

Gesundheitswirtschaft als Beschäftigungsmotor oder Gesundheitsrisiko?

von Bernard Braun und Joachim Larisch

Nach Auffassung des SPD-Kanzlerkandidaten Steinmeier konnte es im Sommer 2009 keine Zweifel geben:

„Das Gesundheitswesen hat sich auch in schwierigen wirtschaftlichen Zeiten als Beschäftigungsmotor erwiesen ... Wir sehen in der Gesundheitswirtschaft nicht ein Kostenproblem, sondern wollen sie als Chance für qualitatives Wachstum und Beschäftigung nutzen“ (Steinmeier 2009: 24ff).

Ähnlich euphorisch äußerte sich auch die Bundeskanzlerin auf dem vom Bundesgesundheitsministerium veranstalteten Zukunftskongress Gesundheitswirtschaft:

„Die Gesundheitswirtschaft hat trotz der Wirtschaftskrise ihre stabilitätswahrende Ausstrahlung nicht nur bewahrt, sondern war sicherlich einer der Leuchttürme in dieser Krise. Man kann sagen, dass sich die gesamte Branche wirklich gut behauptet hat.“ (Merkel 2010)

Es ist erfreulich, das Gesundheitswesen nicht nur als Kostenfaktor zu betrachten und seine Beschäftigungsmöglichkeiten zu betonen. Doch man hätte sich trotz vielleicht notwendiger Vereinfachung einen realistischeren Blick auf die gesundheitswirtschaftlichen Entwicklungsmöglichkeiten gewünscht. Es ist nämlich durchaus fraglich, ob von der Gesundheitsbranche tatsächlich beachtliche beschäftigungspolitische Impulse ausgehen. Und nicht nur die Anzahl der Arbeitsplätze und das tatsächliche Arbeitsvolumen sind von Interesse, sondern auch die Qualität der Arbeitsbedingungen. Und

schließlich geht es auch um Nutzen und Schaden, den die Nachfrager vieler Leistungen der Gesundheitswirtschaft von deren Angeboten haben.

Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

Bereits in seinem Sondergutachten 1997 hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auf die wirtschaftlichen Wachstumsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung hingewiesen und beispielsweise die steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen im Zuge der demografischen Entwicklung betont (SVR Gesundheit 1997: 30ff). Dies kann als der Beginn einer Sicht auf das Gesundheitswesen als Gesundheitswirtschaft betrachtet werden, indem sowohl die Bedeutung der Investitionen in der Gesundheitsbranche in Bezug auf das Wirtschaftswachstum betrachtet wird als auch die Bedeutung gesunder Lebensjahre der Beschäftigten für die wirtschaftliche Prosperität der Gesellschaft hervorgehoben wird. Aus Platzgründen können wir hier (vgl. zur Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft Braun/Larisch 2009) nur die Empirie der Beschäftigungswirkung von Gesundheitswirtschaft behandeln.

Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft als „Jobmotor“ ist eines der stärksten Pro-Argumente für ihre Weiterentwicklung. Dies kritisch zu überprüfen ist aber gar nicht so einfach. So weist die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung für den Zeitraum von 1996-2005 einen Anstieg von 4,195 Mio. auf 4,739 Mio. Erwerbstätige aus, so dass sich ein oft von Protagonisten der Gesundheitswirtschaft zitiertes jährlich durchschnittliches Beschäftigungswachstum von etwa 1,3% ergibt (gesamte durchschnittliche Erwerbstätigkeit in Deutschland durchschnittlich + 0,4%). Mit einem Anteil von gut 12% aller Erwerbstätigen ist die Gesundheitswirtschaft ein bedeutender Beschäftigungsbereich (vgl. Ostwald 2009: 143ff).

Betrachtet man dagegen die aus der Gesundheitspersonalrechnung für die Jahre 1997-2007 resultierenden Werte, so ist lediglich ein Anstieg von 261.000 Beschäftigungsverhältnissen oder gut 6% festzustellen, mithin ein jährlich durchschnittlicher Anstieg von 0,64% (vgl. www.gbe-bund.de Beschäftigungsverhältnisse (Tsd.) im Gesundheitswesen nach Berufen 1997-2007; Daten nach Korrektur am 11.3.2010 durch das Stat. Bundesamt nicht mehr abrufbar). Ein überdurchschnittlicher Anstieg ist unter den dort ausgewiesenen Gesundheitsdienstberufen mit jährlich 1,8% bei den Ärzten festzustellen und mit gut 1% bei den Krankenpflegehelfern. Bei den sozialen Berufen gab es einen erheblichen Anstieg bei den Altenpflegehelferinnen mit jährlich knapp 7,5%, während die anderen Berufe im Gesundheitswesen (z. B. Reinigungspersonal in Krankenhäusern usw.) einen jährlich durchschnittlichen Rückgang der Beschäftigung von 1% aufweisen.

Wird aber nicht nur die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse betrachtet und vor allem der hohe Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit berücksichtigt und dann die Beschäftigungsentwicklung in Vollzeitäquivalenten (VÄ) dargestellt, ergibt sich für den Zeitraum von 1997-2007 eine Stagnation der Beschäftigung bei gut 3,3 Mio. VÄ (vgl. www.gbe-bund.de Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten (Tsd.) im Gesundheitswesen nach Berufen 1997-2007; Daten nach Korrektur durch das Stat. Bundesamt am 11.3.2010 nicht mehr abrufbar). Bezogen auf das in Vollzeitäquivalenten ausgedrückte Beschäftigungsvolumen ist die Gesundheitswirtschaft daher keinesfalls uneingeschränkt als „Jobmotor“ anzusehen.

Dafür, dass eine ergebnisoffene Diskussion über die Beschäftigungswirkung der Gesundheitswirtschaft auch künftig notwendig ist, sorgt nicht zuletzt das Statistische Bundesamt. In seiner neuesten Statistik (Statistisches Bundesamt 2010: 4) geht es nämlich, allerdings nur für die Jahre 2000-2008, unter Berücksichtigung weiterer „primärstatistischer Informati-

onen“ von einem „Anstieg der Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen“ aus. Erst weitere Untersuchungsjahre werden wahrscheinlich endgültig klären können, ob es sich hierbei um einen stabilen Trend handelt oder nicht. Sicher ist aber, dass das Wachstum der vollzeitäquivalenten Stellen im Gesundheitswesen zwischen 2000 und 2008 schwächer wird: 2000-2003 betrug der Zuwachs insgesamt 3,74%; von 2004-2008 betrug dieser Wert noch 2,75%.

Gesundheitswissenschaftliche Anmerkungen zur Gesundheitswirtschaft – Ist denn alles Gold was glänzt?

Die Debatte über die Gesundheitswirtschaft leidet an ihrer starken Fokussierung auf die Angebotsseite, die zudem überwiegend quantitativ verstanden wird. Die Qualität der dort geleisteten Arbeit, hier insbesondere ihr Nutzen oder Schaden, bleibt meist unberücksichtigt.

Zu den damit tendenziell vernachlässigten Problemen im Zusammenhang mit Gesundheit gehört die angebotsinduzierte Nachfrage. Der Medizinhistoriker Roy Porter hat deren Existenz und Problematik so charakterisiert: Ein „wachsendes medizinisches Establishment (wird) angesichts einer immer gesünderen Bevölkerung dazu getrieben ..., normale Ereignisse wie die Menopause zu medialisieren, Risiken zu Krankheiten zu machen und einfache Beschwerden mit ausgefallenen Prozeduren zu behandeln. Ärzte und ‚Konsumenten‘ erliegen zunehmend der Vorstellung, dass jeder irgendetwas hat, dass jeder und alles behandelt werden kann.“ (Porter 2000: 717)

Die Existenz von Gesundheits-, Krankheits- und Behandlungsangeboten im Bereich der Gesundheitswirtschaft, die nichts oder nur sehr vage etwas mit realen Bedarfen zu tun haben, lässt sich vielfach belegen („disease mongering“ [vgl. PLOS Medicine 2006]). Spätestens bei der gelungenen Pathologisierung natürlicher Prozesse und der sich anschließenden Therapeutisierung und Medikalisierung wird deutlich, dass



Die SPD-Linke leistet mit dem Sammelband einen Beitrag zur friedens- und sicherheitspolitischen Debatte. Die Artikel reichen von der wachsenden Bedeutung des Klimawandels als Konfliktursache über die Bedrohung durch Kleinwaffen bis hin zu Gefahren der Privatisierung von Armeen und militärischen Maßnahmen. Ferner diskutiert das Buch den politischen Einfluss des „Sicherheits“-Gedankens. In der Afghanistan-Debatte ist die gesamte Bandbreite der SPD-Positionen vertreten. Alle AutorInnen halten einen sofortigen Abzug aller ausländischen Militärkräfte für eine verkürzte Forderung. Letztlich komme es darauf an, wie eine demokratische und friedliche Entwicklungsperspektive für die Menschen in Afghanistan erreicht werden könne.

Weitere Informationen und Bestellung:
www.forum-dl21.de

es nicht nur um massive Eingriffe in den Geldbeutel, sondern auch um die Lebensqualität von Menschen geht.

Dass dabei die Wahrnehmung ganzer Lebensabschnitte und Bevölkerungsgruppen zu deren Nachteil verzerrt werden kann, zeigt die in der Gesundheitswirtschaftsdebatte gehegte Geschäfts fördernde Assoziation von Alter mit „krank“ und „pflegebedürftig“.

Im Rahmen der Entdeckung des „Geschäftsfelds Altern“ durch die Gesundheitswirtschaft werden die Ergebnisse der weltweiten Altersforschung im wohlverstandenen Eigeninteresse penetrant ignoriert. Dies betrifft etwa die Erkenntnis: „Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Verschlechterung der subjektiven Gesundheit keiner altersinhärenten Gesetzmäßigkeit folgt ... in Deutschland ... deuten die vorliegenden Ergebnisse auf eine Zunahme der Lebenserwartung in Gesundheit hin.“ Und: „Abschließend sei daher nochmals betont: Das Alter an sich muss keine größere gesundheitliche Belastung und Pflegebedürftigkeit bedeuten.“ (RKI et al. 2009)

In einer primär und wirklich an Interessen und Bedürfnissen der Nachfrager orientierten Analyse geht es aber auch darum, ob die Angebote der Gesundheitswirtschaft überhaupt einen nachgewiesenen Nutzen haben oder ob bei manchen Leistungen physische und mentale Schäden einen – wenn überhaupt – vorhandenen Nutzen überwiegen.

Dass es vor jeder Neueinführung und Vermarktung von Gesundheitsleistungen zwingend notwendig sein sollte, den Nutzen und Schaden zu klären und abzuwägen, zeigt der Blick auf die Situation im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Leistungen im „ersten Gesundheitsmarkt“: In dem jährlich von einem Expertenkreis beim renommierten britischen Medizinjournal „British Medical Journal (BMJ)“ herausgegebenen „Clinical Evidence Handbook“ wurde 2008 konstatiert, dass es je

nach der gewählten Bewertungsstrenge für 49% bis 57% der Leistungen dieses Marktes keine „robuste“ wissenschaftliche Evidenz zum Nutzen gibt (BMJ 2008).

Dies gilt umso mehr, wenn selbst Protagonisten von „mehr Gesundheitswirtschaft“ eine ihrer „Goldgruben“, die „medical wellness“, selbstkritisch charakterisieren. Es existiere bislang noch ein Defizit an gesicherten Forschungsergebnissen über deren Ergebnisqualität und „vorliegende Studien, zumeist zu den Umsatzzahlen der Branche, stammen vorwiegend von Unternehmensberatungen, welche die Gesundheitswirtschaft ... als neues Geschäftsfeld erschließen möchten“ (Dörpinghaus 2009: 12).

Die Hoffnung, dass zumindest qualifiziertes Personal das Schlimmste verhindert, erweist sich als trügerisch: „Statt einer zukunftssträchtigen Professionalisierung und Qualitätssicherung finden sich auf dem Weiterbildungsmarkt ungenaue Kurstitel, unregelmäßige Berufsbilder und fehlende Standards der Abschlüsse“ (Dörpinghaus 2009: 11).

Ein weiterer, zum Teil auch als „natürliche und gute“ Alternative zur „bösen“ Arzneimittelwelt hochstilisierter Boombereich der Gesundheitswirtschaft, trägt beim genaueren Hinsehen wenig zu den von ihm versprochenen und erwarteten Gesundheitszielen bei: So greift jeder dritte Deutsche nach einer Studie zu Pillen, Nahrungsergänzungsmitteln, antioxidativen Stoffen, Kapseln oder Pülverchen. Schätzungen gehen von 1 Milliarde € Jahresumsatz in Deutschland allein durch Vitamin- und Mineralstoffpräparate aus. Manche Vitaminpillen, so fanden mehrere große valide Studien heraus, lösten die Erwartungen oder Hoffnungen nicht ein oder könnten sogar die Sterblichkeit erhöhen.

So resümiert ein „Cochrane Review“ von Goran Bjelakovic von der Universitätsklinik Kopenhagen über die Ergebnisse von insgesamt 47 Studien mit über 180.000 Teilnehmern, in

denen der gesundheitliche Effekt von Präparaten mit anti-oxidativen Vitaminen (Vitamin A, C und E, Betakarotin und das Spurenelement Selen) untersucht wurde, dass für die Einnahme einiger Vitaminpräparate ein im Vergleich zu Kontrollgruppen erhöhtes Sterblichkeitsrisiko existiert, dem kein Nutzen gegenüber steht (Bjelakovic 2007).

Berücksichtigt man ähnlich hochwertige Studien über speziell als Leistungen der zweiten Gesundheitswirtschaft favorisierte Angebote wie z.B. Akupunktur, bestimmte Naturheilverfahren, die Homöopathie oder einen Teil der Rückenschulen, sind qualitativ problematische Angebote dort offensichtlich nicht die Ausnahme, sondern weit verbreitet.

Aber nicht nur die Qualitäten der Leistungen geraten in der Gesundheitswirtschaftseuphorie aus dem Blick, sondern auch die Arbeitsbedingungen dort Beschäftigter. Eine aktuelle Zusammenfassung vorliegender Daten (Statistisches Bundesamt 2009) über Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die 2007 größte Gruppe unter den Gesundheitsberufen, zeigt überdurchschnittliche Arbeitsbelastungen: Vollzeitstellen waren von 1997-2007 um 12% zurückgegangen, während Teilzeit- und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse um rund 39% zunahm. Die Zahl der Behandlungsfälle pro Pflegevollkraft nahm im selben Zeitraum von 48 kontinuierlich auf 58 zu – eine Steigerung um 21%. Als Hauptbelastungsfaktoren nannten sie schwierige Körperhaltungen, Zeitdruck und Arbeitsüberlastung.

Zusammenfassung

Die Gesundheitswirtschaft ist mit etwa 11% Anteil am Bruttoinlandsprodukt und einem Anteil von etwa 12% der Erwerbstätigen ein bedeutender Bereich der Volkswirtschaft. Bezogen auf die Anzahl der Erwerbstätigen oder die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse konnten zwischen 1995 und 2005 zum Teil erhebliche jährliche Steigerungsraten festgestellt werden,

die allerdings im Wesentlichen nur auf einer Ausdehnung der Teilzeitarbeit bei einem sehr hohen Anteil weiblicher Beschäftigter beruhen. Bezogen auf Vollzeitäquivalente zeigt ein Teil der Daten eine Stagnation der Beschäftigung an, andere Daten dagegen eine seit 2000 fast stetige, gegen 2008 aber schwächer werdende Zunahme. Auch im Hinblick auf die differenzierte sektorale und regionale Entwicklung der Gesundheitswirtschaft hat es wenig Sinn, ihre Bedeutung werbewirksam zu überhöhen und ihr mystische Qualitäten zuzuschreiben. Das Gesundheits- und Sozialwesen als Kernbereich der Gesundheitswirtschaft wird wesentlich von den politischen Rahmenbedingungen und den Finanzierungsstrukturen geprägt. Angesichts der schweren Wirtschafts- und Finanzkrise und ihren Folgewirkungen ist mit einer wesentlichen Ausdehnung der privat finanzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht zu rechnen. Vielmehr sind Angebote wie z. B. Sonnenstudios, die gelegentlich dem zweiten Gesundheitsmarkt zugerechnet werden, im Hinblick auf die Gefahr von zusätzlichen Erkrankungsrisiken eher abzulehnen. Auch die Gesundheitswirtschaft ist Evidenzkriterien zu unterwerfen. Ein solcher, eher nüchterner Zugang zu den Entwicklungschancen der Gesundheitswirtschaft könnte es auch erleichtern, ihre Förderung als regulären Bestandteil nationaler und regionaler Wirtschaftspolitik zu begreifen, die mit der Gesundheits- und Sozialpolitik zu verzahnen ist.

Angesichts der zahlreichen qualitativ unerwünschten Effekte der Gesundheitswirtschaft – sei es anbieterinduzierte Bedarfsmanipulation und -überschätzung oder das Angebot von wirkungslosen Leistungen – stellt sich die Frage, ob dem sofort oder erst, wie im Bereich der ersten oder alten Gesundheitswirtschaft, nach Jahrzehnten ein Riegel vorgeschoben wird. Schon die dort etablierte Über- Unter- und vor allem Fehlversorgung kann nur mühsam eingeschränkt werden. Es werden also wahrscheinlich noch jahrzehntelang gesunde und kranke Menschen für Unsummen nicht oder nicht richtig behandelt oder geschädigt. Vor diesem Hin-

tergrund ist eine liberale Haltung, die Zukunft der zweiten Gesundheitswirtschaft dem Markt zu überlassen, grundsätzlich abzulehnen, selbst dann, wenn sie wirklich vollwertige Arbeitsplätze schaffen würde. ■

⇨ Dr. rer. pol. Bernard Braun (Jg. 1949), ist Diplomsociologe und Gesundheitswissenschaftler. Er arbeitet am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspolitik-, Gesundheitssystem- und Politikfolgen-Forschung. Lehre im Studiengang Public Health.

⇨ Dr. P.H. Joachim Larisch (Jg. 1952) ist Dipl.-Sozialwissenschaftler sowie Dipl.-Ökonom und arbeitet am Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung „Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung“ der Universität Bremen. Arbeitsschwerpunkte: Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz, Betriebswirtschaft und Gesundheitsökonomie.

Weiterführende Informationen:

Auf der Seite www.forum-gesundheitspolitik.de sind aktuelle Fakten und Hintergründe für eine soziale Gesundheitspolitik zusammengestellt. Das umfangreiche Themenspektrum umfasst u.a. die Bereiche Gesundheitsversorgung, Zwei-Klassen-Medizin, Patientensicherheit, Finanzierung/Kosten, Arzneimittel/Medikamente sowie internationale Vergleiche der Gesundheitssysteme.

Literatur:

- Bjelakovic, Goran; Dimitrinka Nikolova; Lise Lotte Gluud; Rosa G. Simonetti; Christian Gluud (2007): Mortality in Randomized Trials of Antioxidant Supplements for Primary and Secondary Prevention. Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2007;297:842-857.
- BMJ (British Medical Journal) (2008): Clinical Evidence Handbook.
- Braun, Bernard; Larisch, Joachim (2009): Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen. Bremen: Arbeitnehmerkammer.
- Dörpinghaus, Sandra (2009): Medical Wellness – Zukunftsmarkt mit Hindernissen. FORSCHUNG AKTUELL des IAT. Ausgabe: 6/2009.
- Merkel Angela (2010): Rede auf dem Zukunftskongress Gesundheitswirtschaft am 29.04. 2010. <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Rede/2010/04/2010-04-29-merkel-zukunftskongress.html>
- Ostwald, Dennis Alexander (2009): Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Berlin: MWV.
- PLOS Medicine (2006): Volume 3, Issue 4, April 2006. <http://collections.plos.org/plosmedicine/pdf/plme-03-04-diseaseomengering.pdf>
- Porter, Roy (2000): Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg.
- RKI (Robert Koch Institut)/Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)/Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter". http://www.rki.de/cln_100/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_und_gesundh.templateId%3Draw.property%3DpublicationFile.pdf/alter_und_gesundh.pdf.
- Statistisches Bundesamt (2009): Krankenpflege - Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. Wiesbaden. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/PDF/2009_08.property=file.pdf
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit – Personal 2000 bis 2008. Wiesbaden. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=12713&p_sprache=D
- Steinmeier, Frank-Walter (2009): Die Arbeit von morgen. o.O.
- Straubhaar, Thomas; Geyer, Gunnar; Locher, Heinz; Pimpertz, Jochen; Vöpel, Henning (2006): Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen. Beschäftigungswirkung eines modernen Krankenversicherungssystems. Baden-Baden: Nomos.
- SVR Gesundheit (1997): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Sondergutachten 1997,Kurzfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht97/kurzfd-de97.pdf>.