

Schriftenreihe:  
**Gesundheitswirtschaft und Management**

Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung,  
Gesundheit und Soziales, Fort- und Weiterbildung

Herausgeber:  
Univ.-Prof. Dr. Andreas J.W. Goldschmidt  
und Priv.-Doz. Dr. Josef Hilbert

IAT



2000

2020

# Gesundheitswirtschaft in Deutschland

Die Zukunftsbranche

20 Jahre

60 Jahre

**BAND 1**

Herausgeber:  
Andreas J.W. Goldschmidt  
Josef Hilbert

**kma|reader**  
Die Bibliothek für Manager

## Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Die Zukunftsbranche

Wirtschaftliches Denken ist kein Widerspruch zu ethischem und sozialem Handeln.

Aus der Rezension für „Akademie“ (Univ.-Prof. Dr. R. Elschen, Univ. Duisburg-Essen): „Immer noch werden Wirtschaftszweige wie Gesundheit fälschlicherweise als reine Kostenfaktoren wahrgenommen und nicht als Treiber für Innovation, Wachstum und Arbeitsplätze. Aber genau hier liegt deren Stärke und Einfluss auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung in Deutschland. Es wurde höchste Zeit für ein Fachbuch mit einer umfassenden Betrachtung des Gesundheitsmarktes als Wirtschaftsbranche mit seiner außerordentlichen Komplexität. Die Gesundheitswirtschaft wird nach Segmenten unterteilt, die hierin eine herausragende Rolle spielen, von neuen Gesundheitsregionen über Hersteller und Anbieter von Medizintechnik und Arzneimitteln bis zu externen Dienstleistern z. B. für Logistik, aber auch Krankenversicherungen und andere mehr. Bestandteil ist zudem der sogenannte zweite Gesundheitsmarkt. Abschließend erfolgt ein Blick in die Zukunft der Gesundheitsversorgung und eben „Wirtschaft“. Das Buch ist eine uneingeschränkte Empfehlung für alle interessierten Studierenden, Dozentinnen und Dozenten sowie Fachkräfte und Verantwortungsträger in den vielfältigen Bereichen der Gesundheitswirtschaft.“

**Univ.-Prof. Dr. Andreas J.W. Goldschmidt**  
IHCI und ZfG, Universität Trier



Der Gesundheitsökonom, Medizininformatiker und Biostatistiker kam aus der Industrie als Quereinsteiger in die Medizin. Er wurde zusätzlich Arzt und ging nach mehreren Jahren Klinik- und Führungserfahrung als Vorstand eines MDAX-Konzerns in die private Wirtschaft zurück. Heute lehrt und forscht er im Bereich Gesundheitsmanagement und Logistik an der Universität Trier, ist Lehrstuhlinhaber und Leiter des IHCI sowie Vorstandsvorsitzender des Zentrums für Gesundheitsökonomie (ZfG). Im Nebenamt ist er Studienleiter der Hess. BA Frankfurt/M sowie der Hess. VWA Offenbach/M. Er wirkt in zahlreichen Fachgesellschaften, Gremien und Verlagen mit. Das vorliegende Werk ergänzt seine bisher über 120 Publikationen.

**Priv.-Doz. Dr. Josef Hilbert**  
IAT und Ruhr-Universität Bochum



Der Soziologe studierte und promovierte in Bielefeld. Er ist Forschungsdirektor am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Fachhochschule in Gelsenkirchen und Privatdozent für Gesundheitsökonomie an der Ruhr-Universität Bochum. Am IAT verantwortet er einen Schwerpunkt Gesundheitswirtschaft, der mit Forschungs-, Entwicklungs- und Erprobungsprojekten zu mehr Zukunftsfähigkeit im Gesundheitssektor beitragen will. Er ist zudem Vorsitzender des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR).

ISBN 978-3-9812646-0-9



9 783981 264609

## **Zur Schriftenreihe „Gesundheitswirtschaft und Management“**

von Andreas J. W. Goldschmidt und Josef Hilbert

Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsmanagement zählen zu den Forschungs- und Entwicklungsfeldern mit einem erheblichen Nachholbedarf. Für interessante und relevante Fragen zur Zukunft der Gesundheitsversorgung, zu den Marktteilnehmern in der Gesundheitswirtschaft und den Herausforderungen an Führungskräfte bietet diese Schriftenreihe der Gesundheitsökonomie, der Versorgungsforschung, dem Gebiet Gesundheit und Soziales insgesamt und dem Bereich Fort- und Weiterbildung ein Forum.

# IAT

## **Das IAT - Institut für Arbeit und Technik**

Das IAT setzt sich mit dem Strukturwandel der Wirtschaft auseinander und will diesen durch Forschungs-, Entwicklungs- und Erprobungsprojekte begleiten und befruchten. Ein inhaltlicher Schwerpunkt des IAT liegt beim Thema „Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität“, das in einem eigenen Forschungsschwerpunkt bearbeitet wird. In diesem Arbeitsfeld entstehen vor allem

- Trendreports zu unterschiedlichen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft,
- Entwicklungskonzepte für Gesundheitsregionen,
- Machbarkeitsstudien für innovative Versorgungskonzepte.

Das Institut Arbeit und Technik ist ein Forschungsinstitut der Fachhochschule Gelsenkirchen. Abgesichert über einen Kooperationsvertrag arbeitet es eng mit der Ruhr-Universität Bochum und dort mit der Medizinischen Fakultät zusammen. Ein besonderes Augenmerk legt das IAT auf Fragen von Arbeit, Arbeitsorganisation, Techniknutzung und Qualifizierung.



## **Das IHCI – Internationales Health Care Management Institut**

Das IHCI wurde am 1. April 2003 gegründet. Es gehört zum Fachbereich IV (WiSo/WI) der Universität Trier. IHCI-Schwerpunkte sind Gesundheitsmanagement, -Logistik und Wirtschaftsinformatik im Gesundheitswesen. Außer in diesen Bereichen und in der Gesundheitsökonomie werden Themen im Umfeld Klinische Studien, e-procurement, Medizin-Controlling, Klinische Informationssysteme, Telematik und andere mehr untersucht. Ein internationaler „executive MBA Health Care Management“ vermittelt gemeinsam mit universitären Partneereinrichtungen in Marburg, Salzburg und Toronto Schlüsselqualifikationen, um die wesentlichen Probleme im Gesundheitswesen aus sozio-ökonomischer, aber auch ethischer Sicht zu analysieren und zu bewältigen.

# Kapitel 1

Allgemeine Grundlagen

1.1 | Von der Last zur Chance –  
Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

1.1

Von der Last zur Chance –  
Der Paradigmenwechsel  
vom Gesundheitswesen zur  
Gesundheitswirtschaft

Andreas J. W. Goldschmidt, Josef Hilbert

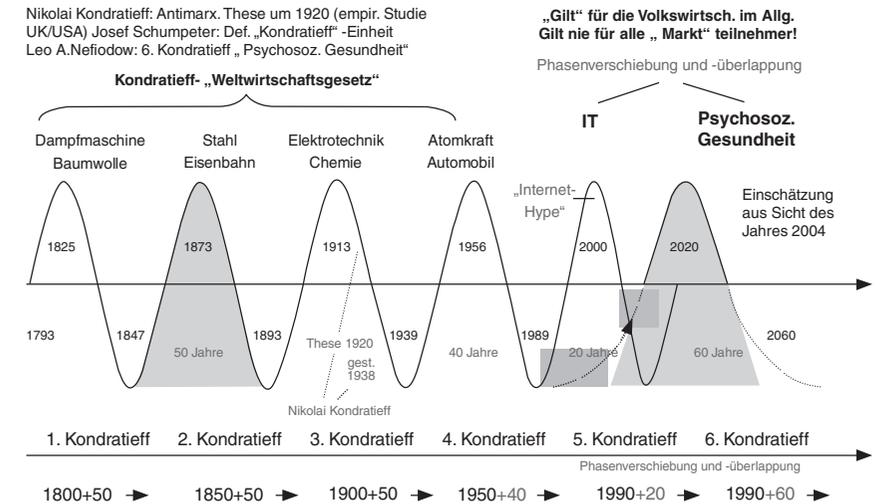
In der Debatte um die Zukunft der Gesundheitsversorgung findet in Deutschland derzeit ein bemerkenswerter Paradigmenwechsel statt. Traditionell wurde das Gesundheitssystem zwar als notwendig akzeptiert, gleichzeitig jedoch wegen der hohen Kosten auch als Behinderung der Entwicklungsmöglichkeiten für die Gesamtwirtschaft gesehen. Umgekehrt gibt es Argumente (der „Sozialstaatsverteidiger“), dass eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung zwar teuer sei, aber – gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung – ohne sie moderne Wirtschaftssysteme nicht mehr wettbewerbsfähig seien.

Seit ein paar Jahren (Beginn der Jahrtausendwende) erkannte man, dass der „Gesundheitsmarkt“ nicht nur sozusagen der größte Arbeitgeber ist, sondern dass hier auch eine ausgesprochen positive Wachstums- und Beschäftigungsdynamik besteht. Und nicht zuletzt wird immer deutlicher, dass der Gesundheitssektor ein wichtiges Einsatzfeld für viele High-Tech-Entwicklungen ist und die deutsche Wirtschaft auch damit zukunfts- und wettbewerbsfähig bleiben kann. Er ist nicht mehr in erster Linie ein Kostenfaktor, der die Wirtschaft behindert, sondern wird mehr und mehr zu einem der wichtigsten Treiber für die Zukunft der Wirtschaft. Mehr und mehr spricht man von Gesundheits“wirtschaft“ und immer weniger von Gesundheits“wesen“.

Leo Nefiodow hat die steigende wirtschaftliche Bedeutung gesundheitsbezogener Produkte sogar mit dem Kondratieff-Weltwirtschaftsgesetz von 1920 in Verbindung gebracht (vgl. Nefiodow 1996). Er postuliert einen 6. Kondratieff, der auf dem drastischen Bedeutungsgewinn von „Psychosozialer Gesundheit“ beruht und dafür sorgt, dass Gesundheit als chancenreicher Markt und sogar als Motor für die Volkswirtschaft begriffen werden kann. Interessant ist dabei, dass es zu einer Überlappung zwischen dem relativ kurzen, durch die Informations- und Kommunikationstechnologien geprägten 5. Kondratieff und dem voraussichtlich erheblich längeren 6. „Gesundheits“-Kondratieff kommen könnte (Abbildung 1).



Abb. 1: Gesundheit prägt den 6. Kondratieff-Zyklus (Abbildung nach Goldschmidt AJW 2004, auf Basis von Nefiodow 1996).



Große Schubkraft für den skizzierten Paradigmenwechsel kam in den letzten Jahren von dezentraler Ebene. Etliche Regionen erkannten die günstigen Entwicklungsmöglichkeiten der Gesundheitsbranchen und machten sie zu einem zentralen Kompetenzfeld in ihrer Wirtschafts-, Struktur- und Technologiepolitik. Dies bewirkt inzwischen auch ein Umdenken auf Bundesebene: Im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) werden neue Förderprogramme für die Gesundheitsforschung aufgelegt, im Bundeswirtschaftsministerium (BMWi) ist eine Stabsstelle für Gesundheitswirtschaft entstanden und der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) richtet einen entsprechenden Ausschuss ein. Lediglich das Bundesministerium für Gesundheit (BMGS) tut sich noch etwas schwer damit.

Wie kann es zu diesem Paradigmenwechsel vom „Gesundheitswesen als Last zur Gesundheitswirtschaft als Chance“ für die Ökonomie kommen? Was bedeutet Gesundheitswirtschaft? Welche Folgen ergeben sich daraus für die Gesundheitswirtschaft?

Was passiert auf der regionalen Ebene, um Gesundheitswirtschaft zu entwickeln? Dies wird in diesem Buch an unterschiedlichen Beispielen dargestellt. Auch künftiges Gestalten in der Gesundheitsbranche wird skizziert.



### Gesundheitswirtschaft

Unter dem primären oder „ersten Gesundheitsmarkt“ versteht man die „klassische“ Gesundheitsversorgung, die größtenteils durch gesetzliche und private Krankenversicherungen getragen wird (Kartte / Neumann 2007, 4). Die wichtigsten Teilnehmer im primären Gesundheitsmarkt sind zum einen die Leistungserbringer in der direkten medizinischen Versorgung (Gesundheitseinrichtungen und freiberufliche, niedergelassene Ärzte), die Apotheken, die Träger der Gesundheitseinrichtungen und die Interessenvertreter aller Leistungserbringer, hier vor allem die Krankenhausgesellschaften, Kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen, Apotheker-, Ärzte- und Zahnärztekammern. Hinzu kommen vor allem die freiberuflich tätigen Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur, Logopäden, Zahntechniker etc. mit ihren jeweiligen berufsständischen Interessensvertretungen. Die jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbände sind indirekte Marktteilnehmer. Die industriellen Marktteilnehmer sind in erster Linie die Pharma- und Medikalprodukteindustrie, die Hersteller von Großgeräten, die Anbieter von medizinischer Informationstechnologie, die Dienstleister für Logistik und für sonstige Mehrwertleistungen („value added services“). Das entscheidende Regulativ ist die Politik, die vor allem durch die gesetzlichen Krankenkassen über die notwendigen Hebel verfügt. Von zunehmender Bedeutung ist auch in Deutschland der in den anglo-amerikanischen Ländern längst in überdimensionaler Weise bekannte Anteil der Forensik bzw. der Juristen am Gesundheitsmarkt. Nicht zu vergessen sind die Patienten, um die sich dieser ganze Markt gruppiert (Tabelle 1).

Tab. 1: Wesentliche Teilnehmer und Regulative im Gesundheitsmarkt (Goldschmidt AJW, 2003)

<b>Gesundheitseinrichtungen und deren Träger</b>	<b>Akut, Reha, Pflege, Sonder-KH/Psych., Altenheime</b> <b>Träger:</b> Öffentlich, freigemeinnützig, privat u. a. m. <b>Vertretung:</b> Krankenhausgesellschaften etc.
<b>Niedergelassene</b>	<b>Vetragsärzte</b> (>95%) und Zahnärzte, Apotheker, Zahntechniker ... <b>Vertretung:</b> Kassenärztl. Vereinigungen, Hartmannbund etc., Bund u. Land
<b>Patienten</b>	Diverse, i.d.R. aber wenig einflussreiche Interessenvertretungen
<b>Krankenkassen</b>	<b>GKV</b> (AOK, BEK, DAK, TK etc.) und <b>PKV</b> (Debeka, DKV etc.)
<b>Hersteller und Händler</b>	<b>Medical- und Pharma-Produkte, Großgeräte, Med. Informationstechnologie</b>
<b>Politik und Exekutive</b>	<b>Gesundheitsministerien</b> (Bund und Land), <b>Aufsichtsbehörden</b> (Bund, Land, Präsiden), <b>Zulassungsbehörden</b> (BfArM, PEI)

Wie lässt sich dieser Wirtschaftszweig am Besten strukturieren? Früher wurden Produktions- und Dienstleistungsbereiche der Gesundheitsversorgung, die Gewinne erwirtschafteten (z. B. Pharma- und Medikalproduktehersteller), der Industrie zugeordnet, die kostenträchtigen Belange wie z. B. Krankenversorgung dem Gesundheitswesen, das staatlich reglementiert und öffentlich finanziert wurde. Darüber hinaus gab es die „Life Science“, die Lebenswissenschaften, die als zukunftssträchtige Forschungsbereiche gefördert wurden.

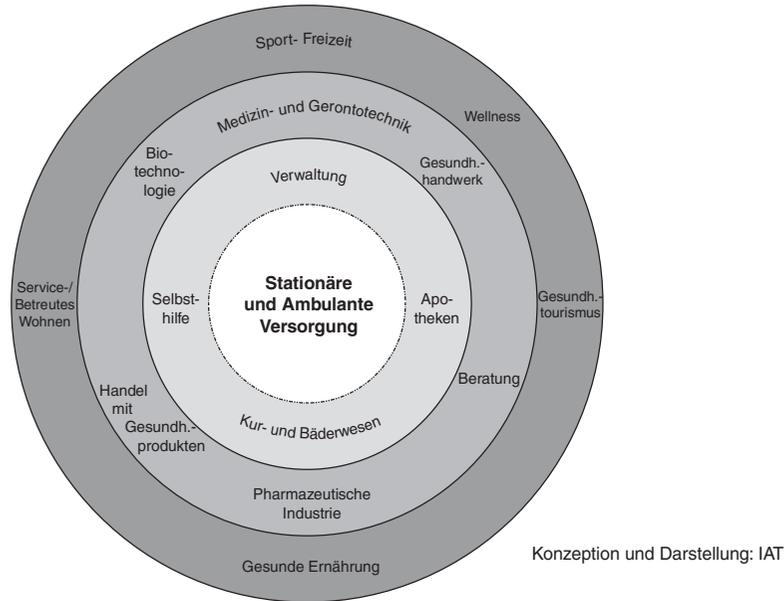
Heute ist völlig unstrittig, dass die verschiedenen Bereiche zusammengehören und nur zwei Seiten derselben Medaille Gesundheitswirtschaft entsprechen. Nur wenn z. B. Pharma(produkte) und Medizintechnik eine große Nachfrage haben, können sie Potenziale entwickeln. Nur wenn die Gesundheitsversorger auf Innovation und Qualität setzen, sind sie in der Lage, sich selbst im zunehmenden Wettbewerb zu behaupten.

Am Institut Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen wurde ein Modell entwickelt, das „IAT-Gesundheitszweibelmodell“, das die Gesundheitswirtschaft in drei Bereiche aufteilt (Abbildung 2):

- den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (stationäre und ambulante Akutversorgung und Altenhilfe sowie die Gesundheitsverwaltung)
- den Vorleistungs- und Zuliefererbereich (Pharmaindustrie, Medizintechnik, Gesundheitshandel, Großhandel mit medizinischen Produkten)
- den gesundheitsrelevanten Randbereich, also etwa den Fitness- und Wellnessbereich, das Betreute Wohnen oder den Gesundheitstourismus.



Abb. 2: IAT-Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft



### Auswirkungen der Gesundheitswirtschaft auf den Arbeitsmarkt

In Anbetracht des Zieles der deutschen Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik näherungsweise Vollbeschäftigung zu schaffen, müssten jährlich mehr als 600.000 Arbeitsplätze bzw. mittelfristig insgesamt fast 6 Millionen neue Stellen entstehen. Welche Rolle könnte dabei der Gesundheitsbereich spielen?

In Deutschland arbeiteten im Jahr 2006 ca. 4,3 Millionen Menschen in der Gesundheitsbranche,<sup>1</sup> davon sind etwa 82 % sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, 12 % geringfügig Beschäftigte sowie 6 % Selbstständige (Dahlbeck / Hilbert 2008).

In den letzten drei Jahrzehnten war die Gesundheitswirtschaft insgesamt eine regelrechte „Jobmaschine“. Während in vielen anderen Bereichen Arbeitsplätze abgebaut wurden, entstanden hier ca. eine Million zusätzlicher Jobs. Zwischen 2003 und

<sup>1</sup> Die folgenden Daten zur Gesundheitswirtschaft sind – soweit nicht anders vermerkt – eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung Nordrhein-Westfalens (vgl. dazu auch Hilbert/Dahlbeck/Enste 2008).

2007 stieg die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitsbereich von 3,79 auf 3,87 Millionen, ein Plus von insgesamt 2,1 Prozent, während die Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft um 0,4 % zurückging.

Ein Teil der Beschäftigungseffekte im Gesundheitsmarkt ist durch die Substitution von Vollzeit- in Teilzeitstellen zu erklären. So wuchs der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den letzten fünf Jahren um 4 Prozentpunkte auf 30,2 Prozent, die entsprechenden Anteile in der Gesamtwirtschaft sind lediglich um knapp 2 Prozentpunkte von 15,9 Prozent im Jahr 2003 auf 17,8 Prozent im Jahr 2007 gewachsen (vgl. Dahlbeck / Hilbert 2008).

Auch die Anzahl der sog. „Mini-Jobber“ in der Gesundheitswirtschaft, besonders in den Randbereichen wie dem Gesundheitstourismus sowie dem Sport- und Freizeitbereich, hat sich um etwa 40.000 auf 584.300 erhöht.

Diese Beschäftigten erzielten in den letzten Jahren im Gesundheitssektor Umsätze in einer Größenordnung zwischen 250 bis 260 Milliarden Euro. Vom Umsatz her betrachtet ist die Gesundheitswirtschaft damit in etwa vergleichbar mit der Automobilindustrie, von der Zahl der Beschäftigten her gesehen ist sie ihr jedoch weit voraus.

Nach Berechnungen des IAT für NRW ist in den nächsten 15 Jahren in diesem Bundesland voraussichtlich mit einem Plus von 100.000 – 200.000 Arbeitsplätzen für den Gesundheitsmarkt zu rechnen. Parallel dazu werden auch die Umsätze in der Gesundheitsbranche drastisch steigen.

Ausschlaggebend für diese Entwicklung sind vor allem drei Faktoren:

- Das Altern und die Individualisierung der Gesellschaft
- Der medizinisch-technische Fortschritt
- Die steigende Bereitschaft, für die Gesundheit auch privat Geld auszugeben.

Die Gesundheitswirtschaft ist zu großen Teilen eine Dienstleistungsbranche und als solche besonders personalintensiv. So stellt zum Beispiel für die gesetzlichen Krankenkassen die *stationäre Patientenversorgung* den wichtigsten und größten Kostenfaktor dar. Den dominierenden Kostenblock machen hierin mit etwa 65 % die Personalkosten aus. Davon entfallen ca. 1/3 (34%) auf die Pflegekräfte und 1/4 (25%) auf den ärztlichen Dienst, wie den Daten der Gesundheitsberichterstattung (<http://www.gbe-bund.de>) zu entnehmen ist. Nach Vollkräften

gerechnet, sind derzeit durchschnittlich etwa 43% aller sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigten in der Pflege tätig und 14% im ärztlichen Dienst. Wobei in den letzten 10 Jahren etwa 50.000 Stellen in der Pflege abgebaut wurden (-15%), während gleichzeitig etwa 18% mehr ärztliches Personal eingestellt wurde. Die Bruttopersonalkosten im ärztlichen Dienst stiegen je nach Betrachtungsweise in den letzten 10 Jahren durchschnittlich um gut 50% und die des Pflegedienstes um gut 20%. Folgt man der Auffassung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007 (Sachverständigenrat 2007, 73) und übertrüge die dort zitierte, im Auftrag der Regierung Großbritanniens durchgeführte Studie eins zu eins auf Deutschland, so ließen sich künftig „in der Gesundheitsversorgung 20 % der ärztlichen Arbeit an examinierte Pflegekräfte und 12,5% der Tätigkeiten von examinierten Pflegekräften an Hilfskräfte“ übergeben. Sehr grob pauschaliert könnte dies bedeuten, dass der skizzierte Trend der letzten Jahre, mehr Ärztinnen und Ärzte und weniger Pflegekräfte einzustellen, voraussichtlich innerhalb der nächsten 5 bis 10 Jahren wieder umgekehrt bzw. die implizite relative Personalkostensteigerung ziemlich exakt wieder egalisiert werden könnte. Auch wenn - zugegebenermaßen - die Bereiche ambulanter und stationärer Leistungen in der „Gesundheitsversorgung“ in Großbritannien nicht mit denen in Deutschland deckungsgleich sind und daher solche Vergleiche mit Studienergebnissen aus anderen Ländern stark hinken, an der grundsätzlichen Möglichkeit einer solchen Trendumkehr auch in Deutschland ändert das sicherlich nichts (Goldschmidt AJW 2008).

Der *Pflegearbeitsmarkt* der ambulanten und stationären Altenpflege und -betreuung umfasst ambulante Pflegedienste und Altenheime. In den knapp 11.000 *ambulanten Einrichtungen* waren im Jahr 2005 etwa 214.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, davon gut 70% in Teilzeit. Neben den mehr und mehr privaten (57,6%) und frei-gemeinnützigen (40,6%) Trägern spielen dabei die öffentlichen Anbieter quasi nur noch eine Nebenrolle (1,8%). Die Zahl der Pflegekräfte in *stationären Altenpflegeeinrichtungen* betrug 2005 etwa 310.000, also gut 110.000 oder 55% mehr als nur 8 Jahre zuvor in 1997 mit knapp 200.000 (Statistisches Bundesamt 2007). Diese Dynamik wird anhalten. Ein Beispiel dazu: Für zu Hause betreute Patienten, die wegen einer dementiellen Erkrankung einer bestimmten Pflegestufe zugeordnet und daher als ambulante Pflegeleistungsempfänger anerkannt wurden, wird neuerdings ein zusätzliches Betreuungsgeld gewährt. Die Bundesagentur für Arbeit schätzt daher, dass dadurch 10.000 Arbeitslose eine Chance hätten, in diesen Versorgungsbereich vermittelt zu werden. Denn: In der Richtlinie des Spitzenverbandes der Pflegekassen steht, dass „für die berufliche Ausübung der zusätzlichen

Betreuungsaktivität kein therapeutischer oder pflegerischer Berufsabschluss erforderlich ist“ (Sozialgesetzbuch XI § 87b Abs. 3). Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat dazu auch gleich ein Qualifikationsprofil entwickelt, das 160 Stunden umfasst und bei Berufsverbänden „naturgemäß“ zu kontroversen Diskussionen führte. Schon jetzt arbeiten aber in den meisten Pflegeeinrichtungen größtenteils gering qualifiziert Beschäftigte, zum Beispiel Krankenpflegehelfer (KPH) oder Altenpflegehelfer (APH) mit einer nur 12-18-monatigen Ausbildung.

### **Alter als Schubkraft für die Gesundheit – wie passt das zusammen?**

Deutschland altert dreifach, zum einen steigt der relative Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung, zum anderen gibt es auch absolut betrachtet deutlich mehr Ältere, und zum Dritten zeichnet sich der demografische Wandel dadurch aus, dass es deutlich mehr Hochbetagte gibt. Prognosen besagen, dass im Jahr 2050 bereits jede dritte Person in Deutschland über 65 Jahre oder älter sein wird und die Zahl der Menschen in dieser Altersgruppe im gleichen Zeitraum von 15,9 auf 22,9 Millionen ansteigen wird (Statistisches Bundesamt 2006).

Lange Zeit wurden diese Entwicklungen unter sehr negativen Vorzeichen diskutiert, man sprach von der sog. „Alterslast“. Kaum jemand erkannte, dass die Interessen und Bedürfnisse Älterer eine Schubkraft für Wachstum und Beschäftigung sein könnten.

Die Mehrzahl der älteren Menschen wird heute aber „gesund“ alt. Von den heute 16 Millionen aus der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ sind nur 1,75 Millionen pflegebedürftig. Das entspricht einem Anteil von 11 % (Statistisches Bundesamt 2007). 35 % der Personen, die 100 Jahre und älter sind, versorgen sich z. B. in Japan ohne fremde Hilfe (Kleinefeld 2005).

Die Zahlen belegen deutlich, dass Alter und Gesundheit nicht wie früher häufig angenommen, zwei gegensätzliche Begriffe sind, v. a. wenn der Krankheitsbegriff nicht permanent ausgeweitet wird. Die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen verbringt die Zeit nach dem Berufsleben in einer gesundheitlich guten Verfassung u. a. bedingt durch medizinischen Fortschritt, Wandel der Lebensweise und positive Sichtweise des Gutes Gesundheit.

Dennoch lassen sich bestimmte altersbedingte Einschränkungen nicht leugnen, die sich aber häufig physiologisch und nicht krankheitsbedingt entwickeln: Im Alter nimmt beispielsweise die Muskelkraft ab, die Sehkraft und –scharfe reduzieren sich, es ist mit Hörverlusten zu rechnen. Der Alterungsprozess verläuft sehr unterschiedlich, verschiedene Faktoren spielen eine Rolle. So können sich das Wohn-

umfeld, die berufliche Situation oder die Lebensweise einer Person erheblich auf den Alterungsprozess auswirken. Summieren sich negative Faktoren, steigt auch das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Gerade vor dem Hintergrund der wachsenden Anzahl von Hochbetagten (Personen, die 80 Jahre und älter sind), ist also in absehbarer Zukunft mit einem deutlichen Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen, was zwangsläufig zu einem wachsenden Bedarf an Angeboten aus den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft, d. h. der ambulanten und stationären Versorgung führt.

Das Statistische Bundesamt (2008a) rechnet damit, dass die Zahl der Pflegebedürftigen von rund 2,2 Millionen auf bis zu 2,9 Millionen im Jahr 2020 steigen könnte, was auf der anderen Seite aber zu einem Plus von rd. 130.000 zusätzlicher Arbeitsplätzen führen würde, insbesondere im Altenhilfebereich. Somit wird der Altenhilfebereich, was die Zahl der Arbeitsplätze betrifft, ein Aktivposten im Arbeitsmarkt bleiben.

### **Der zweite Gesundheitsmarkt**

Auch in den Randbereichen der Gesundheitswirtschaft wird die Alterung der Gesellschaft Dynamik auslösen. Gesundheitsbezogene Angebote, wie barrierefreie Wohnungen und Wohnungseinrichtungen, Notruf und Sicherheitssysteme, Präventionsmaßnahmen und Fitnesstraining oder auch Gesundheitsurlaube können in erheblichem Maße dazu beitragen, im Alter länger fit zu bleiben. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass sie auf die Bedürfnisse und Interessen der älteren Menschen zugeschnitten sind.

In diesem Zusammenhang wird häufig von einem sog. „zweiten Gesundheitsmarkt“ gesprochen, der alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet. Das Angebotsspektrum reicht von probiotischem Joghurt bis zu selbst finanzierten Vorsorgeuntersuchungen, von frei verkäuflichen Arzneimitteln über die Mitgliedschaft im Fitnessstudio bis zu gesundheitsorientierten Urlaubsreisen.

Die Leistungen im zweiten Gesundheitsmarkt beliefen sich nach einer Schätzung der Roland Berger Strategy Consultants (Karte / Neumann 2007, 4 ff) auf beachtliche 60 Milliarden Euro. Sie sind in den letzten Jahren überdurchschnittlich stark gewachsen, nämlich um etwa 6 % pro Jahr. Es stellte sich durch eine repräsentative Umfrage im Rahmen einer Marktforschungsanalyse, die im Frühjahr 2007 durchgeführt wurde, heraus, dass die Potenziale des „Zweiten Gesundheitsmarktes“ noch



keineswegs ausgeschöpft sind. Nach Ergebnissen dieser Studie sind viele Menschen offensichtlich bereit, noch 27 % mehr Geld für ihre Gesundheit auszugeben. Auf den Gesamtmarkt bezogen, bedeutet dies ein Wachstumspotenzial von weiteren 16 Milliarden Euro.

Präzise Angaben darüber, wie stark dieser „Zweite Gesundheitsmarkt“ von den Interessen, Bedürfnissen und von der Nachfrage Älterer geprägt ist, sind bislang nicht vorhanden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Altersgruppe „60+“ die Nachfrage ganz eindeutig dominiert, ein Beispiel dafür ist der „Gesundheitstourismus“. Die Akzeptanz für einen „Gesundheitsurlaub“ steigt mit zunehmendem Alter: während in der Altersgruppe 40 bis 60 Jahre lediglich 8 % einen solchen Urlaub bzw. eine Kur durchführten, verdoppelt sich der Wert fast in der Altersgruppe „60+“ auf 15 % (Lohmann / Winkler 2005, 19).

Bedeutsam ist der „Zweite Gesundheitsmarkt“ besonders im Hinblick auf die Beschäftigungsentwicklung. 60 Milliarden Euro Jahresumsatz entsprechen im Gesundheitswesen ungefähr einer Summe von einer Million Beschäftigten. Ein Umsatzwachstum in den nächsten Jahren von weiteren 16 Milliarden Euro pro Jahr könnte die Beschäftigungszahl um 250.000 erhöhen. Zwar sind viele dieser Arbeitsplätze nur Teilzeitbeschäftigungen, Mini-Jobs oder mit großen Arbeitsplatzverlustrisiken verbunden, doch für die Ökonomie, in der nach wie vor fieberhaft nach neuen Jobs in Zukunftsbranchen gesucht wird, ist das wachsende Gesundheitsinteresse der Bevölkerung und die damit verbundene steigende private Ausgabenbereitschaft ein positives Zeichen.

Das Konzept: „Active Aging“ der World Health Organisation (WHO 2002) stellt die gesundheitsbezogenen Aspekte der alternden Gesellschaft in den Mittelpunkt und setzt sowohl auf öffentliches als auch auf eigenes Engagement im Alter. Gesundheit und andere Faktoren (Prozesse) darüber hinaus werden aktiv und ganzheitlich gestaltet (dynamisch und präventiv) im eigenen Interesse zur Verbesserung der Lebensqualität.

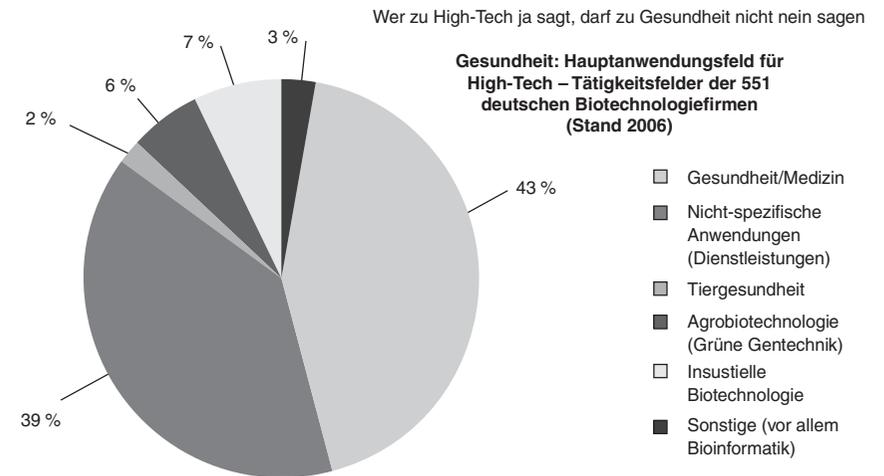
Vorsorge (Prävention) scheint auch unter dem Aspekt steigender Kosten im Gesundheitssystem zwingend erforderlich. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes beliefen sich die Kosten zur Behebung von Krankheiten im Jahr 2006 auf 236,0 Milliarden Euro. Fast die Hälfte (47 %) dieser Kosten entfielen dabei auf die Gruppe der älteren Menschen (Statistisches Bundesamt 2008b) und dabei auf Beeinträchtigungen, die durch Präventionsmaßnahmen erheblich reduziert werden könnten.

### Gesundheit – Schlüssel- bzw. Hauptanwendungsfeld des „High-Tech“-Standortes Deutschland

Es gilt als unstrittig, dass der Standort Deutschland - global gesehen - ökonomisch nur dann eine Chance und Perspektive hat, wenn das Potenzial für High-Tech gestützte innovative Produkte und Dienstleistungen gut genutzt wird. Entsprechend gibt es in der Bundesregierung die sog. „High-Tech-Strategie“. Und für diese High-Tech-Strategie sind nicht nur Forschung und Entwicklung notwendig, sondern Innovation in diesem Zusammenhang bedeutet auch, die Leitmärkte für innovative Lösungen mit zu bedenken. Leitmärkte entstehen dort, wo es eine hohe Anzahl von Innovationen gibt, die in einem systematischen Zusammenhang stehen. Leitmärkte in Deutschland für einen High-Tech-Standort sind z. B. die Wirtschaftszweige Medien, Umwelttechnologie, Energie- und Ressourceneffizienz und viele andere. Leitmarkt ist aber auch die Gesundheitsbranche als quantitativ, wobei der Gesundheitsmarkt wahrscheinlich der wichtigste Leitmarkt des High-Tech-Standortes Deutschland ist. Dies leitet sich nicht nur daraus ab, dass die Gesundheitswirtschaft als größte deutsche Wirtschaftsbranche auch das Potenzial hat, größtes Anwendungsfeld und bedeutendster Leitmarkt zu sein. Zu Buche schlägt nämlich außerdem, dass Gesundheitsanwendungen auch bei vielen Projekten angepeilt werden, die auf den ersten Blick gar nicht als Medizin- und Gesundheitsnah zu identifizieren sind. Die potenziellen Anwendungen vieler optischer Technologien beschränken sich keineswegs nur auf die klassischen Handwerks-, Industrie- und Dienstleistungsbranchen, sondern sind in vielen Fällen auch im Gesundheitssektor zu suchen.



Abb. 3: Gesundheit – Wichtigstes Anwendungsfeld für High-Tech – Das Beispiel Biotech  
 Quelle: BMBF 2007: Die Deutsche Bio-Technologiebranche 2007, Berlin



Der Eindruck vieler Experten ist, dass in knapp der Hälfte aller High-Tech-F&E-Projekte der Gesundheitsmarkt eine wichtige Rolle spielt. Ohne den Gesundheitsbereich als Anwendungsfeld wäre eine High-Tech-Strategie in Deutschland zum Scheitern verurteilt. Wer also High-Tech-Anwendungen fördern möchte, kann sich einer anspruchsvollen Gesundheitsversorgung nicht verschließen – auch dann nicht, wenn sie kostenintensiv ist.

### Die Zukunftsbranche Gesundheitswirtschaft muss erarbeitet werden

Im Zusammenspiel von Gesundheitsbereich und Wirtschaft findet ein Paradigmenwechsel statt. Bisher wurde Gesundheit als eine Solidaritätsverpflichtung der Gesellschaft begriffen, die zwar notwendig ist, die Wirtschaft jedoch stark belastet (dies gilt z. B. auch für die Wirtschaftszweige Energie und Logistik). Inzwischen wird immer deutlicher erkannt, dass die Ausgaben für die Gesundheit keineswegs nur eine Last sind, sondern dass in diesem Bereich die Potenziale liegen, Innovationsmotor und Jobmaschine Nr. 1 zu werden. Der Gesundheitsbereich bleibt daher nicht mehr der „Mühlstein am Hals unserer Ökonomie“, sondern wird wichtigste Zukunftsbranche und Treibsatz für viele andere Bereiche des Wirtschaftslebens.

Für das Gelingen dieses Paradigmenwechsels sind einige Voraussetzungen notwendig (vgl. Hilbert 2006):

- Eine zukunftsfähige Gesundheitswirtschaft braucht Veränderungen im Hinblick auf Qualität und Effizienz.
- Die Entwicklung, Erprobung und Diffusion innovativer Angebote muss beschleunigt werden.
- Eine starke Gesundheitswirtschaft braucht eine stärkere Mobilisierung öffentlicher und privater Ressourcen.

Gleichzeitig muss in diesem Zusammenhang nachdrücklich betont werden, dass auch bei einer Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft die Zugangschancen für sozial Schwache nicht aus dem Blickfeld geraten dürfen und somit die sozialpolitischen Ziele der Gesundheitsversorgung – Qualität und Gerechtigkeit gewährleistet bleiben müssen.

Der nordrhein-westfälische Ministerpräsident Jürgen Rüttgers vertrat diese Perspektive auch beim Gesundheitskongress des Westens 2007 in einem Plädoyer für eine soziale Gesundheitswirtschaft. Denselben Begriff verwendet auch der Gesundheitsunternehmer Wolfgang Glahn 2007 in seinem Buch, in dem er auf „Prosperität statt Offenbarungseid“ setzt und für eine Investitionsoffensive argumentiert. Allerdings müssen beide bei dieser Aussage mit der Kritik leben, entweder zu unklar oder zu realitätsfremd geblieben zu sein (vgl. Preissler 2007). Unstrittig ist zwar, dass die Gesundheitswirtschaft in Deutschland ihre Potenziale nur dann voll ausschöpfen kann, wenn sie gleichzeitig auf Qualität, Effizienz und Gerechtigkeit setzt, wissenschaftlich wie politisch bleibt jedoch noch einiges zu tun, um die dafür notwendigen Schritte und Maßnahmen herbeizuführen. (Wissenschaftliche „Meilensteine“ dieses Paradigmenwechsels waren etwa die Veröffentlichungen von Nefiodow 1996).

### **Gesundheitswirtschaft – Regionen entdecken Gesundheit als Gestaltungsfeld und werden zu Schubkräften der Wirtschaft und Verbesserung der Infrastruktur**

Etwa seit Mitte der neunziger Jahre erkennen immer mehr Verantwortliche in vielen Regionen Deutschlands, dass der Gesundheitsbereich nicht nur wirtschaftlich interessant ist, sondern es sich um ein viel versprechendes Handlungsfeld für die lokale und regionale Struktur-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Technologiepolitik handelt. Eine der ersten Regionen, die sich in diesem Sinne aufstellte, war die Region Erlangen-Nürnberg, die sich zum Ziel setzte „Bundeshauptstadt für Gesundheit“ zu werden. Damit war auch die Hoffnung verknüpft, den Siemens Medizintechnikstandort Erlangen halten und ausbauen zu können, was auch gelang.



Beim Hauptstadtkongress für Medizin und Gesundheit 2007 kündigte die Bundesministerin für Bildung und Forschung Dr. Anette Schavan den Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ an. Beim Hauptstadtkongress 2008 wurden zwanzig „Zwischensieger-Regionen“ vorgestellt, die - jeweils gefördert mit 100.000 vom BMBF - die Chance erhielten, im Jahr darauf unter die fünf Regionen ausgewählt zu werden. Diese sollen sich - ausgestattet mit einer Förderung von jeweils bis zu ca. 10 Millionen - als vorbildhafte deutsche Gesundheitsregionen entwickeln.

Die Wettbewerbsbeiträge und Pläne der 20 „Zwischengewinner“ umfassen ein breites Spektrum: zu den häufigsten Themen gehören Versorgungsforschung und Versorgungsqualität, Gesundheitsförderung und Prävention, klinische Forschung, Gesundheitslogistik, eHealth und Telematik, Medizintechnik, Biotechnologie, die Dienstleistungsforschung und die Prozessgestaltung. Den demografischen Wandel haben dabei mehrere Regionen im Blick, hierzu in den Forschungs- und Entwicklungsfeldern wohnortnahe Versorgung, klinische Dienstleistungen, Vermeidung von Unterversorgung bzw. geeignete flächendeckende Versorgung von Volkskrankheiten des Alters wie z. B. Diabetes.

Die Mitwirkenden in den dezentralen Initiativen, die mit vielen Gesundheitsregionen zusammenarbeiten, kommen aus allen Bereichen der Gesundheitsbranche: Krankenhäuser, Reha-Kliniken und Krankenkassen sind ebenso dabei wie Medizintechnikfirmen, Gesundheitshandwerke, Health Care-Logistikunternehmen, Pharmaunternehmen und Gesundheitstouristiker. Es fällt jedoch auf, dass niedergelassene Ärzte nur relativ spärlich vertreten sind. Eine Nebenrolle oder überhaupt nicht aktiv sind Gewerkschaften.

Die Haupttätigkeiten in den Gesundheitsregionen werden häufig mit dem Stichwort Clustermanagement umrissen. Für die Zukunft und Perspektive der Gesundheitsbranche in der jeweiligen Region werden Ziele, Aufgaben und Projektideen erarbeitet und mit den Mitgliedern des Netzwerks nach Möglichkeiten der Umsetzung gesucht. Die Manager der Gesundheitsregionen werden dabei häufig zu Initiatoren für Kooperationsprojekte. Dadurch gewinnen auch Marketing und Erfolgsevaluation an Bedeutung. Inhaltlich-fachlich ist die Palette der Aktivitäten breit. In fast allen Regionen setzt man auf integrierte Versorgungsformen.

Ausschlaggebend für die steigende Bedeutung der regionalen Ebene ist, dass viele Innovationen nicht mehr nur von einer einzelnen Einrichtung oder von einem Anbieter bewerkstelligt werden können, sondern auf das Zusammenspiel unter-

schiedlicher Akteure aus unterschiedlichen Branchen, Berufen, und „Säulen der Gesundheitswirtschaft“ angewiesen sind.

Für eine erfolgreiche interdisziplinäre und Anbieter übergreifende Zusammenarbeit auf regionaler Ebene sprechen verschiedene Gründe:

- Das Interesse der Regionen, sich als Zukunftsstandorte der Gesundheitswirtschaft zu etablieren
- Im engen Kontakt vor Ort lassen sich Innovationen leichter umsetzen als in räumlich weit verstreuten Innovationsnetzwerken
- Gemeinsamkeiten „vor Ort“ – auch jenseits der engeren wirtschaftlichen Kontakte begünstigen ein Vertrauensverhältnis, das zur Umsetzung der Projekte notwendig ist, und die Innovationspartner positive und auch negative Details voneinander kennen lernen und offen legen können, ohne die Befürchtung haben zu müssen, dass Schwächen ausgenutzt werden.

#### **Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDRG e.V.) - überregionale Zusammenarbeit von Gesundheitsregionen**

14 Gesundheitsregionen, in denen auch in Gänze oder zum Teil zwölf der zwanzig genannten BMBF-Zwischensieger vertreten sind, haben sich Anfang 2008 in Berlin zu einem Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e. V.) zusammengeschlossen. Was sind die Ziele und Aufgabenfelder dieses Netzwerks?

Durch ein solches Netzwerk sollte eine Plattform (ein Forum) zum Austausch von Vorhaben, Aktivitäten, Strategien, Erfahrungen, wechselseitigen Informationen, geschaffen werden. Zunächst fällt es sicher schwer, Einblicke in die eigene Struktur zuzulassen, sich sozusagen „in die Karten schauen zu lassen“, aber andererseits weitet genau dieser Austausch den eigenen Horizont und hilft damit, sich besser zu positionieren.

Bei den 14 Gesundheitsregionen hat jedenfalls die Neugier über die Zurückhaltung gesiegt.

Konkret arbeitet der Verein an folgenden gemeinsamen Auftritten der Gesundheitsregionen:

- Initiierung einer Leistungsschau der Deutschen Gesundheitsregionen
- Interregionale Zusammenarbeit bei ausgewählten Projekten. Dies eröffnet insbesondere dann Vorteile, wenn es um Innovationen geht, die eine Region allein kaum schultern kann (Synergie-Effekte nutzen)



- Gemeinsame Auftritte der Gesundheitsregion im Ausland zur Verbesserung der internationalen Zusammenarbeit in der Gesundheitswirtschaft und zur Imagepflege von „Med. in Germany“
- Gemeinschaftslobbying für die Gesundheitswirtschaft als Zukunftsbranche: Den Paradigmenwechsel beschleunigen – gestern Last der Ökonomie, morgen Treiber für Wachstum und Beschäftigung. Erste positive Wirkungen zeigen sich bereits: Viele Bundes- und Länderministerien haben neue Programme für Forschung, Entwicklung und Erprobung in der Gesundheitswirtschaft aufgelegt.

Über diese Schwerpunkte hinaus überlegt man im Bundesnetzwerk derzeit, ob es sinnvoll ist, ein Innovationsmonitoring aufzubauen. Damit würde eine Art Control-System geschaffen, um systematisch prüfen und frühzeitig erkennen zu können, ob und in welchen Gestaltungsfeldern der Gesundheitswirtschaft Veränderungen notwendig und Reaktionen erforderlich sind, um diese gemeinsam zu bearbeiten oder die Bearbeitung anzuregen.

Eine Möglichkeit für Innovationsmonitoring wäre das Beispiel „Zuhause als Gesundheitsstandort“. Entwicklungen in der Telematik und Sensorik machen es möglich, dass sich Kranke oder Gesundheitsinteressierte in ihrer privaten Umgebung auf neue Art professionell unterstützen lassen, so z. B. durch das Telehealthmonitoring, durch das Herz- oder Kreislauffunktionen fernüberwacht werden können.

Nach einer erfolgreichen Einführung der elektronischen Patientenkarte könnten Stichworte wie Teletreatment und AAL (Ambient Assisted Living) das Innovationsgeschehen im eHealth-Bereich bestimmen. Diese Konzepte für das „Zuhause als einen 3. Gesundheitsstandort“ zu nutzen – neben der Versorgung durch die Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte – ist für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft eine große Chance und für die „eHealth made in Germany“ ist es eine zweite Chance, sich neben den nicht immer erfolgreichen Anstrengungen bei der Patientenkarte und Patientenakte weltweit als Innovationsführer zu beweisen.

Andere Themen neben der Herausforderung „Das Zuhause als Gesundheitsstandort“ sind z. B. die prädiktive Medizin und die Internationalisierung oder auch die Zukunft der Gesundheitsberufe. Ein solches Innovationsmonitoring kann natürlich nicht gegen die Interessen der etablierten Verantwortungsträger gerichtet sein. Sein Eigenwert liegt vielmehr darin, dass alle beteiligten Regionen neue und tragfähige Lösungen zügig zum Erfolg bringen und dabei die vorhandenen Strukturen, Bildungsplanungen und Entscheider einzubinden.

Ambitionierte und wegweisende Projekte und Initiativen existieren in vielen der Gesundheitsregionen. Bislang fehlten jedoch der systematische Austausch und eine effektive Zusammenarbeit und Koordination, die zur gemeinsamen Lösung von Problemen beitragen und somit die Innovationsqualität und –geschwindigkeit am Gesundheitsstandort deutlich verbessern könnten. Vielleicht kann dies durch das Netzwerk der Deutschen Gesundheitsregionen verändert und verbessert werden.

### **Gesundheitsregionen – auch Innovationspartner für Kostenträger?**

Unserer Meinung nach ist es für die Kostenträger sinnvoll, sich in Vereinen oder Netzwerken von Gesundheitsregionen zu engagieren oder sogar mit dem Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen zusammenzuarbeiten.

Zwar ist die Krankenkassenpolitik in Deutschland ein höchst kontrovers diskutiertes Problemfeld und die Entwicklung demnach schwer vorherzusagen. Ohne Zweifel jedoch ist davon auszugehen, dass die Konkurrenz weiter zunehmen wird – selbst nach Einführung des Gesundheitsfonds. Konkuriert wird dann über Qualität, Effizienz und neue Dienstleistungsangebote.

Sowohl Kostenträger als auch die Gesundheitsregion könnten von einer Zusammenarbeit profitieren. Die Kostenträger könnten in den Regionen neue Wege entwickeln und erproben, die Gesundheitsregionen könnten dabei helfen, Innovationen und Veränderungen schnell und effizient breit umzusetzen.

Ein Bereich der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Gesundheitsregionen könnte z. B. die weitere Vertiefung und Verbreiterung der integrierten Versorgung sein. Ein weiteres Gestaltungsfeld, auf dem regionale Kooperation Vorteile bringen könnte, ist die Prävention. Vielfältige Ansatzpunkte können auch in der Entwicklung und Erprobung von Leistungen und Finanzierungslösungen für Gesundheitsangebote sein, die jenseits des bestehenden gesetzlichen Leistungskataloges liegen. Hier steht die Entwicklung von Angeboten und deren Qualitätssicherung noch am Anfang.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Viele Faktoren, nicht zuletzt der demografische Wandel und die Interessen und Bedürfnisse älterer Menschen, sorgen dafür, dass die Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren stark gewachsen ist. Die Triebkräfte für viele Initiativen zur Auseinandersetzung mit den Potenzialen der Gesundheitsbranchen gingen von der regionalen Ebene aus. Dort wurde der Gesundheitsbereich für sich und die eigene



Wirtschaft als Kompetenz- und Gestaltungsfeld entdeckt und entfaltet. Insofern findet im Gesundheitsbereich tatsächlich ein „Paradigmenwechsel von unten“ statt. Glücklicherweise wird aber auch auf der Bundesebene immer häufiger erkannt, dass eine anspruchsvolle, gut ausgebaute Gesundheitswirtschaft ein unerlässlicher Zukunftsbaustein für den Wirtschaftsstandort Deutschland ist.

Dennoch sollten diese positiven Anzeichen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es eine Fülle von ungelösten und offenen Fragen gibt, auf die in Zukunft im Bereich der Forschung, aber auch mit konkretem Gestalten reagiert werden muss.

Mit Blick auf zukünftige Forschungs- und Gestaltungsaktivitäten soll hier insbesondere ein Problemfeld besonders angesprochen werden:

Die Gesundheitswirtschaft ist an vielen Stellen einem enormen Kostendruck ausgesetzt. Begegnet wird ihm häufig dadurch, dass die Beschäftigten unter außerordentlich fordernden Bedingungen arbeiten müssen und oft schlecht entlohnt werden. In vielen Bereichen hat dies nicht nur zu weniger attraktiven, sondern oft sogar zu kaum haltbaren Arbeitsbedingungen geführt.

Darüber hinaus wird nur wenig in neue Wege der intelligenten Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung investiert. Hier sowie bei der Entwicklung und Erprobung neuer Berufsbilder besteht ein hoher Erneuerungsbedarf. Kommt es nicht zu nachhaltigen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, drohen der Zukunftsbranche massive Personalprobleme. Der heutige Ärztemangel ist ein erster und ernster Vorgeschmack der dann in der Gesundheitswirtschaft drohenden Personalengpässe.

Leider finden diese Fragestellungen in vielen großen Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und in Teilen der Politik noch nicht die nötige Aufmerksamkeit, wengleich überall Bewegung zu beobachten ist. Und selbst in den Gesundheitsregionen werden Fragen der Arbeitsgestaltung und der Qualifizierung teils nur stiefmütterlich bearbeitet. Fort- und Weiterbildung bieten jedoch heute schon an zahlreichen Stellen Möglichkeiten, die Misere um das zunehmend fehlende und künftig neu auszubildende Personal zu beseitigen, Karriere zu machen, die berufliche Zufriedenheit zu erhöhen und ein gutes Einkommen zu erzielen. Und davon profitieren dann letztlich alle Partner in der Gesundheitswirtschaft sowie die Patientinnen und Patienten und die wachsende Zahl von gesunden „Kunden“ in der Prävention und im zweiten Gesundheitsmarkt. „Die ökonomische Last wird zur Wirtschaftslust“.

### Literatur:

- Dahlbeck E. / Hilbert J.** (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 06/2008.
- Goldschmidt A.J.W.** (2003): Der „Markt“ Gesundheitswesen. In: Beck M. / Goldschmidt A.J.W. / Greulich A. / Kalbitzer M. / Schmidt R. / Thiele G. (Hrsg.): Management Handbuch DRGs, Hüthig / Economica, Heidelberg, 1. Auflage 2003 (ISBN 3-87081-300-8): C3720/1-24.
- Goldschmidt A.J.W.** (2004): Herausforderungen im Gesundheitswesen: Was kommt in den nächsten vier Jahren auf die stationäre Versorgung zu? Vortrag (key note speaker): 8. Symposium Gesundheitsmanagement: „Kostendruck contra Versorgungsqualität - Rezepte für den Erfolg im Krankenhaus“ (25.3.2004 in der Universität Marburg).
- Goldschmidt A.J.W.** (2008): Die Qualifikationsherausforderung und Effekte der Delegation. Über Management in Medizin und Pflege, neue Berufe sowie Personalentwicklung. In: Klusen N. et al (Hrsg.): Buchreihe „Beiträge zum Gesundheitsmanagement“ (Band zur Pflegereform). Nomos 2008 (im Druck).
- Hilbert, J.** (2006): Die Gesundheitswirtschaft: eine Branche im Stress, aber dennoch mit guten Aussichten. In: Westfälisches Ärzteblatt, Nr. 4, S. 14-16.
- Hilbert, J. / Dahlbeck, E. / Enste, P.** (2008): Zukunftsmotor Gesundheitswirtschaft – ein Paradigmenwechsel von unten? In: Bogedan, C. / Mueller-Scholl, T. / Ziegler, A. (im Erscheinen): Demografischer Wandel als Chance. Hamburg: VSA Verlag
- Kartte, J. / Neumann, K.** (2007): Der zweite Gesundheitsmarkt. Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen, o.O.: Roland Berger Strategy Consultants.
- Kleinfeld, K.** (2005): Japans Senioren zwischen Tradition und Moderne. In: Pro Alter 04/05.
- Lohmann, M. / Winkler, K.** (2005): Gesundheitsreisen. Wellness, Fitness und Kur, Kiel: Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e.V. (FUR).
- Nefiodow, L.** (1996): Der sechste Kondratieff: Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Sankt Augustin: Rhein-Sieg-Verlag.
- Preissler, Joachim** (2007): Vision vom freien Gesundheitsmarkt auf sozialem Fundament, Rezension zu Glahn 2007 bei Amazon.de.
- Sozialgesetzbuch XI § 87b Abs. 3:** Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte - RI - vom 19. August 2008)



- Statistisches Bundesamt** (2006): Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2007): Pflegestatistik 2005, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2008a): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigkeit im Bund und in den Ländern, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2008b): 47% der Krankheitskosten entstehen im Alter. Pressemitteilung 280 vom 05.08.2008, Wiesbaden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)** (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Langfassung (Auf den Seiten des Sachverständigenrates [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) als Download verfügbar).
- WHO (World Health Organization)** 2002: Aktiv Altern – Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, Madrid.

## II. Vorwort der Herausgeber zur ersten Auflage

Andreas J.W. Goldschmidt  
Josef Hilbert

*"Jede Wissenschaft ist, unter andrem,  
ein Ordnen, ein Vereinfachen,  
ein Verdaulichmachen des Unverdaulichen  
für den Geist."*

Hermann Hesse: Das Glasperlenspiel (1943).<sup>1</sup>

Das Wort Wesen bedeutet laut Duden ja nicht nur Lebewesen oder Geschöpf, sondern auch Eigenart und Charakter. Insofern ergibt der Begriff "Gesundheitswesen" als Beschreibung des äußerst komplexen Systems unserer Krankenversorgung natürlich einen Sinn. Doch die stationäre und ambulante Versorgung Kranker ist nur ein Teil der "Gesundheitswirtschaft". Genau genommen macht z.B. dessen größter öffentlich finanzierter Anteil, der stationäre Krankenhausbereich, gerade einmal ein Fünftel dessen aus, was an Wirtschaftskraft in dieser Branche steckt. Allerdings ist Gesundheit alles andere als ein gewöhnlicher Wirtschaftszweig, denn das zentrale Gut, um das er sich gruppiert, ist eine überaus essentielle, ja oft lebenswichtige Angelegenheit – die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Menschen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit staatlichen Handelns und macht eine Teilregulierung im "Gesundheitssystem" unerlässlich, da es um soziale Aspekte, um Solidarität und um Verlässlichkeit sowie um die Aufrechterhaltung einer umfassenden und flächendeckenden Versorgung geht. Und wie immer, wenn es ein hohes staatliches Engagement gibt, muss auch darauf geachtet werden, dass nicht zuviel des Guten geschieht, dass die Qualität stimmt und dass die Kosten im Rahmen bleiben.

<sup>1</sup> Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1. Auflage 1972, 179 (Copyright 1943 by Fretz & Wasmuth, Zürich. Renewal Copyright 1971 Heiner Hesse, Küsnacht, Suhrkamp Taschenbuch Verlag. ISBN 3-518-36579-7)

Gleichwohl ist es endlich an der Zeit, in Sachen Gesundheit nicht mehr nur über Regulierung, über Lohnnebenkosten und über Kostendämpfung zu reden. Denn immer mehr wird deutlich, dass Gesundheitswirtschaft nicht nur eine Frage der Solidarität und sozialen Verantwortung ist, sondern dass hier gewaltige Innovationspotenziale und gesamtwirtschaftliche Impulse schlummern. Stärker als jede andere Branche in Deutschland trägt sie nämlich zu Arbeitsplätzen, zu hochmodernen Dienstleistungen sowie zu technologischen Spitzenentwicklungen bei.

Mit einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von nahezu 11 % bzw. derzeit etwa 260 Mrd. Euro ist der Gesundheitsmarkt der größte und zugleich expansivste Wachstums- und Beschäftigungsmotor aller deutschen Branchen. Steigendes Gesundheitsbewusstsein, medizintechnologischer, pharmakologischer und sonstiger diagnostischer und therapeutischer Fortschritt haben die Welt bereits jetzt maßgeblich verändert und kräftig dabei geholfen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung in ungeahnte und überaus erfreulich Höhen klettert. Die traditionelle Orientierung auf Krankheiten und deren Behandlung wird immer stärker – nicht zuletzt getrieben durch ein steigendes Gesundheitsbewusstsein – um verbesserte Maßnahmen zur Gesunderhaltung, bzw. zur Vermeidung von Krankheiten erweitert. Daher und auf Grund der anhaltend niedrigen Geburtenrate vollzieht sich in den nächsten Jahrzehnten ein dramatischer demografischer Wandel, durch den gleichzeitig zahlreiche Bereiche des so genannten zweiten Gesundheitsmarktes, die derzeit noch in den Kinderschuhen stecken, stark expandieren werden. Dazu gehören z.B. der Gesundheitstourismus und Medical Wellness, aber auch der Heil- und Hilfsmittelbereich für ältere Gesunde. Dagegen dürfte der so genannte erste Gesundheitsmarkt, der derzeit vor allen Dingen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert wird, noch stärker reglementiert und durch Leistungskataloge eingeengt werden. Andererseits wird der Apothekenbereich weiter liberalisiert und der Anteil der frei zugänglichen bzw. nicht verschreibungspflichtigen Medikamente zunehmen.

Drei Hauptfaktoren dürften künftig Spiel entscheidend sein, um in der Gesundheitswirtschaft erfolgreich zu sein: höchste Qualität, Wirtschaftlichkeit und Organisationskompetenz. Wer hier Marktführer werden will, von dem wird erwartet, dass er das beste Kosten-Nutzenverhältnis für die Verbraucher bzw. Kunden und Patienten generieren kann. Dass dabei die Qualität der Arbeitsplätze und die angemessene Entlohnung nicht vernachlässigt werden, wird eine erhebliche Herausforderung sein. Sollte sie nicht mit innovativen Konzepten beantwortet werden, könnten fehlende Humanressourcen zu der „Achillesferse“ für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft werden.

Gefahren und erhebliche Gestaltungsherausforderungen gibt es auch für viele Gesundheitseinrichtungen selbst. Schon in den letzten Jahren haben wir in vielen etablierten Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft beobachten müssen, dass etliche auf der Strecke geblieben sind. Die Zahl der Anbieter in der stationären und ambulanten Versorgung wird vermutlich auch in den nächsten zehn Jahren noch weiter sinken. Einige werden ganz oder in Teilen schließen, andere werden fusionieren und Ketten bilden, wie dies bereits jetzt geschieht. Die Zukunft allerdings wird in träger-, sektoren- und ggf. sogar länderübergreifenden vernetzten Gesundheitsregionen liegen, welche die Versorgung sowohl in Metropolregionen als auch auf dem Land nahezu gleichberechtigt gewährleisten und somit den durch die Landflucht von Ärzten und jungen Menschen ausgelösten Versorgungslücken mit intelligenten gesundheitslogistischen und telematischen Lösungen sowie durch effizienteste Ressourcenallokation entgegen wirken.

Das vorliegende Buch beschreibt die Komplexität unserer Gesundheitswirtschaft, im Wesentlichen gegliedert nach Grundlagen, Wirtschaftszweigen, Gesundheitsnetzen und Zukunftsaspekten. Dank unserer Mit-Autoren aus nahezu allen Bereichen sind etwa fünfzig Kapitel entstanden, die einen umfassenden Überblick für alle verschaffen, die in der Gesundheitswirtschaft Impulse geben, gestalten, arbeiten, investieren, forschen, lehren oder lernen. Kaum ist die erste Auflage erstellt, so fallen uns schon wieder zahlreiche Aspekte ein, die noch zu ergänzen sind.

Ihnen wünschen wir viel Zeit und Muße bei dieser komplexen, aber hoffentlich anregenden Reise durch den Dschungel der Gesundheitswirtschaft, dessen Gesetzmäßigkeiten, Launen und Unberechenbarkeiten wir selbst erst nach und nach, aber wohl nie in Gänze verstehen werden.

Trier und Gelsenkirchen, den 2. November 2008

Univ.-Prof. Dr. Andreas J.W. Goldschmidt  
Priv.-Doz. Dr. Josef Hilbert

# I. Inhaltsverzeichnis

<b>I. Vorwort</b> .....	10
<b>III. Geleitwort</b> .....	14
<b>1 Allgemeine Grundlagen</b> .....	18
1.1 Von der Last zur Chance – Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft .....	20
1.2 Regulierter Wettbewerb im Gesundheitssektor als Schlüssel zum Erfolg .....	42
1.3 Arbeitsgestaltung und Qualifizierung in Kliniken und Heimen: Gegenwärtige Problematik und zukünftige Herausforderungen .....	58
1.4 Beeinflussen Tarifabschlüsse die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft? .....	84
1.5 Finanzierung in der Integrierten Versorgung: Vergütungsformen und Risikomanagement .....	106
1.6 Strategische Kooperationen im Gesundheitswesen brauchen Kulturwandel .....	138
1.7 Alter und Gesundheit – zu einigen Anknüpfungspunkten für Prävention, Gesundheitsförderung und darauf bezogene Gesundheitswirtschaft .....	148
1.8 Babel goes Healthcare: Kommunikation in der Gesundheitswirtschaft. Auf der Suche nach dem größten gemeinsamen Defizit einer Zukunftsbranche .....	164

<b>2 Wirtschaftszweige</b> .....	190
2.1 Öffnung des Krankenhauswesens für Kapitalinvestoren Vor allem Kassenverbände und Bundesregierungen ebneten den Weg in die Privatisierung.....	192
2.2 Marktliche und regulative Bestimmungsfaktoren für den Preis und den Absatz von Medikamenten .....	218
2.3 Medizintechnik in der Gesundheitswirtschaft heute und morgen .....	236
2.4 Medizintechnik – Wachstum in Abhängigkeit von der Personalentwicklung.....	254
2.5 Logistik in der Gesundheitswirtschaft.....	276
2.6 Integrierte Hightech-Versorgungsstrukturen im Krankenhaus – Paradigmenwechsel in der Versorgungslogistik.....	290
2.7 Facility Management im Krankenhaus.....	312
2.8 Innovative Realisierungskonzepte für Bau- und Dienstleistungen in der Gesundheitswirtschaft.....	322
2.9 Elektronische Aktenlösungen .....	342
2.10 Krankenhausinformationssystem – fit für neue Herausforderungen?.....	366
2.11 Studie über den Einsatz von IT-Systemen in Österreichischen Krankenanstalten .....	380
2.12 Von der Krankenanstalt zum Kompetenzzentrum Wellness und Gesundheit .....	394
2.13 Die niedergelassenen Ärzte. Das Abschiednehmen der Einzelkämpfer .....	400
2.14 Quo vadis, GKV? Die gesetzlichen Krankenkassen zwischen Solidarität und Wettbewerb, Einheitsversorgung und differenziertem Leistungsangebot .....	424
2.15 Die Gesundheitswirtschaft im Horizont des MDK.....	444

<b>3. Gesundheitsnetze</b> .....	466
3.1 Schleswig-Holstein: Ein starkes und innovatives Gesundheitsland.....	468
3.2 Gesundheitswirtschaft im Freistaat Bayern – Perspektiven einer Zukunftsbranche .....	482
3.3 Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg – Vernetzte Strukturen als Voraussetzung für eine erfolgreiche Internationalisierung .....	494
3.4 Rheinland-Pfalz – Partnerland einer vernetzten Gesundheitswirtschaft .....	514
3.5 Das Ruhrgebiet auf dem Weg zur Gesundheitsmetropole Ruhr .....	530
3.6 „Gesundheitswirtschaft Rhein-Main e.V.“ bündelt die Kräfte der Akteure in der Region .....	536
3.7 Gesundheits-Netzwerke im ländlichen Raum – Public-Privat-Partnership als Erfolgsmodell .....	546
3.8 Gesundheitsstadt Berlin e.V. – nachhaltiges Engagement für den Gesundheitsstandort Berlin.....	558
3.9 Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen – Strukturen und Innovationen durch Clustermanagement fördern .....	566
3.10 Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe: Strukturen und Strategien für eine innovative Regionalentwicklung .....	584
3.11 Was bestimmt die erfolgreiche Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Krankenhäusern?.....	598
3.12 Fusionen in der Gesundheitswirtschaft erfolgreich managen .....	616
3.13 Innovative Netzwerkstrukturen zur Sicherstellung stationärer Versorgung in der Fläche.....	632
3.14 Regionale Leistungsallianzen in der onkologischen Versorgung.....	650
3.15 Vernetzte Gesundheitswirtschaft – Zukunftsfeld Telemedizin.....	672
3.16 Vernetzung im Gesundheitswesen – Chancen und Herausforderungen am Beispiel der elektronischen Patientenakte.....	694
3.17 Gesundheitswirtschaft als Triebfeder regionaler Strukturpolitik .....	716

<b>4. Zukunftsaspekte</b> .....	730
4.1 Gesundheitswirtschaft 2020: Vision einer Zukunftsbranche.....	732
4.2 Innovation im Gesundheitssystem: Akteure und Ziele in der Gesundheitswirtschaft.....	744
4.3 Der Zweite Gesundheitsmarkt als notwendige Ergänzung des Ersten .....	760
4.4 Der Haushalt – ein Gesundheitsstandort mit Zukunft.....	772
4.5 Patientenhotel und Hoteldienstleistungen im Gesundheitswesen – nur eine Modeerscheinung oder langfristige Zukunftssicherung? .....	802
4.6 ConceptHealth – Was nach der Zukunft kommt .....	822
4.7 Zukunft der Altenhilfe .....	838
4.8 Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft.....	858
4.9 Chancen der Gesundheitswirtschaft zukünftig besser nutzen: Potenziale, Herausforderungen, Hemmnisse und Handlungsoptionen .....	882
4.10 Bedeutung von Internetportalen für die Gesundheitsversorgung.....	910
<b>IV. Autorenverzeichnis</b> .....	922