

Andreas Beivers

Inhaltsverzeichnis

2.1 Gesundheit und Krankheit: Versuch einer Begriffsbestimmung 14

2.2 Entwicklung und Ausgestaltung des deutschen Sozial-
und Gesundheitswesens 15

2.3 Ausgaben- und Steuerungsprobleme am Beispiel der
Gesundheitsversorgung 16

2.4 Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik hin zu
mehr Eigenverantwortung 17

2.5 Ausblick: Die Dichotomie der Gesundheitswirtschaft 19

Literatur 20

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund einer nicht vorhandenen Begriffsdefinition von „Gesundheit“ wird die Vielfältigkeit des Begriffes dargestellt und aufgezeigt, dass Gesundheit wie auch Krankheit eine bedeutende wirtschaftliche Dimension beinhalten. Demzufolge können Ausgaben für Gesundheit bzw. für die Behandlung von Krankheiten als volkswirtschaftliche Investitionen definiert werden. Wie das Krankheitsrisiko in Deutschland abgesichert wird und in wie fern hier historische Einflüsse eine Rolle spielen, zeigt die Entwicklung der deutschen Sozialpolitik auf. Deutlich wird dabei auch die traditio-

Dank gilt Frau Dipl.-Soz. Nicola Straub, Hochschule Fresenius München, für die detaillierte Korrektur des Manuskripts.

A. Beivers (✉)
Hochschule Fresenius
München, Deutschland
E-Mail: beivers@hs-fresenius.de

nell starke Rolle des Arbeitgebers. Insbesondere jedoch seit dem Umbau des deutschen Sozialstaates durch die Agenda 2010 wird von den einzelnen Individuen mehr Verantwortung abverlangt. Dies gilt es auch im Bereich der Gesundheit hervorzuheben, wenngleich die Rolle der Arbeitgeber nach wie vor von hoher Bedeutung ist. Nicht zuletzt deshalb hat auch der Gesetzgeber in seinem jüngst beschlossenen „Gesetz zur Förderung der Prävention“ das Betriebliche Gesundheitsmanagement besonders hervorgehoben. Auch zeigt sich, dass trotz der großen Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens sich dieser Markt weiter dynamisch entwickeln wird.

2.1 Gesundheit und Krankheit: Versuch einer Begriffsbestimmung

Beginnend mit dem Versuch einer eindeutigen Begriffsdefinition von Gesundheit und Krankheit gilt es zunächst festzuhalten, dass eine allgemein gültige Definition von Gesundheit und Krankheit nicht existiert. So verwenden verschiedene Wissenschaftsdisziplinen die Begriffe sehr unterschiedlich. Hinzu kommt, dass die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit einem stetigen gesellschaftlichen Konstruktionsprozess unterliegt, welcher sich zusätzlich kulturell stark unterscheidet. Dies gewinnt insbesondere in einer globalisierten Welt zunehmend an Bedeutung und lässt sich zusammenfassend mit den Fragestellungen der „Transkulturellen Medizin“ umschreiben.

Betrachtet man zunächst die schulmedizinische, d. h. biomedizinische und pathologische Perspektive von Gesundheit und Krankheit, so wird Gesundheit als das ‚normale‘ Funktionieren des Organismus verstanden. Abweichungen davon gelten als Krankheits-symptome. Vor allem die klassische Schulmedizin ist von der Annahme geprägt, dass jede Krankheit eine bestimmte Ursache und einen typischen Verlauf hat. Folglich kann sie von entsprechend ausgebildeten Personen erkannt und behandelt werden.

Neben der medizinischen Perspektive ist in Deutschland sowie in allen modernen Staaten auch die rechtliche Perspektive ein wichtiges Element, welches zur Begriffsdefinition beiträgt und ggf. Ansprüche der Erkrankten regelt. Demnach ist Krankheit als Zustand eines Menschen zu definieren, der ihn rechtlich – in Abhängigkeit der nationalen Gesetzgebung – vom gesunden Menschen unterscheidet. So gilt Krankheit in Deutschland u. a. als Unfähigkeit am Erwerbsleben teilzunehmen (zeitlich begrenzt oder endgültig). Dadurch begründet Krankheit bei entsprechender Rechtsgrundlage einen Anspruch auf eine Leistung.

Gesundheit und auch Krankheit enthalten jedoch eine bedeutende wirtschaftliche Dimension. So kann Gesundheit aus volkswirtschaftlicher Perspektive vor allem als ein zentraler Beitrag für ein produktives Erwerbspersonenpotenzial verstanden werden.

Demzufolge können Ausgaben für Gesundheit bzw. für die Behandlung von Krankheiten als volkswirtschaftliche Investitionen definiert werden. Jedoch werden die Ausgaben des Gesundheitswesens, bedingt durch die spezifische Ausgestaltung des deutschen Gesundheitssystems über eine staatlich definierte Solidargemeinschaft finanziert. Die sich ergebenden Ausgaben des Gesundheitswesens werden dabei oftmals primär als Kostenfak-

tor gesehen. Darauf soll in den nächsten Kapiteln detailliert eingegangen werden. Neben der makroökonomischen Perspektive gilt es hier noch festzuhalten, dass Krankheit auch für die jeweiligen Individuen starke ökonomische Auswirkungen hat, nicht nur durch die entstehenden Kosten zur Behandlung von Krankheiten, sondern auch durch den entstehenden Produktivitätsausfall. In wie fern dieses Risiko vom Individuum, dem Staat, der Solidargemeinschaft oder vom Arbeitgeber getragen wird, hängt fundamental von der Ausgestaltung des jeweiligen Sozialstaates ab.

Die umfänglichste aber wohl am schwierigsten zu konkretisierende Definition von Gesundheit ist die ganzheitliche Perspektive der WHO, wonach Gesundheit als ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens zu definieren ist und nicht allein das Freisein von Krankheit und Gebrechen bedeutet. Sicherlich ist diese Perspektive, welche dem indischen Ökonomen und Nobelpreisträger Amartya Sen als Grundlage für seinen Capability Approach (Befähigungsansatz) diente – ein volkswirtschaftliches Konzept zur Messung der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt – eine der Bekanntesten (Sen 1999).

2.2 Entwicklung und Ausgestaltung des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens

Um detaillierter zu verstehen, wer in Deutschland für die Erhaltung der Gesundheit bzw. deren Herstellung zuständig ist, ist es von Nöten, die Entwicklung und die Struktur des deutschen Gesundheits- bzw. Sozialsystems – welches in seiner Form auf der Welt einzigartig ist – nachzuvollziehen. Dabei ist zunächst festzustellen, dass die Sicherung der Gesundheit und die Absicherung des Armutsrisikos der Bürger bedingt durch Krankheit nicht nur einen ökonomischen sondern v. a. einen sozialpolitischen Ursprung hat. So gab es bereits in Antike und Mittelalter Versuche von Seiten des Staates, die materielle und körperliche Not der Bürger zu lindern, nicht zuletzt mit dem Ziel Unruhen und Aufstände zu verhindern und zur Wahrung der politischen Stabilität (Simon 2010; Rosenbrock und Gerlinger 2009). Hierbei gilt es festzuhalten, dass eine Vielzahl geschichtlicher, religiöser und auch ökonomischer Parameter zu der Ausgestaltung der einzelnen Sozialstaaten in Deutschland und in Europa beigetragen haben, welche hier nicht näher beleuchtet werden (Kahl 2005; Butterwegge 2005).

Als Geburtsstunde des deutschen Sozialstaates heutiger Prägung können die in den Jahren 1881 bis 1888/89 gegründeten Zweige der Sozialversicherung durch die Bismarck-Administration bezeichnet werden, für die vornehmlich der sozialpolitische Gedanke prägend war (Neubauer 2007b). Ziel war es vor allen Dingen die industrielle Arbeitnehmerschaft, die sich mehr und mehr entwickelte, gegen die Risiken des Arbeitslebens abzusichern und so von den Gewerkschaften fernzuhalten (Neubauer 2007b; Beivers und Kurscheid 2013). Um dies zu erreichen, stellten die damals führenden politischen Kräfte die solidarische Selbsthilfe in den Mittelpunkt. Damit war Deutschland weltweit wegweisend. Nicht der Staat selbst sollte die soziale Absicherung übernehmen, sondern die Betroffenen

sollten sich durch solidarisches Zusammenschließen gegenseitig Hilfe gewähren. Damit entstand das Solidaritätsprinzip (Neubauer 2007b; Butterwegge 2005). So ist festzuhalten, dass die bismarckschen Sozialversicherungen deutscher Prägung bis zum ersten Weltkrieg und auch danach Vorbild für viele Staaten waren und sind.

2.3 Ausgaben- und Steuerungsprobleme am Beispiel der Gesundheitsversorgung

Deutschland steht, wie alle demokratischen Industriestaaten sozialpolitischer Prägung vor dem Grundproblem, dass die Ausgaben u. a. im Gesundheitswesen rascher wachsen als die Finanzierungsgrundlagen (Neubauer 2007a). Für Deutschland ist die Lage insoweit brisanter, da aufgrund des besonders massiven demografischen Wandels nicht nur die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in besonderem Maße ansteigen wird, sondern auch die Finanzierungssystematik, die dem deutschen System zugrunde liegt, besonders Demografie-anfällig ist (Kurscheid und Beivers 2012). So befindet sich das deutsche Gesundheitswesen seit längerem in einer Umstrukturierungsphase. In diesem Zusammenhang sind die Entwicklungsperspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besorgniserregend, auch wenn der Gesundheitsfonds derzeit Überschüsse zu verzeichnen hat. Dies ist zum einen die Folge einer stringenten Arbeitsmarktpolitik sowie der derzeit noch guten Konjunktur in der Bundesrepublik. Wenn sich jedoch die Auswirkungen der europäischen Finanz- und der weltweiten Wirtschaftskrise auch auf den deutschen Absatzmärkten bemerkbar machen, wird sich die Finanzlage der GKV auch schnell wieder ändern. So ist bei den derzeitigen Überschüssen eher von einem kurzfristigen Effekt auszugehen.

Die Ursachen für die negativen Entwicklungsperspektiven sind auf der Ausgabenseite insbesondere die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt wie auch das Problem der sogenannten angebotsinduzierten Nachfrage. Demnach führt die hohe Anzahl und Dichte der im deutschen Gesundheitswesen vorgehaltenen (Behandlungs-) Kapazitäten zu einer steigenden und ggf. unbegründeten Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen (Beivers und Augurzky 2012). Jedoch darf auch der Lebensstil einer Gesellschaft mit den daraus resultierenden Krankheitsbilder und Krankheitshäufigkeiten nicht unterschätzt werden. Betrachtet man die aktuell in Deutschland diskutierten Probleme der chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes oder Herz-Kreislauf-erkrankungen, scheinen diese immer bedeutendere Einflussfaktoren zu werden (Neubauer 2007a). Nicht zuletzt deswegen ist eine nachhaltige Präventionsstrategie ein wichtiges Element der Sozial- und Gesundheitspolitik (Rosenbrock und Gerlinger 2009). Schätzungen gehen heute davon aus, dass etwa 2 bis 3 % mehr Mittel aufgewendet werden müssen, um ein Gesundheitssystem immer auf dem modernsten Versorgungsstand zu halten. Dabei sind diese Werte ohne Inflationsrate zu sehen (Neubauer 2006).

Auf der Einnahmeseite ist das deutsche Gesundheitswesen durch den Zuwachs der sozialversicherungspflichtigen Einkommen (auch Grundlohnsumme genannt) beschränkt, was der bismarckschen Konzeptionierung des umlagefinanzierten, solidarischen Systems zugrunde liegt. Erkennbar ist seit mehreren Jahren, dass der Bedarf bzw. die Ausgaben

stärker steigen als die Grundlohnsumme, welche das System finanziert. Dies führt zur Mitelknappheit und zwingt zum (gesundheits-)ökonomischen Handeln (Beivers 2010; Kurscheid und Beivers 2012).

Steigende Alterung geht aber nicht nur mit einer Veränderung der GKV-Ausgabenprofile einher, sondern konfrontiert die Solidargemeinschaft insgesamt mit der Frage, in welchem Gesundheitszustand die Menschen altern müssen und wollen. Demografischer Wandel bedeutet auch alternde Mediziner, Pflegende und Therapeuten und einen möglichen Mangel an nachrückenden Jungen (Kurscheid und Beivers 2012). Dies zeigt, dass sich Versorgung unter Beachtung von bestehenden Ressourcen in Zukunft verändern muss und der zu erwartende gesellschaftliche Wandel für gesundheitspolitische Fragestellungen von hoher Relevanz ist (Kurscheid und Beivers 2012).

Mit diesem Thema müssen sich jedoch nicht nur die Bundes- und Landespolitik auseinandersetzen, sondern vor allem auch die Unternehmen, d. h. die Arbeitgeber, welche auf die Ressource „Humankapital“ angewiesen sind. Des Weiteren gilt es zu berücksichtigen, dass die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung¹ sowie auch der gesetzlichen Renten- und Pflegeversicherung für die Arbeitgeber bewirkt, dass steigende Soziallasten zugleich auch zu steigenden Arbeitskosten führen (Neubauer und Minartz 2009). Steigende Arbeitskosten implizieren der ökonomischen Logik zufolge dann auch eine Freisetzung von Arbeitskräften, wenn nicht zugleich die Arbeitsproduktivität der Beschäftigten im gleichen Maße wächst. Auf makroökonomischer Basis ist dabei zu beobachten, dass zwischen steigenden Ausgaben für Renten- bzw. Krankenversicherung und der durchschnittlichen Arbeitsproduktivität nur ein schwacher, positiver Zusammenhang besteht. Diese positive Arbeitsproduktivitäts-Korrelation besteht logischerweise auch nur bei steigenden Gesundheitsausgaben für Erwerbstätige und Jugendliche (Neubauer 2007b). Aus diesem Grund wird es für die Arbeitgeber allein aufgrund von ökonomischen Überlegungen heraus zukünftig von entscheidender Bedeutung sein durch eigene Programme, bspw. in Form des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, gezielt in eine nachhaltige Sicherung der Gesundheit ihrer Belegschaft zu investieren, um somit die Arbeitsproduktivität in den eigenen Unternehmen zu steigern. Welche Programme hier möglich sind, wird in den folgenden Kapiteln des Buches ausführlich dargestellt.

2.4 Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik hin zu mehr Eigenverantwortung

Generell ist ein Rückzug des Solidarprinzips in unserer Gesellschaft zu beobachten, beispielsweise die Solidarität in der Familie, im Unternehmen und auch im gesellschaftlichen Leben. Immer mehr Solidargemeinschaften werden instabil, wobei vor allem die Mobilität

¹ Seit Einführung der GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahre 2007 und der Implementierung des Gesundheitsfonds im Jahre 2009 ist keine vollkommene Parität in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzufinden. Die Arbeitnehmer zahlen einen um 0,9-Prozentpunkte höheren Anteil, um die Ausgabenentwicklung und damit die Steigerung der Gesundheitsausgaben zumindest teilweise von den Lohnnebenkosten abzukoppeln.

der Menschen eine Gefährdung der Solidargemeinschaften darstellt (Neubauer 2007b). Durch die Mobilität werden Solidargemeinschaften krisenanfällig, da der Abzug und der Zugang von Mitgliedern in einer Solidargruppe unter individualistischen Gesichtspunkten optimiert werden kann. So tritt man einer Solidargemeinschaft nur dann bei, solange sie einem Vorteile verspricht und verlässt sie wieder, um sich einer anderen anzuschließen, wenn diese größere Vorteile zusagt. Das Vordringen der Individualisierung und Differenzierung geht einher mit einem Rückzug des Solidarprinzips (Neubauer 2007b; Beivers und Kurscheid 2013). In der Massengesellschaft haben die Menschen einen verstärkten Drang nach Differenzierung und Individualisierung. Dies drückt sich z. B. in kleineren Familieneinheiten aus, in temporären Lebenspartnerschaften und auch in temporären Arbeitsverhältnissen (Neubauer 2007b). Ein genereller Paradigmenwechsel des deutschen Sozialstaates kann durch die Einführung der Agenda 2010 zwischen den Jahren 2003 bis 2005 unter der Kanzlerschaft von Gerhard Schröder bezeichnet werden. Die dort beschlossenen Grundsätze zum Umbau des Sozialstaates sowie die Reformen auf dem Arbeitsmarkt, u. a. umgesetzt durch die sogenannten Hartz-Gesetze (Hartz I bis IV) führten zu sehr umfangreichen und vor allem fundamentalen Neuregelungen im Bereich der Sozialpolitik. Verkürzt ausgedrückt kann dies als ein Weg hin zu mehr Subsidiarität bezeichnet werden, weg von der von dem Grundprinzip der Solidarität geprägten Sozialversicherung bismarckischen Vorbilds (Beivers und Kurscheid 2013).

Die Diskussion um die Bedeutung einer stärkeren Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten begann dabei im deutschen Gesundheitswesen schon Mitte der 70er Jahre, als es zu einer enormen Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen, auch „Kostenexplosion“ genannt, kam (Reiners 2011). So wird insbesondere seit Mitte der 90er Jahre durch die verschiedensten Reformgesetze den Patientinnen und Patienten mehr Eigenverantwortung abverlangt (Beivers und Kurscheid 2013). Hierin ist ein wichtiges Element für die zukünftige Ausgestaltung des deutschen Gesundheitssystems zu sehen wie auch eine „Teilantwort“ auf die Frage zu finden, wer für Gesundheit „zuständig“ ist. Unstrittig dabei ist, dass es eine in der Verfassung der BRD implementierte zentrale Aufgabe des Staates ist, die entsprechenden Rahmenbedingungen sicherzustellen und dafür zu sorgen, dass alle Bürgerinnen und Bürger einen Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen im Krankheitsfall haben. Auch die Rolle der Arbeitgeber muss hier zukünftig weiter ansteigen, da sie zum einen direkte Nutznießer einer gesunden und produktiven Arbeitsbevölkerung sind und zum anderen auch selbst daran interessiert sein sollten, dass ihre (qualifizierten) Mitarbeiter arbeitsfähig sind und bleiben und damit die Anzahl der unproduktiven Krankheitstage reduziert wird. Doch sollte in diesem Zusammenhang auch den immer kürzer werdenden Arbeitsverhältnissen Rechnung getragen werden die ggf. dazu beitragen können, dass Arbeitgeber nur kurz- und nicht langfristig gewillt sind, sich für Gesundheit ihrer Mitarbeiter einzusetzen. Aus diesem Grund müssen auch von Seiten des Staates gezielt Anreize gesetzt werden, dass sich die Individuen selbst, beispielsweise durch Prävention, um ihre Gesundheit eigenverantwortlich kümmern, soweit ihnen dies durch ihre persönliche und körperliche Disposition möglich ist. So wären hier konkrete Präventionsprogramme oder Aktivitäten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, or-

ganisiert und durchgeführt z. B. durch die Krankenkassen denkbar, finanziert von Arbeitgebern und Arbeitnehmern.

In Anlehnung an diesen Gedanken hat das Bundesministerium für Gesundheit am 22. Februar 2013 einen Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Förderung der Prävention“ beschlossen, in dem viele der angesprochenen Punkte, wie u. a. eine zielgerichtete Neustrukturierung der Finanzierung von Leistungen zur Prävention, enthalten sind. So sollen die Krankenkassen für Präventionsleistungen insgesamt doppelt so viel ausgeben wie bisher (d. h. ab dem Jahr 2014 sechs Euro je Versicherten p. a.). Innerhalb dieses Rahmens sollen die Krankenkassen auch ihre Ausgaben für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie für Leistungen in Lebenswelten der Versicherten mindestens verdreifachen (BMG 2013b). Ein Schwerpunkt des Gesetzes ist dabei auch die betriebliche Gesundheitsförderung. Vor allem kleine und mittelständische Unternehmen sollen mithilfe der Krankenkassen verstärkt für die Gesundheitsförderung im Betrieb gewonnen werden. Die Krankenkassen werden dabei dezidiert aufgefordert, ihre Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erheblich ausbauen und den Betrieben auf örtlicher Ebene Beratung und Unterstützung anbieten. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollen dann zukünftig von Boni und von Gruppentarifen profitieren, die die Krankenkassen mit den Arbeitgebern vereinbaren sollen (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2013). Dies ist sicherlich ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

2.5 Ausblick: Die Dichotomie der Gesundheitswirtschaft

Bereits in seinem ersten Gutachten 1987 betonte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die Dichotomie des Gesundheitswesens und formulierte diese in seinem Sondergutachten 1996/1997 „*Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche*“. Er stieß damit eine Diskussion und Betrachtungsweise an, die heute mit dem Begriff der „*Gesundheitswirtschaft*“ umschrieben wird (Beivers und Minartz 2011).

Die angesprochene Dichotomie lässt sich dabei wie folgt kennzeichnen: Aus Sicht der Beitragszahler stellt das Gesundheitswesen einen Kostenfaktor dar, da der Bedarf nach Gesundheitsleistungen entsprechend finanziert werden muss. Da die Krankenkassen ihre Ausgaben über die Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie ggf. über Zusatzbeiträge finanzieren, wird eine Expansion der Gesundheitswirtschaft oftmals gebremst. So sieht auch das im Sozialgesetzbuch V verankerte Gebot der Beitragssatzstabilität (§ 71) vor, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begrenzt werden (Beivers und Minartz 2011).

Die andere Seite der Dichotomie spiegelt sich in der enormen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft wider. Mit einer jährlichen Bruttowertschöpfung von rund 260 Mrd. € (2012) und Gesundheitsausgaben von knapp 12 % des Bruttoinlandsproduktes p. a. zählt die Gesundheitswirtschaft somit zu den größten und wichtigsten Wirtschaftsbranchen der Bundesrepublik. Mit knapp 5 Mio. Beschäftigten ist das Gesundheitswesen darüber hin-

aus ein bedeutender Arbeitgeber und bietet eine Vielzahl von Arbeitsmöglichkeiten (BMG 2013a). Zusätzlich ist davon auszugehen, dass die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft weiter steigen wird und sich die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen weiter erhöht. Dies resultiert vor allem aus dem demografischen Wandel und der damit einhergehenden Zunahme der älteren Bevölkerung und einem steigenden Bedarf nach Gesundheitsleistungen (Neubauer und Minartz 2009).

Derzeit geht jeder Neunte einer Beschäftigung im Gesundheitswesen nach. Ein weiterer, großer Vorteil der Branche ist, dass die Gesundheitsversorgung und damit das Kerngebiet der Leistungserbringung regional erfolgen muss und damit nicht, wie in den bekannten deutschen Industrien, wie der Automobilwirtschaft, eine Auslagerung der Leistungserstellung und somit der Arbeitsplätze ins Ausland droht (Beivers und Minartz 2011).

Unter Beachtung der zu erwartenden demografischen Entwicklungen besteht zukünftig aber auch schon im Status quo ein hoher Bedarf an Fachkräften, die ökonomisches Verständnis auf der einen und Kenntnisse des Gesundheitswesens auf der anderen Seite vereinen. Dies geht ebenfalls aus einer aktuellen Studie „Fachkräftemangel – stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“ der Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) in Zusammenarbeit mit dem Darmstädter Forschungsinstitut WifOR hervor: Demnach kommt es in den Jahren 2020 und 2030 zu einem dramatischen Anstieg des Personalmangels sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, bei Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften (PricewaterhouseCoopers 2010).

Dies zeigt eindeutig: Für die Arbeitgeber, nicht nur im Gesundheitswesen, ist es für die zukünftige Positionierung auf den Wettbewerbsmärkten von entscheidender Bedeutung, Personal zu gewinnen und deren Produktionsfaktor Humankapital, das sich v. a. aus Know-how und Gesundheit zusammensetzt, nachhaltig zu fördern. Dies wird auf Dauer der Staat bzw. die Sozialversicherung nicht alleine erbringen können, bedingt durch Finanzierungsprobleme und einem zuvor beschriebenen, zu beobachtenden Paradigmenwechsel in der Gesellschaft.

Damit kehrt die Steuerung des deutschen Gesundheitswesens aber letztlich wieder zu seinen von Bismarck gelegten Wurzeln, der Absicherung der Risiken durch das Individuum selbst ebenso wie durch den Arbeitgeber, zurück und verlangt von allen Beteiligten, Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Sinne einer zunehmenden Subsidiarität mehr Eigenverantwortung. Genau aber in diesem Bereich der Eigenverantwortung wird sich zeigen, dass die Investition in die eigene Gesundheit, sowie in die Gesundheit der eigenen Mitarbeiter bedeutende Renditen erbringt, mehr als dies in einem allgemeinen Sozialversicherungssystem möglich sein kann.

Was ist daher Gesundheit? Aus ökonomischer Sicht eine der wichtigsten Investitionen.

Literatur

- Beivers, A. (2010). *Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse, Europäische Hochschulschriften*. Frankfurt a. M.: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften.

- Beivers, A., & Augurzy, B. (2012). Mengendynamik im Krankenhausmarkt: Bestandsaufnahme und erste Hypothesen. In *f & w führen und wirtschaften im krankenhaus*, Bd. 02/2012, 29. Jahrgang (S. 124–129). Melsungen: Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH.
- Beivers, A., & Kurscheid, C. (2013). Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland. In C. Kurscheid & A. Beivers (Hrsg.), *Lehrbuch Gesundheits- und Sozialpolitik*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, im Erscheinen.
- Beivers, A., & Minartz, C. (2011). Gesundheit als Wirtschaftsfaktor: Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. In W. Hellmann, R. Schmid, C. Schmitz, & D. Wichelhaus (Hrsg.), *Managementwissen für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte: Das Basiswissen zu Betriebswirtschaft, Qualitätsmanagement und Kommunikation* (S. 199–214). Heidelberg: Medhochzwei Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2013a). *Bedeutung der Gesundheitswirtschaft*. <http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html>. Zugegriffen: 16. Juni 2013.
- Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2013b). *Gesund länger leben – Bundeskabinett beschließt das Gesetz zur Förderung der Prävention, Pressemitteilung vom 20. März 2013*. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-01/foerderung-der-praevention-beschlossen.html>. Zugegriffen: 16. Juni 2013.
- Butterwegge, C. (2005). *Krise und Zukunft des Sozialstaates* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kahl, S. (2005). *The religious roots of modern poverty policy: Catholic, Lutheran, and reformed protestant traditions compared. Discussion paper*. München: Max Planck Institute for the Study of Societies.
- Kurscheid, C., & Beivers, A. (2012). Vernetzte Versorgung – Modell für die Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel. In W. Hellmann (Hrsg.), *Handbuch Integrierte Versorgung, Strategien Konzepte Praxis*, 38. *Aktualisierung*. Heidelberg: Medhochzwei Verlag.
- Neubauer, G. (2006). Zukunft der GKV: Herausforderungen und Reformoptionen. G. Neubauer und F. Pfister (Hrsg.). In *Ein Vierteljahrhundert Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Ausgewählte Beiträge von Günter Neubauer* (S. 47–63). München: Eigenverlag.
- Neubauer, G. (2007a). Auswirkungen der demographischen Veränderungen auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland. In X. Feng & A. Popescu (Hrsg.), *Infrastrukturprobleme bei Bevölkerungsrückgang* (S. 233–251). Berlin: WV Berliner Wissenschafts-Verlag.
- Neubauer, G. (2007b). Von der Sozialversicherung zur Gesundheitswirtschaft. In H. Adam, C. Behrens, D. Göppfarth, & B. Jochimsen (Hrsg.), *Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie, Festschrift Professor Henke* (S. 200–211). Baden-Baden: Nomos.
- Neubauer, G., & Minartz, C. (2009). Gesundheitswirtschaft: Vom Kostenfaktor zum Wirtschaftsmotor. In J. Ansorg, M. Diemer, J. Heberer, E. Tsekos, & W. von Eiff (Hrsg.), *OP-Management* (S. 45–51). Heidelberg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. (2013). Bundeskabinett beschließt Gesetz zur Förderung der Prävention, Pressemeldung vom 20.03.2013, Berlin. <http://www.erfahrung-ist-zukunft.de/SharedDocs/Artikel/Alltag/Gesundheit/20130320-praeventionsgesetz-kabinettsbeschluss.html>. Zugegriffen: 26. Aug. 2013.
- PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. (2010). *Fachkräftemangel, Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Marktstudie*. Frankfurt a. M.
- Reiners, H. (2011). *Mythen der Gesundheitspolitik* (2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2009). *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung* (2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Simon, M. (2010). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern: Verlag Hans Huber.

Betriebliche Gesundheitsförderung
Das Praxishandbuch für den Mittelstand
Hahnzog, S. (Hrsg.)
2014, XXXIV, 341 S. 73 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-02961-6