

# Die Gesundheitswirtschaft als Investitions- und Wachstumsmotor

*Rolf G. Heinze*

## 1. Die deutsche Beschäftigungskrise und alternative Optionen

Der deutsche Arbeitsmarkt wird seit einiger Zeit durch eine strukturelle Beschäftigungskrise geprägt; der „kurze Traum immerwährender Prosperität“ (Lutz) ist schon längst vorüber. Dominant ist eine wirtschaftliche und soziale Stagnationsphase mit einem hohen Potential subjektiver Verunsicherungen, die auch die Strategiekompetenz der Politik in Frage stellt. Bevor auf eine Wachstumsbranche wie die **Gesundheitswirtschaft** eingegangen wird, soll deshalb kurz ein Blick auf den deutschen Arbeitsmarkt im internationalen Vergleich geworfen werden.

### Benchmarking Deutschland: Arbeitsmarkt und Beschäftigung

Nimmt man die Arbeitslosenquote als Indikator, dann schneidet die Bundesrepublik – etwa nach den von der OECD berechneten international vergleichbaren Daten – relativ schlecht ab. Im Jahresdurchschnitt 2004 betrug die Quote rund 10 Prozent und lag damit (und dies gilt für die letzten 10 Jahre) deutlich über den Quoten in den Niederlanden, Großbritannien oder den skandinavischen Ländern. Stagnation ist das prägende Bild auf dem Arbeitsmarkt. Nicht nur international vergleichende Studien sehen einen schrittweisen Zerfall des in den 70er und 80er Jahren viel gepriesenen „Modell Deutschland“ in beschäftigungspolitischer Hinsicht, auch andere Autoren diagnostizieren den „Abstieg eines Superstars“ (vgl. u.a. Steingart 2004 sowie die Beiträge in Kitschelt/Streeck 2004). Besonders gravierend auch im Hinblick auf soziale Abstiegs- und drohende Verarmungsprozesse ist das seit Jahrzehnten anwachsende Potential von Langzeitarbeitslosen, das in dieser Form in keinem vergleichbaren westlichen Land aufzufinden ist. Soziale Exklusionsprozesse (vor allem in den östlichen Bundesländern) sind die Folge.

Während andere Länder einen Rückgang der Arbeitslosigkeit zu verzeichnen haben, ist von Bewegung im Beschäftigungssystem Deutschlands derzeit kaum etwas zu spüren (nimmt man einmal die stark wachsende Zahl von „Mini-Jobs“ heraus). Die **Gesamtbeschäftigung** liegt bei uns schon länger unter dem Durchschnitt der OECD-Länder und weit unter den Beschäftigungsquoten von so unterschiedlich

regierten Ländern wie USA, Schweiz, Schweden oder Dänemark. Diese Länder haben demonstriert, dass sich ein Abbau der Arbeitslosigkeit – bei gleichzeitiger Steigerung der Frauenerwerbsquote – durch eine Ausweitung der Beschäftigung (und dies zuallererst im Dienstleistungssektor) erreichen lässt. Dabei verspricht nicht nur in Deutschland vor allem die Gesundheitswirtschaft eine echte „Zukunftsbranche“ zu werden, die sowohl für Beschäftigungsimpulse im Gesundheits- und Sozialwesen als auch in einzelnen Industriebereichen sorgen kann.

### Der Dienstleistungssektor als Beschäftigungssegment mit großem Wachstumspotential

Die Beschäftigung im privaten Dienstleistungssektor – der überall in Europa beschäftigungspolitisch an Gewicht gewinnt – wird allerdings bei uns durch die hohen Steuer- und Abgabenbelastungen negativ beeinflusst, und innerhalb des Sektors in erster Linie auf die Arbeitsplätze mit geringer Entlohnung und Produktivität. Hier liegt aber ein beachtliches **Beschäftigungspotential**, wobei hohe Sozialversicherungsbeiträge für die Beschäftigung insgesamt schädlicher sind als eine Finanzierung der sozialen Sicherung über direkte oder indirekte Steuern, die eine breitere Bemessungsgrundlage haben und den Faktor Arbeit nicht direkt belasten (vgl. Eichhorst et al 2001 sowie Scharpf 2004 und 2005). Da in Deutschland ein Großteil der arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Folgen der Wiedervereinigung auf die Sozialversicherungssysteme abgewälzt wurde, stieg gerade die Belastung der Arbeit an, während sie in anderen Ländern in den 90er Jahren zurückging. Und auch die seit 1998 amtierende rot-grüne Bundesregierung hat an dieser Kontinuität der deutschen Sozial- und Arbeitsmarktpolitik mit anhaltend hohen Sozialbeiträgen kaum etwas verändert; das ursprüngliche Ziel, den Sozialbeitragssatz unter 40 Prozent zu drücken, ist verfehlt worden. „Heute ist die sozialstaatlich subventionierte Verknappung des Arbeitsangebots dadurch, dass sie auf dem Umweg über die Sozialversicherungsbeiträge die Kosten des Faktors Arbeit ständig erhöht, selbst zur Ursache von dauerhafter Massenarbeitslosigkeit geworden. Insofern ist der deutsche Kampf gegen das „Ende der Arbeitsgesellschaft“ dabei, die falschen Prämissen, auf denen er geführt wurde, doch noch wahr zu machen – wenn auch nur im eigenen Land. Zugleich wurden Frühverrentung und Arbeitszeitverkürzung zu politisch nahezu unantastbaren Errungenschaften der schrumpfenden Zahl derjenigen, die noch reguläre Arbeit finden können. Während die Schwarzarbeit ständig zunimmt und besser als alle ökonomische Theorie beweist, dass nicht „Erwerbsarbeit knapp“, sondern ihr administrierter Preis zu hoch ist, verschlingt die Subventionierung des versteinerten Arbeitsmarktregimes der siebziger und achtziger Jahre Mittel in einem Ausmaß, das jede Vorstellung übersteigt und die Gesellschaft schon seit längerem daran hindert, ihren Wohlstand durch Investitionen in ihre zukünftige Produktivität zu steigern“ (Streeck 2004; vgl. auch Heinze/Streeck 2000 und 2003).

Trotz der Stagnation auf dem Arbeitsmarkt sind aber auch in Deutschland in den letzten Jahrzehnten neue Arbeitsplätze entstanden; und zwar primär im **Dienstleistungssektor**. Vor dem Hintergrund einer allgemein steigenden Erwerbstätigkeit in Westdeutschland waren verschiedene Sparten des tertiären Sektors die Beschäftigungsgewinner. So expandierten die Jobs in unternehmensnahen Servicebranchen

von gut 550 000 auf 2,52 Millionen (also um das fünffache) und auch im Gesundheitswesen waren 2002 dreimal so viele Erwerbstätige aktiv wie 1976 (von 1,05 auf 3,24 Millionen). Ebenfalls starke Wachstumsraten weisen die Sektoren Kreditinstitute/Versicherungen und Bildung/Wissenschaft auf. Auch in einem „klassischen“ Industrieland wie Nordrhein-Westfalen wies der Dienstleistungssektor in den vergangenen Jahrzehnten die höchsten Steigerungsraten beim Beschäftigungswachstum auf. So zählt die **Gesundheitswirtschaft** inzwischen zu den größten Wirtschaftsbranchen in NRW. Bereits Ende der 90er Jahre arbeiteten hier knapp eine Million Beschäftigte (derzeit etwa 1,1 Millionen) – und die Branche kann auf eine außerordentlich positive Beschäftigungsentwicklung zurückblicken: Zwischen 1985 und 1998 gab es eine Wachstumsrate von rund 22,4 Prozent und von 1999 bis 2003 wuchs die Beschäftigung um 7,1 Prozent (vgl. MFJFG 2001, MGSFF 2004 sowie Hilbert/Naegele 2002, Fretschner et al 2002 und Hilbert/Fretschner 2004). Im neuen Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW wird von einem Beschäftigungswachstum in diesem Sektor von rund 200.000 in den nächsten zehn Jahren gesprochen. Und dieser positive Beschäftigungstrend gilt sogar in einer traditionellen Industrieregion wie dem Ruhrgebiet: hier sind bereits heute 15,6 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft tätig (in anderen Regionen wie Berlin oder Hamburg werden ähnliche Beschäftigungsquoten registriert).

Wenngleich der Trend zur Dienstleistungsökonomie oder die „Service-Gesellschaft“ weiter voranschreitet und bereits im Jahr 2003 rund 70 Prozent der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung in Deutschland ausmacht (dies ist ein Plus von rund 8 Prozent gegenüber 1991!) ist der tertiäre Sektor nicht der alleinige Wachstumsträger, weil viele Dienstleistungen weiterhin mit industriellen Aktivitäten verkoppelt sind. Dies demonstrieren sowohl Branchen wie die Logistik (die sich inzwischen zu einer erfolgreichen „Jobmaschine“ in Deutschland entwickelt hat), aber auch die Wachstumsdynamik der Finanz- und unternehmensnahen Dienstleistungen. Allerdings muss beachtet werden, dass die reale Bruttowertschöpfung des Dienstleistungssektors – sowohl aufgrund der allgemeinen wirtschaftlichen Stagnation, aber auch durch die Globalisierung der Informations- und Kommunikationstechnologien – seit Ende 2001 fast auf der Stelle tritt und auch im Blick auf die Beschäftigungsausweitung an Zugkraft verloren hat. Vor allem das globale Datennetz schafft neue Mobilitäten, so dass einerseits Unternehmen aus dem tertiären Sektor Teile des Unternehmens in das Ausland verlegen und von dort die deutschen Kunden versorgen (etwa Banken und Versicherungen), andererseits schafft das Internet aber auch neue Handlungsoptionen und Markt- und Beschäftigungschancen für hochwertige Dienstleistungen (etwa Gesundheitsberatung/Telemedizin). Ein exemplarisches Beispiel für die **innovative Vernetzung** des Dienstleistungs- und Industriegesektors ist die Medizintechnik. „Auf dem Krankenhausinvestitions- und dem ambulanten Medizinmarkt existiert ein Milliardennachfragevolumen für Medizinprodukte, das zukünftig vor allen Dingen durch die Entwicklung neuer Diagnose- und Operationsverfahren deutlich steigen wird. Für die Industrie ist die Medizintechnik zu einer hochinteressanten Branche geworden. Die Ausgaben für Medizintechnik wachsen weltweit schneller als das Weltbruttosozialprodukt. Die kreative Verbindung von alter Technik und moderner Technologie ist eine Herausforderung für die

Medizin und die europäische Forschungs- und Entwicklungslandschaft“ (Gröne-meyer 2001: 8; vgl. auch ders. 2005).

Generell schneiden in Deutschland hinsichtlich der Beschäftigungsentwicklung die distributiven und staatlichen Dienstleistungen in den letzten Jahren eher schlecht ab, wobei dies bei den staatlichen Diensten vor allem die sinkenden öffentlichen Mittel sind, die die Beschäftigungsentwicklung abbremsen. Bei den distributiven Diensten ist das vergleichsweise bescheidene Bild sowohl einer sinkenden Kaufkraft der Bürger als auch der Technisierung des Handels geschuldet. Als eine Ursache für die oft konstatierte „Dienstleistungslücke“ in Deutschland, die sich etwa im internationalen Vergleich am Anteil des Dienstleistungssektors an der Gesamtbeschäftigung zeigt, wird das spezifische institutionelle Ordnungsgefüge der Bundesrepublik angeführt (auch als ‚Rheinischer Kapitalismus‘ bezeichnet), welches stärker als in anderen Ländern am Industrialismus orientiert ist und den Ausbau der Dienstleistungswirtschaft erschwert (vgl. die Beiträge in Hartmann/Mathieu 2002 sowie Reich 2002). Allgemeines Ziel einer Politik zum Umbau des traditionellen deutschen Sozialstaatsmodells sollte es sein, „die Wirtschaft zu dynamisieren, Jobs zu schaffen und gleichzeitig soziale Gerechtigkeit herzustellen“ (Giddens 2005, 50). Wir brauchen also eine neue Balance zwischen mehr Flexibilität auf den Arbeitsmärkten und sozialer Sicherheit, wobei auch hier noch einmal Giddens zitiert sei: „Nicht jede Privatisierung bedeutet sofort und ausschließlich Neoliberalismus. Ein bürokratischer Staat kann ebenso eine Barriere gegen sozial Gerechtigkeit und wirtschaftliche Effizienz errichten wie nackter Liberalismus“ (ders. 2005, 51; vgl. auch Heinze 2002).

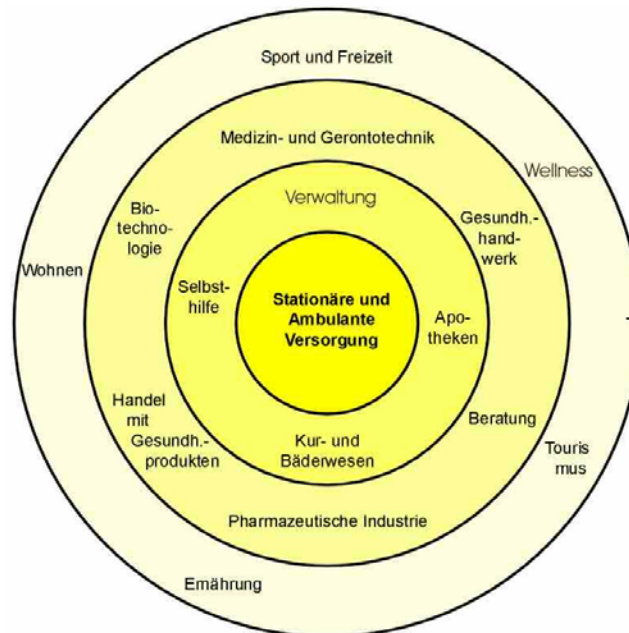
## 2. Die Gesundheitswirtschaft als „heimlicher“ Gewinner des Strukturwandels

Alle entwickelten Industriegesellschaften haben in den letzten Jahrzehnten neue Beschäftigung fast ausschließlich im Dienstleistungssektor aufbauen können und dabei die Beschäftigungsquote der Frauen spürbar erhöht. Eine detaillierte Betrachtung der Beschäftigungsentwicklung zeigt zudem, dass die Entwicklung je nach Dienstleistungsbereich variiert (vgl. die Beiträge in Eichener/Heinze 2005). Relativ unbemerkt von den klassischen Dienstleistungsfeldern haben sich insbesondere die **personenbezogenen Dienste** zu wichtigen Beschäftigungsfeldern profiliert. Ihr Wachstum geht auf gesellschaftliche Wandlungs- und Differenzierungstrends zurück, die zu einer Auslagerung von Diensten aus dem familiären und häuslichen Bereich führen.

Angeichts der zunehmenden Pluralisierung und Individualisierung der Gesellschaft reflektieren viele Theorien des Wohlfahrtsstaates nicht hinreichend die enorme Vielfalt der Orte der Wohlfahrtsproduktion. Soziale Sicherung wird weder allein vom Staat noch allein von privaten oder gesellschaftlichen Institutionen gewährleistet, hinzu kommt ganz zentral in den letzten Jahren die Tendenz zu Dienstleistungs- oder **Wohlfahrtsmärkten**. Dieser Strukturwandel hin zu Wohlfahrtsmärkten spiegelt sich besonders gut an verschiedenen Segmenten der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft wider, die in den letzten Jahren ein beeindruckendes Wachstum zu verzeichnen hatten und von vielen Experten als Zukunfts-

branchen gesehen werden. Voraussetzung dafür ist, die Gesundheitswirtschaft als „Wachstumsmotor“ für die Wirtschaft zu sehen. Es geht „also um mehr als nur über die medizinische Versorgung des Systems: Einerseits über das Gesundheitswesen mit der Verpflichtung, gute Lebensqualität für die Menschen zu schaffen bzw. zu erhalten und andererseits über die vielen assoziierten Medizinbranchen wie Medizintechnik, Wellness, Telekommunikation, Ernährung usw., die dieses erst ermöglichen. Zusätzlich werden Arbeitsplätze erhalten und viel mehr noch: Ein ungeheures Potential an neuen Arbeitsplätzen, Produktionsstätten und Exportartikeln tut sich auf“ (Grönemeyer 2005, 6; vgl. auch Oberender et al 2002).

Während früher Gesundheit, aufgrund der mit der Gesundheitsfinanzierung verbundenen hohen Sozialabgaben, vornehmlich als Last für Wirtschaft und Gesellschaft gesehen wurde, wird heute zunehmend erkannt, dass dieser Wirtschaftsbereich eine Schlüsselstellung für Wachstum und Beschäftigung einnimmt. Vor allem um dieses ökonomische Potenzial der Gesundheitsversorgung zu betonen, wird im folgenden nicht vom *Gesundheitswesen*, sondern von der **Gesundheitswirtschaft** die Rede sein, deren Struktur sich mit dem folgenden Zwiebelmodell darstellen lässt. Mit dem Begriff der Gesundheitswirtschaft werden die Schnittstellen und Verflechtungen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen bzw. zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sowie die Brückenschläge zu den Randbereichen und Nachbarbranchen in den Mittelpunkt gerückt. Dieses Modell orientiert sich nicht an der traditionellen Unterscheidung von Prävention, Kuration und Rehabilitation, sondern es nimmt die entsprechenden Wertschöpfungsketten umfassend in den Blick. Aus der folgenden Graphik wird deutlich, dass die Gesundheitswirtschaft neben den personal- und beschäftigungsintensiven Dienstleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung auch die kapital- und technologieintensiven Vorleistungs- und Zulieferindustrien sowie die Randbereiche und Nachbarbranchen mit ausgeprägten gesundheitlichen Bezügen umfasst.



Struktur der Gesundheitswirtschaft/Quelle: PD Dr. Hilbert et al, IAT Gelsenkirchen

Das Clustermodell orientiert sich nicht an der traditionellen Unterscheidung von Prävention, Kuration und Rehabilitation, sondern es ordnet die Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gemäß ihrer Stellung entlang der entsprechenden Wertschöpfungsketten. Drei Bereiche lassen sich in idealtypischer Form unterscheiden.

- Der **Kernbereich** der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung: Dieser zählt zu den beschäftigungsintensiven Dienstleistungsbereichen (Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken etc).
- Die **Vorleistungs- und Zulieferindustrien**: Hierzu zählen neben den „Health Care Industries“ (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik etc) das Gesundheitshandwerk sowie der Handel mit medizinischen Produkten.
- **Randbereiche und Nachbarbranchen** des Gesundheitswesens: Hier sind vor allem Freizeit- und Wellness-Einrichtungen, aber auch die Ernährung zu nennen. In der Verknüpfung gesundheitsbezogener Dienstleistungen mit diesen Angeboten liegen große Chancen für die Gesundheitswirtschaft, um ihr Angebotsspektrum auszuweiten und zusätzliche private Nachfrage zu mobilisieren.

Quer zu diesen drei Sektoren liegen Unternehmen und Einrichtungen aus den Bereichen, Wissenschaft, Forschung und Entwicklung sowie Ausbildung und Qualifizierung, die sich ausschließlich oder teilweise mit gesundheitsrelevanten Themen beschäftigen.

Bereits Mitte der 90er Jahre waren in diesem Sektor (man könnte auch von einem Wertschöpfungsnetzwerk sprechen) gut vier Millionen Menschen beschäftigt; der Anteil an der Gesamtbeschäftigung betrug damit über 11 Prozent (im engeren

Bereich des traditionellen Gesundheitswesens waren im Jahr 2001 bereits mehr als 4,1 Millionen Erwerbstätige beschäftigt). Die Branchen der Gesundheitswirtschaft beschäftigen gegenwärtig rund **4,5 Millionen** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Damit liegt der Anteil an der Gesamtbeschäftigung bei über **12 Prozent**. Insgesamt wurden im deutschen Gesundheitswesen im Jahre 2001 10,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts ausgegeben, das entspricht rund 225 Milliarden Euro. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland beliefen sich auf 2 740 Euro im Jahre 2001, das entspricht einer Steigerung von 35 Prozent gegenüber 1992. Zudem sind immer mehr Menschen bereit, privat mehr Geld für Gesundheit auszugeben – zusätzlich zu ihren Ansprüchen an die öffentlich garantierte Gesundheitsversorgung.

### **Seniorenwirtschaft als Impulsgeber für Beschäftigung und Lebensqualität**

Diese These gilt insbesondere für ältere Menschen; so wird folgerichtig als ein Teil der Gesundheitswirtschaft im weiteren Sinn oft die **Seniorenwirtschaft** thematisiert – und dafür gibt es auch gute Gründe. Die Ausgabenstruktur der Rentnerhaushalte verdeutlicht beispielsweise, dass Ältere einerseits über eine hohe Kaufkraft verfügen und andererseits einen Schwerpunkt bei Gesundheits- und Körperpflegedienstleistungen sowie Reisen aufweisen (vgl. zusammenfassend Cirkel et al 2004 sowie Niejahr 2004). In den nächsten Jahren werden die Marktanteile dieser – allerdings ebenfalls heterogen zusammengesetzten Altersgruppe – weiter wachsen. Hinsichtlich einer statistischen Betrachtung nach Wirtschaftsbranchen ist eine Zuordnung der Wachstumsmärkte schwierig, da sich „Vermischungen“ zwischen verschiedenen klassischen Abgrenzungen entwickelt haben (etwa Freizeit, Wellness und Gesundheit oder Tourismus). Da genau diese neue Verknüpfungen aber aus ökonomischer und wirtschaftssoziologischer Sicht bedeutsam sind, wird vom Cluster „Gesundheitswirtschaft“ gesprochen (vgl. Hilbert/Naegele 2002). Dazu zählen dann auch: Medizintechnik, Pharmawirtschaft, „Life Sciences“, Biotechnologie, Umweltmedizin, Gesundheitsurlaub, Naturkost, betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitspädagogik, Telemedizin/medizinische Ratgeber (in Presse, Funk und Fernsehen) etc..

Tatsächlich fand in den vergangenen Jahren auch ein Perspektivenwechsel sowohl in der Politik als auch der Wissenschaft statt, der neben den Kostenaspekten auch die **wirtschaftlichen Chancen** der Gesundheitswirtschaft betont. In seinem Sondergutachten „Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ schrieb der Sachverständigenrat bereits vor einigen Jahren 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 Dienstleistungs-

branche mit einem ausgeprägten Anteil an Hochtechnologieprodukten und mittelständischen Industriebetrieben in der Regel als Kostenexplosion und Überangebot wahrgenommen werden“ (Sachverständigenrat 1997: 211).

Mit diesem **Perspektivenwechsel** wurde der produktive und wertschöpfende Charakter der Gesundheitswirtschaft in den Mittelpunkt gerückt. Trotz der beeindruckenden Arbeitsmarktbilanz ist aber davor zu warnen, in Wachstum und Beschäftigung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft Selbstläufer zu vermuten; vielmehr muss dieser Prozess durch entsprechend ausgerichtete Entwicklungsstrategien in der Gesundheitswirtschaft selbst und in der Gesundheitspolitik gefördert werden. Warnende Stimmen weisen zudem darauf hin, dass die Investitionen in Gesundheit – auch wenn sie in der jüngsten Vergangenheit beeindruckende Zuwächse hatten – durch die wirtschaftliche und beschäftigungspolitische Stagnationsphase in der Bundesrepublik negativ betroffen sein können. Allerdings gibt es genügend Hinweise, dass beispielsweise der „Seniorenmarkt“ in Deutschland noch beträchtliche Expansionsmöglichkeiten hat, so dass positiv und negativ wirkende Einflussfaktoren abgewogen werden müssen.

Als positive Einflussfaktoren für eine Expansion der Gesundheitswirtschaft wirken ganz allgemein weiterhin:

- Der **demographische Wandel**: Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung wird zu einer weiter wachsenden Nachfrage nach sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Produkten führen. Der demographische Faktor wurde auch als Erfolgsfaktor für einen Boom in der Gesundheitswirtschaft ausgemacht. Zunehmend werden Ältere auch hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen und sozialen Potentiale betrachtet und geraten als Konsumenten in das Visier verschiedener Wirtschaftsbranchen und damit auch des Marketings. Tatsächlich besaßen historisch betrachtet Ältere noch nie eine größere Marktmacht als heute. Auch neueste empirisch abgesicherte Studien über die Einkommenslagen, die -dynamik sowie Vermögen und Verschuldung beschreiben diese Zielgruppe als eine auch wirtschaftlich relevante Gruppe, deren materielles Gewicht sich zudem in den nächsten Jahren schon aufgrund des demographischen Wandels erheblich erhöhen. Zusammenfassend kann man feststellen, dass die materielle Lage im Alter allgemein stabil ist und durchaus eine Vielzahl von Haushalten mit relativ hohem Einkommen und Vermögen vorhanden ist (vor allem in Westdeutschland). Durch die wachsende Anzahl älterer Menschen ergeben sich deshalb erhebliche Marktpotenziale. Das Geldvermögen der Älteren liegt im Durchschnitt deutlich über dem Niveau aller Haushalte. So gesehen überrascht es auch nicht, dass bspw. die Wellnessbranche, Banken oder Tourismusunternehmen, aber auch die Gesundheitswirtschaft diese Nachfragergruppen entdecken. Experten schätzen, dass mehr als die Hälfte des gesamten Nettogeldvermögens bei den gut versorgten älteren Haushalten liegt, den „Woopies“ („Well off older people“) oder den „Best Agers“, deren Kaufkraft auf 90 Milliarden Euro geschätzt wird. Diese Gruppe ist natürlich für den Konsum von großem Interesse, so dass das Ende der traditionellen „Generationenschablonen“ inzwischen auch schrittweise erkannt wird.
- Der **soziale und kulturelle Wandel**: Mit zunehmender Frauenerwerbstätigkeit geht eine steigende Beschäftigung im Bereich der personenbezogenen Dienst-

leistungen (und damit auch in den Berufen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft) einher. Die derzeit zu beobachtenden Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen, gestiegene Mobilitätsanforderungen und der Strukturwandel der Familie unterstützen diesen Trend zusätzlich.

- Der **medizinisch-technische Fortschritt**: Als eine weitere Wachstumsquelle erwiesen sich in den vergangenen Jahren medizinisch-technische Innovationen. Durch Produktinnovationen wurde eine Leistungsausweitung in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation ausgelöst (etwa neue endoskopische Operationsweisen, die Mikrotherapie oder bildgesteuerte Therapieverfahren). Prozessinnovationen hingegen steigerten die Effizienz und Qualität bereits vorhandener Versorgungsangebote (etwa durch telemedizinische Vernetzungen und medizinische Online-Dienste).
- Wachsendes **Konsumenteninteresse an Lebensqualität**: In den letzten Jahren zeigt sich, dass die Menschen mehr Zeit und private Mittel aufwenden, um es sich körperlich und geistig gut gehen zu lassen (schon heute investieren mit wachsender Tendenz rund zwei Drittel der Bevölkerung regelmäßig in Gesundheitsvorsorge). Deutlicher Ausdruck dieses zugenommenen Interesses an Lebensqualität ist bspw. der schon geschilderte rasante Anstieg von Wellness- und Fitnessanbietern (vgl. Heinze/Helmer-Denzel 2004).
- Der Trend zur **Eigenverantwortung**: Der Perspektivwechsel wird unterstützt durch die Debatten um mehr individuelle Vorsorge im Bereich der Gesundheit. Trotz der Passivierungstendenzen des traditionellen deutschen Wohlfahrtsstaates scheint sich die Haltung der Bevölkerung zu grundlegenden Reformen der sozialen Sicherungssysteme – glaubt man empirischen Umfragen – zunehmend in Richtung von mehr Eigenverantwortung zu entfalten. „Die Deutschen wollen nicht nur Selbstbestimmung im Privatleben: sie sind auch bereit, die Herausforderungen des Umbaus des Sozialstaats mit Eigenverantwortung zu meistern....Die Selbstbestimmung kann sich nicht nur in Freizeit oder Beruf, sondern auch als stärkere Eigenverantwortung der eigenen Daseinsvorsorge äußern“ (Meulemann 2004, 8; vgl. zur Diskussion dieser relativ optimistischen Annahme zusammenfassend die Beiträge in Mayer 2001).

## Der Gesundheitsmarkt als regionaler Wirtschaftsfaktor

Inzwischen ist die Gesundheitswirtschaft auch zu einem Lieblingsthema der regionalen Strukturpolitik geworden; viele Wirtschaftsregionen und ganze Bundesländer (etwa Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein, aber auch Nordrhein-Westfalen) verkaufen sich derzeit als „**Gesundheitsregionen**“. Und auch Kommunen sind aktiv geworden, um an dem „Megatrend“ Gesundheit und den rosigen Aussichten der Gesundheitswirtschaft zu partizipieren.

In Deutschland ist das Thema Gesundheits- und auch im Besonderen die Seniorenwirtschaft in den letzten Jahren als ein wichtiges, integriertes Gestaltungsfeld der Sozial- und Wirtschaftspolitik erkannt worden. Im Hinblick auf konkrete Initiativen und Aktivitäten zur Entwicklung dieses Bereichs nimmt insbesondere das Bundesland Nordrhein-Westfalen eine Vorreiterrolle wahr; die Landesregierung hat im Jahr 2004 sogar einen eigenen Masterplan Gesundheitswirtschaft der Öffent-

lichkeit vorgestellt. Hier ist in den letzten Jahren auch ein breites Netzwerk von Akteuren entstanden, das sich mit der Seniorenwirtschaft befasst. Es reicht von der Wirtschafts- und Sozialpolitik, der freien Wohlfahrtspflege, der Landesseniorenvertretung über Handwerks-, Industrie- und Handelsorganisationen bis hin zu Verkehrs- und Touristikanbietern. Die hohe Akzeptanz geht darauf zurück, dass viele Akteure sich davon überzeugt haben, dass dieses Thema sozialpolitisch wichtig und wirtschafts- und beschäftigungsmäßig viel versprechend ist.

Wohnen im Alter wurde ebenfalls zu einem wichtigen Thema – sowohl für die Wohnungswirtschaft und die Kommunen als auch für das Handwerk. Das Interesse an Orientierung in seniorenwirtschaftlichen Fragen ist inzwischen auch im Handwerk vorhanden. Die NRW-Handwerksorganisationen haben beispielsweise eine Kompetenz-, Beratungs- und Qualifizierungsstelle „Wohnen im Alter“ aufgebaut, deren Dienstleistungen von Handwerksunternehmen intensiv in Anspruch genommen werden. Zudem beschäftigen sich inzwischen zahlreiche Wohnungsunternehmen mit neuen Wohnkonzepten, um auf die demografische Entwicklung aktiv einzugehen. Nachgewiesen wurde inzwischen auch, dass die **Seniorenwirtschaft** eindeutig Beschäftigung schafft. Darüber hinaus wird mit einer sehr breiten Multiplikatorwirkung gerechnet, jedoch gibt es wenig Anhaltspunkte dafür, wie dieser Effekt quantitativ beschrieben werden kann.

So sind etwa in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege viele zusätzliche Arbeitsplätze entstanden. Dies verdeutlicht, dass

- das Altern der Gesellschaft ein wichtiger Beschäftigungsmotor ist,
- die größte Schubkraft wahrscheinlich aus dem Pflegebereich kommt und
- neben der Pflege in anderen Bereichen in signifikanter Größenordnung weitere seniorenwirtschaftliche Arbeitsplätze entstehen können.

Die wachsende Zahl zu Hause lebender Älterer macht die **haushaltsnahen Dienstleistungen** sicherlich zu einem Gestaltungsbereich mit guten Aussichten, skeptisch stimmt allerdings, dass es bislang nur in sehr wenigen Ausnahmefällen gelungen ist, hier sich selbst tragende Dienstleistungsangebote dauerhaft zu etablieren.

Cirkel et al. (2004) skizzieren das durch die Alterung der Gesellschaft bedingte Beschäftigungswachstum auf eine Größenordnung von rund 400.000 Arbeitsplätzen. Allerdings wird es darauf ankommen, dass diese potentiellen Wachstumsfelder aktiviert werden. Generell muss der Innovationsattentismus in Deutschland überwunden werden. Deutschland gilt schon länger 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. Scheinbar ist es in anderen vergleichbaren Ländern leichter, Mittel und Ressourcen für die Weiterentwicklung innovativer Ansätze zu mobilisieren, was gerade für die „Megatrends“ Gesundheit und Wellness, die sich schon als Wachstums- und Investitionsmotoren erwiesen und weiterhin gute Zukunftsaussichten haben, besonders problematisch wäre. Beispiele dafür, dass dadurch große Chancen für den Wirtschafts- und Sozialstandort verspielt werden, sind sowohl in der Medizintechnik als auch in der Telekommunikation zu finden. Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass Themen aus den Life Sciences in den letzten Jahren sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Politik vermehrte Aufmerksamkeit

erhielten, so dass in Zukunft mit besseren Umsetzungsbedingungen für Innovationen gerechnet werden kann.

Durch den Ausbau der gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen in den letzten Jahrzehnten hat sich die Gesundheitswirtschaft zu einem beschäftigungsintensiven und innovationsträchtigen Wirtschaftsbereich gewandelt, der auch eine ausgeprägte Zukunftsorientierung bietet. Die „Jobmaschine“ Gesundheitswirtschaft und die neuen technologischen Optionen sind jedoch an bestimmte Bedingungen gebunden. Hierzu zählt neben der **Vernetzung** und der Koordinierung der Tätigkeiten auch ein kontinuierlicher Wissensaustausch der zentralen Akteure aus Wirtschaft, Politik und Wissenschaft sowie eine gemeinsame Definition und Koordination der angestrebten Ziele und Vorgehensweisen. Zuerst muss dafür die Debatte im Gesundheitswesen in eine offensive Richtung gewandelt werden: Wer nur eine Kostendebatte führt, verkennt die innovativen Potentiale und die Wachstumsperspektiven.

### 3. Aktivierende Innovationspolitik im Wachstumsfeld Gesundheit und Lebensqualität

Die beeindruckende Beschäftigungsdynamik des Dienstleistungssektors und vor allem das Wachstum des „**schlafenden Riesen**“ der Gesundheitswirtschaft hat einen Imagewandel dieser Dienste zur Folge: Die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste wurden früher aufgrund ihrer Arbeitsintensität und ihrer Rationalisierungsresistenz eher als Belastung für den Standort Deutschland interpretiert. Durch die positive Beschäftigungsentwicklung rücken nun jedoch auch ihre wirtschaftlichen Wachstumspotentiale stärker in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und werden inzwischen von vielen Regionen und Städten als „die“ Wachstumsvision angeboten. Soziale, konsum- und freizeitbezogene Dienste gelten demnach nicht nur als Element zur Steigerung der Lebensqualität, sondern auch als **neue Impulsgeber** für Wachstum und Beschäftigung. Die Gesundheitspolitik vermittelt zwar immer wieder den Eindruck, sie sei der wichtigste und ausschlaggebende Bereich für die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft, jedoch übersieht dies, dass die für den Ausbau der Leistungen, für Wachstum und Beschäftigung erforderlichen Innovationsleistungen „vor Ort“ in den Gesundheitsregionen erbracht werden müssen. Und dies gilt auch im Hinblick auf den Ausbau gesundheitsbezogener Angebote in den Nachbarbranchen des Gesundheitswesens (Sport, Freizeit, Tourismus). Hier scheint Zusammenarbeit eine viel versprechende Perspektive zu sein; zum Beispiel liegen in der Verknüpfung von Wohnen und Handwerk oder Wohnen und Gesundheitsleistungen interessante Wachstumsfelder. Es wird oft in der Öffentlichkeit (und auch der Wissenschaft) aufgrund unseres klassischen Bildes, das Alter mit Hilfebedürftigkeit zumeist gleichsetzt, nicht erkannt, dass unter 5 Prozent der Personengruppe der über 65-Jährigen in Heimunterkünften leben. Die allermeisten Älteren möchten so lange es geht in ihrer Wohnung oder ihrem Haus verweilen und deshalb ist es auch leicht nachzuvollziehen, dass die Ausgaben für Wohnungsinstandsetzungen und -anpassungen, spezielle Dienstleistungen etc aufgrund der veränderten Ansprüche und Bedürfnisse an das Wohnen im Alter deutlich ansteigen. Wohnen

im Alter ist also ein Wachstumsmarkt in vielen Dimensionen, der zudem noch andere interessante technologische Innovationen zur Anwendung bringen kann (bspw. im Rahmen von „intelligenten Häusern“ oder telemedizinischer Optionen).

### Steuerung und Kooperation in der Region

Generell braucht die Aufwertung des Wachstumsfeldes Gesundheit bzw. demografischer Wandel als neue wirtschafts- und beschäftigungspolitische Handlungsebene allerdings gewisse Voraussetzungen, um erfolgreich zu sein. Sie ist nur dann handlungsfähig, wenn die korporativen Akteure aktiv mitarbeiten, es zu tragfähigen Projekt- und Innovationsnetzwerken kommt und auch die Führungspersönlichkeiten und -strukturen stimmen. Der Faktor Kooperation und Netzwerkmanagement als zentrale Erfolgsvoraussetzung und „Lebenselixier“ gilt nicht nur für diese spezielle Wirtschaftsbranche (vgl. aus internationaler Sicht die Beiträge in Cooke et al 2004; bezogen auf Deutschland u.a. Heinze 2004). Zukunftsfähige Cluster können jedoch weder politisch von oben verordnet werden, noch reichen finanzielle Anreize zur Initiierung einer entsprechenden Zusammenarbeit aus. Und auch von sich heraus kann sich das endogene Potential eines Sektors bzw. innovativer Netzwerke zu meist nicht entfalten; externe Hilfestellungen sind oft notwendig, um Innovationen voranzubringen. So ist einerseits die Politik gefordert, die Initiierung und Organisation eines Dialogs über regionale Zukunftsentwicklungen zu übernehmen, andererseits sind aber auch „Führungspersönlichkeiten“ eminent wichtig. Entscheidend für den Erfolg einer clusterorientierten Gesundheitswirtschaftspolitik wird es sein, ob eine Vermittlung zwischen den verschiedenen Kulturen der einzelnen Akteure nicht nur verbal gelingt, sondern sich auch in funktionsfähigen Strukturen realisiert (bspw. in integrierten Versorgungsketten, „Lernallianzen“ etc).

Eine der Schlüsselherausforderungen für die Zukunft der Gesundheits- und Sozialwirtschaft wird sein, ob es gelingt, über die öffentlichen und halböffentlichen Mittel (aus den Sozialversicherungen) hinaus zusätzlich private Kaufkraft zu aktivieren. Von ausschlaggebender Bedeutung ist diese Fragestellung zum einen, weil viele traditionelle Anbieter große Schwierigkeiten haben, sich entsprechend am Markt zu bewegen und Unterstützung durch Orientierungswissen und Kooperationsangebote brauchen. Noch viel entscheidender ist die Herausforderung der privaten Mittel aber unter Aspekten der sozialen Gerechtigkeit, da die Gefahr wachsender sozialer Ungleichheit droht. Auf die Gesundheits- und Sozialpolitik kommt vor diesem Hintergrund eine große Verantwortung zu: Sie muss die anstehende Gesundheitsreform so gestalten, dass die Spielräume für die Aktivierung zusätzlicher privater Mittel für gesundheitsbezogene Angebote steigen und gleichzeitig sicherstellen, dass ein anspruchsvolles (und ehrgeizig dynamisiertes) Basisversorgungsangebot und damit eine grundlegende Basisabsicherung für alle gewährleistet bleibt.

Um den Wachstums- und Beschäftigungstrend der Gesundheitswirtschaft weiter aktiv zu unterstützen, wird aber auch eine Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik verlangt, die sich an den Bedürfnissen kleiner, gerade erst gegründeter Unternehmen orientiert, die sich oft am Rande der Lebensfähigkeit durchbeissen. Hier zeigt sich ein spezielles Manko in Deutschland: die noch immer stark industria-

listisch geprägte Wirtschafts- und Arbeitskultur bewertet sowohl Dienstleistungstätigkeiten generell als auch spezifische Innovationen (etwa in der Gesundheitswirtschaft) viel niedriger als ihre reale Bedeutung ist. Dies führt zu einem entsprechend niedrigem Niveau an **Gründungsaktivitäten**, was auch die aktuellen Strukturprobleme auf dem Arbeitsmarkt mit erklärt, denn die beschäftigungspolitisch erfolgreichen Länder haben auch ein höheres Gründungsniveau (vgl. die Beiträge in Heinze/Schulte 2002 sowie Reich 2002). Bürokratische Regulierungen erschweren aber noch immer das Leben (wenn nicht sogar das Überleben) vieler kleiner Unternehmen, obwohl gerade sie wachstums- und beschäftigungsfördernde Innovationen – auch in der Gesundheitswirtschaft – umsetzen. Hier liegt eine zentrale Aufgabe einer systematischen Innovations- und Sozialpolitik. Sie muss dafür sorgen, dass soziale Sicherungssysteme nicht nur auffangen, sondern auch neue Aktivitäten im Beschäftigungssystem auslösen. Dazu gehört eine Aufgeschlossenheit gegenüber den Wandlungsprozessen auf dem Arbeitsmarkt und neuen Beschäftigungspotentialen, die aber eine Überwindung der über Jahrzehnte entstandenen Verkrustungen im deutschen Beschäftigungssystem verlangen (vgl. Heinze/Streeck 2000, 2003).

Die Politik muss vom Prinzip der Statuskonservierung umorientiert werden in Richtung auf eine bessere Nutzung der Innovationspotentiale, wobei vor allem eine Fokussierung in Richtung auf Kompetenznetzwerke zu empfehlen ist. (vgl. Heinze 2004, Meyer-Krahmer 2004 sowie die Beiträge in Behrens et al 2005). Es gilt zudem, den Wohlfahrtsstaat nicht nur als Last, sondern als soziale Investition zu begreifen, wobei der „**Markt des Lebens**“ (also die Gesundheitswirtschaft) zukünftig eine zentrale Rolle spielt. Der Umbau des bundesrepublikanischen Sozialstaates sollte sich deshalb auch nicht am Leitbild der minimalistischen Version orientieren, sondern muss – basierend auf seinen weiterhin vorhandenen Stärken – neue Innovationsschwerpunkte kreieren, die sowohl sozial integrierend als auch beschäftigungsfördernd wirken.

## Literatur

- Behrens, F./Heinze, R.G./Hilbert, J./Stöbe-Blossey, S. (Hg.), 2005: Ausblicke auf den aktivierenden Staat. Von der Idee zur Strategie, Berlin
- Cirkel, M./Hilbert, J./Schalk, C., 2004: Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter, Expertise (IAT/DZA), Gelsenkirchen/Berlin
- Cooke, P./Heidenreich, M./Braczyk, H.-J. (Eds.), 2004: Regional Innovation Systems: The role of governance in a globalized world (2nd edition), London/New York
- Eichener, V./Heinze, R.G. (Hg.), 2005: Beschäftigungspotentiale im Dienstleistungssektor, Düsseldorf
- Eichhorst, W. et al 2001: Benchmarking Deutschland. Arbeitsmarkt und Beschäftigung, Berlin/Heidelberg
- Fretschner, R./Grönemeyer, D./Hilbert, J. (2002): Die Gesundheitswirtschaft – ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie, in: IAT-Jahrbuch 2002, Gelsenkirchen, S. 33ff
- Giddens, A., 2005: „Durchwachsene Bilanz“. Interview, in: Mitbestimmung H. 3/2005, S. 48ff
- Grönemeyer, D.H.W., 2001: Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft, Berlin.
- Grönemeyer, D.H.W., 2005: Gesundheitswirtschaft. Die Zukunft für Deutschland, Berlin.
- Hartmann, A./Mathieu, H. (Hg.) (2002): Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie, Berlin (FES)
- Heinze, R.G. (1998): Die blockierte Gesellschaft. Sozioökonomischer Wandel und die Krise des „Modell Deutschland“, Opladen/Wiesbaden
- Heinze, R.G. (2002): Die Berliner Rätorepublik. Viel Rat – wenig Tat?, Wiesbaden

- Heinze, R.G., 2004: Sozialpolitik vs. Zukunftspolitik? Zum Verhältnis von Sozialstaatskosten und Innovationsförderung, in: Steinmeier, F.W./Machnig, M. (Hg.): *Made in Germany* '21, Hamburg, S. 563ff
- Heinze, R. G./Helmer-Denzel, A., 2004: Innovative Beschäftigungspfade durch den Dienstleistungsdschungel – am Beispiel der Fitnessbranche, in: *Soziale Welt* H. 1/2004, S. 7ff
- Heinze, R.G./Schulte, F. (Hg.), 2002: *Unternehmensgründungen zwischen Inszenierung, Anspruch und Realität*, Wiesbaden
- Heinze, R.G./Streeck, W., 2000: Institutionelle Modernisierung und Öffnung des Arbeitsmarktes: Für eine neue Beschäftigungspolitik, in: J. Kocka/C. Offe (Hrsg.), *Geschichte und Zukunft der Arbeit*, Frankfurt/New York, S. 234ff
- Heinze, R. G./Streeck, W., 2003: Optionen für den Einstieg in den Arbeitsmarkt oder: Ein Lehrstück für einen gescheiterten Politikwechsel, in: *Vierteljahreshefte für Wirtschaftsforschung* H. 1, S. 25ff
- Hilbert, J./Fretschner, R., 2004 : *Gesundheitswirtschaft im Mittleren Ruhrgebiet*, IAT Gelsenkirchen
- Hilbert, J./Naeyege, G., 2002: Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter – Ein Such- und Gestaltungsfeld für mehr Wachstum und Beschäftigung, in: Bosch, G./P. Hennicke/J. Hilbert/K. Kristof/G. Scherhorn (Hg.), *Die Zukunft von Dienstleistungen*, Frankfurt/New York, S. 347ff
- Kitschelt, H./Streeck, W. (Eds.), 2004: *Germany: Beyond the Stable State*, London/Portland
- Mayer, K.U. (Hg.), 2001: *Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat*, Frankfurt/New York
- Meulemann, H., 2004: *Die Werte wandeln sich und wir uns mit ihnen* (Wiss. Begleitwort zur Studie der Allianz Group: „Lebensziele – Menschen in Deutschland“), München, S. 6ff
- Meyer-Krahmer, F., 2004: Vorreitermärkte und Innovationen. Ein neuer Ansatz der Technologie- und Innovationspolitik, in: F.-W. Steinmeier/M. Machnig (Hg.), *Made in Germany* '21, Hamburg, S.S. 95ff
- MFJFG des Landes NRW (Hg.), 2001: *Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW*, Düsseldorf
- MGSFF des Landes NRW (Hg.), 2005: *Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW*, Düsseldorf.
- Niejahr, E., 2004: *Alt sind nur die anderen*, Frankfurt.
- Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J., 2002: *Wachstumsmarkt Gesundheit*, Stuttgart.
- Reich, R.R., 2002: *The Future of Success. Wie wir morgen arbeiten werden*, München
- Scharpf, F.W., 2004: Steuerfinanzierte Grundrente als Instrument der Beschäftigungspolitik – eine Ideenskizze, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.), *Die neue SPD*, Bonn, S. 218ff
- Scharpf, F.W., 2005: Lohnnebenkosten – Sofortanreiz für neue Arbeitsplätze, *Böckler impuls* 5/2005, S. 1
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1997: *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Band 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden
- Steingart, G., 2004: *Deutschland. Der Abstieg eines Superstars*, München