

September 2011

# WISO

# Diskurs

Expertisen und Dokumentationen  
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

## Soziale Gesundheitswirtschaft

Mehr Gesundheit –  
gute Arbeit –  
qualitatives Wachstum



Gesprächskreis  
Sozialpolitik



**FRIEDRICH  
EBERT**   
**STIFTUNG**



Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-  
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

---

## **Soziale Gesundheitswirtschaft**

Mehr Gesundheit –  
gute Arbeit –  
qualitatives Wachstum

Josef Hilbert  
Birgit Mickley  
Michaela Evans

## Inhaltsverzeichnis

---

Abbildungsverzeichnis	4
Vorbemerkung	5
Kurzfassung	8
1. Gesundheitspolitik im Paradigmenwechsel: Von der Anbieterperspektive zur Orientierung am Patienten	9
2. Ziele und Perspektiven einer Sozialen Gesundheitswirtschaft	11
Gewinne für Gesundheit und Lebensqualität, Arbeit und Wirtschaft	12
Lebensqualität und Gesundheit	12
Mehr und bessere Arbeitsplätze	14
Wachstum und Wohlfahrt	15
3. Gestaltungs- und Handlungsansätze für soziale Innovationen in der Gesundheitswirtschaft	17
3.1 Orientierung am Patienten	17
Mehr Kompetenzen und Rechte für den mündigen Patienten	18
Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen für mehr Qualität und Patientenorientierung stärken	19
Gleiche Chancen für gesundheitlich Benachteiligte	19
3.2 Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht neu organisieren	20
Integrierte Angebote	20
Modelle neuer, integrierter Versorgungsformen	21
3.3 Prävention und Gesundheitsförderung stärken	23

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autorinnen und dem Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

3.4 „Neue Arbeit“ in der Gesundheitswirtschaft	23
3.4.1 Herausforderungen für Arbeitsmarkt- und Personalpolitik	24
3.4.2 Daten und Fakten zur Beschäftigung in Gesundheitsberufen	25
3.4.3 Probleme der Fachkräftegewinnung und -sicherung	26
3.4.4 Gestaltungsoffensive „gute Arbeit“ in der Gesundheitswirtschaft	27
4. Politische Rahmenbedingungen für mehr Gesundheit, gute Arbeit, qualitatives Wachstum	30
4.1 Ordnungspolitischer Rahmen	30
4.2 Bedarfsplanung für die Gesundheitsversorgung vor Ort	31
4.3 Stabile, gerechte und solidarische Finanzierung über eine Bürgerversicherung	31
4.4 Vertragswettbewerb/selektives Kontrahieren	32
4.5 Gesundheits-, Wirtschafts- und Forschungspolitik müssen zusammengehen	33
5. Schlüsselherausforderung Pflege: Statt Systempflege das „System Pflege“ gestalten	34
6. Rückenwind durch regionale Initiativen	38
7. Ausblick: Mehr Gesundheit – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe	41
Literaturverzeichnis	43
Die Autorinnen und der Autor	47

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1:	Vergleich der Teilnehmer und Nichtteilnehmer am Diabetes Typ 2 DMP bzgl. ihrer Medikamenteneinnahme in der letzten Woche	13
Abbildung 2:	Effekt der multidisziplinären Versorgung auf die Überlebensrate im Programm HeartNetCare-HF©	14
Abbildung 3:	Gesundheit: Hauptanwendungsfeld für High-Tech-Tätigkeitsfelder der 551 deutschen Biotechnologiefirmen	16
Abbildung 4:	Entwicklung der Beschäftigung nach Berufen (2000-2008)	26

## Vorbemerkung

---

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und die Friedrich-Ebert-Stiftung haben in einer Reihe von Workshops an einem Konzept zur „Sozialen Gesundheitswirtschaft“ gearbeitet. Ziel dieses Konzeptes ist es, die dominierende Anbieterorientierung<sup>1</sup> in eine Patientenorientierung umzuwandeln.

Das bedeutet keinesfalls, dass wir Überlegungen zu Wachstumsmärkten der Zukunft, zu Absatzchancen für Arzneimittel, Medizintechnik oder diagnostischen Verfahren für unwichtig halten, aber unser Ansatz geht von anderen Grundüberlegungen aus:

Die Umorientierung bedeutet zunächst einmal, dass die Bedarfe der Bevölkerung an medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen im Zentrum konzeptioneller Überlegungen und Gestaltungsinitiativen stehen müssen. Zu diesen Leistungen müssen alle Zugang haben. Dies macht das „Soziale“ in unserem Konzept aus und hierdurch unterscheiden wir uns von allen anderen Ansätzen.

Die soziale Gesundheitswirtschaft zielt nicht nur auf ein rein quantitatives Wachstum, sondern zuerst auf mehr gesunde Lebensjahre und eine bessere Lebensqualität, auf gute Arbeit und auf qualitatives Wachstum. Ziel ist ein Wachstum der gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrt.

Das Zentrale des neuen Ansatzes ist die Zielformulierung. Im Zentrum steht die Frage nach den Versorgungsbedürfnissen und Leistungsbedarfen der Bevölkerung, von Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Behinderten und Menschen mit Migrationshintergrund.

Von diesem Ansatz ausgehend ist zu entscheiden, welche Versorgungsstrukturen (u. a. mit Ärzten, Krankenhäusern, Pharmaindustrie) herzustellen sind, wie die darin bestehenden Arbeitsplätze beschaffen sein müssen und welche Qualifizierungsangebote bereitzustellen sind, damit dieses Ziel im Interesse der Patientinnen und Patienten, der Versicherten und Erwerbstätigen und letztlich auch im Interesse aller anderen Beteiligten erreicht werden kann.

Der konzeptionelle Ansatz dieses Kooperationsprojektes geht noch einen Schritt weiter:

Er will sich auch für wirtschafts- und beschäftigungspolitische Erfolge einsetzen. Ob und inwieweit z. B. Unternehmen wie die pharmazeutische und medizintechnologische Industrie von dem Konzept Soziale Gesundheitswirtschaft profitieren werden, hängt entscheidend davon ab, wie sie sich in diesen Veränderungsprozess einbringen. Wenn es ihnen gelingt, die bereits vorhandenen und die anzustrebenden höheren therapeutischen Nutzen optimal an den gesundheitsbezogenen Bedarfen und Versorgungsstrukturen auszurichten, dann soll dies auch die wirtschaftlichen Interessen dieser Akteure sichern.

Impulse aus der sozialen Gesundheitswirtschaft führen u. a. zu steigenden Beschäftigtenzahlen, vorrangig im Bereich Pflege. Aber auch in anderen Bereichen steigt die Nachfrage nach Arbeitskräften. Das ist gewollt und verbessert die gesundheitliche Versorgung. Wenn neue Arbeitsplätze und auch Einkommen entstehen, kann davon auch die Binnennachfrage profitieren. Der Dienstleistungsbereich wird dadurch zu einem

---

1 Zimmermann, Doris A. 2011: Ökonomisierung und Privatisierung im bayerischen Gesundheitswesen – Mythen als Legitimationsmuster, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bayernforum.

Garant für Wachstum und steigende Beschäftigung. Dies kann aber nur gelingen, wenn hier die belastenden Arbeitsbedingungen und -zeiten attraktiveren Bedingungen weichen und eine angemessene Bezahlung der Arbeitskräfte erfolgt. Hier geht es aber nicht nur um die Gestaltung der Arbeitsplätze und deren Bezahlung. Hier liegen enorme Chancen, durch neue Versorgungsstrukturen die vorhandenen und auf uns zukommenden Probleme im Bereich der Gesundheit und Pflege anzugehen und die dafür erforderlichen Arbeitskräfte zu gewinnen.

Die Rahmenbedingungen für diesen Ansatz muss die Politik setzen, die dann von den Sozialpartnern, Verbänden und anderen Organisationen mit impulsgebenden Aktivitäten ausgefüllt werden müssen. Politik steht in der Verantwortung, im Interesse der Mehrheit der Bevölkerung zu handeln. Sie hat einen Gestaltungsanspruch und formuliert die Ziele.

Zu einer bedarfsorientierten Politik gehört Prävention auf der betrieblichen wie außerbetrieblichen Ebene. Dies ist nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten und Versicherten sowie deren Angehörigen, sondern ebenso im Interesse der Unternehmen, der Kranken- und Unfallkassen und in langfristiger Perspektive betrachtet auch der Rentenversicherung.

Was den Nutzen medizinischer und nicht-medizinischer Leistungen bzw. Produkte anbelangt, so kommt auch dem Verbraucherschutz eine besondere Bedeutung zu und ist durchaus in die Nähe von Prävention zu rücken. Verbraucherschutz kann ganz entscheidend dazu beitragen, Verbraucherinnen und Verbraucher dazu zu befähigen, durch unabhängige Informationsangebote informierte Entscheidungen treffen zu können.

Durch den Ausbau der integrierten Versorgung und einem davon abhängig sinnvoll gestalteten Vertragswettbewerb ergeben sich für Krankenkassen erweiterte Steuerungsmöglichkeiten. Für sie, aber auch für Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Industrie werden dadurch neue Möglichkeiten eröffnet, patientenorientiert zu arbeiten, die bei entsprechenden Anreizstrukturen neben der Verbesserung von Lebensqualität auch

kostengünstiger und einkommensfördernd sein können.

Die erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes „Soziale Gesundheitswirtschaft“ muss auf regionaler Ebene erfolgen. Dadurch erhalten neben der Vielzahl dort ansässiger Institutionen die Länder und Gemeinden neue und erweiterte Aufgaben, insbesondere im stationären Bereich (Landeskrankenhausplanung) und im öffentlichen Gesundheitsdienst sowie in der Prävention. Prävention ist nicht alleine auf den medizinischen Sektor begrenzt, sondern umfasst auch nicht-medizinische Handlungsfelder und Berufe. Dieses erweiterte Verständnis von Prävention stellt an die Länder zusätzliche Herausforderungen. Ein Schwerpunkt auf Länderebene liegt in der Chance, die Ausbildung für die alten wie die neuen Berufe an die Bedarfe gesundheitsbezogener Leistungen und Versorgungsstrukturen anzupassen, für die die Länder zuständig sind. Soziale Gesundheitswirtschaft muss als Querschnittsaufgabe verstanden werden, denn sie richtet sich nicht nur an ein Ressort, sondern ist Ressort übergreifend.

Der Wechsel von der Anbieter- zur Patientenorientierung stellt einen grundsätzlichen Perspektivenwechsel dar und muss nicht zwangsläufig mit steigenden Ausgaben verbunden sein. Es wird aber dann zu steigenden Ausgaben kommen, wenn die Anzahl der Menschen mit gesundheitlichen oder pflegerischen Bedarfen steigt. Und dies genau ist zu erwarten, insbesondere im Bereich der Pflege. Es wird eine Situation entstehen, die uns zwingt, mehr Geld in das System einzuzahlen und wir müssen beantworten, wie wir dies finanzieren wollen. Aus der Kooperation der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und der Friedrich-Ebert-Stiftung entstand die Befürwortung einer Bürgerversicherung, in der nicht nur die Finanzierungsbasis erweitert wird und damit in Verbindung auch Umverteilungseffekte von oben nach unten erfolgen.

Nach bisherigen, aber noch vorläufigen Erkenntnissen, scheinen die Wachstumsraten im Gesundheitsbereich stärker zu steigen als die in anderen Wirtschaftsbereichen. Dies ist auf eine Umverteilung des Konsums zugunsten von Ge-

sundheitsprodukten und -dienstleistungen zurückzuführen. Dies bedeutet aber keinen Wohlstandsverlust, denn das Bruttoinlandsprodukt insgesamt nimmt zu und damit auch die Einkommen.

Wir bedanken uns bei den Autorinnen und dem Autor dieses Berichtes, in dem die Gedanken aus vielen Workshops und weiteren Gesprächen und Diskussionen zusammengefasst sind. Ohne ihr Engagement und die konstruktive Zusammenarbeit wäre dieser Bericht nicht gelungen. Unser Dank gilt ebenso allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die sich in dem einen Jahr der Zusammenarbeit aus ihren unterschiedlichen

Blickwinkeln mit den vorgetragenen Ideen auseinander gesetzt haben. Ihre Beiträge haben einen erheblichen Anteil bei der Entwicklung des vorliegenden Konzepts.

Im Rahmen unserer Zusammenarbeit sind eine Reihe weiterer Veröffentlichungen entstanden, die auf Teilaspekte des Projektes „Soziale Gesundheitswirtschaft“ eingehen.<sup>2</sup> Alle Materialien sollen Anstöße für Bundes- und Landespolitik, aber auch für die vielen anderen Akteure geben, in Richtung einer anderen, eben an sozialen Maßstäben orientierten, Gesundheitswirtschaftspolitik zu denken. Eine kritische Auseinandersetzung ist ausdrücklich erwünscht.

*Herbert Weisbrod-Frey*

Bereichsleiter Gesundheitspolitik  
ver.di Bundesvorstand, Berlin

*Peter König*

Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik  
Friedrich-Ebert-Stiftung

---

2 Im Rahmen dieses Projektes sind bisher in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung in der Veröffentlichungsreihe WISO Diskurs erschienen: Glaeske, Gerd 2011: Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung; Greß, Stefan 2010: Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft – Bewertung unterschiedlicher Optionen; Zwiener, Rudolf 2011: Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben; weiterhin erscheint demnächst: Evans, Michaela; Bräutigam, Christoph; Hilbert, Josef 2011: Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft – Von heimlichen Helden und blinden Flecken.

## Kurzfassung

---

Gesundheit ist das höchste Gut aller Menschen und Deutschlands Wirtschaftsbranche No. 1. Die Soziale Gesundheitswirtschaft ist ein gesellschaftliches und wirtschaftliches Leitbild, das die neu erkannte Komplementarität zwischen Gesundheit und Wirtschaft unter das Postulat der sozialen Gerechtigkeit stellt. Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem kommt der Wirtschaft zugute, aber der Mensch muss im Mittelpunkt stehen – sowohl als Patient, der Anspruch auf bestmögliche und sozial gerechte Versorgung hat, als auch als Arbeitskraft, die humane Arbeitsbedingungen und angemessene Entlohnung einfordert. Das Wachstum der Gesundheitswirtschaft darf nicht sich selbst überlassen bleiben, sondern muss politisch so gestaltet werden, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung besser und sozial gerechter wird und mehr und bessere Arbeitsplätze entstehen. Damit ergibt sich ein Zieltriangel, in dem „gute Arbeit“ auf Seiten der Beschäftigten zu „mehr Gesundheit und Lebensqualität“ der Bevölkerung führt und damit das „qualitative Wachstum“ der Gesamtwirtschaft befördert.

Zentrale Gestaltungsfelder einer Gesundheitspolitik, die diese Ziele ansteuert, sind ein Leistungskatalog, der allen Bürgerinnen und Bürgern alle notwendigen und medizinisch sinnvollen Behandlungen ermöglicht, finanziert über eine Bürgerversicherung mit Versicherungspflicht für alle und unter Einbeziehung aller Einkünfte. Um die Qualität der Angebote zu verbessern müssen integrierte Versorgungsstrukturen ausgebaut werden. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Modellen, die nachahmenswerte Konzepte integrierter Versorgung entwickeln und umsetzen. Besondere Bedeutung für eine bedarfsorientierte Versorgung kommt hier den Gesundheitsakteuren in

den Regionen zu. Notwendig ist ferner eine Gesundheitsförderungspolitik, die Prävention zur Querschnittsaufgabe in allen politischen Ressorts macht und alle gesellschaftlichen Akteure in die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebens- und Arbeitswelten einbezieht.

Damit Patientinnen und Patienten über ihre Behandlung bestimmen können, müssen Patientenrechte gestärkt und Informationen über Versorgungsangebote und deren Qualität verbessert werden. Die Selbsthilfe ist zu fördern, indem Patienten zu eigenen Aktivitäten eingeladen, ermutigt und inspiriert werden. Gesundheitlich Benachteiligte brauchen Unterstützungen, die ihre besonderen Krankheitsrisiken abbauen oder kompensieren und sicherstellen, dass die Betroffenen die ihnen zustehenden Leistungen auch wahrnehmen.

Allen Prognosen zufolge werden in der Gesundheitswirtschaft viele neue Arbeitsplätze entstehen. In den nächsten 15 Jahren wird mit bundesweit wenigstens 400.000, ggf. sogar mehr als eine Million zusätzlichen Jobs gerechnet – je nachdem, ob eine anspruchsvolle Gesundheitswirtschaftspolitik gelingt oder einseitig auf Kostendämpfung gesetzt wird. Damit Arbeit auf attraktiven, sozialversicherungspflichtigen und ordentlich bezahlten Arbeitsplätzen geschaffen wird und nicht in schlecht entlohnenden Jobs in unsichereren Beschäftigungsverhältnissen, muss die Politik soziale Leitplanken vorgeben. Um die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu fördern und drohenden Fachkräftemangel abzuwenden ist ein Forschungs- und Gestaltungsprogramm zur Humanisierung der Arbeit in der Gesundheitsbranche erforderlich.

## 1. Gesundheitspolitik im Paradigmenwechsel: Von der Anbieterperspektive zur Orientierung am Patienten

In der Wissenschaft, in der Wirtschaft, aber auch in der Politik vollzieht sich ein grundlegend neues Denken. Galt traditionell das Gesundheitswesen als „Kostgänger“ der Ökonomie, wird heute stärker auf dessen wirtschaftliche Bedeutung fokussiert. Doch im Blick sind vor allem die Interessen der Anbieter. Dass eine anspruchsvolle und sozial gerechte Gesundheitsversorgung für alle hoch entwickelten Gesellschaften ein sozialpolitisches Muss ist, gerät in den Hintergrund. Gerade aus dem Sozialen generieren sich neue Bedarfe und Dienstleistungen. Dabei zahlt sich auch ökonomisch aus, wenn Wirtschaft im Dienste der Menschen steht. Sie wird zum Motor für Lebensqualität und zum kräftigsten Treiber für mehr Arbeitsplätze, für mehr Wirtschaftswachstum und Wohlfahrt. Dafür braucht die Gesundheitsbranche gut qualifizierte, gesunde und kreative Köpfe. Sie sind eine unabdingbare Ressource für moderne Wissensgesellschaften. Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen diesen Anforderungen folgen. Die alten Spannungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit verlieren dann an Bedeutung, wenn eine neue Synergie zum Vorteil beider zur Gestaltungsperspektive wird. Dafür muss die Politik Rahmenbedingungen setzen.

Nur dann bietet in der Wirtschafts-, Struktur- und Technologiepolitik, aber auch im Ressort Gesundheit und Soziales die neu erkannte Komplementarität zwischen Wirtschaft und Gesundheit Chancen – für Gesundheit und Lebensqualität ebenso wie für Wirtschaft und Arbeit. Und nur unter diesen Rahmenbedingungen entwickeln sich in Bundesländern und Regionen einschlägige Initiativen und Cluster. Arbeitsgruppen bei Kammern und Verbänden können entstehen. In der Wirtschafts-, Forschungs- und Gesundheits-

politik muss Hauptziel der Aktivitäten sein, den Gesundheitsanbietern „vor Ort“ in strategischen Handlungsfeldern – etwa Medizintechnik, Lebenswissenschaften oder Medizininformatik – neue wirtschaftliche Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen, die dem Ziel einer guten Patientenversorgung dienen.

Diese Expertise mischt sich in diese Debatte um die Zukunft der Gesundheitswirtschaft ein. Sie trägt eine Fülle von Argumenten und wissenschaftlichen Belegen zusammen, mit denen sich das Zusammenspiel von Gesundheit und Wirtschaft neu denken lässt. Erarbeitet wurde die Expertise seit Ende 2009 im Rahmen eines Projektes unter dem Dach der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) in einer Projektgruppe Soziale Gesundheitswirtschaft, die sich aus wissenschaftlichen Experten, erfahrenen Praktikern und Gesundheitspolitikern zusammensetzt. Inhaltlich stand die Frage im Mittelpunkt, ob und unter welchen Bedingungen in der Diskussion über Gesundheitswirtschaft Rückenwind für

- den Ausbau einer besseren und sozial gerechteren Gesundheitsversorgung – also für Patientinnen und Patienten sowie Nutzerinnen und Nutzer,
  - bessere und attraktivere Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen,
  - mehr Wohlfahrt und Nachhaltigkeit in der Gesamtwirtschaft
- entstehen kann.

Die Soziale Gesundheitswirtschaft mit ihrem Paradigmenwechsel von der Anbieter- zur Nutzerperspektive zielt damit zuerst auf mehr Gesundheit, auf gute Arbeit, Beschäftigung und auf qualitatives Wachstum – und nicht nur auf mehr

Wettbewerb und Wirtschaftswachstum. Der derzeit weit verbreiteten Anbieterorientierung im Gesundheitswesen wird so ein neues Leitbild gegenüber gestellt, das sich an den Versorgungsbedarfen der Bürgerinnen und Bürger orientiert, ergänzt um die explizite Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse der Beschäftigten an guter Arbeit in der Gesundheitswirtschaft.

Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu einer sozial gerechten und hoch leistungsfähigen Sozialen Gesundheitswirtschaft wird allerdings kein Selbstläufer sein. Wirtschaft braucht politische Rahmenbedingungen, Anstöße und

Interventionen. Einen Schwerpunkt bildet hier die Gewährleistung einer bedarfs- und sozial gerechten Finanzierung. Mehr Prävention und Integration sowie mehr Nutzer- und Patientenorientierung sind auf der Leistungsseite zentrale Stichworte. Die Zukunft der Sozialen Gesundheitswirtschaft wird nicht nur Ergebnis medizinischer, technischer oder auch wirtschaftlicher Fortschritte sein. Diese können ihre volle Leistungskraft erst dann entfalten, wenn sie Teil von patienten- und nutzerorientierten sozialen Innovationen auf der regionalen Ebene werden.

## 2. Ziele und Perspektiven einer Sozialen Gesundheitswirtschaft

---

Eine Soziale Gesundheitswirtschaftspolitik hat vor diesem Hintergrund einen Triangel an Perspektiven zu berücksichtigen: Zentral sind Bedarf und Interesse der Bürgerinnen und Bürger an einer Verbesserung ihrer Lebensqualität und Gesundheit, die nur mit leistungsfähigen, bedarfsgerechten und kostengünstigen Dienstleistungen und Produkten zu erreichen ist. Hierfür werden hinreichend und angemessen qualifizierte sowie gut motivierte Arbeitskräfte benötigt. Eine solche leistungsstarke Gesundheitswirtschaft fördert Wachstum und Wohlfahrt der Gesamtwirtschaft. In der Arbeitsgruppe „Soziale Gesundheitswirtschaft“ wurden Eckpunkte und Orientierungen für eine Entwicklung im Sinne des beschriebenen Zieltriangles diskutiert. Dabei wurden folgende Essentials herausgearbeitet:

(1) Alle Bürgerinnen und Bürger brauchen verlässlichen Zugang zu allen notwendigen und medizinisch wirksamen Gesundheitsleistungen. Innovative und effektive gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen müssen rasch und ohne unangemessene Barrieren Eingang in die Versorgung finden. Allerdings sollen nur solche Leistungen in den Katalog aufgenommen werden, die die vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten ergänzen oder ersetzen und effektiv und effizient sind. „Wohlfühlleistungen“ werden wie bisher aus anderen, zumeist privaten Quellen finanziert.

(2) Eine solide, auskömmliche und nachhaltige Finanzierung soll die Ansprüche der Bürgerinnen und Bürger auf bestehende Leistungen und die Teilhabe am therapeutischen Fortschritt absichern. Die solidarische und paritätische Finanzierung hat sich bewährt, muss aber weiterentwickelt werden. Eine klare Entscheidung für eine Bürgerversicherung mit Versicherungspflicht für alle und Einbeziehung aller Einkünfte weist hier den Weg zu einer nachhaltigen und sozial gerechten Lösung.

(3) Das deutsche Gesundheitswesen gehört zu den leistungsfähigsten der Welt. Die Soziale Gesundheitswirtschaft muss kontinuierlich auf weitere Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgungsprodukte und -dienstleistungen abstellen, insbesondere müssen die Versorgungsprozesse optimiert und hohe Qualitätsstandards flächendeckend umgesetzt werden. Die Bürgerinnen und Bürger müssen sich darauf verlassen können, dass der therapeutische Nutzen der ihnen angebotenen Produkte und Dienstleistungen nachgewiesen ist und dass die an ihrer Behandlung beteiligten Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen zu ihrem Wohle abgestimmt und koordiniert zusammenarbeiten.

(4) Schon in der Vergangenheit waren bessere Gesundheit und längere Lebenserwartung der Menschen eher auf verbesserte Lebensbedingungen und gesundheitsförderlichen Lebensstil als auf medizinischen Fortschritt zurückzuführen. Der Gesunderhaltung kommt deshalb hohe Priorität zu. Wenn Krankheiten vermieden werden, bessert dies nicht nur die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, sondern reduziert auch den Bedarf an teurer kurativer Medizin. Prävention und Gesundheitsförderung müssen Querschnittsaufgaben in allen politischen Ressorts werden. Außerdem müssen alle gesellschaftlichen Akteure Verantwortung für die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten wahrnehmen – von Schule und Kindergarten über Wohnungsbau, die Stadt- und Quartiersgestaltung bis zur Arbeitswelt und der Lebensmittelindustrie.

(5) Ein weiteres zentrales Gestaltungsfeld ist der Ausbau integrierter Versorgungsangebote. In absehbarer Zukunft geht es hier v. a. um den weiteren Auf- und Ausbau indikationsspezifischer, Sektor übergreifender Versorgungslösungen. Mittel- und langfristig sollten solche krankheitsspezifischen Ansätze zu integrierten Angeboten zu-

sammengeführt werden, die eine Versorgung aller Krankheiten aus einer Hand anbieten. Die Vergütung dieser Versorgung soll über Pauschalen (regionales Globalbudget) erfolgen. Diese müssen sich am Gesundheitszustand und -risiko der Versicherten orientieren um zu vermeiden, dass Leistungsanbieter mit überdurchschnittlich vielen alten und schwerkranken Versicherten und Patientinnen und Patienten benachteiligt werden.

(6) Bei der gesundheitlichen Versorgung benachteiligter Gruppen sind neue Wege gefragt. Arbeitslosigkeit, Armut, Bildungsferne und Migrationshintergrund sind Merkmale, die mit höherem Krankheitsrisiko verbunden sind. Erforderlich sind deshalb zum einen Maßnahmen, die das erhöhte Krankheitsrisiko kompensieren, und zum anderen solche, die sicherstellen, dass die Betroffenen die von ihnen benötigten Leistungen auch wahrnehmen. Vor allem aber müssen die besonderen Gesundheitsrisiken abgebaut werden.

(7) Die Versorgungsstrukturen müssen deutlich stärker als bislang am Bedarf der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet werden. Das bedeutet, dass sich die Gesundheitsakteure einer Region entsprechend dem Versorgungsbedarf der dort lebenden Menschen reorganisieren und an politisch konsentierten Gesundheitszielen ausrichten. Dies bedeutet auch, dass für neue gesundheitsbezogene Strategien und Maßnahmen nachgewiesen werden muss, dass sie sich am Bedarf orientieren und ihre Ziele zuverlässig erreichen.

(8) Mehr und mehr Patientinnen und Patienten möchten über ihre Behandlung selbst bestimmen. Dem müssen die Anbieter von Leistungen der Krankenversorgung Rechnung tragen. Mehr Patientenorientierung erfordert patientenverständliche Informationen über Versorgungsangebote und ihre Qualität sowie ein Beschwerdemanagement auf allen Ebenen. Auch der Gesetzgeber kann Patientenorientierung unterstützen, insbesondere durch Stärkung der Patientenrechte und Förderung unabhängiger Beratungs- und Aufklärungsangebote.

(9) Der Weg in die Soziale Gesundheitswirtschaft gelingt nur, wenn die Arbeit in den Gesundheitsberufen aufgewertet wird. Dies ist notwendig, um den sich abzeichnenden Fachkräftemangel nicht nur in den Gesundheitsberufen zu beheben;

durch bessere Arbeitsorganisation, aufgewertete Qualifikationsprofile und anspruchsvolle Arbeitsplätze lässt sich auch die Qualität der Leistungen steigern. In den letzten Jahren wurde versucht, die Effizienz im Gesundheitswesen durch Kostensenkung und Intensivierung der Arbeit zu steigern. Die Konsequenz: ineffiziente Arbeitsstrukturen und Motivationsprobleme bei den Beschäftigten. Arbeit wird zur „Achillesferse“ der Zukunftsbranche Gesundheit. Ohne eine Gestaltungsoffensive für „gute Arbeit“ bleibt Soziale Gesundheitswirtschaft eine Utopie.

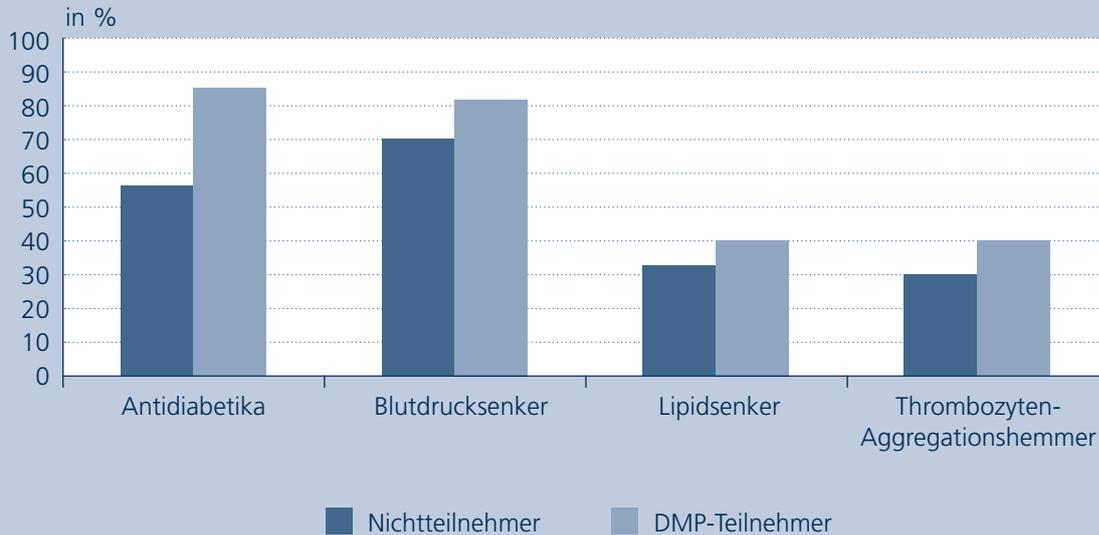
## Gewinne für Gesundheit und Lebensqualität, Arbeit und Wirtschaft

Die vorstehend skizzierten Handlungsperspektiven lassen sich bislang keineswegs im Detail auf ihre Wirkungen abschätzen. Für einzelne Gestaltungsfelder gibt es jedoch auf Basis der bislang vorliegenden Erkenntnisse erste Wirkungsabschätzungen. Hierzu kann auf diverse Studien aus unterschiedlichen Forschungs- und Beratungszusammenhängen zurückgegriffen werden. Darüber hinaus wurden in der Arbeitsgruppe Soziale Gesundheitswirtschaft ergänzende Abschätzungen und Projektionen vorgenommen, die sich insbesondere auf die wirtschaftlichen Folgen einer gestärkten, sozial ausgerichteten Gesundheitswirtschaft beziehen. Diese sowie die einschlägigen Erkenntnisse aus Studien Dritter sollen im Folgenden skizziert werden. Gegliedert wird diese Wirkungsabschätzung nach dem Zieltriangel der Sozialen Gesundheitswirtschaft: erstens mehr Lebensqualität und Gesundheit, zweitens mehr und bessere Arbeitsplätze, drittens mehr Wachstum und gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt.

### *Lebensqualität und Gesundheit:*

Mehr Lebensqualität und Gesundheit durch mehr Integration der Angebote ist möglich. Zwar blieb bislang der erhoffte Durchbruch noch aus – nicht zuletzt, weil bisherige Aktivitäten auf viele gegenläufige Interessen stießen. Gleichwohl ist Integration ausbaubar und wirkt auch positiv auf die Versorgungsqualität. Das zeigen Untersuchungen

Abbildung 1:

**Vergleich der Teilnehmer und Nichtteilnehmer am Diabetes Typ 2 DMP bzgl. ihrer Medikamenteneinnahme in der letzten Woche**

Quelle: Versorgungs-Report 2011, WIdO.

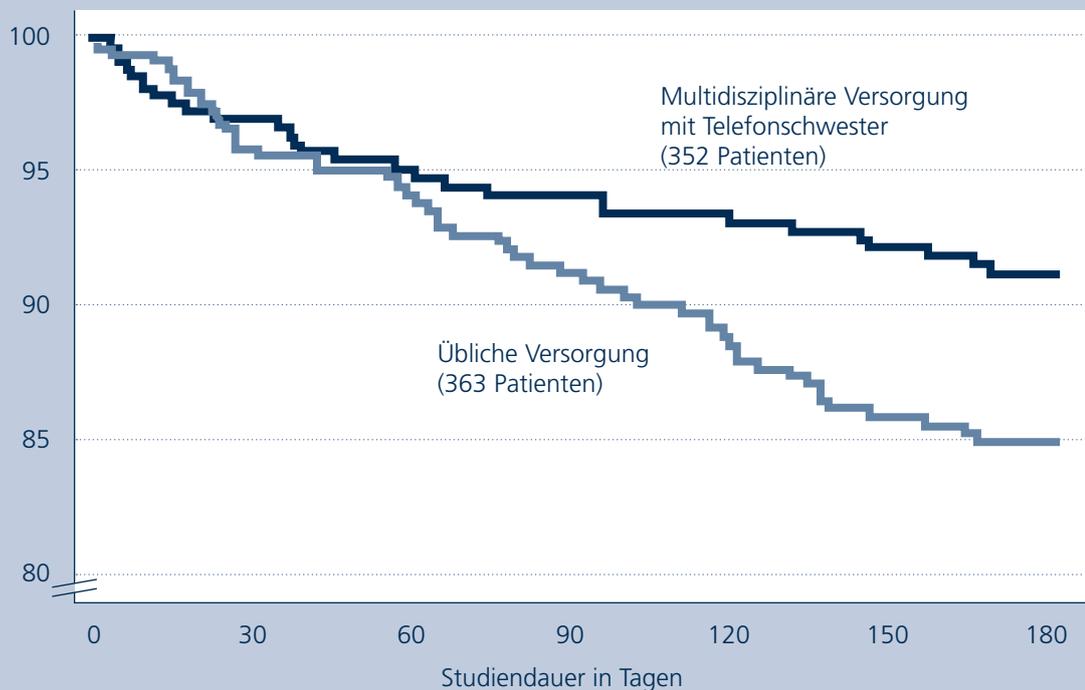
über die Wirkungen der bislang gelaufenen ersten Schritte in Richtung neuer, integrierter Versorgungsformen, die Anfang 2011 in einer neuen Publikationsreihe des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) veröffentlicht wurden. Trotz großer methodischer Erfassungsprobleme konnte etwa nachgewiesen werden, dass die seit 2002 neu eingeführten Disease-Management-Programme<sup>1</sup> bei Diabetes und bei Krankheiten des Herz- und Kreislaufbereichs deutliche Vorteile für Patientinnen und Patienten bringen. Die einschlägigen Studien (Günter/Klose/Schmacke 2011, Kap. 4) „sprechen anhand der Mortalitätsdaten wie der Lebensqualitätsmessung und Wertschätzung durch die Bevölkerung stark für die Überlegenheit der DMPs“ (Schmacke 2011, IX). In dieselbe, Zuversicht bringende Richtung zeigen Ergebnisse der Evaluation des HeartNetCare, das

ein Coaching und eine multidisziplinäre Versorgung bei Patienten mit Herzinsuffizienz betreibt. Evidenzbasiert steht hier ein integriertes Versorgungsprogramm für Risikopatienten zur Verfügung, das in die Regelversorgung gebracht werden kann (Angermann u. a. 2011; Amelung u. a. 2011).

Viel versprechende Erfahrungen hat auch das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ in Baden-Württemberg sammeln können, ein Projekt zur integrierten Versorgung, das populationsorientiert vorgeht. Es unterzieht sich einer engen Evaluation hinsichtlich der versorgungsbezogenen wie der wirtschaftlichen Ergebnisse (Siegel et al. 2011). In einer Art Zwischenresümee zog Horst Michalek, der Vorsitzende des Ärztlichen Beirats der Gesundes Kinzigtal GmbH, folgende Bilanz: „Die aktuellen Daten zeigen, dass unsere

1 Ein Disease-Management-Programm (abgekürzt DMP) ist ein systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen, das sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin stützt. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden diese Programme auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder Chronikerprogramme bezeichnet. Disease-Management-Programme sind im deutschen Gesundheitswesen noch recht neu (sie existieren seit etwa 2002) und gelten als Bausteine für andere neuartige Integrationskonzepte.

Abbildung 2:

**Effekt der multidisziplinären Versorgung auf die Überlebensrate im Programm HeartNetCare-HF©**

Quelle: Versorgungs-Report 2011, WIdO.

Kombination aus zielgerichteter Vorsorge, optimierter Versorgung, Gesundheitsprogrammen und einem intelligenten Management für alle Beteiligten von Nutzen ist und Gesundheitseffizienz und erfahrbare Versorgungsqualität schaffen kann.“ (Pressemitteilung Optimedix 24.01.2011)

#### *Mehr und bessere Arbeitsplätze*

Seit Mitte der 1990er Jahre sind verschiedene Prognosen zur künftigen Entwicklung der Zahl der Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft erstellt worden. Demnach werden in den nächsten 15 Jahren bundesweit wenigstens 400.000, ggf. sogar mehr als eine Million zusätzlicher Jobs entstehen – je nachdem, ob eine anspruchsvolle Gesundheitswirtschaftspolitik gelingt oder einseitig auf Kostendämpfung gesetzt wird.<sup>2</sup>

Ende 2009 wurde vom Bundesministerium für Wirtschaft ein Satellitenkonto für die Gesund-

heitswirtschaft vorgelegt, das nicht nur Zahlen zur detaillierten Beschreibung der heutigen Gesundheitswirtschaft enthielt, sondern auch Prognosen für die zukünftige Entwicklung bis zum Jahre 2035 auswies. Diese wurde von der Technischen Universität Berlin, der Fa. BASYS und von Roland Berger erstellt und übertrafen bei den Beschäftigungswirkungen alles, was an Überlegungen und Schätzungen bis dahin existierte (vgl. Henke u.a. 2010): Nach dieser Studie ist von 2005 bis zum Jahre 2020 mit einem Beschäftigungsplus von 1,3 Millionen zu rechnen und bis zum Jahre 2035 werden sogar fast 2,1 Millionen zusätzliche Arbeitsplätze erwartet.

In all den angesprochenen Studien waren die Altenhilfe generell und die ambulanten Versorgungsangebote die Hauptträger des Beschäftigungswachstums. Die großen Unterschiede zwischen den verschiedenen Prognosen und Szenarien sind u.a. darauf zurückzuführen, dass mit

2 Vgl. Studien des Wissenschaftszentrums NRW (Bandemer/Hilbert/Schulz 1998), FfG/IAT/MHH 2001, Deutschlandreports der Fa. Prognos.

unterschiedlichen Rahmenbedingungen gearbeitet wurde. Die jeweiligen Annahmen bezüglich der Gesundheitsausgaben wie auch unterschiedliche Einschätzungen über die Entwicklung der Produktivität wirken sich auf den zu erwartenden Bedarf an Gesundheitsarbeitskräften aus. Unstrittig ist, dass die Produktivität im Gesundheitsbereich unter der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsdynamik bleiben wird, fraglich ist nur, um wie viel. Die Szenarienbildung macht deutlich, wie sehr die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen sowohl von der Gesundheitspolitik als auch von den Modernisierungsstrategien der Leistungsanbieter abhängen wird.

Wenngleich die Studien zu den Beschäftigungsaussichten der Gesundheitswirtschaft insgesamt auf eine eher „rosige“ Zukunft hindeuten, so gilt es doch auf die Schattenseiten hinzuweisen. Die skizzierten Zukunftsszenarien lassen zum einen im Unklaren, um welche Art von Beschäftigung es sich handelt – um Arbeit auf attraktiven, sozialversicherungspflichtigen und angemessen bezahlten Arbeitsplätzen oder eher um schlecht entlohnte Jobs, die möglicherweise sogar noch als Leiharbeit organisiert sind. Zum anderen bleibt unklar, ob überhaupt genügend arbeitsfähige Menschen zur Verfügung stehen werden, um wachsende Arbeitskräftenachfrage aus den Gesundheitsberufen zu bedienen. Eine Studie von PriceWaterHouseCoopers und WifOR vom Oktober 2010 kommt etwa zu der Erkenntnis: „Wenn Politik, Wirtschaft und die anderen Arbeitsmarktakteure in der Gesundheitswirtschaft nicht gegensteuern, werden im Jahre 2030 fast eine Million Fachkräfte für die Gesundheitsversorgung fehlen.“ (PWC/WifOR 2010, 71)

Nach Wegen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und – damit eng verbunden – nach Ansätzen zur Überwindung der drohenden Personalengpässe im Gesundheitssektor wird intensiv gesucht. Mehr Wertschätzung für die Gesundheitsberufe ist überfällig. Wichtige Punkte sind hier etwa Rahmenbedingungen wie Entlohnung, Arbeitszeiten oder Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, auf betrieblicher Ebene eine optimierte Arbeitsgestaltung, verbessertes Personalmanagement, neue Wege bei der Work-Life-Balance, arbeitsorientierter Technikeinsatz.

Gleichzeitig muss auch verstärkt über die Erschließung neuer Zielgruppen für den Arbeitsmarkt Gesundheit nachgedacht werden.

Die Konsequenzen einer ausgebauten Sozialen Gesundheitswirtschaft für die Qualität der Arbeit im Gesundheitssektor werden von den bisher vorliegenden Studien kaum thematisiert. Gleichwohl besteht Grund zu verhaltenem Optimismus: Wenn die Arbeitskräfte knapp werden, kann das notwendige Personal nur angeworben werden, wenn die Qualität der gebotenen Arbeitsplätze stimmt. Von daher müsste es eigentlich zu vielfältigen Aktivitäten für „gute Arbeit“ kommen. Allerdings hegen viele Insider Zweifel, ob die Branche aus sich heraus in der Lage ist, entsprechende Initiativen zu starten und plädieren daher für geeignete öffentliche Unterstützung.

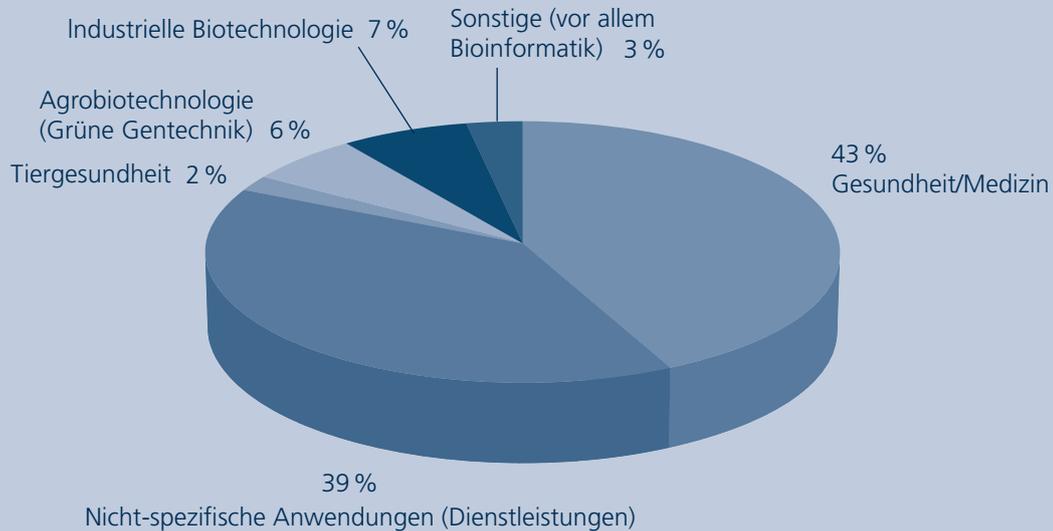
#### *Wachstum und Wohlfahrt*

Eine Abschätzung der Wirkungen von erhöhten Gesundheitsaufwendungen auf Wachstum und Beschäftigung auf Basis des makroökonomischen Modells des IMK (Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung in der Hans-Böckler-Stiftung) kommt zu dem Ergebnis, dass dann, wenn die Mehreinnahmen tatsächlich für zusätzliche Sachmittel und Dienste – und nicht für die Reduzierung der Zuschüsse aus öffentlichen Haushalten – verwendet werden, positive Effekte für Wachstum und Beschäftigung zu erwarten sind. (Zwiener 2011, 20)

Zwischenergebnisse einer makroökonomischen Studie der Universität Duisburg-Essen und des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI), die im Auftrag der FES die Konsequenzen unterschiedlicher Modelle für die Gesundheitsfinanzierung mittel- und langfristig untersuchen, deuten ebenfalls auf positive Effekte für Wachstum und Beschäftigung hin. Mit Blick auf Wirtschaft und Wachstum sind darüber hinaus zwei spezielle Aspekte anzusprechen:

- Deutschland versteht sich als High-Tech-Standort und richtet seine Forschungsförderung in diesem Sinne aus. Mit Blick auf die unter diesem Stichwort laufenden Aktivitäten einschlägiger Firmen wird deutlich, dass Gesundheit das wichtigste Anwendungsfeld für neue High-

Abbildung 3:

**Gesundheit: Hauptanwendungsfeld für High-Tech-Tätigkeitsfelder der 551 deutschen Biotechnologiefirmen (Stand 2006)**

Quelle: BMBF 2007: Die Deutsche Bio-Technologiebranche 2007, Berlin.

Tech-basierte Produkte und Dienstleistungen ist. Abbildung 3 skizziert dies etwa bezüglich der Biotechnologien; Insider gehen davon aus, dass vergleichbare Schwerpunktsetzungen auch in anderen High-Tech-Feldern anzutreffen sind.

- Integrierte Versorgungslösungen – manchmal wird auch von Systemlösungen gesprochen – sind ein Gestaltungsfeld, das international auf wachsende Aufmerksamkeit stößt. Insbesondere die dynamischen Schwellenländer zeigen

ein großes Interesse, die Qualität und Effizienz ihrer Gesundheitsversorgung durch Rückgriff auf die internationale Zusammenarbeit zu verbessern. Wenn Deutschland hier kompetente Angebote zur Zusammenarbeit machen kann, profitiert davon auch der Absatz anderer gesundheitsbezogener Produkte und Dienstleistungen – von der Medizintechnik über die Arzneimittel bis hin zu Qualifizierungsangeboten.

### 3. Gestaltungs- und Handlungsansätze für soziale Innovationen in der Gesundheitswirtschaft

Das vorliegende Konzept einer Sozialen Gesundheitswirtschaft geht davon aus, dass diese zuallererst Gesundheitsziele verfolgt und damit zum Motor von sozialen Innovationen wird. Insbesondere sind hier zu nennen:

- Der Mensch steht im Mittelpunkt: Qualität, Effizienz und Gerechtigkeit der Gesundheitsversorgung sind zu verbessern und am Wohl des Patienten auszurichten;
- die Versorgungsstrukturen müssen entsprechend dem Bedarf mit einrichtungs- und sektorübergreifenden integrierten Angeboten reorganisiert werden;
- die Arbeit in den Gesundheitsberufen muss aufgewertet werden durch bessere Arbeitsbedingungen, zeitgemäße Qualifikationsprofile und leistungsgerechte Bezahlung.

#### 3.1 Orientierung am Patienten

Das deutsche Gesundheitssystem gehört weltweit zu den besten. Gleichzeitig ist aber unstrittig, dass es noch Ansatzpunkte für Qualitätssteigerungen gibt. Dazu gehören insbesondere:

- die ständige zeitnahe Anpassung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an den neuesten Stand der anerkannten medizinischen Erkenntnisse;
- die ständige Verbesserung insbesondere der Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung, d.h. des outcome an Gesundheit und Lebensqualität;
- die Erhöhung der Versorgungsgerechtigkeit, insbesondere mit folgenden prioritären Zielen:

- Ausrichtung der Versorgungsstrukturen an den besonderen Bedarfen der Menschen in ihren verschiedenen Lebensphasen (Glaeske 2011: 17ff.).
- Erforschung der unterschiedlichen Wirkung von Therapien und Arzneimitteln auf Männer, Frauen, Kinder und alte Menschen: Heute sind die Probanden überwiegend junge Männer; Frauen, Kinder und alte Menschen werden deshalb suboptimal behandelt.
- Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von seltenen Krankheiten durch Beteiligung an den neu ermöglichten europäischen Referenzzentren. Durch gemeinsam genutzte Ressourcen können für diese Patientinnen und Patienten bedarfsgerechte Gesundheitsdienstleistungen entwickelt werden.
- Sicherstellung einer guten Versorgung in bevölkerungsarmen und strukturschwachen Regionen.
- Beendigung der unterschiedlichen medizinischen Behandlung von gesetzlich und privat Versicherten.

Bei ständig steigendem Bedarf an Gesundheitsleistungen und gleichzeitig begrenzten Ressourcen ist es wichtig, die Versorgung so effizient wie möglich sicherzustellen. Das heißt insbesondere:

- Verfahren und Produkte, deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist, können nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft angewendet werden;
- neue Verfahren und Produkte erzielen nur in dem Umfang höhere Vergütungen, in dem sie für die Patientinnen und Patienten einen Zusatznutzen realisieren;

- Leistungen, die durch neue Verfahren oder Produkte ersetzt werden, werden aus dem Leistungskatalog heraus genommen;
- Vergütungssysteme setzen Anreize zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der gesamten Versorgungskette;
- Leitlinien, Behandlungspfade, standardisierte Prozesse und Schnittstellen und ein darauf basierendes Versorgungsmanagement vermeiden Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Stärkung der *beratenden Beteiligung* von Patientenvertretern an Entscheidungen zur Weiterentwicklung und Ausgestaltung der Rahmenvorgaben für die Gesundheitswirtschaft wie z. B. auf der Bundesebene im G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss), aber auch auf der regionalen Ebene bei der Definition von Anforderungen an die Versorgungsstrukturen;
- Fortbildung für Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte zur Nutzerorientierung im Gesundheitswesen und zur partizipativen Entscheidungsfindung;
- Konsequente *Dienstleistungsorientierung* auf Seiten der Leistungserbringer.

### *Mehr Kompetenzen und Rechte für den mündigen Patienten*

Immer mehr Menschen wollen Gesundheitsleistungen selbstbestimmt wahrnehmen, das heißt, gemeinsam mit dem Therapeuten über Diagnostik, Behandlung und weitere zu ergreifende Maßnahmen entscheiden (partizipative Entscheidungsfindung). Folgende Maßnahmen unterstützen sie dabei:

- *Stärkung der Kompetenz der Patienten durch:*
  - Informationen über zur Verfügung stehende Diagnose- und Behandlungsleistungen und -produkte und den Grad ihrer Evidenz müssen verständlich und leicht zugänglich sein. Leitlinien für Diagnose- und Behandlungspläne müssen in auch für Laien verständlichen Versionen den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden.
  - Stärkung unabhängiger Beratungs- und Aufklärungsangebote.
  - Förderung der Selbsthilfe.
  - Schulungen, die die Patientinnen und Patienten über ihre Krankheit, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und den Umgang mit ihr informieren und zum Umgang mit Arzt, Pflegekraft und weiteren Therapeuten beraten.
- *Stärkung der Patientenrechte durch ein Patientenrechtegesetz;*
- Beschwerdemanagement auf allen Ebenen;
- Zufriedenheitsabfragen bei den Patientinnen und Patienten;

Eine konsequente Patientenorientierung der Gesundheitsbranche verbessert auch die Einhaltung von Therapievorschriften bei den Patientinnen und Patienten und sorgt – zumindest mittel- und langfristig – dafür, dass keine Angebote am Bedarf und an den Präferenzen der Patienten vorbei entwickelt werden.

In der sozialen Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in der Vertreter und Vertreterinnen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber das Gesundheitswesen mitgestalten, können insbesondere die Versichertenvertreter auf mehr Patientenorientierung hinwirken. Bezogen auf Einzelfälle findet das heute schon in den von Versicherten- und Arbeitgebervertretern besetzten Widerspruchsausschüssen statt, die über Widersprüche der Versicherten zu Leistungsbescheiden der Krankenkassen entscheiden. Allerdings sollte darauf hingewirkt werden, die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungsgremien zu stärken. Zwar haben die Verwaltungsräte der Krankenkassen u. a. die Aufgabe, „alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkassen von grundsätzlicher Bedeutung sind“ (§ 197. 1 Ziffer 1b); jedoch wird von diesem Recht nur sehr eingeschränkt Gebrauch gemacht. Soziale Gesundheitswirtschaft könnte davon profitieren, wenn es gelänge, die Verwaltungsratsmitglieder für eine aktive Wahrnehmung ihrer Aufgabe zu ermutigen und zu qualifizieren, etwa

durch eine angemessene Fortbildung und Beratung, finanziert durch die Krankenkassen selbst.

*Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen für mehr Qualität und Patientenorientierung stärken*

Selbsthilfegruppen<sup>3</sup> und -organisationen haben sich zunehmend zu einer wichtigen Komponente des Gesundheitswesens entwickelt. In Deutschland sind etwa 70- bis 100.000 Selbsthilfegruppen tätig, in denen rund zwei Millionen Erwachsene engagiert sind. Ca. die Hälfte dieser Selbsthilfegruppen gehört landes- oder bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen an. Insgesamt waren rund sechs Millionen Erwachsene, oder knapp zehn Prozent der erwachsenen Bevölkerung, bereits einmal in einer Selbsthilfegruppe aktiv. Typische Probleme, die in Selbsthilfegruppen angegangen werden, sind der Umgang mit chronischen Krankheiten, mit Lebenskrisen oder mit belastenden Lebenssituationen.

Die Arbeit der Selbsthilfegruppen fokussiert auf den Informations- und Erfahrungsaustausch sowie auf die wechselseitige Unterstützung der Teilnehmer und Mitmacher. Ihre Dachorganisationen und Arbeitsgemeinschaften sowie die Selbsthilfeorganisationen engagieren sich auch nach außen, etwa indem sie auf Probleme aufmerksam machen, die Interessen von Behinderten und chronisch kranken Menschen, die in der Selbsthilfe aktiv und organisiert sind, vertreten oder auch medizinische und gesundheitswissenschaftliche Forschungsprojekte anstoßen.

Für die Soziale Gesundheitswirtschaft sind Selbsthilfegruppen mithin nicht nur eine gewünschte und erforderliche Ressource für mehr Gesundheit, sondern gleichzeitig auch ein nicht wegzudenkender, ein unerlässlicher Partner für mehr Qualitäts- und Patientenorientierung.

Gesundheitsselfhilfe in Deutschland hat gesetzlich verbriefte Ansprüche auf Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen und auf Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Im Jahr 2011 standen für das gesamte Bundesgebiet allerdings nur 40 Millionen Euro Selbsthilfemittel durch die Krankenkassen zur Verfügung, also rund 20 Euro pro Aktivem. Soziale Gesundheitswirtschaft will die Unterstützung für die Selbsthilfegruppen und -organisationen verbreitern und vertiefen. Neben einem Ausbau der finanziellen Unterstützung ist insbesondere wichtig, Selbsthilfegruppen und -organisationen, ihre Patientennähe und Kompetenzen für eine breitflächige Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität zu nutzen.

*Gleiche Chancen für gesundheitlich Benachteiligte*

Eine gerechte Gesundheitsversorgung behandelt nicht alle Bürger gleich, sondern zielt auf gleiche Gesundheitschancen für alle Bürgerinnen und Bürger. Diese tragen unterschiedliche Gesundheitsrisiken. Eine gerechte Versorgung stellt deshalb für Bürger mit höheren Gesundheitsrisiken besondere – auch kompensatorische – Maßnahmen zur Verfügung. Sie geht darüber hinaus mit ihren Angeboten auf Benachteiligte zu, wenn diese über die Standardzugänge zur Versorgung nicht erreicht werden. Besondere Gesundheitsrisiken können auf Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen zurückgehen und/oder auf den Lebensstil und das Verhalten der betroffenen Menschen. Studien haben gezeigt, dass verschiedene sozioökonomische Faktoren mit einem erhöhten Krankheitsrisiko und/oder kürzerer Lebenserwartung einhergehen. Dazu zählen niedrige Einkommen und Armut, niedriger Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund und Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil. Beim Lebensstil führen Drogenmissbrauch, hier insbesondere Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum, falsche Ernährung mit der Folge von Übergewicht und Bewegungsmangel zu erhöhten Gesundheitsrisiken. Häufig treffen gesundheitsbelastende Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen mit entsprechenden Verhaltensgewohnheiten zusammen.

3 Als Überblick zum Thema Selbsthilfegruppen und -organisationen siehe den einschlägigen Artikel in Wikipedia [http://de.wikipedia.org/wiki/Selbsthilfegruppe#Selbsthilfegruppen\\_in\\_Deutschland](http://de.wikipedia.org/wiki/Selbsthilfegruppe#Selbsthilfegruppen_in_Deutschland).

In einer Sozialen Gesundheitswirtschaft werden Mittel für umfeldbezogene Maßnahmen in den jeweiligen Lebenswelten der gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen zur Verfügung gestellt. Letztlich ist eine Politik gefordert, die ressortübergreifend die Gesundheitsrisiken wie Arbeitslosigkeit, Armut, Bildungsferne u. a. angeht. Ganz besondere Aufmerksamkeit verdienen dabei dann solche Stadtteile, Wohn- und Lebensregionen, die sich durch einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Bevölkerungsgruppen mit hohen sozialen Belastungen und gesundheitlichen Risiken auszeichnen.

### 3.2 Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht neu organisieren

Unser Gesundheitswesen ist bislang extrem anbieterorientiert organisiert, d. h. die Versorgungsstrukturen sind stärker durch die vorhandenen Leistungserbringer und ihre Interessen geprägt als durch die Bedarfe der Patienten. Die Leistungen werden zudem segmentiert in den einzelnen Sektoren und Einrichtungen erbracht. Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf, die den größten Teil der Gesundheitsleistungen nachfragen, müssen sich ihr Versorgungspaket aus den vorhandenen Angeboten oft genug selber zusammenstellen. Dabei treten zum einen erhebliche Abstimmungsprobleme an den Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungserbringern auf. Zum anderen finden sie benötigte Leistungen zum Teil gar nicht vor (z. B. Soziotherapie und psychiatrische Pflege für psychisch Kranke) oder müssen lange auf diese Leistungen warten (z. B. bei Psychiatern und Psychotherapeuten). Die Folge sind gravierende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite, die sich erheblich auf die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten auswirken.

Deshalb müssen die Versorgungsstrukturen neu, d. h. den Versorgungsbedarfen entsprechend, organisiert werden (vgl. Glaeske 2011). Dabei ist sicher zu stellen, dass sie auch die besonderen Bedarfe von älteren und hochaltrigen Menschen abdecken. Zu berücksichtigen ist, dass sich Krankenversorgung und Pflege zunehmend in der

Häuslichkeit der älteren Menschen abspielen, unterstützt durch AAL-Konzepte (Ambient Assisted Living, zu Deutsch sinngemäß: Assistenzsysteme für altengerechte Lebensumwelten), Telemedizin und Telehealth-Monitoring. Prävention und Rehabilitation müssen gestärkt werden, um Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuschieben. Versorgungslücken, wie z. B. die mangelhafte ambulante Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten der Vertragsarztpraxen oder in der ersten Phase nach einer frühzeitigen Entlassung aus dem Krankenhaus, sind zu schließen. Hier müssen auch Kostenträger und Leistungserbringer für komplementäre Leistungen wie Hilfe im Haushalt und Betreuung einbezogen werden. Es ergeben sich infrastrukturelle Anforderungen, die auch in angrenzenden Branchen Impulse für ein sozial orientiertes qualitatives Wachstum setzen können. Beispielhaft seien hier das altengerechte Wohnen, Quartiersmanagement, altersfreundliche Mobilität und altengerechter Technikeinsatz genannt.

#### *Integrierte Angebote*

Das Krankheitsgeschehen wird zunehmend dominiert durch chronische Krankheiten und Multimorbidität. Deshalb muss eine bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung komplexe Versorgungsarrangements organisieren und managen, in denen die beteiligten Professionen und Einrichtungen – auch über die Sektorengrenzen hinweg – zusammenarbeiten. In der integrierten Versorgung

- treffen Arzt und Patient auf der Basis von evidenzbasierten Leitlinien, die dem Patienten in für ihn verständlicher Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden, gemeinsam Entscheidungen zu Therapie und Diagnostik, die in einem individuellen Behandlungsplan dokumentiert werden;
- sind die Behandlungsprozesse, die Schnittstellen zwischen den beteiligten Behandlern und deren Zusammenarbeit im Interesse der Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität standardisiert und in Behandlungspfaden abgebildet;
- ein Behandlungsmanager begleitet den Patienten durch den Behandlungsprozess und stellt

- sicher, dass er jederzeit zum richtigen Zeitpunkt die richtige Leistung erhält;
- werden alle Befunde, vorgenommenen Behandlungen und sonstigen wichtigen Daten zu Krankheitsverlauf und Behandlung des Patienten in einer elektronischen Patientenakte gesammelt, auf die alle Behandler und die Patientinnen und Patienten jederzeit Zugriff haben;
  - sorgen krankheitsorientierte Fallpauschalen, die die Versorgung eines Patienten in einem bestimmten Zeitraum vergüten (Capitation), dafür, dass das Management der Integrierten Versorgung ein hohes Interesse an hoher Effektivität und Effizienz der Versorgung und an der Vermeidung von Über- und Fehlversorgung hat;
  - mit einer konsequenten Patientenorientierung mit Beschwerdemanagement, Zufriedenheitsabfragen bei den Patientinnen und Patienten und konsequenter Transparenz der erreichten Qualität wird sichergestellt, dass die Träger der integrierten Versorgung sich jederzeit um eine hohe Qualität und guten Service bemühen müssen (vgl. Seiler/Henke 2008);
  - erhalten deshalb die Patientinnen und Patienten ihre Leistungen ohne relevante Wartezeiten;
  - wird Qualitätssicherung und -management über die gesamte Versorgungskette hinweg betrieben;
  - wird im Interesse einer optimalen und nachhaltigen Versorgung vor allem chronisch kranker und älterer Patientinnen und Patienten eng mit den Kostenträgern (z.B. GKV, Pflegeversicherung, Rentenversicherungsträger), mit Selbsthilfeangeboten der Kommunen (z.B. Suchthilfe, sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendhilfe), der örtlichen Pflegeberatung, den Servicestellen nach SGB IX und anderen einschlägigen Beratungsangeboten sowie den Hilfeangeboten der Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Ehrenamtsagenturen etc. zusammengearbeitet.

Langfristig wünschenswert sind integrierte Versorgungsangebote, die die komplette Versorgung eines Patienten übernehmen. Realistisch werden aber zunächst überwiegend indikationsbezogene

integrierte Versorgungsangebote entstehen, die später erweitert oder zusammengeführt werden können.

#### *Modelle neuer, integrierter Versorgungsformen*

Mit der Gesundheitsreform 2000 hatte der Gesetzgeber erstmalig eine Rechtsgrundlage für neue integrierte Versorgungsformen (IV) geschaffen. Mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden die entsprechenden Regelungen noch praktikabler gestaltet und eine Anschubfinanzierung zur Verfügung gestellt, die dann 2009 auslief. Inzwischen haben viele Akteure integrierte Versorgungskonzepte entwickelt und erste Erfahrungen mit deren Umsetzung gesammelt. In der Gesundheitsreform 2007 hat die Politik als Ziel für integrierte Versorgungsverträge den Populationsbezug vorgegeben, das heißt, die Anbieter sollen einen Großteil der Leistungen zur Verfügung stellen, die die Bevölkerung in ihrem Einzugsgebiet benötigt. Gleichwohl ist die Mehrzahl der entsprechenden Projekte noch indikationsbezogen, d.h. auf die Behandlung nur einer oder weniger bestimmter Krankheiten ausgerichtet. Wegen der hohen Anforderungen an bevölkerungsbezogene integrierte Versorgungsverträge war dies auch nicht anders zu erwarten.

Fast alle integrierten Versorgungsmodelle verfolgen vorrangig das Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung (Greß 2010) legen die Krankenkassen in den meisten Fällen großen Wert darauf, dass diese Qualitätsverbesserungen gleichzeitig Wirtschaftlichkeitsreserven mindestens in dem Umfang mobilisieren, dass damit die Mehrkosten der integrierten Versorgung refinanziert werden können. Qualitätssteigerungen werden insbesondere erreicht durch leitlinienorientierte Behandlungspfade mit optimierten standardisierten Prozessen und definierten Schnittstellen zwischen den beteiligten Leistungserbringern. In komplexen Versorgungsprogrammen werden die Behandlungsabläufe durch Fallmanager koordiniert. Einige Projekte gehen über die Optimierung von Prozessen und Koordinierung hinaus und nutzen die vom Gesetzgeber bewusst eingeräumten Freiheiten der integrierten Versorgung für

neue Versorgungsinhalte und -konzepte. Dabei kann es um ganz neue, vom Patientenbedarf ausgehende Kombinationen schon vorhandener Leistungen, neue Leistungen und Methoden gehen. Besonders hervorzuheben sind hier z.B. Programme, die mit den neuen Möglichkeiten der Telemedizin arbeiten. In einigen Projekten setzen die beteiligten Leistungserbringer gemeinsam genutzte elektronische Patientenakten ein.

Die Indikationen, für die integrierte Versorgungsprogramme angeboten werden, sind mittlerweile vielfältig. Neben den Programmen zur Endoprothetik, die zu den ersten Projekten der integrierten Versorgung gehörten, existieren u.a. Programme für Rheumakranke, für Kopfschmerz, für Migräne, für Herzinsuffizienz, für Demenzkranke, zur Palliativversorgung, für diverse psychische Erkrankungen wie Depressionen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, Schizophrenie und Suchterkrankungen, für Schlaganfall, Parkinson, Multiple Sklerose, Krebserkrankungen, z. B. für eine optimierte Brustkrebsversorgung, und zur integrierten Schwangerschaftsversorgung<sup>4</sup>.

Einen populationsbezogenen Ansatz verfolgen Programme der Knappschaft, das Modell „Gesundes Kinzigtal“ und das „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz“. Die Knappschaft brachte in das Projekt „prosper“ ihre Knappschaftsärzte, ihre Krankenhäuser und ihre Reha-Kliniken ein. Sie bilden regionale Versorgungsnetze, die das Krankheitsgeschehen der eingeschriebenen Versicherten weitgehend abdecken. Inzwischen ergänzt die Knappschaft dieses Angebot durch pro-Senior, eine spezifische integrierte Versorgung für ihre Versicherten über 75 Jahre, die sich schwerpunktmäßig auf vier Indikationen konzentriert. Im Modell „Gesundes Kinzigtal“ wird die gesamte Grundversorgung – mit Ausnahme der zahnärztlichen Versorgung – der eingeschriebenen Versicherten der AOK in der Region von der Managementgesellschaft „Gesundes Kinzigtal GmbH“ organisiert. Die Mehrheit der Gesellschaftsanteile halten die Ärzte der Region. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Das „Unternehmen Ge-

sundheit Oberpfalz Mitte“ wurde von einem Ärzteverband gegründet. Inzwischen zählen Leistungserbringer, die die gesamte Versorgungskette abbilden, einschließlich des örtlichen Krankenhauses zu den Gesellschaftern.

Die Initiatoren und Träger von integrierten Versorgungsmodellen sind sehr vielfältig. Neben Ärzteverbänden wie in den Projekten „Gesundes Kinzigtal“ und „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz“ ergreifen auch Facharztverbände, Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren, große Gemeinschaftspraxen und Managementgesellschaften die Initiative und suchen sich geeignete Kooperationspartner auf der Leistungserbringer- und auf der Kassenseite. Nur ein relativ kleiner Teil der bestehenden Programme geht auf die Initiative von Krankenkassen zurück wie z. B. die von der Vdek Landesvertretung Saarland entwickelten und erfolgreich praktizierten IV-Verträge in der regionalen psychiatrischen Versorgung und zur Optimierung des palliativen Versorgungsangebotes, ebenso das Programm zur Versorgung von Menschen mit Depressionen, das von der Techniker-Krankenkasse entwickelt und vorangetrieben wurde. Die Managementgesellschaften werden ganz überwiegend von Leistungserbringern getragen. Mit dem Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen (I3G) ist auch erstmalig eine von einem Pharma-Unternehmen getragene Managementgesellschaft auf den Plan getreten, die in Niedersachsen eine integrierte Versorgung für AOK-Patienten mit Schizophrenie organisieren soll. Krankenkassen legen vermehrt Wert darauf, dass integrierte Versorgungsprogramme überörtlich ausgerollt werden, so dass sie ihren Versicherten an verschiedenen Orten die gleichen integrierten Versorgungsprogramme anbieten und selbige auch einheitlich bewerben können. Dafür sind Projektträger mit entsprechender Organisationskompetenz erforderlich.

Die meisten integrierten Versorgungsprogramme erbringen und finanzieren die Leistungen im Rahmen der Regelversorgung. Außer-

4 Beschreibungen entsprechender Projekte befinden sich u. a. in: Amelung u.a. (2010); Weatherly u.a. (2007); Meier/Diener (2007).

budgetär wird dabei nur der zusätzliche Aufwand, insbesondere für Koordination, Abstimmung und Dokumentation vergütet. Nur wenige Programme ersetzen Leistungen in der Regelversorgung (substitutive Programme) und werden folglich komplett außerbudgetär bezahlt. Zukunftsweisend sind die Vergütungsregelungen im Modell „Gesundes Kinzingtal“, nach denen die Vergütung aus den Einsparungen erfolgt. Da der entsprechende Vertrag eine lange Laufzeit hat, ist für alle Beteiligten ein hoher Anreiz für eine Erfolgsorientierung gegeben: die Vergütung steigt proportional zur Steigerung der Gesundheit der versorgten Versicherten und zum Grad der erreichten Wirtschaftlichkeit.

Trotz der vorhandenen vielfältigen Projekte zur integrierten Versorgung muss festgehalten werden, dass sie in der Umsetzung immer noch auf Probleme stoßen, von denen hier nur die wichtigsten angesprochen werden sollen. Wenn Versicherte in einer integrierten Versorgungsform behandelt werden, hat ihre Krankenkasse zwar das Recht, die an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu zahlende Gesamtvergütung entsprechend zu bereinigen, in der Praxis wird dies auf Basis der bestehenden gesetzlichen Regelungen jedoch als nicht praktikabel angesehen. Außerdem fürchten die großen Kassen im Falle der Bereinigung den Zorn der nicht an der integrierten Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Für den Krankenhausbereich gibt es eine entsprechende Bereinigungsvorschrift erst gar nicht. Die Kassen haben deshalb nicht ganz zu Unrecht den Eindruck, dass sie für die Versicherten in der Integrierten Versorgung zweimal zahlen. Aus Angst, die Ausgaben für einen IV-Vertrag könnten unter diesen Bedingungen die Erhebung eines Zusatzbeitrages erforderlich machen, halten sich die Kassen beim Abschluss neuer Integrationsverträge sehr zurück.

### 3.3 Prävention und Gesundheitsförderung stärken

Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebenserwartung der Menschen beläuft

sich laut Sachverständigenrat für die Begutachtung im Gesundheitswesen (2005: 23) auf zehn bis 40 Prozent. Der weitaus größere Anteil ist auf Verbesserungen der Lebensbedingungen und -stile zurückzuführen. Auf sie müssen deshalb Prävention und Gesundheitsförderung zielen (Rosenbrock 1998: 1f.). Wichtige Orientierungen dafür liefert die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die die WHO 1986 zum Abschluss ihrer ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet hat und die von der Bundesrepublik unterstützt, aber noch längst nicht flächendeckend umgesetzt wird. Sie definiert folgende fünf Handlungsfelder:

- Schaffung von Bedingungen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik;
- Entwicklung der persönlichen Kompetenzen jedes einzelnen Menschen;
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten;
- Unterstützung gesundheitlicher Gemeinschaftsaktionen;
- Neuorganisation der Gesundheitsdienste.

Zur Umsetzung dieser Aufgaben muss Gesundheitsförderung eine ressortübergreifende Querschnittsaufgabe werden, die alle Politikbereiche auf die Verfolgung von gemeinsamen gesundheitspolitischen Zielen verpflichtet. Auf der örtlichen Ebene ist in Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention auch die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu profilieren.

### 3.4 „Neue Arbeit“ in der Gesundheitswirtschaft

Der Blick in die Vergangenheit zeigt: Die Gesundheitsbranche ist die „heimliche Heldin“ des Umbaus der deutschen Wirtschaft zur Dienstleistungs- und Wissensökonomie. Arbeit und Beschäftigung in der Gesundheitsbranche tragen nicht nur selbst zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung bei, sondern sorgen auch maßgeblich für eine Versorgungs- und Gesundheitsinfrastruktur, die die Produktionsbedingungen anderer Wirtschaftszweige absichert. Gut fünf Millionen Menschen sind aktuell in der deutschen Gesundheits-

wirtschaft beschäftigt. Die Branche setzt rund 280 Milliarden Euro um. Prognosen gehen für die kommenden Jahre von weiteren Umsatz- und Beschäftigungsgewinnen aus. Treiber dieser Entwicklung sind insbesondere der demografische Wandel sowie der medizinisch-technische Fortschritt, der die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Produkten und Diensten weiter steigen lässt.

Allerdings: Probleme und Strategien für attraktive und zukunftssichere Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft werden derzeit in der Wissenschaft und in der medialen Öffentlichkeit intensiv und mit vielen Facetten diskutiert (Evans/Bräutigam/Hilbert 2011). Das Spektrum der Themen reicht vom Fachkräftemangel in Pflege und Medizin über notwendige Reformen in der Ausbildung zentraler Gesundheitsberufe bis hin zu Meldungen über unzureichende Arbeitsbedingungen oder den Einsatz von „Leiharbeit“ im Gesundheitswesen.

### 3.4.1 Herausforderungen für Arbeitsmarkt- und Personalpolitik

Für die Gesundheitswirtschaft zeigen sich wachsende Herausforderungen, da:

- sowohl innerhalb der Gesundheitswirtschaft als auch im Wettbewerb mit anderen Branchen die Konkurrenz um Fachkräfte zunehmen wird;
- die steigende Nachfrage nach Gesundheitsarbeit bereits jetzt in ausgewählten Berufsfeldern auf einen Fachkräftemangel trifft;
- mit der demografischen Entwicklung auch die Belegschaften altern;
- die strukturellen Umbrüche auch Anpassungen von Berufsqualifikationen erfordern;
- der qualifikatorische und kompetenzbezogene Anpassungsbedarf mit einer Zunahme von Differenzierung und Spezialisierung im Berufsfeld „Gesundheit und Pflege“ einhergeht, die
- zum Teil ungeklärte Rollen, Funktionszuweisungen und berufliche Entwicklungsperspektiven zur Folge haben.

Aus Perspektive der Sozialen Gesundheitswirtschaft rückt vor allem das Zusammenspiel von regionaler Versorgungsgestaltung – Fachkräftesicherung – Qualifikationsentwicklung in den Mittelpunkt. Welchen Beitrag leisten Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft, um das Zusammenspiel wissenschaftlichen, technologischen und organisatorischen Fortschritts zu befördern mit dem Ziel, Gesundheitswirtschaft zu einem Motor sozialer Innovationen zu entwickeln? Die Suche gilt vor allem Strategien, die dazu beitragen,

- dass zukünftig ausreichend Arbeitskräfte der Branche insgesamt, den Einrichtungen und in Regionen zur Verfügung stehen;
- dass für die zu bewältigenden Versorgungsherausforderungen auch passgenaue Qualifikationen bereitgestellt werden können;
- einen qualifikationsgemischten und qualifikationsgerechten Arbeitseinsatz zu befördern und damit zu mehr Arbeitszufriedenheit, Qualität und Wirtschaftlichkeit beizutragen;
- Fachkräfte in der Gesundheitswirtschaft möglichst lange im Beruf zu halten und ein lebensphasenorientiertes Arbeitsumfeld zu ermöglichen;
- auch neue Zielgruppen des Arbeitsmarktes für die Arbeit in der Branche zu gewinnen und ihnen interessante Qualifizierungs-, Beschäftigungs- und Einkommensperspektiven zu eröffnen;
- mögliche Gestaltungsherausforderungen im System der Arbeitsbeziehungen zu identifizieren, um Bedingungen und Hemmnisse der Umsetzung der vorab genannten Punkte herauszuarbeiten.

Eine besondere Herausforderung besteht darin, im Modernisierungsprozess die Patienten und Nutzer von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Produkten nicht aus den Augen zu verlieren und als zentrale Anspruchsgruppe in den Mittelpunkt des Innovationsgeschehens zu rücken.

### 3.4.2 Daten und Fakten zur Beschäftigung in Gesundheitsberufen

- Betrachtet man die Entwicklung der „Gesundheits- und Pflegeberufe“<sup>5</sup>, so zeigt sich zwischen 2000 und 2009 eine deutliche Zunahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung um rund 13 Prozent. Jeder zehnte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte arbeitet inzwischen in einem Gesundheitsberuf.
- Der Anteil der Teilzeitbeschäftigung in den „Gesundheits- und Pflegeberufen“ beträgt derzeit rund 32 Prozent. Die Analyse der Beschäftigungseffekte zeigt, dass ein nicht unerheblicher Teil des Beschäftigungswachstums der vergangenen Jahre auf die Zunahme von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung zurückgeführt werden kann. Zwischen 2000 und 2009 nahm Teilzeitarbeit um 60 Prozent, geringfügige Beschäftigung um 34 Prozent zu. Insgesamt waren im Juni 2009 862.000 Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich teilzeit- und weitere 239.000 geringfügig beschäftigt.
- Insbesondere im Bereich der häuslichen Pflege spielt die geringfügige Beschäftigung aktuell eine bedeutende Rolle (Bundesagentur für Arbeit 2010). Aus Perspektive der Sozialen Gesundheitswirtschaft ist der Ausbau von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung kritisch zu hinterfragen. Zwar können auf der einen Seite hierdurch neue (Wieder)Einstiegsmöglichkeiten – etwa für Frauen nach der Familienphase – in der Gesundheitswirtschaft geschaffen werden. Auf der anderen Seite besteht jedoch die Gefahr, dass Deprofessionalisierung und Dequalifizierung von Gesundheitsarbeit befördert werden.
- Die Beschäftigungssituation in der Gesundheitswirtschaft ist durch geschlechterspezifische Disparitäten gekennzeichnet. Mit einem Anteil der Frauenbeschäftigung von rund 83 Prozent ist die Branche ein bedeutendes

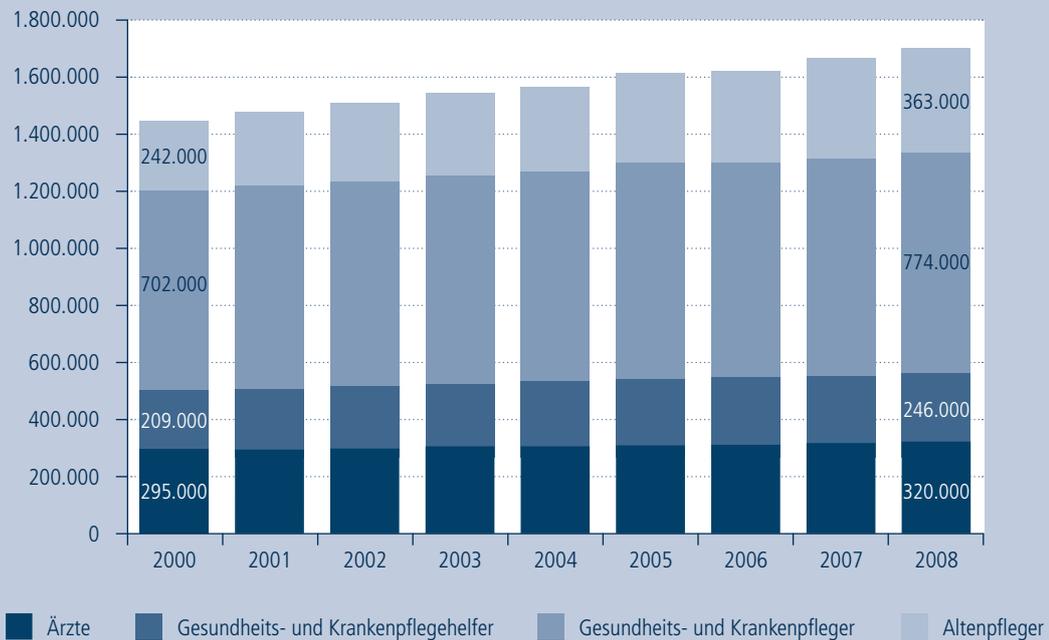
Beschäftigungsfeld für Frauen. Allerdings zeigen sich auch deutliche Unterschiede im Anteil weiblicher Beschäftigung zwischen einzelnen Berufen und Berufsgruppen. Während beispielsweise der Anteil von Frauen im Beruf „Arzthelferin“ rund 99 Prozent beträgt, ist er bei den technischen und handwerklich-orientierten Gesundheitsberufen (z. B. Zahntechnik) mit rund 56 Prozent deutlich niedriger anzusetzen.

- Trotz eines in Teilbereichen festzustellenden Trends zur „Feminisierung“ der Arbeit (etwa in der Medizin), lassen sich mit Blick auf weibliche Karriereverläufe oder die Rolle von Frauen in Führungspositionen auch in der Gesundheitswirtschaft Defizite feststellen (Sewtz 2008).
- Nach dem Gutachten des Sachverständigenrates (2007) weist die Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bereich „Gesundheit und Pflege“ eine heterogene Verteilung auf. Nur zehn Prozent der Beschäftigten im Gesundheitssektor sind derzeit „55 Jahre oder älter“, 15 Prozent sind „jünger als 25 Jahre“. Darüber hinaus zeigt sich bei den „25- bis 39-Jährigen“ ein deutlicher Beschäftigungsknick, der sich u. a. mit Kinder- und Erziehungszeiten erklären lässt (Bundesagentur für Arbeit 2010).
- Insbesondere Wiedereinsteigerinnen (und Wiedereinsteiger) in der Gesundheitswirtschaft stellen eine Zielgruppe und Ressource des Arbeitsmarktes dar, die bislang kaum systematisch von den Einrichtungen umworben wird. Aus der Perspektive der Sozialen Gesundheitswirtschaft zeichnet sich hier mit Blick auf passgenaue Arbeitsmarktstrategien sowie auf die Gestaltung familienfreundlicher Rahmenbedingungen (z. B. Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige) in der Branche selbst ein erheblicher Handlungsbedarf ab.

Betrachtet man die Beschäftigungsentwicklung in Pflege und Medizin im Zeitraum zwischen

<sup>5</sup> Zu den Gesundheits- und Pflegeberufen werden gezählt: Ärzte, Zahntechniker, Heilpraktiker, Augenoptiker, Altenpfleger, Zahnärzte, Medizinlaboranten, Diätassistenten, Sprechstundenhilfen, Apotheker, Masseur und verwandte Berufe, Krankenschwestern und -pfleger, Helfer in der Krankenpflege (Bundesagentur für Arbeit 2010).

Abbildung 4:

**Entwicklung der Beschäftigung nach Berufen (2000-2008)**

Quelle: Isfort/Weidner 2010.

2000 und 2008 nach Berufen (Abbildung 4), so zeigt sich, dass sowohl das ärztliche Personal als auch Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegehelfer sowie Altenpfleger insgesamt einen deutlichen Zuwachs an Beschäftigung nachweisen konnten. (Isfort/Weidner 2010).

Während parallel dazu die Zahl der Arbeitslosen in der Krankenpflege fast auf null sank, stieg sie in der Altenpflege. Wissenschaftlich ist noch ungeklärt, warum die Arbeitslosenzahl in der Altenhilfe so stieg, doch ist zu vermuten, dass viele diesen Beruf verlassen und Arbeitslosigkeit riskieren, weil die Arbeitsbedingungen außerordentlich hart sind.

### 3.4.3 Probleme der Fachkräftegewinnung und -sicherung

Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage im Gesundheitswesen sind vor allem deshalb gesellschaftlich brisant, weil sich die Gesundheitsversorgung primär auf personalintensive, personenbezogene Dienstleistungsarbeit stützt, de-

ren Verfügbarkeit und Qualität unmittelbar jeden Einzelnen betreffen. Die aktuellen Debatten zeichnen kein kohärentes Bild von der Zukunft der Gesundheitsarbeit. Positive Beschäftigungsprognosen für die Arbeit in Medizin und Pflege treffen auf Meldungen zu akuten Schwierigkeiten der Fachkräftegewinnung. Es wird darauf hingewiesen, dass aktuell rund 50.000 Pflegekräfte in der Altenhilfe fehlen (Arbeitgeberverband Pflege 2010). Der Pflegemangel in Krankenhäusern habe längst eine so kritische Dimension erreicht, dass selbst grundlegende Pflegeleistungen nicht mehr sichergestellt werden könnten (ver.di 2010).

Das Statistische Bundesamt hat (Dezember 2010) Projektionen zum Personalbedarf und -angebot in Pflegeberufen bis 2025 vorgelegt. Im Ergebnis der Berechnung wird zwischen 2005 und 2025 ein steigender Bedarf an Pflegevollkräften zwischen 27,3 Prozent („Status-quo-Szenario“) und 19,5 Prozent („Szenario sinkende Behandlungsfälle“) prognostiziert (Afentakis/Maier 2010). Die insgesamt steigende Nachfrage nach Pflegepersonal entwickelt sich unterschiedlich: Insbesondere die

Zahl der ambulanten und (teil)stationär benötigten Pflegekräfte steigt stark – im „Status-quo-Szenario“ mit einem prognostizierten Zuwachs von 48,1 Prozent zwischen 2005 und 2025, im Szenario „sinkende Behandlungsquoten“ immerhin um 35,4 Prozent. In den Krankenhäusern ist mit einem um 8,1 Prozent höheren Bedarf zu rechnen. Nach dem „Status-quo-Szenario“ tritt ab 2018, nach dem „Szenario sinkende Behandlungsquoten“ ab 2021 ein akuter Pflegepersonal-mangel ein. Bis zum Jahr 2025 würden 55.000 bis 112.000 Pflegevollkräfte fehlen.

In der Debatte um den zum Teil bereits akuten Fachkräftemangel wird immer wieder auch der Ruf nach Zuwanderung in den Pflegeberufen laut. Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Debatte zur Fachkräftesicherung wesentlich differenzierter geführt werden muss. Mit Blick auf die Kriterien der Sozialen Gesundheitswirtschaft ist die Frage zu beantworten, welche Fähigkeiten und Kompetenzen der Beschäftigten angesichts differenzierter Bedarfslagen für die regionalen Versorgungslösungen notwendig sind. Vorschnelle und allzu generalisierende Rezepte zur Fachkräftesicherung in der Gesundheitswirtschaft sind nicht zielführend:

- Differenzierte gesundheitliche Bedarfe und Angebotsstrukturen erzeugen auch Unterschiede in der Fachkräftenachfrage. Die Frage lautet somit, in welchen Bereichen zukünftig welche Fachkräfte mit welchen Qualifikationen benötigt werden. Rheinland-Pfalz, Hessen oder Bremen arbeiten bereits erfolgreich mit dem Instrument des (Regionalen) Fachkräftemonitorings.
- Daten zur steigenden Arbeitslosigkeit im Bereich der „Altenpflege/Altenpflegehilfe“ liefern erste Hinweise darauf, dass es bereits jetzt zu Verwerfungen auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit kommt. Insbesondere Gering- und Niedrigqualifizierte im Bereich der Altenhilfe drohen zu Verlierern der Beschäftigungsentwicklung zu werden. Da der Bedarf an „Facharbeit“ steigt, kommt der Qualifizierung dieser Zielgruppe eine besondere Bedeutung zu.
- Angesichts der skizzierten beschäftigungsstrukturellen Umbrüche müssen Fragen der Beschäftigungsentwicklung dringend mit Verbesserungen bei Lohnentwicklung und -gestaltung verknüpft werden.

– Die Gesundheitswirtschaft ist zudem ein bedeutendes Feld für Existenzgründungen. Dies betrifft nicht nur Kleinstunternehmen und KMUs in technologieaffinen Bereichen, wie z.B. der Medizintechnik, der Biotechnologie oder der Biomedizin. Existenzgründung und Selbstständigkeit sind darüber hinaus auch wichtige Aktivitätsfelder u.a. der Pflege, der Physiotherapie sowie der Ergo- und Logopädie. Gegründet werden neue Unternehmen vielfach von Frauen. Hier gilt es, sich zukünftig stärker noch mit Rahmenbedingungen, Effekten und Gestaltungsherausforderungen Selbstständiger vor allem in Gesundheitsberufen auseinanderzusetzen.

- Die Gesundheitswirtschaft ist zudem ein bedeutendes Feld für Existenzgründungen. Dies betrifft nicht nur Kleinstunternehmen und KMUs in technologieaffinen Bereichen, wie z.B. der Medizintechnik, der Biotechnologie oder der Biomedizin. Existenzgründung und Selbstständigkeit sind darüber hinaus auch wichtige Aktivitätsfelder u.a. der Pflege, der Physiotherapie sowie der Ergo- und Logopädie. Gegründet werden neue Unternehmen vielfach von Frauen. Hier gilt es, sich zukünftig stärker noch mit Rahmenbedingungen, Effekten und Gestaltungsherausforderungen Selbstständiger vor allem in Gesundheitsberufen auseinanderzusetzen.

#### 3.4.4 Gestaltungsoffensive „gute Arbeit“ in der Gesundheitswirtschaft

Soziale Gesundheitswirtschaft braucht eine integrierte Konzeptions- und Gestaltungsoffensive für Arbeit und Qualifizierung. Der Bereich präsentiert sich derzeit als nahezu unüberschaubare Experimentierlandschaft. In vielen Modellprojekten und Programmen (z.B. „Programm zum Arbeitsschutz in der Pflege“ in Nordrhein-Westfalen im Rahmen der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie“ (GDA); INQA) wird an zielgruppenspezifischen Beschäftigungsstrategien, an Lösungen für „gute Arbeit“ oder an neuen Qualifizierungskonzepten gearbeitet. Wichtige Erfolgsfaktoren in diesem Zusammenhang sind:

- *Regionalisierung berücksichtigen:* Für eine regionalisierte Gesundheitsversorgung und regional-spezifische Modernisierungslösungen müssen auch kleinräumige Veränderungen im Versorgungsgeschehen in ihrer Bedeutung für die Fachkräftenachfrage erfasst werden können. In einigen Bundesländern ist in diesem Zusammenhang bereits erfolgreich mit regionalen Fachkräfte-Monitorings gearbeitet worden. Entscheidend ist hier die Anschlussfähigkeit

- an qualitative Entwicklungstrends im Sinne eines beschäftigungssensiblen „Trend- und Innovations-Monitorings“ in der Gesundheitswirtschaft. Auf regionaler Ebene können ein systematisches Qualifizierungs- und Beschäftigungs-Monitoring sowie die Unterstützung von überbetrieblichen Kooperations- und Qualifizierungsverbänden von Gesundheitseinrichtungen wichtige Impulse liefern.
- *Attraktive Arbeitgebermarken schaffen:* Strategien gegen einen Ärzte- und Pflegemangel zielen sowohl auf eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen als auch auf eine professionelle Personalentwicklung und -führung. Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Entwicklungsstrategien müssen enger zusammengeführt werden. Ein sorgsamer, wertschätzender Umgang mit den Beschäftigten und eine professionelle Personalentwicklung gehören in vielen Fällen noch nicht zu den Stärken deutscher Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Personalführung und -entwicklung werden häufig rein berufsgruppenbezogen interpretiert, die prozessualen Anforderungen des Arbeitsalltags zu selten mit Personalentwicklung in Verbindung gebracht. Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft müssen sich zukünftig als attraktive Arbeitgeber (employer branding) positionieren. Hochglanzbroschüren sind hier keine Lösung, notwendig sind vielmehr integrierte und verlässliche Konzepte.
  - *Akademisierung, aber praxisrelevant:* Die seit den 1990er Jahren in Deutschland nachgeholte „Akademisierung der Pflege“ stellt sich lediglich als Teilakademisierung einer dünnen Schicht von Leitenden, Lehrenden und Forschenden dar, während die Pflegepraxis hiervon personell kaum berührt wird. Angesichts der Vielfalt und der Spezialisierungsmöglichkeiten auch innerhalb der Pflege ist zukünftig umso mehr darauf zu achten, wie Durchlässigkeit gewährleistet ist, sich das Zusammenspiel unterschiedlicher Qualifikationsstufen in der Praxis gestaltet und welche Effekte auch aus Patientenperspektive hieraus erwachsen.
  - *Patienten- und Nutzerorientierung stärken:* Aus Perspektive der Sozialen Gesundheitswirtschaft erweist sich der Patient mit seinen Bedürfnissen noch als „blinder Fleck“ im Erneuerungsgeschehen rund um Arbeitsgestaltung und Qualifizierung. So ist bislang nicht geklärt, welche Effekte eine neue Arbeitsteilung, die aktuellen Reformen im Berufsbildungssystem oder der Technikeinsatz in der Gesundheitsarbeit für die Versorgungsqualität aus Patientensicht haben.
  - *Neue Arbeitsteilung weiter denken:* Segmentierung statt Integration bestimmt nach wie vor das Bild einer neuen, alten Arbeitsteilung. Das traditionelle Verständnis gesundheitsbezogener Arbeit ist vielfach auf die Erfüllung von Teilaufgaben konzentriert, während der Blick auf die Gesamtverantwortung für die Arbeitsprozesse am Patienten fehlt. Nicht allein das professionelle Selbstverständnis sondern die Bereitschaft zum kooperativen Prozessmanagement muss die Grundlage einer neuen Arbeitsteilung bilden. Die bisherige Diskussion ist weitgehend bestimmt von pragmatischen Ansätzen. Im Vordergrund steht die berufsübergreifende Aufgabenverteilung insbesondere zwischen Medizin und Pflege. Viele Diskussionsbeiträge sind interessengeleitet und sparen eine Reflexion der Konsequenzen solcher Umverteilungen für die Pflege und andere Gesundheitsberufe, aber auch für die Nutzer des Gesundheitswesens weitgehend aus.
  - *Dequalifizierungstendenzen erkennen und bearbeiten:* Neue und veränderte Bedarfe und Bedürfnisse in der Bevölkerung sowie die Diversifizierung des Leistungsgeschehens finden auch Eingang in die Entwicklung der Qualifikationsprofile bestehender Berufsbilder und führen zur Entwicklung neuer Berufe und Weiterbildungsangebote. Während diese einerseits einen wichtigen Schritt zur Professionalisierung nicht-ärztlicher Berufsgruppen darstellen, sehen kritische Stimmen in der Entwicklung auch eine betriebswirtschaftliche Optimierungsstrategie als Folge einer Verknappung und Verteuerung ärztlicher Arbeitskraft. So

wäre kritisch zu hinterfragen, ob durch die Delegation und Substitution von Tätigkeiten, die letztlich auch in der Schaffung neuer Berufe, Fortbildungen und Zusatzausbildungen ihren Ausdruck findet, nicht ein Kaskadeneffekt und damit letztlich eine De-Qualifizierung von Gesundheitsarbeit befördert werden. Darüber hinaus setzt die Teilung von Arbeit auch neue Anforderungen an die Re-Integration der Tätigkeiten. Die Gefahr, dass sich Schnittstellenprobleme nicht nur zwischen Sektoren und Einrichtungen entlang der Leistungsprozesse aufspannen, sondern durch eine weitere „Taylorisierung“ von Gesundheitsarbeit zukünftig verstärkt auch zwischen den beteiligten Berufsgruppen zum Ausdruck kommen, ist durchaus ernst zu nehmen.

- *Berufsrückkehr und Wiedereinstieg zielgruppenorientiert gestalten*: Die Entwicklungsperspektiven der Gesundheitswirtschaft mit Blick auf den prognostizierten Fachkräftemangel sind insbesondere davon abhängig, ob und wie es der Branche in Zukunft gelingt, auch bislang vom Arbeitsmarkt wenig umworbene Gruppen anzusprechen und zu (re-)integrieren. Die plakative Ablehnung niedrigschwelliger Einstiegsqualifikationen für so genannte Problemgruppen des Arbeitsmarktes ist dabei genauso wenig zielführend wie undifferenzierte und ungenau lenkte Allzwecklösungen. Insbesondere Wiedereinsteigerinnen werden als Zielgruppe bislang nicht systematisch von den Einrichtungen umworben. Notwendig sind ein qualifikationsgerechter Arbeitseinsatz sowie die systematische Verankerung des Wiedereinstiegsmanagements in die betriebliche Personal- und Organisationsentwicklung. Zudem ist es unerlässlich, die mittel- und langfristige Verwertbarkeit niedrigschwelliger Einstiegsqualifikationen in

der Gesundheitsbranche kritisch zu untersuchen, auch mit Blick auf mögliche psychische und physische Belastungen für die Beschäftigten.

- *Arbeit und Technikeinsatz für „soziale Innovationen“*: Das Spektrum der aktuell diskutierten Felder reicht von primär arbeitsunterstützenden Dokumentationssystemen bis zu arbeitsersetzenden Technikkonzepten, wie etwa die Debatte um den Einsatz von „Pflegerobotern“ zeigt (Paulus/Romanowski 2010). Die Aufbereitung interaktiver Gesundheitsinformationen berührt ebenso die Zukunft von Arbeit und Qualifizierung wie der Einsatz von Telematik und Telemedizin. Um die Erreichbarkeit und Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen in der Lebenswelt zu erhöhen, müssen Gesundheitsleistungen stärker als bislang den individuellen Voraussetzungen, Risikofaktoren und Settings der Nutzer/Patienten angepasst werden. Dies erfordert ein partizipatives und multidisziplinäres Arbeiten im Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen und Kompetenzen.

Die beschriebenen beschäftigungsstrukturellen und berufsfeldbezogenen Entwicklungen sind letztlich auch Ausdruck der Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeit von Interessen in der Gesundheitswirtschaft. Die Entwicklung neuer Arbeitsteilung wie auch die Spezialisierung und Differenzierung beruflicher Bildung in der bedeutendsten Wirtschaftsbranche in Deutschland müssen stärker als bislang auch aus der Perspektive von Partizipation und Mitbestimmung analysiert werden. Der Blick ins Ausland zeigt, dass teamorientierte Entscheidungs- und Arbeitsprozesse durchaus positive Effekte für die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen wie auch für die Patientinnen und Patienten haben können.

## 4. Politische Rahmenbedingungen für mehr Gesundheit, gute Arbeit, qualitatives Wachstum

In den folgenden Abschnitten wird dargestellt, was die Politik tun muss, um optimale Rahmenbedingungen für die Umsetzung der beschriebenen sozialen und gesundheitspolitischen Ziele für die Gesundheitswirtschaft zu schaffen: für den Ausbau einer besseren und sozial gerechteren Gesundheitsversorgung für Patienten und Nutzer, für bessere und attraktivere Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen, für mehr Wohlfahrt und Nachhaltigkeit in der Gesamtwirtschaft.

### 4.1 Ordnungspolitischer Rahmen

Neue, integrierte Versorgungsformen, Bedarfs- und Patientenorientierung, die gesundheitsfördernde Ausgestaltung der Lebens- und Arbeitswelt und sonstige präventive Maßnahmen müssen vor Ort realisiert werden. Die örtlichen Akteure benötigen dafür einen ordnungspolitischen Rahmen, der den Zielen entsprechende Vorgaben definiert und Anreize für alle Akteure setzt, sich zielkonform zu verhalten. Die Politik setzt seit geraumer Zeit auf Vertragswettbewerb als Suchinstrument für bessere und effizientere Versorgungslösungen. Damit dieser Wettbewerb keine unerwünschten Nebenwirkungen zeitigt, bedarf es zuallererst einer solidarischen Wettbewerbsordnung. Die Gesundheitsversorgung braucht eine solidarische Finanzierung (s. Abschnitt 4.3), die alle Bürgerinnen und Bürger und alle Einkommen einbezieht, und einen umfassenden Leistungskatalog, der allen Bürgern alle notwendigen Leistungen zur Verfügung stellt und so einer Zwei-Klassen-Medizin vorbeugt. Weitere Elemente einer solidarischen Wettbewerbsordnung sind das Sachleistungsprinzip, das gewährleistet, dass Versicherte nur wirksame qualitativ hochwertige

Leistungen erhalten, ein Vertragsrecht, das große Freiheiten hinsichtlich Versorgungsform und Vergütung gibt und den Missbrauch marktbeherrschender Positionen verhindert sowie freies Wahlrecht gegenüber allen Krankenkassen und einen Kontrahierungszwang für alle Kassen. Das Recht, seinen Arzt, Krankenhaus, Pflegeeinrichtung oder andere Versorgungsform frei zu wählen, muss beibehalten werden. Wettbewerbsverzerrungen auf der Leistungserbringerseite sind zu beseitigen, insbesondere in der unterschiedlichen Vergütung von Krankenhaus und ambulanter Versorgung. Das Berufsrecht muss überarbeitet werden mit dem Ziel, insbesondere in den integrierten Versorgungsformen neue Arbeitsteilungen und -organisationen zu ermöglichen.

Neben der Wettbewerbsordnung kommt folgenden Maßnahmen der Politik auf der Bundesebene eine besondere Bedeutung zu: nationale Gesundheitsziele müssen definiert und die Aktivitäten zu ihrer Umsetzung koordiniert werden. Wir brauchen ein Präventionsgesetz, das alle gesellschaftlichen Kräfte für Prävention und Gesundheitsförderung in die Pflicht nimmt und Institutionen zur Koordination bestimmt. Die gesundheitsfördernde Gestaltung von Umwelt-, Lebens- und Arbeitsbedingungen muss zur ressortübergreifenden Querschnittsaufgabe werden. Notwendig sind ferner eine unabhängige Versorgungsforschung, Modellprojekte zur Umsetzung der Gesundheitsziele und zur Behebung von bekannten Versorgungslücken sowie mehr Anreize für die Pharma-Industrie, Arzneimittel zu entwickeln, für die Bedarf besteht. Eine konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen muss im oben beschriebenen Sinne durch ein Patientenschutzgesetz implementiert werden. Kompetenz und Verantwortung der Sozialpartner in der Sozialen Selbstverwaltung sind zu stärken.

## 4.2 Bedarfsplanung für die Gesundheitsversorgung vor Ort

Eine patientenorientierte Versorgung, wie oben beschrieben, muss von den Leistungserbringern vor Ort gemeinsam mit den Kassen der dortigen Versicherten unter beratender Mitwirkung von Patienten und ggf. unter Moderation der Kommune gestaltet werden. Konzeptionell gibt es hier noch sehr viele offene Fragen: Wer stellt z. B. den Bedarf fest? Für die Krankenhausversorgung ist dafür bisher die Landesregierung zuständig. Vor dem Hintergrund zunehmender Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung streben die Länder eine deutlich stärkere Mitwirkung bei der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung an. In Hinblick auf einen gewollten Wettbewerb zwischen Krankenhaus und Fachärzten erscheint dies auch durchaus sinnvoll.

Zu klären ist, ob die Kriterien und Verfahren der Bedarfsplanung geändert werden müssen, wenn im Rahmen des Wettbewerbs und in Abhängigkeit von den jeweiligen örtlichen Besonderheiten die Versorgungsformen stark differieren. Denkbar wäre z. B., dass die Länder qualitative und quantitative Vorgaben zur Versorgungsstruktur definieren, es den Vertragspartnern überlassen, diese durch entsprechende Vereinbarungen umzusetzen und für den Fall, dass dies nicht gelingt, ein Interventionsrecht haben.

Geklärt werden muss, wer über die quantitative Planung hinaus vor Ort die Kompetenz hat, auf eine stärkere Integration der Versorgung, die Beseitigung von Versorgungslücken und von Verwerfungen zu drängen. Die Kommunen haben entsprechendes methodisches Know-how aus ihrer Sozialraumplanung und Sozialplanung z. B. für Senioren und Jugendliche. Für eine initiativ- und moderierende Rolle der Kommunen spricht auch, dass die die Versorgung dominierenden Patientinnen und Patienten mit chronischen und Mehrfacherkrankungen, Behinderungen und Pflegebedürftigkeit auch außerhalb der Kranken- und Pflegeversorgung Bedarfe haben. Deshalb ist

neben der Integration der Gesundheitsversorgung auch eine Vernetzung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung und der Pflege z. B. mit der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe, dem sozialpsychiatrischen Dienst der Kommune, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Selbsthilfe, ehrenamtlichem bürgerschaftlichem Engagement und Wohlfahrtsverbänden zielführend.

Eine wichtige Rolle können Krankenhäuser spielen, insbesondere die, die sich in Trägerschaft von Kommunen und Ländern befinden und auf die diese deshalb Einfluss nehmen können. Fehlt es im ambulanten Bereich an Angeboten, die in neue integrierte Versorgungsformen einbezogen werden können, können diese über ein vom Krankenhaus getragenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) eingebracht werden. Hier könnte das Land den notwendigen Organisationsentwicklungsprozess u. a. auch finanziell fördern.

Grundsätzlich gilt aber, dass es keine Präferenz für die Träger von innovativen Versorgungsformen gibt. Hier soll der Wettbewerb zeigen, wer die besten Ideen, die höchste Organisationskompetenz, die größte Effektivität und Effizienz und vor allem die Akzeptanz durch die Patientinnen und Patienten erzielt.

## 4.3 Stabile, gerechte und solidarische Finanzierung über eine Bürgerversicherung<sup>6</sup>

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgt die Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach dem Prinzip der finanziellen Leistungsfähigkeit. Dieses Prinzip wird von der großen Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger als gerecht empfunden. Bisher werden für die Beitragsbemessung bei den Pflichtmitgliedern nur die Bruttoarbeitsentgelte bis zur Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt. Daraus resultieren eine strukturelle Einnahmeschwäche der GKV und Gerechtigkeitsdefizite.

<sup>6</sup> Vgl. Greß/Rothgang (2010).

Die strukturelle Einnahmeschwäche ergibt sich, weil die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den letzten 30 Jahren im gleichen Umfang wie das Bruttoinlandprodukt stiegen, während die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder deutlich dahinter zurückblieben – mit der Folge kontinuierlich steigender Beitragssätze. Die Verteilungsgerechtigkeit wird verletzt, da auf Einkommen aus Vermögen wie auch aus Vermietung und Verpachtung keine Beiträge gezahlt werden. Im Ergebnis zahlen dadurch Haushalte mit gleich hohem Einkommen unterschiedlich hohe Beiträge. Ein Gerechtigkeitsproblem besteht auch bei hohen Arbeitseinkommen, für die oberhalb der Beitragsbemessungsgrenzen keine Beiträge zu entrichten sind. Gemessen an ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit werden Besserverdiener so weniger belastet als Niedrigverdiener. Gänzlich ungerecht ist die heutige Regelung, wonach sich junge gesunde Bürger mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze aus der solidarischen Krankenversicherung verabschieden und in der Privaten Krankenversicherung (PKV) versichern können.

Um die strukturelle Einnahmeschwäche zu überwinden und die beschriebenen Gerechtigkeitslücken zu schließen ist die Einführung einer Bürgerversicherung erforderlich mit Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger, Kontrahierungszwang für alle Krankenversicherer, Berücksichtigung aller Einkommensarten und Beibehaltung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Notwendig sind ferner eine deutliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, z. B. in Angleichung an die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung, ein angemessener verlässlicher Bundeszuschuss für gesellschafts- und familienpolitische Leistungen, wobei die beitragsfreie Familienmit-

versicherung als zentrales Element der solidarischen Krankenversicherung davon nicht berührt wird, und ein zielgenauer morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich<sup>7</sup>.

#### 4.4 Vertragswettbewerb/selektives Kontrahieren<sup>8</sup>

Das deutsche Gesundheitswesen braucht einen starken Innovationsschub, der über den Vertragswettbewerb initiiert und angetrieben wird. Der Vertragswettbewerb ist der Suchmechanismus nach neuen effektiveren und effizienteren Versorgungsstrukturen, -formen und -angeboten.

An den Vertragswettbewerb sind jedoch unterschiedliche Erwartungen geknüpft. So wollen Teile der Politik, der Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragswettbewerb nur add-on, d. h. als Ergänzung zu den Leistungen der Regelversorgung. Andere plädieren für substitutive Verträge über Leistungen, die die Leistungen in der Regelversorgung ersetzen. Diejenigen, die bereit sind, den Vertragswettbewerb für Innovationen zu nutzen, brauchen Klarheit über die Frage, wie und in welchem Ausmaß Vertragswettbewerb von der Politik angestrebt wird.

Der Staat nimmt für einen funktionierenden Wettbewerb eine bedeutende Rolle ein. Zu seinen wichtigsten Aufgaben gehören die Definition von Standards, die von allen Verträgen mindestens gewährleistet werden müssen und eine Wettbewerbsordnung für fairen Wettbewerb und Kontrolle der Einhaltung der Wettbewerbsregeln. Diese Wettbewerbsordnung muss für alle Beteiligten die gleichen Wettbewerbsvoraussetzungen schaffen und die bestehenden Abschottungen von Sektoren oder Gruppen von Leistungserbringern aufbrechen. Dazu gehört z. B. die Ausweitung des Mehr- und die Zulassung des Fremdbesitzes bei

7 Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist ein Finanzausgleich zwischen Kassen, deren Versicherte unterdurchschnittlich krank sind, und Kassen, deren Versicherte überdurchschnittlich krank sind. Beim morbiditäts (d. h. krankheits-)orientierten Risikostrukturausgleich werden die Beträge, die Kassen in den RSA zu zahlen haben bzw. andere Kassen aus ihm erhalten, maßgeblich durch die durchschnittlichen Ausgaben der Kassen für bestimmte Krankheiten bestimmt. Ohne Risikostrukturausgleich wären Kassen mit überdurchschnittlich kranken Versicherten nicht wettbewerbsfähig.

8 Vgl. Paquet (2011).

Apotheken und die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und Schaffung einer einheitlichen Vergütungsordnung für beide Sektoren, mindestens aber für den denkbaren Übergangsbereich.

Die Kassen werden solange nur sehr zögerlich neue innovative Verträge abschließen, wie sie befürchten müssen, dass sie Zusatzbeiträge erheben müssen, wenn sich diese Verträge nicht durch Einsparungen refinanzieren. Es ist deshalb erforderlich, zur Beitragssatzautonomie der Krankenkassen zurückzukehren. Beitragssatzunterschiede nur bei Zusatzbeiträgen haben keine gewünschte Steuerungswirkung.

#### 4.5 Gesundheits-, Wirtschafts- und Forschungspolitik müssen zusammengehen

Um die Potenziale der Gesundheitswirtschaft für mehr Gesundheit, mehr Wachstum und mehr Beschäftigung zu mobilisieren, bedarf es einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit, in deren Mittelpunkt Gesundheits-, Wirtschafts- und Forschungspolitik stehen. Der Gesundheitspolitik kommt dabei auf der Bundesebene insbesondere die Analyse der Bedarfslage und deren Entwicklung, die Definition von Gesundheitszielen und Strategien zu deren Umsetzung, Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta, die Vorgabe einer Wettbewerbsordnung und die Definition von Mindeststandards zu. Die Wirtschaftspolitik unterstützt die Gesundheitspolitik, mobilisiert Industrie, Handel und Handwerk, damit zielgenaue Produkte und Dienstleistungen zur Unterstützung der Umsetzungsstrategien bereitgestellt werden. Pharmaindustrie,

Medizinprodukteindustrie und die IT- und Kommunikationsbranche müssen gezielt und abgestimmt auf neue Therapiemöglichkeiten hinarbeiten. Zu prüfen ist, welche der in Deutschland eingesetzten Produkte, Dienstleistungen und Versorgungsformen international angeboten werden können. Die Wirtschaftspolitik entwickelt Programme um entsprechende Kontakte herzustellen und Exporte zu unterstützen.

Die Forschungspolitik muss Anreize dafür schaffen, dass Wirtschaft ihre Forschung bedarfsgerecht ausrichtet. Sie kann die Forschung der Industrie durch Grundlagenforschung ergänzen. Es müssen Forschungsprogramme aufgelegt werden, die Ansatzpunkte für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung identifizieren und die Wirksamkeit der eingesetzten Programme evaluieren. Die Versorgungsforschung muss gestärkt und ausgeweitet werden und einen ganz neuen Stellenwert bekommen. Insbesondere sollten auch die neuen Versorgungsformen systematisch evaluiert werden.

Auf der lokalen und regionalen Ebene regen Gesundheits- und Wirtschaftspolitik gemeinsam Cluster an, aus den Erfahrungen in der regionalen Versorgungsrealität können die teilnehmenden Unternehmen Anregungen für bedarfsorientierte Produkte und Dienstleistungen beziehen. Arznei-, Medizinprodukte- und Hilfsmittelhersteller arbeiten dazu eng mit ambulanter und stationärer Versorgung zusammen. Es wird auch hier geprüft, ob die Produkte, Verfahren und Versorgungsformen international angeboten werden können. Politik initiiert, moderiert und steuert die Cluster in Hinblick auf die Bedarfe und die Umsetzung der ggf. regionalspezifisch modifizierten und ergänzten Gesundheitsziele.

## 5. Schlüsselherausforderung Pflege: Statt Systempflege das „System Pflege“ gestalten

Die Leistungsfähigkeit Sozialer Gesundheitswirtschaft wird sich maßgeblich daran messen lassen müssen, ob eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens sicher gelingt. Im Jahr 2009 waren in Deutschland insgesamt 2,34 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftig. Rund 1,62 Millionen Menschen (69 Prozent) wurden zu Hause betreut, davon 1,07 Millionen allein durch ihre Angehörigen. Weitere 555.000 Pflegebedürftige wurden zusammen mit oder ausschließlich durch ambulante Pflegedienste in Privathaushalten versorgt. Insgesamt waren im Jahr 2009 12.000 ambulante Pflegedienste mit insgesamt 269.000 Beschäftigten in Deutschland im Einsatz. Zusätzlich zur ambulanten Versorgung wurden rund 717.000 (31 Prozent) Pflegebedürftige in einem der 11.600 Pflegeheime mit rund 621.000 Beschäftigten vollstationär betreut. Im Vergleich zu 1999 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen um 16 Prozent. Im langfristigen Trend ist eine Verschiebung hin zur professionellen Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste zu beobachten, wobei sich im Kurzzeitvergleich (2007 - 2009) kein Trend weg von der Pflege zu Hause bestätigen lässt. Überdurchschnittlich hoch fällt in diesem Zeitraum vielmehr die Zunahme (10,1 Prozent) der durch ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen aus (Statistisches Bundesamt 2011). Vorliegende Prognosen rechnen im Zuge der Alterung der Gesellschaft bis zum Jahr 2030 mit einer weiteren Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,4 (*Status-quo-Szenario*) bzw. 3,0 Millionen

Pflegebedürftige (*Szenario sinkende Pflegequoten*)<sup>9</sup>. Hierbei zeigen sich im Bundesländervergleich sowohl deutliche Unterschiede in der Entwicklung der prognostizierten Pflegebedürftigkeit als auch in der jeweils aktuell dominierenden Versorgungsform (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).

Neben einer quantitativen Ausweitung des gesellschaftlichen Bedarfs an Pflege- und Sorgearbeit verändern sich auch qualitative Anforderungen an die Begleitung, Betreuung und Pflege älterer Menschen nachhaltig. Die höhere Altersstruktur der Pflegebedürftigen trifft zusammen mit multimorbiden und chronifizierten Krankheitsbildern und schafft den Bedarf einer besonderen Versorgung hochaltriger Menschen. Der Bedeutungsgewinn komplexer medizinischer Herausforderungen in der Pflegearbeit ist ebenso zu beachten wie geschlechtsspezifische Anforderungen in der Pflegearbeit. Darüber hinaus ist nach neuen Wegen der Versorgung Pflegebedürftiger in Einrichtungen der Akutversorgung (z. B. Krankenhäusern) und bei der Unterstützung älterer, pflegender Angehöriger dringend zu suchen. Zudem erfordert der Trend zur häuslichen Versorgung aufgrund eines absehbaren weiteren Rückgangs des familiären Pflegepotenzials innovative Lösungen an der Schnittstelle professioneller, ehrenamtlicher und familiärer Pflegearbeit. Eine besondere Herausforderung stellt die Versorgung demenziell erkrankter Menschen dar. In Deutschland leben derzeit rund 1,3 Millionen Menschen mit Demenz. Nach vorliegenden Prognosen wird sich ihre Zahl in Deutschland bis zum Jahr 2050

9 Während das „Status-quo-Szenario“ auf der Vorausberechnung der Bevölkerung unter der Annahme einer Fortschreibung konstanter Pflegequoten basiert, wird im Szenario „sinkende Pflegequoten“ unterstellt, dass sich die Pflegebedürftigkeit mit steigender Lebenserwartung in ein höheres Alter verlagert. Durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes in den jeweiligen Altersgruppen nimmt auch, so die Annahme, das Pflegerisiko in den Altersgruppen ab (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

verdoppeln. Wie in der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit insgesamt gehen aktuelle Schätzungen – etwa des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung (2011) – von regional differenzierten Szenarien und der Notwendigkeit regionaler Strategien aus. Dies stellt Betroffene, Angehörige, Leistungsanbieter, kommunale Entscheidungsträger und Sozialversicherungsträger wie auch Politik insgesamt vor neue Herausforderungen.

Soziale Gesundheitswirtschaft thematisiert die älter werdende Gesellschaft nicht als Bedrohung, sondern als Chance und Herausforderung zugleich. Allerdings ist eine Neuorientierung in den Debatten zur „Zukunft der Pflege“ unumgänglich. Segmentierte politische, institutionelle und professionsspezifische Erwartungen, Perspektiven und Entwicklungsszenarien prägen derzeit das Bild. Die Soziale Gesundheitswirtschaft muss dies überwinden und die Entwicklung eines „Systems Pflege“ aus Nutzerperspektive aktiv befördern. Basis für die Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen ist der Professionen- und Qualifikationsmix. Gezielt ist dabei auch nach neuen Beschäftigungsoptionen zu suchen, um den erforderlichen Pflegebedarf in der Zukunft zu decken. Die Gestaltung rechtlicher und finanzieller Grundlagen wird damit ebenso angesprochen wie die Ausrichtung der Leistungen an den spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen und die datenbasierte, kooperative und koordinierte Weiterentwicklung der Angebots- und Leistungsstrukturen vor Ort. Individuelle Bedürfnisse, regionale Entwicklungsherausforderungen und Leistungskapazitäten sowie politisch-rechtliche Rahmenbedingungen müssen besser aufeinander abgestimmt werden. Die älter werdende Gesellschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Akzeptanz und Gestaltung von „Alter“ und „Altern“ ist ein generationenübergreifendes Projekt und erfordert mehr Verantwortung aller gesellschaftlichen Akteure. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten (Pflege-)Versorgung im Alter und die Schaffung von Rahmenbedingungen für gesundes Alter(n) sind die zentralen Ziele Sozialer Gesundheitswirtschaft. Auch gilt es, einer schleichenden Tabuisierung, Entsolidarisierung und Individualisierung der Risiken von Alter, Er-

krankung und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Aus Perspektive Sozialer Gesundheitswirtschaft lassen sich die wichtigsten Eckpunkte zur „Zukunft der Pflege“ wie folgt umreißen:

- Solidarität muss auch zukünftig der Grundpfeiler der Finanzierung der pflegerischen Versorgung sein. Einer Privatisierung des Pflegeisikos, der Etablierung einer „Mehr-Klassen-Pflege“ sowie einer Mehrbelastung geringer Einkommen bei Rentnerinnen und Rentnern ist entgegenzuwirken. Der Entsolidarisierung und Privatisierung des allgemeinen Lebensrisikos „Pflege“ ist durch eine Pflege-Bürger-Versicherung entgegenzuwirken. In der Konsequenz ist hierbei eine Zusammenführung von privater und gesetzlicher Pflegeversicherung anzustreben.
- Notwendig ist eine Ausrichtung der Leistungen am individuellen Bedarf pflegebedürftiger Menschen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff muss entsprechend den Vorschlägen der ehemals hierfür eingerichteten Kommission zügig umgesetzt werden. Wie in der Behindertenpolitik verfolgt die Konzeption Sozialer Gesundheitswirtschaft das Ziel, die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen zu stärken. Bedarfsermittlung und Leistungen müssen sich am Ziel eines würdigen, selbstbestimmten und möglichst selbstständigen Lebens im Alter orientieren. Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen muss sich auch in den medizinischen und pflegerischen Leistungsgesetzen als verbindliche Vorgabe wiederfinden und durch ein Patienten- und Verbraucherrechtegesetz in Gesundheit und Pflege gestützt werden.
- Pflegequalität und mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen sind notwendige, aber keinesfalls hinreichende Bedingungen für die Zukunft der Pflege. Ohne Zweifel müssen eindeutige, unmittelbar pflegebezogene Qualitätskriterien bei der Bewertung von Pflegeleistungen dominieren. Andererseits müssen jedoch auch neue, kreative Leistungskombinationen möglich werden. Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die Tages- und Nachtpflege, die Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege sowie die Anleitung, Schulung und Beratung ehrenamtlicher Helfer. Mehr Flexibilität in der

Leistungszusammenstellung und -gewährung bei entsprechender Qualitätstransparenz ist angesichts dessen eine drängende Zukunftsaufgabe.

- Die Soziale Gesundheitswirtschaft bekennt sich klar zur Stärkung von Rehabilitation und Prävention in der Pflege. Die Einlösung des Rechtsanspruchs auf geriatrische Rehabilitation, insbesondere in mobiler und ambulanter Form, sollte Wirklichkeit werden. Erforderlich ist zudem die Feststellung des Rehabilitationspotenzials, ein systematisches Fallmanagement im Rahmen der Pflegeberatung, die Einführung des präventiven Hausbesuchs als leistungsrechtlicher Anspruch und der Ausbau von Präventionsleistungen im Quartier. Eine besondere Rolle kommt der Versorgung demenziell erkrankter Personen zu. Die bislang vielfach in „Inseln“ erprobten Therapien, Präventionsangebote und Entlastungshilfen müssen in die Fläche transferiert werden.
- Die Pflegestützpunkte sind als niedrigschwellige und integrierende Dienstleister weiterzuentwickeln. Bezüglich der gemeinsamen Trägerschaft und Finanzierung, der Qualitätssicherung und Evaluation sowie der verantwortlichen Führung der Pflegestützpunkte sind die vorhandenen gesetzlichen Vorschriften zu präzisieren. Über eine Bund-Länder-Vereinbarung ist die gesetzeskonforme Realisierung der Pflegestützpunkte bundesweit durchzusetzen. Im Kern können die Pflegestützpunkte nicht nur eine integrierte Pflegeberatung für Betroffene und Angehörige sicherstellen, sondern sich im Zusammenspiel mit den Leistungsanbietern vor Ort zu Kompetenzzentren auch für prophylaktische, präventive und rehabilitative Gesundheitsinformationen etablieren.
- Ein koordiniertes und verantwortungsvolles Zusammenspiel medizinischer, pflegerischer Dienste und Leistungen und kommunaler Verantwortung für eine generationengerechte soziale Infrastruktur ist notwendig. Dies führt auch zu neuen Rollen der Kommunen, der Sozialversicherungen und Sozialleistungsträger, der Pflege- und Krankenkassen bei der quartiersbezogenen Pflege- und Versorgungssitua-

tion. Die soziale Infra- und Leistungsstruktur muss als gemeinsame Aufgabe und Herausforderung verstanden werden. Vor diesem Hintergrund muss die Integrierte Versorgung unter Berücksichtigung des „Systems Pflege“ neu definiert werden. Angesichts der skizzierten Aufgaben müssen kommunale Gesundheits- und Sozialpolitik integriert, demografiesensibel und auf der Grundlage valider Basisdaten, z.B. einer umfassenderen Pflegeberichterstattung (PBE), gestaltet werden. Hierzu bedarf es auch einer entsprechenden finanziellen Basis. Ein besonderer Schwerpunkt ist zudem im Sinne eines qualitativen „Trend- und Innovationsmonitorings“ auf das Innovationsgeschehen vor Ort zur Weiterentwicklung der Leistungskapazitäten zu legen.

Die Zukunft der Pflege zielt in der Konzeption Sozialer Gesundheitswirtschaft auf eine deutliche Ausrichtung an den individuellen Bedürfnissen und der Lebensqualität der Bevölkerung. Leistungspotenziale in der regionalen, kommunalen und quartiersbezogenen Kooperation und Gestaltung von Pflegeleistungen müssen identifiziert und genutzt werden. Dabei muss das Rad nicht immer neu erfunden oder neue Institutionen geschaffen werden, sondern vieles kann schon durch den Austausch praktikabler Lösungen erreicht werden. Hierzu bedarf es nicht zuletzt auch einer thematisch engeren Vernetzung von Gesundheits- und Sozialpolitik sowie zwischen Kommunen und Bundesebene. Zugang, Teilhabe und Chancen zur Mitgestaltung des „Systems Pflege“ dürfen nicht von Herkunft, Geschlecht oder sozialer Lage abhängig sein. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auch auf eine kultur- und gendersensible Ausrichtung der Pflegeleistungen wie auch der sozialen Infrastruktur zu achten. Pflege bedarfsgerecht zu gestalten erfordert die Berücksichtigung der Bedürfnisse auf Seiten der Pflegebedürftigen selbst wie auch ihrer Angehörigen. So kann die häusliche Versorgung zu pflegender und betreuender Menschen durch eine kombinierte Finanzierung professioneller und nicht-professioneller Hilfen aus öffentlichen und privaten Haushalten sowie Pflegeversicherungsleistungen sichergestellt werden. Hierfür

sind gesetzliche Vorgaben im Sozial- und Pflegeversicherungsrecht notwendig.

Pflege- und Sorgearbeit sind zentrale Wachstums- und Beschäftigungsträger der Gesundheitswirtschaft. Die bestehenden Chancen für mehr und bessere Beschäftigung müssen, nicht zuletzt angesichts der aktuellen Fachkräftediskussion, genutzt werden. Bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Leistungen brauchen vielfach neue und erweiterte Qualifikationsprofile. Ein Schwerpunkt der Aktivitäten sollte vor allem auf der Stärkung der geriatrischen Kompetenz in allen Gesundheits- und Pflegeberufen liegen. Erforderlich ist es zudem, auch neue Zielgruppen für die Pflegearbeit zu gewinnen und ihnen durch geeignete Qualifikationen tragfähige Beschäftigungsperspektiven in der Pflege zu ermöglichen. Vielfach mangelt es nicht an Interesse potenziell Beschäftigter, an einsetzbaren Qualifikationsprofilen oder passgenauen Qualifikationsangeboten. Sondern es bestehen auf Seiten der Arbeitgeber teils Unsicherheiten darüber, wie neue Qualifikationen oder Berufe wirtschaftlich und qualitäts-

orientiert in die unternehmens- und einrichtungsspezifischen Arbeits- und Leistungsprozesse integriert werden können. Mehr Verantwortung der Arbeitgeber – dies trifft nicht nur für Pflegeeinrichtungen selbst, sondern auch für Unternehmen anderer Branchen zu. Schon heute engagieren sich Unternehmen in Regionen für die Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und gesundes Altern. Dieses Engagement gilt es weiter auszubauen und durch die gezielte Unterstützung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit pflegebedürftigen Angehörigen zu ergänzen. Hierzu sind sowohl verbindliche gesetzliche Vorgaben als auch kreative Lösungen vor Ort nötig. Darüber hinaus ist auch mehr Verantwortung der Arbeitgeber bei der flexiblen Freistellung von „pflegenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern“ notwendig. Die Pflege von Angehörigen sollte zudem ohne materielle und arbeitsrechtliche Nachteile und mit steuerfinanzierten Ersatzleistungen (adäquat dem Elterngeld bei der Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub) möglich werden.

## 6. Rückenwind durch regionale Initiativen

Das Thema Gesundheitswirtschaft wird in Deutschland seit Mitte der 90er Jahre in vielen Regionen aufgegriffen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert seit 2008 „Gesundheitsregionen der Zukunft“ und darüber hinaus engagieren sich zahlreiche Gesundheitsregionen bundesweit im Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e.V.)<sup>10</sup>. Auch für den Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK) ist die Gesundheitswirtschaft ein zentrales Thema von regionaler Bedeutung. Ohne sich explizit auf den Begriff und das hier verwendete Konzept einer Sozialen Gesundheitswirtschaft zu beziehen, verfolgen die Regionen überwiegend ähnliche Ziele. Es sollen die regionalen Gesundheitswirtschaftskompetenzen und Akteure gestärkt werden, um Arbeitsplätze zu sichern und neue zu schaffen. Damit dieses gelingen kann, genügt es nicht, nur vereinzelte Kompetenzen zu entwickeln und zu vermarkten (etwa bei der Medizintechnik, den Life-Sciences oder ausgewählten medizinischen Exzellenzen); für die Tragweite und Überzeugungskraft solcher Aktivitäten ist es deutlich wirkungsvoller, wenn sie Teil funktionierender Versorgungsstrukturen sind, die eine signifikante und nachweisbare Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Lebensqualität der Bevölkerung zur Folge haben. Die Triangel-Eckpunkte der Sozialen Gesundheitswirtschaft – mehr Lebensqualität und Gesundheit, mehr und bessere Arbeit, Gewinne bei Wachstum und Wohlfahrt – bestimmen mithin auch den Zielkorridor der allermeisten Gesundheitsregionen.

Organisatorisch-institutionell sind die Gesundheitsregionen ganz unterschiedlich aufgestellt. In Einzelfällen initiierte die Landespolitik

die Aktivitäten, in vielen anderen Fällen gründeten die Akteure aus den verschiedenen Gesundheitsbranchen privat finanzierte Vereine, die dann – zumeist in Zusammenarbeit und mit Unterstützung der Landespolitik – konkrete Aktivitäten aufnahmen. Ein weiteres Modell wird seit 2008 in Nordrhein-Westfalen realisiert: Die dort ansässigen sechs Gesundheitsregionen (Aachen, Köln-Bonn, Münsterland, Ostwestfalen-Lippe, Ruhrgebiet, Südwestfalen) werden mit ihren Vereinen durch ein landesweites Clustermanagement Gesundheitswirtschaft.NRW koordiniert. Mitglieder in solchen Vereinen sind Unternehmen und Einrichtungen aus allen Teilen der Gesundheitswirtschaft, jedoch sind Krankenhäuser und Unternehmen der Medizintechnik, der Life-Sciences, der Gesundheitstelematik und Krankenhauszulieferer stärker vertreten als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und andere Berufsgruppen. In einigen Fällen – etwa im Ruhrgebiet – spielen zudem Städte und Kreise eine aktive Rolle, meistens getragen von ihren Wirtschaftsförderungen. Überall wird angestrebt, wissenschaftliche Expertise einzubinden; am besten gelingt dies in Regionen, die über eine Universität mit einer medizinischen Fakultät und einem Universitätsklinikum verfügen. In Sachsen ist mit AMiCE (An amicable network of Medical Centres in Europe) ein Zusammenschluss von derzeit neun Universitätsmedizinzentren in Europa (Brüssel, Dresden, Dublin, Graz, Greifswald, Groningen, Hannover, Nottingham und Wien) erfolgt, welche es sich zur Aufgabe gemacht haben, ein gemeinsames koordiniertes Netzwerk für ihren Wirkungsbereich aufzubauen. Bislang liegen noch keine validen Kriterien für die Marke „Gesundheitsregion“ vor und auch der Einzugsbereich kann regional

<sup>10</sup> <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/home/>

erheblich variieren: er beginnt in Deutschland bei einer Bevölkerungsgröße von 600.000 Einwohnern (Bremen) und kann bis zu 5,5 Millionen Einwohnern reichen (Ruhrgebiet).

Die Arbeitsschwerpunkte von Gesundheitsregionen lassen sich abstrakt mit den Themen

- Austausch und Begegnungen organisieren,
- Gemeinschaftsmarketing durchführen,
- kooperative Gemeinschaftsprojekte anstoßen und moderieren

beschreiben. Inhaltlich variieren die Gestaltungsfelder von Region zu Region, jedoch lassen sich Schwerpunkte ausmachen, die an vielen Stellen eine Rolle spielen:

- Thema Nr. 1 ist das Design von integrierten Versorgungsstrukturen, meist mit einem engen indikationsspezifischen Bezug. Ziel ist es hier, so genannte Systemlösungen zu entwickeln, zu erproben und umzusetzen, die von der Prävention über die Akutintervention und Rehabilitation bis zum Monitoring von Risikopatientinnen und Risikopatienten im häuslichen und beruflichen Alltag reichen. Zur Zeit wird in diesem Kontext über eine Fülle von Krankheitsbildern gearbeitet: In Schleswig-Holstein beispielsweise wird viel über neue Wege zur Männergesundheit nachgedacht, in Hamburg stehen psychische Erkrankungen im Mittelpunkt, im Ruhrgebiet hat Schlaganfall die höchste Relevanz, im Rhein-Main-Gebiet dreht sich vieles um „Diabetes“ und Mecklenburg-Vorpommern will Durchbrüche bei der Bekämpfung von Infektionserkrankungen in Krankenhäusern erzielen. Im Kinzigtal wurden sogar schon wichtige Schritte in Richtung einer populationsorientierten umfassenden integrierten Versorgung unternommen („Gesundes Kinzigtal“).
- „Alter und Gesundheit“ ist ein zweites Thema, das in vielen Regionen auf große Aufmerksamkeit stößt. Erste Regionen setzen sich das ambitionierte Ziel, in signifikanter Weise dazu beizutragen, die Krankheitsphasen bei den älteren Bevölkerungsgruppen zu reduzieren. Die Gerontologen und Geriater wissen, dass es bereits heute großen Teilen der Bevölkerung – nämlich den gut gebildeten und sozial starken – durchaus möglich ist, die Krankheitsphasen im

Alter auf einen kurzen Zeitraum am Ende des Lebens zu komprimieren. Gelänge es, größere Teile der alternden Bevölkerung von den grundsätzlich vorhandenen Möglichkeiten einer deutlich verbesserten Gesunderhaltung und Heilung im Alter profitieren zu lassen, wäre dies nicht nur ein Gewinn für die Menschen in diesen Regionen, sondern gälte weltweit als eine wegweisende Antwort beim Umgang mit dem demografischen Wandel.

- Ein dritter Schwerpunkt – stark etwa in Bremen, Berlin, aber auch in der Region Nordwest (Bremen-Oldenburg) und in Nordrhein-Westfalen vertreten – sind die Bemühungen, den privaten Haushalt als einen Gesundheitsstandort mit Zukunft zu entfalten. Ohne ein stärkeres und kompetenteres Engagement der Menschen in ihren privaten Lebenszusammenhängen wird mehr Gesundheit nicht zu gewinnen sein. Über Quartiersmanagement, die Nutzung der Telemedizin oder auch die Unterstützung von Selbsthilfe wird versucht, den Menschen hierbei unter die Arme zu greifen. In den letzten Jahren stießen insbesondere technisch gestützte Ansätze (Stichworte: AAL [„Ambient Assisted Living“], Telemedizin, Telehealth-Monitoring) auf große und oft kontroverse Aufmerksamkeit. Im Sinne sozialer Innovationen müssen gute Lösungen nicht nur in die Fläche transferiert, sondern perspektivisch um komplementäre Dienstleistungsangebote erweitert werden.
- Prävention ist ein viertes Themenfeld, das in vielen Gesundheitsregionen ein großes Gewicht hat. Dies trifft zum einen auf solche Regionen zu, die über die stationäre Rehabilitation ein starkes Standbein in der Tertiärrehabilitation haben (etwa Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Ostwestfalen-Lippe, Bäderland Bayerische Rhön). Darüber hinaus interessieren sich einige Gesundheitsregionen auch verstärkt für die neuen Möglichkeiten der prädiktiven und individualisierten Medizin (etwa Köln-Bonn) und versuchen auch hier risikospezifische Systemlösungen entlang der „P hoch 4 Kette“ (prädiktiv, personalisiert, präventiv und partizipativ) aufzubauen. Allerdings stecken entsprechende Aktivitäten vielfach noch in den Kinderschuhen.

– Jenseits dieser eher versorgungsbezogenen Themen geht es in den allermeisten Gesundheitsregionen – verstärkt etwa in Berlin-Brandenburg oder Baden-Württemberg – um die Entwicklung und Ansiedlung von Projekten, Firmen und Kompetenznetzen in den Lebenswissenschaften und Medizintechnik. Bei Gründung regionaler Initiativen standen entsprechende Ansinnen sogar oft im Mittelpunkt. Je länger die Initiativen jedoch arbeiten, desto deutlicher wird, dass Medizintechnik und auch neue lebenswissenschaftliche Akzente besser gelingen, wenn frühzeitig der Brückenschlag zur Versorgung mitbedacht wird – umso deutlicher steigt auch die Aufmerksamkeit für Versorgungsthemen.

Abgesehen von wenigen Ausnahmen – etwa Rheinland-Pfalz, Ostwestfalen-Lippe (OWL) oder der Region Weser-Ems – haben Fragen der Arbeit und Qualifizierung in den Gesundheitsregionen bis etwa 2008 kaum eine Rolle gespielt. Seitdem viele Krankenhäuser, Pflegedienste und auch einzelne Regionen Engpässe bei der Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern sowie anderem Fachpersonal spüren, steigt auch das Interesse, sich bei solchen Fragestellungen zu engagieren. Ende 2009 gab es im Rahmen des „Forums Gesundheitswirtschaft OWL“ einen ersten Fachworkshop des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR) zu diesem Thema, bei dem auch konkrete Handlungsperspektiven umrissen wurden, nicht zuletzt die unvermeidbare Notwendigkeit eine neue Arbeitsteilung zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen anzugehen. Die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein stellte zudem ihre Jahrestagung 2011 unter das Motto: „Unternehmen Zukunft: Berufung Gesundheit“, und in Gelsenkirchen und Bremen wurden schon mehrere Jobmessen zu Gesundheitsberufen durchgeführt. Parallel zu den beiden Jobmessen im Ruhrgebiet organisierte das Clustermanagement Gesundheitswirtschaft.NRW jeweils Fachtagungen zu Fragen der Arbeitsgestaltung und Qualifizierung.

Weitere bedeutende regionale Themen sind nicht zuletzt die Gesundheitslogistik und die Zukunft der Krankenhäuser (z.B. Region Mitte-Süd-

west). Schon jetzt ist zudem absehbar, dass Aktivitäten zur Stärkung der Patienten- und Nutzerorientierung in den Gesundheitsregionen in den nächsten Jahren erheblich an Gewicht gewinnen werden. Beim „Forum Gesundheitswirtschaft OWL 2010“ stand es in Bielefeld (Ostwestfalen-Lippe) bereits im Mittelpunkt der Debatten. Weitere Regionen – z.B. Braunschweig – widmen sich engagiert diesem Thema und suchen hier auch den Brückenschlag zu den Neuen Medien. Die Debatte um Patienten- und Nutzerorientierung als wichtige Eckpunkte Sozialer Gesundheitswirtschaft kann zudem erheblich von den einschlägigen Qualitäts- und Transparenzinitiativen (z.B. Gesundheitsstadt Berlin) zum Leistungsgeschehen in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheimen profitieren.

Aus Sicht des in diesem Papier entwickelten Leitbildes einer Sozialen Gesundheitswirtschaft stellen die Gesundheitsregionen Aktivposten dar. Im Interesse, als leistungsfähige Kompetenzregion überregional sichtbar zu werden, engagieren sie sich nicht nur für mehr Highlights bei der Medizintechnik, in den Lebenswissenschaften oder bei ausgewählten medizinischen Exzellenzen. Ihre Aktivitäten schlagen sich auch in einer Verbesserung der Versorgung, in mehr Gesundheit und Lebensqualität nieder. Hierüber lassen sich, wie z.B. in Rheinland-Pfalz, auch systematisch Exportchancen erschließen. Gesundheitsregionen liefern einerseits Rückenwind für die Ziele der Sozialen Gesundheitswirtschaft und eine Plattform für konkrete Aktivitäten. Auf der anderen Seite sind sie Sensor, Sprachrohr und Multiplikator für Zukunftsthemen der Gesundheitswirtschaft vor Ort. Und damit ihr Engagement nicht am Ende an einem Mangel an Fachkräften scheitert, achten Gesundheitsregionen neuerdings verstärkt auf Fragen der Gestaltung und Qualifizierung. Gleichwohl sind bei diesen Themenstellungen bislang nur ganz wenige Brückenschläge zu Gewerkschaften gelungen. Ein positives Beispiel, dass solche Brückenschläge aber im Grundsatz gelingen können, stellt das gewerkschaftlich getragene Netzwerk Integrierte Versorgung und Pflege (InCareNet) dar.

## 7. Ausblick: Mehr Gesundheit – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Gesundheit muss eine Querschnittsaufgabe werden, die alle Ressorts in Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung bei der Gestaltung der Umwelt sowie der Lebens- und Arbeitswelt der Menschen wahrnehmen müssen.

Darüber hinaus sind alle anderen gesellschaftlichen Kräfte und Gruppen auch aufgefordert, sich des Themas Gesundheit anzunehmen. Beispielhaft sollen hier nur angesprochen werden:

- **Unternehmen und Betriebe**  
Ein Bereich von zentraler Bedeutung für die Gesundheitsförderung ist die Arbeitswelt. In der Vergangenheit konzentrierte sich betriebliche Gesundheitsförderung überwiegend und erfolgreich darauf, die Gesundheitsgefahren des Menschen bei der Arbeit mit Maschinen zu mindern. Heute geht es mehr um Mitarbeiterführung und Unternehmenskultur. Daneben sind eine gute ergonomische Ausstattung der Arbeitsplätze, gesunde Betriebsverpflegung und Angebote zur Prävention von Bedeutung. Die demografische Entwicklung wird die Betriebe zwingen, auf die Gesunderhaltung ihrer Beschäftigten zu achten um deren Erwerbsfähigkeit bis zur Rente zu erhalten. Dies wird sie veranlassen, sich um gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu bemühen und ein wirksames Gesundheitsmanagement zu implementieren. Gesundheitsförderung im Betrieb ist eine Führungsaufgabe. Bei der konkreten Ausgestaltung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb sollten die Betroffenen einbezogen werden.
- **Wohnungswirtschaft**  
Bei sinkender Bevölkerungszahl und gleichzeitig steigendem Anteil älterer Menschen ist die Wohnungswirtschaft gut beraten, ihren Wohnungsbestand bedarfsgerecht auszurichten. Eine ganze Reihe Wohnungsunternehmen tun

dies schon, indem sie einen Teil ihres Bestandes barrierefrei umbauen und auf den Einsatz von Informations- und Kommunikations-Technologien in der häuslichen Krankenversorgung vorbereiten. Einige Wohnungsunternehmen bemühen sich darüber hinaus um die erforderliche Infrastruktur für Menschen mit Pflegebedürftigkeit, d.h. einen Pflegedienst oder sogar eine Sozialstation im Wohngebiet. Daneben werden Dienstleistungen wie Einkäufen und Haushaltshilfe angeboten. Es gibt Absprachen mit Notrufdiensten, lokalem Pflegedienst und dem nächstgelegenen Krankenhaus zur Intervention bei Notfällen. Wichtig ist für kranke und behinderte Menschen auch, dass das Wohnumfeld alten- und behindertengerecht gestaltet ist.

Das Thema Gesundheitsförderung und Prävention hat die Wohnungswirtschaft noch nicht prominent auf der Agenda. Eine ganze Reihe von Projekten z.B. im Rahmen von Programmen wie „Soziale Stadt“ und „Gesunde Stadt“ gibt erste Anregungen für entsprechende Aktivitäten und Maßnahmen.

- **Ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe**  
Viele Menschen sind bereit, kranken und behinderten Menschen zu helfen. Bei der Unterstützung kann es sich um persönliche oder telefonische Gespräche, gemeinsame Freizeitaktivitäten, Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags, z.B. Hilfe beim Einkauf und im Haushalt, Zubereitung von Mahlzeiten, Fahrdienste u.ä. handeln. Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass diese Hilfen die professionelle Krankenversorgung und Pflege nicht ersetzen, sondern sie nur sinnvoll ergänzen können. Ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe braucht organisatorische Unterstützung z.B. durch Ehrenamtsagenturen.

In den letzten zehn Jahren haben viele Wissenschaftler und Zukunftsforscher – von Nefiodow (1996), Groenemeyer (2001) und Merz (2008) über Kickbusch (2006) bis zu Goldschmidt/Hilbert (2010) – darauf aufmerksam gemacht, dass sich die hoch entwickelten zeitgenössischen Gesellschaften immer mehr für Gesundheit interessieren, zu Gesundheitsgesellschaften werden. In den Augen und Interessen wachsender Teile der Bevölkerung wird mehr Engagement für die Gesundheit immer wichtiger – sei es auf privater Ebene und im eigenen Gestaltungsbereich oder sei es auch auf betrieblicher oder regionaler Ebene in der Verantwortung von Wirtschaft und Politik. Diesem Werte- und Interessenswandel der Bevölkerung entsprechend machen sich auch immer größere Teile des Gesundheitswesens und vieler anderer Wirt-

schaftsbranchen auf, neue Gesundheitsangebote aufzubauen und bestehende zu verbessern. Wie früher die Informations- und Kommunikationstechnik ist nun Gesundheit dabei, zu einer integrierten Komponente in mehr und mehr Produkten und Dienstleistungen der Wirtschaft zu werden. Oft erreichen diese neuen oder erneuerten Angebote allerdings nur privilegierte Teile der Bevölkerung. Eine integrierte Gesundheitswirtschaftspolitik ist unerlässlich, um der neuen Gesundheitsdynamik der Wirtschaft die Fähigkeit zu mehr sozialer Gerechtigkeit zu geben. Die Dynamik der Wirtschaft zu „Health in more and more products and services“ muss endlich durch das Umsetzen der WHO-Forderung nach „Health in all policies“ beantwortet werden!

## Literaturverzeichnis

---

- Afentakis, A.; Maier, T. 2010: Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Auszug aus *Wirtschaft und Statistik*. Statistisches Bundesamt (Hg.), Wiesbaden.
- Altgeld, Thomas; Geene, Raimund; Glaeske, Gerd; Kolip, Petra; Rosenbrock, Rolf; Trojan, Alf 2006: *Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik*, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Amelung, Volker Eric; Eble, Susanne; Hildebrandt, Helmut (Hrsg.) 2011: *Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand*, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care, Berlin.
- Amelung, Volker et al. 2010: *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*, Berlin.
- Angermann, Christiane; Faller, Hermann; Ertl, Georg; Störk, Stefan 2011: *Coaching und multidisziplinäre Versorgung bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen*, in: Günster, Christian; Klose, Joachim; Schmacke, Norbert (Hrsg.), *Versorgungsreport 2011*, Stuttgart: Schattauer, S. 179-195.
- Arbeitgeberverband Pflege:  
<http://www.arbeitgeberverband-pflege.de/das-haben-wir-zu-sagen/detail.php?objectID=48>
- Bandemer, Stephan von; Hilbert, Josef; Schulz, Erika 1998: *Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales? Szenarien und Ansatzpunkte der Beschäftigungsentwicklung bei gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten*. In: Bosch, Gerhard (Hrsg.): *Zukunft der Erwerbsarbeit: Strategien für Arbeit und Umwelt*. Frankfurt: Campus-Verlag, S. 412-435.
- Boos-Nünning, Ursula; Lauterbach, Karl W.; Rodolph, Karsten; Weisskirchen, Gert 2004: *Mut zur Veränderung – Innovation und Chancengleichheit durch eine integrierte Bildungs-, Gesundheits- und Familienpolitik*, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Bundesagentur für Arbeit 2010: *Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland*, Nürnberg.
- Evans, Michaela; Bräutigam, Christoph; Hilbert, Josef (2011, i.E.): *Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft*, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Evans, Michaela; Hilbert, Josef 2009: *Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten; Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistung*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs: Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik.
- FfG – Forschungsgesellschaft für Gerontologie/IAT – Institut Arbeit und Technik/MHH – Medizinische Hochschule Hannover 2001: *Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW. Studie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein Westfalen*.
- Glaeske, Gerd 2011: *Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung*, Bonn, eine Expertise für den Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.

- Glahn, Wolfgang 2007: Prosperität statt Offenbarungseid. Soziale Gesundheitswirtschaft. Skizze zur Realisierung einer Version. *Economica*, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg.
- Goldschmidt, Andreas; Hilbert, Josef 2010: Gesundheitswirtschaft: Die Zukunftsbranche, Wegscheid: Wikom Verlag.
- Greß, Stefan; Rothgang, Heinz 2010: Finanzierungsreform der Krankenversicherung – Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Greß, Stefan 2010: Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft – Bewertung unterschiedlicher Optionen, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Grönemeyer, Dietrich 2001: *Med. in Deutschland, Standort mit Zukunft*, Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.
- Günster, Christian; Klose, Joachim; Schmacke, Norbert (Hrsg.), *Versorgungsreport 2011*, Stuttgart: Schattauer.
- Isfort, M.; Neuhaus, A. 2010. Auf „Pflegetage“. Haushaltshilfen aus Osteuropa. In: *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*, 35. Jg./Nr. 187, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, S. 48-51.
- Isfort, M.; Weidner, F. et al. 2010: *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.
- Hackmann, T. 2009: *Arbeitsmarkt Pflege. Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer*. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Hrsg.), *Diskussionsbeiträge 40*, Freiburg.
- Henke, K. D.; Neumann, K.; Schneider, M. et al. 2010: *Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland*. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. *Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft*, Band 30, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Hildebrandt, H.; Hermann, C.; Knittel, R.; Richter-Reichhelm, M.; Siegel, A.; Witzernath, W. 2010: *Gesundes Kinzigtal Integrated Care: Improving Population Health by a Shared Health Gain Approach and a Shared Savings Contract*. In: *International Journal of Integrated Care* 10, S. 1-14. (available online: <http://www.ijic.org>).
- Kickbusch, Ilona 2006: *Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*, Camburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kopp, Daniel 2011: *Zwischen Patientenwohl und Gewinnstreben – Die Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und ihre Auswirkungen auf die Einführung integrierter Versorgungsprogramme*, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Lang, Armin 2009: *ASG-Diskussionspapier zur Gesundheitswirtschaft: Investition in die Zukunft – Potenzial einer Zukunftsbranche gestalten und ausschöpfen*, erstmals veröffentlicht bei: *Gesellschaftspolitische Kommentare*, Berlin/Bonn, 2009.
- Meier, Ulrich; Diener, Hans-Christoph 2007: *Integrierte Versorgung in der Neurologie*, Stuttgart.

- Merz, Friedrich 2008: Wachstumsmotor Gesundheit – Die Zukunft unseres Gesundheitswesens, München: Carl Hanser Verlag.
- Nefiodow, Leo A. 1996: Der sechste Kondratieff: Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Sankt Augustin: Rhein-Sieg-Verlag: [www.optimedis.de/images/docs/pressemitteilungen/pm\\_ergebnisdaten\\_gesundes\\_kinzigtal\\_20110124.pdf](http://www.optimedis.de/images/docs/pressemitteilungen/pm_ergebnisdaten_gesundes_kinzigtal_20110124.pdf).
- Ostwald, D.; Erhard, T. et al. 2010: Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. PriceWaterhouseCoopers AG (Hg.), Frankfurt am Main.
- Paquet, Robert 2011: Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge – Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Paulus, Wolfgang; Romanowski, Sascha 2010: Von Robotern und Nachbarn – Gestaltungsmöglichkeiten der Wohnumwelt älterer Menschen. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 05/2010.
- Prognos Deutschlandreports: <http://www.prognos.com/Deutschland-Report.172.0.html>
- Rosenbrock, Rolf 1998: Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland, Berlin.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Kurzfassung, S. 23.
- Schmacke, Norbert 2011: Editorial, in Günster, Christian; Klose, Joachim; Schmacke, Norbert (Hrsg.): Versorgungsreport 2011, Stuttgart: Schattauer, S. VII-XII.
- Sewtz, S. 2008: Berufsorientierungen und Karrierechancen von Frauen in Medizin und Pflege. In: Matzick, S. (Hg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen: Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Reihe Gesundheitsforschung. Weinheim & München: Juventa, S. 117-137.
- Seiler, Reiner; Henke, André 2008: Patientenorientierung in neuen Versorgungsformen, in Amelung, Volker u. a., Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, Berlin.
- Siegel, A.; Stöbel, U.; Schubert, I.; Erler, A. 2011: Probleme der Evaluation eines regionalen integrierten Vollversorgungssystems am Beispiel „Gesundes Kinzigtal“. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), im Druck.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2, Auswirkungen auf Krankenbehandlung und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2009: Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.
- Sütterlin, S.; Hoßmann, I.; Klingholz, R. 2011: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hg.) Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können, Berlin.
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.) 2009: Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Gewerkschaftliche Positionsbestimmung zu aktuellen Fragen der Arbeitsteilung und Berufsbildung der Gesundheitsberufe. Beschluss des Bundesfachbereichsvorstandes Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vom 30. April 2009.

- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft 2007: Projektbericht Netzwerk Pflege und integrierte Versorgung – InCareNet: [http://gesundheitspolitik.verdi.de/t\\_incarenet](http://gesundheitspolitik.verdi.de/t_incarenet)
- Voges, W. 2002: Pflege alter Menschen als Beruf. Westdeutscher Verlag GmbH, Wiesbaden.
- Weatherly, John N. u. a. 2007: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren, Berlin.
- Zimmermann, Doris A. 2011: Ökonomisierung und Privatisierung im bayerischen Gesundheitswesen, Bayernforum, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Zwiener, Rudolf 2011: Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben, Friedrich-Ebert-Stiftung.

## Die Autorinnen und der Autor

---

**Michaela Evans**

Institut Arbeit und Technik im Wissenschaftszentrum NRW, Gelsenkirchen

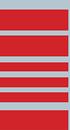
**PD Dr. Josef Hilbert**

Direktor, Institut Arbeit und Technik im Wissenschaftszentrum NRW, Gelsenkirchen

**Birgit Mickley**

Geschäftsführerin, 3GL Gesellschaft für ganzheitliche Gesundheitslösungen mbH, Berlin





## Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

**Die Weltwirtschaft im Ungleichgewicht – Ursachen, Gefahren, Korrekturen**

WISO Diskurs

Nachhaltige Strukturpolitik

**Der Einstieg in den Ausstieg  
Energiepolitische Szenarien für einen  
Atomausstieg in Deutschland**

WISO Diskurs

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

**Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!**

WISO direkt

Steuerpolitik

**Progressive Sozialversicherungsbeiträge – Entlastung der Beschäftigten oder Verfestigung des Niedriglohnssektors?**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

**Soloselbstständige in der Insolvenz – Zwischen Stigmatisierung und Neustart**

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Welche Politik brauchen die Verbraucher?**

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Die Chance für den fairen Handel?  
Verbraucherkenntnis und -akzeptanz von  
Sozialstandards im Lebensmittelsektor**

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

**Reform des Personenbeförderungsgesetzes – Perspektiven für ein nachhaltiges und integriertes Nahverkehrsangebot**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

**Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung – Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft – Bewertung unterschiedlicher Optionen**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben – Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Öffentlich geförderte Beschäftigung  
Plädoyer für eine konzeptionelle Neuausrichtung**

WISO direkt

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

**Perspektiven der Unternehmensmitbestimmung in Deutschland – ungerechtfertigter Stillstand auf der politischen Baustelle?**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Dienstleistungen in der Zukunftsverantwortung – Ein Plädoyer für eine (neue) Dienstleistungspolitik**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

**Prekäre Übergänge vermeiden – Potenziale nutzen  
Junge Frauen und Männer mit Migrationshintergrund an der Schwelle von der Schule zur Ausbildung**

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterforschung

**Geschlechterpolitik zu Pflege/Care  
Anregungen aus europäischen Ländern**

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

[www.fes.de/wiso](http://www.fes.de/wiso)