

Der demographische Wandel als Wirtschaftsfaktor

Beitrag zum 32. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München (4. - 8. 10. 2004), Sektion „Wirtschaftssoziologie“

1. Problemstellung: Demographischer Wandel als Herausforderung für den Wirtschafts- und Sozialstandort Deutschland
2. Zur Ausdifferenzierung der Altersgruppen
3. Die Gesundheitswirtschaft als „Gewinnerbranche“ einer alternden Gesellschaft
4. Exkurs: E-Health und Telemedizin als Innovationspotenziale für Lebensqualität und Wirtschaft
5. Modernisierungsstrategien und die neue Rolle der Gesundheitsregionen
6. Aktivierende Innovationspolitik im Feld des demographischen Wandels

1. Problemstellung: Demographischer Wandel als Herausforderung für den Wirtschafts- und Sozialstandort Deutschland

Wichtigster Bestandteil der Debatte um den demographischen Wandel ist in Deutschland die „Alterung“ der Gesellschaft. Vor allem die schrumpfende Bevölkerung und die höhere Lebenserwartung stehen im Zentrum, viele sprechen vom „Dilemma der Demographie“, vom „Krieg der Generationen“. Bücher wie „Das Methusalem-Komplott“ (Schirmmacher 2004) beherrschen die Medien und werden in der Öffentlichkeit breit rezipiert. Im Frühsommer erregte eine breit publizierte Studie des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung die Öffentlichkeit, in der mit dramatisch klingenden Worten die Überalterung und der Geburtenrückgang geschildert wurden. Einerseits wurden demographische Verwerfungen beschworen, die in ihren Folgen mit den Auswandererwellen im 19. Jahrhundert vergleichbar wären und andererseits wurden insbesondere einzelne Regionen konkret bewertet. Gerade der Hinweis auf „Schrumpf-„ oder „Absteigerregionen“ (auch im Westen, etwa im nördlichen Ruhrgebiet) hat die lokalen Politiker tief berührt. Dies gilt auch für die markant vorgetragene These, dass Deutschland eine gesteuerte Zuwanderung in beträchtlichem Ausmaß benötigt, um am

Wohlstand weiterhin zu partizipieren. Grosse Herausforderungen sieht die Studie auch darin, das bisher weitgehend brachliegende Potential der Alten zu aktivieren (vgl. Klingholz 2004 und die Sonderbeilage in GEO H. 05/04).

Der demographische Wandel umfasst auch in dieser Untersuchung nicht nur die Bevölkerungsentwicklung in den Dimensionen Fertilität und Mortalität, sondern auch die Binnen- und Außenwanderungen müssen bedacht werden. Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland wurde in den letzten vierzig Jahren zentral durch die Zuwanderung von Ausländern beeinflusst (zwischen 1960 und 2002 rund 26,7 Millionen Migranten; vgl. Datenreport 2004 des Stat. Bundesamtes, 29ff). Im Jahr 2002 lebten in Deutschland rund 7,3 Millionen Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Hinzu kommen Bevölkerungsgruppen, die keine Ausländer, aber oft von der Migration geprägt sind: Aussiedler (vor allem Spätaussiedler). Allein zwischen 1990 und 1994 sind knapp 1,3 Millionen zugezogen (in den Jahren 2000 bis 2002 kamen noch jeweils knapp 100.000).

Vor dem Hintergrund einer schrumpfenden Gesamtbevölkerungszahl in Deutschland (vgl. zu den Daten Enquetekommission 2002, Datenreport 2004, Institut der deutschen Wirtschaft/Roman Herzog Institut 2004 sowie Birg 2003) konzentriert sich aber gerade die sozialpolitische Diskussion auf den **steigenden Anteil** älterer und hochaltriger Menschen. Während die Geburtenrate seit Jahrzehnten sinkt (in Westdeutschland lag die durchschnittliche Kinderzahl im Jahr 2000 bei 1,41 und in Ostdeutschland bei 1,21), steigt die Lebenserwartung seit Jahrzehnten (bspw. wird ein neu geborenes Mädchen derzeit rund 81 Jahre). Nach Szenarien des Statistischen Bundesamtes, das von etwa gleich bleibenden Geburtenraten, steigenden Lebenserwartungen und einem Wanderungssaldo von 100.000 Personen pro Jahr ausgeht, würde die Einwohnerzahl Deutschlands bis zum Jahr 2050 auf rund 70 Millionen schrumpfen. Für die sozialen Sicherungssysteme würde dies bedeuten, dass auf 100 Erwerbstätige (zwischen 20 und 60 Jahren) rund 80 „Rentner“ kämen (heute sind es rund 40). Und auch die regionalen Disparitäten (nicht nur zwischen einem dicht besiedelten Westen und einem dünn besiedelten Osten) würden sich verschärfen. Angesichts dieser **Herausforderungen** sehen manche den klassischen Sozialstaat „vor dem Offenbarungseid“ und sprechen von einer „demographischen Zeitbombe“ (Miegel 2002; zur Versachlichung der Debatte vgl. u.a. die Beiträge in Enquete-Kommission 2002 und Institut der deutschen Wirtschaft 2004).

Solche dramatisch klingenden Warnungen scheinen vor dem Hintergrund, dass sich die Folgewirkungen des demographischen Wandels schon seit Jahrzehnten abzeichnen und auch in der Soziologie thematisiert wurden (vgl. etwa die Beiträge in Clemens/Backes 1998 und Naegele/Tews 1993 sowie zusammenfassend Kohli 1998 und Weymann 1998, 145ff) etwas überzogen zu sein, allerdings haben sich die Öffentlichkeit und vor allem die verantwortli-

chen politischen Akteure mit den neuen Herausforderungen zumeist nur am Rande beschäftigt. Es zeigt sich aber auch anhand dieser Debatte, dass die Soziologie zu den aktuellen gesellschaftspolitischen Diskussionslinien derzeit eine gewisse Distanz hat und in vielen Feldern eher selbstbezüglich auf die eigene wissenschaftsinterne Diskussion fixiert bleibt.

Aus der Zukunftsperspektive einer schrumpfenden und überalterten Gesellschaft ist es nicht überraschend, dass die demographische Herausforderung im Rahmen eines sozialpolitischen Belastungsdiskurses als zentrales Problem für die wohlfahrtsstaatlichen Sicherungssysteme thematisiert wird. Sowohl in der Renten- und Kranken- als auch der Pflegeversicherung sind schon heute die finanziellen Folgewirkungen dieses sozioökonomischen Wandels zu prognostizieren. In diesem Zusammenhang wirkt sich zudem die Individualisierung und „Singlisierung“ der Gesellschaft und der Trend zur Verkleinerung der Haushalte problemverschärfend aus (so bestehen Altenhaushalte heute vornehmlich aus Ein- oder Zweipersonenhaushalten). Der viel beschworene „Generationenvertrag“ und konkret das Verhältnis zwischen gesetzlicher, betrieblicher und privater Altersvorsorge gerät damit immer stärker in das Zentrum der öffentlichen Debatten.

Aber nicht nur die Alterssicherung ist vom demographischen Wandel betroffen, vielmehr auch der Gesundheitsbereich. Die Verlängerung der Lebens ist nicht umsonst zu haben, sondern muss mit steigenden Ausgaben erkaufte werden: So schlägt im Alter nicht nur die medizinische Versorgung bei den klassischen chronischen Zivilisationserkrankungen (Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes) verstärkt zu Buche, hinzu kommen spezifisch geriatrische Erkrankungen wie Demenz, Alzheimer etc., die nicht nur betreuungsintensiv, sondern auch – da es sich um relativ „neue“ Krankheitsbilder handelt – forschungsintensiv sind. In diesem Kontext kann nur eine Gesundheitspolitik, die die Krankheitsvermeidung (und damit die Vorbeugung und Früherkennung) in den Mittelpunkt stellt und den Menschen die Möglichkeit gibt, auch durch neue Technologien (wie etwa die Telemedizin) die Risikofaktoren zu erkennen und sich dementsprechend zu verhalten, als zukunftsfähig bezeichnet werden (vgl. u.a. Brinkmann/Schnee 2003).

Jenseits aller Risiken und Herausforderungen ist die Alterung der Bevölkerung aber auch mit neuen Chancen und **Potentialen** für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung verknüpft. Allerdings müssen die Ansatzpunkte zur Aktivierung der Individuen konkret in einzelnen gesellschaftlichen Gestaltungsfeldern herausgearbeitet werden, worauf im folgenden Beitrag in einigen Aspekten eingegangen wird. Dabei wird auch deutlich, dass sich die Soziologie durchaus einmischen und zu den zentralen gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen auch Orientierungswissen zur Verfügung stellen kann. Aus dieser Sicht wird auch nicht die Diagnose über den Zustand des Faches geteilt („Lange Narkose, verwirrtes Erwachen“; vgl. Hartmann 2004), vielmehr kann aus der akademischen Theorieproduktion auch einiges für

eine optionale Steuerung des demographischen Wandels geboten werden. Eine eher an dem Strukturwandel des Alters und den damit einhergehenden neuen Handlungsressourcen orientierte Sichtweise zeigt sich auch zunehmend in der gesellschaftlichen Thematisierung des Alters (etwa in der Politik und den Medien); die Aufmerksamkeit richtet sich stärker darauf, wie das Leistungspotenzial Älterer von der Gesellschaft genutzt werden kann. Die Erwartungen reichen von einer

- Ausweitung bürgerschaftlichen Engagements älterer Mitbürger (a), über eine
- Belebung von Arbeitsmärkten und Belegschaften durch eine stärkere Partizipation Älterer am Erwerbsleben (b) bis hin zur
- Debatte um mehr Eigenvorsorge und neuen Wachstumsimpulsen für die „Gewinnerbranchen“ des demographischen Wandels (etwa die Gesundheitswirtschaft und spezifische „Seniorenmärkte“) (c).

Die sozioökonomische Nutzung der **Ressourcen** des Alters, die sich anhand der vom demographischen Wandel profitierenden Wirtschaftsbranchen schon heute zeigt, ist allerdings in Deutschland vielfach strategisch noch nicht erkannt worden. Vor allem gilt dies hinsichtlich der Verknüpfung zwischen einer aktivierenden Dienstleistungspolitik und technologischen Innovationen.

a) Bürgerschaftliches Engagement

Vor diesem kurz skizzierten sozialpolitischen Hintergrund des demographischen Wandels ist nicht überraschend, dass Begriff und Praxis des bürgerschaftlichen Engagements einen erstaunlichen Bedeutungsaufschwung auch im Bereich der Seniorenpolitik erfahren haben. Der von vielen Sozialforschern konstatierte Wandel vom "alten" zum "neuen" Ehrenamt hat auch die älteren Menschen in Deutschland erreicht. Während "klassische" ehrenamtliche Tätigkeiten zumeist für lange Zeiträume des Lebens ausgeübt werden, ist ein Kennzeichen des "neuen" Engagements die zeitliche Befristung des Engagements. So ergaben Befragungen, dass jeder vierte Ältere und jeder dritte der jungen Alten ihr Engagement erst im Rentenalter aufgenommen haben (vgl. Olk 2003, Rohleder/Bröscher 2002 sowie die Beiträge in Heinze/Olk 2001).

Das freiwillige Engagement Älterer beginnt, eine nicht wegzudenkende Größe in der lokalen Kultur- und Sozialpolitik zu werden. Nach Ergebnissen aus dem Sozio-ökonomischen Panel sind knapp 30% der 55- bis 69-Jährigen engagiert (34% in allen westlichen Bundesländern). Seit Mitte der 80er Jahre ist eine Ausweitung des freiwilligen sozialen Engagements zu beobachten; die Zahl der Engagierten in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre stieg von 1986 bis 1998 von 21,6% auf 29,9%. Einen noch stärkeren Anstieg verzeichnete die Gruppe der über 70-Jährigen mit einer Ausweitung der Beteiligungsquoten im gleichen Zeitraum von knapp

8% auf 18,7%, wobei gerade der Anteil des "nicht-regelmäßigen" sozialen Engagements anstieg. Die bevorzugten Engagementbereiche Älterer sind der kirchlich-religiöse Bereich, Sport und Bewegung sowie der Bereich Freizeit und Geselligkeit. Mit steigendem Alter wächst zudem die Zahl derer, die sich speziell für ihre eigene Altersgruppe engagieren.

Das wachsende bürgerschaftliche Engagement der Älteren wird aber auch in der Debatte um „Generationengerechtigkeit“ verwandt und bekommt dann zumeist auch einen anderen Charakter. Aufgrund der Verlängerung der Lebensphase Alter, der durchschnittlichen Verbesserung des Gesundheitszustands und der guten finanziellen Ressourcenausstattung älterer Menschen wird zunehmend die Frage thematisiert, welche Leistungen man im Hinblick auf die Erhaltung der Solidarität zwischen den Generationen von der älteren Generation erwarten darf. Manche sprechen bereits vor dem Hintergrund des „Ende des Wohlfahrtsstaates“ von einem „neuen Generationenpakt“ (Opaschowski 2003). Aus soziologischer Sicht geht es um die Auflösung der klassischen sozialen Konstruktion des Alters und des Alterns, was auch bedeutet, dass die durch den ausgebauten Wohlfahrtsstaat verbundene Institutionalisierung des Lebenslaufs (vgl. insbes. die Arbeiten von Kohli) infragegestellt wird.

Bereits ein flüchtiger Blick auf die einschlägigen Debatten belegt allerdings, dass das aktuelle gesellschaftliche und politische Interesse am bürgerschaftlichen Engagement (nicht nur) der Älteren in seinen Intentionen als ambivalent zu bewerten ist. Auf der Positivseite steht die Erkenntnis, dass ein lange Zeit verdrängtes und an den Rand der Aufmerksamkeit abgeschobenes Thema einen zentralen Platz im gesellschaftlichen Diskurs zugewiesen bekommt. Einen neuen Akzent setzt die Bundesregierung derzeit im Bereich des generationenübergreifenden ehrenamtlichen Engagements und hofft, dadurch das spezielle Wissen der Älteren auch nach dem Berufsleben als „Seniorexperte“ oder „Seniortrainer“ zu nutzen (vgl. Schmidt 2004).

Angesichts der deutschen Tradition und politischen Kultur des (sozialstaatlichen) Etatismus sowie der Markteuphorie und Ökonomisierungstendenzen der letzten Jahre ist es ein ermutigendes Zeichen, dass die aktiv-bürgerschaftlichen Potentiale und Handlungsspielräume und damit die bürgergesellschaftlichen Grundlagen von Marktökonomie und Staatsbürokratie unter der Leitformel einer demokratischen Bürgergesellschaft ausgelotet werden. Das neue Interesse an bürgerschaftlichen Aktivitäten birgt aber auch Risiken. Einmal aus dem Schatten des Minderheiten- und Expertendiskurses herausgetreten, steht das Phänomen des bürgerschaftlichen Engagements nun in der Gefahr, als kostengünstiger „Lückenbüsser“ für minimalstaatliche Sparstrategien instrumentalisiert zu werden. Soziologische Analysen können hier mithelfen, neue sozialpolitische Mythenbildungen zu thematisieren und vielleicht auch ein Stückweit diese Instrumentalisierungsstrategien zu begrenzen.

b) Partizipation am Erwerbsleben

Hinsichtlich der Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Arbeitswelt wird in den öffentlichen Debatten neben der Alterssicherungsproblematik insbesondere auf die hohe Arbeitslosigkeit unter Älteren und auch zunehmend auf die zukünftig schwieriger werdende Versorgung der Unternehmen (insbesondere auch der kleineren Unternehmen) mit qualifizierten Erwerbstätigen hingewiesen (vgl. zusammenfassend Kistler/Hilpert 2001, Mendius 2001, Naegele 2001 und 2004a, 2004b sowie die Beiträge in Bullinger 2001 und Herfurth et al 2003). Bei einer insgesamt schrumpfenden Bevölkerung sinkt auch das Potential an Erwerbspersonen und damit könnte sich der bereits heute in einigen Regionen und Branchen beklagte Fachkräftemangel ausdehnen (vgl. zusammenfassend Kistler/Hilpert 2001, Mendius 2001, Naegele 2001 sowie die Beiträge in Bullinger 2001). Ohne eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung und eine Abkehr von der Strategie der Frühverrentung werden diese Probleme nicht ansatzweise zu lösen sein. Die bisherigen – im internationalen Vergleich selten aufzufindenden - sozialstaatlichen Sicherungen, die umschrieben werden können mit der Formel „Hohes Ruhestandseinkommen bei frühem Renteneintritt“, dürften nicht mehr zu halten sein (vgl. u.a. Eichhorst et al 2004), wengleich sie sich sicherlich positiv auf die derzeitige ökonomische Lage der Senioren und damit auch der Seniorenwirtschaft ausgewirkt haben.

Die Beschäftigungsquoten Älterer (45 bis 64 Jahren) variieren erheblich zwischen den verschiedenen Ländern: Italien hat mit knapp 50% die niedrigste, Schweden mit gut 77% die höchste Quote, während Deutschland mit rund 58% im unteren Mittelfeld liegt. Für alle Länder gilt die Aussage, dass hochqualifizierte Ältere deutlich länger arbeiten als niedrig qualifizierte Ältere und die Beschäftigungsquoten älterer Frauen deutlich niedriger liegen als die der älteren Männer (vgl. zusammenfassend Schief 2004).

Im Gegensatz zu der in der Öffentlichkeit intensiv geführten Debatte um eine Verlängerung der Erwerbsarbeitszeiten gehen in der Bundesrepublik real die Erwerbsquoten älterer Arbeitnehmer (zumindest bei den Männern) jedoch stetig zurück und ein Verbleib in der Erwerbstätigkeit bis zur Regelaltersgrenze von 65 Jahren wird zur Zeit lediglich von einer kleinen Minderheit realisiert. Das Rentnerzugangsalter ist in den letzten Jahren gesunken und zu dem ist zu bedenken, dass es deutlich nach oben abweicht vom tatsächlichen Berufs- bzw. Betriebsaustrittsalter. Über das Rentnerzugangsgeschehen kann also keinesfalls das eigentliche altersbedingte Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wiedergegeben werden. Aufgrund der dauerhaft hohen Arbeitslosigkeit sind in den letzten Jahren viele ältere Arbeitnehmer(innen) schon frühzeitig in die Rente abgedrängt worden. Da gerade in der Bundesrepublik flächendeckende Programme zur vorzeitigen Pensionierung bzw. Verrentung aufgelegt wurden, ist die Beschäftigungsquote Älterer deutlich abgesunken und trifft auch in der Bevöl-

kerung bei vielen Gruppen (gerade Niedrigqualifizierten) auf eine hohe Frühverrentungsbereitschaft. Der im internationalen Vergleich außerordentlich hohe Anteil frühzeitiger Verrentungen und Pensionierungen in Deutschland ist allerdings durch die Politik, die die Rahmenbedingungen in letzter Zeit massiv verändert hat, in das Visier genommen worden. Die letzten Übergangsfristen für einen abschlagsfreien Übergang in die Rente (die Altersgrenze von Frauen) laufen 2004 aus und der „Arbeitsdruck“ wird in der Folge deutlich gesteigert. Allerdings haben sich die Betriebe in ihrer Personalpolitik auf diese Situation noch nicht eingestellt und sind weiterhin fixiert auf eine Ausgliederungspolitik.

Ohne eine tief greifende Wende auf dem Arbeitsmarkt dürften auch die Erwerbsquoten in der Altersklasse 60 bis unter 65 Jahre kaum stark ansteigen (trotz aller politischen Empfehlungen und Gesetze). Schaut man sich die Erwerbsquoten der Älteren getrennt nach West- und Ostdeutschland an, dann fallen deutliche Unterschiede auf: Während im Jahr 2000 in den „alten“ Bundesländern die Erwerbsquoten bei den 60 bis unter 65-Jährigen bei 24% lagen (im Jahr 1995 bei 22,8%), liegen diese in den „neuen“ Bundesländern bei 14,8% (dramatisch gesunken waren sie auf 8,8% im Jahr 1992) (vgl. Eichhorst et al 2002 und 2004).

Auch wenn also manche Beobachter inzwischen von einer Ablösung der Jugend- durch eine Altenkultur philosophieren und von einem Trendwechsel in den Personalabteilungen gesprochen wird, sind wir real in dieser Hinsicht kaum vorwärts gekommen. Nur jedes dritte Unternehmen stellt laut einer ganz aktuellen Studie einer Münchner Unternehmensberatung Mitarbeiter ein, die älter als 48 Jahre sind, wenngleich zwei Drittel die breiten beruflichen Erfahrungen und Netzwerke lobten (vgl. Weserkurier v. 16.9. 04; hierzu auch Bellmann et al 2003). Die Partizipation der Älteren am Erwerbsleben muss aufgrund der betrieblichen Auslesprozesse vergleichsweise marginal bleiben, was auch zunehmend in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Rund 50% glaubten in einer Befragung, dass die Berufs- und Lebenserfahrung der Älteren nicht genug honoriert würde (vgl. Die Zeit v. 16.9. 04, 3 und 28ff). Zwischen den Sonntagsreden vieler Manager, Verbandsfunktionäre und Politiker und dem realen Führungsverhalten in den Unternehmen klaffen offensichtlich Welten.

c) „Wirtschaftskraft Alter“

Zu den bislang nicht ausgeschöpften Potentialen des demographischen Wandels zählt schließlich – und darauf soll im Folgenden die Konzentration liegen - die wachsende Bedeutung der Seniorenwirtschaft mit all ihren Facetten. Dieser sozial- und beschäftigungspolitische Perspektivwechsel wird unterstützt durch die Debatten um mehr individuelle Vorsorge im Bereich der Alterssicherung, aber auch der Gesundheit. Trotz der Passivierungstendenzen des traditionellen deutschen Wohlfahrtsstaates und der damit verbundenen „Drogenwirkungen“ (vgl. Offe 1995) scheint sich die Haltung der Bevölkerung zu grundlegenden Refor-

men der sozialen Sicherungssysteme – glaubt man empirischen Umfragen - zunehmend in Richtung zu mehr Eigenverantwortung zu entfalten: „Die Deutschen wollen nicht nur Selbstbestimmung im Privatleben: sie sind auch bereit, die Herausforderungen des Umbaus des Sozialstaats mit Eigenverantwortung zu meistern... Die Selbstbestimmung kann sich nicht nur in Freizeit oder Beruf, sondern auch als stärkere Eigenverantwortung der eigenen Daseinsvorsorge äußern“ (Meulemann 2004, 8; vgl. zur Diskussion dieser relativ optimistischen Annahme zusammenfassend die Beiträge in Mayer 2001 sowie Krafft/Ullrich 2004).

Diese empirisch gestützte These über die Verschiebung der Relationen zwischen den Ordnungsmechanismen Staat und Markt verweist darauf, dass der demographische Wandel zwar zu strukturellen Herausforderungen und auch Umbauplänen für die Architektur der traditionellen Sicherungssysteme führt, jedoch nicht nur als Belastung thematisiert werden darf, weil dadurch einerseits die politischen Gestaltungsoptionen (Reformen) als auch die schon heute vorfindbaren „Gewinnerbranchen“, die von der stärkeren Eigenverantwortung der älteren Bevölkerung profitiert haben, vernachlässigt werden. Dass diese Verdrängung gerade in Deutschland mit der Tradition eines passivierenden, etatistisch-korporatistisch ausgeprägten Sozialstaatsmodells und strukturellen Problemen bei der beschäftigungspolitischen Erschließung des Dienstleistungssektors (vgl. Heinze/Streeck 2003 und Siegel/Jochem 2000) besonders erfolgreich war, ist eigentlich nicht überraschend. Dennoch gab es in den letzten Jahren eine Gegenbewegung, bei der der demographische Faktor auch als Erfolgsfaktor für einen Boom in der Gesundheitswirtschaft ausgemacht wurde. Zunehmend werden Ältere auch hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen und sozialen Potentiale betrachtet und geraten als Konsumenten in das Visier verschiedener Wirtschaftsbranchen und damit auch des Marketings. Tatsächlich besaßen historisch betrachtet Ältere noch nie eine größere Marktmacht als heute. Auch neueste empirisch abgesicherte Studien über die Einkommenslagen, –dynamik sowie Vermögen und Verschuldung beschreiben diese Zielgruppe als eine auch wirtschaftlich relevante Gruppe, deren materielle Ressourcen sich zudem in den nächsten Jahren schon aufgrund des demographischen Wandels erheblich erhöhen. Zusammenfassend kann man feststellen, dass die materielle Lage im Alter allgemein stabil ist und durchaus eine Vielzahl von Haushalten mit relativ hohem Einkommen und Vermögen vorhanden ist (vor allem in Westdeutschland). Das Geldvermögen der Älteren liegt im Durchschnitt deutlich über dem Niveau aller Haushalte. Durch das Wachstum der Zahl älterer Menschen ergeben sich deshalb erhebliche Marktpotenziale (vgl. Motel 2000, Heigl 2003 und 2004 sowie Allianz Group 2004 und Augurzky/Neumann 2004).

So gesehen überrascht es auch nicht, dass bspw. die Wellnessbranche, Banken oder Tourismusunternehmen, aber auch die Gesundheitswirtschaft diese Nachfragergruppen entdecken. Experten schätzen, dass mehr als die Hälfte des gesamten Nettogeldvermögens bei

den gut versorgten älteren Haushalten liegt, den „Woopies“ („Well off older people“) oder den „Best Agers“, deren Kaufkraft auf 90 Milliarden Euro geschätzt wird. Diese Gruppe ist natürlich für den Konsum von großem Interesse und deshalb überrascht es auch nicht, dass das Ende der traditionellen „Generationenschablonen“ inzwischen auch von der Werbewirtschaft erkannt wird: „Wenn ich dagegen die 60- und 70-Jährigen von heute anschau – die nehmen nicht am Kränzchen teil, sondern am Leben. Sie machen Sport, sie reisen. Ihr ganzes Verhalten ist nicht alt...Mit dem Alter nimmt zwar die Experimentierfreude ab, aber der Wohlstand nimmt zu. Da wird nicht mehr gespart, sondern es geht kompromisslos um Qualität“ (S. Turner in: Die Zeit Nr. 39 v. 16.9. 04, 66; vgl. zur „Flut“ der derzeit in den Medien intensiv thematisierten „neuen Alten“ und den „Abschied vom Jugendwahn“ auch Niejahr 2004 und Bonstein/Kruse 2004). Vor allem eine Seniorengruppe ragt hinsichtlich der Einkommen heraus: Pensionärshaushalte haben das höchste Pro-Kopf-Haushaltseinkommen aller Haushaltstypen in Deutschland! Aber auch „normale“ Rentnerhaushalte erreichen derzeit ein ansehnliches Einkommensniveau, wenngleich es in Zukunft nach Aussage aller Experten zu einer wachsenden sozialen Ungleichheit sowohl in der Einkommens- als auch der Vermögensverteilung zwischen den älteren Haushalten kommen wird.

Armut ist aber gegenwärtig in Deutschland ein eher seltenes Phänomen bei der älteren Bevölkerung und betrifft eher die jüngeren Haushalte (vor allem, wenn es sich um Alleinerziehende handelt!). Aber auch wenn Altersarmut in den letzten Jahrzehnten erfolgreich zurückgedrängt werden konnte, gilt dies nicht für weite Teile der Berichterstattung in den Medien und auch manche subjektive Realitätsbeurteilung. Gerade für die Gruppe der Älteren gilt oft die These von Sloterdijk: „Die Schere zwischen statistischem Wohlstand und gefühltem Unkomfort klappt so weit auf wie kaum je zuvor, auch wo keine linksradikalen Filter die Befunde nachdunkeln „(ders. 2004, 685; vgl. auch Streeck 2004). Auch wenn sicherlich vor Verallgemeinerungen zu warnen ist, so müssen doch diese philosophischen Hinweise auf ein „Klagen auf hohem Niveau“ und die häufig „defensive Lebenseinstellung“, die sicherlich auch durch die Konstruktionsprinzipien des deutschen Wohlfahrtsstaatsmodells mit generiert werden, als ein Merkmal der Gegenwartskultur registriert werden.

Insgesamt zeichnen aber die Prognosen für die „Wirtschaftskraft Alter“ ein positives Bild, auch wenn die Unternehmen und die öffentliche Hand auf die durch den demographischen Wandel bewirkte Veränderung der Nachfragestruktur mit adäquaten Angeboten reagieren müssen, um die Wachstumspotentiale auszuschöpfen. Die Entwicklung altersspezifischer Produkte und Dienstleistungen sowie deren Marketing und Vertrieb steckt in Deutschland noch in den Anfängen, worauf erste Ergebnisse aus einer regionalen Studie im Ruhrgebiet hinweisen (Studie der IHken Dortmund/Bochum zus. mit der Projekt Ruhr; durchgeführt von Prof. Naegele/Prof. Heinze).

Im folgenden sollen einige Aspekte dieser **Neuthematisierung** des demographischen Wandels vor dem Hintergrund einer wirtschaftssoziologischen Betrachtung vertiefend diskutiert werden, wobei zunächst die anvisierte soziale Gruppierung etwas näher betrachtet wird, um nicht vorschnell den demographischen Wandel zur zentralen Triebkraft des sozialstrukturellen und politischen Wandels zu machen. Ein Hauptaugenmerk der Argumentation wird darauf gelegt, den demographischen Wandel (im Folgenden fokussiert auf den Altersstrukturwandel) bei allen nicht zu bestreitenden Herausforderungen nicht nur als Belastung zu diskutieren. Der „Schrumpfungsprozess“ sollte auch aus sozialwissenschaftlicher Sicht als Herausforderung begriffen und in seinen Gestaltungsoptionen begleitet werden! Ausgangspunkt dieser These ist, dass im Altern der Bevölkerung nicht nur Risiken, sondern auch Chancen für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung liegen, welche – durch entsprechende Handlungskonzepte gestaltet – Wertschöpfungs- und Wachstumsprozesse generieren können.

Es gelten folgende Ausgangsthesen:

- Die alternde Gesellschaft schafft auch Nachfrage, so insbesondere nach sozialen Dienstleistungen, in den Bereichen Wohnen, Mobilität, Gesundheitswirtschaft, Fitness, Wellness, Reisen etc.
- Ältere Menschen sind als „KundInnen“ interessanter und anspruchsvoller geworden. Sie verfügen über eine deutlich gestiegene Kaufkraft, oftmals über hohes Vermögen, legen Wert auf Selbständigkeit, Gesundheit und vor allem Lebensqualität. Gegenüber früheren Generationen sind in diesen Veränderungen relevante wirtschaftliche Potenziale zu sehen.
- Es gibt zudem erste Ansätze der Seniorenwirtschaft auf Länderebene (etwa in Nordrhein-Westfalen), die auf die wirtschaftlichen Folgewirkungen des demographischen Wandels hinweisen. Allerdings müssen der veränderten Nachfrage noch viel stärker als bisher maßgeschneiderte Angebote gegenübergestellt werden; die wirtschaftlichen wie auch die sozialkulturellen Potentiale sind bislang nur ansatzweise erschlossen. Benötigt wird eine aktivierende „Clusterpolitik“, die sich an den jeweiligen regionalen Kompetenzen der Akteure orientiert.

2. Zur Ausdifferenzierung der Altersgruppen

Wenn im Folgenden von den älteren Menschen die Rede ist, dann sind primär diejenigen Menschen gemeint, die bereits außerhalb der Erwerbsarbeit stehen (wenngleich dies etwa bei Freiberuflern durchaus schwierig ist). Da der Übergang vom Berufsleben in den Ruhe-

stand aber in den meisten Fällen nicht von heute auf morgen geschieht, sondern sich über Jahre hinzieht und auch im Ruhestand viele ältere Menschen noch aktiv sind, fällt eine Abgrenzung schwer. Die Übergänge zwischen den Lebensphasen sind fließender geworden; anstatt vom „dritten Lebensalter“ differenzieren sich mindestens drei ältere Generationen heraus:

- die „Jungsenioren“ (etwa ab Mitte 50),
- die „Senioren“ (etwa ab dem 60. Lebensjahr) und
- die „Hochaltrigen“ (ab 80 Jahre).

Die meisten Menschen beginnen etwa im Alter ab 55 Jahren damit, sich auf ihren Ruhestand hin zu orientieren, und in der Phase zwischen 61 und 65 Jahren beginnt der Eintritt in die neue Lebensphase, in der man sich dann zwischen 65 und 70 Jahren eingerichtet hat. So ist es auch nicht verwunderlich, dass die verschiedenen empirischen Studien zum Freizeitverhalten der Älteren unterschiedliche Definitionen der Zielgruppe zugrunde legen. In manchen Studien (etwa der Berliner Altersstudie) werden erst Personen über siebzig Jahre berücksichtigt, während in anderen Studien gerade der Übergang in den Ruhestand thematisiert wird und deshalb auch jüngere Zielgruppen (ab 45 oder 50 Jahren) repräsentiert werden. In der Mehrzahl der Studien werden Personen ab 55 Jahre untersucht, da gerade in Deutschland die Erwerbsbeteiligung der älteren Menschen in den letzten Jahren rapide zurückgegangen ist.

Neben der besonderen Arbeitsmarktlage der älteren Erwerbspersonen, die weiterhin zu den Problemgruppen des Arbeitsmarktes gehören, sollen im Folgenden kurz einige sozialstrukturelle Trends angesprochen werden (vgl. zusammenfassend etwa die Beiträge in Kohli/Künemund 2000 und Tesch-Römer 2004):

- Parallel zu unterschiedlichen Beschäftigungssituationen gibt es auch erhebliche Einkommens- und Vermögensunterschiede zwischen den Älteren, wobei am unteren Ende der Skala deutlich mehr Frauen in durchaus prekären Einkommenssituationen leben müssen.
- Die Mehrzahl der Älteren lebt überwiegend im eigenen Haushalt und mit steigendem Alter zunehmend allein („Individualisierung“ des Alters).
- Die meisten „Single“-Haushalte (unter Älteren) sind weiblich.

Empirische Studien zur Lebenssituation der älteren Menschen werden bereits seit einigen Jahren durchgeführt; inzwischen liegt eine Vielzahl von Untersuchungen vor, die verschiedene Aspekte der sozialen Lage und der Lebenswelt Älterer erfasst haben. Gerade weil oft sowohl in der Politik als auch in der Wirtschaft pauschal von den „Senioren“ oder „Älteren“ gesprochen wird, ist aus soziologischer Sicht der Hinweis auf die sozialen **Differenzierungen** in dieser Bevölkerungsgruppe, die sogar noch weiter wachsen werden (so die These)

von zentraler Bedeutung. An dieser Stelle soll kurz auf eine Studie aus den 90er Jahren verwiesen werden, die sich zwar auf die „alte“ Bundesrepublik bezieht, deren Vorteil aber darin liegt, dass sie sich sowohl auf eine repräsentative Befragung von 1500 älteren Menschen im Alter von 55 bis 70 Jahren stützt als auch eine qualitativ-psychologische Studie über den Lebensstil älterer Menschen einschließt. Demnach hat sich die Ausdifferenzierung der sozioökonomischen Differenzierungen massiv in den Lebensstilen und den sozialen Milieus der älteren Menschen niedergeschlagen. Rund drei Viertel der 55 bis 70-Jährigen verteilten sich damals schwerpunktmäßig auf vier soziale Milieus (vgl. Infratest Sozialforschung et al 1991):

- Kleinbürgerliches Milieu (41%)
- Aufstiegsorientiertes Milieu (16%)
- Konservatives gehobenes Milieu (15%)
- Traditionsloses Arbeitermilieu (10%).

Die dominierende Lebenswelt in dieser Altersgruppe ist also das kleinbürgerliche Milieu mit über 40% der älteren Menschen zwischen 55 und 70 Jahren (der Anteil in der Gesamtbevölkerung lag im Jahr 1999 bei nur 25%). In diesem Milieu haben sich Werthaltungen herauskristallisiert, die sich im Alter auch massiv zeigen: „Das Streben nach Sicherheit prägt dieses Milieu wie kein anderes. Alterssicherung, Rücklagen, Besitz sind ‚bleibende Werte‘. Zusätzlich zur Rente bzw. Pension beziehen viele ältere Kleinbürger häufig Zusatzeinkommen aus Vermietung und Verpachtung, der Anteil von Haus- und Wohnungsbesitzern ist überproportional hoch. Die traditionellen Werte gelten hier noch etwas: Ehrfurcht, Sauberkeit, Fleiß und Zielstrebigkeit werden hochgehalten. Überhaupt muss alles seine Ordnung haben.... Manche Milieuangehörigen pflegen, an heutigen Maßstäben gemessen, einen lustfeindlichen, häufig autoritär-zwanghaften Lebensstil, der das Verständnis für die Lebensstile der Jüngeren manchmal außerordentlich erschwert, wenn nicht unmöglich macht. Ebenso wie im konservativen gehobenen Milieu legt man auch in diesem Milieu großen Wert auf ein geordnetes, harmonisches Familienleben. Auch hier gibt es über die Rollenverteilung von Mann und Frau keine Diskussion. Besonders für die Frauen sind Heim und Familie die Mittelpunkte des Lebens, wo sie ihre Sehnsucht nach Geborgenheit, Harmonie und Beständigkeit glauben verwirklichen zu können. Aber auch für die Männer ist die ‚private Idylle‘ ein zentrales Lebensziel. Hobbywerken, der Schrebergarten, Aktivitäten im Gesang-, Schützen- oder Heimatverein sind wichtige Lebensinhalte gerade im Ruhestand. Man handelt gerne nach dem Motto: ‚Wer rastet, der rostet‘“ (Infratest Sozialforschung et al 1991, 47f; vgl. zu den neueren Aspekten sozialer Ungleichheit im Alter Kohli et al 2000).

Diese empirischen Aussagen verweisen auf ein eher **konventionelles**, wenngleich nicht passives Freizeitverhalten, was auch verschiedene neuere Untersuchungen bestätigen. Nicht nur in der Dimension der Freizeitgestaltung ergeben sich Hinweise auf das derzeitige

Verhalten, auf Lebensstile und Werthaltungen. So haben sich etwa die Freizeitaktivitäten in den letzten Jahren nicht strukturell und massiv verändert, eher zeichnen sie sich durch eine gewisse Kontinuität aus, was auch hinsichtlich der zur Zeit viel beschworenen wirtschaftlichen Auswirkungen des demographischen Wandels zu bedenken ist. Dies gilt aber auch für das generelle Sicherheitsdenken, wenngleich sich dieses ein Stück weit durch die „Wertewandelskohorten“ auflösen wird. Der Wertewandel könnte in der jetzigen Generation der 60 bis 70-Jährigen durchaus in Richtung auf mehr Selbstbestimmung (auch im Konsum) realisiert werden. Trotz der zitierten optimistischen Ergebnisse bleibt es weiteren Forschungen vorbehalten, ob er sich wirklich dahingehend verändert, oder ob nicht ähnliche Erwartungen hinsichtlich materieller und sozialer Sicherheit auch zukünftig dominieren. Zentral dürften aber für die Gruppe der Älteren - und dies zeigt schon die derzeitige empirische Forschung - die „**Zersplitterungen**“ der soziokulturellen Milieus sein, zumal die soziokulturellen Differenzierungen mit den ökonomischen verwoben sind. Insgesamt ergibt sich daraus, dass „die sozialen Unterschiede innerhalb der Generationen stärker zunehmen (dürften) als die Differenzen zwischen den Generationen – die künftigen Erbschaften werden dazu beitragen, der Rückbau des Sozialstaats und die Veränderungen im Gesundheitssystem“ (Niejahr 2004, 3; vgl. auch die Beiträge in Tesch-Römer 2004).

3. Die Gesundheitswirtschaft als „Gewinnerbranche“ einer alternden Gesellschaft

Wenn die Wirkungen des soziodemographischen Wandels in Deutschland thematisiert werden, so muss auch konstatiert werden, dass sich - relativ unbemerkt von den klassischen Dienstleistungsfeldern - insbesondere die personenbezogenen Dienste zu wichtigen Beschäftigungsfeldern profiliert haben (vgl. Heinze 1998, 86ff und Heinze/Streeck 2000). Ihr Wachstum geht auf gesellschaftliche Wandlungs- und Differenzierungstrends (auch die Alterungsprozesse und den Wandel der Familien und Haushalte) zurück, die zu einer Auslagerung von Diensten aus dem familiären und häuslichen Bereich geführt haben. Angesichts der zunehmenden Pluralisierung und Individualisierung der Gesellschaft reflektieren viele Theorien des Wohlfahrtsstaates nicht hinreichend die enorme Vielfalt der Orte der Wohlfahrtsproduktion. Soziale Sicherung wird weder allein vom Staat noch allein von privaten oder gesellschaftlichen Institutionen gewährleistet, hinzu kommt ganz zentral in den letzten Jahren die Tendenz zu **Dienstleistungs- oder Wohlfahrtsmärkten**. Auf diesen Sozialmärkten wird allerdings aus dem traditionellen Klienten in wachsendem Maße ein Verbraucher oder Kunde, was auch weitgehende Veränderungen für die staatliche Sozialpolitik impliziert (bspw. neben der traditionellen Politik der Fortführung und Reform der weiterhin bedeutsamen Sozi-

alleistungssysteme eine Marktförderungs- und Regulationspolitik aufzubauen) (vgl. Nullmeier 2003).

Innerhalb des neu gestalteten wohlfahrtsstaatlichen Arrangements muss gewährleistet werden, dass sich die Stärken und Schwächen der verschiedenen Träger sozialer Dienstleistungen optimal ergänzen, anstatt sich nieder zu konkurrieren. Der zukünftige Sozialstaat kann dementsprechend nicht alternativ als Frage des Etatismus oder der Privatisierung diskutiert, sondern muss als Problem der innovativen Vermischung aufgefasst und politisch gesteuert werden. Die Frage nach Kooperation, Vernetzung und mehr Wettbewerb und Management sozialer Dienstleistungen wird eine der Schlüsselfragen im Bereich der Sozialpolitik werden. Die bisher separaten, nebeneinander stehenden Einrichtungen müssen so vernetzt werden, dass Reibungsverluste verhindert und Ressourcen gebündelt werden (vgl. Heinze 2002 und Kaufmann 2002). In diesem Prozess spielt der Staat weiterhin eine wichtige Rolle, aber eher als Aktivator und Regulator, der zudem die Infrastruktur zur Nutzung von mehr eigeninitiierten und selbstorganisierten „Spielräumen“ bereithält. Gleichzeitig müssen die öffentlichen Institutionen (also auch massiv die Wohlfahrtsverbände) im Sinne eines neuen Managements sozialer Sicherheit einen Paradigmenwechsel von bürokratischer Organisation und Planung hin zu einer Rolle als Vernetzungs- und Koordinationsinstanz vollziehen.

Der Strukturwandel zur Dienstleistungsgesellschaft und zu „Wohlfahrtsmärkten“ spiegelt sich besonders gut am Beispiel der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft wider, die in den letzten Jahren ein beeindruckendes Wachstum zu verzeichnen hatten und von vielen Experten als Zukunftsbranchen gesehen werden. Im Folgenden wird insbesondere die Gesundheitsbranche detaillierter betrachtet. Die Ausgabenstruktur der Rentnerhaushalte verdeutlicht, dass Ältere einerseits über eine hohe Kaufkraft verfügen und andererseits einen Schwerpunkt bei Gesundheits- und Körperpflagedienstleistungen sowie Reisen aufweisen (vgl. zusammenfassend Cirkel et al 2004). In den nächsten Jahren werden die Marktanteile dieser – allerdings heterogen zusammengesetzten Altersgruppe – weiter wachsen. Hinsichtlich einer statistischen Betrachtung nach Wirtschaftsbranchen ist eine Zuordnung der Wachstumsmärkte schwierig, da sich „Vermischungen“ zwischen verschiedenen klassischen Abgrenzungen entwickelt haben (etwa Freizeit, Wellness und Gesundheit oder Tourismus). Da genau diese neue Verknüpfungen aber aus ökonomischer und wirtschaftssoziologischer Sicht bedeutsam sind, wird im Folgenden vom Cluster „Gesundheitswirtschaft“ gesprochen (vgl. hierzu die Arbeiten am Institut Arbeit und Technik von Hilbert et al). 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 Ernährungsbranche 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.

Als der zentrale positive Einflussfaktor für die Expansion der Gesundheits- und auch der Seniorenwirtschaft wirkt der **demographische Wandel**: Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung wird zu einer weiter wachsenden Nachfrage nach sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Produkten führen (vgl. Fretschner et al 2002, Hilbert/Naegele 2002, Oberender et al 2002, Pohlmann 2001 und Scharfenorth 2004). Dass die Gesundheitsausgaben mit dem Alter rapide ansteigen, zeigt sich schon heute deutlich: Nach Daten des Statistischen Bundesamtes betragen die jährlichen **Gesundheitsausgaben** im Jahre 2002 bei den 55- bis 60-Jährigen 3443 Euro, bei den 60- bis 65-Jährigen 3834 Euro, bei den 65- bis 80-Jährigen 5488 Euro und bei den über 80-Jährigen 10645 Euro.

Ähnliche Zusammenhänge können auch beim Wohnen festgestellt werden: Die Älteren bringen fast 40% ihrer Konsumausgaben für das Wohnen auf, während dies bei den Jüngeren nur gut 30% ausmacht. Allerdings müssen auch die Angebote auf die Bedürfnisse der Zielgruppen zugeschnitten sein; alt ist immer weniger gleich alt, was sich bspw. anhand der gewünschten Wohnformen im Alter zeigen lässt (vgl. u. a. Heinze et al 1997 sowie weitere Studien am InWIS/Bochum). Experten weisen darauf hin, dass dem großen Bedarf an geeigneten Wohnformen für Ältere derzeit in Deutschland zu wenig attraktive Angebote gegenüberstehen: der Markt für Seniorenimmobilien sei unterentwickelt. Unterstützend wirken auf diesen Trend zur Seniorenwirtschaft der soziale und kulturelle Wandel. Die derzeit zu beobachtenden Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen, gestiegene Mobilitätsanforderungen und der Strukturwandel der Familie (vor allem die steigende Frauenerwerbstätigkeit) unterstützen diesen Trend zusätzlich. 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 Effi-

zienz und Qualität bereits vorhandener Versorgungsangebote (etwa durch telemedizinische Vernetzungen und medizinische Online-Dienste) (vgl. Grönemeyer 2001 und 2003). Schließlich ist auch ein wachsendes Konsumenteninteresse an Lebensqualität zu konstatieren. In den letzten Jahren zeigt sich, dass die Menschen mehr Zeit und private Mittel aufwenden, um es sich körperlich und geistig gut gehen zu lassen (schon heute investieren mit wachsender Tendenz rund zwei Drittel der Bevölkerung regelmäßig in Gesundheitsvorsorge). Deutlicher Ausdruck dieses zugenommenen Interesses an Lebensqualität ist bspw. der rasante Anstieg von Wellness- und Fitnessanbietern (vgl. Heinze/Helmer-Denzel 2004).

Bereits Mitte der 90er Jahre waren in dem sich neu strukturierenden Sektor der Gesundheitswirtschaft (man könnte auch von einem neuen Wertschöpfungsnetzwerk sprechen) gut vier Millionen Menschen beschäftigt; der Anteil an der Gesamtbeschäftigung betrug damit gut 11% und dürfte heute bei knapp 15% liegen. In einer neuen empirischen Untersuchung wurde festgestellt, dass in einem klassischen Industrieland wie Nordrhein-Westfalen (NRW) inzwischen rund 14% der Erwerbstätigen in diesem Sektor tätig sind (ganz zu schweigen von den vielen Formen „informeller“ Arbeit etwa in der Pflege). Und auch für die zukünftige Beschäftigung spielt dieser Sektor eine zentrale Rolle: Allein in NRW wird in der Gesundheitswirtschaft ein Wachstum von 200.000 Arbeitsplätzen in den nächsten Jahren erwartet (vgl. Masterplan Gesundheit NRW 2004 sowie Heinze 2002, 26ff und Hilbert et al 2004).

Trotz der beeindruckenden Arbeitsmarktbilanz und den positiven Erwartungen an die „Gewinnerbranche“ des demographischen Wandels 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). Auch in diesem sowohl wirtschafts- als auch sozialpolitisch interessanten Handlungsfeld muss der Innovationsattentismus in Deutschland überwunden werden. Deutschland gilt schon länger als Land, in dem zwar viele Durchbrüche zu neuen Produkten und Verfahren vorbereitet werden, das sich jedoch schwer damit tut, das vorhandene Wissen aufzugreifen und zu Standardangeboten zu verdichten. Scheinbar ist es in anderen vergleichbaren Ländern leichter, Mittel und Ressourcen für die Weiterentwicklung innovativer Ansätze zu mobilisieren, was gerade für die „Megatrends“ Gesundheit und Wellness, die sich schon als 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, so dass 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 flüssiger 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.

4. Exkurs: 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 Telemedizin skizziert werden, von der besondere Marktpotentiale erwartet werden. 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 Ferndiagnose und -behandlung, neue telekommunikationsgestützte Dienstleistungen wie etwa Koordinations-, Betreuungs- oder Infoangebote oder die bessere Erfassung, Systematisierung und den erleichterten Austausch medizinischer Daten.

Seit rund 10 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) sind schon heute messbare Fortschritte zu verzeichnen (vgl. zusammenfassend Jähn/Nagel 2004; zur aktuellen Debatte u.a. Clasbrummel 2004, Böhm et al 2003, Grätzel von Grätz 2004 und Goslich 2004). Die **Zielgruppen** für telemedizinische An-

gebote sind vielfältig sowohl aufgrund der individuellen Risikoprofile, der allgemeinen demographischen Entwicklung sowie der gestiegenen Bedeutung von Prävention. Im einzelnen kommen v.a. folgende Zielgruppen in Frage: Patienten mit bereits erkannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Risiken, aber auch an Gesundheit, Fitness und Sicherheit interessierte Menschen, die ihren körperlichen Zustand oder ihren Trainingsfortschritt regelmäßig und aktivitätsbegleitend überwachen und coachen lassen wollen. 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 (vgl. Clasbrummel 2004, Körte et al 2003 und die Beiträge in Die Gerinnung 17/2004), 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.

Dass die (allerdings heterogene und deshalb statistisch schwer abgrenzbare) Branche der Gesundheitswirtschaft - und als ein technologisch interessanter Teil - auch die Medizintechnik zu den wachstumsstärksten Wirtschaftssektoren gehören, zeigte sich schon in den 90er Jahren und zu Beginn des neuen Jahrtausends (mit durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten von über fünf Prozent). 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. 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 Koordination der Tätigkeiten auch ein kontinuierlicher Wissensaustausch der zentralen Akteure aus Wirtschaft, Politik und Wissenschaft sowie eine gemeinsame Definition und Koordination der angestrebten Ziele und Vorgehensweisen. Zuerst muss dafür die Debatte im Gesundheitswesen in eine offensive Richtung gewandelt werden: Wer nur eine Kostendebatte führt, verkennt die innovativen Potentiale und die Wachstumsperspektiven. Vielmehr besteht sogar die Gefahr, dass Deutschland als einstmaliges Zentrum medizinischen Fortschritts und auch medizintechnischer Pionierarbeit im internationalen Massstab zurückfällt. Um auf die-

sem 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 ein derartiges „Kontingenzmanagement“ erfordert (vgl. Clasbrummel 2003, Gross 2003 und Hilbert et al 2003).

5. Modernisierungsstrategien in der Gesundheitswirtschaft und die neue Rolle der „Gesundheitsregionen“

Die Gesundheitspolitik vermittelt zwar immer wieder den Eindruck, sie sei der wichtigste und ausschlaggebende Bereich für die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft, jedoch übersieht dies, dass die für den Ausbau der Leistungen, für Wachstum und Beschäftigung erforderlichen Innovationsleistungen „vor Ort“ in den Gesundheitsregionen erbracht werden müssen und dass auch die Einrichtungen des Gesundheitswesens sich verstärkt für eigene Innovationsmöglichkeiten interessieren, um sich neue Perspektiven zu erarbeiten. Im Folgenden soll einerseits ein Einblick in das Innovationsgeschehen „vor Ort“ gegeben werden; zum anderen sollen auch kurz Aktivitäten auf regionaler Ebene angesprochen werden, die die Gesundheitswirtschaft zu einem Schwerpunkt der Regionalentwicklung machen wollen, wobei gerade aus der Zusammenarbeit unterschiedlicher Einrichtungen und Unternehmen Impulse für Innovationen erwartet werden können. Auch im Hinblick auf den Ausbau gesundheitsbezogener Angebote in den Nachbarbranchen des Gesundheitswesens (Sport, Freizeit, Tourismus) scheint Zusammenarbeit eine viel versprechende Perspektive zu sein. Zum Beispiel liegt in der Verknüpfung von Wohnen und Gesundheitsleistungen ein interessantes Wachstumssegment. Es wird oft in der Öffentlichkeit (und auch der Wissenschaft) aufgrund unseres klassischen Bildes, das zumeist Alter mit Hilfsbedürftigkeit gleichsetzt, nicht erkannt, dass nur unter fünf Prozent der Gruppe der über 65-Jährigen in Heimunterkünften leben. Die meisten Älteren möchten so lange wie möglich in ihrer Wohnung oder ihrem Haus verweilen und deshalb ist es auch leicht nachzuvollziehen, dass die Ausgaben für Wohnungsinstandsetzungen etc aufgrund der veränderten Ansprüche und Bedürfnisse an das Wohnen im Alter deutlich ansteigen. Wohnen im Alter ist also ein Wachstumsmarkt in vielen Dimensionen, der zudem noch andere interessante technologische Innovationen zur Anwendung bringen kann (bspw. im Rahmen von „intelligenten Häusern“).

Bislang liegen keine systematischen Überblicke über das Innovationsgeschehen in den Einrichtungen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft vor, und aus diesem Grund können hier

nur Hinweise gegeben werden (etwa auf neue Produkte und Dienstleistungen, also auf neue Geschäftsfelder). Bei der Suche nach neuen Produkten und Dienstleistungen spielt bei Krankenhäusern „natürlich“ das Interesse an neuen medizinischen Leistungsmöglichkeiten eine große Rolle. Hier soll dafür Sorge getragen werden, dass die Akzente der eigenen Angebote auf die erwarteten Patientenbedürfnisse passen und dementsprechend sind in den letzten Jahren vor allem kardiologische, kardio-chirurgische, onkologische und geriatrische Angebote ausgeweitet worden. Über den Bereich der medizinischen Leistungsangebote hinaus weisen Versuche, den Kunden bzw. Patienten zusätzliche gesundheitsbezogene Angebote zu unterbreiten (etwa der Aufbau von Klinik-Hotels für ambulante Patienten, die sich nach einem Eingriff noch für eine gewisse Zeit in der Sicherheit einer Klinik wissen wollen). Ebenfalls in diese Rubrik gehören Versuche, gesundheitsnahe Angebote auch außerhalb des Krankenhauses zu bieten (etwa in der expandierenden Wellness-Branche; vgl. Heinze/Helmer 2004). Ein weiteres Innovations- und Diversifikationsgebiet von Gesundheitseinrichtungen liegt darin, sich als Kompetenzdienstleister zu profilieren. Gegenwärtig entstehen vielfältige neue Logistik- und Qualifizierungsangebote, an deren Aufbau auch Krankenhäuser und andere soziale Dienstleister beteiligt sind. Insgesamt drängt sich demnach der Eindruck auf, dass das Innovationsgeschehen in den Gesundheitseinrichtungen mit Blick auf die Erschließung neuer Geschäftsfelder an Dynamik gewonnen hat. Allerdings ist es nach wie vor so, dass viele Einrichtungen eher zurückhaltend sind und Angst davor haben, sich bei den neuen Aktivitäten zu verzetteln.

Aufgrund ihrer vielversprechenden Wachstums- und Beschäftigungspotentiale ist die Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren jedoch zu einem neuen **Lieblingsthema** der Regional- sowie Wirtschafts- und Strukturpolitik geworden; Medizin wird zum „Standortfaktor“! Anknüpfend an die prognostizierten „rosigen“ Aussichten der Gesundheitswirtschaft versuchen mittlerweile zahlreiche Regionen, sich als Gesundheitsregionen zu profilieren. Ziel dabei ist es, die Wachstumspotentiale der vorhandenen Gesundheitsunternehmen auszubauen und sich darüber hinaus als idealer Standort für innovative bzw. innovationsfreudige Unternehmen von außen anzubieten. Die Differenzen zwischen den verschiedenen Gesundheitsregionen liegen vor allem in den eingeschlagenen Entwicklungspfaden und den spezifischen Schwerpunktsetzungen begründet. Hier sind insbesondere folgende Ansätze zu erkennen:

- Regionen setzen darauf, ihr medizinisches und gesundheitswirtschaftliches Know-How zu identifizieren und so aufzubereiten, dass es auch als Exportgut angeboten werden kann. Die Folge ist vor allem ein Ausbau von Qualifizierungs-, Management- und Beratungsdienstleistungen.
- Vorhandene Gesundheitseinrichtungen werden (auch auf dem Wege des Gemeinschaftsmarketings) stärker nach außen vermarktet. Wegen der bestehenden Wer-

bildungsbeschränkungen sind entsprechende Initiativen inhaltlich noch sehr begrenzt, gleichwohl sind alle Fachleute überzeugt, dass das Werben um Kunden aus anderen Regionen oder sogar aus dem Ausland eine der wichtigsten Maßnahmen zum Ausbau von Gesundheitsregionen ist.

- In den traditionellen Gesundheitsregionen, nämlich den Kur- und Bäderregionen, die seit langem insbesondere ältere Menschen als Zielgruppe haben, treffen wir auf zahlreiche Aktivitäten zum Aufbau neuer Geschäftsfelder. Diese reichen von Wellness- und Internetreisen für ältere Menschen über die Entwicklung von Service- und Erlebnispaketen für ausländische Besucher bis hin zu Bemühungen, neue Verzahnungen zwischen stationären und ambulanten Rehabilitationsdienstleistungen aufzubauen.
- Die Entwicklung von Zulieferbranchen, wie die Medizin- und Gerontotechnik oder die Biotechnologie, ist für viele Wirtschaftsförderer die größte Hoffnung und findet sich in fast allen Gesundheitsregionen als Zielsetzung wieder. Wahrscheinlich ist diese starke Rolle der Zulieferbranchen darauf zurückzuführen, dass viele Wirtschaftsförderer hier die größten Wachstums- und Beschäftigungseffekte erwarten und die Entwicklungspotentiale personenbezogener Dienste eher unterschätzen.

Obwohl das Innovationsgeschehen bislang noch unübersichtlich ist, profilieren sich zunehmend einzelne Regionen heraus (auf Länderebene etwa NRW, Mecklenburg-Vorpommern, Bayern und Schleswig-Holstein), und auch auf regionaler Ebene sind verstärkt Aktivitäten zu beobachten: von der „Gesundheitsregion Rügen“ im Norden über Ostwestfalen-Lippe als klassische Heil- und Kurregion bis nach Bayern (etwa am Chiemsee oder am Starnberger See).

Entsprechende Initiativen der Wirtschafts-, Struktur- und Gesundheitspolitik werden von der Praxis zwar anerkannt und begrüßt, und es gibt auch viele Anhaltspunkte dafür, dass Wirkungen im intendierten Sinne erzielt wurden. Systematische Überprüfungen der Effekte regionaler Initiativen zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft stehen allerdings noch aus. Sowohl mit Blick auf das Orientierungswissen für Gesundheitsregionen als auch bezüglich der Evaluation von regionalen Gesundheitsinitiativen zeichnet sich ein interessantes Forschungs- und Beratungsfeld für die Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaft ab.

Generell braucht die Aufwertung der Region als neue wirtschaftspolitische Handlungsebene („regional governance“) gewisse Voraussetzungen, um erfolgreich zu sein. Sie ist nur dann handlungsfähig, wenn die korporativen Akteure aktiv mitarbeiten, es zu tragfähigen Projekt- und Innovationsnetzwerken kommt und auch die Führungspersönlichkeiten und –strukturen stimmen. Der Faktor Kooperation und Netzwerkmanagement als zentrale Erfolgsvoraussetzung und „Lebenselexier“ gilt nicht nur für diese spezielle Branche (vgl. aus internationaler Sicht die Beiträge in Cooke et al 2004; bezogen auf Deutschland u.a. Heinze 2004). Für den

Aufbau aller regionalen Kompetenzfelder gilt aber, dass sie nur dann im Standortwettbewerb überleben können, wenn sie regional basierte, allerdings mit interregionaler Verknüpfung versehene Netzwerke für Informations- und Wissensaustausch sowie gegenseitiges Lernen etablieren. **Zukunftsfähige Cluster** können jedoch weder politisch von oben verordnet werden, noch reichen finanzielle Anreize zur Initiierung einer entsprechenden Zusammenarbeit aus. Aber auch von sich heraus kann sich das endogene Potential einer Region zumeist nicht entfalten; externe Hilfestellungen sind oft notwendig, um Innovationen voranzubringen. So ist einerseits die Politik gefordert, die Initiierung und Organisation eines Dialogs über regionale Zukunftsentwicklungen zu übernehmen, andererseits sind aber auch „Führungspersönlichkeiten“ in der Region eminent wichtig.

Entscheidend für den Erfolg einer clusterorientierten regionalen Gesundheitswirtschaftspolitik wird es sein, ob eine Vermittlung zwischen den verschiedenen Welten oder Kulturen der einzelnen Akteure (von den Kliniken, Unternehmen, den Hochschulen oder den politischen Verwaltungseinheiten) nicht nur verbal gelingt, sondern sich auch in funktionsfähigen Strukturen realisiert. Da es keinen verallgemeinerbaren Bauplan gibt, nach denen erfolgreiche Clusterprozesse ablaufen, weil eine solche Strategie von Region zu Region und von Branche zu Branche unterschiedlich ist und auch sein muss, ist der Prozess der innovativen Restrukturierung offen und bietet damit neben allen Risiken auch Profilierungschancen und Anreize für Investitionen. Eine der **Schlüsselherausforderungen** für die Zukunft der Gesundheits- und Sozialwirtschaft wird sein, ob es gelingt, über die öffentlichen und halböffentlichen Mittel (aus den Sozialversicherungen) hinaus zusätzlich private Kaufkraft zu aktivieren. Von ausschlaggebender Bedeutung ist diese Fragestellung zum einen, weil viele traditionelle Anbieter große Schwierigkeiten haben, sich entsprechend am Markt zu bewegen und Unterstützung durch Orientierungswissen und Kooperationsangebote brauchen. Noch viel entscheidender ist die Herausforderung der privaten Mittel aber unter Aspekten der sozialen Gerechtigkeit, da die Gefahr wachsender sozialer Ungleichheit droht. Auf die Gesundheits- und Sozialpolitik kommt vor diesem Hintergrund eine große Verantwortung zu: Sie muss die anstehende Gesundheitsreform so gestalten, dass die Spielräume für die Aktivierung zusätzlicher privater Mittel für gesundheitsbezogene Angebote steigen und gleichzeitig sicherstellen, dass ein anspruchsvolles (und ehrgeizig dynamisiertes) Basisversorgungsangebot und damit eine grundlegende Basisabsicherung für alle gewährleistet bleibt.

6. Aktivierende Innovationspolitik im Feld des demographischen Wandels

Die beeindruckende Beschäftigungsdynamik des Dienstleistungssektors und vor allem das Wachstum des „schlafenden Riesen“ der Gesundheitswirtschaft hat einen Imagewandel dieser Dienste zur Folge: Die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste wurden früher aufgrund ihrer Arbeitsintensität und ihrer Rationalisierungsresistenz eher als Belastung für den Standort Deutschland interpretiert. Durch die positive Beschäftigungsentwicklung rücken nun jedoch auch ihre wirtschaftlichen **Wachstumspotentiale** stärker in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und werden inzwischen von vielen Regionen und Städten als „die“ Wachstumsvision angeboten. Soziale, konsum- und freizeitbezogene Dienste gelten demnach nicht nur als Element zur Steigerung der Lebensqualität, sondern auch als neue Impulsgeber für Wachstum und Beschäftigung. 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 industriell geprägte Wirtschafts- und Arbeitskultur bewertet sowohl Dienstleistungstätigkeiten generell als auch spezifische Innovationen viel niedriger als ihre reale Bedeutung ist. Dies führt zu einem entsprechend niedrigen 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 (vgl. Strünck 2003).

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. 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 – trotz des Wachstums der „Wohlfahrtsmärkte“ und der Gesundheitswirtschaft – weiterhin die Rahmenbedingungen für Beschäftigung und damit auch für soziale Absicherungen. Und gerade auch für die materielle Lage der Mehrzahl der Älteren sind die sozialstaatlich abgefertigten Alterssicherungssysteme weiterhin zentral, wenngleich zweifelsohne die Eigenvorsorge auf breiter Front an Bedeutung gewinnt.

Die lebendige internationale Diskussion um einen grundlegenden Umbau des Sozialstaats ist daher unmittelbar verkoppelt mit den Szenarien zur Dienstleistungsgesellschaft und der Expansion der Gesundheitsbranche, aber auch mit neuen Innovationsschwerpunkten (etwa in der Telemedizin). Trotz bestehender Unterschiede gibt es Gemeinsamkeiten, die sich zu einem sozialinvestiven und damit zukunftsfähigen Sozialstaatsprojekt zusammenfügen. Dazu gehört 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.

Eine weitere Herausforderung ist die Entwicklung eines **positiven Klimas für Innovationen** und Gründungen. Der Standortvergleich herausragender innovativer Standorte hebt durchgängig die Existenz von Kooperationsstrukturen und Netzwerken 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 (etwa der Medizintechnik) 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. Zudem sind die neuen „Wohlfahrtsmärkte“ nicht nur sozialökonomische „Leitsektoren“, sondern erzeugen bei vielen Menschen auch ein Gefühl der Verunsicherung, die sich in Deutschland an die klassischen sozialstaatlich abgedeckten Sicherungssysteme gewöhnt haben.

Die Politik orientiert sich auch in Deutschland langsam vom Prinzip der Statuskonservierung um in Richtung auf mehr Eigenverantwortung. Es gilt, den Wohlfahrtsstaat nicht nur als Last, sondern als soziale Investition zu begreifen („Sozialinvestitionsstaat“). 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 sozial integrierend 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.

In diesem Prozess der gesellschaftlichen und politischen Transformation des traditionellen Sozialstaats und des Übergangs zu „Wohlfahrtsmärkten“ kann die Soziologie durchaus eine relevante Rolle spielen, die über den Status des „Beobachten von Beobachtungen“ hinausgeht. „In ihrem Kern erfolgt durch diese Transformation eine Ausweitung der Märkte und eine Entscheidungsverlagerung von der Politik zu Märkten als Mechanismen der Koordination. Damit werden viele bedeutende Fragen für die Soziologie erneut aufgeworfen. Die Liberalisierung von Märkten hat weit reichende Auswirkungen auf die Möglichkeit der Politik, Ressourcen für Umverteilungszweck zu generieren. Fragen kultureller Identität stellen sich neu“ (Beckert 2002, 24; vgl. auch Heinze 2002). Und nicht nur diese Themen sind im Feld des demographischen Wandels aus sozialwissenschaftlicher Perspektive zu analysieren, es geht auch um die wirtschaftsstrukturellen Verschiebungen und deren individuelle Bewältigungsstrategien, die mit der sozialen Neukonstruktion des Alters und des Alterns verbunden sind.

LITERATUR

Allianz Group, 2004: Lebensziele – Menschen in Deutschland, München

Augurzky, B./Neumann, U., 2004: Entwicklung der Seniorenwirtschaft in Nordrhein-Westfalen, (Gutachten des RWI), Essen

Beckert, J., 2002: Das Beobachten von Beobachtungen ist nicht genug, in: Frankfurter Rundschau v. 8.10. 02

Beckert, J., 2003: Wer niemals strebend sich bemüht hat, den können wir besteuern, in: FAZ v. 10.6. 03

Bellmann, L./Kistler, E./Wahse, J., 2003: Betriebliche Sicht- und Verhaltensweisen gegenüber älteren Arbeitnehmern, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (B 20), S. 26ff

Birg, H., 2003: Dynamik der demographischen Alterung, Bevölkerungsschrumpfung und Zuwanderung in Deutschland, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (B 20), S. 6ff

Böhm, U./Röhrig, A./Schadow, B., 2003: Telemonitoring und Smart Home Care. Hohe Akzeptanz bei den über 50-Jährigen, in: Deutsches Ärzteblatt (H. 50/Dezember 03), S. 2743ff

Bonstein, J./Kruse, K., 2004: Abschied vom Jugendwahn, in: Stern (Nr. 41) v. 30.9. 04, S. 32ff

Brinkmann/Schnee, M., 2003: Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, in: J. Böcken/B. Braun/M. Schnee (Hg.), Gesundheitsmonitor 2003, Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 85ff

Bullinger, H.-J. (Hg.), 2001: Zukunft der Arbeit in einer alternden Gesellschaft, Stuttgart

- Cirkel, M./Hilbert, J./Schalk, C., 2004: Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter, Expertise (IAT/DZA), Gelsenkirchen/Berlin
- Clasbrummel, B., 2003: Jobmaschine Gesundheitswesen, Innovationen und Zukunft, MS Bochum (RUB/Bergmannsheil)
- Clasbrummel, B., 2004: Integration von telemedizinischen Innovationen in die Gesundheitswirtschaft, MS Bochum (RUB/Bergmannsheil, auch unter www.teltra.de)
- Clemens, W./Backes, G.M. (HG.), 1998: Altern und Gesellschaft, Opladen
- Cooke, P/ Heidenreich, M./ Braczyk, H.-J. (Hg.), 2004: Regional Innovation Systems: The role of governance in a globalized world (2nd edition), London/New York
- Eichhorst, W. et al, 2001: Benchmarking Deutschland: Arbeitsmarkt und Beschäftigung, Berlin/Heidelberg
- Eichhorst, W. et al, 2004: Benchmarking Deutschland 2004. Arbeitsmarkt und Beschäftigung, Berlin/Heidelberg
- Enquete-Kommission, 2002: Demographischer Wandel – Herausforderung unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik, Berlin
- Fretschner, R./Grönemeyer, D./Hilbert, J., 2002: Die Gesundheitswirtschaft - ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie, in: IAT-Jahrbuch 2002, Gelsenkirchen, S. 33ff
- Goslich, L., 2004: Telemedizin-Kooperation. Mit vereinten Kräften, in: Klinik Management Aktuell H. 05/04, S. 36ff
- Grätzel von Grätz, P., 2004: Von der Donau bis nach Rügen: Start frei für Modellprojekte!, in: arzt online, H. 2/04, S. 19ff
- Grönemeyer, D.H.W., 2001: Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft, Berlin
- Gross, P., 2003: Das Paradoxon der Moderne, in: McK Wissen 07, S. 98ff
- Hartmann, M., 2004: Lange Narkose, verwirrtes Erwachen, in: Die Zeit v. 30.9. 04
- Heigl, A., 2003: Wachstumsmärkte in alternden Gesellschaften, in: Politische Studien (H. 390), S. 80ff
- Heigl, A., 2004: Konsum- und Sparprofile der Altersgruppen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen sowie die zeitliche Veränderung, (unveröff. Gutachten), München/Berlin
- Heinze, R.G.,1998: Die blockierte Gesellschaft. Sozioökonomischer Wandel und die Krise des "Modell Deutschland", Opladen/Wiesbaden
- Heinze, R.G., 2002: Die Berliner Rätorepublik. Viel Rat - wenig Tat?, Wiesbaden
- Heinze 2003: Der schwere Abschied von „Vater Staat“. Zur Überwindung der institutionellen Trägheit des deutschen Wohlfahrtsstaates, in: neue praxis H. 2, S. 147ff
- Heinze, R.G., 2004: Regionale Innovationssysteme: eine wirtschaftssoziologische Betrachtung, MS Ev. Akademie Loccum/RUB

- Heinze, R.G./Helmer-Denzel, A., 2004: Beschäftigungspfade durch den Dienstleistungsdschungel – am Beispiel der Fitnessbranche, in: Soziale Welt, H. 1, S. 7ff
- Heinze, R.G./Olk, Th. (Hg.), 2001: Bürgerengagement in Deutschland, Opladen
- Heinze, R.G./Schulte, F. (Hg.), 2002: Unternehmensgründungen zwischen Inszenierung, Anspruch und Realität, Opladen/Wiesbaden
- Heinze, R.G./Streeck, W., 2000: Institutionelle Modernisierung und Öffnung des Arbeitsmarktes: Für eine neue Beschäftigungspolitik, in: J. Kocka/C. Offe (Hrsg.), Geschichte und Zukunft der Arbeit, Frankfurt/New York, S. 234ff
- Heinze, R. G./Streeck, W., 2003: Optionen für den Einstieg in den Arbeitsmarkt oder: Ein Lehrstück für einen gescheiterten Politikwechsel, in: Vierteljahreshefte für Wirtschaftsforschung H. 1, S. 25ff
- Heinze, R.G. et al, 1997: Neue Wohnung auch im Alter, Darmstadt (Schader Stiftung)
- Herfurth, M./Kohli, M./Zimmermann, K.F. (Hg.), 2003: Arbeit in einer alternden Gesellschaft, Opladen
- Hilbert, J. et al, 2003: Gesundheitswirtschaft in OstwestfalenLippe, Bielefeld
- Hilbert, J./Naegele, G., 2002: Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter, in: G. Bosch et al (Hg.), Die Zukunft von Dienstleistungen, Frankfurt/New York
- Hilbert, J./Nordhause-Janz, J./Rehfeld, D./Heinze, R.G., 2004: Industrial clusters and the governance of change: lessons from North Rhine-Westphalia, in: P. Cooke et al (Eds.), regional Innovation Systems, a.a.aO., S. 234ff
- Infratest Sozialforschung/Sinus/H. Becker, 1991: Die Älteren. Zur Lebenssituation der 55- bis 70jährigen, Bonn
- Institut der deutschen Wirtschaft (Hg.), 2004: Perspektive 2050. Ökonomik des demografischen Wandels, Köln
- Jähn, K./Nagel, E. (Hg.), 2004: e-Health, Berlin/Heidelberg
- Kaufmann, F.X., 2002: Sozialpolitik und Sozialstaat: Soziologische Analysen, Opladen
- Kaufmann, F.X., 2003: Varianten des Wohlfahrtsstaats, Frankfurt
- Kistler, E./Hilpert, M., 2001: Auswirkungen des demographischen wandels auf Arbeit und Arbeitslosigkeit, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (B3-4), S. 5ff
- Klages, H., 2002: Der blockierte Mensch. Zukunftsaufgaben gesellschaftlicher und organisatorischer Gestaltung, Frankfurt/New York
- Kohli, M., 1998: Alter und Altern der Gesellschaft, in: B. Schäfers/W. Zapf (Hg.), Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands, Opladen, S. 1ff
- Kohli, M./Künemund, H. (Hg.), 2000: Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey, Opladen

- Körtke, H. et al, 2003: INR Self-Management permits lower Anticoagulation levels after Mechanical Heart Valve Replacement, in: CIRCULATION September 2003, S. 1175ff
- Krafft, A./Ulrich, G., 2004: Vom Elend des Reformierens, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (B 40), S. 3ff
- Künemund, H., 2004: Partizipation und Engagement älterer Menschen (Expertise), Berlin (DZA)
- Mayer, K.U. (Hg.), 2001: Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat, Frankfurt/New York
- Mendus, H.G., 2001: Das Handwerk und seine Beschäftigten – Verlierer des demographischen Umbruchs?, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (B 3-4), S. 23ff
- Meulemann, H., 2004: Die Werte wandeln sich und wir uns mit ihnen (Wiss. Begleitwort zur Allianz-Studie „Lebensziele – Menschen in Deutschland“), a.a.O., S. 6ff
- Motel, A., 2000: Einkommen und Vermögen, in: M. Kohli/H. Künemund (Hg.), Die zweite Lebenshälfte, a.a.O., S. 41ff
- Naegele, G., 2001: Demographischer Wandel und „Erwerbsarbeit“, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (B 3-4), S. 3ff
- Naegele, G., 2004a: Zwischen Arbeit und Rente. Gesellschaftliche Chancen und Risiken älterer Arbeitnehmer, Augsburg (2. Aufl.)
- Naegele, G., 2004b: Verrentungspolitik und Herausforderungen des demografischen Wandels in der Arbeitswelt. Das Beispiel Deutschland, in: M.v. Cranach et al (Hg.), Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle, Bern, S. 189ff
- Naegele, G./Tews, H.P. (Hg.), 1993: Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik, Opladen
- Niejahr, E., 2004: Wenn die Alten jünger werden, in: Die Zeit v. 16.9. 04 (S. 3)
- Noll, H.-H./Weick, S., 2004: Verluste an Lebensqualität im Alter vor allem immaterieller Art, in: Informationsdienst Soziale Indikatoren (Ausgabe 31/Januar 2004), S. 7ff
- Nolte, P., 2004: Generation Reform, München
- Nullmeier, F., 2003: Wohlfahrtsmärkte und Bürgerengagement in der Marktgesellschaft, in: J. Allmendinger (Hg.), Entstaatlichung und Soziale Sicherheit, Opladen, S. 961ff
- Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J., 2002: Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart
- Offe, C., 1995: Schock, Fehlkonstrukt oder Droge? Über drei Lesarten der Sozialstaatskrise, in: Jahrbuch Arbeit und Technik 1995 („Zukunft des Sozialstaats“), Bonn, S. 31ff
- Olk, Th., 2003: Modernisierung des Engagements im Alter – Vom Ehrenamt zum bürgerschaftlichen Engagement?, MS Universität Halle-Wittenberg
- Opaschowski, W., 2003: Der Generationenpakt. Das soziale Netz der Zukunft, Darmstadt

- Pohlmann, S., 2001: Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – deutsche Impulse, Stuttgart (Hg. vom BMFSFJ)
- Potratz, W./Hilbert, J., 2003: Jenseits von Beitragssätzen und Risikoausgleich, in: IAT Jahrbuch 2003, Gelsenkirchen, S. 153ff
- Rohleder, C./Bröscher, P., 2002: Freiwilliges Engagement älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen (Band 1: Ausmaß, Strukturen und sozialräumliche Voraussetzungen), Düsseldorf
- Scharfenorth, K., 2004: Mit dem Alter in die Dienstleistungsgesellschaft?, München
- Schirmacher, F., 2004: Das Methusalem-Komplott, München
- Schmidt, R., 2004: Freiwilligkeit kennt keine Altersgrenzen, in: Frankfurter Rundschau v. 25.9. 04
- Siegel, N.A./Jochem, S., 2000: Der Sozialstaat als Beschäftigungsbremse? Deutschlands steiniger Weg in die Dienstleistungsgesellschaft, in: R. Czada/H. Wollmann (Hg.): Von der Bonner zur Berliner Republik (Leviathan-Sonderheft 19), Wiesbaden, S. 539ff
- Sloterdijk, P., 2004: Sphären III. Schäume, Frankfurt
- Streeck, W., 2004: Der amerikanisierte Arbeitsmarkt, in: Frankfurter Rundschau (Dokumentation) v. 12.6. 04
- Strünck, C., 2003: Mit Sicherheit flexibel? Chancen und Risiken neuer Beschäftigungsverhältnisse, Bonn
- Tesch-Römer, C. (Hg.), 2004: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte, Berlin (DZA-Abschlussbericht)
- Weymann, A., 1998: Sozialer Wandel, Weinheim/München