

DEUTSCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG

WOCHENBERICHT 13/76

Berlin

1. April 1976

43. Jahrgang



Gesundheitspolitik in der Krise

Zur Kostenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die öffentliche Diskussion über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren – nicht zuletzt in Verbindung mit der wirtschaftlichen Rezession 1974/75 – heftiger geworden. Hatten sich früher die Interessentengruppen bei Verteilungskonflikten jeweils arrangieren können, so zeichnet sich in den siebziger Jahren ein zunehmender Widerstand von verschiedenen Seiten ab, die langjährigen strukturellen Fehlentwicklungen weiterhin zu finanzieren. Die Frage nach der Finanzierung des Gesundheitswesens stellt sich aber nicht so sehr unter dem konjunkturellen Aspekt; vielmehr macht die Situation deutlich, daß Gesundheits- und Sozialpolitik es als gemeinsame Grundaufgabe betrachten müssen, ein langfristig funktionfähiges und finanziell tragbares System der Gesundheitssicherung zu entwickeln.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat 1975 rund 58 Mrd. DM für Leistungen (ohne Verwaltung) aufgewendet und war damit schätzungsweise zu über 40 vH an der Finanzierung der gesamtwirtschaftlichen Aufwendungen für Gesundheitssicherung und Krankenversorgung beteiligt. Die restlichen Mittel wurden vom Staat (öffentlicher Gesundheitsdienst, Ausbildung in Medizinberufen, Forschung, Krankenhausfinanzierung), von sonstigen Sozialversicherungsträgern (Renten- und Unfallversicherung), von Unternehmen (Lohn- und Gehaltfortzahlung, betriebliche Leistungen) sowie von den privaten Haushalten direkt oder über die private Krankenversicherung finanziert. Eine zusammenfassende amtliche Statistik über alle Leistungen bzw. Kosten des Gesundheitswesens oder einzelner Bereiche gibt es zur Zeit nicht; grob geschätzt dürfte die GKV heute 75 vH der Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen und etwa in der gleichen Größenordnung die Betriebskosten der Krankenhäuser bezahlen.

90 vH der Bevölkerung gehören zur Zeit zum Kreis der Leistungsberechtigten in der GKV, d. h. sie sind beitragszahlende Mitglieder, Rentner oder mitversicherte Familienangehörige.

Progressiver Anstieg der Aufwendungen in der GKV

Von 1970 bis 1975 haben sich die Leistungsaufwendungen im Jahresdurchschnitt um 20 vH erhöht. Dies war eine weitaus stärkere Expansion als in den beiden vorangegangenen 5-Jahr-Perioden (1960/65: + 11 vH; 1965/70: + 10 vH). Die Steigerungsrate von 1965 bis 1970 ist insofern nur bedingt vergleichbar, als 1970 mit der Einführung der Lohnfortzahlung an Arbeiter die GKV von einem wesentlichen Teil der Krankengeldzahlungen entlastet wurde. Vergleicht man die durchschnittlichen Veränderungsrate der Leistungsaufwendungen ohne Krankengeld für die drei Perioden (12, 14, 20 vH), dann wird der progressive Trend – insbesondere der Sachleistungen – noch deutlicher.

Das Problem, derartige Kostensteigerungen zu finanzieren, zeigt sich plastisch, wenn man die Entwicklung der Aufwendungen der GKV mit gesamtwirtschaftlichen Indikatoren vergleicht, etwa dem Bruttosozialprodukt und der Brutto Lohn- und Gehaltssumme. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die GKV nicht ausschließlich aus Arbeitnehmereinkommen finanziert wird und daß sich der Versichertenkreis in der Vergangenheit sukzessive vergrößert hat.

Bruttosozialprodukt, Einkommen und Leistungen der GKV

	1960	1965	1970	1975
Bruttosozialprodukt, nominal in Mrd. DM	302,30	460,40	685,60	1040,40
Veränd. in vH ¹	8,8	8,3	8,7	
Brutto Lohn- und Gehaltssumme (BLGS) in Mrd. DM	124,54	203,13	306,40	479,60
Veränd. in vH ¹	10,3	8,6	9,4	
Aufwendungen der GKV in Mrd. DM	8,97	14,91	23,85	58,37
Veränd. in vH ¹	10,7	9,8	19,6	
Anteil an BLGS in vH ...	7,2	7,3	7,8	12,2

¹) Durchschnittliche jährliche Veränderung im 5-Jahres-Zeitraum in vH.

Der Vergleich läßt erkennen, daß eine derartig divergierende Entwicklung angehalten werden muß, wenn untragbare Relationen in der Verwendung des Bruttosozialprodukts vermieden werden sollen. Für die beteiligten Interessentengruppen und für die Politiker kann sich heute nicht mehr die Frage nach dem „ob“, sondern nur noch nach dem „wie“ stellen.

Die Aufwandssteigerung in den letzten fünf Jahren ist zwar maßgeblich durch gesetzliche Einflüsse (Änderung der Krankenhausfinanzierung, Zahnersatz) bewirkt worden, aber auch nahezu alle sonstigen Aufwandspositionen sind weit überproportional zur gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung gestiegen.

Die Aufwendungen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) haben sich in den letzten fünf Jahren wiederum erheblich stärker erhöht als die der allgemeinen Krankenversicherung (AKV). Allerdings zeigt sich gegenüber dem Zeitraum 1960 bis 1970 insofern ein deutlicher Unterschied, als die überdurchschnittliche Steigerung damals sowohl auf die stärkere Zunahme der Zahl der Leistungsberechtigten in der KVdR als auch auf die bedeutend größere Erhöhung der Aufwendungen je Leistungsberechtigten zurückzuführen war, während im letzten Jahrfünft der Anstieg der Pro-Kopf-Beträge in der KVdR nur noch wenig über dem in der AKV lag.

Auf die KVdR entfielen 1975 etwa 20 vH aller Leistungsberechtigten der GKV, jedoch etwa ein Drittel der Leistungen. 1960 gehörten nur 14,5 vH der Versicherten der KVdR an; ihr Leistungsanteil betrug damals rund 15 vH, d. h. die Pro-Kopf-Aufwendungen in KVdR und AKV waren nahezu gleich hoch. Diese Umstrukturierung sowohl des Versichertenbestandes als auch der Aufwendungen weist auf ein entscheidendes Finanzierungsproblem der GKV hin: die Deckung des Krankheitsrisikos der Rentner. Dabei ist die Frage, ob die KVdR aus Mitteln der Rentenversicherung oder der AKV finanziert wird, nur von zweitrangiger Bedeutung; in beiden Fällen muß ein annähernd identischer Personenkreis die Beiträge aufbringen. Allerdings können sich heute die höher verdienenden Angestellten dieser Solidarverpflichtung in der GKV durch Übertritt in die private Krankenversicherung entziehen, während dies in der Rentenversicherung kaum möglich ist.

Weiterer Anstieg der ambulanten ärztlichen Leistungen

Die Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung haben sich von 1970 bis 1975 mehr als verdoppelt. Außerdem flossen den Kassenärzten überwiegend die Ausgaben für Mutterschaftsvorsorge und Früherkennungsuntersuchungen zu. Fünf Faktoren haben zu der kräftigen Umsatzsteigerung der Kassenärzte beigetragen:

- die gesetzliche Einführung neuer Leistungen (Früherkennungsuntersuchungen)
- die Behandlung einer größeren Zahl Leistungsberechtigter
- die Steigerung der Zahl der abgerechneten Leistungen je Leistungsberechtigten
- die Umstrukturierung des Leistungsangebots durch vermehrte Abrechnung teurer Leistungen
- die Höherbewertung der Leistungen durch Honorarvereinbarungen zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der Einfluß der verschiedenen Faktoren wird in der Statistik nur unzureichend belegt. Für den Zeitraum 1960 bis 1973 läßt sich schätzen, daß im Durchschnitt jeder Kassenarzt seine Leistungen für ambulante Behandlung (zu Preisen von 1960) verdoppelt hat. Im gleichen Umfang sind auch etwa die Honorare je Einzelleistung gestiegen, so daß sich allein die Einnahmen für Behandlung (ohne Vorsorge und Früherkennung) je Kassenarzt in 13 Jahren auf das Vierfache erhöht haben. Allerdings haben die einzelnen Facharztgruppen recht unterschiedlich an dieser Entwicklung partizipiert, so daß sich auch nach Abzug der Praxiskosten deutliche Differenzierungen im Bruttoeinkommen herausgebildet haben.

**Leistungsaufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung
in der Bundesrepublik Deutschland 1960 bis 1975**

	Aufwendungen in Mill. DM				Aufwendungen je Leistungsberechtigten ²⁾ in DM				Durchschnittliche jährliche Veränderung der Aufwendungen in vH			Struktur der Aufwendungen in vH		
	1974	1970	1960	1975 ¹⁾	1960	1970	1974	1975 ¹⁾	1960—65	1965—70	1970—75 ¹⁾	1960	1970	1975 ¹⁾
Allgemeine Krankenversicherung														
Behandlung durch Ärzte ...	1 536	3 995	6 966	7 706	38,80	92,00	155,40	173,20	10,5	9,5	14,0	20,1	23,1	19,5
Behandlung durch Zahnärzte	436	1 564	3 133	3 806	11,00	36,00	69,90	85,50	15,3	11,9	19,5	5,7	9,1	9,6
Arzneien, Heil- u. Hilfsm. aus Apotheken	754	2 378	4 148	4 667	19,00	54,70	92,60	104,80	12,3	12,0	14,4	9,9	13,8	11,8
Sonstige Heil- u. Hilfsmittel	167	466	1 408	1 732	4,20	10,70	31,40	38,90	11,3	10,3	30,0	2,2	2,7	4,4
Zahnersatz	224	577	1 331	2 430	5,70	13,30	29,70	54,60	6,7	13,3	33,3	2,9	3,3	6,1
Krankenbehandl. in Anstalten	1 175	3 869	9 325	11 000	29,70	89,00	208,10	247,10	12,2	13,1	23,2	15,4	22,4	27,8
Krankenhilfe Barleistungen ..	2 688	2 467	4 263	4 725	67,90	56,80	95,10	106,10	6,6	-7,8 ³⁾	13,9	35,2	14,3	11,9
Vorbeugung u. Verhütung ..	71	196	638	744	1,80	4,50	14,20	16,70	12,2	9,2	30,6	0,9	1,1	1,9
Mutterschaftshilfe	391	1 099	1 600	1 773	9,90	25,30	35,70	39,80	11,7	10,1	10,0	5,1	6,4	4,5
Sonstige Leistungen	194	662	822	965	4,90	15,20	18,30	21,70	8,4	18,0	7,8	2,5	3,8	2,4
Zusammen	7 636	17 273	33 634	39 548	192,80	397,60	750,50	888,30	9,9	7,1	18,0	100	100	100
— ohne Krankenhilfe-Barleistungen	4 948	14 806	29 371	34 823	124,90	340,80	655,40	782,20	11,6	11,6	18,7	64,8	85,7	88,1
Krankenversicherung der Rentner														
Behandlung durch Ärzte ...	338	1 463	2 964	3 438	50,30	155,70	270,80	305,90	14,2	17,3	18,6	25,4	22,2	18,3
Behandl. durch Zahnärzte ..	31	144	266	323	4,60	15,30	24,30	28,70	14,9	18,4	17,5	2,3	2,2	1,7
Arzneien, Heil- u. Hilfsm. aus Apotheken	340	1 846	3 735	4 370	50,60	196,50	341,30	388,80	14,6	22,4	18,8	25,6	28,1	23,2
Sonstige Heil- und Hilfsmittel	46	201	687	893	6,80	21,40	62,80	79,40	13,6	18,2	34,8	3,5	3,1	4,7
Zahnersatz	45	251	756	982	6,70	26,70	69,10	87,40	15,4	22,2	31,4	3,4	3,8	5,2
Krankenbeh. in Anstalten ..	393	2 140	5 920	7 341	58,50	227,80	540,90	653,10	16,8	20,2	28,0	29,6	32,5	39,0
Krankenhilfe Barleistungen ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vorbeugung u. Verhütung ..	7	52	233	295	1,00	5,50	21,30	26,20	24,6	19,9	41,5	0,5	0,8	1,6
Mutterschaftshilfe	2	2	5	4	0,30	0,20	0,40	0,40	—	—	—	0,2	0,0	0,0
Sonstige Leistungen	127	477	986	1 180	18,90	50,80	90,10	105,00	10,6	17,8	19,9	9,6	7,3	6,3
Zusammen	1 329	6 576	15 552	18 826	197,80	699,90	1420,90	1674,90	14,9	19,9	23,4	100	100	100
Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt														
Behandlung durch Ärzte ...	1 874	5 458	9 930	11 144	40,40	103,30	178,10	199,90	11,3	11,3	15,4	20,9	22,9	19,1
Behandl. durch Zahnärzte ..	468	1 708	3 399	4 129	10,10	32,30	60,90	74,00	15,3	12,4	19,3	5,2	7,2	7,1
Arzneien, Heil- u. Hilfsm. aus Apotheken	1 093	4 224	7 883	9 037	23,60	79,90	141,40	162,10	13,1	15,9	16,4	12,2	17,7	15,5
Sonstige Heil- und Hilfsmittel	212	667	2 095	2 625	4,60	12,60	37,60	47,10	11,9	12,4	31,5	2,4	2,8	4,5
Zahnersatz	269	828	2 086	3 412	5,80	15,70	37,40	61,19	8,3	15,6	32,7	3,0	3,5	5,8
Krankenbeh. in Anstalten ..	1 568	6 009	15 246	18 341	33,80	113,70	273,40	329,00	13,4	15,3	25,0	17,5	25,2	31,4
Krankenhilfe Barleistungen ..	2 688	2 467	4 263	4 725	58,00	46,70	76,50	84,70	6,6	-7,8 ³⁾	13,9	30,0	10,3	8,1
Vorbeugung u. Verhütung ..	78	248	870	1 039	1,70	4,70	15,60	18,60	13,5	11,0	33,2	0,9	1,0	1,8
Mutterschaftshilfe	393	1 101	1 604	1 777	8,50	20,80	28,80	31,90	11,6	10,1	10,0	4,4	4,6	3,0
Sonstige Leistungen	322	1 139	1 810	2 145	7,00	21,50	32,50	38,40	9,2	17,9	13,5	3,6	4,8	3,7
Zusammen	8 965	23 849	49 186	58 374	193,50	451,20	882,10	1047,00	10,7	9,8	19,6	100	100	100
— ohne Krankenhilfe-Barleistungen	6 277	21 382	44 923	53 649	135,50	404,50	805,60	962,20	12,3	13,8	20,2	70,0	89,7	91,9

¹⁾ Schätzung. — ²⁾ Mitglieder bzw. Rentner einschl. mitversicherten Familienangehörigen; Familienangehörige geschätzt. — ³⁾ Rückgang des Krankengeldes infolge Einführung der Lohnfortzahlung 1970.

Quelle: Statistik des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung; eigene Berechnungen.

Überkapazität im Krankenhauswesen

Von der Ausgabensteigerung der GKV zwischen 1970 und 1975 in Höhe von 34,5 Mrd. DM entfällt über ein Drittel auf die Krankenhausbehandlung. In fünf Jahren haben sich die Ausgaben für „Krankenbehandlung in Anstalten“ verdreifacht, was einer durchschnittlichen jährlichen Zuwachsrate von 25 vH entspricht. Ganz überwiegend war dies die Folge von Preissteigerungen für Krankenhausleistungen, wobei neben den laufenden Kostensteigerungen der einmalige Effekt der Änderung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundespflegegesetzverordnung) eine Rolle spielte. Aber auch die Zahl der abgerechneten Pfl egetage dürfte in diesem Zeitraum mit jahresdurchschnittlich 4 vH weiter zugenommen haben. Einer seit Jahren leicht rückläufigen Verweildauer (Krankenhaustage je Krankenhausfall) steht dabei eine deutliche Zunahme der Krankenhausfälle insgesamt und je Leistungsberechtigten gegenüber. Ob die Zunahme der Krankenhausfälle tatsächlich einem stationären Therapiebedarf entspricht oder ob vielmehr Überkapazitäten im Krankenhauswesen, auf die sich anhand internationaler Vergleiche und einer sinkenden Auslastung schließen läßt, eine Sogwirkung entfalten, dafür fehlen ausreichende Informationen.

Stetige Steigerung des Arzneimittelaufwands

Die drittgrößte Position im Budget der GKV nach stationärer und ambulanter ärztlicher Behandlung nehmen die Aufwendungen für „Arzneien-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken“ ein, d. h. im wesentlichen der Arzneimittelverbrauch im Rahmen der ambulanten Behandlung. Die im Krankenhaus verabreichten Arzneimittel werden über die Pflegesätze bezahlt und nicht gesondert ausgewiesen. Der jährliche Aufwand für Arzneimittel aus Apotheken belief sich 1975 auf fast 390 DM je Leistungsberechtigten in der KVdR, in der AKV lag er bei 105 DM. Bedauerlicher-

weise läßt sich der Statistik nicht entnehmen, in welchem Umfang die außerordentlichen Steigerungen in diesem Bereich auf Mengen- bzw. auf Preisentwicklungen zurückzuführen sind. Den Preissteigerungen dürfte jedoch ein recht erhebliches Gewicht zukommen, denn es ist kaum anzunehmen, daß z. B. die Versicherten in der KVdR seit 1965 von Jahr zu Jahr 14 bis 15 vH mehr Arzneimittel verbraucht haben. Auch der pharmakologische Fortschritt dürfte derartige Zuwachsraten nicht erklären.

Ursachen der Kostenentwicklung weitgehend ungeklärt

Über die Ursachen dieser Kostenentwicklung gibt es zahlreiche Hypothesen, aber wenig konkrete Informationen. Je nach dem Standpunkt des Betrachters sind die Gründe in einer qualitativ höherwertigen Medizin, in den unangemessenen Einkommenserwartungen der Ärzte, in den Absatzstrategien auf einem monopolistisch oder oligopolistisch strukturierten Pharmamarkt, im „Bettenberg“ der Krankenhäuser, in der „Geberlaune“ von Gesetzgeber und Rechtsprechung oder im „unsolidarischen Anspruchverhalten der Versicherten“ zu suchen.

Die Zunahme der Versichertenzahl um 20 vH von 1960 bis 1975 erklärt nur einen sehr geringen Teil des gesamten Kostenanstiegs (+ 550 vH), wohl aber zeigt sie eine Ursache für die unterschiedliche Entwicklung in AKV und KVdR. Aus der Strukturveränderung im Versichertenbestand zugunsten der KVdR wird in der Regel auf eine Zunahme des altersbedingten Morbiditätsrisikos geschlossen. Diese Hypothese läßt sich nur schwer überprüfen, da Angaben über die Altersstruktur des gesamten Versichertenbestandes bei den Krankenkassen nicht vorliegen, Teilangaben der Krankenkassen von den entsprechenden Werten des Mikrozensus abweichen und Informationen über die Verteilung der altersspezifischen Versicherungsrisiken für die GKV völlig fehlen. Eine auf dem Mikrozensus basierende Schät-

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung

	1960	1965	1970	1975 ³	Zunahme 1960 bis 1975 in vH
	Jahresdurchschnitt in 1000				
AKV					
Mitglieder ¹	21 556	22 856	22 637	23 860	10,7
Familienangehörige ²	18 058	19 973	20 829	20 660	14,4
Insgesamt	39 614	42 829	43 446	44 520	12,4
KVdR					
Rentner ¹	5 504	5 884	8 009	9 640	75,1
Familienangehörige ²	1 216	1 171	1 387	1 600	31,6
Insgesamt	6 720	7 055	9 396	11 240	67,3
GKV					
Insgesamt ³	46 334	49 884	52 862	55 760	20,3
Anteil der Mitglieder in vH	46,5	45,8	42,8	42,8	—

¹) Angaben der Krankenkassen. — ²) Geschätzt auf der Grundlage des Mikrozensus. — ³) Geschätzt.
Quelle: BMAS, Mikrozensus, Berechnungen des DIW.

zung der Altersstrukturen für 1966 und 1973 und die Bewertung der Veränderungen mit altersspezifischen Risikoindikatoren aus der privaten Krankenversicherung läßt erhebliche Zweifel an der Behauptung aufkommen, daß sich das altersstrukturbedingte Morbiditätsrisiko des Versichertenbestandes der GKV merklich erhöht hat. Im gesamten Zeitraum von 1966 bis 1973 ist danach der Aufwand für die ambulante Versorgung (einschließlich Arzneimittel) altersstrukturbedingt um etwa 2 vH, die Zahl der Krankenhaustage um 3 vH gestiegen. Dieses zunächst überraschende Ergebnis erklärt sich damit, daß zwar die Zahl der Rentner stark zugenommen hat, die Anteile der über 55jährigen Mitglieder und mitversicherten Familienangehörigen aber deutlich rückläufig waren. Teils ist dies die Folge der noch kriegsbedingten starken Unterschiede in der Besetzung aufeinander folgender Jahrgangsguppen, teils die Wirkung der Reform der KVdR im Jahre 1968, als zahlreichen freiwillig Versicherten (Mitglieder der AKV) der Eintritt in die KVdR ermöglicht wurde.

Sonstige morbiditätsstatistische Daten fehlen weitgehend. So ist weder bekannt, ob heute ein größerer Anteil von vergleichbaren Personengruppen einen Arzt aufsucht als früher, noch, welchen Einfluß die starke Zunahme der Zahl der Fachärzte und der damit verbundenen Überweisungen auf die Zahl der Abrechnungsfälle in der ambulanten Versorgung hat. Es fehlen Untersuchungen darüber, ob der Rückgang der Zahl der Hausbesuche durch niedergelassene Ärzte in einer kausalen Beziehung zur Zunahme der Krankenhausaufenthalte steht. Derartige Beispiele für fehlende sozialmedizinische und gesundheitsstatistische Informationen ließen sich beliebig vermehren. Die Tatsache, daß diese Lücken bis heute bestehen, macht deutlich, daß in der Vergangenheit die Frage nach der Funktions- und Leistungsfähigkeit sowie nach der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens weder von den staatlichen Instanzen noch von den Selbstverwaltungskörperschaften jemals ernsthaft gestellt worden ist; vielfach ist nicht einmal das vorliegende statistische Urmaterial ausgewertet worden, das bei entsprechender Aufbereitung einen besseren Einblick in die Ursachen der Kostenentwicklung erlauben würde.

Wohl als Ursache, nicht aber in der Beurteilung seines Gewichts unstrittig ist der Mangel an Regulationsmechanismen, die im Gesundheitswesen das Angebot an Gütern und Diensten auf eine wirtschaftliche Bedarfsdeckung abstimmen könnten. Ganz offensichtlich lassen sich marktwirtschaftliche Ordnungsvorstellungen und -instrumente nicht auf das Gesundheitswesen übertragen. Weder ist es gesundheitspolitisch vertretbar, über die Preisgestaltung einen Teil der Nachfrager von der Bedarfsdeckung auszuschließen, noch ist aufgrund

der für die Nachfrager mangelnden Transparenz ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen den Anbietern zu organisieren. Will man in dieser Situation nicht auf Regulierung verzichten, dann bleibt die Alternative: staatliche Mengen- und Preisfixierung oder Verhandlung über Mengen und Preise zwischen den beteiligten Interessentengruppen, wobei die zweite Möglichkeit unserer Gesellschaftsordnung eher entsprechen dürfte als die erste.

Ansätze sowohl für die beiden zuletzt genannten Möglichkeiten der Einflußnahme auf die Kostenentwicklung als auch für marktwirtschaftliche Instrumente bestehen bereits oder werden zur Zeit entwickelt. So werden z. B. die Preise für ambulante ärztliche Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden vereinbart. Allerdings wurden bisher keine Vereinbarungen über Leistungsmengen getroffen, was sich gerade 1975 als sehr nachteilig erwies; trotz sehr bescheidener Honorarvereinbarungen weiteten die Kassenärzte ihre Honorareinnahmen beträchtlich — über eine außerordentliche Steigerung der Leistungsmengen — aus. Statt der von den Kassen erwarteten Zunahme der Aufwendungen für ambulante Behandlung um etwa 8 vH ergab sich 1975 gegenüber dem Vorjahr eine Zuwachsrate von 12 vH.

Im Krankenhausbereich wird nach dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Investitionsplanung ein Weg beschritten, der als staatliche Mengenfixierung interpretiert werden kann. Mit der Planung der Bettenzahlen wird zugleich eine Obergrenze für die Menge stationärer Leistungen — gemessen in Krankenhaustagen — gesetzt. Auch auf die innerbetrieblichen Leistungen kann über die Planung der Krankenhausausrüstung ein gewisser Einfluß ausgeübt werden. Die Krankenkassen werden zwar im Planungsverfahren gehört, haben aber kein Mitbestimmungsrecht, obwohl sie über die Pflegesätze die Betriebskosten der Krankenhäuser und damit die Folgekosten der Investitionen zu finanzieren haben. Die Feststellung der Pflegesätze, die die Betriebskosten eines wirtschaftlich geführten Krankenhauses decken müssen, erfolgt zur Zeit in einem eingeschränkten Verhandlungsverfahren. Grundlage für die Pflegesatzberechnung ist das Selbstkostenblatt des jeweiligen Krankenhauses, das jedoch keine Informationen über die Wirtschaftlichkeit enthält. Da Buchhaltung und Kostenrechnung der Krankenhäuser noch weitgehend unzureichend sind und es bis jetzt auch an praktikablen Kennziffern zur Messung der Wirtschaftlichkeit fehlt, ist die Verhandlungsmacht der Krankenkassen auf diesem Sektor vorerst noch gering.

Ein zunächst marktwirtschaftlich anmutender Versuch zur Kosteneindämmung wird auf dem Sektor

der Arzneimittel vorbereitet. Über eine bessere Transparenz von Qualität, Wirksamkeit und Preis von Arzneimitteln soll ein intensiverer Wettbewerb zwischen den Pharma-Unternehmen gefördert werden. Allerdings zeigt sich auch hier unmittelbar die Eigenart des Gesundheitswesens, wenn man die Prämissen dieses Ansatzes genauer prüft. Da Nachfrager und Finanzierer nicht in einer Person vereint sind, hat der Verbraucher (Patient) bzw. derjenige, der die Nachfrage eigentlich bestimmt (Arzt), kein unmittelbares Interesse am Preisvergleich. Dies bedeutet, daß die Transparenz noch nicht allein kostendämmende Wirkungen entfaltet, sie ist nur die Voraussetzung und muß durch andere Maßnahmen unterstützt werden.

Uneinheitlichkeit der Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen

Anhand der drei vorstehenden Bereiche, Kassenärztliche Versorgung, Krankenhauswesen und Arzneimittelversorgung, läßt sich beispielhaft das Grundproblem des Gesundheitswesens verdeutlichen: Entscheidungen über die Struktur werden von verschiedenen Institutionen auf unterschiedlichen Ebenen ohne ausreichende Koordination getroffen. Die Struktur des Krankenhauswesens wird nach unterschiedlichen Landesgesetzen entwickelt, nachdem die Entscheidungsebene vor dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch tiefer – nämlich bei den einzelnen Krankenhausträgern – gelegen hatte. Die ambulante ärztliche Versorgung wird maßgeblich durch das Kassenarztrecht geregelt, also auf Bundesebene über die Sozialpolitik. Die Entscheidung über den Niederlassungssitz, die Ausstattung der Praxis und damit über das Leistungsangebot fällt allerdings der einzelne Arzt.

Fragen der Arzneimittelsicherheit ressortieren beim Bundesgesundheitsminister, für das Preisrecht auf dem Arzneimittelmarkt ist der Bundeswirtschaftsminister zuständig. Darüber, welche Arzneimittel auf dem Markt eingeführt bzw. dem Markt entzogen werden, und über die Arzneimittelpreise entscheidet die pharmazeutische Industrie. Die Höhe des Verbrauchs bestimmen weitgehend die Ärzte.

Angesichts dieser sehr komplexen Entscheidungsstrukturen ist es äußerst schwierig, ein Gesundheitswesen zu entwickeln, das

- leistungsfähig ist,
- allen Bürgern die gleichen Zugangschancen eröffnet,
- seine Leistungen wirtschaftlich, d. h. ohne unnötigen Ressourcenverzehr, erstellt und das
- im Rahmen der jeweiligen gesamtwirtschaftlichen Verhältnisse finanziell tragbar ist.

Der Versuch, diese sehr allgemein formulierten Ziele zu konkretisieren, führt bereits zu zahlreichen sachlichen und politischen Schwierigkeiten, zumal diese Ziele nicht unabhängig voneinander realisiert werden können. Vorerst sind noch nicht einmal praktikable Kriterien entwickelt worden, mit denen die Ziele operationalisiert und Soll-Ist-Vergleiche durchgeführt werden könnten. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz hat in dieser Frage einen außerordentlichen Fortschritt dadurch gebracht, daß es den Ländern die Erstellung von Krankenhausbedarfsplänen vorschreibt und damit die Erarbeitung derartiger Beurteilungskriterien erzwingt.

Im Zusammenhang mit der Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erscheinen drei Aspekte für die künftige Entwicklung des Gesundheitswesens von Bedeutung:

- Es bildet sich ein zunehmend breiterer Konsensus darüber heraus, daß das Gesundheitswesen nach einheitlicheren Zielen gestaltet werden muß als in der Vergangenheit.
- Die Entwicklung von Zielkriterien und die Festlegung konkreter Ziele wird sich in einem gemeinsamen Prozeß vollziehen müssen.
- Es ist nicht möglich, einen Sektor des Gesundheitswesens sinnvoll zu planen, wenn nicht die Entwicklung der anderen bzw. benachbarter Bereiche berücksichtigt wird.

Punktuelle Reformvorschläge

Die gegenwärtige Diskussion über Möglichkeiten zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen wird geprägt durch Vorschläge zu Einzelproblemen unter kurz- und mittelfristigen Aspekten. Die Wirkungen der Vorschläge können in der Regel nur vermutet werden, ebenso die Ursachen, denen sie begegnen sollen. Da diese Vorschläge im allgemeinen nicht in eine Gesamtkonzeption eingebettet sind, werden sie von ihren Verfechtern auch nicht am gesamten Zielspektrum geprüft. Es würde hier zu weit führen, alle Vorschläge auch nur zu referieren¹; nur vier Ansätze sollen skizziert werden:

1. Kurzfristige Begrenzung des Anstiegs der Aufwendungen ausgewählter Leistungen der GKV durch Gesetz oder Vertrag (Vergütungen für Kassenärzte, Krankenhauspflegesätze). Erreicht würde damit eine gewisse finanzielle Entlastung der GKV für wenige Jahre, in denen mit der Lösung grundsätzlicher Fragen begonnen werden könnte.

¹ Vgl. Peter Rosenberg: Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe der Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Bd. 48, Göttingen 1975.

2. Ausgestaltung der Preis- und Vergütungssysteme mit dem Ziel, eine rationellere Erbringung der Leistungen anzuregen (Änderung der Gebührenordnung, degressive Pflegesätze, Beteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten). Bei diesen Vorschlägen werden in der Regel die zielinäquaten Nebenwirkungen übersehen oder stillschweigend in Kauf genommen.
3. Verstärkung von Kooperation und Integration zwischen verschiedenen Einrichtungen der medizinischen Versorgung mit dem Ziel, Leistungen rationeller sowie durch Arbeitsteilung und Spezialisierung preiswerter zu erstellen (Gruppenpraxen, Apparategemeinschaften, Medizinisch-technische Zentren, Praxis-Klinik). Im Sinne der Aufwandsminderung wirken diese Vorschläge nur, wenn garantiert wird, daß die Kostensenkungen auch im Preis weitergegeben werden und die Leistungsmengen nicht unkontrolliert ausgeweitet werden können.
4. Organisatorische Zusammenfassung der Kran-

kenkassen mit dem Ziel, ihre Verhandlungsmacht gegenüber den Anbietern von Gütern und Leistungen im Gesundheitswesen zu stärken. Die Realisierung dieses Vorschlags scheidet – unabhängig von der gewählten Organisationsform – bis heute schon am Widerstand der Kassenverbände, die ihre Unabhängigkeit nicht beschränkt wissen wollen.

Angesichts eines aufgrund medizin-wissenschaftlicher, medizin-technischer und pharmakologischer Fortschritte dauernd erweiterten Angebotes und eines nahezu unbegrenzten Bedarfs läßt sich die bisherige ziel- und planlose Entwicklung des Gesundheitswesens nicht fortsetzen. Maßnahmen, die diesen Prozeß kurzfristig anhalten, müssen ergänzt werden um strukturelle Reformen, die erst mittel- bis langfristig wirken können. Die Festlegung der Ziele und die Planung der Entwicklung muß künftig unter Mitwirkung aller Beteiligten erfolgen. Gesundheits- und Sozialpolitik müssen hierfür gemeinsam den gesetzlichen Rahmen schaffen.

Leichte Produktionszunahme im Baugewerbe

Die Bauproduktion hat sich im vergangenen Jahr nochmals drastisch verringert. Der Beschäftigtenabbau setzte sich unvermindert fort: Die Zahl der Erwerbstätigen im Baugewerbe lag 1973 noch bei 2,16 Mill., im Jahresdurchschnitt nahm sie 1974 um 180 000, 1975 weiter um etwa 170 000 ab. Das Bauvolumen zu Preisen von 1962 war 1975 mit 75,5 Mrd. DM um etwa 6 Mrd. DM niedriger als im Jahre 1974, in dem bereits ein Rückgang von 7 Mrd. DM zu verzeichnen gewesen war. Für 1976 ist mit einem leichten Produktionsanstieg zu rechnen.

Die hier vorgelegten Daten weichen für einige Jahre von den früher veröffentlichten Bauvolumens-

rechnungen des DIW ab. Gründe für diese Revision waren Umstellungen und Neuberechnungen wichtiger Indikatoren der amtlichen Statistik¹, die in die Bauvolumensrechnung eingehen. In nebenstehender Tabelle sind für das Jahr 1973 die neuen Daten den Ergebnissen der früheren Berechnung gegenübergestellt worden.

Neuberechnung des Bauvolumens – Vergleich der Ergebnisse für 1973

Baubereich	Neu- berech- nung	frühere Rech- nung	Differenz zur früheren Rechnung	
	zu jeweiligen Preisen in Mrd. DM		in vH	
Wohnbauten	69,41	67,65	1,76	2,6
Wirtschaftsbauten	42,09	43,18	-1,09	-2,5
Öffentliche und Verkehrsbauten	42,20	41,47	0,73	0,2
davon:				
Hochbau	15,61	14,90	0,71	4,8
Straßenbau	12,20	12,88	-0,86	-6,7
Sonst. öffentlicher Tiefbau	14,39	13,69	0,70	5,1
Bauvolumen insgesamt	153,70	152,30	1,40	0,9

Von der Produktionsabschwächung des letzten Jahres entfielen 3 Mrd. DM auf das Bauhauptgewerbe (- 6,5 vH), in dem auch die Beschäftigteneinbuße (- 140 000) am stärksten war. Die Leistungen des Ausbaugewerbes verringerten sich etwas schwächer

¹ Für das Bauhauptgewerbe: Neuberechnung des Produktionsindex auf der Basis von 1970. Für das Ausbaugewerbe: Umstellung der Handwerksberichterstattung.

Das Bauvolumen nach Baubereichen

Zeitraum	Wohnbauten	Wirtschaftsbauten	Öffentliche und Verkehrsbauten				Gesamtes Bauvolumen	
			Ins-gesamt	Hochbauten	Strassenbau	Sonst. Tiefbau		
a) zu jeweiligen Preisen in Mill. DM								
1973	I	15 290	9 420	8 190	3 390	2 040	2 760	32 900
	II	18 300	10 780	11 090	3 970	3 320	3 800	40 170
	III	18 520	11 220	11 890	4 150	3 670	4 070	41 630
	IV	17 300	10 670	11 030	4 100	3 170	3 760	39 000
	JS	69 410	42 090	42 200	15 610	12 200	14 390	153 700
1974	I	14 590	9 170	9 570	4 080	2 360	3 130	33 330
	II	16 740	10 140	12 150	4 660	3 550	3 940	39 030
	III	16 630	10 500	13 000	4 920	3 880	4 200	40 130
	IV	15 990	10 130	12 490	4 870	3 650	3 970	38 610
	JS	63 950	39 940	47 210	18 530	13 440	15 240	151 100
1975	I	13 010	8 190	9 780	4 300	2 380	3 100	30 980
	II	15 450	9 330	12 390	4 870	3 540	3 980	37 170
	III	15 810	9 910	13 120	5 010	3 930	4 180	38 840
	IV	15 460	9 670	12 340	4 870	3 540	3 930	37 470
	JS	59 730	37 100	47 630	19 050	13 390	15 190	144 460
b) Preisentwicklung (1962 = 100)								
1973	I	179,6	162,8	159,5	178,6	129,4	166,3	169,3
	II	183,9	164,6	158,3	182,6	129,6	167,4	170,9
	III	190,1	170,0	163,7	188,5	133,9	175,3	176,4
	IV	190,8	170,8	165,3	189,5	133,8	175,6	177,4
	JS	186,2	167,1	161,8	185,0	131,9	171,5	173,6
1974	I	193,2	172,4	168,0	191,7	133,7	173,7	179,5
	II	197,9	176,0	170,6	195,8	141,3	176,8	182,9
	III	203,7	182,4	176,8	201,8	146,6	185,3	188,7
	IV	204,3	182,4	177,8	202,2	147,4	185,7	189,2
	JS	199,8	178,4	173,6	198,1	143,0	180,7	185,2
1975	I	204,8	183,2	180,8	203,1	146,9	185,3	190,8
	II	205,5	183,5	178,1	203,1	147,6	184,2	190,0
	III	207,9	185,5	179,9	204,8	150,0	187,8	191,9
	IV	208,2	186,0	180,4	205,1	149,5	187,2	192,5
	JS	206,7	184,6	179,7	204,1	148,7	186,2	191,3
c) zu Preisen von 1962 in Mill. DM								
1973	I	8 511	5 785	5 134	1 898	1 576	1 660	19 430
	II	9 951	6 551	7 006	2 174	2 562	2 270	23 508
	III	9 742	6 599	7 265	2 202	2 741	2 322	23 606
	IV	9 065	6 246	6 674	2 164	2 369	2 141	21 985
	JS	37 269	25 181	26 079	8 438	9 248	8 393	88 529
1974	I	7 551	5 319	5 695	2 128	1 765	1 802	18 565
	II	8 460	5 760	7 122	2 380	2 513	2 229	21 342
	III	8 164	5 757	7 351	2 438	2 647	2 266	21 272
	IV	7 828	5 553	7 023	2 409	2 476	2 138	20 404
	JS	32 003	22 389	27 191	9 355	9 401	8 435	81 583
1975	I	6 354	4 471	5 410	2 117	1 620	1 673	16 235
	II	7 519	5 085	6 958	2 398	2 399	2 161	19 562
	III	7 604	5 343	7 292	2 446	2 620	2 226	20 239
	IV	7 426	5 199	6 841	2 374	2 368	2 099	19 466
	JS	28 903	20 098	26 501	9 335	9 007	8 159	75 502
d) reale Zuwachsraten (im Vorjahresvergleich)								
1973	I	7,4	4,5	1,1	-1,6	1,0	4,4	4,8
	II	2,4	0,7	-2,5	-5,5	-3,6	2,1	0,4
	III	-0,2	-0,7	-0,8	-4,3	-1,5	3,7	-0,5
	IV	-6,5	-4,7	-4,6	-4,5	-7,8	-0,8	-5,4
	JS	0,5	-0,3	-1,9	-4,1	-3,4	2,2	-0,4
1974	I	-11,3	-8,1	10,9	12,1	12,0	8,6	-4,5
	II	-15,0	-12,1	1,7	9,5	-1,9	-1,8	-9,2
	III	-16,2	-12,8	1,2	10,7	-3,4	-2,4	-9,9
	IV	-13,7	-11,1	5,2	11,3	4,5	-0,1	-7,2
	JS	-14,1	-11,1	4,3	10,9	1,7	0,5	-7,9
1975	I	-15,9	-15,9	-5,0	-0,5	-8,2	-7,2	-12,6
	II	-11,1	-11,7	-2,3	0,8	-4,5	-3,1	-8,3
	III	-6,9	-7,2	-0,8	0,3	-1,0	-1,8	-4,9
	IV	-5,1	-6,4	-2,6	-1,5	-4,4	-1,8	-4,6
	JS	-9,7	-10,2	-2,5	-0,2	-4,2	-3,3	-7,5

(- 6 vH), die übrigen Bauleistungen² dagegen wesentlich stärker (- 13 vH).

Der Anstieg der Baupreise schwächte sich mit 3,3 vH im Jahresdurchschnitt gegenüber 6,8 vH im Vorjahr erheblich ab. Die niedrigste Preiskomponente (2,3 vH gegenüber 4,7 vH im Vorjahr) wies das Rohbauvolumen auf, mit dem die Leistungen des Bauhauptgewerbes gemessen werden.

Ursachen des mehr als zwei Jahre währenden Schrumpfungsprozesses waren die anhaltend niedrige Wohnungsbaunachfrage und die geringe Investitionsneigung der Unternehmer. Die öffentliche Baunachfrage wurde lediglich 1974 konjunkturgerecht ausgeweitet - das reale Bauvolumen der öffentlichen und Verkehrsbauten nahm um 4,3 vH zu (reales Bruttosozialprodukt + 0,4 vH). Wegen der außerordentlichen Finanzierungsschwierigkeiten der Gebietskörperschaften konnte 1975 allerdings nicht einmal das erreichte Niveau gehalten werden; der Rückgang betrug 2,6 vH. Die Chance, in Rezessionsjahren den auf vielen Gebieten notwendigen Ausbau der Infrastruktur bei geringen Preissteigerungsraten voranzutreiben, blieb damit ungenutzt. Einige Maßnahmen des im August 1975 beschlossenen Konjunkturprogramms (zusätzliche Investitionen des Bundes und gemeinsames Programm von Bund, Ländern und Gemeinden zur Förderung der kommunalen Infrastruktur und der Stadtsanierung) zielen zwar in diese Richtung, werden aber - wenn überhaupt - erst in dem sich anbahnenden Aufschwung wirksam.

Die Programmteile „Wohnungsmodernisierung“ und „Zwischenfinanzierung von Bausparverträgen“ und das vorangegangene Investitionszulagengesetz sollten unmittelbar die Nachfrage im Wohnungsbau und gewerblichen Bau stimulieren. Diese Maßnahmen werden, vom Umfang der bereitgestellten Mittel her gesehen, nicht ohne Wirkung bleiben: Alle Anzeichen sprechen dafür, daß sich die Bauproduktion im Jahre 1976 weitgehend stabilisiert. Ein kräftiges Wachstum ist allerdings nur im Wirtschaftsbau zu erwarten.

Wohnungsbau

Das reale Bauvolumen nahm in diesem Bereich sehr viel geringer ab als die Entwicklung der Wohnungsfertigstellungen zunächst vermuten ließ. Mit 436 000 Wohnungen lag das Ergebnis 1975 um 168 000 Einheiten (entsprechend 28 vH) unter dem

² In den übrigen Bauleistungen werden - entsprechend der Zusammensetzung der Bauinvestitionen in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamtes - Montagebau, Architektenleistungen, Gebühren und Leistungen für Außenanlagen, einschließlich Eigenleistungen der Investoren zusammengefaßt. Hierzu liegen allerdings noch keine endgültigen Ergebnisse vor.

Vorjahresniveau. Die Bauleistungen nahmen jedoch nur etwa 10 vH ab. Das läßt sich nur zum Teil damit erklären, daß der Anteil der Ein- und Zweifamilienhäuser an den Genehmigungen der letzten Jahre erheblich gestiegen ist, und damit auch die durchschnittliche Wohnungsgröße und der Umfang der Nebenanlagen von Gebäuden. Offensichtlich hat sich im Jahresverlauf die Struktur des Bauüberhangs³ (insgesamt 680 000 Wohnungen) beträchtlich verändert. Das Gewicht der bereits weitgehend fertiggestellten Wohnungen dürfte Ende 1975 wesentlich größer gewesen sein als im Vorjahr. In den 475 000 zum Jahresende im Bau befindlichen Wohnungen ist daher nur ein geringes Auftragspolster für 1976 enthalten.

Trotz der speziellen Förderungsmaßnahmen des Konjunkturprogramms ist im Wohnungsbau keine rasche Erholung zu erwarten. In welcher Höhe die Zinsverbilligung von Bauspar-Zwischenkrediten⁴ zusätzliche Baunachfrage mobilisiert, sei dahingestellt. Sie führt vor allem dazu, daß private Bauherren ihre Planungen vorzeitig realisieren. Da die Auftragsvergaben für diese Förderung bis zum 30. 4. 1976 befristet sind und der Rohbau bis Ende 1976 fertiggestellt sein muß, wird ein Verlagerungseffekt der Baunachfrage aus späteren Jahren erzielt (etwa 1 Mrd. DM), der sich vor allem in der Produktionsleistung des Bauhauptgewerbes niederschlagen wird.

Vom Wohnungsmodernisierungsprogramm (Finanzierungsvolumen 700 Mill. DM) sind dagegen erhebliche Impulse für die Bautätigkeit im Wohnungssektor zu erwarten. Da die Mittel voll ausgeschöpft wurden, kann mit einem Nachfragevolumen von 3,5 bis 4 Mrd. DM⁵ gerechnet werden. Es bezieht sich zum überwiegenden Teil auf Ausbau- und Installationsleistungen, betrifft aber auch Instandsetzungsleistungen des Bauhauptgewerbes.

Zur Einschätzung der Entwicklung für 1976 ist außerdem der Anstieg der Baugenehmigungen seit September 1975 zu berücksichtigen, der nicht allein durch das Programm zur Bausparzwischenfinanzierung erklärt werden kann. Vermutlich spielen hier auch Bauvorhaben der Wohnungswirtschaft eine Rolle, für die die Investitionszulage einen Anreiz gab.

Für den gesamten Wohnungsbau ist in diesem Jahr – auch bei weiter steigenden Genehmigungen – noch mit einem geringen Produktionsrückgang zu rechnen. Die Zahl der fertiggestellten Wohnungen wird jedoch 400 000 kaum unterschreiten. Für die im Bauhauptgewerbe tätigen Unternehmen bedeutet das eine weiter sinkende Kapazitätsauslastung. Im Ausbaugewerbe ergibt sich durch das Ausweichen auf die Altbaumodernisierung real ein geringer Zuwachs.

Wirtschaftsbau

Das Volumen der Wirtschaftsbauten verringerte sich gegenüber dem ohnehin schon niedrigen Vorjahresniveau nochmals um 10 vH. Die vierteljährlichen Daten zeigen jedoch eine deutliche Abschwächung der negativen Zuwachsraten im Verlauf des letzten Jahres.

Die Baugenehmigungen nehmen seit August 1975 konjunkturell deutlich zu. Dies wird man als Indikator dafür werten müssen, daß die Investitionszulage im Bereich der Bauinvestitionen stärker zum Tragen kommt als bei den Ausrüstungen: Während Ausrüstungsgüter bis Ende Juni 1975 fest bestellt sein mußten, genügte für Bauten der Antrag auf Baugenehmigung. Es ist nicht auszuschließen, daß zur Jahresmitte, als die konjunkturelle Entwicklung noch recht pessimistisch beurteilt wurde, zahlreiche Anträge zunächst vorsorglich ohne feste Bauabsicht gestellt wurden. Die Entwicklung der Auftragseingänge (Zuwachsrate im letzten Quartal 1975 18 vH gegenüber dem Vorjahr) zeigt jedoch, daß die Baugenehmigungen auch effektiv in Nachfrage umgesetzt wurden. Dafür können optimistischere Einschätzungen der künftigen Wirtschaftslage, verbunden mit der Erwartung anziehender Baupreise, ausschlaggebend gewesen sein.

Im Jahresdurchschnitt waren die Baugenehmigungen 1975 real (gemessen in m³ umbauten Raumes) um 14 vH, nominal (veranschlagte reine Baukosten) um 21 vH höher als 1974.

Insgesamt wird für 1976 ein reales Wachstum der Bauleistungen in der Größenordnung von 10 vH erwartet. Die Bauproduktion würde damit etwa wieder das Niveau von 1974 erreichen.

Öffentlicher und Verkehrsbau

Der Produktionsverlauf in diesem Bereich weist 1975 eine deutliche Abschwächung gegenüber dem hohen Vorjahresergebnis auf, das durch die Sonder-

³ Summe der bereits im Bau befindlichen sowie der genehmigten, aber noch nicht begonnenen Wohnungen.

⁴ Insgesamt wurden Finanzierungsmittel in Höhe von 300 Mill. DM bereitgestellt, von denen derzeit bereits zwei Drittel beantragt sind. Gewährt wird eine Zinsverbilligung um 2,5 vH für die Zwischenfinanzierung von Bausparverträgen mit eingezahlter Mindestansparsumme bis zur Zuteilung, längstens aber für die Dauer von 3 Jahren. Je Haushalt wird ein Zwischenkreditvolumen bis zu 50 000,- DM zuzüglich 10 000,- DM je Kind mit Zinsverbilligungen begünstigt.

⁵ Die Zuschüsse betragen 15 vH der Modernisierungskosten je Wohnung, wobei ein Höchstbetrag von 20 000,- DM festgesetzt wurde. In Ausnahmefällen – bei Mietwohnungen im Eigentum natürlicher Personen, bei energiesparenden Investitionen und bei Wohngebäuden von städtebaulicher Bedeutung – wird ein Zuschuß von 30 vH gewährt.

Das Bauvolumen nach Baubereichen und Produzentengruppen

	zu jeweiligen Preisen in Mrd. DM				zu Preisen von 1962 in Mrd. DM				Zuwachsraten gegenüber dem Vorjahr in vH							
									nominal				real			
	1972	1973	1974	1975	1972	1973	1974	1975	1973	1974	1975	1976 ²⁾	1973	1974	1975	1976 ²⁾
Wohnbauten	64,46	69,41	63,95	59,73	37,10	37,27	32,00	28,90	7,7	- 7,9	- 6,6	1	0,5	-14,1	- 9,7	- 3
davon:																
Rohbau	31,55	32,71	29,12	26,61	17,59	17,09	14,47	12,92	3,7	-11,0	- 8,6	-4	- 2,8	-15,3	-10,7	-7
Ausbau	22,43	25,32	23,91	23,34	13,31	13,87	11,86	11,06	12,9	- 5,6	- 2,4	8	4,2	-14,5	- 6,7	2
Sonstige Leistungen ¹⁾	10,48	11,38	10,92	9,78	6,20	6,31	5,67	4,92	8,6	- 4,0	-10,4	0	1,8	-10,3	-13,2	-4
Wirtschaftsbauten	40,44	42,09	39,94	37,10	25,25	25,18	22,39	20,10	4,1	- 5,1	- 7,1	15	- 0,3	-11,1	-10,2	10
davon:																
Rohbau	18,91	19,31	18,00	16,96	11,71	11,55	10,34	9,53	2,1	- 6,8	- 5,8	16	- 1,3	-10,5	- 7,8	12
Ausbau	12,60	13,36	12,82	12,05	7,91	7,90	6,85	6,14	6,0	- 4,0	- 6,0	14	- 0,1	-13,3	-10,4	10
Sonstige Leistungen ¹⁾	8,93	9,42	9,12	8,09	5,63	5,73	5,20	4,43	5,5	- 3,2	-11,3	14	1,8	- 9,2	-14,8	10
Öffentliche Hochbauten	15,19	15,61	18,53	19,05	8,80	8,44	9,36	9,34	2,8	18,7	2,8	0	- 4,1	10,9	- 0,2	- 3
davon:																
Rohbau	7,33	7,37	8,61	8,59	4,19	3,96	4,44	4,38	0,5	16,8	- 0,2	1	- 5,5	12,1	- 1,4	-2
Ausbau	6,09	6,39	7,65	8,34	3,57	3,45	3,74	3,89	5,0	19,7	9,0	1	- 3,4	8,4	4,0	-4
Sonstige Leistungen ¹⁾	1,77	1,85	2,27	2,12	1,04	1,03	1,18	1,07	4,5	22,7	- 6,6	-1	- 1,0	14,6	- 9,3	-4
Straßenbau	12,25	12,20	13,44	13,39	9,58	9,25	9,40	9,01	- 0,4	10,2	- 0,4	-2	- 3,4	1,6	- 4,2	-5
davon:																
Rohbau	11,95	11,86	13,07	12,99	9,37	9,03	9,18	8,77	- 0,7	10,2	- 0,6	.	- 3,6	1,7	- 4,5	.
Sonstige Leistungen ¹⁾	0,30	0,34	0,37	0,40	0,21	0,22	0,22	0,24	13,3	8,8	8,1	.	4,8	0	9,1	.
Sonstiger öffentlicher Tiefbau ..	13,37	14,39	15,24	15,19	8,21	8,39	8,44	8,16	7,6	5,9	- 0,3	13	2,2	0,6	- 3,3	10
davon:																
Rohbau	11,93	12,71	13,56	13,63	7,32	7,41	7,50	7,33	6,5	6,7	0,5	.	1,2	1,2	- 2,3	.
Sonstige Leistungen ¹⁾	1,44	1,68	1,68	1,56	0,89	0,98	0,94	0,83	16,7	0	- 7,1	.	10,1	- 4,1	-11,7	.
Gesamtes Bauvolumen	145,71	153,70	151,10	144,46	88,92	88,53	81,58	75,50	5,5	- 1,7	- 4,4	5,6	- 0,4	- 7,9	- 7,5	2,0
davon:																
Rohbau	81,67	83,96	82,36	78,78	50,17	49,04	45,93	42,93	2,8	- 1,9	- 4,3	4,2	- 2,3	- 6,3	- 6,5	1,0
Ausbau	41,12	45,07	44,38	43,73	24,79	25,22	22,45	21,09	9,6	- 1,5	- 1,5	7,3	1,7	-11,0	- 6,1	3,3
Sonstige Leistungen ¹⁾	22,92	24,67	24,36	21,95	13,96	14,27	13,20	11,48	7,6	- 1,3	- 9,9	7,3	2,2	- 7,5	-13,0	3,3

1) Montagebau, Architektenleistungen und amtliche Gebühren, sonstige Bauleistungen. — 2) Schätzung.

programme vom Februar und September 1974 geprägt war⁶. Das noch im Dezember verabschiedete dritte Sonderprogramm, das zusätzliche Investitionen des Bundes von 1 Mrd. DM und eine beschleunigte Vergabe der Investitionsprojekte aus dem Kernhaushalt vorsah, konnte jedoch Produktionseinbrüche im ersten Halbjahr 1975 offenbar nicht verhindern. Ausschlaggebend war der rasche Anstieg der Haushaltsdefizite, die zur kurzfristigen Drosselung der Investitionsausgaben führten. Im Jahresergebnis war die Entwicklung für den öffentlichen Hochbau günstiger als im Straßenbau und sonstigen Tiefbau.

Welches Niveau die Bauproduktion im laufenden Jahr erreicht, hängt wieder davon ab, ob die im Konjunkturprogramm vom August 1975 vorgesehenen Mittel (2,45 Mrd. DM für den Ausbau der kommunalen Infrastruktur und städtebauliche Maßnahmen, 1,2 Mrd. DM für eigene Investitionen des Bundes) tatsächlich für neue Projekte eingesetzt werden. Bei Ländern und Gemeinden ist zu befürchten, daß die Mittel weitgehend zur Mobilisierung von Bauobjekten verwendet werden, die ohnehin in die Etats eingestellt waren. Ein zusätzlicher Effekt ist jedoch von den Investitionen des Bundes zu erwarten, insbesondere wenn man die sich verbessernde Einnahmensituation bedenkt. Dagegen sprechen allerdings die restriktiven Ansätze für Sachinvestitionen in der mittelfristigen Finanzplanung⁷; sie betreffen beim Bund überwiegend den Fernstraßenbau. Die aktuellen Nachfrageindikatoren weisen in den Monaten nach der Verabschiedung des Programms nur in Teilbereichen eine Belebung aus.

Im gesamten Tiefbau sind die Auftragsvergaben im Zeitraum September 1975 bis Januar 1976 um 6 vH gegenüber dem vergleichbaren Vorjahreszeitraum gestiegen. Beim Bund lag die Zuwachsrate noch wesentlich höher (+ 10 vH). Dabei war die Auftragsvergabe für den gesamten Straßenbau mit - 10 vH recht ungünstig, während die Nachfrage im sonstigen Tiefbau (beim Bund vor allem Investitionen in Was-

serstraßen und Häfen) überdurchschnittlich zunahm. Die Baugenehmigungen für öffentliche Hochbauten sind im letzten Quartal 1975 zurückgegangen (nominal - 10, real - 15 vH).

Im Jahresdurchschnitt lagen die Auftragsvergaben im Tiefbau um 2 vH unter dem Wert von 1974, beim Straßenbau um 9 vH. Die Genehmigungen im öffentlichen Hochbau sind nominal um 1 vH, real um 4 vH zurückgegangen.

Im laufenden Jahr wird die Bauproduktion im öffentlichen Hochbau (- 3 vH) und im Straßenbau (- 5 vH) das Vorjahresergebnis unterschreiten. Der sonstige Tiefbau wird dagegen erheblich zunehmen (+ 10 vH). Per Saldo zeichnet sich damit für den öffentlichen Bereich⁸ lediglich Stagnation ab.

Ausblick

Gewichtet man die voraussichtliche Entwicklung in den einzelnen Baubereichen, so ist für die gesamte Bauproduktion im Jahre 1976 ein Ergebnis von 77 Mrd. DM und damit ein reales Wachstum von 2 vH zu erwarten. Es ist anzunehmen, daß sich der Preisanstieg leicht beschleunigt; dabei wird, der Nachfrageentwicklung entsprechend, die Zuwachsrate beim Ausbau wieder stärker ausfallen als bei den übrigen Produzentengruppen. Legt man der Rechnung im Mittel eine Preissteigerungsrate von 3,5 vH zugrunde, so wird sich das Bauvolumen 1976 auf rund 153 Mrd. DM belaufen.

⁶ Vgl. Produktionsrückgang im Baugewerbe verringert sich. Bearb.: Norbert Engler. In: Wochenbericht des DIW. Nr. 13/1975.

⁷ Vgl. Die Finanzplanung des Bundes 1975 bis 1979: Konflikt zwischen Konsolidierung und staatlicher Aufgabenerfüllung? Bearb.: Dieter Vesper. In: Wochenbericht des DIW. Nr. 11/1976.

⁸ Zu beachten ist, daß der Berichtskreis hier über den unmittelbar staatlichen Bereich hinausgeht. Möglicherweise fällt das Ergebnis für die Gebietskörperschaften etwas besser aus als für die übrigen Auftraggeber.

Aus den Veröffentlichungen des DIW

Sonderhefte

Erscheinen als neue Folge wieder seit 1948. Format DIN A 5. Seit Mitte 1974 sind erschienen:

- Nr. 103 **Leistungsstruktur der Bauwirtschaft und Perspektiven der Baunachfrage in West-Berlin.** Von H. Droege und P. Ring. 164 S. 1975. DM 54,60.
- Nr. 104 **Bedeutung und Möglichkeiten des Ost-West-Handels mit Energierohstoffen.** Von J. Bethkenhagen. 302 S. 1975. DM 76,—.
- Nr. 105 **Prognose des regionalen Angebots an Arbeitsplätzen.** Gutachten im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“. Von H. Birg unter Mitarbeit von E. Jöhrens und W. Kirner. 96 S. 1975. DM 36,—.
- Nr. 106 **Inflations- und Strukturwirkungen von Verteilungs- und Verwendungskonflikten in den vier großen EG-Ländern.** Von M. Teschner. 162 S. 1975. DM 54,60.
- Nr. 107 **Verteilung von Entwicklungshilfe nach Empfängerländern: Probleme der Formulierung operationaler entwicklungsbezogener Strategien.** Von Hans J. Petersen. 131 S. 1975. DM 48,60.
- Nr. 108 **Die Entwicklung des Lebensstandards in den osteuropäischen Ländern.** Von M. E. Ruban, M. Lodahl, H. Machowski, H. Vortmann. 176 S. 1975. DM 54,60.
- Nr. 109 **Verkehrswege und Ersatzbedarf.** Von B. Bartholmai. 125 S. 1975. DM 38,60.
- Nr. 110 **Modelle der Bevölkerungsentwicklung in Berlin (West) bis zum Jahre 1990.** Von P. Ring und I. Pfeiffer. 96 S. 1975. DM 26,60.

Im Druck:

- Nr. 111 **Filmförderung in der Bundesrepublik Deutschland - Versuch einer Erfolgskontrolle der Subventionspolitik.** Von B. Dreher.
- Nr. 112 **Alternative Entscheidungsstrukturen in einer Wirtschafts- und Währungsunion.** Von Fritz Franzmeyer.

Beiträge zur Strukturforschung

Erscheinen seit 1967. Format DIN A 4. Seit 1974 sind erschienen:

- Heft 29 **Ausbildungsqualifikation und Arbeitsmarkt.** Vorausschau auf das langfristige Arbeitskräfte- und Bildungspotential in West-Berlin. Von A. Hegelheimer und G. Weißhuhn. 208 S. u. Tab. 1974. DM 116,—.
- Heft 30 **Intersektoraler Strukturvergleich zur Ermittlung von Schlüsselsektoren.** Empirische Ergebnisse für asiatische Entwicklungsländer anhand einheitlich aggregierter Input-Output-Tabellen. Von S. Schultz. 104 S. 1974. DM 38,60.
- Heft 31 **Verteilung und Schichtung der Einkommen der privaten Haushalte in der Bundesrepublik Deutschland 1950 bis 1975.** Von G. Göseke und K.-D. Bedau, EDV-Programmierung: H. Klatt. 212 S. 1974. DM 68,80.
- Heft 32 **Zum Verbund von Lernorten in der Berufsausbildung.** — Organisatorische, rechtliche und finanzielle Fragen der Verbindung von Oberstufenzentren mit Ausbildungsstätten in Berlin (West). Von W. Jeschek und W. Fritz. 98 S. 1974. DM 39,60.
- Heft 33 **Der Energiemarkt in Bayern bis zum Jahre 1990 unter Berücksichtigung der Entwicklungstendenzen auf dem Weltenergiemarkt und dem Energiemarkt der Bundesrepublik Deutschland.** Von U. Dolinski und H.-J. Ziesing. 293 S. 1974. DM 118,—.
- Heft 34 **Berufsfeldplanung für die Sekundarstufe II. — Die Entwicklung der Berufsfeld- und Ausbildungsstrukturen für die Absolventen und Abgänger der Sekundarstufe II in Berlin (West) bis zum Jahre 1982.** Von K.-P. Gaulke und G. Weißhuhn unter Mitarbeit von M. Kohues. 128 S. 1975. DM 49,80.
- Heft 35 **Analyse und Prognose der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und in ihren Regionen bis zum Jahr 1990.** Von H. Birg. 300 S. 1975. DM 98,—.
- Heft 36 **Die Entwicklung der Bautätigkeit in den Bundesländern von 1960 bis 1972.** Von N. Engler. 66 S. 1975. DM 22,60.
- Heft 37 **Wertschöpfungspräferenz nach dem Berlinförderungsgesetz.** Ergebnisse einer ersten Erfolgskontrolle. Von Peter Ring. 88 S. 1975. DM 36,60.
- Heft 38 **Input-Output-Rechnung für die Bundesrepublik Deutschland 1972.** Von R. Pischner, R. Stäglin und H. Wessels. 149 S. 1975. DM 58,—.

Zu beziehen durch den Verlag Duncker & Humblot

Herausgeber: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, 1 Berlin 33, Königin-Luise-Str. 6
Tel. (030) 8 29 11 — telex 01 83247 diwbl

Präsident: Dr. Karl König

Abteilungsleiterkollegium: Dr. Oskar de la Chevallerie, Dr. Doris Cornelsen, Dr. Fritz Franzmeyer, Dr. Günther John, Prof. Dr. Wolfgang Kirner, Prof. Dr. Rolf Krengel, Dr. Manfred Liebrucks, Dr. Reinhard Pohl, Dr. Horst Seidler, Dr. Wolfgang Watter,

Präsident und Abteilungsleiter sind gemeinsam für die wissenschaftliche Leitung verantwortlich

Schriftleitung: Dr. Klaus Henkner.

Gesundheitspolitik in der Krise bearbeitet von Peter Rosenberg. —

Leichte Produktionszunahme im Baugewerbe bearbeitet von Bernd Bartholmai.

Verlag: Duncker & Humblot, 1 Berlin 41, Dietrich-Schäfer-Weg 9. Nachdruck und sonstige Verbreitung — auch auszugsweise — nur mit Quellenangaben zulässig. Druck: Zippel-Druck in Firma Bürotechnik Berlin, 1 Berlin 36, Muskauer Str. 43.

Bezugspreis für den Jahrgang DM 50,—, vierteljährlich DM 15,—, Einzelnummer DM 2,—.