. Der überwiegende Teil entsprechender Initiativen und Projekte orientiert sich an der EG-Öko-Audit-Verordnung von 1993, die vorrangig der Idee der nachhaltigen Entwicklung („*sustainable development*“) verpflichtet ist. Zentrales Ziel der Verordnung ist es, vorsorgende und präventive Lösungsansätze zu fördern und den Umweltschutz als permanente Managementaufgabe zu etablieren.

Eine besondere Betonung wird dabei auf die Eigenverantwortung der Unternehmen für den betrieblichen Umweltschutz gelegt. Es besteht die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis an einem gemeinschaftlichen System des Umweltmanagements teilzunehmen sowie auf der Grundlage einer Umweltbetriebsprüfung das Öko-Audit-Zertifikat der Europäischen Union zu erlangen. Die Vorteile eines permanenten Umweltmanagements im Sinne der Öko-Audit-Verordnung für Krankenhäuser und Kliniken liegen in der Möglichkeit zur:

- Senkung des Risikos von Stör- und Unfällen,
- Identifizierung von Einsparpotentialen,
- Verminderung von Haftungsrisiken,
- Gewährleistung von Rechtssicherheit,
- Sicherung von Wettbewerbsvorteilen.

Benchmarking in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft

In einem bundesweiten Benchmarking-Verfahren wurde vom Referat Umwelt & Ökologie der Fachvereinigung Krankenhaustechnik 1998 auf Basis einer Erhebung von Abfall- und Leistungsdaten der teilnehmenden Krankenhäuser das „abfallärmste Krankenhaus“ ermittelt. Zur Bewertung wurden die Kriterien Abfallmenge, Pflege- und Verwertungsanteil herangezogen und in Relation zur Versorgungsleistung des Krankenhauses gesetzt. Der überbetriebliche Vergleich in Form eines standardisierten Benchmarking ermöglicht es den teilnehmenden Krankenhäusern, ökologische und ökonomische Schwachstellen zu erkennen und entsprechende Veränderungen in die Wege zu leiten. In der Ergebnisdokumentation heißt es hierzu: „Transparenz schaffen und Handlungsmöglichkeiten erkennen ist unter dem Kostendruck im Gesundheitswesen zum Tagesgeschäft des Betriebsbeauftragten für Abfall geworden. Insbesondere für Bilanzen und Konzepte sowie für den eigenen Jahresbericht müssen die Zahlen und Daten sowieso zur Verfügung stehen – warum sich also nicht mit anderen Gleichgesinnten austauschen und Mengen sowie Kosten vergleichen. Das Benchmarking ist heute ein übliches Instrument zum Erkennen eigener Schwachstellen“ (vgl. Referat Umwelt & Ökologie 1998, S. 3f.).

Das Benchmarking-Verfahren bietet sich nicht nur für den engen Bereich des Umweltschutzes an, im Gegenteil: Es gewinnt seine besondere Bedeutung dadurch, daß es in Kombination mit anderen Meßgrößen – wie etwa der Prozeßqualität, der Kundenorientierung oder der wirtschaftlichen Effizienz – zum Bestandteil einer umfassenden Modernisierungsstrategie weiterentwickelt werden kann. Als ein Konzept, das durch den Vergleich von Einrichtungen und Institutionen „beste Ideen und Lösungen“ für die Erledigung von Aufgaben identifizieren soll, stellt das Benchmarking bislang vor allem Qualitätsaspekte in den Mittelpunkt, ist aber konzeptionell für die Ergänzung um ökologische Komponenten offen. Der Vergleich soll sowohl Anregungen für Verbesserungsmöglichkeiten schaffen als auch einen Wettbewerb um beste Lösungen initiieren. Es bietet sich an, schon bestehende Benchmarking-Projekte in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft um ökologische Fragestellungen zu erweitern. Wenn es gelingt, Qualität und Ökologie konzeptionell unter dem Aspekt „Lebensqualität“ zusammenzubringen, liegen damit auch Ansatzpunkte einer tragfähigen Marketingstrategie für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft vor.

Das Benchmarking-Verfahren als Instrument des Qualitätsmanagements in der Seniorenwirtschaft wird gegenwärtig vom Institut Arbeit und Technik in Kooperation mit dem Seniorenwirtschaftszentrum Gelsenkirchen erprobt. Bislang zählen ökologische Aspekte zwar nicht zum Kern des Benchmarking, es lassen sich aber durch die Maßnahmen zur Optimierung des Ressourceneinsatzes auch ökologisch sinnvolle Effekte erzielen (vgl. Bandemer et al. 1999).

Unter ökologischen Gesichtspunkten spielen neben dem Krankenhaussektor auch der wachsende Bereich der ambulanten Pflegedienste sowie die gesundheitliche Selbsthilfe eine nicht unwesentliche Rolle. Wie die Erfahrungen aus ersten Benchmarking-Projekten im Bereich der ambulanten Pflegedienste zeigen, bestehen hinsichtlich der Logistiksysteme gravierende Unterschiede. Unter vergleichbaren Bedingungen realisieren die ambulanten Pflegedienste verschiedene Formen der Wege- und

Einsatzplanung. Intelligente Logistiksysteme können dazu beitragen, überflüssige, doppelte Wege zu vermeiden. Erste systematische Vergleiche verschiedener Pflegedienste haben gezeigt, daß durch den Einsatz intelligenter Logistiksysteme Wegekosten gesenkt und ökologische Belastungen reduziert werden können. Die Forschung steht hier jedoch, ebenso wie im Bereich der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe, noch am Anfang.

Projekte: Ökologie im Krankenhaus

Daß sich der betriebliche Umweltschutz auch für Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft auch in ökonomischer Hinsicht auszahlen kann, zeigt das seit 1994 bestehende Projekt „Ökologie im Krankenhaus“ der Stadt Essen. Im Rahmen des als „Essener Modell“ bekanntgewordenen Projekts wurden im Zeitraum zwischen 1994 und 1996 zehn naturwissenschaftliche Fachkräfte zu Krankenhausökologen weiterqualifiziert. In einer „Konzertierten Aktion“ der AOK Rheinland, des Bildungswerks der Wirtschaft e.V., des örtlichen Arbeitsamts sowie der in Essen ansässigen Krankenhäuser konnte arbeitslosen Akademikern die Umschulung zum Krankenhausökologen ermöglicht werden, dessen Aufgabe es sein wird, die umweltschutzbezogenen Aktivitäten des Krankenhauses bereichs- und abteilungsübergreifend zu koordinieren. Vorausgegangen war dieser Initiative 1991 die Einrichtung der bundesweit ersten Stelle eines umweltschutzbeauftragten Arztes im evangelischen Bethesda Krankenhaus (Essen). Auf kommunaler Ebene besteht in Essen heute ein engmaschiges ökologisch orientiertes Netzwerk, das umweltrelevanten Fragestellungen im Gesundheitswesen nachgeht und an innovativen und praktikablen Lösungsansätzen arbeitet (vgl. Meuser et al. 1996).

Einen weiteren institutionellen Niederschlag findet der Umweltschutz in den einschlägigen Landesarbeitsgruppen der regionalen Krankenhausgesellschaften. Die Bayerische Krankenhausgesellschaft etwa hat 1992 mit dem Arbeitskreis „Umweltschutz im Krankenhaus“ eine dauerhafte Einrichtung geschaffen, die dem Ziel verpflichtet ist, ökologische und ökonomische Ziele im Krankenhausbereich in Einklang zu bringen. Verschiedene Arbeitskreise befassen sich mit den Themen Küche, Labor, alternative Einmalmaterialien, umweltorientierte Reinigung und Desinfektion, Umweltmanagement und Vermeidungspotentiale im Bereich von Krankenhausabfällen sowie Energieversorgung.

Im Bereich des Umweltschutzes hebt sich auch die Hamburger Krankenhausgesellschaft in besonderem Maße hervor. Als Initiatorin und Veranstalterin der „Umwelttage im Krankenhaus“ hat sie sich im Bereich des Umweltschutzes über die Hamburger Stadtgrenzen hinaus einen Namen gemacht. Mit dem derzeitigen Projekt „Bundesweite Kooperation zur ökologischen Produktbewertung“ strebt die Hamburger Krankenhausgesellschaft die Knüpfung eines überregionalen Netzwerks zur Bewertung der Umweltverträglichkeit von Medical-Produkten an. Seit Januar 1999 befaßt sich dieses Projekt mit der Konzeption von Kriterien zur Bewertung der Umweltverträglichkeit von Medical-Produkten, um den Umweltbeauftragten der Krankenhäuser und Kliniken die Bewertung verschiedener Produkte unter ökologischen Gesichtspunkten zu erleichtern. Ziel des Projekts ist die Erstellung und Veröffentlichung ei-

ner bundesweit einheitlichen Einkaufsliste, die sowohl über die ökologische Verträglichkeit der Produkte informiert als auch den Produzenten medizinischer Produkte konkrete Richtlinien zur Verfügung stellt. Und wie es in einer Pressemitteilung heißt: „Bei diesem Projekt geht es nicht nur um Ökologie. Alle Beteiligten versprechen sich davon auch wirtschaftliche Vorteile.“

Ansatzpunkte einer ökologischen Modernisierungsstrategie im Krankenhaus

Aus den Erfahrungen der ersten Modellprojekte und Initiativen lassen sich erste Ansatzpunkte für eine ökologische Modernisierungsstrategie ableiten (ohne dabei jedoch den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben):

- *Optimierung der Ver- und Entsorgungsströme:* Die Ökologisierung von Gesundheitseinrichtungen ist ein längerfristiger Prozeß. So lassen sich etwa ökologische Versorgungssysteme (z. B. im Küchenbereich) nicht von heute auf morgen realisieren, da sie auch auf große Vorleistungen Dritter (Landwirtschaft und Verarbeitung) angewiesen sind, was im übrigen auch für viele Bereiche der Ver- und Entsorgung zutrifft. Deswegen sind nachhaltige Schritte zur Ökologisierung nur in Zusammenarbeit mit Zulieferern aus vorgelagerten Branchen und Logistikdienstleistern zu realisieren.
- *Motivation und Aufklärung:* Um ökologische Ziele im Krankenhaus dauerhaft zu verankern, ist die Schulung und Motivierung der Mitarbeiter notwendig. Durch Workshops, Umweltschutztage, Umweltzeitschriften oder Umweltschutzberichte läßt sich die Sensibilität für ökologische Belange schärfen und die Kreativität und Initiative der Mitarbeiter diesbezüglich mobilisieren. Den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen muß durch gezielte Aufklärung die Angst genommen werden, die Kosten der Leistungserstellung würden durch Umweltschutzmaßnahmen in die Höhe getrieben.
- *Modernisierung der Ausbildung:* Notwendig ist die Förderung von Ausbildungsmodellen, in denen der Umweltschutz einen gebührenden Stellenwert erhält. Umweltrelevante Aspekte müssen verstärkt in die Aus- und Weiterbildungsinhalte Eingang finden.
- *Leitbild- und Strategieentwicklung:* Auf betrieblicher Ebene ist die Entwicklung umweltschutzorientierter, bereichsübergreifender Zielvorgaben notwendig. Eine auf langfristige Sicht angelegte Strategie, die als Orientierungsrahmen dienen kann, unterstützt die tägliche Routine und lenkt die Aufmerksamkeit auf umweltrelevante Fragestellungen. Da sich Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen in Zukunft wahrscheinlich nicht mehr nur an kurativer Medizin, sondern auch an Prävention und Lebensqualität orientieren werden, bieten sich auch für die Förderung umweltverträglicher, ressourcenschonender Produktions- und Dienstleistungsprozesse neue Chancen.

5. Zukunftsaussichten und Gestaltungspfade

Im Hinblick auf die Zukunft der Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen können wir auf Basis der vorstehenden Diskussion einige Rückschlüsse ziehen, die eher qualitativer Art sind. Zum anderen sollen Erkenntnisse über die Zukunftsperspektiven der Arbeit skizziert werden, die auf quantitativen Szenarien beruhen.

5.1 Qualitative Rückschlüsse

Als wichtige Rückschlüsse aus den vorstehend skizzierten Entwicklungstrends zeichnen sich u. a. ab:

- Das Sozial- und Gesundheitswesen wird in den gängigen Standortdebatten gewöhnlich als eine Last für Wirtschaft und Gesellschaft behandelt. Die hohe Bedeutung für den Arbeitsmarkt, die Lebensqualität und für die vorgelagerten und benachbarten Branchen rechtfertigen es jedoch, die Chancen dieses Bereichs stärker zu betonen. Dies ist zum einen eine Herausforderung für die Wirtschafts- und Sozialpolitik, aber auch eine Anforderung an Sozial- und Gesundheitsdienstleister selbst, der sie bislang nur unzureichend nachgekommen sind.
- Über Reformmöglichkeiten in der beruflichen Bildung in den Sozial- und Gesundheitsberufen wird seit geraumer Zeit heftig und diskutiert, blieb aber weitgehend ohne Konsequenzen. Dabei geht es im wesentlichen darum, ob und wie die Ausbildung im Kranken- und Altenpflegebereich integriert werden kann. Leider wird in den entsprechenden Auseinandersetzungen häufig übersehen, daß immer weitergehende Chancen und Herausforderungen auf die Sozial- und Gesundheitsberufe zukommen, etwa Kenntnisse im Bereich der Telekommunikation, des Marketings oder auch über benachbarte Wissensgebiete (Leistungsphysiologie, Ernährung, Lebensführung). Hilbert/Scharfenorth (1997) schlagen deshalb vor, im Sozial- und Gesundheitswesen ein weiteres Berufsbild für den Sozial- und Gesundheitsbereich zu etablieren; die „Fachkraft für gesundes Leben“ soll die angesprochenen Fähigkeiten zusammenfassen und könnte viele der Klein- und Kleinstberufe integrieren, die bislang neben den Pflegeberufen existieren.
- Der Sozial- und Gesundheitsbereich ist ein Branche, in der ehrenamtliche, freiwillige und gemeinschaftsbezogene Arbeit eine große Bedeutung haben. Entsprechendes Engagement ist für die Qualität der Versorgung von hoher Bedeutung; und es wird zur Recht darüber debattiert, neue Wege zu finden, um entsprechende Aktivitäten weiter zu fördern. Gleichwohl scheint es problematisch, den Sektor Gesundheit und Soziales als einen bevorzugten Arbeitsbereich für (öffentlich subventionierte) Arbeit von vormaligen Sozialhilfeempfängern oder Langzeitarbeitslosen anzusehen. Die Qualifikationsanforderungen und auch die Anforderungen an die Persönlichkeit der im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Men-

schen sind so spezifisch, daß sie allenfalls von einem kleinen Teil der in Frage kommenden Langzeitarbeitslosen und Sozialhilfeempfänger eingelöst werden können.²¹

- In der Sozial- und Gesundheitswirtschaft wird daran gearbeitet, mit neuen Dienstleistungskonzepten effizienter zu werden. Oft wird dieses gleichgesetzt mit dem Versuch, die Arbeitsteilung zu erhöhen und das medizinisch-pflegerisch qualifizierte Fachpersonal nur noch für die medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten im engeren Sinne einzusetzen. Ein solches Vorgehen läuft Gefahr, die bislang überdurchschnittlich hohe Motivation und Einsatzbereitschaft der Beschäftigten zu unterhöheln, die ja oftmals gerade auf einer ganzheitlichen Aufgabenerfüllung beruht. Steigende Arbeitsteilung, sinkende Motivation, hohe Belastungen, unterdurchschnittliche Löhne – das Zusammenspiel dieser Negativfaktoren könnte mittelfristig dazu führen, daß weniger Menschen bereit sind, in den Gesundheits- und Sozialberufen zu arbeiten; in den Niederlanden gibt es bereits heute gravierende Personalrekrutierungsprobleme (vgl. Hartmann 1999). Um solchen Engpässen vorzubeugen und im Interesse einer besseren Qualität von Diensten für Kunden/Patienten scheint es angebracht, das Niveau von Kooperation und Integration in Zukunft eher zu erhöhen; viele Fachleute plädieren dafür, dabei auch die Kooperations- und Austauschstrukturen zwischen den ärztlich-professionellen und den pflegerischen Berufen zu verbessern.

5.2 Quantitative Szenarien²²

Vor dem Hintergrund der im vorstehenden Kapitel beschriebenen Herausforderungen und Rahmenbedingungen werden seit Jahren Reform- und Erneuerungskonzepte debattiert.²³ Die Vielfalt der Vorschläge läßt sich idealtypisch auf drei Konzepte der Politikgestaltung reduzieren, nämlich

- ein etatistisches Modell, das im Prinzip von einer Status-quo-Entwicklung unter Berücksichtigung bereits erkennbarer Veränderungen ausgeht,
- ein neoliberales Modell, bei dem durch eine strikte Privatisierungs- und Deregulierungsstrategie und einen völligen Rückbau des Sozialstaates eine drastische Rückführung des Staatsanteils am Bruttoinlandsprodukt erreicht werden soll, und
- ein Dienstleistungspolitikmodell, das einerseits anstrebt, daß öffentliche, soziale und gesundheitsbezogene Dienste deutlich produktiver, d. h. billiger und besser

21 Außerdem ergeben sich schwierige Abgrenzungsprobleme zu den Leistungsempfängern, die als pflegende Angehörige, Nachbarn oder Bekannte zwischen 400,- und 1.300,- DM pro Monat (plus Rentenversicherungsbeiträge) von der Pflegeversicherung erhalten.

22 Die folgenden quantitativen Szenarien wurden vom Autor dieses Artikels gemeinsam mit Erika Schulz und Stephan von Bandemer im Jahre 1997 entwickelt. Im Hinblick auf die Trendaussagen sind sie nach wie vor sehr instruktiv, gleichwohl wäre es sinnvoll, die Berechnungen zu aktualisieren; dafür standen im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch keine hinreichenden Ressourcen zur Verfügung. Einen Überblick über die Ausgangsarbeiten liefert Bandemer et al. (1998).

23 Überblicke über die einschlägige wissenschaftliche Debatte liefern Heinze et al. (1988), Bäcker et al. (1995), Badura/Evers (1996), Kaiser et al. (1996), Knappe/Winkler (1997).

werden und so andererseits eine zwar nur moderate, aber dennoch deutliche Verringerung des Staatsanteils bewirkt. Beides zusammen ist eine Grundlage dafür, daß verstärkt private Mittel für die Sozial- und Gesundheitswirtschaft mobilisiert werden können.

Diese drei alternativen Politikkonzepte lassen sich zu Modellen verdichten, die dann eine Abschätzung von Beschäftigungswirkungen ermöglichen.²⁴ Die Modelle setzen sich jeweils aus einer Fülle von Annahmen zusammen (vgl. Bandemer et al. 1998). Konkretisiert für den Zeitraum von Mitte der 90er Jahre bis zum Jahre 2010 werden im folgenden die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale der verschiedenen Modelle überblicksartig skizziert und ihre Entwicklung in Form von Szenarien berechnet:

Im *etatistischen Modell* wird auf der Einnahmenseite mit einer Verschiebung von den direkten zu den indirekten Steuern (realisiert über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer und der Energiesteuer) sowie auf der Ausgabenseite mit einem Subventionsabbau und einer Verringerung der Zahl der Staatsbediensteten gerechnet. Demographisch bedingt steigen die Sozialausgaben, dennoch erhöht sich der Anteil der Sozialbeiträge an den Einkommen aus unselbständiger Arbeit lediglich von 32,4 (Mitte der 90er Jahre) auf 33% im Jahre 2010. Bei einer Rückführung der Staatsverschuldung beträgt die Staatsquote (also der Anteil der Staatsausgaben am Bruttoinlandsprodukt) im Jahr 2010 fast 45% und liegt damit um über 6% unter dem Wert von 1995.

Im *neoliberalen Modell* erfolgt auf der Ausgabenseite ein drastischer Subventionsabbau, eine Reduzierung der Staatsinvestitionen und eine wesentlich stärkere Verringerung der Staatsbediensteten als im etatistischen Modell. Um die Reduzierung der Staatsquote auf 30% zu erreichen, erfolgen darüber hinaus ein Umbau des Sozialsystems mit Privatisierungen etwa bei Kindertageseinrichtungen, Schulen, Hochschulen, Krankenhäusern und weiteren sozialen Einrichtungen sowie Kürzungen der Bundeszuschüsse und der Leistungen der einzelnen Sozialversicherungsträger. Daher können auch die Beitragssätze zu den Sozialversicherungen deutlich reduziert werden. Die Sozialquote (Anteil der Sozialbeiträge am Einkommen aus unselbständiger Arbeit) liegt mit 22% im Jahr 2010 um elf Prozentpunkte unter derjenigen des etatistischen Modells. Des weiteren werden sowohl die Gewinn- als auch die Lohnsteuern gesenkt, was allerdings zu einem größeren Gewicht indirekter Steuern führt. Insgesamt werden der Unternehmenssektor wie die privaten Haushalte geringer belastet.

24 Die im folgenden skizzierten Erkenntnisse für das Basisszenario erfolgten in Anlehnung an Ergebnisse, die 1996 vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung veröffentlicht wurden (DIW 1996). Den Schätzungen des DIW liegt ein Szenarienmodell zugrunde, das sowohl die demographischen Veränderungen als auch gesamtwirtschaftliche Entwicklungstendenzen simultan vorausschätzt. Es ist kein ökonometrisches Modell, sondern besteht aus Modulen, die über ein gesamtwirtschaftliches Kreislaufmodell miteinander verzahnt sind. Ausgehend von den gesamtwirtschaftlichen Rahmendaten für das Basisszenario wurden in Alternativrechnungen mit einem kleineren, aber ähnlich strukturierten Modell die Wirkungen der anderen Politikmodelle sowie die Perspektiven der ausgewählten sozialen Dienste mit Hilfe von spezifischen Kenngrößen und Plausibilitätsannahmen abgeschätzt. Das DIW unterscheidet zwischen einem pessimistischen (Restriktionsmodell) und einem optimistischen Szenario (Integrationsmodell); an letzterem orientiert sich das Basisszenario.

Aufgrund der verringerten Transferzahlungen kommt es jedoch bei letzteren langfristig zu keiner Gesamtentlastung.

Im *Dienstleistungspolitikmodell* gelingt es, die Staatsquote deutlich zurückzuführen, nämlich auf 40%. Allerdings fällt der Rückgang deutlich weniger drastisch aus als im neoliberalen Konzept. Eingeleitet wird dies über eine veränderte Schwerpunktsetzung staatlicher Aktivitäten. Investiert – auch hinsichtlich des Personals – wird vor allem in die Erschließung von Effektivitäts- und Effizienzpotentialen im Verwaltungsbereich sowie in neue wirtschaftliche Aktivitäten. Bei den sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten wird durch ein systematisches und umfassendes Qualitätsmanagement der Kostendruck auf die Leistungserbringung statt auf die Leistungsempfänger kanalisiert; dies führt dazu, daß die Leistungsangebote effektiver und effizienter werden und darüber zusätzliche private Nachfrage angestoßen wird. Verbunden mit der Umstrukturierung staatlicher Aktivitäten ist eine höhere Investitionstätigkeit des Staates. Einen merklichen Unterschied gibt es auch bei den sozialen Leistungen. Im Vergleich zum neoliberalen Modell beträgt die Reduzierung nur rund ein Viertel. Der geringere Abbau der Transferzahlungen an Unternehmen und private Haushalte bewirkt jedoch andererseits, daß die Beitragssätze zur Sozialversicherung und die Belastung mit direkten und indirekten Steuern insgesamt höher ausfallen als im neoliberalen Modell. Veränderungen gibt es ebenfalls in der Steuer- und Sozialpolitik. Auf der staatlichen Einnahmeseite werden die Mehrwert- und Energiesteuern eine größere Rolle spielen, bei den Sozialausgaben wird die Bedeutung der Eigenleistungen zunehmen, was vor allem auch durch die gestiegene Qualität bei gleichzeitig reduzierten Kosten begünstigt wird.

Im *etatistischen Modell* kann dank der zugrundegelegten günstigen weltwirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland ein reales Wirtschaftswachstum von jährlich rund 2,4% bis zum Jahr 2010 erreicht werden. Bei einer Produktivitätssteigerung von rund 1,8% wächst die Beschäftigung jährlich um rund 0,6%. Im Jahr 2010 werden bei dieser Politikvariante rund 37,9 Millionen Personen in Deutschland beschäftigt sein. Dies entspricht einem Zuwachs gegenüber 1995 von rund 3,1 Millionen.

Mit dem *neoliberalen Modell* ist der Wachstumspfad des etatistischen Modells nicht zu erreichen. Der Umbau des Sozialstaates wird nicht friktionslos verlaufen. Insbesondere in Ostdeutschland wird der Abbau der Transferzahlungen an die Unternehmen und privaten Haushalte sowie die Verringerung der Infrastrukturleistungen einen merklichen nachfragedämpfenden Effekt auslösen, der auch durch die Entlastung von Lohnnebenkosten nicht kompensiert werden kann. Die privaten Haushalte müssen einen größeren Teil ihres Einkommens für die Finanzierung von Betreuungs- und Gesundheitsdiensten aufwenden, und sie werden auch ihr privates Vorsorgesparen erhöhen. Dies verändert die Struktur des privaten Verbrauchs, und es steht für die übrigen Verwendungszwecke entsprechend weniger zur Verfügung (der private Verbrauch ist entscheidend für den Inlandsabsatz).

Die Unternehmen werden zwar bei den Lohnnebenkosten entlastet, inwieweit dies jedoch ihre internationale Wettbewerbsfähigkeit stärkt und zu höheren Absatzzahlen führt, hängt davon ab, ob sie im Preis- oder Qualitätswettbewerb stehen. Die meisten deutschen Firmen dürften überwiegend dem Qualitätswettbewerb unterliegen, so daß

sich Preissenkungen für sie nur begrenzt auszahlen. Die Senkung der Lohnnebenkosten führt zu einem relativ beschäftigungswirksameren Wachstumspfad, da die Dämpfung des Lohnkostenanstiegs den Anreiz zu arbeitssparenden Investitionen abschwächt. Damit fällt der Produktivitätsanstieg geringer aus als im etatistischen Modell. Insgesamt wird im neoliberalen Modell mit einem Wachstum um 2,0%, einem Produktivitätsanstieg von 1,6% und einem Beschäftigungszuwachs von 0,4% jährlich gerechnet. Die Zahl der Erwerbstätigen liegt damit im Jahr 2010 um rund eine Million unter der Beschäftigtenzahl im etatistischen Modell.

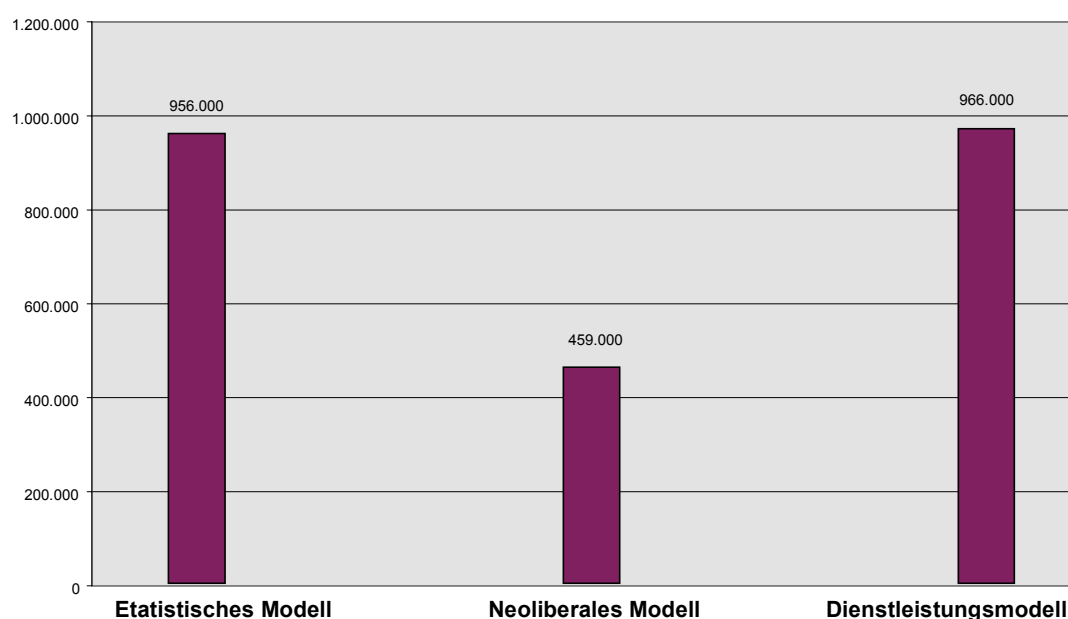
Die Rahmensetzungen des *Dienstleistungspolitikmodells* verstärken demgegenüber die Wachstumsdynamik. Insbesondere auf längere Sicht werden die positiven Impulse aus der Entlastung der Unternehmen und privaten Haushalte von Steuern und Sozialabgaben sowie der Dienstleistungspolitik des Staates fühlbar. Die gezielte Förderung der Innovationskraft und Agilität der Wirtschaft beim Erschließen neuer Märkte, eine Verbesserung der Forschungsförderung sowie die neuen Wege bei der Aufbringung und Verwendung der Steuern und Sozialabgaben verstärken die expansiven Impulse, die sich aus der Erhöhung des verfügbaren Einkommens der privaten Haushalte sowie aus der Senkung der Lohnnebenkosten ergeben. Insbesondere in Ostdeutschland wirken die vom Staat gesetzten Akzente positiv. Die aktive Dienstleistungspolitik des Staates fördert durch den Abbau von Hemmnissen das Wachstum der Wirtschaft und setzt zusätzliche Beschäftigungsimpulse. Insgesamt werden in diesem Modell im Jahr 2010 rund eine halbe Million Personen mehr beschäftigt sein als im etatistischen Modell. Während bis zum Jahr 2000 ein Wirtschaftswachstum wie im etatistischen Modell erwartet wird, kann in den darauffolgenden Jahren mit rund 2,5% jährlich ein höheres Wachstum bei einer um 0,2% höheren Produktivitätssteigerung realisiert werden.

Im Hinblick auf die Beschäftigungswirkungen lassen sich die Effekte der drei unterschiedlichen Politikmodelle sowohl für die Kinder- und Altenbetreuung als auch für den Gesundheitsbereich überschlagen. Diese Details hier zu debattieren, würde allerdings den Rahmen dieser Ausarbeitung sprengen. Faßt man die drei sozialen Dienstleistungen – Gesundheit, Kinder- und Altenbetreuung – zusammen, so ergeben sich unter dem Strich in allen Politikmodellen positive Beschäftigungsperspektiven. In den Bereichen Gesundheit und Alter kommt es zu bemerkenswerten Arbeitsplatzgewinnen, jedoch wird der Eindruck dadurch etwas getrübt, daß die Gesamtarbeitsplatzeffekte der sozialen Dienstleistungen durch die Arbeitsplatzverluste bei der Kinderbetreuung etwas gedämpft werden. Die Höhe der Beschäftigungseffekte fällt im Vergleich der Modelle allerdings sehr unterschiedlich aus: Im Dienstleistungspolitikmodell sowie im etatistischen Modell wird mit rund einer Million zusätzlicher Arbeitsplätze gerechnet, während das Beschäftigungsplus im neoliberalen Modell mit knapp 500.000 neuen Arbeitsplätzen bescheidener ausfällt.

Beim Vergleich zwischen dem etatistischen Modell und dem der Dienstleistungspolitik ist es vor allem eine Überlegung, die – trotz vergleichbar hoher Arbeitsplatzgewinne in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft – für das letztgenannte spricht: Das Dienstleistungspolitikmodell ist im Hinblick auf die Staatsverschuldung überlegen, weil es mit einem deutlich günstigeren Finanzierungssaldo im Staatshaushalt aus-

kommt. Dies ermöglicht dem Kapitalmarkt niedrigere Zinsen und wirkt somit gesamtwirtschaftlich eher wachstums- und beschäftigungsfördernd als der etatistische Weg. Das neoliberale Modell hat zwar einen noch günstigeren Finanzierungssaldo, jedoch übersteigen die Nettozinsen die Nettoinvestitionen um einen Betrag von über 100 Mrd. DM und liegen genauso hoch wie im etatistischen Modell. Der leicht positive Effekt für die Gesamtwirtschaft, der von einem etwas günstigeren Finanzierungssaldo ausgehen könnte, wird im neoliberalen Modell mithin dadurch konterkariert, daß die öffentliche Hand keinen Spielraum hat, durch eigene Investitionen neue Entwicklungen anzustoßen, wie dies im Dienstleistungspolitikmodell möglich ist.²⁵

Abb. 7: Summe Beschäftigungszuwachs bei den sozialen Dienstleistungen bis 2010 nach Politikmodellen

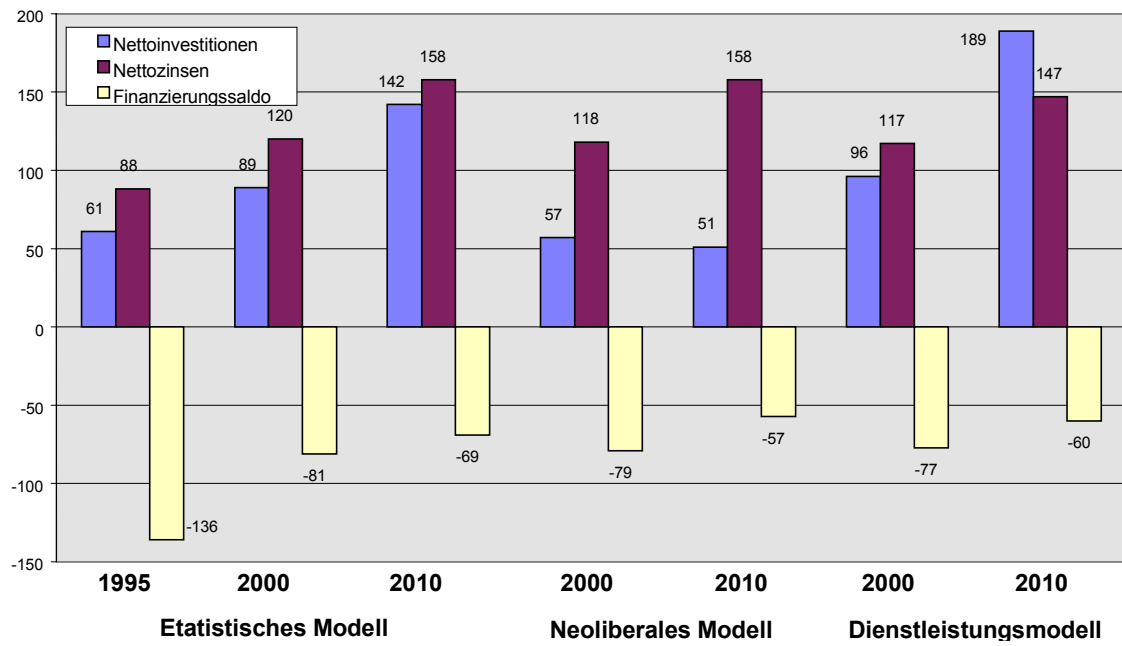


Quelle: Bandemer et al. (1998)

Zugespitzt formuliert kann resümiert werden, daß einzig und allein das Dienstleistungspolitikmodell zukunftsfähig ist. Die Schwachpunkte des etatistischen Wegs liegen in den sehr hohen Belastungen für die unter Wettbewerbsdruck stehende Wirtschaft; das neoliberale Konzept enthält nicht nur harte Herausforderungen und Zumutungen für große Teile der Bevölkerung, sondern bleibt für den hier abgeschätzten Zeitraum auch im Hinblick auf die Beschäftigung deutlich hinter dem Dienstleistungspolitikmodell zurück.

25 Weidig et al. (1998, S. 117) von der Prognos AG beschreiben (in einer Studie für das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung) die Aussichten der Branche Soziales und Gesundheit wie folgt: „... ist für die ‚Betreuungs- und Beratungstätigkeiten‘ von einem Bedeutungszuwachs auszugehen, der in den neuen Bundesländern etwas stärker ausfallen dürfte.“

Abb. 8: Ausgewählte Parameter der Staatsfinanzen nach Politikmodellen 1995-2010 (in Mrd. DM zu jeweiligen Preisen)



Quelle: Bandemer et al. (1998)

Literatur

- Anheier, H. K. et al. (Hg.) (1997):** Der Dritte Sektor in Deutschland. Organisationen zwischen Staat und Markt im gesellschaftlichen Wandel, Berlin.
- Arnold, M./Paffrath, D. (Hg.) (1998):** Krankenhaus-Report 98, Stuttgart u. a.
- Badura, B./Evers, A. (1996):** Dienstleistung 2000plus – Schlußbericht des Arbeitskreises 11: Sozial- und Gesundheitsdienste – Solidarität, Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit – Zukunftsperspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen, Bielefeld (verf. Ms.).
- Badura, B./Siegrist, J. (1996):** Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung Ortsnahe Koordinierung, Bielefeld/Düsseldorf (verf. Ms.).
- Baethge, M. (1996):** Zwischen Computer und Kunden – Rationalisierung und neue Arbeitskonzepte in den Dienstleistungen, in: H.-J. Braczyk et al. (Hg.): Neue Organisationsformen in Dienstleistung und Verwaltung, Stuttgart/Berlin/Köln, S. 15-28.
- Bäcker, G./Heinze, R.G./Naegele, G. (Hg.) (1995):** Die sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen, Münster.
- Bandemer, S. von/Hilbert, J./Schulz, E. (1998):** Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales? Szenarien und Ansatzpunkte der Beschäftigungsentwicklung bei gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten, in: G. Bosch (Hg.): Zukunft der Erwerbsarbeit. Strategien für Arbeit und Umwelt, Frankfurt a. M./New York, S. 412-435.
- Bandemer, S. von et al. (1999):** Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Qualitätsmanagement und Benchmarking in der Praxis, Gelsenkirchen.
- Berendt, U. (1997):** Wohnzufriedenheit und Akzeptanz wohnungsnaher Dienstleistungen am Beispiel einer Wohnungsgenossenschaft, InWIS-Bericht Nr. 20, Bochum.
- Born, A. (1999):** Zwischen Knüppeln und Anthropozentrik? – Zur Arbeitsorganisation im Dienstleistungssektor, Gelsenkirchen (verf. Ms.).
- Braun, J. (1997):** Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland: Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen in den neuen und alten Bundesländern, Stuttgart/Berlin/Köln.
- Bundesanstalt für Arbeit (1998):** Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA) 3/1998, Nürnberg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1997):** Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 136, Bonn.
- Dettling, W. (1995):** Politik und Lebenswelt. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft, Gütersloh.
- DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (1996):** „Arbeitsgruppe mittel- und langfristige Szenarien“: Perspektiven der längerfristigen Wirtschaftsentwicklung in Deutschland, DIW-Wochenbericht 36/96, S. 593-606.
- DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (1997):** Die Niederlande: Beschäftigungspolitisches Vorbild? DIW-Wochenbericht 16/97, S. 259-263.
- Etzioni, A. (1995):** Die Entdeckung des Gemeinwesens. Ansprüche, Verantwortlichkeiten und das Programm des Kommunitarismus, Stuttgart.
- Evers, A./Olk, T. (1996):** Wohlfahrtspluralismus, Opladen.
- Hartmann, A. (1999):** Modernisierungs- und Wachstumstendenzen im Gesundheitssektor. Ein Vergleich zwischen niederländischen Regionen und dem Ruhrgebiet, Gelsenkirchen (verf. Ms.).

- Hauck, K./Helberger, C. (1998):** Erprobungsmodelle zur Effizienzsteigerung im deutschen Gesundheitswesen – Das BKK-Praxisnetz in Berlin, in: Sozialer Fortschritt, Heft 6, S. 139-143.
- Have, A. M. J. Henk ten (1995):** Choosing core health services in the Netherlands, in: D. Seedhouse (Hg.): Reforming health care, Chichester.
- Heinze, R. G./Olk, T./Hilbert, J. (1988):** Der neue Sozialstaat. Analyse und Reformperspektiven, Freiburg i. Br.
- Heinze, R. G./Strünck, C. (1999):** Die Verzinsung des sozialen Kapitals – Freiwilliges Engagement im Strukturwandel, in: U. Beck (Hg.): Die Zukunft von Arbeit und Demokratie, Frankfurt a. M.
- Hilbert, J./Bußmann, U. (1996):** Das virtuelle Altenheim, in: H. Reents (Hg.): Handbuch der Gerontechnik, Landsberg/Lech.
- Hilbert, J./Scharfenorth, K. (1997):** Modernisierung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft – Herausforderungen für die berufliche Bildung, in: Institut Arbeit und Technik (Hg.): IAT-Jahrbuch 1996/1997, Gelsenkirchen, S. 60-69.
- Hilgers, A./Hofmann, I. (1995):** Krank oder gesund? Das Immunsystem entscheidet, Berlin.
- IAB (1993):** Berufs- und Erwerbsstrukturen West- und Ostdeutschlands im Vergleich: Ergebnisse aus der BiBB/IAT-Erhebung 1991/92, Nürnberg.
- Institut Arbeit und Technik (1999):** IAT-Strukturberichterstattung, Gelsenkirchen.
- Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen (1997):** Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in Deutschland: Entwicklung, Ursachen und Maßnahmen, Teil III, Maßnahmen zur Verbesserung der Beschäftigungslage, Bonn.
- Kaiser, G. et al. (Hg.) (1996):** Die Zukunft der Medizin. Neue Wege zur Gesundheit? Frankfurt a. M.
- Knappe, E./Winkler, A. (Hg.) (1997):** Sozialstaat im Umbruch – Herausforderungen an die deutsche Sozialpolitik, Frankfurt a. M./New York.
- Meuser, T./Pomp, H./Rippe, H.-J. (Hg.) (1996):** Ökologie im Krankenhaus – ein Gemeinschaftsprojekt, Essen.
- Moebus, S./Fehr, R. (1999):** Gesundheit. in: B. Breuel (Hg.): Agenda 21. Vision: Nachhaltige Entwicklung, Frankfurt a. M./New York, S. 142-154.
- Müller, B. (Hg.) (1998):** Vorbild Niederlande, Münster.
- Müller, J. (1993):** Zauberformel Dekker-Plan – Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden, in: Arbeit und Sozialpolitik 11-12/93.
- Naegele, G./Reichert, M. (1997):** Krankheit, Alter und Pflege als Problem in der Familie, in: L.A. Vaskovics/H. Lipinski (Hg.): Familiäre Lebenswelten und Bildungsarbeit. Interdisziplinäre Bestandsaufnahme 2, Opladen, S. 139-182.
- Notz, G. (1998):** Die neuen Freiwilligen. Das Ehrenamt, eine Antwort auf die Krise? Neu-Ulm.
- Paridon, K. van (1998):** Modell Holland – Erfahrungen und Lehren aus der niederländischen Wirtschafts- und Sozialpolitik, in: B. Müller (Hg.): Vorbild Niederlande, Münster, S. 75-97.
- Petersen, P. (1999):** The Global Aging Crisis, in: Foreign Affairs, January/February 1999, Volume 78, Number 1, S. 42-55.
- Referat Umwelt & Ökologie (1998):** Ergebnisdokumentation der zweiten „100 Dächer Umwelt Aktion“ – Wettbewerb des abfallärmsten Krankenhauses 1998 des Referates Umwelt & Ökologie der Fachvereinigung Krankenhaustechnik.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996):** Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten 1996, Bd. 1, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden.
- Schneider, M. et al. (1998):** Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Übersichten 1997, laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen, Augsburg.
- Schwartz, F. W. (Hg.) (1998):** Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München.

- Sendler, H. (1995):** Zukunftsentwürfe für das Gesundheitswesen, in: W. Fricke (Hg.): Jahrbuch Arbeit und Technik: Zukunft des Sozialstaats, Bonn, S. 188-198.
- Spörkel, H./Ruckrigl, B./Janssen, H./Eichler, A. (Hg.) (1997).** Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen, 2., überarbeitete Auflage, Weinheim.
- Statistisches Bundesamt (1998):** Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (1999):** Statistisches Jahrbuch 1999, Wiesbaden.
- Szecsényi, J./Magdeburg, K./Broge, B. (1998):** Das lernende Netz: Aufbau eines Informations- und Qualitätsmanagementsystems für vernetzte Praxen, in: Die Ersatzkasse, Heft 6, S. 257-262.
- Veen, E. van der/Limbeger, H. H. B. (1996):** The assurance of appropriate care, in: L. J. Gunning-Schepers/G.-J. Kronjee/R.A. Spasoff (Hg.): Fundamental questions about the future of health care, The Hague.
- Walter, F. (1999):** Das Herz schlägt nicht mehr links, in: DIE ZEIT Nr. 12 vom 18. März 1999.
- Weidig, I./Holter, P./Heimfried, W. (1998):** Arbeitslandschaft der Zukunft: Quantitative Projektion der Tätigkeiten, Nürnberg.
- Weizsäcker, E. U. von (1996):** Wohlfahrt – ein Leitbild im Jahrhundert der Umwelt. in: W. Huncke (Hg.): Zukunftsfähige Medizin. Ärzte und Ökologen im Dialog, Berlin/Basel/Boston, S. 17-24.
- WHO (1996):** Gesundheitsreformen in Europa. Strategieanalysen, Zusammenfassung, Kopenhagen.
- Wießner, F. (1997):** Existenzgründer bevorzugen Servicebereich, in: IAB Kurzbericht Nr. 10, 1997.

Papers der Querschnittsgruppe „Arbeit & Ökologie“

- P98-501 Jürgen Blazejczak, Eckart Hildebrandt, Joachim H. Spangenberg, Helmut Weidner: Arbeit und Ökologie – Ein neues Forschungsprogramm, 85 S.
- P99-501 IG Metall/WZB: Gewerkschaften und Ökologie. Forschungs- und Betriebsprojekte zu nachhaltiger Entwicklung (Dokumentation). Redaktion: Joachim Beerhorst/Anneli Rüling, 58 S.
- P99-502 Eckart Hildebrandt: Arbeit und Nachhaltigkeit, 39 S.
- P99-503 Felix Beutler, Jörg Brackmann: Neue Mobilitätskonzepte in Deutschland – Ökologische, soziale und wirtschaftliche Perspektiven, 80 S.
- P99-504 Volker Hielscher: Gewerkschaftsarbeit im Wohngebiet: Eine Antwort auf neue Herausforderungen der Gewerkschaften?, 29 S.
- P99-505 Sebastian Brandl, Ulli Lawatsch: Vernetzung von betrieblichen Interessenvertretungen entlang der Stoffströme – Alternativen zu dezentralisierten, den einzelnen Betrieb betreffenden Formen der Interessenvertretung, 46 S.
- P99-506 Carroll Haak, Günther Schmid: Arbeitsmärkte für Künstler und Publizisten – Modelle einer zukünftigen Arbeitswelt?, 44 S.
- P99-507 Eckart Hildebrandt: Flexible Arbeit und nachhaltige Lebensführung, 38 S.
- P99-508 Weert Canzler, Andreas Knie: Neue Mobilitätskonzepte: Rahmenbedingungen, Chancen und Grenzen, 33 S.
- P99-509 Elisabeth Redler: Eigenarbeits- und Reparaturzentren – ökologische Qualität der Eigenarbeit, 36 S.
- P99-510 Ulrike Schumacher: Zwischen Ausgrenzung und neuen Potentialen – Die Modernisierung ehrenamtlicher Arbeit und der individuelle Mix von Tätigkeiten am Beispiel des Engagements in Berliner Umweltschutzorganisationen, 59 S.
- P99-511 Thomas Ritt: Die Beschäftigungsfelder im Umweltschutz und deren Veränderung, 41 S.
- P99-512 Frank Kleemann, Ingo Matuschek, G. Günter Voß: Zur Subjektivierung von Arbeit, 50 S.
- P00-501 Frank H. Witt, Christoph Zydorek: Informations- und Kommunikationstechnologien – Beschäftigung, Arbeitsformen und Umweltschutz, 59 S.
- P00-502 Jürgen P. Rinderspacher: Zeitwohlstand in der Moderne, 76 S.
- P00-503 Klaus Fichter: Beteiligung im betrieblichen Umweltmanagement, 38 S.
- P00-504 Adelheid Biesecker: Kooperative Vielfalt und das „Ganze der Arbeit“ – Überlegungen zu einem erweiterten Arbeitsbegriff, 23 S.

- P00-505 Heinz-Herbert Noll: Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte, 29 S.
- P00-506 Carsten Schneider: Veränderungen von Arbeits- und Umwelteinstellungen im internationalen Vergleich, 40 S.
- P00-507 Wolfgang Hien: Betrieblicher Gesundheitsschutz und betrieblicher Umweltschutz unter Mitarbeiterbeteiligung: Konflikt- und Synergiepotentiale, 39 S.
- P00-508 Hermann Schäfer: Ökologische Betriebsinitiativen und Beteiligung von Arbeitnehmern an Umweltmanagementsystemen, 31 S.

Bei Ihren Bestellungen von WZB-Papers schicken Sie bitte unbedingt einen an Sie adressierten **Aufkleber** mit, sowie **je Paper** eine **Briefmarke im Wert von DM 1,00** oder einen "**Coupon Réponse International**" (für Besteller aus dem Ausland).

Please send a **self-addressed label** and **postage stamps in the amount of 1 DM** or a "**Coupon-Réponse International**" (if you are ordering from outside Germany) for **each WZB-Paper** requested.

Bestellschein

Order Form

Absender • Return Address:

An das
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung
PRESSE- UND INFORMATIONSREFERAT
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin

*Hiermit bestelle ich folgende(s)
Discussion Paper(s):*

*Please send me the following
Discussion Paper(s):*

Autor(en) / Kurztitel • Author(s) / Title(s) in brief	Bestellnummer • Order no.