

# **Individualisierung, Ökonomisierung, Digitalisierung: Der sozio-ökonomisch-technische Wandel als Herausforderung und Chance für eine zukunftsfähige Soziale Gesundheitswirtschaft**

*Rolf G. Heinze und Josef Hilbert*

## *1. Einleitung*

Der Artikel soll umreißen, wo jenseits des allseits bekannten demografischen Wandels – wir werden weniger, älter und bunter und viele von uns ärmer – Herausforderungen auf die Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft zukommen. Er soll dabei aber nicht nur auf Risiken und Gefahren aufmerksam machen, sondern auch nach Gestaltungsorientierungen suchen – für die Politik auf den verschiedenen Ebenen, für Gesundheitswirtschaftsunternehmen, aber auch für Aktivitäten der Menschen selbst, sei es in ihrem Alltag und persönlichen Umfeld oder auch in zivilgesellschaftlichen Zusammenhängen.

Zu Beginn wird zunächst ein Überblick über grundlegende Trends gegeben, die die Entwicklungsbedingungen und Möglichkeiten beeinflussen. Explizit eingegangen wird auf die Themen Individualisierung, Ökonomisierung und Digitalisierung. Dabei zeigt sich, dass in all diesen Trends massive Herausforderungen bzw. sogar Risiken für die Gesundheitsversorgung der Zukunft liegen. Noch deutlicher wird aber, dass es dringend nötig ist, die ebenfalls deutlich werdenden Chancen für eine

bessere Gesundheitsversorgung zu einem neuen Leitbild, zu der Philosophie eines „Mehr Gesundheit wagen!“ zu verdichten.

Genau diese Orientierung steht dann im Mittelpunkt des Kapitels zu Gestaltungsperspektiven. Es beschränkt sich nicht nur darauf, das Leitbild zu konkretisieren, sondern versucht auch, einen Überblick über ausgewählte zentrale Baustellen für die Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft zu geben.

## 2. Individualisierung

Seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts ist Individualisierung ein Top-Thema der sozialwissenschaftlichen Forschung (Beck 1986). Der Begriff umreißt einen mit der Modernisierung und Wohlfahrtssteigerung zeitgenössischer Gesellschaften verbundenen Prozess der Loslösung vieler Menschen aus traditionellen Lebenszusammenhängen (etwa der Großfamilie oder des „vor Ort“ dominierenden Großindustriellen) und eine Zunahme an Wahl- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten. Damit verbunden sind v.a. auch eine wachsende Zuschreibung von Selbstverantwortung für Lebensverläufe, gelingende oder misslingende Partnerschaften und Berufskarrieren, ein Trend zur Klein- und Kleinstfamilie (der gesamtgesellschaftlich auch zu sinkenden Geburtenquoten führt), ein Bedeutungsverlust von Dauerpartnerschaften und ein Bedeutungsgewinn von Lebensabschnittspartnerschaften und nicht zuletzt eine Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen.

Im Zusammenhang mit solchen nachgerade überall anzutreffenden Trends geht es bei Individualisierung mithin nicht nur um einen historischen Freisetzungsprozess des Individuums aus traditionsbestimmten Lebensformen, der verschiedene Muster sozialer Bindungen wie die Familie oder auch die Verwandtschaft betrifft, sondern auch um die Verbindung von individuellen Lebensentwürfen und sozioökonomischen Lebenslagen. Lebenslagen und Lebensstile sortieren sich zu neuen sozialen Milieus, die – zumindest deutlich weniger als früher – nicht mehr in erster Linie über Beruf, Bildung und Einkommen vorgeprägt sind, sondern von Individuen gestaltet werden können – allerdings in den Grenzen individuell nur bedingt steuerbarer Phänomene, wie etwa den Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Was bleibt – so die ideologiekritische Sicht auf die Individualisierung – ist, dass die Folgen der ökonomischen Umbrü-

che und Verwerfungen zunehmend in die Selbstverantwortung der Individuen verlagert und damit politisch entschärft werden können (vgl. die Beiträge in Berger/Hitzler 2010).

Für die Zukunft der Gesundheit hat Individualisierung gravierende Konsequenzen. Herausforderungen entstehen vor allem dadurch, dass die traditionell (und auch noch aktuell) hohen Leistungen der Gesundheitsressource Familie – oder richtiger: Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter – an Kraft einbüßen und durch öffentliche, private oder gemeinschaftliche Leistungen ersetzt werden müssen – zumindest, wenn das jetzige Leistungsniveau gehalten oder sogar noch ausgebaut werden soll. Eine zweite Gefährdung entsteht durch den langsam zunehmenden Trend zu diskontinuierlichen, häufiger durch Selbstständigkeit geprägten Erwerbsbiographien. Für die Flexibilität, Kreativität und Anpassungsfähigkeit der Ökonomie ist dies zweifelsohne ein Vorteil, in Bezug auf die Finanzierung der Krankenversicherungen führt dies jedoch oft zu Mindestbeiträgen und damit in diesen Teilen der Erwerbstätigkeit zu einer nur „bescheidenen“ Beitragsergiebigkeit.

Gesundheit profitiert aber auch von Individualisierung. In allererster Linie ist hier zu nennen, dass große und wachsende Teile der Bevölkerung – ganz in Übereinstimmung mit dem „Zeitgeist der Individualisierung“ – Gesundheit als eine persönlich formbare Größe annehmen und sich verstärkt um einen gesundheitsorientierten Lebensstil kümmern. Zwar hat sich dies in Deutschland bislang noch nicht in kräftig steigenden privaten Gesundheitsausgaben niedergeschlagen, jedoch stiegen Gesundheit und das Kümmern um Gesundheit auf der Werteskala der Bevölkerung in Deutschland in den letzten Jahren immer weiter nach oben. Seit 2013 rangiert Gesundheit im Werte-Index von TNS-Infratest sogar auf Platz eins. Und viele Insider und Trendforscher rechnen damit, dass als Folge der gestiegenen Wertschätzung von Gesundheit auch in Deutschland – wie etwa in der Schweiz oder in den USA (siehe OECD 2015) – in Zukunft auch das private Engagement für Gesundheit steigen wird – sei es bei privaten Präventionsaktivitäten, sei es auch bei privaten Investitions- oder Konsumausgaben (vgl. auch Becka et al. 2014).

Allerdings darf nicht übersehen werden, dass das in der Bevölkerung insgesamt wachsende Interesse an Gesundheit und Gesundheitsengagement auch zu gesellschaftlichen Verwerfungen führen kann: Große Bevölkerungsteile – v.a. bildungs- und einkommensschwache Schichten – verfügen nämlich weder über die Wissens- und Finanzressourcen noch über

die motivationalen Kräfte, um bei einem solchen neuen Gesundheitsverhalten mithalten zu können. Und noch größer werden die Probleme, wenn in den benachteiligten Bevölkerungsteilen zusätzlich ein Migrationshintergrund vorliegt.

### 3. Ökonomisierung

Ökonomisierung meint im Grundsatz, dass ökonomische Überlegungen und Regelungsprinzipien in solchen Bereichen verstärkt zur Anwendung kommen, die bislang eher öffentlich-bürokratisch, solidarisch, gemeinschaftlich oder in privaten Haushalten organisiert und erbracht wurden. Solche Trends zur Ökonomisierung haben in den letzten Jahren in Deutschland in vielen Bereichen eine große Rolle gespielt – angefangen bei der öffentlichen Verwaltung über die Wohnungswirtschaft oder den Bildungs- und Forschungsbereich. Ganz besonders betroffen war gerade auch das Gesundheits- und Sozialwesen.

Parallel dazu stieg aber auch die Einsicht, dass Gesundheit und die mit ihr verbundenen Wirtschaftsbereiche der mittlerweile größte deutsche Wirtschaftszweig sind und dass die makro-ökonomische Bedeutung darüber hinaus in den nächsten Jahren noch deutlich weiter steigen wird.

Zwar wurde immer schon darüber debattiert, geforscht und experimentiert, wie im Gesundheitswesen ein wirtschaftlicher Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln gewährleistet werden kann. In einer systematischen Offensive zur Ökonomisierung schlug sich dies jedoch erst seit den 90er Jahren nieder. Zum Teil wurden einzelne Leistungsbereiche gänzlich von der bürokratisch-öffentlichen Leistungserstellung auf Markt und Wettbewerb umgestellt, zum Teil wurden Märkte simuliert, d.h. Quasimärkte geschaffen (vgl. Schimank/Volkman 2008 und Heinze/Schneiders 2014). Ein wichtiger Meilenstein war etwa die Ablösung des (faktischen) Selbstkostendeckungsprinzips durch diagnosebezogene Fallgruppen, auf deren Basis Krankenhäuser mittlerweile ihre Leistungen mit pauschalisierten Preisen vergütet bekommen. Im Verhältnis zwischen Patient und der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte eine Ökonomisierung etwa durch eine Ausweitung der Wechsel- und Wettbewerbsmöglichkeiten, durch Wahltarife, Bonuszahlungen für gesundheits- oder kostenbewusst-

tes Verhalten oder auch sogenannte Disease Management Programme (DMP)<sup>1</sup>.

In der Gesundheits- und Sozialwirtschaft und auch in den einschlägigen wissenschaftlichen Disziplinen waren und sind die Ökonomisierungsschritte äußerst umstritten; von großen Teilen der Praxis wurden sie anfänglich mit Fassungslosigkeit zur Kenntnis genommen und werden noch heute bekämpft.<sup>2</sup> Für die Befürworter ist mehr Markt und Wettbewerb der „Königsweg“, um unternehmerische Kräfte für mehr Leistung, bessere Qualität und höhere Produktivität zu mobilisieren und dadurch die Grundlagen für eine bessere Medizin für alle zu schaffen (Initiative Gesundheitswirtschaft IGW<sup>3</sup>). Kritiker der Integration marktlicher Steuerungsmechanismen problematisieren die Folgen der Ökonomisierung (und der damit oft verbundenen Privatisierung) zum einen als Entprofessionalisierung der Gesundheits- und Sozialarbeit. Zum anderen betonen sie, die Ökonomisierung setze etablierte Dienstleistungsstrukturen so unter Druck, dass die Dienstleistungsqualität – gerade auch bei den Bildungs- und Einkommensschwachen – leide. Darüber hinaus wird ein Spannungsfeld gesehen zwischen der für Markt und Wettbewerb dringend erforderlichen Standardisierung und Modularisierung auf der einen Seite und der für gelingende Gesundheits- und Sozialdienstleistungen unerlässlichen, aber nur schwer im Voraus zu planenden interaktiven Prozesse der Zusammenarbeit zwischen dem Dienstleister und den Patienten (Böhle/Stöger/Wehrich 2015).

Über die traditionellen Konfrontationen um Ökonomisierung will die Forschung und Debatte um Gesundheitswirtschaft hinausgehen. Hier wird herausgearbeitet, dass die Gesundheitsbranchen in Deutschland mittlerweile mit mehr als 6 Millionen Erwerbstätigen zum größten Wirtschaftszweig geworden sind – fast auf Augenhöhe mit der Industrie. Zum anderen wird umrissen, dass auch in den kommenden Jahren mit einem weiteren Wachstum zu rechnen ist und dass Gesundheit auch ein genereller Impulsgeber und Innovationstreiber ist – etwa für das Reisegewerbe mit Gesundheitstourismus oder für die Wohnungswirtschaft durch das be-

<sup>1</sup> DMP zielen auf strukturierte Behandlung chronisch kranker Patienten mit Hilfe definierter Versorgungsprozesse ab.

<sup>2</sup> Siehe für weitere Beiträge Lohmann 2003, Dahme/Wohlfahrt 2014 sowie Schaal/Lenk/Ritzi 2014.

<sup>3</sup> <http://initiative-gesundheitswirtschaft.org>

treute Wohnen oder auch für die Informations- und Kommunikationstechnik als wohl wichtigstes Anwendungsfeld für „Big Data“. „Der Gesundheitssektor spielt in unserer alternden Gesellschaft eine immer größere Rolle. Seit 1960 wuchsen die Ausgaben für das Gesundheitssystem in Deutschland im Durchschnitt um 1% schneller als das BIP. Derzeit geben wir rund 11% des BIP für unsere Gesundheit aus, 2040 sind es laut Prognosen der Weltbank schon 15%.“<sup>4</sup> Augurzyk u.a. (2012) arbeiten mit ökonomischen Modellprojektionen heraus, dass die Leistungskraft der Gesamtwirtschaft und die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft an einem Ausbau der Gesundheitswirtschaft keinen Schaden zu nehmen braucht, vor allem dann nicht, wenn es gelingt, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsproduktion deutlich zu steigern. Eine ökonomisch fundierte Sichtweise auf Gesundheit und Soziales muss also keineswegs als Totengräber für anspruchsvolle Sozialstaatlichkeit gesehen werden, sondern kann durchaus „Rückenwind“ für einen Ausbau derselben liefern.

Zur Aktivierung dieser Wachstumspotenziale wird auf eine angemessene Dienstleistungs- bzw. Gesundheitswirtschaftspolitik gesetzt. Unter dem Dach der Konrad-Adenauer-Stiftung sowie in einem Gemeinschaftsprojekt der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di mit der Friedrich-Ebert-Stiftung wurden hierfür Konzepte entwickelt. Das dabei entstandene Konzept von ver.di und der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hilbert/Mickley/Evans 2011) zur „Sozialen Gesundheitswirtschaft“ legt sich dabei keineswegs auf einen Verzicht von Wettbewerbselementen fest, sondern arbeitet stattdessen Orientierungen und Zielgrößen für die zukünftige Entwicklung heraus und umreißt sie mit der Formel „Mehr Gesundheit, gute Arbeit, qualitatives Wachstum“<sup>5</sup>.

Trotz der vielfältigen und zuweilen auch fundamentalen Kritiken rechnet kaum jemand damit, dass es zu einem Rückbau von Elementen des Marktes und von Wettbewerbselementen in der Gesundheitswirtschaft kommen wird. Im Gegenteil; es wird sogar mit breiter Unterstützung an einem Ausbau gearbeitet. So sieht etwa das gegenwärtig (Sommer 2015) von der Bundesregierung geplante Krankenhausstrukturgesetz vor, dass

<sup>4</sup> McKinsey 2015; vgl. auch Goldschmidt/Hilbert 2009, Ostwald et al. 2014.

<sup>5</sup> In neueren Ausarbeitungen der FES zur Zukunft gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen wird der skizzierte Dreiklang um die Zielmarke „Soziale Gerechtigkeit“ ergänzt (Hilbert/Bienzeisler/Becka 2013).

Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt werden. Darüber hinaus spricht auch für ein Weitermachen beim Experimentieren mit innovativen Steuerungskonzepten, dass es in einigen Bereichen – etwa in der Behindertenhilfe mit persönlichen Budgets – gelungen ist, mehr Handlungsautonomie und Selbstbestimmung zu erzielen. Vor diesem Hintergrund kann es für die Zukunftsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft derzeit vordringlich nur darum gehen, den ordnungs- und steuerungstheoretischen Prinzipienstreit zu überwinden und durch einen pragmatischen Handlungsansatz zu ersetzen, der sowohl öffentlich-bürokratische als auch marktliche, solidarische, gemeinschaftliche und privat-haushaltliche Ressourcen nutzt und sogar aufeinander bezieht („Welfare Mix“). Das Vorgehen und die Wirkungen sollten allerdings an nachvollziehbare Zielsetzungen (im Sinne der oben skizzierten Sozialen Gesundheitswirtschaft) gebunden sein und kontinuierlich und gestaltungsorientiert gemonitort werden.

#### 4. Digitalisierung

Mitte der 2010er Jahre befindet sich Deutschland im Digitalisierungsrausch. Begriffe wie Industrie 4.0, Arbeit 4.0 oder Service 4.0 beherrschen Fachzeitschriften und prägen auch Massenmedien; und keine Publikation über Zukunftsgestaltung kommt ohne ausgiebige Auseinandersetzung mit dem Thema aus. Eigentlich und ursprünglich meint Digitalisierung nichts anderes als die Aufbereitung und Speicherung sowie Verarbeitung von Daten und Informationen mit Hilfe digitaler Techniken. Da heute aber die überwältigende Mehrheit aller zur Verfügung stehenden Daten und Informationen digital erfasst ist und auch digital verarbeitet, genutzt und zueinander in Beziehung gesetzt werden kann, ist auch das Verständnis von Digitalisierung mitgewachsen. Zumeist wird es mittlerweile im Sinne eines ubiquitären Anspruchs auf digital gestütztes Redesign fast aller Bereiche der Arbeits- und Lebenswelt gebraucht – für die einen verknüpft mit der Hoffnung, dass Neues möglich wird, zumindest aber vieles besser und effizienter wird; für die anderen verbunden mit der Befürchtung, dass es nicht nur Probleme bei der Datensicherheit und beim Datenschutz gibt, sondern dass auch mit einem Totalverlust an Privatheit und informationeller Selbstbestimmung zu rechnen ist.

Die Digitale Agenda der Bundesregierung (2014, 4) skizziert die Ausichten der Digitalisierung wie folgt: „Was noch vor kurzem Zukunftsvision war, ist heute in Deutschland alltäglich und aus dem Leben der Menschen nicht mehr wegzudenken: Jeder kann an nahezu jedem Ort elektronisch kommunizieren, Informationen abrufen sowie Produkte und Dienstleistungen im Internet kaufen und sich online fortbilden. Die Menschen leben zunehmend in einer digital vernetzten Welt: am Arbeitsplatz, in der Schule oder Universität und in ihren eigenen vier Wänden. Digitalisierung erleichtert die medizinische Versorgung: Röntgenbilder und Krankenberichte sind für den behandelnden Arzt schneller verfügbar, in schwierigen medizinischen Fällen können Spezialisten sogar von jedem Ort der Welt live bei Operationen assistieren. Diese zielgerichtete Vernetzung wird eine bessere Diagnose und Behandlung ermöglichen. Auf diesem Weg wird Telemedizin in Zukunft die erstklassige medizinische Versorgung in allen Teilen Deutschlands, vor allem im ländlichen Raum, unterstützen. Auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird durch die zunehmende Digitalisierung erleichtert und bald werden wir entscheiden können, ob wir unser Auto selbst fahren wollen oder es fahren lassen. Digitale Systeme können aber noch viel mehr. Sie steuern unsere Stromnetze, verbessern die Nutzung erneuerbarer Energien und machen unsere Fahrzeuge umweltschonender“.

Dass die Gesundheitswirtschaft von der Digitalisierung nachhaltig beeinflusst ist und noch weiter werden wird, wurde bereits im Zitat der Bundesregierung deutlich. Bereits seit Anfang der neunziger Jahre wird geforscht, entwickelt und erprobt und manchmal sogar umgesetzt, wie neue digitalisierte Techniken für die Zukunft der Gesundheit(swirtschaft) fruchtbar gemacht werden können (als Überblick siehe u.a. Jähn/Nagel 2014 oder KPMG 2015). Aus Sicht der Autoren des vorliegenden Beitrags lassen sich die wichtigsten Gestaltungsfelder wie folgt zusammenfassen:

- Digitalisierte Wege der *Dokumentation und Information*, v.a. stationäre und ambulante medizinische Informations- und Verwaltungssysteme (etwa Patientenkarten oder -akten oder Informationssysteme in Krankenhäusern, in Praxen niedergelassener Ärzte oder in Apotheken, Telekonsultationen zwischen verschiedenen Medizinern – etwa bei der Interpretation von Ergebnissen aus der radiologischen Bildgebung).

- Eine *digital unterstützte Leistungserbringung*, etwa beim Monitoring von Vitalparametern. Diese werden keineswegs nur inhouse genutzt, sondern auch für Telehealthmonitoring und Homecare. Ein Beispiel ist hier etwa ein Fern-EKG aber auch – bislang nur selten praktiziert – die Fernüberwachung von Herzschrittmachern und Defibrillatoren.
- Digital gestützte Ansätze des *Managements von Versorgungsprozessen* sowohl in einzelnen Gesundheitseinrichtungen als auch einrichtungs- und sektorenübergreifend, etwa bei der Optimierung des Zusammenspiels in der geriatrischen Versorgung zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Altenhilfeeinrichtungen und der kommunalen Sozial- und Stadtteilarbeit.
- *Internetangebote zur Information und Orientierung* für Gesunde und Patienten.
- Internetgestützte *Plattformen zum Austausch von Patienten* untereinander.
- Die Ausrüstung von privaten Wohnungen und Haushalten mit Hilfsystemen und Überwachungstechnologien, so dass sie vor allem für dort lebende Ältere sicherer, barrierefreier und gesundheitsfördernder werden. In Fachkreisen ist von „Ambient Assisted Living (AAL)-Technologien“ die Rede (sinngemäß übersetzt meint AAL „*Altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben*“).
- Apps zur Erfassung und Begleitung der persönlichen Gesundheitslage und des Gesundheitsverhaltens, oft belegt mit dem Schlagwort „*Quantified self*“.
- Informationstechnisch und molekularbiologisch gestützte Identifikation von individuellen Gesundheitsrisiken und – damit verbunden – *individualisierten Wegen der Gesunderhaltung und Heilung*. Mit Hilfe molekularbiologischer Untersuchungen kann herausgefunden werden, welche unterschiedlichen Gesundheitsbegabungen und -risiken einzelne Menschen haben. Mit Hilfe der Auswertung allen verfügbaren Wissens („big data“) über erfolgreiche Wege der Gesunderhaltung und Heilung bei identischen oder ähnlichen „Risikopersonen“ können dann auf die Einzelperson zugeschnittene Ratschläge gegeben werden.

Im Gesamtbild könnten die unterschiedlichen Ansätze der E-Health eine mehr oder weniger dichte Begleitung und Unterstützung von Gesund-

heitssuchenden und Patienten in ihren Alltagsbezügen ermöglichen. Darüber hinaus kann sie auch dabei helfen, die „Brückenschläge“ zwischen Gesundheitseinrichtungen im engeren Sinne (Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Pflegeanbieter) und gesundheitsrelevanten Einrichtungen „zweiter Ordnung“ (etwa der Schulsozialarbeit oder der Sozialarbeit in Stadtteilen und Wohnquartieren) besser aufeinander abzustimmen. Und last but not least zeigt die „Quantified Self“-Bewegung, dass es auch mehr und mehr Menschen gibt, die sich bei ihren Gesundheitsaktivitäten im Alltag eng begleiten lassen wollen. Schon in den letzten Jahren war in diesen Zusammenhängen von „alten- und gesundheitsorientierten Quartieren“ oder vom „Gesundheitsstandort“ Haushalt die Rede. Zwar gibt es mit Blick auf die Integration und Dichte eines solchen „Gesundheitsmonitoring“ eine Fülle von ethischen Bedenken und auch mit Blick auf die Datensicherheit und den Datenschutz massive Fragezeichen. Allerdings ist auch klar, dass ein Verzicht auf die Möglichkeiten der ‚behutsamen‘ Digitalisierung im Gesundheitswesen mit dem Ruf nach mehr Qualität und Effizienz nicht vereinbar wäre.

Wenngleich aus Fachkreisen an den Potenzialen und auch an der bisher erwiesenen Leistungsfähigkeit der einzelnen Gestaltungsfelder oft massive Zweifel geäußert werden, gilt E-Health als einer der wichtigsten Hoffnungsträger, Gesundheitsdienstleistungen deutlich besser, individualisierter und auch effizienter zu gestalten (Jähn/Nagel 2014). Gleichwohl tut sich die Gesundheitsbranche in Deutschland mit der Nutzung der Digitalisierungschancen außerordentlich schwer. Die Ursachen für das unübersehbare „Innovationsstottern“ sind vielfältig und noch nicht ausreichend erforscht (vgl. Bandemer et al. 2014); gleichwohl ist unübersehbar, dass etliche Fachkreise reserviert sind, weil sie bei offensiver Nutzung der Telemedizin für ihre Arbeitsfelder wirtschaftliche Einbußen und steigende Kontrollmöglichkeiten von außen befürchten.

Die unterschiedlich motivierten Vorbehalte gegen E-Health schlagen sich u.a. darin nieder, dass die Selbstverwaltung bei der Nutzung der Telemedizin nur ganz zögerlich die notwendigen Beschlüsse trifft. Die Bundesregierung versucht hier nun mit einem E-Health-Gesetz gegenzusteuern, das gerade (Sommer 2015) in der Endphase des Gesetzgebungsprozesses ist. „Das E-Health-Gesetz kann die Entwicklung und Verbreitung von digitalen Gesundheitsanwendungen beschleunigen. Da sich die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen aber zu viel Zeit gelassen hat, um aktiv zu werden, hat sich bereits ein digitaler Gesundheitsmarkt jenseits des

Sozialgesetzbuches entwickelt, der unser traditionelles Gesundheitswesen ignoriert und im Moment dabei ist, es in Sachen Innovationskraft zu überholen.“ (Müschelich 2015, 27) Gemeint ist damit zur Zeit noch in erster Linie die unübersehbar angestiegene Zahl von Apps zur Messung der eigenen Vitalparameter und zur Beobachtung des eigenen Gesundheits- und Präventionsverhaltens. In Zukunft könnte dies aber auch bedeuten, dass die dabei gemessenen Daten im Ausland ausgewertet, zu Diagnosen und ggf. auch zu Therapieempfehlungen verdichtet werden, die dann – womöglich – durch Apothekenversandhändler aus dem Ausland auch noch bedient werden. Dies ist ein Szenario, das für die Traditionen des deutschen Gesundheitswesens einem „Alptraum“ gleichkommt und eigentlich Grund genug sein müsste, die Skepsis gegenüber der Telemedizin durch eine verantwortliche Gestaltungspolitik zu ersetzen – mit anspruchsvollen Leistungsangeboten für alle und nicht nur für einkommens- und bildungsstarke Bevölkerungsschichten sowie mit einer ausgeprägten und interaktiv fundierten Patientenorientierung.

### 5. Gestaltungsperspektiven

Die vorstehenden Abschnitte haben gezeigt, dass die Zukunft des Gesundheitsstandorts Deutschland keineswegs nur vom demografischen Wandel, von steigenden Bedarfen geprägt sein wird, sondern dass sie noch von weiteren, zumeist sehr fundamentalen soziologischen, politisch-ökonomischen, aber auch technischen Entwicklungen beeinflusst wird. Soziologische Analysen von Wirtschaft und Gesellschaft arbeiten solche vielfältigen und miteinander verknüpften Entwicklungstrends oft prägnant heraus, fokussieren dann stark auf die Probleme und enden dann oft bei einer „zügellosten Erstellung von Wunschlisten“ (Schimank 2015, 294) oder sogar bei ‚düsteren‘ Krisenszenarien (etwa Streeck 2014).<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Mit Blick auf das Zusammenspiel zwischen Individualisierung, Ökonomisierung und Digitalisierung zeichnet etwa Wolfgang Streeck (2014) ein ebenso prägnantes wie finster-kulturkritisches Bild. Nach dieser Lesart wird die elektronische Erfassung aller Lebensbereiche gebraucht, „um neuartige Steuerungsprobleme des wirtschaftlichen und politischen Lebens durch einen Wechsel von kollektiven zu individualisierten Formen sozialer Kontrolle in den Griff zu bekommen. Was den Kommerz betrifft, so dient die grenzenlose Datensammlung über jeden Einzelnen der Steigerung der Effizienz der Produktwerbung. Das ist keine Kleinigkeit. Der

Ohne die Risiken und Gefahren der oben angesprochenen Prozesse zu ignorieren oder sogar zu leugnen, wollen wir hier allerdings eine andere Perspektive einnehmen und nach den Gestaltungsmöglichkeiten für eine Gesundheitswirtschaft suchen, die an die positiven Aspekte der Individualisierung, der Ökonomisierung und der Digitalisierung anknüpft und so auf neue Perspektiven für die Gesunderhaltung, Heilung und Pflege setzt, also quasi „mehr Gesundheit wagen“ will (Hilbert/Evans 2009). Sicherlich sind die folgenden Zukunftsperspektiven und Gestaltungsüberlegungen noch am Anfang und weder umfassend noch hinreichend, jedoch werden sie hoffentlich dazu beitragen, sozialwissenschaftliche Forschungs- und Zukunftsdebatten zu mehr Gestaltungsmut zu ermuntern.<sup>7</sup>

Beginnen wird zunächst beim Leitbild: Die Formel von der Sozialen Gesundheitswirtschaft fasst zentrale Überlegungen aus verschiedenen relevanten Parteien in Deutschland auf. Sie kombiniert das Plädoyer für mehr Patientenorientierung mit dem Versuch, bessere und qualitative Arbeitsplätze entstehen zu lassen, und ist dabei zuversichtlich, dass so nicht nur die Leistungsqualität und Wirtschaftlichkeit verbessert werden können, sondern dadurch auch neue Wachstumsmöglichkeiten für die Gesundheitsbranche selbst entstehen. Wo bessere Qualität zu günstigeren Preisen geliefert wird, steigt in aller Regel die Akzeptanz und das Interesse an den jeweiligen Produkten und Dienstleistungen. Dies dürfte auch für die Gesundheitswirtschaft zutreffen. Schon heute ist die Akzeptanz

Konsumkapitalismus kann nur funktionieren, wenn seine Marktteilnehmer willens sind, immer länger und härter zu arbeiten, um sich immer neue und immer unnützer schöne Dinge leisten zu können. Damit sie sich diese auf hohem Sättigungsniveau auch leisten wollen, müssen ihre Vertreter durch immer feinere Differenzierung ihrer Produkte immer näher an das individuelle Wunschpotenzial jedes möglichen Kunden herankommen. Hierzu bedarf es eines aufwendigen, ständig teurer werdenden Marketings, wobei mit der Vielfalt der Produkte und der Vielzahl immer enger werdender Marktnischen die Gefahr von Streuverlusten zunimmt. ‚Big Data‘ ermöglicht es, die wahrscheinlichsten Abnehmer jedes neuen Produkts und seiner Aura persönlich zu identifizieren und die werbliche Ansprache individuell auf sie zuzuschneiden – wobei ein Teil des so gesparten Geldes die für den Nutzer kostenfreie globale Infrastruktur der ‚sozialen Netzwerke‘ finanziert, deren Verfügbarkeit die Individualisierung der sozialen Beziehungen weiter vorantreibt“.

<sup>7</sup> Die folgenden Ausführungen profitieren von den Ergebnissen von Arbeitsgruppen der Friedrich-Ebert-Stiftung und ver.di zu den Themen „Soziale Gesundheitswirtschaft“ (Hilbert/Mickley/Evans 2011) und „Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen“ (Hilbert/Bienzeisler/Becka 2013).

für die Gesundheitsversicherung hoch; bei einer nachweislich steigenden (und entsprechend kommunizierten) Leistungssteigerung dürfte sie noch weiter steigen. Und auch seitens der Wirtschaft dürften die Vorbehalte gegen höhere Gesundheitsausgaben geringer werden, wenn klar ist, dass Gesundheit der vielleicht wichtigste Treiber für die Gesamtwirtschaft ist.

Voraussetzung dafür, dass die Erwartungen dieses Leitbildes aufgehen können, ist allerdings, dass tatsächlich auch Erfolge bei der Leistungsqualität und bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen gelingen. Die Baustellen hierfür sind zahlreich und oft sehr anspruchsvoll. Vier davon sollen hier explizit angesprochen werden:

- Wie bereits in den Ausführungen über Individualisierung angedeutet, steigt in großen Teilen der Bevölkerung das Interesse an einer gesunden Lebensweise, an Prävention. Und auch für ein Gesundheitswesen, das aus den Ressourcen das Beste macht, ist ein *Ausbau der Prävention* eine Schlüsselaufgabe. Seit mehreren Legislaturperioden wird versucht, hier mit einem Präventionsgesetz einen Sprung nach vorn zu machen, bislang allerdings ohne Erfolg. Mitte 2015 hat der Bundestag ein neues Präventionsgesetz verabschiedet. Die Krankenkassen und Pflegekassen werden künftig mehr als 500 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten wie Kita, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen<sup>8</sup> (BMG 2015). Zwar handelt es sich um eine signifikante Erhöhung der Präventionsausgaben, allerdings dürfte dies kaum ausreichen, um eine deutliche Wende des deutschen Gesundheitssystems auf einen nachhaltigen Präventionskurs zu vollziehen. Das neue Gesetz zeigt aber, dass Politik mit einem klaren Kurs und mit einer deutlichen Mehrheit Akzente setzen kann. Allerdings ist schon jetzt absehbar, dass angesichts der sich abzeichnenden, oben skizzierten Möglichkeiten des Zusammenspiels der Molekularbiologie und der Informatik schon bald neue Schritte gegangen werden müssen; andernfalls droht eine Verselbstständigung entsprechender Angebote, vor der sich heute viele Experten grausen und bei der nicht zuletzt die Bedarfe der einkommens- und bildungsschwachen Bevölkerungsgruppen unzureichend beantwortet werden – also ausgerechnet der Bevölkerungsteile, die Prävention besonders nötig haben.

<sup>8</sup> Die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe wird durch das Präventionsgesetz um rund 30 Mio. Euro erhöht.

- Ein weiteres zentrales Gestaltungsfeld ist der *Ausbau der Integrierten Versorgung*. In absehbarer Zukunft geht es hier v.a. um den weiteren Auf- und Ausbau indikationsspezifischer, sektorübergreifender Versorgungslösungen. Mittel- und langfristig sollten solche krankheitsspezifischen Ansätze zu integrierten Angeboten zusammengeführt werden, die eine Versorgung aller Krankheiten aus einer Hand anbieten. Die Vergütung dieser Versorgung sollte über Pauschalen (regionale Globalbudgets) erfolgen. Diese müssen sich am Gesundheitszustand und -risiko der Versicherten orientieren, um zu vermeiden, dass Leistungsanbieter mit überdurchschnittlich vielen alten und schwerkranken Versicherten und Patientinnen und Patienten benachteiligt werden. Mittel- und langfristig sollte es auch gelingen, die gesundheitsrelevanten Aktivitäten von weiteren Akteuren – etwa der Sozialarbeit in Schulen oder Stadtteilen – einzubeziehen. Bei der Gestaltung von sogenannten „Alten-gerechten Quartieren“ werden hier ja bereits erste Schritte unternommen.
- Bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sollte es gelingen, die *Qualität und Effizienz deutlich zu erhöhen*. Bei vielen Beschäftigten, bei Pflegekräften, aber auch bei Ärztinnen und Ärzten ruft diese Perspektive häufig große Vorbehalte hervor, weil sie unter ohnehin schon angespannten Arbeitsbedingungen einen noch weiter steigenden Leistungsdruck befürchten. Mit einem konsequenten Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen kann aber schon viel an Effizienz- und Qualitätsreserven mobilisiert werden. Und eine verstärkte Nutzung der oben skizzierten Wege der Digitalisierung könnte zu weiteren Fortschritten beitragen.
- *Arbeit und Qualifizierung brauchen dringend eine Weiterentwicklung*. Wegen der unattraktiven Arbeitsbedingungen in großen Teilen der Branche drohen angesichts des überall steigenden Fachkräftemangels auch in den Gesundheitsberufen verstärkt Personalengpässe. Bislang hat es zwar vielfältige Bemühungen für Weiterentwicklungen in diesem Bereich gegeben, jedoch hat dies bislang nicht zu entscheidenden Verbesserungen geführt (Evans/Galchenko/Hilbert 2013; Bräutigam et al. 2014). Bei Qualifizierungsfragen stehen so wichtige Fragen an wie die Weiterentwicklung und Integration der Pflegeberufe oder die Verbesserung der Fähigkeiten zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit. Bei der Arbeitsorganisation wird – gerade auch in Krankenhäu-

– viel versucht, jedoch bringt dies in den Augen vieler Betroffener weder für ihre Arbeitsplätze noch für die Patienten Vorteile. Vor diesem Hintergrund wird der Ruf nach Ausbau der Forschung, der Entwicklung und Erprobung besserer Wege der Organisation von Arbeit und Technik in den Gesundheitsberufen lauter. Parallel dazu gibt es auch erste Anzeichen für eine Debatte darüber, ob die Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften nicht besser integrierte Strukturen zum sozialen Dialog über die Weiterentwicklung von Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft brauchen.

Deutschland gehört im internationalen Vergleich zu den Ländern mit relativ hohen Gesundheitsausgaben. Gleichwohl ist zu bemerken, dass die Gesundheitsausgaben – gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt – in den letzten Jahren sehr stabil waren. Wenn es denn richtig ist, dass durch den sozioökonomischen Wandel in den kommenden Jahrzehnten – sowohl in den hochentwickelten Ländern als auch in vielen anderen Teilen der Welt (u.a. in Teilen des arabischen Raumes, in China, Indien, Südamerika) – mit einem weiteren deutlichen Anstieg des Interesses an einer hochwertigen Gesundheitsversorgung (vgl. etwa die Beiträge in World Health Summit 2014) zu rechnen ist, und wenn es denn richtig ist, dass die Gesamtwirtschaft mit *wachsenden Ausgaben für Gesundheit* gut leben kann, dann sollten in den kommenden Jahren auch in Deutschland Schritte in diese Richtung getan werden. Politisch am aussichtsreichsten und wirtschaftlich am verträglichsten wären sie dann, wenn nachgewiesen werden kann, dass sich das wachsende finanzielle Engagement nicht im Aufbau neuer Gesundheitsbürokratien, sondern tatsächlich in einer besseren Gesundheitsversorgung, in mehr Qualität niederschlägt.

*Die regionale und kommunale Ebene als Gestaltungsplattform für die Zukunft der Gesundheit.* In Fachkreisen gilt als unstrittig, dass der dezentralen Ebene bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zukommt. Dies hat zuletzt vor allem der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR 2014) herausgearbeitet. Allerdings beklagen viele Akteure, dass „vor Ort“ nur wenig Ressourcen für dezentrale Aktivitäten zur Verfügung stehen, dass es sogar bei vielen gesundheitswirtschaftlichen Akteuren – etwa bei einigen Krankenkassen – zu einem Rückzug aus der Fläche gekommen ist. Vor diesem Hintergrund scheinen neue Wege zur Stärkung der regionalen und kommunalen Gestaltungskompetenzen dringend geboten. Dies betrifft nicht nur finanzielle Aspekte, sondern auch

die Fähigkeiten, die verschiedenen öffentlichen, gemeinwirtschaftlichen, zivilgesellschaftlichen, privaten Ressourcen zu bündeln und zu orchestrieren. In vielen Initiativen zu Gesundheitsregionen oder zum Aufbau von gesundheitsfördernden Städten sind hier schon wichtige Erfahrungen gesammelt worden. In den Debatten auf Bundesebene über den sogenannten Innovationsfonds (im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes) wurde deutlich, dass man hier alles tut, um diese Erfahrungen unberücksichtigt zu lassen und bei den angestrebten dezentralen Innovationsprojekten von Berlin aus „das Sagen zu haben“. Die Stärkung der Region als Gestaltungsebene kann offensichtlich nicht von oben erwartet werden, sondern die Kraft zur Erneuerung muss sich wohl von unten aufbauen.

Das deutsche Grundgesetz sieht vor, dass die Letztverantwortlichkeit für eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung bei der Politik liegt. Gleichwohl scheint ratsam, die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitswirtschaft durch ein weitgehend politikunabhängiges Instrument zu begleiten. Zu erwägen wäre der Aufbau eines „Monitoring Soziale Gesundheitswirtschaft“, das sich an den skizzierten Zielen der Sozialen Gesundheitswirtschaft – mehr Gesundheit, bessere Arbeitsplätze, nachhaltiges Wachstum, soziale Gerechtigkeit – orientiert, von einer unabhängigen Wissenschaft getragen wird und in regelmäßigen Abständen – vielleicht alle drei Jahre – begutachtet, welche Fortschritte erzielt wurden und wo es Nachsteuerungsbedarf gibt. Dass ein solches *formatives Monitoring* auch bei komplexen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Aufgabenstellungen funktionieren kann, zeigt das „duale“ Berufsbildungssystem, in dem jährlich von der Wissenschaft ein Berufsbildungsbericht vorgelegt wird, der dann von der Politik und von den organisierten Sozialparteiern systematisch und oft auch kontrovers diskutiert wird und anschließend oftmals für konkrete Veränderungsschritte genutzt wird. Die Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit gehen schon in eine solche Richtung; im Vergleich zum Berufsbildungsbericht sind sie jedoch zum einen viel zu lang, viel weniger konkret und gestaltungsklar, vor allem aber fehlen systematische Routinen, die gewährleisten, dass die Gutachten von den Entscheidungsträgern systematisch erörtert werden müssen.

### *Exkurs: Vernetztes Wohnen als Experimentierfeld*

Sicherheit und Gesundheit im Alter als mehrdimensionaler Bedarf werden zu einem gesundheits- und sozialpolitischen Thema und bieten zahlreiche Anknüpfungspunkte für sozial-innovative Dienstleistungskonzepte. Hier kann das vernetzte Wohnen neue Perspektiven bieten. Dabei ist von einem doppelten Begriff der Vernetzung auszugehen: zum einen die Vernetzung der technischen Infrastruktur, zum anderen die sozial-organisatorische Vernetzung der vielen Einrichtungen und Dienstleister, die für Gesundheit und Lebensqualität relevant sind. Die technische Vernetzung ist in Deutschland halbwegs fortgeschritten, bei der sozial-organisatorischen konnten bislang nur „Insellösungen“ realisiert werden. Besonders relevant sind neue Wege zur Unterstützung der Gesundheit im Haushalt und in privaten Wohnungen vor allem für die stark wachsende Zahl Älterer.

Technisch gestützte Wege zu mehr Sicherheit und Unabhängigkeit, aber auch zur Aktivierung zu Hause reichen vom Hausnotruf und der Meldung von Notfällen durch Fall- und Bewegungsdetektoren über indikationsspezifische telemedizinische Angebote (etwa ein Fern-EKG) oder die digitale Unterstützung von Prävention und Rehabilitation bis hin zur Nutzung von Social Media für die Initiierung von Gemeinschaftsaktivitäten im Quartier. Weitere Ansatzpunkte für eine seniorenorientierte Gestaltung von Haushalten liegen bei den dort genutzten Geräten, Einrichtungsgegenständen und Installationen; hier geht es nicht nur darum, sie sicher und bequem zu designen und intelligent zu machen (z.B. sich selbst regulierende Verdunkelungen), sondern wichtig sind auch deren Anordnung in der Gesamtarchitektur der Wohnung und „Brückenschläge“ in die Umgebung, zur Nachbarschaft, ins Quartier (Feddersen/Lüdtke 2014; vgl. auch Heinze/Ley 2009).

Manche Wohnungen (vor allem im gehobenen Segment) sind in den letzten Jahren bereits technisch aufgerüstet worden. So gestaltete Wohnungen können dazu beitragen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest aufzuschieben. Ein Problem bei der Nutzung und Verbreitung solcher Ansätze ist gleichwohl, dass den derzeit angebotenen Lösungen zum vernetzten Wohnen mit technischer Assistenz noch die Akzeptanz fehlt (vgl. GdW/InWIS/Sibis 2015). Vorbehalte bestehen nicht zuletzt in den etablierten Gesundheitsberufen, sondern auch bei Kostenträgern der Regelversorgung. Empirische Erfahrungen zeigen zudem, dass die neuen technischen Lösungen bei Älteren oft als unpersönlich wahr-

genommen werden. Aber mittel- und langfristig ist nicht nur mit verbesserten Angeboten, sondern auch mit einer steigenden Akzeptanz zu rechnen. Das hat zunächst damit zu tun, dass der Bedarf deutlich steigen wird. Im Zuge der Individualisierung und Pluralisierung der Lebenswelt verlieren gemeinschaftliche Instanzen der Wohlfahrtsproduktion an Stabilität und Leistungsfähigkeit. Auch wenn Familiennetze noch immer eine große Bedeutung haben und private soziale Netzwerke eine wichtige Rolle für Ältere spielen, wird deshalb trotzdem die Nachfrage nach extern erbrachten Dienstleistungen, aber auch technischen Assistenzsystemen ansteigen.

Darüber hinaus könnte akzeptanzsteigernd wirken, dass bei der Entwicklung und Erprobung neuer Angebote des vernetzten Wohnens zunehmend darauf geachtet wird, an die „normalen“ Wohn- und Lebensbedingungen anzuknüpfen. Am wichtigsten ist hier, zu berücksichtigen, dass die überwältigende Mehrheit der älteren Bevölkerung möglichst lange in der eigenen Wohnung verbleiben will. Formen des gemeinschaftlichen Zusammenlebens im Alter werden sich zwar ausbreiten (z.B. Wohngemeinschaften), aber quantitativ beschränkt bleiben. Deshalb sollten bei der Entwicklung innovativer Modelle des vernetzten Wohnens Zwei- und Einpersonenhaushalte die wichtigste Rolle spielen.

Trotz aller Fokussierung auf Haushalte werden jedoch auch die Nachbarschaft und das Quartier an Gewicht gewinnen. Ohne quartiersnahe Versorgungskonzepte und ohne eine Verbesserung des Zusammenspiels der unterschiedlichen Hilfs- und „Kümmerer“-instanzen „vor Ort“ („Welfare-Mix“) lassen sich Verbesserungen bei der Aktivierung und Betreuung Älterer nur schlecht erreichen. Bedeutsam ist, dass es in wohnquartiersbezogenen Projekten zu einer Verknüpfung von technischer Assistenz und sozialer Betreuung (professioneller wie bürgerschaftlicher Hilfe) kommt. Dabei wird auch eine Kooperation mit der Wohnungswirtschaft und den gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Kostenträgern (Kranken- und Pflegeversicherung) eine wichtige Rolle spielen.

Auch bislang noch bestehende mentale Barrieren gegenüber den neuen Technologien werden sich in den nächsten Jahren sukzessive abbauen. Dies betrifft insbesondere die jüngeren Älteren; sie werden sich von den heutigen Älteren u.a. hinsichtlich der Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Technologien und E-Health erheblich unterscheiden (Enste et al. 2014).

## 6. Fazit

Die Gesundheitswirtschaft hat das Potenzial, nicht nur für die Bedürfnisse der Menschen, sondern auch für Wirtschaft und Arbeit eine Schlüssel- und Zukunftsbranche zu werden. Um diese Chance wahrzunehmen, muss sie die Qualität ihrer Leistungen deutlich erhöhen und auch nachweisen, dass sie mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umgehen kann. Mit dem Leitbild der Sozialen Gesundheitswirtschaft steht für eine entsprechende Weiterentwicklung und Erneuerung ein anspruchsvolles, aber auch vielseitig anschlussfähiges Leitbild zur Verfügung, das auf mehr Gesundheit zielt und sich dabei gleichzeitig an besseren Arbeitsbedingungen, nachhaltigem Wachstum und sozialer Gerechtigkeit orientiert. Wichtige Baustellen für die Umsetzung des Leitbilds sind der Ausbau der Prävention, besser integrierte Versorgungsstrukturen, die ‚behutsame‘ und patientenorientierte Nutzung von Digitalisierungsmöglichkeiten, der Ausbau der Forschung, Entwicklung und Erprobung für neue Wege der Gestaltung von Arbeit und Technik und eine besondere Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse besonders vulnerabler Gruppen, also vor allem von bildungs- und einkommensschwachen Bevölkerungsteilen. Anknüpfend an bedeutende gesellschaftliche, wirtschaftliche und technische Entwicklungstrends – Individualisierung, Ökonomisierung, Digitalisierung – kann auf Basis des Leitbilds der Sozialen Gesundheitswirtschaft versucht werden, die Risiken der angesprochenen Entwicklungen zu vermeiden und die Chancen zu nutzen. Sozialwissenschaftler waren in den letzten Jahren stark darin, Probleme und Herausforderungen herauszuarbeiten. Zukunftsfähigkeit braucht aber auch Forschung, die realistische Gestaltungsmöglichkeiten herausarbeitet und mit Akteuren aus Zivilgesellschaft, Wirtschaft und Politik kommuniziert.

## Literatur

- Augurzky, B., Felder, S., van Nieuwkoop, R., Tinkhauser, A. (2012): Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs)
- Bandemer, St. von, Dahlbeck, E., Evans, M., Hilbert, J. (2014): Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. In: Mai, M. (Hrsg.): Handbuch Innovationen: interdisziplinäre Grundlagen und Anwendungsfelder. Berlin, S. 269-294

- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt a.M.
- Becka, D., Cirkel, M., Dahlbeck, E., Hilbert, J. (2014): Entwicklungschancen des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main-Region und Hessen, Frankfurt a.M.: Gesundheitswirtschaft Rhein-Main e.V.
- Berger, P., Hitzler, R. (Hrsg.) (2010): Individualisierungen: Ein halbes Jahrhundert „jenseits von Stand und Klasse“. Wiesbaden
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015): Bundestag verabschiedet Präventionsgesetz, <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html>
- Böhle, F., Stöger, U., Wehrich, M. (2015): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin
- Bräutigam, Ch., Evans, M., Hilbert, J., Öz, F. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus: eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Arbeit und Soziales: Arbeitspapier, Nr. 306
- Dahme, H.-J., Wohlfahrt, N. (2014): Soziale Dienstleistungspolitik – eine kritische Bestandsaufnahme. Wiesbaden
- Enste, P., Fernandez, A., Girault, A., Merkel, S., Pache, E., Seck, M., Wagstaff, P., Wipfli, R. (2014): User Requirements for System Functionality and User Driven Content. Gelsenkirchen: IAT
- Evans, M., Galchenko, V., Hilbert, J. (2013): Befund Sociosclerose – Sozialwirtschaft in der Interessensblockade? In: Sozialer Fortschritt 62, H. 8-9, S. 209-216
- Fedderson, E., Lütke, I. (Hrsg.) (2014): Raumverloren: Architektur und Demenz, Basel
- GdW/InWIS/Sibis (2015): Technische Assistenzsysteme für ältere Menschen – eine Zukunftsstrategie für die Bau- und Wohnungswirtschaft. Wohnen für ein langes Leben/AAL. Berlin: GdW
- Heinze, R.G., Ley, C. (2009): Vernetztes Wohnen: Ausbreitung, Akzeptanz und nachhaltige Geschäftsmodelle. Bochum: InWIS
- Heinze, R.G., Schneiders, K. (2014): Wohlfahrtskorporatismus unter Druck. In: Schaal, G.S., Lemke, M., Ritzi, C. (Hrsg.), Die Ökonomisierung der Politik in Deutschland. a.a.O., S. 35-68
- Hilbert, J., Evans, M. (2009): Mehr Gesundheit wagen – Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs)
- Hilbert, J., Goldschmidt, A.J.W. (Hrsg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche. Wegscheid

- Hilbert, J., Mickley, B., Evans, M. (2011): Soziale Gesundheitswirtschaft: Mehr Gesundheit – gute Arbeit – qualitatives Wachstum. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs)
- Hilbert, J., Bienzeisler, B., Becka, D. (2013): Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – gestalten und finanzieren: Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs)
- Jähn, K., Nagel, E. (2014): E-Health, Berlin und Heidelberg
- KPMG (2015): Gesundheitsbarometer Gesundheitswirtschaft: Schwerpunktthema E-Health als Gestalter der Gesundheit von morgen, Heft 25, 8. Jg.
- Lohmann, H. (2003): Zukunftsmarkt Gesundheit – Von der Stände- zur Unternehmersgesellschaft. Bayreuth
- McKinsey (2015): Bayern 2025. Alte Stärke, neuer Mut. München
- Mütschenich, M. (2015): Telemedizin ist Vergangenheit, Digital Health die Zukunft. Interview in KPMG 2015, S. 27 f.
- OECD (2015): OECD Health Statistics 2015: <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
- Ostwald, D., Heeger, D., Hesse, S., Knippel, J., Perlitz, W.-D., Henke, K.-D., Troppens, S., Richter, T., Zun-Gon Kim, Mosetter, H. (2014): Vom Satellitenkonto zur gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Baden-Baden
- Schimank, U. (2015): Zu viele lose Fäden – und ein paar Schlingen um den Hals. Randnotizen zum Wissensstand der Organisationssoziologie. In: Apelt, M., Wilkesmann, U. (Hrsg.), Zur Zukunft der Organisationssoziologie. Wiesbaden, S. 203-306
- Schimank, U., Volkmann, U. (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer, A. (Hrsg.), Handbuch der Wirtschaftssoziologie. Wiesbaden, S. 382-393
- Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>
- Schaal, G.S., Lemke, M., Ritzi, C. (Hrsg.) (2014): Die Ökonomisierung der Politik in Deutschland. Eine vergleichende Politikfeldanalyse. Wiesbaden
- Streeck, W. (2014): Kunde oder Terrorist? Wie Big Data den Menschen kategorisiert. In: FAZ vom 02.07.2014
- World Health Summit (WHS) (2014): Health is more than Medicine (Yearbook 2014). Berlin: WHS-Foundation