

WISO

Mai 2009

Diskurs

Experten und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Mehr Gesundheit wagen!

Gesundheits- und Pflegedienste
innovativ gestalten



ARBEITSKREIS **DIENSTLEISTUNGEN**





Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen

Mehr Gesundheit wagen!

Gesundheits- und Pflegedienste
innovativ gestalten

Zusammengestellt von
PD Dr. Josef Hilbert und Michaela Evans
Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

Inhalt

Vorbemerkung	3
Auf einen Blick	5
1. Einführung: Auf der Suche nach einer neuen Synergie zwischen „Gesundheit“ und „Wirtschaft“	7
2. Innovative Gesundheits- und Pflegedienste – Herausforderungen und Eckpunkte der Gestaltung	9
2.1 Innovationen in der Gesundheitswirtschaft	10
2.1.1 Zukunftsbaustelle Krankenhaussektor – Innovationen im Blindflug!	14
2.1.2 Zukunftsbaustelle Prävention: Koordinierte und bedarfsorientierte Angebotsentwicklung statt „Wildwuchs“!	18
2.1.3 Zukunftsbaustelle „Gesundheitsstandort Haushalt“: Selbstbestimmung in Phasen gesundheitlicher Einschränkung fördern!	19
2.2 Innovationsmotor pharmazeutische Industrie?	21
3. Pflege und gesund Altern in Deutschland	25
4. Qualifikation und Qualifizierung – Schlüsselinvestition in die Zukunft	33
5. Europäische Visionen: Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Modell für mehr Gesundheit und Pflege?	38
6. Schlussfolgerungen und zentrale Botschaften: „Mehr Gesundheit wagen!“	44
7. Literatur	49
Anhang	
Themenfelder und Mitwirkende an den Expertengesprächen	53
Informationen zum Autor und zur Autorin	55

Dieses Memorandum wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von der Autorin und dem Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Vorbemerkung

Die Welt der Wirtschaft war national wie international in den letzten Jahren durch eine Fülle von Umbrüchen und Turbulenzen gekennzeichnet. Dennoch lassen sich in all den dabei entstandenen Unübersichtlichkeiten einige stabile Trends ausmachen. Einer der gewichtigsten ist die kontinuierliche Bedeutungszunahme des Dienstleistungssektors.

In einer Analyse aus dem Jahre 2006 für den Arbeitskreis Dienstleistungen (Hilbert Brandel 2006) wurde deutlich, dass es bei der Untersuchung von Entwicklungstrends und Zukunftschancen des Dienstleistungssektors schwierig ist, die Vielfalt der verschiedenen Teilbereiche – vom Flughafen über die Sportwirtschaft und Finanzdienstleistungen bis zur Pflegebranche – zusammen zu betrachten und zu analysieren. Sowohl für die Dienstleistungsforschung als auch für die Dienstleistungspolitik ist vielmehr eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten in den verschiedenen Teilbranchen des Dienstleistungssektors unerlässlich.

Vor diesem Hintergrund hat sich der gemeinsam von der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und der Friedrich-Ebert-Stiftung getragene Arbeitskreis Dienstleistungen entschieden, sich vertiefend mit drei großen Teilbereichen des Dienstleistungssektors zu befassen: den öffentlichen Dienstleistungen, den Hochschul- sowie den Gesundheits- und Pflegediensten. Das vorliegende Memorandum spiegelt die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen im letztgenannten Arbeitsfeld, also bei den Gesundheits- und Pflegediensten, wieder.

Die Entscheidung des Arbeitskreises Dienstleistungen, sich besonders intensiv mit den Gesundheits- und Pflegediensten auseinander zu setzen, hat verschiedene Gründe:

- Bei den Gesundheits- und Pflegediensten handelt es sich um eine der größeren Teilbranchen des Dienstleistungssektors.
- Die Gesundheits- und Pflegebranche hat sich in den letzten Jahren sehr dynamisch entwickelt, und es spricht viel dafür, dass diese Wachstumsdynamik auch in den kommenden Jahren anhält.
- Beim Wachstum verändern sich die Strategien der Akteure, die Qualifikationen sowie die Arbeitsprozesse. Es kommt zu einer Fülle von Veränderungen, deren Folgen durch politische und gewerkschaftliche Gestaltungsarbeit beeinflusst werden können.

Das vorliegende Memorandum basiert auf einem Projekt mit dem Titel „Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten“. Im Zentrum dieses Projektes standen vier themenfokussierte Expertengespräche, die zwischen September 2008 und Februar 2009 stattfanden. In jedem dieser Expertengespräche gab es zwei fachliche Referate, die als Problemaufriss oder -definition angelegt waren. Diese Beiträge wurden danach von weiteren Experten und Praktikern kommentiert und anschließend mit allen interessierten Teilnehmern und Teilnehmerinnen diskutiert, um die unterschiedlichen Sichtweisen zum Thema zu beleuchten. Eine Auflistung der Themenfelder sowie eine Liste der Mitwirkenden befindet sich im Anhang dieser Publikation.

Auf der Grundlage der Fachreferate, ihrer Kommentierung sowie der Diskussionsergebnisse wurde das hier vorliegende Memorandum „Mehr Gesundheit wagen!“ erstellt.

Begleitet wurde die Arbeit von einem Kernteam des Arbeitskreises Dienstleistungen, bestehend aus Vertretern von Politik und Gewerkschaften. Mit der wissenschaftlichen Beratung

sowie mit der Erstellung des Memorandums waren PD Dr. Josef Hilbert und Michaela Evans, Institut Arbeit und Technik (IAT), Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität, betraut. Den Vorsitz der Projektrunden hatte Klaus Kirschner, von 1976 bis 2005 Bundestagsabgeordneter der SPD und langjähriger Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages.

Dr. Margret Steffen
Herbert Weisbrod-Frey
Bereich Gesundheitspolitik
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

Die Schirmherrschaft für das Projekt lag in den Händen von Elke Ferner, MdB, PD Dr. Josef Hilbert, Klaus Kirschner, Hilde Mattheis, MdB und Ellen Paschke, Mitglied des ver.di Bundesvorstandes.

Ihnen allen, sowie den beteiligten Experten und Expertinnen möchten wir an dieser Stelle für ihre Bereitschaft zur Mitarbeit ganz herzlich danken. Ohne ihr Engagement und die ambitionierten Beiträge hätte dieses Memorandum nicht erstellt werden können.

Helmut Weber
Wirtschafts- und Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung

Auf einen Blick

1. Der Dienstleistungssektor ist für die Zukunft der Arbeit und für die Zukunft des Wirtschaftsstandorts Deutschland von ausschlaggebender Bedeutung. Die Gesundheitswirtschaft ist die größte Teilbranche des Dienstleistungssektors. Hier arbeiten ca. 4,5 Millionen Menschen und es sind in den letzten zwei Jahrzehnten rund eine Million neue Arbeitsplätze entstanden. Die Branche erzielt derzeit Umsätze von mehr als 260 Milliarden Euro und ist das mit Abstand wichtigste Einsatzfeld für „High-Tech“, d.h. für wissensbasierte Produkte, Dienstleistungen und Verfahren.
2. Für mehr und mehr Menschen ist eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung die Präferenz Nr. 1. Der Bedarf und die Nachfrage nach Gesunderhaltung, Heilung und Pflege steigen kontinuierlich. Innovative medizinische, technische und organisatorische Lösungen schaffen neue Chancen für mehr Gesundheit. Vor diesem Hintergrund könnten in den nächsten 15 bis 20 Jahren in der Gesundheitswirtschaft bis zu 1 Million zusätzlicher Arbeitsplätze entstehen. Bedingung für solche Erfolge ist jedoch, dass Wirtschaft und Politik sich trauen, „mehr Gesundheit zu wagen“, d.h. auf den Ausbau einer anspruchsvollen und breit genutzten Gesundheitsversorgung zu setzen. Eine Gesundheitspolitik, die nicht auf Innovationen für eine bessere Gesundheit, sondern ausschließlich auf mehr Effizienz setzt, würde Chancen für mehr Wachstum und Beschäftigung verbauen.
3. Der Terminus Gesundheitswirtschaft steht für eine grundlegende Neuorientierung des Verhältnisses von „Gesundheit“ und „Wirtschaft“. Diese ist keinesfalls gleichzusetzen mit „mehr Wirtschaft in der Gesundheit“ oder gar der „Ökonomisierung der Gesundheit“. Vielmehr steht im Mittelpunkt, dass Gesundheit lange Jahre als ein wenig geliebter „Kostgänger“ der Gesamtwirtschaft galt, mittlerweile jedoch erkannt wurde, dass sie zu den wichtigsten Zukunftsbranchen zählt. Um die Chancen nutzen zu können, sind jedoch Erneuerungen für mehr Qualität, Effizienz und Gerechtigkeit unerlässlich. Dafür kann es durchaus lohnenswert sein, den „Blick über den Tellerrand“ auf innovative Lösungen anderer internationaler Gesundheitssysteme und anderer Branchen/Wirtschaftsbereiche zu richten. Dies darf allerdings nicht dazu führen, dass vermeintliche „Patentrezepte“, etwa aus Industrie oder Wirtschaftsförderung, unreflektiert in den Gesundheitssektor implementiert werden. Auch die bloße Übertragung von Begrifflichkeiten wie „Markt“, „Wettbewerb“ und „Kunde“ ist angesichts divergierender Organisationsformen und Handlungslogiken im komplexen „Innovationssystem Gesundheit“ ebenso unzureichend wie irreführend. Notwendig ist vielmehr, sich zukünftig mit den Gestaltungschancen und -grenzen von „mehr Wirtschaft in der Gesundheit“ und „mehr Gesundheit in der Wirtschaft“ ebenso auseinander zu setzen wie mit den Risiken einer „Ökonomisierung der Gesundheit“. Die systematische Evaluation neuer Konzepte und Lösungen ist dabei unumgänglich.
4. Die Gesundheitswirtschaft braucht eine innovationsorientierte Gesundheitswirtschaftspolitik. Sie muss zum einen dafür sorgen, dass die Akteure aus der Branche selbst auf wirksame, effiziente und tragfähige Innovationen setzen. Sie muss zum anderen sicherstellen, dass neue Lösungen der breiten Bevölkerung zu Gute kommen. Nur eine Gesundheitswirt-

- schaft, die auf nachgewiesene wirksame Innovationen setzt und für deren flächendeckende Umsetzung sorgt, kann mittel- und langfristige politisch und wirtschaftlich erfolgreich sein. „Mehr Gesundheit wagen!“ – mehr Innovation und deren breite Nutzung – werden so Voraussetzung für mehr Erfolg des Wirtschafts-, Arbeits- und Gesundheitsstandorts Deutschland.
5. Die Zukunft der Arbeit droht zur „Achillesferse“ einer innovationsorientierten Gesundheitswirtschaft zu werden. Unattraktive Arbeitsbedingungen, überkommene Hierarchien, eine ineffiziente Arbeitsorganisation sowie die wachsende internationale Konkurrenz um Arbeitskräfte lassen befürchten, dass der wachsenden Nachfrage nach Ärztinnen und Ärzten, nach Pflegekräften und nach weiterem (Gesundheits-)Fachpersonal bald kein ausreichendes Personalangebot mehr gegenübersteht. Um diesen Gefahren entgegenzuwirken, sollten die bislang vorhandenen Gestaltungsinitiativen für bessere Qualifizierungs-, Arbeits- und Entlohnungsbedingungen in der Gesundheitswirtschaft deutlich ausgebaut werden.
 6. Eine innovationsorientierte und Erfolg versprechende Entwicklung der Gesundheitswirtschaft kommt nicht von selbst, sondern sie braucht Anstöße und Beiträge aus Wirtschaft, Wissenschaft und Politik. Ein Patentrezept zur Steuerung eines so komplexen Gestaltungsfeldes, wie es die Gesundheitswirtschaft darstellt, gibt es nicht. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, mit weichen Steuerungsansätzen zu arbeiten. Vorgeschlagen wird, einen „Innovationsmonitor med. in Germany“ aufzubauen, in dessen Mittelpunkt eine zweijährige Berichterstattung
- steht. Diese weist die Verantwortlichen sowohl auf erreichte Erfolge als auch auf Herausforderungen und sich neu abzeichnende Chancen hin. Die an den Bericht anknüpfende öffentliche Debatte setzt die Entscheidungsträger unter Lern- und Handlungsdruck.
7. „Mehr Gesundheit wagen!“ und die Gesundheitswirtschaft zu stärken bedeutet keineswegs eine offene oder schleichende Abkehr von der solidarischen und öffentlichen Verantwortung für die Zukunft der Gesundheit. Im Gegenteil: Gerade jetzt – in Zeiten der globalen Wirtschaftskrise – zeigt sich, dass breit aufgestellte und solidarisch abgesicherte Gesundheitssysteme noch die mit Abstand verlässlichste Grundlage für mehr Innovationen und für deren breite Umsetzung sind. Hiervon profitieren dann nicht nur die Menschen, sondern auch ein Wirtschafts- und Zukunftsstandort Deutschland. Im Fokus des Innovationsgeschehens stehen insbesondere Zukunftsmodelle regionaler, integrierter Versorgung: Sie markieren für die kommenden Jahre enorme Chancen und Herausforderungen für die einrichtungsinterne und -übergreifende Arbeitsteilung, die Arbeitsorganisation sowie die Personalentwicklung und Qualifizierung. Angesichts der regionalen/lokalen Orientierung integrierter Versorgungsformen stellt sich die Frage, wie solche regionalen Innovationsprozesse gesteuert werden, wie ihre Leistungsfähigkeit einzuschätzen ist und wer über die gesellschaftliche Legitimation für die Übernahme eines regionalen Innovationsmanagements/regionaler Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft verfügt.

1. Einführung: Auf der Suche nach einer neuen Synergie zwischen „Gesundheit“ und „Wirtschaft“

Der Arbeitskreis Dienstleistungen setzt sich im Bereich der Gesundheits- und Pflegedienste insbesondere mit dem Thema „Innovation“ auseinander. Damit sind die Hoffnung und der Anspruch verbunden, nicht nur Fehlentwicklungen zu kritisieren, sondern auch positive Gestaltungsvorschläge zu erarbeiten und zu stärken. Es gilt, einen Zukunftspfad zu finden, von dem sowohl die Patienten, die Nutzer und die Beschäftigten als auch der Wirtschaftsstandort Deutschland profitieren kann. Deshalb lassen sich die Such- und Bewertungskriterien für Innovationen des Arbeitskreises Dienstleistungen durch einen Triangel beschreiben:

1. Mehr Lebensqualität und Gesundheit
2. Bessere Arbeitsbedingungen
3. Mehr Wachstum und Beschäftigung

Das Verhältnis von „Gesundheit“ und „Wirtschaft“ war in der öffentlichen Wahrnehmung lange Zeit ein „blinder Fleck“ und dies, obwohl Gesundheit schon immer zentrale Triebfeder des Wirtschaftsgeschehens war. Eingeleitet wurde der Paradigmenwechsel dadurch, dass die Wirtschaft zunehmend auch Rücksicht auf die gesundheitlichen und sozialen Belange der Menschen nahm. Später setzte sich die Einsicht durch, dass Ausgaben für Gesundheit, insbesondere für gesunde Arbeitskräfte, eine unerlässliche Voraussetzung für eine leistungsfähige Wirtschaft sind. Seit einigen Jahren weisen immer mehr Wissenschaftler darauf hin, dass das Verhältnis von Gesundheit und Wirtschaft noch deutlich positiver ist, als bislang gedacht. Die neue Synergie zwischen „Gesundheit“ und „Wirtschaft“ manifestiert sich derart, dass Dienstleistungen und Produkte rund um die Gesundheit nämlich keineswegs nur Kostgänger der Ökonomie sind, sondern sie stellen vielmehr

einen der wichtigsten Treiber für die Zukunftsfähigkeit des Standorts Deutschland dar:

- Hier entstanden und entstehen viele neue Arbeitsplätze,
- hier liegt das Hauptanwendungsfeld für High-Tech-Innovationen und
- Gesundheit gilt weltweit als eine der wichtigsten und größten Zukunftsbranchen.

In diesem Zusammenhang wird vielfach die Frage diskutiert, wie die Abnehmer der Leistungen benannt werden sollen: Patienten oder Kunden. Im vorliegenden Memorandum wird immer dann von Patienten gesprochen, wenn damit Menschen gemeint sind, die gesundheitliche Probleme haben, um die sich das professionelle Gesundheitswesen sorgen muss, auch unabhängig davon, ob und wie sich die in Frage kommenden Personen selbst für ihre Gesunderhaltung und Heilung engagieren. Bei Kunden handelt es sich um Personen, die eigenständig, selbstbewusst und ohne Not auf gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen zurückgreifen, auch jenseits des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine entsprechende Differenzierung gewinnt nicht zuletzt angesichts der gesundheitspolitischen Reformansprüche um mehr Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen an Bedeutung (vgl. Forster, Kranich 2007).

Es macht Sinn, zu fragen, ob Deutschland nicht noch stärker auf Gesundheit setzen sollte als bisher. „Mehr Gesundheit wagen!“ birgt nicht nur Vorteile für Patienten, Kunden und Beschäftigte im Gesundheitswesen, sondern wirkt auch positiv auf Wirtschaft und Arbeitsplätze.

Eine solch ambitionierte Fragestellung und Gestaltungsperspektive verlangt methodisch eigentlich nach einem anspruchsvollen Forschungsdesign und der Erarbeitung wissenschaftlicher

Expertise, auf die sich dann Branchenexperten und Praktiker stützen können, um konkrete Empfehlungen zu geben. Sinnvoll wäre etwa, unterschiedliche Gestaltungspfade zu modellieren und diese dann ökonometrisch durchzurechnen. Da für ein so elaboriertes Forschungsdesign aber nicht die erforderlichen Mittel zur Verfügung standen, musste der Arbeitskreis einen alternativen, wissenschaftlich und methodisch bescheideneren Weg gehen.

Die Vorgehensweise des Projekts „Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten“ war dialogisch angelegt und griff dabei auf wissenschaftliche Expertise zurück. Im Kern zielte die Arbeit darauf, wissenschaftliche Erkenntnisse, praktisches Wissen sowie politische Erfahrungen aufeinander zu beziehen. Dies war dann auch die Grundlage für zwei ganz zentrale Aus- und Einsichten:

- Es ist möglich, einen zukunftsoptimistischen Gestaltungsdialog zu führen. „Mehr Gesundheit wagen!“ hat gute Aussichten gleichzeitig für Lebensqualität, für bessere Arbeitsbedingungen und für mehr Wachstum und Beschäftigung zu sorgen.
- Solche ambitionierten sozial- und wirtschaftspolitischen Erwartungen sind nur dann realistisch, wenn sie durch Gestaltungsaktivitäten seitens der Gewerkschaften und seitens arbeitsorientierter politischer Akteure angestoßen und begleitet werden.

Die im Rahmen dieses Memorandums skizzierten Eckpunkte umfassen nicht alle Aktivitäten und Aufgabenfelder der Gesundheitspolitik, sondern es wird insbesondere auf jene Gestaltungsfelder eingegangen, von denen zukünftig bedeutende Impulse im Zusammenspiel von Versorgungsqualität, Arbeit und Wirtschaft zu erwarten sind.

2. Innovative Gesundheits- und Pflegedienste – Herausforderungen und Eckpunkte der Gestaltung

Die letzten Jahre waren von einer wahren Aufbruchstimmung rund um die so genannte „Gesundheitswirtschaft“ geprägt. Gesundheits- und Pflegedienste „klassischer Prägung“, und damit Institutionen wie Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflege und -hilfe oder niedergelassene Arztpraxen, bilden aus gesundheits-, arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitischer Perspektive das Fundament der Branche. Innovative Gesundheits- und Pflegedienste sind längst nicht mehr ein Thema der Gesundheitspolitik selbst. Auch die Akteure der (regionalen) Wirtschafts- und Strukturpolitik haben das Gestaltungsfeld für sich entdeckt. War in den vergangenen Jahren zunächst Überzeugungsarbeit für die positiven Entwicklungsaussichten der Gesundheitswirtschaft zu leisten, rücken nun die Herausforderungen konkreter Gestaltung ins Zentrum der Debatten.

Die Entwicklung innovativer Gesundheits- und Pflegedienste ist kein Selbstläufer. Entscheidend für die Zukunft wird die Beantwortung der Frage sein, wie die neue Synergie zwischen Sozialem, Gesundheit und Wirtschaft innovations- und beschäftigungswirksam zu gestalten ist. Internationale Herausforderungen und Chancen des Gesundheitsstandortes Deutschland treffen hier auf regionale wie lokale Gestaltungsanforderungen. In zahlreichen bundesdeutschen Regionen haben sich in den vergangenen Jahren Netzwerke und Koordinierungsstellen der Gesundheitswirtschaft mit der Zielsetzung entwickelt, Kooperationen für Innovationen schneller und zielgerichteter als dies bislang der Fall ist, realisieren zu können.

Der medizinische Fortschritt, neue Behandlungsmethoden sowie zwischen- und innerbetriebliche Arbeitsteilung prägen die Gesundheitswirtschaft. Technisch ist vieles machbar und immer schneller kommen neue medizinische Ge-

räte, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf den Markt. Gleichzeitig verändern sich die strukturellen Rahmenbedingungen der Branche und ihrer Betriebe. Die aktuelle Diskussion vollzieht sich im Spannungsfeld von Deregulierung, Privatisierung und Liberalisierung des „Gesundheitsmarktes“ einerseits und dem Erhalt bzw. der Modernisierung des Gesundheitswesens als unverzichtbare Säule regionaler Daseinsvorsorge und -fürsorge andererseits. Die zentrale Aufgabe lautet, Gesundheits- und Pflegedienste im Umbruch im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung zukünftig in der Fläche modernisieren und organisieren zu können. Dabei ist auch zu berücksichtigen, ob und welche spezifischen Antworten angesichts unterschiedlicher struktureller Voraussetzungen in den jeweiligen Versorgungsräumen (urban/ländlich) benötigt werden.

Die Modernisierung der Gesundheits- und Pflegedienste lässt sich nur im Zusammenspiel ökonomischer und sozialer Innovationen realisieren. Innovationen können sich auf Produkte, Verfahren, Dienstleistungen, Prozesse sowie auf Strukturen beziehen. Allgemein wird zwischen inkrementeller (stetige Verbesserung) und radikaler (Durchbruchs)-Innovation unterschieden. Während erstere die Wettbewerbsfähigkeit erhalten soll, dient die radikale Innovation vielfach der Erschließung neuer Geschäftsfelder. Innovationen können zudem als Prozess vom Erkennen eines Problems bzw. dem Finden einer Idee bis zur erfolgreichen Umsetzung der Lösung bzw. Neuerung verstanden werden. Aus der Innovationsforschung ist bekannt, dass (a) Innovationen primär nicht innerhalb einzelner Unternehmen, sondern in einem wiederholt rückgekoppelten Prozess zwischen einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure erfolgen, dass (b) ein zentrales Innovationsproblem in Deutschland in der Umsetzung

von Innovationen in auf dem Markt erfolgreiche Produkte und Dienstleistungen besteht, und (c) mit Blick auf Systemlösungen ein enger Zusammenhang zwischen technischen, organisatorischen und sozialen Innovationen besteht (vgl. Blättel-Mink 2006).

Bislang liegen noch keine detaillierten Kenntnisse zu den Funktionsbedingungen und -voraussetzungen eines „Innovationssystem Gesundheit“ vor. Gleichwohl legen es die skizzierten Entwicklungs Herausforderungen der Gesundheits- und Pflegedienste nahe, deren Modernisierung nicht isoliert entlang einzelner Branchen und Teilsegmente zu suchen, sondern durch eine problemorientierte Verknüpfung der Leistungsbereiche miteinander Innovationspotenziale zu erschließen. Dies erfordert einen Mix aus Instrumenten und Konzepten strategischer Wirtschaftsförderung mit neuen Wegen regionalen Wissensmanagements und branchenübergreifender Projektentwicklung.

Zentraler Dreh- und Angelpunkt aus Perspektive der Gesundheitspolitik ist derzeit u.a. die Gestaltung integrierter Versorgungsformen (vgl. Weatherly et al. 2007). Dabei zeigt sich, dass die im Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG) vorgelegten Ansatzpunkte zur Integration unzureichend sind. Eine Reihe erfolgreicher Praxisbeispiele geht bereits heute über diese Rahmenbedingungen hinaus (Bsirske/Paschke 2006). Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte im Wettbewerb heißt vor allem die Suche nach besseren Lösungen. Damit dies gelingen kann, ist es notwendig, die Diskussion um die Modernisierungspotenziale und -chancen der Gesundheits- und Pflegedienste „vom Kopf auf die Füße“ zu stellen. Zielsetzung innovativer Gesundheits- und Pflegedienste muss es auch sein, vor Ort einen schnellen und gleichberechtigten Zugang der Menschen zu Gesundheitseinrichtungen zu gewährleisten und gleichzeitig sektorübergreifende Qualität sicherzustellen. Wettbewerb um bessere Lösungen sollte in erster Linie ein Qualitätswettbewerb aus Sicht der Patientinnen und Patienten sein. Dies rückt insbesondere das Zusammenspiel regionaler/lokaler und bundesweiter/nationaler Entwicklungsstrategien von Gesundheitsräumen in den Blick. Vor diesem Hintergrund markieren

nachfolgende Fragen die wesentlichen Eckpunkte für einen neuen Innovationsdiskurs:

- Welches sind die zentralen Modernisierungsfelder der Gesundheitswirtschaft im Umbruch und welche Effekte sind zu erwarten?
- Wie lassen sich Innovationen in den Gesundheits- und Pflegediensten unter den gegenwärtigen gesundheitspolitischen und -rechtlichen Rahmenbedingungen realisieren?
- Welche Akteure/Institutionen verfügen über die notwendige Leistungsfähigkeit und gesellschaftliche Legitimation, das Innovationsgeschehen vor Ort zu begleiten?
- Wo zeichnen sich im aktuellen Modernisierungsgeschehen neue Problemlagen, Fehlentwicklungen oder Verwerfungen ab und wie kann diesen begegnet werden?
- Welche Rolle wird Europa im gesundheitspolitischen Diskurs der Nationalstaaten übernehmen und welche Wirkungen sind für die Gesundheitswirtschaft zu erwarten?

2.1 Innovationen in der Gesundheitswirtschaft

Wer derzeit die Schlagzeilen in den Medien zur Zukunft des Gesundheitswesens verfolgt, dem bietet sich ein widersprüchliches Bild. Auf der einen Seite ist die Rede von Kosteneinsparungen, Rationalisierungen, Praxissterben, Krankenhausschließungen und wachsenden Versorgungsproblemen. Auf der anderen Seite mehrten sich die Stimmen, die damit rechnen, der Gesundheitssektor werde die wichtigste „Wachstumsindustrie“ der Zukunft sein. Diese Kakophonie wird manchmal als Ausdruck eines Orientierungsverlustes in den Debatten um den Standort Deutschland interpretiert. Viel nahe liegender ist jedoch, sie als ein Indiz für eine Umbruchsituation in der Branche und als ein Nebeneinander zweier Trends zu sehen: Zwar findet im Gesundheitssektor ein Umbruch mit z. T. grundlegenden Einschnitten und Veränderungen statt. Gleichwohl ist erkennbar, dass sich dann, wenn die Erneuerung positiv gestaltet werden kann, neue Perspektiven für mehr Lebensqualität, Wachstum und Beschäftigung ergeben.

Die Gesundheitswirtschaft basiert zu großen Teilen auf dem traditionellen Gesundheitswesen, und damit auf einem Bereich, der durch das Solidaritätsprinzip mit seinem sozialen Schutz getragen wird. Angesichts dessen ist das oberste Ziel aller Innovationsbemühungen, Qualität und Zugang zur medizinisch notwendigen Versorgung unabhängig vom Alter und vom Einkommen sicherzustellen. Die gesundheitliche Versorgungskette, von der Gesundheitsförderung über die Prävention zur Früherkennung von Krankheiten bis zur Kuration und Rehabilitation, ist als solidarisches Gesundheitssystem auch ein Wirtschaftsfaktor.

Die Gesundheitswirtschaft ist gemessen an ihren Beschäftigungseffekten die größte Branche und leistet einen bedeutenden Beitrag zum Wirtschaftsstandort Deutschland. Die Branche umfasst nicht nur niedergelassene Arztpraxen, Krankenhäuser und Altenheime, sondern Gesundheit ist auch ein gemeinsames Merkmal für eine Fülle zuliefernder Branchen (etwa Medizintechnik, Biotechnologie, Pharmaindustrie) sowie benachbarter Wirtschaftsbereiche (etwa Ernährungs-, Fitness-/Wellness-, Immobilienwirtschaft). Das Umsatzvolumen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland beträgt derzeit rund 260 Mrd. Euro. Diese Summe entspricht einem Zehntel des Bruttoinlandsproduktes (Statistisches Bundesamt 2009). Derzeit vorliegenden Schätzungen zufolge wird sich der jährliche Umsatz der Gesundheitswirtschaft bis zum Jahr 2020 nahezu verdoppeln und auf über 450 Mrd. Euro ansteigen¹.

Die Gesundheitsbranche war die „heimliche Heldin“ des Strukturwandels in den letzten 20 Jahren. Hier sind bundesweit rund eine Million zusätzlicher Arbeitsplätze entstanden, mehr als in jeder anderen Branche. Das Altern der Gesellschaft, der medizinisch-technische Fortschritt und der Wertewandel – sprich: das wachsende Gesundheitsbewusstsein breiter Bevölkerungsschichten – lassen den Bedarf und die Nachfrage

nach Angeboten zur Gesunderhaltung und Heilung in Zukunft erheblich steigen. Insbesondere Innovationen in den High-Tech-Bereichen, v. a. bei der Molekularbiologie, der Nanotechnologie oder der Medizintechnik werden ein weiteres Wachstum der Gesundheitswirtschaft befördern. Der Ruf nach mehr High-Tech wird das Interesse der Wirtschaft an einem leistungsstarken Gesundheitssektor wecken. Und schließlich stellt ein modernes, d.h. solidarisch finanziertes Gesundheitssystem einen der wichtigsten Standortfaktoren im internationalen Wettbewerb um Fachkräfte dar.

Eine gute Gesundheitsversorgung für Alle schafft auch Arbeit. Die Gesundheitswirtschaft schafft und sichert Arbeitsplätze in Deutschland und sie gilt als einer der dynamischsten Arbeits- und Wachstumsmärkte der Zukunft. Insgesamt finden in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland derzeit rund 4,5 Millionen Menschen eine Beschäftigung. Dies entspricht einem Anteil von rund 13% an der Gesamtbeschäftigung in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2009). Verschiedene Studien zur Zukunft der Arbeit – etwa von der Prognos AG oder auch vom Institut Arbeit und Technik (IAT) – rechnen damit, dass der Gesundheitssektor auch in Zukunft viele zusätzliche Arbeitsplätze bringen wird. Gelingt die Erneuerung des Gesundheitswesens ist mit mehr als 800.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen zu rechnen. Selbst unter einer Fortschreibung eines Statusquo-Szenarios gehen Experten noch von einem Beschäftigungsplus von über 360.000 Arbeitsplätzen bis zum Jahr 2015 aus².

Die in den vergangenen Jahren realisierten Beschäftigungseffekte sind allerdings auch auf die Ausweitung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse zurückzuführen. Es ist aber fragwürdig, wenn die Finanzierung geringfügiger Beschäftigung durch solidarisch finanzierte Sozialversicherungsbeiträge erfolgt. Gesellschaftlich wünschenswert ist das nicht.

1 http://www.rolandberger.com/company/press/releases/515-press_archive2005_sc_content/Healthcare_remains_a_growth_sector_de.html

2 Bandemer/Hilbert/Schulz (1998) entwickelten in ihren Szenarien zur Beschäftigungsentwicklung für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft die Prognose, dass bis zum Jahr 2010 rund eine Million neue Arbeitsplätze in diesem Bereich geschaffen werden könnten. Die Autoren kommen ausgehend von drei unterschiedlichen Politikmodellen (etatistisches, neoliberales und Dienstleistungspolitikmodell) zu dem Ergebnis, dass auf Grundlage einer gezielten politischen Förderung der Dienstleistungsbeschäftigung im Vergleich der Politikmodelle die höchsten Beschäftigungszuwächse bis zum Jahr 2010 erzielt werden können. Die hier vorliegenden Daten wurden auf dieser Grundlage fortgeschrieben.

Die Gesundheitswirtschaft unterliegt mit ihren Teilbranchen seit einigen Jahren einem nachhaltigen sektoralen und betrieblichen Wandel. Das Spektrum der Veränderungen ist ebenso vielfältig wie komplex: Der Bedeutungsgewinn neuer Versorgungsformen, die Privatisierung von Trägerstrukturen, der wachsende Druck zur Rationalisierung und eine Erhöhung der Arbeitsbelastung und -verdichtung stehen nebeneinander und prägen das Bild. Die bundesdeutsche Gesundheitsgesetzgebung hat zudem durch Ausgliederung von Leistungsbereichen aus der GKV und der Ausweitung von Zuzahlungen, die Individualisierung von Gesundheitsrisiken und -kosten befördert. Die aktuelle Aufbruchstimmung in der „Wachstumsbranche Gesundheit“ darf insgesamt nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Beschäftigten wie auch die Patienten sich nicht selten mit gänzlich anderen Rationalitäten und Realitäten konfrontiert sehen. Was auf der einen Seite als erfolgreiche Modernisierung oder gar als „Innovation“ interpretiert wird, wird auf der anderen Seite vielfach kritisch als „Taylorisierung“, „Ökonomisierung“ oder „Deprofessionalisierung“ der Gesundheits- und Pflegedienste wahrgenommen. Marktberichtigungen führen aus Sicht der Patienten und Patientinnen vielfach zu längeren Wartezeiten und Wegen sowie zu neuen Unübersichtlichkeiten.

Zahlreiche Baustellen kennzeichnen die Gesundheitswirtschaft. Zum Teil ausgelöst durch Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (v. a. Einführung der DRGs), zum Teil auch motiviert durch die Aussicht, von den guten Wachstumsperspektiven der Gesundheitswirtschaft profitieren zu können, setzen viele Akteure auf Innovation. Nicht nur das bundesdeutsche Gesundheitssystem befindet sich im Umbruch. Auch in anderen europäischen Ländern sowie im außereuropäischen Ausland besteht ein Bedarf an besseren Lösungen zur Zukunft der Gesundheit. Insbesondere der demographische Wandel lässt bereits in naher Zukunft den gesellschaftlichen Pflege- und Betreuungsbedarf weiter ansteigen und stellt damit erhebliche Anforderungen an die sektorale und betriebliche Innovationsfähigkeit.

Der Bedarf an gesundheitsbezogenen Produkt- und Dienstleistungsinnovationen wird gro-

ße Teile der Gesellschaft umfassen. Allerdings ist hier kritisch danach zu fragen, wer zukünftig eigentlich unter welchen Voraussetzungen an einem „Mehr an Gesundheit“ partizipieren kann? „Innovationen für Gesundheit“ müssen sich kritisch dahingehend überprüfen lassen, ob sie zur Entwicklung einer Zwei-Klassen-Gesundheit beitragen. Innovative Gesundheitsdienste sollten sich dem Anspruch stellen, den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Patienten und Kunden qualitätsorientiert gerecht zu werden. Eine so verstandene Individualisierung der Gesundheitsleistungen darf jedoch nicht in einer enthemmten Privatisierung der Leistungsfinanzierung und der Gesundheitsrisiken münden. Insbesondere die Debatte um „Prävention und Gesundheitsförderung“ ist zukünftig stärker lebenslagen- und zielgruppenspezifisch zu führen, um zu verhindern, dass es zu einer Exklusion der Bevölkerungsgruppen mit dem größten Bedarf an präventiven Gesundheitsdiensten kommt.

Angesichts der hohen Arbeitsbelastung, des schlechten Images der Pflegeberufe sowie des demographisch bedingten Rückgangs des Erwerbspersonenpotenzials in Deutschland, stellt sich die zudem Frage, wie zukünftig der wachsende Bedarf an qualifizierter Gesundheitsarbeit eingelöst werden kann. Verantwortung für eine „moderne und gute Arbeitsgestaltung“ besteht nicht nur mit Blick auf die Pflegeberufe, sondern für Mediziner sind Nachbesserungen ebenfalls zeitnah dringend notwendig. Der vielfach diskutierte „Ärztmangel“ ist zu großen Teilen hausgemacht. Zum einen ist dieser das Produkt einer ungleichen Verteilung der vorhandenen Facharbeit auf die Versorgungsräume. In der Folge zeigen sich bereits heute die Auswirkungen von Über-/Unter- oder Fehlversorgung in Regionen und Facharztbereichen. Zum anderen begründen belastende Arbeitsbedingungen sowie eine unzureichende Praxisorientierung während der Ausbildungsphase die aktuellen Nachwuchssorgen.

Vor dem Hintergrund dieser doch recht zwiespältigen Bestandsaufnahme gleicht die Innovationsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft aktuell einem Hindernislauf im Labyrinth. Das Gelingen des skizzierten Paradigmenwechsels im Spannungsverhältnis von Wirtschaft, Beschäfti-

gung und Qualität ist an eine Fülle von Voraussetzungen gebunden. Diese lassen sich mit den folgenden Thesen zusammenfassen:

- ⇒ **Eine zukunftsfähige Gesundheitswirtschaft braucht deutliche Fortschritte bei der Qualität und Effizienz.** Seit Jahren setzt die Gesundheitspolitik darauf, die Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern. Trotz erster Erfolge bestehen noch viele Gestaltungsmöglichkeiten. Dabei kann es keineswegs nur darum gehen, weniger Geld auszugeben. Wichtiger ist, dass wirkungsstärker und intelligenter gearbeitet und organisiert wird. Der Einsatz der modernen Kommunikationstechnologien bietet viele Chancen, Informationswege zu vereinfachen, Such- und Wegekosten zu reduzieren. Die verbesserte Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich kann zu einer ganzheitlichen Behandlung von Patienten führen und dennoch helfen, Geld zu sparen.
- ⇒ **Integrierte Versorgungslösungen prägen die Zukunft der Gesundheit.** Die Überwindung tradierter Systemgrenzen durch die Integration bislang getrennter Säulen der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsförderung und Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege) stellen die zentrale Herausforderung innovativer Gesundheits- und Pflegedienste dar. Es wird das Ziel verfolgt, die Leistungssegmente prozessual, funktional und perspektivisch auch finanziell zusammenzuführen. Neue Formen der Arbeitsteilung, der Arbeitsorganisation sowie der Qualifizierung sind auf der Suche nach einer neuen Gesundheits-Architektur unverzichtbar. Auch das „traditionelle“ Nebeneinander fachärztlicher Versorgungsstrukturen ambulant und stationär bedarf einer neuen Bewertung, die sich ausschließlich daran zu orientieren hat, die Versorgungsstrukturen für die Patienten zu optimieren.
- ⇒ **Die Entwicklung, Erprobung und Diffusion innovativer Angebote muss beschleunigt werden.** Aus der medizinischen, technischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung zeichnen sich Signale für eine Welle von Neuerungen für die Gesunderhaltung und Heilung ab. Damit die neuen Möglichkeiten auch genutzt

werden, müssen sie von der Praxis aufgegriffen, erprobt und in der Fläche eingesetzt werden. Aus Perspektive einer Gesundheitswirtschaftsforschung müssen die jeweiligen Lösungen mit Blick auf ihre Effekte/Wirkungen auf Ökonomie, Arbeit und Versorgungsqualität evaluiert werden.

- ⇒ **Eine starke Gesundheitswirtschaft braucht eine verstärkte Mobilisierung und Zusammenführung öffentlicher, gemeinschaftlicher und privater Ressourcen.** Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist keineswegs der einzige wichtige Aspekt bei der Suche nach der Zukunft der Gesundheitswirtschaft. Allerdings werden die Kosten für die Gesundheitsversorgung aller Voraussicht nach in Zukunft steigen. Gesundheitspolitisch und sozialpolitisch wird entscheidend sein, dass die bedarfsgerechte Sicherung von Gesundheit für alle Bürger möglich ist und dass die Leistungen des Gesundheitssystems anspruchsvoll dynamisiert werden. Unerlässlich ist es zudem, dass das Gesundheitssystem einen eigenständigen und ausreichenden Versicherungsschutz für alle gewährleistet. Hierfür bedarf es einer intelligenten Zusammenführung öffentlicher, gemeinschaftlicher und privater Ressourcen. Ein solidarisch-finanziertes und integriertes Gesundheitssystem bietet die Grundlage hierfür. Gesundheits- und Pflegedienste sind durch ein hohes Maß an Gemeinwohlorientierung gekennzeichnet. Diese gilt es auch zukünftig zu stärken.

Wichtigster Schritt zur Realisierung der prognostizierten Wachstumspotenziale ist zunächst einen Mentalitätswandel einzuleiten. Notwendig ist es, möglichst zeitnah den Einstieg in einen offensiven Innovationsdiskurs mit den Akteuren der Gesundheitsbranche zu suchen. Dazu gehört es auch, gängige Positionen und tradierte Argumente einer kritischen Prüfung zu unterziehen und das Modernisierungsgeschehen vor unerwünschter Einflussnahme einzelner Interessensgruppen zu schützen. Es sollte Abstand von der These genommen werden, dass die (Gesundheits-) Lohnnebenkosten die Wirtschaft ausschließlich belasten. „Gesundheit“ ist ein bedeutender Produktivitätsfaktor und ein Standortfaktor im Wett-

bewerb um Fachkräfte. Und für zahlreiche Wirtschaftsbereiche eröffnen sich rund um die Gesundheit auch neue Chancen. Die Gestaltung innovationsorientierter Gesundheits- und Pflegedienste braucht neue Bündnisse in der Politik selbst (Gesundheits-, Wirtschafts- und Innovationspolitik), wie auch zwischen den Akteuren aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft und eine Auseinandersetzung mit folgenden Fragestellungen:

- Was sind aus gesellschaftlicher Perspektive die richtigen/wünschenswerten Innovationen?
- Wie kann die Diffusion innovativer Lösungen in das Gesundheitssystem befördert werden?
- Können die Innovationen, die benötigt werden, auch tatsächlich realisiert werden?
- Wie und mit welchen Instrumenten kann die Qualität/der Outcome innovativer Gesundheits- und Pflegedienste gemessen werden?
- Wie lässt sich das Wissensmanagement und die Entscheidungsunterstützung für Leistungserbringer organisieren?

Es ist derzeit unmöglich, einen Überblick über die Innovationslandschaft insgesamt zu geben. Auch kann nicht zuverlässig beurteilt werden, ob mit den Innovationen angesichts der anvisierten Ziele mittel- und langfristig die richtigen Akzente gesetzt werden. Gleichwohl lässt sich an einigen ausgewählten Zukunftsbaustellen illustrativ zeigen, in welche Richtung gearbeitet wird und welche Schwierigkeiten sich dabei ergeben. Von zentraler Bedeutung in diesem Zusammenhang ist die Zukunft des Krankenhaussektors, die gesundheitspolitische Wende zur Prävention sowie die Suche nach Lösungen, welche es erlauben, Gesundheitsleistungen auch in den eigenen vier Wänden für möglichst breite Bevölkerungsschichten verfügbar zu machen.

2.1.1 Zukunftsbaustelle Krankenhaussektor – Innovationen im Blindflug!

Kaum ein Bereich der Gesundheitswirtschaft steht so unter Innovationsdruck wie der Krankenhaussektor. Die 2.087 Krankenhäuser (2007) in Deutschland versorgen jährlich mehr als 17 Mio. Patienten und erzielen einen Umsatz von rund 65 Mrd. Euro. Dies entspricht rund einem

Viertel der bundesdeutschen Gesundheitsausgaben. Der Krankenhaussektor in Deutschland beschäftigte 2007 insgesamt 1.074.883 Menschen, 792.299 Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Davon entfielen 126.000 Vollkräfte auf das ärztliche Personal und 666.299 auf den nichtärztlichen Dienst. Insgesamt 298.325 Vollkräfte waren im Pflegedienst der Krankenhäuser tätig (Statistisches Bundesamt 2008).

Die „Zukunftsbaustelle Krankenhaussektor“ ist keinesfalls eine neue. Im Gegenteil war die Suche nach innovativen Lösungen angesichts der strukturellen und ökonomischen Bedeutung des Krankenhaussektors seit jeher Kernmission bundesdeutscher Gesundheitspolitik. Im Zentrum der aktuellen Diskussionen stehen die öffentliche Krankenhausfinanzierung durch die Länder, die Auswirkungen der Konvergenz im DRG-System sowie der Budgetierung. Die Budgetdeckelung, eingeführt durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993, sollte ursprünglich dazu beitragen, die Krankenkassen kurzfristig vor einem überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben zu schützen. Mittlerweile wird die Kritik laut, dass Beitragssatzstabilität durch die Anbindung der Vergütungen an die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder nicht zu erreichen ist. Es wird betont, dass die Budgetdeckelung sogar im Widerspruch zu zentralen Grundsätzen des Sozialrechts und den Zielen staatlicher Krankenhauspolitik steht. Das derzeitige System der Budgetierung birgt nicht zuletzt die Gefahr einer Rationierung medizinischer Leistungen (vgl. Simon 2008). Aufgrund der Erosion der GKV-Einnahmehasis müssen perspektivisch ohnehin grundlegend neue Wege einer nachhaltigen Krankenhausfinanzierung beschritten werden.

Das Innovationsgeschehen im Krankenhaussektor wird vielfach verkürzt mit den strukturellen Umbrüchen in der Krankenhauslandschaft gleichgesetzt. Für die kommenden Jahre wird eine Steigerung der Nachfrage nach stationären, teilstationären und ambulanten Krankenhausleistungen erwartet, allerdings unter den Bedingungen eines steigenden Kosten- und Wettbewerbsdrucks. Vorliegende Schätzungen weisen für die Krankenhäuser ein Einsparpotenzial für die GKV von bis zu 4,37 Mrd. Euro aus (vgl. Augurzky et

al. 2008)³. Vorliegende Prognosen zeigen zudem für einzelne Bundesländer unterschiedliche Entwicklungen auf: Während etwa für Bayern und Baden-Württemberg zwischen 2005 und 2020 eine Zunahme der Fälle um 13,8% prognostiziert werden, wird für Sachsen-Anhalt im Vergleichszeitraum ein Rückgang (-1,2%) der Fallzahlen erwartet. Ursächlich für die länderspezifischen Entwicklungen sind sowohl Unterschiede in der regionalen Bevölkerungsentwicklung als auch in der Altersstruktur. Die demographische Entwicklung bleibt für die Altersstruktur der Patienten und Patientinnen in den Krankenhäusern nicht ohne Folgen: War im Jahr 2005 jeder achte Patient über 80 Jahre alt, wird dies im Jahr 2030 bereits jeder fünfte sein (Statistisches Bundesamt 2009a).

Die Einrichtungen stehen in wachsender Konkurrenz um Investitionsmittel, Patienten, Kapazitäten und Leistungsmengen. Das Modernisierungsgeschehen vollzieht sich – wie in der Gesundheitswirtschaft insgesamt – im Spannungsfeld von Solidarität und Markt/Wettbewerb. Insbesondere das Schreckgespenst „Privatisierung“ ist mit seinen Konsequenzen für die Versorgungslandschaft immer wieder Gegenstand öffentlicher Debatten und steht geradezu sinnbildlich für die „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“. Vorliegende Studien weisen darauf hin, dass im Privatisierungsgeschehen in der Krankenhauslandschaft Deutschland innerhalb der Europäischen Union (EU) eine Sonderstellung einnimmt. So hat sich der Marktanteil (nach Betten) privater Krankenhausbetreiber in Deutschland (12,2%) dem Marktanteil in den USA (14,0%) fast angeglichen (vgl. Stumpfögger 2007).

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser wird als durchaus heterogen beschrieben. Rund zwei Drittel weisen eine stabile wirtschaftliche Lage, 16% eine erhöhte Insolvenzgefahr auf (vgl. Augurzyk et al. 2009). Marktberreinigung durch den Abbau abteilungsbezogener Überkapazitäten, Fusionen sowie Klinikschließungen werden prognostiziert. Der Abbau von rund 11% Prozent

Überkapazitäten soll bis 2020 dazu führen, dass die Zahl der Krankenhäuser auf bundesweit 1.500 Kliniken sinkt. Vor allem private Betreiber haben ihre Marktbedeutung in den vergangenen Jahren zulasten öffentlicher Anbieter ausgeweitet (vgl. Handelsblatt 17.3.2009). Empirische Nachweise, dass private gegenüber öffentlichen/freigemeinnützigen Trägern eine bessere Qualität und Wirtschaftlichkeit erzielen, stehen jedoch bislang aus. Hinzu kommt: die Kosten- und Einnahmestrukturen der Krankenhäuser haben sich grundlegend gewandelt. Der Wechsel bei der Finanzierung von „tagesgleichen Pflegesätzen“ zum System der Fallpauschalen, die Abschaffung der Pflege-Personalregelung (PPR), steigende Energiekosten sowie die Umsetzung der EuGH-Rechtssprechung zum Arbeitszeitgesetz haben in den vergangenen Jahren den Druck zur Effizienz nachhaltig erhöht.

Sozialstaatliche Regulierung ist angesichts dieser Entwicklungen – so die These – keine bloße Wachstumsbremse, sondern mit Blick auf die Integration von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen durchaus ein Innovationsmotor. Die Forderung nach mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhaussektor muss sich auch den Wirkungen auf die Versorgungsqualität stellen. Ansonsten droht die Gefahr, dass Wertschöpfung, Gewinne und Einkommen als unabhängig oder sogar auf Kosten von „mehr Gesundheit“ gedacht werden. In diesem Umbruch verdichten sich die Chancen und Risiken der Gesundheitsdienste im Krankenhaussektor wie in kaum einem anderen Bereich. Die Reformansätze zielen im Überblick darauf:

- mehr Wirtschaftlichkeit und Effektivität in den Leistungsstrukturen und -prozessen der Einrichtungen zu verankern,
- Transparenz und Qualität entlang von Prozeduren, Leistungsbereichen und Einrichtungen herzustellen,
- ausgewählte Dienstleistungsfelder für die ambulante Versorgung zu öffnen und integrierte Versorgungsstrukturen/-lösungen unter Einbeziehung des Krankenhaussektors zu befördern,

3 Die Schätzungen erfolgen auf Grundlage angenommener Veränderungen des Preisniveaus (normierte Preise), der Leistungsmengen, der öffentlichen Investitionsförderung sowie der Krankenhauskapazitäten. Zur genauen Methodik vgl. Augurzyk et al. 2008, S. 16 ff.

- zu einer Professionalisierung einrichtungsinterner und -übergreifender Managementstrukturen beizutragen.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass in den vergangenen Jahren mit Blick auf das Modernisierungsgeschehen im Krankenhaussektor wichtige Schritte unternommen wurden. Die Verweildauern sind gesunken, die Darstellung und Veröffentlichung ausgewählter Qualitätsdaten leistet einen wichtigen Beitrag zu mehr Transparenz und Fortschritte bei der Wirtschaftlichkeit konnten ebenfalls erzielt werden. Zudem sind Krankenhäuser wichtige Akteure im Rahmen integrierter Versorgungslösungen (vgl. BQS 2007 zitiert nach: Kartte, Neumann 2008). Bislang fehlt es jedoch an empirischer Evidenz, ob die skizzierten Entwicklungen auch für die Qualität der erbrachten Leistungen bzw. für die gesundheitsbezogenen Outcomes tatsächlich positive Impulse bringen konnten. In diesem Zusammenhang gilt es auch, sich zukünftig eingehender mit den Voraussetzungen und Grenzen der Übertragbarkeit und Tragfähigkeit industrieller Konzepte der Prozessgestaltung und Arbeitsorganisation in den Krankenhaussektor auseinanderzusetzen.

Die ohne Zweifel vorhandenen Modernisierungserfolge werden jedoch durch andere Entwicklungen überschattet: Die Länder verabschieden sich still und heimlich aus ihrer gesetzlichen Verpflichtung die notwendigen Investitionsmittel für die Krankenhausfinanzierung in ihren Länderhaushalten einzustellen. Der Länderanteil an der Krankenhausfinanzierung lag bei Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) 1972 bei rund 25 Prozent, zwischenzeitlich ist dieser Anteil auf rund 5,5 Prozent geschrumpft. Allein in der Zeit von 1996 bis 2007 sanken die KHG-Mittel der Länder von 3,704 Mrd. Euro um 28.1% auf 2,663 Mrd. Euro (vgl. Pressemitteilung des BMG 24.09.2009). Die Länder erfüllen damit ihre Förderverpflichtungen nur noch unzureichend und stehen kräftig auf der Innovationsbremse. 2004 mussten die Krankenhäuser bereits 843 Mio. Euro (DKI 2005) aus ihren Betriebsmitteln (Pflegesatzkosten) für die

notwendigsten Investitionen verwenden. Im letzten Jahr dürften es weit mehr als 1 Mrd. Euro gewesen sein. Zum ändern hat seit Mitte der 1990er Jahre in deutschen Einrichtungen ein Stellenabbau stattgefunden, von dem insbesondere der Pflegedienst betroffen war. Eine aktuelle Studie, die sowohl die Entwicklung der ökonomischen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser seit Anfang der 1990er Jahre nachzeichnet als auch eine umfassende Analyse der krankenhaustatistischen Daten vornimmt, kommt zu dem Ergebnis, dass der Personalabbau im Pflegedienst nur zum Teil durch die Deckelung der Krankenhausbudgets und das 2003 eingeführte DRG-System erklärt werden kann. Mehr als die Hälfte des Stellenabbaus in der Pflege wäre auf Grund der allgemeinen Budgetentwicklung nicht erforderlich gewesen. Er erfolgte offenbar, um im Rahmen einer internen Umverteilung Mittel für andere Zwecke freizusetzen. Gewinner der internen Umverteilung war der ärztliche Dienst, der als einziger über den gesamten Zeitraum ausgebaut wurde (vgl. Simon 2008a).

Längsschnittanalysen, wie WAMP⁴ – Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System –, ein Kooperationsprojekt der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen, bestätigen die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und eine Erhöhung der Arbeitsverdichtung (vgl. u.a. Braun et al. 2006). Die Ergebnisse empirischer Studien zur Arbeitsbelastung sowie zum Zusammenhang zwischen Personalbesetzung des Pflegedienstes und Qualität der Patientenversorgung weisen darauf hin, dass eine niedrigere Personalbesetzung im Pflegedienst das Risiko für Patienten erhöht, im Krankenhaus eine schwerwiegende Komplikation zu erleiden oder sogar zu versterben (vgl. Schmidt et al. 2008; DIP 2007; Hasselhorn, Müller 2005; De Geest 2005). Obwohl diese Tatsachen seit längerem bekannt sind, fehlte es bislang noch an einer gründlichen Analyse und Aufbereitung der verfügbaren Daten, um sich ein fundiertes und umfassendes Bild über den Umfang, die Entwick-

4 Für weitere Informationen siehe <http://www.wamp-drg.de/>

lung, Ursachen und Auswirkungen machen zu können. Das heißt: Insbesondere die Arbeitsbedingungen im Krankenhaussektor wirken derzeit vielfach als Innovationsbremse (Hilbert, Evans 2006).

Leider ist für Fragestellungen und Gestaltungsaufgaben der Arbeitsgestaltung und Qualifizierung noch nicht die notwendige Aufmerksamkeit vorhanden. Zwar gibt es einschlägige, wenngleich bescheidene Forschungs-, Entwicklungs- und Umsetzungsprogramme – etwa den Schwerpunkt „Gesund pflegen“ der INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit⁵) oder der Index „Gute Arbeit“ des DGB⁶, jedoch stoßen deren Ergebnisse in der Realität auf wenig Nachahmer. Und selbst in den Gesundheitsregionen werden Fragen der Arbeitsgestaltung und der Qualifizierung häufig eher stiefmütterlich bearbeitet. Die kürzlich (April 2009) im Rahmen des zweiten Pflegegipfels verabschiedeten „Maßnahmen für eine bessere Pflege im Krankenhaus“ sind ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Qualität des Arbeitslebens. Gute Pflege lässt sich nur über gute Entlohnungs- und Arbeitsbedingungen realisieren – so die zentrale Botschaft. Die Handlungsempfehlungen reichen von dem Pflegestellen-Förderprogramm (rund 17.000 zusätzliche Pflegepersonalstellen in Krankenhäusern), die aufwandsgenauere Abbildung der Pflege im DRG-System über die Entwicklung evidenzbasierter pflegebezogener Qualitätsindikatoren bis zur Erprobung neuer Konzepte zur Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe (vgl. Pressemitteilung des BMG 2.4.2009). Wie die vorgeschlagenen Maßnahmen künftig in der Praxis angenommen werden und sich bewähren, bleibt abzuwarten.

Der aktuelle Innovationsdiskurs zum Krankenhaussektor greift aber zu kurz. Insbesondere die Freiheitsgrade der Krankenhäuser im Innovationsgeschehen jenseits der gegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und -regelungen werden kaum thematisiert. Krankenhäuser suchen Wege aus der Krise und das Innovationsgeschehen ist überaus vielfältig. Dies betrifft die Innovationschancen der Krankenhäuser im

Rahmen ihrer Prozesssteuerung und Strukturentwicklung, die Beförderung neuer Kooperationen und Geschäftsfelder mit Partnern aus Industrie und des Dienstleistungssektors. Es betrifft ebenso ihre neue Rolle im Rahmen integrierter Versorgungslösungen: vom effizienten Prozessmanagement, nachhaltigen Lösungen für mehr Energieeffizienz und Serviceorientierung, über intelligente Systemgestaltung in der Gebäude- und Raumtechnik bis hin zu innovativen Konzepten des Supply-Chain-Managements und der Logistik, des Risikomanagements oder der Qualitätsentwicklung und -transparenz. Krankenhäuser schließen neue Allianzen mit Einrichtungen aus Forschung und Entwicklung, Hersteller- und Zulieferunternehmen aus den Bereichen Medizintechnik oder der Informationstechnologie sowie mit Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Sie reorganisieren mit Blick auf ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit ihr Leistungsspektrum, engagieren sich im Rahmen neuer Formen sektorübergreifender Kooperationen und entwickeln gemeinsam mit ambulanten Leistungserbringern neue Angebote und Geschäftsfelder.

Krankenhäuser sind attraktive Partner im Rahmen regionaler Clusterinitiativen in der Gesundheitswirtschaft. Durch neue Leistungen und Angebote können sich die Einrichtungen betriebswirtschaftlich und regionalwirtschaftlich neue Chancen im (internationalen) Wettbewerb erschließen. Die vertiefende Auseinandersetzung mit entsprechenden Fragestellungen und Know-How zum Innovationsmanagement gewinnt nicht zuletzt dadurch an Bedeutung, dass Krankenhäuser sich zunehmend zu regionalen „Komplettanbietern für Gesundheit“ wandeln. Angebote der Notfallmedizin und Kuration am Standort werden ergänzt durch Angebote der Rehabilitation und Pflege, der häuslichen Versorgung oder der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Gestaltung regionaler/lokaler Gesundheitsräume wird zukünftig maßgeblich von den Krankenhäusern und ihren Netzwerkpartnern beeinflusst. Welche spezifischen Herausforderungen, Chancen und Risiken sich hieraus für die Ein-

5 Für weitere Informationen siehe <http://www.inqa.de/>

6 Für weitere Informationen siehe <http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/>

richtungen in ländlichen oder urbanen Versorgungsräumen ergeben, ist noch nicht abschließend geklärt. Zudem ist offen, wie sich in der Praxis die Entwicklung neuer Geschäftsfelder/-modelle der Krankenhäuser auf die Gesundheits-Architektur insgesamt vor Ort auswirken.

Innovationen werden derzeit vielfach „im Blindflug“ realisiert. Um hier Veränderungen einzuleiten, ist eine systematische und empirisch fundierte Auseinandersetzung mit dem Innovationsgeschehen sowie unternehmens-/trägerspezifischen Innovationsstrategien mit Blick auf den eingangs skizzierten Triangel – Versorgung, Arbeit und Wirtschaftlichkeit – notwendig. Derzeit dominiert vielfach noch die betriebswirtschaftliche Orientierung gegenüber einer Nutzer- und Patientenorientierung. Dies ist umso erstaunlicher, als dass die Verbindung von effizienten Leistungsprozessen, zertifizierter Qualität und Serviceorientierung als zentraler Schlüssel zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit im Kliniksektor gilt. Sicher ist, dass Innovationsfähigkeit, -bereitschaft und -management der Einrichtungen zukünftig gleichermaßen auf den Prüfstand gestellt werden.

2.1.2 Zukunftsbaustelle Prävention:

Koordinierte und bedarfsorientierte Angebotsentwicklung statt „Wildwuchs“!

In der Gesundheitsbranche steht die „Wende zur Prävention“ an. Das Gestaltungsfeld Prävention ist als einer der zentralen Bereiche einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik in Europa, äußerst komplex und beinhaltet sowohl Bemühungen, die Lebens- und Arbeitsverhältnisse gesünder zu machen als auch den Ansatz, Menschen zu motivieren und zu befähigen, selbst mehr für ihre Gesunderhaltung und Heilung zu tun. Der Ausbau von Prävention ist nicht allein Aufgabe der GKV, sondern vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe an deren Finanzierung alle Beteiligten mitwirken müssen – neben den öffentlichen Sozialversicherungen, die private Krankenversicherung, der Bund, die Länder sowie die Kommunen. Das Spektrum der Leistungen, ihrer Anbieter sowie der anvisierten Zielgruppen ist überaus vielfältig und reicht von individuellen

Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) über „klassische“ Angebote etwa im Rahmen von Herzsportgruppen oder Rückenschulungen, gesundheitstouristischen Leistungen bis hin zu Angeboten des Medical Wellness oder exklusiven Check-up-Angeboten. In kaum einem Bereich verschwimmen die Grenzen zwischen Gesundheitsdiensten, die über Versicherungsleistungen abgedeckt werden und privat finanzierten Produkten und Dienstleistungen, die der Einzelne zur individuellen Gesunderhaltung aufbringt, so sehr wie in diesem Feld. Der sog. „zweite Gesundheitsmarkt“ basiert in großen Teilen auf Produkten und Diensten rund um die Bereiche „Prävention“ und Gesundheitsförderung.

Das derzeitige Innovationsgeschehen und die Entwicklung neuer Präventionsangebote sind geprägt durch:

- den Strukturwandel im Gesundheitsversorgungssystem,
- neue, aus dem soziodemographischen Wandel resultierende Bedarfe,
- das Entstehen eines zweiten Gesundheitsmarktes/Selbstzahlermarktes und
- die Umsetzung des therapeutischen, gesundheitswissenschaftlichen und medizinisch-technologischen Fortschritts.

Der Perspektivwechsel von der kurativen Hochleistungsmedizin und der „Blaulichtmedizin“ zu integrierten Versorgungsnetzen sowie zur gesunderhaltenden Medizin ist heute schon eingeläutet. Unterstützt wird er durch den medizinisch-technischen und den gesundheitswissenschaftlichen Fortschritt und dessen Implementierung im Versorgungsnetz. Die amerikanischen National Institutes of Health (NIH) etwa kennzeichnen eine moderne Gesundheitspolitik durch den sogenannten „4 P-Ansatz“: Sie muss prädiktive, personalisierte, präventive, partizipative Leistungselemente integrieren (vgl. NIH 2008). Prävention ist ausgehend hiervon nicht mehr als vierte Säule der Gesundheitsversorgung oder in komplementären Anwendungen verortbar. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung werden miteinander verzahnt, in integrierte Versorgungskonzepte eingebunden und systematisch „quer“ durch die Segmente der Gesundheitsversorgung entwickelt. Auf der Nachfrageseite unterstützt

insbesondere der soziodemographische und soziokulturelle Wandel (d.h. die Alterung der Bevölkerung, Entwicklung von Indikationen, Ausbildung individualisierter Lebensstile) das steigende Interesse an dem Thema. Notwendig ist in diesem Zusammenhang eine konsequentere Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen auf aktuelle/prognostizierte epidemiologische Bedarfe und deren Implementierung im Rahmen lebensbegleitender Settings – vom Kindergarten über die Schule bis zum Arbeitsplatz und zu Einrichtungen der Altenhilfe.

Durch eine Ausweitung der Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung können grundsätzlich lokale und regionale Gesundheitsräume entwickelt und ein Beitrag für mehr Lebensqualität geleistet werden. Neue Geschäftsmodelle zielen vor allem auf eine Kombination der Leistungsbereiche Medizin, Wellness und gesundheitsorientierte Freizeitgestaltung. Häufig werden Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung als Zusatzleistung allerdings „neben der Spur“ entwickelt. Dies führt dazu, dass entweder dem Bedarf der Zielgruppen nur begrenzt entsprochen wird oder aber die Zielgruppe gar nicht erst erreicht wird. Insbesondere Qualitätssicherung und Evidenzbasierung müssen aus Verbraucherperspektive künftig an Bedeutung gewinnen. Aus regionalwirtschaftlicher Perspektive können entsprechende Angebote dazu beitragen den Wachstumsfaktor „Gesundheit“ entlang der vorhandenen Kompetenzen systematisch zu erschließen. Vorhandene Angebote können gestärkt und individualisierte Produkt- und Dienstleistungsangebote etabliert werden mit dem Ziel, nachhaltige Beiträge für die Versorgungs-, Lebens- und Standortqualität zu leisten. Allerdings zeigen Akteure vor Ort vielfach noch Gestaltungsunsicherheit, da Prävention und Gesundheitsförderung primär als gesundheitspolitisch regulierte Felder mit wenig regionalwirtschaftlichem Gestaltungsspielraum wahrgenommen werden.

Wenngleich Gesundheitsexperten und -politiker unisono betonen, mehr Prävention sei die Gesundheitsaufgabe Nr. 1 in der regionalen Versorgungsplanung und müsse deshalb durch ein Präventionsgesetz gestärkt werden, konnte dieses

Gesetz bislang nicht realisiert werden. Schlimmer noch: Etliche Kostenträger haben sogar einen Teil ihrer bisher erbrachten Präventionsleistungen zurückgefahren. Parallel zu diesen „Gehproblemen“ entwickelt sich ein „zweiter Gesundheitsmarkt“ für privat finanzierte präventionsorientierte Produkte und Dienstleistungen. „Das Angebotsspektrum reicht vom probiotischen Joghurt bis zu selbst finanzierten Vorsorgeuntersuchungen, von freiverkäuflichen Arzneimitteln über die Mitgliedschaft im Fitnessstudio bis zu gesundheitsorientierten Urlaubsreisen.“ (Karte/Neumann 2007, S. 4) Die privaten Gesundheitsausgaben im beschriebenen Sinne beliefen sich nach Schätzung der Roland Berger Strategy Consultants (ebd., S. 4ff.) in 2007 auf beachtliche 60 Milliarden Euro. Zwar sind auf diesem privaten Gesundheitsmarkt auch viele Menschen mit unterdurchschnittlichen Einkommen und mit niedriger Bildung als Konsumenten aktiv, jedoch sind die Effekte für mehr Lebensqualität in den sozialen Gruppen, die besonders von Prävention profitieren könnten, derzeit kaum zu bemerken. Überspitzt formuliert kann gesagt werden: Der „Innovationszug Prävention“ ist losgefahren, aber bislang sind bildungs- und einkommensschwache Bürgerinnen und Bürger nur unzureichend angekoppelt. Wichtigste Ursache für dieses Problem ist wohl, dass in Sachen Prävention in Deutschland von einem Politikversagen aus zu gehen ist. Die Gesundheitsreform 2008 hat allerdings Regelungen verabschiedet, die bei Kostenträgern mehr Interesse an einer leistungsfähigen Sekundär- und Tertiärprävention auslösen könnten. Ob dies tatsächlich passiert, und es gelingt Verbraucherschutz und Krankenkassen ebenfalls in Entscheidungen einzubinden, bleibt abzuwarten.

2.1.3 Zukunftsbaustelle „Gesundheitsstandort Haushalt“: Selbstbestimmung in Phasen gesundheitlicher Einschränkung fördern!

Mit Blick auf die Gesundheit ist der Haushalt, also der Platz, an dem die Menschen leben, der wichtigste Ort für soziale Beziehungen, für den Austausch mit anderen. Dies betrifft nicht nur ältere Menschen, sondern auch die Themen Frauen- und Kindergesundheit werden hier ex-

plizit berührt. In ihrem direkten persönlichen Umfeld suchen Menschen Orientierung und – wenn nötig – auch Hilfen. Oft finden solche gesundheitsbezogenen Aktivitäten in Haushalten eigenständig statt; aber ihnen kommt auch im Vorfeld, ergänzend oder auch kompensierend zu professionellen Angeboten der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, eine wichtige Rolle zu.

Schon heute wird ein großer Teil der gesamten Aktivitäten zur Gesunderhaltung und Heilung zu Hause erbracht – z. T. von den Haushaltsmitgliedern in Eigenregie, zu einem wachsenden Teil aber auch mit Unterstützung durch professionelle Gesundheitsdienstleister, von Hausärzten über Pflegedienste bis hin zu Homecare-Anbietern. Zukünftig ist von einem weiteren Bedeutungsgewinn des „Haushalts als Gesundheitsstandort“ auszugehen (vgl. Heinze, Hilbert, Paulus 2009):

- aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen werden Strukturen und Angebote der Selbsthilfe einen Ausbau erfahren
- ein wachsendes Interesse an Gesundheit als einem Lifestyle-Attribut bringen für den Gesundheitsstandort Haushalt ebenfalls nachhaltige Impulse
- der Ausbau und die inhaltliche Erweiterung des Hausnotrufdienstes ermöglichen neue Gesundheitsangebote und ergänzende Dienstleistungen für die eigenen vier Wände
- Patientenaufklärung und Verbraucherschutz, Gesundheitsinformation und -kommunikation gewinnen in den Haushalten an Bedeutung
- die Fernüberwachung von Vitalparametern (Telehealth Monitoring) schafft neue Möglichkeiten der Betreuung und Begleitung von erkannten Risikopatienten außerhalb „klassischer“ Gesundheitseinrichtungen
- das „Ambient Assisted Living“ besitzt als wichtige Komponente das „intelligente Haus“ oder die „intelligente Wohnung“, das/die seine Bewohner versorgt, überwacht und beschützt, so dass trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein längerer, selbstbestimmter Verbleib zu Hause möglich ist. Allerdings müssen hier die Krankenkassen deutlicher als bislang an der Gestaltung und Finanzierung mitwirken.

Für die Zukunft setzen nahezu alle Gesundheitsexperten auf eine weitere Stärkung des Gesundheitsstandorts Haushalt. Dies nicht zuletzt mit dem Ziel, zu Hause lebende Ältere besser zu unterstützen und dadurch den Ausbau der stationären Altenhilfe zu bremsen. Es gibt viele Wege, die gesundheitsbezogene Leistungskraft von Haushalten zu stärken. Dabei kann auch auf moderne Technik zurückgegriffen werden, um die Sicherheit und Qualität der hier geleisteten Gesundheitsarbeit zu verbessern. Die Gestaltungsmöglichkeiten reichen von der barrierefreien Gestaltung von Wohnungen über das Telecoaching von pflegenden Angehörigen bis hin zur Fernbeobachtung von Vitalparametern. Obwohl diese Gestaltungsmöglichkeiten in Deutschland seit Mitte der 90er Jahre intensiv erörtert und obwohl ihr Nutzen durch zahlreiche Forschungs- und Entwicklungsprojekte verdeutlicht wurde, gelang es bislang nicht, die absehbaren Vorteile breitflächig zu nutzen. Die Gründe für diesen Innovationsattentismus sind wissenschaftlich nur unzureichend analysiert. Plausibel erscheinen aber vor allem zwei Ursachen: Zum einen hat die Gesundheitspolitik es schwer, klar zu umreißen, welche Leistungen in Zukunft von den Kostenträgern erstattet werden können. Zum anderen klappt das Zusammenspiel zwischen Gesundheitsanbietern, Wohnungswirtschaft, haushaltsnahen Dienstleistern und Technikprovidern bislang nicht. Hier ist ein neuartiges, übergreifendes Innovationsmanagement gefragt, für das es bislang noch keine Rezepte und Akteure gibt. Zuvorsichtlich stimmt, dass sich die Wohnungswirtschaft seit einigen Monaten organisiert mit dem Thema befasst.

2.1.4 Zukunftsbaustelle Region: Wie kann Innovationsmanagement und -begleitung „vor Ort“ gestaltet werden?

In mehreren Regionen Deutschlands wird daran gearbeitet, sich als Kompetenzregionen der Gesundheitswirtschaft zu profilieren. Diese Bemühungen zielen zum einen darauf, die gesundheitliche Lebensqualität der Bevölkerung zu verbessern und gleichzeitig Wachstum und Beschäftigung zu steigern. Bundesländer, die explizit auf

die Gesundheitswirtschaft setzen, sind etwa Bayern, Berlin, Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern oder Nordrhein-Westfalen. Auf Bundesebene existiert mittlerweile ein Netzwerk Deutscher Gesundheitsregionen (NDGR). Um mit den Gesundheitspartnern schneller auf Innovationsherausforderungen reagieren zu können, sind in den letzten Jahren zahlreiche Entwicklungsagenturen und Koordinierungsstellen der Gesundheitswirtschaft geschaffen worden. Diese unterscheiden sich mit Blick auf ihre jeweilige Reichweite (lokal, regional, landesweit), ihre Aktivitätsprofile und Netzwerklösungen. In diesem Zusammenhang wird auch versucht, ehemals industrieorientierte Clusterstrategien und -ansätze auf das Gesundheitswesen bzw. die Gesundheitswirtschaft zu übertragen. Unstrittig ist dabei, dass die regionale Ebene für die Gestaltung innovativer Gesundheits- und Pflegedienste von entscheidender Bedeutung ist. Insbesondere quartiersbezogene Lösungen werden im Rahmen einer modernen Bürgergesellschaft an Bedeutung gewinnen. Seitens der Kommunen besteht vor diesem Hintergrund ein nachhaltiges Interesse an der Revitalisierung kommunaler Gestaltungsverantwortung für innovative Gesundheitsdienste.

Die Begleitung der Modernisierung „vor Ort“ ist damit eine politische Gestaltungsaufgabe ersten Ranges. Sie steht vor folgenden Fragen: Wer braucht welche Leistungen? Wie lässt sich der Umbau der Gesundheitswirtschaft im Rahmen eines Innovationsmanagements organisieren und begleiten? Welche Institution(en) ist/sind geeignet, das Innovationsmanagement zu begleiten? Innovative Lösungen müssen letztlich regional verhandelt werden. Und dies bedeutet auch Einvernehmen darüber zu schaffen, welche Akteure sich zukünftig um das Innovationsmanagement kümmern können – und sollten. Wird nicht ein solcher regionaler Ansatz gewählt, droht die Gefahr eines ungeordneten Umbaus der Gesundheitsversorgung mit möglicherweise unerwünschten Folgen. Gesundheitswirtschaft liefe dann Gefahr, nicht mehr für eine innovationsorientierte Synergie von „Sozialem“ und „Wirtschaft“ zu stehen, sondern als dezentral verantwortete Rationalitätsfassade eines unkontrollierten Wettbewerbs zu enden.

2.2 Innovationsmotor pharmazeutische Industrie?

Die pharmazeutische Industrie nimmt im bundesdeutschen Gesundheitswesen eine besondere Stellung ein. Lange Jahre galt Deutschland als „Apotheke der Welt“. Der medizinisch-therapeutische Fortschritt, und damit auch die Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens, werden eng mit der Entwicklung sowie dem Niveau der Arzneimitteltherapien bzw. der pharmazeutischen Erzeugnisse gedacht. Angesichts dessen ist es nicht verwunderlich, dass die Pharmaindustrie in Deutschland einen Ruf als „Innovationsträger“ genießt. Untersuchungen zeigen, dass sich die Pharmaindustrie in den vergangenen Jahren von ihrer eigentlichen Kernaufgabe – der Entwicklung neuer Medikamente und Therapien – zunehmend entfernt hat. In Deutschland gibt es derzeit rund 500 Arzneimittelhersteller. Das Spektrum reicht von Kleinbetrieben mit weniger als 20 Beschäftigten, über mittelständische Firmen bis hin zu international tätigen Konzernen. Darüber hinaus sind rund 300 Biotechnologie-Unternehmen im Arzneimittelbereich tätig. Im Jahr 2005 waren in der pharmazeutischen Industrie in Deutschland rund 113.000 Personen beschäftigt, davon rund 85.900 Beschäftigte in der forschenden Pharmaindustrie. Die Branche erwirtschaftete im Jahr 2005 einen Umsatz von 25,8 Mrd. Euro (vgl. BMG 2007, Daten und Fakten zum Gesundheitsstandort Deutschland). Die bundesdeutsche Pharmaindustrie war in den vergangenen Jahren von deutlichen Umbrüchen gekennzeichnet: Zahlreiche Unternehmen sind entweder ganz vom Markt verschwunden oder von internationalen Pharmakonzernen aufgekauft worden. Zwischen 1995 und 2003 sind mehr als 4.000 Arbeitsplätze in der Branche verloren gegangen. Gleichzeitig wuchs der Wert der deutschen pharmazeutischen Erzeugnisse (zu Herstellerpreisen) von 15,7 Mrd. Euro (1991) auf 21,3 Mrd. Euro (2003) (vgl. Specke 2005).

Die Grenzen zwischen der Pharmazie und Biotechnologie sind mittlerweile fließend: Pharmazeutische Innovationen in Diagnostik und Therapie basieren zunehmend auf Erkenntnissen der Molekular- und Zellbiologie. Die Biotechno-

logie wird zum Hoffnungsträger und die genetische Forschung verspricht Fortschritte bei der Entwicklung neuer Präparate sowie der Individualisierung der Arzneimitteltherapien. Dies ist prinzipiell auch notwendig: So können Brust- und Darmkrebserkrankungen von rund 1.700 verschiedenen defekten Erbanlagen ausgelöst werden. Jede Krebserkrankung hat somit eine individuelle Entwicklungsgeschichte – und benötigt individuelle Therapiestrategien (vgl. Stollorz 2009). Es kann erwartet werden, dass sich pharmazeutische Industrie, Biotechnologie und Medizintechnik zukünftig gegenseitig noch stärker beeinflussen werden. Mit welchen Erfolgen ist jedoch noch unklar. Der Verlängerung der Lebenszyklen bekannter Wirkstoffe wird nicht selten der Vorrang vor der Entwicklung neuer Medikamente gegeben. Vorliegende Daten zeigen für die Entwicklung eines Medikamentes bis zu seiner Marktreife eine Zeitphase von rund zwölf Jahren. Aufgrund des weltweit gestiegenen Wettbewerbsdrucks haben sich die Innovationszyklen der Branche in den letzten Jahren nicht nur verkürzt, sondern „Innovation“ ist eng mit der Forschung und Entwicklung primär wirtschaftlich attraktiver Präparate verbunden.

⇒ **Begrenzte Innovationsfähigkeit der Pharmaindustrie als Folge von Managementdefiziten**

Obwohl Deutschland als einer der weltweit größten Märkte für Arzneimittel gilt, spielt der Standort mit Blick auf Forschung und Entwicklung mittlerweile eine untergeordnete Rolle. Weltweit werden derzeit rund 70 Mrd. Dollar für Forschung und Entwicklung investiert (vgl. Stollorz 2009). In den vergangenen Jahren war die Branche eher durch eine kurzfristige Rendite-, denn durch eine echte Innovationsperspektive gekennzeichnet. Die zunehmende Innovationsunfähigkeit der Pharmaindustrie findet, so die These, ihre Ursachen vor allem in Defiziten des Managements. Durch Management-Fehlentscheidungen und davon ausgehenden Strukturumbrüchen in den 70er und 80er Jahren, hat sich die Pharmaindustrie in Deutschland selbst ihrer Fähigkeit zu innovativen Leistungen beraubt – auch wirtschaft-

lich. Wirkungen waren die Aufgabe der eigenen Grundlagenforschung und damit wachsende Kompetenz- und Innovationsdefizite. Nur etwa zehn Prozent des „GKV-Umsatzes Industrie“ gehen derzeit in Forschung und Entwicklung (FuE), 40 Prozent ins Marketing und weitere 20–25 Prozent in den Profit (Shareholder Value). Im Bereich „Marketing“ bestimmen vor allem die Finanzierung von Pharmareferenten (40%), die Unterstützung von Kongressen/ärztlicher Fortbildung (30%) sowie Anwendungsbeobachtungen (20%) die Ausgaben (vgl. Schönhöfer 2009). Die FuE-Abteilungen zahlreicher Pharmaunternehmen sind in den letzten Jahren ins Ausland (vor allem in die USA) verlegt worden, oder wurden zugunsten einer primären Vertriebsorientierung gänzlich aufgegeben. Ausschlaggebend für die Verlagerungen ist u.a. die Nähe zu dortigen staatlich finanzierten Forschungseinrichtungen. Scheininnovationen, Defizite bei der Forschung und Beurteilung neuer Therapiestrategien, die unzureichende Objektivierung klinischer Studien sowie die Entwicklung und der Verkauf von Life-Style-Produkten ohne medizinischen Wert sind die Folgen dieser Entwicklung. Wachstum wurde nicht aufgrund eines Innovationsvorsprungs, sondern vielmehr durch Zukäufe realisiert. Gleichwohl hält sich der Mythos einer innovativen Pharmabranche.

⇒ **Kompetenz- und Qualitätsverlust der Pharmaindustrie in Deutschland – von echten Innovationen zu Scheininnovationen...**

Der Kauf anderer Pharmaunternehmen um deren Innovationsportfolio zu übernehmen, hat das Verschwinden traditioneller Pharmaunternehmen in Deutschland befördert und den Abbau eigener fachlicher Kompetenz auf dem Pharmamarkt und somit auch einen Innovations- und Qualitätsverlust im Arzneimittelsektor beschleunigt. Aufgrund der ausgeprägten Umsatzorientierung der Branche haben vor allem „Scheininnovationen“ an Bedeutung gewonnen. Bei Durchbruchinnovationen hat es hingegen nur bedingt Fortschritte gegeben. So werden teils nutzlose Präparate über Direkt-/Rabattverträge mit den Krankenkassen in den Markt gebracht. Es erfolgt vielfach eine Fixierung auf überholte The-

rapien, Mittel und zweifelhafte Produkte. Bei echten Innovationen ist man in den letzten Jahren hingegen kaum einen Schritt weiter gekommen. Im Zeitraum 1990 bis 2005 wurden von der Pharmaindustrie weltweit rund 460 neue Wirkstoffe in den Markt eingeführt. Davon sind nur 7 echte Durchbrüche im Sinne neuer Behandlungsmöglichkeiten in der Versorgung und rund 30 Scheininnovationen für begrenzte Patientengruppen realisiert worden, während andere Entwicklungen Therapien im Gesundheitswesen zwar verteuerten, diese jedoch nicht verbessern oder bereichern konnten. Nach Angaben des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) sind im Jahr 2008 in Deutschland 31 Medikamente mit neuen Wirkstoffen eingeführt worden. Allerdings beinhaltet diese Zahl auch chemisch identische Nachahmerpräparate, bekannte Wirkstoffe in neuen Darreichungsformen sowie neue Anwendungsfelder bereits zugelassener Arzneien (vgl. Stollorz 2009). Die Analyse, in welchen Bereichen seitens der Pharmaindustrie in den vergangenen Jahren Forschungsschwerpunkte gelegt wurden und entsprechende Spezialisierungen erfolgten, zeigt zudem eine zunehmende Fokussierung auf ausgewählte Krankheitsbilder (v.a. Alzheimer, Diabetes, Immunologie/Entzündung, Krebs, Schmerzen, Psychosen). Insbesondere Nischenprodukte haben aufgrund eines niedrigeren Marketing-Budgets und einfacheren klinischen Studien an Bedeutung gewonnen. Zwar hat sich der Anteil früher Versuche an Personen (Phase I und II) in den letzten 10 Jahren verdoppelt, die Erfolgsquote ist jedoch nur halb so groß. Derzeit erhält nur eines von 14 getesteten Wirkstoffen die Zulassung (vgl. ebd.).

In Deutschland haben die ansässigen Arzneimittelhersteller im Jahr 2008 rund 4,52 Mrd. Euro in die Entwicklung neuer Präparate investiert (vgl. SZ vom 20.3.2009). Bis heute können von den rund 30.000 bekannten Krankheiten nur rund 10.000 behandelt werden (vgl. Specke 2005). In der Forschung und Entwicklung neuer Präparate werden häufig Erkrankungen adressiert, für die es bereits Therapien gibt, die aber gleichwohl weitere Umsätze erwarten lassen. Pharmaexperten sprechen in diesem Zusammenhang auch von der „90-zu-10-Lücke“: Für Erkrankungen, an

denen 90 Prozent der Menschheit leiden, wie Tuberkulose oder Malaria, stehen derzeit nur rund 10 Prozent der Forschungsmittel zur Verfügung. Für die Behandlung der 30 häufigsten Tropenkrankheiten werden derzeit weltweit nur rund 2,5 Mrd. Dollar investiert. Deutschland belegt aktuell ebenfalls nur einen hinteren Rang bei den staatlichen Ausgaben für neue Therapien zur Bekämpfung von Tropenkrankheiten. Die Vernachlässigung vermeintlich unattraktiver Forschungs- und Entwicklungsbereiche zeigt sich auch an den Zulassungen: Zwischen 1974 und 2004 wurden insgesamt 1.556 neue Wirkstoffe zugelassen, jedoch nur 21 zielten auf die Behandlung von Tropenerkrankungen (vgl. SZ vom 20.3.2009).

⇒ **Deutschland ist Referenzland für Arzneimittelpreise – mit unerwünschten Folgen ...**

Eine Besonderheit des Pharmasektors in Deutschland ist, dass es keine Trennung zwischen „Zulassung“ und „Erstattung“ gibt, d.h. es besteht eine GKV-Erstattungspflicht bei einmal erfolgter Zulassung. Deutschland ist vor diesem Hintergrund innerhalb der EU zum Referenzland für die Festsetzung von Arzneimittelpreisen avanciert. Dies führt zu deutlichen Verzerrungen in der Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt, in deren Folge Deutschland die höchsten Arzneimittelpreise weltweit realisiert. Mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln, lässt sich grundsätzlich eine Kosten/Nutzen-Bewertung als 4. Hürde für den Einsatz neuer Arzneimittel im Gesundheitswesen implementieren. Das IQWiG hat mit der Gesundheitsreform (GKV-WSG) im April 2007 seitens des Gesetzgebers eine Aufgabenerweiterung erhalten. Bislang war die Bewertung von Arzneimitteln auf den medizinischen Nutzen begrenzt. Entscheidend ist jedoch, dass Grundlagen des Bewertungsverfahrens transparent gestaltet werden. Eine Lösung könnte z.B. in der vorläufigen Kostenerstattung nach der Zulassung, verbunden mit einer Rückzahlungspflicht für überhöhte Preise nach Durchführung der wissenschaftlichen und/oder behördlichen Kosten/Nutzenanalyse sein (Differenz zur Standardtherapie). Einsparmöglichkeiten

durch z.B. zu hohe Generikapreise, umstrittene oder scheininnovative Arzneimittel lassen sich laut Arzneiverordnungs-Report 2007 (Schwabe, Paffrath 2007) auf rund 5,6 Mrd. Euro oder 0.5 Beitragssatzpunkte schätzen. Insbesondere die Aufgabe der Positiv-Liste wird in diesem Zusammenhang als ein politischer Fehler betrachtet.

⇒ **Innovationen in der Pharmaindustrie – öffentliche Verantwortung muss sich neu beweisen**

Öffentliche Verantwortung im Gesundheitswesen muss sich insbesondere zum Schutz der Patienten durch die Entwicklung und Umsetzung einer politisch-administrativen (Kosten)Kontrolle im Pharmabereich neu beweisen. Zunehmend weniger Wirkstoffe werden aus der universitären Forschung heraus entwickelt. Die Verdrängung der Naturwissenschaft durch die Ökonomie zeigt sich u.a. auch daran, dass für Entwickler- und Forschungsteams kaum noch die Möglichkeit zu langfristiger Zusammenarbeit gegeben ist. Dies ist jedoch angesichts der immensen Datenflut, mit der die Forscher im Zuge eines rationalen Medikamentendesigns umgehen müssen, notwendig (vgl. Stollorz 2009). Ein zentraler Eckpfeiler in der Diskussion ist die Frage, ob der Staat (Bundesregierung und Parlament) nicht zukünftig mehr Verantwortung für Grundlagenforschung im Pharmabereich übernehmen sollte. Hierdurch könnten auch weniger „attraktive“ Forschungsbereiche eine Aufwertung erfahren, tatsächliche

Innovationen im Gegensatz zu Scheininnovationen realisiert und Europa perspektivisch nicht nur als Absatzmarkt, sondern auch als attraktiver Forschungsstandort befördert werden. Darüber hinaus ist eine engere Anbindung der Entwicklungsperspektiven im Pharmasektor an die Präventionsdebatte, die Public-Health- und Versorgungsforschung in Deutschland geboten. Hier gilt es, zukünftig Ziele der Krankheitsbekämpfung und Forschung im Arzneimittelbereich zu definieren und zu integrieren. Auf der anderen Seite sind Strukturentwicklungen und Prozessgestaltung im Gesundheitswesen enger mit Informationen und Erkenntnissen der pharmazeutischen Forschung zusammenzuführen. Neue Muster und Wege des Wissensmanagements sind notwendig. Debatten um die Innovationsfähigkeit des Pharmasektors werden hier u.a. anschlussfähig an die Diskussionen um den Aufbau medizinischer Referenzzentren in der EU und den Forderungen nach einer stärkeren Schwerpunktbildung im Krankenhaussektor. Dabei sollten die im Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel zuallererst in die Versorgung der Patienten, und nicht in die Finanzierung scheininnovativer oder zweifelhafter Medikamente fließen. Innovationen müssen sich lohnen, Scheininnovationen dürfen sich nicht lohnen. In diesem Zusammenhang sind die transparente Gestaltung und der Nachweis der Finanzströme zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Pharmaindustrie sowie die Offenlegung von Interessenskonflikten unumgänglich.

3. Pflege und gesund Altern in Deutschland

Im Jahr 2007 bezogen insgesamt 2,25 Mio. Menschen in Deutschland Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegestatistik 2007, Statistisches Bundesamt 2009b). Antworten auf die Frage, wie Pflege in Deutschland sozial verantwortlich, bedarfsgerecht und nachhaltig finanzierbar organisiert werden kann, ist für die Zukunft der Gesundheits- und Pflegedienste eine der zentralen Herausforderungen. Das „Dauerthema Pflegepolitik“ zeigt, dass über erfolgsversprechende Wege zur Zukunft der Pflege in Deutschland durchaus unterschiedliche Vorstellungen existieren. Die grundsätzliche Zielrichtung, dass Menschen in Deutschland würdig und gut gepflegt werden müssen, ist unstrittig. Gleichwohl präsentiert sich die Pflege in Deutschland derzeit als ein Gestaltungsfeld, in dem Gestaltungsanspruch und Realität nicht selten auseinander fallen.

Die Auseinandersetzung mit der Pflege in Deutschland ist gleichzeitig eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie Menschen in Deutschland im Alter leben wollen und können. Der Umgang mit Alter und Pflegebedürftigkeit ist angesichts dessen Ausdruck gelebter gesellschaftlicher Verantwortung zwischen den Generationen. Die künftige Zahl zu pflegender Menschen in Deutschland hängt entscheidend von der Zunahme der Menschen in höherem Alter ab. Im Rahmen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird prognostiziert, dass im Jahr 2030 fast 8 Millionen mehr 60-Jährige und Ältere in Deutschland (28,4 Millionen) leben werden als im Jahr 2005 (20,5 Millionen). Mehr als jeder dritte Einwohner Deutschlands zählt dementsprechend im Jahr 2030 zu den 60-Jährigen und Älteren (2005: jeder Vierte). Die Wahrscheinlichkeit, dass Men-

schen pflegebedürftig werden, steigt mit zunehmendem Alter an. Die jüngeren Senioren von 60 bis unter 70 Jahren werden bis zum Jahr 2030 um knapp 26% zunehmen. Deutlicher wird sich mit + 58% die Zunahme der Bevölkerung bei den 80- bis unter 90-Jährigen auswirken. Die mit Abstand stärkste Zunahme zeichnet sich bei den 90-Jährigen und älteren ab, deren Zahl sich bis zum Jahr 2030 mehr als verdoppeln dürfte. Bis zum Jahr 2030 wird auf Basis eines Status-Quo-Szenarios eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen auf rund 3,36 Mio. (+ 58% gegenüber 2005) für Deutschland erwartet. Auf Grundlage eines Szenarios „sinkende Pflegequoten“ wird, wenn auch mit einem geringeren Anstieg, ebenfalls mit einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 auf 2,95 Mio. (+ 39%) gerechnet⁷. (vgl. Statistisches Bundesamt 2008a).

Begleitet wird die Zunahme Pflegebedürftiger von einer Veränderung des Morbiditätsspektrums. Auf der einen Seite eröffnen Fortschritte in Prävention, Diagnostik und Therapie neue Behandlungschancen, z.B. für die häufigsten Herz-Kreislauf-, onkologischen oder neurologische Erkrankungen im Alter (vgl. Statistisches Bundesamt 2006). Auf der anderen Seite werden Institutionen der Altenbetreuung und -pflege verstärkt mit neuen, vorwiegend degenerativen Altersleiden einschließlich Alzheimer-Erkrankungen konfrontiert. Die Alltagskompetenz demenzleiderkrankter Menschen ist erheblich eingeschränkt und erfordert nicht nur einen erhöhten Betreuungsaufwand, sondern bedarf auch zusätzlicher Angebote der Aktivierung. Vor dem Hintergrund der skizzierten demographischen und epidemiologischen Entwicklungen wandeln sich

7 Das „Status-Quo Szenario“ überträgt den Stand der Pflegequoten (2005) auf die veränderte Bevölkerungsstruktur 2030. Im Szenario „sinkende Pflegequoten“ wird unterstellt, dass sich die Pflegebedürftigkeit mit steigender Lebenserwartung in ein höheres Alter verlagert. Die Vorausberechnung erfolgt, indem altersspezifische Pflegequoten entsprechend der gestiegenen Restlebenserwartung in höhere Altersklassen verschoben werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2008a).

zudem Lebensentwürfe und Familienstrukturen. Hieraus erwachsen nicht nur neue Bedürfnisse älterer Menschen und Pflegender, sondern Pflege muss sich perspektivisch neuen Zielorientierungen und Aufgaben stellen. Die Suche nach Zukunftsoptionen der Pflege in Deutschland ist aus dieser Perspektive untrennbar mit der Frage verbunden, wie veränderte Versorgungsstrukturen, Leistungsprozesse und berufliche Kompetenzentwicklung auch einen Beitrag zur „Gesundheit im Alter“ leisten können. Im Mittelpunkt steht vor allem die weitere Stärkung präventiver und rehabilitativer Leistungen zur Förderung des Gesundheitszustandes und eines selbstbestimmten Lebens im Alter.

Pflege hat viele Orte: Die Pflegeinfrastruktur in Deutschland wird durch Leistungen familiärer Pflege und ambulante Pflegedienste sowie durch (teil-)stationäre Angebote gestützt. Insgesamt 11.529 ambulante Pflegeeinrichtungen und 11.029 stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI waren 2007 in Deutschland zugelassen. Sie erbrachten Leistungen der vollstationären Dauerpflege, der Kurzzeitpflege sowie der teilstationären Pflege. Laut der Pflegestatistik der Pflegeversicherung 2007 werden 1,54 Mio. Menschen in Deutschland zu Hause pflegerisch versorgt. Davon erhalten rund 1,03 Mio. Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, d.h. sie werden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige versorgt, 504.000 Personen erhalten zum Teil oder vollständig Leistungen durch ambulante Pflegedienste. 32% der Pflegebedürftigen (709.000) werden in stationären Pflegeeinrichtungen betreut (Pflegestatistik 2007, Statistisches Bundesamt 2009). Eine gemeinsame Herausforderung besteht zukünftig vor allem darin, bessere Übergänge zwischen stationärer Krankenhausversorgung, ambulanter Versorgung, Rehabilitation und der stationären Altenhilfe zu schaffen. Dies stellt einerseits neue Anforderungen an die Reorganisation des Entlassungs- und Überleitungsmanagement in Krankenhäusern. Andererseits müssen auch individuelle Beratungs- und Begleitungsleistungen sowie neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen weiter ausgebaut werden.

Pflegearbeit hat viele Formen: Neben professionellen Pflegekräften engagieren sich ehren-

amtliche Tätige und vor allem Angehörige, insbesondere Frauen. Vorliegende Prognosen und Szenarien heben hervor, dass ein steigender Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen zu einer Erhöhung der Nachfrage auf den Arbeitsmärkten führen wird. In Deutschland ist die Erwerbsbevölkerung bereits seit einigen Jahren (2000) rückläufig (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005). Die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials in Deutschland stellt Pflegearbeit im Gesundheits- und Sozialwesen verstärkt in Konkurrenz zu anderen Wirtschaftsbereichen und Berufsfeldern. Pflegearbeit muss sich deshalb als attraktives Erwerbs- und Berufsfeld im individuellen Erwerbsverlauf behaupten. Junge Menschen – Männer wie Frauen – für die Arbeit in der Pflege zu begeistern, ihnen gute Arbeits-, Entwicklungs- und Verdienstmöglichkeiten zu eröffnen und sie möglichst lange im Pflegeberuf zu halten, sollte zur Grundlage der Gestaltung werden.

Im Zuge der demographischen Entwicklung verändern sich auch die Struktur und Zusammensetzung des Pflegepersonals in den Einrichtungen. Belastungsreduzierte Arbeitsplätze, eine systematische Personalentwicklung sowie Demographie-Management gewinnen hier an Bedeutung. In diesem Zusammenhang werden auch Konzepte und Lösungen gesucht, welche die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegearbeit durch Angehörige erleichtern. Durch den Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote (z.B. lokale Betreuungsgruppen) sowie die bedarfsgerechte, organisatorische Unterstützung pflegender Angehöriger können Ehrenamt und familiäre Selbsthilfe in der Pflege zukünftig weiter gestärkt werden. Sie können und sollen professionelle Pflege ergänzen, aber nicht ersetzen.

Menschenwürdige Pflege ist, trotz neuer technischer Möglichkeiten, in erster Linie eine personalintensive Dienstleistung. Rund 70% der Gesamtkosten der Einrichtungen der Altenhilfe entfallen auf den Bereich der Personalkosten. Grundlegend für eine individuell-orientierte Pflegearbeit auf hohem Qualitätsniveau ist eine Überwindung des defizitären Pflege- und Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 145 SGB XI). Seit Einführung der Pflegeversicherung wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit als zu eng und zu verrich-

tungsbezogen diskutiert. Besonders der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, der etwa bei demenzkranken Menschen häufig auftritt, wurde bisher zu wenig berücksichtigt. Pflegebedürftigkeit muss stärker individuell erfasst werden und sich daran orientieren, welche Unterstützungsleistungen in Richtung mehr gesellschaftlicher Teilhabe der Pflegebedürftigen notwendig sind (vgl. Wingenfeld, Büscher, Gansweid 2008). Einen wichtigen Meilenstein liefert der jüngst erschienene Bericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. BMG 2009).

Für den Modernisierungsdiskurs stellen sich die folgenden übergeordneten Gestaltungsfragen:

- Wie verändern sich im Zuge einer alternden Gesellschaft die Bedürfnisse und Bedarfe des (gesunden) Lebens im Alter und wie kann diesen durch neue Angebote und Leistungen entsprochen werden?
- Welcher gesellschaftlicher Stellenwert wird der Pflege in Deutschland beigemessen? Welche Ressourcen können und wollen wir hierfür bereitstellen?
- Was kennzeichnet eine bedarfsgerechte Pflege und welcher Qualitätsanspruch bzw. welches Qualitätsniveau wird damit formuliert?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die dem Pflegesystem zur Verfügung stehenden Finanzmittel so eingesetzt werden, dass eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Pflege möglich wird?
- Welche Maßnahmen und Aktivitäten zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland sind geeignet die Pflegequalität, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen sowie die Qualität der Arbeit seitens der Beschäftigten zu verbessern?
- Wie kann Pflegearbeit in Deutschland im Zusammenspiel von erwerbsmäßig organisierter, professioneller Pflege mit der Betreuung durch Angehörige, informeller und ehrenamtlicher Pflegearbeit solidarisch, kompetenz- und qualitätsorientiert gestaltet werden?
- Wie kann Pflegearbeit von Frauen und Männern gesellschaftlich aufgewertet werden und ihren Ausdruck in angemessenen Tarif- und Einkommensstrukturen finden?

Eine zentrale Forderung zur Zukunft der Pflege lautet, dass in Anbetracht der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und dem Ziel weiterer Struktur- und Leistungsverbesserungen, zukünftig mehr Geld im Pflegesystem zur Verfügung gestellt werden muss. Bezahlbare Pflege – so die These – ist nur erreichbar, wenn die Leistungen aus der Pflegeversicherung deutlich angehoben werden. Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz und die damit verabschiedete Finanzreform (Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 Prozent, bei Kinderlosen 2,2 Prozent) sind entsprechende Weichen gestellt worden. Pflege allein auf Grundlage der Arbeitseinkommen bzw. der Belastung des Faktors Arbeit zu finanzieren, ist für die Zukunft jedoch kaum hinreichend. Die Einführung einer einheitlichen Bürgerversicherung mit einem vollen Finanz- und Risikostrukturausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung unter Berücksichtigung weiterer Einkommensarten auch aus Vermögen, wäre ein zielführender und nachhaltiger Schritt in Richtung mehr Solidarität. Mehr noch: Vor dem Hintergrund der Einführung eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die Einführung einer Bürgerversicherung dringend geboten. Ansonsten droht die Gefahr, dass derzeitige Bezieher/-innen von Pflegeleistungen aus dem Bezug herausfallen. Nicht nur die Finanzierung anspruchsvoller Pflege in Deutschland kann so langfristig auf eine solide Grundlage gestellt werden, sondern dies entspräche zudem dem ursprünglich formulierten Anspruch, Pflegebedürftigkeit nicht allein dem privaten Risikobereich zu überlassen und aus potenzieller Sozialhilfeabhängigkeit Pflegebedürftiger herauszuführen. Dies gewinnt nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer drohenden Zunahme von Altersarmut in Deutschland an Bedeutung.

Mehr Solidarität heißt auch, die Arbeitgeber an der paritätischen Finanzierung der Pflegeversicherung zu beteiligen und dies nicht allein den Arbeitnehmern und RentnerInnen zu überlassen. Durch die Koexistenz von privatem und gesetzlichem Versicherungssystem herrscht eine Schiefelage bei der Risikoverteilung. Während 2004 bei der Sozialen Pflegeversicherung (SozPflV) 2,74% der Versicherten Leistungsempfänger waren, sind

es in der Privaten Pflegeversicherung (PrivPflV) mit 1,31% weniger als die Hälfte. Das gleiche Bild zeigt sich auch bei den Leistungsausgaben: mit 238 Euro je Versicherten der SozPflV zu 84 Euro bei der PrivPflV hat diese annähernd die dreifach höheren Leistungsausgaben, was eindeutig Rückschlüsse zur höheren Morbidität der gesetzlich Versicherten zulässt (Bundestags Drucksache 16/755 vom 17.02.2006). Durch diese günstige Versichertenstruktur kann die private Pflegeversicherung (2008: 9,35 Mio. Versicherte) den größten Teil ihrer Beitragseinnahmen (2008: 30,3 Mrd. Euro) für Rückstellungen sowie die Ausschüttung von Gewinnen verwenden (vgl. <http://www.pkv.de/zahlen/>; recherchiert am 25.4.2009). Gleichzeitig nutzen die Privatversicherten die medizinische und pflegerische Infrastruktur, die von der Solidargemeinschaft aufgebaut wurde.

Zukünftig muss der Blick verstärkt darauf gelenkt werden, wie Finanzierungs- und Modernisierungsspielräume im System erwirtschaftet werden. Zwar können Struktur- und Prozessverbesserungen grundsätzlich zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Pflege beitragen, jedoch sind nicht endlos Synergiepotenziale vorhanden. Die Betrachtung des Marktes zeigt einen wahren Boom vor allem im Bereich des Auf- und Ausbaus ambulanter Pflegeinfrastrukturen sowie neuer Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen. Zwar ist der Ausbau wohnortnaher, ambulanter Angebote grundsätzlich wünschenswert. Allerdings besteht auch die Gefahr eines schleichenden Rückzugs der Anbieter aus wirtschaftlich weniger attraktiven Leistungsbereichen. Die Auseinandersetzung um die Zukunft der Pflege bedeutet insofern auch eine systematische Auseinandersetzung mit bereits existierenden oder potenziellen Verwerfungen im Pflegemarkt.

Die Forderung nach mehr Geld ist insbesondere dann zielführend, wenn damit gleichzeitig eine deutliche Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger erreicht und dies mit einem qualifizierten Personalaufbau verknüpft wird. Eine bedarfsgerechte Personalausstattung, die den tatsächlichen Pflegebedarf und die hierfür einzusetzenden Ressourcen zum Gegenstand von

Preis- bzw. Pflegesatzverhandlungen macht, ist derzeit nicht an der Tagesordnung. Vielmehr beschreiben die Absenkung tariflicher Niveaus, Tariffucht, das Outsourcen von Betriebsteilen in Servicegesellschaften, hohe Arbeitsverdichtung sowie der wachsende Einsatz von Zeit-/Leiharbeitern und Teilzeitbeschäftigten den Rahmen der Personalpolitik einer Vielzahl von Einrichtungen. In der Folge haben sich nicht nur die Arbeitsbedingungen in der Pflege in Deutschland deutlich verschlechtert, sondern bereits heute zeigt sich ein hausgemachter Fachkräftemangel in zentralen Pflegeberufen (v.a. der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege). Flächendeckende Modernisierungsaktivitäten sowie ein systematischer Modernisierungsdialog jenseits von „Imagekampagnen“ sind hier geboten.

Tragfähige Lösungen für eine innovative Pflege müssen an mehreren Entwicklungsdimensionen gleichzeitig ansetzen. Wichtige Eckpunkte der zukünftigen Gestaltung sind:

⇒ **„Mehr Sinn für Pflege“ – Chancen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes für ein integriertes Pflegesystem nutzen**

Pflege in Deutschland findet in verschiedenen Institutionen und Organisationsformen statt. Neben dem stationären Sektor der Altenhilfe, erfolgen Pflegeleistungen auch temporär in Tageseinrichtungen und auf Kurzzeitpflegeplätzen, in Krankenhäusern oder ambulant in den eigenen vier Wänden. Die zukunftsfähige Gestaltung der Pflege muss nicht nur die Unterschiede in den jeweiligen Organisationsformen kennen, sondern sie braucht auch verlässliche Informationen über die Entwicklungen an den Schnittstellen der Sektoren, Einrichtungen und Berufsgruppen. So stellt etwa die Reduzierung der Krankenhausverweildauer im Zuständigkeitsbereich des SGB V auch neue Anforderungen an die Anschlussversorgung pflegebedürftiger Patienten nach SGB XI. Die Umbrüche im Gesundheits- und Sozialwesen erfordern eine integrierte Perspektive und im Weiteren die Gestaltung einer integrierten Versorgung unter Einbindung der Pflege. Isolierte Lösungen sind hier auf Dauer kaum tragfähig, son-

dem es sollte ein System gedacht und gestaltet werden.

Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) 2008 bietet die Chance, die im Pflegesystem notwendigen Nachjustierungen zeitnah und zielorientiert anzugehen. Die Errichtung von Pflegestützpunkten sowie die Unterstützung neuer Wohnformen im Alter sind ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Pflegestützpunkte sind als zentrale Anlaufstelle für Hilfesuchende vor Ort gedacht, an dem pflegerische, medizinische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote vermittelt und koordiniert werden. Ob die politisch intendierten Ziele auch tatsächlich erreicht werden, ist nicht zuletzt davon abhängig, inwiefern die Stützpunkte als „zentrale Orte“ im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen und Bedürfnisse (Pflege- und Krankenkassen, Sozialhilfeträger, Pflegebedürftige, Angehörige etc.) zukünftig ausgestaltet werden. Im Mittelpunkt sollte nicht nur Beratung, sondern ein umfassendes individuell gestaltetes Versorgungsmanagement (Care- & Case-Management) stehen. Der Anspruch mehr Geld ins System fließen zu lassen, wird hier ergänzt um den Anspruch „mehr Sinn“ im Zusammenspiel der Gesundheits- und Pflegedienste zu erzielen. Erst aus der Perspektive systemübergreifender Modernisierung mit der Erhöhung der Finanzmittel und neuen Prozess-/Strukturlösungen für mehr Transparenz, Wirtschaftlichkeit und (Arbeits-) Qualität lässt sich auch Pflege in Deutschland innovativ gestalten.

⇒ **„Bedarfsgerechtigkeit und Qualität als Maßstäbe“ – Gestaltung des Mix aus privater und öffentlicher Pflegearbeit**

Orientierung professionell erbrachter Pflegearbeit müssen die spezifischen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sein. Im Mittelpunkt steht dann nicht die Frage, wer pflegt, sondern welche Unterstützungsleistungen im Einzelfall benötigt werden. Bedarfsgerechtigkeit und Qualität bilden aus dieser Perspektive den Ausgangspunkt der Leistungsgestaltung. Die Ressourcen zur Erfüllung der jeweiligen Bedürfnisse und Bedarfe finden sich öf-

fentlich wie privat. Denn faktisch erfolgt ein Großteil der Pflegearbeit im privaten Bereich durch Angehörige, zumeist Frauen. Ein Großteil der älteren Menschen möchte auch gerade zu Hause gepflegt werden, doch ihre Angehörigen wissen häufig nicht, wie sie die Pflege zu Hause organisieren sollen. Übernehmen die berufstätigen Kinder die Pflege, ist zu klären, wie sie in dieser Zeit besser sozial abgesichert sein können. Etwa 2,4 Mio. Menschen engagieren sich in Haushalten im Pflegebereich. Nach konservativen Schätzungen entspricht dieses Engagement rund 625.000 Vollzeitstellen. Würden die entsprechenden Leistungen über den Markt oder öffentliche Anbieter erbracht, ergäbe sich ein Volumen von etwa 46 Mrd. Euro. Andere Schätzungen sehen sogar ein Potenzial zur Schaffung von insgesamt 3,2 Mio. Erwerbsarbeitsplätzen in Vollzeit (vgl. Backes et al. 2008, S. 3). Eine differenzierte und gestaltungsorientierte Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken privater Pflegearbeit ist zukünftig ebenso unentbehrlich, wie neue Wege im Zusammenspiel privater und öffentlicher Pflegearbeit. Ausgangspunkt ist die Frage, wie Qualität und Bedarfsgerechtigkeit im Pflegeprozess unter Berücksichtigung privater und öffentlicher Pflegeressourcen sichergestellt werden können. Entsprechende Daten zur Empirie privater Pflegearbeit sowie den Herausforderungen an der Schnittstelle zur öffentlichen Pflegearbeit liegen bislang jedoch nur rudimentär vor.

⇒ **„Pflege ist Daseinsvorsorge“ – Neue öffentlich verantwortete Pflegekultur etablieren und entwickeln**

Im Umgang mit einer alternden Bevölkerung werden auf kommunaler Ebene konkrete Umsetzungsstrategien benötigt. Kommunen müssen zeitnah Antworten auf die drängenden Herausforderungen geben und im Sinne der Daseinsvorsorge die Pflege bei der sozialräumlichen Planung im Blick haben. Ausgehend von einer entsprechenden Fürsorgerationalität braucht die Pflege in Deutschland eine neue öffentliche Pflegekultur, und nicht eine Privatisierung öffentlicher Vorsorge. Die Herausforderung besteht darin,

Pflege als tragende Säule der öffentlichen Daseinsvorsorge zu entwickeln und zu organisieren. Trotz der in zahlreichen Bundesländern angeregten Debatten und Masterpläne um die Entwicklung der „Seniorenwirtschaft“, sind vernetzte Konzepte für pflegebedürftige Menschen, die differenzierte Angebote und Leistungen benötigen, im konkreten kommunalen Handeln noch eher die Ausnahme. Der Rückzug staatlicher Steuerung für eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur hat in den vergangenen Jahren den Umbau von der Pflege als öffentliche Daseinsvorsorge zum Pflegemarkt so geprägt, dass im Ergebnis auch Effekte der Über- und Unterversorgung nachzuweisen sind. Bestehende Überkapazitäten in Regionen führen zu einem Preisdruck der Pflegeeinrichtungen. Dieser wird nicht selten durch Personal Kürzungen und die Verdichtung von Arbeit an die Beschäftigten weitergegeben. Hier entsteht systemübergreifend ein Regulierungs- und Gestaltungsbedarf entlang der Frage, wie Pflege organisiert und durch niedrigschwellige Beratungs- und Angebotszugänge sinnvoll ergänzt werden kann.

⇒ **„Pflegearbeit soll sich lohnen (und nicht nur rechnen)“ – Tariflicher Mindestlohn und Einkommen in der Pflege verbessern**

Pflegearbeit muss als Erwerbsarbeit ein gesichertes Auskommen ermöglichen. Die Aufnahme der Pflegedienste in das Arbeitnehmer-Entsendegesetz war ein notwendiger Schritt, die unerwünschten Folgen betrieblicher Einkommenspolitik in der Pflege einzudämmen. Mindestlöhne dürfen jedoch nicht zum Regellohn und damit zum Maßstab für eine angemessene Entlohnung werden. Eine leistungsgerechte Bezahlung leistet nicht nur einen Beitrag zur Sicherung der Qualität in der Pflege. Sie ist vor allem eine Frage der gesellschaftlichen Anerkennung der Arbeit mit alten und kranken Menschen. Billigarbeit oder der dauerhafte Einsatz von Ein-Euro-Jobbern ohne weitergehende Beschäftigungsperspektive können für die Zukunft der Pflege keine Lösung sein. Das hat Folgen für die Pflegequalität. Entsprechend sollten Pflegeheime und ambulante

Pflegedienste finanziell in der Lage sein, mit tarifvertraglich gesicherten Einkommen und qualifizierten Pflegekräften in einen Wettbewerb zu treten. Kosten senken allein kann für die Einrichtungen keine Erfolg versprechende Strategie sein. Eine wichtige Voraussetzung sind vielmehr Konzepte struktureller Modernisierung für mehr Wirtschaftlichkeit, Patientenorientierung und Arbeitsqualität – von betrieblich-baulichen Maßnahmen bis zur Entwicklung neuer Standortkonzepte. Nicht die Senkung von Personalkosten, sondern die Senkung von Organisationskosten und der Abbau von Organisationsineffizienzen sind Schritte in Richtung Zukunftsfähigkeit der Pflege in Deutschland.

⇒ **„Mehr Zeit muss sein“ – Qualität der Pflege und Pflegearbeit sicherstellen**

Pflegearbeit ist Interaktions-, Emotions- und Kommunikationsarbeit. Wo dies nicht möglich ist, sind Einbußen in der Pflege- und Arbeitsqualität zu befürchten. Pflegearbeit folgt zudem einer anderen Logik als technisch-orientierte Arbeit. „Zeit geben“ und nicht „Zeit sparen“ stehen im Mittelpunkt. Dies bedeutet auch die Balance zu finden zwischen notwendiger Dokumentation der Pfl egetätigkeit einerseits, und dem Abbau überbordender Bürokratie im Pflegealltag andererseits. Damit genügend Menschen gerne und lange in der Pflege arbeiten und dies auch können, ist eine Verbesserung der Entlohnungs- und betrieblichen Arbeitsbedingungen unumgänglich. In diesem Zusammenhang ist die Gleichung „Mehr Geld = Mehr Personal = Mehr Qualität“ kritisch zu hinterfragen. Im Pflegesystem soll Wettbewerb nicht um Arbeitskräfte, sondern um Qualität erfolgen. Insgesamt sollten „gute Lösungen“, die eine Integration von bedarfsgerechter Pflegearbeit und neuen Wegen der Arbeitsorganisation sicherstellen, stärker als bislang transparent gemacht werden. Hierzu gehört auch die Messung und Darstellung von Qualität sowie die kontinuierliche und bürgerschaftlich-orientierte Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.

⇒ **„Wer will, der darf, der kann!“ –
Investitionen in Ausbildung, Nachwuchs und
Personalmanagement ausbauen**

Der drohende und in einigen Regionen schon spürbare Fachkräftemangel in der Altenpflege und in der ambulanten Pflege ist vielfach hausgemacht. Besondere Probleme stellen in diesem Zusammenhang u.a. das Fehlen praktischer Ausbildungsplätze, das Schulgeld für die theoretische Ausbildung (in einigen Ländern keine 100%-Finanzierung der Altenpflegesschulen) sowie anfallende Prüfungsgebühren dar. Derzeit gilt noch, dass für die 3-jährige Ausbildung mehr Bewerber/-innen an den Schulen vorhanden sind als praktische Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen. Eine Umlagefinanzierung der 3-jährigen Ausbildung, wie dies etwa in Rheinland-Pfalz oder Baden-Württemberg praktiziert wird, existiert bundesweit bislang nicht. In diesem Zusammenhang stellen auch das Wiedererstarken der einjährigen Ausbildung oder der Rückgriff auf temporär rekrutierte Pflegearbeiter/-innen mittel- bis langfristig keine tragfähigen Lösungen dar.

Es ist dringend geboten, dass sowohl der Staat als auch die Unternehmen zur Sicherung pflegerischer Facharbeit wieder mehr Verantwortung übernehmen. Hierzu gehören einerseits die Einführung der Umlagefinanzierung für die Erstausbildung, die 100%-Finanzierung der Altenpflegesschulen sowie die Unterstützung bei der Umschulung in Berufe der Altenpflege durch die Bundesanstalt für Arbeit (BfA). Auf der anderen Seite haben auch die Einrichtungen durch eine adäquate Entlohnung der Fachkräfte, die gezielte Förderung des Nachwuchses, den Ausbau von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Einführung eines systematischen Personalmanagements, einen Beitrag zur Aufwertung und Entlastung personeller Engpässe in der Pflegearbeit zu leisten. Hier ist besondere Aufmerksamkeit den Chancen eines Professions- und Qualifikationsmixes (Pflegefachkräfte, an- und ungelernte Pflegehelfer, Einsatz neuer Berufe in der Pflege, ehrenamtliche Tätigkeiten etc.) zu widmen. Kenntnisse der Prävention und Gesundheitsförderung, der Geriatrie

und Gerontologie sollten zudem systematisch in die Aus-, Fort- und Weiterbildung traditioneller und neuer Gesundheits- und Pflegeberufe verankert werden.

⇒ **„Polarisierung und Hierarchisierung
aufbrechen“: Gender und Care-Perspektive
sowie Migrationshintergründe in der Pflege
stärker berücksichtigen**

Weitestgehend unberücksichtigt bleibt bislang die Geschlechter- und Migrationsperspektive in der Pflege. Dies betrifft sowohl den differenzierten Umgang mit Frauen und Männern in ihrer Rolle als Pflegebedürftige, als auch als Pflegenden. Erwerbsmäßig organisierte Pflegearbeit sowie ehrenamtliche Arbeit in der Pflege sind nach wie vor von weiblicher Arbeit geprägt. 90 Prozent der Pflegepersonen sind Frauen. Einerseits erfährt weibliche Pflegearbeit eine unzureichende gesellschaftliche Anerkennung, und andererseits findet auch männliche Pflegearbeit nicht die notwendige Beachtung. Männer finden sich in der Pflege eher in körperfernen indirekten, planenden und organisatorischen oder unterstützenden Tätigkeiten wieder. Zukunftsfähige Pflege aber muss sich den wandelnden Lebensentwürfen und Erwerbsbiographien von (pflegenden) Frauen *und* Männern stellen, um zu verhindern, dass sich in der Pflegearbeit polarisierte und hierarchisierte Geschlechterverhältnisse weiter stabilisieren (vgl. Backes et al. 2008). Zudem müssen auch die spezifischen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in der Pflegearbeit stärker Berücksichtigung finden.

Die Zukunft der Pflege in Deutschland kann zudem von den internationalen Diskussionen zur Care-Arbeit profitieren. Pflegetätigkeiten stehen heute nicht nur unter expliziten Qualitätsanforderungen, sondern vor allem auch unter ökonomischem Druck. Hieraus bildet sich ein Spannungsverhältnis zwischen Professionalisierung sowie den Ansprüchen an die individuelle Pflegearbeit und dem Ruf nach Kostenreduzierung durch Rationalisierung und effiziente Arbeitsgestaltung. Fürsorgerationalität droht durch Effizienzrationalität verdrängt zu werden. Beruflich

Pflegende stehen mit ihren individuellen Bewältigungsstrategien häufig dazwischen. Die gesellschaftlichen Ansprüche an Qualität und professionelles Pflegehandeln sind, verfolgt man die Meldungen über Pflegemängel, nicht ohne weiteres mit Rationalisierung und Kostensenkung zu vereinbaren. Angesichts dessen droht häufig aus dem Blick zu geraten, was Pflegearbeit vor allem

bedeutet: Eine empathisch-intensive, professionell geschulte Wahrnehmung der Patienten/Bewohner zu lehren und zu lernen (vgl. Senghaas-Knobloch 2008). Es gibt in der Pflegepraxis zahlreiche gute Beispiele die zeigen, dass mehr Wirtschaftlichkeit und Fürsorge keine prinzipiell unvereinbaren Gegensätze sind.

4. Qualifikation und Qualifizierung – Schlüsselinvestition in die Zukunft

Die rund 4,5 Mio. Beschäftigten im Gesundheitssektor arbeiten in mehr als 800 Berufen. Ein mittel- und langfristig außerordentlich gravierendes Problem stellt ihre Arbeits- und Qualifikations-situation dar. Die Vielzahl der Umbrüche und Veränderungen in der Gesundheitsbranche haben an vielen Stellen nicht nur zu weniger attraktiven, sondern oft zu kaum haltbaren Arbeitsbedingungen geführt. Die Förderung von Innovationen ist maßgeblich darauf angewiesen, dass nicht einzelne Funktionen, sondern der Mensch/Patient mit seinen spezifischen Bedürfnissen in den Mittelpunkt des Erneuerungsgeschehens rückt. Hierzu gehören auch die Bedürfnisse und Ansprüche der Beschäftigten an ihre Arbeit. Qualitativ hochwertige Gesundheitsdienste brauchen motiviertes und qualifiziertes Personal. Die Überwindung der vielfach belastenden Arbeitsbedingungen ist die eine Seite der Medaille. Die Befähigung der Beschäftigten, neuen Herausforderungen durch die Entwicklung der hierfür notwendigen Kompetenzen auch gerecht werden zu können, die andere.

Der Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft hat die Anforderungen an die Qualifikation und Qualifizierung der Beschäftigten in den letzten Jahren nachhaltig verändert. Auf der betrieblichen Ebene erfordern vernetzte Einrichtungsstrukturen, die Neuausrichtung des Leistungsspektrums, neue Managementkonzepte, die Veränderungen von Technikeinsatz und Arbeitsorganisation sowie neue Formen der betrieblichen und interprofessionellen Arbeitsteilung neue Qualifikationen und Wege der Qualifizierung. Gesundheitsarbeit ist nicht nur Interaktions- und Kommunikationsarbeit, sondern vor allem auch Wissensarbeit. Die Kompetenzen der Beschäftigten bilden aus dieser Perspektive erst die Grundlage der Leistungs- und Innovationsfähigkeit der Gesundheits- und Pflegebetriebe im

Umbruch. In Anbetracht der Entwicklungsdynamik dürfen und können sie nicht als Konstanten verstanden werden.

⇒ **Arbeit und Qualifizierung: mehr Achillesferse als Innovationsmotor der Gesundheits- und Pflegedienste**

Arbeit und Qualifizierung erweisen sich derzeit mehr als Achillesferse, denn als Innovationsmotor der Gesundheitswirtschaft im Umbruch (vgl. Hilbert, Evans 2006). Die Situation ist mehr durch Widersprüchlichkeiten, denn durch ein integratives Modernisierungskonzept geprägt. So vollzieht sich die Umsetzung einer integrierten Gesundheitsversorgung weitestgehend im Rahmen eines segmentierten Berufs- und Bildungssystems, das die Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung befördert. Der Diskurs um berufsspezifische „Professionalisierung“ trifft zudem auf einen Bedeutungsgewinn von Querschnittsaufgaben. Während vielfach noch eine einzelbetriebliche Orientierung der Personalplanung und -entwicklung vorherrschen, gewinnen akteursübergreifende Netzwerke und integrierte Dienstleistungs- und Produktentwicklung in der Gesundheitsversorgung an Bedeutung.

Die Gesundheitswirtschaft befindet sich angesichts der skizzierten Problemlagen in einer „doppelten Modernisierungsfalle“: Einerseits agieren Berufs-, Beschäftigungs- und Bildungssystem in zentralen Gesundheitsberufen weitgehend entkoppelt voneinander. Andererseits werden in den Unternehmen und Einrichtungen nur selten Organisations- und Personalentwicklung systematisch miteinander verknüpft. Was auf der einen Seite als erfolgreiche Modernisierung interpretiert wird, erweist sich bei näherer Betrachtung nicht selten als Einstieg in die Deprofessio-

nalisation zentraler Gesundheitsberufe. Angesichts dieser Entwicklungs Herausforderungen stehen tradierte Qualifikationsmuster und Berufsbilder ebenso auf dem Prüfstand, wie Formen und Inhalte betrieblicher Aus-, Fort- und Weiterbildung. Neben der Qualifizierung sind Unternehmen und Einrichtungen zudem gefordert, eine kontinuierliche Personalplanung und -entwicklung zu betreiben. Obwohl in den Krankenhäusern nach einer Befragung des CKM – Centrum für Krankenhausmanagement (Münster), 50% der verantwortlichen Personalmanager für die nächsten Jahre eine steigende Bedeutung systematischer Personal- und Organisationsentwicklung erwarten, erfolgt ein professionelles Personalmanagement aktuell nur in 13,7% der Kliniken. In rund 30% der Krankenhäuser gibt es derzeit keine systematische Personalstrategie (vgl. von Eiff, Stachel 2006). Des Weiteren stehen die Zusammenarbeit der Berufsgruppen, vor allem in Pflege und Medizin, sowie die Neuverteilung konkreter Aufgaben im Gesundheitswesen im Mittelpunkt aktueller bildungs- und beschäftigungspolitischer Diskussionen. Die bisherige Arbeitsteilung der Berufsgruppen erweist sich zunehmend als Engpass für die Bewältigung inter- und intraorganisatorischer Herausforderungen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] 2007).

⇒ **Professionalisierung ist mehr als „Akademisierung“ – Neue Aufgabenverteilung in den Gesundheitsberufen!**

Unter dem Stichwort „Professionalisierung“ wird seit den 90er Jahren in zentralen Gesundheitsberufen verstärkt auf die Strategie der „Akademisierung“ von Pflegeberufen in Lehre- und Leitungsfunktionen gesetzt. Die wesentlichen Entwicklungslinien begannen bereits Ende der 70er Jahre mit dem so genannten „Spritzenstreik“, der auf die Besinnung der Pflegekräfte auf pflegegenuine Tätigkeiten abzielte. Im Zentrum der „1. Akademisierungswelle“ standen vor allem die Pflegeberufe. Hinzu kommt nun die „2. Akademisierungswelle“, welche vor allem auf die Therapieberufe (Physio-, Logo- und Ergotherapie) zielt. Allerdings ist Akademisierung nur ein Baustein

im Rahmen der Bemühungen um Professionalisierung (vgl. Kälble 2008). Vielmehr geht es darum, dass „(...) Kenntnisse und Kompetenzen mit der wachsenden Komplexität der gesundheitlichen Problemlagen und dem wachsenden Wissenszuwachs Schritt halten können. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen gesundheits- und bildungspolitischen Zielsetzungen und Reformversuche wird die langfristige Bereitstellung hochwertiger Arbeits- und Weiterbildungsangebote unverzichtbar.“ (Pundt/Matzick 2008: 6).

Mit der Einführung der DRG in den Jahren 2003/2004 fand ein Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung statt. Der Selbstkostendeckung folgte ein administriertes Preissystem mit weit gehenden Auswirkungen insbesondere auf die Berufsgruppe der Pflegenden. Das Resultat war ein Verlust von ca. 50.000 Vollzeitstellen in einem Zeitraum von 10 Jahren. Gleichzeitig hat sich die Verweildauer im Zeitraum 2004–2008 um 20% reduziert und die Anzahl der Fälle erhöht. Im ärztlichen Dienst fand in dem Zeitraum 1995–2005 eine Aufstockung um 19.000 Vollkräftestellen statt. Mit der Aufstockung des ärztlichen Dienstes (Arbeitszeitgesetz) erlebten die Krankenhäuser gleichzeitig auf dem Arbeitsmarkt einen Ärztemangel.

Der Mangel an Ärzten und die in den vergangenen Jahren sehr enge Betriebskostenfinanzierung (ebenfalls die nicht ausreichende Investitionskostenfinanzierung) beförderten die Diskussion um eine neue Aufgabenverteilung in deutschen Krankenhäusern. Die Umgestaltung und Neuordnung der Aufgabenverteilung im Krankenhaus bietet ein breites Spektrum an Diskussionen. Betroffen sind in erster Linie Pflegefachpersonal sowie medizinisch-technische Assistenzberufe (vgl. Rossbruch 2003, Stemmer, Haubrock, Böhme 2008, DKI 2008, Barth 2008). Diskutiert werden vor allem die Übernahme von Tätigkeiten wie die venöse Blutentnahme, intravenöse Medikamentengabe, Verbandswechsel, Wundversorgung und Schmerzmanagement oder das selbständige Erstellen und Befunden von EKG (vgl. Offermanns 2008). Die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachberufe oder Med.-techn. Assistenzberufe ist grundsätzlich erwünscht, jedoch sind einige Bedingungen zu er-

füllen. Eine Umstrukturierung darf nicht ausschließlich zu einer Ökonomisierung führen, sondern vielmehr zu einer Weiterentwicklung der Versorgung, in deren Mittelpunkt auch zukünftig die Patienten und Patientinnen mit ihren spezifischen Gesundheitsbedürfnissen stehen. Zudem müssen haftungsrechtliche Fragen, eine Aufstockung bei der Personalbemessung der übernehmenden Berufe, die Vergütung höherwertiger Tätigkeiten sowie berufsrechtliche Korrekturen bei dauerhafter Übertragung vorgenommen werden.

⇒ **Neue Aufgaben brauchen neue Qualifikationen und Wege der Arbeitsorganisation, aber nicht immer neue Berufe!**

In vielen Fällen ist die Umverteilung von Aufgaben sinnvoll und dient auch der Qualitätsverbesserung. Parallel zur Diskussion um die Entlastung des ärztlichen Personals von „arztfremden Tätigkeiten“ wird auch die Entlastung des Pflegepersonals von „pflegefremden“ Tätigkeiten an Pflegeassistenten oder Servicepersonal diskutiert. Die Entlastung von Bürokratieaufgaben oder Aufgaben, die in erster Linie hauswirtschaftliche Tätigkeiten betreffen, können an dieser Stelle beispielhaft aufgeführt werden. Umverteilung darf allerdings nicht zu einem „Taylorismus“ in der Gesundheitsversorgung führen. Neu geschaffene Qualifikationen, die auf abgeschlossenen Berufsausbildungen aufbauen, sind unter berufsbildungsrechtlichen und arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten durchaus wünschenswert. Allerdings sind nicht alle neu geschaffenen Berufe, Zusatzqualifikationen oder Zusatzausbildungen mit Blick auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit tatsächlich zielführend und wünschenswert. Ein Beispiel, das die Arbeitsteilung auf die Spitze treibt und sinnbildlich für die kontraproduktive Entstehung von neuen Berufsbildern steht, ist der „Phlebotomist“. Sicherlich ist es diskussionswürdig, ob die intravenöse Blutentnahme ausschließlich durch ärztliches Personal vorgenommen werden kann, doch für diese Aufgaben ein neues Berufsfeld zu entwickeln, ist höchst zweifelhaft. Bei neu geschaffenen Berufsbildern ist zudem zu prüfen, ob es sich um eine berufliche Erstausbildung oder um eine Zusatzausbildung

bzw. eine Weiterbildung handelt. Im Bereich der Weiterbildungsabschlüsse ist eine Standardisierung anzustreben. Während es für zahlreiche etablierte Tätigkeitsfelder funktions- und fachbezogene Weiterbildungsgänge gibt, sind in den letzten Jahren zunehmend auch betriebliche oder konzernweit organisierte Zusatzausbildungen entstanden. Diese sind mit Blick auf ihre demokratische Legitimierung, ihre gesellschaftliche Anerkennung und Verwertbarkeit außerhalb der jeweiligen Betriebsstrukturen kritisch zu prüfen.

In der gesamten Diskussion sollte berücksichtigt werden, dass die Arbeitsorganisation in Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Branchen stark durch Hierarchien geprägt ist. Stellt man den Beschäftigten die konkrete Frage, welche Arbeiten ihrer Meinung nach delegierbar sind, antworten die Ärzte „administrative Aufgaben“ und die Pflegenden „Wir würden gerne mehr ärztliche Tätigkeiten, weniger hauswirtschaftliche übernehmen“. Es darf kein verlagertes „Hierarchiegerangel“ entstehen, vielmehr muss eine neue Arbeitsorganisation entwickelt werden, in der alle Berufsgruppen an einem Strang ziehen. Ob durch mehr Differenzierung und Spezialisierung im Berufssystem tatsächlich mehr Integration, Qualität und Wirtschaftlichkeit in den Einrichtungen erzielt werden kann, ist derzeit noch nicht abschließend geklärt. Ein wesentlicher Aspekt für erfolgreiche Modernisierung ist die Kooperation der unterschiedlichen Berufe im Gesundheitssektor. Dies muss schon in der Ausbildung beginnen und auch Bestandteil der Weiterqualifizierung sein. Schon die Unterteilung „ärztliche“ und „nicht ärztliche“ Tätigkeit ist nicht zielführend und macht die momentane Dominanz der ärztlichen Berufsgruppe spürbar. Von allen Gesundheitsberufen wird zukünftig eine engere Kooperation erwartet. Um hier eine Veränderung zu erreichen, müssen Kooperation und Prozessorientierung bereits in der Ausbildung erlernt werden. Die Arbeit am Menschen und die Qualifizierung zum Teamplayer müssen in den Vordergrund treten. Dies erfordert nicht zuletzt die Überwindung tradierter Professions- und Standespositionen, insbesondere auch im Management der Einrichtungen. Die ausschließlich berufsbezogene Interessensvertretung ist

angesichts vergleichbarer Problemlagen von Gesundheitsarbeit im Arbeitsalltag ohnehin nicht haltbar. Eine gemeinsame Strategieentwicklung zur Überwindung der Achillesferse „Arbeit und Qualifizierung“ drängt.

⇒ **Möglichkeiten des Bafög für den Gesundheitssektor erschließen sowie Qualitätssicherung und Verbraucherschutz ausbauen!**

Zur Finanzierung möglicher Weiterqualifizierungen kann festgehalten werden, dass das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) eine Reihe von Möglichkeiten auch für den Gesundheitssektor bietet. Entgegen der oftmals gängigen Meinung, Meister-Bafög gäbe es nur im Handwerk, ist dies auch eine Möglichkeit, eine Weiterqualifizierung im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe zu finanzieren. Mit der 2009 beschlossenen Reform des Meister-Bafögs werden auch die Altenpflegeberufe sowie die Fortbildung zum Erzieher/Erzieherin in die Förderung aufgenommen. Gerade bei Betrachtung der demografischen Entwicklung wird dieser Aspekt in naher Zukunft einen Bedeutungszuwachs erlangen.

Des Weiteren gibt es noch eine Reihe ungeklärter Aspekte, die weiteren Diskussionsstoff liefern. Welche Rolle spielt beispielsweise die Umgestaltung der Studiengänge auf BA und MA-Modelle für den Studiengang der Humanmedizin? Wie können die Forderungen nach mehr Qualitätssicherung und Verbraucherschutz im Bereich gesundheitsbezogener Aus-, Fort- und Weiterbildung umgesetzt werden? Vor allem an der Schnittstelle von medizinisch-orientierten Diensten und Wohlfühlleistungen ist in den letzten Jahren ein neues Gestaltungsfeld gesundheitsbezogener (Fach)arbeit entstanden, welches durch hybride Tätigkeiten und veränderte Kompetenzschnitte gekennzeichnet ist. Traditionelle Berufsgruppen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Physiotherapeut/-in, Masseur/-in und med. Bademeister/-in, Fachangestellte/-r für Bäderbetriebe, Motopäde/-in, Sportwissenschaftler/-innen etc.) drängen ebenso in dieses Dienstleistungsfeld, wie die Absolventen neuer Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge (z.B. Fitness- und

Wellnesstrainer/-in, Medizinische/r Wellnesstrainer/-in, staatl. geprüfte Vitalassistenten/-innen), grundständige Ausbildungsgänge stehen neben Angeboten der beruflichen Fort- und Weiterbildung und universitären Qualifizierungswegen (z.B. Sporttherapeuten/-innen, Sportpädagogen/-innen). Hier ist zu prüfen, ob es sich um sinnvolle Weiterentwicklungen der Fort- und Weiterbildung handelt. Neben einer Qualitätsprüfung für neu geschaffene Fort- und Weiterbildungsangebote ist auch die systematische Analyse der Verwertbarkeit entsprechender Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt dringend notwendig.

⇒ **Chancen des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) nutzen – Internationale Vergleichbarkeit der Qualifikationen ermöglichen!**

Neben den Debatten um die neue Aufgabenverteilung in der Gesundheitswirtschaft und deren Konsequenzen für die Qualifikation der Beschäftigten, ist angesichts der europäischen Dimension der zukünftigen Gestaltung der Gesundheits- und Pflegedienste zudem nach der Bedeutung und den Wirkungen des europäischen Qualifikationsrahmens zu fragen. Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) versteht sich als Referenzrahmen, der die Qualifikationssysteme der europäischen Länder miteinander verknüpfen soll, um Qualifikationen im gesamten Europa trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen miteinander vergleichbar zu machen. Zwei Kernziele werden dabei verfolgt:

1. Förderung der grenzüberschreitenden Mobilität und
2. Unterstützung von lebenslangem Lernen für Beschäftigte.

Der EQR beinhaltet 8 Referenzniveaus, die die gesamte Bandbreite der Qualifikationen erfassen sollen. Er erfasst sämtliche Qualifikationen der allgemeinen, beruflichen und akademischen Aus- und Weiterbildung. Im EQR wird ein Lernergebnis als Aussage darüber definiert, was ein Lernender nach Abschluss eines Lernprozesses weiß, versteht und in der Lage ist, zu tun. Diese Lern-

ergebnisse werden in die Kategorien Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenz eingeteilt. Demzufolge wird ein breites Spektrum unterschiedlicher Qualifikationen erfasst, vom Theoriewissen bis zu sozialen Kompetenzen.

Parallel dazu haben sich in Deutschland Bund und Länder darauf verständigt, einen Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) zu entwerfen, der sich zum EQR komplementär verhalten soll. Demnach bringt der DQR die unterschiedlichen Teilbereiche der Qualifikationen zusammen und ordnet sie nach 8 Stufen. Ähnlich wie der EQR arbeitet der DQR outputorientiert, d.h. die Fähigkeit und Bereitschaft, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten bilden die Grundlage für die anschließende Einstufung. In diesem Zusammenhang werden zwei Kompetenzkategorien unterschieden: Fachkompetenz und personale Kompetenz, die sich in Kenntnisse und Fertigkeiten und Sozial- und Selbstkompetenz untergliedern. Es ist geplant, den DQR bis 2010 zu erproben.

Gerade unter der Berücksichtigung der zunehmenden „Europäisierung“ ist es zwingend notwendig, ein System zu entwickeln, das die Vergleichbarkeit der Qualifikationen unterschiedlicher Länder miteinander möglich macht. Ein gut funktionierendes transparentes System ist in erster Linie unter dem Gesichtspunkt des Arbeitnehmerschutzes zu sehen. Grundsätzlich wird ein solcher outputorientierter Ansatz, wie er im EQR und DQR verfolgt wird, positiv bewertet. Einen besonderen Vorteil bietet die Einbeziehung von personellen und informellen Kompetenzen bei der Einstufung in die Kategorien. Gleichzeitig kann ein Beitrag dazu geleistet werden, in der Gesundheitswirtschaft Hierarchien abzubauen.

Dennoch ergeben sich eine Reihe von Unklarheiten. Eine Schwierigkeit stellt vor allem die Messbarkeit sozialer Kompetenzen dar. In welcher Form Beurteilungskriterien entwickelt werden können, die eine einheitliche, gerechte und vergleichbare Beurteilung zulassen, ist bislang noch unklar. Hier muss auf die Gefahr der Willkür bei der Punktevergabe hingewiesen werden. Es darf kein System entstehen, in dem Punkte „gehandelt“ oder aufgrund von Beziehungen vergeben werden. Problematisch ist zudem die numerische Benennung der 8 Kategorien. Eine solche Bezeichnung führt häufig dazu, dass unzulässige Vergleiche über die Abstände der Kategorien vorgenommen werden („Kategorie 2 hat eine doppelt so hohe Qualifizierung wie Kategorie 4“). Eine neutrale Bezeichnung wäre an dieser Stelle angebracht (A, B, C etc.). Keinesfalls dürfen die Kategorien den Rahmen für tarifpolitische Gestaltungen bilden und es muss gewährleistet sein, dass die Kategorien durchlässig sind und bei Erwerb von neuen Qualifikationen angepasst werden können. Berufliche Qualifikation der Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen angemessen abgebildet werden. Das System darf der Gleichwertigkeit beruflicher und akademischer Bildung nicht entgegenstehen.

Alles in allem besteht Einigkeit darin, dass die Entwicklung eines solchen einheitlichen Beurteilungssystems sehr viel Zeit benötigt, um mögliche Fehlerquellen zu identifizieren und daraus resultierend Lösungsmöglichkeiten zu erörtern. Die Entwicklung darf nicht voreilig erfolgen und es sollte eine angemessene Erprobungsphase angeschlossen werden, die über den Zeitraum von 2010 verlängert werden sollte.

5. Europäische Visionen: Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Modell für mehr Gesundheit und Pflege?

Deutschland gehörte und gehört zu den Aktivposten und Treibern der europäischen Integration. Gestützt wurde diese Haltung gerade auch durch die Sozialdemokratie und durch die Gewerkschaften. Für diese grundsätzliche Orientierung gab und gibt es gute Gründe: „Europafreundlichkeit war ein positiver Teil des Gründungskonsenses der Nachkriegsgesellschaft. Und die deutschen Gewerkschaften haben stets die ökonomischen Erträge des europäischen Binnenmarktes zu schätzen gewusst. Dies in der Hoffnung, die Wettbewerbsgewinne einer exportstarken deutschen Wirtschaft ließen sich in Wohlfahrtsgewinne für Belegschaften und Gesellschaft umwandeln.“ (Urban 2009, S. 29, in: Mitbestimmung 3/2009)

Dieser grundsätzliche Europaoptimismus hat in den letzten Jahren viele Enttäuschungen erlebt. Das „Projekt Europa“ zielt einseitig auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und setzt dafür auf den Ausbau des wirtschaftlichen Wettbewerbs und die dafür notwendige Binnenmarktintegration. Es vernachlässigt aber sowohl die Verteilungs-, Beschäftigungs-, Tarif- und Sozialinteressen als auch den Ausbau der demokratischen Partizipationsmöglichkeiten der breiten Bevölkerung. Dies hat dazu geführt, dass

- im Bereich der Wirtschaft mehr und mehr Europäerinnen und Europäer mit Lohn- und Sozialdumping konfrontiert sind.
- die Europäische Union bei der aktuellen großen Wirtschafts- und Konjunkturkrise erhebliche Probleme beim konzertierten Gegensteuern hat.
- Europa bei immer mehr Menschen an Legitimation und Unterstützung verliert und bei seiner institutionellen Weiterentwicklung auf zum Teil massive Probleme stößt.

- mehr und mehr Sozial- und Politikwissenschaftler die Zukunft des Europäischen Integrationsprozesses für nachhaltig gefährdet halten.

In der deutschen Sozialdemokratie wie auch bei den deutschen Gewerkschaften führen die geschilderten Probleme keineswegs zu einer Europafeindlichkeit. Im Gegenteil: Hier wird der Ruf immer deutlicher, die sich abzeichnenden Anzeichen einer Krise für einen neuen europapolitischen Aufbruch zu nutzen. ver.di formuliert dies in seinem europapolitischen Memorandum wie folgt: „Wir wollen nicht weniger Europa, sondern mehr – aber anders!“. Gemeint ist damit vor allem, dass die derzeit dominierenden Leitprojekte der EU – der Binnenmarkt und die Wirtschafts- und Währungsunion – um ein europäisches Sozial- und Demokratiemodell ergänzt werden müssen. Auf der Tagesordnung steht, dass eine steigende wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit sich auch in mehr Wohlfahrt und Demokratie niederschlagen muss.

In den Expertengesprächen des Projekts „Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten“ kamen die geschilderten europapolitischen Perspektiven immer wieder durch. Zwar hatte das Projekt keineswegs den Auftrag und die Expertise, einen neuen europapolitischen Aufbruch zu skizzieren; gleichwohl galt als unstrittig, dass die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme nicht im Windschatten oder Schlepptau der Wettbewerbs- und Binnenmarktpolitik gelingen kann, sondern nur dann eine Chance hat, wenn Europa sein Wirtschaftskonzept um ein ehrgeiziges Sozialkonzept ergänzt.

Die Gesundheitssysteme in der EU stehen (fast) alle vor großen Herausforderungen. Der Wandel der Gesellschaft, der medizinisch-tech-

nische Fortschritt sowie das steigende Gesundheitsinteresse wachsender Teile der Bevölkerung machen einen Anstieg des Bedarfs und der Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeangeboten höchst wahrscheinlich. Gleichzeitig ist nicht nur fraglich und umstritten, wie und in welcher Qualität der steigende Leistungsbedarf erbracht und finanziert werden kann, sondern es ist auch absehbar, dass das Arbeitskräftepotenzial im Gesundheitssektor knapp und (auch zwischen EU-Ländern) umkämpft sein wird. Schon heute bildet die Gesundheitsbranche einen der wichtigsten Zweige der EU-Wirtschaft und beschäftigt jede zehnte Arbeitskraft. In Zukunft dürfte der Arbeitskräftebedarf im Gesundheitssektor in (fast) allen EU-Ländern noch deutlich steigen.

Diese Konfiguration von Herausforderungen und Rahmenbedingungen legt eine integrierte europäische Antwort nahe. Sie könnte darauf hinauslaufen, unter dem Dach eines ehrgeizigen Sozialmodells die Gesundheitslandschaft Europa so weiterzuentwickeln, dass hier die weltweit beste und gleichzeitig auch effizienteste Gesundheitswirtschaft entsteht. So könnte nicht nur wegweisend auf die Gesundheits- und Versorgungsinteressen der europäischen Bevölkerung reagiert werden. Sondern es wären auch kräftige Wachstumsimpulse zu erwarten. Im Wettstreit mit den USA, mit Japan und mit Indien könnte sich die EU als Heimat für die Gesundheit profilieren.

Weil die EU aber in allererster Linie die Förderung der Wirtschaft über Wettbewerb und Binnenmarktintegration betreibt und weil die Sozialpolitik nach wie vor Aktionsfeld der Nationalstaaten ist, gibt es bislang nur wenige Initiativen und Impulse für eine europäische Gesundheits(wirtschafts-)politik. Und diese sind zudem i.d.R. abgeleitet aus den wirtschafts- und wettbewerbpolitischen Zielen der EU und drohen deshalb zu neuen gesundheitspolitischen Problemen und Verwerfungen zu führen. Anhand von drei Initiativen der europäischen Ebene soll dieses „Dilemma gegenläufiger Politikstrategien“ der europäischen Gesundheitspolitik erläutert werden:

- Im Herbst 2007 legte die Kommission ein Weißbuch „Gemeinsam für Gesundheit. Ein strategischer Ansatz der EU 2008–2013“ vor, in dem Wertvorstellungen zur Gesundheitsversorgung in der EU, Aussagen zur Förderung von Prävention und Gesundheitsschutz, zur Folgenabschätzung gesundheitlicher Gefahren sowie zur Politikintegration unterbreitet werden. Diese grundsätzlichen Orientierungen werden zwar breitflächig gutgeheißen, jedoch fehlen greifbare und belastbare Wege, die vorgeschlagenen Maßnahmen auch tatsächlich in Angriff zu nehmen und zu realisieren. Insofern hat das Weißbuch zwar beim Agenda-Setting sehr viel weitergeholfen, bleibt jedoch im Hinblick auf seine strategische Wirkung in weiten Bereichen wirkungslos.
- Im Sommer 2008 wurde ein „Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Versorgung“ – kurz: Richtlinienentwurf Patientenrechte – vorgelegt. In diesem wurden keineswegs nur Patienteninformationsrechte und Patienteninformationssysteme vorgeschlagen, sondern auch komplexe Vorgaben für die Patientenmobilität in Europa oder auch für Niederlassungsmöglichkeiten von Gesundheitsdienstleistern in einem anderen EU-Mitgliedsland umrissen. Sehr gravierend etwa könnte sich auswirken, dass der Entwurf neue Möglichkeiten eröffnen will, dass Gesundheitsdienstleister ihre Angebote grenzüberschreitend anbieten können. Bislang bedarf eine planbare Behandlung in einem Krankenhaus nach gängiger Rechtsprechung einer Vorabgenehmigung der zuständigen Stellen im Herkunftsmitgliedstaat. Dies soll nach den Vorschlägen des Richtlinienentwurfs entfallen. Im Endeffekt könnte dies bedeuten, dass Gesundheitsdienstleistungen demnächst europaweit angeboten werden. Eine ungebrochene Umsetzung dieses Vorschlages könnte so zu einer europaweiten Dauerkonkurrenz bei den Gesundheitsdiensten führen und dann Versorgungsengpässe in solchen Regionen zur Folge haben, deren Anbieter bei diesem Wettbewerb

nicht mithalten können. Darüber hinaus könnte die Patientenrichtlinie auch neue und tiefere Ungleichheiten nach sich ziehen. Patienten aus Ländern mit langen Wartezeiten oder schlechten Versorgungsangeboten könnten sich zwar im Ausland behandeln lassen, müssten aber die Organisations- und Reisekosten selbst tragen. Dies könnten sich nur Wohlhabende leisten und insofern kann die Richtlinie die Gefahr einer Zwei-Klassen-Medizin verschärfen.

- Mit Blick auf die oben skizzierten absehbaren Knappheiten bei den Arbeitskräften des Gesundheitswesens in Europa hat die Europäische Kommission Ende 2008 ein Grünbuch vorgelegt (KOM [2008] 725). „Ziel dieses Grünbuchs ist es, die Probleme der Gesundheitsberufe in der EU stärker in den Vordergrund zu rücken, ein klareres Bild der Herausforderungen zu zeichnen, denen sich Gesundheitsmanager auf lokaler und/oder nationaler Ebene gegenübersehen, und eine bessere Grundlage für Überlegungen darüber zu bilden, was auf EU-Ebene zur wirksamen Lösung dieser Probleme unternommen werden kann (...).“ (S. 4) Von nahezu allen Fachleuten wird begrüßt, dass mit diesem Grünbuch die Diskussion über die Zukunft der Arbeit in den europäischen Gesundheitssystemen an Dynamik gewinnt. Im Hinblick auf die Ausgangsdiagnose, dass die Gesundheitssysteme in der EU vor großen Herausforderungen stehen und zu deren Bewältigung über mehr effiziente und effektive Arbeitskräfte verfügen müssen, besteht einhellig volle Übereinstimmung mit dem Grünbuch. Fragen und Zweifel gibt es jedoch im Hinblick auf die Analyse der Problemursachen und bezüglich der Tragfähigkeit der skizzierten Lösungsansätze. Ein Teil der Probleme liegt darin begründet, dass die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen fast überall sehr schlecht sind. Aus diesem Grund muss bezweifelt werden, dass die im Grünbuch angeregten Aktivitäten – Suche nach neuen Wegen zu besserer Gleichstellung und zur besseren Vereinbarkeit von Berufs-, Familien- und Privatleben, mehr Anwerben und Ansprechen von jungen Beschäftigten, Ausbau der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie ein Ausbau des

Mobilitätsmanagements von Arbeitskräften des Gesundheitswesens in der EU – angemessen sind, um die Versorgung der europäischen Gesundheitswirtschaft mit hinreichend gut qualifiziertem Personal tatsächlich zukunftsicher zu machen. Das Grünbuch nimmt die Problemsymptome zwar wahr, analysiert deren Ursachen aber unzureichend und liefert deshalb auch zweifelhafte Problemlösungsvorschläge.

Bei der Auseinandersetzung mit den skizzierten Initiativen des Europäischen Rates und der Europäischen Kommission wird immer wieder deutlich, dass die befürchteten und kritisierten Folgen nicht zuletzt auf ein Grundproblem zurückzuführen sind: Es fehlt an einer anspruchsvollen sozialpolitischen Strategie der EU, die als eigenständige Orientierung und Legitimation wirkt. „Ersatzweise“ sind die vorgeschlagenen Maßnahmen dementsprechend entweder selbst aus den EU-Leitprojekten Wettbewerb und Binnenmarkt abgeleitet, oder sie müssen mit diesen kompatibel sein, wenn sie auf EU-Ebene Akzeptanz, Unterstützung und Bindungswirkung erzielen wollen. Dies führt dazu, dass die Bedeutung, die Besonderheiten und Eigengesetzlichkeiten jener Bereiche des Gesundheitswesens, die entweder gar nicht oder nur schlecht über Markt und Wettbewerb geregelt werden können, nicht aufgegriffen oder nur als Gestaltungsappelle an die Mitgliedsländer weitergegeben werden können. So werden die Vielfalt, die Unübersichtlichkeit und die Ungleichheiten in der Gesundheitslandschaft Europa eher vergrößert denn abgebaut; und auch die Chance, dass Europa weltweit zur Gesundheitsregion Nr. 1 wird, verbessert sich nicht.

Bei der Auseinandersetzung mit der EU-Gesundheitspolitik werden Probleme und Herausforderungen schnell offensichtlich. Schwerer fällt es dagegen, umsetzbare und nachhaltig tragfähige Gestaltungswege für einen Aufbruch zu einem neuen zukunftsfähigen Sozialmodell zu umreißen. Ein Grund dafür ist, dass die EU-Politik bislang in allererster Linie auf Wirtschaft, Wettbewerb und Binnenmarkt fokussiert ist. Ein anderer liegt aber auch darin, dass das Verständnis, die Organisation, die Institutionen und Strukturen

des Gesundheitswesens zwischen den verschiedenen EU-Mitgliedsländern erheblich voneinander abweichen. Dies zeigt sich im Großen, wenn es darum geht, ob die Gesundheitssysteme durch öffentliche, private oder gemeinschaftliche Strukturen, Träger und Verantwortlichkeiten geprägt sind. Dies offenbart sich aber auch in – je nach Entwicklungsniveau – stark voneinander abweichenden Sozialleistungsquoten sowie in einer oftmals unüberschaubaren Vielfalt von Detailfragen, die in verschiedenen Ländern z. T. völlig unterschiedlich gesehen und geregelt werden – etwa wenn es um die Frage geht, ob der Pflegektor nun zum Kernbereich der öffentlichen Daseinsvorsorge gehört oder eher als ein eigenständiger, privat- oder gemeinwirtschaftlich zu organisierender Leistungsbereich angesehen wird.

Von der Arbeitsgruppe „Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten“ wird vorgeschlagen, dass sich die zukünftige Politik der Sozialdemokratie und der Gewerkschaften im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Europäischen Gesundheits- und Pflegepolitik an folgenden Eckpunkten orientiert:

- Die politische Arbeit zur weiteren europäischen Integration hat begonnen und sollte intensiviert werden. Dabei sollte es gerade auch um eine signifikante Aufwertung sozial- und gesundheitspolitischer Ziele gehen. Unerlässlich ist ein alternatives Wirtschafts- und Sozialmodell, das im Hinblick auf den Gesundheitssektor an zwei Zielen ausgerichtet ist: Zum einen die Versorgung deutlich besser, gerechter und effizienter zu gestalten; zum anderen Europa in gesundheitswirtschaftlichen Fragen zur führenden Region in der Welt werden zu lassen. Zentrale Eckpfeiler eines europäischen Sozialmodells sollten dabei sein: hohe Qualität, gleichberechtigter Zugang, Transparenz, langfristige Finanzierbarkeit, schrittweise Überwindung der bestehenden Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zwischen den Mitgliedsstaaten. Gelingt in Europa ein neuer Friede, eine neue Synergie zwischen Ökonomie und Gesundheit, nutzt dies nicht nur den Menschen, sondern lässt auch die Wirtschaft profitieren.
- Mittel- und langfristig ist eine verbesserte Koordination der Sozialen Sicherungssysteme erforderlich. Um diese zu ermöglichen und um gleichzeitig einen wettbewerbsbedingten Abbau von sozialstaatlichen Leistungen zu stoppen, schlägt ver.di ein so genanntes Korridormodell vor (vgl. Bsirske 2009, 23). Danach wären in der EU für verschiedene Gruppen von Staaten – je nach Entwicklungsniveau – Bandbreiten, Korridore von Sozialleistungsquoten festzulegen. Damit würden die Dimensionen und die Leistungsmöglichkeiten der Sozialpolitik an das ökonomische Entwicklungsniveau der jeweiligen Staaten gekoppelt. Durch solche Korridore wäre eine Politik des Sozialdumpings deutlich erschwert. Einzelne Länder könnten sich durch eine unterdurchschnittliche Sozialleistungsquote keine Wettbewerbsvorteile verschaffen. Das würde die Dumpingdynamik brechen und eine soziale Fortschrittspolitik erleichtern.
- Bei Abstimmungen über Struktur- und Organisationsfragen wie bei Abstimmungen über Grundsatzfragen – etwa über Patientenrechte, Qualitätsstandards, Qualifikationen – darf es auf keinen Fall zu einer Angleichung nach unten kommen. Deshalb bietet es sich an, als Methode zur Angleichung auf einen Prozess der offenen Methode der Koordinierung (OMK) zu setzen. Die OMK als weiches Steuerungsinstrument kann Informationsaustausch und Kooperation hinsichtlich ausgewählter Ziele voran bringen und für die Festlegung gemeinsamer Ziele, Indikatoren und Verfahren für die Überprüfung der Zielerreichung genutzt werden. Die OMK setzt so einen Lernprozess über erfolgreiche Strategien zwischen den Mitgliedsstaaten in Gang.
- Konkrete Chancen für internationale Kooperationsprojekte sollten aktiv aufgegriffen werden. Immer dann, wenn sich pragmatische Möglichkeiten ergeben, durch Kooperation die Qualität und die Effizienz in der Gesundheitsversorgung zu verbessern, gilt es diese mit Nachdruck anzugehen. Ein wichtiges Beispiel hierfür ist etwa die Telematik im Gesundheitswesen. Trotz der kontroversen Debatten, die hierzu in Deutschland laufen, gibt es in diesem

Gestaltungsfeld vielfältige interessante Ansatzpunkte – von der Nutzung vereinheitlichter Versicherungskarten für die Verwaltungs- und Abrechnungsprozesse bis hin zu neuen Wegen bei der Fernüberwachung von Vitalparametern (Telehealthmonitoring).

- Begleitet werden sollten die skizzierten Aktivitäten durch den Aufbau eines europäischen „Innovationsmonitors Gesundheit“. Dieser sollte u. a. die folgenden Bestandteile beinhalten: Ausbau von grenzüberschreitenden Modellversuchen, um Möglichkeiten zu erkennen, wie Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden können; Auf- und Ausbau einer integrierten Technologie- und Sozialfolgenabschätzung für Gesundheitsinnovationen; Aufbau eines Indikatorensystems, mit dem die Zielerreichung sowohl bei den gesundheitspolitischen als auch bei den gesundheitswirtschaftlichen Zielen nach verfolgt werden kann.

Ergänzend zu den skizzierten Eckpunkten zur Weiterentwicklung der Europäischen Gesundheits- und Pflegepolitik haben die Diskussionen des Expertengesprächs eine Fülle weiterer Anregungen für zukünftige Debatten, Forschungen und Gestaltungsaktivitäten geliefert. Die wichtigsten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ⇒ **Die Trends zu einem gemeinsamen Markt der Gesundheits- und Pflegedienste sind keine Zukunftsvision, sondern in Teilen bereits Realität!**

In den vergangenen Jahren war zunehmend eine Internationalisierung von Gesundheitsdienstleistungen zu beobachten. Die Dimensionen reichen von der gezielten Ansprache und Mobilisierung ausländischer Patienten für Gesundheitsdienstleistungen im Inland, über den Export von Versorgungsangeboten/-lösungen ins europäische Ausland, bis hin zur grenzüberschreitenden Versorgung von Patienten auch aus Ländern mit einer Unterversorgung medizinischer Leistungen. Aber nicht nur Patienten sind mobil, sondern auch die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen. Insofern ist ein europäischer Markt für die Gesundheits- und Pflegedienste nicht mehr nur

reine Vision, sondern in Teilbereichen Realität. Die Wahlfreiheit des Patienten ist ein genuines Recht, d.h. die Tatsache, dass Gesundheitsdienste unter das Primat des Wettbewerbs bzw. der Binnenmarktregelung gestellt werden, kann allein kein Gegenstand von Kritik sein. Aus sozialpolitischer Sicht stellt sich jedoch die Frage, ob es wünschenswert ist, Patienten aus Ländern mit einer medizinischen Unterversorgung einen besseren und schnelleren Zugang zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten im Ausland zu ermöglichen, oder ob es nicht vielmehr Aufgabe sein muss, Versorgungsengpässe innerhalb der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme zu überwinden. Gleichwohl ist das grenzüberschreitende Design von Versorgungslösungen dringend geboten. Leitend für die weitere Diskussion ist damit nicht primär die Frage ob, sondern wie, mit welcher Zielsetzung und in welchem Umfang Regelungsbedarf besteht.

- ⇒ **Die europäische Vision eines gemeinsamen Modells der Gesundheits- und Pflegedienste – Erfordernisse, Chancen und Risiken müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden!**

Angesichts der sich in den letzten Jahren abzeichnenden Entwicklung drängt sich auf, Erfordernisse (Bedarfe/Bedürfnisse der Patientinnen), Chancen aber auch Risiken einer europäischen Vision sorgfältig miteinander abzuwägen. Ausgehend davon ist zu klären, in welchen Feldern neue Dienstleistungslösungen und Angebote sinnvoll entwickelt werden können und wie sich grenzüberschreitend internationale Versorgungsprozesse optimieren lassen. Auch wenn derzeit noch keine belastbaren quantitativen und qualitativen Daten zu den Versorgungsbedarfen im Ausland lebender Menschen vorliegen, so konstatieren Experten hier dennoch Handlungsbedarf. Gleichwohl darf bei neuen internationalen Lösungen keineswegs in Kauf genommen werden, dass diese auf Kosten der wohnortnahen Versorgung gehen. Im Mittelpunkt sollte vielmehr die Gestaltung des Wechselspiels von „Internationalität“ und „Regionalität“ in der Gesund-

heitsversorgung stehen. Mögliche negative Folgen eines europäischen Gesundheitsmarktes dürfen nicht aus den Augen verloren werden. Aufmerksam gemacht wird in diesem Zusammenhang vor allem auf die Gefahr der Exklusion von Patientengruppen, den möglichen Verlust der Planbarkeit im Krankenhaussektor sowie auf ungeklärte Auswirkungen auf die Fachkräftenachfrage.

⇒ **Beim Design zukunftsfähiger Versorgungslösungen kann in Europa voneinander gelernt werden!**

Die Realisierung eines europäischen Gesundheits- und Sozialmodells bedarf nicht nur einer differenzierten Auseinandersetzung mit den Erfordernissen, Chancen und Risiken eines europäischen Gesundheitsmarktes. Des Weiteren ist es sinnvoll, den Austausch über strategische Ansätze, Leistungsfähigkeit und Grenzen von Netzwerklösungen und Clusterstrategien sowie erfolgreiche (und nicht-erfolgreiche) Innovationsprojekte auf europäischer Ebene zu befördern. Zwar verfügen die europäischen Mitgliedsstaaten über differenzierte Gesundheitssysteme. Im Rahmen der Gestaltung eines gemeinsamen Weges zu verbesserten Gesundheits- und Pflegediensten ist eine Orientierung entlang der Devise „Sozial ist, was Gefährdungen ausschließt“ zwar eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung. Vielmehr muss gezielt auch der Austausch über gute Lösungen befördert werden. Wenn ein entsprechender Dialog Gegenstand und Motor einer europäischen Vision wird, kann dies auch dazu beitragen, das Design zukunftsfähiger Versor-

gungslösungen zu befördern. Dies setzt jedoch voraus, dass es zunächst eine Vision darüber gibt, was die Eckpunkte einer Zukunftsstrategie innovativer Gesundheits- und Pflegedienste sind, welche Differenzen sich derzeit zwischen der Vision und der Realität aufzeigen lassen, und wie durch den Austausch internationaler Erfahrungen ein Entwicklungsbeitrag geleistet werden kann.

⇒ **Die europäische Vision eines gemeinsamen Marktes der Gesundheits- und Pflegedienste – die Anbieterseite ist derzeit eine unbekannt Variable!**

Eine differenzierte Debatte um Chancen und Risiken eines gemeinsamen europäischen Marktes der Gesundheits- und Pflegedienste muss sich auch mit den Innovationschancen, -strategien und -hemmnissen der Anbieter im Gesundheitsmarkt auseinandersetzen. Im Mittelpunkt stehen bislang grundsätzliche Fragen des Verhältnisses von Regulierung/Deregulierung, die potenziellen Folgen eines europäisierten Gesundheitsmarktes für die Patienten sowie die Herausforderungen der Gestaltung nationaler Gesundheitssysteme im Spannungsfeld von Internationalisierung und regionaler, wohnortnaher Gesundheitsversorgung. Um Aussagen zu den tatsächlichen (nationalen/internationalen) Innovationschancen im europäischen Gesundheitsmarkt treffen zu können, muss zukünftig Wissen um Strategien der Marktidentifizierung, -entwicklung und -erschließung durch Gesundheitsanbieter generiert werden. Bislang liegen hierzu kaum Erkenntnisse vor.

6. Schlussfolgerungen und zentrale Botschaften: „Mehr Gesundheit wagen!“

Gesundheit ist ein wichtiger und dynamischer Wirtschaftsfaktor! Der Zukunftsstandort Deutschland kann von einer Stärkung der Gesundheitswirtschaft nachhaltig profitieren.

Die Gesundheitsbranchen zusammen bilden mit ihren rd. 4,5 Millionen Beschäftigten eine der größten Wirtschaftsbereiche in Deutschland. Der Sektor hat sich in den letzten Jahren sehr dynamisch entwickelt, viele zusätzliche Arbeitsplätze geschaffen und ist mittlerweile das wichtigste Einsatzgebiet für High-Tech-Innovationen. Weltweit gilt die Gesundheitswirtschaft als eine der viel versprechendsten Zukunftsbranchen.

In Deutschland ist völlig unstrittig, dass eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung eine soziale und politische Verantwortung mit höchster Priorität darstellt. Darüber hinaus ist unübersehbar, dass eine gute gesundheitliche Lage (vor allem der arbeitenden) Bevölkerung unerlässlich für eine gut funktionierende Wissensgesellschaft ist. Gleichwohl wurde und wird immer wieder die Sorge laut, Ausgaben für Gesundheit gefährdeten die Wettbewerbsfähigkeit der Gesamtwirtschaft und die Forderung erhoben, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht nur zu stabilisieren sondern sie zu senken, um die Lohnkosten zu reduzieren. Mittlerweile findet jedoch teilweise ein Paradigmenwechsel im Denken statt. Mehr und mehr Wissenschaftler, Struktur- und Regionalpolitiker entdecken die wirtschaftsaktivierenden Kräfte eines starken Gesundheitswesens. „Mehr Gesundheit wagen!“ kann nicht nur zu mehr Lebensqualität führen, sondern kann auch Treiber für mehr Arbeitsplätze und für ein nachhaltiges Wachstum werden.

Die Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft verlangt Innovationsorientierung bei den Anbietern und ein starkes sozialpolitisches Rückgrat!

Eine zentrale Voraussetzung dafür, dass die Synergie zwischen Gesundheit, Arbeit und Wirtschaft gelingt ist, dass die Akteure der Gesundheitswirtschaft selbst auf Innovation setzen und sich für durchgreifende und kontinuierliche Verbesserungen bei der gesundheitlichen Versorgung engagieren. Eine weitere unerlässliche Bedingung ist, dass auch die politischen und rechtlichen Weichen so gestellt sind, dass die Bevölkerung einen optimalen Zugang zur Gesundheitsversorgung hat. Nur dies garantiert, dass die Stärkung der Gesundheitswirtschaft von der Bevölkerung als angemessen und gerecht empfunden wird. Nur dies stellt sicher, dass innovative Produkte und Dienstleistungen schnell auf eine ausreichende Nachfrage und auf Absatzmöglichkeiten stoßen. Aus gewerkschaftlicher und sozialdemokratischer Sicht besteht größtes Interesse daran, die Chancen der Gesundheitswirtschaft optimal zu nutzen. Dies kann jedoch nur dann gelingen, wenn dabei die sozialpolitischen Ziele des Sozialstaats Deutschland – ein hohes Versorgungsniveau, eine nachhaltige, verlässliche Versorgungssicherheit, gleicher Zugang – nicht nur nicht aus den Augen verloren werden, sondern besser als bisher erreicht werden.

Anspruchsvolle Leistungsansprüche und solidarische Finanzierungsgrundsätze gehören zusammen!

Das Sozialgesetzbuch V, das die Aufgaben und den Umfang des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) regelt, garantiert den Versicherten eine ausreichende und zweckmäßige Gesundheitsversorgung, die auf dem anerkannten Stand des medizinischen Wissens erbracht wird und die den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. Allerdings sind die Leistungen wirksam und wirtschaftlich tragfähig zu erbringen und können nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden.

Diese anspruchsvolle rechtliche Orientierung wird auch für die Zukunft gebraucht. Sie entspricht den Bedürfnissen und Interessen der in Deutschland lebenden Menschen. Und sie ist gleichzeitig eine zentrale Voraussetzung dafür, dass sich Deutschland als ein weltweit führender gesundheitswirtschaftlicher Kompetenz- und Innovationsstandort profilieren kann.

Eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung ist ohne eine auskömmliche und nachhaltige Finanzierung nicht denkbar. Diese sicherzustellen, war das Ziel der Gesundheitsreform 2007 und wird auch – soviel ist sicher – das Ziel weiterer gesundheitspolitischer Bemühungen bleiben. Aus den bisherigen nationalen und internationalen Erfahrungen bei der Finanzierung von Gesundheitssystemen sollten für zukünftiges Gestalten im deutschen Gesundheitswesen folgende Orientierungen beachtet werden:

- Unerlässlich ist eine klare Entscheidung für eine Bürgerversicherung mit einer Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger. Ziel dabei muss sein, die finanziellen Ressourcen nachhaltig und sozial gerecht an den Bedarf eines modernen Gesundheitswesens anzupassen.
- Die paritätische Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist aufrecht zu erhalten. Aus internationaler Perspektive hat sie dem System bislang nicht nur ein hohes Maß an Autonomie und Stabilität gesichert, sondern sie wirkt auch dahingehend, dass mit den

bereit stehenden Mittel verantwortlich umgegangen wird.

- Die dafür notwendigen Finanzmittel sind solidarisch und paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern auf zu bringen, sprich: Es werden keine Pauschalen erhoben, sondern die Beitragszahler (Mitglieder) sind gemäß ihrer Einkommenshöhe (Bruttoarbeitsentgelt bzw. der Höhe der Lohnersatzleistungen) zu beteiligen.
- Zur Entlastung des Faktors Arbeit bei lohnintensiven Unternehmen sollte (aufkommensneutral) die ergänzende Einbeziehung der Wertschöpfung der Unternehmen in die Bemessungsgrundlage angestrebt werden.
- Über Lohnentgelte und Lohnersatzleistungen hinaus sind auch Vermögenseinkünfte (einschließlich Mieten und Pachten) in die Beitragspflicht ein zu beziehen.
- Für gesellschafts- oder familienpolitisch erwünschte Leistungen, also für solche, die nicht unmittelbar durch Sozialversicherungsstrukturen abgedeckt sind, ist ein angemessener Bundeszuschuss zu leisten. Darunter fällt jedoch nicht die beitragsfreie Familienversicherung, die ein zentrales Element der solidarischen Krankenversicherung ist.
- Der Pflichtleistungskatalog der Krankenversicherung hat alle notwendigen medizinisch sinnvollen und nachgewiesenermaßen wirksamen Leistungen zur Gesunderhaltung und Heilung paritätisch zu finanzieren. Gesundheitsrelevante Wohlfühlleistungen werden wie bisher aus anderen Quellen finanziert.

Ohne nachhaltige Verbesserungen der Arbeitsbedingungen drohen der Zukunftsbranche Gesundheit die Arbeitskräfte auszugehen!

Die Gesundheitswirtschaft hat große Potenziale, zusätzliche Arbeitsplätze zu schaffen. Allerdings ist überdeutlich, dass in einigen Regionen und in einigen Einsatzfeldern – etwa bei Krankenhausärzten oder bei niedergelassenen Ärzten und Altenpflegekräften – Personalengpässe zu erwarten sind. Branchenexperten sprechen von ersten

Anzeichen einer drohenden massiven Fachkräfteknappheit. Diese Sorge geht zum einen auf den demografischen Wandel zurück, in dessen Folge die Zahl der arbeitssuchenden Menschen in den arbeitsfähigen Jahrgängen sinken wird. Die Sorge hat aber auch damit zu tun, dass die Entlohnungs- und Arbeitsbedingungen in vielen Gesundheitsberufen wenig attraktiv sind. Es kommt zu außerordentlich hohen psychischen und physischen Belastungen, die Arbeitsprozesse sind sehr häufig schlecht organisiert, traditionelle Hierarchien werden als demotivierend empfunden und die Entlohnung ist in vielen Berufsgruppen im Vergleich mit konkurrierenden Wirtschaftszweigen vergleichsweise niedrig.

Vor diesem Hintergrund ist es unausweichlich, die Ausbildungs- und Einstellungspolitik in den Einrichtungen und Betrieben der Gesundheitsbranchen zu verbessern. Parallel dazu müssen aber auch Arbeits- und Entlohnungsbedingungen geschaffen werden, die das Interesse an einer dauerhaften Erwerbstätigkeit im Gesundheitswesen befördern. Von der Politik und von den Sozialparteien – auf Bundes- wie auf Länderebene – ist in diesem Zusammenhang eine nationale Initiative zur Arbeitsgestaltung und zur Verbesserung der Entlohnung gefordert. Erste Schritte in Richtung Arbeitsgestaltung sind etwa in der Bundesinitiative „Gute Arbeit“ (INQA) gegangen worden; wichtige Orientierung liefert des Weiteren der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) mit seinem „Index Gute Arbeit“. Nur mit einer deutlichen Ausweitung solchen Engagements zur Arbeitsgestaltung werden sich die drohenden Personalengpässe jedoch mittel- und langfristig nicht lösen lassen. Bei Initiativen zur Attraktivitätssteigerung von Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen ist besonders darauf zu achten, dass bei der in Zukunft anstehenden Neujustierung der Aufgaben zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen und dem Pflegepersonal auf der anderen Seite für alle mehr Anreize zum professionellen Engagement entstehen.

„Mehr Gesundheit wagen!“ nutzt der Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Europa!

Gewerkschafter und Sozialdemokraten waren und sind Befürworter der Europäischen Integration. Dabei haben sie immer dafür plädiert, dass gleichberechtigt neben einem starken Wirtschafts Europa auch ein soziales Europa stehen muss. Allerdings hat die Europäische Union in den letzten Jahren ganz stark und einseitig darauf fokussiert, den wirtschaftlichen Wettbewerb und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu stärken und den Ausbau des sozialen Europa kaum vorangebracht. Die gegenwärtigen wirtschaftlichen und politischen Probleme machen jedoch deutlich, dass ein neuer Aufbruch für mehr Demokratie und für eine verbesserte europäische Sozial- und Gesundheitspolitik unerlässlich ist. Nur wenn sich Europa bei den Bürgerinnen und Bürgern in mehr Lebensqualität und Gesundheit niederschlägt, ist mit weiteren Fortschritten bei der Integration zu rechnen.

„Mehr Gesundheit wagen“ kann sich für die EU aber auch wirtschaftlich lohnen. Der Gesundheitssektor ist als Treiber für technische, organisatorische Innovationen und als weltweite Zukunftsbranche für die Wettbewerbsfähigkeit Europas auf den Weltmärkten von strategischer Bedeutung. Will Europa diese Chancen optimal nutzen, muss in Zusammenarbeit mit den Nationalstaaten ein hoher Standard der Gesundheitsversorgung realisiert werden. Nur dies garantiert, dass Europas Produkte, Dienstleistungen und Verfahren auch für solche Länder interessant sind, die auf einen flächendeckenden und anspruchsvollen Ausbau ihrer Gesundheitsversorgung setzen und damit bewusst an erfolgreiche europäische Sozialpolitiktraditionen anknüpfen.

Zur Weiterentwicklung der europäischen Gesundheitsversorgung und Gesundheitswirtschaft sollte folgendermaßen vorgegangen werden: Zum einen soll darauf gedrängt werden, die sozialpolitische Zielsetzung Europas in einem weiterentwickelten Wirtschafts- und Sozialmodell zu stärken. Zum anderen kann die Weiterentwick-

lung und Verbesserung der sehr vielfältigen europäischen Gesundheitslandschaft über einen Prozess der offenen Koordinierung angegangen werden. Parallel dazu kann mit pragmatisch angelegten bi- oder multinationalen Pilotprojekten und mit konkreten Integrationsaktivitäten der gemeinsame politische Lern- und Entwicklungsprozess weiter vertieft werden. Im Zusammenhang mit diesen Aktivitäten können Ziele weiter konkretisiert sowie geeignete Indikatoren und Verfahren zur Überprüfung der Zielerreichung entwickelt und umgesetzt werden. Auf diese Weise kann Europa mehr Gesundheit wagen, ohne dabei den Abbau von tragfähigen Gesundheitsstrukturen zu riskieren. Europa setzt so auf mehr Gesundheit und hat dabei gute Chancen, auch gleichzeitig wirtschaftlich zu profitieren.

**Renaissance des Pharmastandorts Deutschland:
Mit einem neuen Mischungsverhältnis
von Grundlagen- und Industrieforschung die
alte Leistungsfähigkeit zurückgewinnen!**

Die Entwicklung und Bereitstellung leistungsfähiger Arzneimittel hat in den letzten 100 Jahren großartige medizinische Fortschritte ermöglicht. Deutschland galt noch bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts als die „Apotheke der Welt“. Grundlage für diese Erfolge waren eine engagierte und gut ausgebaute Grundlagenforschung und ihr fruchtbares Zusammenspiel mit der industriellen Pharmaforschung und -entwicklung. Trotz weltweit steigender Bedarfe an neuen Arzneimitteln und trotz wachsender Aufwendungen für die industrielle Pharmaforschung sinkt weltweit die Anzahl wirklich neu entdeckter molekularer Wirkstoffe und Medikamente. Die deutsche Pharmaindustrie hat in den letzten Jahren sogar ihre führende Rolle auf den Weltmärkten eingebüßt.

Die Gründe für die sinkende Innovationskraft sind vielfältig. Eine ganz wesentliche Rolle spielte allerdings, dass die Innovationsstrategien der Pharmakonzerne grundlegenden Innovationen weniger Bedeutung schenken als kurzfristigen Markterfolgen mit Innovationen von beschränkter Reichweite. Hierunter litt auch das

Zusammenspiel mit der öffentlich finanzierten Grundlagenforschung. Unter Experten ist unstrittig, dass der Gesundheitsstandort Deutschland seine Bedeutung im Arzneimittelbereich nur dann wieder aufwerten können, wenn es gelingt, die öffentlich finanzierte Grundlagenforschung (im Vorfeld eines kurz- und mittelfristig ausgelegten ökonomischen Verwertungsinteresses) auszubauen. Parallel dazu ist die Entwicklungs- und Umsetzungsfähigkeit in der Pharmaindustrie für solche Fälle zu verbessern, in denen sich in der Grundlagenforschung hoffnungsvolle Perspektiven („Rohdiamanten“) abzeichnen.

Seitens der öffentlichen Forschungspolitik sind erste wichtige Schritte in die skizzierte Richtung gegangen worden. So widmet sich etwa die Max-Planck-Gesellschaft (MPG) seit 2008 in ihrem Dortmunder Lead-Discovery-Center der Verbesserung der Schnittstelle zwischen der Grundlagenforschung und der Auswahl neuer Arzneimittelkandidaten. Es wird eine der wichtigsten Aufgaben des im vorliegenden Memorandums skizzierten Innovationsmonitorings sein, kritisch-konstruktiv zu evaluieren, ob mit solchen Anstrengungen tatsächlich die Innovationsfähigkeit der Pharmabranche steigt und ob der Gesundheitsstandort Deutschland in Sachen Pharma so zur alten Stärke zurückfindet.

**Einen „Innovationsmonitor med. in
Germany“ aufbauen!**

Die Stärkung der Gesundheitswirtschaft stellt für den Wirtschaftsstandort und Dienstleistungsstandort Deutschland eine riesige Chance dar. Genutzt werden kann sie aber nur, wenn sie im Zusammenspiel von Politik, Wirtschaft und Wissenschaft aufgegriffen und für tragfähige Innovationen genutzt wird. Langfristig stabil und erfolgreich kann eine solche Innovationspolitik nur sein, wenn sie sich in Verbesserungen bei der Lebensqualität der Menschen – und zwar auf breiter Front – sowie in verbesserten Arbeitsbedingungen und in nachhaltigen wirtschaftlichen Effekten niederschlägt.

Um zu gewährleisten, dass der Gesundheitsstandort Deutschland tatsächlich stabil auf Erfolgskurs geht und sich dabei erfolgreich an dem Triangel aus Lebensqualität, Arbeit und Wachstum orientiert, wird der Aufbau eines Innovationsmonitorings vorgeschlagen. Ausgehend von einer Verständigung über zentrale Herausforderungen, Chancen und Baustellen einer zukunftsfähigen Gesundheitswirtschaft – etwa: Prävention; Innovationsfähigkeit bei der Arzneimittelentwicklung; Zukunftsfähigkeit der Qualifikationslandschaft und der Arbeitsbedingungen; Krankenhaus der Zukunft; Integration, Qualität und Transparenz der Leistungsangebote, soziale Gerechtigkeit – sollte alle zwei Jahre eine Berichterstattung zum Stand der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft sowie zu Problemen und Handlungserfordernissen vorgelegt werden. Verfasst werden kann dieser Bericht von unabhängigen Wissenschaftlern bzw. von einer Gruppe

von wissenschaftlichen Instituten. Diese benötigen für den „Innovationsmonitor med. in Germany“ in aller Regel keine zusätzlichen Forschungen, sondern können auf vorhandene Erhebungen, Instrumente und Erkenntnisse zurückgreifen. Die wissenschaftlichen Analysen werden dann von den angesprochenen und interessierten Kreisen aufgegriffen, kommentiert, ggf. auch kritisiert, ergänzt oder verworfen. Zwar kann ein solcher „Innovationsmonitor med. in Germany“ nicht garantieren, dass erkannte Probleme beseitigt und identifizierte Chancen tatsächlich auch aufgegriffen werden. Er kann aber einen Überblick über bessere Lösungen und deren Umsetzungsbedingungen liefern, eine Agenda-Setting-Funktion wahrnehmen und die verantwortlichen Akteure in Wirtschaft und Politik unter Lern-, Handlungs- und Rechtfertigungsdruck setzen.

Literatur

- Augurzky, Boris; Krolop, Sebastian; Gülker, Rosemarie et al. (2009): Krankenhaus Rating Report 2009. Im Auge des Orkans. RWI-Materialien, Heft 53, Essen.
- Augurzky, Boris; Tauchmann, Harald; Werblow, Andreas et al. (2008): Effizienzreserven im Gesundheitswesen. RWI-Materialien, Heft 49, Essen.
- Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Reihe WiSo Diskurs, Bonn.
- 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 (Hg.): Zukunft der Erwerbsarbeit. Strategien für Arbeit und Umwelt. Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 412–434.
- Barth, Lutz (2008): Bedenkliche Entwicklungen im Pflegerecht: Wenn die professionelle Expertise das Laientum fördert! in *Pflegerecht* Nr. 7/2008
- Blättel-Mink, Birgit (2006): Kompendium der Innovationsforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009) (Hg.): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009): Pressemitteilung vom 24.09.2009
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009a): Zweiter Pflegegipfel – Maßnahmen für bessere Pflege im Krankenhaus vorgestellt. Pressemitteilung vom 2.4.2009. Berlin.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2007): Daten und Fakten zum Gesundheitsstandort Deutschland. (<http://spdnet.sozi.info/bawue/konstanz/ag60pluskvkn/dl/GesundheitsstandortBRD0707.pdf>; 26.4.2009)
- Braun, Bernard; Buhr, Petra; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf, (2008): „Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität“, in: Hensen, Peter; Roeder, Norbert; Rau, Ferdinand (Hg.), Auswirkungen der deutschen DRG-Einführung, Stuttgart: Kohlhammer (im Erscheinen).
- Braun, Bernard; Buhr, Petra; Müller, Rolf (2006): Immer kürzer, immer schneller? DRG-System, Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus und Folgen für die Patienten und die Behandlungsabläufe. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Bd. 60, Heft 9–10, S. 10–17.
- Bsirske, Frank; Paschke, Ellen (Hg.) (2006): Innovationskraft Mensch. Wie Qualität in der Gesundheitswirtschaft entsteht. Hamburg: VSA-Verlag.
- Bsirske, Frank (2009): Europa braucht einen New Deal. In: Hans-Böckler-Stiftung (Hg.): *Mitbestimmung* 3/2009, S. 21–23.
- De Geest, Sabina (2005): RICH-Nursing-Study. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes. Zusammenfassung, Universität Basel.
- Deutscher Bundestag (2006): Drucksache 16/755 vom 17.02.2006
- DIP – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2007): *Pflegethermometer 2007*. Köln.
- DKI – Deutsches Krankenhaus Institut e.V. (2005): *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2005*. Düsseldorf.

- Forster, Rudolf; Kranich, Christoph (2007): Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem – jüngste politische Initiativen in England und Deutschland im Vergleich. In: *Das Gesundheitswesen* 2007/69, S. 98–104.
- Handelsblatt (17.3.2009 / Nr. 53): Flaute erzwingt Klinikverkäufe. S. 1.
- Hasselhorn, Hans Martin; Müller, Bernd Hans (2005): Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie. In: Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner, Vetter, Christian (Hg.): *Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*. Berlin und Heidelberg: Springer, S. 21–47.
- Heinze, Rolf G.; Hilbert, Josef; Paulus, Wolfgang (2009): Der Haushalt – ein Gesundheitsstandort mit Zukunft. In: Hilbert, Josef; Goldschmidt, Andreas J. W. (Hg.): *Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche*. Wegscheid: Wikom, S. 772–800.
- Hilbert, Josef; Brandel, Rolf (2006): *Dienstleistungen in Deutschland: besser als ihr Ruf, dennoch stark verbesserungsbedürftig! Anregungen für eine zukünftige Dienstleistungspolitik*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, *Wirtschaftspolitik, Arbeitskreis Dienstleistungen*.
- Hilbert, Josef; Evans, Michaela (2006): Die Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung: Schlüsselherausforderung und Achillesferse für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. In: Pundt, Johanne (Hg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 193–212.
- Kälble, Karl (2008): Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. In: *Forum Public Health*, Jg.16/Nr. 58. München: Elsevier GmbH, S. 4–6.
- Karte, Joachim; Neumann, Karsten (2008): *Der Gesundheitsmarkt. Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter*. Studie der Roland Berger Strategy Consultants, Deutschland.
- Karte, Joachim; Neumann, Karsten (2007): *Der zweite Gesundheitsmarkt*. Studie der Roland Berger Strategy Consultants, Deutschland.
- KOM – Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008)/725: *Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa*. Brüssel.
- KOM – Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005): Mitteilung der Kommission „Grünbuch – Angesichts des demographischen Wandels – eine neue Solidarität zwischen den Generationen“. In: BGW (Hg.) (2007): *BGW – Pflegereport 2007: Sieht die Pflege bald alt aus?* Hamburg. NIH – National Institutes for Health (2008): *Strategic Vision for the Future. From Curative to Preemptive Medicine*. (<http://www.nih.gov/strategicvision.htm>, 26.4.2009)
- Offermanns, Matthias (2008): *Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes*. DKI – Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf 2008.
- Pundt, Johanne/Matzick, Sigrid (2008): Qualifizierungsbedarf – Notwendige Herausforderungen für Gesundheitsberufe. In: *Forum Public Health*, Jg.16/Nr. 58. München: Elsevier GmbH, S. 6–8.
- Reiners, Hartmut (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rossbruch, Robert (2003): Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte in *Pflegerecht* Nr. 3 und 4/2003
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 – Kurzfassung*.
- Schmidt, Sascha; Bartholomeyczik, Sabine; Dieterle, Wilfried E. et al. (2008): Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. Eine Sekundäranalyse der Basiserhebung im Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (ArbiK). In: „*Pflege & Gesellschaft*“, 13. Jg. 2/2008. Weinheim: Juventa, S. 102–118.

- Schönhöfer, Peter S. (2009): Warum zeigt die pharmazeutische Industrie zunehmende Innovationsunfähigkeit? Unveröffentlichter Folienvortrag im Rahmen der Expertenrunde des Arbeitskreises Dienstleistungen, 16.10.2008, Berlin.
- Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2007. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: Berliner Journal für Soziologie, Jg. 18/Ausg. 2, S. 221–243.
- Simon, Michael (2008): Sechzehn Jahre Deckelung des Krankenhausbudgets. Studie im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di, Berlin.
- Simon, Michael (2008a): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen. Hogrefe AG, Bern: Verlag Hans Huber.
- Specke, Helmut K. (2005) (Hg.): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten – Fakten – Akteure. Bern: Verlag Hans Huber.
- Statistisches Bundesamt (2009): Gesundheitsausgaben 2007. Wiesbaden (<http://www.destatis.de>; 26.04.2009).
- Statistisches Bundesamt (2009a) (Hg.): Krankenhauslandschaft im Umbruch. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009b) (Hg.): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008) (Hg.) Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2007. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008a) (Hg.): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006) (Hg.): Gesundheit im Alter. Wiesbaden.
- Stemmer, Renate; Haubrock, Manfred; Böhme, Hans (2008): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Mainz: Katholische Fachhochschule Mainz.
- Stollorz, Volker (2009): Schmerzhaftes Scheitern. Dossier „Im Fokus: Pharmaforschung“. In: Zeit Wissen, 2009/Nr. 2. Hamburg: Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co.Kg, S. 43–49.
- Stumpfögger, Nico (2007): Krankenhausfusionen und Wettbewerbsrecht. Unternehmenskonzentration im deutschen Krankenhausmarkt 2003 bis 2007. Studie (Auszug) im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di, Berlin.
- SZ – Süddeutsche Zeitung (20.3.2009): Fataler Mangel an Medikamenten. (<http://www.sueddeutsche.de/wissen/755/462374/text/>. 26.04.2009).
- Urban, Hans-Jürgen (2009): Den EU-Prozess neu programmieren. In: Hans-Böckler-Stiftung (Hg.): Mitbestimmung 3/2009, S. 28–32.
- von Eiff, Wilfried; Stachel, Kerstin (2006): Professionelles Personalmanagement. Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 4. Wegscheid: WIKOM GmbH.
- Weatherly, Johnny; Seiler, Rainer; Meyer-Lutterloh, Klaus et al. (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG .
- Weisbrod-Frey, Herbert; Steffen, Margret (2006): Die Gesundheitswirtschaft braucht soziale Innovationen, in: Bsirske, Frank; Paschke, Ellen: Innovationskraft Mensch, Hamburg 2006, S. 70–85.
- Wingefeld, Klaus, Büscher, Andreas; Gansweid, Barbara (2008): Das neue Begutachtungssessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Bielefeld und Münster: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe.

Internetquellen

<http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/>

<http://www.inqa.de/>

<http://www.pkv.de/zahlen/>

http://www.rolandberger.com/company/press/releases/515-press_archive2005_sc_content/Healthcare_remains_a_growth_sector_de.html

Anhang

Themenfelder und Mitwirkende an den Expertengesprächen

18. September 2008

Europäische Visionen – Gemeinsamer Markt für Gesundheits- und Sozialdienste?

Impulsreferate

Dienstleistungsaktivitäten bei der Europäischen Kommission jenseits der Dienstleistungs-Richtlinie 2006

Walter Ganz

Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO, Stuttgart

Europäische Gesundheitspolitik zwischen Solidarität und Binnenmarkt

Carola Fischbach-Pytell

Generalsekretärin, Europäischer Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst – EGÖD

Expertenkommentare

Evelyne Gebhardt, MdEP

Rainer Plassmann

Europäischer Zentralverband der öffentlichen Wirtschaft – CEEP

Dr. Margret Steffen

ver.di

Dr. Angelica Schwall-Düren, MdB

16. Oktober 2008

Innovationen in der Gesundheitswirtschaft

Impulsreferate

Gesundheitswirtschaft: Die „schlafende Riesin“ ist erwacht, aber sie taumelt noch!

PD Dr. Josef Hilbert

Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

Ist die Pharma-Industrie eigentlich innovationsfähig?

Prof. Dr. Peter S. Schönhöfer

Redaktion arznei-telegramm

Expertenkommentare

Armin Lang

Leiter, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV) Rheinland-Pfalz und Saarland

Niko Stumpfögger

Bereichsleitung Betrieb und Branche, ver.di

Dipl.-Kfm. Matthias Witt

Mitglied der Krankenhausbetriebsleitung, Unfallkrankenhaus Berlin

13. November 2008

Pflege und soziale Dienste in Deutschland?

Impulsreferate

Die Zukunft der Altenpflege

Gabriele Feld-Fritz

ver.di

Baustelle Pflegepolitik – Erfolge und Herausforderungen

Hilde Mattheis, MdB

stv. Sprecherin, Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion

Expertenkommentare

Prof. Dr. Barbara Klein

Fachhochschule Frankfurt

Dr. Barbara Stiegler

Friedrich-Ebert-Stiftung

Helmut Wallrafen-Dreisow

Geschäftsführer, Sozialholding der Stadt Mönchengladbach

12. Februar 2009

Qualifikation und Qualifizierung – Schlüsselinvestition in die Zukunft

Impulsreferate

Europäischer und Deutscher Qualifikationsrahmen – Instrumente zur Erhöhung von Transparenz und Kompatibilität von Qualifikationen

Dr. Gisela Dybowski

Leiterin, Abteilung Querschnittsaufgaben, Kommunikation, Internationale Berufsbildung, Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn

Neue Aufgabenverteilung in der Gesundheitswirtschaft – neue Qualifikationsanforderungen

Hermann Heil-Ferrari

Geschäftsführer, BiG-Bildungsinstitut im Gesundheitswesen gemeinnützige GmbH, Essen

Expertenkommentare

Willi Brase, MdB

Gerd Dielmann

Bereichsleiter, Bildung und Weiterbildung, ver.di, Berlin

Manfred Rompf

Geschäftsführer, Personalmanagement Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin

Dr. Ernst Dieter Rossmann, MdB

Informationen zum Autor und zur Autorin

PD Dr. Josef Hilbert

Direktor des Forschungsschwerpunkts Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität
am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Fachhochschule Gelsenkirchen;
Privatdozent an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

Michaela Evans

wissenschaftliche Mitarbeiterin des Forschungsschwerpunkts Gesundheitswirtschaft
und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Fachhochschule
Gelsenkirchen



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Projekt Zukunft 2020

Szenarioanalyse zur Zukunft des sozialen Deutschland

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

Zukunft 2020 – ein Modell für ein soziales Deutschland

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

Eine soziale Zukunft für Deutschland – Strategische Optionen für mehr Wohlstand für alle

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

Eine Wachstumsstrategie für Deutschland

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Exporteuropameister Deutschland und die Krise

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Weltwirtschaftskrise 2009: Notwendige wirtschaftspolitische Schritte zur Überwindung einer Bilanzrezession

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Geld- oder Finanzsektorpolitik: Wer trägt die Hauptschuld an der Finanzkrise?

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

Mittelstandsförderung auf dem Prüfstand – Erfolgskriterien gesucht

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Ethik – ein neuer Luxusartikel? Verantwortlicher Konsum in Politik und Gesellschaft

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Renaissance der Stadt – Durch eine veränderte Mobilität zu mehr Lebensqualität im städtischen Raum

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Das Grundeinkommen in der gesellschaftspolitischen Debatte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Gerechtigkeit für Generationen – Eine gesamtwirtschaftliche Perspektive

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Erwerbslosigkeit, Aktivierung und soziale Ausgrenzung – Deutschland im internationalen Vergleich

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Mit einem europäischen Produktionsmodell und dem Ausbau der Mitbestimmung aus der Krise – das Beispiel Opel

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

Dienstleistungsaktivitäten der Europäischen Kommission jenseits der Dienstleistungsrichtlinie

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Bedingungen erfolgreicher Integration – Integrationsmonitoring und Evaluation

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterpolitik

Gender in der Pflege Herausforderungen für die Politik

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso