



DEUTSCHES HANDWERKSINSTITUT

**Bedeutung der demografischen
Entwicklungen für die Gesundheitshandwerke
– Chancen, Risiken und Konsequenzen für die
Gesundheitshandwerke und Handwerkspolitik**



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Wirtschaft
und Energie



DHKT
DEUTSCHER
HANDWERKSKAMMERTAG

sowie die Wirtschaftsministerien
der Bundesländer

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Herausgeber:

Institut für Technik der Betriebsführung im Deutschen Handwerksinstitut e. V.



Institut für Technik
der Betriebsführung

Autoren:

Dana Keller, Anja Baumann

Stand: Dezember 2015

Erstellt im Rahmen des DHI Forschungs- und Arbeitsprogrammes 2014/2015.

In Kooperation mit dem Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) und der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Gesundheitshandwerke.

Danksagung

Dieser Untersuchungsbericht stützt sich auf die Ergebnisse einer Befragung von Unternehmen und Verbänden der Gesundheitshandwerke. Für ihre Mitwirkung sei ihnen herzlich gedankt. Außerdem bedanken wir uns bei Herrn Torben Vahle, Zentralverband des Deutschen Handwerks, der die Erstellung dieses Berichts konstruktiv begleitet und wertvolle Unterstützung geleistet hat.

Inhaltsverzeichnis

1.	Forschungsvorhaben.....	4
2.	Das Gesundheitssystem Deutschlands	5
2.1.	Grundprinzipien und Akteure des Gesundheitssystems	5
2.2.	Herausforderungen für das Gesundheitssystem.....	10
3.	Die Gesundheitshandwerke	12
4.	Die demografischen Entwicklungen und das Handwerk	15
4.1.	Die demografischen Entwicklungen in Deutschland	15
4.2.	Auswirkungen auf das Handwerk	20
5.	Die Befragung von Experten der Gesundheitshandwerke	27
5.1.	Untersuchungsdesign.....	27
5.2.	Ausgewählte Experten	28
5.3.	Forschungsfragen	28
5.4.	Ergebnisse der Expertenbefragung	29
6.	Fazit und Ausblick	39
7.	Literaturverzeichnis	44
8.	Anhang.....	53

In diesem Bericht wird auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise geachtet. Wo dies nicht möglich ist, wird zugunsten der besseren Lesbarkeit das ursprüngliche grammatische Geschlecht als Klassifizierung von Wörtern verwendet (männlich, weiblich, sächlich und andere). Es wird hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass damit auch jeweils das andere Geschlecht angesprochen ist.

1. Forschungsvorhaben

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands führt zu gravierenden Verschiebungen in der Struktur unserer Gesellschaft. Aber nicht nur die Alterskohorten verschieben sich, vielmehr führt der demografische Wandel auch zu gesundheitspolitisch relevanten Veränderungen in Deutschland und damit zu **Herausforderungen für die Gesundheitshandwerke**.¹ Es ist anzunehmen, dass gerade die Gesundheitshandwerke in besonderem Maße vom demografischen Wandel berührt sind² – mit der Alterung der Bevölkerung bedürfen mehr Menschen einer Unterstützung ihrer körperlichen Bewegungsfähigkeit, Fitness oder Leistungsfähigkeit, auch durch die Produkte und Dienstleistungen der Gesundheitshandwerke.

Für eine Branche, in der eine höhere Lebenserwartung, ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein und technologischer Fortschritt Schlüsselfaktoren sind, ist der **demografische Wandel eine bedeutende Entwicklung**³. Darüber hinaus sind die Menschen und Betriebe immer mehr auf eine effektive Versorgung angewiesen, um wieder schnell in den Arbeitsalltag integriert zu werden.

Im folgenden Bericht werden daher zum einen die **Folgen und Herausforderungen des demografischen Wandels für die Gesundheitshandwerke** und zum anderen **mögliche Zukunftsperspektiven** betrachtet. Zu diesen Themen werden Experten befragt, die sich aus Unternehmern und Vertretern von Verbänden der Gesundheitshandwerke zusammensetzen. Zunächst wird in Kapitel 2 das Gesundheitssystem in Deutschland sowie relevante Akteure und aktuelle Herausforderungen beschrieben. Auf die einzelnen Gewerke der Gesundheitshandwerke wird in Kapitel 3 eingegangen und es werden die Besonderheiten im Vergleich zum Handwerk allgemein beschreiben. Kapitel 4 beschäftigt sich mit den Entwicklungen des demografischen Wandels sowie deren Auswirkungen auf das Handwerk. In Kapitel 5 wird die Untersuchung und deren Ergebnisse vorgestellt. Den Abschluss des Berichtes bildet Kapitel 6, in dem das Fazit aus den Untersuchungsergebnissen vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen gezogen wird.

**Forschungs-
vorhaben**

**Aufbau des
Berichtes**

1 Sachverständigenrat Gesundheit (2009).

2 vgl. Roeder und Hensen (2009): Seite 3.

3 vgl. Bundesinnungsverband Orthopädietechnik (2016).

2. Das Gesundheitssystem Deutschlands

2.1. Grundprinzipien, Akteure und Marktstruktur des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem hat zur Aufgabe, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und widerherzustellen, Krankheit und Leiden zu erkennen, vermindern oder zu heilen⁴. Das Gesundheitsversorgungssystem Deutschlands fußt auf den vier Grundprinzipien **Versicherungspflicht**, **Beitragsfinanzierung**, dem Prinzip der **Solidarität** und dem der **Selbstverwaltung**.

**Prinzipien
des Gesund-
heits-
systems**

Der Grundsatz der **Versicherungspflicht** beinhaltet, dass im deutschen Gesundheitssystem jeder abhängig Beschäftigte grundsätzlich verpflichtet ist, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu versichern⁵. Diese umfassende Versicherungspflicht besteht seit 2009. Für Angestellte gilt jedoch bei einem Bruttoverdienst oberhalb der „Versicherungspflichtgrenze“⁶, dass die Versicherung auch durch eine private Krankenversicherung (PKV) getragen werden kann. Andernfalls bleiben sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert. Beamte sind vom Staat anteilig über eine Beihilfe versichert, wobei die Höhe dieser Beihilfe variiert⁷. Das heißt, dass sie für einen Teil der Krankheitskosten vom Staat eine Unterstützung bekommen - sie müssen für den jeweils verbleibenden Anteil bei einer privaten Krankenversicherung versichert sein⁸. Arbeitslose, weitere Bezieher von Sozialleistungen und Rentner sind in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, Kinder sowie nicht erwerbstätige Ehepartner sind hier beitragsfrei mitversichert.^{9 10}

**Versiche-
rungspflicht**

Die **Beitragsfinanzierung** regelt, dass die Versorgung durch die Beiträge der Versicherten sowie der Arbeitgeber finanziert wird. Die Höhe der Beiträge orientiert sich dabei am Einkommen, wobei der Beitragssatz der Krankenkassen seit 2009 zentral durch die Bundesregierung festgelegt wird. Das heißt, der Gesetzgeber (für Arbeitslosen, Renten- Kranken sowie Pflegeversicherung) sowie die Selbstverwaltung (für Unfallversicherung) legen dabei die Beitragssätze gesetzlich fest. Der Bundeshaushalt leistet dabei aus Steuereinnahmen einen finanziellen Zuschuss für die sog. versicherungsfremden Leis-

**Beitragsfi-
nanzierung**

4 vgl. Simon (2013): Seite 13.

5 Auf Personen, die freie Heilfürsorge erhalten, trifft die Versicherungspflicht nicht zu.

6 Die Versicherungspflichtgrenze liegt im Jahr 2016 jährlich bei 56.250,00 EUR (vgl. Die Bundesregierung (2015)).

7 Bei Beamten werden in der Regel 50 Prozent von der Beihilfe getragen, bei Pensionären beträgt der Anteil 70 Prozent (vgl. Schölkopf (2010): Seite 50).

8 vgl. § 6 I Nr.1 SGB V.

9 vgl. Schölkopf (2010): Seite 50.

10 vgl. Private Krankenversicherung (2014a) und (2014b).

tungen. Die Beiträge werden paritätisch von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern geleistet und im Umlageverfahren dem System zugeführt. Es kann keine Angabe zur Beitragshöhe bei der privaten Krankenversicherung gemacht werden, da sie über einkommensunabhängige Beiträge finanziert wird und sich diese an Merkmalen wie dem Alter, Geschlecht und dem Gesundheitsrisiko des Versicherten beim Abschluss des Vertrages bemisst. Der Leistungsumfang der Versicherung beeinflusst darüber hinaus die Höhe des Beitrages. Die Auszahlung der Mittel im Leistungsfall erfolgt durch das sog. Kapitaldeckungsverfahren.^{11 12 13}

Das **Solidaritätsprinzip** des Gesundheitssystems sichert allen gesetzlich Versicherten den gleichen Anspruch auf Versorgung, indem alle Versicherten einkommensunabhängig das Risiko eines Verdienstauffalls und der Versorgungskosten im Krankheitsfall tragen. Das Solidaritätsprinzip macht die Krankenversicherung zu einer „Solidargemeinschaft“. Dadurch wird ein Ausgleich geschaffen zwischen Gesunden und Kranken, jungen und alten Menschen, sowie allen Einkommensklassen.^{14 15}

Die Krankenkassen haben als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht der **Selbstverwaltung**¹⁶. Das Selbstverwaltungsprinzip legt die Weitergabe von Aufgaben und Verantwortungsbereichen an die Träger fest. Dies entlastet den Staat. Die konkrete Ausgestaltung, Organisation und Finanzierung der einzelnen medizinischen Leistungen wird somit als Aufgabe der gesetzlich bestimmten Einrichtungen der Selbstverwaltung wie beispielsweise Vertreter der Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Kassen und Versicherten gemeinsam und eigenverantwortlich wahrgenommen.¹⁷ Die Träger der Sozialversicherung erfüllen alle Steuerungsaufgaben unter Rechtsaufsicht des Staates, die damit organisatorisch und finanziell selbstständig sind. Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts¹⁸. Damit sind sie eigenständige Verwaltungsträger des Bundes und der Länder („Selbstverwaltungsträger“¹⁹). Damit ist zwischen dem Bund, den Län-

Versicherungspflicht

Selbstverwaltung

11 vgl. Schölkopf (2010): Seite 50f.
12 vgl. Gesundheitsinformation.de (2015).
13 vgl. Deutsche Sozialversicherung (2015a).
14 vgl. Gesundheitsinformation.de (2015).
15 vgl. Deutsche Sozialversicherung (2015a).
16 § 29 SGB IV und § 4 SGB V.
17 vgl. Gesundheitsinformation.de (2015).
18 Artikel 87 Absatz 2 des Grundgesetzes.
19 vgl. Schölkopf (2010): Seite 49.

dern und den Organisationen der Zivilgesellschaften eine Gewaltenteilung.^{20 21}

22 23

Das Gesundheitssystem sollte der ganzen Bevölkerung eine möglichst gute gesundheitliche Versorgung bieten. Die beschriebenen Prinzipien sollen dies sicherstellen.²⁴ Dabei ist das **Leistungsportfolio** der gesetzlichen Krankenversicherung breit und umfasst die stationäre und ambulante ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege, medizinische Rehabilitation sowie Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung. Auch Mutterschaftsleistungen und Krankengeld gehören zu dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung deckt den jeweils individuell vertraglich vereinbarten Leistungskatalog ab.²⁵

Leistungen

Das Gesundheitssystem in Deutschland besteht aus staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen und Personen. Die wesentlichen **Akteure des deutschen Gesundheitssystems** sind auf der Bundesebene der Bundestag, der Bundesrat und das **Bundesministerium für Gesundheit** (BMG). Im Bundesministerium werden auf höchster Ebene Gesetze vorbereitet und Verwaltungsvorschriften erarbeitet. Diese geben den Rahmen für die Aktivitäten der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vor. Das Bundesministerium korrespondiert mit weiteren, ihm nachgeordneten Bundesbehörden, wie beispielsweise dem **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** (BfArM). Auf Länderebene ist der Bereich der Gesundheit meist in Zuständigkeiten anderer Landesministerien integriert.^{26 27 28}

Akteure

Daneben spielt der **öffentliche Gesundheitsdienst** (ÖGD) eine bedeutende Rolle. Seine Kernaufgabe ist die kollektive Gesundheit der Bevölkerung. Diesem zugehörig sind die auf kommunaler Ebene tätigen Gesundheitsämter. Diese erfüllen Aufgaben wie die Aufsicht über Krankenhäuser und ihr Personal, über Praxen niedergelassener Ärzte und nichtmedizinischer therapeutischer Berufe, auch der Infektionsschutz und die allgemeine Gesundheitsförderung gehören zu dem Zuständigkeitsbereich des ÖGD.^{29 30 31}

20 vgl. Deutsche Sozialversicherung (2015a).

21 vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015b).

22 Die Planung und Finanzierung der Krankenhausversorgung liegen im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer (vgl. Schölkopf (2010): Seite 49).

23 vgl. Busse und Riesberg (2005): Seite 35.

24 vgl. Hurrelmann und Razum (2012): Seite 21.

25 vgl. Schölkopf (2010): Seite 52.

26 vgl. Busse und Riesberg (2005): Seite 59f.

27 vgl. gesundheitsinformation.de (2015).

28 vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. (2007): Seite 9.

29 vgl. Busse und Riesberg (2005): Seite 105.

30 vgl. gesundheitsinformation.de (2015).

Die gesetzliche Krankenversicherung wird durch die gesetzlichen **Krankenkassen** organisiert (im Jahr 2015 gab es 124 gesetzliche Krankenkassen³²) wobei einige ausschließlich innerhalb eines Bundeslandes tätig sind oder innerhalb einer Region agieren, wie die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) oder beispielsweise die IKK Südwest, die im Saarland, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg versichert.³³ Die Krankenkassen sind landes- und bundesweite Zusammenschlüsse, die Körperschaften des öffentlichen Rechts und nicht gewinnorientiert sind. Ihre Aufgaben sind die Versicherung der Bürger und die Gewährleistung der Versorgung mit medizinischen Leistungen. Auf Bundesebene existiert ein Verband aller gesetzlichen Krankenkassen, der sogenannte GKV-Spitzenverband, der gesetzlich bestimmte Aufgaben übernimmt und die Interessen der verschiedenen Kassen vertritt.^{34 35}

Die **Kassenärztliche** und **-zahnärztliche Vereinigungen** (KBV bzw. KZBV) und die Krankenhausgesellschaft (DKG) sind weitere relevante Beteiligte. Wenn Mediziner ihre Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen, müssen sie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), Zahnärzte in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) organisiert sein.^{36 37}

Krankenhäuser werden entweder durch privatrechtliche Organisationen repräsentiert, oder befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, welche eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts ist. Krankenhäuser übernehmen zunehmend gesetzliche Aufgaben. So werden die Spitzen- und Landesverbände der verschiedenen Krankenhausträger wie z. B. Städte oder Gemeinden durch die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** (DKG) vertreten.^{38 39 40}

Die Akteure des Gesundheitssystems (Kassen sowie medizinische Leistungserbringer) sind vertreten im **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)**. Der G-BA ist oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung⁴¹ und damit zentrales Organ des Gesundheitssystems auf Bundesebene. Hier wird darüber entschieden, für welche medizinischen Leistungen die gesetzlichen

31 vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. (2007): Seite 11.

32 vgl. Statistisches Bundesamt (2016).

33 Die IKK classic versichert in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

34 vgl. Schölkopf (2010): Seite 49.

35 vgl. Busse und Riesberg (2005): Seite 55ff.

36 vgl. Busse und Riesberg (2005): Seite 111f.

37 vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. (2007): Seite 15.

38 vgl. Gesundheitsinformation.de (2015).

39 vgl. Gesundheitsinformation.de (2015).

40 vgl. Busse und Riesberg (2005): Seite 119f.

41 vgl. § 91 SGB V.

Krankenkassen aufkommen und in welcher Form sie erbracht werden. Beispielsweise werden dort die Arzneimittelrichtlinien geregelt.^{42 43 44}

Der Gesundheitsmarkt besteht aus zwei grundlegend unterschiedlichen Bereiche: Der sogenannte **erste Gesundheitsmarkt** entspricht der Versorgung durch die gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherungen. Dieser Markt wird durch die in diesem Kapitel genannten Akteure und Prinzipien reguliert. Hier agieren die Gesundheitshandwerke vorwiegend und rechnen ihre Leistungen mit den gesetzlichen und privaten Kassen ab. Die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen dieses Marktes ist für Einzelpersonen, die im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung versorgt werden nicht mit unmittelbaren Ausgaben verbunden. Der Gesundheitsmarkt ist von beträchtlicher volkswirtschaftlicher Bedeutung: Die Gesundheitsausgaben allein privater Haushalte betragen deutschlandweit im Jahr 2014 ca. 43.186 Mrd. Euro - im Jahr 1992 betragen diese noch 17.616 Mrd. Euro.⁴⁵ Neben dem demografischen Wandel und dem technischen Fortschritt, der mit der Digitalisierung zahlreiche neue Möglichkeiten mit sich bringt (siehe hierzu auch die folgenden Kapitel), ist das Gesundheitsverständnis der Bevölkerung hierfür ein wichtiger Treiber und entscheidet über die Art der nachgefragten Leistungen (kurative bzw. präventive).^{46 47} Das Gesundheitsverständnis kann eher ganzheitlich ausgerichtet sein (Gesundheit als Lebensstil, präventive Ausrichtung) oder eher einem funktionalen Gesundheitsverständnis (Gesundheit als Mittel zum Zweck, kurative Ausrichtung) zugrunde liegen. Die eher präventive Ausrichtung findet dabei derzeit gesellschaftlich zunehmende Verbreitung.^{48 49} Die damit verbundenen steigenden Nachfragen nach mehr bzw. umfangreicheren medizinischen Versorgungs- und Vorsorgeleistungen werden sich vorwiegend auf den sogenannten **zweiten Gesundheitsmarkt** auswirken.⁵⁰ Dieser umfasst sämtliche Gesundheitsprodukte und Dienstleistungen, die i. d. R. nicht durch die Krankenkassen übernommen werden, er besteht aus privat finanzierten Gesundheitsprodukten und -leistungen^{51 52}. Der zweite Gesundheitsmarkt beinhaltet medizinische Leistungen und Angebote, die auf Gesundheitsbedürfnisse abzielen, die die unmittelbare Krankenversor-

42 vgl. Busse und Riesberg (2005): Seite 164.

43 vgl. gesundheitsinformation.de (2015).

44 vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016).

45 vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016): Gesundheitsausgaben in Deutschland.

46 vgl. Furmaniak und Brunner (2013): Seite 13.

47 vgl. IKB Deutsche Industriebank und Prognos (2007): Seite 6.

48 vgl. IKB Deutsche Industriebank und Prognos (2007): Seite 8.

49 vgl. Deloitte (Hrsg.) (2014): Seite 5.

50 vgl. DIHK (2010): Seite 2.

51 vgl. DIHK (2010): Seite 2.

52 vgl. Deloitte (2014): Seite 4.

gung übersteigen, dazu gehören auch private Zusatzversicherungen. Beispiele für Leistungen und Angebote des zweiten Gesundheitsmarktes sind Medikamente (OTC-Präparate⁵³), die nicht verschreibungspflichtig sind sowie die „Individuellen Gesundheits-Leistungen“ (IGeL), was alle Leistungen sind, die der Angebotskatalog der jeweiligen Krankenkasse nicht beinhaltet und von den Ärzten gegen Selbstzahlung angeboten werden.⁵⁴ Zum zweiten Gesundheitsmarkt gehören zudem Ausgaben für Ernährung, Leistungen rund um Wellness- und Fitness, sowie nicht erstattungsfähige Kuren und Angebote des Gesundheitstourismus.⁵⁵ Durch die Digitalisierung kommen zu diesem Markt noch weitere Angebote hinzu, die mit dem Stichwort *Consumer E-Health* umschrieben werden können, dazu gehören Mess- und Assistenzsysteme, digitale Fitness-Tools (unter anderem die „Wearables“⁵⁶) und Web-basierte Gesundheitsdienste sowie Applikationen – solche Lifestyle-Produkte bedeuten für den zweiten Gesundheitsmarkt weitere Potenziale, bergen jedoch auch für den ersten Gesundheitsmarkt Möglichkeiten, wie zur Generierung und Sammlung von digital übermittelten Gesundheitsdaten. Der zweite Gesundheitsmarkt kann als Ergänzungen der Leistungen des ersten Gesundheitsmarktes gesehen werden und beinhaltet große Chancen für eine Steigerung der Lebensqualität und auch der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung. Der Gesundheitsmarkt weist eine große Wachstumsdynamik auf und ist weniger reglementiert als der erste – er unterliegt den Gesetzmäßigkeiten der sozialen Marktwirtschaft. Akteure des ersten Gesundheitsmarktes sind teilweise auch auf dem zweiten Gesundheitsmarkt vertreten.⁵⁷ Letzterer steht für sämtliche Akteure des ersten Gesundheitsmarktes offen und bietet damit großes Potenzial auch für die Gesundheitshandwerke.^{58 59}

2.2. Herausforderungen für das Gesundheitssystem

Neue Herausforderungen für das Gesundheitssystem werden durch die Entwicklungen des demografischen Wandels erwartet: Die Entwicklung der Bevölkerung in Richtung einer Zunahme älterer Menschen führt zu einer bislang

Herausforderungen

53 „OTC“ bedeutet „over the counter“ (über die Ladentheke (der Apotheke)). Dies sind apotheken- aber nicht verschreibungspflichtige Präparate und können somit ohne Rezept des Arztes erworben werden (vgl. <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/arzneimittel/otc-uebersicht/>).

54 Diese gibt es in nahezu allen gesundheitlichen Bereichen. Hier muss beachtet werden, dass die jeweiligen Kassen jeweils unterschiedlich viele Leistungen übernehmen (vgl. <http://www.igel-monitor.de> (2016)).

55 vgl. DIHK (2010): Seite 3.

56 Wearables sind Mikro-Computer, die meist rund um die Gesundheit und Fitness eingesetzt werden und z. B. als Armband, Brille oder in Kleidung getragen werden. Sie erfüllen Funktionen wie Bewegungs-Tracking oder Blutdruckmessung (vgl. <http://wearables-tech.de/was-sind-wearables-tech-trend/>).

57 Wie z. B. IGeL oder OTC-Produkte.

58 vgl. DIHK (2010): Seite 2f.

59 vgl. BDI (2013): Seite 18f.

nicht erreichten Form der **Belastung der Sozialversicherungssysteme**. Neben der Rentenversicherung hat dies besonders für die Krankenversicherung Folgen. Auch stellt der demografische Wandel **neue Anforderungen an das medizinische Versorgungssystem**: Die Zahl der Diagnosen korreliert mit höherem Lebensalter. Gleiches gilt für das Vorhandensein von Multimorbidität/Mehrfacherkrankungen. Auch unterscheiden sich die von älteren Menschen in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen von Menschen jüngeren und mittleren Alters: erstere fragen medizinische Leistungen im Durchschnitt in erheblich höherem Maße nach und haben gleichzeitig andere Belastungen und Erkrankungen (zeitlich andauernd, degenerativ - z. B. Stoffwechselerkrankungen oder Altersdemenz). Mit diesen Bedingungen steigt der Bedarf an Pflege und medizinischen Leistungen.^{60 61 62}

Das Gesundheitssystem steht durch sinkende Einnahmen und steigende Ausgaben vor einem **Finanzierungsproblem**⁶³. Die Ursachen sind sehr vielschichtig, wobei der demografische Wandel als einer der Hauptursachen gesehen wird. Nicht nur steigt der Bedarf an medizinischen Leistungen, auch sinken die Anzahl der Erwerbstätigen und damit die Höhe der Einnahmen.⁶⁴ Gleichzeitig sind die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren gestiegen⁶⁵. Es ist jedoch strittig, wie das Ausmaß der Ausgabensteigerung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ausfällt – es gibt hierzu widersprüchliche Thesen: So legt die *Medikalisierungsthese* nahe, dass die Inanspruchnahme von Leistungen erheblich ansteigen wird. Daneben unterstellt die *Kompressionsthese* keine wachsenden Leistungsausgaben durch die Alterung der Bevölkerung, da kurz vor dem Tod die Ausgaben für Gesundheit am höchsten sind und die These voraussetzt, dass die steigende Lebenserwartung auch die Phasen guter Gesundheit verlängert. Dabei werden beide Thesen durch empirische Studien gestützt. Auch liegen Ergebnisse vor, die einen Anstieg der Gesundheitsausgaben über alle Altersgruppen hinweg konstatieren, was die Altersgruppe der älteren miteinschließt. Eine Höherentwicklung der Ausgaben ist dabei nicht nur an den demografischen Wandel gebunden, sondern auch an technische und medizinische Fortschritte.⁶⁶ So ist auch der technische Fortschritt eine Erklärung für steigende Kosten im Gesundheitswesen, denn aufwändige **neue Diagnose- und Therapie-Verfahren** sind meist

60 vgl. Deutscher Bundestag (2002).

61 vgl. Oduncu (2012): S. 359.

62 vgl. Hurrelmann, Laaser und Razum (2012): Seite 22.

63 vgl. Oduncu (2012): Seite 359.

64 vgl. Oduncu (2012): Seite 359f.

65 Die durchschnittlichen pro Kopf Gesundheitsausgaben in Deutschland stiegen von 2010 bis 2013 (inflationsbereinigt) schneller als im OECD-Durchschnitt (vgl. OECD (2015)).

66 vgl. Schölkopf (2010): Seite 87f.

mit erhöhten Ausgaben verbunden.⁶⁷ Das **Spannungsfeld der Qualität der Versorgung** und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verschärft sich zukünftig durch steigenden Kostendruck auf das Gesundheitssystem einerseits und zu geringen personalen Ressourcen. Gleichzeitig erhöhen zahlreiche Gesundheitsreformen die **Bürokratie**, was sich auf zunehmenden Aufwand für beispielsweise Dokumentationspflichten und damit verbunden weniger zeitliche Freiräume für die Versicherten und die Patienten auswirkt.⁶⁸

3. Die Gesundheitshandwerke

Die Gesundheitshandwerke setzen sich aus **Augenoptikern, Hörgeräteakustikern, Orthopädieschuhtechnikern, Orthopädietechnikern und Zahntechnikern** zusammen. Geregelt werden die Berufe der Gesundheitshandwerke durch die Handwerksordnung (HwO). Aufsicht ist das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie.^{69 70}

Die Gesundheitshandwerke

Gemeinsam ist den Berufen der Gesundheitshandwerke, dass sie **zulassungspflichtige Gewerbe** der Anlage A der Handwerksordnung sind. Somit ist für die Selbstständigkeit im Handwerk der Meisterbrief zwingend vorgeschrieben. Die Gefahrengeneigtheit der Gewerbe erfordert zudem besondere Ansprüche an die Meisterpräsenz.⁷¹ Dies stellt die Qualität der Versorgung sicher.⁷²

Die Berufe der Gesundheitshandwerke beschäftigen sich im Allgemeinen mit **eingeschränkten oder ausgefallenen Körperfunktionen** und versuchen dadurch entstandene Beeinträchtigungen und Behinderungen auszugleichen.

Augenoptiker fertigen oder passen Sehhilfen in Form von Brillen oder Kontaktlinsen an. Sie führen Sehtests durch und bestimmen somit eine mögliche optische Fehlsichtigkeit. Auch der Verkauf von Handelswaren (wie Sonnenbrillen) und Ferngläsern gehört zum Tätigkeitsfeld. Im Gegensatz zu den anderen Gewerken der Gesundheitshandwerke erfolgt die Finanzierung der Leistung der Augenoptiker überwiegend privat, d. h. die Kunden bezahlen die Brillen und Gläser bis auf wenige Zuschüsse von der Krankenkasse selbst.⁷³

67 vgl. Oduncu (2012): Seite 360.

68 vgl. Frommann (2014): Seite 9.

69 vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015a).

70 vgl. Zentralverband des Deutschen Handwerks (2015a).

71 vgl. Zentralverband des Deutschen Handwerks (2015b): Seite 5.

72 vgl. Die Gesundheitshandwerke (2014): Seite 3.

73 Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (2016).

Hörgeräteakustiker agieren in der Regel auf Basis von ärztlichen Verordnungen und ermitteln Art und Ausmaß von Hörbehinderungen. Sie beraten über einzusetzende technische Systeme für die jeweilige Hörbeeinträchtigung und begleiten den Kunden/Patienten durch den Prozess der Gewöhnung an das neue Hörgerät und betreuen ihre Kunden/Patienten im weiteren Prozess.⁷⁴

Orthopädieschuhtechniker ergreifen Maßnahmen am Schuhwerk, um die Fußgesundheit zu erhalten. Diese Maßnahmen reichen von Einlagen bis hin zur Anfertigung von Schuhwerk eigens für den erkrankten Fuß. Ein wesentlicher Betreuungsbereich der Orthopädieschuhtechniker ist die Versorgung von Diabetikern. Aber auch Arbeits- und Sicherheitsschuhwerk und die Sportlerversorgung sind Aufgabenbereiche, denen sich der Orthopädieschuhtechniker zuwendet.⁷⁵

Orthopädietechnik-Mechaniker fertigen technische Hilfsmittel, wie beispielsweise Orthesen oder Prothesen zur Behandlung von Schäden am Haltnungs- und Bewegungsapparat an. Sie arbeiten auf Basis von ärztlichen Verordnungen. Neben dem Anfertigen der Hilfsmittel erstreckt sich der Dienstleistungsprozess der Orthopädietechnik-Mechaniker auch auf die Reparatur, Wartung, Neujustierung und Einweisung in den Umgang mit den orthopädischen Hilfsmitteln.⁷⁶

Zahntechniker haben die Besonderheit, dass sie, im Gegensatz zu den anderen Gewerken der Gesundheitshandwerke, keinen direkten Kundenkontakt aufweisen. Sie fertigen Zahnersatz in Form von Zahnkronen, Stiftkronen, Brücken, Teil- und Vollprothesen sowie kieferorthopädische Apparaturen wie Spangen an. Zahntechniker stellen Medizinprodukte her, die im Sinne des Sozialgesetzes jedoch keine Hilfsmittel sind, wie es für die Produkte der anderen Gesundheitshandwerke gilt.⁷⁷

Der **Prozess der Dienstleistungserbringung** kann in den Gesundheitshandwerken zusammenfassend so beschreiben werden⁷⁸: Zunächst werden die Kunden-/Patientenbedarfe und –wünsche, vor allem unter Berücksichtigung ärztlicher Verordnungen sowie die Beeinträchtigung ermittelt und der Versorgungs- sowie Produktbedarf konkretisiert. Anschließend wird der Kunde/Patient hinsichtlich der Auswahl des Medizinproduktes beraten. Anschließend erfolgt die An- und Ausmessung für die geplante Verwendung am Kun-

74 Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (2016).

75 Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (2016).

76 Bundesinnungsverband Orthopädietechnik (2016).

77 Verband deutscher Zahntechniker-Innungen (2016).

78 nach Heinsberg und Reibold (2011): Seite 68.

den. Schließlich wird das Medizinprodukt entworfen, konstruiert und angefertigt. Danach wird dieses am Kunden angepasst und die Funktion im Rahmen einer Beratung auf die individuellen Bedürfnisse des Kunden optimiert. Des Weiteren wird der Kunde im Hinblick auf Wirkungsweise und Benutzung beraten. Die Wartung und Instandhaltung erfolgt in der Nachbetreuung.⁷⁹

Die Tätigkeiten der Gesundheitshandwerke sind an ein **weites Spektrum an Anforderungen** gebunden: Neben der qualitativ hochwertigen Fertigung und Anpassung eines Medizinproduktes sind die Kommunikations- und Beratungskompetenz sowie der direkte Kundenkontakt von großer Bedeutung⁸⁰. Die spezielle Eigenschaft der Gesundheitshandwerke liegt in der **Kunden/Patienten-Beziehung**. Das Besondere daran, ist, dass immer eine Kommunikation mit Ärzten, Therapeuten, Pflegern sowie den Sozialversicherungs- bzw. Kostenträgern und dem Patienten bzw. dem Kunden geführt werden muss. Dies verleiht den Gesundheitshandwerken eine interaktive Dimension.⁸¹

**Besonderheit
der Kunden/
Patienten-
Beziehung**

Neben der Kommunikation mit sämtlichen beteiligten Gruppen bringt die Kunden/Patienten-Beziehung für die Gesundheitshandwerke eine weitere Dimension: Die Tätigkeiten erfordern in den Gewerken der Gesundheitshandwerke fast immer die Arbeit mit **direktem Körperkontakt**⁸².

Aus der Kunden/Patienten-Beziehung ergibt sich eine weitere Besonderheit: die der **Finanzierung**. Die von den Gesundheitshandwerken durchgeführte Versorgung (Dienstleistung + Medizinprodukt) wird mit den Kostenträgern (meistens gesetzliche Krankenkassen) abgerechnet. Dies gilt nur teilweise für die Augenoptiker.^{83 84} Der Finanzierungsaspekt ist ein prägender Unterschied zu anderen Handwerksbetrieben.⁸⁵

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen haben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V) Anspruch auf eine „*Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Be-*

79 Eine Ausnahme bilden die Zahntechniker, da hier in der Regel kein direkter Kunden/Patienten-Kontakt besteht. Der Aufgabenschwerpunkt der Zahntechniker ist das Erstellen von zahntechnischen Modellen, welche mithilfe zuvor angefertigter Kieferabformungen erstellt werden.

63 siehe oben.

81 vgl. Heinsberg und Reibold (2011): Seite 68.

82 Ausgenommen hiervon sind die Zahntechniker.

83 Deren Leistungen können nicht (mehr) über die Krankenkassen abgerechnet werden, sondern direkt mit dem Kunden. Auch z. B. vergrößemde Sehhilfen können vom Augenoptiker abgegeben und über die Kasse abgerechnet werden - im besonderen Krankheitsfall werden Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durch die gesetzliche Krankenversicherung mit Sehhilfen versorgt.

84 SGB V § 33, Abs. 2.

85 vgl. Deutsche Sozialversicherung (Hrsg.) (2015b): Seite 4.

*hinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen*⁸⁶. Dabei kommt die Krankenkasse für die jeweils vertraglich vereinbarten Preise auf.⁸⁷ Hierzu gelten für grundlegende Versorgungsleistungen einheitliche Festbeträge, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzt werden. Die Obergrenzen für die Kostenübernahme variieren dabei. Leistungen oder Hilfsmittel, „die über das Maß des Notwendigen hinausgehen“, sind mit Mehrkosten verbunden, die nicht von der Krankenkasse getragen werden.⁸⁸

Vor dem Hintergrund der Entwicklungen des demografischen Wandels sowie daraus resultierenden veränderten Anforderungen und Bedarfen der Zielgruppen der Gesundheitshandwerke zeichnet sich ab, dass sich weitere Aufgabefelder und Rollen in den betreffenden Berufen entwickeln.⁸⁹ Die Entwicklungen der demografischen Veränderungen und deren Auswirkungen auf das Handwerk und speziell auf die Gesundheitshandwerke werden im folgenden Kapitel näher betrachtet.

4. Die demografischen Entwicklungen und das Handwerk

4.1. Die demografischen Entwicklungen in Deutschland

Der demografische Wandel basiert auf der Ausprägung von drei Faktoren: Der **sinkenden Fertilitätsrate**,⁹⁰ der **gestiegenen Lebenserwartung** und der **Nettozuwanderungsrate**.⁹¹ Da sich diese drei Faktoren in den letzten Jahren massiv verändert haben, und sich zukünftig weiter verändern werden, spricht man vom demografischen Wandel. Dessen Wirkung ist zunächst eine mit zunehmender Dynamik alternde und schrumpfende Gesellschaft.⁹²

Bereits bis zum Jahr 2030 erfolgen im Altersaufbau entscheidende Verschiebungen, die sich anschließend noch verstärken werden. Die Einwohnerzahl Deutschlands wird sich, laut dem Statistischen Bundesamt, von aktuell rund 80,8 Millionen Menschen, bis zum Jahr 2060 auf 73,1 Millionen reduzieren.⁹³

Geburtenzahl

86 SGB V §33, Abs.1 Satz 1.

87 SGB V §33, Abs. 7.

88 SGB V § 33, Abs. 1.

89 vgl. Heinsberg und Rehbold (2011)

90 vgl. Sinn (2005): Seite 56 f.

91 vgl. Döring (2003): Seite 21.

92 vgl. Fels, G. (2004): Seite 9; Dickmann, N. (2004): Seite 13.

93 Bei einer Zuwanderung von durchschnittlich 200.000 Personen pro Jahr. Die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland zeigt die Entwicklung der Bevölkerung bis zum Jahr 2060. Der ihr zugrunde liegende Bevölkerungsbestand von Dezember 2013 beruht auf der justierten Bestandsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011. Die künftigen Veränderungen in der Größe und im Altersaufbau der Bevölkerung werden mit Hilfe der Bevölkerungsvorausberechnung quantifiziert und die Auswirkungen der aus heutiger Sicht absehbaren demografischen Entwicklungen aufgezeigt (vgl. Statistisches Bundesamt (2015): S. 5).

Ein Grund für diesen Rückgang ist die Geburtenanzahl pro Frau. So beträgt die **Fertilitätsrate** in Deutschland derzeit circa 1,4 Kinder pro Frau, was deutlich unter dem bevölkerungserhaltenden Wert von 2,1 liegt. Die Fertilitätsrate von 1,4 besteht zwar bereits seit den 1970er Jahren, jedoch sinken die Altersgruppen, in denen die Geburtenhäufigkeit besonders hoch ist. Ab dem Jahr 2020 wird aber die Zahl der Geborenen zurückgehen und im Jahr 2060 ca. 500.000 betragen (im Vergleich zu 700.000 derzeit). Eine niedrige Geburtenrate führt langfristig, auch wenn sie stabil bleibt, dazu, dass die Anzahl potenzieller Mütter immer kleiner wird. Daher sind bereits jetzt die geborenen Mädchenjahrgänge zahlenmäßig kleiner als die ihrer Mütter.⁹⁴ In Deutschland ist die Zahl der **Sterbefälle** – bereits heute - weitaus höher als die Anzahl der Geburten.⁹⁵ Das Verhältnis der sogenannten natürlichen Bevölkerungsbilanz ist seit den 1970er Jahren negativ.⁹⁶ Die Zahl der Sterbefälle wird – trotz steigender Lebenserwartung – zunehmen, da die Altersgruppe der geburtenstarken Jahrgänge, das heißt, die um 1964 geborenen, ins hohe Alter „hineinwachsen“.⁹⁷

Der zweite Faktor ist die **gestiegene Lebenserwartung**. Die Sterblichkeitsverhältnisse und die durchschnittliche Lebenserwartung werden seit 1871 mithilfe der Sterbetafeln regelmäßig erhoben. In Deutschland wird seit etwa 140 Jahren ein dauerhafter Rückgang der Sterblichkeit, d. h. die sinkende Zahl der Sterbefälle pro Jahr⁹⁸ und somit ein Anstieg der Lebenserwartung beobachtet. Nach den Ergebnissen für den Bezugszeitraum 2010/2012 lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern bei 77,7 Jahren und bei Frauen bei 82,8 Jahren, im Jahr 1871 lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt bei 38,4 Jahren bei Frauen und 35,6 bei Männern^{99 100}. Die Lebenserwartung bei Geburt hat sich bei beiden Geschlechtern in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt. Diese Entwicklung kann durch Fortschritte im Gesundheitswesen und der Hygiene, dem insgesamt gestiegenen Wohlstand, besseren Arbeitsbedingungen oder Maßnahmen zur Unfallprävention und höheren Sicherheitsstandards erklärt werden.¹⁰¹ Der Anstieg der Lebenserwartung bei gleichzeitiger niedriger Geburtenziffer hat Auswirkungen auf die **Altersstruktur**.

**Steigende
Lebens-
erwartung**

94 vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 5.

95 vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 6. und Stetter (2012)

96 vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 5f.

97 vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 5

98 vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 59.

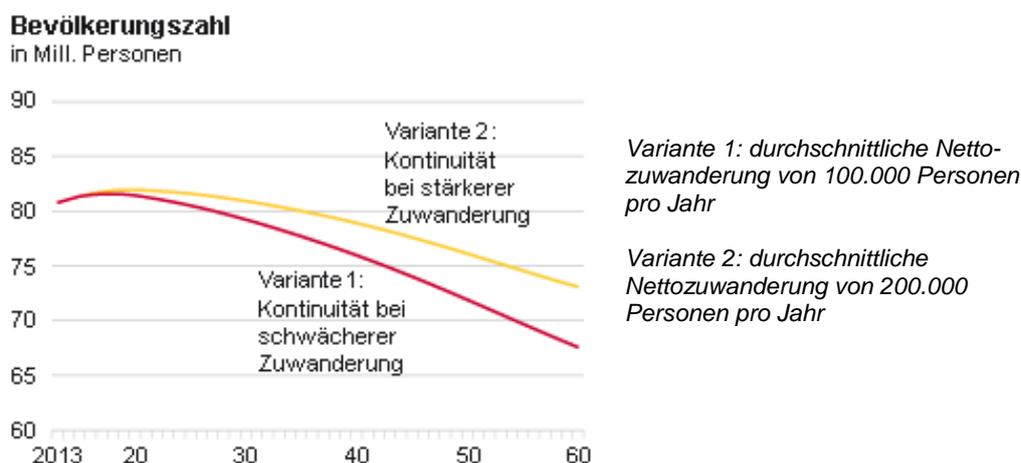
99 Dies muss man jedoch relativiert unter Berücksichtigung der hohen Kindersterblichkeit sehen.

100 vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 34.

101 vgl. Statistisches Bundesamt (2015), Seite 34.

Die dritte Determinante der Bevölkerungsentwicklung ist die unberechenbarste: die Wanderungen oder die räumliche Mobilität. Dabei sind die Zu- und Abwanderungen von Bedeutung. Die Struktur der Bevölkerung wird durch die sogenannte **Nettozuwanderungsrate**, also der Differenz zwischen Zu- und Fortzügen bestimmt.¹⁰² In den vergangenen 50 Jahren war diese, mit Ausnahme von einzelnen Jahren, immer positiv: Im Jahresdurchschnitt bewegte sie sich zwischen 142.000 und 186.000 Personen.¹⁰³ ¹⁰⁴ Zu- und Abwanderungen sind stark von sozialen, ökonomischen und politischen Bedingungen geprägt und können daher kaum aus vergangenen Entwicklungen berechnet werden. So gehen die Prognosen weit auseinander.¹⁰⁵ Im Zeitraum 2014 bis 2060 wird die Nettozuwanderung mit ca. 230.000 Personen pro Jahr prognostiziert.¹⁰⁶ Bei einem sinkendem Erwerbspersonenpotenzial um ca. 15 Prozent von ca. 49,2 Millionen im Jahr 2013 und ca. 34 Millionen im Jahr 2060¹⁰⁷ ist eine deutlich höhere Nettozuwanderung erforderlich, um das Erwerbspersonenpotenzial stabil zu halten. Das wachsende Geburtendefizit kann langfristig unter den hier vorgestellten Annahmen nicht von der Nettozuwanderung kompensiert werden¹⁰⁸. Dies stellt die folgende Abbildung dar.

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerungszahl in Deutschland abhängig von der Zuwanderung



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015).

Mit der **anhaltenden Alterung der Bevölkerung** schrumpft die Altersklasse der unter 20-Jährigen. So reduzierte sich der Anteil der unter 20-Jährigen an der Bevölkerung zwischen 1960 und 2010 von 28,4 auf 18,4 Prozent. Die Zahl

¹⁰² vgl. Behrend, C. (2001): Seite 29.

¹⁰³ Diese Werte gelten bis zum Jahr 2013. Die Zuwanderungen der letzten Jahre sind darin nicht berücksichtigt.

¹⁰⁴ vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 37.

¹⁰⁵ vgl. Behrend (2001): Seite 29.

¹⁰⁶ vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 13.

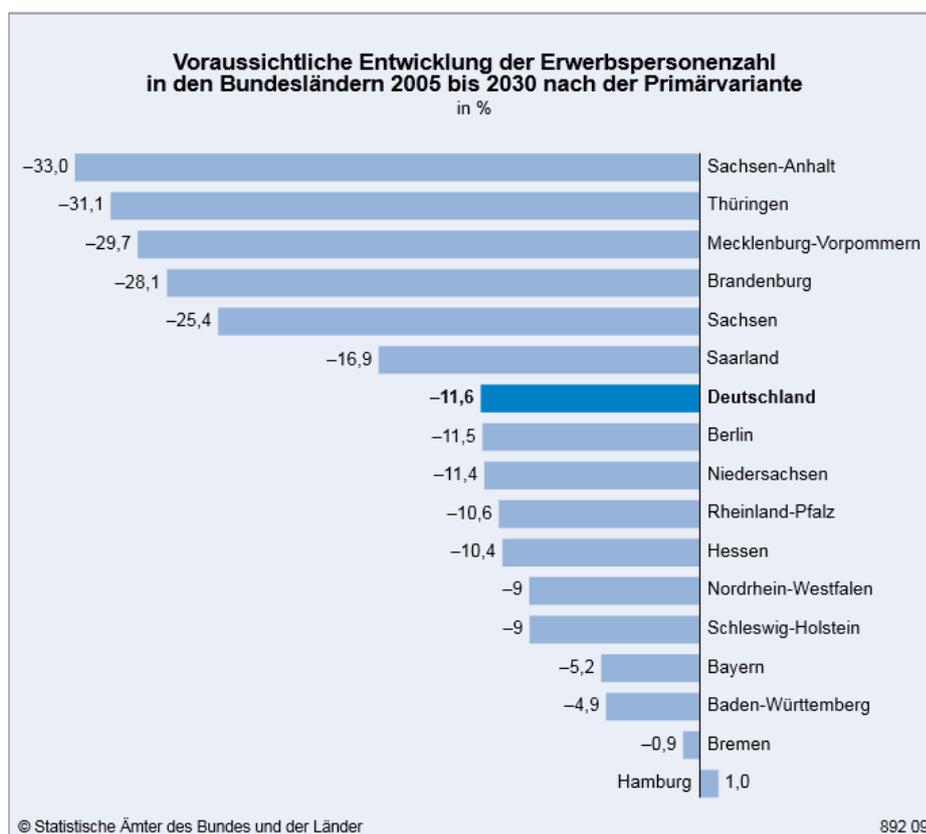
¹⁰⁷ vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 20.

¹⁰⁸ vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 6.

der unter 20-Jährigen wird von derzeit 14,7 Millionen auf etwa 12 Millionen im Jahr 2060 sinken. Das heißt, dass es im Jahr 2060 nur halb so viele Menschen unter 20 Jahren geben wie Menschen, die 65 Jahre und älter sind.¹⁰⁹

Auch die **Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung** unterliegt dem Wandel (als Erwerbsalter wird hier die Spanne von 20 bis 64 Jahren betrachtet): die Erwerbsbevölkerung wird insgesamt stark schrumpfen.¹¹⁰ In der Folge dieses Prozesses sinkt der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung der Bundesrepublik von ca. 51,8 im Jahre 2005 auf 45,4 im Jahr 2030.¹¹¹ Es wird dabei bedeutende Unterschiede zwischen den Bundesländern sowie städtisch und ländlich geprägten Regionen geben (wie in Abbildung 2 anhand des Erwerbspersonenpotenzials der Bundesländer dargestellt).^{112 113}

Abbildung 2: Prognostizierte Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials der Bundesländer.



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2009): Seite 12f.

Gleichzeitig stieg der Anteil der 60 Jahre alten und älteren Personen von 17,4 auf 26,3 Prozent.¹¹⁴ Der Anstieg der Lebenserwartung hat nicht nur Auswir-

109 vgl. Statistisches Bundesamt (2015):. Seite 17.

110 vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015): Seite 20.

111 vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2009): Seite 15.

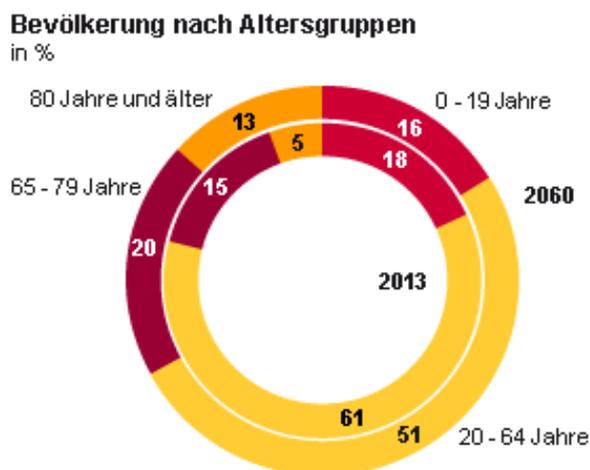
112 vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2009).

113 vgl. Ducki et al. (2015).

114 vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2015).

kungen auf die Altersstruktur sondern auch auf die soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Struktur eines Landes: Die Zahl der **Rentenbezieher** (über 65 Jahre) und die der **Hochbetagten** (über 80 Jahre) und wird stark ansteigen.¹¹⁵ Die Alterung der Bevölkerung wird besonders deutlich bei den Hochbetagten. So lebten 2013 rund 4,4 Millionen Menschen, die 80 Jahre und älter waren in Deutschland, dies entsprach 5 Prozent der Bevölkerung. Bis 2030 wird dieser Wert um gut 40 Prozent ansteigen und 2060 mit 9 Millionen rund doppelt so hoch sein wie derzeit. Der Altenquotient¹¹⁶ steigt weiter an. Es ist damit zu rechnen, dass in 50 Jahren etwa 12 Prozent der Bevölkerung 80 Jahre und älter sein werden¹¹⁷. Damit steigt auch die Zahl der potenziell Pflegebedürftigen. Die Abbildung 3 zeigt die altersmäßige Bevölkerungszusammensetzung derzeit sowie zukünftig.

Abbildung 3: Die Bevölkerung Deutschlands nach Altersgruppen.



2060: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung;
Variante 1: Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015).

Die **Bevölkerungszahl** wird von 80,8 Millionen Menschen (2013) je nach Höhe der Zuwanderung noch fünf bis sieben Jahre ansteigen und dann abnehmen. 2060 wird die Bundesrepublik eine voraussichtliche Einwohnerzahl von zwischen 67,6 Millionen und 73,1 Millionen betragen, je nach schwächerer oder stärkerer Zuwanderung. Selbst ein „Höchstscenario“ mit einer steigenden Geburtenrate (1,6), einem starken Anstieg der Lebenserwartung (Männer 86,7 Jahre und Frauen 90,4 Jahre) und einem langfristigen Wanderungssaldo von

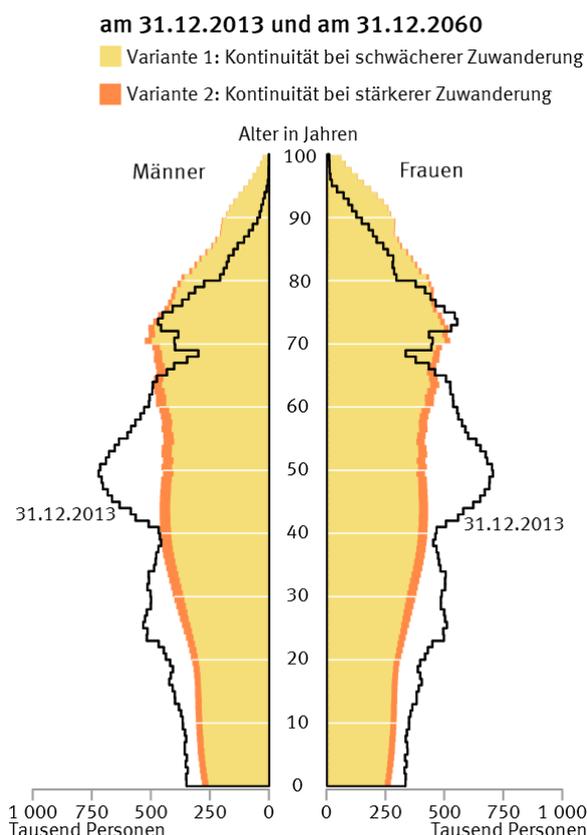
¹¹⁵ vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 34 f.

¹¹⁶ Quantitatives Verhältnis zwischen der Anzahl der Personen im erwerbstätigen Alter und der Anzahl der Rentner in einer Bevölkerung. Beispiel: ein Altenquotient von 25 gibt an, dass 100 Personen im erwerbstätigen Alter, 25 Personen im Rentenalter gegenüber stehen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2012)).

¹¹⁷ vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Seite 6.

200.000 Menschen erreicht „nur“ eine Bevölkerungszahl von 78,6 Menschen. Dies bedeutet, dass die Bevölkerung bereits in naher Zukunft schrumpfen wird. Die Abbildung 4 zeigt die Auswirkungen des demografische Wandels auf die **Bevölkerungsentwicklung** Deutschlands: Hier werden die Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung bildhaft deutlich.

Abbildung 4: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2060 im Vergleich zu 2013.



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015).

Was diese Entwicklungen für das Handwerk im Allgemeinen und die Gesundheitshandwerke im speziellen bedeuten, soll im nächsten Kapitel skizziert werden.

4.2. Auswirkungen auf das Handwerk

Der demografische Wandel hat auch Auswirkungen auf das Handwerk. Nach einer Untersuchung des Instituts für Technik der Betriebsführung von 2012, in der 67 Unternehmer befragt wurden¹¹⁸, spüren alle Befragten die **Auswirkungen des demografischen Wandels** bereits in ihrem Betrieb: Besonders der Fachkräftemangel ist bereits gegenwärtig deutlich und der Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte nimmt für die Unternehmer spürbar zu. Doch wirken

118 vgl. Ihm, A., Baumann, A. et al. (2013): S. 246.

sich die demografischen Entwicklungen äußerst vielschichtig auf das Handwerk aus und bieten nicht nur Risiken, sondern auch Chancen.

Nicht nur hinsichtlich der Bedeutung der demografischen Entwicklung für das Handwerk muss differenziert vorgegangen werden. Auch die Auswirkungen der Veränderungen in der Bevölkerung sind sehr unterschiedlich: In einigen (besonders in ländlichen) Regionen ist ein besonders starker Rückgang der Bevölkerung zu erwarten. Die **regionalen Unterschiede der demografischen Entwicklungen** müssen daher für jeden Betrieb im Einzelnen betrachtet werden. Auch bezüglich der **Branchen** sind Unterschiede zu verzeichnen, wenn es um den Fachkräftemangel geht. Aus einer Veröffentlichung des „Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung“ geht hervor, dass bereits in zahlreichen Berufen und Branchen ein eindeutiger Fachkräfteengpass zu beklagen ist. Jener betrifft insbesondere kleine und mittlere Unternehmen bei denen beruflich qualifizierte Mitarbeiter insbesondere aus den gewerblich-technischen Berufen fehlen.¹¹⁹ Ein umfassendes Personalmarketing, wie es beispielsweise die Industrie betreibt, kann der einzelne, meist kleine, Handwerksbetrieb nicht leisten. Für Handwerksbetriebe ist es teilweise schwer, eine bedarfsgerechte Versorgung mit Fach- und Nachwuchskräften sicherzustellen.¹²⁰ Dabei ist schon jetzt deutlich erkennbar, dass Fachkräfte dem Handwerk nicht ausreichend zur Verfügung stehen.¹²¹

**Regionale und
branchenbe-
zogene
Unterschiede**

Der demografische Wandel hat sowohl direkten als auch indirekten Einfluss auf das Handwerk, besonders auf die Gesundheitshandwerke. Der direkte Einfluss ergibt sich aus der Entwicklung der Erwerbsbevölkerung: Die Schrumpfung dieser Personengruppe bringt für die Betriebe unweigerlich einen **kleineren Pool an potenziellen Mitarbeitern**. So ist die Zahl der Schulabgänger bereits stark rückläufig, wobei der Anteil derer sinkt, die eine Ausbildung im Handwerk machen. Laut einer Umfrage des ZDH¹²² gibt jeder zehnte Betrieb an, dass **Ausbildungsplätze** aufgrund fehlender oder ungeeigneter Bewerbungen nicht besetzt werden können. So wurden bis zum 30. September 2014 128.498 Ausbildungsverträge abgeschlossen – 1,6 Prozent weniger als im Vorjahreszeitraum, während sich in den Lehrstellenbörsen noch 20.000 unbesetzte Lehrstellen finden – rund 5000 mehr als im Vorjahr zum Stichtag¹²³. Auch eine hohe Abbruchquote während der Ausbildung¹²⁴ macht die

**Mangel an
Fachkräften**

119 vgl. BMWi (2012): Seite 1f.

120 Gründe hierfür liegen in der Struktur (fehlende Personal-Stabsstelle) oder auch der starken Eingebundenheit der Unternehmer (vgl. Rohrlack (2008): Seite 1).

121 vgl. Rohrlack (2008): Seite 1.

122 vgl. Zentralverband des Deutschen Handwerks (2011).

123 vgl. Zentralverband des Deutschen Handwerks (2014b).

Lage für das Handwerk nicht leichter: Aus einer Untersuchung des Ludwig-Fröhler-Instituts geht hervor, dass das Gesundheits-, Körperpflege-, Chemisches- und Reinigungsgewerbe das am dritthäufigsten¹²⁵ von Ausbildungsabbrüchen betroffene Gewerbe ist. Dabei stellt die Ausbildung für das Handwerk seit jeher ein wirksames Instrument der Deckung des Fachkräftebedarfs dar. Dies wird in Zukunft schwieriger werden. Auch das Finden guter **Fachkräfte** wird durch den „Wettbewerb um die besten Köpfe“ für das Handwerk nicht leichter.

Die Alterung der Bevölkerung bewirkt auch, dass die **Belegschaften älter** werden. Die Lebensarbeitszeit wird zwar langfristig steigen – trotz Rentenpaket¹²⁶ – doch werden die Mitarbeiter im Durchschnitt zunehmend älter. Wenn man bedenkt, dass sich einige der menschlichen körperlichen und psychosozialen Fähigkeiten im Laufe des Lebens verändern¹²⁷, steigen die **Anforderungen an die Betriebe**. Das heißt für die Gesundheitshandwerke etwa, dass besondere Anforderungen an die alters- und altersgerechte Gestaltung der Arbeitsplätze¹²⁸ entstehen. Auch die durch die technischen Entwicklungen ständig neuen Vorgehensweisen bezüglich Produkterstellung und Materialeinsatz in den Gesundheitshandwerken bedeuten in Zukunft höhere Anforderungen an den Erhalt der Qualifikationen und des Know-hows im Betrieb. Diese Herausforderung wird noch verstärkt durch die Tatsache, dass in den nächsten Jahren eine hohe Anzahl der **Wissensträger** in den Betrieben in den Ruhestand gehen werden, was den Fachkräfteengpass weiter verschärfen wird. Gerade in den Gesundheitshandwerken kommt älteren Mitarbeitern die Funktion als wertvolle Kompetenzträger zu, die mit ihrem großen Erfahrungs- und Wissensschatz sehr wichtig für Unternehmen sind und beispielsweise vor allem Ältere mit hoher Kommunikationsfähigkeit in der Beratung und Betreuung der (auch älter werdenden) Kunden eingesetzt¹²⁹. Diese Potenziale müssen durch die Betriebe weiter nutzbar sein.

**Älter
werdende
Beschäftigte**

124 vgl. Greilinger (2013).

125 16 Abbrüche in 560 befragten Betrieben (mehr Abbrüche waren im Elektro-Metallgewerk (26 Abbrüche) und beim Bau-Ausbau (19) zu verzeichnen (vgl. Greilinger (2013): Seite 40)).

126 Das seit 1. Juli 2014 geltende Rentenpaket beinhaltet vier Komponenten: Rente ab 63, Mütterrente, bearbeitete Erwerbsminderungsrente und Bereitstellung von geändertes Budget für Reha-Leistungen (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016)).

127 Beispielsweise ist es empirisch nachgewiesen, dass die körperliche Kraft und Fitness mit zunehmendem Alter abnehmen, dabei verbessern sich beispielsweise Problemlöse-Fähigkeiten oder das selbstständige Arbeiten (vgl. Baumann (2015): Seite 183).

128 „Altersgerechte Arbeitsgestaltung“ (oder „altersdifferenzierte Arbeitsgestaltung“) will durch das Alter auftretende Schwächen ausgleichen und damit verbundene Gefahren vermeiden (z. B. Vermeiden von größeren oder einseitigen Belastungen (Zwangshaltungen) mit der bedarfsgerechten Einrichtung des Arbeitsplatzes durch höhenverstellbare Bühnen. In den meist kleinen Betrieben des Handwerks ist es häufig nur begrenzt möglich, ergonomisch sinnvolle Tätigkeitswechsel umzusetzen, „schonende“ Einsatzmöglichkeiten sind wegen der geringen Betriebsgröße selten vorhanden (Baumann (2015): Seite 182).

129 vgl. Baumann (2015): Seite 181.

Insbesondere das sinkende Erwerbspersonenpotenzial und der steigende Anteil älterer Mitarbeiter erfordern von den Betrieben **neue Lösungsansätze**. Dabei setzen einige Betriebe auf die **Rekrutierung** der sogenannten „stillen Reserve“: Dies sind ältere Menschen, Studienabbrecher, Menschen mit Behinderung, mit Migrationshintergrund – und in vielen Branchen des Handwerks auch Frauen. Dabei müssen jedoch **neue Zielgruppen** bei der Rekrutierung erschlossen werden, um diese wirksam anzusprechen. Auch erfordert dies eine Qualifizierung von Quereinsteigern die Betrieb. Auf Seiten des Personalmanagements können die gezielte Bindung vorhandener Mitarbeiter oder der Einsatz zunehmend älterer Beschäftigter Herausforderungen und auch Chance¹³⁰ sein. Hier können die **Steigerung der Attraktivität des Betriebs** und der Arbeitsplätze sowie die Gesundheitsförderung (wozu der aktive Umgang mit psychischen Belastungen gehört) an Bedeutung gewinnen.¹³¹

Das Thema Fachkräftesicherung ist daher eine der **zentralen Herausforderungen**, vor denen das Handwerk in den nächsten Jahren steht.

Die direkten Auswirkungen des demografischen Wandels betreffen auch die Kundenseite – dies gilt vor allem für die Gesundheitshandwerke weil deren Kundenstamm durchschnittlich älter ist als der des restlichen Handwerks. Die steigende Zahl der Menschen über 65 Jahre schlägt sich in **veränderten Kundenanforderungen** nieder: Untersuchungen zeigen bereits, dass die (größer werdende) Gruppe der über 55-Jährigen qualitätsbewusst und kaufkräftig ist. Dies schlägt sich in ein geändertes Nachfrageverhalten nieder: Mehr ältere Kunden können für das Handwerk **neue Marktchancen** bedeuten. Dort können aus dem demografischen Wandel vielfältige Chancen erwachsen. Der Alterungsprozess bedeutet auch eine Erhöhung der Zahl der **Pflegebedürftigen**. Besonders für die Gesundheitshandwerke wächst somit rein numerisch die Zahl potenzieller Kunden in den nächsten Jahrzehnten stark. Dies bedeutet sehr wahrscheinlich eine erhöhte Nachfrage für die Gesundheitshandwerke, denn mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen nimmt die Nachfrage nach deren Leistungen.¹³²

Zudem führen die gesellschaftlichen Ansprüche auf **Integration** und **Inklusion** mobilitätseingeschränkter Menschen zu einem erhöhten Bedarf an beispielsweise innovativer Orthopädie- und Reha-Technik. Auch in der Orthopä-

130 Beispielsweise kann mit zunehmender Vielfalt die Innovationsfähigkeit oder die Flexibilität in Unternehmen gefördert werden (vgl. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2008): Seite 12).

131 vgl. Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen im Handwerk, Zentralverband des Deutschen Handwerks (2015c).

132 vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006).

dieschuhtechnik wird die Nachfrage steigen, da der alternde und alte Mensch umso mehr der Unterstützung bedarf, als Erkrankungen zunehmen. Hier sei exemplarisch die potenzielle Zunahme der von Diabetes Betroffenen und der damit einhergehenden Bedarfe vor allem für die Orthopädieschuhtechniker aufgezeigt¹³³. Für die Teilhabe an der Gesellschaft sind eine gute Hör- und Sehkraft elementar: ist eines davon eingeschränkt, fördert dies Vereinsamung und Ausgrenzung – gerade bei Älteren. In Bezug auf das soziale Leben hat dies gravierende Folgen. Für die Hörgeräteakustiker und Augenoptiker bedeutet das gesteigerte Nachfrage sowie Anforderungen an eine bestmögliche Beratung. Auch die Zahntechniker nehmen vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen eine wichtige Rolle ein: Die Bereitstellung von Implantaten oder Zahnprothesen ermöglicht vielen Menschen soziale Teilhabe.

Für die Gesundheitshandwerke ist durch den **prognostizierten Ärztemangel** (besonders in ländlichen Regionen) insgesamt davon auszugehen, eine wichtigere Vermittlerfunktion zwischen dem Kunden und Arzt einzunehmen. Beispielsweise kann der Augenoptiker erkennen, ob die Sehbeschwerden sich mit einer neuen Sehhilfe beseitigen lassen oder der Besuch eines Arztes anzuraten ist. Auch liegt für viele Kunden zum Beispiel eine Refraktion beim Augenoptiker oft näher als ein Besuch hierfür bei einem Augenarzt.¹³⁴ Für die flächendeckende **Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen** erhalten die Gesundheitshandwerke so eine unverzichtbare Funktion und damit verbunden **neue Tätigkeitsfelder** in den Bereichen Prophylaxe und umfassende Betreuung der Kunden. Dies wird zunehmend wichtiger, wenn es darum geht, den Ärztemangel durch die Gesundheitshandwerke „abzufangen“ indem man sich die Verteilung der Aufgaben an den Schnittstellen der Professionen genauer anschaut¹³⁵.

Diese **Chancen** müssen jedoch auch gezielt genutzt werden. Vor diesem Hintergrund gewinnen für Betriebe der Gesundheitshandwerke die Themen **Dienstleistungsorientierung**, Produktergänzungen sowie **Beratung** an Gewicht. Auch Maßnahmen im Bereich **Marketing**, die die „traditionell handwerklichen“ Herstellungsformen und die regionale Verwurzelung von Betrieben betonen, können vielversprechend sein und gerade ältere Kunden überzeugen.

Ärztemangel in ländlichen Regionen

133 In der Altersgruppe der 60 –79 jährigen ist der Prozentsatz dabei am höchsten. Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der von Diabetes Betroffenen auf 8 Millionen Menschen steigen (vgl. Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (2015)).

134 vgl. Truckenbrod (2014).

135 vgl. Die Gesundheitshandwerke (2015).

Daneben gibt es einige Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Handwerk, die eher indirekt wirken. So bedeuten die beschriebenen Veränderungen im Handwerk, beispielsweise die veränderten Kundenanforderungen, auch neue **Anforderungen an die Mitarbeiter**. Dabei werden die Arbeitsplätze und Tätigkeitsfelder anspruchsvoller. Neben den jeweiligen fachlichen Anforderungen in Theorie und Anwendung mit Blick auf die Berufsstände werden zunehmend höhere Anforderungen an die kommunikativen Fähigkeiten der Mitarbeiter für die Kundenorientierung gestellt.¹³⁶ Somit kommt der umfassenden Qualifikation der Mitarbeiter und ihrer ständigen Weiterentwicklung eine wichtige Rolle beim Erhalt der Zukunftsfähigkeit des Handwerks zu.

Anforderungen für Mitarbeiter

Die Auswirkungen des demografischen Wandels führen auch zu einer Befeuerung der Wandlungsprozesse **gesellschaftlicher Werte und Normen**, die die Arbeitswelt – und damit auch das Handwerk - betreffen. Beispielsweise ist hier die Änderung der typischen Erwerbsverläufe¹³⁷ zu nennen. Gleichzeitig vollziehen sich gegenwärtige Wandlungsprozesse, wie die **Individualisierung**¹³⁸, die sich auf sämtliche Bereiche der Arbeitswelt, so auch auf das Handwerk indirekt auswirken. Somit beeinflussen sie die Märkte bzw. Kundenanforderungen. Für die Gesundheitshandwerke kann dies bedeuten, dass Kunden auch mit Beeinträchtigung ihren Gewohnheiten nachgehen und Hobbys uneingeschränkt ausüben wollen und somit neue Beratungsleistungen und auch Produkte gefordert sind, die dem nachkommen. In Betrieben können aber auch die **Unternehmenskultur** oder der **Führungsstil** unter dem Einfluss des Wertewandels stehen. So wird es beispielsweise immer wichtiger, vorhandene Mitarbeiter durch die Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen gezielt an den Betrieb zu binden. Auch die steigenden Ansprüche an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind eine Anforderung an Betriebe, die sich aus diesen Veränderungen ergibt. Oder auch der gestiegene **Stellenwert von Gesundheit und Wellness** (gesund und fit bis ins hohe Alter): Dieser kann auch von Seiten des Handwerks – insbesondere vom SHK-Gewerbe und den Gesundheitshandwerken – genutzt werden, beispielsweise für die Hörgeräteakustiker, wenn es darum geht, immer kleinere Geräte anzupassen. Auch von Relevanz ist vor diesem Hintergrund der Anspruch an die eigene **Fitness**. Auch dann, wenn körperliche Beeinträchtigungen vorliegen, wollen Menschen aktiv blei-

Werte und Normen

¹³⁶ vgl. König (2006): Seite 47.

¹³⁷ Ein ehemals „typischer“ Erwerbsverlauf wird seltener, der von schulischer Bildung, über Berufsausbildung zum Beruf führt, der für die gesamte Dauer des Erwerbslebens bis zum Renteneintritt. In jüngerer Zeit sind hier häufigere Arbeitsplatzwechsel, fachliche Neuorientierungen oder auch Erwerbslosigkeit hinzugekommen.

¹³⁸ Dies bezeichnet die Enttraditionalisierung, die Ausweitung der Möglichkeiten und Freiheiten des Einzelnen durch einen Wegfall von als selbstverständlich erlebten Lebensformen, was zu vielfältigen Lebensweisen und dazu führt, dass die Welt an Eindeutigkeit und Klarheit verliert (mehr dazu Beck (1986)).

ben oder sein. Ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung kann diese Tendenz weiter verstärken und für die Gesundheitshandwerke eine **Befuerung der Nachfrage** bedeuten. Beispielsweise kann die schuorthopädische Versorgung eine Sturzprophylaxe leisten. Ob die Gesundheitshandwerke davon profitieren können, hängt von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ab aber auch von der Fähigkeit der Betriebe der Gesundheitshandwerke, diesen Wandel des Bewusstseins mit entsprechenden Produkten und Dienstleistungen für sich zu nutzen.¹³⁹

Der demografische Wandel ist nicht die einzige gegenwärtige gesamtgesellschaftlich wirksame Entwicklung. Neben ihm bestimmen die anhaltende **Globalisierung der Wirtschaft** und die **Ökologisierung** ebenfalls die Arbeitsmarktstruktur.¹⁴⁰ Dies beschert den Betrieben vielfältigere und diversifiziertere Belegschaften hinsichtlich der fachlichen Qualifikationen, des Geschlechts, der Herkunft und der Lebensmodelle. Auch die fortschreitende **Digitalisierung** und die Veränderung der Gesellschaft hin zu einer **Informationsgesellschaft** führen zu Veränderungen in der Arbeitswelt. Die technischen Errungenschaften können beispielsweise neue Anforderungen an die Qualifikation und den Umgang mit Wissen bedeuten und eine Kompetenzerweiterung erforderlich machen. Gerade in den Gesundheitshandwerken, wo in Hinsicht auf die eingesetzten Technologien „traditionell fortschrittlich“ gearbeitet wird, kann die zunehmende Digitalisierung eine Beschleunigung der Anpassungsfähigkeit an die Umsetzung neuer Technologien im Betrieb bedeuten. Dadurch können die Anforderungen an die Arbeitskräfte steigen, welche sich aufgrund technischer und sozialökonomischer Veränderungen ergeben.

Diese skizzierten Auswirkungen bedeuten für die Unternehmer des Handwerks geänderte und **gestiegene Anforderungen und Bedarfe**. Die Führung eines Betriebes wird sich unter den Vorzeichen des demografischen Wandels schwierig gestalten. Unternehmer müssen die entstehenden Risiken für ihre jeweilige betriebliche Situation erkennen und vermeiden oder mindern, gleichzeitig müssen mögliche Chancen als solche erkannt und genutzt werden. Dies kann die ohnehin bereits sehr hohe Belastung von Unternehmern weiter befeuern. Eine besondere Rolle kommt hierbei den **Handwerksorganisationen**, wie den Verbänden zu, die Betriebe bei sämtlichen Anliegen und Problemen in Form von Dienstleistungen, beispielsweise in Form von Beratungen gezielt unterstützen. Aufgrund der Charakteristika kleiner und mittlerer Handwerksbe-

**Wandlungs-
prozesse**

**Anforderun-
gen an Unter-
nehmer**

¹³⁹ vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006).

¹⁴⁰ vgl. BMI (2011): Seite 102. sowie Schnur (1996) und Beutner (2001): Seite 69ff.

triebe bedarf es spezieller **Konzepte und Werkzeuge**, um die Herausforderungen des demografischen Wandels zu meistern¹⁴¹. Hier müssen Konzepte und Instrumente genutzt werden, die auf die neuen Anforderungen ausgerichtet sind.¹⁴²

5. Die Befragung von Experten der Gesundheitshandwerke

5.1. Untersuchungsdesign

Das Ziel der Untersuchung ist es, die **Bedeutung der demografischen Entwicklungen für die Gesundheitshandwerke** genauer fassen zu können. Im Besonderen sollen Chancen, Risiken bzw. Herausforderungen und Konsequenzen des demografischen Wandels sowie die sich daraus ergebenden Zukunftsperspektiven für die Gesundheitshandwerke betrachtet werden.

Damit die Untersuchung die Erfahrungsrealität der Vertreter der Gesundheitshandwerke einbeziehen kann, soll eine **Expertenbefragung** durchgeführt werden. Die Experten dienen als Repräsentanten der Gruppe, der sie jeweils entstammen. Hier sollen Experten zweier Gruppen befragt werden: **Vertreter der Verbände** als auch **Unternehmer** der Gesundheitshandwerke. Die Unternehmer sollen in die Befragung einbezogen werden, um einen Eindruck zu erhalten, wie die Entwicklungen des demografischen Wandels auf betrieblicher Ebene wahrgenommen werden. Ergänzend dazu soll die Perspektive der Verbände einbezogen werden, um Sichtweisen der einzelnen Gewerke innerhalb der Gesundheitshandwerke (siehe hierzu Kapitel 3) beizusteuern. Bei beiden Gruppen sind die Geschäftsführer die befragten Personen.

**Befragung
von Betrieben
und Verbänden**

Als **Methode der Datenerhebung** wird die Qualitative gewählt, da diese erlaubt, die subjektiven Meinungen und Einschätzungen wiederzugeben – es sollen Situationen und Deutungen aus der Praxis nachvollzogen werden.¹⁴³

Die Erhebung erfolgt mittels Interviews, denen ein teilstandardisierter Interviewleitfaden mit offenen und geschlossenen Fragen zugrunde liegt, welcher den einzelnen Parteien im Vorfeld bekannt war. Die Interviews wurden telefonisch durchgeführt und nahmen ca. 30-60 Minuten in Anspruch. Sie erfolgten

141 vgl. Ritter und Schulte (2010): Seite 623f.

142 Beispielhaft zu nennen ist hier eine Sammlung von Beratungskonzepten, die gemeinsam mit Handwerksbetrieben erprobt wurden. Hier sind Anleitungen enthalten, etwa wie Berater in Betrieben einen Azubi-Scout einsetzen oder ein Laufbahnkonzept erstellen können: Osranek et al. (2015).

143 vgl. Bogner et al. (2014): Seite 20.

im Sommer 2015. Die Auswertung wurde mittels einer Inhaltsanalyse durchgeführt.

5.2. Ausgewählte Experten

Als Experten sollen **Vertreter sämtlicher Gewerke** der Gesundheitshandwerke einbezogen werden.

Das Gewerk der Augenoptiker ist vertreten durch einen Experten des Zentralverbandes, das Hörgeräteakustiker-Gewerbe ist mit der Bundesinnung vertreten, die Orthopädieschuhtechniker kommen durch einen Unternehmer und einen Vertreter des Zentralverbandes zu Wort, das Gewerk der Orthopädietechniker wird mit einem Unternehmer und dem Bundesinnungsverband einbezogen und das Zahntechniker-Gewerk ist mit einem Unternehmer vertreten. So konnte mindestens ein Experte für jedes Gewerk gewonnen werden. Insgesamt wurden sieben Personen befragt.

**Betrachtung
aller Gewerke
der Gesund-
heitshand-
werke**

5.3. Forschungsfragen

Die die Untersuchung leitenden Fragen sollen insgesamt Erkenntnisse dazu liefern, wie die Vertreter der Gesundheitshandwerke den demografischen Wandel insgesamt in seinen Auswirkungen für ihr Gewerk einschätzen und welche Folgen gezogen werden sowie welche Zukunftsperspektiven für die Gesundheitshandwerke gesehen werden. Diese Forschungsfragen lagen der Untersuchung zugrunde:

- Welche **Chancen** erwachsen aus dem demografischen Wandel für die Gesundheitshandwerke?
- Welche **Herausforderungen** und **Risiken** bestehen aufgrund der demografischen Entwicklungen für die Gesundheitshandwerke?
→ bezüglich Ausbildungssituation, Fachkräftegewinnung und –sicherung und Umgang mit Älteren (Prävention / Gesundheitsförderung)
- Welche **Zukunftsperspektiven** ergeben sich für die Gesundheitshandwerke?
→ bezüglich neuer Märkte und Zielgruppen, neuer (handwerklicher) Dienstleistungen, neuer Technologien bzw. der Digitalisierung und dem Gesundheitstourismus
- Mit welchen **besonderen Anforderungen** müssen sich die Gesundheitshandwerke derzeit und künftig auseinandersetzen?

Dabei werden bei der Frage nach den Herausforderungen/Risiken und den Zukunftsperspektiven jeweils die oben genannten Unterkategorien gebildet, um vertiefende Auskunft über den Sachverhalt zu erlangen. Der Aufbau des Fragebogens orientiert sich an der Forschungsfragenstruktur.

5.4. Ergebnisse der Expertenbefragung

Im Folgenden werden die erhobenen Daten erörtert. Dabei werden die einzelnen Angaben zusammenfassend betrachtet.

Aktuelle Anforderungen für die Gesundheitshandwerke

Die Frage, welche speziellen Anforderungen für die Gesundheitshandwerke die befragten Verbände und Betriebe im Vergleich zu anderen Handwerksbranchen sehen, sind sich die Verbandsvertreter weitgehend einig: Alle sehen die **Regulierungen der Versorgung der Krankenkassen** als besondere Anforderung, aber auch staatliche Vorgaben werden hier genannt. Dabei merken zwei Experten an, dass die Marktregulierung eine Regulierung des Wettbewerbs bedeutet, da der Markt durch Zugriffe von außen so relativ geschützt ist. So sehen die Verbandsvertreter erhöhte Anforderungen aufgrund der **Marktstrukturen** des Gesundheitswesens.

Bei den Unternehmern gibt es recht gemischte Einschätzungen: Ein betrieblicher Experte gibt an, dass das Agieren der Gesundheitshandwerke in einem „geschlossenen Markt“ und in „klar festgelegten Grenzen“ sowohl positive als auch negative Auswirkungen hat. Ein anderer Unternehmer sieht die Anforderungen in der Herstellung von Medizinprodukten, die einer erhöhten Sorgfaltspflicht seitens der Betriebe bedürfen, da diese teilweise einen Eingriff in den menschlichen Organismus bedeuten. Vor dem Hintergrund der **fachlich hohen Anforderungen** merkt ein anderer Unternehmer an, dass in den Gesundheitshandwerken eine Aktualisierung von **Lehrplänen** und Ausstattung vorangetrieben werden sollte. Auch die Abhängigkeit von den Krankenkassen in Bezug auf die Kostenerstattung wird teilweise kritisch gesehen.

Vor dem Hintergrund dieser Anforderungen wird die Frage gestellt, welchen **Unterstützungsbedarf die befragten Verbände und Betriebe von Politik und Gesetzgeber** haben, um die Herausforderungen des demografischen Wandels besser meistern zu können. Zwei der Verbandsvertreter geben hier an, den Rentenanspruch hoch zu setzen, sodass Mitarbeiter länger im Betrieb verbleiben können (bspw. durch flexible Rentenmodelle und Teilzeitregelungen). Auch werden die Förderung einer **interdisziplinären Zusammenarbeit**

Spezielle Anforderungen für Gesundheitshandwerke

Unterstützungsbedarfe

der Gesundheitsberufe, die Aufteilung medizinischer Leistungen beispielsweise im Bereich Versorgungsaufträge für Diabetiker und eine härtere Verfolgung von Verstößen gegen Delegation und Substitution genannt.

Bei der Frage nach Unterstützungsbedarfen geben die Unternehmer sehr vielschichtige Aspekte an: So werden hier eine erhöhte **Förderung von Spezialisten** und eine verstärkte Einbindung betriebswirtschaftlichen und **strategischen Fachwissens** in der Meisterausbildung genannt. Betriebe sehen jedoch nicht nur die demografischen, sondern auch die digitalen Entwicklungen und wünschen sich auch Unterstützungsprogramme für die Umsetzung des **digitalen Wandels**. Ein Unternehmer merkt an, das Gesundheitssystem sollte den **Erhalt von Gesundheit** aufbauen, nicht wie derzeit auf die Behandlung von Krankheiten. Diese Forderung, statt einer kurativen eher eine präventive Vorgehensweise zu verfolgen, dürfte die Marktchancen durchaus positiv beeinflussen und mit dem aktuellen Trend zur Gesundheit¹⁴⁴ auf einer Linie sein.

Die Bedeutung des demografischen Wandels für die Gesundheitshandwerke

Die Bedeutung des demografischen Wandels wird sowohl von den Verbänden als auch von den befragten Betrieben für die gesamten Gesundheitshandwerke als hoch eingeschätzt.

Es wird betrachtet, ob bei Verbänden und Betrieben der Gesundheitshandwerke bereits **Auswirkungen des demografischen Wandels spürbar** sind. Alle Befragten geben an, dass der demografische Wandel bereits Auswirkungen auf die Gesundheitshandwerke bzw. ihr jeweiliges Gewerk hat. Dies zeigt sich nach Angaben der Befragten zum einen durch die **erhöhte Nachfrage** älterer Menschen, zum anderen durch die vermehrt auftretenden Probleme bei der **Besetzung offener Stellen**.

Die befragten Betriebe beschreiben darüber hinaus eine **veränderte Erwartungshaltung der älteren Menschen**. Diese sind zunehmend länger aktiv und erwarten passende Produkte und Dienstleistungen, welche dies unterstützen. Dies korrespondiert mit dem in Kapitel 4 beschriebenen Wandel der Werte und Normen.

Ein weiterer beschriebener Aspekt der Auswirkungen des demografischen Wandels ist der **Verlust von altem Basiswissen** durch den vermehrten Einsatz neuer Technologien und das vermehrte Ausscheiden älterer Mitarbeiter.

**Spürbare
Auswirkungen**

¹⁴⁴ vgl. Zukunftsinstitut (2015).

Bezüglich des Informationsstandes sind die Verbände nach eigenen Aussagen zum Thema des demografischen Wandels **ausreichend informiert**. Die befragten Betriebe sehen sich in diesem Bereich auch gut informiert, was sie auf vermehrtes Eigenengagement zurückführen. Allerdings wird es - gerade für die spezialisierten Gesundheitshandwerke (beispielsweise die Spezialisierung der Orthopädietechniker auf die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Amputationen) - als **schwierig und zeitaufwändig** eingeschätzt, die notwendigen Informationen zu gewinnen. Außerdem wird angegeben, dass bei fehlendem Datenmaterial eine künftige Kostenabschätzung nur unzureichend möglich ist.

Informationsstand

Chancen und Risiken des demografischen Wandels

Die beschriebenen Auswirkungen des demografischen Wandels beinhalten für die befragten Verbände und Betriebe sowohl Chancen als auch Risiken. Die Chancen werden vor allem in einem erhöhten Marktwachstum und der damit verbundenen derzeit **steigenden Nachfrage** gesehen. Durch eine steigende Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung wächst der Markt der Gesundheitshandwerke. Dabei steigt der **Bedarf an Medizinprodukten** und die Auftragslage wird auf lange Sicht als gut eingeschätzt. Die geburtenstarken Jahrgänge der um 1964 geborenen sind nun älter als 50 Jahre – diese große Alterskohorte wird in den kommenden Jahrzehnten zahlreiche Marktpotenziale für die Gesundheitshandwerke darstellen – gerade in Verbindung mit den **Erwartungen an Fit- und Wellness** bis ins hohe Alter. So wird die Alterung der Bevölkerung als Chance gesehen, die jedoch auch ein **Risiko** birgt: Die befragten Betriebe sehen neben dem derzeitigen Boom in der Nachfrage längerfristig auch die sinkenden Kundenzahlen der geburtenschwachen Jahrgänge¹⁴⁵. Weitere Chancen werden in möglichen neuen Tätigkeitsfeldern und einer Aufwertung des Berufes durch den Einsatz neuer Technologien wahrgenommen.

Steigende Nachfrage als Chance

Die **Risiken bzw. Herausforderungen** aus den Auswirkungen des demografischen Wandels liegen laut den Befragten vor allem in der **Schwierigkeit der Fachkräftegewinnung** bzw. dem Finden geeigneter Auszubildender. Sowohl von den Vertretern der Verbände als auch von den Unternehmern wird erkannt, dass die Besetzung offener Stellen zunehmend schwieriger wird. Darüber hinaus sehen die Befragten ein weiteres Symptom des demografischen Wandels als Risikopotenzial: Die regional sehr unterschiedliche Schrumpfung

Fachkräftemangel und Versorgungsengpässe

¹⁴⁵ Dies wird voraussichtlich ab dem Jahr 2040 relevant, da dann die geburtenschwachen Jahrgänge den Kundenstamm der Älteren bilden.

der Bevölkerung, was zu verstärkten **Engpässen in der medizinischen Versorgung**, vor allem in den ländlichen Regionen, führen wird – und bereits heute zu spüren ist. Die in einigen Regionen schlechte Versorgung im medizinischen Bereich wird als Risiko aber auch als Chance gesehen: Hier sehen die Verbände **neue Tätigkeitsfelder** für die Gesundheitshandwerke. So wäre beispielsweise für die Augenoptiker eine Art „Lotsenfunktion“ denkbar, indem sie durch ein frühzeitiges Erkennen von Fehlbildungen des Sehapparates und die schnelle Einbindung eines Augenarztes den möglichen Krankheits- und Heilungsverlauf positiv beeinflussen können. Darüber hinaus wird hierzu darauf hingewiesen, dass die systemgegebene Abhängigkeit von den Sozialversicherungsträgern, die Unternehmen der Gesundheitshandwerke einschränkt. Auch eine mögliche **steigende Altersarmut** muss hier mitbetrachtet werden. Denn die Chance des wachsenden Marktes kann nur nutzbar sein, wenn die Nachfrage ausreichend finanziert werden kann. Durch die Alterung der Bevölkerung und eine steigende Altersarmut können Fälle entstehen, in denen eine Versorgung dringend nötig wäre, aber aufgrund finanzieller Engpässe nicht zustande kommt.

Eine weitere genannte Herausforderung der Auswirkungen des demografischen Wandels ist die alternde Belegschaft und die mit ihr einhergehenden vermuteten **altersbedingten Ausfälle**.

Es wird deutlich, dass Chancen und Risiken sehr **eng beieinander liegen** und teilweise aus den gleichen Tatsachen sowohl Chancen als auch Risiken erwachsen (z. B. die Alterung der Bevölkerung führt zu einer verstärkten Nachfrage aber auch zu einer alternden Belegschaft). Auch zeigt sich, dass potenzielle Chancen auch genutzt werden müssen, was für die Betriebe und Verbände wiederum **höhere Anforderungen** bedeutet. Beispielsweise sind hier die erhöhten Anforderungen und damit einhergehenden steigenden Qualifikationsanforderungen zu nennen.

Risikoaspekt Ausbildungssituation

Die befragten Verbände berichten von derzeit noch zufriedenstellenden und relativ gleichbleibenden Ausbildungszahlen in allen Gewerken der Gesundheitshandwerke. Dennoch sehen auch die Verbände die hohen Anforderungen, die an die auszubildenden Betriebe gestellt werden. Gemeint sind hier die niedrige **Ausbildungsreife**, der Rückgang an Haupt- und Realschulabsolventen und die Schwierigkeit, Fachhochschulabsolventen für die Gesundheits-

Herausforderungen aus Risiken und Chancen

Ausbildung stellt viele Aufgaben an Betriebe und Verbände

handwerke zu rekrutieren¹⁴⁶. Daneben wird geschildert, dass in einigen Gewerken vermehrt Frauen arbeiten, die nach der Familiengründung zunächst für einen längeren Zeitraum ausfallen oder gar nicht mehr in den Betrieb zurückkehren.

Die befragten Betriebe bestätigen das von den Verbänden gezeichnete Bild der Ausbildungssituation. Ausbildung ist ein wichtiges Thema für die Gesundheitshandwerke, da durch den zunehmenden Fachkräftemangel die eigenen Anstrengungen wichtiger werden, Nachwuchs selbst zu generieren. Allerdings wird dieses Bestreben aus Sicht der befragten Unternehmer durch eine teilweise **schlechte schulische Unterstützung** und mangelnde Ausbildungsreife konterkariert – letzteres benennen auch die Verbandsvertreter. „Finden“ und „binden“ scheinen die **zwei Hauptprobleme** hinsichtlich der Ausbildungssituation zu sein: Die Betriebe sind gewillt, auszubilden, finden aber entweder **keine geeigneten Auszubildenden** oder verlieren diese im Laufe der Ausbildung. Um diesen Bedingungen entgegen zu wirken, benennen die befragten Betriebe Maßnahmen wie beispielsweise betriebliche **Praktika**, die auf eine mögliche anschließende Ausbildung zeitlich „angerechnet“ werden können. Des Weiteren sind die Betriebe auf der Suche nach **neuen Rekrutierungswegen** (beispielsweise über Social Media).

Auf die Frage, welche **Maßnahmen im Betrieb** zur Bindung der Auszubildenden nach abgeschlossener Ausbildung unternommen werden, bestätigen die Befragten, dass ein Halten der ausgelernten Auszubildenden im Unternehmen von großer Bedeutung für die Betriebe ist, gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels. Dennoch sind die Ansatzpunkte, die hierfür herangezogen werden je nach den betrieblichen Möglichkeiten unterschiedlich. So kann z. B. nicht jeder Betrieb **materielle Anreize** über Sozialleistungen oder Vergütung bieten. Allerdings sind auch **Karrieremöglichkeiten** und arbeitgeberfinanzierte Fort- und Weiterbildungen ein Hebel, den die Betriebe zum Halten der Auszubildenden nutzen. Weitere (nicht-monetäre) Punkte sind hier die relative **Arbeitsplatzsicherheit**, da die Branche derzeit und auch künftig gute Marktaussichten hat bzw. haben wird. Auch wird der Vorteil des Handwerks angeführt, dass kurze Kommunikations- und Entscheidungswege zu einem guten **Beziehungsmanagement** führen. Die Betriebe nennen auch das Arbeiten mit **neuesten Techniken** bzw. Spezialtechniken als einen Anreizpunkt für Gesellen, im Unternehmen zu verweilen.

**Maßnahmen
zur Bindung
von Azubis**

¹⁴⁶ Damit verbunden ist eine hohe Abbruchquote während der Ausbildung (vgl. Greilinger (2013)).

Risikoaspekt Facharbeitermangel

Sowohl die Verbände als auch die befragten Betriebe beschreiben bereits derzeit, dass sie Probleme bei der **Besetzung offener Stellen** haben. Die Schwierigkeiten werden mit dem Mangel an vorhandenen Fachkräften im Gesellen- und Meisterbereich näher benannt. Die dabei dargestellten **Lösungswege** sehen verschiedene Möglichkeiten vor, mit den beschriebenen Schwierigkeiten umzugehen. Erhöhte Anstrengung in das Personalmarketing oder das Bewerben der vorhandenen Ausbildungsabschlüsse und Karrierewege sind dabei genannte Wege, die potenziellen Bewerbern mögliche Perspektiven aufzeigen sollen. Aus den Angaben geht hervor, dass die Bemühungen dahingehend ausgedehnt werden sollen, **Berufslaufbahnkonzepte** zu etablieren, wo sie noch nicht vorhanden sind und die Zugänge zu den Berufen der Gesundheitshandwerke auch für Quereinsteiger zu vereinfachen. Die Betriebe sehen die Lösung des Fachkräftemangels am ehesten darin, selbst **vermehrt auszubilden**. Als weitere Ansatzpunkte zur Lösung der Schwierigkeiten, Fachkräfte zu finden, werden ein Anheben der Ausbildungsvergütung, eine einheitliche Prüfungsorganisation und die Gestaltung **attraktiverer Arbeitsplätze** genannt. Hier gibt es jedoch auch innerhalb der Gesundheitshandwerke divergierende Ansätze und von Betrieb zu Betrieb unterschiedliche Möglichkeiten.

Risikoaspekt Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die betriebliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein weiterer zentraler Aspekt, der für die Zukunftsfähigkeit von Unternehmen und im Rahmen der demografischen Entwicklungen an Relevanz gewinnt. Wenn es darum geht, Unternehmen bzw. **Arbeitsplätze attraktiver zu gestalten** ist dies ein wichtiger Hebel. Alle Befragten sehen die betriebliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf als sehr wichtig an. Die befragten Betriebe haben diesen Aspekt bereits „für sich entdeckt“. So wird einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch eine **flexible Arbeitszeitgestaltung** und **Teilzeitarbeitsmöglichkeiten** Rechnung getragen. Auch wird angegeben, dass in den Gesundheitshandwerken von den Mitarbeitern keine ständige Erreichbarkeit erwartet wird. Jedoch hat der Aspekt Vereinbarkeit von Familie und Beruf **weiterhin Potenzial** zur Nutzung bei der Gestaltung attraktiver Arbeitsplätze – unter dem Gesichtspunkt des demografischen Wandels sicherlich auch, wenn es um die Betreuung vor allem älterer Familienangehöriger geht.

**Vereinbarkeit
von Familie
und Beruf**

Risikoaspekt Gesundheit der Beschäftigten

Ein weiterer Gesichtspunkt, der im Zuge des demografischen Wandels betrachtet werden sollte, ist die Gesundheit der Beschäftigten bzw. deren Erhalt und Förderung. Gerade in Zeiten **zunehmend älter werdender Beschäftigter** ist dies ein Punkt, der die Zukunftschancen von Betrieben mit beeinflussen wird. Sowohl die befragten Vertreter der Verbände als der Betriebe erachten diesen Aspekt als relevant. Folglich werden auch in diesem Bereich bereits Anstrengungen unternommen. So nutzen die Betriebe **Angebote der Krankenkassen**, um ihre Belegschaft gesund und fit zu halten. Aber auch eine **gesundheitsgerechte Ausgestaltung der Arbeitsplätze** ist hier ein zentrales Thema. Von den Verbandsvertretern wird angemerkt, dass dieser Aspekt eine **betriebsspezifische Besonderheit** ist und von den Verbänden nur bedingt beeinflusst bzw. unterstützt werden kann. Diese stellen den Betrieben Informationsmaterialien zu gesundheitsrelevanten Themen zur Verfügung, die letztlich Umsetzung dessen obliegt jedoch den Betrieben.

Gesundheit als wichtiges Thema in Betrieben

Weitere Möglichkeiten, auf die Auswirkungen des demografischen Wandels zu reagieren

Die befragten Verbände und Betriebe beschreiben weitere allgemeine Möglichkeiten, um auf die Auswirkungen des demografischen Wandels zu reagieren: So werden eine vermehrte Anstrengung in die **Bewerbung der eigenen Branchen** und ein aktiverer Umgang mit der Nachwuchs- und Fachkräftegewinnung als mögliche Ansatzpunkte angegeben. Darüber hinaus wird hier die Förderung der Transparenz der in den Gesundheitshandwerken möglichen **Karrierewege** genannt. Die Verbände und Betriebe setzen hier also ganz auf die Themen „**Attraktivitätssteigerung**“ und „**Sichtbarmachung**“.

Vielschichtige Möglichkeiten zum Umgang mit Herausforderungen

Hinsichtlich des Angebots neuer Dienstleistungen bzw. für die Erweiterung der betrieblichen Ausrichtung nennen die befragten Betriebe die Felder **Freiverkauf** und **Beratung**. Letzteres würde eine verstärkte Loslösung von den Krankenkassen implizieren. Für die Betriebe ist es eher schwierig, hier konkrete Maßnahmen zu benennen. Die Möglichkeit der Etablierung von **online-Handel** wird derzeit noch nicht kontrovers betrachtet. In Einzelfällen bestehen hier bereits Bestrebungen, welche dann auch zur Zukunftssicherung der Betriebe herangezogen werden können.

Zukunftsperspektiven für die Gesundheitshandwerke

Die befragten Experten bestätigen, dass Tätigkeitsfelder in neuen Märkten für die künftige Ausrichtung der Gesundheitshandwerke als bedeutsam angese-

Neue Märkte

hen werden. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Medizinprodukte teilweise zunehmend ihren **Sonderstatus verlieren** und somit deren Markt auch von außen mehr und mehr eingenommen wird (beispielsweise durch reine internetbasierte Händler), ist die Relevanz des Erschließens neuer Märkte für die Gesundheitshandwerke hoch. Die einzelnen Gewerke sehen die neuen Marktpotenziale zusammengefasst zunehmend in Richtung der **Dienstleistung** (rundum-Angebote, Beratung, Nachsorge oder Wartung) und weg vom klassischen Handwerk (und einem Produkt).

Der Wertewandel (siehe Kapitel 4) schlägt sich auch in den Einschätzungen der Befragten hinsichtlich der Zukunftsperspektiven nieder: Es wird von den Experten betont, dass bei Inanspruchnahme der Leistungen der **Krankheitsaspekt in den Hintergrund** rückt – zugunsten der Aspekte der **Freizeit** und Prävention. Dabei werden nicht nur diejenigen betreut, die konkrete Beschwerden oder Erkrankungen haben, sondern Kunden, die **möglichst lange beschwerdefrei bleiben** wollen – dabei können die Gesundheitshandwerke unterstützen. So ist dies beispielsweise bei den Hörgeräteakustikern die Versorgung von „normal“ Hörenden über alle Altersgruppen hinweg. Auch in der Zahnheilkunde könnten neue Märkte durch diesen ganzheitlicheren Ansatz erschlossen werden, indem weitere Berufsgruppen wie beispielsweise Orthopäden, Physiotherapeuten oder Osteopathen zusammenarbeiten.

Auch das Erschließen neuer Zielgruppen wird von den befragten Verbänden und Betrieben als Zukunftsperspektive gesehen - auch hier spielt wieder die gesellschaftliche Entwicklung weg von der Behandlung von Erkrankungen und Beschwerden hin zum **Dienstleister für Fitness und Wellness** eine Rolle. Prinzipiell wird jedoch durch die befragten Experten darauf hingewiesen, dass das Erschließen neuer Zielgruppen für die Gewerke der Gesundheitshandwerke nicht immer einfach zu bewerkstelligen ist: Die in Kapitel 3 erwähnten Besonderheiten dieser Branche zeigen, dass eine Abhängigkeit von der ärztlichen Versorgung vorrangig ist und berücksichtigt werden muss.

Die befragten Unternehmer sehen allerdings auch den Trend des gestiegenen Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung und hier die Möglichkeit, sich den **jüngeren Menschen als Zielgruppe** anzunähern. Auch der ganzheitlichere Aspekt von Gesundheit kommt hier wieder zum Tragen, indem nicht nur das gestiegene Gesundheitsbewusstsein wahrgenommen, sondern auch ein verändertes **Umweltbewusstsein** bei den Menschen erkannt wird. Dem können die Gesundheitshandwerke entgegen kommen, indem auf die Verwen-

Neue Zielgruppen

dung besonderer bzw. natürlicher Materialien bei der Erstellung der Medizinprodukte wert gelegt wird.

Neue Technologien sind und bleiben für die Gesundheitshandwerke ein ständig aktuelles Thema, mit dem es gilt umzugehen. Jeder Vertreter der Verbände und der Betriebe dieser Branche muss sich damit auseinandersetzen, um zukunftsfähig bleiben zu können. Von High-Tech für normal Hörende, über elektronisch angesteuerte Prothesen oder Orthesen, neuen Untersuchungsgeräten mit Scanner-Systemen bis hin zu neuen Produktionstechniken mit 3D-Druckern¹⁴⁷ und CAD/CAM-Fertigungsprozessen sind in den Gesundheitshandwerken die technologischen Entwicklungen in nahezu allen relevanten Prozessen der Betriebe integriert. Vor allem die **neuen Produktionswege** mit Fräs- und 3D-Scan-Technik können bewirken, dass das „traditionelle Handwerk“ verdrängt wird. Dies könnte wiederum eine **Neuausrichtung der Betriebe** in Richtung Dienstleistung zur Folge haben. Vor allem der **Beratungs- und Betreuungsaspekt** wird auch vor dem Hintergrund neuer Technologien als immer wichtiger eingeschätzt. So steigen die Sehansforderungen mit den technischen Fortschritten der Digitalisierung - es sind durchaus nicht nur die älteren Menschen, die vermehrt Sehprobleme bekommen. Darauf sind viele Augenoptiker und Optometristen mit modernen optischen Messinstrumenten eingestellt: Eine Messung des Dämmerungssehens oder des Gesichtsfeldes, eine Bestimmung des Augeninnendrucks oder die Prüfung des Farben- oder Kontrastsehens kann heute auch der Augenoptiker durchführen.

Neue Technologien und neue Dienstleistungen

Zukunftsaspekt Digitalisierung

Alle befragten Verbände und Betriebe sehen Auswirkungen auf die Gesundheitshandwerke durch die voranschreitende Digitalisierung, denen jedoch nicht immer in ihrer Bedeutung Rechnung getragen wird.¹⁴⁸ Von den befragten Betrieben und Verbandsvertretern wird die Digitalisierung zum einen als **Technisierung in den Produkten** gesehen, zum anderen aber auch als Möglichkeit der **Vereinfachung von Geschäftsprozessen** und Neuausrichtung in den Kommunikationswegen mit den Kunden und sonstigen Beteiligten (wie Krankenkassen). Wie bereits beim Umgang mit neuen Technologien beschrieben, erfolgt hier ein **Rückgang der klassischen Werkstätten** vor Ort, indem die vereinfachenden Produktionsmöglichkeiten die handwerklichen

Digitalisierung bringt Anforderungen und Vereinfachungen

¹⁴⁷ Konkrete Beispiele aus dem 3D-Drucker: Zahnimplantate, Prothesen, Knochenersatz, Brillengestelle oder Hörgeräte

¹⁴⁸ Auch nach einer Befragung des ZDH aus dem Jahr 2014 geht hervor, dass sich Handwerksbetriebe nur in geringem Maße an der Digitalisierung beteiligen. Dies wird beispielsweise an der geringen Nutzung von mobilen Anwendungen oder von online Verkaufsplattformen festgemacht (vgl. Zentralverband des Deutschen Handwerks (2014a): Seite 8f.).

Prozesse ablösen. Teilweise bedeutet dies für den Kunden ein angenehmeres Anpassen von Medizinprodukten, da beispielsweise in-Ohr-Abformungen digital vorgenommen werden können.

Die für die Betriebe mit der Digitalisierung einhergehende Vereinfachung der Geschäftsprozesse durch den Einsatz sogenannter ERP-Systeme stellt eine Erleichterung dar. Die laut Medizinproduktegesetz¹⁴⁹ vorgeschriebene Dokumentationspflicht, Abrechnungen und Kostenvoranschläge können zeitsparender und schneller erledigt werden. Dem gegenüber stehen für die Betriebe jedoch auch ein Umgang mit einer höheren Datenmenge, die verarbeitet werden muss und hohe Investitionskosten, die zu tragen für die zumeist kleinen Betriebe der Gesundheitshandwerke schwer ist.

Die Ausdehnung der **Vertriebswege über das Internet** ist technisch gegeben, jedoch ist die Relevanz dieser Absatzwege für die Gesundheitshandwerke nicht unmittelbar, da die Gesundheitshandwerke Medizinprodukte anbieten, die sich durch hohen individuellen Beratungs- und Dienstleistungsanteil auszeichnen. Dafür ist eine räumlich geringe Distanz zwischen Betrieb und Kunden/Patient meist unerlässlich. Vor allem, da die Strukturen durch die Krankenkassenfinanzierung und die Notwendigkeit der Anpassung der Medizinprodukte dies auch nur bedingt erlauben. Von den Befragten wird allerdings auch eine Ausdehnung der telemedizinischen Angebote¹⁵⁰ vermutet.

**geringe Bedeutung
online-Handel**

Zukunftsaspekt Gesundheitstourismus

Die befragten Verbände und Betriebe schätzen die aktuellen Entwicklungen zum Thema Gesundheitstourismus als zurzeit noch **wenig relevant** für ihre Branche ein. Diese Einschätzung ist vor allem dem Umstand geschuldet, dass die Produkte der Gesundheitshandwerke meist **Maßanfertigungen** sind und somit auch immer einer Anpassung und ggf. Nachjustierung im Prozess erfordert. Dies macht es in der Regel erforderlich, wenn Kunde/Patient und Unternehmen **geografisch nicht weit voneinander entfernt** ansässig sind.

Gesundheitstourismus

Die Betriebe beschreiben in der Befragung ein eher positives Bild zum Thema Gesundheitstourismus. So wird beispielsweise im Ausland das „deutsche Fachwissen“ im Bereich der Medizinprodukte als sehr hoch eingeschätzt. Daher geht die Vermutung der Befragten hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitstourismus eher in die Richtung, dass die Leistungen der Gesundheitshandwerke **in Deutschland nachfragt** werden und nicht umgekehrt,

¹⁴⁹ vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2013).

¹⁵⁰ online-Portale, die Informationen, Kontakte, Anwendungen und Produkte bündeln.

dass deutsche Kunden ins Ausland „abwandern“. Darüber hinaus ist bei derzeitigen Anfragen aus dem Ausland die Problemlage eher dahingehend, dass die Kostenübernahme der Leistungen nicht geklärt ist.

6. Fazit und Ausblick

Aus den Ergebnissen der Untersuchung lässt sich die Bedeutung der demografischen Entwicklungen für die Gesundheitshandwerke ableiten.

- Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der demografische Wandel aus Sicht der Verbände aber auch der Unternehmen in den Gesundheitshandwerken mit **großer Bedeutung** belegt wird und die Auswirkungen auch bereits derzeit spürbar sind.
- Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die befragten Experten die Auswirkungen der demografischen Entwicklungen als sehr differenziert wahrnehmen und sowohl **Chancen als auch Risiken** sehen.
- Chancen zeigen sich im steigenden Bedarf an Medizinprodukten, der als gut eingeschätzten **Auftragslage** und der größeren Bedeutung von Gesundheit und Prävention. Hier werden neue Tätigkeitsfelder gesehen.
- Als Risiken werden die zunehmend schwierigere **Besetzung offener Stellen**, aber auch eine zunehmende Altersarmut und alternde Belegschaften eingeschätzt.
- Es wird deutlich, dass sowohl die Unternehmer als auch die Vertreter der Verbände die damit verbundenen **Anforderungen an die Betriebsführung** bzw. die Unterstützung der Betriebe erkannt haben und bereits entsprechende Einzelmaßnahmen umsetzen.
- Den Betrieben ist bewusst, dass sie dem Fachkräftemangel hauptsächlich durch eigene Leistung, durch vermehrt Anstrengung in die eigene **Ausbildung**, begegnen müssen, was bei der wahrgenommen fehlenden Ausbildungsreife und schlechten schulischen Unterstützung als risikoreich eingestuft wird.
- Trotz der positiven Markteinschätzungen wird der Bedarf nach den Herausforderungen entsprechende **Unterstützung der Betriebe** durch die Verbände deutlich.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Themen wie die betriebliche **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** und die **Gesundheit der Beschäftigten** gewinnen durch den demografischen Wandel an Gewicht und in den Betrieben werden heute bereits Maßnahmen umgesetzt.
- Zukunftsperspektiven sind **neue Märkte** (Potenziale liegen in einer stärkeren Hinwendung zu Dienstleistungen und Prävention. Dadurch können jüngere Menschen als **neue Zielgruppen** gewonnen werden. **Neue Technologien** werden bereits intensiv genutzt, bieten aber weitere Potenziale, die noch erschlossen werden sollten.
- In der Befragung der betrieblichen Experten wird transparent, dass sich die **Person des Unternehmers** mit zahlreichen Aufgaben und Anforderungen konfrontiert sieht.

Doch welche Implikationen haben diese Informationen für die Unterstützungspartner des Handwerks und für die Handwerkspolitik? Es wird ersichtlich, dass die demografischen Entwicklungen für die Gesundheitshandwerke neue Aufgaben stellen, um die damit verbundenen Risiken zu meiden und Chancen nutzbar zu machen. Die daraus resultierenden erhöhten **Anforderungen an die Betriebsführung** können von Seiten der Handwerksorganisationen und – Politik konstruktiv aufgegriffen und gezielte, den Anforderungen angepasste, Maßnahmen zur Unterstützung bzw. Weiterqualifizierung der Betriebe angeboten werden. Für die Meisterausbildung kann dies ein stärkerer Bezug zu strategischen Gesichtspunkten bedeuten.

Zudem wird das Stichwort „Verwaltungsaufwand“ durch die Befragten häufig genutzt – und dieser gilt weitgehend unabhängig von Aufgaben, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben. Damit geht eine starke **zeitliche Eingebundenheit der Unternehmer** einher. In wie fern Kapazitäten freigesetzt werden können, um weitere Anforderungen zu meistern, bzw. in welchem Maße das systematisch und erfolgreich gelingt, ist dabei ungewiss. Aus den Angaben der Befragten kann gedeutet werden, dass Konzepte und Hilfsmittel (wie Werkzeuge und Instrumente der Betriebsführung), die zu den jeweiligen Anforderungen passen, die Betriebe darin unterstützen würden, die komplexen Herausforderungen zu meistern. Als sinnvolle Unterstützungsmöglichkeit für Betriebe, die sich mit vielfältigen Herausforderungen auseinandersetzen müssen, hat sich die Beratungsform des moderierten Unternehmernetzwerks erwiesen. Dies bietet Unternehmern eine Plattform zum Austausch „auf Augenhöhe“, bei dem Probleme und Lösungsmöglichkeiten diskutiert werden, Erfahrungen ausgetauscht und Umsetzungen im jeweiligen Betrieb angesto-

**Implikationen
der
Ergebnisse**

ßen werden können¹⁵¹. Diese Form der Beratung könnte als Ergänzung des Leistungsangebots der Unterstützungspartner des Handwerks sinnvoll sein.

Gerade die technikintensiven Gesundheitshandwerke erleben neben den Auswirkungen der demografischen Entwicklung auch die zunehmende **Digitalisierung als Anforderung**. Jedoch birgt die Digitalisierung für die Gesundheitshandwerke auch Gefahren, da die Industrie durch den technologischen Fortschritt die Möglichkeit erhält, unter Bedingungen der Großserienproduktion individuelle Produkte herzustellen. Damit könnte der Anteil der handwerklichen Fertigung zurückgedrängt werden. So muss das Handwerk, um wettbewerbsfähig zu bleiben, nicht nur die Produkte realisieren, sondern entsprechende Dienstleistungen (wie den 3D-Druck) anbieten, was ein **umfangreiches Fachwissen erforderlich** macht¹⁵². Dabei wird das Tempo der technischen Innovationen im Handwerk, auch in allen Bereichen der Gesundheitshandwerke weiter zunehmen und dazu führen, dass sich die Herstellung der Produkte und Dienstleistungen auch in Handwerksbetrieben ändern wird. Aber auch nicht-technische Innovationen, wie Prozessinnovationen gelangen zu höherer Bedeutung. Die Handwerksorganisationen und –politik könnten hierzu **angepasste Qualifikationsbausteine** realisieren, die Beschäftigte in die Lage versetzen, den komplexer werdenden Anforderungen zu genügen. Vor dem Hintergrund des festgestellten spürbaren Mangels an Fachkräften wird dies kein leichtes sein.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung der demografischen Entwicklung wird eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik die **flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung** in ländlichen Räumen, sowie in den strukturschwachen Regionen sein.¹⁵³ Vor diesem Hintergrund zeigt sich der Bedarf, den Gesundheitshandwerken mehr Aufgaben und Zuständigkeiten zukommen zu lassen, wenn es um die **Beratung und Betreuung** der Kunden bzw. Patienten geht. Dies beinhaltet auch die Neugestaltung der Schnittstelle Arzt – Gesundheitshandwerk. Für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen bei gleichzeitiger sinkender Arztdichte vieler ländlicher Regionen würde dies ein Beitrag leisten.

151 Wie eine Handwerksorganisation ein Unternehmensnetzwerk aufbauen kann, ist im Leitfaden Baumann et al. (2015) beschrieben.

152 Dabei ändern sich auch die rechtlichen Voraussetzungen in diesem Bereich: Viele Produkte, die bisher durch einen Betrieb hergestellt und verkauft werden, können zukünftig in den meisten Haushalten oder von Dienstleistern ohne das Wissen der ursprünglichen Entwickler hergestellt werden (vgl. Handwerkskammer Karlsruhe (2015). Seite 45).

153 vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2009).

Die Ergebnisse und Implikationen eröffnen mögliche Forschungsschwerpunkte, die für das Handwerk wichtige Erkenntnisse liefern können.

Mit dem vermehrten altersbedingten Ausscheiden von Beschäftigten, dem Verlust von Basiswissen und der dabei festzustellenden Kompetenzerweiterung nimmt die **systematische Handhabung von Wissen und Know-how in Betrieben** eine zentrale Rolle ein.¹⁵⁴ Es werden belastbare Konzepte und erprobte Vorgehensweisen benötigt, wie dieses wertvolle Kapital optimal genutzt werden und in Handwerksbetrieben verbleiben kann, auch wenn der Mitarbeiter ausscheidet.

Des Weiteren kann eine Auseinandersetzung mit Möglichkeiten der **Entlastung des Unternehmers** hilfreich sein. Das Meistern der sich stellenden, vielfältigen Aufgaben¹⁵⁵ macht zeitliche Freiräume des Unternehmers erforderlich – nicht zuletzt für die Erarbeitung systematischer Vorgehensweisen beispielsweise bei der Rekrutierung von Fachkräften.¹⁵⁶

Darüber hinaus sind Erkenntnisse dazu erforderlich, ob bzw. wie für die **Unterstützung der Betriebe** durch die Verbände und Innungen das vorhandene Angebot ergänzt werden muss, um den geänderten Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Die Dynamiken des Umfeldes lassen vermuten, dass eine verstärkt präventiv funktionierende Beratung eine wertvolle Ergänzung zu den traditionellen (kurativen) Beratungsleistungen sein kann.¹⁵⁷

Des Weiteren erachten die Befragten die Rekrutierung von Fachkräften mit Hilfe einer **Laufbahnplanung** als hilfreich. Nach einer Untersuchung von Wolf (2012) ist dies auch begründet: Je besser ein Auszubildender das Handwerk hinsichtlich der Karrieremöglichkeiten im Vergleich zur Industrie einschätzt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Auszubildende nach Ende seiner Ausbildung im Handwerksbereich bleibt¹⁵⁸. Es wurde für das das Gewerk der Augenoptik ein Berufslaufbahnkonzept erarbeitet, das das Gewerk bei der Personalrekrutierung besser positionieren soll.¹⁵⁹ Hier wäre die Er-

154 Das Projekt „Integrierte Kompetenzentwicklung im Handwerk: regional, gewerkspezifisch, betrieblich, individuell (In-K-Ha)“ (gefördert vom BMBF) entwickelt und erprobt ein Konzept, welches das Lernen in der Praxis fördert (vgl. Handwerkskammer Braunschweig-Lüneburg-Stade (2015)). An diese Ergebnisse muss angeknüpft werden.

155 vgl. Baumann, Osranek et al. (2015).

156 Besonders vielversprechend scheinen dabei Konzepte, die das systematische Delegieren und die „Ermächtigung“ von Beschäftigten einschließen - siehe den Film zum „Auftragsverantwortlichen vor Ort (AvO)“ (vgl. Kompetenz- und TransferZentrum „Fit für den demografischen Wandel“ FitDeH <https://fitdeh.de/fuer-unterstuetzer/personalfuehrung/113-werkzeuge/254-mitarbeitern-entwicklungsperspektiven-im-handwerksbetrieb-aufzeigen-installierung-einer-fuehrungsebene-auf-bau-montagestellen-auftragsverantwortliche-vor-ort-avo.html>)

157 vgl. Bauer und Cernavin (2015), Bauer, Ihm et a. (2015).

158 vgl. Wolf (2012): Seite 75.

159 vgl. Heinsberg und Reibold (2011).

kenntnis hilfreich, in wie fern dieses Konzept auch anderen Betrieben der Gesundheitshandwerke in ihren Rekrutierungsbemühungen unterstützen kann.

Die gegenwärtigen Entwicklungen bieten **Potenziale für neue Dienstleistungen** – beispielsweise um die Themen einer umfassenden Betreuung, medizinische Beratung sowie Prävention und Fitness oder Gesundheitstourismus. Diese Möglichkeiten befinden sich teilweise im zweiten Gesundheitsmarkt (siehe Kapitel 2.1), der große wirtschaftliche Potenziale birgt. Es kann hier sinnvoll sein, die Verknüpfungen zwischen dem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt verstärkt zu nutzen und transparent zu machen. Beispielsweise wenn es darum geht, Patienten über die unmittelbare Krankheitsversorgung hinausgehenden bzw. zusätzlichen Leistungen zu informieren.¹⁶⁰ Gleichzeitig wandeln sich die Bedarfe nach Produkten – auch bedingt durch den technischen Fortschritt. Wie hier systematisch gestaltete, auch technikbasierte Dienstleistungen aussehen könnten, die beispielsweise auch die verstärkte Kooperation zwischen den Gewerken der Gesundheitshandwerke miteinschließt, ist für die Handwerksforschung eine wichtige Frage.

Bei der **Wahl des Arbeitsplatzes** sind oft „nichtmonetäre“ Gründe, wie Betriebsklima, wichtiger als finanzielle¹⁶¹. Die Gesundheitshandwerke können bei der Rekrutierung gezielt **mit zahlreichen Vorzügen** werben, die sich aus vielen strukturellen Eigenschaften der meist kleinen Handwerksbetriebe ergeben. Zum Beispiel sind hier die kurzen Entscheidungswege, die direkte und meist familiär geprägte Kommunikation, flache Hierarchien und persönliche Beziehungen, große Entscheidungsspielräume sowie Nähe zum Produkt und Kunden oder Arbeitsplatzsicherheit. Wie Betriebe solche „Argumente für das Handwerk“ wirksam sowohl in den Betrieb als auch nach außen kommunizieren können, sollte erprobt und in Form von Leitfäden aufbereitet werden.

Restriktionen der Untersuchung

Es muss einschränkend vermerkt werden, dass die dieser Untersuchung zugrunde liegende Stichprobe lediglich einen Ausschnitt an Handwerksunternehmen und -Verbänden der Gesundheitshandwerke darstellt. Die Interpretation bzw. Gültigkeit der Ergebnisse ist dadurch begrenzt. Jedoch wird davon ausgegangen, dass zum einen Unternehmer befragt wurden, die hinsichtlich ihrer „Problemlagen“ durchaus als „handwerktypisch“ betrachtet werden können. Zum anderen bezieht die Studie alle Gewerke der Gesundheitshandwer-

¹⁶⁰ vgl. DIHK (2010): Seite 4.

¹⁶¹ vgl. Wolf (2012), Seite 80.

ke ein, die beispielsweise einen sehr dynamischen Markt bedienen, der bereits durch den demografischen Wandel sowie Chancen und Herausforderungen gekennzeichnet ist. Durch die freiwillige Teilnahme ist eine Selbstselektion der Unternehmer und Verbandsvertreter nicht auszuschließen, was nahe legt, dass die Ergebnisse ein eher offeneres, reflektierteres Bild der Realität der Einschätzungen zeichnen, was die Herausforderungen und Chancen des demografischen Wandel für die Gesundheitshandwerke angeht.

7. Literaturverzeichnis

Bauer, J. M. und Cernavin, O. (2015): Die Beratung von kleinen und mittelständischen Betrieben zu den Handlungsfeldern des demografischen Wandels. In: Jeschke, S., Richert, A., Hees, F. und Jooß, C. (Hrsg.): Exploring Demographics. Transdisziplinäre Perspektiven zur Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel. Wiesbaden: Springer.

Bauer, J. M., Ihm, A. und Ritter, A. (2015): Proaktive Betriebsberatung im Handwerk: Eine erfolgversprechende Strategie der Unterstützung von Kleinbetrieben bei der Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung. In: GfA (Hrsg.): VerANTWORTung für die Arbeit der Zukunft, Dokumentation des 61. Arbeitswissenschaftlichen Kongresses. Dortmund: GfA-Press, A.1.2 Seite 1-6.

Baumann, A. (2015):. Beratungskonzept „Sensibilisierung von Unternehmern im Handwerk für eine alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung“. In: Osranek, R., Ritter, A., Baumann, A. et al. (Hrsg.) (2015): Regionale Innovationsallianzen im Handwerk: Ein innovatives Format der Betriebsberatung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – Leitfaden für Berater im Handwerk. Karlsruhe: medialogik, S. 180 – 194.

Baumann, A., Ritter, A., Osranek, R. et al. (Hrsg.) (2015): Regionale Innovationsallianzen im Handwerk initiieren und betreiben: Leitfaden für Handwerksorganisationen und weitere Unterstützungspartner von Handwerksbetrieben. Karlsruhe: medialogik.

Baumann, A., Osranek, R., Ritter, A., Ihm, A. und Weber, H. (2015): Handwerksunternehmer zwischen allen Stühlen – Psychische Belastungen und Arbeitsfähigkeit von Betriebsinhabern vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Wandlungsprozesse. In: Jeschke, S., Richert, A., Hees, F. und Jooß, C.

(Hrsg.): Exploring Demographics. Transdisziplinäre Perspektiven zur Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel, Wiesbaden: Springer, Seite 253-264.

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp.

Behrend C. (2001): Erwerbsarbeit im Wandel, Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer und Übergänge in den Ruhestand. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Drittem Altenbericht der Bundesregierung. Berlin.

Beutner, M. (2001): Ausbildungsbereitschaft in Klein- und Mittelunternehmen. Eine wirtschaftspädagogische Studie zur Ermittlung der Determinanten der Ausbildungsbereitschaft. Köln.

Bogner, A., Littig, B. und Menz, W. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer.

Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (2016): <http://www.biha.de/>

Bundesinnungsverband Orthopädietechnik (2016): <http://biv-ot.org/>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2013): Medizinprodukte-Recht. <http://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/rechtlicherRahmen/gesetze/mprecht-inhalt.html> (zuletzt abgerufen am 12.12.2015).

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.) (2008): Bevölkerung – Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel in Deutschland. Wiesbaden.

Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) (2011): Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklungen des Landes Berlin. Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Das Rentenpaket. <http://www.rentenpaket.de/rp/DE/Startseite/start.html> (zuletzt abgerufen am 28.01.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015a): Gesundheitsberufe. <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html> (zuletzt aufgerufen am 13.10.2015).

Bundesministerium für Gesundheit (2015b): Selbstverwaltung. <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/selbstverwaltung/selbstverwaltung-im-ueberblick.html> (zuletzt abgerufen am 21.01.2016).

Bundesministerium für Gesundheit, Caisse Primaire d'Assurance Maladie Haguenau, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace und Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz et al. (2007): Das Gesundheitssystem in Deutschland und Frankreich. Dokumentation. https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiktba8uMXKAhVBWhQKHbCQAbwQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.oberrheinkonferenz.org%2Fde%2Fgesundheit%2Fdownloads.html%3Ffile%3Dfiles%2FAssets%2FGesundheitspolitik%2Fdocs_de%2FPublikationen%2F2007-09-06_Gesundheitssystem_D_F.pdf&usq=AFQjCNEfULgeiXxuogPJSzUpTO9TgcvySA (zuletzt abgerufen am 25.01.2016).

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (2012): Fachkräfte sichern. Engpassanalyse 2012. Berlin.

Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI) (Hrsg.) (2013): Die Gesundheitswirtschaft – ein stabiler Wachstumsfaktor für Deutschlands Zukunft. Strategisches Programm des BDI-Ausschusses für Gesundheitswirtschaft. http://bdi.eu/media/presse/publikationen/forschung-technik-und-innovation/FinalBDI_Gesundheit_A5_4.pdf (zuletzt abgerufen am 02.04.2016).

Bundeszentrale für politische Bildung (2013): Einer für alle, alle für einen: Das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all> (zuletzt abgerufen am 21.01.2016).

Bundeszentrale für politische Bildung(2012): Lebenserwartung. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61547/lebenserwartung> (zuletzt abgerufen am 11.12.2015)

Busse, R. und Riesberg, A. (2005): Gesundheitssysteme im Wandel. Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Deloitte (Hrsg.) (2014): Perspektive E-Health Consumer-Lösungen als Schlüssel zum Erfolg? <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/technology-media-telecommunications/TMT-Studie-Perspektive-EHealth-2014.pdf> (zuletzt abgerufen am 01.04.2016).

Deutsche Sozialversicherung (2015a): Grundprinzipien. <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/grundprinzipien.html> (zuletzt abgerufen am 21.01.2016).

Deutsche Sozialversicherung (Hrsg.) (2015b): Stellungnahme der Deutschen Sozialversicherung zur Normung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen. <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/europa/dokumente/dl1/12-10-2015%20DSV-Stellungnahme%20zur%20Normung%20von%20Gesundheits-%20und%20Sozialdienstleistungen.pdf> (zuletzt abgerufen am: 25.01.2016).

Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (2015): Zahlen. <http://www.dzd-ev.de/diabetes-die-krankheit/zahlen/> (zuletzt angerufen am 16.12.2015).

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“.

Dickmann, N. (2004): Grundlagen der demographischen Entwicklung. In: Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.): Perspektive 2050. Ökonomik des demographischen Wandels. Köln. Seite 12-32.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2008): Vielfalt als Chance 2008. Vielfalt als Erfolgsfaktor in Unternehmen und öffentlichen Institutionen in Deutschland – Überblick und Praxisbeispiele. http://www.charta-der-vielfalt.de/fileadmin/user_upload/beispieldateien/Downloads/Publikation-Vielfalt_als_Chance.pdf (zuletzt abgerufen am 14.12.2015).

Die Bundesregierung (2015): Neue Bemessungsgrenzen für 2016. <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2015/10/2015-10-14-sozialversicherung.html> (zuletzt abgerufen am 21.01.2016).

Die Gesundheitshandwerke (2015): Anliegen der Gesundheitshandwerke. http://www.zvos.de/uploads/media/Positionspapier_GHW_2015_Anliegen_d_Gesundheitshandwerke_Fruehj15.pdf (zuletzt abgerufen am: 25.01.2016).

Die Gesundheitshandwerke (2014): Den demographischen Wandel gemeinsam meistern! http://www.mtd.de/cms/images/exklusiv/14_mai/14_05-06_handwerker.pdf (zuletzt abgerufen am 25.01.2016).

DIHK – Deutscher Industrie- und Handelskammertag (Hrsg.) (2010): Wachstumsmarkt Gesundheit. Stellschrauben und sinnvolle Rahmenbedingungen zur Entfaltung des zweiten Gesundheitsmarktes.

Döring, W. (2003): Berufsbildung und Arbeitsmarkt im Zeichen der demographischen Entwicklung. In: Klös, H.P.; Weiß R.; Zedler, R. (Hrsg.): Demographische Entwicklung - Berufsbildungs- Personalentwicklung. Köln.

Ducki, A., Baumann, A. et al. (2015): Regionale Aspekte des demografischen Wandels. Eine Orientierungshilfe zur Gestaltung demografischer Herausforderungen. Karlsruhe: medialogik.

Fels, G. (2004): Deutschland vor der Zeitenwende. In: Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.): Perspektive 2050 – Ökonomik des demographischen Wandels. Köln. Seite 9 – 11.

Frommann, D. (2014): Das deutsche Gesundheitssystem: Reformen und die steigende Bürokratie im deutschen Gesundheitswesen. Hamburg: Diplomatica Verlag.

Furmaniak, A. und Brunner, H. (2013): Einführung. In: Lauterbach, K., Stock, S. und Brunner, H. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Huber, Seite 13 – 23.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): <https://www.g-ba.de/>.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016): Gesundheitsausgaben in Deutschland. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=97021526&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=4049&p_aid=38346229 (zuletzt abgerufen am 19.04.2016).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitshandwerk und Einzelhandel. https://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_uid=gast&p_aid=9402905&p_fid=10799&p_ftyp=TXT&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_vtrau=4&p_hlp_nr=&sprache=D&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=7&p_news=&p_modus=2&p_window=&p_janein=J (zuletzt abgerufen am 08.10.2015).

Gesundheitsinformation.de (2015): Gesundheitsversorgung in Deutschland. <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co> (zuletzt aufgerufen am 13.10.2015).

Greilinger, A. (2013): Analyse der Ursachen und Entwicklung von Lösungsansätzen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen in Handwerksbetrieben. München: Ludwig-Fröhler-Institut.

Handwerkskammer Braunschweig-Lüneburg-Stade (2015): Demografischem und technischem Wandel mit Konzepten begegnen. https://www.hwk-bls.de/2014/03/12/Demografischem_und_technischem_Wandel_mit_Konzepten_begegnen/340,73.html (zuletzt abgerufen am 11.12.2014).

Handwerkskammer Karlsruhe (Hrsg.) (2015): Report – Magazin der Handwerkskammer Karlsruhe. Karlsruhe.

Heinsberg, T. und Reibold, R. (2011): Transparenz der Aus- und Weiterbildungsstrukturen sowie der Karrierewege im Gesundheitshandwerk unter Anwendung des modifizierten Berufslaufbahnkonzepts des Handwerks. Arbeitshefte zur berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung, Heft A 14, Köln: Forschungsinstitut für Berufsbildung im Handwerk an der Universität zu Köln.

Hurrelmann, K. und Razum, O. (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Auflage. Beltz Juventa Verlag: Weinheim Basel.

Ihm, A., Baumann, A., Osranek, R. und Ritter, A. (2013): Werkzeuge und Netzwerke zur Förderung von Innovation und Demografie für kleine Unternehmen. In: Jeschke, S. (Hrsg.): Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel. Beiträge der Demografietagung des BMBF im Wissenschaftsjahr 2013. Frankfurt am Main: Campus, Seite 245-251.

IKB Deutsche Industriebank und Prognos (Hrsg.) (2007): Die Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention. http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/Gesundheitsbranche_Broschuere.pdf (zuletzt abgerufen am 04.04.2016).

König, S. (2006): Rekrutierung von Auszubildenden, Weiterbildung und Aufstiegsmöglichkeiten im Handwerk. Eine Studie zur Attraktivität handwerklicher Arbeitsplätze. Hamburg.

OECD (2015): OECD Gesundheitsstatistiken 2015. <http://www.oecd.org/berlin/presse/Health-Statistics-Deutschland-Laendernotiz.pdf> (zuletzt abgerufen am: 25.01.2016).

Oduncu, F. S. (2012): Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung - das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie,

Ethik und Recht. In: Medizinrecht, Volume 30, June 2012, Issue 6, Seite 359-367.

Osranek, R., Ritter, A., Baumann, A. et al. (Hrsg.) (2015): Regionale Innovationsallianzen im Handwerk: Ein innovatives Format der Betriebsberatung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – Leitfaden für Berater im Handwerk. Karlsruhe: medialogik.

Private Krankenversicherung (2014a): Versicherungspflicht – seit 2009 Krankenversicherung für alle. <https://www.private-krankenversicherung.org/versicherungspflicht/#> (zuletzt abgerufen am 21.01.2016).

Private Krankenversicherung (2014b): Private Krankenversicherung: Beamte und Beamtenanwärter profitieren besonders. <https://www.private-krankenversicherung.org/beamte/> (zuletzt abgerufen am 21.01.2016).

Ritter, A. und Schulte, A. (2010): Dialogorientierte Gefährdungsbeurteilung für nichtstationäre Arbeitsplätze – Konzept und Erfahrungen mit einem handwerksgerechten Werkzeug. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg.): Neue Arbeits- und Lebenswelten gestalten – 56. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft. Dortmund: GfA Press, Seite 623-626.

Roeder, N. und Hensen, P (Hrsg.) (2009): Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Rohrlack, K. (2008): Analyse des betrieblichen Verhaltens von Handwerksbetrieben im Hinblick auf demographische Entwicklungen. München, Mering: Hampp Verlag.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009): Sondergutachten 2009. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=19> (zuletzt abgerufen am 03.11.2015).

Schölkopf, M. (2010): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Sozialgesetzbuch (SGB V) (2015): Gesetzliche Krankenversicherung.

Sinn, H.-W. (2005): Das demografische Defizit. Die Fakten, die Folgen, die Ursachen und die Politikimplikationen. In: Birg, H. (Hrsg.): Auswirkungen der demografischen Alterung und der Bevölkerungsschrumpfung auf Wirtschaft, Staat und Gesellschaft. Münster.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2009): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 4: Auswirkungen auf die Entwicklung der Erwerbspersonenzahl. Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2016): Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2015. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-krankenkassen-seit-1970/> (zuletzt abgerufen am 25.01.2016).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2009): Der Demografische Wandel in Baden-Württemberg – Herausforderungen und Chancen. Stuttgart.

Stetter, J. M. et al. (2013): Fachkräftesicherung im Handwerk – Hintergrund und Überblick. In: Bizer, K.; Thomä, J. (Hrsg.): Fachkräftesicherung im Handwerk, DHI – Deutsches Handwerksinstitut, Göttinger Handwerkswirtschaftliche Studien Bd. 90, Duderstadt: Verlag Mecke Druck, Seite 13-60.

Truckenbrod, T. (2014): Die Bedeutung der Augenoptik und Optometrie vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. Pressekonferenz der Gesundheitshandwerke auf der IHM 2014 <https://www.zdh.de/themen/soziale-sicherungssysteme/gesundheitshandwerke.html> (zuletzt abgerufen am 25.01.2016).

Verband deutscher Zahntechniker-Innungen (2016): <http://www.vdzi.de/startseite.html>

Wolf, M. (2012): Fachkräftesicherung in Handwerksbetrieben. Empirische Analyse der Entscheidung junger Fachkräfte für Handwerk oder Industrie. München: Ludwig-Fröhler-Institut.

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (2016): <http://www.zva.de/>

Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) (2015a): Die Handwerksordnung und ergänzende gesetzliche Vorschriften nach dem Stand von Dezember 2014. Bergisch-Gladbach: Heider Verlag.

Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) (2015b): Gesundheitshandwerke. <http://www.zdh.de/themen/soziale-sicherungssysteme/gesundheitshandwerke.html> (zuletzt abgerufen am 25.01.2016).

Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) (2015c): Checkliste zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz für klein- und mittelständische Betriebe im Handwerk. <http://www.itb.de/Portals/0/Downloads/1.Seite/GFB-psych.%20Belastungen%20am%20Arbeitsplatz.pdf> (zuletzt abgerufen am 02.11.2015).

Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) (2014a): Digitalisierung der Geschäftsprozesse im Handwerk. Ergebnisse einer Umfrage unter Handwerksbetrieben im ersten Quartal 2014. Berlin.

Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) (2014b): Ausbildungsangebot im Handwerk wächst – noch 20.000 freie Ausbildungsplätze. <https://www.zdh.de/presse/pressemitteilungen/archiv-pressemitteilungen/ausbildungsangebot-im-handwerk-waechst-noch-20000-freie-ausbildungsplaetze.html> (zuletzt abgerufen am 16.12.2015).

Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) (Hrsg.) (2011): Fachkräftesicherung im Handwerk – Ergebnisse einer Umfrage im 1. Quartal 2011. https://www.zdh.de/fileadmin/user_upload/themen/wirtschaft/sonderumfragen/I-2011-Fachkraefte/5-2-0-Bericht-Sonderumfrage-Fachkraeftebedarf-Druckversion_inl_Leerseite.pdf (zuletzt abgerufen am 16.12.2015).

Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (2016): <http://www.zvos.de/>

Zukunftsinstitut (2015): Megatrend Gesundheit. <https://www.zukunftsinstitut.de/dossier/megatrend-gesundheit/> (zuletzt abgerufen am 13.12.2015).

8. Anhang

Fragebogen der Expertenbefragung – Betriebe

[Interviewleitfaden – Betriebe]



Intentionen der Expertenbefragung:

Derzeit entsteht ein Untersuchungsbericht, in welchem die Bedeutung der demografischen Entwicklungen für die Gesundheitshandwerke (GHW) näher beleuchtet wird. Im Besonderen werden Chancen, Risiken bzw. Herausforderungen und Konsequenzen des demografischen Wandels sowie die sich daraus ergebenden Zukunftsperspektiven für die GHW betrachtet. Damit die Ergebnisse möglichst Zielgruppenkonform sind, möchten wir die Perspektive der Unternehmen der GHW zu diesem Thema in dem folgenden Interview erfragen.

Die Befragung wird vom itb im DHI e.V., eines von fünf Handwerksinstituten in Deutschland, durchgeführt.

Datenschutz:

Der Datenschutz ist selbstverständlich gewährleistet:

- Die Angaben bleiben anonym. Es sind keine Rückschlüsse auf persönlich und das Unternehmen betreffende Daten möglich.
- Es erfolgen keine betriebsbezogenen Auswertungen.

Name des Betriebes _____

Name des(r) Gesprächspartner _____

Datum _____

Interviewer _____

Fragen zu Ihrem Unternehmen und zu Ihrer Person:	
Wie groß ist Ihr Unternehmen? Anzahl der Beschäftigten ca. Davon älter als 50 Jahre ca. (in Prozent)	Ihr Alter Ihre Funktion im Unternehmen
Von Ihren Beschäftigten sind Hoch- und Fachhochschulabsolventen ca. Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung ca. An- und ungelernte Arbeitskräfte ca. Azubis ca.	Sitz Ihres Unternehmens Branche/ Gewerk Ihres Unternehmens

Handwerksbetriebe stehen immer wieder vor neuen Herausforderungen, die gemeistert werden müssen, damit der Betrieb weiterhin bestehen kann. Beispielsweise weil die Konkurrenz sehr groß ist oder es immer schwieriger wird, geeignete Auszubildende zu finden, die in einem Handwerksbetrieb arbeiten möchten. Eine dieser Herausforderungen ist der demografische Wandel. Darunter versteht man, dass sich die Altersstruktur der Bevölkerung verändert. Als Resultat dieser Veränderungen gibt es bei uns *immer mehr ältere Menschen* und *immer weniger jüngere Menschen*, die Bevölkerung wird älter. Diese Entwicklung hat unterschiedliche Auswirkungen, auch für Ihren Betrieb.

Thematischer Block I – Chancen des demografischen Wandels

I-1 Welche Bedeutung hat der demografische Wandel für Ihr Unternehmen?

I-2 Fühlen Sie sich über den demografischen Wandel in der Gesellschaft und die möglichen Folgen für ihr eigenes Unternehmen ausreichend informiert?

I-3 Sind in Ihrem Unternehmen bereits Auswirkungen des demografischen Wandels spürbar?

ja nein

Auswirkungen:

[Interviewleitfaden – Betriebe]

I-4	Ergeben sich aus den Auswirkungen des demografischen Wandels für Ihr Unternehmen irgendwelche Chancen ?
[I-4a]	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[I-4b]	Wenn ja, bitte nennen Sie eine oder mehrere Chancen _____ _____ _____
[I-4c]	Wenn nein: Wenn Sie an die allgemeinen Auswirkungen des demografischen Wandels
[I-4c1]	in Bezug auf das Kundenpotential (bspw. weniger junge und mehr ältere Kunden; mehr Frauen) denken, könnten daraus evtl. Chancen für Ihr Unternehmen erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[I-4c2]	in Bezug auf die Belegschaft (ggf. steigt der Anteil der älteren Mitarbeiter, der Frauen etc.) denken, könnten daraus evtl. Chancen für Ihr Unternehmen erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[I-4c3]	in Bezug auf die Gewinnung neuer Mitarbeiter (Azubis und Fachkräfte) denken, könnten daraus evtl. Chancen für Ihr Unternehmen erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Thematischer Block II – Risiken bzw. Herausforderungen des demografischen Wandels	
II-1	Ergeben sich aus den Auswirkungen des demografischen Wandels für Ihr Unternehmen irgendwelche Risiken bzw. Herausforderungen ?
[II-1a]	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[II-1b]	Wenn ja, bitte nennen Sie eine oder mehrere Herausforderung(en): _____ _____ _____
[II-1c]	Wenn nein: Wenn Sie an die allgemeinen Auswirkungen des demografischen Wandels
[II-1c1]	in Bezug auf das Kundenpotential (bspw. weniger junge und mehr ältere Kunden; mehr Frauen) denken, könnten daraus evtl. Risiken für Ihr Unternehmen erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[II-1c2]	in Bezug auf die Belegschaft (ggf. steigt der Anteil der älteren Mitarbeiter, der Frauen etc.) denken, könnten daraus evtl. Risiken für Ihr Unternehmen erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

[Interviewleitfaden – Betriebe]

[II-1c3]	in Bezug auf die Gewinnung neuer Mitarbeiter (Azubis und Fachkräfte) denken, könnten daraus evtl. Risiken für Ihr Unternehmen erwachsen?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Jetzt betrachten wir eine der konkreten Auswirkungen des demografischen Wandels, die Ausbildungssituation:	
II-2	Bilden Sie aus?
	<input type="checkbox"/> ja (→ zuerst Bedarf abfragen, dann II-2c), <input type="checkbox"/> früher ja, derzeit nein (→ II-2a-b), <input type="checkbox"/> nein (→ II-2a-b)
	<input type="checkbox"/> ja, gem. Bedarf <input type="checkbox"/> ja über Bedarf <input type="checkbox"/> ja, unter Bedarf
[II-2a]	Wenn nein oder derzeit nein, warum nicht bzw. derzeit nicht? Könnten Sie sich vorstellen, in Zukunft (wieder) auszubilden? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
II-2b	Wenn nein oder derzeit nein: Welche Bedingungen müssten erfüllt sein, damit sie (wieder) ausbilden würden? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
II-3	Was tun Sie, um Ihre Auszubildenden nach der Ausbildung im Betrieb zu halten? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>Nicht nur die Gewinnung von Auszubildenden kann problematisch werden, auch der Facharbeitermangel beschäftigt manche Betriebe.</p>															
II-4	<p>Bestehen in Ihrem Unternehmen bereits Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>														
[II-4a]	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Schwierigkeiten</th> <th>Lösungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Schwierigkeiten	Lösungen												
Schwierigkeiten	Lösungen														
<p>Ein weiteres wichtiges Thema im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.</p>															
II-5	<p>Unternimmt Ihr Unternehmen etwas in Bezug auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Mitarbeiter?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>														
[II-5a]	<p>Wenn ja, was unternimmt Ihr Betrieb?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>														
<p>Neben dem Nachwuchs- und Fachkräftemangel wird sich der demografische Wandel auch auf eine andere Weise auswirken: Es wird immer wichtiger, sich um die Gesundheit der Beschäftigten zu kümmern, damit sie bis zum Erreichen der Altersgrenze gesund, gerne und gut arbeiten können.</p>															
II-6	<p>Unternimmt Ihr Unternehmen etwas zur aktiven Gesunderhaltung der MA?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>														
[II-6a]	<p>Wenn ja, was tun Sie?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>														

II-7 Welche Möglichkeiten ergreifen Sie, um auf die Auswirkungen des demografischen Wandels zu reagieren?

Thematischer Block III – Zukunftsperspektiven für die Gesundheitshandwerke

Neben den Chancen und Risiken des demografischen Wandels interessieren uns auch die daraus resultierenden Zukunftsperspektiven für die Gesundheitshandwerke. Betrachten wir also im Folgenden die Themen neue Märkte, neue Zielgruppen, neue Technologien etwas genauer.

III-2 Sehen Sie für Ihr Unternehmen künftige Tätigkeitsfelder in **neuen Märkten**?

ja nein

[III-2a] Wenn ja, welche neuen Märkte sind das?

III-3 Sehen Sie für Ihr Unternehmen die Möglichkeit, künftig **neue Zielgruppen** zu erschließen?

ja nein

[III-3a] Wenn ja, welche neuen Zielgruppen sind das?

III-4	Denken Sie, dass Ihr Unternehmen künftig vermehrt mit neuen Technologien umgehen muss?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[III-4a]	Wenn ja, welche neuen Technologien sind das?

Neben den soeben besprochenen Themen neue Märkte, neue Zielgruppen und neue Technologien gibt es einen weiteren derzeit viel diskutierten Trend. Den Trend der Digitalisierung, mit seinen zahlreichen Auswirkungen auf Geschäftsprozesse und Arbeitsmodelle.	
III-5	Sehen Sie für Ihr Unternehmen Auswirkungen aufgrund einer zunehmenden Digitalisierung ?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[III-5a]	Wenn ja, welche Auswirkung(en) ist/sind das?

Die Inanspruchnahme von ärztlichen Dienstleistungen und sonst. Leistungen in der Gesundheitsversorgung im Ausland ist ein zunehmend diskutiertes Thema. Inwiefern der „Gesundheitstourismus“ die Gesundheitshandwerke betrifft wollen wir im Folgenden fokussieren.	
III-6	Wie schätzen Sie die aktuellen Entwicklungen zum Thema „ Gesundheitstourismus “ ein?
	<input type="checkbox"/> eher positiv (da ausländische Kunden als neue ZG gewonnen werden können)
	<input type="checkbox"/> eher negativ (da Wegfall der vorhandenen Kunden)
	<input type="checkbox"/> Gesundheitstourismus hat (noch) keine Auswirkungen auf das Unternehmen
	<input type="checkbox"/> sonstiges

Thematischer Block IV – Spezielle Anforderungen der GHW

Zum Abschluss interessieren uns noch ihre speziellen Anforderungen im Bereich der Gesundheitshandwerke und ihre Wünsche an Unterstützungsbedarf von Politik und Gesetzgeber zum Meistern der Herausforderungen des demografischen Wandels.

IV-1 Welche speziellen Anforderungen haben die Unternehmen der GHW, ihrer Meinung nach im Vergleich zu anderen Handwerksbranchen?

IV-2 Welchen Unterstützungsbedarf wünschen Sie sich von Politik und Gesetzgeber, um die Herausforderungen des demografischen Wandels besser meistern zu können?

Fragebogen der Expertenbefragung – Verbände

[Interviewleitfaden – Verbände]



Intentionen der Expertenbefragung:

Derzeit entsteht ein Untersuchungsbericht, in welchem die Bedeutung der demografischen Entwicklungen für die Gesundheitshandwerke (GHW) näher beleuchtet wird. Im Besonderen werden Chancen, Risiken bzw. Herausforderungen und Konsequenzen des demografischen Wandels sowie die sich daraus ergebenden Zukunftsperspektiven für die GHW betrachtet. Damit die Ergebnisse möglichst Zielgruppenkonform sind, möchten wir die Perspektive der Verbände der GHW zu diesem Thema in dem folgenden Interview erfragen.

Die Befragung wird vom itb im DHI e.V., eines von fünf Handwerksinstituten in Deutschland, durchgeführt.

Datenschutz:

Der Datenschutz ist selbstverständlich gewährleistet:

- Die Angaben bleiben anonym. Es sind keine Rückschlüsse auf persönlich und den Verband/das Unternehmen betreffende Daten möglich.

Name des Verbandes

Name des(r) Gesprächspartner

Datum

Interviewer

Die Handwerksbranche steht immer wieder vor neuen Herausforderungen, die gemeistert werden müssen, damit die Unternehmen weiterhin bestehen können. Beispielsweise weil die Konkurrenz sehr groß ist oder es immer schwieriger wird, geeignete Auszubildende zu finden, die in einem Handwerksbetrieb arbeiten möchten. Eine dieser Herausforderungen ist der demografische Wandel. Darunter versteht man, dass sich die Altersstruktur der Bevölkerung verändert. Als Resultat dieser Veränderungen gibt es bei uns *immer mehr ältere Menschen* und *immer weniger jüngere Menschen*, die Bevölkerung wird älter. Diese Entwicklung hat unterschiedliche Auswirkungen, auch für die Gesundheitshandwerke.

Thematischer Block I – Chancen des demografischen Wandels

I-1 Welche Bedeutung hat der demografische Wandel ihrer Meinung nach für Ihr Gewerk?

I-2 Fühlen Sie sich über den demografischen Wandel in der Gesellschaft und die möglichen Folgen für ihr Gewerk ausreichend informiert?

I-3 Sind in Ihrem Gewerk bereits Auswirkungen des demografischen Wandels spürbar?

ja nein

Auswirkungen:

[Interviewleitfaden – Verbände]

I-4	Ergeben sich aus den Auswirkungen des demografischen Wandels für Ihr Gewerk irgendwelche Chancen ?
[I-4a]	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[I-4b]	Wenn ja, bitte nennen Sie eine oder mehrere Chancen _____ _____ _____
[I-4c]	Wenn nein: Wenn Sie an die allgemeinen Auswirkungen des demografischen Wandels
[I-4c1]	in Bezug auf das Kundenpotential (bspw. weniger junge und mehr ältere Kunden; mehr Frauen) denken, könnten daraus evtl. Chancen für Ihr Gewerk erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[I-4c2]	in Bezug auf die Belegschaft (ggf. steigt der Anteil der älteren Mitarbeiter, der Frauen etc.) denken, könnten daraus evtl. Chancen für Ihr Gewerk erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[I-4c3]	in Bezug auf die Gewinnung neuer Mitarbeiter (Azubis und Fachkräfte) denken, könnten daraus evtl. Chancen für Ihr Gewerk erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Thematischer Block II – Risiken bzw. Herausforderungen des demografischen Wandels	
II-1	Ergeben sich aus den Auswirkungen des demografischen Wandels für Ihr Gewerk irgendwelche Risiken bzw. Herausforderungen ?
[II-1a]	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[II-1b]	Wenn ja, bitte nennen Sie eine oder mehrere Herausforderung(en): _____ _____ _____
[II-1c]	Wenn nein: Wenn Sie an die allgemeinen Auswirkungen des demografischen Wandels
[II-1c1]	in Bezug auf das Kundenpotential (bspw. weniger junge und mehr ältere Kunden; mehr Frauen) denken, könnten daraus evtl. Risiken für Ihr Gewerk erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[II-1c2]	in Bezug auf die Belegschaft (ggf. steigt der Anteil der älteren Mitarbeiter, der Frauen etc.) denken, könnten daraus evtl. Risiken für Ihr Gewerk erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

[Interviewleitfaden – Verbände]

[II-1c3]	in Bezug auf die Gewinnung neuer Mitarbeiter (Azubis und Fachkräfte) denken, könnten daraus evtl. Risiken für Ihr Gewerk erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
Jetzt betrachten wir eine der konkreten Auswirkungen des demografischen Wandels, die Ausbildungssituation :																	
II-2	Wie würden Sie die Ausbildungssituation in Ihrem Gewerk beschreiben? _____ _____ _____ _____ _____ _____																
II-3	Was wird in Ihrem Gewerk unternommen, um die Auszubildenden nach der Ausbildung im jeweiligen Betrieb zu halten? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																
Nicht nur die Gewinnung von Auszubildenden kann problematisch werden, auch der Facharbeitermangel beschäftigt manche Betriebe.																	
II-4	Bestehen in Ihrem Gewerk bereits Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
[II-4a]	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; text-align: left;">Schwierigkeiten</th> <th style="width: 40%; text-align: left;">Lösungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Schwierigkeiten	Lösungen														
Schwierigkeiten	Lösungen																

Ein weiteres wichtiges Thema im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.	
II-5	Wird in Ihrem Gewerk etwas in Bezug auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Mitarbeiter unternommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[II-5a]	Wenn ja, was wird in Ihrem Gewerk hierzu unternommen? _____ _____ _____ _____ _____
Neben dem Nachwuchs- und Fachkräftemangel wird sich der demografische Wandel auch auf eine andere Weise auswirken: Es wird immer wichtiger, sich um die Gesundheit der Beschäftigten zu kümmern, damit sie bis zum Erreichen der Altersgrenze gesund, gerne und gut arbeiten können.	
II-6	Wird in Ihrem Gewerk etwas zur aktiven Gesunderhaltung von Mitarbeitern unternommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[II-6a]	Wenn ja, was? _____ _____ _____ _____ _____ _____
II-7	Welche Möglichkeiten werden im Allgemeinen in Ihrem Gewerk aufgegriffen, um auf die Auswirkungen des demografischen Wandels zu reagieren? _____ _____ _____ _____ _____ _____

Thematischer Block III – Zukunftsperspektiven für die Gesundheitshandwerke	
Neben den Chancen und Risiken des demografischen Wandels interessieren uns auch die daraus resultierenden Zukunftsperspektiven für die Gesundheitshandwerke. Betrachten wir also im Folgenden die Themen neue Märkte, neue Zielgruppen, neue Technologien etwas genauer.	
III-2	Sehen Sie für Ihr Gewerk künftige Tätigkeitsfelder in neuen Märkten ?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[III-2a]	Wenn ja, welche neuen Märkte sind das?

III-3	Sehen Sie für Ihr Gewerk die Möglichkeit, künftig neue Zielgruppen zu erschließen?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[III-3a]	Wenn ja, welche neuen Zielgruppen sind das?

III-4	Denken Sie, dass Ihr Gewerk künftig vermehrt mit neuen Technologien umgehen muss?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
[III-4a]	Wenn ja, welche neuen Technologien sind das?

[Interviewleitfaden – Verbände]

Neben den soeben besprochenen Themen neue Märkte, neue Zielgruppen und neue Technologien gibt es einen weiteren derzeit viel diskutierten Trend. Den Trend der Digitalisierung, mit seinen zahlreichen Auswirkungen auf Geschäftsprozesse und Arbeitsmodelle.

III-5 Sehen Sie für Ihr Gewerk Auswirkungen aufgrund einer zunehmenden **Digitalisierung**?

- ja nein

[III-5a] Wenn ja, welche Auswirkung(en) ist/sind das?

Die Inanspruchnahme von ärztlichen Dienstleistungen und sonst. Leistungen in der Gesundheitsversorgung im Ausland ist ein zunehmend diskutiertes Thema. Inwiefern der „Gesundheitstourismus“ die Gesundheitshandwerke betrifft wollen wir im Folgenden fokussieren.

III-6 Wie schätzen Sie die aktuellen Entwicklungen zum Thema „**Gesundheitstourismus**“ ein?

- eher positiv (da ausländische Kunden als neue ZG gewonnen werden können)
- eher negativ (da Wegfall der vorhandenen Kunden)
- Gesundheitstourismus hat (noch) keine Auswirkungen auf das Unternehmen
- sonstiges

Thematischer Block IV – Spezielle Anforderungen der GHW

Zum Abschluss interessieren uns noch ihre speziellen Anforderungen im Bereich der Gesundheitshandwerke und ihre Wünsche an Unterstützungsbedarf von Politik und Gesetzgeber zum meistern der Herausforderungen des demografischen Wandels.

IV-1 Welche speziellen Anforderungen haben die Unternehmen der GHW, ihrer Meinung nach im Vergleich zu anderen Handwerksbranchen?

IV-2 Welchen Unterstützungsbedarf wünschen Sie sich von Politik und Gesetzgeber, um die Herausforderungen des demografischen Wandels besser meistern zu können?
