

Mehr Beschäftigung durch innovative Dienstleistungen in der Gesundheitswirtschaft?

Ernste, Peter

Postprint / Postprint

Diplomarbeit / master thesis

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Ernste, P. (2003). *Mehr Beschäftigung durch innovative Dienstleistungen in der Gesundheitswirtschaft?*. Dortmund. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-121499>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Ruhr-Universität-Bochum
Fakultät für Sozialwissenschaft

**Mehr Beschäftigung durch innovative Dienstleistungen in
der Gesundheitswirtschaft?**

vorgelegt im September 2003 von:

Peter Enste (enstepeter@web.de)

betreut durch:

Prof. Dr. Rolf G. Heinze

I. Einleitung	5
1.1 Zur Fragestellung der Arbeit	5
1.2 Aufbau der Arbeit	7
1.3 Methodisches Vorgehen.....	8
II. Der Weg in die Dienstleistungsgesellschaft	10
2.1 Was sind Dienstleistungen? – Definitiorische Abgrenzung	10
2.2 Die Struktur des Dienstleistungssektors	12
2.3 Theorien zur Dienstleistungsgesellschaft – die „große Hoffnung“ oder Trugschluss?.....	14
2.4 Innovationen im Dienstleistungssektor.....	18
2.5 Zusammenfassung – Im Hinblick auf die Fragestellung	21
III. Die Entwicklung des Dienstleistungssektors in der Bundesrepublik Deutschland
3.1 Dienstleistungslücke Deutschland? – oder: Sprechen die Zahlen doch eine andere Sprache	25
3.2 Die unterschiedliche Entwicklung einzelner Dienstleistungsbereiche in der Bundesrepublik	30
3.3 Ursachen für die Dienstleistungslücke.....	32
3.4 Arbeitsmarktpolitik in der Dienstleistungsgesellschaft	33
3.4.1 Wie können die Preise für personenbezogene Dienste gesenkt werden?	34
3.4.2 Wie kann die Qualität von Dienstleistungen gesteigert werden?	37
3.4.3 Wie kann die Frauenerwerbstätigkeit gefördert werden?	40
3.5 Sonderrolle Ruhrgebiet.....	41

3.5.1	Bevölkerungsentwicklung im Ruhrgebiet	42
3.5.2	Die Struktur der Arbeitslosigkeit im Ruhrgebiet.....	45
3.5.3	Dienstleistungen im Ruhrgebiet – Gerät der Jobmotor ins Stottern? 47	
3.6	Zusammenfassung - Im Hinblick auf die Fragestellung	49

IV. Gesundheitswirtschaft in der Bundesrepublik- Dienstleistungen für mehr Lebensqualität.....51

4.1	Was ist Lebensqualität?	51
4.2	Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft	54
4.3	Wachstumsfaktoren der Gesundheitswirtschaft	57
4.3.1	Der sozio-demographische Wandel.....	58
4.3.2	Der Wandel der ökonomischen Rahmenbedingungen.....	61
4.3.3	Der Wandel der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen.....	63
4.3.4	Die wachsende Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität als privates Konsumgut	67
4.4	Was spricht gegen die Expansion von Dienstleistungen für mehr Lebensqualität?	68
4.5	Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet: Stärken, Defizite und Perspektiven.....	69
4.6	Ein erstes Fazit: Bringt die Gesundheitswirtschaft neue Beschäftigung?	72

V. Die Fitnesswirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland.....

5.1	Fitnesswirtschaft – Verbindung zwischen Freizeit und Gesundheit ..	75
5.2	Die Entwicklung der kommerziellen Fitnesswirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland.....	77

5.3	Exkurs: „Können wir von den USA lernen?“ – Der Fitnessmarkt in den USA.....	82
5.4	Die Entwicklung der Fitnessbranche in Sportvereinen.....	85
5.5	Diskussion und Ausblick – Können in der Fitnessbranche auch in Zukunft weitere Beschäftigungsverhältnisse entstehen?	91

VI. Zusammenfassung.....
---------------------------------	--------------

Literaturverzeichnis
-----------------------------------	--------------

Anhang.....
--------------------	--------------

I. Einleitung

„Die Menschheit wird also – und dies ist außerordentlich wichtig – noch in 40 oder 50 Jahren, auch ohne neuen Krieg, bei weiterer Zunahme des technischen Fortschritts und selbst in den reichsten Ländern, geradezu nach tertiären Diensten hungern“ (Fourastié 1969: 248).

1.1 Zur Fragestellung der Arbeit

Obwohl sich die von Fourastié in den 50er Jahren formulierten optimistischen Prognosen zur Entwicklung des Dienstleistungssektors und der damit verbundenen Zunahme der Qualität der Erwerbsarbeit nicht oder nur zum Teil erfüllt haben, zählt der Dienstleistungssektor immer noch zum Hoffnungsträger für positive Beschäftigungsentwicklung.

Vor allem konnten in der Vergangenheit die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste einen enormen Beschäftigungsanstieg verzeichnen und somit positive Akzente im Hinblick auf die Beschäftigungsentwicklung setzen. Wurde der Gesundheitssektor noch bis in die 90er Jahre eher als Kostenfaktor gesehen, hat sich diese Anschauung spätestens nach dem Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahre 1997 geändert: Neben der sozialpolitischen Betrachtung des Sektors werden zunehmend auch wirtschafts- und beschäftigungspolitische Aspekte des Gesundheitswesens in Augenschein genommen. Mit diesem Paradigmenwechsel geht auch eine Erweiterung des Begriffes „Gesundheitssystem“ einher: Beschreibt der traditionelle Gesundheitssystembegriff eher den Kernbereich, also die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, betrachtet der erweiterte Begriff auch andere Wirtschaftssektoren, die in Zusammenhang mit dem eigentlichen Kernbereich treten. Hier sind zum einen Vorleistungs- und Zulieferindustrien, aber auch Randbereiche und Nachbarbranchen des traditionellen Gesundheitswesens wie etwa der Gesundheitstourismus oder der Fitness- und Wellnessmarkt zu nennen (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg

2002: 2ff). Gerade in der Freizeitbranche lässt sich die Zunahme von Verbunddienstleistungen beobachten, die durch eine Koppelung unterschiedlicher Dienstleistungen gekennzeichnet sind: Gesundheitsdienste werden in Form von Wellnessangeboten mit der Tourismusbranche verbunden, oder Fitnessstudios bieten neben den Sportprogrammen bestimmte Programme an, mit denen eine kontrollierte Gewichtsreduktion und eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten erreicht werden soll.

Diese Verbunddienstleistungen stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit, wobei die Entwicklung dieser gekoppelten Dienste anhand der Fitnesswirtschaft in der Bundesrepublik untersucht wird. Die Fitnesswirtschaft bildet eine zentrale Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Sport- und Freizeitdiensten. In dieser Branche sind innerhalb der letzten Jahre deutliche Zuwächse zu verzeichnen, die sich u.a. durch ein erweitertes Leistungsprofil der Anbieter erklären lassen: Fitnessstudios sind längst nicht mehr Anlagen, in denen ausschließlich Bodybuilder¹ ihrem Schönheitsideal mittels Krafttraining entgegenstreben. Das Angebot der Anbieter hat sich deutlich geändert, wobei gesundheitsbezogene Leistungen mittlerweile einen Schwerpunkt bilden. Hierzu zählen etwa gezielte Programme zur Steigerung der Herz- Kreislauffunktionen, systematische Gewichtsreduktionen aber auch Entspannungstechniken oder Meditationsprogramme. Mit diesem neuen Angebotsprofil wurde aber nicht nur die Zielgruppe auf ein breites Spektrum erweitert, vielmehr haben sich auch die Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten verändert: Um z. B. ein von den Krankenkassen unterstütztes Trainingsprogramm anbieten zu können, müssen die Betreiber der Anlage Zusatzqualifikationen ihrer Beschäftigten nachweisen.

Die Ausweitung auf ein breiteres Angebotsspektrum, die zunehmende Bedeutung von Freizeitaktivitäten und die positive Wohlstandsentwicklung haben die Freizeitwirtschaft zu einem Impulsgeber der positiven Beschäftigungsentwicklung im Dienstleistungssektor werden lassen. Gleichzeitig aber ist der Markt der Freizeitwirtschaft enorm preiselastisch, was gerade

¹ Die maskuline Form wird ausschließlich zur besseren Lesbarkeit verwendet.

in Zeiten von hoher Arbeitslosigkeit und unsicherer Wirtschaftslage (vor allem bei privaten Haushalten) einen weiteren Boom der Branche in Frage stellt.

Da die Schaffung von neuen Beschäftigungsmöglichkeiten eine maßgebliche sozialpolitische Herausforderung ist, soll als zentrale Frage der Arbeit erörtert werden, ob durch die Entwicklung innovativer Dienstleistungen neue Beschäftigungsverhältnisse in der Gesundheitswirtschaft entstehen können. Hierbei steht insbesondere die Entwicklung der Fitnesswirtschaft im Vordergrund der Betrachtung.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit beginnt mit einer Diskussion, in der zunächst der Begriff „Dienstleistung“ definitorisch abgegrenzt wird und die Struktur des Dienstleistungssektors beschrieben wird. Im Anschluss werden die grundlegenden Theorien zur Dienstleistungsgesellschaft vorgestellt. Ein besonderer Schwerpunkt wird hierbei auf Innovationen im Dienstleistungssektor gelegt. Innovationen zählen im sekundären Sektor als Grundvoraussetzung für Produktivitätssteigerung. Die Form und Wirkungsweise von Innovationen im Dienstleistungssektor werden an Beispielen thematisiert (Kapitel 2).

Anschließend wird im zweiten Teil der Arbeit die Entwicklung des Dienstleistungssektors in der Bundesrepublik Deutschland beschrieben. Ein internationaler Vergleich zeigt, dass in Deutschland eine „Dienstleistungslücke“ besteht. Hierbei werden mögliche Ursachen und arbeitsmarktpolitische Handlungsoptionen zur Verbesserung der Situation diskutiert. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf die Situation im Ruhrgebiet gelegt (Kapitel 3).

In einem weiteren Schritt wird die Gesundheitswirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland diskutiert. Der Begriff „Gesundheitswirtschaft“ betont den wirtschaftlichen Charakter dieses Dienstleistungsbereiches und macht daher eine Ausweitung des Gesundheitssystembegriffs notwendig. Neben den klassischen Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung werden auch Rand- und Nachbarbereiche mit eingeschlossen. Mit

einer Beschäftigtenzahl von fast 1 Millionen Menschen und hohen Wachstumsraten in Nordrhein-Westfalen zählt die Gesundheitswirtschaft zu den großen Hoffnungsträgern hinsichtlich positiver Beschäftigungsentwicklung. Welche Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung der Gesundheitswirtschaft haben und in welchem Maße diese politisch steuerbar sind steht im Mittelpunkt der Betrachtung (Kapitel 4).

Abschließend wird ein Randbereich der Gesundheitswirtschaft vorgestellt. Relativ unbemerkt konnte sich in den letzten Jahren die Fitnessbranche zu einer festen Größe in der Freizeitwirtschaft entwickeln, wobei ein Imagewechsel einhergehend mit einem Angebotswandel hin zu gesundheitsorientierten Leistungen zu erkennen ist. Neben den kommerziellen Anbietern ist zunehmend zu beobachten, dass auch traditionelle Sportvereine kommerzielle Sportstudios betreiben. Nach einer Darstellung der Entwicklung der gesamten Branche in Deutschland und einem kurzen Exkurs in die USA wird die Frage diskutiert, inwieweit auch in Zukunft in dieser Branche weitere Beschäftigungsverhältnisse entstehen können (Kapitel 5).

1.3 Methodisches Vorgehen

Dieser Arbeit ging ein Projekt mit dem Titel „Beschäftigungspotentiale im Dienstleistungssektor“ voraus, an dem der Verfasser als studentischer Mitarbeiter beteiligt war. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden im Vorfeld einer Fragebogenuntersuchung Experteninterviews mit Hilfe offener Leitfäden (vgl. Anhang C) durchgeführt. Die Auswahl der Befragten erfolgte nach dem Prinzip des *theoretical sampling*, bei dem bewusst einzelne Fälle für einen bestimmten Themenbereich zur Befragung ausgewählt werden (vgl. Lamnek 1995: 92f). Ein Experte zeichnet sich hierbei als Fachmann für ein bestimmtes Handlungsfeld aus und kann als Repräsentant einer Gruppe verstanden werden (vgl. Flick 1995: 109). Demnach wurden die Gesprächspartner so ausgewählt, dass sowohl Geschäftsführer großer Fitnessketten als auch kleine Einzelanbieter berücksichtigt wurden. Ebenso wurde ein Gespräch mit einem Verbandsvertreter geführt. Alle Interviews wurden während des Gesprächs stichwortartig notiert und anschließend ausführlich zusammengefasst. Insgesamt wurden vier Inter-

views durchgeführt, die einerseits im Kapitel 5 ausgewertet werden, andererseits als Basis für die Erstellung eines Fragebogens für Unternehmer in der Fitnessbranche im Rahmen des o. g. Projekts dienen.

In einem weiteren Bearbeitungsschritt wurde dieser Fragebogen vom Verfasser abgeändert, wobei der Schwerpunkt auf „Fitnesscenter in Sportvereinen“ gesetzt wurde (vgl. Anhang B). Nach Angaben des Landessportbundes NRW gibt es in Nordrhein-Westfalen rund 30 Sportvereine, die ein Fitnessstudio betreiben, von denen 26 per Internetrecherche ausfindig gemacht werden konnten. An diese Sportvereine wurde jeweils ein Fragebogen geschickt, von denen 10 ausgefüllt zurück gesandt wurden. Dies entspricht einer Rücklaufquote² von 39%, was als relativ hoch bewertet werden kann (vgl. Diekmann 1997: 441). Die empirischen Ergebnisse dieser Untersuchung werden im fünften Kapitel vorgestellt.

² Zur Problematik von Rücklaufquoten vgl. auch Diekmann (1997: 440f).

II. Der Weg in die Dienstleistungsgesellschaft

Der Begriff „Dienstleistung“ wird in der Literatur vielfach diskutiert. Aufsatz- oder Buchtitel wie „Die große Hoffnung des 20. Jahrhunderts“, „Auf dem Holzweg in die Dienstleistungsgesellschaft?“ oder „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter“ zeigen schon den breiten Interpretationsspielraum des Begriffes, lassen aber auch erkennen, dass eine genaue Abgrenzung des Begriffes oftmals schwierig ist. Bevor also die Theorien zur Dienstleistungsgesellschaft erläutert werden, erscheint es sinnvoll, den Begriff „Dienstleistung“ definitorisch abzugrenzen und Merkmale zu beschreiben, die diesen charakterisieren.

2.1 Was sind Dienstleistungen? – Definitorische Abgrenzung

Anhand der Drei-Sektoren-Theorie kann eine Volkswirtschaft in verschiedene Sektoren eingeteilt werden. Vereinfacht dargestellt versteht man unter dem primären Sektor die Landwirtschaft, unter dem sekundären Sektor die Industrie und unter dem tertiären Sektor die Dienstleistungen.³ In den amtlichen Statistiken werden zwei verschiedene Arten von Gliederungen unterschieden: Die sektorale und die funktionale Gliederung (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 21ff). Orientiert sich das Messverfahren am Produktionsergebnis, spricht man von einer sektoralen Gliederung. Hierbei werden alle Beschäftigten dem Sektor zugerechnet, dem auch das Endprodukt zugerechnet wird (vgl. Mehnert/Schäfer 1998: 26f). Die eigentliche Tätigkeit eines Einzelnen wird also nicht berücksichtigt, so wird zum Beispiel ein Ingenieur in der Forschungsabteilung eines Automobilherstellers dem sekundären Sektor zugeordnet.

Stellt man aber die Produktionstätigkeit in den Vordergrund, spricht man von einer funktionalen Gliederung. Unabhängig von der sektoralen Zuordnung der Arbeitsstätte werden die Beschäftigten nach ihrer tatsächlich ausgeübten Tätigkeit in Gruppen zusammengefasst (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 22).

³ Zur genaueren Sektoreneinteilung vgl. Häußermann/ Siebel (1995: 22).

mann/Siebel 1995: 22). Die Arbeit des obengenannten Ingenieurs wäre also nach der funktionalen Einteilung eine Dienstleistung.

Was aber nun sind genau Dienstleistungen oder gibt es bestimmte Merkmale, die den Begriff kennzeichnen? Im Sinne der sektorale Abgrenzung kann zwischen Waren und Dienstleistungen unterschieden werden (vgl. Dostal 2001: 46f), oder wie Häußermann und Siebel es pointiert beschreiben: „Dienstleistungen lassen sich in ihrem Charakter und in ihren Auswirkungen nicht positiv bestimmen, sondern nur als Residualkategorie, also negativ durch das, was sie nicht sind: Produktion eines materiellen Gutes“ (Häußermann/Siebel 1995: 11f). Wenn man sich also die typischen Charakteristika eines materiellen Gutes ansieht, könnte man in einem Umkehrschluss auf typische Kennzeichen einer Dienstleistung schließen: Wenn ein materielles Gut dauerhaft, hergestellt von Menschen mit Hilfe von Maschinen und zu jedem Zeitpunkt konsumierbar ist, müsste eine Dienstleistung folglich immateriell, nicht dauerhaft, hergestellt von Menschen für Menschen und nur im Augenblick der Herstellung konsumierbar sein (vgl. Gershuny 1981: 69). An diesem Punkt knüpfen Mehnert und Schäfer (1998) an und diskutieren drei mögliche Merkmale von Dienstleistungen: Erstens gilt bei der Herstellung und dem Verbrauch von Dienstleistungen das Uno-actu-Prinzip, welches besagt, dass Herstellung und Verbrauch weder zeitlich noch örtlich von einander zu trennen sind. Diese Gleichzeitigkeit macht demzufolge auch einen Transport und eine Speicherbarkeit von Dienstleistungen unmöglich. Als zweites Merkmal führen die Autoren die Integration eines externen Faktors an, worunter sie die „Einbeziehung des Kunden“ verstehen.⁴ Diese Integration kann auf verschiedene Weise erfolgen: Der Kunde kann selbst in den Herstellungsprozess einbezogen werden, ein Objekt des Kunden kann integriert werden oder aber die Anforderungen oder das Wissen des Kunden. Es ist zu erkennen, dass der Grad der Einbeziehung des Kunden abnimmt, gleichzei-

⁴ Generell wird unter einem externen Faktor ein Produktionsfaktor verstanden, der sich der autonomen Disponierbarkeit des Herstellers entzieht. Der externe Faktor kommt besonders stark zum Tragen, wenn er vom Empfänger einer Leistung, also dem Kunden, selbst geliefert wird. Mehnert und Schäfer grenzen den Begriff im Folgenden ein und beschränken sich auf die „Einbeziehung des Kunden“ bei ihrer weiteren Betrachtung (vgl. Mehnert/Schäfer 1998: 13).

tig aber auch die Wahrscheinlichkeit, die erbrachte Leistung eindeutig als Dienstleistung zu bezeichnen. Nur wenn der Kunde direkt in den Herstellungsprozess integriert ist (wie etwa beim Friseur oder bei einem Arztbesuch), kann man eindeutig von einer Dienstleistung sprechen: „Je stärker der Kunde in den Leistungserstellungsprozeß einbezogen ist, um so eher hat das Gut den Charakter einer Dienstleistung und je geringer diese Maß der Integration eines externen Faktors ausfällt, desto stärker weist das auf eine Nicht-Dienstleistung hin“ (Mehnert/Schäfer 1998: 15).

Ein drittes von den o.g. Autoren angeführtes Merkmal ist die Immaterialität von Dienstleistungen. Dieses Merkmal ist bezüglich seiner Trennschärfe beim genaueren Betrachten mit Problemen behaftet: „Ein Haarschnitt beim Friseur wird allgemein als Dienstleistung aufgefasst. Nun bringt aber das Abschneiden des Haares ohne Zweifel eine materielle Veränderung mit sich“ (Mehnert/Schäfer 1998: 16). Es wird deutlich, dass ein Dienstleistungsgut sehr wohl also auch eine materielle Komponente beinhalten kann. Dieser Erkenntnis liegt die Tatsache zu Grunde, dass ein Gut als Kombination von Sach- und Dienstleistung anzusehen ist oder anders gesagt, dass ein Dienstleistungsprodukt einen Dienstleistungsanteil und auch einen Nicht-Dienstleistungsanteil beinhalten kann. Um ein Produkt letztendlich als Dienstleistung einzuordnen, muss der Dienstleistungsanteil höher als der Nicht-Dienstleistungsanteil sein.

Schon hier wird deutlich, welche Schwierigkeiten sich bei der Benennung von Merkmalen einer Dienstleistung ergeben können, denn nicht nur das Merkmal der Immaterialität wirft Probleme auf. Durch das Aufkommen von neuen Kommunikationstechnologien (z. B. Internet) verliert auch das Uno-Actu-Prinzip zunehmend an Bedeutung. So müssen etwa bei einer Warenbestellung im Internetshop oder bei einer Hotline-Beratung Kunde und Anbieter nicht mehr an einem Ort sein, und auch die temporäre Gebundenheit muss nicht zwingend gegeben sein.

2.2 Die Struktur des Dienstleistungssektors

Lange Zeit wurde der Dienstleistungssektor als ein relativ einheitliches Gefüge angesehen. Diese Betrachtung konnte aber durch die enorme

Entwicklung und die wachsende Ausdifferenzierung des Sektors nicht aufrecht erhalten werden (vgl. Heinze 2002: 27). Mittlerweile ist der Dienstleistungssektor vielmehr durch eine hohe Heterogenität bezüglich seiner einzelnen Tätigkeitsbereiche gekennzeichnet. So kann man zwischen unternehmensbezogenen und konsumbezogenen Diensten unterscheiden (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 13). Unternehmensbezogene Dienste zeichnen sich dadurch aus, dass sie indirekt bei der Herstellung eines Produktes beteiligt sind (z.B. Forschung, Management) und somit dazu beitragen, die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens zu steigern. Die konsumorientierten Dienstleistungen, die den Schwerpunkt dieser Arbeit bilden, werden direkt vom Verbraucher konsumiert und dienen diesem zur Steigerung seiner Lebensqualität. Als Zielgruppe sind hier in erster Linie die privaten Haushalte zu nennen (vgl. Hartmann 2002: 20). Die konsumbezogenen Dienste gliedern sich weiter in drei Teilbereiche, erstens die haushaltsorientierten Dienste, zu denen etwa Tätigkeiten wie Essenzubereitung oder Säuberung der Wohnung zählen. Einen weiteren Teilbereich bilden die personenbezogenen Dienste, worunter Tätigkeiten zusammengefasst werden, die unmittelbar einer Person zugute kommen (z.B. Körperpflege, Bildung, medizinische Behandlungen). Als dritter Teilbereich sind die Freizeitdienste zu nennen. Hier werden Dienste erfasst, deren Tätigkeitsbereiche z.B. in der Sport- und Fitness-Branche, im Tourismus- oder kulturellen Bereich liegen. Die konsumorientierten Dienstleistungen können somit zwei unterschiedliche Zwecke erfüllen: Zum einen können sie Haushaltsarbeit durch professionelle Arbeit ersetzen, zum anderen dienen sie dem Auffüllen von freier Zeit. Letztere Dienste, die sogenannten Fun-Dienste, sprechen besonders Menschen an, die über ein hohes Maß an Freizeit und Einkommen verfügen (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 26).

Hinsichtlich der Beschäftigungsdynamik kann zwischen „alten“, „sich im Umbruch befindende“ und „neuen“ Dienstleistungen unterschieden werden. In der Gruppe der „alten“ Dienstleistungen stagniert oder sinkt die Beschäftigung, weil Rationalisierungseffekte durch moderne Technologien wirksam werden. Zu diesen Diensten werden beispielsweise Betriebe mit eher traditionellen Strukturen wie Sozialversicherungsanstalten oder Fi-

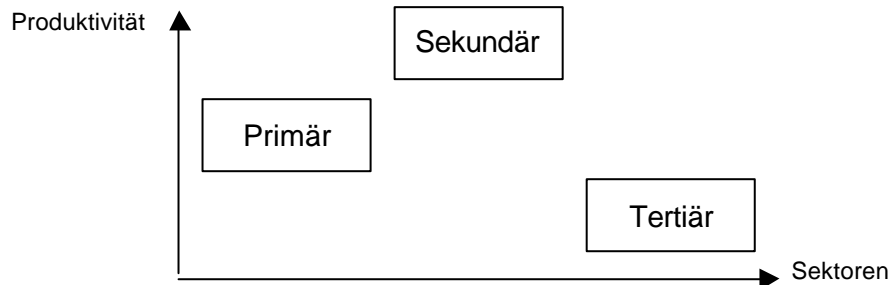
nanzdienstleister gezählt. Wie der Name schon beschreibt befindet sich die Organisationsstruktur der zweiten angeführten Gruppe im Umbruch. Zu ihnen zählt eine breite Gruppe von Betrieben, die z. B. durch Privatisierungsprozesse oder neue Technologien umgestaltet werden. Zu den „neuen“ Dienstleistungen werden die unternehmens-, personen- und haushaltsbezogenen Dienste gezählt, die durch eine wachsende Beschäftigung gekennzeichnet sind (vgl. Knuth/Schräpler/Schumann 2001: 3).

2.3 Theorien zur Dienstleistungsgesellschaft – die „große Hoffnung“ oder Trugschluss?

Fourastié hat 1954 mit seinem Buch „Die große Hoffnung des 20. Jahrhunderts“ die Debatte um das Thema der Dienstleistungsgesellschaft eröffnet. Er greift die von Clark entwickelte Drei-Sektoren-Theorie auf, die besagt, dass sich die Beschäftigungsstruktur in ökonomischen Wachstumsperioden zu Gunsten des tertiären Sektors verschiebt. Anders als Clark⁵ grenzt Fourastié die drei Sektoren aber anhand der unterschiedlichen Produktivitätssteigerung ab (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 29). Produktivitätssteigerung bedeutet für ihn dabei die Schnelligkeit, in der der Mensch in der Lage ist, Hindernisse zu überwinden, die dem Handeln des Menschen entgegengestellt werden (vgl. Fourastié 1969: 39). Die Ursache, welche eine Produktivitätssteigerung im Produktionsprozess ermöglicht, sieht er im technischen Fortschritt, den er als „Steigerung des Produktionsvolumens je Rohstoff- oder Arbeitszeiteinheit bezeichnet“ (Fourastié 1969: 25). Da die Zunahme des technischen Fortschritts nicht in allen Produktionszweigen gleich schnell voranschreitet, teilt Fourastié die Sektoren einer Volkswirtschaft nach der Stärke des technischen Fortschrittes ein. Demnach ergibt sich folgendes Bild:

⁵ Clark ging davon aus, dass sich in einem Wachstumsschub die Konsumpräferenzen zu Gunsten der weniger notwendigen Güter verschieben (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 28).

Abbildung 1: Auswirkung des technischen Fortschritts auf die unterschiedlichen Sektoren einer Volkswirtschaft nach Fourastié



Quelle: Eigene Darstellung

Es ist zu erkennen, dass der technische Fortschritt die Produktivität im sekundären Sektor am meisten erhöht, an zweiter Stelle folgt der primäre Sektor mit einer mittleren Produktivitätssteigerung, am Schluss steht der tertiäre Sektoren, der in seiner Produktivität durch den technischen Fortschritt nur unwesentlich bis gar nicht beeinflusst wird.

Fourastié macht dies an unterschiedlichen Beispielen deutlich. So konnte etwa im primären Sektor die Getreideproduktion in der Zeit von 1800 bis 1950 verzwanzigfacht werden. Einen noch größeren Unterschied hinsichtlich der Produktivitätssteigerung sieht Fourastié zwischen dem sekundären und dem tertiären Sektor, „wenn wir uns einmal die Produktivität eines Universitätsprofessors oder eines Herrenfriseurs einerseits und eines Automobilherstellers andererseits vorstellen: während die eine sich in 50 Jahren verzehnfachte, blieb die andere praktisch unverändert (Fourastié 1969: 28)“.

Diese These allein lässt aber noch keine Prognose über die gesellschaftliche Entwicklung zu. Folglich erweitert Fourastié sein Modell mit der These der natürlichen Struktur des Konsums. In Anlehnung an das Engelsche Gesetz⁶ geht er davon aus, dass es allmählich zu einer Sättigung der

⁶ Das Engelsche Gesetz (benannt nach dem Ökonom Engel, der es erstmals formulierte) besagt, dass u.a. der Anteil der Nahrungsmittelausgaben an den gesamten Konsumausgaben bei steigendem Pro-Kopf-Einkommen und zunehmender Bedarfssättigung abnimmt, wobei sich parallel dazu die Nachfrage nach anderen Konsumgütern (besonders Luxusgüter) erhöht (vgl. Henrichsmeyer et al. 1993: 33).

menschlichen Grundbedürfnisse kommt, was zu einer Nachfrageverschiebung zu Gunsten der noch nicht befriedigten Wünsche führt (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 31f). Hier sieht Fourastié große Chancen für den Dienstleistungssektor:

„Der Mensch merkt sehr schnell, dass die Zeit nicht dehnbar ist. Deshalb zieht er bei der Einteilung seiner Ausgaben eine Dienstleistung einem nicht unmittelbar nützlichen materiellen Gut vor, weil die Dienstleistung ihm Zeit spart (...) Mit dem durchschnittlichen Reichtum des Menschen steigt auch sein Bedarf an Dienstleistungen, weil er nach einem Kompromiß zwischen den ihm angebotenen Freuden aller Art und der ihm zur Verfügung stehenden Zeit sucht. Sekundärer Verbrauch erfordert Zeit, tertiärer Verbrauch spart Zeit“ (Fourastié 1969: 244f).

Steigt also die Nachfrage nach Dienstleistungen an, bei gleichzeitig wenig steigender Arbeitsproduktivität im Dienstleistungssektor, geht Fourastié davon aus, dass sich der Anteil der Beschäftigten im Dienstleistungsbereich deutlich erhöhen muss (vgl. Scharpf 1986: 3). Die durch die Sättigung freigesetzten Arbeitskräfte aus dem primären und sekundären Sektor können nun neue Arbeitsplätze im tertiären Sektor finden. Eine Sättigung im Dienstleistungssektor sieht Fourastié nicht: Der kaum steigenden Produktivität steht ein unstillbarer „individueller Hunger nach Tertiärem“ gegenüber (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 32).

Noch wichtiger stuft er den „kollektiven Hunger nach Tertiärem“ ein, „worunter er ziemlich genau das versteht, was heute als produktionsorientierte Dienstleistungen bezeichnet wird.“ (Häußermann/Siebel 1995: 33) In diesem Bereich entsteht eine Nachfrage nach Dienstleistungen, da technischer Fortschritt „aus der wissenschaftlichen Arbeit“ (Fourastié 1969: 245) entsteht und dort ständig weiterentwickelt wird: „So ergibt sich eine Situation, die man im Grenzfall mit dem paradoxen Satz bezeichnen kann, dass Kartoffeln am Schreibtisch abgebaut werden“ (Fourastié 1969: 246).

Fourastiés „große Hoffnung für das 20. Jahrhundert“ kann also in zwei Punkten zusammengefasst werden:

Durch den Übergang in die Dienstleistungsgesellschaft können

1. die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen deutlich verbessert werden, und
2. politische und ökonomische Krisen wie z.B. Massenarbeitslosigkeit vermieden werden.

Bell zeichnet ein ähnliches Bild. Er unterteilt die gesellschaftliche Entwicklung in drei Phasen: Die vorindustrielle-, die industrielle- und die nachindustrielle Gesellschaft (vgl. Bell 1975: 132ff). Für die nachindustrielle Gesellschaft prognostiziert er ein deutlich steigendes Wachstum der Beschäftigung im Dienstleistungssektor und lässt der Wissenschaft bei dieser Entwicklung eine zentrale Rolle zu kommen:

„Waren die Dienstleistungen in der vorindustriellen Gesellschaft weitgehend häuslicher Art, bestehen sie in der industriellen Wirtschaft überwiegend im Transportwesen, öffentlichen Einrichtungen und finanziellen Diensten, so braucht eine nachindustrielle Gesellschaft in erster Linie menschliche und akademische Dienstleistungen – d.h. sie muß einerseits das Gesundheits-, Bildungs- und Erholungswesen und andererseits Wissenschaft, Forschung und Entwicklung ausbauen“ (Bell 1975: 14).

Weitaus weniger optimistisch sind die Ansichten von Baumol und Gershuny, die beide die scheinbar grenzenlose Expansion des Dienstleistungssektors kritisch hinterfragen. Wie Fourastié grenzt auch Baumol die Sektoren anhand der unterschiedlichen Produktivitätssteigerung ab, sieht hier aber das entscheidende Argument gegen die grenzenlose Steigerung der Dienstleistungstätigkeiten: Trotz unterschiedlicher Produktivitätssteigerung bewegen sich die Löhne in den unterschiedlichen Sektoren gleich, wobei sich die Lohnerhöhungen an den Produktivitätszuwächsen des industriellen Sektors orientieren. Mit zunehmender Entwicklung werden folglich Dienstleistungen immer teurer, wobei der Teil der am wenigsten produktiven Dienstleistungen allmählich vom Markt verschwindet oder vom Staat subventioniert werden muss. Diese Theorie ist als die Theorie der Kostenkrankheit von Dienstleistungen bekannt geworden (vgl. Scharpf 1986: 4; Häußermann/Siebel 1995: 44f).

Gershuny beschreibt die Substituierbarkeit von Dienstleistungen: Auch er bezweifelt die generelle Preisunelastizität von Dienstleistungen und unter-

stellt, dass der Konsument die Möglichkeit nutzen kann, auf Substitutionsgüter auszuweichen: Anstatt sich die Wäsche in einer Wäscherei waschen zu lassen oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren, weicht der Konsument aus und kauft sich eine Waschmaschine oder ein Auto. Der Weg führt für Gershuny also nicht in eine Dienstleistungs- sondern in eine Selbstbedienungsgesellschaft (vgl. Gershuny 1981: 105ff; Scharpf 1986: 4).

Scharpf (1986) beschreibt in seiner Argumentation den Zusammenhang von der gesellschaftlichen Nachfrage nach Dienstleistungen und der Lohndifferenzierung und Abgabenquote. Er kommt zu dem Schluss, dass gerade die Nachfrage nach privaten Dienstleistungen stark durch den Grad der Einkommensangleichung und durch die Höhe der gesamtwirtschaftlichen Abgabequote beeinflusst wird, oder einfacher gesagt, wer mehr verdient, kann auch mehr konsumieren. Die Nachfrage nach öffentlichen Diensten ist weniger betroffen: „Während also die private Dienstleistungs-Nachfrage die gesamte Abgabenbelastung zu tragen hat, ist die öffentlich finanzierte Nachfrage dafür weniger empfindlich. Insofern ist mit steigender Abgabenbelastung auch eine zunehmende Wettbewerbsverzerrung zum Nachteil der privaten und zugunsten der öffentlich finanzierten Dienstleistungs-Nachfrage zu erwarten“ (Scharpf 1986: 10).

2.4 Innovationen im Dienstleistungssektor

Innovationen können als Voraussetzung für Produktivitätssteigerung verstanden werden und tragen somit entscheidend zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit einer Volkswirtschaft bei (vgl. DIW 1998: 519). Nach Fourastié kann eine solche Produktivitätssteigerung nur bei der Produktion von Gütern stattfinden, der Bedeutung von Innovationen für den Dienstleistungssektor wird in seiner Betrachtung keine Aufmerksamkeit geschenkt. Dies ergibt sich als eine plausible Schlussfolgerung, wenn man wie Fourastié eine Homogenität des Dienstleistungssektors annimmt. Mit dem Wachsen des tertiären Sektors hat sich aber auch dessen Heterogenität und Komplexität herausgestellt. So lassen sich heute sehr wohl Bereiche im Dienstleistungssektor erkennen, die eine beträchtliche Steige-

rung der Arbeitsproduktivität erzielen konnten (vgl. Helmstädter 2001: 3): „Viele Leistungsvergleiche – etwa bei öffentlichen Verwaltungen oder bei Einrichtungen des Gesundheitswesens oder gar ganzer Gesundheitssysteme – haben in den letzten Jahren (...) deutlich gezeigt, dass es zahllose Anknüpfungspunkte für eine Produktivitätssteigerung gibt, die nicht durch eine Verschlechterung der jeweiligen Dienstleistung erkaufte wird“ (Bosch et al. 2002: 25). Die These von der Unberührbarkeit des Dienstleistungssektors vom technischen Fortschritt ist heute nicht mehr tragbar, gleichwohl es immer noch einzelne Bereiche gibt, in denen eine Produktivitätssteigerung kaum möglich ist. Die Aufführung einer Symphonie durch ein Orchester dient als Paradebeispiel; weder ein schnelleres spielen noch die Streichung einzelner Instrumente wären sinnvolle Maßnahmen zur Steigerung der Produktivität. Mit zunehmender Komplexität des dritten Sektors wird auch eine Erweiterung des Begriffs „Produktivitätssteigerung“ notwendig. Die Sektoren einer Volkswirtschaft entwickeln sich nicht unabhängig voneinander, vielmehr muss die Interaktion und die Kommunikation der Sektoren untereinander beachtet werden. Helmstädter unterscheidet hierzu in der Volkswirtschaft die Begriffe Arbeitsteilung und Wissensteilung. Während der Begriff Arbeitsteilung die Herstellung bekannter Produkte und Dienstleistungen beschreibt, kennzeichnet Wissensteilung die Interaktion der Sektoren zur Erstellung innovativer Produkte und Dienstleistungen. Eben diesem Austausch von Wissen wird in der Dienstleistungsgesellschaft eine zentrale Rolle zugeordnet: „Der Ertrag der traditionellen Produktionsfaktoren Arbeit, Kapital und Boden tritt gegenüber dem des Wissens zurück (...), das Wissen bestimmt stärker als Arbeit und Eigentum die ökonomischen und sozialen Aktivitäten“ (Helmstädter 2001: 6f). In diesem Sinne leben wir nicht nur in einer Dienstleistungsgesellschaft sondern auch in einer Wissensgesellschaft, wobei beide Begriffe eng miteinander verbunden sind, da besonders im tertiären Sektor das Wissen als Quelle der Produktivität in den Vordergrund tritt. An dieser Stelle fühlt man sich wieder an Fourastie erinnert, der schon in seiner Abhandlung prophezeite, dass in naher Zukunft die Kartoffeln am Schreibtisch abgebaut werden. Wissen und Kommunikation beschränken sich also nicht ausschließlich auf den tertiären Sektor, in diesem wird ihnen

aber eine besondere Rolle zugeordnet⁷. Gerade im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen gibt es zahlreiche Berufsgruppen, in denen die Kommunikation zum Inhalt der Tätigkeit wird. Therapeutische Berufe, Beratungsdienste oder Lehrtätigkeiten sind hier als Beispiele zu nennen (vgl. Baethge 2001:100).

Festzuhalten bleibt, dass nach dieser Betrachtung eine Produktivitätssteigerung nicht ausschließlich mit einer erhöhten Produktion eines materiellen Gutes einhergeht, sondern gerade im tertiären Sektor der Faktor Wissen eine Steigerung der Produktivität ermöglichen kann. Wenn in der industriellen Produktion technische Innovationen die Grundvoraussetzung für eine Produktivitätssteigerung bilden, stellt sich die Frage, wodurch Innovationen im Dienstleistungssektor gekennzeichnet sind.

Im Mittelpunkt der Betrachtung sollen die Innovationen im Bereich der personenbezogenen Dienste stehen. Während in Industriebetriebe die Vertriebsinnovationen eher im Schatten der Produktinnovationen stehen, nehmen sie im tertiären Sektor eine wesentliche Rolle ein (vgl. DIW 1998: 521). Zunehmend lässt sich die Entwicklung von sogenannten Leistungspaketen beobachten, für die entweder sektorübergreifend Produkt und Dienstleistung oder Dienstleistung und Dienstleistung miteinander kombiniert werden und im Verbund angeboten werden.

Bei den personenbezogenen Diensten können solche Leistungspakete unter dem Gesichtspunkt „Steigerung der Lebensqualität“ zusammengefasst werden. Durch die Bündelung verschiedener Angebote soll der Kunde ein Zusatznutzen erhalten, welches sowohl materieller als auch immaterieller Art sein kann. Hierbei wird im Bezug auf die Situation des Kunden das „besser“ gegenüber dem „mehr“ betont, wobei sich eine Parallele zum Konzept des nachhaltigen Wirtschaftens erkennen lässt (vgl. Beyer/Brandel/Langer/Micheel 2000: 29). Ein solches Leistungsbündel lässt sich in der Gesundheitswirtschaft an einem Beispiel beschreiben: Zunehmend ist zu beobachten, dass in Dortmund ambulante Pflegedienste Ko-

⁷ Hierbei sei darauf hingewiesen, dass die zunehmende Bedeutung von Wissen und Kommunikation nicht automatisch zu einer Anhebung des Qualifikationsniveaus führt, vgl. hierzu Baethge (2001b: 104ff).

operationen mit Bäckereien abschließen und somit ihre Patienten auf deren Wunsch morgens mit Brötchen versorgen. Die Patienten erhalten also eine Zusatzleistung, das Brötchen, gleichzeitig wird ein Beitrag zum nachhaltigen Wirtschaften geleistet, da z.B. den Angehörigen der Weg zur Bäckerei erspart wird. Dieses etwas überspitzte Beispiel kann durch zahllose weitere ergänzt werden: Gesundheitsdienste werden an den Besuch in einem Fitnessstudio geknüpft oder ein Besuch in einem Schwimmbad kann zusätzlich verschiedene Wellness-Angebote beinhalten.

2.5 Zusammenfassung – Im Hinblick auf die Fragestellung

Eine Dienstleistungsgesellschaft ist dadurch gekennzeichnet, dass mindestens 50% der Erwerbstätigen eine dienstleistende Arbeit ausführen. Der Sektor weist eine große Heterogenität bezüglich seiner Tätigkeitsbereiche auf, wodurch es auch schwierig wird, zu beschreiben, was eine Dienstleistung charakterisiert. Einige Kennzeichen, die früher trennscharfe Merkmale zur Beschreibung einer Dienstleistung waren (z.B. das Uno.Actu-Prinzip) haben durch das Aufkommen von neuen Kommunikationsmitteln an Bedeutung verloren.

Zählt der tertiäre Sektor zwar zu den Hoffnungsträgern hinsichtlich der Beschäftigungsentwicklung, entwickeln sich aber innerhalb des Sektors nicht alle Teilbereiche ähnlich dynamisch. Die personenbezogenen Dienste weisen eine durchaus positive Entwicklung auf. Hier konnten entgegen der Annahme der klassischen Theorien zur Dienstleistungsgesellschaft Produktivitätssteigerungen erzielt werden, was unter anderem auf die Entwicklung neuer Vertriebsformen zurückzuführen ist. Es ist zunehmend zu beobachten, dass Dienstleistungen untereinander oder mit einem Produkt gekoppelt werden, um so dem Kunden beim Konsum einen höheren Nutzen zu bieten. Diese Entwicklung lässt sich in nahezu allen Bereichen der personenbezogenen Dienste beschreiben.

Im folgenden Kapitel soll nun die Entwicklung des Dienstleistungssektors in der Bundesrepublik diskutiert werden. Zentrale Frage hierbei ist, wie groß der momentane Beschäftigungsanteil im Dienstleistungssektor ist

und welches Potential an Beschäftigung noch ungenutzt ist. Ein internationaler Vergleich soll eine Standortbestimmung vornehmen.

III. Die Entwicklung des Dienstleistungssektors in der Bundesrepublik Deutschland

Zu Beginn dieses Kapitels sei noch mal an die allgemeine Definition einer Dienstleistungsgesellschaft erinnert: Man spricht von einer Dienstleistungsgesellschaft, wenn mehr als 50% der Beschäftigten im tertiären Sektor tätig sind (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 21). Beim Betrachten der Statistik lässt sich erkennen, dass die Zahlen auf den ersten Blick eine deutliche Sprache sprechen:

Tabelle 1: Anteile der Wirtschaftsbereiche an den Erwerbsbeschäftigten insgesamt in Prozent (Jahresdurchschnitt)

Jahr	Primärer Sektor	Sekundärer Sektor ⁸	Tertiärer Sektor
1991	4,0	36,7	59,2
1998	2,6	30,6	66,8
2000	2,5	29,1	68,4
2001	2,5	28,6	69,0
2002	2,5	27,9	69,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003), eigene Berechnung

Fast 70 % aller Beschäftigten waren im Jahr 2002 in der Bundesrepublik im Dienstleistungssektor beschäftigt, wir leben nach der obigen Definition also in einer Dienstleistungsgesellschaft. Der Anteil der Beschäftigten im Dienstleistungssektor in Relation zur gesamten Erwerbstätigkeit hat sich in dem Zeitraum von 1991 bis 2002 von 59,2% auf 69,7% erhöht, während sich in dem selben Zeitraum der Erwerbstätigenanteil im primären und sekundären Sektor kontinuierlich verringert hat. Aber wie sieht es mit der Beschäftigungsentwicklung in den einzelnen Wirtschaftsbereichen aus?

⁸ Produzierendes Gewerbe einschließlich dem Baugewerbe

Tabelle 2: Erwerbstätige mit Arbeitsort in Deutschland nach Wirtschaftsbereichen (Personen in 1000). Die eingeklammerte Zahl gibt die prozentuale Veränderung gegenüber dem Vorjahr an.

Jahr	Erwerbstätige insgesamt	Primärer Sektor	Sekundärer Sektor	Tertiärer Sektor
1997	37208	991	11585	24632 (+1,0)
1998	37616	994	11498	25124 (+2,0)
1999	38077	974	11337	25766 (+2,6)
2000	38752	966	11287	26499 (+2,8)
2001	38917	960	11123	26834 (+1,3)
2002	38671	955	10769	26947 (+0,4)

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003), eigene Berechnung

Während auch hier sich in dem Zeitraum von 1997 bis 2002 die Anzahl der Erwerbstätigen im primären und sekundären Sektor verringert hat, erhöhte sich die Anzahl der Beschäftigten im Dienstleistungssektor von 24,6 Mio. auf fast 27 Mio. Zudem fällt auf, dass die Beschäftigungsgewinne im Dienstleistungssektor im Jahr 2002 deutlich schwächer ausfallen als in den Jahren zuvor. Da gleichzeitig noch ein erheblicher Beschäftigungsrückgang im sekundären Sektor zu verzeichnen ist, kann anhand der Daten festgestellt werden, dass die relativ schwache Beschäftigungsexpansion im tertiären Sektor die Arbeitsplatzverluste in den beiden anderen Sektoren nicht kompensieren kann.

Diese unzureichende Entwicklung von Dienstleistungen kann als eine Hauptursache für das Beschäftigungsproblem der Bundesrepublik angesehen werden (vgl. Heinze/Streeck 2000: 236). Internationale Vergleiche zeigen, dass alle entwickelten Industriegesellschaften Beschäftigungszuwächse fast ausschließlich im Dienstleistungssektor erzielen konnten (vgl. Heinze 2002: 36). Die Beschäftigungsstruktur in der Bundesrepublik ist aber immer noch durch einen relativ hohen Beschäftigungsstand in der Industrie und einen relativ niedrigen Stand im Dienstleistungssektor gekennzeichnet: Nach Angaben aus der Studie „Benchmarking Deutschland:

Arbeitsmarkt und Beschäftigung“⁹ verfügt Deutschland über die höchste Beschäftigungsquote in der Industrie, im Dienstleistungssektor steht Deutschland allerdings an fünftletzter Stelle (vgl. Eichhorst 2002: 24). Dieses Defizit an Beschäftigung im Dienstleistungssektor in Deutschland wird unter dem Schlagwort „Dienstleistungslücke“ diskutiert.

3.1 Dienstleistungslücke Deutschland? – oder: Sprechen die Zahlen doch eine andere Sprache

Die Diskussion um Existenz und Größe der sogenannten Dienstleistungslücke in der Bundesrepublik verläuft äußerst kontrovers. Beziffern einige Autoren das Defizit in Millionenhöhe, wird andererseits die Meinung vertreten, es gäbe keine Dienstleistungslücke, sie sei nur ein statistisches Konstrukt. Hierbei ist aber anzumerken, dass in den verschiedenen Untersuchungen teilweise mit unterschiedlichen Indikatoren gemessen wurde, so dass ein Vergleich der Zahlen unzulänglich wird (vgl. Bosch/Wagner 2000: 82). Durch die Verwendung von unterschiedlichen Statistiken können inhaltlich sehr unterschiedliche Ergebnisse produziert werden. Bei einer sektoralen Betrachtung der Erwerbstätigen ist das Ergebnis relativ eindeutig: Hier schneidet Deutschland mit rund 63% der Beschäftigten im Dienstleistungssektor schlecht ab und liegt mehr als zehn Prozentpunkte hinter Nationen wie den USA oder den Niederlande (vgl. Klös 2001: 341). Die sektorale Abgrenzung gibt aber keine Information über die eigentlich ausgeübte Tätigkeit einer Einzelperson. So weisen Kritiker darauf hin, dass bei einem Vergleich der Beschäftigten auf funktionaler Basis sich ein anderes Bild ergibt: Sowohl in Deutschland als auch in den USA führen rund 75% aller Beschäftigten mittlerweile eine dienstleistende Tätigkeit aus, die Strukturen des Arbeitsmarktes seien also in beiden Ländern etwa gleich und somit sei die These von der Dienstleistungslücke in der Bundesrepublik zu verwerfen. Der Unterschied in der sektoralen Abgrenzung ergebe

⁹ Die Studie diene als gemeinsame Datenbasis und Diskussionsgrundlage für das „Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit“. Das Projekt wurde seit 2001 von der Bertelsmann Stiftung in Eigenverantwortung weitergeführt. Die Zahlen beziehen sich auf teilweise neue Daten, wobei das Grundprinzip des Ländervergleiches beibehalten wurde.

sich durch die unterschiedlichen Unternehmensstrukturen der beiden Länder: In den USA sei die Auslagerung von Dienstleistungen aus der Industrie in eigenständige Betriebe deutlich weiter fortgeschritten (vgl. DW 1996: 3). Klös entgegnet dieser Argumentation:

„Doch auch diese Tätigkeitskonzept (...) hat zwei gravierende Nachteile. Zum einen bezieht es sich nur auf die bereits bestehende Beschäftigung. Doch die These der Dienstleistungslücke zielt gar nicht auf die Beschäftigung, die es bereits gibt, sondern auf die ungenutzten Potentiale, die zur Wiedereingliederung der derzeit 4 Millionen Arbeitslosen in Arbeit fehlen“ (ebd. 2001: 342).

Arbeitslosigkeit sei also vorrangig ein Problem der Wiederbeschäftigung derer, die im Strukturwandel ihren industriellen Arbeitsplatz verloren haben und in der Zukunft eine neue Tätigkeit im Dienstleistungsbereich finden müssten. Einen weiteren Kritikpunkt im Vergleich bestehender Beschäftigung sieht Klös darin, dass ein Verlust an Beschäftigten in der Industrie auch ohne Gewinn an Arbeitsplätze im tertiären Sektor automatisch zu einer prozentualen Erhöhung im Dienstleistungsbereich führt: „Wer auf dieser Grundlage das Verschwinden der deutschen Dienstleistungslücke diagnostiziert, akzeptiert gleichsam die tiefsitzende Arbeitsmarktkrise und sieht auch keinen Handlungsbedarf für die Wirtschafts- und Tarifpolitik“ (ebd. 2001: 342). Entscheidend bei der Diskussion um die Dienstleistungslücke scheint also das bisher unerschlossene Arbeitsplatzpotential, wobei ein Vergleich der jeweiligen Erwerbs-, Beschäftigungs- und Arbeitslosenquoten weiterhelfen kann. An dieser Stelle sei auf den Unterschied zwischen Erwerbs- und Beschäftigtenquote hingewiesen: Die Erwerbsquote, definiert als Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre), kann als Indikator des Arbeitsangebotes aufgefasst werden. Sie drückt die Höhe der Intensität der erwerbsfähigen Bevölkerung aus, nach einer eigenständigen Erwirtschaftung des Lebensunterhaltes zu streben. Erwerbsperson ist, wer Arbeit hat oder sucht. Die Beschäftigungsquote hingegen bildet einen zentralen Indikator zu Erfassung der Arbeitsnachfrage. Sie ist definiert als der Anteil der abhängigen und selbständigen Erwerbstätigen an der erwerbsfähigen Bevölkerung (vgl. Eichhorst et al. 2001: 62).

Tabelle 3: Erwerbs-, Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote im Jahr 2001 im internationalen Vergleich (in Prozent)

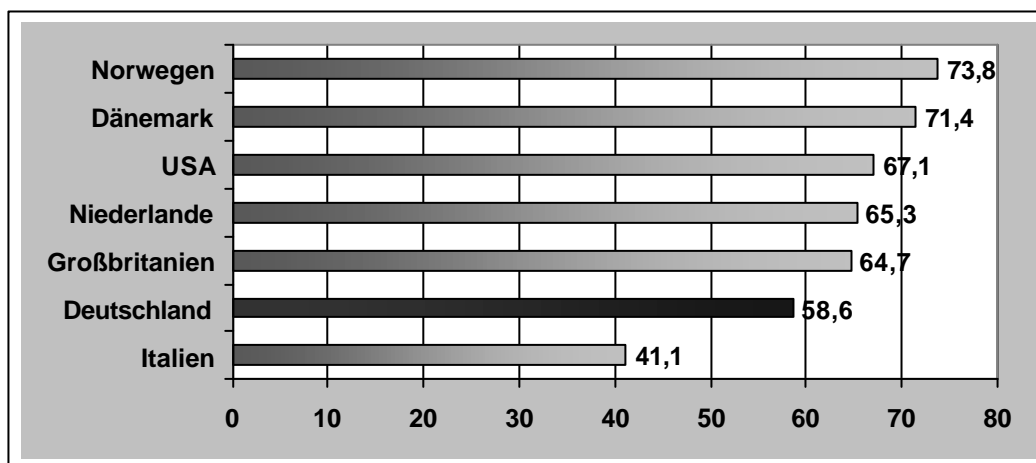
	Erwerbsquote	Arbeitslosenquote	Beschäftigungsquote
Dänemark	79,2	4,2	75,9
Deutschland	71,6	8,0	65,9
Niederlande	75,7	2,1	74,1
USA	76,8	4,8	73,1
OECD ø	69,8	6,4	65,3

Quelle: OECD, 2002

Die Daten zeigen, dass die Bundesrepublik eine deutlich niedrigere Erwerbsquote hat als die Vergleichsländer. Auch die Arbeitslosenquote ist in den drei anderen Ländern niedriger als in Deutschland. Hier liegt Deutschland mit 7,9 % sogar um 1,4 % höher als der OECD-Durchschnitt, wobei anzumerken ist, dass die standardisierte Arbeitslosenquote in Deutschland im Jahr 2002 noch weiter angestiegen ist und mittlerweile bei 8,2 % liegt (vgl. OECD 2003: o.S.).

Eine genauere Analyse der Struktur der Beschäftigung ergibt folgendes Bild: Die Beschäftigung in Deutschland ist ungleich auf unterschiedliche soziale Gruppen verteilt. Besonders bei der Beschäftigungsquote der Frauen und der Beschäftigungsquote der Geringqualifizierten schneidet die Bundesrepublik im internationalen Vergleich relativ schlecht ab.

Abbildung 2: Beschäftigungsquote der Frauen, 2001 (in Prozent)

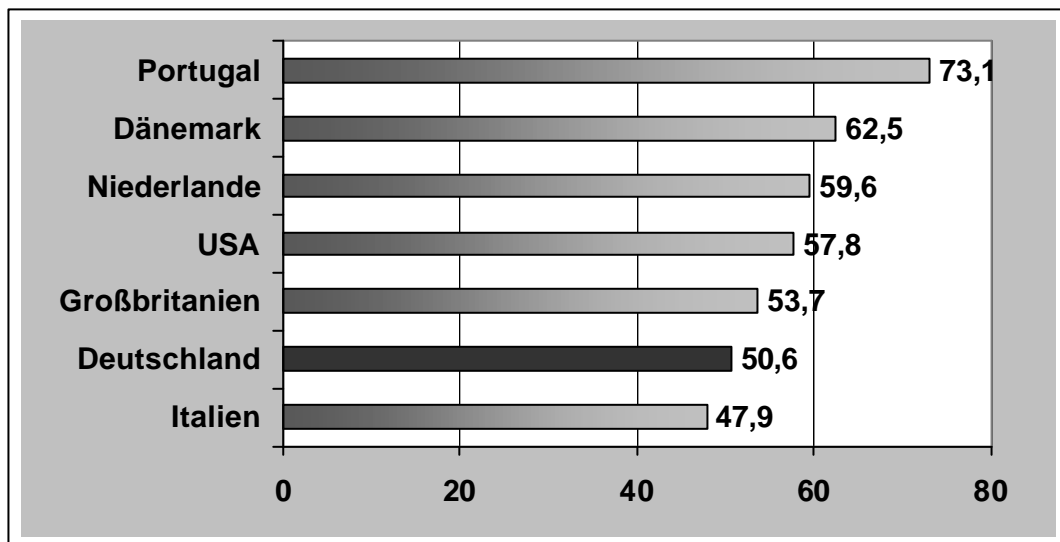


Quelle: OECD Employment Outlook 2002, eigene Darstellung

Die Beschäftigungsquote der Frauen liegt in der Bundesrepublik bei 58,6%. Gegenüber den skandinavischen Ländern Norwegen und Dänemark oder den USA ergibt sich ein signifikanter Unterschied. In Norwegen und Dänemark liegt die Beschäftigungsquote der Frauen jeweils über 70%, in den USA bei 67,1%. Ursachen hierfür liegen einerseits in dem in der Bundesrepublik immer noch vorherrschenden Familientypus, in dem eine klare Rollentrennung zwischen Mann und Frau vorgegeben ist. In diesem traditionellen Haushaltsmodell gilt der Mann als Haupternährer der Familie (vgl. Hartmann 2002: 24), zudem bleiben Barrieren bestehen, die die Erwerbstätigkeit von Frauen nicht fördern: In der Kleinkinderbetreuung stehen nur eine begrenzte Anzahl an Versorgungsplätzen zur Verfügung, das Ehegattensplitting begünstigt Haushalte, in denen nur eine Person berufstätig ist und eine Familienversicherung in der Krankenkasse ist nur möglich, wenn ein Ehepartner entweder keiner oder nur einer geringfügigen Beschäftigung nachgeht (vgl. Bosch 2002: 25).

Auch bei der Beschäftigungsquote der Geringqualifizierten ergeben sich im internationalen Vergleich signifikante Unterschiede:

Abbildung 3: Beschäftigungsquote der Geringqualifizierten, 2000 (in Prozent)



Quelle: OECD Employment Outlook 2002, eigene Darstellung

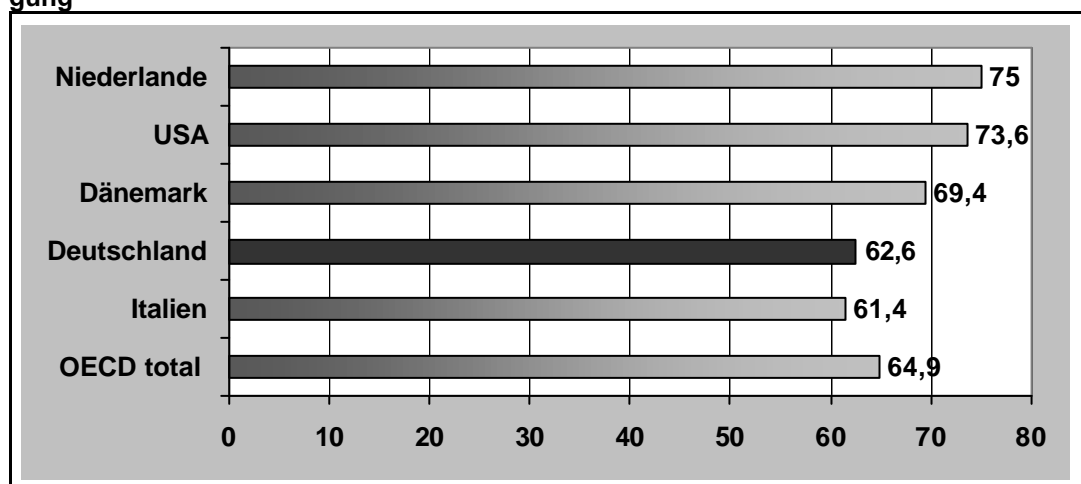
Die Beschäftigungsquote der Geringqualifizierten ist in der Bundesrepublik mit einem Wert von 50,6% gegenüber Ländern wie den Niederlande (59,6%) oder Dänemark (62,5%) relativ niedrig. Auch hier sind die Ursachen institutioneller Natur: Anreizstörungen zur Aufnahme eines Beschäf-

tigungsverhältnisses im Niedriglohnssektor sind meist im Sozial- und Steuerrecht verwurzelt. Sozialhilfefälle und Arbeitslosenhilfefälle seien an dieser Stelle als Stichworte genannt (vgl. Klös 2001: 350f), aber auch die Entwicklung der Lohnnebenkosten stellt ein Hemmnis auf dem Weg zu mehr Beschäftigung im Dienstleistungssektor dar: „Im gering entlohnten Segment ist dies deshalb besonders schädlich, weil das Angebot von Arbeitsplätzen hier sehr kostensensibel reagiert und die Anreize zur Aufnahme einer solchen Tätigkeit im Wesentlichen von der Höhe des erzielbaren Nettoentgelts abhängen“ (Eichhorst 2002: 27).

Generell lässt sich also feststellen, dass die Entwicklung des deutschen Arbeitsmarktes im internationalen Vergleich unbefriedigend verläuft. Bezüglich der Struktur des Arbeitsmarktes und der Erwerbs- und Beschäftigungsquote ergeben sich signifikante Unterschiede zu vergleichbaren Industrienationen. Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun daraus bei der Betrachtung des Dienstleistungssektors erzielen?

Hat ein Land bei höherer Erwerbsquote eine niedrigere Arbeitslosenquote als die Bundesrepublik, ist dies ein Hinweis darauf, dass in diesem Land ein höheres Beschäftigungspotential realisiert wird, und genau dieses Potential liegt im Dienstleistungssektor (vgl. Baethge 2001b: 26). Ein internationaler Vergleich der Beschäftigungsentwicklung im Dienstleistungssektor ergibt folgendes Bild:

Abbildung 4: Anteil des Dienstleistungssektors an der Gesamtbeschäftigung



Quelle: Hartmann (2002: 23), nach OECD Statistics on Value Added and Employment, eigene Darstellung

Auch hier lassen sich signifikante Unterschiede im internationalen Vergleich beobachten. Zwar arbeiten in der Bundesrepublik bereits über 60% der Beschäftigten im Dienstleistungssektor, andere vergleichbare Länder können aber eine weitaus höhere Beschäftigungsbilanz im tertiären Sektor realisieren. In den Niederlanden und in den USA sind sogar über 70% der Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor beschäftigt, wobei die Bundesrepublik mit 62,6% noch unter dem OECD-Durchschnitt liegt.

Wie in Kapitel 2.2 bereits beschrieben, ist der Dienstleistungssektor aber durch ein heterogenes Spektrum an Kategorien gekennzeichnet. Im Folgenden soll nun die unterschiedliche Beschäftigungsentwicklung einzelner Dienstleistungsbereiche in der Bundesrepublik beschrieben werden.

3.2 Die unterschiedliche Entwicklung einzelner Dienstleistungsbereiche in der Bundesrepublik

Auch im Hinblick auf die Beschäftigungsentwicklung kann nicht von einem einheitlichen Bild gesprochen werden, vielmehr entwickeln sich die einzelnen Dienstleistungsbereiche höchst unterschiedlich:

Tabelle 4: Beschäftigungsentwicklung in einzelnen Dienstleistungsbereichen

	Beschäftigungsanzahl	Wachstum seit 1980
Produktionsnahe DLS	3.350.907	95,2%
Distributive DLS	4.357.871	11,5%
Konsumbezogene DLS	1.107.011	30,8%
Soziale DLS	3.660.417	74,7%
Staatliche DLS	1.353.396	0,7%

Quelle: Hartmann (2002: 22) nach Regionaldatenbank des WZB

Besonders distributive und staatliche Dienste können nicht als Wachstumsmotoren des Sektors bezeichnet werden, bei ihnen verläuft die Beschäftigungsentwicklung eher bescheiden. Galten in den sechziger Jahren gerade die öffentlichen Dienste als Wachstumsmotor, weil der Staat besonders in den Bereichen Bildungswesen und soziale Dienste Beschäftigung aufbaute, haben die staatlichen Dienste in der Folgezeit ihre führen-

de Rolle bei der Expansion von Dienstleistungen verloren. Begründet sich diese eher bescheidene Entwicklung bei den staatlichen Diensten durch die in den letzten Jahren gesunkenen öffentlichen Mittel, kann als Grund bei den distributiven Diensten die zunehmende Technisierung von Handel und Transport genannt werden (vgl. Hartmann 2002: 22).

Freundlicher hingegen sieht es bei den personen- und unternehmensbezogenen Dienstleistungen aus. Das Beschäftigungswachstum bei den unternehmensbezogenen Diensten ist eng mit dem wirtschaftlichen Strukturwandel verknüpft: „Unternehmensbezogene Dienste spielen eine Schlüsselrolle für wirtschaftliche Dynamik und internationale Wettbewerbsfähigkeit, wobei im industrieintensiven Wirtschaftssektor der Bundesrepublik vor allem die gelungene Verknüpfung von Produkten und Dienstleistungen als entscheidender Beitrag zur Wiedererlangung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit gilt“ (Heinze 2002: 37).

Bei den personenbezogenen Diensten konnten vor allem die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen enorme Beschäftigungszuwächse verzeichnen: Die demographische Entwicklung der Gesellschaft, die Auslagerung von Diensten aus dem familiären Bereich und die Verschiebung von materiellen zu immateriellen Bedürfnissen seien hier als Stichworte genannt (vgl. Hartmann 2002: 22). Auch die Zukunftsperspektiven der personenbezogenen Dienste im Hinblick auf die Beschäftigungsentwicklung werden in wissenschaftlichen Prognosen weiterhin als durchaus positiv bewertet. Schon Fourastié beschrieb den „Hunger nach Tertiärem“, der vor allem durch das Streben der Menschen nach einer Steigerung ihres individuellen Lebensstandards begründet ist. Heute können diese Dienste unter dem Begriff „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität“ zusammengefasst werden (vgl. Beyer et al. 2000: 28). Als Wachstumsfaktoren für die sozialen Dienste lassen sich die Alterung der Gesellschaft, der medizinisch-technische Fortschritt und die steigende weibliche Erwerbsquote ausmachen. Bei den konsum- und freizeitbezogenen Diensten begünstigt vor allem die Ausweitung der Freizeit und die positive Wohlstandsentwicklung die Nachfrage (vgl. Heinze 2002: 37).

So beeindruckend die Zahlen der Expansionen auch klingen, im internationalen Vergleich wird deutlich, dass die Bundesrepublik in allen Bereichen nicht die Potentiale realisiert, wie andere vergleichbare Länder es vormachen. Lediglich bei den sozialen Diensten kann die Bundesrepublik einen über dem OECD-Durchschnitt liegenden Wert vorweisen, in allen anderen Teilbereichen findet sich die Bundesrepublik im unteren Drittel wieder. Heinze und Streeck beziffern das bestehende Defizit im Vergleich zu den USA folgendermaßen: „Vergleicht man die Zahl der Beschäftigten pro 1000 Einwohner, so ergibt sich für Deutschland ... ein Beschäftigungsdefizit von 2,0 Millionen Arbeitsplätzen bei den distributiven Diensten, 2,1 Millionen bei den vorwiegend wirtschaftsbezogenen Diensten, 1,9 Millionen bei den freizeitbezogenen Dienstleistungen, 1,3 Millionen im Bildungs- und Ausbildungswesen und 1,2 Millionen im Gesundheitswesen“ (Heinze/Streeck 2000: 254).

3.3 Ursachen für die Dienstleistungslücke

Die Umsetzung bestehender Beschäftigungspotentiale kann nicht als eine Art Selbstläufer betrachtet werden, der vorrangig durch gesellschaftliche Bedarfslagen, oder auch den „Hunger nach Tertiärem“, voran getrieben wird. In erster Linie sind die Gründe für eine defizitäre Entwicklung politisch-institutioneller Natur und somit grundsätzlich beeinfluss- bzw. änderbar (vgl. Heinze 2002: 38). Das institutionelle Ordnungsgefüge der Bundesrepublik ist immer noch sehr stark am Industrialismus orientiert: Durch Flächentarifverträge werden Löhne weitgehend dem Wettbewerb entzogen, und Unternehmen sind gezwungen, durch Innovationen einen Wettbewerbsvorteil zu erlangen. Kündigungsschutz und weitreichende Qualifizierungsmaßnahmen zielen in die gleiche Richtung (vgl. Bosch 2002: 11). Weitere Merkmale sind eine vom vertikal integrierten und hierarchisch organisierten Groß- oder Mittelunternehmen geprägte Betriebs- und Arbeitsorganisation, ein stark produktionsorientiertes Arbeitsverständnis, ein bestimmtes Arbeitszeit-Regime, ein schwacher Niedriglohnsektor und eine niedrige Frauenerwerbsquote, bedingt durch einen Familientypus, in dem vorrangig der Mann als Haupternährer definiert ist (vgl. Baethge 2001: 30f).

Ein solches Modell ist aber in einer Dienstleistungsgesellschaft nicht weiter tragbar und hat sich eher als Wachstumsbremse für den Ausbau weiterer Beschäftigungsmöglichkeiten im Dienstleistungssektor erwiesen. Demnach ist eine Neuorganisation der Arbeit erforderlich: Das tayloristische Organisationsmodell erscheint in vielen Unternehmen als veraltet, an Stelle von hierarchischen Organisationsstrukturen treten eher flache Hierarchien, welche die Eigeninitiative und –verantwortung der Beschäftigten fordern, und das Konzept vom lebenslangen Lernen tritt zunehmend in den Mittelpunkt. Gerade in dieser Hinsicht erweist sich das duale System der deutschen Berufsausbildung als hinderlich: „Die relativ gute Berufsausbildung in Deutschland schafft zwar ein solides Fundament, kann aber zu einer Festlegung führen, die in einem zeitbeschleunigten ökonomischen Wandel problematisch ist und auch die längerfristige Beschäftigungsfähigkeit beeinträchtigen kann“ (Heinze 2002: 30). Somit müssen neue Rahmenbedingungen gesetzt werden, die eine eigene Dienstleistungspolitik kennzeichnen und nicht als Konturen einer Industriepolitik für den Dienstleistungssektor verstanden werden dürfen. Unter der Zielsetzung, strukturelle Hemmnisse zu beseitigen, bedarf es tiefgreifender Reformen, die u.a. Bereiche der Wirtschaft-, Sozial- und Bildungspolitik betreffen (vgl. Hartmann/Mathieu 2002: 107ff).

Auch hier wird ein breites Spektrum an Reformansätzen diskutiert. Im folgenden Teil soll ein Überblick über die aktuellen Diskussionen gegeben werden.

3.4 Arbeitsmarktpolitik in der Dienstleistungsgesellschaft

Obwohl sich die verschiedenen Reformansätze voneinander teilweise erheblich unterscheiden, kann Bosch (2002) drei unterschiedliche Grundannahmen heraus differenzieren:

1. Die Preise für personenbezogenen Dienste sind zu hoch und müssen gesenkt werden, um eine Expansion zu ermöglichen.
2. Die Qualität der Dienstleistungen muss durch Innovationen und Professionalisierung verbessert werden.

3. Der sekundäre Sektor muss stärker mit dem tertiären Sektor kooperieren, in dem ein Produkt zusammen mit verschiedenen Service-Angeboten vertrieben wird. Nur durch den Verbund verschiedener Leistungen kann eine internationale Wettbewerbsfähigkeit erhalten werden.

Im Mittelpunkt der Betrachtung sollen im Folgenden die ersten beiden Thesen stehen. Beide Thesen sind hierbei nicht als zwei miteinander konkurrierende Ansätze zu verstehen, vielmehr sind in einem so heterogenen Feld wie dem Dienstleistungssektor eher dezentrale Strategien zur Verbesserung der Arbeitsmarktsituation von Vorteil, die den spezifischen regionalen Strukturen Rechnung tragen (vgl. Fretschner 2002: 148). Es folgt eine Konzentration auf die personenbezogenen Dienstleistungen, nicht nur, weil sie im thematischen Fokus dieser Arbeit stehen, vielmehr weil sie zu den beschäftigungsintensiven Diensten zählen.

3.4.1 Wie können die Preise für personenbezogene Dienste gesenkt werden?

Entscheidende Barriere für eine Ausweitung der personenbezogenen Dienste ist die in Kapitel 2.3 beschriebene „Kostenkrankheit“ und die preiselastische Nachfrage dieser Dienstleistungen. Zu hohe Preise haben zur Folge, dass die Dienste entweder in Eigenarbeit oder durch Schwarzarbeit hergestellt werden. Private Haushaltshilfen dienen hier als Paradebeispiel. Von dieser Problematik sind weniger die hochqualifizierten Dienstleistungen betroffen, vielmehr trifft es die gering qualifizierten Arbeitnehmer, deren Beschäftigungsquote, wie in Kapitel 3.2 gezeigt, im internationalen Vergleich in der Bundesrepublik relativ niedrig ist (vgl. Heinze/Streeck 2003: 28).

Eine Einführung eines sogenannten Niedriglohnsektors wird kontrovers diskutiert. Eine damit verbundene Senkung der Arbeitskosten ist mit zwei unterschiedlichen Möglichkeiten zu erreichen:

- Durch eine Senkung der Bruttolöhne im Dienstleistungssektor, also mit einer gesamtwirtschaftlichen Lohnspreizung, oder

- durch eine Senkung der Lohnnebenkosten, besonders in beschäftigungsintensiven Bereichen des Dienstleistungssektors.

So spricht sich Klös etwa für einen Kurswechsel in der Lohnpolitik im tertiären Sektor aus. In einer überforderten Lohnpolitik sieht er die Hauptursache für eine weitere Verfestigung der Arbeitslosigkeit geringqualifizierter Arbeitnehmer:

„Der Grundsatz, dass ein Arbeitseinkommen eine Familie zu ernähren habe, ist auch mit Blick auf die Abkehr vom sogenannten „male breadwinner“-Modell des männlichen Familienernährers nicht aufrecht zu erhalten. Die Zunahme der weiblichen Erwerbsbeteiligung sowie die veränderten Arbeitszeitmuster erfordern eine größere Lohnspreizung am Arbeitsmarkt“ (Klös 2001: 347).

Um einen entsprechenden Arbeitsanreiz zu bieten, geht die Senkung der Brutto-Löhne mit einer Senkung der Sozialhilfe einher. Durch die Einführung von Programmen, die sich am amerikanischen „Earned Income Tax Credit“ orientieren, also einer staatlichen Hinaufsubventionierung von Einkommen, die unterhalb eines bestimmten Existenzminimums liegen, könnte die sogenannte „Armut durch Arbeit“ verhindert werden (vgl. Fels et al. 1999: 14). Weiter kann Klös einen positiven Zusammenhang zwischen Lohnspreizung und Beschäftigung im internationalen Querschnitt nachweisen (vgl. Klös 2001: 347f).

Bosch und Wagner (2003) kommen in ihrer Untersuchung zu einem gegenteiligen Ergebnis: Sie weisen nach, dass eine auf höhere Lohnspreizung ausgelegte politische Strategie nur kleine Teilbereiche des Dienstleistungssektors positiv hinsichtlich der Beschäftigungsdynamik beeinflusst. Weiter zeigen die Autoren auf, dass sich bei geringerer Lohnspreizung die Nachfrage nach den beschäftigungsintensiven personenbezogenen Diensten erhöht (vgl. Bosch/Wagner 2003: 2f).

Bei weiten Teilen der Gewerkschaften stößt das Konzept der erhöhten Lohnspreizung auf massiven Widerstand und wird als arbeitsrechtlicher Rückschritt benannt:

„Wenn ein dauerhafter Niedriglohnsektor geschaffen werden soll, der für Erwerbssuchende mehr als eine Zwischenlösung oder ein Zusatzjob ist, dann muss man kon-

sequenterweise auch eine dauerhafte Segmentierung der Arbeitsmärkte und der Gesellschaft in Kauf nehmen. (...) In den 50er Jahren wurden z. B. die niedrigen Entgelte für pflegende, bedienende, soziale, erziehende Tätigkeiten (...) akzeptiert, weil es Frauentätigkeiten waren. In den USA übernimmt diese Funktion zusätzlich die große Gruppe der Immigranten und Farbigen. Alle, die diese Spaltung nicht (wieder) wollen, sollten belegen, wie sie zu verhindern ist“ (Wiethold 2001: 384).

Hierauf gibt der Bericht der Arbeitsgruppe Benchmarking eine Antwort: In allen angedachten Konzepten, auch bei dem Lohnspreizungsmodell, werden zusätzlich arbeitsbezogene Qualifizierungsmaßnahmen angeboten, die die Beschäftigung im Niedriglohnsektor nicht zum Dauerzustand werden lassen sollen (vgl. Fels et al. 1999: 5).

Alternativ zur Senkung der Bruttolöhne wird ein Konzept diskutiert, bei dem die Sozialversicherungsbeiträge von Arbeitnehmern mit niedriger Produktivität gesenkt werden sollen. In einer definierten Einkommenszone werden am unteren Ende dem Arbeitnehmer sämtliche Beiträge erlassen, am oberen Ende beginnt der Bereich, wo der Arbeitnehmer den vollen Beitragssatz entrichten muss. Innerhalb der Einkommenszone steigt der zu entrichtende Beitragssatz progressiv an, während der vom Staat geleistete Zuschuss dem entsprechend abnimmt (vgl. Fels et al. 1999: 25).

Die Wirkungsweise dieses Prinzips erklären Heinze und Streeck wie folgt:

„Die dadurch zu erreichende selektive Senkung der Lohnnebenkosten kann die Kosten einfacher Arbeit stark genug vermindern, um die Kosten der Produktion von Dienstleistungen und damit, bei Wettbewerb, die relativen Preise derselben beschäftigungsfördernd zu senken, ohne dass zugleich eine Senkung der Bruttolöhne erforderlich wäre“ (ebd. 2003: 30).

Die auch hier ablehnende Haltung der Gewerkschaften ist für die Autoren unverständlich:

„Die Gründe hierfür sind nicht ganz klar. Ideologische Abwehrreflexe und manchmal offensichtlich gewollte Missverständnisse kommen zusammen mit einer bemerkenswerten Abwesenheit unabhängigen ökonomischen Sachverständs“ (ebd. 2003: 34).

Das ein solches Konzept in vielen Ländern praktiziert wird, zeigen die Autoren in einem internationalen Vergleich auf: Gerade in Ländern, in denen

hohe Arbeitslosigkeit und hohe Lohnnebenkosten zusammenfallen, hat bereits eine Umgestaltung des Sozialstaates in diese Richtung stattgefunden.

An dem seit März 2001 bundesweit angewandten „Mainzer Modell“ und der durch die Hartz – Kommission durchgesetzten Neuregelung der „Minijobs“, die beide als ein Schritt in die oben beschriebene Richtung zu sehen sind, sieht Eichhorst noch starken Reformbedarf:

„Beide nähern sich den Problemen nur partiell. Jenseits der Verbesserungen in den einzelnen Systemen muss es Ziel sein, vom Niveau der Mindestsicherung ausgehend bei Aufnahme einer Erwerbsarbeit und steigendem Bruttoarbeitsentgelt ohne Schwellen und Sprünge auch mehr Nettoeinkommen zu erhalten“ (Eichhorst 2002: 29).

Auch andere Autoren sehen in der Neuregelung von Minijobs und Gleitzone zum 1. April 2003 keinen substanziellen Beitrag zur Bekämpfung von Arbeitslosigkeit. So merkt Weinkopf an, dass ein Mini- oder Midijob nur für bereits finanziell abgesicherte Personen attraktiv sei, da ein solcher Verdienst zwar eine gute Möglichkeit zum Hinzuverdienst sei, er aber nicht allein ausreiche, um eine Existenz zu sichern (vgl. Weinkopf 2003: 7ff). Zumal beschränkt sich der Reformbedarf nicht nur auf den Bereich der niedrigqualifizierten Beschäftigten. Gleichzeitig sollte eine Strategie verfolgt werden, die die Qualitätssteigerung und die Innovationsfähigkeit von Dienstleistungen steigert.

3.4.2 Wie kann die Qualität von Dienstleistungen gesteigert werden?

Wie schon im Kapitel 2.4 beschrieben wurde wird dem Wissen in der Dienstleistungsgesellschaft eine zentrale Rolle zugeordnet. Demzufolge ist ein hohes Qualifikationsniveau als Grundvoraussetzung zum Eintritt in den Arbeitsmarkt der Hochqualifizierten zu sehen, spielen doch Wissen und Humankapital eine entscheidende Rolle für die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens bzw. einer ganzen Volkswirtschaft (vgl. Fretschner/Hilbert 2002: 72).

Mit dem Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft ändern sich aber auch die Qualifikationsprofile der Beschäftigten: Typische Berufsprofile und Karrieren wie in der Industriegesellschaft lösen sich immer mehr auf, de Be-

schäftigten sehen sich mit stetigen Wandlungsprozessen konfrontiert, auf die sie mit kontinuierlicher Weiterbildung und –qualifizierung reagieren müssen. Zudem treten extrafunktionale Qualifikationen zunehmend in den Vordergrund: Kommunikations- und Kooperationskompetenzen, Fähigkeit zur Selbstorganisation und Flexibilität seien an dieser Stelle als Schlagwörter genannt (Fretschner 2002: 144f). Ein solcher Wandel der Qualifikationsstruktur stellt neue Herausforderungen an das Bildungswesen, denn bereits „in den sechziger Jahren haben sich unzureichende Bildungssysteme als entwicklungshemmend erwiesen, und dies verschärft sich derzeit wieder bei der Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft“ (Fretschner/Hilbert 2002: 73). Dass die Erhöhung des Bildungsniveaus nicht mit einer Erhöhung der Bildungsausgaben durch den Staat zu bewältigen ist, können Eichhorst et al. (2001) im Ländervergleich nachweisen: Die Bundesrepublik kann mit einem mittleren Ressourceneinsatz ein mittleres Bildungsniveau erreichen, allerdings schneiden auch Staaten mit besonders hohen Ressourcen beim erreichten Bildungsniveau relativ gut ab (Schweden), andere Staaten aber besonders schlecht (USA). Gleichzeitig kann auch kein linearer Zusammenhang zwischen Bildungsausgaben und Wirtschaftswachstum festgestellt werden. Sehr wohl zeigt der Ländervergleich aber einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsabschluss und den zukünftigen Beschäftigungschancen. In allen Ländern kann festgestellt werden, dass Personen mit Hochschulabschluss aktiver auf dem Arbeitsmarkt tätig sind, als Absolventen einer weiterführenden Schule bzw. einer Berufsausbildung, wobei diese eine höhere Erwerbsquote aufweisen, als Personen ohne Schul- oder Berufsabschluss (vgl. Eichhorst et al. 2001: 428f).

Mit der Steigerung und der Ausweitung der Qualifikationsanforderungen geht auch eine erhöhte Nachfrage nach Hochschulabsolventen einher. Schon heute zählt der Dienstleistungssektor als der Hauptnachfrager nach Hochschulabsolventen (vgl. Fretschner/Hilbert 2001: 75). Erweiterte Dienstleistungsorientierung und Verkürzung der Studiendauer zählen zu den Herausforderungen, denen sich eine Modernisierung im Hochschulbereich stellen muss. Hierzu merken Heinze und Streeck an:

„Das gegenwärtige Alter beim Abschluß des Studiums kann nicht nur nicht weiter erhöht, sondern muß aus zahlreichen Gründen wieder gesenkt werden. Universitäten, die zum Parken von unerwünschtem Arbeitsangebot zweckentfremdet werden, erfüllen ihre eigentlichen Aufgaben weniger gut, als sie es im Interesse gerade auch der Beschäftigungsfähigkeit der Wirtschaft müssten. Eine Gesellschaft, die ihre begabtesten jungen Mitglieder während ihres gesamten dritten Lebensjahrzehnts von Erwerbsarbeit ausschließt, behindert den Transfer neuen Wissens aus Lehre und Forschung in die Arbeitswelt und beeinträchtigt dadurch die Innovationsfähigkeit ihrer Wirtschaft“ (Heinze/Streeck 2000: 248).

Mit der Neufassung des Hochschulrahmengesetzes wurden 1998 erste Schritte zur Modernisierung eingeleitet: Gestufte Studiengänge und Internationalisierung der Studienangebote sollen dazu führen, dass das Studium praxisnaher, kürzer und weltweit akzeptierter wird.

Als eine Schnittstelle zwischen Studium und Weiterbildung wird das Konzept der Corporate University in der Praxis erprobt. In diesen unternehmenseigenen Weiterbildungseinrichtungen soll zum einen der Transfer von Wissenschaft und Wirtschaft erhöht werden, zum anderen soll das Konzept des Wissensmanagements etabliert werden. Durch den Einsatz von neuen Medien und des Internets entstehen weltweite Netzwerke, die eine Unabhängigkeit von Zeit und Ort beim Lernprozess erreichen (vgl. Fretschner/Hilbert 2002: 81ff).

Ein weiteres Segment im Bildungswesen bildet der Bereich der Weiterbildung. Im internationalen Vergleich ergibt sich, dass in der Bundesrepublik relativ wenig Arbeitnehmer an Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen. Vor allem bei der Weiterqualifizierung von älteren Arbeitnehmern weist Deutschland hohe Defizite auf (vgl. Eichhorst et al. 2001: 409ff). Um das Prinzip des lebenslangen Lernens stärker in die Tat zu setzen, sieht Eichhorst eine systematische Stärkung der beruflichen Weiterbildung als notwendig:

„Dies kann über eine „investive Arbeitszeitpolitik“ gelingen, bei der über langfristige Arbeitszeitkonten ein Guthaben an Mehrarbeit für die Weiterbildung angespart werden kann, das in Kombination mit Leistungen der Arbeitgeber und Unterstützung durch die Arbeitsämter, für

die Erhaltung und Entwicklung beruflicher Kenntnisse verwendet werden sollte“ (Eichhorst 2002: 31).

Eine Weiterbildung, die dem Arbeitnehmer gezieltes Wissen vermitteln und ihn dadurch die Wettbewerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt ermöglichen soll, erfordert die Kooperation von Arbeitgeber und Arbeitnehmer: Die Arbeitnehmer müssen bereit sein, sich kontinuierlich weiter zu bilden, während die Arbeitgeber erkennen müssen, dass sie mit den Kosten der Weiterbildung für ihr Personal in die Zukunft und die Wettbewerbsfähigkeit ihres Unternehmens investieren (vgl. Heinze 2002: 31f).

Aber nicht nur Senkung der Kosten und Erhöhung der Qualität von Dienstleistungen müssen Ziele einer Arbeitsmarktpolitik in der Dienstleistungsgesellschaft sein. Wie in Kapitel 3.1 gezeigt wurde, ist die Bundesrepublik durch eine relativ niedrige Frauenerwerbsquote gekennzeichnet. Weist Deutschland zwar in den letzten Jahren eine hohe Steigerungsrate auf, muss der Anteil der erwerbstätigen Frauen weiter erhöht werden.

3.4.3 Wie kann die Frauenerwerbstätigkeit gefördert werden?

Den Zusammenhang von Steigerung der Qualifikationen, Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit und wachsender Nachfrage nach personenbezogenen Diensten machen Bosch und Wagner (2003) wie folgt deutlich:

„Das Wachstum bezahlter Dienstleistungen hat auch mit der Auslagerung ökonomischer Tätigkeiten aus dem Haushalt zu tun. (...) Wenn Frauen aufgrund besserer Qualifikationen und veränderter Lebensentwürfe zunehmend erwerbstätig werden und die Männer nicht in gleichem Maße ihre Erwerbsarbeit reduzieren, dann sinken die zeitlichen Ressourcen der Haushalte für Eigenarbeit. Die Haushalte sind dann gezwungen, diese Dienstleistungen vom Markt zu beziehen oder auf sie zu verzichten“ (ebd. 2003: 3f).

Diese Nachfrage kann ein breites Spektrum verschiedener Dienstleistungen umfassen: Erziehung, Pflege von Angehörigen, Putzen oder Kochen. Um nun die Erwerbstätigkeit von Frauen zu erhöhen, müssen Anreize geschaffen werden, die die Aufnahme einer Arbeit für Frauen lohnenswert machen. So müssten etwa die Kinderbetreuungseinrichtungen weiter ausgebaut werden, in den Kinder jeden Alter möglicherweise auch ganztags betreut werden können. Weiter müssten diese Einrichtungen auch für ein-

kommensschwächerer Personen finanzierbar sein. Außerdem müsste die geschlechtsspezifische Segmentierung des Arbeitsmarktes, einhergehend mit geringeren Einkommen- und Karrierechancen für Frauen abgebaut werden. Zudem müsste das Steuersystem insoweit geändert werden, dass eine Erwerbsbeteiligung einer zweiten Person keine steuerlichen Nachteile mit sich bringt. Mit dem gegenwärtigen System des Ehegattensplittings werden in dieser Richtung keine positiven Anreize zur Aufnahme einer Arbeit des Ehepartners gesetzt (vgl. Pfarr/Vogelheim 2002: 61ff).

3.5 Sonderrolle Ruhrgebiet

Der Jahreswirtschaftsbericht 2003 vom Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen beschreibt den Fortschritt des Strukturwandels wie folgt: „Nordrhein-Westfalen hat im Laufe von nur einer Generation den Wandel von einer Kohle und Stahl dominierten, klassischen Industrieregion zu einer hoch entwickelten industriellen Dienstleistungsgesellschaft bewältigt“ (Ministerium für Wirtschaft und Arbeit NRW 2003: 15). Betrachtet man die Zahlen, geben diese der obigen Aussage zunächst Recht: In Nordrhein-Westfalen trägt der Dienstleistungssektor mittlerweile 72% zur gesamten Wertschöpfung des Landes bei, in der altindustriellen Region des Ruhrgebietes gehen mittlerweile (2001) fast 67 % der Beschäftigten einer dienstleistenden Tätigkeit nach (vgl. Beyer/Fretschner/Micheel 2003: 2). Auf den ersten Blick scheint also auch im Ruhrgebiet der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft gelungen zu sein. So beeindruckend die Zahlen auch klingen mögen, können sie nicht über die eigentliche Realität hinwegtäuschen: Mit einer Arbeitslosenquote von über 11% (2001) (einige Städte erreichen sogar Werte von über 15%) liegt das Ruhrgebiet deutlich über dem Landesdurchschnitt, neu geschaffenen Dienstleistungsarbeitsplätzen steht ein starker Beschäftigungsverlust von Arbeitsplätzen im verarbeitenden Gewerbe gegenüber, so dass die Arbeitsplatzverluste im sekundären Sektor aus der Vergangenheit und der Zukunft nicht durch die Expansion des Dienstleistungssektors kompensiert werden können (vgl. Heinze/Neitzel/Brandt 2002: 19ff). Auch die aktuellen Zahlen der Arbeitsmarktsituation in Nordrhein-Westfalen trüben die positive Sicht der Dinge: Im März 2003 verzeichnete der Dienstleistungssektor

mit 15,8% den höchsten Zuwachs an Arbeitslosenmeldungen im Vorjahresvergleich (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2003: II).

Im Folgenden soll zunächst ein Überblick über die Struktur des Ruhrgebietes bezüglich der Bevölkerung und des Arbeitsmarktes gegeben werden, bevor im Anschluss die Entwicklung des Dienstleistungssektors und die damit verbundenen Herausforderungen an die Arbeitsmarktpolitik diskutiert werden.

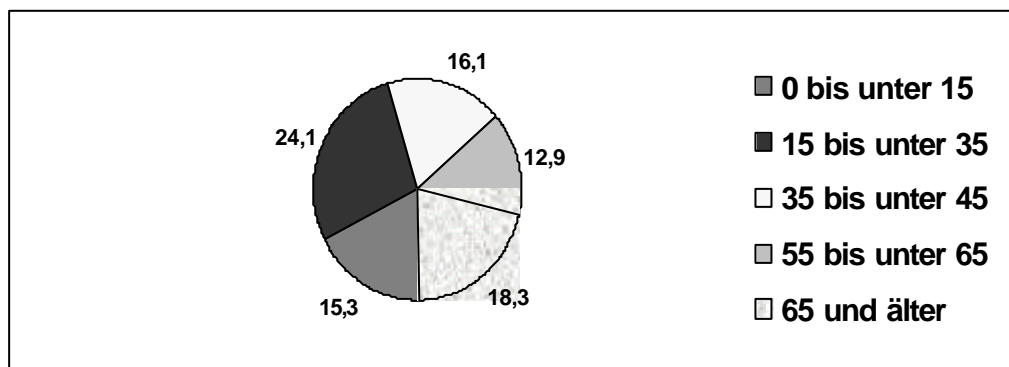
3.5.1 Bevölkerungsentwicklung im Ruhrgebiet

Im Ruhrgebiet lebten zur Jahreswende 2000/2001 insgesamt 5.359.228 Menschen, das entspricht etwa 30 % der Gesamtbevölkerung von Nordrhein-Westfalen (vgl. KVR 2002: 9). Verglichen mit dem Jahr 1990 hat sich die Bevölkerungsanzahl im Ruhrgebiet leicht verringert (ca. 0,7 %), während die Anzahl der Einwohner in Nordrhein-Westfalen hingegen um 3,8% gewachsen ist (vgl. Heinze/Neitzel/Brandt 2002: 4).

Hierbei ist die Dynamik der Entwicklung nicht in allen Teilen des Ruhrgebiets gleich, es fallen lokale Unterschiede auf: Die Bevölkerungsentwicklung in den Großstädten des Ruhrgebiets ist vergleichbar mit der Entwicklung der Bevölkerung in allen Großstädten der westlichen Welt: Die Bevölkerung nimmt ab, während die Bevölkerung im Umland der Großstädte zunimmt (vgl. Stohmeier 2002: 4).

Betrachtet man die Alterstruktur der Bevölkerung im Ruhrgebiet ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 5: Alterstruktur der Bevölkerung im Ruhrgebiet (2000) in Prozent



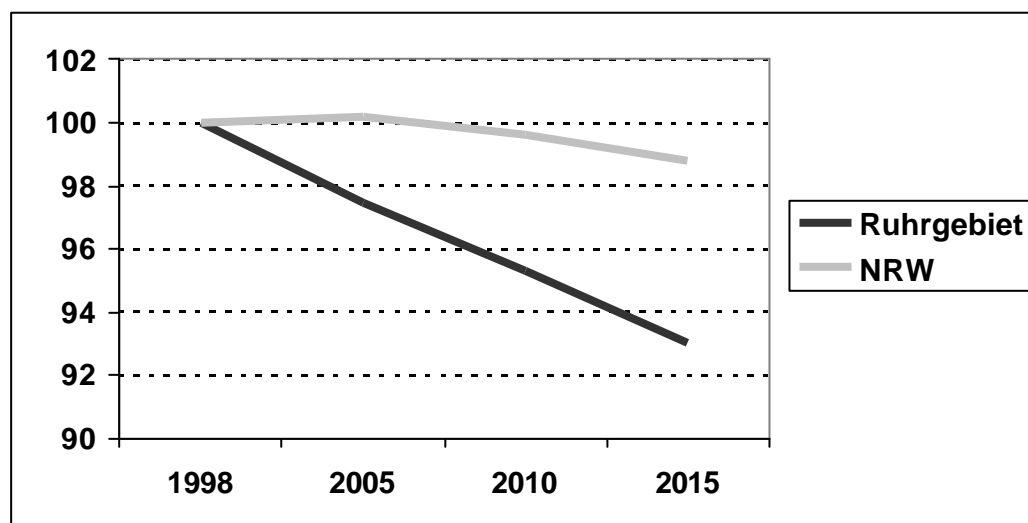
Quelle: Heinze/Neitzel/Brandt (2002: 6) nach LDS , eigene Berechnung und Darstellung

Im Vergleich zu den Bevölkerungszahlen in Nordrhein-Westfalen (ohne Ruhrgebiet) ist zu erkennen, dass im Ruhrgebiet der Anteil der Personen unter 45 Jahren unterdurchschnittlich und der Anteil der Personen in den höheren Altersklassen überdurchschnittlich vertreten ist: Im Ruhrgebiet sind 55,5% der Bevölkerung unter 45 Jahren und dementsprechend 44,5% 45 Jahre und älter. In Nordrhein-Westfalen (ohne Ruhrgebiet) sind 58,4% der Bevölkerung unter 45 Jahren und 41,5% gehören zu den älteren Altersklassen. Besonders hoch fällt der Unterschied in der Altersklasse 65 Jahre und älter auf: Hier liegt das Ruhrgebiet mit 18,3% fast zwei Prozentpunkte über dem Wert von Nordrhein-Westfalen (ohne Ruhrgebiet) (16,4%) (vgl. Heinze/Neitzel/Brandt 2002: 6). Auch in Zukunft wird sich die Bevölkerungsstruktur im Ruhrgebiet ungünstig entwickeln:

„Im Vergleich zu Land und Bund wird die demographische Entwicklung im Ruhrgebiet einen Vorlauf von ca. 15 Jahren aufweisen. Mit anderen Worten: Das Problem der Überalterung der Bevölkerung und ein scharfer Rückgang der Erwerbspersonen stellt sich an der Ruhr bereits bis zum Jahr 2015, in Nordrhein-Westfalen und im Bund erst ab 2030“ (KVR 2002: 77).

Ein Vergleich der Bevölkerungsentwicklung in Nordrhein-Westfalen und im Ruhrgebiet bis zum Jahr 2015 ergibt folgendes Bild:

Abbildung 6: Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2015 (1998=100)



Quelle: KVR (2002: 77) nach LDS NRW, eigene Darstellung

Die Graphik bestätigt die obige Aussage: Während sich in Nordrhein-Westfalen bis zum Jahr 2015 die Bevölkerungsanzahl nur unwesentlich verändert, ist im Ruhrgebiet mit einem deutlichen Rückgang der Bevölkerung zu rechnen. Welche Auswirkungen hat diese Entwicklung nun aber auf das Erwerbspotential und den Dienstleistungssektor im Ruhrgebiet?

Unter dem Erwerbspersonenpotential versteht man die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 65 Jahre), die Zahl hängt somit unmittelbar von der Gesamtbevölkerungsanzahl ab. Mit anderen Worten, sinkt die Bevölkerungszahl, sinkt auch die Zahl des Erwerbspersonenpotentials. Könnte man Annehmen, dass somit das Problem hoher Arbeitslosenquoten gelöst werden könnte, sieht man sich getäuscht: Zwar kann die Arbeitslosenquote über einen langen Zeitraum gering entschärft werden, angesiedelte Unternehmen werden aber immer größere Probleme bekommen, geeignete Fachkräfte zu rekrutieren. Durch die Abwanderung hochqualifizierter Arbeitnehmer ist zudem die Wettbewerbsfähigkeit der Region gefährdet, der Zusammenhang zwischen Qualifikation, Innovation und Wettbewerbsfähigkeit wurde bereits im vorherigen Kapitel erörtert (vgl. Heinze/Neitzel/Brandt 2002: 33f). Bei der Abwanderung von Arbeitnehmern muss aber folgende Tatsache noch berücksichtigt werden, die die hohe Zahl der abwandernden Arbeitnehmer relativiert: Nicht alle aus der Region abwandernde Arbeitnehmer gehen auch dem Arbeitsmarkt im Ruhrgebiet verloren. Gerade bei wirtschaftlich starken Familien ist eine Abwanderung in das naheliegende Umland, außerhalb der KVR-Grenze, zu beobachten. Der Arbeitsplatz bleibt also in der Region, Kaufkraft und Steuern der Familien gehen allerdings den Ruhrgebietskommunen verloren (vgl. Beyer/Fretschner/Micheel 2003: 7).

Eine Veränderung der Nachfrage nach Dienstleistungen bringt die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung mit sich: Errechnen einige Autoren einen hohen Einkommensverlust durch den Rückgang der Anzahl der jüngeren Menschen, relativieren Fretschner, Hilbert und Micheel diese pessimistische Einschätzung:

„Diese Studie berücksichtigt aber zu wenig, dass in der parallel, sowohl relativ als auch absolut wachsenden Gruppe der Menschen über 60 überproportional hohe

Absatzchancen für personenbezogene und haushaltsnahe Dienstleistungen bestehen. Schon heute verfügen die Seniorinnen und Senioren über ein enormes Kaufkraftpotential: In Nordrhein-Westfalen tragen sie allein rund ein Fünftel der gesamten Konsumausgaben aller privaten Haushalte bei“ (ebd. 2001: 152).

Zudem wird von einem Teil der Autoren in einer anderen Publikation darauf hingewiesen, dass die heute ältere Generation sowohl über höhere Finanzmittel als auch über eine veränderte Konsum- und Finanzmentalität gegenüber früheren Altengenerationen verfügt (vgl. Beyer/Fretschner/Micheel 2003: 9). Ein verändertes Gesundheitsbewusstsein, eine verbesserte finanzielle Lage der Generation im Rentenalter oder die Entwicklung zur Erlebnisgesellschaft seien an dieser Stelle als Stichworte erwähnt (vgl. auch Kapitel 4).

Weiter ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der hochbetagten Personen an der Gesamtbevölkerung steigt. Da mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zunimmt, ist davon auszugehen, dass auch die Nachfrage nach professionellen Versorgungs- und Pflegedienstleistungen steigen wird (vgl. Fretschner/Hartmann 2002: 106). Dies betrifft sowohl die stationäre Versorgung in Alten- und Pflegeheimen als auch die ambulante Versorgung durch professionelle Pflegedienste. Viele Autoren sehen gerade in diesen „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität“, die durch den soziodemographischen Wandel entstehen, enorme Wachstumsmöglichkeiten für den Dienstleistungssektor (vgl. Beyer/Hilbert/Micheel/Treinen 2002: 140).

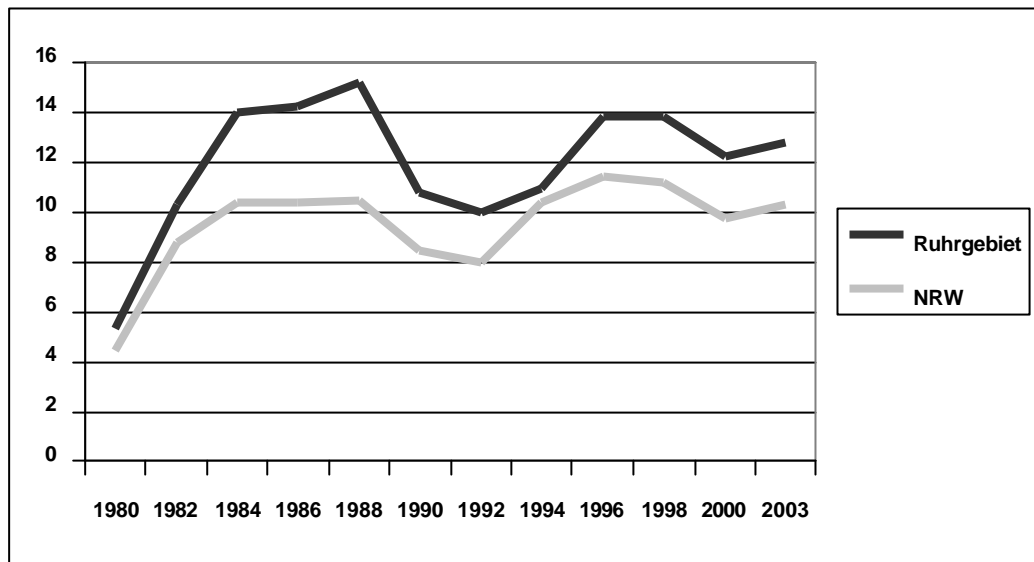
Doch bevor die Wachstumsmöglichkeiten des tertiären Sektors anhand der „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität“ thematisiert werden, sei ein Blick auf die Kehrseite der Medaille erlaubt: Das Ruhrgebiet weist gegenüber dem gesamten Bundesgebiet eine überdurchschnittliche Arbeitslosenquote vor. Die Struktur der Arbeitslosigkeit im Ruhrgebiet soll im Folgenden diskutiert werden.

3.5.2 Die Struktur der Arbeitslosigkeit im Ruhrgebiet

Im März 2003 waren im Ruhrgebiet 293.030 Personen arbeitslos. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von 12,8 % (Bundesanstalt für Arbeit

2003: VI). Bereits seit den 70er Jahren ist die Region durch eine höhere Arbeitslosenquote gekennzeichnet als Nordrhein-Westfalen (vgl. KVR 2002: 32), wie die folgende Abbildung verdeutlicht:

Abbildung 7: Arbeitslosenquoten im Ruhrgebiet und in Nordrhein-Westfalen 1980-2003 in Prozent



Quelle: KVR (2002: 31) und Landesarbeitsamt NRW, eigene Darstellung

Anhand der Graphik ist erkennbar, dass die Arbeitslosenquote sowohl im Ruhrgebiet als auch im Land Nordrhein Westfalen den konjunkturellen Verlauf widerspiegelt: Bis 1988 steigt die Arbeitslosenquote stark an und sinkt bis zum Jahr 1992. Ab dann ist wieder ein Anstieg und ein Abfall bis zum Jahr 2000 zu erkennen, seitdem steigt sie wieder. Auffällig ist, dass die Arbeitslosenquote „in konjunkturellen Wachstumsphasen nur um einen Bruchteil des Wertes zurück [geht], um den sie in der vorangegangenen Krisenperiode angestiegen ist“ (KVR 2002: 31).

Generell lässt sich feststellen, dass ab Mitte der 80er Jahre die Arbeitslosenquote im Ruhrgebiet um etwa 3% höher als im Land Nordrhein-Westfalen liegt. Auch im Ruhrgebiet lassen sich deutliche regionale Unterschiede bei der Betrachtung der Arbeitslosigkeit erkennen: Im März 2003 weist Wesel mit 8,2 % einen vergleichsweise geringen Wert auf, während Städte wie Gelsenkirchen (15,8 %) und Dortmund (14,3 %) deutlich über dem Durchschnitt liegen (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2003: IIIff).

Bei der Analyse der Arbeitslosigkeit verschiedener sozialer Gruppen ist zu erkennen, dass auch die Arbeitslosigkeit der Frauen im Ruhrgebiet im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen höher ist, wobei Bosch (2002) vermutet:

„Ein weiterer Teil der Arbeitslosen schließlich erscheint gar nicht in der Statistik. Es handelt sich vor allem um Frauen, die wegen der Rückständigkeit des Dienstleistungssektors keine Beschäftigungschancen für sich sehen. Das Ruhrgebiet ist eine städtische Region und in städtischen Regionen liegt die Beschäftigungsquote von Frauen üblicherweise über dem Bundesdurchschnitt. Ganz anders im Ruhrgebiet und insbesondere im Norden des Ruhrgebiets. Die meisten Frauen sind dort nicht erwerbstätig.“ (Bosch 2002b: 202f)

Betrachtet man die Arbeitslosenzahlen nach dem Alter der Betroffenen, ist Folgendes zu erkennen: Der Anteil an jüngeren und älteren Arbeitslosen im Ruhrgebiet ist rückläufig, wobei der Rückgang der letzteren Gruppe aber auch im Zusammenhang mit den für traditionelle Großbetriebe typischen Frühverrentungspraktiken betrachtet werden muss.

Auffällig ist der relativ hohe Anteil Langzeitarbeitsloser: 2001 waren im Ruhrgebiet 41 % aller Arbeitslosen ein Jahr oder länger arbeitslos (gegenüber 34 % in Nordrhein-Westfalen). Auch die berufsbezogenen Arbeitslosenquoten weisen in fast allen Bereichen einen überdurchschnittlichen Wert gegenüber dem Land auf (vgl. KVR 2002: 31ff; Heinze/Neitzel/Brandt 2002: 22ff). Wie sich im Ruhrgebiet der Dienstleistungssektor entwickelt hat, soll im Folgenden thematisiert werden.

3.5.3 Dienstleistungen im Ruhrgebiet – Gerät der Jobmotor ins Stottern?

Bereits am Anfang des Kapitels wurde darauf hingewiesen, dass auch im Ruhrgebiet der Dienstleistungssektor der beschäftigungsintensivste in der Region ist. Prozentual gehen mittlerweile im Ruhrgebiet mehr Beschäftigte einer dienstleistenden Tätigkeit nach als in Nordrhein-Westfalen. Diese zunächst sehr positiv klingenden Akzente verblassen, wenn man die unterschiedlichen Wachstumsraten der Beschäftigungsentwicklung des Dienstleistungssektors betrachtet:

Tabelle 5: Beschäftigungsentwicklung im Dienstleistungssektor, Wachstumsraten in Prozent

	1980 bis 1999	1994 bis 1999
Bundesrepublik (West)	+39,5	+7,5
NRW (gesamt)	+36,5	+7,3
Ruhrgebiet	+24,9	+5,6

Quelle: Fretschner/Hilbert/Micheel (2001: 146) nach WZB

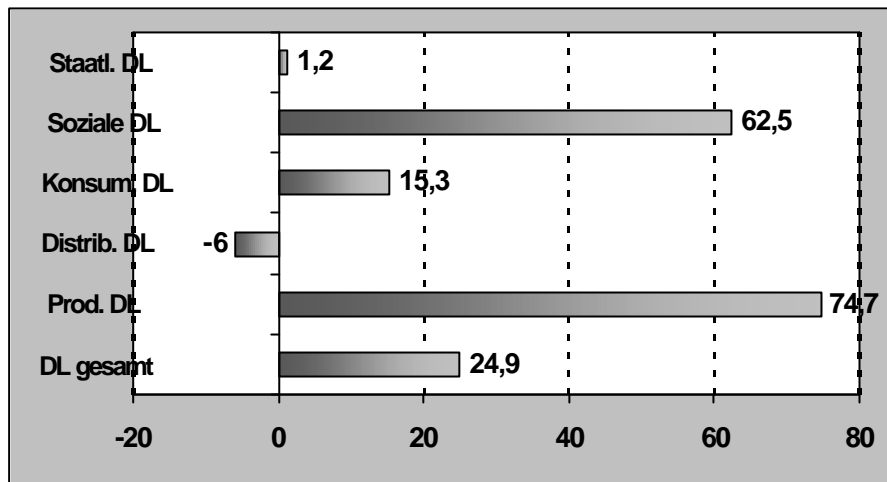
Wird der Dienstleistungssektor oftmals als „Jobmotor“ bezeichnet, belegen die Zahlen, dass der Motor im Ruhrgebiet ins Stottern gerät und mit Startschwierigkeiten zu kämpfen hat: Sowohl in der langfristigen als auch in der kurzfristigen Entwicklung fällt das Wachstum im Ruhrgebiet deutlich schwächer aus als in Nordrhein-Westfalen und im Bundesgebiet.

Auch im Vergleich mit anderen Ballungsräumen schneidet das Ruhrgebiet relativ schlecht ab: In Regionen wie Frankfurt, München und Berlin arbeiten mittlerweile über 70% der Beschäftigte im tertiären Sektor (vgl. Beyer et al. 2003: 22f):

„Der (relative) Bedeutungszuwachs der Dienstleistungen ist im Ruhrgebiet also vor allem auf den überdurchschnittlichen Rückgang der Gesamtbeschäftigung und nicht auf eine besonders dynamische Entwicklung der Dienstleistungsbeschäftigung selbst zurückzuführen“ (Fretschner/Hilbert/Micheel 2001: 146).

Ein Blick in die Teilsektoren gibt Aufschluss, welche Bereiche sich besonders schwach oder besonders stark entwickelt haben:

Abbildung 8: Veränderung der Beschäftigung in den verschiedenen Teilbereichen des tertiären Sektors im Ruhrgebiet in der Zeit von 1980 bis 1999 in Prozent



Quelle: Fretschner/Hilbert/Micheel (2001: 149) nach WZB, eigene Darstellung

Teilbereiche wie die staatlichen oder distributiven Dienste weisen nur sehr geringe oder sogar negative Wachstumsraten auf. Positive Akzente können vor allem die produktionsnahen und die sozialen Dienste setzen. Letztere werden auch als „hidden champion“ des Strukturwandels bezeichnet. Insbesondere in der Gesundheitsversorgung konnten in den letzten Jahren zusätzliche Beschäftigungspotentiale realisiert werden (vgl. Fretschner/Hilbert/Micheel 2001: 148).

Fokussiert man den Blickwinkel aber nicht nur auf die sozialen Dienste, sondern erweitert seine Betrachtung auf die gesamte Wertschöpfung, ergibt sich ein sogenanntes Wirtschaftscluster, das unter dem Stichwort Gesundheitswirtschaft diskutiert wird (vgl. Hilbert/Rohleder/Roth 2001: 1). Wie sich dieses Cluster zusammensetzt, soll im folgenden Kapitel diskutiert werden.

3.6 Zusammenfassung - Im Hinblick auf die Fragestellung

Obwohl in Deutschland bereits fast 70% der Beschäftigten im Dienstleistungssektor arbeiten, wird im internationalen Vergleich deutlich, dass bei der Entwicklung des tertiären Sektors in der Bundesrepublik noch erheblicher Aufholbedarf besteht. Ein noch sehr stark am Industrialismus orientiertes Ordnungsgefüge, eine niedrige Frauenerwerbsquote und ein

schwacher Niedriglohnsektor werden als Ursachen dieser sogenannten Dienstleistungslücke diskutiert. Um die internationale Wettbewerbsfähigkeit aufrechtzuerhalten sind Reformen unabdingbar, welche große Herausforderungen an die Arbeitsmarktpolitik der Zukunft stellen. Mit einer Doppelstrategie müssen einerseits die Preise besonders für personenbezogene Dienste gesenkt werden und andererseits durch eine Bildungs- und Ausbildungsinitiative die Qualität der Dienstleistungen verbessert werden.

Im Ruhrgebiet verschärft sich diese Situation: Den Beschäftigungszuwächsen im tertiären Sektor stehen enorme Arbeitsplatzverluste im sekundären Sektor gegenüber, so dass sich der relative Bedeutungszuwachs des Dienstleistungssektors in der Region hauptsächlich durch den Niedergang der Industrie erklären lässt. Gleichzeitig stellt die überdurchschnittlich hohe abnehmende und im Durchschnitt alternde Bevölkerungszahl neue Herausforderungen an den Arbeitsmarkt, kann aber auch für den Dienstleistungssektor neue Perspektiven eröffnen: In allen Teilbereichen des tertiären Sektors liegt die Beschäftigungsentwicklung unter dem Bundesdurchschnitt, aber in die Entwicklung der personenbezogenen Dienste wird große Hoffnung gesetzt, weil u. a. durch die demographische Alterung ein neues Kundenpotential entsteht.

IV. Gesundheitswirtschaft in der Bundesrepublik- Dienstleistungen für mehr Lebensqualität

Die Diskussion um die Entwicklung des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik ist durch eine ambivalente Entwicklung gekennzeichnet: Einerseits steht der Bereich durch Kostendämpfungsverfahren enorm unter Druck, andererseits machen sozialer, technischer und wirtschaftlicher Wandel das Gesundheitssystem zu einer Wirtschaftbranche mit positiven Entwicklungsperspektiven (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 2).

Es stellt sich also die Frage, wie das Gesundheitssystem, das den Gesetzen des Wohlfahrtsstaates unterworfen ist, als Wirtschaftsfaktor mit positiven Wachstumspotentialen zu interpretieren ist.

Die Antwort auf diese Frage ist in der wachsenden Nachfrage nach Dienstleistungen zu sehen, die den individuellen Lebensstandard erhöhen, wobei man sich unweigerlich an den Fourastiéschen „Hunger nach Tertiärem“ erinnert fühlt. Dienstleistungen des Gesundheitssystems zielen darauf ab, gesundheitsbezogene und soziale Probleme zu lösen und somit die Lebensqualität der Menschen zu sichern und zu steigern. Daher werden diese Dienstleistungen auch unter dem Begriff „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität“ zusammengefasst (vgl. Beyer/Brandel/Langer/Micheel 2000: 29). Aber was ist eigentlich Lebensqualität?

4.1 Was ist Lebensqualität?

Der Begriff „Lebensqualität“ beschreibt die gesamten Lebensbedingungen einer Gesellschaft und schließt dabei mehrere Komponenten wie etwa Finanzen, Stellung im Beruf, Freizeit oder Gesundheit mit ein. Daher ist es auch schwierig, eine klare Abgrenzung für den Begriff zu finden. So heißt es etwa in einem Beitrag, der sich mit den Grundlagen der Lebensqualität beschäftigt:

„Der Versuch Lebensqualität nominal zu definieren, wurde von Sir Carl Popper, einem der führenden Wissenschaftstheoretikern unserer Zeit, in einem persönlichen Gespräch mit einer wegwerfenden Handbewegung kommentiert: Just forget it“ (vgl. Bullinger 2000: 14).

Daher sei an dieser Stelle auf das Aufzählen und Interpretieren zahlreicher Definitionsversuche verzichtet¹⁰. Lebensqualität bezeichnet ein Wohlfahrtskonzept, das in den späten sechziger Jahren entstanden ist. Anders als Wohlstand, Lebensstandard oder Wohlbefinden, die jeweils entweder eine materielle oder eine immaterielle Komponente beinhalten, versteht sich das Konzept der Lebensqualität als ein multidimensionales Konzept, „das sowohl materielle wie auch immaterielle, objektive und subjektive, individuelle und kollektive Wohlfahrtskomponenten gleichzeitig umfaßt und das „besser“ gegenüber dem „mehr“ betont“ (Noll 2000: 3).

Mit den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen seit Ende der sechziger Jahre wurde auch das Konzept der Lebensqualität modifiziert. So richten sich die modernen Wohlfahrtskonzepte der Lebensqualitätsforschung eher auf die Qualität einer gesamten Gesellschaft als auf das Wohlergehen eines Individuums, die individuelle Komponenten wird durch kollektive Werte und Systemmerkmale ergänzt („good society“): Gerechtigkeit, effizienter Gebrauch von Ressourcen aber auch die Eigenverantwortung der Bürger, die nicht nur als passive Empfänger von Wohlfahrt verstanden werden, sondern zur aktiven Gestaltung der gemeinsamen Lebensqualität aufgefordert werden, treten zunehmend in den Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. Noll 2000: 25).

Spricht man nun also von Dienstleistungen für mehr Lebensqualität sind damit Dienstleistungen gemeint, die der persönlichen und gemeinschaftlichen Wohlfahrtssteigerung dienen sollen. Es lassen sich mehrere Gründe anführen, warum diese Dienstleistungen zunehmend an Bedeutung gewinnen: So wird etwa durch den sozialen Wandel der Bedarf nach derartigen Dienstleistungen steigen. Die Zunahme der Anzahl älterer Menschen, ein verändertes Gesundheitsbewusstsein, die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen und der wachsende Anspruch an Bildung seien an dieser Stelle als Stichworte genannt. Auch die steigende Kopplung oder Bündelung von Dienstleistungen an Produkte, die zusammen in einem Paket angeboten werden, und neue Technologien, die neue Tätigkeitsbereiche

¹⁰ Zur Definition des Begriffs „Lebensqualität“ s. Noll 2000: 3ff.

eröffnen, können als mögliche Erfolgsfaktoren für Dienstleistungen für mehr Lebensqualität gesehen werden. Zudem ist anzumerken, dass ein großer Teilbereich (Gesundheit, Soziales, Bildung) der Dienstleistungen für mehr Lebensqualität bislang noch in starkem Maße von öffentlichen Ressourcen und Sozialversicherungen abhängig ist. So prognostizieren Beyer et al.:

„Grundsätzlich wird sich daran auch in Zukunft nichts ändern. Dennoch ist wahrscheinlich, dass im Laufe der nächsten Jahre mehr private Gelder in diesen Bereich fließen werden. Ein Grund dafür ist, dass viele Nachfrager dieser Dienstleistungen sich nicht mehr nur auf den Staat als Anbieter verlassen wollen, weil das Angebot als unzureichend bewertet wird: Öffentliche Dienstleistungen werden aus der Sicht der Kunden in nicht ausreichendem Umfang und zu undifferenziert erbracht“ (Beyer et al. 2003 : 15f).

Um die Wachstumsmöglichkeiten optimal auszuschöpfen plädieren Beyer et al. Autoren für eine tiefgreifende Umgestaltung der traditionellen Angebote und Institutionalisierungsformen in zweierlei Hinsicht:

1. Durch einen sogenannten *Wohlfahrtsmix* sollen verschiedene Anbieter untereinander besser kooperieren bei einer gleichzeitig effektiveren Verzahnung beruflicher und ehrenamtlicher Tätigkeit auf der Angebotsseite.
2. Durch einen sogenannten *Branchenmix* sollen bestehende Abgrenzungen einzelner Branchen überschritten werden und um „Randbereiche“ ergänzt werden (ebd. 2003: 11f).

Es ist zu erkennen, dass ein solcher „Branchenmix“ nicht mit dem traditionellen Gesundheitssystem vereinbar ist, welches sich auf die Kernbereiche stationäre und ambulante Versorgung der Patienten beschränkt. Schließt man nun aber die Wirtschaftssektoren mit ein, die in enger Verflechtung mit dem traditionellen Gesundheitssystem stehen, ergibt sich ein neues Wirtschaftscluster, das unter dem Begriff „Gesundheitswirtschaft“ diskutiert wird. Eine solche Neudefinition macht neben einer Neustrukturierung auch ein erweitertes ökonomisches Verständnis nötig, welches den produktiven und wertschöpfenden Charakter der Gesundheitswirt-

schaft betont. Wie sich das Wirtschaftscluster „Gesundheitswirtschaft“ zusammensetzt, soll im Folgenden diskutiert werden.

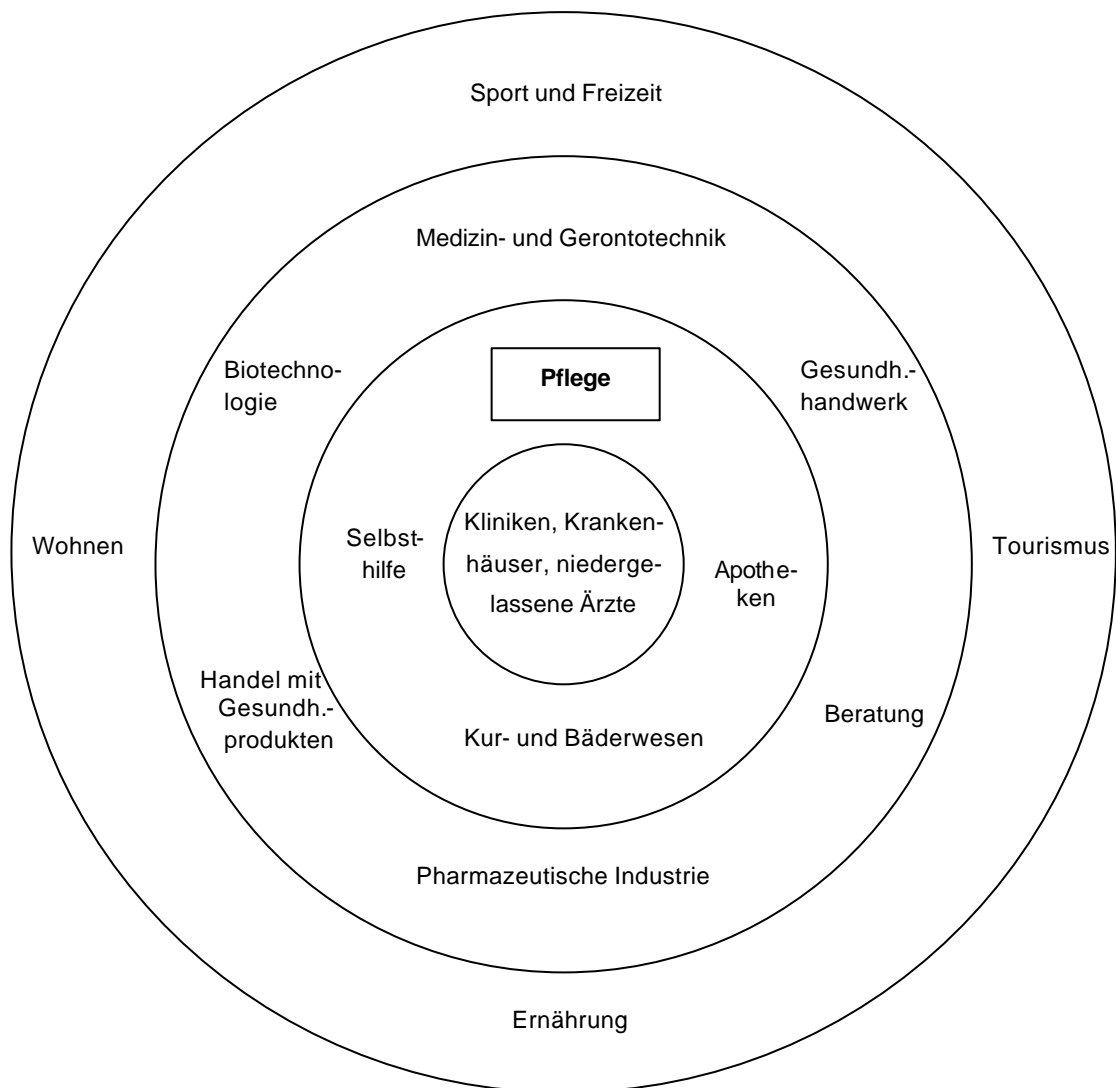
4.2 Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

Lange Zeit wurde der Gesundheitssektor unter wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Aspekten in erster Linie als Kostenfaktor betrachtet. Erst mit dem Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997 hat sich diese Einschätzung langsam geändert:

„Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor dar. Es dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit, sondern trägt mit den direkt und indirekt rund vier Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und den von ihnen erbrachten Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung und vor allem zu wünschenswerten Wirkungen auf den Arbeitsmärkten bei. Unter neuen Finanzierungsmodalitäten und unter wettbewerblichen Bedingungen können steigende Umsätze, Beschäftigungszahlen und Gewinne unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten auch im Gesundheitswesen als Erfolgsmeldung angesehen werden. Das sich abzeichnende strukturelle Wachstum verbunden mit dem zunehmenden Anteil älterer Menschen lässt neue Berufe entstehen und öffnet neue Tätigkeitsfelder. Wohlfahrt, Wachstum und Beschäftigung sind die tragenden Zieldimensionen und Wirkungen des Gesundheitswesens“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997: 77).

Neben den Kostenaspekten wurden erstmals auch die wirtschaftlichen Chancen thematisiert und der Gesundheitssektor als Wirtschaftsfaktor mit erheblichen Wachstumspotentialen betrachtet (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 2f). Dieser Paradigmenwechsel vom klassischen Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft geht einher mit einem erweiterten Gesundheitssystembegriff, der neben den klassischen Bereichen des Gesundheitssystems auch die Zuliefer- und Nachbarbranchen einschließt und den produktiven und wertschöpfenden Charakter der Gesundheitsdienstleistungen betont (vgl. Fretschner/Grönemeyer/Hilbert 2002: 34f). Ein solches Wirtschaftscluster lässt sich anschaulich mit dem folgenden sogenannten Zwiebelmodell beschreiben:

Abbildung 9: Struktur und Profil der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Eigene Darstellung nach Hilbert/Fretschner/Dülberg (2002: 6)

Dieses Modell orientiert sich nicht an der traditionellen Unterscheidung von Prävention, Kuration und Rehabilitation, sondern orientiert sich eher am Produkt „Gesundheit“ und ordnet die verschiedenen Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gemäß ihrer Stellung im Wertschöpfungsprozess. Anhand der Darstellung lassen sich nach Hilbert, Fretschner und Dülberg (2002) drei unterschiedliche Bereiche heraus kristallisieren:

1. *Der Kernbereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung:* Zu diesem Bereich zählen Krankenhäuser, Arzt- und

Zahnarztpraxen, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe, Apotheken und stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Dieser Sektor bildet die großen Arbeitsfelder der Gesundheitswirtschaft, wobei trotz Kosteneinsparungen in den letzten Jahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ein kontinuierlicher Beschäftigungszuwachs erzielt werden konnte. Weiter kann festgestellt werden, dass die meisten Leistungen dieses Sektors über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden.

2. *Vorleistungs- und Zulieferindustrien:* Hierzu werden neben den Health Care Industries (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie) auch das Gesundheitshandwerk und die Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten gezählt. Dieser Industriezweig ist deshalb zur Gesundheitswirtschaft zu zählen, da er mit seinen Produkten dazu beiträgt, Krankheiten zu verhindern, schnell und präzise zu diagnostizieren und zu heilen, um insgesamt die Lebensqualität der Kunden oder Patienten zu steigern.
3. *Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens:* Hierzu zählen vor allem Bereiche, die eine unmittelbare Verknüpfung an gesundheitsbezogene Dienste darstellen. Gesundheitstourismus, Wellness oder Sport- und Freizeitangebote mit Gesundheitsbezug sind an dieser Stelle als typische Beispiele zu nennen. Zudem ist in diesen Rand- und Nachbarbranchen die Bildung von Leistungspaketen, die verschiedene Dienstleistungen bündeln, zu beobachten. So werden etwa Reiseangebote mit Wellness- oder Fitnessdiensten gekoppelt oder in einem Fitnessstudio wird neben dem üblichen Programm auch ein betreutes Gewichtsreduktionsprogramm angeboten, was durch eine umfangreiche Ernährungsberatung ergänzt wird. Gerade in diesem Bereich werden sehr viele Leistungen nicht von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert und müssen vom Kunden eigenständig bezahlt werden.

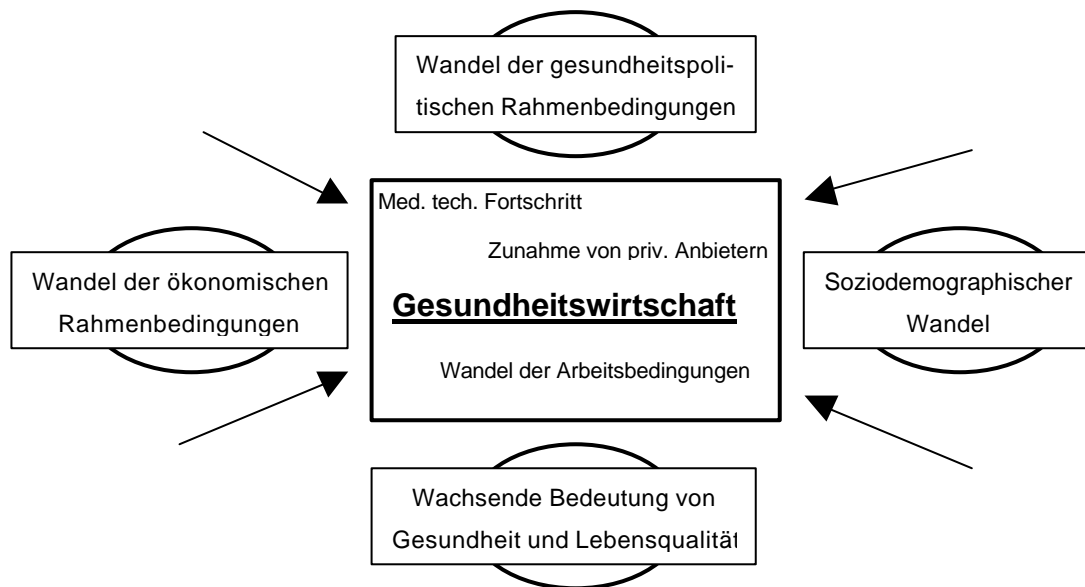
Aber gerade hierauf begründen sich viele Hoffnungen, die gerade die Expansion der Zuliefer- und Nachbarbranchen betonen. Wobei dem Kernsektor durch politische Regulierung und die Finanzierung durch die Krankenkassen enge Grenzen hinsichtlich Expansion und Preisgestaltung gesetzt sind, sind die Zuliefer- und Nachbarbranchen durch private Finanzierung und hohen Wettbewerbsgrad wachstumsmäßig günstigeren Ausgangsbedingungen ausgesetzt, vorausgesetzt, die Bürger sind bereit, auch in Zukunft mehr privates Geld in diese Leistungen zu investieren (vgl. Hartmann 2002b: 226).

Bezieht man bei der Betrachtung der Beschäftigungsstatistik auch die Nachbar- und Zulieferbranchen mit ein, ergibt sich für Nordrhein-Westfalen folgendes Bild: Mit einer Beschäftigtenzahl von fast 1 Millionen Menschen gegen Ende der 90er Jahre lässt die Gesundheitswirtschaft auch beschäftigungsintensive Branchen wie das Baugewerbe weit hinter sich zurück und kann zu Recht als ein *hidden champion* des Strukturwandels bezeichnet werden. Bezüglich der Entstehung neuer Arbeitsplätze lässt eine Wachstumsrate von 22,4% (in der Zeit von 1985 bis 1998) hoffen, dass auch in Zukunft weitere Beschäftigungsimpulse in der Gesundheitswirtschaft zu erwarten sind (vgl. MFJFG 2001: 1f). Im Folgenden sollen nun die wesentlichen Faktoren erörtert werden, die Einfluss auf die Beschäftigungsentwicklung der Gesundheitswirtschaft haben.

4.3 Wachstumsfaktoren der Gesundheitswirtschaft

Da sich unter dem Begriff „Gesundheitswirtschaft“ eine Vielzahl unterschiedlicher Unternehmen verbirgt, ist auch die Beschäftigungsentwicklung auf mehrere verschiedene Faktoren zurückzuführen. Generell kann zwischen endogenen und exogenen Faktoren unterschieden werden. Die folgende Graphik gibt einen Überblick über die wesentlichen Faktoren.

Abbildung 10: Externe und endogene Einflussfaktoren auf die Gesundheitswirtschaft



Quelle: Eigene Darstellung

Im Folgenden erfolgt eine Konzentration auf die exogene Faktoren, da diese gleichzeitig auch die äußeren Rahmenbedingungen bilden, auf welche die Gesundheitswirtschaft zu reagieren hat.

4.3.1 Der sozio-demographische Wandel

Unter dem Begriff „sozio-demographischer Wandel“ werden alle Strukturen und Entwicklungen zusammengefasst, die sich mit der Bevölkerungsentwicklung und der Bevölkerungszusammensetzung und den daraus resultierenden Folgen für das gesellschaftliche Zusammenleben beschäftigen. Ein Punkt, der hierbei in besonderer Weise die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft beeinflusst, ist die Alterung der Gesellschaft. In Kapitel 3.5.1 wurde bereits auf die „verschärfte“ Situation im Ruhrgebiet hingewiesen, generell lassen sich die Folgen der Alterung der Gesellschaft in drei Prozessen zusammen fassen (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 10ff):

1. Die absolute Zahl der älteren Menschen wird in Zukunft deutlich zunehmen;

2. der relative Anteil älterer Menschen bezogen auf die Gesamtbevölkerung wird sich erhöhen;
3. die Anzahl von hochbetagten Menschen wird deutlich steigen.

Die Konsequenzen der Alterung der Gesellschaft für die Gesundheitswirtschaft werden kontrovers diskutiert. So prognostizieren Vertreter der sogenannten *Kompressionsthese*, dass die Menschen die „dazu gewonnenen Jahre“ in befriedigender Gesundheit verbringen werden, bedingt durch ein Rückgang der belastenden Arbeitsbedingungen, eine gesündere Lebensweise und Fortschritte in der Medizin, vor allem in den Bereichen Prävention und Kuration. Träfe diese These zu, würde der Sektor der ambulanten und stationären Versorgung nicht sonderlich von der Alterung der Gesellschaft profitieren. Für die Bereiche Prävention und Kuration oder aber auch die Freizeitbranchen ergäben sich aber neue Möglichkeiten, ihre Angebote zu erweitern. Demgegenüber behauptet die *Medikalisierungsthese*, dass durch den medizinischen Fortschritt zwar die Lebenserwartung der Menschen deutlich steigen wird, dies aber nicht bedeute, dass das Risiko, an einer altersbedingten Krankheit (z. B. Demenzerkrankungen, Osteoporose) zu erkranken, sinke. Besondere Anforderungen würden also nach Vertretern dieser These vor allem an den Bereich der ambulanten und stationären Versorgung gestellt (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 12f).

An dieser Stelle kann nicht geklärt werden, welcher Ansatz nun zukunftsweisend ist. Festzuhalten bleibt aber auf jeden Fall, dass sich die Altersphase in Zukunft deutlich ausdehnen wird, ob nun gesund oder krank. Tritt ein Mensch heute mit 60 Jahren aus dem Berufsleben aus, hat er statistisch gesehen noch 20-30 Lebensjahre vor sich, also noch ein Drittel seiner Lebenszeit vor sich hat und „diese Zeit gilt es, für viele Menschen nicht nur in individuell sinnstiftender, sondern auch in gesellschaftlich nützlicher Perspektive auszufüllen“ (Beyer et al. 2002: 143). Diese Aussage lässt die Schlussfolgerung zu, dass neben der erhöhten Nachfrage nach professionellen gesundheitsbezogenen Diensten auch die Interessen und Bedürfnisse der wachsenden Anzahl älterer Menschen eine Quelle für mehr Wachstum und Beschäftigung werden können. Hierfür lassen sich

eine Reihe von Argumenten finden: Zum einen sind ältere Menschen lukrative Kunden, so merken Hilbert und Naegele an:

„Schlussfolgernd kann im Blick auf die Einkommen der älteren Menschen festgehalten werden, dass im Laufe der letzten Jahre immer mehr ältere Menschen in die Lage gekommen sind, sich mit ihrem (Renten)einkommen und zusätzlichen Vermögenseinnahmen einen sehr angenehmen Lebensstandard zu sichern. Diese erfreuliche Situation stellt eine gute Ausgangsbasis für den Ausbau der Entwicklung und Vermarktung von Produkten und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter dar.“
(ebd. 2002: 349f)

Ist die gesicherte Einkommenssituation der älteren Generation als Grundvoraussetzung auf aussichtsreiche Absatzchancen für Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter anzusehen, müssen die neu entwickelten Angebote auch den Interessenlagen der potentiellen Kunden entsprechen. Hierbei kann festgestellt werden, dass mit der zeitlichen Ausdehnung der Altersphase auch eine Ausdifferenzierung von Altersgruppen stattfindet. Die Gruppe der älteren Generation ist durch eine hohe Heterogenität gekennzeichnet, sie umfasst unterschiedliche Generationen mit höchst unterschiedlichen zeitgeschichtlichen Hintergründen, Sozialisationserfahrungen und Interessenlagen (vgl. Cirkel/Gerling 2001 : 177f). Zudem ist ein Wandel der Interessen zu beobachten: Während 1983 Einkaufen, Spaziergehen und das Unternehmen von Ausflügen in die nähere Umgebung häufig als Interessen genannt wurden, verlagerten sich 1997 die Interessen eher auf kulturelle oder ehrenamtliche Tätigkeiten oder Reisen. Es kann aber auch festgestellt werden, dass die entsprechenden Interessen keineswegs immer realisiert werden (vgl. Hilbert/Naegele 2002: 351f).

Generell kann festgehalten werden, dass durch die Alterung der Gesellschaft ein neuer Markt für Gesundheits-, Sozial-, und Freizeitangebote entsteht, der durch zusätzliche handwerkliche Leistungen und Kommunikationstechnologien (etwa der altengerechte Umbau einer Wohnung oder die Installation von Hausnotrufsystemen) ergänzt wird.

4.3.2 Der Wandel der ökonomischen Rahmenbedingungen

Unter dem Stichwort „ökonomische Rahmenbedingungen“ lassen sich mehrere Entwicklungen zusammenfassen, die jeweils auf unterschiedliche Weise die einzelnen Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft beeinflussen können (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 17f):

- Die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung;
- die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Arbeitsmärkte;
- der wachsende Wettbewerbsdruck zwischen den unterschiedlichen Anbietern in der Gesundheitswirtschaft.

Die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung beeinflusst hierbei entscheidend alle Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft. Für die Entwicklung des Kernsektors spielt die Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten eine entscheidende Rolle: Mit zunehmender Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter würde sich auch die Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherungen positiver darstellen, bei weiterem Anstieg der Arbeitslosenzahl geriete gerade der Kernsektor zunehmend unter Kostendruck, was die Aussichten für eine positive Beschäftigungsentwicklung sinken lassen würde.

Auch bei den Zuliefer- und Nachbarbereichen sind vor allem die Branchen von der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung abhängig, die auf die zunehmende Bereitschaft der Bevölkerung setzen, privates Vermögen in gesundheitsbezogene Dienste zu investieren. Sinkt das Einkommen der privaten Haushalte z. B. durch Arbeitsplatzverlust, ist auch damit zu rechnen, dass weniger Geld für gesundheitsbezogenen Dienste ausgegeben wird. Bei einer positiven Entwicklung des privaten Einkommens hingegen ist mit einer weiterhin positiven Entwicklung dieser Dienste zu rechnen.

Der Konjunkturunbruch 2001, die Auswirkungen der Terroranschläge vom 11. September 2001 und die Konjunkturbelastungen bedingt durch den Konflikt im Irak 2003 ließen die Aussichten auf eine sich festigende Konjunktur verblassen. Deshalb sehen auch die Wirtschaftsprognosen im Frühjahr 2003 keine Wende:

„Der Beschäftigungsabbau erreichte inzwischen auch den tertiären Abbau. (...) Die nur moderate Konjunkturerholung lässt vorerst keine Wende am Arbeitsmarkt erwarten. In vielen Bereichen kommt es vielmehr noch zu einem weiteren Personalabbau“ (DIW 2003: o.S.).

Auch die Entwicklung des privaten Konsums wird derzeit eher ungünstig prognostiziert:

Der private Konsum, der im Verlauf des vergangenen Jahres annähernd stagniert hat, hat sich auch in den ersten Monaten dieses Jahres nicht belebt. Maßgeblich hierfür war, dass sich die Lage auf dem Arbeitsmarkt verschlechterte. Ferner wirkte die Anhebung der Sozialabgaben und der indirekten Steuern dämpfend. Im weiteren Jahresverlauf werden sich die Konsumperspektiven nur wenig aufhellen“ (DIW 2003: o.S.).

Für das Jahr 2004 wird allerdings wieder ein leichter Anstieg der Beschäftigung und ein steigender Konsum der privaten Haushalte prognostiziert.

Betrachtet man die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Arbeitsmärkte, ist zu erkennen, dass es in Zukunft in bestimmten Bereichen der Gesundheits- und Sozialberufen einen Arbeitskräftemangel geben wird. Besonders betroffen werden die Bereiche der ambulanten und stationären Pflegeversorgung sein. Belastende Arbeitsbedingungen, geringe Aufstiegschancen und unterdurchschnittliche Verdienstmöglichkeiten führen dazu, dass entweder nach der Ausbildung oder nach nur kurzer Tätigkeit im Beruf ein anderes Berufsziel gewählt wird. Um absehbaren Engpässen in der Pflegeversorgung entgegenzuwirken, sind auf die Dauer Veränderungen in Bezug auf Qualifizierung und Arbeitseinsatz dringend notwendig: Veränderungen der Leistungsprofile, die einerseits eine Akademisierung der Pflegeberufe, andererseits aber auch eine Beschäftigung von Personal mit geringer Vorbildung im Pflegebereich umfassen, verbesserte Kinderbetreuungsmöglichkeiten oder auch Maßnahmen, die auf eine Reduzierung der hohen psychischen und physischen Belastungen abzielen sind nur einige Punkte, die sich in naher Zukunft ergeben könnten (vgl. Hilbert/Fretschner Dülberg 2002: 20f).

Eine weitere Entwicklung wird den Trend des Arbeitskräftemangels in der Pflege verstärken: Etwa 70% der Pflegefälle in Deutschland werden derzeit zu Hause betreut, wobei 80% der Familienangehörigen, die die Pflege

übernehmen, weiblich sind, ein großer Teil der Frauen ist davon im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Durch steigendes Interesse von Frauen an Erwerbstätigkeit und der demographische Entwicklung (es wird weniger junge Menschen geben, wobei die Zahl der älteren und pflegebedürftigen Personen zunehmen wird) wird in Zukunft mit einem deutlichen Rückgang der Betreuung von Pflegebedürftigen zu Hause zu rechnen sein (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 16f).

Durch die verstärkte Wahrnehmung der Gesundheitswirtschaft als prosperierende Wirtschaftsbranche wird sich auch Innovations- und Wettbewerbsdruck für die einzelnen Anbieter erhöhen. Hier sind vor allem die „klassischen“ Anbieter von Gesundheitsdiensten gefragt, die sich bisher weniger als wettbewerbsorientierte Anbieter gesehen haben. Langfristig werden Themenbereiche wie Innovationen, Wettbewerb und Profilierung in allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft mehr Bedeutung zugesprochen, „so dass Management- und Organisationsthemen in der Ausbildung der Fach- und Führungskräfte des Gesundheitswesens an Gewicht gewinnen“ (Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 22).

4.3.3 Der Wandel der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen

Hohe Sozialversicherungsbeiträge, durch die Finanzwissenschaftler sogar Nachteile für die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft sehen, und ein Zurückbleiben des deutschen Gesundheitssystems im Hinblick auf zentrale Leistungsindikatoren im internationalen Vergleich trotz hoher finanzieller Aufwendungen lassen erkennen, dass in der Bundesrepublik gesundheitspolitische Reformen nötig sind. Gleichwohl tut sich die Politik mit Reformen im Gesundheitswesen sehr schwer, einerseits aus wahltaktischen Gründen, andererseits stoßen Reformvorschläge bei den jeweiligen Interessenvertretern oftmals auf Widerstand (Vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 23f). Zu dieser Problematik schreibt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:

„Die Diskussion um Gesundheitsreformen leiden in Deutschland vielfach an einer isolierten Betrachtungsweise, die bestimmte Optionen ohne Bezug zu ihren realen Alternativen beurteilt. Eine isolierte Betrachtung von Vor- und Nachteilen einer Reformoption führt fast

zwangsläufig zu ihrer Verwerfung, denn per se bilden z. B. weder die Einengung des Leistungskataloges, noch die Erhöhung der Selbstbeteiligung oder die Beschränkung der beitragsfreien Mitversicherung attraktive gesellschaftspolitische Maßnahmen. (...) Es geht insofern nicht um das isolierte Pro und Contra der jeweiligen Option, sondern um ihren differentiellen Vergleich mit konkurrierenden realen Alternativen, wie steigende Beitragssätze oder eine Verschärfung der Rationierung“ (ebd. 2003 :38).

Zahlreiche Ansatzpunkte, um die Kosten im Gesundheitssystem zu dämpfen und die Finanzierungsmodalität so zu gestalten, dass die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft nicht in Gefahr gerät, sind in den letzten Jahren diskutiert worden und somit hinlänglich bekannt, die nötigen Reformmaßnahmen sind bislang allerdings nur in Ansätzen erfolgt. Die Grundtendenzen der Reformvorschläge sowohl auf der Finanzierungsseite als auch auf der Leistungsseite werden in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Tabelle 6: Reformvorschläge für die Finanzierungs- und Leistungsseite des deutschen Gesundheitssystems

<u>Finanzierungsseite</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung des Sozialversicherungsprinzips; • Fokussierung der solidarisch finanzierten Leistungen auf einen enger definierten Grundleistungskatalog; • zusätzliche Mobilisierung privater Kaufkraft für den Gesundheitssektor über Privatversicherungslösungen oder durch direkte Zahlungen von privaten Haushalten, durch die dann Angebote außerhalb des Grundleistungskatalogs abgedeckt werden.
<u>Leistungsseite</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Kunden- bzw. patientenorientierte Integration der verschiedenen Versorgungsbereiche, ausgelöst durch kräftige Schritte bei der Pauschalisierung der Entgeltsysteme; • Qualitätsentwicklung und Benchmarking; • Abbau von Überversorgungskapazitäten; • Stärkung und Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern; • Nutzung neuer Technologien; • Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention.

Quelle: Eigene Darstellung, nach Hilbert/Fretschner/Dülberg (2002: 23f).

Die momentane Diskussion um die Reformen des Gesundheitswesens zeigen, dass die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung höchst

umstritten ist. Einigkeit herrscht bei den Experten allerdings in einem Punkt: Ein wie bisher ausschließlich auf Lohneinkommen beruhendes Finanzierungsmodell mit Vollkasko-Mentalität ist mittlerweile an die Grenzen der Leistungsfähigkeit gestoßen und wird in Zukunft nicht mehr tragbar sein. Auch die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Im Vergleich mit anderen Industrieländern weist Deutschland mit einer Pro-Kopf-Ausgabe von 2364 \$ für Gesundheit einen überdurchschnittlichen Wert auf, wobei bei der Lebenserwartung (Frauen: 79,9 Jahre; Männer: 73,6 Jahre) nur ein leicht unterdurchschnittlicher Wert erreicht wird, was die Qualität und die Produktivität des deutschen Gesundheitssystems in Frage stellt (vgl. Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung 2003: 2ff).

Die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz beschlossenen Maßnahmen zur Reform des Gesundheitswesens gehen Kritikern nicht weit genug, denn sie reichen nicht aus, „um die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherungen zu lösen. Sie werden lediglich vorübergehend den Kosten- und Beitragsanstieg dämpfen“ (Mihm 2003: o.S.). Auch die von Regierung und Opposition überarbeiteten Reformpläne könne nach Ansicht vieler Kritiker nicht die Probleme des Gesundheitssystems lösen: So würden zwar durch Senkung der Lohnnebenkosten die Unternehmer und Arbeitnehmer entlastet, letztere müssten aber durch neu entstehende Zusatzkosten mehr Geld für ihre Gesundheit ausgeben und könnten somit weniger in andere Güter investieren (vgl. Financial Times Deutschland 2003: 1). Von anderen Kritikern wird angezweifelt, ob sich die Lohnnebenkosten überhaupt spürbar verändern werden:

„Die Früchte der Reform würden für viele Beitragszahler im nächsten Jahr noch nicht reifen, wenn ihre Kassen die Einsparungen nutzen, um die in der Vergangenheit aufgerissenen Finanzlöcher zu stopfen“ (Handelsblatt 2003: 2).

Noch kritischer urteilte der Spiegel über die neu beschlossene Gesundheitsreform:

„Das Werk, zunächst als Beleg für die Reformfähigkeit des Stillstandorts Deutschland gepriesen, enthält vor allem eines: massive Zusatzkosten für Otto Normalpatient. Die uneffektiven Strukturen des staatlichen Gesundheitssystems – mit Zehntausenden Kassenbürokraten, feh-

lender Wahlfreiheit und Hochpreis-Medikamenten – blieben weitgehend unangetastet“ (Nelles/Neubacher/Reuter 2003: 21).

Daher fordern Wissenschaftler eine Abkehr vom jetzigen System, und die beiden Stichwörter Bürgerversicherung und Kopfpauschale sind momentan in aller Munde. Bei der Bürgerversicherung müssen alle Berufstätigen, auch Beamte, Selbständige und Landwirte, einzahlen, wobei die Beitragsbemessungsgrenze angehoben wird. Zinsen, Dividenden und Mieten werden dem Einkommen hinzugerechnet. Kinder und nicht berufstätige Ehepartner sind weiterhin beitragsfrei mitversichert.

Anders als bei der Bürgerversicherung werden bei einer Kopfpauschale die Beiträge von der Einkommensentwicklung abgekoppelt. Unabhängig von seinem Einkommen zahlt jeder Erwachsene einen pauschalen Beitrag an einen Anbieter seiner Wahl, nur Kinder sind in diesem Modell kostenlos mitversichert. Der Anteil, der bisher vom Arbeitgeber finanziert wurde, wird dem Bruttolohn zugeschlagen. Geringverdiener zahlen 13,3 Prozent ihres Einkommens, wobei der Fehlbetrag an der pauschalen Prämie vom Staat gezahlt wird. Bei einem solchen Modell erfolgt ein sozialer Ausgleich nur über komplizierte Umwege, wobei Mittel- und Großverdiener trotz höherer Steuern mehr profitieren würden. Befürworter dieses Systems betonen aber zwei weitere positive Effekte: Die Kassenbeiträge sind nicht mehr unmittelbar vom Arbeitsmarkt abhängig, da die Pauschale nicht an das Einkommen geknüpft ist. Außerdem wird durch die Miteinbeziehung von Rentnern und Pensionären auch die Alterung der Gesellschaft mit berücksichtigt (vgl. Neubacher/Palmer 2003: 25f).

Beide Vorschläge werden hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen kontrovers diskutiert, zumal die Diskussion die gerade beschlossenen Reformpläne „zum mickrigen Zwischenergebnis“ (Neubacher/Palmer 2003: 24) werden lässt. So urteilte Wirtschaftsminister Clement:

„Ich halte nichts davon, jetzt eine Ausweitung der Einnahmen zu diskutieren. Ob Bürgerversicherung oder Kopfpauschale – beides ist nicht ausgereift“ (Clement zitiert nach Neubacher/Palmer 2003: 26).

Einigkeit herrscht darüber, dass in Zukunft der Prävention ein höherer Stellenwert zugesprochen wird. Dass im jetzigen Gesundheitssystem die

Prävention eine eher untergeordnete Rolle spielt, machen Vertreter des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung deutlich:

„Aber auch unser Gesundheitssystem arbeitet im Grunde paradox: Dort, wo der Mensch seine Gesundheit am leichtesten und zu günstigsten Preisen (und zugleich mit einem hohen Maß an persönlicher Autonomie) bewahren könnte, nämlich auf dem Gebiet der Prävention, geht das Gesundheitssystem am allerwenigsten auf sein Verhalten ein, weder reaktiv noch pro-aktiv – etwa bei der Gestaltung der Versicherungstarife, der Unterstützung der Prävention“ (ebd. 2003: 7f).

Viele Experten sind sich einig, dass durch eine erhöhte Prävention vor allem die Ausgabenseite im medizinischen Sektor deutlich entlastet werden könnte. Hierzu zählen neben umfangreicher Aufklärung und Beratung, schon in Kindergarten und Schule, auch zusätzliche positive Anreize, die das gesundheitsbewusste Verhalten der Bürger fördern sollen. Vorstellbar wären etwa Bonus- und Rabattsysteme, bei denen Versicherte einen Rabatt erhalten, wenn sie bestimmte Gesundheitswerte im Normbereich vorweisen können und auch bereit sind, diese anhand von regelmäßigen Untersuchungen kontrollieren zu lassen.

Diese Beispiele machen deutlich, dass die verschiedenen Wachstumsfaktoren der Gesundheitswirtschaft miteinander in einem engen Zusammenhang stehen. Gerade auf dem Gebiet der Prävention wird deutlich, dass eine erfolgreiche Umsetzung nicht allein von den politischen Rahmenbedingungen abhängig ist, denn diese sind relativ nutzlos, wenn sie nicht von den Bürgern angenommen werden. Anders gesagt, die Bürger müssen bereit sein, Gesundheit als privates Konsumgut zu akzeptieren und auch bereit sein, in dieses Konsumgut zu investieren. Die wachsende Bedeutung der Gesundheit soll nun im Folgenden thematisiert werden.

4.3.4 Die wachsende Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität als privates Konsumgut

In der Umfrage des Wohlfahrtssurveys 2001, in dem die Wichtigkeit einzelner Lebensbereiche für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Befragten erfasst wird, wurde die langjährig bekannte Dominanz des Lebensbereichs „Gesundheit“ bestätigt: 80% der Deutschen halten den Be-

reich „Gesundheit“ für sehr wichtig (vgl. Statistisches Bundesamt 2002: 453f). Einhergehend mit veränderten Präferenzmustern und Nachfragestrukturen wird Gesundheit nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit definiert, „sondern umfasst darüber hinaus das Streben nach umfassendem körperlichem Wohlbefinden und geistiger bzw. mentaler Ausgeglichenheit“ (Fretschner/Hartmann 2002: 107). Daher ist auch eine zunehmende Bereitschaft in der Bevölkerung zu beobachten, private Mittel für gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen aufzubringen. Es lassen sich einige Argumente finden, dass dieser Trend auch in Zukunft anhalten wird (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 26ff): So ist einerseits in den kommenden Jahren mit gesundheitsrechtlichen Interventionen und Regulierungen zu rechnen, die zu Streichungen im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen und einer steigenden Zuzahlung führen werden. Neben diesen „Pflichtzahlungen“ ist weiter zu beobachten, dass mit zunehmendem materiellem Wohlstand und fortschreitenden Individualisierungsprozessen auch die Wertschätzung des Gutes Gesundheit steigt und sich in wachsenden Teilen der Bevölkerung zu einem Statussymbol entwickelt. So ergibt sich eine breite Palette an Produkten und Dienstleistungen, die direkt auf die private Nachfrage zielen, also nicht in Zusammenhang mit den gesetzlichen Krankenkassen stehen: Schönheitsoperationen, Lifestyle Drugs, spezielle Nahrungsmittel, Fitness- und Wellnessangebote und Gesundheitsurlaube seien hier als Stichwörter genannt.

4.4 Was spricht gegen die Expansion von Dienstleistungen für mehr Lebensqualität?

Auf der Suche nach Argumenten gegen eine Expansion von Dienstleistungen für mehr Lebensqualität sei an die Argumentationen von Baumol und Gershuny erinnert. Vertreter der Kostenkrankheitsthese von Dienstleistungen können als Einwand einbringen, dass gerade personenbezogene Dienste eben dieser Kostenkrankheit ausgesetzt sind: Sie weisen nur ein geringes Rationalisierungspotential auf und orientieren sich an den Löhnen des sekundären Sektors. Daher ist der Konsum sehr teuer, was in Zeiten, die durch eine schwache Konjunktur gekennzeichnet sind, zu é-

nem erheblichen Konsumrückgang führen müsste. Würde die am wenigsten produktiven Dienstleistungen nun nicht staatlich subventioniert, würden sie mit der Zeit vom Markt verschwinden. Gerade die Randbereiche der Gesundheitswirtschaft, also die Bereiche, die privat vom Verbraucher und nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, sind durch eine hohe Preiselastizität gekennzeichnet: Sie sind wesentlich abhängiger von der gesamten wirtschaftlichen Lage und dem Einkommen, das den privaten Haushalten zur Verfügung steht.

Nach Gershuny führt der Weg in eine Selbstbedienungsgesellschaft, in der der Konsument die Möglichkeiten nutzen kann, auf Substitutionsgüter auszuweichen. Im Falle der Gesundheitswirtschaft würde dies besonders die Rand- und Nachbarbereiche betreffen, denn der eigentliche Kernsektor ist gegenüber dem Konsum von Substitutionsgütern relativ unempfindlich (ärztliche oder pflegerische Tätigkeiten können nur in den wenigsten Fällen durch ein Substitutionsgut ersetzt werden). Aber in den Nachbarbereichen könnte das Substitutionsgut eine größere Rolle spielen: Anstatt wöchentlich mehrmals zum Fitnessstudio zu gehen, könnte der Kunde alternativ seinen Keller umbauen und sich eigene Fitnessgeräte zulegen. Finanziell würde sich die Variante erst nach mehreren Jahren rentieren, der Konsument wäre aber zeitlich viel unabhängiger bei seiner wöchentlichen Trainingsgestaltung.

4.5 Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet: Stärken, Defizite und Perspektiven

Die Gesundheitswirtschaft als „hidden champion“ des Strukturwandels im Ruhrgebiet zu bezeichnen, ist durchaus berechtigt: Mit einem Beschäftigungszuwachs von fast 60% innerhalb der letzten zwanzig Jahre ist sie zu dem beschäftigungsintensivsten Wirtschaftsbereich in der Region geworden. Im Bereich der medizinischen und gesundheitsbezogenen Versorgung verfügt das Ruhrgebiet über eine gut ausgebaute Angebotsstruktur: Eine flächendeckende medizinische Versorgung von hoher Qualität und eine Vielzahl von gesundheits- und wellnesorientierten Einrichtungen sind ebenso vorhanden wie zahlreiche Unternehmen, die in den Bereichen

Forschung, Entwicklung und Medizin- und Biotechnik tätig sind (vgl. Borchers et al. 2003: 69f). Somit sind die Voraussetzungen im Prozess, das Ruhrgebiet als Gesundheitsregion zu etablieren und auch wettbewerbsfähig zu machen, relativ gut. Dennoch weisen Borchers et al. (2003) auf zwei zentrale Defizite der Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet hin: Erstens besteht nur eine unzureichende Kooperation der unterschiedlichen Akteure untereinander. Dieses Kooperations- und Marketingdefizit kann als ein wesentlicher Hemmnisfaktor für die weitere Entwicklung der Gesundheitswirtschaft gesehen werden. Kann dieser überwunden werden, würde dies zu einer erheblichen Steigerung der Aufmerksamkeit und Attraktivität der Gesundheitsregion führen.

Ein zweiter Punkt, in dem die Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet noch deutliche Defizite aufweist, ist das Herausstellen von Leuchtturmprojekten, in denen die Entwicklung und Erprobung innovativer und wegweisender Versorgungsstrukturen im Vordergrund steht. Hierdurch wird nicht nur einerseits das Sicherheitsgefühl und die Lebensqualität der Menschen in der Region gesteigert, sondern andererseits können die neuen Produkte und Dienstleistungen auch über die Grenzen der Region vermarktet werden und das Ansehen der Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet steigern (vgl. Fretschner/Grönemeyer/Hilbert 2002: 44).

Eine verstärkte Kooperation bezieht sich aber nicht nur auf die beteiligten Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, was das folgende Beispiel verdeutlicht:

„Eine stärkere Zusammenarbeit wird jedoch nicht nur auf der Ebene der Unternehmen und Einrichtungen aus der Gesundheitswirtschaft angestrebt, sondern auch die zentralen strukturpolitischen Akteure des Ruhrgebietes arbeiten mittlerweile zusammen, um die Chancen der Gesundheitswirtschaft für die Regionalentwicklung zu nutzen. Im Herbst 2001 haben der Initiativkreis Ruhrgebiet (IR), der Kommunalverband Ruhrgebiet (KVR), die Projekt Ruhr GmbH (PRG) sowie der Verein pro Ruhrgebiet (VpR) diese Chance aufgegriffen und sich auf ein gemeinsames Vorgehen zur Aktivierung und Profilierung der Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet verständigt. Ihre Kompetenzen haben sie dabei in der Gemeinschaftsinitiative MedEcon Ruhr gebündelt“ (Borchers et al. 2003 : 72).

Die Gestaltungsfelder der Gemeinschaftsinitiative, die sich als eine Art Informations-, Austausch- und Koordinationsplattform versteht, sind vor allem Medizintechnik, Spitzenmedizin, Unternehmensgründungen, Qualifizierung, Prävention und Seniorenwirtschaft. Die wesentlichen Ziele, die die Initiative verfolgt, werden in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Tabelle 7: Zielsetzungen der MedEcon Ruhr

Maßnahmen, die den Standort Ruhrgebiet im Bereich der Gesundheitswirtschaft verbessern:
<ul style="list-style-type: none">• Entwicklung und Erforschung von wegweisenden Versorgungsstrukturen;• Weiterentwicklung bereits existenter Versorgungsangebote;• Ausbau von gesundheitsnahen Angeboten im Freizeit- und Wellnessbereich, um die Attraktivität der Region auch überregional zu erhöhen;• Ausbau zur Kompetenzregion für die Seniorenwirtschaft;• Förderung von unternehmerischen Aktivitäten und Existenzgründungen;• Überregionale und internationale Vermarktung;• Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Gesundheitswirtschaft.

Quelle: Eigene Darstellung, nach Borchers et al. (2003: 72f)

Im Bereich der Nachfrage nach Leistungen der Gesundheitswirtschaft sei nochmals an die demographische Entwicklung im Ruhrgebiet erinnert: Der demographische Alterungsprozess der Gesellschaft hat im Ruhrgebiet einen Vorlauf von etwa 15 Jahren gegenüber dem gesamten Bundesgebiet (vgl. Kap. 3.5.1). Der überwiegenden Teil der älteren Bevölkerung ist dabei zwar nicht unmittelbar auf Pflege oder andere Hilfe angewiesen, bildet aber ein großes Kundenpotential für den Bereich der Gesundheitsförderung. Hierbei ist es vor allem wichtig, dass dieser Teil der Gesundheitswirtschaft nicht als Kostenfaktor, sondern als Wachstumsbranche eingeschätzt wird: Präventive Maßnahmen wie Ernährungsberatung, medizinische Vorsorge oder altersgerechte Sport- und Freizeitangebote gewinnen zunehmend an Bedeutung und werden auch in Zukunft (auch im Rahmen der Gesundheitsreform, in dem der Prävention ein deutlich höherer Stellenwert als bisher zugesprochen werden soll) eine wichtige Rolle spielen (vgl. Barkholdt et al. 1999: 17).

4.6 Ein erstes Fazit: Bringt die Gesundheitswirtschaft neue Beschäftigung?

Hinter dem Begriff „Gesundheitswirtschaft“ verbirgt sich ein Konzept, das neben den üblichen Kostenaspekten auch erstmals die wirtschaftlichen Wachstumschancen des Gesundheitssektors betont. Eine solche Betrachtungsweise macht eine Neudefinition und Ausweitung des klassischen Bereiches des Gesundheitssystems notwendig: Neben dem eigentlichen Kernbereich, der ärztlichen und pflegerischen Versorgung, werden auch Vorleistungs- und Zulieferbereiche (z. B. Medizintechnik, Beratung) aber auch Rand- und Nachbarbereiche (z. B. Sport und Freizeit, Tourismus) unter dem Begriff „Gesundheitswirtschaft“ zusammengefasst. Die Gesundheit wird als ein Produkt aufgefasst, mit dem der Kunde seine Lebensqualität steigern kann. Und die Statistiken bestätigen das Bild vom „Wachstumsmarkt Gesundheitswirtschaft“: In Nordrhein-Westfalen arbeiten rund 1 Millionen beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft, die damit die beschäftigungsintensivste Branche ist.

Durch die Entwicklung innovativer Dienstleistungsangebote konnten sich gerade in den Rand- und Nebenbereichen in den vergangenen Jahren regelrechte „Boombranchen“ heraus bilden, die auch in der Zukunft zu den großen Hoffnungsträgern hinsichtlich positiver Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft zählen. Diese positive Entwicklung kann aber nicht als „Selbstläufer“ gesehen werden, sondern sie hängt von einer Reihe von Faktoren ab, die die einzelnen Bereiche in unterschiedlicher Weise beeinflussen: Die Alterung der Gesellschaft erhöht nicht nur den Bedarf an pflegerischen Leistungen. Zwar ist anzunehmen, dass sich mit einer Steigerung der Anzahl von Hochbetagten auch die Anzahl der Personen erhöht, die auf ärztliche und pflegerische Hilfe angewiesen ist, was sich hinsichtlich der Beschäftigungsentwicklung positiv auf den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft auswirken würde. Andererseits bildet die zunehmende Zahl älterer Menschen eine große Gruppe potentieller Kunden für Gesundheitsprodukte, was gerade auch die Rand- und Nachbarbereiche positiv beeinflussen kann.

Hier schließen sich zwei weitere Einflussfaktoren nahtlos an: Erstens müssen die Menschen über ausreichend Einkommen verfügen und zweitens müssen sie auch bereit sein, dieses in ihre Gesundheit zu investieren. Im Klartext heißt das: Die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung muss ausreichend positiv sein, und die Menschen müssen akzeptieren, dass sie eine gewisse Menge an Eigenverantwortung für ihre Gesundheit tragen. Letzterer Punkt kann als relativ positiv beurteilt werden, da zu beobachten ist, dass in der Bevölkerung eine zunehmende Bereitschaft zu beobachten ist, private Mittel für gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen aufzubringen. Hinsichtlich der Entwicklung der ökonomischen Rahmenbedingungen ist allerdings anzumerken, dass die Wirtschaftsprognosen im Frühjahr 2003 nur moderate Konjunkturerholungen und unwesentliche Steigerungen des privaten Konsums prognostizieren.

Einen weiteren Einflussfaktor bilden die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die in erster Linie politisch steuerbar sind. Die Maßnahmen, die sich im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz mit den Finanzierungsproblemen der gesetzlichen Krankenkassen befassen, betreffen vorzugsweise den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Da aber in Zukunft der Gesundheitsprävention ein höherer Stellenwert angedacht ist, kann sich dies auch auf die Nachbar- und Randbereiche auswirken. Geplante Bonussysteme bei Krankenkassen, die Kunden positive Anreize für eine gesundheitsbewusste Lebensführung bieten sollen, bieten neue Chancen besonders im Sport- und Freizeitbereich.

Im folgenden Teil soll nun ein Nachbarbereich der Gesundheitswirtschaft näher hinsichtlich möglicher Beschäftigungschancen untersucht werden. Der Fitnessmarkt hat in den letzten Jahre beachtliche Beschäftigungszuwächse zu verzeichnen und hat sich im Bereich der Freizeitwirtschaft zu einer festen Größe etabliert. Ob nun durch die Querverbindungen zur Gesundheitswirtschaft mit einem weiteren Zuwachs zu rechnen ist, soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

V. Die Fitnesswirtschaft in der Bundesrepublik

Deutschland

Der deutsche Fitness- und Wellnessmarkt konnte sich in den 90er Jahren innerhalb des Dienstleistungssektors zu einer festen Größe etablieren, wobei zweistellige Wachstumsraten und Mitgliederzuwächse von bis 400.000 Kunden nicht außergewöhnlich waren (vgl. Reppert 2003: 1). Innerhalb der Branche kam es innerhalb der letzten zwanzig Jahre zu einer Nachfrageverschiebung: War die Szene in den 80er Jahren vom muskelaufbauenden Training und dem damit verbundenen schlechten Image des Marktsegments Bodybuilding geprägt, geht der Trend nun in Richtung fitnessorientiertes Ausdauertraining, qualifizierte Beratung und entspannungsorientierte Wellnessdienstleistungen oder wie Hollasch und Mathias pointiert beschreiben:

„Large fitness operations are well-managed and employ professional staff, and the image of fitness clubs attracting only ‘Schwarzenegger wannabes’ is long gone. The new clubs are clean, equipped with the most recent cardiovascular and resistance machines and attract a totally different type of member” (ebd. 2003: 58).

Hierdurch hat sich nicht nur das Kundenklientel geändert, durch die wachsende Nachfrage in Richtung gesundheitsorientierter Dienstleistungen haben sich auch die Anforderungen und Qualifikationen, die an das Personal gestellt werden, erhöht, zudem werden von einer Studioleitung zunehmend unternehmerisches Geschick und ökonomische Kenntnisse gefordert (vgl. Deloitte & Touche 2002: 3).

Doch die anhaltende Konsumflaute verschont auch die Fitnesswirtschaft nicht: Konnte die Branche im Jahr 2001 noch einen Zuwachs von fast 20 Prozent verzeichnen, kam es im Jahr 2002 erstmals zu einem Umsatz- und Mitgliederrückgang (vgl. Klawitter 2003: 90). Besonders trifft der Branchenrückgang die kleinen Einzelstudiobetreiber, deren Ziel es in Zukunft sein wird, durch die Entwicklung neuer Angebote Kundengruppen zu erschließen, die bislang von der Branche vernachlässigt worden sind.

Generell können zwei Arten von Anlagetypen unterschieden werden: Einerseits die kommerziellen Anbieter, andererseits ist zu beobachten, dass

immer häufiger öffentliche Sportvereine, also sogenannte „Non-Profit“ Organisationen, Fitness- und Wellnessdienstleistungen anbieten. Solche öffentlichen Anlagen haben gegenüber kommerziellen Studios einen steuerlichen Vorteil: Grundsätzlich fallen zwar auch bei Vereinen Grundsteuer, Grunderwerbssteuer, Kraftfahrzeugsteuer, Erbschafts- und Schenkungssteuer an, dennoch haben Bund, Länder und Kommunen steuerliche Vergünstigungen für Vereine geschaffen, die als gemeinnützig anerkannt sind. Gemeinnützig sind dabei die Vereine, deren ausschließliches Ziel es ist, den Amateursport zu fördern. Sie können z. B. Steuervergünstigungen bei der Gewerbesteuer oder der Körperschaftssteuer geltend machen (vgl. Deloitte & Touche 2002: 24).

In diesem Teil der Arbeit werden beide Arten von Anlagentypen hinsichtlich der Beschäftigungsentwicklung untersucht. Anhand von Experteninterviews wurden Vertreter der kommerziellen Anlagen befragt, wobei unterschiedliche Studiotypen bzw. Organisationen ausgewählt wurden. Neben zwei kleinen eigenständigen Unternehmen (eines davon ist ein Fitnesscenter nur für Frauen) wurde auch die Unternehmensleitung einer Franchise-Kette und ein Verbandsvertreter interviewt. Die Befragung der Sportvereine erfolgte anhand einer Fragebogenuntersuchung.

Doch im Vorfeld soll die Verbindung zwischen Freizeit und Gesundheit thematisiert werden. Im vorhergehenden Kapitel wurde festgestellt, dass die Freizeit- und Fitnessindustrie als eine Nachbarbranche der Gesundheitswirtschaft gesehen werden kann. Wo diese Verbindungen liegen soll im Folgenden erörtert werden.

5.1 Fitnesswirtschaft – Verbindung zwischen Freizeit und Gesundheit

„Streife ich sonntags durch den Wald und über die Felder, lese ich die Werbeanzeigen für das x-te neueröffnete Fitneß- oder Bräunungsstudio am Ort, halte ich die erste Ausgabe des xten Magazins für den ´Typ mit dem sportiven Lebensstil´ in der Hand oder eine der Spezialzeitschriften für Body Builder, Mountain-Biker, Rafter usw., erreicht mich die x-te Aufforderung, an einem Fitneß-, Trimm-Dich-, Diät- (Welcher Fett-Typ sind Sie?) oder Raucherentwöhnungskurs der ´Gesundheitskasse´ teil-

zunehmen und im Shop derselben den Gymnastikball und die Gymnastikmatte zu erwerben, weiß ich: Der Körper hat Konjunktur“ (Handschuh-Heiß 1998: 167).

Schon an diesem sicherlich überspitzt dargestellten Beispiel wird deutlich, dass Sport in der heutigen Freizeitgestaltung nicht mehr wegzudenken ist. Gleichzeitig ist aber auch zu erkennen, dass das Produkt „Gesundheit“ von einer Vielzahl von verschiedenen Branchen vermarktet wird, wobei immer wieder die Beziehung von Sport und Gesundheit thematisiert wird. Prahl spricht hierbei von einem neuen Verhältnis zum Sport:

„Dienten sportliche Aktivitäten noch Mitte des 20. Jahrhunderts der Wiederherstellung der im Arbeitsprozess verschlissenen Arbeitsfähigkeit, so dient Sport in jüngerer Zeit mehr dem Abbau von Spannungen, die in der Arbeitswelt, Familie und auch im Bildungsbereich aufgestaut worden sind. Die rekreative und regenerative Funktion wird immer mehr durch die kompensatorische Funktion ergänzt“ (Prahl 2002: 226).

An dieser Stelle ist auch eine Verbindung zu den in Kapitel 2 beschriebenen Theorien zu Dienstleistungsgesellschaft zu erkennen. Mit der Verschiebung zwischen den Beschäftigungssektoren, hat sich auch die Qualität der Arbeit verändert. Im tertiären Sektor gehen die physischen Belastungen zurück, während die psychischen Belastungen ansteigen. Einer wachsenden psychosozialen Belastung steht eine physische Unterforderung gegenüber, wobei der Sport als Ausgleichsmechanismus dienen kann. Dies geht einher mit einem zunehmenden Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung, das dadurch gekennzeichnet ist, dass Gesundheit von weiten Teilen der Bevölkerung nicht mehr als „von Gott gegebene Gabe“ oder genetischer Faktor, sondern als ein selbst beeinflussbares Gut angesehen wird (vgl. Prahl 2002: 211). Daher verbinden immer mehr Menschen eine sportlich aktive Freizeitgestaltung mit dem Bedürfnis, einen Eigenbeitrag zur Gesundheitsprävention zu leisten (vgl. Born/Langer 2001: 202). Dies ergab auch eine repräsentative Befragung¹¹ im September 2001, bei der mehr als vier Fünftel der Befragten glaubten, dass Sport und gesundheitsfördernde Maßnahmen in den kommenden Jahren an

¹¹ Die Befragung wurde im September 2001 vom Forsa-Institut im Auftrag des Arbeitskreises Freizeitwirtschaft im Institut der deutschen Wirtschaft Köln durchgeführt.

Bedeutung gewinnen werden. Nur 11% der Befragten gaben an, keinen Sport zu treiben, 22% trainieren zwei bis vier Stunden in der Woche und 19% widmen mehr als sechs Stunden in der Woche dem Sport (iwd 2001: 6). Der Zusammenhang von Sport und Gesundheit ist dabei in zahlreichen Untersuchungen bewiesen worden: Regelmäßiger Sport kann Krankheiten vorbeugen und die Lebensqualität erhöhen. Erst kürzlich wurde ein Reparaturmechanismus für geschädigtes Herzgewebe bekannt, der durch regelmäßige Bewegung aktiviert wird (vgl. Kappler 2003: o.S.). Der Fitnessbranche wird in diesem steigenden Gesundheitsbewusstsein eine große Bedeutung zugesprochen, wobei Fitsein die Abwesenheit von Krankheiten und Behinderungen ausdrückt und einhergeht mit steigender Leistungsfähigkeit, Aktivität und psychosozialer Zufriedenheit (vgl. Prahl 2002: 225).

Hierbei ist auch anzumerken das sich auch die Branche selbst nicht mehr als Vertreter der „Spaßgesellschaft“ versteht, sondern als ein gesundheitsfördernder Wirtschaftszweig:

„Der 11. September hat bei vielen Leuten eine gewisse Nachdenklichkeit ausgelöst, und zwar hinsichtlich der Werte, nach denen ein Leben funktionieren soll. Gesundheit und Leistungsfähigkeit haben eine neue Bedeutung bekommen. Spaß und Verschwendung sind rückläufig in der Werteskala. (...) Wir sind Unternehmer, die Fitness und Bewegung verkaufen. Das machen wir aber so gut, dass es Spaß macht, dabei zu sein“ (Claussen zitiert nach Freizeitwirtschaft 2002: 2).

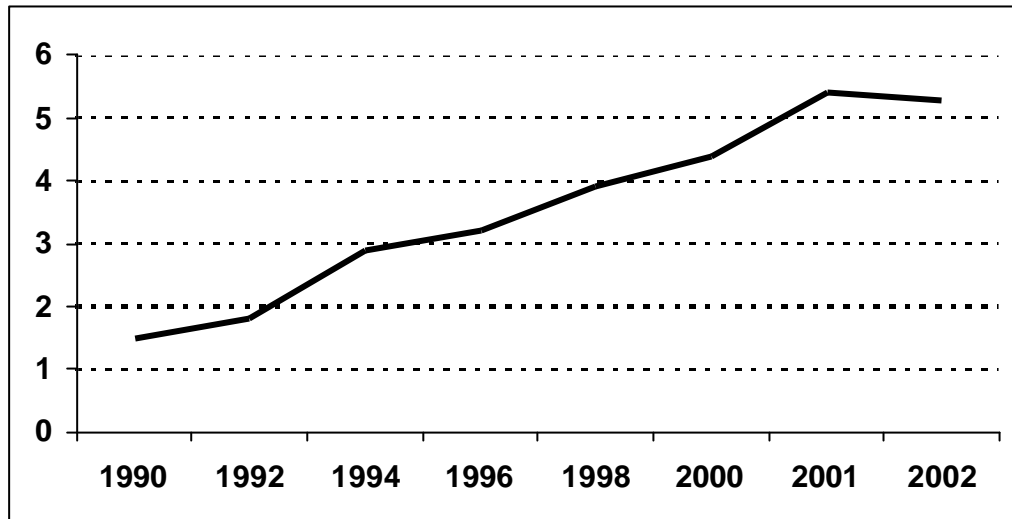
Auch im Zusammenhang mit der zunehmenden Individualisierung treten klassische Vereinssportarten in den Hintergrund, weil das Zeitbudget in Folge von beruflicher und familiärer Beanspruchung eher eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio zulässt, in dem die Trainingsgestaltung sehr individuell gestaltet werden kann. Wie sich die Fitnessbranche in Deutschland entwickelt hat, soll im folgenden Abschnitt thematisiert werden.

5.2 Die Entwicklung der kommerziellen Fitnesswirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland

Die Fitnessbranche sah sich 2002 erstmalig mit einem Mitgliederrückgang konfrontiert: Konnten in den Jahren zuvor oftmals Mitgliederzuwächse von mehreren hunderttausend Neukunden verzeichnet werden, ging im Jahr

2002 die Mitgliederzahl gegenüber dem Vorjahr um 100000 Kunden auf 5,3 Millionen zurück. Die folgende Graphik zeigt die Mitgliederentwicklung der Fitnessclubs der letzten Jahre:

Abbildung 11: Fitnessclub-Mitglieder in Deutschland von 1990 bis 2002 (in 1 Mio.)



Quelle: Deloitte& Touche (2002: 5) und FAZ, eigene Darstellung

Es ist zu erkennen, dass sich die Anzahl der Mitglieder im Zeitraum von 1990 bis 2002 mehr als verdreifacht hat. Beeinflusst wird die Mitgliederentwicklung unter anderem durch die Zunahme an persönlicher Freizeit, durch die steigende Bedeutung der menschlichen Grundbedürfnisse Gesundheit und Wohlbefinden und durch eine zunehmende Thematisierung von Gesundheit, Fitness und Schönheit in den Medien (vgl. Deloitte & Touche 2001: 8). Gleichzeitig hat sich auch die Altersstruktur der Mitglieder geändert: Lag das Durchschnittsalter vor zehn Jahren noch bei 24,3 Jahren, ist es mittlerweile auf 35,4 Jahre gestiegen (vgl. FAZ 2003: 1).

Auf der Angebotsseite ist parallel zum Mitgliederwachstum ein Wachstum an der Anzahl der Fitnessanlagen zu verzeichnen: Die mehr als 6.500 Sportstudios (1990 gab es etwa halb so viele) in Deutschland konnten im Jahr 2002 einen Umsatz von insgesamt 3,2 Milliarden Euro erzielen, was einer Verdreifachung im Vergleich zum Jahr 1990 entspricht (vgl. FAZ 2003b: 1). Es ist aber auch zu beobachten, dass sich die verschiedenen Studiotypen unterschiedlich entwickeln. Die Sportstudioketten und Franchise-Clubs konnten in den vergangenen Jahren deutlich höhere Wachs-

tumsraten erzielen als die kleinen, unabhängigen Anbieter. Laut einer Studie von Deloitte & Touche (2002) wird sich dieser Trend auch in Zukunft noch verstärken:

„Die größten Anbieter auf dem deutschen Markt erwarten ca. 1,8 Millionen Mitglieder in 2005. Dies entspricht einem Marktanteil von etwa 27%, verglichen mit 11% per Ende 2001. (...) Andererseits werden kleinere Clubs voraussichtlich aus dem Markt gedrängt. Wir erwarten bei diesen Anlagen lediglich noch ein durchschnittliches kumuliertes jährliches Wachstum von 1% pro Jahr bis zum Jahr 2005“ (ebd. 2002: 16).

Diese Ergebnisse wurden durch die geführten Interviews bestätigt. Besonders kleine Fitnessanlagen wurden 2002 mit einem stagnierenden Mitgliederzuwachs und einer Reihe von Mitgliederkündigungen konfrontiert. So berichtet die Betreiberin einer Fitnessanlage in Bochum:

„Man kann sagen, dass mit dem Euro die Nachfrage deutlich gesunken ist. Wir haben dann sehr viele Kündigungen erhalten, und wenn wir dann telefonisch nachgefragt haben, woran es liegt, haben die Leute immer gesagt: 'Ich kann es mir nicht mehr leisten'. In dieser Situation mussten wir reagieren, und wir haben die Beiträge um fast 25% reduziert“ (Interview 2).

Auch in einer weiteren Anlage in Dortmund, die in dem Zeitraum von 1999-2001 deutliche Zuwächse zu verzeichnen hatte, stagnierte die Mitglieder Zahl im Jahr 2002: „Auf Grund der allgemeinen schlechten wirtschaftliche Lage, war unser Ziel, im Jahr 2002 keine Mitglieder zu verlieren“ (Interview 1). In dieser Situation waren gerade die kleineren Anlagen gezwungen, Nischenstrategien zu entwickeln, mit denen neue Kunden gewonnen werden konnten: In einer Anlage in Dortmund, die in der Nähe der Dortmunder Universität liegt, konnten durch spezielle Sondertarife vermehrt Studenten als neue Mitglieder gewonnen werden. Die Anlage in Bochum, die ein Fitnessclub ausschließlich für Frauen ist, setzt vermehrt auf gesundheitsbezogene Programme, die sich hauptsächlich aus präventorischen und ernährungsberatenden Maßnahmen zusammen setzen. Während ein Betreiber einer Fitnesskette (Interview 3) und ein Verbandsvertreter (Interview 4) bezüglich der Gesundheitsprävention keine große Interesse an der Zusammenarbeit mit Krankenkassen oder der Ausweitung des Angebots zeigten („Die Teilnehmer können nicht als Neukunden

gewonnen werden, die machen ihre Kurse und sind dann wieder weg, das ist für uns nur ein netter Zusatzgewinn.“ „Die Programme werden keinen wesentlichen Einfluss auf die Branche haben.“), sehen gerade die Einzelanbieter hier eine Chance für eine positive Zukunftsentwicklung: „Wir sind froh, dass wir jetzt die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen haben, um den Nachfragerückgang auszugleichen. Hier wird es natürlich spannend, ob die Kundinnen nach dem Kurs auch bleiben (...) Generell muss besonders in der Bevölkerung der Wille zur Prävention gefördert werden“ (Interview 2). Entscheidend für das dauerhafte „Überleben“ der kleinen Anlagen, wird sein, wie sie in der Lage sind, rechtzeitig Strategien zu entwickeln, um auf zukunftsorientierte Angebote zu reagieren:

„Gute Chancen bestehen derzeit im Premium-Zielbereich, aber auch für Frauenstudios oder Family-Clubs. Viel versprechend sind auch Programme für 40-bis 70-jährige, die entsprechend der sich verändernden Bevölkerungspyramide immer mehr zur größten und kaufkräftigsten Zielgruppe werden. Und hat man sich einmal für seine Positionierung und Zielgruppe entschieden, sollte man auch in Kundenbindungssysteme zur Stammkundenpflege investieren. Vor allem kleinere Clubs sollten sich als inhabergeführte Studios mit persönlicher Atmosphäre durch eine sehr individuelle und intensive Betreuungsqualität hervorheben“ (Krempel 2003: 3).

Genau diese „familiäre“ Atmosphäre (Interview 1) wurde auch von den Betreibern der Einzelanlagen thematisiert. Sie betonen den persönliche Charakter der Anlage, „wo jeder jeden kennt, und jeder auch mal bei privaten Problemen ein offenes Ohr für den anderen hat“ (Interview 2).

Eine andere „Überlebensstrategie“ für kleinere Anlagen bieten die Betreiber eines Franchise-Systems. Mit der Bezahlung einer Gebühr erhalten die Teilnehmer eine professionelle Unternehmensberatung, nehmen am internen Aus- und Fortbildungsprogramm teil und erhalten durch überregionale Werbung einen zusätzlichen Marketingsupport. Um an dem System teilnehmen zu können, werden die Anlagen bezüglich der Räumlichkeiten und der Mitarbeiterqualifikationen geprüft (Interview 3).

Hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen sind die Befragten unterschiedlicher Meinung. In den beiden inhabergeführten Studios, in denen

zum überwiegenden Teil Teilzeitkräfte und Freiberufler arbeiten, qualifiziert sich das Personal durch einen Trainerschein und/oder ein abgeschlossenes oder laufendes Sportstudium. Zusätzlich wird die Bereitschaft zur Weiterbildung mindestens einmal pro Jahr vorausgesetzt, wobei „die Mitarbeiter, die noch in andere Studios arbeiten, sowieso von sich aus an Fortbildungen teilnehmen“ (Interview 1). Verbandsvertreter und Kettenbetreiber sprechen sich eher für eine einheitliche Regelung in Form eines allgemein anerkannten Gütesiegels aus: „Eine Ausbildung zum Sportlehrer reicht nicht mehr aus, die Qualifikation muss spezifischer auf den Fitnessbereich zielen“ (Interview 3). Auch von Verbandsseite wäre eine allgemeine Qualifikationsnorm wünschenswert, bei der ein Siegel vergeben wird nach erfolgreicher Prüfung von Qualifikation der Mitarbeiter und Angebot der Programme (Interview 4). Hinsichtlich der Ausweitung des Personals in Richtung medizinisches Fachpersonal sind die Befragten geteilter Meinung. Während die Betreiberin der Anlage, die ein breites Angebot an Prävention anbietet, eine Zusammenarbeit mit medizinischem Personal begrüßen würde, wird dies von den Betreibern großer Anlagen eher abgelehnt:

„Die Kunden wollen nicht, dass das ganze Personal in weißen Kitteln rumläuft. Die Anlage soll nicht den Eindruck eines Krankenhauses erwecken, in dem man vom Arzt behandelt wird. Training soll schließlich Gesundheit und Fitness verkörpern, und dann ist es nicht sinnvoll, wenn hier nur Ärzte und Kranke rumlaufen“ (Interview 3).

Die Neuregelung der 325 €-Jobs wird von allen Befragten begrüßt, weil es die Suche nach geeignetem Personal erleichtern wird:

„Mit dem 630 DM-Gesetz war es am Anfang schwer, überhaupt noch Mitarbeiter zu bekommen. Die meisten haben gesagt, dass es sich für so wenig Geld nicht mehr lohnt, noch zu arbeiten. In dieser Situation sind wir dann auf die Möglichkeit ‘Freiberufler’ ausgewichen. Ich hoffe, dass sich durch die Neuregelung in diesem Bereich einiges wieder bessern wird“ (Interview 2).

Bezüglich der Leistungen, die in den Studios angeboten werden, waren sich alle Befragten einig, dass in Zukunft die gesundheitsbezogenen Angebote eine entscheidende Rolle spielen werden. Hinsichtlich der Erweiterung ihrer Angebote tritt die genaue Marktbetrachtung zunehmend in den

Mittelpunkt. Während es den großen Fitnessketten oftmals leichter fällt, auf neue Trends zu reagieren, ist bei den kleinen Anbietern eine genaue Entwicklung der Trends nötig:

„Die Einführung neuer Angebote ist oftmals mit sehr hohem finanziellen Aufwand verbunden. Es müssen neue Geräte angeschafft werden, was zudem auch noch ein räumliches Problem darstellen kann. Manchmal sind dann auch Sportarten wieder sehr schnell out, und man sitzt auf den teuren Geräten. Deshalb ist es wichtig, dass man erst mal auf Messen schaut, wie sich die Sportart entwickelt, oder man schaut, ob das Angebot in den USA erfolgreich war“ (Interview 1).

Generell wird von allen Befragten die Entwicklung des Fitnessmarktes in den USA genau beobachtet, da sie bezüglich der Angebote und Trends für Deutschland eine Art „Vorbildfunktion“ (Interview 4) einnimmt. Daher wird im folgenden Abschnitt die Entwicklung des Fitnessmarktes der USA und dessen Zukunftsperspektiven beschrieben.

5.3 Exkurs: „Können wir von den USA lernen?“ – Der Fitnessmarkt in den USA

Die Anfänge der amerikanischen Fitnessbewegung gehen zurück bis in das Ende der sechziger Jahre. In dieser Zeit dominierten die Sportarten Tennis und Laufen den amerikanischen Markt, erst ab 1970 wurde das Gerätetraining populär. Was mit einfachen Fahrrad-Heimtrainern begann, wurde schon bald um eine Reihe weiterer Geräte erweitert, denn die Nachfrage nach Fitnessangeboten stieg enorm (vgl. Kratzman/Stamford 2002: o.S.). Der darauf folgende „Fitnessboom“ ist aber nicht als Selbstläufer zu verstehen, sondern geht auf verschiedene Ursachen zurück:

„Fitness did not grow out of a vacuum. It evolved slowly from a series of environmental factors, including the social revolution, the transformation of American health care (to Managed Care) including corporate wellness and hospital fitness, changes in educational curriculums, the flattering of America – the Couch Potato Movement and the rapid shift in demographic and population profiles“ (Kratzman/Stamford 2002: o.S.).

Neben dem Zuwachs an Fitnessanlagen entwickelte sich in den neunziger Jahren in den USA aber auch ein sogenannter „Home Fitness Market“,

weil zunehmend mehr Kunden begannen, in ihrem Haus eigene private Fitnessbereiche einzurichten (vgl. Kratzman/Stamford 2003: o.S.). So ergab eine Untersuchung von 1997, dass 11,3 Mio. Bürger zu Hause an mehr als 100 Tagen im Jahr trainieren, während 9,4 Mio. Bürger an mehr als 100 Tagen in einem Fitnesscenter trainieren (vgl. ihrsa 2003: 1). Die Terroranschläge vom 11. September 2002 haben aber in den USA eine bis dahin noch nicht gekannte „Neueintrittswelle“ in Clubs ausgelöst (vgl. Freizeitwirtschaft 2002: 1): „By 2001, the figure for home exercisers (16,9 million) was only 22% higher than for health club exercisers (13,9 million)“ (ihrsa 2003: 1). Insgesamt ist in den USA die Fitnessclub-Mitgliederzahl von 1987 bis 2001 von 17,3 auf 33,8 Millionen Mitglieder gestiegen, wobei die Fitnessketten die größten Zuwachsraten verzeichnen: 2000 trainierten 30% der Mitglieder in kommerziellen Clubs in Anlagen der drei größten privaten Anbieter (vgl. Deloitte & Touche 2002: 9).

Gegenüber dem deutschen Fitnessmarkt weist die amerikanische Fitnessszene einige Unterschiede auf, so dass beide nicht unmittelbar zu vergleichen sind. So ist etwa der traditionelle Vereinssport in Deutschland ausgeprägter als in den USA, die Auslastungszeiten der Anlagen sind anders (in den USA gibt es eher eine Rund-um-die-Uhr-Betrieb, während in Deutschland die Hauptauslastungszeit zwischen 17.00 und 20.00 Uhr liegt) (Interview 4) und die sogenannten „Non-Profit-Organisations“ spielen in den USA mit 38% der Gesamtmitglieder eine deutlich größere Rolle als in Deutschland. Mit steuerlichen Vorteilen von bis zu 35% gegenüber den kommerziellen Anbietern bilden sie für diese eine ernstzunehmende Konkurrenz:

„Diese Anlagen stellen einen starken Wettbewerber für die kommerziellen Fitnessclubs in den USA dar, da sie sich mittlerweile nicht mehr nur auf Mitglieder mit geringerem Einkommen konzentrieren, sondern verstärkt versuchen, in den wohlhabenden Gemeinden Fuß zu fassen und somit in Konkurrenz zu den etablierten Fitnessclubs treten“ (Deloitte & Touche 2002: 25).

Trotz der Unterschiede der beiden Märkte lohnt sich ein Blick auf die zukünftige Entwicklung des amerikanischen Marktes, denn in den Expertengesprächen hat sich gezeigt, dass für die Angebotsentwicklung in

Deutschland der Markt in den USA eine besondere Rolle spielt: „Nach außen muss immer vermittelt werden: Der neuste Trend aus den USA, in der Regel läuft das Produkt dann,“ „Eine wichtige Rolle spielt die Entwicklung in den USA.“ (Interview 4/1). Die folgende Tabelle fasst die zukünftigen Trends zusammen, die für den amerikanische Fitnessmarkt prognostiziert werden:

Tabelle 8: Fitness Trends ab 2003 in den USA

„What will the trends in fitness be in coming years?“
<ul style="list-style-type: none">• Die Zahl der Personal-Trainer wird deutlich zunehmen, wobei auch das Online-Training zunehmend an Bedeutung gewinnt;• eine Kombination aus Cardio- und Krafttraining wird sich zu einem neuen Trend entwickeln;• in der Gruppe der „Über 50-Jährigen“ wird ein deutlicher Mitgliederzuwachs zu verzeichnen sein;• Familientraining wird deutlich zunehmen, wobei Kindertraining eine wichtige Rolle spielen wird;• Prävention tritt auch unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten in den Vordergrund;• die Gruppe der Personen, die parallel zu Hause und in einem Fitnesscenter trainieren, wird steigen;• Fitnesstraining wird sich als Ausgleichssportart etablieren;• Non-Profit-Organisations bleiben eine harte Konkurrenz für die privaten Anbieter;• Entspannungsprogramme werden in der Nachfrage steigen;• generell wird der gesundheitliche Faktor beim Fitnesstraining an Bedeutung gewinnen.

Quelle: IFIS-SPOT 2002 und 2003

Es ist zuerkennen, dass sich einige Trends aus den USA auch in Deutschland bereits etabliert haben. Hierunter fallen etwa die zunehmende Bedeutung der älteren Generation, das wachsende Gesundheitsbewusstsein, das Prävention und gesundheitsfördernde Angebote wachsen lässt sowie die steigende Nachfrage nach Wellness- und Entspannungsangeboten.

Andere Trends wie etwa die Entwicklung der Personal-Trainer oder des Familienangebotes spielen in Deutschland noch keine entscheidende Rolle bei der zukünftigen Entwicklung der Fitnessszene. Zwar gehört eine Kinderbetreuung mittlerweile zur Grundausstattung einer Fitnessanlage, Kinder und Jugendliche aber als potentielle Kunden zu betrachten gehört

in Deutschland eher zur Ausnahme und kann eher als eine Nischenstrategie für kleine private Anlagen gesehen werden.

Weiter ist zu beobachten, dass sich in USA und Kanada immer mehr sogenannter „Hospital Fitness Center“ entwickeln. Gab es zum Ende des Jahres 2002 etwa 550 solcher Anlagen, wird die Zahl der Anlagen im Jahr 2004 auf 800 prognostiziert. Mit einer Mischung aus traditioneller Medizin, Fitness und Wellnessangeboten sehen sich die „Hospital Fitness Center“ eher als gesundheitsbezogener Dienstleister und setzen bezüglich ihres Kundenklientels andere Maßstäbe, als herkömmliche Fitnessanlagen:

„Hospital fitness centers have the opportunity to provide a direct link to the healthcare system using an integrated continuum of care model that incorporates a retail business plan. Managing members' risk factors, and providing early detection, rehabilitation, post-rehabilitation and overall lifestyle management should be the mission and priority of any hospital-based center" (Black 2003: 5).

Eine solche Anlage verlangt auch erweiterte Qualifikation vom Personal. Mitarbeiter müssen hinsichtlich ihres medizinischen Wissens geschult werden und benötigen besondere pädagogische Fähigkeiten, denn oftmals haben die Kunden noch keinerlei Erfahrungen im Fitnessbereich und benötigen eine fachgerechte Einführung (vgl. Black 2003: 2ff).

Auch die Entwicklung der „Non-Profit-Organisations“ steckt in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Bisher betreiben relativ wenige Sportvereine ein professionelles und auch kommerziell nutzbares Sportstudio. Wie sich diese Szene in Deutschland entwickelt hat und was in Zukunft für eine Entwicklung in diesem Bereich zu erwarten ist, soll im nächsten Abschnitt erörtert werden.

5.4 Die Entwicklung der Fitnessbranche in Sportvereinen

Die befragten Vereine weisen alle ein relativ großes Mitgliederpotential auf, wobei die Spannbreite zwischen 1500 und 7300 Mitgliedern liegt (vgl. Anhang A Tab. 1) und decken ein breites Spektrum an unterschiedlichen Sportarten ab: Jeder Verein hat mindestens zehn Abteilungen, wo unter anderem neben den klassischen Ballsportarten auch eher exotische

Sportarten wie Lacrosse, Faustball oder Rhönrad angeboten werden (vgl. Anhang A Tab. 4). Alle Fitnessanlagen sind relativ neu, nur zwei wurden Mitte der 80er Jahre eröffnet, die anderen acht Anlagen sind alle nach 1990 entstanden. Zur Gründung des Sportstudios kam es in acht Fällen durch die Initiative des Vereinsvorstands, zwei Anlagen haben sich aus der Fitness- und Gymnastik – Abteilung des Vereins gegründet. Neben dem kommerziellen Interesse geben die Befragten an, mit dem Sportstudio ihr Angebot gerade in Richtung Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation zu erweitern.

Die Anlagen kann bei allen befragten Vereinen sowohl von Vereinsmitgliedern als auch von externen Interessierten genutzt werden. Mit dem jeweiligen Monatsbeitrag der Anlage zahlen die Kunden gleichzeitig den Mitgliedsbeitrag für den Verein. Die Kunden der Fitnessanlage können also in allen Vereinen die weiteren Angebote des Sportvereins nutzen. Dieses Angebot wird sehr unterschiedlich angenommen: Sieben Vereine geben an, dass die meisten Kunden des Sportstudios nicht die Angebote des Vereins nutzen, in drei Vereinen werden die weiteren Angebote des Sportvereins positiv angenommen. In vier der Fitnessstudios liegt der Monatsbeitrag unter 30 Euro, in den anderen sechs Anlagen werden Beiträge zwischen 30 und 49 Euro erhoben. Gefragt nach der Umsatzentwicklung der letzten fünf Jahre, geben sieben eine Umsatzsteigerung an, in zwei der Anlagen blieb der Umsatz unverändert und eine Anlage musste einen leichten Umsatzrückgang verzeichnen (vgl. Anhang A Tab. 5).

Eine repräsentative Umfrage des Landessportbundes NRW hat ergeben, dass die ehrenamtliche Tätigkeit in Sportvereinen dominiert: In zwei Drittel aller Sportvereine in Nordrhein-Westfalen sind ausschließlich ehrenamtliche Mitarbeiter tätig (vgl. Beyer et al. 2003: 44). Diese Situation ist nicht auf die Sportvereine mit Fitnessstudios zu übertragen. Insgesamt sind in den 10 befragten Sportstudios 136 Mitarbeiter beschäftigt, davon sind lediglich 19 Mitarbeiter (14,0%) ehrenamtlich tätig. Hierbei ist anzumerken, dass sich diese 19 Mitarbeiter auf drei Vereine verteilen, sieben Vereine beschäftigen keine ehrenamtlichen Mitarbeiter. Auch die Prognosen der Befragten lassen erkennen, dass das Ehrenamt im Bereich der Sportstudi-

os in Vereinen auch in Zukunft keine große Rolle spielen wird: Keiner der Befragten beabsichtigt innerhalb der nächsten zwei Jahre ehrenamtliche Mitarbeiter einzustellen, und 50% der Befragten nehmen an, dass die Zahl der ehrenamtliche Mitarbeiter weiter abnehmen wird und dadurch neue bezahlte Beschäftigungsverhältnisse entstehen.

Insgesamt überwiegen die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse: 19 Teilzeitkräfte (14,0%), 43 325-400 €-Verträge (31,6%) und 34 Honorarkräfte (25,0%). 19 Mitarbeiter (15,4%) sind als hauptberufliche Mitarbeiter angestellt (vgl. Anhang A Tab. 2). Mit der Neuregelung vom 01.04.2003 bezüglich der 400 Euro-Beschäftigungsverhältnisse sind bei vier Vereinen die bestehenden Beschäftigungsverhältnisse aufgestockt worden, bei einem der vier Vereine sind auch neue Beschäftigungsverhältnisse entstanden.

Gefragt nach der zukünftigen Personalentwicklung planen 7 Sportstudios innerhalb der nächsten zwei Jahre neue Arbeitskräfte einzustellen. Hierbei sollen allerdings nur in zwei Studios Vollzeitstellen entstehen, der Schwerpunkt liegt im Bereich der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse. Neue Stellen sollen hauptsächlich im Bereich der Fitnesskurse, als Studioleitung und in der Gastronomie entstehen.

Hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen ergibt sich folgendes Bild: Von den Fitness- und Gymnastiklehrern wird zu 80% ein Fachhochschul- oder Universitätsabschluss (die Erfahrungen aus den Experteninterview haben allerdings gezeigt, dass viele Beschäftigte noch im Studium sind) mit zusätzlicher Übungsleiterausbildung gefordert, 20% fordern nur eine Übungsleiterausbildung. Von allen Beschäftigten im Fitnessbereich wird ein hohes Maß an Flexibilität, Teamfähigkeit, Eigenverantwortung und Kundenorientierung erwartet, außerdem gehören medizinische Grundkenntnisse zur Einstellungsvoraussetzung, betriebswirtschaftliche Kenntnisse werden nur von einem Befragten für notwendig gehalten. Diese zählen eher zu den Grundvoraussetzungen des Verwaltungspersonals. Sofern beschäftigt, wird bei allen Befragten eine kaufmännische Ausbildung oder ein vergleichbarer Hochschulabschluss genannt. Im Bereich des Services (Gastronomie, Empfang etc.) werden keine besonderen formel-

len Qualifikationen erwartet, hier sind eher informelle Qualifikationen wie Servicementalität, Kundenorientierung und Flexibilität gefragt. Alle Befragten sind der Meinung, dass die Qualifikationsanforderungen im Laufe der Zeit in Richtung Kenntnisse und Fähigkeiten deutlich gestiegen sind. Zudem wird erwartet, dass die Mitarbeiter im Fitnessbereich regelmäßig an externen und internen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen.

Bei der Beurteilung des Qualifizierungsmarktes in der Fitnessszene zeichnet sich ein einheitliches Bild ab: Alle Befragten geben an, dass es einer Neuordnung der Qualifizierungsstruktur bedarf. Als Hauptgrund wird genannt, dass es keine einheitliche Qualifizierung gibt und die Qualität der Ausbildungsgänge nicht miteinander vergleichbar ist.

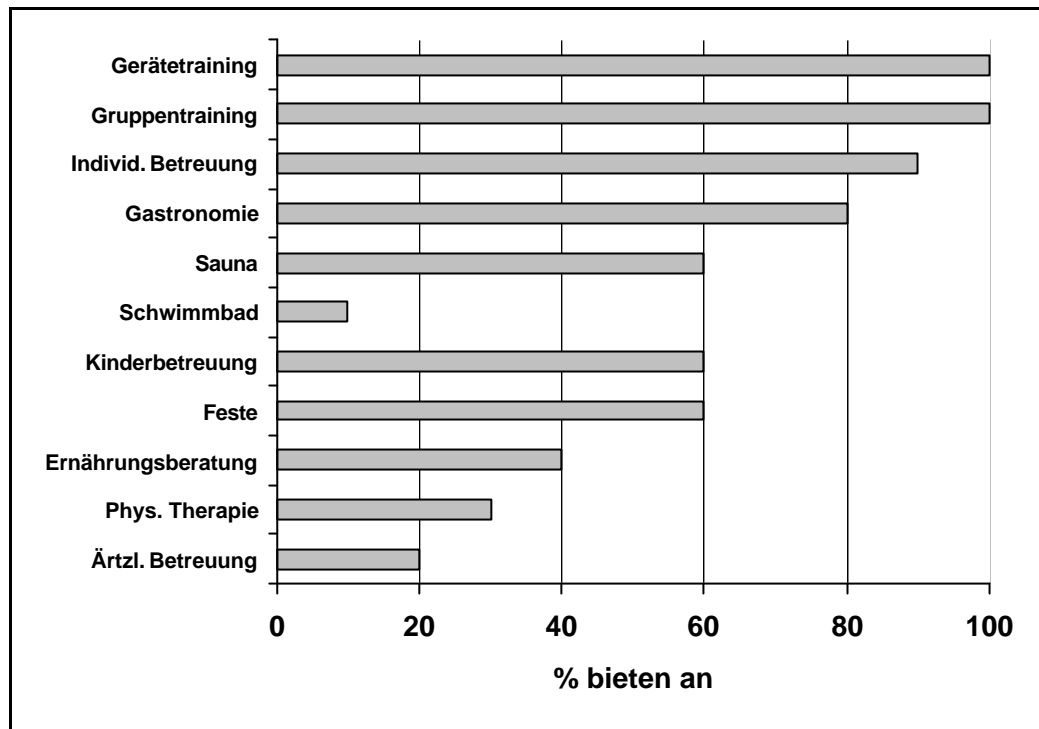
Den Leistungsumfang und die Qualitätsstandards von Fitnessstudios in Sportvereinen beschreibt eine Studie von Deloitte & Touche wie folgt:

„Obwohl es keine vergleichbaren Daten für Deutschland gibt, scheint es jedoch, dass von Vereinen betriebene Fitnessanlagen dem Leistungsumfang und den Qualitätsstandards von kommerziellen Studios in Deutschland nicht entsprechen“ (ebd. 2002: 24).

Diese Aussage kann durch die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht bestätigt werden, vielmehr hat sich gezeigt, dass es durchaus Fitnessanlagen in Sportvereinen gibt, die hinsichtlich ihres Leistungsangebotes durchaus konkurrenzfähig mit den kommerziellen Anbietern sind, andere allerdings in ihrem Leistungsspektrum noch ausbaufähig sind. Die folgende Graphik gibt einen Überblick über die Leistungsangebote der befragten Fitnessanlagen¹²:

¹² Zum individuellen Leistungsangebot der Fitnessanlagen siehe im Anhang Tabelle 3.

Abbildung 12: Leistungsangebote der befragten Fitnessanlagen (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung

Es ist zu erkennen, dass die Standardangebote Geräte- und Gruppentraining von allen befragten Anlagen angeboten werden. Auch eine individuelle Betreuung und ein gastronomischer Bereich sind in den meisten Anlagen vorhanden. Defizite zeigen sich aber in den Wellnessdienstleistungen (Sauna, Schwimmbad, Massagen) und den Angeboten, die in den Bereich der Prävention und Rehabilitation (Physiotherapie, ärztliche Betreuung, Ernährungsberatung) fallen. Auch der Bereich der Kinderbetreuung, der in den kommerziellen Anlagen mittlerweile zum Standardangebot zählt, wird nicht in allen Studios angeboten.

Nach Angaben der Befragten haben sich besonders die Bereiche der gesundheitsbezogenen Angebote und des Seniorensports entwickelt, was die Betreiber der Anlagen auch dazu veranlasst, diese Angebote weiter auszubauen. Obwohl sich alle Betreiber in der Lage sehen, schon jetzt präventive und kurative Maßnahmen durchzuführen, sind in 90% der Anlagen auch unabhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung der einzelnen Anlagen bauliche und angebotsbezogene Veränderungen geplant. Zusätzlich sehen die Vereine große Chancen in der Kooperation mit Kranken-

kassen, Betrieben und Schulen, so dass eine Ausweitung oder ein Aufbau der Zusammenarbeit angestrebt wird.

Bei der Prognose der zukünftigen Entwicklung des gesamten Fitnessmarktes sind die Befragten geteilter Meinung: Fünf der Befragten gehen davon aus, dass sich der Markt in Zukunft weiter ausweiten wird, fünf prognostizieren eine Stagnation des Fitnessmarktes. Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei der Einschätzung der weiteren Entwicklung von Fitnessanlagen in Sportstudios ab. Während die Hälfte der Befragten annimmt, dass in Zukunft weitere Vereine folgen werden, geben die anderen an, dass auch weiterhin nur wenige Vereine eine eigene Fitnessanlage betreiben werden. Gründe hierfür sind einerseits der Ausbau des eigenen Angebots, andererseits werden das mangelnde Interesse und die fehlenden unternehmerischen Fähigkeiten der Vereinsführung aufgeführt.

Bei der Prognose der Entwicklung der Beschäftigtenzahl im eigenen Studio wurden die Befragten nach dem Einfluss der gesetzlichen Rahmenbedingungen und den beschäftigungs- und tarifrechtlichen Bestimmungen gefragt. Bleiben diese unverändert, gehen fünf Betreiber davon aus, dass sich die Anzahl der Beschäftigten erhöhen wird, während zwei¹³ glauben, dass die Beschäftigtenanzahl unverändert bleibt. Keiner geht von einem Rückgang aus. Bei veränderten Rahmenbedingungen ergibt sich folgendes Bild: In sechs Anlagen wird sich nach Einschätzung der Betreiber die Anzahl der Beschäftigten erhöhen, nur ein Studio wird voraussichtlich keine weiteren Beschäftigten einstellen.

Weiterhin gehen die Befragten zu 70% davon aus, dass auch in Zukunft nur wenige Sportvereine ein kommerzielles Sportstudio betreiben werden. Als Grund hierfür ist nach Ansicht der Befragten hauptsächlich die wenig professionelle Vereinsführung zu sehen, der ein unternehmerisches Denken oftmals fremd sei.

¹³ Diese Frage wurde nicht von allen Befragten beantwortet.

5.5 Diskussion und Ausblick – Können in der Fitnessbranche auch in Zukunft weitere Beschäftigungsverhältnisse entstehen?

Konnte die Fitnessbranche in den letzten Jahren deutliche Wachstumsschübe verzeichnen, wurde sie im Jahr 2002 erstmals mit Stagnation und Umsatzrückgängen konfrontiert. Die Untersuchung hat gezeigt, dass vor allem die privaten Einzelanbieter hiervon betroffen sind, während große Fitnessketten auch im „Krisenjahr 2002“ expandieren konnten. Für die privaten Anbieter war es also oftmals das Ziel, ihren Kundenstamm zu halten, um somit auch keine Mitarbeiter entlassen zu müssen, die „großen Anbieter“ konnten durch weiteres Mitgliederwachstum auch zusätzliches Personal beschäftigen. Für diese Entwicklung gibt es zahlreiche Gründe. So ist es den Fitnessketten möglich, mit relativ niedrigen Gebühren besonders in Zeiten, wo auch der private Konsum rückläufig ist, neue Kunden zu gewinnen. Außerdem können überregionale Anbieter besser auf neue Trends reagieren, da eine Angebotsveränderung oftmals mit hohen finanziellen Aufwendungen für neue Geräte und Umbaumaßnahmen verbunden ist. Ein weiterer Aspekt ist auch erwähnenswert: Viele der kleinen Anbieter haben ihre Anlage in den 80er Jahren gegründet und hatten zu dieser Zeit keine unternehmerischen Vorkenntnisse. Die relativ neuen Fitnessketten werden jedoch durch professionelle Unternehmer geleitet, wobei die einzelnen Anlagen der Ketten meist von einer Unternehmensberatung betreut werden. Mitarbeiter in Führungspositionen müssen aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen und Interessen der Kunden eine Vielzahl von Anforderungen erfüllen, so dass sich mittlerweile Studiengänge (z. B. Diplom-Fitnessökonom) entwickelt haben, die speziell auf die Bedürfnisse von Fitness- und Freizeitanlagen zugeschnitten sind (Freizeitwirtschaft 2003: o.S.). Aber auch im Trainingsbereich ergeben sich durch die Zunahme der gesundheitsbezogenen Leistungen neue Möglichkeiten für Quereinsteiger aus angrenzenden Bereichen. Masseure, Physiotherapeuten und Mediziner seien an dieser Stelle als Beispiele genannt (Henniger 2003: o.S.). Aus dieser Sicht muss auch den relativ neuen Fitnessstudios, die in traditionellen Sportvereinen entstanden sind eine Sonderfunktion zugedacht werden: Gegenüber den privaten Einzelanbietern

können sie zwei wichtige Vorteile aufweisen: Erstens ermöglichen Steuerergünstigungen einen relativ günstigen Mitgliederbeitrag. Außerdem haben sich die Zugangsvoraussetzungen für den Fitnessmarkt deutlich geändert. Neu gegründete Studios müssen sich nicht erst zu einem professionell geführten Studio entwickeln, sondern können sofort auf einem hohen Niveau bezüglich der Angebote und der Mitarbeiterqualifikationen in den Markt einsteigen.

Generell hängt die Entwicklung der Beschäftigtenzahl in der Fitnesswirtschaft von der Entwicklung der Nachfrage ab oder wie ein Interviewpartner pointiert beschreibt:

„Das ist ganz einfach. Mehr Beschäftigte gibt es, wenn es mehr Kunden gibt. Da gibt es ganz bestimmte Schlüssel, nach denen das berechnet wird. Für eine bestimmte Anzahl neuer Kunden wird auch im Verhältnis eine bestimmte Anzahl an Personal eingestellt“ (Interview 3).

Wie in Kap. 4.3 erörtert wurde, hängt die Beschäftigungsentwicklung der Gesundheitswirtschaft von einer Reihe von externen Faktoren ab, die sich in unterschiedlicher Weise auf die einzelnen Teilbereiche auswirken. Im Folgenden soll nun diskutiert werden, welche Auswirkungen diese äußeren Rahmenbedingungen auf die Fitnessbranche haben.

Die Alterung der Gesellschaft wirkt sich in vielfacher Hinsicht auf die Fitnessbranche aus. Schon jetzt ist innerhalb von nur zehn Jahren das Durchschnittsalter der Kunden in Fitnessanlagen um mehr als zehn Jahre auf 34 Jahre gestiegen, woran zu erkennen ist, dass sich auch die Zielgruppe der Branche geändert hat. Wurde anfangs noch die Gruppe der 20-Jährigen favorisiert, rückt heute mehr und mehr die Gruppe der älteren Generation in den Mittelpunkt der Betrachtung, weil diese Gruppe erstens über ein hohes Maß an frei einteilbarer Zeit verfügt und zweitens auch über eine genügende Kaufkraft verfügt (vgl. Fischer 2003: 13ff). Dies wurde sowohl in den Experteninterviews als auch in der Fragebogenerhebung bestätigt. Zeichnet sich diese Gruppe zwar durch eine hohe Heterogenität bezüglich der Interessenlagen aus, lässt sich die Zielvorgabe der verschiedenen Angebote im Fitnessbereich aber unter dem Stichwort „Lebensqualität erhalten“ subsumieren (vgl. Barkholdt et al. 1999: 31). Daher

gewinnen präventive und gesundheitsbezogene Angebote zunehmend an Bedeutung, da Gesundheit und Fitness noch bis ins hohe Alter als besonders wichtig angesehen wird. Eine solche Entwicklung stellt aber auch neue Anforderungen an das Qualifizierungsprofil der Mitarbeiter. Altersspezifische psychologische und physiologische Kenntnisse, die bisher in der sowieso sehr unübersichtlichen Ausbildungsebene eine eher untergeordnete Rolle spielen, müssen in der Zukunft eine zentrale Rolle spielen. Hier könnten sich auch in Zukunft neue Berufsfelder entwickeln, die sich durch eine fachgerechte Qualifizierung für Angebote speziell für Senioren auszeichnen (z.B. Trainer für Seniorensport) (vgl. Gerling/Cirke 2001: 3). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die ältere Generation mittlerweile zu einer bedeutenden Kundengruppe für die Fitnessbranche geworden ist, wobei damit zu rechnen ist, dass mit der Entwicklung neuer Produkte und Angebote speziell für diese Zielgruppe eine Steigerung der Nachfrage erreicht werden kann.

Der Wandel der gesundheitspolitischen Rahmendbedingungen beeinflusst die Entwicklung der Fitnessbranche nur indirekt. Weite Teil der Gesundheitsreform wirken sich in erster Linie auf den Kernbereich und auf die Zulieferbereiche der Gesundheitswirtschaft aus. Da aber auch der Prävention ein hoher Stellenwert zugerechnet wird, kann sich dies auch auf die Fitnessbranche auswirken:

„Präventionsmaßnahmen und Fördermaßnahmen für die Selbsthilfe sollen stärker zwischen den Krankenkassen und mit anderen Beteiligten koordiniert werden. Hierfür soll ein Gemeinschaftsfonds auf Bundes- und Landesebene aus einem Teil der Mittel für diese Maßnahmen gespeist werden. Näheres auch zur Finanzverantwortung regelt ein Präventionsgesetz, das Prävention definieren, eine Vernetzung von Initiativen bewirken, das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Prävention schärfen und für eine Intensivierung der Forschung sorgen soll“ (Bundesregierung 2003: 17).

Zwar ist nach Ansicht der Interviewpartner nicht damit zu rechnen, dass Fitness-Leistungen von Krankenkassen übernommen werden, aber durch die Einführung von Bonussystemen, bei denen Krankenkassen-Mitglieder Beitragsermäßigungen erhalten, wenn sie bestimmte Gesundheitswerte im Normbereich vorweisen können, könne die Nachfrage nach gesund-

heitsbezogenen Fitnessleistungen im Fitnessstudio erhöhen. Da nach Ansicht der Interviewpartner (Interview 3) keine große Interesse der Fitnessketten an einer Ausweitung der Zusammenarbeit mit Krankenkassen besteht, ist dies als eine Möglichkeit für Einzelanbieter zu sehen, sich auf bestimmte Gesundheitsleistungen zu spezialisieren, was selbstverständlich mit einer Weiterqualifizierung der Mitarbeiter einhergeht. Die wesentliche Voraussetzung hierbei ist aber, dass die Bevölkerung bereit sein muss, eine bestimmte Menge an Eigenverantwortung für die Gesundheit zu tragen, was in der Regel damit verbunden ist, auch mehr Geld für die eigene Gesundheit auszugeben. Hier spielen zwei weitere Wachstumsfaktoren der Gesundheitswirtschaft eine wichtige Rolle: Die wachsende Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität als privates Konsumgut hat sich auch auf die Fitnesswirtschaft ausgewirkt, was an der Zunahme der Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Angeboten und der Veränderung der Mitgliederstruktur zu erkennen.

Noch entscheidender wirkt sich aber der Wandel der ökonomischen Rahmen auf die zukünftige Entwicklung der Fitnesswirtschaft aus. Einfach gesagt bedeutet dies, je weniger Geld die Bevölkerung zu Verfügung hat, desto weniger kann für Fitnessdienste ausgegeben werden. In einer Studie von Deloitte & Touche (2002: 14) wurde nachgewiesen, dass der Fitnessmarkt sich bis 2001 unabhängig von der Konjunktur positiv entwickelt hat und auch die Interviewpartner gaben an, dass „man erst mal an anderen Dingen spart und nicht die Mitgliedschaft im Sportstudio kündigt, weil man ja was für seinen Körper tun will“ (Interview 3). Die starken Mitglieder rückgänge im Jahr 2002 lassen aber auch andere Vermutungen offen: In vielen Anlagen wird ein Jahresbeitrag erhoben, der schon am Anfang des Jahres zu entrichten ist. Außerdem werden die Beiträge meist per Bankinzugsverfahren vom Konto des Kunden abgebucht, das Geld wird also nicht direkt vom Kunden ausgegeben. Hat der Kunde nun weniger Geld zu Verfügung, spart er zunächst an direkten Ausgaben:

„Viele Kunden haben Anfang des Jahres 2002 gekündigt und haben mir gesagt, dass sie alles durchgerechnet haben und sich mittlerweile den Beitrag nicht mehr leisten können“ (Interview 2).

Diese Beispiele zeigen, dass auch die Fitnessbranche, ähnlich wie andere Freizeitbereiche, sehr einkommenselastisch ist. Hiervon sind vor allem die Einzelanbieter betroffen, weil sie einen kleineren Spielraum bezüglich der Beitragssenkungen haben, als große Fitnessketten, und auch Sportstudios in Vereinen können auf Grund der steuerlichen Vorteile eine kostengünstige Mitgliedschaft anbieten. Für sie wird es in Zukunft von großer Bedeutung sein, sogenannte Nischestrategien zu entwickeln, um mit einem besonderen Angebot neue Kunden zu werben. Angebote speziell für Senioren oder für Familien, wo auch die Kinder schon mit in das Fitness-training einbezogen werden, Kooperationen mit Schulen oder Firmen aber auch die Spezialisierung auf Prävention und Rehabilitation sind zukunfts-trächtige Bereiche, in denen neue Kunden gewonnen werden können. Ziel muss es sein, durch die Spezialisierung und die Entwicklung innovativer Angebote einen Qualitätsvorsprung gegenüber der Konkurrenz zu erreichen. Hierbei wird in Zukunft die Qualifizierung der Mitarbeiter hinsichtlich des jeweiligen Angebotes eine entscheidende Rolle spielen. Bei der Entwicklung von innovativen Angebote wird zudem eine Ausweitung der Ko-operation der verschiedenen Akteure von Vorteil sein. Hier sind bezüglich der gesundheitsbezogenen Angebote eine weiterreichende Zusammenarbeit etwa mit Physiotherapeuten, Medizinern, Krankenkassen oder Krankenhäusern vorstellbar.

Dem Ausweichen auf Substitutionsgüter als möglicher Gegentrend zur Expansion der Fitnesswirtschaft wird in der Bundesrepublik keine wesentliche Beachtung geschenkt. Während etwa in den USA relativ viele Bürger im eigenen Haus einen Fitnesskeller einrichten, wird dieser Trend nicht als ernstzunehmende Konkurrenz für die Fitnessstudios in Deutschland gesehen:

„Ich kenne viele Kunden, die einen komplett eingerichteten Fitnesskeller im Haus haben. Dort trainieren sie dann fast jeden Tag. Aber trotzdem kommen die noch zweimal die Woche zu uns, weil hier eben eine ganz andere Atmosphäre ist und man auch in Gesellschaft ist“ (Interview1).

In diesem Zusammenhang betonte eine Interviewpartner (Interview 3) den „Event – Charakter“ eines Besuchs in einem Fitnessstudio: Dem Kunden

wird ein Service geboten, der weit über das eigentliche Training hinausgeht. Hierzu zählen z. B. ein Gastronomiebereich mit entsprechender Atmosphäre, ein Entspannungsbereich mit Sauna und Massage oder einfach die Möglichkeit fernzusehen:

„Man muss beim Kunden die Einstellung erreichen, dass jeder Besuch bei uns zu einem Erlebnis wird. Früher ist man abends raus gegangen, um etwas zu unternehmen, heute geht man lieber ins Fitnessstudio“ (Interview 3).

Bezüglich der Form der Beschäftigung werden auch in Zukunft die Teilzeitarbeit und die unregelmäßigen Beschäftigungsverhältnisse im Trainingsbereich dominieren. Durch die gesetzlichen Regelungen der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse bis zum April 2002 ergaben sich für die Betreiber der Fitnessanlagen oftmals Probleme, geeignetes Personal zu finden, was nicht selten zu Ausweichlösungen wie Scheinselbständigkeit oder Honorartätigkeit führte. Durch die in Kraft getretene Neuregelung wird eine Zunahme der geringfügig Beschäftigten erwartet. Die Vollzeitbeschäftigung ist in der Fitnessbranche die Ausnahme, wenn Vollzeitkräfte beschäftigt werden, arbeiten diese meist in der Geschäftsführung.

Relativ ungünstig sehen die Beschäftigungsperspektiven für Geringqualifizierte im Fitnessbereich aus. Da die Qualität der Leistungen gerade im Bereich der gesundheitsbezogenen Dienste zunehmend steigt, was unter anderem durch Qualitätskontrollen gewährleistet wird, steigen auch die Qualifikationsanforderungen des Personals. Ohne eine Aus- oder Weiterbildung können Geringqualifizierte im Fitnessbereich nur in Service-Diensten eingesetzt werden, wobei die Ergebnisse der Untersuchung gezeigt werden, dass z. B. Reinigungsdienste meist von einer externen Firma durchgeführt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Entwicklung der Beschäftigungszahlen in der Fitnessbranche vor allem von der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung abhängt. Zwar sind immer mehr Menschen bereit, auch mehr Geld für ihre Gesundheit zu investieren, andererseits haben die Mitgliederrückgänge in Fitnessstudios im Jahr 2002 die starke Einkommenselastizität von Leistungen der Fitnesswirtschaft gezeigt. In der Untersuchung hat sich gezeigt, dass die Betreiber von Fitnessketten

von dieser Entwicklung deutlich weniger betroffen sind als die Besitzer kleiner Fitnessanlagen. Dies kann auch an den Prognosen der Beschäftigtenzahlen abgelesen werden. Während große Fittessketten weiter expandieren, ist es für kleine Einzelanbieter meist das erklärte Ziel, ihr Personal in den kommenden Jahren nicht zu verkleinern. Auch vereinseigene Sportstudios, deren Entwicklung in Deutschland noch in den Anfängen steht, blicken zuversichtlich in die Zukunft: Keiner der befragten Anbieter planen Personal zu entlassen und ein großer Teil plant eine Expansion des Unternehmens. Wie sich dieser Markt in Zukunft entwickeln wird, hängt im wesentlichen davon ab, inwieweit sich die Vereinführungen traditioneller Vereine auf ein unternehmerischen Denken nach dem Leitbild „vom klassischen Sportverein zum Dienstleistungsunternehmen“ einlassen. Für die Entwicklung der Einzelanbieter wird es von entscheidender Rolle sein, inwieweit sie sich auf das Konzept der Nischenstrategien einstellen, um durch innovative Angebote eine Ausweitung ihres Kundestammes zu erreichen.

VI. Zusammenfassung

Ausgehend von der Frage, ob in der Gesundheitswirtschaft durch innovative Dienstleistungen neue Beschäftigungsverhältnisse entstehen können, wurden im ersten Teil der Arbeit die Theorien zur Dienstleistungsgesellschaft diskutiert. Beschränkte sich bei den Ausführungen von Fourastié die Produktivitätssteigerung durch Innovationen auf den sekundären Sektor, hat sich diese Sichtweise aufgrund der zunehmenden Heterogenität des tertiären Sektors geändert. Auch im Dienstleistungssektor kann eine

Produktivitätssteigerung erzielt werden, wobei nicht wie im sekundären Sektor die Produktinnovationen sondern die Vertriebsinnovationen eine wesentliche Rolle spielen. Hierbei lässt sich die Entwicklung von „Leistungspaketen“ beobachten, in denen Produkt und Dienstleistung oder Dienstleistung und Dienstleistung miteinander kombiniert werden und im Verbund angeboten werden, um so dem Kunden einen höheren Nutzen bieten zu können. Andererseits wurde auch die hohe Preiselastizität von Dienstleistungen aufgezeigt. Die Nachfrage nach Dienstleistungen wird stark durch den Grad der Einkommensangleichung und durch die Höhe der gesamtwirtschaftlichen Abgabenquote beeinflusst.

Im zweiten Teil der Arbeit wurde die Entwicklung des Dienstleistungssektors in der Bundesrepublik dargestellt. Obwohl in Deutschland fast 70% der Beschäftigten im Dienstleistungssektor arbeiten, kann im internationalen Vergleich eine „Dienstleistungslücke“ festgestellt werden, deren Ursache vor allem in einem noch stark am Industrialismus orientierten Ordnungsgefüge, in einer niedrigen Frauenerwerbsquote und in einem schwach ausgeprägten Niedriglohnsektor zu sehen ist. Zur Verbesserung der Situation müssen einerseits die Preise für Dienstleistungen gesenkt werden, andererseits die Qualität der Dienstleistungen verbessert werden. Weiter wurde aufgezeigt, dass unter arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten dem Ruhrgebiet eine „Sonderrolle“ zugeteilt werden muss. Hohe Arbeitsplatzverluste in der Industrie, eine überdurchschnittlich abnehmende Bevölkerungsanzahl sowie eine über dem Durchschnitt liegende Alterung der Gesellschaft stellen zum einen besondere Herausforderungen an den Arbeitsmarkt, bieten aber auch neue Perspektiven, die gerade die Entwicklung der personenbezogenen Dienste positiv beeinflussen können.

Wie eine solche positive Entwicklung aussehen kann, wurde im dritten Teil am Beispiel der Gesundheitswirtschaft beschrieben. Entgegen dem klassischen Gesundheitssystembegriff, werden bei der Definition des Begriffs „Gesundheitswirtschaft“ auch Rand- und Nachbarbereiche berücksichtigt. Es wurde gezeigt, dass die weitere Entwicklung der Gesundheitswirtschaft im wesentlichen von vier Faktoren abhängt. Die Alterung der Gesellschaft, der Wandel der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die wach-

sende Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität und der Wandel der ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflussen die Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in unterschiedlicher Weise.

Abschließend wurde die Entwicklung eines solchen Nachbarbereiches näher untersucht. Anhand von Leitfadeninterviews und einer Fragebogenuntersuchung wurde die Entwicklung der kommerziellen Fitnessbranche in Deutschland und die Entwicklung sogenannter „Non-Profit-Organisations“ am Beispiel von Sportvereinen, die ein Fitnessstudio betreiben, untersucht. Es hat sich gezeigt, dass die gesundheitsbezogenen Angebote in beiden Studiotypen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Durch die Kombination von Fitness, Freizeit und Gesundheit wird ein breites Kundenklientel angesprochen, wobei die Ältere Generation in den Mittelpunkt der Betrachtung rückt. Mitgliederrückgänge und Umsatzeinbußen im Jahr 2002 haben aber auch erstmals die Einkommenselastizität der Branche gezeigt, wovon vor allem die kleinen mittelständigen Unternehmen betroffen sind. Während große Fitnessketten auch weiter Umsatzsteigerungen verzeichnen konnten, war es das erklärte Ziel für kleine Anbieter, sogenannte „Nischenstrategien“ zu entwickeln, in denen innovative Angebote es ermöglichen, einen festen Kundenstamm aufzubauen. Die Konzentration auf Seniorensport, Fitnessstudios, in denen ausschließlich Frauen trainieren oder Familienangebote, in den auch die Kinder aktiv am Training teilnehmen sind mögliche Formen dieser „Nischenstrategien“.

Auch die Zukunft der Entwicklung der Branche, und damit auch die Zukunft der Beschäftigungsentwicklung in diesem Teilbereich, hängt im wesentlichen von der weiteren Entwicklung der ökonomischen Rahmenbedingungen ab. Somit fällt die Prognose für die Fitnessketten günstiger aus, da sie in der Lage sind, kostengünstige Mitgliedschaften anzubieten. Auch die Sportvereine können bedingt durch steuerliche Vorteile günstige Mitgliederbeiträge anbieten. Ob in Zukunft weitere Sportvereine in die Branche einsteigen werden, hängt davon ab, inwieweit sich der „unternehmerische Gedanke“ in den Vereinsvorständen durchsetzen kann. Für die Einzelanbieter wird es von entscheidender Bedeutung sein, ob sie sich auf das Konzept der „Nischenstrategie“ einlassen.

Literaturverzeichnis

Baethge, M. (2001): Kommunikativität und Wissen. In: Sommer, M/Schröder, L./Schwemmler, M. (Hrsg.): Neu Denken – Neu Handeln. Hamburg. S. 99-117.

Baethge, M. (2001b): Abschied vom Industrialismus: Konturen einer neuen gesellschaftlichen Ordnung der Arbeit. In: Baethge, M./Wilkins, I.(Hrsg.): Die große Hoffnung für das 21. Jahrhundert?. Opladen. S. 23-44.

- Barkholdt, C./Frerichs, F./Hilbert, J./Naegele, G./Scharfenorth, K. (1999): Memorandum „Wirtschaftskraft Alter“. Dortmund/Gelesenkirchen.
- Bell, D. (1975): Die nachindustrielle Gesellschaft. Frankfurt/New York.
- Beyer, L./Brandel, R./Esch, K./Hilbert, J./Langer, D./Micheel, B./Middendorf, A. S. (2003): Dienstleistungen für mehr Lebensqualität. Trends, Gestaltungsfelder, Beschäftigungsperspektiven. Graue Reihe des Instituts Arbeit und Technik 2003-03. Gelsenkirchen.
- Beyer, L./Brandel, R./Langer, D./Micheel, B. (2000): Zukunftsbranche Lebensqualität? Chancen und Herausforderungen beim Ausbau personenbezogener Dienste. In: IAT Jahrbuch 1999/2000. Gelsenkirchen. S. 28-45.
- Beyer, L./Hilbert, J./Micheel, B./Treinen, H. (2002): Soziodemographischer Wandel. Triebkraft für die Entwicklung neuer Dienstleistungen. In: Bosch, G./Hennicke, P./Hilbert, J./Kristof, K./Scherhorn, G. (Hrsg.): Die Zukunft der Dienstleistungen und ihre Auswirkung auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität. Frankfurt. S. 140-161.
- Beyer, L./Fretschner, R./Micheel, B. (2003): Ein starkes Stück bleibt noch zu tun – Dienstleistungen im Ruhrgebiet. IAT – Report 2003 – 01. Gelsenkirchen.
- Black, S. A. (2003): How to operate an OnSite Hospital Fitness Center. In: Fitnessmanagement January 2003. Online-Version (www.fitnessmanagement.com).
- Borchers, U./Fretschner, R./Heinze, R. G./Hilbert, J./Meier, B. (2003) (i. E.): Gesundheitswirtschaft in OstWestfalenLippe: Stärken, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten. Bielefeld (vorläufige Endfassung).
- Born, A./Langer, D. (2001): Im Angesicht des Schweißes – ein arbeitsorientierter Modernisierungsansatz in einem Unternehmen der Sport- und Freizeitwirtschaft. In: IAT – Jahrbuch 2000/2001. Gelsenkirchen. S. 199-214.
- Bosch, G. (2002): Die sogenannte Dienstleistungslücke in Deutschland – Ein Vergleich von Konzepten für mehr Beschäftigung und neue Formender

Arbeitsmarktorganisation im tertiären Sektor. Graue Reihe des Instituts Arbeit und Technik 2002-01. Gelsenkirchen.

Bosch, G. (2002b): Der Arbeitsmarkt im Ruhrgebiet: 40 Jahre Talfahrt mit Chancen zum Neubeginn. In: IAT – Jahrbuch 2001/2002. Gelsenkirchen. S. 197-209.

Bosch, G./Hennicke, P./Hilbert, J./Kristof, K./Scherhorn, G. (2002): Die Zukunft der Dienstleistungen und ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität. Frankfurt.

Bosch, G./Wagner, A. (2000): Dienstleistungsbeschäftigung in Europa – Ein Ländervergleich. In: IAT Jahrbuch 1999/2000. Gelsenkirchen.

Bosch, G./Wagner, A. (2003): „Beschäftigungshoffnung Dienstleistungen“ braucht politische Begleitung. Neue Arbeitsplätze entstehen nicht im Selbstlauf. IAT-Report 2003-04. Gelsenkirchen.

Bullinger, M. (2000): Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: Ravens-Sieberer, U./Cieza, A. (Hrsg.): Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Landsberg. S. 13-24.

Bundesanstalt für Arbeit, Landesarbeitsamt Nordrhein-Westfalen (2003): Der Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen im März 2003. Presseinformation Nr. 25/2003. Düsseldorf.

Bundesregierung (2003): Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform. Online-Version (www.bundesregierung.de).

Cirkel, M./Gerling, V. (2001): Die Generation der Zukunft? – neue Chancen durch alte Menschen. Das Projekt Seniorenwirtschaft im Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit NRW. In: IAT – Jahrbuch 2000/2001. Gelsenkirchen. S. 177-198.

Deloitte & Touche (2001): Der deutsche Fitness- & Wellness-Markt. September 2001. Düsseldorf.

- Deloitte & Touche (2002): Der deutsche Fitness- & Wellness-Markt im Jahr 2005. Düsseldorf.
- Diekmann, A. (1997): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg.
- DIW (1996): Keine Dienstleistungslücke in Deutschland. Ein Vergleich mit den USA anhand von Haushaltsbefragungen. In: DIW-Wochenbericht 14/96. Berlin.
- DIW (1998): Innovationen im Dienstleistungssektor. In: DIW-Wochenbericht 29/98. Berlin.
- DIW (2003): Die Lage der Weltwirtschaft und der deutschen Wirtschaft im Frühjahr 2003. DIW-Wochenbericht 16/03. Berlin.
- Dostal, W. (2001): Quantitative Entwicklungen und neue Beschäftigungsformen im Dienstleistungsbereich. In: Baethge, M./Wilkins, I. (Hrsg.): Die große Hoffnung für das 21. Jahrhundert?. Opladen. S. 45-69.
- Eichhorst, W. (2002): „Benchmarking Deutschland“ – Wo stehen wir im internationalen Vergleich?. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 46-47/2002. S. 22-31.
- Eichhorst, W./Profit, S./Thode, E. (2001): Benchmarking Deutschland: Arbeitsmarkt und Beschäftigung. Berlin/ Heidelberg/ New York.
- FAZ (2003): Entspannt in die Flaute. In: FAZ, 08.01.2003. Online-Version (www.faz.net).
- FAZ (2003b): Immer mehr Menschen halten sich im Studio fit. In: FAZ, 15.01.2003. Online-Version (www.faz.net).
- Fels, G./Heinze, R. G./Pfarr, H./Streeck, W. (1999): Bericht der Wissenschaftlergruppe der Arbeitsgruppe Benchmarking über Möglichkeiten zur Verbesserung der Beschäftigungschancen gering qualifizierter Arbeitnehmer. Berlin.

- Financial Times Deutschland (2003): Ökonomen äußern sich kritisch über Gesundheitsreform. In: Financial Times Deutschland vom 21.07.2003. Online-Version (www.ftd.de).
- Fischer, B. (2003) (Hrsg.): Seniorenwirtschaft in Nordrhein-Westfalen – Ein Instrument zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen. Bericht der Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Flick, U. (1995): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Hamburg.
- Fourastié, J. (1969): Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts, 2. Auflage. Köln.
- Freizeitwirtschaft (2002): Fitnessclubs – Qualität muss das oberste Prinzip sein. In: Die Freizeitwirtschaft 1/2002. Online-Version (www.freizeitwirtschaft.de/Zeitung/fw1-02/04b.htm).
- Freizeitwirtschaft (2003): BSA-Private Berufsakademie – Attraktive Ausbildung: Fitness mit Diplom. In: Die Freizeitwirtschaft 1/2003. Online-Version (www.freizeitwirtschaft.de/Zeitung/fw1-03/03.htm).
- Fretschner, R. (2002): Das Märchen vom Hase und Igel: Dienstleistungspolitik im Zeitalter der Neuen Ökonomie. In: Hartman, A./Mathieu, H. (Hrsg.): Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie – Struktur, Wachstum und Beschäftigung. Berlin. S. 131-149.
- Fretschner, R./Grönemeyer, D./Hilbert, J. (2002): Die Gesundheitswirtschaft – Ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie. In: IAT – Jahrbuch 2001/2002. Gelsenkirchen. S. 33-47.
- Fretschner, R./Hartmann, A. (2002): Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder Hidden Champion der Dienstleistungsgesellschaft?. In: Hartman, A./ Mathieu, H. (Hrsg.): Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie – Struktur, Wachstum und Beschäftigung. Berlin. S. 99-116.

- Fretschner, R./Hilbert, J. (2002): ... sondern für's Leben lernen wir: Bildung und Qualifizierung in der Dienstleistungsgesellschaft. In: Hartman, A./ Mathieu, H. (Hrsg.): Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie – Struktur, Wachstum und Beschäftigung. Berlin. S. 71-84.
- Fretschner, R./Hilbert, J./Micheel, B. (2001): Dienstleistungen im Ruhrgebiet – Eine Geschichte ohne Happy End?. In: IAT-Jahrbuch 2000/2001. Gelsenkirchen. S. 143-157.
- Gerling, V./Cirkel, M. (2001): Handlungsfeld Freizeit, Tourismus, Sport und Wellness. In: Impulse – Sonderausgabe Seniorenwirtschaft. Dortmund.
- Gershuny, J. (1981): Die Ökonomie der nachindustriellen Gesellschaft: Produktion und Verbrauch von Dienstleistungen. Frankfurt.
- Handelsblatt (2003): Gesundheitsreform – Analyse: Lohnnebenkosten sinken. In: Handelsblatt vom 24.07.2003. Online-Version (www.handelsblatt.com).
- Handschuh-Heiß, S. (1998): Von Muskelspielen und Titanenkämpfen – Körper, Kostüme und Klamauk. In: Hartmann, H. A./Haubl, R. (Hrsg.): Freizeit in der Erlebnisgesellschaft. Opladen. S. 167-198.
- Hartmann, A. (2002): Dienstleistungen im wirtschaftlichen Wandel: Struktur, Wachstum und Beschäftigung. In: Hartmann, A./Mathieu, H. (Hrsg.): Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung. Berlin. S. 20-34.
- Hartmann, A. (2002b): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik. Opladen.
- Hartmann, A./Mathieu, H. (2002): Dienstleistungspolitik in der Neuen Ökonomie - Zusammenfassende Thesen und politische Handlungsempfehlungen. In: Hartman, A./ Mathieu, H. (Hrsg.): Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie – Struktur, Wachstum und Beschäftigung. Berlin. S. 9-17.
- Häußermann, H./Siebel, W. (1995): Dienstleistungsgesellschaften. Frankfurt.

- Heinze, R. G. (2002): Die Berliner Rätorepublik. Wiesbaden.
- Heinze, R. G./Neitzel, M./Brandt, M. (2002): Demographischer Wandel im Ruhrgebiet. Bevölkerungsentwicklung und Arbeitsmarkt im Ruhrgebiet. Eine Analyse der Mismatch – Arbeitslosigkeit. Essen.
- Heinze, R. G./Streeck, W. (2000): Institutionelle Modernisierung und Öffnung des Arbeitsmarktes: Für eine neue Beschäftigungspolitik. In: Kocka, J./Offe, C. (Hg.): Geschichte und Zukunft der Arbeit. Frankfurt. S. 234-261.
- Heinze, R. G./Streeck, W. (2003): Optionen in den Einstieg in den Arbeitsmarkt oder: Ein Lehrstück für einen gescheiterten Politikwechsel. In: Vierteljahresheft zur Wirtschaftsforschung 72 – 1. Berlin. S. 25-35.
- Helmstädter, E. (2001): Der tertiäre Sektor im volkswirtschaftlichen Zusammenhang – Zwei alternative Sichtweisen, Graue Reihe des Instituts Arbeit und Technik 2001-03. Gelsenkirchen.
- Henniger, W. (2003): Von Altenpflege bis Wellness – Das Gesundheitswesen ist einer der Megamärkte von morgen- auch für Berufsausbildung. In: Frankfurter Rundschau vom 15.02.2003. Online-Version (www.fr-aktuell.de).
- Henrichsmeyer, W./ Gans, O./ Evers, I. (1993): Einführung in die Volkswirtschaftslehre, 10. Auflage. Stuttgart.
- Hilbert, J./Naegele, G. (2002): Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Ein Such- und Gestaltungsfeld für mehr Wachstum und Beschäftigung. In: Bosch, G./Hennicke, P./Hilbert, J./Kristof, K./Scherhorn, G. (Hrsg.): Die Zukunft der Dienstleistungen und ihre Auswirkung auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität. Frankfurt. S. 347-369.
- Hilbert, J./Rohlder, C./Roth, G. (2001): Der heimliche Held des Strukturwandels? Wachstum der Beschäftigung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft im Ruhrgebiet. Vortrag im Rahmen von „Historama Ruhr 2000“ Konferenz: „Bevölkerung, Umwelt, und Gesundheit im Ruhrgebiet im sozialen Wandel seit 1945“. o.O..

- Hilbert, J./Fretschner, R./Dülberg, A. (2002): Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Gelsenkirchen.
- Hollasch, K./Mathias, F. (2003): Going deutsch. In: Health club management, june 2003. o. O..S. 56-58.
- IFIS-Spot (2002): What will the trends in fitness be in the coming years?. Online-Version (www.ifis.net/news_0110.php3).
- IFIS-Spot (2003): Fitness Trends 2003. Online-Version (www.ifis.net/news_0130.php3).
- Ihrsa (2003): ihrsa trend report – Americans discovering the Health Club difference. Boston. (www.ihrsa.org)
- iwd (2001): Freizeitwirtschaft – Spass muss sein. In: Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft 47. Köln. S. 6-7.
- Kappler, W. (2003): Sport mobilisiert Stammzellen für kranke Herzen – Wie Bewegung den Herz- und Gefäßzellen bei der Generation hilft. In: Frankfurter Rundschau, 30.07.2003. Online-Version (www.fr-aktuell.de).
- Klawitter, N. (2003): Fitness. "Wasser bis zum Hals". In: Der Spiegel 18/2003. S. 90-91.
- Klös, H.-P. (2001): Dienstleistungslücke, Niedriglohnsektor und transferpolitischer Reformbedarf. In: Baethge, M./Wilkens, I. (Hrsg.): Die große Hoffnung für das 21. Jahrhundert?. Opladen. S. 339-365.
- Knuth, M./Schräpler, J.-P./Schumann, D. (2001): Die Neuverteilung von Beschäftigungschancen und –risiken in der Dienstleistungsgesellschaft, Graue Reihe des Instituts für Arbeit und Technik 2001-01. Gelsenkirchen.
- Kommunalverband Ruhrgebiet (KVR) (2002): Strukturbericht Ruhrgebiet 2002. Essen.
- Kratzmann, V. A./Stamford, F. (2002): US Fitness Industry Market Overview and Entry Strategies. Helsinki.

- Kreppe, R. (2003): Die Spreu trennt sich vom Weizen. In: Die Freizeitwirtschaft 1/2003. Köln. S. 1-7. Online-Version (www.freizeitwirtschaft.de/zeitung/fw1-03/04.htm).
- Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. Weinheim.
- Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung (2003): Wachstumsfeld Gesundheit. 12 Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik. Berlin.
- Mehnert, A./Schäfer, H. (1998): Dienstleistungen: Begriff und Ansatzpunkte für ökonomische Untersuchungen. In: Cornetz, W. (Hrsg.): Chancen durch Dienstleistungen. Wiesbaden. S. 9-35.
- Mihm, A. (2003): Was das Land braucht. In: FAZ, Nr. 139, 18.06.2003. Frankfurt.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) (2001): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW. Düsseldorf.
- Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2003): Jahreswirtschaftsbericht NRW. Bilanzen, Fakten, Perspektiven 2003. Düsseldorf.
- Nelles, R./Neubacher, A./Reuter, W. (2003): Pakt gegen den Patienten. In: Der Spiegel 31/2003. Hamburg. S. 21-24.
- Neubacher, A./Palmer, H. (2003): Krawatte gegen Fliege. In: Der Spiegel 32/2003. Hamburg. S. 24-26.
- Noll, H.-H. (2000): Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte, WZB – discussion papers P00-505. Berlin.
- OECD (2002): Employment Outlook. Paris. Online-Version (www.oecd.org).
- OECD (2003): Main Economic Indicators. Online-Version (www.oecd.org).

- Pfarr, H. /Vogelheim, E. (2002): Zur Chancengleichheit von Frauen und Männern im Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit. Düsseldorf.
- Prahl, H.-W. (2002): Soziologie der Freizeit. Paderborn.
- Reppert, I. (2003): Vielen Fitnessstudios geht die Kraft aus. In: Financial Times Deutschland, 20.02.2003. Hamburg. Online-Version (www.ftd.de).
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten – Kurzfassung. Bonn.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003 – Kurzfassung. Bonn.
- Scharpf, F. W. (1986): Strukturen der post-industriellen Gesellschaft. In: Soziale Welt, Heft 1/86. S. 3-24.
- Statistisches Bundesamt (2003): Im Jahr 2002: 0,6% weniger Erwerbstätige als ein Jahr zuvor. Pressemitteilung vom 02.01.2003. Online-Version (www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p0010031.htm).
- Statistisches Bundesamt (2002): Datenreport 2002. Bonn.
- Strohmeier, K. P. (2002): Demographischer Wandel im Ruhrgebiet – Bevölkerungsentwicklung und Sozialraumstruktur im Ruhrgebiet. Essen.
- Weinkopf, C. (2003): Minijobs und Gleitzone – Rettungsanker für zusätzliche Beschäftigung? IAT – Report 2003-05. Gelsenkirchen.
- Wiethold, F. (2001): Neue Arbeitsplätze im Bereich niedrigqualifizierter personenbezogener Dienstleistungen durch Lohnsenkungen? Ein Diskussionsbeitrag anhand ausgewählter Branchen. In: Baethge, M./Wilkens, I. (Hrsg.): Die große Hoffnung für das 21.Jahrhundert?. Opladen. S. 367-390.

Anhang