

**Josef Hilbert / Rainer Fretschner / Alexandra Dülberg**

**Rahmenbedingungen und Herausforderungen  
der Gesundheitswirtschaft**

**Gelsenkirchen, Juli 2002**

---

<i>Einleitung</i> .....	2
<i>Profil und Struktur der Gesundheitswirtschaft</i> .....	2
<i>Externe Rahmenbedingungen und Einflußfaktoren</i> .....	10
<b>1. Der sozio-demographische Wandel</b> .....	10
<b>2. Wandel der ökonomischen Rahmenbedingungen</b> .....	17
<b>3. Wandel der gesundheitsrechtlichen Rahmenbedingungen</b> .....	23
<b>4. Die wachsende Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität als privatem Konsumgut</b> .....	26
<i>Endogene Entwicklungen</i> .....	34
<b>1. Medizinisch-technischer und gesundheitswissenschaftlicher Fortschritt</b> .....	34
<b>2. Arbeit und Arbeitsbedingungen in der Gesundheitswirtschaft</b> .....	41
<b>3. Auf der Suche nach der integrierten Versorgung</b> .....	52
<b>4. Private Anbieter auf dem Vormarsch</b> .....	54
<b>5. Betriebliche Herausforderungen und Gestaltungsspielräume</b> .....	58
<b>6. Regionale Profilierung</b> .....	67
<i>Zukunftsperspektiven</i> .....	71
<b>Modell 1: „Alles zu bekommen um gesund zu werden“</b> .....	71
<b>Modell 2: Zukunftsbranche Lebensqualität</b> .....	72
<b>Quantitative Szenarien der zukünftigen Entwicklung</b> .....	74
<i>Literatur</i> .....	79

**Autoren****Dipl. Pflegewiss. Alexandra Dülberg**

Studium der Pflege an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum; Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Dienstleistungssysteme des Instituts Arbeit und Technik im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen.

**Dipl. Soz. Wiss. Rainer Fretschner**

Studium der Sozialwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum; Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Dienstleistungssysteme des Instituts Arbeit und Technik im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen.

**Dr. Josef Hilbert**

Studium der Soziologie an der Universität Bielefeld; Leiter der Abteilung Dienstleistungssysteme des Instituts Arbeit und Technik im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen, Arbeitsschwerpunkte: Entwicklungstrends im Dienstleistungssektor, insbesondere in der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft.

## Einleitung

Die Debatten zur Zukunft der Gesundheitswirtschaft sind von einem eigenwilligen Mischungsverhältnis gekennzeichnet. Auf der einen Seite wird mit großem Nachdruck nach Möglichkeiten zur Kostendämpfung gesucht; auf der anderen Seite gelten Gesundheit und Soziales als Wirtschaftsbranchen, die in Zukunft nachhaltig positive Beiträge für Wachstum und Beschäftigung leisten werden. Das folgende Lehrmodul setzt sich mit den Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Gesundheitswirtschaft auseinander, um so eine Orientierung im Durcheinander kontrovers klingender Informationen und Meinungen zu ermöglichen. Dabei soll deutlich werden, dass

- das Gesundheitswesen zwar unter hohem Modernisierungs- und auch Kostendruck steht,
- der soziale, technische und wirtschaftliche Wandel das Gesundheitswesen dennoch zu einer Wirtschaftsbranche mit positiven Aussichten und Entwicklungsperspektiven macht.

Bei der Darstellung der Rahmenbedingungen und Herausforderungen wird zwischen äußeren (externen) Einflußfaktoren und inneren (endogenen) Entwicklungen und Gestaltungspotentialen der Gesundheitswirtschaft unterschieden. Diese Unterscheidung ist nicht bei allen Fragen trennscharf; gleichwohl erweist sich eine solche Differenzierung als sinnvoll, um einen klaren Überblick über die Triebkräfte und Gestaltungsfelder der zukünftigen Entwicklung zu erhalten. Darüber hinaus drängt sich eine besondere Diskussion endogener Entwicklungstrends und Entwicklungsmöglichkeiten auch deshalb auf, weil die Auseinandersetzung mit eigenständig erschließbaren Modernisierungs- und auch Wachstumschancen bislang in vielen medizin- und gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen eher zurückhaltend erfolgt ist, für die Zukunft aber mehr Aufmerksamkeit verlangt.

Zum Abschluß dieses Lehrmoduls werden die zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten der Gesundheitswirtschaft zu Szenarien verdichtet. Dabei unterscheiden wir zwischen einem optimistischen und einem pessimistischen Szenario und berichten darüber hinaus über empirische Studien, die die Gesundheitswirtschaft im Hinblick auf ihre zukünftige Bedeutung für den Arbeitsmarkt quantitativ modelliert haben.

## Profil und Struktur der Gesundheitswirtschaft

Im wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Diskurs der Vergangenheit wurde die Gesundheitswirtschaft bislang vornehmlich als Kostenfaktor betrachtet, der aufgrund seiner paritätischen Finanzierung die internationale Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Deutschland beschränke. Diese Einschätzung hat sich spätestens mit dem Sondergutachten des Sachverständigenrates für

die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Mitte der 90er Jahre geändert, da erstmals neben den Kostenaspekten auch die wirtschaftlichen Chancen der Gesundheitswirtschaft betont wurden. In seinem Sondergutachten „Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ schreibt der Sachverständigenrat hierzu: „Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in einer entwickelten Volkswirtschaft dar. Es dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt mit seinen Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit den entsprechenden Wirkungen auf den Arbeitsmarkt bei. In anderen Bereichen des Wirtschaftslebens werden steigende Umsätze, Gewinne und Beschäftigungszahlen als Erfolgsmeldungen angesehen und kommen in die Schlagzeilen der Medien. Es überrascht daher, dass derartige Entwicklungen im Gesundheitswesen als personalintensiver Dienstleistungsbranche mit einem ausgeprägten Anteil an Hochtechnologieprodukten und mittelständischen Industriebetrieben in der Regel als Kostenexplosion und Überangebot wahrgenommen werden“ (Sachverständigenrat 1997: 211).

Mit diesem Paradigmenwechsel vom Kostenfaktor zur Zukunftsbranche wurde die ausschließlich sozialpolitische Betrachtung der Gesundheitswirtschaft durch eine wirtschafts- und beschäftigungspolitische Perspektive ergänzt, denn die Gesundheitswirtschaft stellt neben ihrem funktionalen Bezug eine äußerst personal- und beschäftigungsintensive Dienstleistungsbranche dar, die den Vergleich mit anderen Dienstleistungssektoren nicht zu scheuen braucht. Diese Perspektive auf die Gesundheitswirtschaft findet ihre Entsprechung in der modernen Gesundheitssystemforschung, die einen traditionellen und einen erweiterten Gesundheitssystembegriff unterscheidet.

Die traditionelle Gliederung der Gesundheitssystemforschung basiert auf der institutionellen Gliederung des Gesundheitswesens, in deren Mittelpunkt die ärztlichen Dienstleistungen stehen. Unterschieden werden die stationäre Versorgung in Krankenhäusern (inklusive Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) sowie die ambulante Versorgung, die in Deutschland überwiegend durch niedergelassene Ärzte gewährleistet wird. Die ärztlichen Dienstleistungen im ambulanten Bereich werden durch nichtärztliche Gesundheitsdienstleistungen in den Bereichen Pflege, Therapie und Arzneimittelversorgung ergänzt. Diese zusätzlichen Leistungen werden durch die Ärzte in der Regel als Heilmittel verordnet, ihre Inanspruchnahme ist an eine vorhergehende Konsultation des Arztes gebunden (vgl. Schwartz/Busse 1998: 386). Die traditionelle Gliederung beschränkt sich auf die sog. Kernbereiche der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung.

Der erweiterte Gesundheitssystembegriff betrachtet darüber hinaus die Verflechtungen der Gesundheitswirtschaft mit anderen Wirtschaftssektoren. Darüber hinaus betont das erweiterte Verständnis der Gesundheitswirtschaft den produktiven Charakter gesundheitsbezogener Dienstleistungen, der in der gesundheits- und sozialpolitischen Debatte der letzten Jahre - bis auf wenige

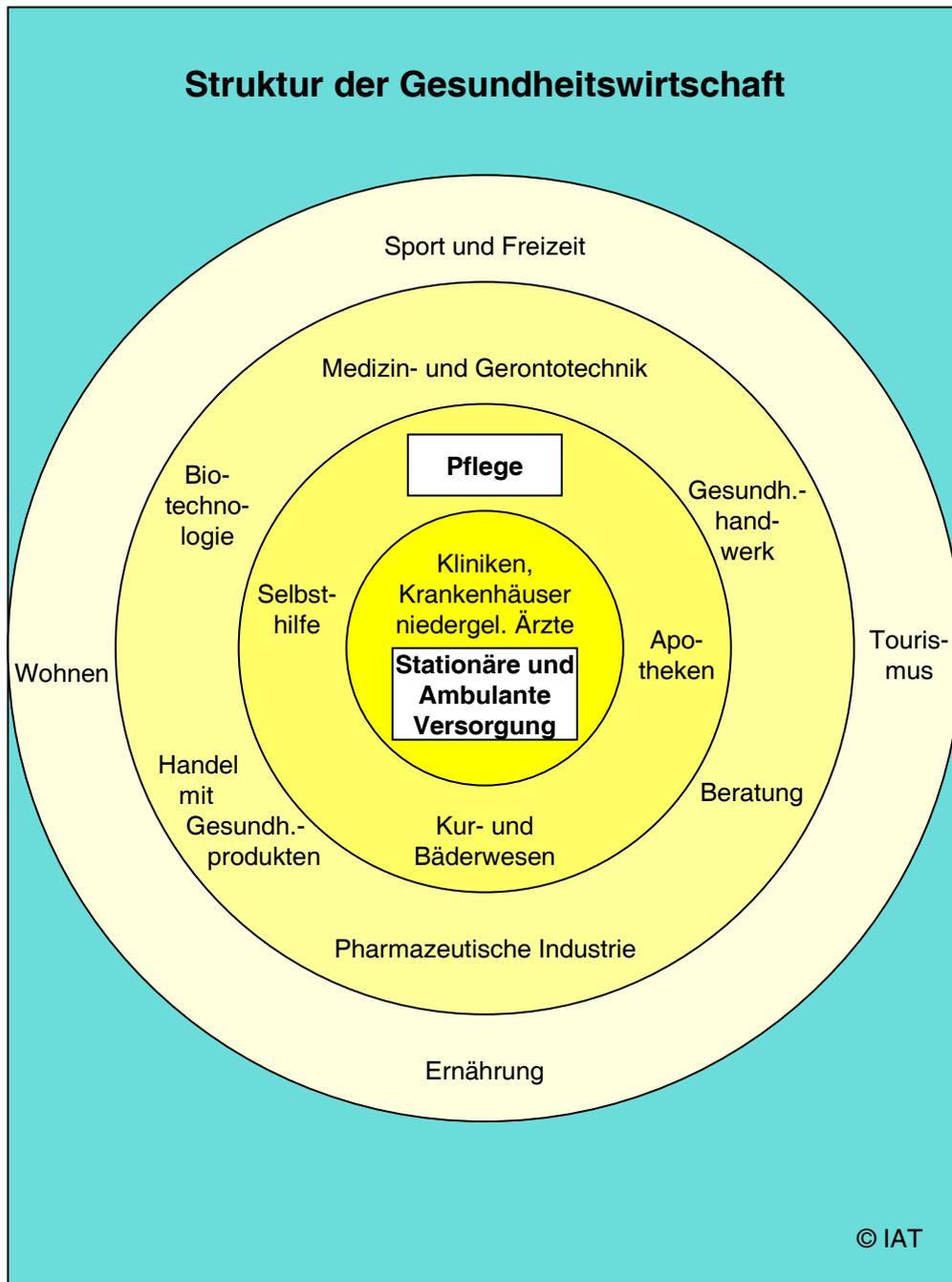
Ausnahmen - zu wenig Berücksichtigung fand: „Die vor allem historisch geprägte Fixierung auf öffentliche oder private Wohlfahrtseinrichtungen und individuelle, nicht-gewerbliche heilberufliche Leistungserbringer hat dazu beigetragen, dass ökonomisch - und zumeist auch realpolitisch - das Gesundheitswesen als *konsumptiver* Wohlfahrtssektor, nicht aber als (*gesundheits*)*produktiver Teil* der Volkswirtschaft wahrgenommen wird. Das Gesundheitswesen ist daher bis heute nicht expliziter Teil der *volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung* des Statistischen Bundesamtes, obwohl es rund 10% des Bruttosozialproduktes auf sich vereint. Auch in der wirtschafts- und sozialpolitischen *Standortdebatte* wird bis heute allein die konsumptive, nicht aber die produktive Sozial- und Wirtschaftsfunktion thematisiert“ (Schwartz/Busse 1998: 387).

Die folgenden Ausführungen legen einen in diesem Sinne erweiterten Gesundheitssystembegriff zugrunde. Vor allem um den produktiven bzw. wertschöpfenden Charakter der Gesundheitsdienstleistungen zu betonen, wird im folgenden nicht vom *Gesundheitssystem*, sondern von der *Gesundheitswirtschaft* die Rede sein, deren Struktur sich mit dem folgenden Zwiebelmodell (vgl. die folgende Abbildung) charakterisieren lässt. Diese Modell orientiert sich nicht an der traditionellen Unterscheidung von Prävention, Kuration und Rehabilitation, sondern ordnet die Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gemäß ihrer Stellung im Wertschöpfungsprozess. Wie aus der Graphik deutlich wird, umfasst die Gesundheitswirtschaft neben den personalintensiven Dienstleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung auch die kapital- und technologieintensive Vorleistungs- und Zulieferindustrien sowie die Randbereiche und Nachbarbranchen mit ausgeprägten gesundheitlichen Bezügen. Das ‚Zwiebelmodell‘ der Gesundheitswirtschaft unterscheidet idealtypisch folgende Bereiche und Sektoren:

1. *Kernbereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung*: Die Kernbereiche der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung zählen zu den personal- und beschäftigungsintensiven Dienstleistungsbereichen der Gesundheitswirtschaft. Neben den Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zählen zu den Einrichtungen und Unternehmen des Kernbereiches Arzt- und Zahnarztpraxen, die Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe, Apotheken sowie stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.
2. *Vorleistungs- und Zulieferindustrien*: Zu den Vorleistungs- und Zulieferindustrien zählen neben den sogenannten *Health Care Industries* (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie) das Gesundheitshandwerk sowie der Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten. Diese Vorleistungs- und Zulieferindustrien stellen den Leistungsanbietern und Patienten Arzneimittel, technische Hilfsmittel und Geräte zur Verfügung, die dazu beitragen sollen,

Krankheiten zu verhindern, diese schnell und zuverlässig zu diagnostizieren, zu heilen oder ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen erträglicher zu machen (vgl. Statistisches Bundesamt 1998: 346). Diese Definition macht deutlich, dass sich die Beschäftigten in den Vorleistungs- und Zulieferindustrien eindeutig der Gesundheitswirtschaft zuordnen lassen, da ihre Produkte und Dienstleistungen als Vorleistungen ausschließlich in die Kernsektoren des Gesundheitswesens eingehen.

3. *Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens:* Es ist sinnvoll, auch die Randbereiche und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft zu berücksichtigen, da die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor wesentliche Impulse aus den angrenzenden Bereichen erhält. Vor allem in der Verknüpfung gesundheitsbezogener Dienstleistungen mit den Angeboten aus anderen Wirtschaftsbereichen liegen große Chancen für die Gesundheitswirtschaft, um ihr Angebotspektrum auszuweiten und zusätzliche private Nachfrage zu mobilisieren. Beispiele für die Verknüpfung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Nachbarbranchen stellen Gesundheitstourismus, Wellness oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote dar.

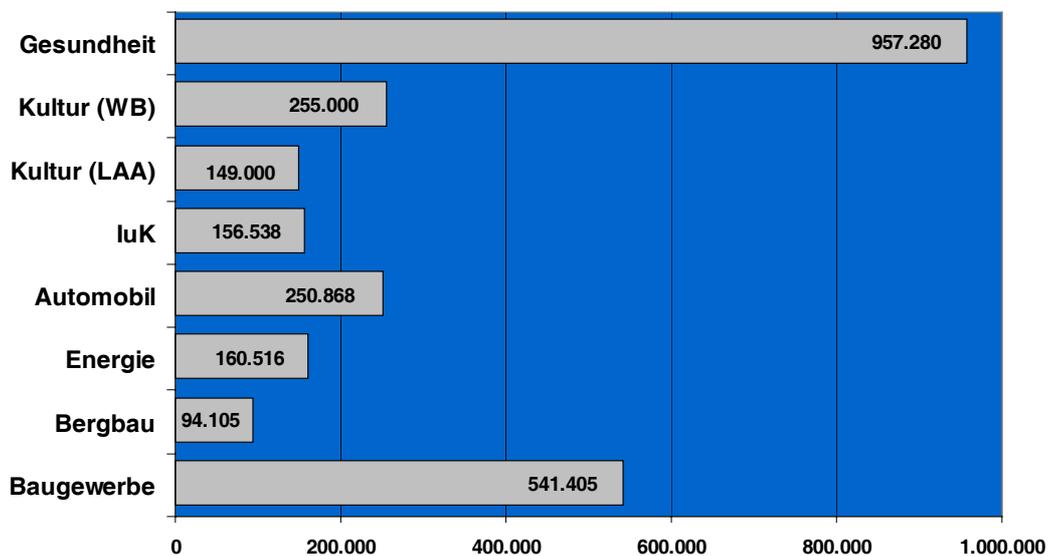


In der Gesundheitswirtschaft der Bundesrepublik waren Mitte der 90er Jahre ca. 4 Millionen Menschen beschäftigt. Dies entspricht einem Anteil von 11,2% an der Gesamtbeschäftigung. Im eigentlichen Gesundheitswesen (den Kernsektoren der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung) arbeiten ca. 3,8 Millionen Menschen, in den Vorleistungs- und Zulieferindustrien rund 260.000. Für die Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens liegen keine verlässlichen Angaben für die Bundesrepublik vor. Die vorliegenden Daten und Statistiken zeigen jedoch, dass die Gesundheitswirtschaft zu den personal- und beschäftigungsintensivsten Dienstleistungsbranchen der Bundesrepublik zu zählen ist. Eine für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) erstellte explorative Studie bestätigt diese Angaben. So waren in Nordrhein-Westfalen 1998 ca. 957.280 Menschen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt:

<b>Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen 1998</b>		
<b>Insgesamt</b>	ca. 957.280	100%
<b>Gesundheits- und Arbeitsschutz</b> (Öffentlicher Gesundheitsdienst, sonstiges öffentliches Personal im Gesundheits- und Arbeitsschutz, Medizinischer Dienst der Krankenkassen)	11.055	1,2%
<b>Ambulante Gesundheitsversorgung</b> (Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe, Apotheken, Einrichtungen der ambulanten Pflege mit Versorgungsvertrag nach SGB XI)	373.081	39,0%
<b>Stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung</b> (Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der teil- und vollstationären Pflege mit Versorgungsvertrag nach SGB XI)	362.351	37,9%
<b>Krankentransporte/Rettungsdienste</b>	10.500	1,1%
<b>Verwaltung</b> (Krankenversicherung/Sozialversicherung, Organisationen der Leistungserbringer)	Ca. 50.000	5,2%
<b>Ausbildungsstätten und Forschungseinrichtungen</b>	Ca. 10.000	1,0%
<b>Vorleistungs- und Zulieferindustrien</b> (Betriebe des Gesundheitshandwerks, Pharmazeutische Industrie, Medizintechnische Industrie, Biotechnologie, Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen Produkten)	113.293	11,8%
<b>Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens</b> (Fitness/Wellness, Gesundheitstourismus, Serviceleistungen, Beratung, Consulting und Information, Selbsthilfe)	Ca. 27.000	2,8%
Quelle: IAT/FfG/MHH 2001		

Bislang liegt für die gesamte Bundesrepublik keine vergleichbar detaillierte Bestandsaufnahme vor, die in der Lage ist, die Beschäftigungsbedeutung des Clusters Gesundheitswirtschaft im Vergleich mit anderen Wirtschaftsklustern abzuschätzen. Wie die Ergebnisse der Nordrhein-Westfalen-Studie jedoch zeigen, lässt die Gesundheitswirtschaft mit rund einer Million Beschäftigten andere Wirtschaftssektoren - auch das Baugewerbe - weit hinter sich zurück. Dies verdeutlicht, dass die tatsächliche Wirtschafts- und Beschäftigungsbedeutung der Gesundheitswirtschaft weitaus höher einzuschätzen ist, als dies in den wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Debatten häufig zum Ausdruck kommt. Rückblickend betrachtet, war das Sozial- und Gesundheitswesen in den letzten beiden Jahrzehnten neben den produktionsnahen Dienstleistungen ein zentraler Träger des Strukturwandels von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft – und dies nicht nur in Nordrhein-Westfalen (vgl. Beyer/Hilbert/Micheel 1998).

### Beschäftigung in ausgewählten Wirtschaftsbereichen Nordrhein-Westfalen 1998/1999



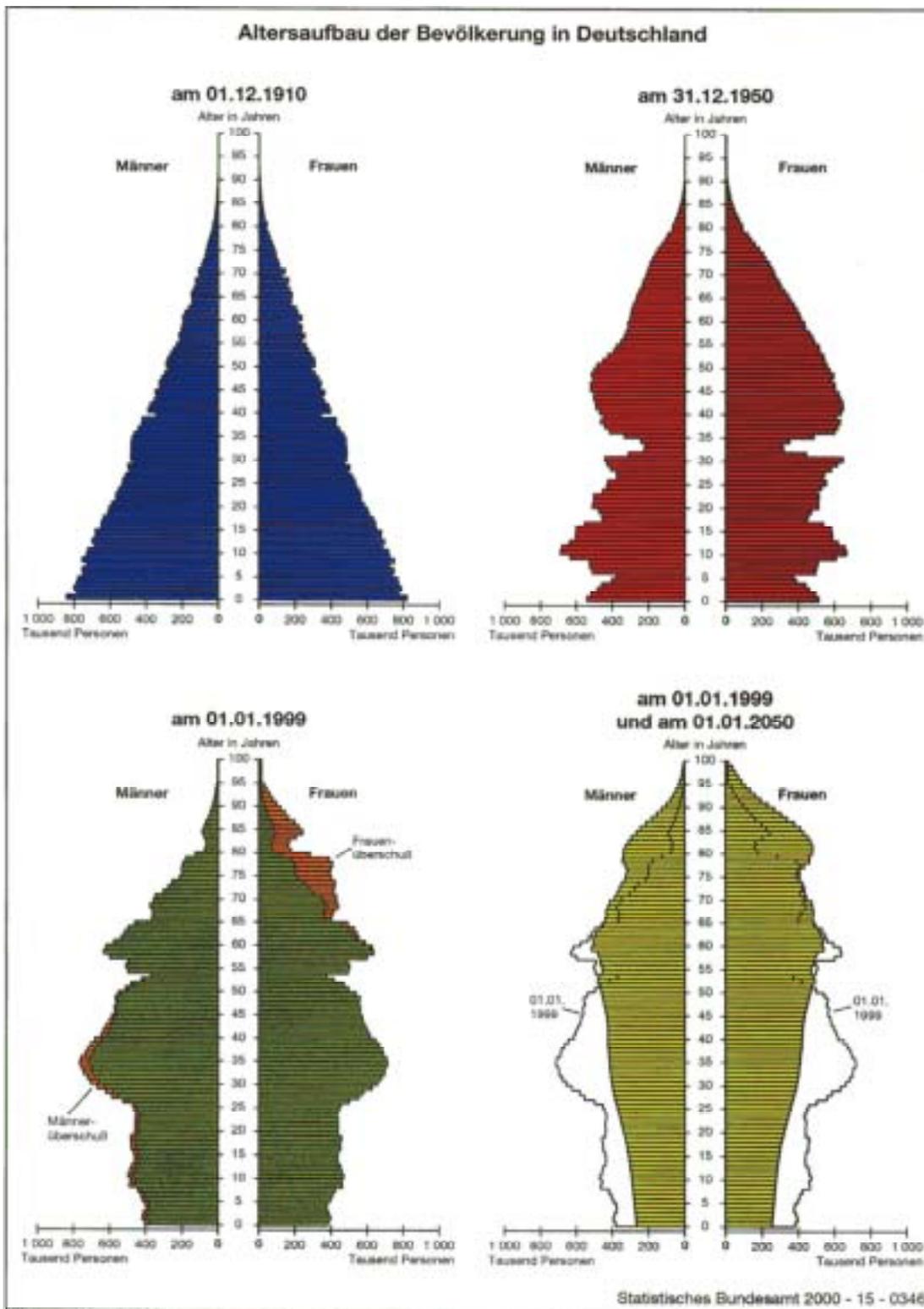
## **Externe Rahmenbedingungen und Einflußfaktoren**

Die Zukunft des Gesundheitswesens hängt von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren ab. Grundsätzlich lassen sich zum einen die endogenen Bewegungsmomente der Gesundheitseinrichtungen und zum anderen die äußeren Rahmenbedingungen unterscheiden. Im folgenden wird vor allem auf die äußeren Rahmenbedingungen eingegangen. Diese externen Rahmenbedingungen stellen gleichzeitig auch die Herausforderungen dar, auf die das Gesundheitswesen zu reagieren hat. In der wissenschaftlichen Literatur ebenso wie in der gesundheitspolitischen Diskussion und Praxis werden vor allem die folgenden Einflußfaktoren unterschieden:

- der soziodemographische Wandel;
- Wandel der ökonomischen Rahmenbedingungen;
- Wandel der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen;
- Die wachsende Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität als privatem Konsumgut.

### **1. Der sozio-demographische Wandel**

Der Begriff sozio-demographischer Wandel dient als Oberbegriff für jene Strukturen und Entwicklungen, die mit der Bevölkerungsentwicklung, der Bevölkerungszusammensetzung und der Art und Weise des Zusammenlebens der Menschen zu tun haben. Da unter diesem Oberbegriff eine schier unübersehbare Fülle von Phänomenen und Entwicklungstrends angesprochen werden könnte – von Flexibilisierung über die Qualifizierung bis hin zur Einkommensverteilung –, ist eine Fokussierung auf solche Fragen unerlässlich, die die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens in besonders nachhaltiger Art und Weise beeinflussen werden. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass dann insbesondere auf die Konsequenzen des dreifachen Alterns der Gesellschaft für das Gesundheitswesen eingegangen werden muss und dabei Fragen nach der Zukunft des Pflegebedarfs eine herausgehobene Rolle spielen müssen.



Das vorstehende Schaubild gibt einen ersten Überblick über die zu erwartenden Trends der Bevölkerungsentwicklung. Es handelt sich um eine graphische Wiedergabe der wichtigsten Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsentwicklung des Statistischen Bundesamtes, die Mitte des Jahres 2000 erstellt wurde (vgl. Statistisches Bundesamt 2000: 14). Die wichtigsten Schlussfolgerungen aus den Veränderungen lassen sich durch drei Prozesse beschreiben:

1. Die absolute Zahl der älteren Menschen wird deutlich zunehmen;
2. Der relative Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wird erheblich zunehmen.
3. Es wird eine nachhaltige Zunahme der Zahl von hochbetagten Menschen geben.

Diese Entwicklungstrends sind in Öffentlichkeit und Politik mittlerweile weitgehend bekannt, jedoch machen sich viele Menschen noch kein Bild davon, wie tiefgreifend die Veränderungen sein werden und wie deutlich sie den Alltag bestimmen werden. An dieser Stelle sei zur Illustration der sich abzeichnenden Entwicklungen nur auf einige Zahlen verwiesen: Heute (im Jahre 2000) sind gut 13 Mio. von knapp 82 Mio. Einwohnern 65 Jahre oder älter; im Jahre 2040 werden von knapp 75 Mio. Einwohnern gut 21 Mio. zu den älteren Jahrgängen gehören. Der Anteil der älteren Menschen steigt also im genannten Zeitraum von knapp 16% auf 28% der Gesamtbevölkerung. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird diese Altersgruppe der Menschen ab 65 Jahren oder älter um knapp 8,2 Mio. ansteigen.

Über die Konsequenzen des Alterns der Gesellschaft für das Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren verstärkt geforscht worden. Die dabei vorgelegten Ergebnisse liefern aber leider keine eindeutigen Ergebnisse. Sehr erfreuliche Aussichten liefert die sog. *Kompressionsthese*, die prognostiziert, die von den Menschen dazu gewonnenen Jahre würden in wachsendem Maße bei befriedigender Gesundheit zugebracht werden und die gesundheitlichen Probleme würden – bei jüngeren wie bei älteren und sehr alten Menschen – auf die letzte Lebensphase komprimiert werden können. Ursache für diese „rosigen Aussichten“ seien: ein Rückgang belastender Arbeitsbedingungen, eine gesündere Lebensweise, Fortschritte in den Bereichen Prävention und Kuration. Träfe die Kompressionsthese zu, wäre trotz eines drastischen Alterns der Gesellschaft nicht mit vergleichbar nachhaltigen Bedarfssteigerungen bei gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen zu rechnen. Für die Bereiche Prävention und Rehabilitation, für den gesundheitsbezogenen Arbeitsschutz und für Dienstleistungen, die eine gesündere Lebensweise unterstützen, wären allerdings neue Akzente bzw. ein Ausbau und eine Verbesserung der Angebote erforderlich.

Der Kompressionsthese gegenüber steht die sog. *Medikalisierungsthese*. Sie besagt, dass sich durch den medizinischen Fortschritt die Lebenserwartung

zwar erheblich steigern wird; dies verhindere jedoch keineswegs, dass altersbedingte Erkrankungen zunehmen. Und oftmals kommen im hohen Alter zusätzliche Krankheitsrisiken – etwa Demenzerkrankungen und Oberschenkelhalsfrakturen - hinzu. Im Endeffekt führt das dreifache Altern der Gesellschaft zu neuen Anforderungen an das Gesundheits- und Sozialwesen.

Für beide Thesen ist in den letzten Jahren empirische Evidenz mobilisiert worden. Dementsprechend ist es auch nicht verwunderlich, dass nach Konzepten gesucht wird, die beide Ansätze miteinander verknüpfen. Dies geschieht im sog. „bimodalen Konzept“, für das allerdings für die Bundesrepublik Deutschland bislang noch keine eigenen Daten vorliegen. Ausgehend von ausländischen Befunden zeichnet sich ab, dass es zwar einen deutlichen Zugewinn an gesunden Jahren geben wird, die Breite und Nachhaltigkeit des Alterns der Gesellschaft dennoch zu einem weiteren – im Vergleich zur Medikalisierungsthese allerdings gemäßigten – Anstieg der Anforderungen kommen wird. Darüber hinaus sei damit zu rechnen, dass besonders bei Hochbetagten, also bei Menschen im 8. oder 9. Lebensjahrzehnt, mit einem Anstieg der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit zu rechnen sei. Menschen in dieser Altersklasse weisen eine gesteigerte Prävalenz im Bereich gerontopsychiatrische Erkrankungen wie Demenz oder Depressionen auf.

Wenngleich die Kontroverse zwischen Medikalisierungsthese und Kompressionsthese an dieser Stelle nicht entschieden werden kann, so lässt ein Blick auf die zurückliegende Entwicklung vermuten, dass mit dem demographischen Wandel zukünftig ein Mehrbedarf an professionellen Hilfs- und Pflegeangeboten sowie geronto-medizinischen Leistungen einher gehen wird, der nur durch einen weiteren Ausbau der entsprechenden Unterstützungs- und Pflegekapazitäten gedeckt werden kann (vgl. Naegele 1999). Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der davon ausgeht, dass sich der Pflegemarkt auch weiterhin auf einem Wachstumspfad befindet. Die folgenden Entwicklungen sprechen für diese These:

- Das dreifache Altern der Gesellschaft im Zuge der demographischen Entwicklung;
- Die relative Zunahme chronischer Krankheiten und der Multimorbidität bei älteren Menschen;
- Steigende Ansprüche an eine bedarfs- und altersgerechte Versorgung („Enthospitalisierung“);
- Sowie der Rückgang der informellen Laien-Pflegekapazitäten.

Die skizzierten Befunde und Überlegungen über die Konsequenzen des Alterns der Gesellschaft für das Gesundheitswesen in konkrete, quantitativ umreißbare Zukunftsszenarien zu übersetzen, ist methodisch eine große Herausforderung, der sich in der letzten Zeit vor allem Wissenschaftlerinnen und

Wissenschaftler aus dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) gestellt haben. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studien lassen sich wie folgt zusammenfassen (DIW 2001a; DIW 2001b):

Ende der 90er Jahre gab es in Deutschland rund 16 Mio. Krankenhaufälle, die zu gut 170 Mio. Krankenhaustagen geführt haben. Vorausgesetzt, die Anfälligkeit der verschiedenen Altersgruppen für Krankheiten bleibt konstant, und vorausgesetzt, die Verweildauer in den Krankenhäusern verändert sich gegenüber dem heutigen Stand nicht nachhaltig, so ist bis zum Jahre 2020 bei den Krankenhaufällen mit einem Wachstum von ca. 15% auf 18,5 Mio. und anschließend – bis zum Jahre 2050 – mit einem weiteren Anstieg von 4% auf dann knapp 19,3 Mio. Fälle zu rechnen. Umgerechnet in Krankenhaustage bedeutet dies einen Anstieg auf gut 210 Mio. Tage in 2020 und 231 Mio. Tage in 2050, insgesamt also eine Zunahme um gut ein Drittel. Der Anstieg der Zahl der Krankenhaustage fällt dabei jahresdurchschnittlich mit 0,6% höher aus als bei der Zahl der Krankenhaufälle; der Grund dafür ist darin zu suchen, dass es in den höheren Altersgruppen, die ja in Zukunft deutlich stärker besetzt sein werden als heute, zu längeren Krankenhausaufenthalten kommt als in den jüngeren Alterskohorten. Das Wachstum der stationären Versorgung könnte allerdings wesentlich geringer ausfallen, wenn es gelänge, die Krankenhausverweildauer erheblich zu reduzieren; von den für das Jahr 2003 geplanten Neuregelungen zur Vergütung stationärer Krankenhausleistungen (pauschalierte Vergütung auf Basis von „Diagnosis Related Groups“) ist ein entsprechender Effekt zu erwarten; auf der anderen Seite könnte es aber auch sein, dass der medizinische Fortschritt dazu führt, dass neue, erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern angeboten werden und die Bedeutung der stationären Versorgung doch nicht so stark eingeschränkt wird, wie es durch die geplante Einführung der pauschalierten Vergütung eigentlich angestrebt wird.

<b>Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger 1999 bis 2050 (in Tausend)</b>			
<b>1999</b>	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2050</b>
1929,3	2382,3	2935,7	4728,0
<b>Veränderungen in Prozent seit 1999</b>			
	+23,5	+52,2	+145,1
Quelle: DIW 2001b: 71; eigene Darstellung			

Im Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit werden sich ebenfalls gravierende Veränderungen ergeben. Auch hier können wieder Annahmen aus Vorausschätzungen und quantitativ gestützten Prognosen gewonnen werden, die am DIW erstellt wurden (vgl. DIW 2001b). Dabei zeichnet sich folgendes Bild ab: Zur

Jahrtausendwende gab es in Deutschland knapp 2 Mio. pflegebedürftige Menschen; mehr als 80% davon im Alter von 60 oder mehr Jahren. Bis zum Jahre 2020 dürfte sich diese Zahl um rund 1 Mio. - oder um gut 50% - erhöhen und in 2050 könnte die Zahl der Pflegebedürftigen mit 4,7 Mio. sogar das 2,5fache des heutigen Niveaus erreichen. Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass aufgrund der demographischen Alterung nicht nur die Zahl der Pflegefälle zunehmen, sondern auch der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit ansteigen wird. Der Versorgungsbedarf steigt somit noch stärker als die Fallzahlen. Dies schlägt sich dann u.a. darin nieder, dass die Nachfrage nach vollstationärer Betreuung kräftiger wachsen wird als die Nachfrage nach ambulanter oder teilstationärer Versorgung.

Grundlage für die skizzierten Vorausschätzungen und Prognosen war, dass die altersspezifischen Pflegefallquoten des Jahres 1999 – differenziert nach Pflegestufen und Unterbringung (ambulant/teilstationär/vollstationär) – über die Vorausberechnungszeiträume konstant gehalten worden sind, also eine Vorausberechnung mit konstanten Prävalenzraten für Pflegebedürftigkeit vorgenommen wurde. Dies bedeutet etwa, dass für die Altersgruppe der 75 – 80jährigen, für die heute eine Prävalenz von 9,54% besteht, auch im Jahr 2020 von einem Pflegebedürftigkeitsrisiko in dieser Größe ausgegangen wird. Da dann aber die Zahl der Menschen in dieser Altersgruppe viel höher sein wird als heute, ist mit einer drastischen Zunahme zu rechnen, in diesem Zeitraum und für diese Altersgruppe um etwa 69.000 Fälle. Darüber hinaus wurde bei den vorgestellten Berechnungen von einer Bevölkerungsentwicklung ausgegangen, die sich durch eine weitere Erhöhung der Lebenserwartung auszeichnet – auf durchschnittlich 81,4 Jahre bei Männern und auf 86,4 Jahre bei Frauen.

Gegen solche Annahmen können natürlich eine Reihe von Vorbehalten geltend gemacht werden. Einer der gravierendsten ist sicherlich, dass Grund zu der Hoffnung besteht, der medizinische Fortschritt werde dazu beitragen, das Pflegefallrisiko zu verringern. Auf der anderen Seite gibt es aber auch Gründe, die dafür sprechen, dass die tatsächliche Pflegebedürftigkeit deutlich unterschätzt und somit auch die Bedarfe für die Zukunft eher zurückhaltend prognostiziert worden sind. In der heutigen Pflegebedürftigkeitsstatistik unberücksichtigt bleiben all jene Personen, die zwar faktisch pflegebedürftig sind, jedoch lediglich in einem Umfang, der durch die Pflegestufe I gemäß §15 SGB XI nicht abgedeckt ist. Diese Personengruppe wird häufig mit dem Begriff „Pflegestufe 0“ bezeichnet; wie groß diese Gruppe wirklich ist, lässt sich gegenwärtig nicht solide beziffern; Experten gehen jedoch davon aus, dass es sich bundesweit um mehrere 100.000 Personen handelt (Naegele 2001). Da wahrscheinlich ist, dass pflegebedürftige ältere Menschen ihre Interessen in Zukunft stärker zur Geltung bringen werden als heute, ist damit zu rechnen, dass der medizinische Fortschritt, der zu einer Senkung der Prävalenzraten führen könnte, durch eine Ausweitung der betroffenen Bevölkerungsgruppe

kompensiert wird. Insofern scheint die oben angesprochene Annahme, die heutigen Prävalenzraten auch für die Zukunft vorauszusetzen, durchaus angemessen, um Vorausschätzungen und Ausblicke zu ermöglichen.

Demographisch bedingt wird in Zukunft ebenfalls die Nachfrage nach ambulanter ärztlicher Versorgung steigen. Auch für diesen Bereich hat das DIW in 2001 Schätzungen und Prognosen erstellt und auch für diesen Bereich wurde von der Annahme konstanter Prävalenzraten nach Altersgruppen ausgegangen. Aufgrund der schlechten Datenlage bei der Erfassung der Gesundheitsdienstleistungen im ambulanten Bereich, sind die vorhandenen Daten jedoch mit großer Vorsicht zur Kenntnis zu nehmen. Klar ist, dass sich die Zahl der ambulant behandelten Personen von 6,3 Mio. in 1999 auf 7,3 Mio. im Jahr 2020 steigern wird. Wie sich das auf die Zahl der Arztbesuche insgesamt auswirken wird, ist quantitativ nicht vorherzusehen, da es keine Ist-Zahlen bezüglich der Häufigkeit von Arztbesuchen gibt. Dass die Alterung der Gesellschaft jedoch auch zu einer Zunahme der Arztbesuche je Patient führen wird, ist anzunehmen, da im Alter die Notwendigkeit einer kontinuierlichen oder sogar dauerhaften ärztlichen Behandlung deutlich ausgeprägter ist als in jüngeren Jahren. Unter dem Strich kann deshalb auch mit Blick auf die ambulante ärztliche Versorgung von einem drastischen Anstieg der Nachfrage infolge des Alterns der Gesellschaft ausgegangen werden. Dieser Trend wird darüber hinaus durch das Prinzip „ambulant vor stationär“, das heute vielen Reformbemühungen sowohl im Krankenhaus- als auch im Pflegebereich zugrunde liegt, zusätzliche Impulse bekommen und zu Verlagerungen in den ambulanten Sektor führen.

Insgesamt zeichnet sich ab, dass das Altern der Gesellschaft wahrscheinlich sowohl im Krankenhaus- und Pflegebereich als auch bei der ambulanten ärztlichen Versorgung zu einer – z. T. drastischen – Erhöhung der Nachfrage nach professionellen gesundheitsbezogenen Diensten führen wird. Weiter verstärkt werden könnte dieser Trend durch die Tatsache, dass informelle Hilfeleistungen, die heute noch in vielen Bereichen eine große Rolle spielen, in Zukunft an Bedeutung verlieren werden. Dies lässt sich insbesondere auf dem Gebiet der Pflege nachvollziehen:

Von den knapp 2 Mio. Pflegefällen in Deutschland werden etwa 70% zu Hause – ambulant oder teilstationär – betreut (eigene Berechnungen auf Basis DIW 2001, 72). Von den ambulant Pflegebedürftigen beziehen 81% Geldleistungen (also Leistungen für familiäre Pflegedienste) und 19% Sachleistungen (also Leistungen für professionelle ambulante Pflegekräfte). Bei den Beziehern von Geldleistungen übernehmen zu 90% Familienangehörige die Pflege und Haushaltsführung, rund 80% dieser Pflegepersonen sind Frauen – Ehefrauen, Mütter, Töchter oder Schwiegetöchter. Die meisten – genau 70% - dieser häuslichen Pflegekräfte sind im erwerbsfähigen Alter, also zwischen 15 und 64 Jahre alt. Von diesen geht mit 64% der größte Teil keiner Erwerbstätigkeit nach und lediglich 16% sind mehr als 30 Stunden in der Woche berufstätig.

Da eine Hauptpflegeperson in der Woche rund 46 Stunden mit entsprechenden Aufgaben beschäftigt ist, kann die Zurückhaltung in Fragen der Erwerbstätigkeit von informell Pflegenden nicht überraschen.

Grob überschlagen werden mithin in Deutschland von den 2 Mio. Pflegebedürftigen rd. 800.000 von Frauen informell betreut, von denen gut 560.000 im erwerbsfähigen Alter sind und zum größten Teil auf eine Erwerbstätigkeit verzichten. Es sind vor allem zwei Gründe, die dieses hohe informelle Engagement bei der Pflege in Zukunft in Frage stellen:

- Zum einen steigt das Interesse von Frauen an Erwerbstätigkeit, was sich in den letzten Jahren in einem deutlichen Anstieg der Erwerbsbeteiligung von verheirateten Frauen (zwischen 15 und 65 Jahren) in Westdeutschland um fast 10% zeigt (vgl. Schulz/Leidl/König 2001a, Tabelle 9). Wie die oben dargelegten Zahlen zu den Belastungen nicht-professioneller Pflege im Haushalt und zur Berufstätigkeit der pflegenden Angehörigen zeigen, lassen sich Erwerbstätigkeit und die Betreuung eines Pflegebedürftigen nur schwer miteinander in Einklang bringen. Der soziale – und politisch gewollte – Wandel hin zu einer zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit wird mithin zu einem Rückgang des häuslichen Pflegeengagements führen.
- Zum anderen ist aufgrund der demographischen Entwicklung, d.h. in Folge der rückläufigen Besetzungszahlen in den jüngeren Jahrgängen, mit „deutlichen Einbrüchen im sog. ‚weiblichen Pflegereservoir‘“ (Naegele 2001) zu rechnen. Im Rahmen seiner Analysen zur zukünftigen Pflegebedürftigkeit hat das DIW hochgerechnet, wie hoch der Anteil der Frauen in der Altersklasse zwischen 40-65 Jahren in Zukunft sein müsste, um die Bedeutung des heutigen Engagements von Frauen dieser Altersklassen, bei der in Zukunft ja stark angestiegenen Zahl von Pflegefällen, zu gewährleisten. „Im Jahre 2020 würden (...) insgesamt 7,3% der Frauen in dieser Altersgruppe mit familiären Pflegeaufgaben beschäftigt sein: 12,2% der Hausfrauen und rund 4% der erwerbstätigen Frauen. Im Jahre 2050 müsste – wenn die Reaktionen des Jahres 1999 konstant gehalten werden – insgesamt fast jede sechste Frau im Alter von 40 bis unter 65 Jahren eine Pflegeperson betreuen. Von den Hausfrauen würde jede vierte mit Pflegeaufgaben befasst sein, von den Erwerbstätigen jede zehnte. (...) Ob für eine solch große Zahl von Frauen die Möglichkeit und Bereitschaft zur Pflege von Familienangehörigen besteht, ist fraglich. Vielmehr ist damit zu rechnen, dass sich die Nachfrage nach professionellen Pflegekräften und nach Steilstationärer Pflege erhöhen wird.“ (DIW 2001b, 75)

## **2. Wandel der ökonomischen Rahmenbedingungen**

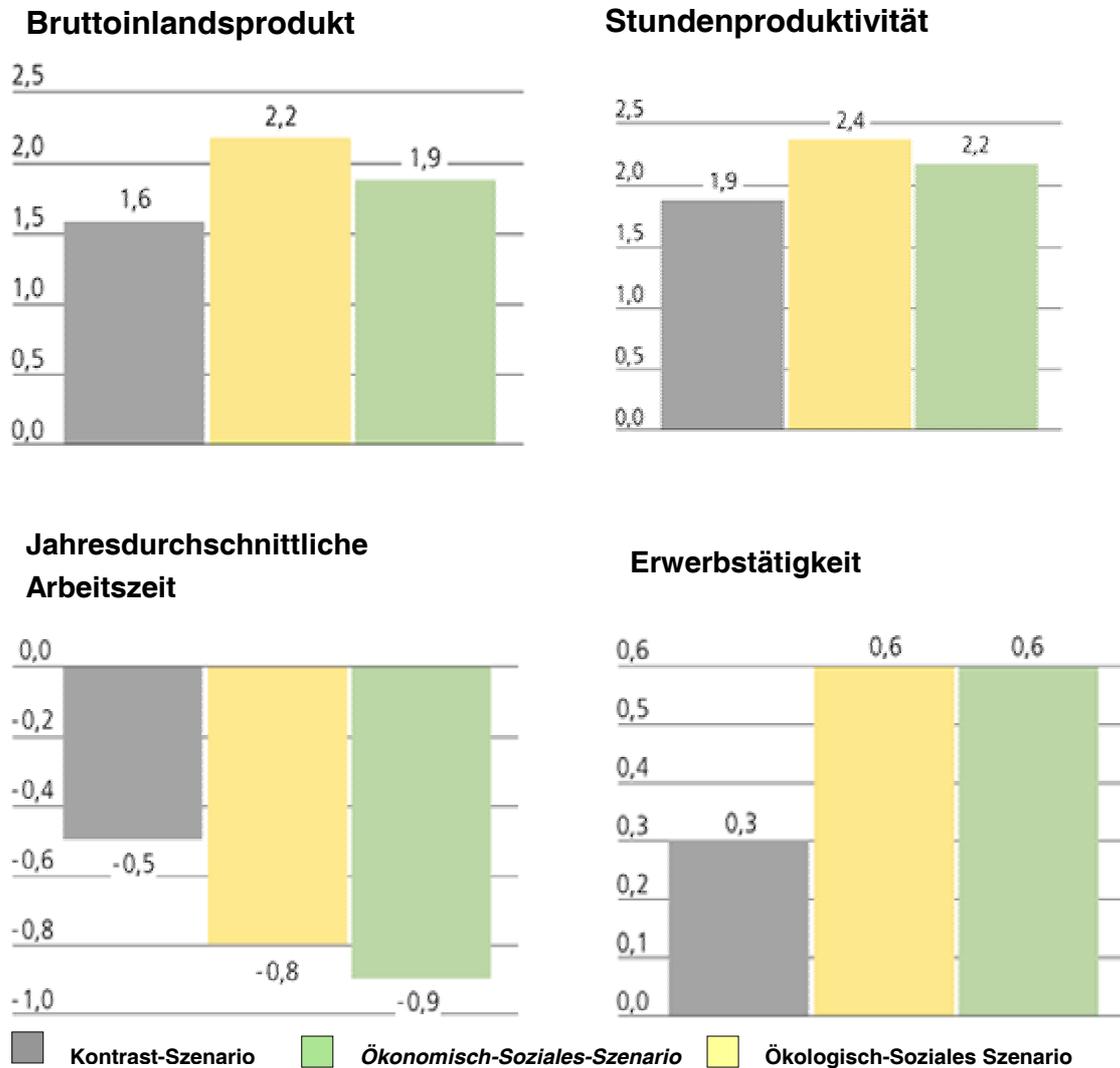
Unter dem Stichwort ökonomische Rahmenbedingungen sind mehrere Entwicklungstrends mit z. T. sehr unterschiedlichen Einflüssen auf das Gesundheitswesen anzusprechen. Zu nennen sind vor allem:

- die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung;
- die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Arbeitsmärkte;
- der wachsende Wettbewerbsdruck zwischen den Anbietern in der Gesundheitswirtschaft.

*Allgemeine wirtschaftliche Entwicklung:*

Mitte der 90er Jahre war die Diskussion um die Zukunft von Wachstum und Beschäftigung von einer „Weltuntergangsstimmung“ gekennzeichnet. Der Erwerbsgesellschaft – so die Befürchtungen – drohe die Arbeit auszugehen und die Bedingungen für Wachstum und Beschäftigung würden sich ständig verschlechtern. Zwischenzeitlich ist diese skeptische Zukunftssicht gewichen und es herrscht Zuversicht, dass wir auch in Zukunft gute Chancen auf eine Wirtschafts- und Beschäftigungsentwicklung haben, die uns auch in den nächsten 20 Jahren noch vielfältige Möglichkeiten gibt, unseren Lebensstandard zu halten oder sogar auszubauen. Der Konjunkturunbruch Mitte des Jahres 2001 – verstärkt durch die Ereignisse vom 11. September 2001 – haben die Zukunftsperspektiven wieder verdunkelt. Deswegen lohnt ein Blick in die Zukunftsszenarien der Ökonomen.

Eine gemeinsame Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, des Wissenschaftszentrums Berlin sowie das Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen, Wuppertal Institut für Klima, Energie, Umwelt berechnete Szenarien über die wirtschaftliche, soziale und ökologische Entwicklung bis zum Jahre 2020. Eindeutiges Ergebnis war, dass es gute Chancen gibt, einen Entwicklungspfad einzuschlagen, der sowohl wirtschaftliche als auch ökologische und soziale Nachhaltigkeitsziele berücksichtigt. In einem Szenario ohne grundlegende Veränderungen der Wirtschafts-, Struktur- Sozial- und Umweltpolitik kommt es etwa zu jahresdurchschnittlichen Steigerungen der Erwerbstätigkeit von 0,3%; bei einer stärker sozial-integrativ ausgerichteten Politik oder gar bei einer auf soziale und ökologische Nachhaltigkeit ausgerichteten Politik kann das Wachstum der Erwerbstätigkeit sogar auf 0,6% pro Jahr verdoppelt werden. Parallel dazu steigt das Wachstum des Bruttoinlandsprodukts jährlich zwischen 1,6 und 2,2%. Im Hinblick auf die Sozial- und Gesundheitspolitik heißt dies, dass auf absehbare Zeit nicht mit einem Einbruch bei der wirtschaftlichen Entwicklung zu rechnen ist, der die Grundlagen des Wohlfahrtsstaates kippen könnte. Die drei Institute schlussfolgern sogar, dass soziale Sicherung durch staatlich organisierte Systeme auch im nachhaltigkeitsorientiertem Strukturwandel mit bewährten Elementen möglich ist ([www.a-und-oe.de](http://www.a-und-oe.de)).



Quelle: <http://www.a-und-oe.de/verbund/ueberblick-10.htr> recherchiert am 06.09.2001

*Entwicklungen der gesundheitsbezogenen Arbeitsmärkte*

Heute (2001) steht in den arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitischen Debatten die Suche nach erfolgversprechenden Maßnahmen gegen die Arbeitslosigkeit im Mittelpunkt. Unterhalb dieser generellen Debatte zeichnet sich jedoch bereits ab, dass es in Zukunft in manchen Wirtschaftssektoren und bei vielen ausgewählten Berufen und Tätigkeiten einen Arbeitskräftemangel geben wird. Zu diesen Engpassbereichen zählen bereits heute einige Gesundheits- und Sozialberufe und es ist sehr wahrscheinlich, dass sich die Probleme im Gesundheits- und Sozialwesen in den nächsten Jahren weiter verschärfen werden. Mit besonders gravierenden Herausforderungen ist bei den Pflegeberufen und hier vor allem in der ambulanten und stationären Pflege zu rechnen. In einer aktuellen Studie prognostiziert das DIW (2001) bis zum Jahr 2020 für den Pflegebereich ein Nachfrageplus von 160.000 bis 280.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen.

Ob diese Beschäftigungspotentiale in der Pflege allerdings tatsächlich realisiert werden können, hängt auch davon ab, ob geeignete Arbeitskräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen werden. Hieran kann gezweifelt werden. Schon heute sehen sich viele Pflegeanbieter mit Arbeitskräftengpässen konfrontiert. Es wird zwar in den Pflegeberufen ausgebildet, jedoch arbeiten keineswegs alle ausgebildeten Pflegerinnen und Pfleger auch in ihren Berufen. Allein in Nordrhein-Westfalen sind rund 5.000 ausgebildete Altenpflegerinnen und Altenpfleger nicht in ihren Berufsfeldern tätig. Zuverlässige Forschungsergebnisse darüber, worin die Zurückhaltung begründet ist, liegen bislang nicht vor, jedoch drängen sich einige Vermutungen auf:

- Die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind zu hart. Bei einer repräsentativen Arbeitnehmerbefragung durch das Institut Arbeit und Technik (1997) bewerteten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Gesundheits- und Sozialwesen ihre Arbeit als überdurchschnittlich belastend und herausfordernd. Gleichzeitig wurde deutlich, dass sich die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen in überdurchschnittlichem Maße mit ihren Arbeitsaufgaben identifizieren.
- Die körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen steigen aufgrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Veränderung des Morbiditätsspektrums.
- Die Verdienstmöglichkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen sind unterdurchschnittlich.
- Die Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten sind begrenzter als in vielen anderen Branchen.
- Die Diskussionen über Finanzkrisen und Kostendämpfung im Gesundheitswesen lassen die Perspektiven in diesen Branchen ungünstiger erscheinen als sie tatsächlich sind.

- Viele Pflegerinnen und Pfleger können nur schwer akzeptieren, dass sie mit ihren beruflichen Kompetenzen nur eingeschränkte Entscheidungsspielräume haben und häufig bis in Detailfragen von Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten abhängig sind.

Die absehbaren Engpässe bei der Personalbeschaffung im (Alten-) Pflegebereich werden wahrscheinlich Konsequenzen für die Qualifizierung und den Arbeitseinsatz in diesem Bereich nach sich ziehen. Dabei könnten sich etwa folgende Entwicklungen ergeben:

- Der Anteil ausländischer Arbeitskräfte wird steigen. Mitte des Jahres 2001 hat eine Diskussion über „GreenCards“ für die Pflege begonnen.
- Es wird verstärkt versucht werden, Arbeitskräfte aus Wirtschaftsbranchen, die durch Personalabbau gekennzeichnet sind, für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft zu mobilisieren.
- Möglicherweise werden sich die Leistungsprofile in den Pflegebereichen verändern; auf der einen Seite werden gut ausgebildete Pflegefachkräfte größere professionelle Autonomie erwerben, auf der anderen Seite wird es vermehrt einfache Tätigkeiten geben, die von Arbeitskräften mit geringerer Vorbildung (und geringeren Verdiensten) ausgeübt werden.
- Über neue Wege der Arbeitsorganisation und des Technikeinsatzes wird versucht werden, die Produktivität der Arbeit zu erhöhen; dabei werden neue Qualifikationsanforderungen (etwa beim Umgang mit EDV und Neuen Medien oder in Fragen des Managements, der Organisation oder des Marketing) entstehen.
- Die Anstrengungen zur Humanisierung der Arbeit, die darauf abzielen, die hohen psychischen Belastungen zu reduzieren, werden intensiviert. Ansatzpunkte hierfür könnten etwa darin gesucht werden, Pflegerinnen und Pfleger nach einer gewissen Zeit der Arbeit in ihren Kernberufen eine zeitweise Einsatzmöglichkeit in weniger benachbarten Berufsfeldern zu bieten, um so die hohe burn-out-Quote zu reduzieren.
- Es wird vermehrte Anstrengungen geben, das Umfeld des Arbeitskräfteeinsatzes im Gesundheitswesen zu verbessern. Ein wichtiger Ansatzpunkt könnten hier verbesserte Betreuungsangebote für die Kinder von Pflegerinnen und Pflegern, Ärztinnen und Ärzten etc. sein.

#### *Wachsender Innovations- und Wettbewerbsdruck*

In den letzten 20 Jahren sind in der Gesundheitswirtschaft mehr als 1 Mio. neuer Arbeitsplätze entstanden. Mittlerweile arbeiten in den verschiedenen Kern-, Zulieferer- und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft – von der ambulanten und stationären Versorgung über die Pharmaindustrie und das Gesundheitshandwerk bis hin zum Gesundheitstourismus – mehr als 4 Mio. Menschen. In den 80er und 90er Jahren blühte die Gesundheitswirtschaft eher

im Verborgenen, d.h. ihr Wachstum wurde von der Wirtschafts-, Struktur- und Innovationspolitik kaum wahrgenommen und sie galt auch bei vielen Investoren als wenig versprechende Branche. Mittlerweile wird die Gesundheitswirtschaft jedoch als eine Branche mit guten Aussichten gesehen, und viele wirtschaftliche Akteure steigern ihr Engagement in diesen Bereichen.

Dies gilt zurzeit vor allem für die Bereiche Bio- und Gentechnologie, Medizin- und Gerontotechnik, Logistik und Warenwirtschaft, Wohn- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen sowie für gesundheitsbezogene Wellnessangebote. Aber auch „klassische“ Gesundheitsdienstleister - wie Krankenhäuser, Kur- und Rehaeinrichtungen oder auch Pflegeanbieter – sehen sich verstärkt nach Wachstums- und Innovationsmöglichkeiten um. Beispiele sind etwa:

- der Aufbau von Hotelangeboten, in denen Nachsorgeangebote vorgehalten werden;
- die Öffnung physiotherapeutischer Einrichtungen für Sport- und Wellnessaktivitäten;
- die Zusammenarbeit mit Unternehmen der Wohnungswirtschaft mit dem Ziel, Services für betreutes Wohnen im Bestand zu entwickeln.

Die verstärkte Wahrnehmung des Gesundheitswesens als eine aussichtsreiche Wirtschaftsbranche bedeutet für die zukünftige Entwicklung dieser Branche, dass der Innovations-, Wettbewerbs- und Profilierungsdruck für die einzelnen Anbieter steigen wird. Es gibt zwar gute Wachstumsperspektiven, sie fallen den Anbietern jedoch nicht in den Schoß, sondern müssen durch Qualitätsmanagement, Innovation und Marketing erarbeitet werden. Gerade viele „klassische“ Anbieter von Gesundheitsdiensten verstehen sich mehr als regionale Versorger denn als wettbewerbsorientierte Anbieter und tun sich deshalb schwer, ihre Wettbewerbs-, Innovations- und Profilierungsaktivitäten zu intensivieren. Darüber hinaus stehen auch vielfältige rechtliche Hindernisse einem solchen Perspektivenwechsel im Wege. Mittel- und langfristig werden die steigende wirtschaftliche Attraktivität der Gesundheitswissenschaft sowie Veränderungen in den gesundheitsrechtlichen Rahmenbedingungen dazu führen, dass die Themen Innovation, Profilierung und Wettbewerb ein größeres Gewicht bekommen. Demgemäß ist auch damit zu rechnen, dass einschlägige Management- und Organisationsthemen in der Ausbildung der Fach- und Führungskräfte des Gesundheitswesens an Gewicht gewinnen.

### 3. Wandel der gesundheitsrechtlichen Rahmenbedingungen

Die Gesundheits- und Sozialpolitik der Bundesrepublik Deutschland ist in den letzten Jahren verstärkt in die Kritik geraten. Die Gründe dafür sind

- zum einen darin zu suchen, dass die Kosten der Sozialversicherungsbeiträge - die als prozentualer Anteil der jeweiligen versicherungspflichtigen Arbeitseinkommen erhoben werden - mittlerweile so hoch sind, dass viele Arbeitgeber und Finanzwissenschaftler Nachteile für die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft befürchten.
- Zum anderen ist in internationalen Vergleichen in den letzten Jahren immer deutlicher geworden, dass das deutsche Gesundheitswesen im Hinblick auf zentrale Leistungsindikatoren hinter dem zurückbleibt, was aufgrund der hohen finanziellen Aufwendungen, die in dieses System fließen, zu erwarten wäre. Im Hinblick auf seine Gesundheitsausgaben (gemessen in Aufwendungen pro Kopf der Bevölkerung) wird Deutschland nur noch von den USA und (leicht) von der Schweiz übertroffen; den hohen Ausgaben steht jedoch bei den Leistungen kein entsprechender Qualitätsvorsprung gegenüber ( Böcken/Butzlaff/Esche 2001). Bei der Lebenserwartung etwa findet sich Deutschland im internationalen Vergleich lediglich auf einem Mittelplatz wieder.

Welche Ansatzpunkte es gibt, die Wirkung zu verbessern, die Kosten zu dämpfen und die Finanzierungsmodalitäten so zu gestalten, dass die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft möglichst nicht beeinträchtigt wird, wird in Deutschland seit Jahren heftig diskutiert. Unter den Gesundheitsökonomen wie unter den Gesundheitspolitikern zeichnet sich auch ein gut erkennbar Konsens über die zu ergreifenden Maßnahmen ab, jedoch sind Reformschritte in Richtung dieses Maßnahmenpakets bislang allenfalls in Ansätzen erfolgt. Die wichtigsten Reformvorschläge für die Finanzierungsseite des deutschen Gesundheitswesens lassen sich mit folgenden Stichworten umreißen:

- Ausweitung des Sozialversicherungsprinzips (v. a. Einbeziehung der einkommensstarken Gruppen, die heute jenseits der Einkommensbemessungsgrenzen liegen);
- Fokussierung der solidarisch finanzierten Leistungen auf einen enger definierten Grundleistungskatalog;
- zusätzliche Mobilisierung privater Kaufkraft für den Gesundheitssektor über Privatversicherungslösungen oder auch durch direkte Zahlungen von privaten Haushalten, durch die dann Angebote außerhalb des Grundleistungskatalogs abgedeckt werden.

Reformvorschläge auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite können mit folgenden Stichworten zusammengefasst werden:

- kunden- bzw. patientenorientierte Integration der verschiedenen Versorgungsbereiche, ausgelöst durch kräftige Schritte bei der Pauschalierung der Entgeltsysteme (bis hin zu regionalen) Kopfpauschalen;
- Qualitätsentwicklung und Benchmarking;
- Abbau von Überversorgungskapazitäten;
- Stärkung und Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern;
- Nutzung der neuen Technologien für eine wirkungsvollere und effizientere Gestaltung von Informations- und Kommunikationsströmen;
- Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Schweiz, Kanada und die Niederlande sind Länder, die bereits wichtige und weitreichende Schritte in eine derart geprägt Reform der politischen Rahmenbedingungen gegangen sind. In diesen Ländern zeigt sich, dass zwar ein Zugewinn an Effizienz beobachtet werden kann, Quantensprünge in Richtung eines Rückbau des Anteils der Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung jedoch auch hier nicht eingetreten sind. Besonders positiv zu vermerken ist jedoch, dass die genannten Reformländer im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung Deutschland überlegen sind. Eine Ausnahme stellen hier allerdings die USA dar, wo immer noch große Teile der Bevölkerung (rd. 18 Prozent) ohne Krankenversicherung sind; die Ursachen hierfür liegen allerdings nicht in der staatlichen Regulierung der Leistungserstellung, sondern darin, dass es in den Vereinigten Staaten bislang nicht gelungen ist, eine allgemeine Krankenversicherungspflicht durchzusetzen.

In der Bundesrepublik tut sich die Politik mit einer Gesundheitsreform im oben umrissenen Sinne außerordentlich schwer. Jede Regierung, die versucht, einige Schritte in die genannte Richtung zu gehen, wird von der jeweiligen Opposition aus wahltaktischen Gründen bezichtigt, aus der solidarischen Gesundheitsversorgung auszusteigen und die Entwicklung einer Zwei-Klassen-Medizin in Kauf zu nehmen. Aus Angst, dass entsprechende Vorwürfe die Wahlchancen beeinträchtigen könnten, wird dann auf entsprechende Reformschritte verzichtet. Problemverschärfend kommt hinzu, dass die diskutierten Reformmaßnahmen bei den Interessenvertretern aus den verschiedenen Teilbereichen des Gesundheitssystems außerordentlich umstritten sind. Aus diesen Gründen spricht wenig dafür, dass der gesundheitspolitische Reformatentismus in Deutschland in absehbarer Zeit überwunden werden kann. So gehören etwa die Kassenärztlichen Vereinigungen zu denjenigen, die integrierten Versorgungssystemen dann skeptisch gegenüberstehen, wenn auch stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser) miteinbezogen sind; sie befürchten, dass ihr Klientel, die niedergelassenen Ärzte, an Einfluss und an Verdienstmöglichkeiten verlieren könnten.

Zwar zeichnet sich die deutsche Gesundheitspolitik im großen und ganzen durch Modernisierungsblockaden und Reformattentismus aus, gleichwohl ist zu erkennen, dass die Bereitschaft zunimmt mittel- und langfristig jene Wege zu beschreiten, die auch in anderen Ländern zum Erfolg geführt haben. Einen ganz wichtigen Meilenstein stellt in diesem Zusammenhang die Einführung von DRGs (Diagnosis Related Groups) dar, die als Kabinettsbeschluss der Bundesregierung vom 29.08.01 auf den Weg gebracht wurde. Ab 2003 werden DRGs auf freiwilliger Basis, ein Jahr später obligatorisch in allen Krankenhäusern eingeführt. Bislang wird zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen auf der Basis von Tagespflegesätzen abgerechnet; in Zukunft - nach Einführung der DRGs - gibt es auf die meisten Krankheiten und Gesundheitsprobleme bezogene, diagnose-orientierte Fallpauschalen. Während bisher Krankenhäuser daran interessiert waren, Patienten möglichst lange im Krankenhaus versorgen zu können, haben sie bei DRGs den Anreiz, die Verweildauer möglichst kurz zu halten. Aus diesem Grund wird auch damit gerechnet, dass in Folge der Einführung von DRGs Krankenhäuser stärker an einer Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, mit Kur- und Rehaeinrichtungen sowie mit Altenpflegeanbietern interessiert sein müssten. Denn nur eine optimierte Kooperation zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich kann garantieren, dass eine schnelle Entlassung aus dem Krankenhaus für den Patienten ohne negative Konsequenzen bleibt und sich nicht folgenschwere und teure Komplikationen ergeben.

In den USA stellten DRGs nur eine kurze Zwischenetappe auf dem Weg zu Kopfpauschalen dar. Hier schließen dann die Krankenversicherungen Verträge mit Netzwerken von Gesundheitsdienstleistern ab, die für die Versicherten die komplette Gesundheitsversorgung übernehmen. Die Höhe der Verträge wird durch die Multiplikation der Zahl der Versicherten mit den durchschnittlichen Krankheitskosten pro Versicherten und pro Jahr gebildet. Ab rund 10.000 Versicherten ergibt sich ein hinreichender Ausgleich zwischen den Versicherten, so dass ein solches System auch nicht durch unerwartete Risiken einzelner Teilgruppen aus der Bahn geworfen werden kann. Ein großer Vorteil eines solchen Kopfpauschalensystems ist es, dass neben dem Anreiz, die Verweildauer in Krankenhäusern zu reduzieren, auch die Stärkung von Vorsorge und Prävention angestrebt wird. Denn in einem System von Kopfpauschalen ist Vorsorge und Prävention besser als Heilen – in zweifacher Hinsicht: Es hilft dem Patienten und wirkt sich positiv auf die Erträge der Anbieter aus. Solche Systeme ließen sich mit ein wenig Phantasie in die Bundesrepublik übertragen, so dass es durchaus sinnvoll sein könnte, ein solches Vorgehen demnächst auch in Deutschland zu pilotieren<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Die Problematik einer möglichen Risikoselektion müsste in einer Pilotierungsphase eine besondere Berücksichtigung finden.

Wenngleich sich die Gesundheitspolitik in Deutschland nur sehr langsam bewegt, so werden die absehbaren Veränderungen dennoch einen nachhaltigen Einfluss auf die Berufspraxis der im Gesundheitswesen tätigen Menschen haben. Die tiefgreifendsten Konsequenzen sind von der Einführung pauschalierter Entgeltzahlungen zu erwarten. Sie werden zu einem Strukturwandel führen, der einen quantitativen Bedeutungsverlust des stationären Bereichs und einen Bedeutungsgewinn ambulanter Versorgungsangebote zur Folge hat. Wahrscheinlich wird die Federführung für die notwendigen integrierten Versorgungsangebote bei den Krankenhäusern und nicht - wie in vielen gesundheitspolitischen Visionen gewünscht - bei den niedergelassenen Hausärzten liegen. Denn nur die stationären Anbieter werden über die Organisations- und Managementkompetenzen verfügen, die notwendig sind, um die integrierte Versorgung zu steuern. Für die Beschäftigten wird der Bedeutungsgewinn der Fall- (und ggf. Kopfpauschalen) auch nachhaltige Konsequenzen im Bereich der Qualifizierung haben; wahrscheinlich wird es vor allem für Fach- und Führungskräfte einen Bedeutungsgewinn von Organisations-, Management- und Kommunikationsqualifikationen geben. Darüber hinaus wird das Management von integrierten Versorgungssystemen durch Informations- und Kommunikationstechnik unterstützt werden, deren Bedienung ebenfalls in der Aus- und Weiterbildung eine größere Rolle spielen wird.

#### **4. Die wachsende Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität als privatem Konsumgut**

Im internationalen Vergleich spielen private Mittel zur Finanzierung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen nur eine vergleichsweise geringe Rolle (vgl. Böcken/Butzlaff/Esche 2000: 165). Zwar wird ein Teil der Gesundheitsausgaben durch private Versicherungen abgedeckt, jedoch spielen Ausgaben privater Haushalte nur eine sehr bescheidene Rolle. Private Ausgaben für Güter und Dienstleistungen zur Gesundheitspflege kamen im Jahre 2000 lediglich auf einen Anteil von 4,1% an den Konsumausgaben der Haushalte insgesamt. Allerdings zeigt sich bei den privaten Aufwendungen eine steigende Tendenz; Anfang der 90er Jahre betrug dieser Anteil nur 3,7%, so dass wir für den Zeitraum einer Dekade immerhin eine Steigerung um knapp ein Drittel zu verzeichnen haben (DIW 2001:29 ff.).

Was könnte dafür oder dagegen sprechen, dass dieser Trend zum Wachstum der privaten Ausgaben für Gesundheit in Zukunft anhalten wird? Sicherlich ist hier an allererster Stelle zu nennen, dass in den kommenden Jahren verstärkt mit gesundheitsrechtlichen Interventionen und Regulierungen zu rechnen ist, die zu Streichungen im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und zu steigenden Zuzahlungen führen werden. Vorausgesetzt, die gesamtwirtschaftliche Entwicklung bleibt einigermaßen positiv, was von der Mehrheit aller Experten erwartet wird, dann könnte eine Reihe von Gründen

für eine weiter wachsende private Konsumbereitschaft bei gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen sprechen:

- Mit steigendem Einkommen stiegen auch die privaten Aufwendungen für die Gesundheitspflege. Während 1998 etwa Haushalte mit einem niedrigen Haushaltsmonatseinkommen von 3.000,- bis 4.000,- DM monatlich 92,- DM oder 2,86% ihrer Verbrauchsausgaben für Gesundheitspflege verwendeten, betragen die Ausgaben von Haushalten mit höheren Einkünften (10.000,- bis 15.000,- DM monatlich) 423,- DM oder 5,5%.
- Bevölkerungsbefragungen signalisieren, dass die Wertschätzung des Gutes Gesundheit steigt. Mit zunehmendem materiellen Wohlstand und den fortschreitenden Individualisierungsprozessen steigt auch das Bedürfnis der Menschen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und individueller Lebensqualität. Auch in Zukunft werden die Güter Gesundheit und Lebensqualität einen weiter steigenden Stellenwert in der Bedürfnis- und Wertehierarchie der Bevölkerung einnehmen (vgl. Wasem 1999). Dies zeigt sich nicht zuletzt an der Bereitschaft, wachsende Teile des verfügbaren Haushaltseinkommens in gesundheitsbezogene Leistungen zu investieren. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass es klare Qualitätsversprechungen und transparente Preis-Leistungsbeziehungen gibt.
- Viele gesundheitsnahe Dienstleistungen, die früher im Familien- oder Nachbarschaftsverbund erbracht wurden, z.B. das Herbeirufen von professioneller Hilfe bei akuten Gesundheitsproblemen, könnte in einer Gesellschaft, die durch Individualisierung gekennzeichnet ist, durch neue, z. T. technisch gestützte Angebote ersetzt werden. Beispiele hierfür sind etwa Gesundheitsinformationen aus dem Internet oder mobile, telekommunikativ gestützte Orientierungs-, Sicherheits- und Notrufsysteme.
- In wachsenden Teilen der Bevölkerung entwickelt sich Gesundheit und Lebensqualität zu Statussymbolen. Während früher der demonstrative Konsum von langlebigen Gebrauchsgütern (z.B. Autos, Fernseher oder Stereoanlagen) ein angemessener Weg war, um Erfolg und Lebensart zu demonstrieren, so tritt bei zahlreichen Bevölkerungsgruppen das Wissen um Gesundheit und Lebensqualität an diese Stelle. Ein Indikator für diesen Trend ist etwa die steigende Zahl der Life-Style-Zeitschriften, die sich erfolgreich am Markt behaupten (z.B. Men's Health, Fit for Fun).
- Von der Wirtschaft kommen immer mehr Angebote, die darauf zielen, die Kaufkraft der Menschen für Produkte und Dienstleistungen für mehr Gesundheit und Lebensqualität zu mobilisieren. Die entsprechende Angebotspalette ist mittlerweile sehr breit und in ihrer Diversifizierung kaum noch zu überschauen. Systematisierte Informationen darüber, wie die Angebote von den potenziellen Kunden angenommen werden, liegen bislang nicht vor. Wenn darüber berichtet wird, ist zumeist von Erfolgsgeschichten

die Rede; über gescheiterte Angebote wird nur sehr zurückhaltend informiert.

Die Palette von Produkten und Dienstleistungen, die auf die Aktivierung von privater Nachfrage zielen, ist mittlerweile sehr groß und unübersichtlich geworden. Im folgenden wird versucht, die wichtigsten Bereiche kurz zu skizzieren.

(1) *Schönheitschirurgie*: Operative Schritte zur Korrektur des Aussehens haben eine lange Tradition. In den letzten Jahren hat die Schönheitschirurgie jedoch einen wahren Boom erlebt. „Da werden Himmelfahrtsnasen in Form gebracht, Hängebrüste zu Airbags aufgeplustert, und Lippen, die dem Mund das Aussehen einer Spardose verliehen, verwandeln sich in füllige Kusspolster. Die Medizin und ihre schillerndste Disziplin, die plastisch-ästhetische Chirurgie, machen es möglich: Das Sein wird zunehmend vom Design bestimmt.“ (Bartens 2001). Es wird geschätzt, dass sich im Jahre 2000 in den USA 5,7 Mio. Menschen einer Schönheitsoperation unterzogen haben; in Deutschland waren es mit 150.000 – 200.000 zwar erheblich weniger, doch machen diese Zahlen deutlich, dass die plastische Chirurgie auch in der Bundesrepublik bereits ein großes Geschäft geworden ist. Für weiteres Wachstum spricht, dass das Interesse vor allem auch bei jüngeren Menschen steigt; angeblich lassen sich allein in Deutschland jährlich 40.000 Jüngere behandeln. Nach Umfragen können sich ein Zehntel der Frauen und fünf Prozent der Männer in Deutschland eine Schönheitsoperation vorstellen. Nicht in allen Fällen ist die plastische Chirurgie jedoch ein reiner Luxus. Patienten mit Kieferfehlstellungen etwa können kaum feste Nahrung zu sich nehmen, weil die Zahnreihen nicht richtig schließen. "In diesen Fällen wird das Gesicht nach der Operation nicht nur „schöner“, die Patienten gewinnen auch Lebensqualität, weil sie sich wieder normal ernähren können“ (Bartens 2001).

(2) *Lifestyle Drugs*: Mit dem Begriff der „Lifestyle Drugs“ werden all jene Medikamente und Mittel zusammengefasst, die Menschen dabei helfen, ihr Wohlbefinden zu verbessern und das alterungsbedingte Nachlassen der Vitalkraft auszugleichen<sup>2</sup>. Bekannt geworden sind diese Mittel vor allem durch Viagra, ein Mittel gegen Potenzstörungen. Mittlerweile bietet der Markt, insbesondere in den USA, noch etliche weitere Mittel, etwa Pillen zum Wohlfühlen, gegen Haarausfall oder Übergewicht; darüber hinaus wird fieberhaft an der Entwicklung weiterer Substanzen gearbeitet, wobei wahrscheinlich Anti-Ageing-Mittel eine besondere Aufmerksamkeit genießen. So wird etwa darauf gehofft, dass im Rahmen der Alzheimerforschung auch Mittel zur Verbesserung der geistigen Fähigkeiten und gegen Vergesslichkeit gefunden werden. Ein Problem

---

<sup>2</sup> Als Überblick vgl. Business Week vom 11.05.98; Wirtschaftswoche vom 27.08.98 und – mit sehr differenzierter Zurückhaltung – Newsweek Special Edition Fall/Winter 2001 sowie Der Spiegel 17/2000

vieler Life-Style-Drugs ist jedoch, dass es häufig zu unkontrollierbaren Nebenwirkungen kommt. So müssen etwa viele Menschen, die Mittel gegen Haarausfall nehmen, mit Einschränkungen von Libido und Potenz leben. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass natürlichen Mitteln bzw. Präparaten (z.B. Knoblauch, Gingko, Broccoli, Vitamine) und Heilmethoden, die dieselben Wirkungen erzielen, eine wachsende Aufmerksamkeit geschenkt wird.

(3) *Nahrung als Medizin*: Eine große gemeinsame Schnittmenge mit den Life-Style-Drugs haben Nahrungsmittel, die gleichzeitig auch als Medikamente wirken; manchmal werden sie auch mit den Begriffen "Nutraceuticals" oder „Functional Food“ bezeichnet (vgl. als Überblick Die Woche vom 28.08.98). Nahrung als Medizin heißt u.a., dass

- Impfstoffe in Obst und Gemüse transportiert werden und so das Spritzen ersetzen können;
- mit Vitaminen angereicherte Lebensmittel die Leistungskraft und das Immunsystem stärken.

Mittel der letztgenannten Art werden heute bereits im Handel freiverkäuflich angeboten und erfreuen sich einer regen Nachfrage; am bekanntesten sind die sog. Nahrungsmittelergänzer. Für die Zukunft besteht die Hoffnung, dass Nahrung als Medizin auf die Bedarfe von spezifischen Kundentypen oder sogar auf die Erfordernisse einzelner Kunden zugeschnitten werden können.

(4) *Präventive Fitness- und Wellnessangebote*: Die Begriffe Fitness und Wellness haben in den letzten 5-10 Jahren nicht nur in den USA, sondern auch in Deutschland eine sehr große Aufwertung erfahren. Viele Hotels, Bäder, Fitnesscenter, Reiseveranstalter unterbreiten Bewegungs-, Behandlungs- und Freizeitangebote, die nicht nur angenehm sind und Spaß machen, sondern gleichzeitig auch der Gesunderhaltung dienen. Der Boom der Fitness- und Wellnessbranche wird auch durch die Medien mitgetragen. So veröffentlichte etwa die Zeitschrift Focus (14.1.02) Anfang 2002 einen Wellness-Atlas über „Oasen zum Abschalten und Wohlfühlen“. In diesen Einrichtungen wird eine breite Fülle von Anwendungen und Behandlungen geboten, die von Akupressur über Reikibis hin zu Thai Chi oder Yoga reichen. Präventivmediziner weisen darauf hin, dass einmalige und kurzfristige Wohlfühlbehandlungen nicht ausreichen, um die Gesunderhaltung nachhaltig zu fördern und raten deshalb dazu, zusätzlich auf eine gesundheitsfördernde Ernährung zu achten und entsprechend Sport zu betreiben. Unter dem Strich ist jedoch festzuhalten, dass der Fitness- und Wellnessboom der letzten Jahre dafür steht, dass sich Gesundheit zu einem privaten Konsumgut entwickelt hat.

*Prävention statt Reparaturmedizin: Erstes Zentrum für medizinisches Fitness-Training an einem Hamburger Krankenhaus*

„Wir wollen weg von der reinen Reparaturmedizin, bei der das Krankenhaus am Ende der Behandlungskette steht“, erläutert Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzender des Albertinen-Diakoniewerks, „Wie wollen uns zu einem integrierten Gesundheitszentrum entwickeln, in dem die Menschen ambulant und stationär versorgt werden können, aber auch Angebote zur persönlichen Gesundheitsvorsorge vorfinden. Gleichzeitig bietet sich uns angesichts der immer knapper werdenden Mittel für unser medizinisches Kerngeschäft die unternehmerische Chance, neue Einnahmequellen zu erschließen. Denn immer mehr Menschen erkennen, wie wichtig es ist, selbst etwas in die eigene Gesundheit zu investieren.“ PHYSIKOfitt erweitere die Leistungspalette, die das ADW seinen Kunden bzw. Patienten bieten könne, in zwei Richtungen: „Wir erschließen uns den Markt selbstfinanzierter Präventionsmaßnahmen am Anfang und Rehabilitationsmaßnahmen am Ende der Wertschöpfungskette. Wir schaffen echt Mehr-Wert“, so ter Haseborg. „Gleichzeitig können wir mit PHYSIKOfitt neue Kundengruppen für unser Haus gewinnen und bestehende Kunden an unser Haus binden.“ (...) „PHYSIKOfitt basiert auf vier Säulen“, erläutert PHYSIKOfitt-Leiterin Elisabeth Schumacher. „Beim medizinisch-therapeutischen Gerätetraining können Muskeln aufgebaut, Haltungsschäden korrigiert oder Herz und Kreislauf trainiert werden. Bäder und Sauna regen den Kreislauf an und fördern die Durchblutung, beim Aqua-Training werden Kreislauf und Muskeln trainiert und die Gelenke geschont. Zusätzlich können unsere Kunden aus einem umfangreichen Angebot aus Massagen, Wärmebehandlung, Fangopackung und gymnastischen Einzelbehandlungen ihr persönliches Therapieprogramm zusammenstellen.“ (...) „Das Besondere an PHYSIKOfitt ist, dass wir unsere medizinische Kompetenz in eine breite Palette von Fitness-Angeboten einfließen lassen. Bei ehemaligen Patienten sogar als direkte Verlängerung der physiotherapeutischen Versorgung, die sich stationär oder ambulant bei uns bezogen haben. Das kann kein Fitness-Studio und auch kein Sportverein leisten.“ (...) „Wir ermitteln die persönlichen Belastungen unserer Kunden, definieren gemeinsam Trainingsziele und erarbeiten dann individuelle Trainingspläne, die wir je nach Fortschritt regelmäßig anpassen“, erklärt Elisabeth Schumacher die Besonderheit des PHYSIKOfitt-Ansatzes. „Das Entscheidende dabei ist die Kompetenz unseres Teams. Es besteht ausschließlich aus staatlich geprüften Physiotherapeuten und Masseurinnen, die große Erfahrung in der Behandlung ambulanter und stationärer Patienten haben, sich also auch gut mit den Bedürfnissen älterer oder durch Krankheit und Verletzung vorbelasteter Menschen auskennen. Wir überfordern nicht, sondern fördern gezielt.“ (...) „In der Kundenbindung zählen wir natürlich auf die Überzeugungskraft unserer Leistungen bzw. auf die positiven Effekte, die unsere Kunden im Wortesinn am ‚eigenen Leib‘ verspüren“, so Albertinen-Kommunikations-Leiter Ralf Zastrau. „Am Ball bleiben ist letztlich das Erfolgsrezept dauerhafter Fitness. Aber natürlich wollen wir auch durch die Gestaltung unserer Nutzungskonditionen unsere Kunden animieren, sich über einen längeren Zeitraum an uns zu binden.“ Im Mittelpunkt steht deshalb die PHYSIKOfitt-Quartalskarte, mit der man Gerätetraining, Bad und Sauna nutzen kann, so oft man möchte. (...) Zu konkreten Umsatz- und Ergebniszielen hält sich die Albertinen-Geschäftsführung bedeckt. Ziel sei eine Vollauslastung der für diesen Bereich zusätzlich bereit gestellten Kapazitäten, die – neben dem eigens hierfür angeschafften Gerätepark – insbesondere in zusätzlich für physiotherapeutischen Mitarbeitern bestehen. „Aber es gibt eine klare Umsatzrendite-Vorgabe, die wir schon im ersten Jahr unseres Bestehens erreichen wollen.“ so ter Haseborg. „Dieses Geschäftsfeld soll sich nicht nur selber tragen, sondern darüber hinaus einen spürbaren Beitrag zur Finanzierung unserer diakonischen Dienste liefern.“

Quelle: Krankenhaus Umschau 6/2001

(5) *Orientierungshilfen im Gesundheitswesen:* Für Kunden und Patienten des Gesundheitswesens ist es ein großes Problem, sich innerhalb der Angebotsvielfalt zu orientieren und eine auf ihren Bedarf zugeschnittene spezifische Leistung zu erhalten. Besonders große Orientierungsschwierigkeiten bestehen dann, wenn Experten aus unterschiedlichen Einrichtungen, Abteilungen und Disziplinen zum Wohle des Patienten zusammenarbeiten müssen. Zwar steht das Thema patientenorientierte Integration seit Jahren auf der Tagesordnung der Gesundheitsreformer, jedoch sind die Fortschritte bislang eher bescheiden. Aus diesem Grunde ist absehbar, dass Angebote, die Kunden und Patienten bei der Orientierung und beim Durchsetzen ihrer Anforderungen an eine optimale und integrierte Versorgung unterstützen, in Zukunft als zusätzliche Dienstleistung angeboten werden, die dann allerdings nicht von den Krankenversicherungen, sondern aus anderen, privaten Quellen bezahlt werden. Gesundheitsportale im Internet, die in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen haben, sind ein Schritt in diese Richtung, Bücher, die über die renommiertesten Fachleute in den verschiedenen Fachdisziplinen berichten, ein anderer. Aus den USA wird berichtet, dass Netzwerke von Medizinern gebildet werden, die ihren Kunden gegen einen deutlichen Aufpreis ein umfassendes Serviceangebot (etwa Rund-um-die-Uhr-Ansprechbarkeit oder Ernährungs- und Bewegungsberatung) bereitstellen, zu dem auch ein Begleitdienst bei der Konsultation von Spezialisten gehört<sup>3</sup>. Die Frage, ob sich ein solches Angebot kurzfristig auch in Deutschland durchsetzen könnte, darf in Zweifel gestellt werden; sicherlich würden sich viele Ärzte weigern, Patienten in Anwesenheit eines Kollegen zu behandeln. Allerdings zeigt das amerikanische Beispiel dennoch, dass sich in Sachen Orientierungshilfen etwas bewegt.

(6) *Luxus-Betreuung in Krankenhäusern:* Im internationalen Vergleich kann die Unterbringung und Betreuung von Patienten und Kunden in deutschen Krankenhäusern als durchaus anspruchsvoll bezeichnet werden. Gleichwohl gibt es viele potenzielle Kunden, die bereit sind, für weitere Verbesserungen auch mehr zu bezahlen. Im Grunde läuft dies darauf hinaus, solchen Patienten eine Unterbringung wie in einem Luxushotel anzubieten, ggf. sogar mit Internetgestützten Kommunikations- und Informationsmöglichkeiten am Krankenbett. Darüber hinaus beginnen Krankenhäuser bereits damit, Patienten über die eigentliche Verweildauer hinaus Unterbringungsmöglichkeiten anzubieten<sup>4</sup>. Nach der Behandlung im Krankenhaus kann es durchaus sinnvoll sein, sich noch ein paar weitere Tage unterstützen und betreuen zu lassen. Mit hotel-

---

<sup>3</sup> (vgl. International Herald Tribune vom 16.01.02)

<sup>4</sup> Als Überblick siehe Krankenhaus Umschau 1/2000. Seit einem Urteil des Bundesgerichtshofes bestehen Unsicherheiten darüber, ob und wie sogenannte Komfortleistungen mit privaten Krankenversicherungen abgerechnet werden können, vgl. hierzu f&w 5/2000. Ein Positionspapier des Bundesgesundheitsministerium zur Finanzierung von Wahlleistungen findet sich in f&w 2/2001.

ähnlichen Angeboten im Umfeld und mit Kontakt zum Krankenhaus lässt sich ein solches Interesse befriedigen, vorausgesetzt allerdings, der Patient bzw. Kunde zahlt dafür aus eigener Tasche.

(7) *Kunden aus dem Ausland:* In den Zusammenhang mit der Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen gehört auch die Chance, *ausländische Kunden* für deutsche Angebote zu gewinnen. Generell hat sich der internationale Dienstleistungstransfer in dieser Branche in Europa in den letzten Jahren beschleunigt. Und auch deutsche Krankenhäuser bemühen sich verstärkt um Kunden aus dem Ausland. Seit 1998 arbeitet ein Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland, dem etliche Kliniken sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten angehören. Das Kuratorium bemüht sich etwa gezielt um Verträge mit ausländischen Krankenkassen, auf deren Grundlage dann Patienten in Deutschland versorgt werden sollen (vgl. Wirtschaftswoche vom 14.01.99). Mittlerweile gibt es auch in mehreren Bundesländern wirtschaftspolitische Initiativen, die das Ziel verfolgen, den 'Import von Kunden' für das Gesundheitswesen auszubauen.

(8) *Gesundheitsbezug beim Service Wohnen:* Service Wohnen bedeutet, dass ergänzend zur (Miet)Wohnung begleitend Dienstleistungen angeboten werden. Sie reichen von Notruf-, Informations- und Kommunikationsangeboten über Einkaufs-, Reinigungs-, und Mahlzeitendiensten bis hin zu gesundheitsbezogenen Angeboten (z. B. Fußpflege; Pflege; Monitoring des Gesundheitszustandes, etwa durch Fern-EKGs). In Pilotprojekten wird mittlerweile versucht, das Service-Wohnen mit Hilfe der modernen Telekommunikation zu unterstützen. Über Bild- und Fernsehtelefone werden etwa in Bielefeld alte Menschen „aktiviert“ und kommunikativ betreut; darüber hinaus werden ihnen mit Hilfe dieser Technik Dienstleistungen vermittelt<sup>5</sup>. Solche Angebote bewegen sich zwar im Stadium von Pilotversuchen, die wissenschaftliche Begleitung zeigt jedoch, dass es eine realistische Perspektive für reguläre Angebote gibt. Zuversichtlich stimmen auch die Erkenntnisse „konventioneller“ (also nicht telekommunikationsgestützter) Service-Wohnprojekte von Wohnungswirtschaftsunternehmen (vgl. Berendt 1997). Hoch avanciertere Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zum Wohnen gehen sogar davon aus, dass demnächst „intelligente Häuser“ ein Biomonitoring ihrer Bewohner übernehmen und ihnen Hinweise auf mögliche Gesundheitsprobleme geben können (vgl. Geschäftsstelle Seniorenwirtschaft 2001).

Die wachsende Bedeutung von Gesundheit- und Lebensqualität als privatem Konsumgut ist für Wirtschaft, Politik und Gesellschaft zugleich eine Chance und eine Herausforderung. Die Chance liegt vor allem darin, dass es auf diese

---

<sup>5</sup> Das Projekt firmiert unter dem Namen „inKontakt – Teleservice für Senioren“ und wird gemeinsam vom Evangelischen Johanneswerk und der Berkom Deutsche Telekom durchgeführt (vgl. Bruns/Hilbert/Scharfenorth 1999).

Weise gelingen kann, zusätzliche private Mittel für den Gesundheits- und Sozialsektor zu mobilisieren - nicht anstatt, sondern jenseits der Mittel aus den Kranken- und Pflegeversicherungen und jenseits der öffentlichen Ausgaben. Die Herausforderung ergibt sich zum einen dadurch, dass es keineswegs selbstverständlich, dass die vorhandenen Chancen auch genutzt werden, zum andern auch daraus, dass durch zusätzliche private Mittel auch die Gefahr besteht, dass Ungleichheiten bei der gesundheitlichen Versorgung steigen. Und last but not least ist es auch ein Problem, dass in vielen Bereichen, in denen sich neue Angebote entwickeln, die Qualitätssicherung, die Transparenz und der Verbraucherschutz noch unzureichend sind.

Für die traditionelle Gesundheitswirtschaft ergibt sich darüber hinaus noch eine weitere Herausforderung. Bei der Entwicklung und Erprobung in vielen der neu entstehenden Angebotsbereiche, die privat finanziert werden, sind die etablierten Akteure des Gesundheitswesens, die Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärzte, die ambulanten Dienste etc. nicht präsent; das Innovationsgeschehen wird oftmals von Akteuren aus anderen Branchen bestimmt. So kommen etwa die wichtigsten Impulse für den präventionsorientierten Sport eher aus der Sport- und Freizeitwirtschaft als aus dem Gesundheitswesen. Möglicherweise ist dies gut, um die neuen Produkte und Dienstleistungen schnell zu vermarkten; für die Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne droht jedoch eine Abkoppelung von diesen Zukunftsmärkten. Durch mehr Offenheit bei der Entwicklung, Erprobung und Vermarktung innovativer und privat finanzierter Angebote sollte dieser Gefahr zügig entgegengewirkt werden.

## Endogene Entwicklungen

### 1. Medizinisch-technischer und gesundheitswissenschaftlicher Fortschritt

In der öffentlichen wie in der wissenschaftlichen Diskussion besteht kein Zweifel daran, dass der medizinisch-technische Fortschritt einer der wichtigsten Faktoren ist, der in der Vergangenheit die Entwicklung des Gesundheitswesens vorangetrieben hat und von dem erwartet wird, dass er auch die Zukunft entscheidend mitprägen wird. Und es gibt offensichtlich viele gute Gründe, zuversichtlich nach vorne zu blicken, denn der Blick in die einschlägige Literatur (etwa Grönemeyer 2000) lässt die Hoffnung zu, dass in Zukunft mit erheblichen Verbesserungen und Innovationen gerechnet werden kann. Vieles spricht dafür, dass in der Forschung gegenwärtig die Grundlagen für eine neue Medizin gelegt werden, die in den kommenden Dekaden zu einer kräftigen Innovationswelle führen werden.

Bei vielen Krankheitsbildern sind deutlich verbesserte Heilungschancen absehbar, der Prävention bieten sich durch neuere gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse sowie durch Fortschritte der Molekularbiologie neue Möglichkeiten, und selbst bei der Rehabilitation eröffnen sich durch den technischen und medizinischen Fortschritt neue Perspektiven. Dies gilt z.B. für die Entwicklung von Implantaten, die bei Herz-Kreislaufkrankungen (künstliche Gefäße), bei Verlust oder Beschädigung von Knochen und Muskeln (Prothesen) oder bei neuronalen Erkrankungen (Überbrückung von getrennten Nervenbahnen) eingesetzt werden können. Um deren Funktions- und Körperverträglichkeit zu verbessern, wird an der Kombination von neuen Materialien und körpereigenem Gewebe gearbeitet. Neben der Mikrosystemtechnik und Biochemie bietet auch die Informations- und Kommunikationstechnologie neue Chancen und vielfältige Anknüpfungsmöglichkeiten für neue Leistungen – etwa in den Bereichen der Telemedizin oder des Health Monitorings. Die moderne IuK-Technologie kann nicht nur wichtige Dienste bei der Einstellung und Anpassung von Trainingsgeräten oder Prothesen leisten, sondern ermöglicht es darüber hinaus, Patienten über die stationäre Rehabilitation hinaus zu begleiten und zu unterstützen.

Ein Beispiel, das in den letzten Zeit besonders viel Aufmerksamkeit auf sich zog, ist das sog. Tissue (Gewebe) Engineering, bei dem es darum geht, verletzte oder anderweitig zerstörte Körperteile unter ärztlicher Obhut nachwachsen zu lassen<sup>6</sup>. Im Versuchen ist es bereits gelungen, neue Herzklappen, neue Bauchspeicheldrüsen oder neues Lebergewebe zu züchten, das dann bei akutem Leberversagen zumindest zeit- oder teilweise die Organfunktion ü-

---

<sup>6</sup> Ein knapper, aber dennoch instruktiver Überblick findet sich im managermagazin 9/01

bernehmen kann. Mit Hilfe von Zellen, die direkt aus dem Empfängerorganismus gewonnen werden, konnten bislang einige spezielle Gewebe entwickelt werden, etwa Knorpel, Haut oder Knochengewebe. In der nächsten Stufe werden dann von der Nutzung der sog. Stammzellen weitere Fortschritte erwartet; etwa

- die Züchtung von Hirngewebe, die neue Chancen zur Behandlung von Alzheimer oder Parkinson versprechen,
- Knochenmark, das Blut bildet und die Behandlung von Leukämie erleichtert oder
- Zellen, die das abgestorbene Herzgewebe von Infarktopfern ersetzen können.

Solche steigenden Leistungsmöglichkeiten der Medizin bieten vielen Menschen neue Perspektiven für die Gesunderhaltung, Heilung oder Linderung ihrer Krankheiten. Hinzu kommt, dass neue Produkte und Dienstleistungen auch für Anbieter eine gute Chance sind, ihre Absatzmöglichkeiten auszuweiten. Somit ist sowohl von den Leistungsanbietern als auch von den Leistungsbeziehern ein großes Interesse am weiteren Ausbau der Leistungskapazitäten zu erwarten. Dementsprechend werden Themen wie das oben skizzierte Tissue Engineering, die Genomik oder auch die medizinische Mikrosystemtechnik in den Debatten der Wirtschafts- und Zukunftswissenschaftler immer wieder zu den technischen Gestaltungschancen gezählt, die als besonders aussichtsreiche "Tickets für die Zukunft", als vielversprechende Zugänge zu künftigen Märkten gelten.

Das Thema Fortschritt wird in Diskussionen über die Zukunft der Gesundheitswirtschaft fast immer im Sinne von neuen medizintechnischen Möglichkeiten verstanden. Wahrscheinlich ist jedoch damit zu rechnen, dass in Zukunft auch der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention an Gewicht gewinnen wird. Hierfür sprechen verschiedene Gründe; die zwei wichtigsten dürften sein, dass

- Engpässe am Arbeitsmarkt dazu führen werden, aus der bisherigen Politik der Frühverrentung auszusteigen und ältere Arbeitnehmer länger im aktiven Erwerbsleben zu halten. Dies wird jedoch nur möglich sein, wenn Arbeitsplätze so gestaltet werden, dass dort ohne Gesundheitsbeeinträchtigungen gearbeitet werden kann. Vor diesem Hintergrund dürfte sowohl die Notwendigkeit als auch das Interesse der Wirtschaft in den nächsten Jahren zunehmen, in betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren.
- Prävention und Gesundheitsförderung in wachsendem Maße nicht mehr nur - wie bisher - die Herstellung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen und ein gesundheitsorientiertes Verhalten bedeutet. Hinzu kommt, dass sowohl die Biochemie als auch die Leistungsphysiologie neue Chancen bieten, diese beiden Ansätze - gesundheitsförderliche

Umwelt und gesundheitsförderliches Verhalten - mit Nahrungsergänzungstoffen oder sogar mit eigens auf die Erfordernisse des einzelnen zugeschnittenen Nahrungsmitteln (functional food) zu ergänzen. Hier eröffnen sich also neuartige Absatzstrategien, in deren Folge auch die Themen Gesundheitsförderung und Prävention mehr Aufmerksamkeit genießen könnten.

Ein Bereich, in dem die beiden vorgenannten Bereiche - Heilung und Linderung von Krankheiten einerseits und Gesunderhaltung andererseits - zusammenwachsen (bzw. nicht mehr deutlich gegeneinander abzugrenzen sind), ist das sog. Tele-Health-Monitoring. Zur Heilung und Linderung von Krankheiten kann dieses Verfahren insofern beitragen, als über Ferndiagnosen schnelle und problemadäquate Hilfe organisiert werden kann. Für Prävention und Gesunderhaltung können Tele-Health-Monitoring-Systeme nützlich sein, weil diese im Idealfall bereits frühzeitig auf die kritische Entwicklung von Vitalparametern aufmerksam machen können und so Interventionen auslösen, die zur Vermeidung von Gesundheitsschäden beitragen.

**Patientenmanagement per Internet<sup>7</sup>**

Internetbasiertes Patienten-Managementsystem "CareLink" der US-Firma Medtronic wurde von der US-Gesundheitsbehörde FDA erstmals zugelassen. Durch sie kann der behandelnde Arzt den Gesundheitszustand seines Herzpatienten über das Internet kontrollieren. "Es besteht aus dem CareLink-Monitor, einem kleinen Kasten mit Antenne, den der Patient vor sich in den Brustkorb implantiertes kardiologisches Gerät hält. Der CareLink-Monitor zeichnet die zu überwachenden Daten auf und sendet diese über eine Standardtelefonleitung an das CareLink-Netzwerk. Der behandelnde Arzt kann seinerseits sofort auf die Patientendaten im Netzwerk zugreifen, sich über die momentane gesundheitliche Situation seines Patienten informieren oder diesen bei Herzbeschwerden beruhigen oder gleich in die Klinik beordern.

Noch betrifft die FDA-Zulassung nur rund 23.000 Patienten, die den Medtronic-Defibrillator GEM II DR/VR implantiert haben. Insgesamt tragen jedoch zwei Millionen Amerikaner verschiedenste Medtronic-Geräte zur Überwachung der Herzfunktion, die ohne weitere Anpassungen sofort mit dem CareLink-Monitor und dem Netzwerk zusammenarbeiten könnten. Medtronic hofft daher in naher Zukunft, dass die FDA ihre Zulassung ausweitet, um die Investitionen von 30 Millionen Euro in den letzten zwei Jahren wieder einzufahren.

Bis 2006 rechnen Experten für CareLink mit 150.000 Patienten. "Das würde für Ärzte eine völlig neue Möglichkeit eröffnen, Patienten mit chronischen Erkrankungen aus der Ferne zu überwachen", meint Steve Mahle, Präsident von Medtronic Cardiac Rhythm Management. "Außerdem haben heute immer mehr Leute das Bedürfnis, ihre medizinische Situation von einem Doktor regelmäßig kontrollieren zu lassen". Der mobile CareLink-Monitor kann überall dort eingesetzt werden, wo Zugriff auf eine Telefonleitung besteht."

Quelle: heise online

Quelle: [http://www.dl2000.de/newspage.php3?newsid=391&leadprojects\\_id=](http://www.dl2000.de/newspage.php3?newsid=391&leadprojects_id=)

Die Logik und die Prinzipien dieses Handlungsfeldes lassen sich am besten an einem Beispiel erläutern:

"Herr Müller, ein Patient gehobenen Alters, hat vor fünf Jahren einen Herzinfarkt erlitten, dank schneller Hilfe überlebt und an den üblichen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen. Seitdem nimmt er regelmäßig Mittel zur Blutverdünnung, Cholesterinsenker und Betablocker, die seinen Blutdruck normalisieren. Seine Compliance, das Befolgen der ärztlichen Ratschläge, ist gut. Plötzlich zeigen sich beim morgendlichen Blutdruckmessen stark erhöhte Werte, ein Alarmsignal, möglicher Vorbote für den besonders gefährlichen Re-Infarkt. Die Daten werden vom Messgerät sofort automatisch per ISDN oder Mobilfunk an einen zentralen Server übermittelt. Dieser entscheidet, Herrn Müller eine automatisch generierte SMS-Nachricht mit Handlungsanweisungen zu schicken. Wären die Werte noch schlechter gewesen, hätte der Server der Tele-Service-Zentrale eine Alarmmeldung geschickt. Die Zentrale erkennt den

---

<sup>7</sup> Ein Pilotprojekt zum Mobile Medical Monitoring wurde Ende 2001 in München gestartet ([http://www.dl2000.de/projectspage.php3?leadprojects\\_id=9&projects\\_id=143](http://www.dl2000.de/projectspage.php3?leadprojects_id=9&projects_id=143)).

Notfall und verständigt über Mobiltelefon , Fax oder E-Mail einen Notarzt.“  
(Computer-Zeitung vom 13.09.2001)

An solchen Gesundheitsmonitoring- und Kriseninterventionsmöglichkeiten wird nicht nur für den Bereich der kardiologischen Erkrankungen, sondern auch für einige andere Bereiche gearbeitet. Besonders sinnvoll wäre ein Tele-Health-Monitoring etwa bei Diabetes-Erkrankungen oder bei Epilepsie-Patienten. Darüber hinaus wäre die Tele-Health-Monitoring Technologie auch einsetzbar, um die Überwachung von Frühgeborenen zu verbessern oder um verwirrten Menschen bei der Orientierung zu helfen und ihnen so ganz neue Bewegungsmöglichkeiten zu eröffnen. Im Prinzip sind die technischen Grundlagen für eine breite Umsetzung entsprechender Angebote mittlerweile weitgehend gegeben. Ernsthafte Probleme gibt es lediglich noch dabei, die Funktionssicherheit tatsächlich flächendeckend zu gewährleisten, also auch in allen Gebäuden und auch in den heute noch nicht ganz geschlossenen Funklöchern des Mobilfunknetzes. Darüber hinaus schreckt potentielle Anbieter auch noch, dass unklar ist, unter welchen Bedingungen und Voraussetzungen Tele-Health-Monitoring Angebote von den Krankenkassen getragen werden oder ob ggf. auch mit einer privaten Zahlungsbereitschaft interessierter Kunden- und Patientengruppen gerechnet werden kann.

In den vorstehenden Ausführungen wurde vorwiegend auf solche Aspekte des medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Fortschritts eingegangen, die in Zukunft zu neuen Leistungen oder wenigsten zu drastisch verbesserten Angeboten führen können. Zum medizinisch-technischen Fortschritt gehören des weiteren auch all jene Schritte und Verfahren, die zu einer effizienteren, schnelleren, angenehmeren und kostengünstigeren Behandlung von Patienten führen können.

Im Mittelpunkt der Anstrengungen für mehr Effizienz im Gesundheitswesen stehen derzeit noch neue Technikeinsatz- und Organisationskonzepte, die vor allem darauf zielen, die Informations-, Kommunikations-, und Koordinationskosten in und zwischen den Einrichtungen und Versorgungsbereichen zu reduzieren sowie dazu beitragen, Patienten schonender zu behandeln und den Behandlungsaufwand zu begrenzen. Wichtige Schlagworte hierbei sind

- Mikroinvasive Verfahren statt traditioneller Operationen;
- Telematik im Gesundheitswesen;
- die Reorganisation der Logistik;
- neue Formen des Qualitätsmanagements und Benchmarking-Verfahren (d.h. der überbetriebliche Vergleich, die Ermittlung von best practises und das Lernen von guten Lösungen).

In Zukunft ist damit zu rechnen, dass bei der Suche nach Effizienzpotentialen nicht mehr ausschließlich auf den einzelnen Anbieter und seine Leistungsprozesse geschaut wird, sondern dass die Performanz von Gesundheitsversor-

gungsangeboten insgesamt eine stärkere Beachtung findet. So erscheint es mittlerweile möglich, mit Hilfe breit angelegter Diagnostik Vorsorgeprogramme einzuleiten, die zur Verhinderung bzw. Rückführung der sog. großen Volkskrankheiten (Herz-Kreislauf, Diabetes, Bandscheiben, Schlaganfall, Gelenkerkrankungen etc.) beitragen sollen. Sollte dies tatsächlich gelingen, könnte Prävention zu einem der wichtigsten Hebel nicht nur für eine Qualitäts-, sondern auch für eine Effizienzrevolution im Gesundheitswesen werden.

Wichtige wissenschaftlich-technische Grundlagen für die erhofften Verbesserungen bei der Prävention der großen Volkskrankheiten bieten u.a. Fortschritte bei der immunologischen (Hilgers/Hoffmann 1995) und bei der radiologischen Diagnostik (Grönemeyer 2000). Bei der radiologischen Diagnostik stellt die Elektronenstrahltomographie etwa einen wichtigen Fortschritt gegenüber der Computertomographie dar und ermöglicht u.a. bei Aufnahmen des Brustraums die Identifikation von kleinsten Kalkablagerungen in einem Herzkranzgefäß. "Damit ist die Erkennung und Klassifizierung von Herzkranzgefäßkrankungen nicht nur besser geworden, sondern, und das ist entscheidend, die Diagnose kann heute schon viele Jahre früher, d. h. in einem Stadium gestellt werden, in dem teilweise mit konventionellen Methoden wie der Angiographie oder mit dem EKG überhaupt keine Erkrankung nachweisbar ist." (Grönemeyer 2000: 89).

Im Hinblick auf die Konsequenzen und Herausforderungen, die der medizinisch-technische bzw. gesundheitswissenschaftliche Fortschritt für die Zukunft der Gesundheitsversorgung bringt, ergeben sich eine Reihe von Überlegungen. Auf die wichtigsten sei im folgenden skizzenartig eingegangen.

1. Neben dem soziodemographischen Wandel wird in dem medizinisch-technischen Fortschritt im allgemeinen eine der treibenden Kräfte für die Steigerung der Gesundheitsausgaben gesehen. Wie groß dieser Effekt allerdings tatsächlich ist, darüber gibt es seitens der Wirtschaftswissenschaften und der Gesundheitsökonomie nur wenige belastbare Analysen und Aussagen. Während etwa Studien von Prognos (1995, 1998) davon ausgehen, dass der medizinische Fortschritt parallel zum Produktivitätsfortschritt der Wirtschaft insgesamt steigt (und somit kostenneutral ist), hat das DIW (Breyer/Ulrich 2000) analysiert, dass der medizinische Fortschritt die Ausgaben für das Gesundheitswesen mit 1% stärker steigen ließ, als die Produktivität in der Wirtschaft gestiegen ist. Dementsprechend kommen beide Institute auch zu sehr unterschiedlichen Vorausschätzungen, was die Entwicklung der zukünftigen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung angeht. Getrieben durch den Effekt des medizinisch-technischen Fortschritts liegen die prognostizierten Beitragssätze beim DIW deutlich höher als bei Prognos. Trifft die DIW-Einschätzung zu, bedeutet dies einen wesentlich höheren Druck für die Legitimation der Krankenversicherungsbeiträge; dann müsste nach alternativen Finanzierungswegen gesucht oder an eine Rationierung der Leistungen gedacht werden.

In jedem Fall jedoch drängt sich auf, diejenigen Maßnahmen besonders zu fördern, die nicht nur die Qualität der Versorgung verbessern, sondern gleichzeitig auch deutliche Effizienzgewinne versprechen; das Thema Prävention erhält so eine zusätzliche, bislang nicht gekannte Dringlichkeit. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich im Jahre 1995 mit der Frage des medizinischen Fortschritts und seinen Auswirkungen auf die Kosten im Gesundheitswesen eingehend auseinandergesetzt. Er kommt dabei zu der optimistischen Perspektive, dass der medizinische Fortschritt die Beitragsstabilität nicht gefährden muss, dies sei allerdings nur dann möglich, wenn es gelänge, an anderen Stellen des Gesundheitswesens Mittel einzusparen.

2. *Effizienzvorteile im Einzelfall können durch Leistungsausweitung (über)kompensiert werden.* Trotz absehbarer Effizienzvorteile in der Behandlung zahlreicher Krankheitsbilder durch den Einsatz neuer Verfahren ist keineswegs ausgemacht, dass damit eine Entlastung der Kostenträger verbunden ist. Innovationen führen nicht zwangsläufig zu einer Kostensenkung in der Gesundheitsversorgung; dies ist vor allem dann nicht der Fall, wenn durch Mengeneffekte die realisierbaren Preiseffekte überkompensiert werden. Zur Illustration: Wenn der medizinisch-technische Fortschritt eine schonende und weniger riskante Operationsmethode bestimmter Krankheiten erlaubt, wird die Bereitschaft der Menschen steigen, sich einer entsprechenden Operation zu unterziehen. Zudem wird die Zahl der operationsfähigen Patienten ausgeweitet. In diesen Fällen geht die Kosteneinsparung durch effizientere Operations- und Behandlungsmethoden mit einer Ausweitung der Nachfrage nach diesen Leistungen einher, so dass die Kosten der Leistungsausweitung die Einsparungen durch effizientere Methoden weit übersteigen“ (vgl. Kopetsch 2000). Dies ist vermutlich auch der Grund dafür, dass Kostenträger vielen innovativen Produkten und Dienstleistungen oftmals reserviert gegenüberstehen. So äußerte sich etwa eine Sprecherin von Krankenkassen skeptisch gegenüber den oben beschriebenen Möglichkeiten des Tele-Health-Monitoring (vgl. Computer-Zeitung vom 13.09.01). Erhielte etwa jeder Patient mit Herzrhythmusstörungen ein persönliches Gesundheitshandy, dann verursache dies unvorhersehbare Kosten. „Wenn das mobile Diagnoseinstrument bei jeder Aufregung in der Vorstandssitzung gleich den Rettungswagen verständigt, dann könnten dadurch viele und zumeist unnötig teure Einsätze ausgelöst werden.“
3. *Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitsbereich kann Zukunft transparenter und steuerbarer machen.* Viele Experten plädieren für einen Ausbau der Technologiefolgenabschätzung im Bereich der Gesundheits- und Medizintechnik (vgl. Müller 2000). Bei diesem sog. Health-Technology-Assessment geht es darum, die wahrscheinlichen Konsequenzen neuer Produkte und Verfahren umfassend abzuschätzen; dabei sollen gesundheitsbezogene, gesellschaftliche, ethische sowie wirtschaftliche Frage-

stellungen berücksichtigt werden. Durch das Health-Technology-Assessment sollen die Grundlagen für die Bewertung und Steuerung des medizinisch-technischen und auch des gesundheitswissenschaftlichen Fortschritts entscheidend verbessert werden. Darüber hinaus sollen die Erkenntnisse so aufgearbeitet werden, dass sie die politische Meinungsbildung unterstützen und so die politische Entscheidungsfindung erleichtern.

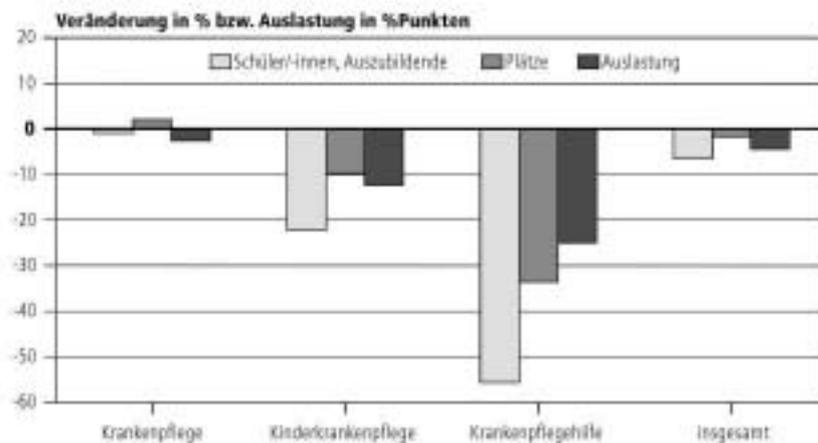
4. *Innovationsattentismus in Deutschland überwinden.* Deutschland gilt als Land, in dem zwar viele Durchbrüche zu neuen Produkten und Verfahren vorbereitet werden, das sich jedoch schwer damit tut, das vorhandene Wissen aufzugreifen und zu Standardangeboten zu verdichten. Grönemeyer (2000) weist darauf hin, dass diese Art von Innovationsattentismus auch für den Bereich der Medizinischen Technologie gilt. Begründet ist er zum einen darin, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung sehr hohe Hürden setzt, bis sich ein neuer Ansatz durchsetzen kann; zum anderen ist es für Mediziner, Gesundheitswissenschaftler und Unternehmer in anderen Ländern - vor allem in den USA - leichter, Mittel und Ressourcen für die Weiterentwicklung innovativer Ansätze zu mobilisieren. Ein Beispiel dafür, dass durch Innovationsattentismus große Chancen verspielt werden, stellt etwa die Entwicklung des Ballonkatheters dar. Der erste Ballonkathetereingriff wurde 1977 in Deutschland von Andreas Grüntig durchgeführt. Dieses Verfahren fand in der Wissenschaft zunächst nur wenig Anerkennung, so dass Grüntig nach Amerika auswanderte und dort seine Methode weiterentwickelte. „Obwohl in Deutschland entdeckt und entwickelt, wird bis heute kein Ballonkatheter von deutschen Firmen produziert.“ (Grönemeyer 2000: 113). Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass Themen wie Medizin- und Gerontotechnik, Biotechnologie oder auch *life sciences* in den letzten Jahren in der Wirtschafts- und Technologiepolitik vermehrte Aufmerksamkeit erhielten, so dass in Zukunft auf bessere Umsetzungsbedingungen für Innovationen gerechnet werden kann.

## 2. Arbeit und Arbeitsbedingungen in der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft war in den letzten Jahren eine der wichtigsten Stützen des Strukturwandels und eine Branche, in der zahlreiche neue Arbeitsplätze entstanden sind. In Zukunft wird aufgrund des sozialen, technischen und wirtschaftlichen Wandels mit einer wachsenden Nachfrage nach Beschäftigung zu rechnen sein. Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen sind jedoch wenig attraktiv, so dass für die Zukunft ein massiver Arbeitskräfteengpaß nicht ausgeschlossen werden kann. Aus diesem Grunde drängt es sich auf, eine Initiative „Moderne Arbeit in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft“ zu starten. Seit dem Jahr 2000 häufen sich in der deutschen Medienlandschaft Beiträge zu den Themen „Pflegerkräfteknappheit“ und „Ärztmangel“. Meistens gehen solche Artikel und Sendungen zurück auf Alarmrufe einzelner Gesundheitseinrichtungen oder auch auf Stellungnahmen von Interessen- und Berufs-

organisationen; hier wird dann darauf verwiesen, dass in Zukunft mit gravierenden Personalengpässen im Gesundheitswesen zu rechnen ist, wenn es nicht gelingt, das Interesse der jungen Generationen an Berufen und Tätigkeiten in diesem Bereich deutlich zu erhöhen. Detaillierte Studien und Analysen zu den Ausmaßen der zukünftigen Personalprobleme und zu ihren Ursachen liegen zwar bislang nicht vor; gleichwohl lassen sich aus den wenigen, bruchstückhaft vorliegenden Daten und Interpretationen einige wichtige Thesen und Argumente ableiten. So geht der Personalnachwuchs für Arbeiten im Gesundheitswesen zurück. Die größten Beschäftigtengruppen im Gesundheitswesen sind die Pflegekräfte sowie die Ärztinnen und Ärzte. Bei beiden Gruppen ist in den letzten Jahren ein Rückgang des Nachwuchses zu verzeichnen. Eine Analyse der Entwicklung der Zahl der Auszubildenden und der Ausbildungskapazitäten von 1991 nach 1999 kommt zu dem Ergebnis, dass das Interesse an einer Pflegeausbildung in diesem Zeitraum abgenommen hat. In diesem Zeitraum ging die Zahl der Schülerinnen und Schüler (bzw. der Auszubildenden) um 6,5% zurück, obwohl die Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze nur um 1,7% schrumpfte. Besonders ausgeprägt war der Rückgang im Bereich der Krankenpflegehilfe, wo es zu Einbußen von -55,6% kam!

### Auszubildende und Ausbildungskapazitäten\*: Veränderung 1991/1999



\* In Allgemeinen Krankenhäusern

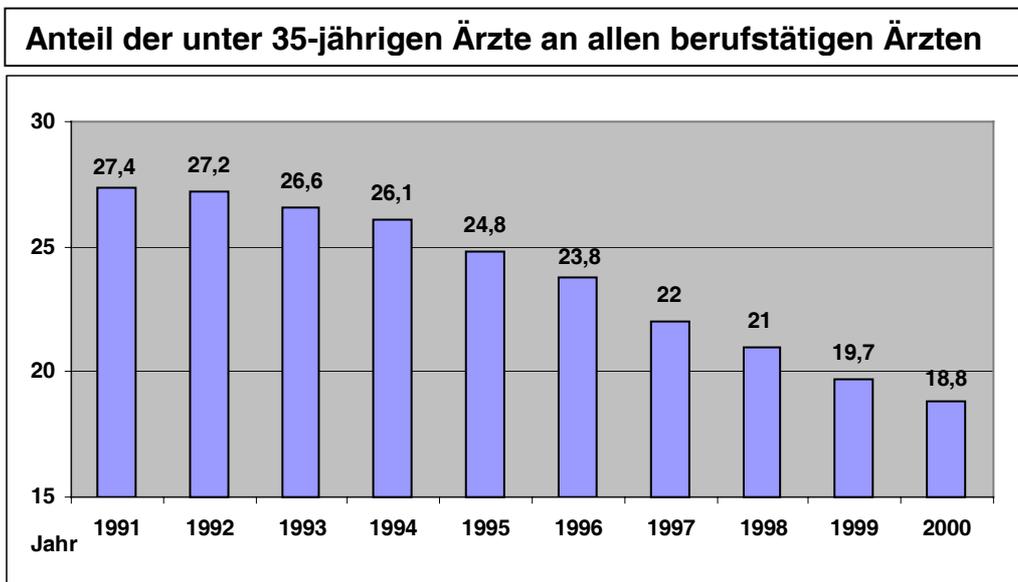
WUdD 2001

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001

Etwas anders stellt sich die Situation bei den Ärztinnen und Ärzten dar. Hier ist das Interesse an einem entsprechenden Hochschulstudium in den letzten Jahren zwar ungefähr konstant geblieben, gleichwohl übersetzt sich dieses Interesse nicht in einen Beschäftigungsausbau in den Krankenhäusern und Praxen. Dies zeigt sich u.a. daran, dass

- die Zahl der Studienabbrecher bzw. Studienplatzwechsler stark ansteigt; deren Zahl beläuft sich auf ca. 2.400 jährlich, dies entspricht etwa 20% eines Studienjahrgangs (vgl. Kopetsch 2002);
- die Zahl der Ärzte im Praktikum zwischen 1994 und 2000 um ein Viertel gesunken ist (ebd.);
- die Zahl der Approbationen im gleichen Zeitraum um 22% rückläufig war (ebd.) und auch
- bei den Facharztanerkennungen ein Schrumpfen zu erkennen ist (ebd.).

Sehr deutlich kommen die Nachwuchsprobleme in der Ärzteschaft zum Ausdruck, wenn wir einen Blick auf den Anteil der unter 35jährigen an allen berufstätigen Ärzten werfen (vgl. Schaubild). Dieser hat sich von 1991 nach 2000 geradezu dramatisch von 27,4% auf nur noch 18,8% reduziert. Insbesondere dieser Entwicklungstrend lässt die kassenärztliche Bundesvereinigung besorgt fragen: „Gehen dem Gesundheitswesen die Ärzte aus?“ (Kopetsch 2001).



Quelle: <http://www.kbv.de/publikationen/2690.htm>

Im Gegensatz zu den Rückgängen bei medizinischem Personal im engeren Sinne stellt sich die Ausbildungs- und Nachwuchssituation in vielen gesundheitsnahen Bereichen positiver dar. So ist etwa die Zahl der Ausbildungsplätze für Funktionspersonal und Medizinisch-Technisches Personal in Krankenhäusern in den 90er Jahren mit insgesamt +12,6% deutlich gestiegen (Gerste/Hellschmidt/Rosenow 2002 : 34f.). Den größten Sprung nach vorn machten mit 37,8% die Logopäden. Allerdings können die Gewinne bei der Zahl der Auszubildenden in den nicht-medizinischen Bereichen (+1.783) die Rückgänge in den Pflegebereichen (-4.885) nicht kompensieren.

Was sind die Ursachen für die Nachwuchsprobleme im Gesundheitswesen? Noch gibt es zu diesem Thema keine detaillierten Studien. Die folgenden Überlegungen finden in der aktuellen Debatte besondere Aufmerksamkeit:

- Der demographische Wandel führt zu einem Rückgang der Kopfzahlen in den nachwachsenden Jahrgängen. Dies führt dazu, dass auch die Zahl der Menschen, die überhaupt dafür in Frage kommt, in einem Gesundheitsberuf tätig zu werden, sinkt. Schulz/König/Leidl (2001) weisen auf diesen Sachverhalt im Zusammenhang mit dem innerfamiliären Pflegepotenzial hin. Er gilt jedoch auch für den professionellen Medizin- und Pflegebereich, wird jedoch von den Gesundheits- und Berufspolitikern bislang kaum zur Kenntnis genommen.
- Die Verdienstmöglichkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen sind vergleichsweise niedrig. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Bruttomonatsgehälter von Angestellten in Gesundheitsberufen in Deutschland (West). Sie verdeutlicht, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen in der Breite deutlich weniger verdienen als Angestellte in Industrie und Handel. Darüber hinaus wird auch klar, dass die 80er und 90er Jahre diesen Trend sogar noch verschärft haben. Mit Ausnahme der Jahre 1999 und 1991 lagen nämlich die Gehaltsschätzungen in der Gesundheitsbranche niedriger als im Durchschnitt der Wirtschaft. Sicherlich liegen die Spitzengehälter von Angestellten im Gesundheitsbereich – nämlich die der Ärzte und Pflegedienstleister deutlich über den Durchschnittseinkommen. Doch auch bei diesen höheren Gesundheitseinkommen sind die Zuwachsraten deutlich geringer als im Wirtschaftsdurchschnitt.

**Bruttomonatsgehälter von Angestellten in Gesundheitsberufen im Westen**

Beruf	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
In DM										
Arzt	6 031	6 236	6 385	6 475	6 585	6 980	7 424	7 654	7 807	8 057
Pflegedienstleiterin	4 856	5 021	5 142	5 641	5 866	6 217	6 553	6 750	6 885	7 105
Medizinisch-technische Assistentin (MTA)Krankenschwester	2 780	2 875	2 944	2 984	3 115	3 302	3 482	3 585	3 656	3 775
Arzthelferin	2 748	2 842	2 910	3 127	3 262	3 542	3 733	3 845	3 922	4 047
Zum Vergleich:										
Angestellter in Industrie und Handel	2 169	2 255	2 328	2 409	.	2 695	.	.	.	2 957
	3 740	3 884	4 035	4 153	4 343	4 610	4 888	5	102	5 247
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %										
Arzt	3,5	3,4	2,4	1,4	1,7	6,0	6,4	3,1	2,0	3,2
Pflegedienstleiterin	3,5	3,4	2,4	9,7	4,0	6,0	5,4	3,0	2,0	3,2
Medizinisch-technische Assistentin (MTA)Krankenschwester	3,5	3,4	2,4	1,4	4,4	6,0	5,5	2,9	2,0	3,3
Arzthelferin	3,5	3,4	2,4	7,5	4,3	8,6	5,4	3,0	2,0	3,2
Zum Vergleich:										
Angestellter in Industrie und Handel	3,5	4,0	3,2	3,5	.	.	.	.	.	.
	4,2	3,9	3,9	2,9	4,6	6,2	6,0	4,4	2,8	3,8

Arzt: 47 Jahre, beschäftigt im Krankenhaus, verheiratet, kinderlos, Vergütungsgruppe BAT Ia; *Pflegedienstleiterin*: 55 Jahre, verheiratet, kinderlos, Vergütungsgruppe BAT IIa; MTA: 30 Jahre, verheiratet, kinderlos, Vergütungsgruppe BAT Vc; *Krankenschwester*: 30 Jahre, verheiratet, kinderlos, Vergütungsgruppe KR IV, ab 1989 KR Va; *Arzthelferin*: in Arztpraxis mit 10 Berufsjahren, ab 1991: in Arztpraxis mit 10 Berufsjahren in Tätigkeitsgruppe III. Zulagen für Schichtarbeit oder Überstunden sind nicht enthalten.  
Aus: Statistisches Bundesamt 1998, S. 467

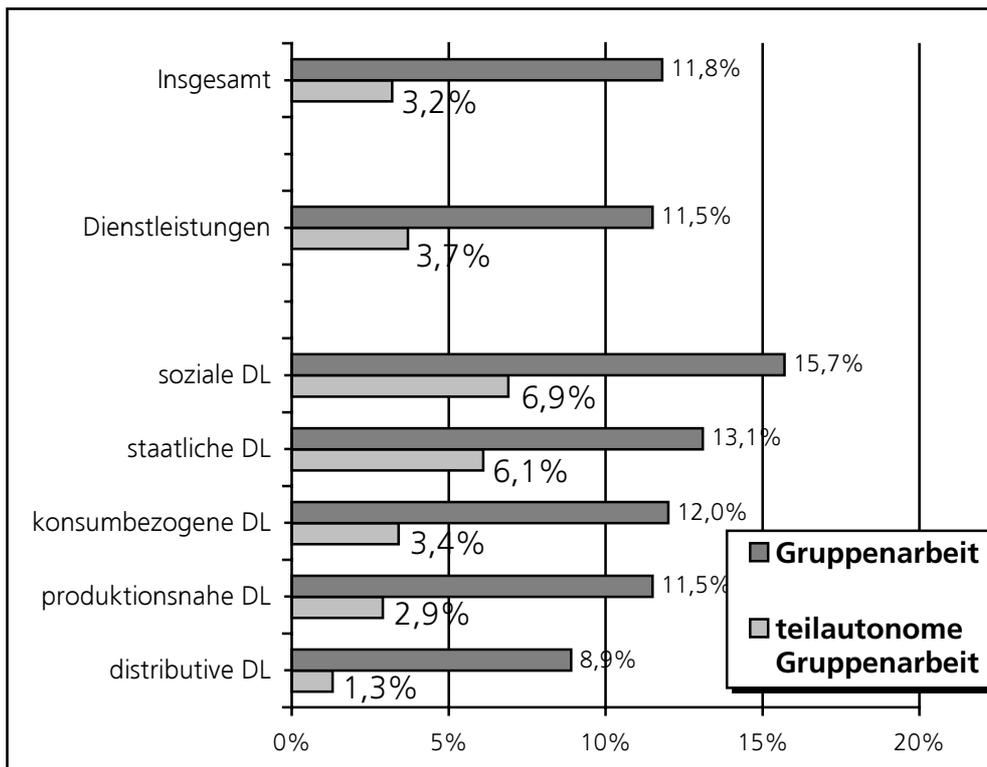
Im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen gilt die Gesundheits- und Sozialwirtschaft als überdurchschnittlich belastend. Lange und oft unregelmäßige Arbeitszeiten, weite Verbreitung von Schichtdiensten, hohe physische und psychische Belastungen sind hier an der Tagesordnung und stellen die Ursache für die weit verbreiteten Burn-Out-Probleme, überdurchschnittlich häufige Berufswechsel und auch eine hohe Rate von Berufsaussteigern dar. Positiv schlägt demgegenüber zu Buche, dass in den Gesundheits- und Sozialberufen die Partizipations-, Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten von den Beschäftigten als überdurchschnittlich positiv eingeschätzt werden. Bei einer repräsentati-

ven Befragung von Beschäftigten durch das IAT<sup>8</sup> lag dieser Wirtschaftszwei-

<sup>8</sup> Es handelt sich um mündliche, in Privathaushalten durchgeführte Interviews mit 2.888 Beschäftigten. Die Fragen bezogen sich auf die Aspekte Arbeitsbelastung, Arbeitseinkommen, Arbeitsstrukturen und Arbeitsorganisation. Die einzelnen Dienstleistungsbranchen sind in der Untersuchung gemäß ihres Anteils an der Gesamtwirtschaft repräsentiert. Auswertungen im Hinblick auf den Dienstleistungssektor finden sich in Born 1999. Die hier präsentierten Daten wurden auf dem Weg einer Sonderauswertung gewonnen. Die Autoren danken Andreas Born für seine diesbezügliche Hilfe.

bei fast allen Indikatoren zu Partizipation, Kooperation und Autonomie am Arbeitsplatz über den Werten, die für die Gesamtheit aller Dienstleistungsbranchen ermittelt wurden. Ganz besonders gilt dies für den Bereich der Kooperation, die sich vor allem in Gruppenarbeit niederschlägt. In der Branche Gesundheit und Soziales kommt es offensichtlich in besonderer Weise auf ein gutes Zusammenspiel unter den Helfern an.

### Arbeitsstrukturen bei Sozialen Dienstleistungen



Quelle: IAT-Strukturberichterstattung; eigene Berechnungen

Die in den letzten Jahren verstärkt zu beobachtenden Bemühungen, die Kundenorientierung im Gesundheitswesen zu verbessern, sind vermutlich ein Faktor gewesen, der zu weiteren Belastungen auf der Ebene der Mitarbeiter geführt hat. Im Rahmen eines Projekts zum Benchmarking von Krankenhäusern und Kliniken wurden sowohl Mitarbeiter- als auch Kundenbefragungen durchgeführt (vgl. Bandemer/Born/Hilbert 2002). Dabei stellte sich heraus, dass überall dort, wo Kunden bzw. Patienten überdurchschnittlich mit den angebotenen Leistungen zufrieden waren, Mitarbeiter ihre Arbeitsbedingungen unterdurchschnittlich bewerteten. Eine hohe Kundenzufriedenheit ging dabei insbesondere auf gute Informations- und Beratungsdienstleistungen zurück; die Mitarbeiterunzufriedenheit hat eine ihrer wichtigsten Ursachen in einem Mangel an Koordination und Unterstützung durch Führungskräfte sowie „Un-

klarheiten über Politik und Strategie“ des jeweiligen Hauses. Eine Erklärung für die Diskrepanz von Kundenorientierung einerseits und Mitarbeiterorientierung andererseits könnte sein, dass es bei der Kundenorientierung (sprich: der Information und umfassenden Betreuung und Unterstützung von Kunden bzw. Patienten) zwischen den verschiedenen behandelnden Instanzen zu einer Fülle von Schnittstellenproblemen kommt. Diese können von den Beschäftigten zwar bewältigt werden, jedoch ist dies unter den gegebenen Bedingungen nur durch hohe Such- und Nacharbeitungszeiten zu bewerkstelligen. Diese zeitlichen Aufwendungen führen dann zu Arbeitsverdichtung und Stress auf der Arbeiterebene.

Das (zurückgehende) insgesamt zur Verfügung stehende Potential an Arbeitskräften, die unterdurchschnittliche Entlohnung sowie schlechte Arbeitsbedingungen sind Ursachen dafür, dass das Interesse an der Arbeit in zentralen gesundheitsbezogenen Berufen zurückgeht und dass in einigen Regionen bereits massive Personalengpässe bestehen. Hinzu kommt, dass die gesellschaftliche Wertschätzung der Pflegearbeit gering ausfällt und das Image der Pflegeberufe nicht besonders attraktiv ist. „Eine Auseinandersetzung mit Krankheit und Alter ist im Rahmen einer zunehmend auf Individualisierung und Jugendkult ausgerichteten Gesellschaft schwierig“ (LAA-Bawü 2001: 11).

### **Bewertung der Nachwuchs- und Rekrutierungsengpässe aus Sicht von Wirtschaft und Politik**

In den letzten Jahren wurden die Themen Arbeitsmarkt, Beschäftigung und Qualifizierung fast ausschließlich unter dem Gesichtspunkt diskutiert, wie für (arbeitslose) Arbeitskräfte neue Arbeitsplätze geschaffen werden können. Ende der 90er Jahre zeigte sich in der IT- und Telekommunikationsbranche erstmals, dass dort ein enormer Fachkräftemangel besteht. Das Gesundheitswesen scheint nunmehr die erste Branche zu sein, in der diese Probleme nicht nur sporadisch, sondern relativ dauerhaft und massiv auftreten. Wirtschaft und Politik haben auf diese Herausforderung bislang nicht systematisch reagiert. Häufig zu hören ist der Ruf nach einer „Greencard“ für Mediziner und Pflegekräfte oder auch das unspezifische Plädoyer dafür, den Kosten- und Effizienzdruck zurückzunehmen, der von der Politik auf das Gesundheitswesen ausgeübt wird. Und einzelne Einrichtungen zahlen bereits „Kopfgelder“ für die Vermittlung von Pflegekräften oder versuchen, mit finanziellen oder sonstigen Vergünstigungen (etwa Jobtickets oder vergünstigtes Essen) Ärzte für sich zu gewinnen. „So bieten die städtischen Kliniken in Bielefeld zum Beispiel € 250,- mehr im Monat und hoffen, dass sie freie Stellen möglichst bald wieder besetzen können“ ([wdr.de/online/gesundheit](http://wdr.de/online/gesundheit)). Insgesamt jedoch fehlt es noch an einer überzeugenden Strategie, wie auf die absehbaren Nachwuchs- und Rekrutierungsprobleme reagiert werden kann. Folgende Maßnahmen könnten Bausteine einer Gesamtstrategie darstellen:

- *Aufwertung der Pflegetätigkeiten:* Deutschland ist das Land mit der höchsten Ärztedichte in Europa (Böcken/Butzlaff/Esche 2000); gleichzeitig gibt es hier unterdurchschnittlich viele Pflegekräfte und die Gestaltungs- und Autonomiespielräume der Pflegekräfte an ihren Arbeitsplätzen bleiben im Vergleich mit anderen Ländern - etwa den Niederlanden - zurück. Eine inhaltliche Aufwertung der Pflegeberufe und die Stärkung ihrer Position im Vergleich mit den Ärzten könnte das Ansehen der Pflegekräfte deutlich verbessern und so vermutlich zu einem wachsenden Interesse an Pflegetätigkeiten führen. Insbesondere die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass dies auch positive Auswirkungen für die Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen haben kann; dort wird mit weniger Kosten eine bessere Gesundheitsversorgung erstellt in Deutschland (vgl. Böcken/Butzlaff/Esche 2000 und FfG/IAT/MHH 2001).
- *Ein Programm "Moderne Arbeit in der Pflege":* Mit neuen Methoden der Organisationsentwicklung, der Arbeitsorganisation und der Techniknutzung können Produktivitätspotenziale erschlossen und unnötige Belastungen zurückgefahren werden. Einer der wichtigsten Ansatzpunkte hierfür dürfte beim Informations- und Kommunikationsmanagement zu suchen sein; des weiteren spielen etwa auch Fragen der Arbeitszeitgestaltung eine sehr wichtige Rolle. Die folgenden Übersicht versucht all diejenigen Bereiche zu systematisieren, die für ein Programm "Moderne Arbeit in der Pflege" interessant sein könnten:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mit Blick auf generelle Aspekte der Modernisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausbau des überbetrieblichen <i>Qualitätsmanagements</i> und <i>Benchmarkings</i> mit dem Ziel, die Effizienz und Qualität in der Pflege zu erhöhen;</li> <li>- Weiterentwicklung und Verbreitung arbeitsunterstützender <i>Technologien</i> (z. B. Pflegedokumentation);</li> <li>- Mit Hilfe von Best Practice Erfahrungen aus dem Inland und Ausland nach Wegen zu suchen, <i>zusätzliche Dienste</i> anzubieten, die in Verbindung mit der Kernleistung stehen, aber frei verkauft werden und zusätzliche Einnahmen schaffen;</li> <li>- <i>Vernetzung</i> von Pflegeangeboten (ambulant, stationär, teilstationär) mit benachbarten Diensten, um Ghettoisierung zu verhindern und <i>Ausgleichs- und Rotationsmöglichkeiten</i> für das Personal zu schaffen;</li> <li>- Nutzung eines <i>Innovations- und Qualitätspreises</i>, um die Branche für Qualitäts- und Effizienzanstrengungen zu sensibilisieren;</li> <li>- Durchführen einer <i>Öffentlichkeitskampagne</i> zur Image- und Akzeptanzsteigerung des Pflegebereichs und der Pflegeberufe.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mit Blick auf arbeitsorientierte Aspekte der Modernisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutzung des Instruments der <i>Arbeitnehmerüberlassung</i> mit dem Ziel, dass Pflegedienste a) Krankheitsfälle besser ausgleichen, b) Auftragsfristen geordnet abarbeiten, c) Rotationsmöglichkeiten für stark belastetes Personal schaffen und d) Freiräume für Fort- und Weiterbildung eröffnen können;</li> <li>- <i>Weiterbildung</i> von Fach- und Führungskräften in den Bereichen Organisation und Management, Technikeinsatz und Marketing;</li> <li>- Mobilisierung und Qualifizierung von <i>Personal aus anderen</i> (personalabbauenden) <i>Branchen</i> und ggf. aus dem Ausland;</li> <li>- Moderne Arbeitszeitgestaltung und -flexibilisierung</li> <li>- Entwicklung eines <i>Assessments</i> zur Beurteilung des Persönlichkeitsprofils von zukünftigen Pflegekräften;</li> <li>- Nutzung von <i>Job Rotation</i>;</li> <li>- Entwicklung von Branchenlösungen für die <i>Betreuung der Kinder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern</i> zu Tagesrandzeiten, um so die Einsatzmöglichkeiten von Beschäftigten mit Kindern zu verbessern.</li> </ul> </li> </ul>
--	--

- *Ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Berufsrückkehrerinnen gewinnen:* Diese Gruppen stellen ein großes, bislang nicht voll ausgeschöpftes Potenzial an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern dar. Viele ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kehren dem Pflegeberuf den Rücken, weil sie mit den Belastungen am Arbeitsplatz nicht fertig werden und viele potenzielle Berufsrückkehrerinnen zögern, weil die Arbeitszeiten nicht auf ihre Bedürfnisse angepasst sind und weil die Kinderbetreuungsangebote nicht mit ihren Arbeitszeiten in Übereinstimmung zu bringen sind. Um die genannten Gruppen für die Arbeit in der Pflege zu aktivieren, sind neue

Wege zu bestreiten, um ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf besondere Weise zu entlasten. Zudem müssen neue Antworten in Fragen der Kinderbetreuung gefunden werden.

- *Ausländische Arbeitskräfte ansprechen:* Wenngleich konkrete Zahlen und Prognosen bislang fehlen, so sind sich alle einschlägig arbeitenden Wissenschaftler und Praktiker einig, dass - ergänzend zu einer besseren Aktivierung des inländischen Arbeitskräftepotenzials - ausländische Arbeitskräfte für den Pflegebereich angeworben werden müssen. Über die eigentlichen Werbemaßnahmen hinaus ist dabei daran zu denken, die ausländischen Arbeitskräfte möglichst schnell und zuverlässig mit den notwendigen Qualifikationen zu versorgen. Auf den internationalen Märkten für Pflegekräfte werden deutsche "Werber" wahrscheinlich auf große Konkurrenz stoßen, da es noch viele andere entwickelte Länder gibt, in denen massive Engpässe auf der Beschäftigtenseite absehbar sind.

### **Bewertung der Nachwuchs- und Rekrutierungsengpässe aus Sicht der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft**

Der absehbare Arbeitskräftemangel im Gesundheits- und Personalwesen hat für Menschen, die in dieser Branche arbeiten oder dort demnächst arbeiten wollen, eine Reihe von Konsequenzen. Die meisten davon sind eher positiv einzuschätzen, jedoch werden sich auch einige zusätzliche Qualifikationsanforderungen stellen. Im einzelnen lassen sich u.E. die folgenden Aspekte hervorheben:

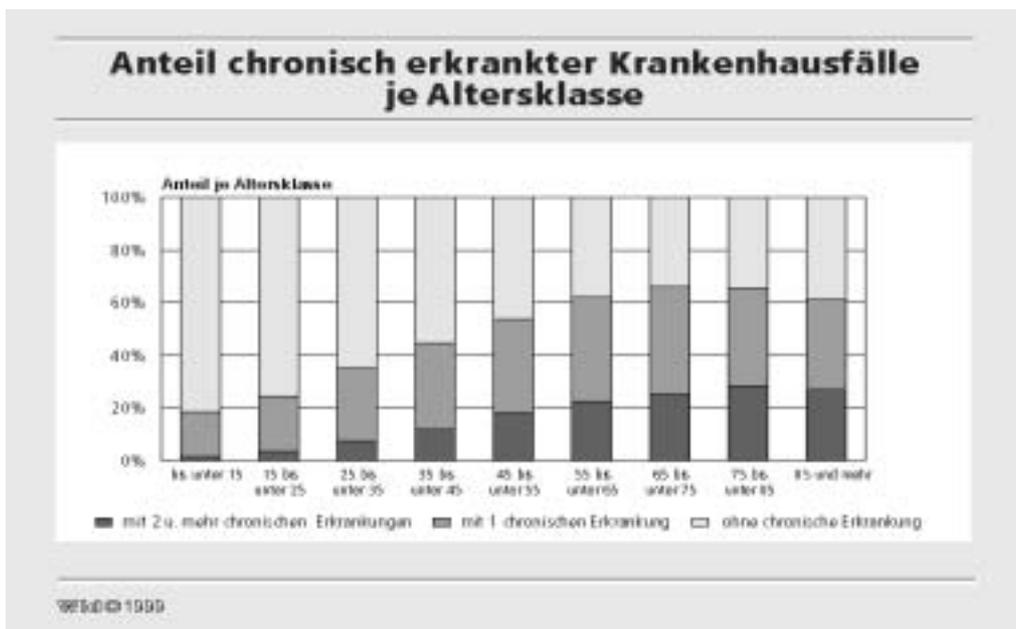
- *Verbesserte Einkommen und bessere Arbeitsbedingungen:* Um Personal für den Gesundheitssektor zu gewinnen, sind wahrscheinlich höhere Einkommen unerlässlich. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen muß bei der Arbeitszeitgestaltung ansetzen und die Interessen und Bedürfnisse älterer Beschäftigter besonders berücksichtigen.
- *Mehr Gestaltungsautonomie und Verantwortung bei den Pflegekräften:* Der Zwang zu mehr Effizienz und die kunden-/patientenorientierten Integration von Leistungen wird zu Fortschritten bei den professionellen Zuständigkeiten und Gestaltungsmöglichkeiten des Pflegepersonals führen. Damit wird in Deutschland eine Entwicklung nachgeholt, die in den Niederlanden bereits stattgefunden hat (vgl. FfG/IAT/MHH 2001).
- *Höheres Ansehen in der Bevölkerung:* Der Arbeitskräftemangel im Gesundheitssektor kann einen Prestigegewinn von Pflegeberufen in der Bevölkerung zur Folge haben. Ein wichtiger Schub in diese Richtung könnte dadurch kommen, dass es mehr und mehr ältere Menschen geben wird, die sich ihrer gesundheitsbezogenen Risiken und Unterstützungsbedarfe stärker bewusst sind als jüngere Menschen.
- *Längere Lebensarbeitszeiten im Gesundheitssektor:* Der Personalkräfteengpass wird dazu führen, dass Wege gefunden werden, um Beschäftigte

so lange wie möglich als Arbeitskräfte zu halten. In den letzten Jahren ist in Deutschland aus arbeitsmarktpolitischen Gründen eine Politik der Frühverrentung betrieben worden, die in den nächsten Jahren nicht fortgeschrieben werden wird (vgl. Hilbert/Naegele 2001). Die besonders massiven Arbeitskräfteengpässe im Gesundheitssektor könnten dazu führen, dass diese Branche Vorreiter beim Ausstieg aus der Politik der Frühverrentung ist.

- *Vermehrter Technikeinsatz verlangt zusätzliches Interesse und Wissen:* Um die Produktivität der Arbeit zu steigern, wird verstärkt auf die Nutzung technischer Hilfsmittel zurückgegriffen werden. Die Bandbreite reicht hier von der Nutzung der EDV- und Telekommunikation bei der Erstellung und beim Versand elektronischer Arztbriefe über elektronische Patientenakten bis hin zum telekommunikationsgestützten Monitoring von Patienten. All dies verlangt Kenntnisse und Fertigkeiten die zur Zeit noch nicht oder nur zum Teil vorhanden sind.
- *Neue organisatorische Anforderungen verlangen zusätzliches Managementwissen, auch auf den mittleren und unteren Ebenen:* Um vorhandene Produktivitätspotentiale erschließen zu können, werden neue organisatorische Wege gefunden werden müssen. Vor allem gilt es, unnötige Leerläufe und Informations- und Kommunikationsdefizite zu überwinden. Darüber hinaus ist es notwendig, die horizontale und vertikale Integration der Leistungsangebote zu steigern. Dies stellt wachsende Anforderungen an den Teamgeist und die (Selbst-)Managementaktivitäten aller Beschäftigten. So sind Maßnahmen des Benchmarking oder die Einführung von Balanced-Score-Cards ohne die aktive Mitwirkung der Fachkräfte (auch auf unteren Ebenen) nicht möglich.
- *Kompetenz zur Zusammenarbeit über die Grenzen der eigenen Einrichtung hinweg:* Die kunden-/patientenorientierte Bündelung bzw. Integration der Leistungsangebote stellt eine Schlüsselherausforderung für die Steigerung der Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung dar. Der Arbeitskräftemangel wird dafür sorgen, dass mit Nachdruck an der Realisierung von Fortschritten bei dieser Gestaltungsaufgabe gearbeitet wird. Bislang sind Erfolge an dieser „Front“ stark von der überdurchschnittlichen Einsatzbereitschaft und dem Improvisationsgeschick der einzelnen Beschäftigten abhängig (vgl. Bandemer/Born/Hilbert 2002); in Zukunft werden Werkzeuge und Leitlinien für eine bessere Integration zu entwickeln sein, die dann auch zusätzliche Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten stellen.

### 3. Auf der Suche nach der integrierten Versorgung

Infolge der demographischen Entwicklung und des damit verbundenen Anstiegs chronisch Kranker wandeln sich die Anforderungen an die Vernetzung und Integration der Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens. Der anhaltende Trend des steigenden Anteils chronisch Kranker mit zunehmendem Lebensalter lässt sich z.B. anhand des Anteils chronisch erkrankter Krankenhausfälle je Altersklasse ablesen:



Die sektorale Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung behindert die effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung dieser stetig wachsenden Patientengruppe mit gesteigertem Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen. Das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, das Ende 2001 unter dem Titel "Über-, Unter- und Fehlversorgung" veröffentlicht wurde, attestiert dem bundesdeutschen Gesundheitswesen besonders im Umgang mit der Gruppe der chronisch Kranken eine Reihe von Fehlentwicklungen. Es mahnt dringenden Handlungsbedarf, insbesondere im Sinne der Versorgungsintegration über die oft starren Versorgungsgrenzen (ambulant – stationär – rehabilitativ - pflegerisch) hinweg an. Ein zentraler Kritikpunkt ist ebenfalls die stark kurativ ausgerichtete Versorgung chronisch Kranker, die mit einer zeitlichen, räumlichen, rechtlichen und oft auch finanzielle Trennung der Versorgungsbereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation einher geht (vgl. Arnold/Helou/Schwarz 2000).

Sie wird der komplexen Multimorbidität dieser Patientengruppe, die einer kontinuierlich und systematisch geplanten Behandlung mit Leistungsanteilen aller genannten Versorgungsbereiche bedarf, nicht gerecht. Obwohl bereits seit Jahren Projekte zur Bildung von Netzwerken gefördert werden, sind die dabei erzielten Ergebnisse eher mangelhaft. "So erfreulich die ‚spontane‘ Bildung von Netzwerken auch anmuten mag: Sie kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass es bei der Projektinitiierung immer wieder zu fundamentalen Schwierigkeiten und Hindernissen kommt. Ein Hauptproblem ist das ausgeprägte Konkurrenzdenken zwischen den beteiligten Organisationen, welches die Entwicklung einer gemeinsamen Kooperationskultur häufig behindert: (...) und große wohlfahrtliche Kliniken befürchten eine Beschneidung ihrer ‚Töpfe‘. Hinzu kommt die Abschottung verschiedener Berufs- und Hierarchiegruppen, die die Beschneidung ihrer Kompetenzen fürchten" (Hartmann 2002: 176).

Trotz der bislang eher geringen Erfolge sind die politischen Bemühungen zum Aufbau integrierter Strukturen im Gesundheitswesen erneut verstärkt worden. So wird im Rahmen der Neuregelung des Risikostrukturausgleichs (RSA), der dem Ausgleich der unterschiedlichen Zusammensetzung der Versicherten zwischen den Krankenkassen dient, die Einführung von Disease Management Programmen (DMP) mit dem Ziel einer besseren und effizienteren Versorgung chronisch Kranker angestrebt (Mörmel/Wenzel/Thiess 2001). Die Versorgungsqualität dieser Gruppe wird über die angestrebten Effizienzsteigerung im deutschen Gesundheitssystem maßgeblich mitentscheiden. Rund 80% der Versorgungskosten entstehen laut K. W. Lauterbach (f&w 2001: 439) durch 20% der Versicherten, in der Regel durch chronisch Kranke. Die Versorgungsförderung im Rahmen von Disease Management Programmen wird zunächst für die großen Volkskrankheiten angestrebt, zu denen u.a. Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, apoplektischer Insult und arterieller Hypertonus gehören (Statistisches Bundesamt, 1998). Durch die Programme soll eine langfristige, evidenzbasierte und sektorenübergreifende Versorgung bestimmter Krankheitsbilder koordiniert, und auf der Grundlage von Evidence Based Medicine Vorgaben in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation sowie pflegerischer Versorgung entwickelt werden (vgl. Lungen/Stock/Lauterbach 2002). US-amerikanische Studien belegen Kosteneinsparungen durch Verringerung stationärer Aufenthalte oder den optimierten Einsatz von Medikamenten infolge des Einsatzes von Disease Management Programmen (vgl. Mörmel/Wenzel/Thiess 2001; Lungen/Stock/Lauterbach 2002). Um die Qualitäts- und Effizienzsteigerungschance, die derartiger Konzepte beinhalten, in effektiver Form wahrzunehmen bedarf es zahlreicher Veränderungen und Neuerungen des derzeitigen Systems zu nennen sind u.a.:

- Der Informationstransfer zwischen den unterschiedlichen an der Versorgung Beteiligten (ambulant-stationär) muß erheblich verbessert werden (vgl. Kober 2001), wobei die Ausstattung mit dafür erforderlicher Techno-

logie gefördert werden sollte und die Datensicherheit gewährleistet werden muß.

- Kompetenzzentren, die sich durch besonders gute Kenntnisse bzgl. der Versorgung bestimmter Krankheitsbilder auszeichnen und Koordinierungsaufgaben übernehmen, müssen etabliert werden. Dabei erscheint eine Anbindung derartiger Zentren an Krankenhäuser, die bereits zentrale Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsversorgung innehaben und sowohl über die erforderliche medizintechnische Ausstattung als auch über die notwendigen personellen Ressourcen verfügen, sinnvoll.
- Die Einführung des individuellen Managements besonders komplexer und kostenintensiver Fälle (z.B. Dialysepatienten) durch speziell ausgebildete Case-Manager, die derartige Patienten beraten, ihre Behandlung kontrollieren und koordinieren, erscheint sinnvoll.
- Der Ausbau ambulanter und stationärer Dienstleistungen, deren Ziel die Steigerung der Handlungskompetenz chronisch Kranker ist und ihnen damit den eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Krankheit erleichtert, und ihnen Handlungsstrategien vermittelt, die ihre Lebensqualität verbessern und damit die Anzahl erforderlicher professioneller Interventionen verringert.

Es zeigt sich: Im Bereich der integrierten Versorgung werden neue Handlungsfelder und Berufsbilder für gesundheitsbezogene Dienstleistungen entstehen. Die Entwicklung neuer, integrierter Dienstleistungsangebote für chronisch Kranke (z.B. Telemonitoring), die dem Bedarf dieser besonderen Patientengruppe entsprechen, sollte mit Nachdruck verfolgt werden. Eine entsprechende integrierte Dienstleistungsentwicklung ist notwendig, um auch in Zukunft adäquate Versorgungsangebote in den Bereichen Gesundheit und Lebensqualität anbieten zu können.

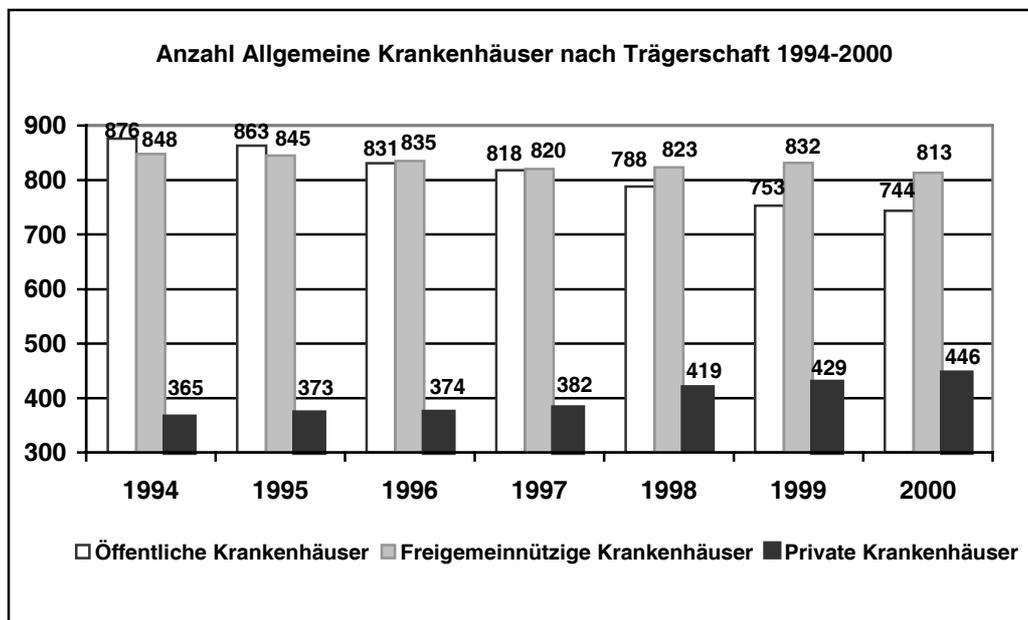
#### **4. Private Anbieter auf dem Vormarsch**

Zahlreiche allgemeine Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Trägerschaft. Vor allem in den 60er und 70er Jahren bedeutete die Einrichtung von Krankenhäusern noch einen Prestigegewinn für die Kommunen. Heute befinden sich viele öffentliche Träger auf der Suche nach privaten Anbietern, denen sie die Aufgabe der stationären Gesundheitsversorgung übertragen können, denn die Kosten im Krankenhausbereich sind seither kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 1999 betragen die Krankenhausaussgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 85,44 Milliarden DM; dies entspricht einem Anteil an den Gesamtausgaben der GKV von 33,4%. Damit stellt der Krankenhausbereich den mit Abstand größten Ausgabenbereich der GKV dar.

Zahlreiche Reformmaßnahmen der letzten Jahre haben den Wettbewerb zwischen den Gesundheitsanbietern – auch in der stationären Gesundheitsver-

sorgung – intensiviert. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde mit Wirkung vom 01.01.1993 das Selbstkostendeckungsprinzip bei der Krankenhausfinanzierung endgültig abgeschafft. Seit Januar 1996 werden in Teilbereichen Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet und damit leistungsorientierte Entgeltformen eingeführt. Auch die aktuellen Reformen des Finanzierungswesens (DRGs), der geplante Bettenabbau und die nach wie vor sinkenden Verweildauern der stationär behandelten Patienten führen zu einer Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Anbietern. Viele öffentliche Träger sehen sich nicht mehr in der Lage, die steigenden Verluste ihrer Krankenhäuser zu tragen und erforderliche Investitionen zu finanzieren. Es ist zu vermuten, dass auch das neue pauschalierte Vergütungssystem für Krankenhausleistungen, das ab 2004 verbindlich eingeführt werden soll, den Wettbewerb weiter beschleunigen wird (vgl. Friesen v./Weismann 2001).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland seit 1990 von 2447 auf 2242 um rund 8,4 % verringert. Dieser Trend trifft in erster Linie allgemeine kommunale Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft und in geringerem Ausmaß Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft. Im Gegensatz dazu ist die Anzahl privat getragener Allgemeinkrankenhäuser deutlich von 365 in 1994 auf 446 in 2000 angestiegen.



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

Die Privatisierung kommunaler Krankenhäuser kann in unterschiedlichen Formen erfolgen (vgl. hierzu Thier 2001):

1. *Die funktionelle Privatisierung* erfolgt durch die Abgabe der Management- und Betriebsführungsverantwortung der Kommune an private oder freigemeinnützige Trägergesellschaften. Dies geschieht durch den Abschluß von

Management- bzw. Betriebsführungsverträgen. Sachlich und rechtlich verbleibt die Aufgabenzuständigkeit und Aufgabenverantwortung für die Krankenhausversorgung bei der Kommune.

2. *Die formelle Privatisierung* erfolgt durch die Veränderung der öffentlich rechtlichen Organisationsform (z.B. Eigenbetrieb) zu einer privatrechtlichen Organisationsform (z.B. GmbH, AG). Die Trägerschaft verbleibt bei der Kommune, die auch weiterhin die Aufgabe der Krankenhausversorgung wahrnimmt. Die Rechtsform wird jedoch verändert und die Kommune wird Alleingesellschafter einer verselbständigten privatrechtlichen Gesellschaft.
3. *Die materielle Privatisierung* findet statt, wenn sich der öffentliche Krankenhausträger (z.B. die Kommune) aus dem Tätigkeitsbereich der Krankenhausversorgung gänzlich zurückzieht und diese Aufgabe an einen privaten oder freigemeinnützigen Krankenhausträger überträgt. Dieser Trägerwechsel geschieht durch den Verkauf des Krankenhauses bzw. bei bereits erfolgter formeller Privatisierung durch Verkauf der entsprechenden Gesellschaftsanteile durch den öffentlichen Krankenhausträger an die neuen privaten bzw. freigemeinnützigen Träger.

Der Anteil von Allgemeinen Krankenhäusern in privater Trägerschaft ist von rund 17,5% in 1994 auf rund 22,0% in 2000 und damit um rund 4,5% gestiegen. Dieser für Privatanbieter positive Trend setzt sich auch in bezug auf zentrale Strukturdaten (aufgestellte Betten, Pflage tage, Fallzahl etc.) fort. In den aufgeführten Bereichen zeigen sich positivere Tendenzen bei privaten Trägern:

<b>Strukturdaten allgemeine Krankenhäuser 1999 und 2000</b>		
	Anzahl 2000	Anzahl 1999
<b>Aufgestellte Betten insgesamt</b>		
Öffentliche KH	283 537	287 127
Freigemeinnützige KH	200 611	204 059
Private KH	38 966	37 760
<b>Pflegetage insgesamt</b>		
Öffentliche KH	85 213 548	86 337 111
Freigemeinnützige KH	58 653 010	59 736 437
Private KH	11 320 606	11 110 400
<b>Fallzahl insgesamt</b>		
Öffentliche KH	8 899 561	8 805 988
Freigemeinnützige KH	6 077 962	6 016 880
Private KH	1 118 830	1 069 525

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Darstellung

Während die Zahl der aufgestellten Betten in öffentlichen Krankenhäusern um -3.590 Betten und in freigemeinnützigen Krankenhäusern um -3.448 sank, konnten die privaten Krankenhäusern einen Zuwachs von +1.206 Betten ver-

zeichnen. Die Anzahl der Pflge tage verringerte sich in öffentlichen (-1,30%) und in freigemeinnützigen Krankenhäusern (-1,81%) geringfügig, während die privaten Krankenhäuser eine Zunahme von 1,89% verzeichnen konnten. Diese Zunahme läßt sich allerdings in erster Linie auf die Zunahme der Fallzahl um +4,61% zurückführen. Im Unterschied dazu stieg die Fallzahl in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern lediglich um 1,06% bzw. 1,02 %.

Zu den großen privaten Krankenhausträgern in Deutschland zählen:

- Die *Röhn-Klinikum AG*, die mehrheitlicher Träger von 19 Kliniken mit rund 5.700 Betten und 5.573 Mitarbeitern ist. Die Röhn-Klinikum AG ist zudem Träger eines in erster Linie an Privatpatienten orientierten Hauses in Südafrika, das im Herbst 2001 eröffnet wurde.
- Die *Sana-Kliniken GmbH*, verfügt über 51 Verbundkliniken und sieben Alten- und Pflegeheime mit 14.000 Betten und 19.000 Mitarbeitern. 24 Einrichtungen befinden sich unter ihrer Trägerschaft, davon 17 Krankenhäuser. Insgesamt ist die Sana an 38 Standorten in Deutschland vertreten.
- Die *Helios Kliniken GmbH* ist Träger von 19 Akutkliniken und hält Beteiligungen an zwei weiteren Krankenhäusern. Im Jahr 2000 verfügte die Helios GmbH über 4.482 Betten und beschäftigte in ihren Kliniken 6.434 Mitarbeiter. Sie hat zudem ein Krankenhaus in Österreich erworben.
- Die *Asklepios Kliniken GmbH* betreibt insgesamt 74 Einrichtungen (Schwerpunkt Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen), davon 36 Akutkliniken in Deutschland. Die Asklepios Kliniken GmbH ist zudem im Krankensektor in den USA tätig. Nach eigenen Angaben beschäftigt das Unternehmen rund 17.800 Mitarbeiter.
- Die *Fresenius Medical Care AG* entwickelt sich zu einem führenden Krankenhausbetreiber auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung. Fresenius hat 2001 den bundesweit tätigen privaten Krankenhausträger Wittgensteiner Kliniken AG übernommen (vgl. Friesen/Weismann 2001).

Die oben genannten Unternehmen zählten in den vergangenen Jahren zu den aktivsten Erwerbern von Krankenhäusern. Zunehmend wird privates Kapital auch in die stationäre Gesundheitsversorgung investiert. Obwohl die Kaufpreise für Krankenhäuser deutlich gestiegen sind, waren die Käufer bereit, in den Gesundheitsmarkt zu investieren und sich als Gesundheitsdienstleister zu etablieren (vgl. Friesen/Weismann:2001). In Zukunft wird mit einer Internationalisierung des Gesundheitsmarktes zu rechnen sein, die eine strategische Positionierung der Unternehmen erforderlich macht. Es ist ausreichend Kapital erforderlich, um den Investitionsbedarf von Gesundheitseinrichtungen zu decken. Allein die Kosten für Anpassungsinvestitionen (Informations- und Kommunikationstechnologien, medizinisch-technische Ausstattung) belaufen sich aktuellen Schätzungen zufolge im Sektor der allgemeinen Krankenhäuser in den kommenden fünf bis zehn Jahren auf rund 70 Milliarden Euro. Nicht zu-

letzt aus diesem Grund erscheint die Mobilisierung privaten Investitionskapitals als unerlässlich (vgl. Schmidt 2001b). Bereits heute sind private Unternehmen aus der Gesundheitsversorgung in den Sparten Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege an der Börse vertreten, wobei der Schwerpunkt derzeit noch deutlich im Bereich der stationären Altenpflege und Rehabilitation liegt.

<b>Umsatzverteilung und Betten der börsennotierten Unternehmen im Jahr 2000</b>				
	<b>Akut</b>	<b>Reha</b>	<b>Pflege</b>	<b>Betten</b>
Curanum			100%	1 050
Eifelhöhen		100%		570
Euromed	100%			103
Marseille		37%	63%	6 632
Maternus		29%	71%	3 630
Mediclin	33%	67%		6 673
Röhn	95%	5%		5 536

Quelle: Schmidt:2001b

Die Aussichten dieser Unternehmen lassen sich durchaus als positiv beschreiben. So entwickeln sich die Aktienkurse von Unternehmen der stationären Gesundheitsversorgung seit Jahresbeginn besser als der Gesamtmarkt. Die liegt jedoch auch daran, dass schwächere Unternehmen (Refugium, Bonifatius) zwischenzeitlich vom Markt verschwunden sind. Bei weiteren Anbietern von Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitsversorgung (z.B. Helios, Fresenius ProServe) ist bekannt bzw. wird vermutet, dass sie den Börsengang in absehbarer Zukunft planen (vgl. Schmidt: 2001a).

## **5. Betriebliche Herausforderungen und Gestaltungsspielräume**

Die vorstehende Darstellung hat zwar verdeutlicht, dass die Gesundheitswirtschaft als Branche im Prinzip auf Wachstum programmiert ist. Gleichwohl gibt es eine Reihe von Hemmnissen, die einer weiteren positiven Entwicklung entgegenstehen und die von den Gesundheitseinrichtungen sowie von der Wirtschafts-, Gesundheits- und Sozialpolitik als Gestaltungsherausforderungen begriffen werden müssen. Zu nennen sind hier insbesondere:

- (1) *Sicherstellung kostengünstiger und qualitativ anspruchsvoller Angebote:* Mittel- und langfristig ist eine hohe Akzeptanz der Bevölkerung für Gesundheits- und Sozialdienstleistungen die wichtigste Voraussetzung dafür, dass diese Branchen weiterhin auf Wachstumskurs bleiben werden. Derzeit besteht sowohl in der Bevölkerung als auch in Fachkreisen ein Konsens darüber, dass zahlreiche Wirtschaftlichkeits- und Produktivitätsressourcen vorhanden sind. Als Beispiele eines unwirtschaftlichen Mitteleinsatzes lassen sich etwa nennen: überflüssige Doppel- und Mehrfachuntersuchungen, Ineffizienzen in Verwaltung und Logistik, ein verzögerter Einsatz des technischen Fortschritts oder überteuerte Vorprodukte (vgl. SVRAKAiG 1997). In den letzten Jahren sind jedoch vielfältige Initiativen

zur Produktivitätssteigerung in der Gesundheitswirtschaft gestartet worden; wichtige Stichworte sind in diesem Zusammenhang die ortsnahe Koordinierung, Ärztenetze, Maßnahmen zum Qualitätsmanagement, Benchmarking und neuerdings die Einführung von Fallpauschalen (DRGs). Ob und wie nachhaltig solche Ansätze sind, kann derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden. Neben der Einführung der Fallpauschalen erwarten wir insbesondere von jenen Ansätzen eine nachhaltige Wirkung, die auf systematische Vergleiche und Kooperation setzen; denn diese bringen nicht nur dem Gesundheitswesen allgemein einen Nutzen, sondern tragen auch dazu bei, die Wettbewerbschancen der beteiligten Einrichtungen zu verbessern, so dass diese ein ganz konkretes eigenes Interesse am Erfolg dieser Projekte haben.

- (2) *Steigerung der Innovations- und Kundenorientierung der Gesundheits- und Sozialdienstleister:* Der Ruf nach Innovation im Gesundheitswesen wird heute noch von vielen Akteuren überwiegend als Forderung nach Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung interpretiert. Gleichzeitig zeichnet sich aber ab, dass in den nächsten Jahren große Fortschritte bei der Gesunderhaltung, Heilung oder Linderung von Krankheiten zu erwarten sind. Das von den Kunden und Patienten auf der Wunschliste ganz oben stehende Innovationsfeld ist die Integration verschiedener Leistungsangebote, für die durch neue Organisations- und Technikeinsatzkonzepte in den nächsten Jahren neue Möglichkeiten entstehen. Für die Heilung und Linderung von Krankheiten bieten neue Technologien wie die Mikrosystemtechnik oder die Biotechnologie vielfältige Anknüpfungspunkte. Im Hinblick auf die Aktivierung zusätzlicher privater Mittel sind insbesondere die Nachbarbranchen des Gesundheitswesens wie Reisen, Freizeit, Sport, Ernährung von besonderer Bedeutung, da sie verstärkte Anstrengungen unternehmen, ihre Angebote durch gesundheitsbezogene Komponenten anzureichern. Abgesehen von den Leistungen im Bereich der Heilung und Linderung von Krankheiten tut sich das Gesundheitswesen mit der Steigerung der Innovations- und Kundenorientierung eher schwer. Eine nachhaltige Aktivierung der Leistungs-, Wachstums- und Beschäftigungspotentiale dieser Branche wird jedoch an allen Fronten auf neue Ansätze angewiesen sein.
- (3) *Besondere Aufmerksamkeit für die Konsequenzen einer alternden Gesellschaft:* Der (sozio-)demographische Wandel wird den Bereich Gesundheit und Soziales vermutlich viel nachhaltiger verändern, als dies sich viele Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik heute vorstellen können. Sowohl mit Blick auf die Steigerung der gesundheitlichen Lebensqualität als auch mit Blick darauf, die Kosten für das Gesundheitswesen nicht übermäßig steigen zu lassen, scheint eine besondere Aufmerksamkeit dafür erforderlich, die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Gesunderhaltung im Alter deutlich zu verbessern. Hinsichtlich der Bewältigung dieser Herausfor-

derung stimmt optimistisch, dass die wirtschaftlichen Chancen des Bereichs Technik und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter zunehmend erkannt werden und dass auch bei den älteren Menschen das Interesse daran steigt, sich gesund und fit zu halten, selbst wenn dies für sie mit zusätzlichen Ausgaben verbunden ist (IfG/IAT 1999).

- (4) *Eine aktivierende Gesundheitsreform*: Die Vorhaben zur Gesundheitsreform werden zwar von der Öffentlichkeit und auch von den Akteuren aus dem Gesundheitswesen sorgsam beobachtet und diskutiert. Gleichwohl ist die Gesundheitspolitik nur eine von mehreren Variablen, die die Zukunft der Gesundheitswirtschaft beeinflussen werden. Aus diesem Grund darf sich eine aktivierende Politik<sup>9</sup> nicht ausschließlich an den Versorgungsproblemen der Bevölkerung und an Effizienz- und Gerechtigkeitsfragen orientieren, sondern muss darüber hinaus auch dafür Sorge tragen, dass die Wachstumsimpulse, die aus anderen Bereichen kommen, ausreichend unterstützt werden. Wahrscheinlich wird sich mit Blick auf die Finanzierung des Gesundheitswesens eine Lösung durchsetzen, die Analogien zu der geplanten Rentenreform aufweisen wird, also eine paritätische und beitragsfinanzierte, anspruchsvolle Grundversorgung, auf die dann zusätzliche betriebliche, branchenbezogene und private Zusatzleistungen aufbauen können. Wird diese Reformvariante realisiert, ist es keineswegs ausgeschlossen, dass am Ende nicht nur eine solche Basisversorgung für alle aufrechterhalten werden kann, sondern dass insgesamt (sowohl absolut als auch pro Kopf der Bevölkerung) mehr finanzielle Mittel für das Gesundheitswesen aktiviert werden können.

Unter dem Strich lassen sich für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft sowohl auf Wachstum programmierte Rahmenbedingungen als auch Schlüsselherausforderungen für die Gestaltung identifizieren. Die meisten Wissenschaftler und Praktiker, die sich mit der Zukunft der Gesundheitswirtschaft befassen, gehen davon aus, dass die Herausforderungen bewältigt werden können und dass es gelingt, die Wachstums- und Beschäftigungsperspektiven auch tatsächlich zu realisieren (vgl. Grönemeyer 2000; Kerres/Lohmann 1999). Im folgenden werden wir deshalb einen Überblick über einzelne Aktivitäten geben, mit denen in den Gesundheitseinrichtungen und auf regionaler Ebene an der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft gearbeitet wird.

Bislang liegen keine systematischen Überblicke über das Innovationsgeschehen in den Einrichtungen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft vor. Aus diesem Grunde können wir nur ein collagenartiges, d.h. nicht repräsentatives Bild zeichnen. Hierbei fokussieren wir zunächst auf neue Produkte und Dienstleistungen, also auf neue Geschäftsfelder und gehen danach auf den Bereich der

---

<sup>9</sup> Eine detaillierte Skizze über Ansatzpunkte für eine aktivierende Sozial- und Gesundheitswirtschaftspolitik findet sich in Blanke/Hilbert 2000.

Prozessinnovationen ein, d.h. auf die Anstrengungen, die dazu beitragen, die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern.

Bei der Suche nach *neuen Produkten und Dienstleistungen* spielt bei Krankenhäusern ‚natürlich‘ das Interesse an neuen medizinischen Leistungsmöglichkeiten eine große Rolle. Hier soll dafür Sorge getragen werden, dass die eigenen Angebote auf die für die Zukunft erwarteten Patientenbedürfnisse passen und dementsprechend sind in den letzten Jahren vor allem kardiologische, kardio-chirurgische, onkologische und geriatrische Angebote ausgeweitet worden. Zusätzlich wird an vielen Stellen mit dem Aufbau alternativer Heilverfahren experimentiert, wenngleich die quantitative Bedeutung dieses Bereichs noch bescheiden ist, was zum einen daran liegt, dass entsprechende Leistungen bislang nicht voll abrechnungsfähig sind, und zum anderen ein Mangel an einschlägigem (ärztlichem) Fachpersonal besteht. Ein Beispiel für ein Engagement im letztgenannten Bereich ist etwa der Aufbau einer Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin in den Kliniken Essen-Mitte (vgl. Defren 2000)

Über den Bereich der medizinischen Kernleistungen hinaus weisen Versuche, den Kunden bzw. Patienten zusätzliche und ergänzende gesundheitsbezogene Angebote zu unterbreiten. Im stationären Bereich ist hierfür der Aufbau eines Klinik-Hotels für ambulante Patienten beispielhaft, mit dem das Klinikum Kassel solchen ambulanten Patienten (im Bereich der ophthalmologischen Abteilung) ein Angebot macht, die sich nach einem operativen Eingriff noch für eine gewisse Zeit in der Sicherheit einer Klinik wissen wollen. Ebenfalls in diese Rubrik gehören Versuche, gesundheitsnahe Angebote auch außerhalb des Krankenhauses zu bieten. Die Stiftung Evangelisches Kranken- und Versorgungshaus zu Mühlheim an der Ruhr beispielsweise hat ihre technischen und hauswirtschaftlichen Service-Angebote bereits für die Stadt verfügbar gemacht und plant darüber hinaus, einen umfassenden Hotellerie-Service für betreutes Wohnen zusammen mit einem Unternehmen der Wohnungswirtschaft.

Ein weiteres Innovations- und Diversifikationsgebiet von Gesundheitseinrichtungen liegt darin, sich als Kompetenzdienstleister zu profilieren. Gegenwärtig entstehen vielfältige neue Logistik- und Qualifizierungsangebote, an deren Aufbau auch Krankenhäuser und andere soziale Dienstleister beteiligt sind. Ihre Ausrichtung auf den Qualifizierungsmarkt beschreibt etwa das Lubinus Clinicum Kiel in der Zeitschrift f&w 4/2000 wie folgt: „Wir zielen auf die Anerkennung als Ausbildungsstätte (...) Qualifizierte OP-Mitarbeiter sind am Arbeitsmarkt kaum zu finden, insbesondere nicht für kurzfristige, vertretungsweise und damit befristete Einsätze. Wir können die Arbeitnehmerüberlassung an andere Kliniken anbieten. Denkbar ist eine Ausdehnung dieser Aktivitäten auch auf andere spezielle Berufszweige wie etwa Physiotherapeuten oder Arzthelferinnen, die auch im Hause ausgebildet werden.“

Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass das Innovationsgeschehen in den Gesundheitseinrichtungen mit Blick auf die Erschließung neuer Geschäftsfelder an Dynamik gewonnen hat. Allerdings ist es nach wie vor so, dass viele Einrichtungen eher zurückhaltend sind und Angst davor haben, sich bei den neuen Aktivitäten zu verzetteln.<sup>10</sup> Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, Gesundheitseinrichtungen „vor Ort“ bei ihrer Suche nach neuen Wegen durch Orientierungswissen und Kooperationsangebote zu unterstützen. Dies sind u.a. Aufgabenschwerpunkte von regionalen Initiativen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft, auf die wir weiter unten näher eingehen werden.

Im Hinblick auf die oben beschriebene Notwendigkeit, besonders auf die Herausforderung der alternden Gesellschaft einzugehen, lassen sich ebenfalls viele Aktivitäten beobachten. Bislang liegen jedoch auch hier weder eine umfassende systematische Beschreibung noch eine Wirksamkeitsanalyse vor. An erster Stelle ist zu erwähnen, dass sich Krankenhäuser bei ihrer Profilbildung auf unterschiedliche altersbedingte Krankheitsbilder einstellen. Hier ist etwa an bestimmte Lungenerkrankungen oder an Prostatakrebs zu denken, die bei älteren Patienten häufiger auftreten bzw. gefährlicher verlaufen als bei jüngeren Patienten. Ein Beispiel aus dem privat finanzierten Bereich ist, dass sich Fitness- und Freizeiteinrichtungen in stärkerem Maße an den Interessen und Bedürfnissen älterer und gesundheitsinteressierter Kunden orientieren. Ein paradigmatisches Beispiel hierfür ist etwa der Revierpark Nienhausen (der sowohl zu Essen als auch zu Gelsenkirchen gehört), der sich mit seinen Bade- und Saunaangeboten ganz gezielt an die Kundengruppe der über 50-Jährigen richtet und damit Erfolge erzielen kann (vgl. Born/Langer 2001).

Im Bereich der Wohnungswirtschaft ist auf das Altern der Gesellschaft und den dadurch bedingten Unterstützungsbedarf älterer Menschen v. a. mit dem drastischen Ausbau des Betreuten Wohnens reagiert worden (vgl. Wüstenrot-Stiftung 2001; LBS 1999). Experten gehen davon aus, dass dieser Trend auch in den nächsten Jahren anhalten wird. Während in der Vergangenheit hochpreisige Angebote, die sog. Seniorenresidenzen, eine große Rolle spielten, ist für die Zukunft mit einem Ausbau des mittleren Preissegments zu rechnen. Noch gibt es viele Unklarheiten darüber, wie das gesundheitsbezogene Angebot aussehen sollte, das zum Betreuten Wohnen gehört. Ein Ausbau der Qualitätsstandards für diesen Bereich ist dringend erforderlich. In einigen Bundesländern gibt es hierfür schon orientierende Vorgaben (z. B. in

---

<sup>10</sup> Gelegentlich wird in Fachkreisen die Befürchtung geäußert, dass es insbesondere öffentliche und freigemeinnützige Anbieter sind, die sich mit dem Aufbau neuer Geschäftsfelder schwer tun, während ihre private Konkurrenz offensiv voran marschiert. Unsere Recherchen geben keinen Beleg für eine solche Vermutung. In einem Benchmarking-Projekt, an dem insgesamt 40 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken beteiligt sind, schnitten die öffentlichen bzw. die freigemeinnützigen Einrichtungen bei allen Innovationsindikatoren genauso gut oder genauso schlecht ab wie private Anbieter.

Baden-Württemberg), in anderen wird noch daran gearbeitet (etwa in Nordrhein-Westfalen).

Betreutes Wohnen findet derzeit vornehmlich in eigens dafür gebauten Wohnungen statt. Ein Zukunftsthema wird es sein, wie die Unterstützung zu Hause lebender älterer Menschen verbessert werden kann. Zwei große Probleme hierbei sind die Überwindung der Einsamkeit dieser Menschen sowie die kundenspezifische und bedarfsorientierte Verknüpfung der vielfältig zur Verfügung stehenden Dienstleistungsangebote. Große Chancen, diese Probleme anzugehen, könnten sich durch die Nutzung der Neuen Medien (Telekommunikation und Multimedia) ergeben, die sich im Grunde genommen gut eignen, um die genannten Kommunikations- und Organisationsprobleme zu bearbeiten (vgl. Hilbert/Scharfenorth 2001). In diesem Zusammenhang ist in den letzten Jahren viel über das Konzept des "Virtuellen Altenheims" diskutiert worden, dass mittlerweile auch in Pilotprojekten erprobt worden ist. Der folgende Kasten gibt einen kurzen Einblick in die Grundelemente des "Virtuellen Altenheims" und resümiert auch die ersten Pilotierungserfahrungen.

#### **Das Virtuelle Altenheim**

Die meisten Menschen in Deutschland wollen im Alter zu Hause leben, in ihrer gewohnten Umgebung, und nicht in einem Alten- oder Pflegeheim. Allerdings sind die alten Menschen auf die Hilfe und Unterstützung durch andere Menschen angewiesen. Zumeist kommt diese Hilfe aus der Familie, von Ehefrauen, Töchtern und Schwiegertöchtern. In Folge des sozioökonomischen Wandels und der steigenden Frauenerwerbstätigkeit ist jedoch damit zu rechnen, dass die Hilfsmöglichkeiten innerhalb der Familien weiter zurückgehen werden.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass der Bedarf an professionellen Hilfen in den letzten Jahren drastisch gestiegen ist und vermutlich auch in Zukunft weiter stark steigen wird. Bislang werden professionelle Hilfsangebote überwiegend von ambulanten Pflegediensten geleistet; allerdings konzentrieren diese sich sehr stark auf die pflegerischen und gesundheitsbezogenen Leistungen, während die anderen Bedürfnisse von älteren Menschen zu kurz kommen, etwa das Interesse an Kommunikation und Unterhaltung. Schwierigkeiten bestehen häufig dann, wenn zusätzlich zur Pflege weitere Dienstleistungen vermittelt werden müssen, etwa Einkäufe und Besorgungen, Behördenkontakte oder Finanzdienstleistungen. Darüber hinaus mangelt es in Deutschland auch an Dienstleistungsangeboten für ältere Menschen, die zwar nicht pflegebedürftig sind, aber dennoch ein Interesse an Hilfsdienstleistungen in ihrem privaten Haushalt zeigen.

Diese Schwierigkeiten sollen durch das Virtuelle Altenheim überwunden werden. Mit Hilfe der Videokonferenztechnik sind zu Hause lebende ältere Menschen mit einer Servicezentrale verbunden, die ihnen eine Reihe von Dienstleistungen bietet. Im Mittelpunkt steht ein Kommunikations- und Unterhaltungsangebot; darüber hinaus werden - je nach Bedarf und Interesse der Kunden - auch Dienstleistungen vermittelt. Diese reichen von der Haarpflege bis zum face-to-face Gespräch mit einem Geistlichen. Hervorzuheben ist, dass im Rahmen des Virtuellen Altenheims auch ein Notrufservice ge-

boten wird, über den Hilfe von außen mobilisiert werden kann, wenn es zu Unfällen, gesundheitlichen Krisen oder auch zu Bedrohungen von außen kommt. Weiterhin ist zu erwähnen, dass auch Konferenzschaltungen möglich sind, so dass sich mehrere ältere Menschen zu Gesprächsgruppen zusammenfinden können.

Pilotprojekte zur Entwicklung und Erprobung des Virtuellen Altenheims gab und gibt es in Deutschland in mehreren Städten, besonders bekannt geworden sind das Projekt "inkontakt/TESS" (TeleServices) in Bielefeld, einer Stadt mit 350.000 Einwohnern in Nordrhein-Westfalen, und der sog. "HausTeleDienst" in Frankfurt. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Modellversuche lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Bei der *Akzeptanz* des neuen Angebotes zeigt sich ein sehr differenziertes Bild. Zunächst bestand bei vielen (potenziellen) Teilnehmern eine sehr große Zurückhaltung. Geling es, diese anfängliche Reserviertheit zu überwinden, baute sich sehr schnell eine nachhaltige Begeisterung auf. Diese wurde allerdings deutlich gebremst, als der Dienst kostenpflichtig wurde. Als problematisch für die Vermarktung erwies sich, dass viele potenzielle Kunden davon ausgehen, die Leistungen müssten eigentlich von den sozialen Sicherungssystemen getragen werden.
- Die *Kommunikationsangebote* von inkontakt/TESS sind insgesamt sehr gut angenommen worden. Jedoch stellte sich heraus, dass viele ältere Menschen nur selten von sich aus Kontakt mit der Zentrale aufnehmen, sondern gezielt angesprochen werden möchten. Besonders ermutigend war die Erfahrung, dass nach der Aufnahme virtueller Begegnungen sich Anknüpfungspunkte für die Aufnahme realer Begegnungen ergaben.
- Bei der *Vermittlung* von Dienstleistungen gibt es noch vielfältige Verbesserungsmöglichkeiten. Das inkontakt/TESS-System bietet hierfür eine gute technische Grundlage, es sind jedoch noch zahlreiche organisatorische, rechtliche und finanztechnische Fragen ungelöst. Besonders schwierig ist es zu klären, was ein Dienstleister (etwa ein Lieferant von Essen-auf-Rädern) an die Zentrale zahlen muss, wenn diese ihm einen Auftrag vermittelt.

Großer Verbesserungsbedarf besteht bei der eingesetzten Technik, insbesondere bei den Endgeräten, die im Hause der Kunden stehen. Bisher handelt es sich um kleine Bildtelefone oder um mit Videokonferenztechnik hochgerüstete Fernseher. Leider gibt es auf dem deutschen Markt zur Zeit von beiden Geräten keine kostengünstigen und leicht bedienbaren Geräte.

*Prozessinnovationen* zielen darauf, die vorhandenen Leistungen billiger und besser, produktiver herzustellen. Unter Gesundheitsökonomen wie unter Unternehmensberatern besteht kein Zweifel daran, dass im deutschen Gesundheitswesen zahlreiche Produktivitätspotenziale liegen, die im Interesse an der Effizienz und Qualität der Versorgung erschlossen werden sollten. Praktiker aus der Gesundheitswirtschaft selbst sehen dies allerdings häufig anders; sie halten die Rationalisierungsmöglichkeiten bereits heute für weitgehend ausgereizt (vgl. Katthagen/Buckup 1999). Allerdings gibt es mittlerweile wissenschaftliche Belege für die Existenz solcher Wirtschaftlichkeitsreserven - und auch jeder Patient weiß aus seinen Kontakten mit dem Gesundheitssystem ü-

ber Verschwendung, Missverständnisse, Doppeluntersuchungen etc. zu berichten.

In den letzten Jahren war es ein großes Problem, dass es bei den meisten Anbietern, bei den Krankenhäusern, den niedergelassenen Ärzten, etc. nur wenig Anreize gab, vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, weil durchschlagende Erfolge ihnen selbst (in Folge der geltenden Finanzierungsregelungen) keine Vorteile einbrachten. Eine Änderung der Anreizstrukturen in Richtung Effizienz ist durch die Einführung der Fallpauschalen eingeleitet worden (siehe Kapitel über gesundheitsrechtliche Veränderungen), da diese den Krankenhäusern dann einen Vorteil versprechen, wenn die Behandlung eines Falles weniger kostet als in den Pauschalen vorgesehen.

Obwohl die Fallpauschalen erst ab 2003 (oder noch später) eingeführt werden, hat es in den letzten Jahren bereits an vielen Stellen Bemühungen gegeben, die Produktivität zu verbessern. Wichtige Ansatzpunkte waren u. a. die verstärkte Nutzung der Telemedizin, der Aufbau von Ärztenetzen oder der Ausbau von Qualitätsmanagement und Benchmarking in Krankenhäusern und Heimen. Darüber hinaus wird immer stärker deutlich, dass Krankenhäuser ihre Funktion ändern und sich vom Spezialisten für die stationäre Versorgung zu Gesundheitszentren weiterentwickeln und den Kern eines umfassenden Gesundheitsnetzes darstellen. Im Folgenden gehen wir kurz auf diese Gestaltungsbereiche ein:

*Telemedizin:* Mit dem forcierten Einsatz der neuen Medien im Gesundheitswesen ist die Hoffnung verbunden, neue und kostengünstige Möglichkeiten zu bieten, die patientenorientierte Kommunikation der Experten untereinander zu verbessern, auch über die Grenzen von Einrichtungen hinweg. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Mittel und Wege gefunden werden, elektronische Patientendaten standardisiert zu erfassen, sicher und zuverlässig zu speichern und zu transportieren. Hier wird - häufig unter Mitarbeit von Krankenhäusern und teilweise auch von niedergelassenen Ärzten - an der Entwicklung und Erprobung marktfähige und praktikable Lösungen gearbeitet<sup>11</sup>. Ein Beispiel hierfür ist etwa das Projekt CHIN (Community Health Integrated Network, [www.chin.de](http://www.chin.de)), das eine Verbesserung der Kommunikationsstrukturen im Gesundheitswesen im ostwestfälischen Raum anstrebt, und sich dabei zunächst einmal auf den kardiologischen Bereich konzentriert; in diesem Projekt wurde u.a. eine von Datenschützern akzeptierte Lösung für die Speicherung, den Transport und den Austausch von patientenbezogenen Daten geschaffen; am Aufbau eines Projektes zur Rationalisierung, Integration und leichteren Bereitstellung von Daten für den Bereich der Onkologie wird gegenwärtig in Bremen gearbeitet.

---

<sup>11</sup> Vgl. zum Thema Telemedizin auch den Schwerpunkt in f&w 2/2001.

*Benchmarking:* Moderne Benchmarkingansätze wollen durch den Vergleich von Einrichtungen „beste Ideen und Lösungen“ identifizieren (vgl. Bandermer/Weigel 1998; Möws/Seidel 2001; Güntert 1999). Die Beschreibung „bester Lösungen“ dient dazu, ständige Verbesserungen anzuregen, damit Aufgaben mit der optimalen Wirksamkeit und dem geringstmöglichen Aufwand bewältigt werden können. Der Vergleich soll sowohl Anregungen für Verbesserungsmöglichkeiten liefern als auch einen Wettbewerb um die besten Leistungen auslösen. Er dient aber nicht der Erstellung einer Rangliste oder einer Bewertung von Einrichtungen, sondern zielt darauf, dass jede Einrichtung Prozesse identifizieren kann, die anderswo besser gelöst werden. Bei Pilotprojekten zur Entwicklung und Erprobung von Benchmarkingansätzen in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (vgl. Born/Dülberg/Scharfenorth 2000) hat sich herausgestellt, dass es sinnvoll ist, einen Organisationsentwicklungsprozess an die Erhebungsphase anzuschließen, um die erkannten Produktivitäts- und Prozessinnovationspotenziale zu erschließen.

*Ärztenetze:* Große Hoffnungen auf mehr Produktivität werden mit Integrierten Ärztenetzen „vor Ort“ verbunden. Sie haben zwar die Rückendeckung der Gesundheitspolitik, sind aber zumeist dezentral initiiert und aufgebaut worden und konzentrieren sich fast ausschließlich auf den ambulanten Bereich. Die Vernetzung von ärztlichen Praxen betont, die patientenorientierte Zusammenarbeit und zielt zumeist auf eine Reduzierung der Inanspruchnahme von stationären Behandlungen (vgl. Szecsenyi u.a. 1998: 257). Nach dem Prinzip "so viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig" sollen Krankenhausleistungen durch gleichwertige - ambulante - Behandlungsformen substituiert werden, um somit die Kosten im Krankenhausbereich zu senken, die Effizienz der ambulanten Versorgung und - durch eine verbesserte Koordination medizinischer Leistungsangebote - die Qualität der Gesundheitsdienste "vor Ort" zu erhöhen (vgl. Hauck/Helberger 1998: 139). Die Krankenkassen, die sich manchmal am Aufbau von Ärztenetzen beteiligt haben, erhoffen sich eine Kostenreduzierung bei gleichbleibender oder verbesserter Qualität der Gesundheitsdienstleistungen. Die Ärzte beabsichtigen durch neue Kooperationsformen, den ambulanten (gegenüber dem stationären) Versorgungssektor zu stärken und ihr Honorarvolumen auszuweiten. Leider war die Konzertierung mit Krankenhäusern bei vielen Ärztenetzen nur schwach ausgeprägt; es bleibt zu hoffen, dass die Einführung der Fallpauschalen auch dazu beitragen wird, die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu verbessern.

*Vom Krankenhaus zum Gesundheitszentrum im Gesundheitsnetz:* In internationalen Vergleichen schneiden in aller Regel Gesundheitssysteme besonders gut ab, in denen Krankenhäuser nicht nur eine Etappe unter vielen spezialisierten Instanzen der Gesundheitsversorgung darstellen, sondern in denen Krankenhäuser gleichzeitig die Rolle der Spinne im Netz eines umfassenden Versorgungssystems übernehmen (vgl. Böcken/Butzlaff/Esche 2000). Ein ent-

scheidender Vorteil solcher Strukturen ist, dass die Integration der Versorgungsangebote für die Kunden und Patienten dann innerhalb dieses Netzes (mit dem Krankenhaus/Gesundheitszentrum im Mittelpunkt) erfolgen kann. In Deutschland beginnen etliche Krankenhäuser mittlerweile auch damit, sich in Richtung solcher Gesundheitszentren fortzuentwickeln (vgl. zur Konzeption Kerres/Lohmann 1999). Oft fängt dies damit an, dass der Notfalldienst des ambulanten Sektors in den Räumlichkeiten von Krankenhäusern untergebracht wird. Weitere Schritte können darin bestehen, dass auf dem Gelände von Krankenhäusern weitere gesundheitsbezogene Einrichtungen angesiedelt werden; dies reicht derzeit von Labors über Qualifizierungsanbieter und Fitnessanlagen bis hin zu Hotels. Von strategischer Bedeutung sind dabei vor allem solche Aktivitäten, die die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten verbessern. Dies hilft nicht nur, die Integration der Versorgungsangebote voranzutreiben, sondern verschafft dem Krankenhaus auch gute und stabile Kontakte zu ihren „Hauptlieferanten“ von Patienten. In einigen Fällen (z.B. im Bremer Krankenhaus links der Weser) wird sogar versucht, einen Teil der Investitionen für die Modernisierung des Krankenhauses aus den Erträgen zu finanzieren, die in den privat finanzierten Bereichen (u.a. Hotel und Weiterbildung) gemacht werden (vgl. f&w Dez. 2001).

## 6. Regionale Profilierung

Die Gesundheitswirtschaft ist in den letzten Jahren zu einem neuen Lieblingsthema der Regional-, Wirtschafts- und Strukturpolitik geworden.<sup>12</sup> Anknüpfend an die prognostizierten „rosigen“ Aussichten der Gesundheitswirtschaft versuchen mittlerweile zahlreiche Regionen, sich als Gesundheitsregionen zu profilieren. Ziel dabei ist es, die Wachstumspotentiale der vorhandenen Gesundheitsunternehmen auszubauen und sich darüber hinaus als idealer Standort für innovative bzw. innovationsfreudige Unternehmen von außen anzubieten.

Zu den prominentesten Regionen in der Bundesrepublik, die durch den Ausbau und die Vernetzung gesundheitsbezogener Unternehmen und Einrichtungen eine Stärkung der Gesundheitswirtschaft anstreben zählen etwa die „Bundeshauptstadt der Gesundheit Erlangen“, die „Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe“, die „Gesundheits- und Fitnessregion Kreis Ahrweiler“ oder das „Gesundheitsland Schleswig-Holstein“ (dpa vom 24.10.2000). Gemeinsam ist allen Gesundheitsregionen, dass sie versuchen, die Aktivitäten der Gesund-

---

<sup>12</sup> Ein Teil unserer Erkenntnisse zum Thema Gesundheitsregionen beruht auf der Studie „Innovationsbranche Gesundheit und Soziales: Kommunale und regionale Ansätze für mehr Wachstum und Beschäftigung“, die Hilbert/Ittermann (1998) für die Hans-Böckler Stiftung erstellt haben. Darüber hinaus lieferte die Studie von Stauch/Kunzmann (1998) viele wichtige Hinweise. Schließlich gehen viele Einschätzungen auch auf persönliche Erfahrungen der Autoren zurück. Die Ausführungen können nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

heitswirtschaft mit einer innovativen Regionalpolitik zu verknüpfen: „Gesundheitsförderung und Regionalentwicklung gehen Hand in Hand, so dass neben Lebensqualität auch eine zukunftsfähige Wirtschaftsweise erreicht und Beschäftigung langfristig gesichert werden kann“ (Stauch/Kunzmann 1998: 12).

Die Differenzen zwischen den verschiedenen Gesundheitsregionen liegen vor allem in den eingeschlagenen Entwicklungspfaden und den spezifischen Schwerpunktsetzungen begründet. Hier sind insbesondere folgende Ansätze zu erkennen:

- Regionen setzen darauf, ihr medizinisches und gesundheitswirtschaftliches Know-How zu identifizieren und so aufzubereiten, dass es auch als Exportgut angeboten werden kann. Die Folge ist vor allem ein Ausbau von Qualifizierungs-, Management- und Beratungsdienstleistungen.
- Vorhandene Gesundheitseinrichtungen werden – auch auf dem Wege des Gemeinschaftsmarketings stärker nach außen vermarktet. Wegen der bestehenden Werbungsbeschränkungen sind entsprechende Initiativen inhaltlich noch sehr begrenzt, gleichwohl sind alle Fachleute überzeugt, dass das Werben um Kunden aus anderen Regionen oder sogar aus dem Ausland eine der wichtigsten Maßnahmen zum Ausbau von Gesundheitsregionen darstellt.
- In den traditionellen Gesundheitsregionen, nämlich den Kur- und Bäderregionen, treffen wir auf zahlreiche Aktivitäten zum Aufbau neuer Geschäftsfelder. Diese reichen von Wellness- und Internetreisen für ältere Menschen über die Entwicklung von Service- und Erlebnispaketen für ausländische Besucher bis hin zu Bemühungen, neue Verzahnungen zwischen stationären und ambulanten Rehabilitationsdienstleistungen aufzubauen.
- Auf ähnliche Aktivitäten trifft man auch in Regionen, die den Fremdenverkehr um gesundheitsbezogene Komponenten bereichern wollen. Hier ist nicht nur der traditionelle Kur- und Rehabilitationsbereich Ausgangspunkt für neue Angebote, sondern vor allem die Öffnung des Freizeitsektors für gesundheitsbezogene Themen. Ein idealtypisches Beispiel hierfür ist etwa der Aufbau einer „Akademie für Wein und Gesundheit“ in der „Gesundheits- und Fitnessregion Kreis Ahrweiler“, mit welcher der Brückenschlag zwischen Genuß und Gesundheit geschlagen werden soll.
- Die Entwicklung der Zulieferbranchen, wie der Medizin- und Gerontotechnik oder der Biotechnologie, ist für viele Wirtschaftsförderer die größte Hoffnung und findet sich in fast allen Gesundheitsregionen als Zielsetzung wieder. Wahrscheinlich ist diese starke Rolle der Zulieferbranchen darauf zurückzuführen, dass viele Wirtschaftsförderer hier die größten Wachstums- und Beschäftigungseffekte erwarten und die Entwicklungspotentiale personenbezogener Dienste eher unterschätzen.

Die folgende Tabelle illustriert überblicksartig Arbeitsschwerpunkte und "Kernkompetenzen" einiger ausgewählter Gesundheitsregionen:

### Gesundheitsregionen und ihre Schwerpunkte

	Know-How-Entwicklung	Vermarktung von Gesundheitseinrichtungen	Entwicklung neuer Perspektiven für Kur- und Bäderregionen	Entwicklung der Zulieferbranchen	Entwicklung des gesundheitsbezogenen Fremdenverkehrs
Dreiländereck Bayern-Böhmen-Sachsen			X		X
Kreis Ahrweiler	X		X	X	X
Rhön-Saale	X		X	X	
Tuttlingen				X	
Ostwestfalen-Lippe	X	X	X		X
Erlangen	X	X		X	
Jena				X	
SWZ Gelsenkirchen*	X	X		X	
Schleswig-Holstein	X	X	X	X	X

\*Das Sozial- und Seniorenwirtschaftszentrum Gelsenkirchen (SWZ) ist eine Initiative aus dem Wissenschaftspark Gelsenkirchen, in deren Rahmen sich verschiedene Einrichtungen, Institute und Unternehmen zu einer Informations- und Kooperationsplattform zusammengeschlossen haben. Ziel dieser Initiative ist es, das Know-How im Bereich der Sozial- und Seniorenwirtschaft zu bündeln. Dabei werden gemeinsame Aktivitäten und Projekte in den Bereichen Gesundheitsdienstleistungen und Altenhilfe durchgeführt.

Quelle: eigene Darstellung nach Hilbert/Ittermann 1998; Stauch/Kunzmann 1998.

Eine Besonderheit bei regionalen Initiativen im Bereich der Gesundheitswirtschaft, stellt die Initiative Seniorenwirtschaft in Nordrhein-Westfalen dar, die dort im Frühjahr 2000 im Rahmen des dortigen Bündnis für Arbeit auf den Weg gebracht wurde und unter der Federführung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Qualifizierung und Technologie (MASQT) sowie des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) durchgeführt wird. Durch die Initiative soll:

- die Lebenssituation älterer Mitbürgerinnen und Mitbürgern in Nordrhein-Westfalen verbessert werden,
- der Beschäftigungsstand in Unternehmen, die Produkte und Dienstleistungen für ältere Menschen liefern, deutlich ausgeweitet werden,
- die Kaufkraft älterer Menschen aus Nordrhein-Westfalen (aber auch aus Nachbarregionen) mobilisiert werden,
- Nordrhein-Westfalen sich als (exportfähiger) Kompetenzstandort für Fragestellungen profilieren, die die Zukunft des Alterns und das Altern der Gesellschaft betreffen.

Drei Arbeitsschwerpunkte - Neue Medien, Wohnen, sowie Freizeit und Tourismus - befassen sich mit der Entwicklung innovativer Produkte und Dienstleistungen. Ein Beispiel: Die nordrhein-westfälischen Teilregionen Niederrhein und Ostwestfalen versuchen derzeit, ihre touristischen Angebote besser auf die Bedürfnisse älterer und gesundheitsinteressierter Menschen auszurichten, um so neue Kundengruppen zu erschließen. Ein weiteres Beispiel liefern die Organisationen des Handwerks, die sich darum bemühen, ihre Mitglieder auf die Chancen der Wohnungsanpassung aufmerksam zu machen. Ergänzend zu diesen branchenbezogenen Schwerpunkten werden zwei Querschnittsthemen bearbeitet: Qualifizierung und Marketing. Bislang spielen im Rahmen der Initiative Seniorenwirtschaft Fragen der Pflege und der gesundheitsbezogenen Versorgung leider nur eine untergeordnete Rolle; im Interesse an einer besseren Entwicklung der Gesamtpalette von Angeboten, die für die Verbesserung der Lebensqualität von Älteren notwendig sind, wäre sicherlich sinnvoll, diese Bereiche - die bislang neben der Initiative von der Landesregierung eigenständig bearbeitet werden - besser mit den Aktivitäten im Bündnis für Arbeit zu verzahnen.

Bislang ist das Innovationsgeschehen in den Gesundheitsregionen insgesamt noch sehr unübersichtlich und undeutlich profiliert. Entsprechende Initiativen der Wirtschafts-, Struktur- und Gesundheitspolitik werden von der Praxis zwar anerkannt und begrüßt und es gibt auch zahlreiche Anhaltspunkte dafür, dass Wirkungen im intendierten Sinne erzielt wurden. Eine systematische Überprüfung der Effekte regionaler Initiativen zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft steht allerdings noch aus. Sowohl mit Blick auf Orientierungswissen für Gesundheitsregionen als auch bezüglich der Evaluation von regionalen Ge-

sundheitsinitiativen zeichnet sich ein interessantes Forschungs- und Beratungsfeld für die Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaften ab.

## Zukunftsperspektiven

Im folgenden wollen wir unsere Überlegungen zur zukünftigen Entwicklung der Gesundheitswirtschaft zu zwei Gedankenmodellen verdichten. Wir konzentrieren uns dabei auf zwei anspruchsvolle Ansätze, die nicht auf Sozialabbau, sondern auf die weitere Verbesserung des gesundheitsbezogenen Angebots setzen. Im ersten Modell steht die Sicherung bzw. die Steigerung von Effizienz, Qualität und Gerechtigkeit der Versorgung im Mittelpunkt, im zweiten Modell geht es darüber hinaus auch darum, mit neuen, gesundheitsnahen Produkten und Dienstleistungen zusätzliche Wachstumschancen zu entwickeln. Ergänzend werden die denkbaren Konsequenzen der unterschiedlichen Vorgehensweisen für die Rolle der Arbeit im Gesundheitssektor erörtert. Da es sich bei diesen Ansätzen um Überlegungen für die Zukunft handelt, sind alle vorgetragenen Argumente spekulative Annahmen und sollten nicht als wissenschaftlich fundierte Prognosen missverstanden werden.

### **Modell 1: „Alles zu bekommen um gesund zu werden“**

„Alles zu bekommen um gesund zu werden“, so fasst die sozialdemokratische Zeitschrift ‚vorwärts‘ die Botschaft aus einem Interview mit der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt über die Ziele und Perspektiven einer Gesundheitsreform 2003 zusammen. Hinter diesem Programm steht das ehrgeizige Ziel, weiterhin eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung innerhalb des bisherigen institutionellen und finanziellen Rahmens realisieren zu können. Die wichtigsten Ansatzpunkte für Verbesserung werden auf der Leistungsseite in einer Stärkung von Prävention und Integration sowie in einem stärker effizienzorientierten Abrechnungs- und Honorarsystem gesehen (v.a. Fallpauschalen). Im Hinblick auf Fragen der Finanzierung halten sich die Gesundheitspolitiker zwar in Interviews und Statements zumeist vornehm zurück; es sickert jedoch gelegentlich durch (vgl. Wirtschaftswoche 13/2002: 35), dass mit dem genannten Konzept

- sowohl Einsparungen bei vermeintlich überflüssigen Behandlungsmethoden
- als auch eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage (nicht nur Arbeitseinkommen, auch Mieteinkünfte und Kapitalerträge)
- sowie eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze (von heute € 3.375,- auf € 4.500,- ab 2003)

verbunden werden.

Ein solches Konzept zur Gesundheitsreform orientiert sich zwar am Prinzip von Effizienz und Gerechtigkeit; es wird angesichts der enorm wachsenden Anforderung an Gesundheitsdienstleistungen wahrscheinlich aber nur unter drei ganz zentralen Voraussetzungen zu realisieren sein, nämlich wenn

- es gelingt, die Leistungen breitflächig mit Fallpauschalen, Behandlungsleitlinien, medical pathways etc. zu standardisieren und zu rationalisieren;
- die Kosten der Gesundheitsversorgung nicht durch den medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Fortschritt signifikant steigen;
- die Einkommen, die Löhne und Gehälter der im Gesundheitswesen Beschäftigten auf dem bisherigen, im Durchschnitt vergleichsweise niedrigen Niveau bleiben bzw. sogar noch sinken.

Unter dem Strich könnte das Konzept „Alles zu bekommen um gesund zu werden“ mithin zwar dazu geeignet sein, die Kosten zu kontrollieren; Schwächen zeichnen sich jedoch mit Blick auf die Innovationsdynamik (bei neuen Produkten und Dienstleistungen) sowie mit Blick auf die arbeitsbezogenen Fragen ab. Mehr Modularisierung und Standardisierung sowie ein weiter steigender Druck, die Löhne und Gehälter zu reduzieren, könnten die Folge sein. Offen bleibt dabei, wie sich Modularisierung und Standardisierung auf die Arbeitsbedingungen auswirkt: Gelingt es, die Schnittstellen zwischen den einzelnen Behandlungsschritten und Verfahren anschlussfähig zu definieren und zu optimieren, könnte dies zu mehr Ruhe und Gelassenheit im beruflichen Alltag führen. Aber auch das Gegenteil ist keineswegs ausgeschlossen; die ständige Suche nach einer von außen gesetzten Verbesserung der Arbeitsabläufe in und zwischen den Einrichtungen führt zur organisatorischen Dauerunübersichtlichkeit, die nur durch ständiges Improvisieren und durch eine hohe Leistungsbereitschaft der Beschäftigten im Interesse der Patienten und Kunden gebändigt werden kann.

## **Modell 2: Zukunftsbranche Lebensqualität**

Alle Ansätze zur Produktivitätssteigerung zu nutzen und darüber hinaus durch die Entwicklung neuer Produkte und Dienstleistungen für mehr gesundheitsbezogene Lebensqualität und Beschäftigung zu sorgen – so etwa könnte ein Programm skizziert werden, das über das hinausgeht, was mit dem Leitbild „Alles zu bekommen um gesund zu werden“ umschrieben worden ist. Zur Realisierung dieses Ansatzes, den wir hier mit dem Begriff Zukunftsbranche Lebensqualität benennen, wird zum einen darauf hingearbeitet, einen möglichst anspruchsvollen Katalog von Dienstleistungen für die Gesunderhaltung und Heilung - unabhängig von Einkommen, Alter und Bildung der Nachfrageseite - zur Verfügung zu stellen. Ergänzend werden aber auch alle Kräfte in der Gesundheitswirtschaft ermuntert, darüber hinaus gehende gesundheitsbezogene Angebote – von Fitnesskursen über de-Luxe-Behandlungsformen in Krankenhäusern bis hin zu Gesundheitsreisen und unkonventionellen Präventions- und

Therapieangeboten gegen zusätzliches privates Geld anzubieten. Gegenüber dem Ansatz „Alles zu bekommen um gesund zu werden“ hat die Perspektive Zukunftsbranche Lebensqualität eine Reihe von Vorteilen:

- Sie stellt Gesundheit und Wohlbefinden als ein erstrebenswertes Gut dar und erhöht so die Bereitschaft der Bevölkerung, für diesen Bereich Geld auszugeben, sei es über verpflichtende Abgaben (Steuern und Sozialversicherungen) oder in Form zusätzlicher privat getragener Aufwendungen.
- Sie bringt mehr Schubkraft für die Innovationsbereitschaft.
- Bei den privat (mit-)getragenen Gesundheitsdienstleistungen sind die Anbieter ganz besonders gefordert, sich kundenorientiert zu verhalten; Erfahrungen aus diesem Bereich können dann möglicherweise für den solidarisch (über Steuern oder Sozialabgaben) finanzierten Bereich fruchtbar gemacht werden.

Mit Blick auf die Rolle der Arbeitsstellen beim Ansatz „Zukunftsbranche Lebensqualität“ stellen sich im großen und ganzen die gleichen Chancen und Herausforderungen wie im erstgenannten Szenario („Alles zu bekommen um gesund zu werden“). Allerdings ist zum einen mit einer größeren Nachfrage nach Arbeitskräften zu rechnen. Und zum anderen könnten die Anforderungen, die an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestellt werden, in vielen Fällen vielfältiger sein. Der Grund dafür könnte darin liegen, dass dann viele Arbeitskräfte sowohl Leistungen erbringen, wie sie im Rahmen des solidarisch finanzierten Leistungskatalog vorgesehen sind als auch solche, die frei finanziert werden. Ein Beispiel stellen Pflegekräfte dar, die zum einen in Altenpflegeheimen tätig sind und zum anderen in Einrichtungen des betreuten Wohnens privat finanzierte Kommunikations- und Aktivierungsangebote machen. Ob solchermaßen angereicherte Arbeitsformen vom Personal eher als Erleichterung oder als zusätzliche Belastung empfunden werden, hängt sicherlich von den konkreten Einsatzbedingungen ab und kann auch von unterschiedlichen Arbeitskräften unterschiedlich empfunden werden. Insgesamt gesehen dürfte eine solchermaßen modernisierte Arbeitswelt jedoch vermehrt Chancen für moderne, abwechslungsreiche und anspruchsvolle Arbeit bieten.

Mögliche „Schattenseiten“ und Probleme des Ansatzes „Zukunftsbranche Lebensqualität“ können darin gesehen werden, dass Anbieter in die Versuchung geraten, ihren Kunden überflüssige Angebote anzubieten, die von zweifelhaftem Wert sind. Des weiteren ist dieser Ansatz anfällig für den Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“. Beide Gefahren sind nicht von der Hand zu weisen. Um sie zu minimieren, ist zum einen der Ausbau des gesundheitsbezogenen Verbraucherschutzes sinnvoll; zum anderen müssen Mechanismen gefunden werden, mit denen der Katalog der solidarisch finanzierten Leistungen so dynamisiert wird, dass durch ihn immer eine optimale Gesundheitsversorgung gewährleistet bleibt.

### Quantitative Szenarien der zukünftigen Entwicklung

In einer Studie zur zukünftigen Entwicklung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft wurde die Beschäftigungsentwicklung vor dem Hintergrund dreier möglicher Konzepte der Politikgestaltung abgeschätzt (vgl. Bandemer/Hilbert/Schulz 1998). Die Ergebnisse dieser Studie sind nach wie vor äußerst instruktiv, gleichwohl wäre es sinnvoll, die Berechnungen zu aktualisieren. In dem Szenarienmodell wurden drei Politikmodelle unterschieden:

- Ein etatistisches Modell, das im Prinzip von einer Fortschreibung des status-quo unter der Berücksichtigung bereits erkennbarer Veränderungen ausgeht,
- Ein neoliberales Modell, bei dem durch eine konsequente Privatisierungs- und Deregulierungsstrategie sowie einem Rückbau des Sozialstaates eine drastische Reduzierung des Staatsanteils am Bruttoinlandsprodukt erreicht werden soll, sowie
- Ein Dienstleistungspolitikmodell, das die Produktivitätssteigerung öffentlicher Dienstleistungen anstrebt und gleichzeitig eine deutliche Verringerung des Staatsanteils bewirkt.

Diese alternativen Politikkonzepte wurden zu Modellen verdichtet, die eine Abschätzung von Beschäftigungswirkungen ermöglichen. Die Modelle setzen sich jeweils aus einer Fülle von Annahmen zusammen, die an dieser Stelle jedoch nicht detailliert dargestellt werden können. Zu den Modellen im einzelnen:

Im *etatistischen Politikmodell* wird auf der Einnahmeseite mit einer Verschiebung von den direkten zu den indirekten Steuern sowie auf der Ausgabenseite mit einem Subventionsabbau und einer Reduktion der Zahl der Staatsbediensteten gerechnet. Demographisch bedingt steigen die Sozialabgaben, dennoch erhöht sich der Anteil der Sozialbeiträge an den Einkommen aus unselbständiger Arbeit lediglich von 32,4% auf 33% im Jahr 2010. Bei einer Rückführung der Staatsverschuldung beträgt die Staatsquote im Jahr 2010 annähernd 45% und liegt damit um mehr als 6% unter dem Wert von 1995. Aufgrund der zugrunde gelegten positiven wirtschaftlichen Entwicklung in der Bundesrepublik kann ein reales Wirtschaftswachstum von rund 2,4% bis zum Jahr 2010 realisiert werden. Bei einer Produktivitätssteigerung von rund 1,8% kann die Beschäftigung jährlich um rund 0,6% zunehmen. Im Jahr 2010 werden bei dieser Politikvariante rund 37,9 Millionen Menschen in der Bundesrepublik beschäftigt sein. Dies entspricht einem Zuwachs gegenüber 1995 von rund 3,1 Millionen Beschäftigten.

Im *neoliberalen Politikmodell* erfolgt auf der Ausgabenseite ein drastischer Subventionsabbau und eine ausgeprägtere Verringerung der Staatsbediensteten als im etatistischen Modell. Um die Reduzierung der Staatsquote auf 30% zu erreichen, erfolgen darüber hinaus ein Umbau des Sozialsystems mit

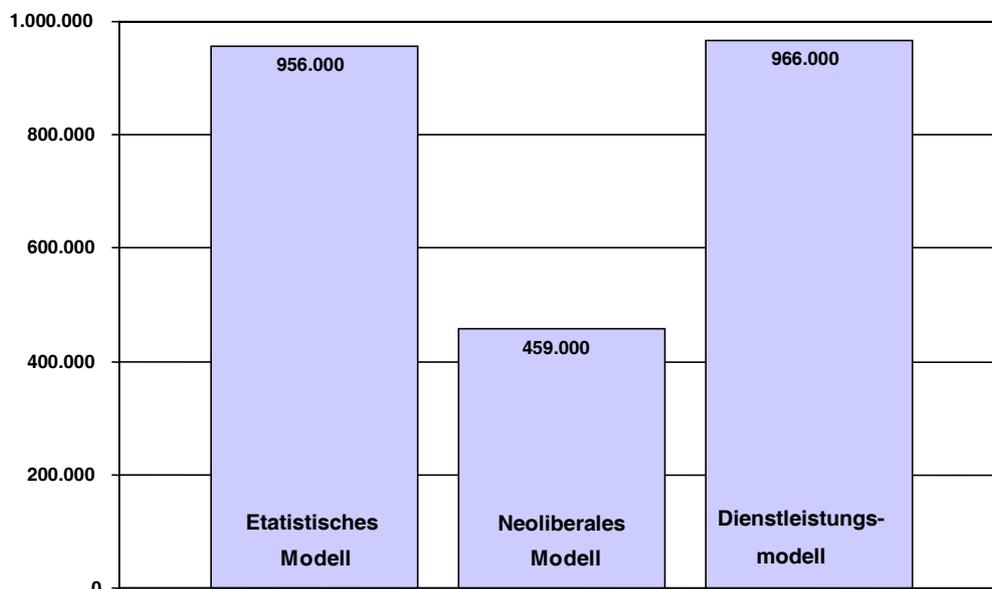
einer Privatisierung im Bereich der Kindertageseinrichtungen, Schulen, Hochschulen, Krankenhäusern und weiteren sozialen Einrichtungen sowie Kürzungen der Bundeszuschüsse und der Leistungen der einzelnen Sozialversicherungsträger. Dies ermöglicht die Senkung der Beitragssätze zu den Sozialversicherungen. Die Sozialquote liegt mit 22% im Jahr 2010 um elf Prozentpunkte unter der Sozialquote des etatistischen Modells. Zudem werden die Gewinnsätze auch die Lohnsteuern gesenkt, was allerdings zu einem größeren Gewicht indirekter Steuern führt. Insgesamt werden die privaten Haushalte geringer belastet, aufgrund der reduzierten Transferzahlungen stellt sich jedoch langfristig keine Gesamtentlastung ein. Mit diesem Modell ist der Wachstumspfad des etatistischen Modells nicht zu erreichen. Der Umbau des Sozialstaates wird nicht friktionslos verlaufen. Insbesondere in den neuen Bundesländern wird der Abbau der Transferzahlungen an die Unternehmen und privaten Haushalte einen merklichen nachfragedämpfenden Effekt auslösen, der durch die gleichzeitige Verringerung der Infrastrukturleistungen verstärkt wird. Die privaten Haushalte müssen einen wachsenden Teil ihres Einkommens für die Finanzierung von Kinderbetreuungs- und Gesundheitsdiensten aufwenden. Die Unternehmen werden zwar bei den Lohnnebenkosten entlastet, ob dies zu einer Stärkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit führt hängt davon ab, ob sie im Preis- oder Qualitätswettbewerb stehen. Die meisten Unternehmen dürften überwiegend dem Qualitätswettbewerb ausgesetzt sein, so dass sich Preissenkungen nur bedingt auszahlen. Die Senkung der Lohnnebenkosten führt zu einem relativ beschäftigungswirksamen Wachstumspfad, da der Anreiz zu rationalisierenden Investitionen abgebaut wird. Damit fällt der Produktivitätsanstieg geringer aus als im etatistischen Modell. Insgesamt wird im neoliberalen Politikmodell mit einem Wachstum von 2,0%, einem Produktivitätsanstieg von 1,6% und einem Beschäftigungszuwachs von 0,4% jährlich gerechnet. Die Zahl der Erwerbstätigen liegt damit im Jahr 2010 um rund eine Million unter der Beschäftigtenzahl im etatistischen Politikmodell.

Im *Dienstleistungspolitikmodell* gelingt es, die Staatsquote auf 40% zu senken. Eingeleitet wird dies über eine veränderte Schwerpunktsetzung staatlicher Aktivitäten. Investiert wird vor allem in die Erschließung von Effektivitäts- und Effizienzpotentialen im Verwaltungsbereich sowie in neue wirtschaftliche Aktivitäten. Bei den sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten wird durch ein systematisches und umfassendes Qualitätsmanagement der Kostendruck auf die Leistungserbringung statt auf die Leistungsempfänger umgeleitet. Dies führt zu einer Nachfragesteigerung aufgrund von Qualitäts- und Effizienzsteigerungen. Verbunden mit der Umstrukturierung staatlicher Aktivitäten ist eine höhere Investitionstätigkeit des Staates. Zudem beträgt die Reduzierung der Leistungen im Vergleich zum neoliberalen Modell nur rund ein Viertel. Der weitaus geringere Abbau der Transferzahlungen an Unternehmen und private Haushalte bewirkt jedoch, dass die Beitragssätze zur Sozialversicherung und die Belastungen mit direkten und indirekten Steuern insgesamt höher ausfallen als im neoliberalen Modell. Auf der staatlichen Einnahmeseite werden die

Mehrwert- und Energiesteuern eine größere Rolle spielen, bei den Sozialausgaben wird die Bedeutung der Eigenleistungen zunehmen. Insgesamt wird die Wachstumsdynamik im Dienstleistungspolitikmodell gestärkt. Die gezielte Förderung und Aktivierung der Innovationskraft der Wirtschaft, eine Verbesserung der Forschungsförderung sowie die neuen Wege bei der Aufbringung und Verwendung der Steuern und Sozialabgaben verstärken die expansiven Impulse, die sich aus der Erhöhung des verfügbaren Einkommens der privaten Haushalte sowie aus der Senkung der Lohnnebenkosten ergeben. Die aktive Dienstleistungspolitik des Staates fördert durch den Abbau von Hemmnissen das Wachstum der Wirtschaft und setzt zusätzliche Beschäftigungsimpulse. Insgesamt werden im Jahr 2010 rund eine Million Personen mehr beschäftigt sein als im etatistischen Modell. Ab dem Jahr 2000 könnte mit rund 2,5% jährlich ein höheres Wachstum (bei einer gleichzeitig um 0,2% höheren Produktivitätssteigerung) realisiert werden.

Im Hinblick auf die Beschäftigungswirkungen lassen sich die Effekte der drei unterschiedlichen Politikmodelle sowohl für die Kinder-, und Altenbetreuung als auch für den Gesundheitsbereich überschlagen. Fasst man die sozialen Dienstleistungen - Gesundheit, Kinder- und Altenbetreuung - zusammen, so ergibt sich unter dem Strich in allen Politikmodellen eine positive Beschäftigungsentwicklung. In den Bereichen Gesundheit und Alter kommt es zu bemerkenswerten Arbeitsplatzgewinnen, jedoch wird der Eindruck dadurch getrübt, dass die Gesamtarbeitsplatzeffekte im Bereich der sozialen Dienstleistungen durch die Arbeitsplatzverluste bei der Kinderbetreuung etwas gedämpft werden. Die Höhe der Beschäftigungseffekte fällt im Vergleich der Modelle allerdings sehr unterschiedlich aus: Im Dienstleistungspolitikmodell sowie im etatistischen Modell wird mit rund einer Million zusätzlicher Arbeitsplätze gerechnet, während das Beschäftigungsplus im neoliberalen Modell mit knapp 500.000 neuen Arbeitsplätzen bescheidener ausfällt. Beim Vergleich des etatistischen Modells und des Modells der aktiven Dienstleistungspolitik ist es vor allem eine Überlegung, die für das letztgenannte Modell spricht: Das Dienstleistungspolitikmodell ist im Hinblick auf die Staatsverschuldung überlegen, weil es mit einem deutlich günstigeren Finanzierungssaldo im Staatshaushalt auskommt. Dies ermöglicht dem Kapitalmarkt niedrigere Zinsen und wirkt somit gesamtwirtschaftlich stärker wachstums- und beschäftigungsfördernd. Das neoliberale Modell hat zwar einen noch günstigeren Finanzierungssaldo, die Nettozinsen übersteigen jedoch die Nettoinvestitionen um einen Betrag von über 100 Mrd. DM und liegen damit genauso hoch wie im etatistischen Modell. Der leicht positive Effekt für die Gesamtwirtschaft, der von einem etwas günstigeren Finanzierungssaldo ausgehen könnte, wird im neoliberalen Modell mithin dadurch konterkariert, dass die öffentliche Hand keinen Spielraum hat, durch eigene Investitionen neue Entwicklungen anzustoßen, wie dies im Dienstleistungspolitikmodell möglich ist. Die folgende Graphik verdeutlicht die Beschäftigungszuwächse im Bereich der sozialen Dienstleistungen bis 2010 differenziert nach den oben dargestellten Politikmodellen:

**Summe Beschäftigungszuwachs bei den sozialen  
Dienstleistungen bis 2010**



Die Ergebnisse dieser Szenarienmodelle werden durch die Ergebnisse einer Studie gestützt, die sich mit der zukünftigen Beschäftigungsentwicklung in der nordrhein-westfälischen Gesundheitswirtschaft bis zum Jahr 2015 auseinandersetzt. Die Studie kommt ebenfalls auf der Basis von Szenarienmodellen zu dem Ergebnis, dass mit einer Beschäftigungszunahme in der nordrhein-westfälischen Gesundheitswirtschaft in einer Größenordnung zwischen +70.000 und +196.000 Beschäftigten bewegt wird (vgl. FfG/IAT/MHH 2001). Mehr als die Hälfte dieses prognostizierten Beschäftigungswachstums wird im Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege erwartet. Differenziert nach einzelnen Sektoren ergab sich folgendes Bild:

<b>Prognose: Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft NRW bis 2015</b>		
	<b>Unteres Szenario</b>	<b>Oberes Szenario</b>
Ambulante Versorgung	+30.000	+60.000
Stationäre Versorgung	-15.600	+10.600
Altenhilfe und -pflege	+44.000	+100.000
Zulieferindustrien und Nachbarbranchen	+12.300	+25.600
<b>GESAMT</b>	<b>70.700</b>	<b>+196.200</b>
Quelle: FfG/IAT/MHH 2001		

Ende 2001 wurde vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW 2001) ein Forschungsbericht für das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie erstellt, der u. a. auch die Beschäftigungsaussichten im Gesundheitswesen für Gesamtdeutschland abschätzt. Diese Studie legt auch Daten für das mögliche Beschäftigungswachstum im Krankenhausbereich (+390.000 Beschäftigte) und bei der ambulanten Versorgung (+100.000 Beschäftigte) vor; allerdings wird hier nicht spezifiziert, ob sich diese Daten auf das Jahr 2020 oder 2050 beziehen. Bei den Daten zur ambulanten Versorgung ist dies irrelevant, da sich in diesem Bereich zwischen 2020 und 2050 nur marginale Veränderungen ergeben werden; im Bereich der stationären Versorgung kann dies jedoch zu relevanten Unterschieden führen.

## Literatur

- Arnold, M. / Helou, A. / Schwartz, F.W. (2000): Plädoyer für eine Neuorientierung der medizinischen Prävention und Rehabilitation - Ein Ansatz zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken, in: Arnold, M. / Litsch, M. / Schwartz, F. W. (Hg.): Krankenhausreport `99, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart / New York: 11-14.
- Bandemer, S. von / Hilbert, J. / Schulz, E. (1998): Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales? Szenarien und Ansatzpunkte der Beschäftigungsentwicklung bei gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten, in: Bosch, G. (Hg.): Zukunft der Erwerbsarbeit: Strategien für Arbeit und Umwelt, Frankfurt a.M./New York: 412-435.
- Bandemer, S. von / Weigel, R. (1998): Lernen von besten Ideen und Lösungen: ein neues Benchmarkingzentrum initiiert Betriebsvergleiche für ambulante Pflegedienste, in: Häusliche Pflege 7, 22-27.
- Bartens, W. (2001): Körper auf Messers Schneide, in: DIE ZEIT, Nr.1 vom 27. Dezember 2001, 28.
- Berendt, U. (1997): Wohnzufriedenheit und Akzeptanz wohnungsnaher Dienstleistungen am Beispiel einer Wohnungsgenossenschaft, in: WIS-Bericht Nr. 20, Bochum.
- Beyer, L. / Brandel, R. / Esch, K. / Hilbert, J. / Langer, D. / Micheel, B. / Middendorf, A.S. (2000): Dienstleistungen für mehr Lebensqualität: Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, Gelsenkirchen.
- Beyer, L. / Hilbert, J. / Micheel, B. (1998): Le Grand Espoir en Fin de Siecle, in: Cornetz, W. (Hg.): Chancen durch Dienstleistungen: Ansatzpunkte einer aktiven Gestaltung struktureller Prozesse, Wiesbaden: 77-101.
- Blanke, B. / Hilbert, J. (2000): Sozialstaat im Wandel: Eine wissenschaftliche Untersuchung für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Böcken, J. / Butzlaff, M. / Esche, A. (Hg.) (2000): Reformen im Gesundheitswesen: Ergebnisse einer internationalen Recherche, Gütersloh.
- Born, A. (2000): Gemeinsam oder einsam? Arbeitsorganisation im Dienstleistungssektor, in: Nordhause-Janzen, J. / Pekruhl, U. (Hg.): Arbeiten in neuen Strukturen? Partizipation, Kooperation, Autonomie und Gruppenarbeit in Deutschland, München und Mering: 103 – 138.
- Born, A. / Dülberg, A. / Scharfenorth, K. (2000): Lassen sich schlafende Riesen wecken? Qualitätsmanagement und Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, in: Institut Arbeit und Technik (Hg.): Jahrbuch 1999/2000, Gelsenkirchen, 62-81.

- Born, A. / Langer, D. (2001): Im Angesicht des Schweißes - ein arbeitsorientierter Modernisierungsansatz in einem Unternehmen der Sport- und Freizeitwirtschaft, in: Institut Arbeit und Technik (Hg.): Jahrbuch 2000/2001, 177-198.
- Breyer, F. / Ulrich, V. (2000): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt, und der Anstieg der Gesundheitsausgaben, in: DIW Wochenbericht 24/2000.
- Bruns, U. / Hilbert, J. / Scharfenorth, K. (1999): Technik und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter: Ansätze zur Gestaltungsorientierung, in: Zeitschrift für Sozialreform 45, 369-382.
- Defren, H. (2000): Der Aufbau einer Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin, in: f&w 4/2000, 370-372.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung DIW (2001a): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen: Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Berlin.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung DIW (2001b): Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick bis 2050, DIW-Wochenbericht 5/2001
- Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (2000): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, o.A.
- Focus (2001): Die große Ärzte-Liste, München.
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) / Institut Arbeit und Technik (IAT) / Medizinische Hochschule Hannover (MHH) (2001): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen, eine Studie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Friesen A. von / Weismann T. (2001): Der Markt für Krankenhausversorgung wird international, in: f&w 5/2001, 468-470.
- Gerste, B. / Niemeyer, M. / Lauterberg, J. (2000): Wieviel chronisch Kranke gibt es? in: Arnold, M. / Litsch, M./ Schwartz, F. W. (Hg.): Krankenhausreport '99, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart / New York: 67-92.
- Geschäftsstelle Seniorenwirtschaft am Institut Arbeit und Technik (2001): Kompetenzpapier Intelligentes Wohnen: Neue Chancen für das Zuhauseleben im Alter, Gelsenkirchen.
- Grönemeyer, D.H.W. (2000): Med. in Deutschland: Standort mit Zukunft, Berlin u.a.
- Güntert, B. J. (1999): Benchmarking als Instrument zur Qualitätssicherung, in: Badura, B. / Siegrist, J. (Hg.): Evaluation im Gesundheitswesen, Weinheim/München: 105-120.
- Hartmann, A. K. (2002): Zwischen Differenzierung und Integration: Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik, Opladen.

- Hauck, K. / Helberger, C. (1998): Erprobungsmodelle zur Effizienzsteigerung im deutschen Gesundheitswesen – Das BKK-Praxisnetz in Berlin, in: Sozialer Fortschritt, Heft 6, 139-143.
- Hilbert, J. (2000): Vom Kostenfaktor zur Beschäftigungslokomotive: Zur Zukunft der Arbeit in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Paper der Querschnittsgruppe „Arbeit und Ökologie“ des WZB Berlin, Berlin.
- Hilbert, J. / Ittermann, P. (1998): Innovationsbranche Gesundheit und Soziales: Kommunale und regionale Ansätze für mehr Wachstum und Beschäftigung, Gelsenkirchen.
- Hilbert, J. / Scharfenorth, K. (2000): Mit Neuen Medien zu besseren sozialen Diensten, in: Die BKK 12, 547-552.
- Hilgers, A. / Hoffmann, I. (1995): Gesund oder krank, Berlin und Heidelberg.
- Institut für Gerontologie (IfG) / Institut Arbeit und Technik (IAT) (1999): Memorandum ‚Wirtschaftskraft Alter‘, Düsseldorf.
- Kerres, M. / Lohmann, H. (1999): Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung, Wien.
- Kober, K. (2001): Wie lange kann sich unser Gesundheitswesen ein fehlendes Schnittstellenmanagement noch leisten?, in: f&w 2/2001, 137-139.
- Kopetsch, Th. (2000): Der medizinische Fortschritt und die Grenzen seiner Finanzierbarkeit, in: List Forum für Wirtschafts- und Sozialpolitik, Band 26, Heft 1, 33-50.
- Krankenhaus Umschau 6/2001: Prävention statt Reparaturmedizin, 450-453.
- Lauterbach, K. W. / Münch, E. (2001): Hoher Einsatz mäßiger Ertrag: Interview zum Gutachten des Sachverständigenrates, Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, in: f&w 5/2001, 336-339.
- LBS (Hg.) (1999): Wohnen mit Service, Bonn.
- Lüngen, M. / Stock, S. / Lauterbach, K. W. (2002): Disease-Management-Programme: Chance oder Gefahr für Krankenhäuser?, in: Das Krankenhaus 2/2002, 108-113.
- Mörmel, R. / Wenzel, F. / Thiess M. (2001): Die neue Herausforderung heißt Disease Management, in: f&w 4/2001, 359-363.
- Möws, V. / Seidel, J. (2001): Mit dem DRG-System kommt der Markt ins Krankenhaus - Das Benchmarking wir den Krankenhausbetriebsvergleich verdrängen, in: f&w 1/2001, 44-47.
- Moos, G. / Zacher, J. (Hg.) (2000): Zukunft der Sozialwirtschaft - Impulse aus Theorie und Praxis, Freiburg i. Br.
- Müller, R. (2000): Zukunftsentwicklungen des Gesundheitswesen in Technologie und Biologie, in: Görres, S. / Hoffmann, W. / Terschüren, C. (Hg.): Entwicklung des Gesundheitssystems bis zum Jahre 2020, Bremen.
- Naegele, G. (1999): Demographie und Sozialepidemiologie – Zur These vom demographisch bedingten Anstieg der Gesundheitsausgaben, in: Naegele, G. / Igl, G. (Hg.): Perspektiven einer sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen, München: 63-85.

- Naegele, G. (2001): Perspektiven in der stationären Altenpflege - die Rolle des Mitarbeiter im Heim, Vortrag gehalten im Rahmen der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe im Bistum Trier am 25. September in Trier, Dortmund (Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund; verv. Ms.)
- Nefiodow, L.A. (1996): Der sechste Kontratieff: Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Sankt Augustin.
- PROGNOS (1995): Perspektiven der gesetzlichen Rentenversicherung für Gesamtdeutschland vor dem Hintergrund veränderter politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen, DRV-Schriften, Band 4, Frankfurt a.M.
- PROGNOS (1998): Auswirkungen veränderter ökonomischer und rechtlicher Rahmenbedingungen auf die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland, DRV-Schriften, Band 9, Frankfurt a.M.
- Schmidt H. (2001a): Die Börse – ein potenzieller Krisenbewältiger im Gesundheitswesen?, in: das Krankenhaus 5/2001, 403-409.
- Schmidt H. (2001b): Die Krankenhäuser brauchen privates Kapital, in: f&w 6/2001, 616-621.
- Schulz, E. / König, H.-H. / Leidl, R. (2001): Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle, DIW- Diskussionspapier Nr. 240, Berlin.
- Schwartz, , F.W. / Busse, R. (1998): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz, F.W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München, Wien, Baltimore: 385-411.
- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (2000): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahre 2050 - Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden ([www.statistik-bund.de](http://www.statistik-bund.de)).
- Stauch, A. / Kunzmann, K.R. (1998): Gesundheit und europäische Regionalentwicklung: Innovative Politik für Touristik und Technologie, Medikur Band 4, Hamm.
- SVRKAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1996): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1996, Band 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden.
- SVRKAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1997): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997, Band 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden.
- SVRKAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Berlin ([www.svr.de](http://www.svr.de)).

- SVRKAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Addendum zum Gutachten 2000/2001, Berlin ([www.svr.de](http://www.svr.de)).
- Szecsényi, J. / Magdeburg, K. / Broge, B. (1998): Das lernende Netz: Aufbau eines Informations- und Qualitätsmanagementsystems für vernetzte Praxen, in: Die Ersatzkasse, Heft 6, 257-262.
- Thier U. (2001): Privatisierung – kommt nach der Krankenhaus-GmbH die Krankenhaus-AG und dann der Gang an die Börse?, in: das Krankenhaus 10/2001, 875-885.
- Wasem, J. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, Neuss.
- Wüstenrot-Stiftung (Hg.) (2001): Evaluationsstudie Betreutes Wohnen, Ludwigsburg.