

# **Made in Germany '21**

**Herausgegeben von Frank-Walter Steinmeier  
und Matthias Machnig**

**Mit einem Vorwort von  
Bundeskanzler Gerhard Schröder**

**Hoffmann und Campe**

**Rolf G. Heinze**

**Sozialpolitik versus Zukunftspolitik? Zum  
Verhältnis von Sozialstaatskosten und  
Innovationsförderung**

**Prof. Dr. Rolf G. Heinze**, Jahrgang 1951, Studium der Soziologie an der Universität Bielefeld (Promotion 1979, Habilitation 1984). Seit 1988 Professor an der Ruhr-Universität Bochum (Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie und Arbeits- und Wirtschaftssoziologie). Rolf G. Heinze hat in den letzten Jahren verschiedene Forschungsprojekte zum Strukturwandel, der Existenzgründungsförderung und zur Sozial- und Beschäftigungspolitik geleitet. Seit rund 20 Jahren ist er in der Politikberatung auf Länder- und Bundesebene aktiv (u.a. in Enquete- und Expertenkommissionen und seit 1998 als Mitglied der Benchmarkinggruppe beim »Bündnis für Arbeit«). Derzeitiger Arbeitsschwerpunkt: Regionale Innovationssysteme und Wachstumscluster im Dienstleistungssektor. *Jüngste Buchveröffentlichungen*: Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe (2003), Bevölkerungsentwicklung und Arbeitsmarkt im Ruhrgebiet. Eine Analyse der Mismatch-Arbeitslosigkeit (mit N. Neitzel und M. Brandt; 2002), Die Berliner Räterepublik. Viel Rat - wenig Tat? (2002), Unternehmensgründungen. Zwischen Inszenierung, Anspruch und Realität (Hg. mit F. Schulte, 2002).

## 1. Vom passivierenden zum aktivierenden Sozialstaat

Auf der politischen Bühne herrscht inzwischen Konsens darüber, dass der passivierende Entwicklungspfad des deutschen Wohlfahrtsstaates nicht fortgeführt werden kann und strukturelle Reformen notwendig sind. Allerdings werden in vielen politischen Diskursen diejenigen Positionen, die auf Veränderungen setzen und das »Zeitlupenland« Deutschland dynamisieren möchten, noch oft als Panikmacher diskreditiert, um die eingeschliffenen Konsensroutinen nicht zu stören. Solche problemverdrängenden Haltungen gefährden alle Zweige unseres »Sozialversicherungsstaates«, da notwendige Strukturreformen nicht angegangen und deshalb später stärkere Einschnitte notwendig werden. Exemplarisch ist dies bei den Renten, der Beschäftigungskrise oder auch beim Schuldenabbau zu studieren. Betrachten wir beispielsweise die Beschäftigungskrise in Deutschland: Während vergleichbare Länder - vor allem aufgrund der Nutzung von Dienstleistungspotenzialen - fast wieder Vollbeschäftigung erreicht haben, gehört die deutsche Arbeitslosenquote mittlerweile zu den höchsten aller westlichen Industrieländer, und nicht nur im Osten sondern auch in Teilregionen des Ruhrgebiets sind Quoten um die 15 Prozent und höher nichts Ungewöhnliches. Der ungeschminkte Blick auf solche realen Verarmungs- und gesellschaftlichen Zersplitterungsprozesse ist im deutschen politischen System jedoch meist verstellt durch eine Vielzahl von institutionellen Beharrungskräften und »Vetospielern«, die primär nur ihre eigene Organisationslogik befolgen.

Konzertierte Widerstände gibt es jedoch auf der »Baustelle Sozialstaat« auch in anderen Ländern, worauf Anthony Giddens im internationalen Vergleich hinweist: »Gerade wegen der zementierten Interessen, die das Wohlfahrtssystem hervorbringt, ist es nicht leicht zu reformieren« (Giddens 1999: 135). Ein eher blockierender als motivierender Föderalismus ohne klare Verantwortlichkeiten sowie eine ritualisierte Status-Verteidigung von Interessengruppen sind jedoch typisch deutsche Elemente, die gerade in den kleineren europäischen Ländern fehlen. Das ist ein Teil der Erklärung dafür, warum trotz aller Teufel im Detail Länder wie Dänemark, die Niederlande oder auch Schweden bei der Reform des Sozialstaats weiter sind als die große Bundesrepublik. Aber auch hier zu Lande

lösen sich langsam die Wahrnehmungsblokkaden auf. Der Kompromiss zwischen der Bundesregierung und den Ländern (bzw. zwischen den beiden großen Volksparteien) im Dezember 2003 kann als Signal für einen Aufbruch aus den institutionellen Fesseln gewertet werden. Aber auch wenn sich die Wahrnehmungen verändern, kann man nicht erwarten, dass die betreffenden sozialstaatlichen Organisationen (seien es Verbände, Gewerkschaften oder öffentlich-rechtliche Bürokratien) ihren jeweiligen Organisationsblick sofort verändern. Die meisten von ihnen sind noch dem klassischen Anliegen - Schutz und Fürsorge, also Sicherheit - verhaftet, verkennen dabei aber, dass viele wohlfahrtsstaatliche Institutionen inzwischen »bürokratisch, entfremdend und ineffizient« sind und »Sozialleistungen teilweise das Gegenteil dessen bewirken, was sie eigentlich erreichen sollen« (Giddens 1999: 132). Es bedarf deshalb schon einer erhöhten Risikobereitschaft und des Mutes bei den zentralen politischen Akteuren, um sowohl die politisch-institutionellen Lähmungen als auch das vorherrschende Stimmungsbild in der Bevölkerung, das sich als »aktive Passivität« umschreiben lässt, zu überwinden.

Das Kernproblem des deutschen Wohlfahrtsstaates liegt nach wie vor darin, dass in der Bundesrepublik zu wenig Arbeitsplätze vorhanden sind und das reale Wachstum an Arbeitsplätzen hinter vergleichbaren Ländern zurückbleibt. Deutschland ist auf dem Weg, die Beschäftigungskrise abzubauen, in den letzten 25 Jahren nicht vorangekommen, wobei natürlich nicht verkannt werden darf, welcher Beitrag für die Integration der neuen Bundesländer aufgebracht werden musste. Auch die rot-grüne Bundesregierung hat erst im Jahr 2003 begonnen, die Erstarrungen auf dem Arbeitsmarkt grundlegend zu lockern und die Arbeitslosigkeit effektiv zu bekämpfen. Während vergleichbare Länder die Arbeitslosenquote bereits in den 90er-Jahren deutlich absenken konnten, verharren wir nach wie vor auf einem hohen Niveau. Zudem stagniert die Erwerbsquote und liegt derzeit nur im unteren Mittelfeld in Europa. Dies ist deshalb von Bedeutung, weil international ein Zusammenhang zwischen niedriger Erwerbsquote und hoher Arbeitslosenquote nachgewiesen werden kann. Dies zeigt sich besonders im europäischen »Musterland« Dänemark, in dem über 80 Prozent seiner erwerbsfähigen Bevölkerung in Arbeit sind und gleichzeitig eine niedrige Arbeitslosigkeit zu verzeichnen ist. Schaut man sich einmal die speziellen Indikatoren der Erwerbsbeteiligung bei Männern und Frauen sowie Älteren und Geringqualifizierten an, dann liegen diese in Deutschland zum Teil deutlich unter dem Durchschnitt vergleichbarer OECD-Länder. So beträgt die Beschäftigungsquote der Frauen beispielsweise in skandinavischen Ländern über 70 Prozent und

auch in Großbritannien und den Niederlanden rund 65 Prozent, während sie in Deutschland noch immer unter 60 Prozent liegt. Es ist deshalb nicht überraschend, dass in den letzten Jahren Deutschland im Hinblick auf den Beschäftigungszuwachs im Vergleich mit anderen Ländern einen Schlussplatz einnimmt. Ein wesentlicher Grund liegt in der mangelnden Wachstumsdynamik des Dienstleistungssektors; hier liegt die Beschäftigungsquote in Deutschland noch immer deutlich unter dem Mittelwert der Vergleichsländer. Auch das Wachstum der Beschäftigung in diesem Wirtschaftszweig war vergleichsweise schwach und konnte die gleichzeitigen massiven Beschäftigungsverluste im industriellen Sektor nicht auffangen (vgl. die Beiträge in Hartmann/Mathieu 2002 sowie Schmid 2002 und Kaufmann 2003).

## 2. Innovative Wachstumfelder: die heimlichen Gewinner des Strukturwandels

Wie eine Runderneuerung des passivierenden deutschen Wohlfahrtsmodells aussehen kann, haben uns mehrere europäische Länder vorgemacht. Dort ist es gelungen, einer wachsenden Zahl von Frauen jungen und Alten neuen Zugang zu bezahlter Erwerbsarbeit zu verschaffen, ohne dass dabei das »Rheinland« des sozial und solidarisch regulierten Kapitalismus kontinentaleuropäischer Prägung verlassen werden musste. Alle entwickelten Industriegesellschaften haben in den letzten Jahrzehnten neue Beschäftigung fast ausschließlich im Dienstleistungssektor aufbauen können und dabei die Beschäftigungsquote der Frauen spürbar erhöht. Auf den ersten Blick erscheint somit das viel zitierte Schlagwort von der »Dienstleistungsgesellschaft« gerechtfertigt, allerdings mit unterdurchschnittlicher Ausprägung im europäischen Vergleich. Eine detaillierte Betrachtung der Beschäftigungsentwicklung zeigt zudem, dass die Entwicklung je nach Dienstleistungsbereich variiert (vgl. Heinze/Streeck 2000 sowie die Beiträge in Bosch et al. 2002).

Relativ unbemerkt von den klassischen Dienstleistungsfeldern haben sich insbesondere die personenbezogenen Dienste zu wichtigen Beschäftigungsfeldern profiliert. Ihr Wachstum geht auf gesellschaftliche Wandlungs- und Differenzierungstrends zurück, die zu einer Auslagerung von Diensten aus dem familiären und häuslichen Bereich führen. So gelten die Alterung der Gesellschaft, der medizinisch-technische Fortschritt und die steigende weibliche Erwerbsquote als wesentliche Faktoren für das Wachstum der sozialen Dienste und speziell der

Gesundheitswirtschaft (vgl. Fretschner et al. 2002 und Hilbert/Naegele 2002). Das »Gesundheitscluster« ist ein in den letzten Jahren stark wachsender Wirtschaftssektor geworden, der von vielen Experten als Zukunftsbranche gesehen wird (vgl. auch den Beitrag von Dietrich Grönemeyer in diesem Band). Das Clustermodell orientiert sich nicht an der traditionellen Unterscheidung von Prävention, Kuration und Rehabilitation, sondern es ordnet die Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gemäß ihrer Stellung entlang der entsprechenden Wertschöpfungsketten. Drei Bereiche lassen sich in idealtypischer Form unterscheiden:

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

Bereits Mitte der 90er Jahre waren in diesem sich neu herausstrukturierenden Sektor (man könnte auch von einem neuen Wertschöpfungsnetzwerk sprechen) gut vier Millionen Menschen beschäftigt; der Anteil an der Gesamtbeschäftigung betrug damit gut elf Prozent und dürfte heute bei knapp 15 Prozent liegen (im engeren Bereich des traditionellen Gesundheitswesens waren im Jahr 2001 bereits mehr als 4,1 Millionen Erwerbstätige beschäftigt). Trotz der beeindruckenden Arbeitsmarktbilanz ist aber davor zu warnen, dass Wachstum und Beschäftigung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft Selbstläufer sind, vielmehr muss dieser Prozess durch entsprechend ausgerichtete Entwicklungsstrategien in der Gesundheitswirtschaft selbst und in der Gesundheitspolitik gefördert werden (vgl. Potratz/Hilbert 2003). Dies gilt in Deutschland vor allem im Bereich der Prävention, die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern noch immer ein Schattendasein führt, obgleich schon länger bekannt ist, dass rund 80 Prozent des Gesundheitsbudgets für die Behandlung chronischer Erkrankungen ausgegeben wird. Innovationen im Gesundheitssystem müssen hier anset-

zen und die weitgehend bekannten Risikofaktoren ins Zentrum einer Krankheitsvermeidungsstrategie stellen:

Als positive Einflussfaktoren für eine Expansion der Gesundheitswirtschaft wirken weiterhin:

- Der *demographische Wandel*: Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung wird zu einer weiter wachsenden Nachfrage nach sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Produkten führen (vgl. Hilbert/Naegele 2002 und Pohlmann 2001).
- Der *soziale und kulturelle Wandel*: Mit zunehmender Frauenerwerbstätigkeit geht eine steigende Beschäftigung im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen (und damit auch in den Berufen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft) einher. Die derzeit zu beobachtenden Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen, gestiegene Mobilitätsanforderungen und der Strukturwandel der Familie unterstützen diesen Trend zusätzlich.
- Der *medizinisch-technische Fortschritt*: Als eine weitere Wachstumsquelle erwiesen sich in den vergangenen Jahren medizinisch-technische Innovationen. Durch Produktinnovationen wurde eine Leistungsausweitung in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation ausgelöst (etwa neue endoskopische Operationsweisen, die Mikrotherapie oder bildgesteuerte Therapieverfahren). Prozessinnovationen hingegen steigerten die Effizienz und Qualität bereits vorhandener Versorgungsangebote (etwa durch telemedizinische Vernetzungen und medizinische Online-Dienste) (vgl. Grönemeyer 2001).
- Wachsendes *Konsumenteninteresse an Lebensqualität*: In den letzten Jahren zeigt sich, dass die Menschen mehr Zeit und private Mittel aufwenden, um es sich körperlich und geistig gut gehen zu lassen (schon heute investieren mit wachsender Tendenz rund zwei Drittel der Bevölkerung regelmäßig in Gesundheitsvorsorge). Deutlicher Ausdruck dieses zugenommenen Interesses an Lebensqualität ist beispielsweise der rasante Anstieg von Wellness- und Fitnessanbietern (vgl. Heinze/Helmer-Denzel 2004).

Generell gilt aber, dass auch in diesem sowohl wirtschafts- als auch sozialpolitisch interessanten Handlungsfeld der Innovationsstagnation in Deutschland überwunden werden muss. Deutschland gilt schon länger als Land, in dem zwar viele Durchbrüche zu neuen Produkten und Verfahren vorbereitet werden, das sich jedoch schwer damit tut, das vorhandene Wissen aufzugreifen und zu Standardangeboten zu verdichten. Scheinbar ist es in anderen vergleichbaren Län-

dem leichter, Mittel und Ressourcen für die Weiterentwicklung innovativer Ansätze zu mobilisieren, was gerade für die »Megatrends« Gesundheit und Wellness, die sich schon als Wachstumsmotoren erwiesen und glänzende Zukunftsaussichten haben, besonders problematisch wäre. Beispiele dafür, dass dadurch große Chancen für den Wirtschafts- und Sozialstandort verspielt werden, sind sowohl in der Medizintechnik als auch in der Telekommunikation zu finden (etwa bei der Faxtechnik oder der Endoskopie). Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass Themen aus der Medizintechnologie oder auch den »Life Sciences« in den letzten Jahren sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Politik vermehrte Aufmerksamkeit erhielten, sodass in Zukunft mit besseren Umsetzungsbedingungen für Innovationen gerechnet werden kann. Die Umsetzung der Innovationen gestaltet sich in den einzelnen Bereichen unterschiedlich, wobei zudem der Unterschied zwischen dem Produktions- und Dienstleistungsbereich zunehmend flüchtiger wird. Gerade in der Verschränkung von unterschiedlichen Technologien (bei der Telemedizin etwa Kommunikationstechnik und Medizin) scheinen sich neue interessante Wachstumsfelder abzuzeichnen. Am Beispiel der Telemedizin wird im Folgenden diskutiert, wie sich ganze Wirtschaftsbranchen, aber auch nicht marktlich strukturierte Versorgungssysteme (etwa im Gesundheitssystem) neu definieren bzw. redefinieren und zu innovativen Wertschöpfungsnetzwerken werden können.

### 3. E-Health und Telemedizin als Innovationspotenziale für Lebensqualität und Wirtschaft

Anhand der Gesundheitswirtschaft kann studiert werden, wie sich eine Redefinition von Wirtschaftsbranchen und gesundheitlichen Versorgungssystemen vollzieht, und besonders interessant wird es, wenn es mit neuen Produkten und Dienstleistungen gelingt, den Ruf Deutschlands als Innovationsstandort wieder aufzupolieren. Als ein exemplarisches Innovationsfeld für neue Wertschöpfungsallianzen kann die Medizintechnik und insbesondere die Telemedizin skizziert werden. Die Medizintechnik ist ein interessantes Anwendungsfeld für eine Vielzahl neuer Technologien und auch die Telemedizin ist ohne die Verbreiterung der innovativen informations- und kommunikationstechnischen Ansätze gar nicht denkbar. Durch die technischen Innovationen sind sowohl neue Wege in der Diagnostik und der Therapie als auch der Prävention und der Rehabilitation eröffnet worden. Dass diese (allerdings heterogene und deshalb sta-

tistisch schwer abgrenzbare) Branche zu den wachstumsstärksten Wirtschaftssektoren gehört, zeigte sich schon in den 90er-Jahren und zu Beginn des neuen Jahrtausends (so wurde zwischen 1995 und 2001 ein durchschnittliches Wachstum von knapp sechs Prozent erzielt). Allein das Volumen des deutschen Marktes wird auf rund 14 Milliarden Euro geschätzt (weltweit rund 170 Milliarden Euro), und alle Experten gehen aufgrund der schon diskutierten Impulse (Alterung der Bevölkerung, mehr individuelle Ausgaben für den Gesundheitsbereich etc.) von einem weiteren Marktwachstum aus, das in Deutschland auf vier bis fünf Prozent pro Jahr geschätzt wird. Erst wenn man die Verflechtungen des Gesundheitssystems mit anderen Wirtschaftssektoren sieht, wird der produktive Charakter der Gesundheitswirtschaft richtig deutlich. Gerade in den politischen Debatten der letzten Jahre und auch heute noch findet dieser Aspekt zu wenig Beachtung und rückt erst langsam in das Blickfeld sowohl gesundheits- und sozialpolitischer als auch strukturpolitischer Debatten, ohne dass wir es in der Bundesrepublik bislang geschafft hätten, die Verflechtungen systematisch für einen Beschäftigungsausbau zu nutzen. Vielmehr besteht sogar die Gefahr, dass Deutschland als einstmaliges Zentrum medizinischen Fortschritts und auch medizintechnischer Pionierarbeit im internationalen Maßstab zurückfällt. Um auf diesem Zukunftsmarkt schnellstens wieder eine führende Position einzunehmen, müssen alle verantwortlichen Akteure einen Innovationsschub bewirken, der sowohl die medizinische Qualität erhöht als auch neue Beschäftigungsmöglichkeiten in der Gesundheitswirtschaft schafft. Dies bedeutet aber auch, neue strategische Wertschöpfungsallianzen zu schmieden, was allerdings Innovation und Kreativität bei den Akteuren für solch ein »Kontingenzmanagement« erfordert (vgl. Gross 2003 und Hubert et al. 2003).

Besondere Marktpotenziale werden u. a. in der Telemedizin erwartet; sie steht für die Nutzungsmöglichkeit des Computers und der Telekommunikation zur Rationalisierung und Verbesserung von gesundheitsbezogenen Angeboten und Leistungserstellungsprozessen. Dabei ist an mehrere unterschiedliche Einsatzbereiche gedacht: Verbesserung in der Versorgung durch Fremddiagnose und -behandlung, neue telekommunikationsgestützte Dienstleistungen wie etwa Koordinations-, Betreuungs- oder Infoangebote oder die bessere Erfassung, Systematisierung und den erleichterten Austausch medizinischer Daten. Seit rund zehn Jahren wird auch in Deutschland mit Nachdruck an der Entwicklung und Verbreitung von telemedizinischen Lösungen gearbeitet, um die medizinische Leistungserbringung effizienter zu gestalten und dabei auch für eine bessere Prävention bei den wachsenden »Verschleißerkrankungen« (etwa im Herz- und

Kreislaufbereich) zu sorgen. Bei der Bereitstellung von verbesserten Informationsangeboten (sowohl für Bürger als auch für Ärzte und andere Akteure der Gesundheitswirtschaft) konnten in dieser Zeit nachhaltige Erfolge erzielt werden. Aber auch bei den anderen Einsatzfeldern (Teleambulanz und -visite, digitale Netzwerke etc.) können schon heute messbare Fortschritte verzeichnet werden. Aber noch immer liegen hier Innovationspotenziale brach; vor allem gilt dies hinsichtlich der Erschließung dieser neuen Märkte durch Netzwerkstrategien.

Die Zielgruppen für telemedizinische Angebote sind vielfältig sowohl aufgrund der individuellen Risikoprofile, der allgemeinen demographischen Entwicklung sowie der gestiegenen Bedeutung von Prävention. Im Einzelnen kommen v.a. folgende Zielgruppen infrage: Patienten mit bereits erkannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Risiken, aber auch an Gesundheit und Sicherheit interessierte Menschen, die ihren körperlichen Zustand oder ihren Trainingsfortschritt regelmäßig und aktivitätsbegleitend überwachen und coachen lassen wollen (ggf. auch im Rahmen eines Fitness-Studios). Bereits heute gibt es einige Krankenkassen, die bei Risikopatienten oder in der Phase nach schweren Krisen oder Eingriffen die Kosten für eine telemedizinische Betreuung übernehmen. Da erste klinische Studien zu dem Ergebnis kommen, dass die Telemedizin sowohl hilft, Gesundheitskosten zu sparen, als auch einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität von Patienten hat, ist mittelfristig damit zu rechnen, dass solche Dienste zu einem Standardangebot werden. Allerdings wird sich dies mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht auf den Bereich der Fitness- und Wellness-Aktivitäten beziehen, die Menschen zu ihrer eigenen Gesundheitsförderung unternehmen. Diese werden sicherlich privat getragen werden müssen, allerdings gibt es gute Chancen (schaut man sich einmal die Ausgabenbereitschaft der Bundesbürger empirisch an), dass die private Kaufkraft auch erfolgreich angesprochen werden kann. Trotz aller Debatten über Belastungen und Kosten des Sozialsystems haben sich oft neue Angebote und Dienste durchgesetzt, die auf eine veränderte Präferenzstruktur hinweisen.

Durch den Ausbau der gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen in den letzten Jahrzehnten hat sich die Gesundheitswirtschaft zu einem beschäftigungsintensiven und innovationsträchtigen Wirtschaftsbereich gewandelt, der auch eine ausgeprägte Zukunftsorientierung bietet. Die »Jobmaschine« Gesundheitswirtschaft und die neuen technologischen Optionen etwa der Telemedizin sind jedoch kein Selbstläufer, sondern an bestimmte Erfolgsbedingungen gebunden. Hierzu zählt neben der Vernetzung und der Koordinierung der Tätigkeiten auch ein kontinuierlicher Wissensaustausch der zentralen Akteure aus Wirt-

schaft, Politik und Wissenschaft sowie eine gemeinsame Definition und Koordination der angestrebten Ziele und Vorgehensweisen. Zuallererst muss dafür die Debatte im Gesundheitswesen in eine offensive Richtung gewandelt werden: Wer nur eine Kostendebatte führt, verkennt die innovativen Potenziale und die Wachstumsperspektiven.

#### 4. Aktivierende Innovationspolitik

Die beeindruckende Beschäftigungsdynamik des Dienstleistungssektors und vor allem das Wachstum des »schlafenden Riesen« der Gesundheitswirtschaft hat einen Imagewandel dieser Dienste zur Folge: Die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste wurden früher aufgrund ihrer Arbeitsintensität und ihrer Rationalisierungsresistenz eher als Belastung für den Standort Deutschland interpretiert. Durch die positive Beschäftigungsentwicklung rücken nun jedoch auch ihre wirtschaftlichen Wachstumspotenziale stärker in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und werden inzwischen von vielen Regionen und Städten als »die« Wachstumsvision angeboten. Soziale, konsum- und freizeitbezogene Dienste gelten demnach nicht nur als Element zur Steigerung der Lebensqualität, sondern auch als neue Impulsgeber für Wachstum und Beschäftigung. Um diesen Trend weiter aktiv zu unterstützen, wird aber auch eine Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik verlangt, die sich an den Bedürfnissen kleiner, gerade erst gegründeter Unternehmen orientiert, die sich oft am Rande der Lebensfähigkeit durchbeißen. Hier zeigt sich ein spezielles Manko in Deutschland: Die noch immer stark industrialistisch geprägte Wirtschafts- und Arbeitskultur bewertet sowohl Dienstleistungstätigkeiten generell als auch spezifische Innovationen viel niedriger als ihre reale Bedeutung ist. Dies führt zu einem entsprechend niedrigem Niveau an Gründungsaktivitäten, was auch die aktuellen Strukturprobleme auf dem Arbeitsmarkt mit erklärt, denn die beschäftigungspolitisch erfolgreichen Länder haben auch ein höheres Gründungsniveau (vgl. die Beiträge in Heinze/ Schulte 2002). Bürokratische Regulierungen erschweren aber noch immer das Leben (wenn nicht sogar das Überleben) vieler kleiner Unternehmen, obwohl gerade sie Wachstums- und beschäftigungsfördernde Innovationen umsetzen. Nach Jahrzehnten der Blockaden und politischer Erstarrungen brechen allerdings mittlerweile in allen Zweigen des deutschen Wohlfahrtsstaates Reformdiskussionen aus, die zumindest einen »Einstieg« in notwendige Strukturreformen darstellen (vgl. auch die Beiträge in Egle et al. 2003). Man hat den Eindruck, dass

sich dieses Land seit dem Frühjahr 2003 in einem »Reformtaumel« befindet. Politische Konzepte zur Zukunft des Wohlfahrtsstaates sind gerade derzeit explizit gefragt, zumal sich die traditionellen sozialstaatlichen Muster mit ihren Ungleichheits- und Risikostrukturen durch die grundlegenden sozialen Wandlungsprozesse überlebt haben. Der Sozialstaat prägt jedoch weiterhin die Rahmenbedingungen für Beschäftigung und damit auch für soziale Absicherungen. Schließlich sind die meisten Dienstleistungsbranchen viel personalintensiver als der Industriesektor; also schlägt die lohnarbeitszentrierte Konstruktion des deutschen Sozialversicherungsstaates hier auch stärker zu Buche, weil sie den Faktor Arbeit zusätzlich verteuert. Deshalb ist auch die Debatte um neue Finanzierungsmodelle des Sozialstaats eine Gerechtigkeitsdebatte von Grund auf, weil alternative Finanzierungen die Weichen für mehr Jobs stellen könnten. Es geht dabei nicht nur um die Frage, welche gesellschaftlichen Gruppen sich den Solidargemeinschaften in der Krankenversicherung oder der Rentenversicherung entziehen, es geht auch um die kontraproduktiven arbeitsmarktpolitischen Wirkungen eines traditionellen, statuskonservierenden Sozialversicherungsstaats, der andere Dimensionen des Sozialen (allen voran die Bildung und eine bessere Balance von Arbeits- und Familienleben durch angemessene Betreuungsmöglichkeiten für kleinere Kinder) bislang elementar vernachlässigte (vgl. explizit Esping-Andersen 2003).

Die lebendige internationale Diskussion um einen grundlegenden Umbau des Sozialstaats ist daher unmittelbar verkoppelt mit den Szenarien zur Dienstleistungsgesellschaft und neuen Innovationsschwerpunkten. Trotz bestehender Unterschiede gibt es Gemeinsamkeiten, die sich zu einem sozialinvestiven und damit zukunftsfähigen Sozialstaatsprojekt zusammenfügen. Dazu gehören unter anderem die Stabilisierung der sozialen Grundsicherung, begleitet von einem Ausbau der privaten Eigenvorsorge, stärkerer Steuerfinanzierung von Sozialleistungen sowie einer präventiven und aktivierenden Ausrichtung der Arbeitsmarktpolitik. Damit einher geht das Bekenntnis, auch atypische Beschäftigungsverhältnisse zu fördern anstatt sie zu bürokratisieren. Gerade manche Dienstleistungstätigkeiten gedeihen oftmals neben dem Normalarbeitsverhältnis. Trotz neuer sozialer Risiken bieten sich mit solchen Strategien Möglichkeiten, mehr Menschen in Beschäftigung zu bringen, ohne sich von solidarischen Standards zu verabschieden.

Hier liegt eine zentrale Aufgabe einer systematischen Innovations- und Sozialpolitik. Die Politik muss dafür sorgen, dass soziale Sicherungssysteme nicht nur auffangen, sondern auch aufschlagen können! Dazu gehört eine Aufge-

geschlossenheit gegenüber den Wandlungsprozessen auf dem Arbeitsmarkt, den nach wie vor bestehenden Ungleichheiten im Bildungssystem (siehe die PISA-Studie) und generell in den gesellschaftlichen Leitbildern. Arbeitsformen und Lebensstile, die nicht dem Normalarbeitsverhältnis und der Normalfamilie entsprechen, sind keine unerwünschten Ausnahmen, sondern vielmehr die Richtgrößen, an denen sich die Entwicklung der arbeitsmarktpolitischen Förderprogramme, der sozialen Sicherung, der Mitbestimmung und des Bildungssystems orientieren muss. So sollte beispielsweise eine Strategie der Förderung von niedrig qualifizierten Tätigkeiten mit einer gezielten Ausweitung personenbezogener Dienste (Kinderbetreuung, Ganztagschulen, Haushaltsdienste) verknüpft werden, um berufstätige Frauen zu entlasten. Auf diese Weise wäre auch ein Anreiz für höher qualifizierte Frauen gegeben, stärker am Erwerbsleben zu partizipieren - was wiederum zur Entwicklung hoch qualifizierter Dienstleistungsfelder beiträgt. Zugleich würde durch solche Schritte endlich eine neue Balance in den sozialstaatlichen Sicherungssystemen angestrebt, die traditionell den größten Teil der Sozialinvestitionen in die Alterssicherung lenken, während gerade in Deutschland Kindern und Jugendlichen (und damit auch Familien) viel zu wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht wird.

Eine weitere Herausforderung ist die Entwicklung eines positiven Klimas für Innovationen und Gründungen. Dafür braucht es neben den Infrastrukturen und den »harten« Faktoren wie die Anbindung an Verkehrswege, Gewerbeflächen, Bildungseinrichtungen etc. auch die »weichen« Faktoren, z.B. moderne Bildungs- und Forschungseinrichtungen. Existenzgründer sind keine isolierten Akteure, sondern in soziale Beziehungen in der Region eingebettet. Gefragt sind also fruchtbare Allianzen zwischen Wirtschaftsunternehmen, der Politik und Verwaltung sowie der Wissenschaft. Der Standortvergleich herausragender innovativer Standorte hebt durchgängig die Existenz solcher Kooperationsstrukturen und Netzwerke heraus, verweist aber auch auf die Bedeutung von Visionen. Nur die Standorte werden im globalisierten Wettbewerb überleben, die anspruchsvolle Produkte und Dienstleistungen in Zukunftsfeldern anbieten und eine Balance zwischen wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und sozialer Absicherung realisieren können. Gefragt sind also sowohl strukturelle Reformen im traditionellen sozialen Sicherungssystem als auch Strategien, die den wohlfahrtsstaatlichen Sektor selbst als Innovations- und Wachstumspotenzial sehen.

Die Politik muss also vom Prinzip der Statuskonservierung umorientiert werden in Richtung auf eine bessere Nutzung der Innovationspotenziale, wobei vor allem eine Fokussierung in Richtung auf Kompetenznetzwerke zu empfehlen ist.

Es gilt zudem, den Wohlfahrtsstaat nicht nur als Last, sondern als soziale Investition zu begreifen, wobei der Sektor der wissensintensiven Dienstleistungen zukünftig eine zentrale Rolle spielt. Der Umbau des bundesrepublikanischen Sozialstaates sollte sich deshalb auch nicht am Leitbild der minimalistischen Version (etwa an den selektiven Sozialstaatsinstitutionen des angelsächsischen Wohlfahrtskapitalismus) orientieren, sondern muss - basierend auf seinen Stärken - neue Innovationsschwerpunkte kreieren, die sowohl sozialintegrierend als auch beschäftigungsfördernd wirken. Nur so kann ein Ausbruch aus der Sackgasse gelingen, in die sich die defensiv geführten Diskussionen um die hohen Kosten des Wohlfahrtsstaates oder aktuell um die Probleme einer »ergrauenden« Gesellschaft manövriert haben.

## Literatur

- Bosch, G. et al.* (Hg.) 2002: Die Zukunft von Dienstleistungen, Frankfurt/New York.
- Egle, Ch. et al.* (Hg.) 2003: Das rot-grüne Projekt. Eine Bilanz der Regierung Schröder 1998-2002, Wiesbaden.
- Esping-Andersen, G.* 2003: Aus reichen Kindern werden reiche Eltern, in: Frankfurter Rundschau (Dokumentation) vom 20. 12. 03.
- Fretschner, R. et al.* 2002: Die Gesundheitswirtschaft - ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie, in: IAT-Jahrbuch 2002, Gelsenkirchen, S. 33ff.
- Giddens, A.* 1999: Der dritte Weg, Frankfurt.
- Grönemeyer, D. H. W.* 2001: Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft, Berlin.
- Gross, P.* 2003: Das Paradoxon der Moderne, in: McK Wissen, Heft 07, S. 98ff.
- Hartmann, A./H. Mathieu* (Hg.) 2002: Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie, Berlin (FES).
- Heime, R. G.* 1998: Die blockierte Gesellschaft. Sozioökonomischer Wandel und die Krise des »Modell Deutschland«, Opladen/Wiesbaden.
- Heinze, R. G.* 2002: Die Berliner Räterepublik. Viel Rat - wenig Tat?, Wiesbaden.
- Hänze, R. G./W. Streeck* 2000: Institutionelle Modernisierung und Öffnung des Arbeitsmarktes: Für eine neue Beschäftigungspolitik, in: *J. Kocka/C. Offe* (Hg.): Geschichte und Zukunft der Arbeit, Frankfurt/New York, S. 234ff.
- Heinze, R. G./A. Helmer-Denzel* 2004: Innovative Beschäftigungspfade durch den Dienstleistungsdschungel - am Beispiel der Fitnessbranche, MS Ruhr-Universität Bochum (im Erscheinen).



*Hubert, J. et al.* 2003: Gesundheitswirtschaft in OstwestfalenLippe, Bielefeld.

*Hilbert J./G. Naegele* 2002: Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter - Ein Such- und Gestaltungsfeld für mehr Wachstum und Beschäftigung, in: *G. Bosch et al. (Hg.): Die Zukunft von Dienstleistungen*, Frankfurt/New York, S. 347ff.

*Kaufmann, F. X.* 2003: Varianten des Wohlfahrtsstaats, Frankfurt.

*Pohlmann, S.* 2001: Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung - Deutsche Impulse, Stuttgart/Berlin/Köln (hg. vom BMFSFJ).

*Potratz, W./J. Hubert* 2003: Jenseits von Beitragssätzen und Risikoausgleich, in: *IAT Jahrbuch 2003*, Gelsenkirchen, S. 153ff.

*Schmid J.* 2002: Wohlfahrtsstaaten im Vergleich, Opladen (2. Aufl.).