

Wolfgang Potratz und Josef Hilbert

Jenseits von Beitragssätzen und Risikoausgleich

1 Von staatlichen Wohlfahrtskonzepten zum Produkt Lebensqualität und Gesundheit

„Lebensqualität“ war das große Thema der 1970er Jahre¹. Lebensqualität beschrieb damals ein „neues soziales Gleichgewicht durch Verbesserung der öffentlichen Dienste, mehr Partizipation des Einzelnen in den staatlichen und privaten Bürokratien, mehr Solidarität mit den unorganisierten Gruppen, Humanisierung der Arbeit bei gesicherten Arbeitsplätzen, die humane Schule bei erweiterten Bildungschancen, gerechtere Einkommens- und Vermögensverteilung bei stetigem Wachstum, Prävention statt verspäteter Reparatur, vorausschauende Planung statt kurzsichtiger Verschwendung ...“². Diese Definition verknüpfte amerikanische und skandinavische Konzepte, wobei die amerikanischen eher das subjektive Wohlbefinden zum Maßstab machten und die skandinavischen sich eher auf objektiv erfassbare Lebensbedingungen stützten. Auch die WHO-Definition von Gesundheit liegt ganz auf dieser Linie³. In der Bundesrepublik führte dies in den 1970er Jahren zu aufwändigen Wohlfahrtssurveys⁴, aus denen u. a. das heute als sozialwissenschaftliche Datenquelle unverzichtbare „Sozioökonomische Panel“ hervorgegangen ist.

Inzwischen haben sich „neu“ Wohlfahrtskonzepte⁵ durchgesetzt, die Lebensqualität mehr über individuelle „capabilities“ als über staatlich bereitgestellte „commodities“ definieren und Lebensqualität daran messen, „inwieweit die Bürger einer Gesellschaft nicht als passive Empfänger von Wohlfahrtserträgen betrachtet werden, sondern als fähige und autonome Akteure agieren können, die ihre Lebensqualität im Kontext demokratischer Institutionen aktiv zu gestalten vermögen (‘empowerment’)“⁶.

Als „fähige und autonome Akteure“ agieren hier in der Tat inzwischen Bürger, die bereit sind, wachsende Teile ihres Einkommens in die eigene Gesundheit als Teil ihrer Lebensqualität zu investieren und damit ein Nachfragepotential nach dem Gut Gesundheit auf den Markt bringen, das gesamtwirtschaftliche Relevanz erreicht. In einem altindustrialisierten Raum wie Nordrhein-Westfalen ist die bisher wirksam gewordene Nachfrage nach Lebensqualität und Gesundheit zu einem Träger des Strukturwandels geworden und hat für mehr zusätzliche Beschäftigung gesorgt als mehrere der traditionellen

¹ zu erinnern ist etwa an die legendäre 4. Internationale Arbeitstagung der IG Metall 1972 „Aufgabe Zukunft — Verbesserung der Lebensqualität“ in Oberhausen; vgl. IGM 1972

² Zapf 1976, zit. nach Noll 2000, S.6

³ “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

⁴ als erste dieser Studien vgl. Ballerstedt et al. 1975

⁵ s. dazu die knappe Darstellung bei Noll 2000, S. 18 ffl

⁶ Noll 2000, S.25

Branchen dieses Landes zusammen⁷. Denn hinter jedem Patienten bzw. „Kunden“ steht inzwischen ein riesiger medizinischer, technischer und pflegerischer Apparat von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Rettungsdiensten über Medizintechnik und biotechnologische Forschung bis hin zu „Altersresidenze“ und Yogakursen. Die Analyse der ökonomischen wie sozialen Chancen und Restriktionen von Angebot und Nachfrage in diesem Wirtschaftsbereich, und in gestalterischer Hinsicht die Erarbeitung von Strategien und Maßnahmen, die dieser Branche weiteres Wachstum und Beschäftigung sichern können, sind Gegenstand des Forschungsschwerpunktes „Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität“ am IAT.

In den folgenden Ausführungen geht es zunächst einmal darum, grundsätzliche Überlegungen zu den Entwicklungsperspektiven von Angebot und Nachfrage in der Gesundheitswirtschaft zu präsentieren. Dies stellt dann die Grundlage dafür dar, zentrale Fragestellungen für die zukünftige Forschung, Entwicklung und Erprobung des Forschungsschwerpunktes zu skizzieren.

2 Die Gesundheitswirtschaft: Angebot und Nachfrage

Die vor allem historisch geprägte Fixierung auf öffentliche oder private Wohlfahrtseinrichtungen und freiberufliche Leistungserbringer hat dazu beigetragen, dass ökonomisch – und zumeist auch politisch – das Gesundheitswesen als konsumptiver Wohlfahrtssektor, nicht aber als Gesundheit und Güter produzierender Teil der Volkswirtschaft wahrgenommen wird⁸. In der wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Debatte der Vergangenheit wurde folglich das Gesundheitswesen als Kostenfaktor betrachtet, der die internationale Wettbewerbfähigkeit des „Standorts Deutschland“ mindert. Diese etwas kurzschlüssige Betrachtung hat sich jedoch spätestens mit dem Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Mitte der 90er Jahre geändert⁹, dem sich auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001) angeschlossen hat. Die Diskussion wurde auch zu rechtgerückt durch ein Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (2001), wonach die Ausgaben für das Gesundheitswesen seit 1975 mit 13,1 Prozent des Bruttoinlandsproduktes in etwa konstant geblieben sind und die Explosion des Beitragsatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung sich vielmehr aus den mangelnden Beiträgen ergibt, d. h. aus den durch Arbeitslosigkeit, Frühverrentung etc. bedingten Defiziten auf der Einnahmeseite.

Vor diesem Hintergrund wird es umso dringlicher, innovative Konzepte zur Schaffung von Arbeitsplätzen und zur Erhöhung der gesamtwirtschaftlichen Nachfrage zu entwickeln, um der „Einnahmeimplosion“ entgegenzuwirken.

⁷ s. dazu ausführlich Dülberg/Fretschner/Hilbert 20002; s. aber auch Hilbert/Fretschner et al. 2003, Hilbert 2000 sowie zahlreiche weitere Arbeiten der ehemaligen Abteilung Dienstleistungssysteme im IAT

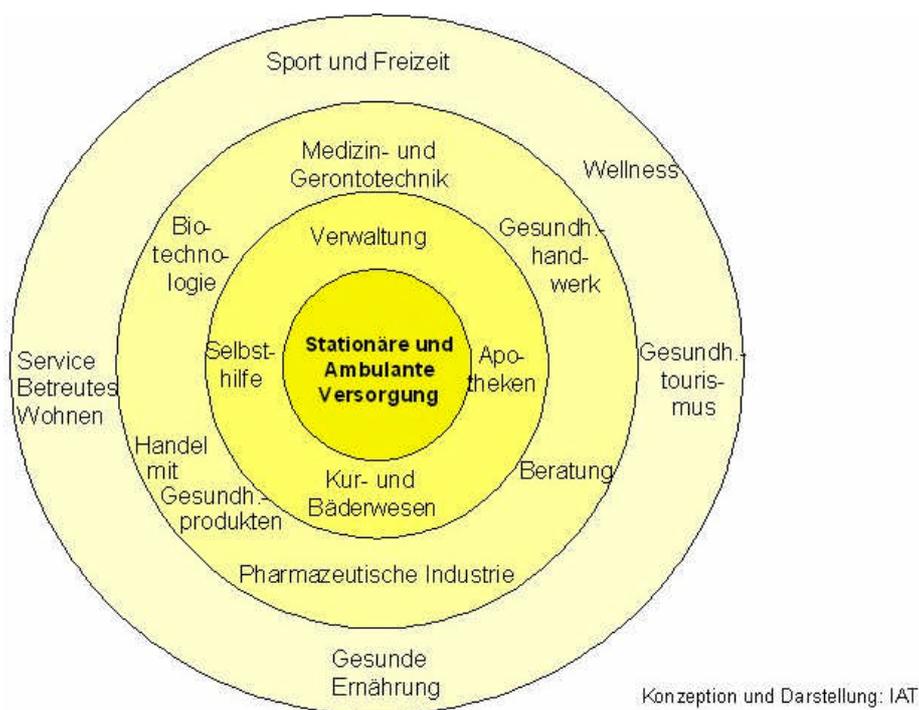
⁸ Schwartz/Busse 1998, S.387

⁹ vgl. SVR KAG 1996

Das Angebot und seine Restriktionen

Es gibt keine einheitliche oder allgemein anerkannte Definition von „Gesundheitswirtschaft“. Wenn wir davon ausgehen, dass der klassische, im Wesentlichen vom öffentlichen Gesundheitswesen gesteuerte Versorgermarkt sich zu einem Konsumentenmarkt geöffnet hat, liegt es nahe, auch die klassischen Kategorien Prävention, Kuration und Rehabilitation zu verlassen und die Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft nach ihrer Stellung im Wertschöpfungsprozess zu ordnen¹⁰. Wie aus der Graphik deutlich wird, umfasst die Gesundheitswirtschaft dann neben den personalintensiven Dienstleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung auch die kapital- und technologieintensiven Vorleistungs- und Zulieferindustrien sowie die Randbereiche und Nachbarbranchen mit ausgeprägten gesundheitlichen Bezügen. Das Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft unterscheidet idealtypisch folgende Bereiche und Sektoren:

Abbildung 1:



1. Kernbereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung:

Dazu zählen die personal- und beschäftigungsintensiven Dienstleistungsbereiche der Gesundheitswirtschaft: neben den Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitations-

¹⁰ hier und im Folgenden vgl. Dülberg/Fretschner/Hilbert 2002, S. 4 ff.

einrichtungen sind dies die freien Arztpraxen, die Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe, Apotheken sowie stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.

2. Vorleistungs- und Zulieferindustrien:

Hierhin gehören die sogenannten Health Care Industries (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie), das Gesundheitshandwerk sowie der Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten. Sie bieten die Arzneimittel, technischen Hilfsmittel und Geräte an, die Diagnose, Therapie und Rehabilitation unterstützen oder die Auswirkungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Lebensqualität der Betroffenen erträglicher machen¹¹.

3. Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens:

Die „engere“ Gesundheitswirtschaft verdankt wesentliche Impulse den angrenzenden Branchen. Vor allem in der Verknüpfung mit den Angeboten aus anderen Bereichen des Dienstleistungssektors (Gesundheitstourismus, Wellness oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote) sowie des Produzierenden Gewerbes (Informations- und Kommunikationstechnologien, neue Werkstoffe, Analysegeräte) liegen große Chancen, Behandlungserfolge zu verbessern, das Angebotsspektrum auszuweiten und zusätzliche private Nachfrage zu mobilisieren.

Wie auch in anderen Branchen zeichnet sich in der Gesundheitswirtschaft ein Trend zur Internationalisierung ab, der einerseits durch den Export von Dienstleistungen (bzw. den „Import“ von Patienten/Kunden) eine Marktausweitung ermöglicht, andererseits aber durch Importe den Wettbewerb verschärft. Die Güter, die hier gehandelt werden, sind nicht nur (medizin-) technische Produkte und einzelne, kundenbezogene Dienstleistungen, sondern ganze Dienstleistungssysteme wie z. B. der Bau, die Finanzierung und der Betrieb von Krankenhäusern oder Altersresidenzen. Voraussetzung und Folgen der Internationalisierung sind allerdings erhöhte Effizienz und vor allem Innovationsleistungen.

Die Restriktionen

Obwohl, wie eingangs skizziert worden ist, eine kaufkräftige Nachfrage vorhanden ist und die Gesundheitswirtschaft so etwas wie der „hidden champion“ des Strukturwandels ist, steht diese Branche vor gravierenden Herausforderungen, die zum Teil endogen, zum Teil exogen, sprich politischer Art bedingt sind¹²:

So ist aufgrund des sozialen, technischen und wirtschaftlichen Wandels mit einer wachsenden Nachfrage nach Arbeitskräften zu rechnen, andererseits jedoch sind die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen so wenig attraktiv, dass für die Zukunft ein massiver Arbeitskräfteengpass nicht ausgeschlossen werden kann. Pflegekräfte wie Ärzte leiden unter akutem Nachwuchsmangel. In der Ärzteschaft ist bereits ein deutlicher Alterungsprozess im Gange. Ein Kernproblem sind die Arbeitsbedingungen, die in der Gesundheitswirtschaft als überdurchschnittlich belastend angesehen werden müssen:

¹¹ vgl. Statistisches Bundesamt 1998, S. 346

¹² Dülberg/Fretschner/Hilbert 2002, S.42 ff.

Lange und oft unregelmäßige Arbeitszeiten, Schichtdienste, hohe physische und psychische Belastungen sowie veraltete arbeitsorganisatorische Strukturen sind hier an der Tagesordnung und stellen die Ursache für weit verbreitete Burn-Out-Probleme, überdurchschnittlich häufige Berufswechsel und auch eine hohe Rate von Berufsaussteigern dar.

Retardierend könnte auch die Sozial- und Gesundheitspolitik wirken. Das deutsche Gesundheitswesen ist teuer und wenig effizient, wobei sich Effizienz leicht an den eingesetzten Finanzmitteln in Relation zur Lebenserwartung beurteilen lässt. Die aktuellen Diskussionen zur Reform des Sozialstaats lassen nicht nur Einbußen bei den öffentlichen und halböffentlichen (Sozialversicherungen) Ressourcen vermuten, sondern führen auch zu Demotivation und Attentismus bei Investoren, Anbietern, Einrichtungen und Beschäftigten. Notwendige organisatorische Restrukturierungen und Innovationen unterbleiben angesichts der Ungewissheit über die tatsächliche Realisierung angekündigter Reformen des öffentlichen Gesundheitswesens als des immer noch wichtigsten Kostenträgers und Nachfragers.

Eine weitere Wachstumsbremse ist in einer mangelnden Kooperation der Akteure in dieser Branche zu sehen. Es gibt zwar viele regionale Bemühungen, sich als „Gesundheitsregion“ mit aufeinander abgestimmten Dienstleistungs- und Produktpaketen zu vermarkten, die dann aber häufig in kommunaler Konkurrenz statt Kooperation stecken bleiben¹³. Die Mobilisierung profilbildender und kompetenzsteigernder Angebotspotentiale kommt so nur langsam voran, Existenzgründungen werden verzögert, ebenso wie die notwendige Modernisierung und Anpassung der Infrastrukturen.

Die Nachfrage(r)

Wie es oben in der Definition von Lebensqualität schon angedeutet ist, speist sich die Nachfrage nach dem Gut Gesundheit nicht allein aus objektiven Bedingungen, sondern auch aus subjektiven Verhaltensweisen im Umgang mit diesen Bedingungen. Hier sind drei Momente von Bedeutung.

Wohlstand:

Deutschland ist, nach wie vor, ein wohlhabendes Land: immerhin konnten die privaten Haushalte 2002 über ein verfügbares Einkommen von knapp 1.400 Mrd. € disponieren, und sie sind in zunehmendem Maße bereit, Geld auch für ihre Gesundheit und gesundheitliches Wohlbefinden einzusetzen. Auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherte zahlen inzwischen 7 Prozent ihrer Gesundheitsausgaben selbst¹⁴; mit steigender Tendenz. Dazu tragen auch die Rentnerhaushalte bei: Ein durchschnittlicher Rentnerhaushalt verfügt über ein Vermögen von 450.000 DM (2000) an Nettogeldvermögen und Immobilien, das etwa ab dem 60. Lebensjahr aufgebraucht, d. h. nachfragewirksam wird¹⁵. Für NRW errechneten Reichert/Born (2003) für die 55+-

¹³ umfassend zur Entwicklung von Gesundheitsregionen vgl. Hilbert/Fretschner 2003

¹⁴ Heigl 2001, S.12

¹⁵ Heigl 2001, S.14

Haushalte ein verfügbares Einkommen von monatlich durchschnittlich 1.492 €⁶. Diese relativ hohe Kaufkraft der Rentner-Haushalte wird auch zunehmend in Nachfrage umgesetzt, insofern mehr und mehr ältere Menschen nicht nur eine Erhaltung ihrer Gesundheit anstreben, sondern darüber hinaus auch möglichst lange aktiv und vital bleiben wollen und deshalb eine breite Palette von einschlägigen Produkten und Dienstleistungen nachfragen¹⁷.

Individualisierung und Altern

Soziodemographische Veränderungen wirken nachhaltig auf die Bedürfnis- und Nachfragestruktur. Die Alterung führt hinsichtlich der Gesundheitswirtschaft zu einer „Geriarisierung“ der Angebotspalette; betrachtet man die zunehmende Individualisierung der Gesellschaft, zeigt sich eine erhöhte Nachfrage nach neuen Produkten und Dienstleistungen in den „weiteren“ Gesundheitsbranchen wie lifestyle und wellness, aber auch Freizeit, Tourismus und Ernährung. Das die Zukunftsperspektiven dominierende Merkmal ist jedoch die Alterung der Gesellschaft¹⁸. Die altersspezifische Ausgabenkurve der gesetzlichen Krankenversicherungen steigt mit dieser Altersgruppe steil an und schlägt auf die Ausgabensituation insgesamt durch. Gleichzeitig steigt in dieser Altersgruppe aber auch die Bereitschaft, private Mittel in Gesundheit zu investieren. Die größten Herausforderungen durch Individualisierung und Altern stellen sich dem Gesundheitssystem insgesamt jedoch durch die wachsende Nachfrage nach Pflegeleistungen, der nach wie vor ein unzureichendes Angebot an Produkten, Dienstleistungen und vor allem auch unterstützenden Leistungen gegenübersteht¹⁹.

Medizinisch-technischer und organisatorischer Fortschritt

Der Paradigmenwandel in der Betrachtung der Gesundheitsausgaben lässt sich besonders gut am medizinisch-technischen Fortschritt zeigen. Einerseits ist aufgrund der ökonomisch orientierten Verhaltensweisen der Leistungserbringer die Medizintechnik als Kostentreiber einzustufen; andererseits stellen medizinisch-technische Innovationen ein Wachstumspotential dar, das eine Leistungsausweitung und damit eine Vergrößerung des Marktvolumens ermöglicht.

Organisatorische Innovationen erwachsen einerseits aus dem medizinisch-technischen Fortschritt, zum anderen und vor allem aber aus dem Kosten- und Effizienzdruck, unter dem das öffentliche Gesundheitswesen steht. Antworten werden in sektorübergreifenden Versorgungskonzepten und einer Reform der institutionellen Strukturen gesucht, die bereits auf mittlere Sicht dem Gesundheitswesen wie dem Gesundheitsmarkt ein neues Gesicht geben können²⁰.

¹⁶ Reichert/Born 2003, S.222.

¹⁷ s. dazu auch Heigl 2001

¹⁸ für eine knappe begriffliche Erläuterung demographischer Alterungsprozesse s. Heigl, 2001, S.16 ff. sowie ausführlicher Buchner/Wasem 2000

¹⁹ s. Oberender et al. 2002, S.195

²⁰ s. dazu Dülberg/Fretschner/Hilbert 2002; Oberender et al. 2002; Salfeld/Wettke 2001 sowie v. Bandemer/Hilbert 2002

Für organisatorische Innovationen spielt neben dem medizinisch-technischen Fortschritt wiederum die Gesundheitspolitik eine entscheidende Rolle, je nachdem, ob sie eher restringierend oder aktivierend angelegt wird. Die Fixierung auf „Kostendämpfung“ führt zwangsläufig zu Reduktionen des Angebots durch Leistungskürzungen. Die Bereitschaft zum Einsatz zusätzlicher privater Mittel signalisiert dagegen klar die Forderung nach einem größeren Spielraum für private Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten, die sich aber nur in einem System ermöglichen lassen, das ein hinreichendes Maß an Wettbewerb zwischen den Anbietern zulässt.

3 Zentrale Fragestellungen für Forschung, Entwicklung und Erprobung

Die Analyse von Angebot und Nachfrage im Markt der Gesundheitswirtschaft und die Suche nach Strategien, Effizienz und Produktivität zu verbessern und zugleich das Potential dieser Branche für Wachstum und Beschäftigung weiter auszuschöpfen, ist die allgemeine Fragestellung. Vor dem Hintergrund der geschilderten Rahmenbedingungen sowie auf der Grundlage der bisherigen Arbeiten der früheren Abteilung Dienstleistungssysteme hat der neue Schwerpunkt „Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität“ vier Forschungsfelder definiert, die im Rahmen des nächsten fünfjährigen Forschungsprogramms bearbeitet werden sollen. Ziel der Forschungs- und Entwicklungsarbeiten ist ein Beitrag zu einer effizienten Produktion von Lebensqualität.

Forschung: Ökonomische Einbettung und Strukturen der Gesundheitswirtschaft

Gesundheitswirtschaft in der Gesamtwirtschaft

Lebensqualität als Ziel- und Gestaltungsparameter erfordert zunächst noch weitere begriffliche und konzeptionelle Klärungen, insbesondere auch in Abgrenzung zur public-health-Forschung, um den Zusammenhang der involvierten Branchen näher zu erhellen. In makroökonomischer Perspektive stellen sich dann Fragen nach den Konsequenzen der demografischen Entwicklung für Angebot, Nachfrage und Investitionen, nach dem Beitrag der Gesundheitswirtschaft zur gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung, Beschäftigung und Verteilung, unter besonderer Berücksichtigung auch der beginnenden Internationalisierung dieses Wirtschaftszweiges, sowie nach der Entwicklung spezifischer regionaler Angebotsstrukturen. Mikroökonomisch stellen sich Fragen nach der institutionellen Arbeitsteilung in diesem Sektor zwischen stationären und ambulanten Anbietern (Stichwort Integrierte Versorgung), Organisationsstrukturen, Kostenstrukturen, Effizienz (auf dem Wege des Benchmarking) sowie zur Innovation und Produktentwicklung. Von Bedeutung ist vor allem auch ein Vergleich mit internationalen Entwicklungen, insbesondere mit den Ländern, die – wie Deutschland – sich in besonders ausgeprägter Form für eine anspruchsvolle solidarische Absicherung von Gesundheitsrisiken entschieden haben.

Gesundheitspolitik

Der Gesundheitsmarkt ist stark politisch reguliert und wird vermutlich auch immer ein relativ hohes Regulierungsniveau benötigen, solange am Solidaritätsgedanken festgehalten wird. Vor dem skizzierten Hintergrund sind einerseits die Konsequenzen der aktuellen Umstrukturierungsversuche auf Versorgungsqualität und -reliabilität, soziale Gerechtigkeit sowie die Wachstumspotentiale des Gesundheitsmarktes zu untersuchen. Andererseits stellt sich die Frage, wie eine aktivierende Gesundheits- und Sozialpolitik aussehen kann, die auf Innovation und Wachstum der Gesundheitswirtschaft setzt, aber gleichzeitig auch ein Höchstmaß an Effizienz und sozialer Gerechtigkeit bieten will? Wo, beispielsweise, liegen die Ansatzpunkte und politischen Instrumente, die Akteure in der Gesundheitswirtschaft zum Angebot von integrierten Versorgungskonzepten aktivieren können? Welche Auswirkungen auf Effizienz und soziale Gerechtigkeit hat die steigende Bedeutung privater Mittel bei der Mobilisierung von Ressourcen für medizinische und gesundheitsbezogene Dienstleistungen?

Arbeit, Organisation, Wissen und Technik

Moderne Formen der Arbeitsorganisation sind offenbar an diesem Wirtschaftszweig bisher vorbeigegangen. Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen werden nicht zuletzt deshalb als zentrale Engpässe für die weitere Entwicklung der Gesundheitswirtschaft und damit auch der Lebensqualität der Bevölkerung angesehen. Die zentrale Frage richtet sich hier deshalb auf die Entwicklung sektorspezifischer Formen moderner Arbeit, beginnend mit der Rekrutierung von Arbeitskräften über den effizienten Einsatz von Technik bis hin zur Diffusion von Wissen durch Qualifizierung und Weiterbildung. Dies impliziert auch Fragen nach der Innovationsfähigkeit der Unternehmen und Einrichtungen und der Organisation von Innovationsprozessen in Hinblick auf Behandlungs- und Arbeitsprozesse.

Internationalisierung

Aufgrund der durch den europäischen Binnenmarkt garantierten Dienstleistungsfreiheit sowie der Dynamik des Gesundheitsmarktes selbst ist mit einer rasch wachsenden Internationalisierung dieses lukrativen Marktes in beide Richtungen zu rechnen. Es ist deshalb notwendig, rechtzeitig zu untersuchen, welche Internationalisierungstrends sich auf dem Gesundheitsmarkt beobachten lassen und welche Chancen sich dabei für Anbieter aus NRW eröffnen, durch verstärkte außenwirtschaftliche Aktivitäten für mehr Wachstum und Beschäftigung zu sorgen. Im Vordergrund stehen dabei natürlich Fragen nach den Exportmöglichkeiten (beispielsweise von Systemdienstleistungen), aber auch nach der Rolle, die ausländische Anbieter auf den inländischen Gesundheitsmärkten in Zukunft spielen könnten. Schließlich geht es auch um die Rolle, die internationale Arbeitsmärkte für die Branche spielen könnten.

Entwicklung und Erprobung: Organisation und Marktentwicklung

Forschung tut Not. Die Besonderheit des IAT liegt jedoch darin, die Ergebnisse dieser Forschung zur Unterstützung und Gestaltung des Strukturwandels in Nordrhein-Westfalen anwendbar zu machen und praktisch einzusetzen. Entwicklung und Erpro-

bung spielen deshalb im Konzept und Programm des Schwerpunkts eine wichtige Rolle. Dieser Anspruch wurde und wird eingelöst durch eine intensive Zusammenarbeit mit Partnern in den Einrichtungen, Unternehmen und Regionen an Projekten, die reale strukturelle, technische oder organisatorische Veränderungen zum Ziel haben. Ein Beispiel ist der Bereich der Seniorenwirtschaft, wo das IAT zum Wegbereiter einer Landesinitiative „Seniorenwirtschaft in NRW“ geworden ist; ein anderes ist die enge strategische Zusammenarbeit mit dem Herz- und Diabetes-Zentrum NRW in Bad Oeynhausen in Sachen Tele-Health-Monitoring.

Entwicklungs- und Erprobungsprojekte ergeben sich aus dem Zusammenspiel von Forschungsergebnissen und strategischen Vorstellungen und Aktivitäten von Akteuren in der Praxis, weshalb sie im Vorhinein selten klar umrissen werden können. Anknüpfend an das Forschungsprogramm zeichnen sich aber bereits einige Bereiche ab, in denen sich Entwicklungs- und Erprobungsprojekte aufdrängen:

- (1) Der absehbare Personalmangel wird zu einer grundlegenden Neuorientierung im Bereich der Arbeitspolitik und der Arbeitsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft führen. Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Vorarbeiten will der Forschungsschwerpunkt eine Innovations- und Gestaltungsoffensive „Moderne Arbeit in der Pflege“ aufbauen.
- (2) Es besteht ein hoher Bedarf an betrieblichen und überbetrieblichen Ansätzen zur Verbesserung der Leistungsqualität, Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung. Durch die Pilotierung von Ansätzen, die aus der Forschung abgeleitet sind und wissenschaftlich begleitet werden, sollen neue Wege der Organisation und des Managements erprobt werden. Dabei kann an die umfangreichen Arbeiten zum Benchmarking in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft angeknüpft werden, die vom IAT in den letzten Jahren durchgeführt wurden.
- (3) In NRW setzen einige Regionen darauf, sich im Bereich der Gesundheitswirtschaft besonders zu profilieren, so u. a. das Ruhrgebiet und Ostwestfalen-Lippe. Auf der Grundlage von umfangreichen Vorarbeiten wird der Schwerpunkt hier beratend und begleitend tätig werden.
- (4) Die nordrhein-westfälischen Kurregionen haben sich in den letzten Jahren vergleichsweise ungünstig entwickelt. Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten im Bereich der Seniorenwirtschaft wurden vom IAT bereits einige Projekte auf den Weg gebracht, um den Kurregionen neue Entwicklungsperspektiven zu eröffnen. Auf diesem Weg soll in Zukunft fortgefahren werden.
- (5) Weitere Themen, zu denen bereits Vorarbeiten vorliegen und die reif für eine praktische Erprobungsphase sind, beziehen sich auf den Ausbau von - internetgestützten - Gesundheitsinformationssystemen, Demonstrationsprojekten integrierter Versorgung sowie die Organisation eines Tele-Health-Monitoring-Systems.

Literatur

- Ballerstedt, Eike / Glatzer, Wolfgang / Mayer, Karl Ulrich / Zapf, Wolfgang, 1975:** Soziologischer Almanach. Frankfurt/M.: Herder & Herder
- Bandemer, Stephan von / Hilbert, Josef, 2002:** Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsreform. Vortrag auf dem 30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Leipzig. Manuskript. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik
- Buchner, Florian / Wasem, Jürgen, 2000:** Versteilerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft 89, S. 357-392
- DIW 2001:** Gutachten Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Berlin
- Dülberg, Alexandra / Fretschner, Rainer / Hilbert, Josef, 2002:** Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Manuskript. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik
- Heigl, Andreas, 2003:** Gesundheitsmarkt 2013. München: Hypovereinsbank. Trend Research
- Heigl, Andreas, 2001:** 3rd Generation: wie sich von der Alterung profitieren lässt. München: Hypovereinsbank. Trend Research
- Hilbert, Josef, 2000:** Vom Kostenfaktor zur Beschäftigungslokomotive: zur Zukunft der Arbeit in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung. Querschnittsgruppe Arbeit und Ökologie: Papers, Nr. P00-509. - [Volltext im Internet](#)
- Hilbert, Josef / Fretschner, Rainer / Meier, Brigitte / Borchers, Uwe / Heinze, Rolf G., 2003:** Gesundheitswirtschaft in OstWestfalenLippe: Stärken, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten: Report. Bielefeld: OstWestfalenLippe Marketing – [Volltext im Internet](#)
- Industriegewerkschaft Metall, 1972:** Aufgabe Zukunft: Qualität des Lebens; Beiträge zur vierten internationalen Arbeitstagung der Industriegewerkschaft. Frankfurt/M.: Europ. Verl.-Anst.
- Noll, Heinz-Herbert, 2000:** Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und "neue" Wohlfahrtskonzepte. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung. WZB Discussion paper, Nr. P00-505
- Oberender, Peter / Hebborn, Ansgar / Zerth, Jürgen, 2002:** Wachstumsmarkt Gesundheit. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Reichert, Andreas / Born, Andreas, 2003:** Einkommenssituation und -verwendung älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen – [Volltext im Internet](#)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2000:** Chancen auf einen höheren Wachstumspfad. Stuttgart: Metzler-Poeschel. Jahrgutachten; Bd. 2000/01
- Salfeld, Rainer / Wettke, Jürgen, 2001:** Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Perspektiven und Konzepte. Berlin u. a.: Springer
- Schwartz, Friedrich W. / Busse, Reinhard, 1998:** Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, Friedrich W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg, S. 385-411
- Statistisches Bundesamt, 1998:** Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart
- SVRAKAG, 1996:** Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten. Bd.1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.
- Zapf, Wolfgang, 2003:** Modernisierung und Wohlfahrtsentwicklung. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung. WZB-Vorlesungen, Nr. 5