

Gesundheit ist Zukunft

**„Die Gesundheitswirtschaft
in Schleswig-Holstein“**

- Entwicklungsfelder und Handlungsempfehlungen -

**im Auftrag des
Ministeriums für Soziales, Gesundheit,
Familie, Jugend und Senioren
des Landes Schleswig-Holstein**



Mai 2009

Autoren:

Hilbert, Josef; Dahlbeck, Elke; Cirkel, Michael

Scharfenorth, Karin (Anstoss- Dienstleistungen für Unternehmenswandel)

Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

1	EINLEITUNG	3
2	DEFINITION DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN SCHLESWIG-HOLSTEIN.....	4
3	QUANTITATIVE ANALYSE DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN SCHLESWIG-HOLSTEIN	6
4	PROFIL UND GESTALTUNGSFELDER MIT ZUKUNFT	24
	4.1 Versorgung in der Fläche.....	25
	4.2 Die Krankenhauslandschaft.....	28
	4.3 Altenpflege	32
	4.4 Prävention und Rehabilitation	36
	4.5 Gesundheitstourismus.....	42
	4.6 Medizintechnik und Life Science.....	44
	4.7 Telematik.....	51
	4.8 Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter	55
	4.9 Qualifizierung, Arbeitsgestaltung und Arbeitsbedingungen	58
	4.10 Forschung und Entwicklung.....	62
	4.11 Kommunikation, Kooperation und Netzwerkbildung	67
5	SCHLUSSFOLGERNDE ZUSAMMENFASSUNG	70
6	LITERATUR.....	73
7	ANHANG: BESCHÄFTIGUNGSPROGNOSE FÜR DIE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT SCHLESWIG-HOLSTEINS	80

1 EINLEITUNG

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein¹ hat das Institut Arbeit und Technik (IAT) damit beauftragt, eine Vertiefungsstudie zur Gesundheitswirtschaft durchzuführen. Die vorliegende Studie analysiert den Ist-Zustand und die Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Sie bildet nicht nur Zahlen, Daten und Fakten ab und interpretiert diese, sondern soll auch Anhaltspunkte für die weitere Gestaltung der Gesundheitswirtschaft liefern. Die Ergebnisse sollten aktivierend ausgerichtet sein und zu neuen Anstößen und Initiativen in der Region beitragen.

Im Einzelnen möchte die Studie

- einen Überblick über die beschäftigungspolitische und wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitsbereichs geben,
- Szenarien zur zukünftigen Beschäftigungsentwicklung abbilden,
- Stärken, aber auch Verbesserungsvorschläge analysieren,
- aussichtsreiche Handlungsfelder identifizieren,
- in konkreten Perspektiven realistische Projektvorschläge erarbeiten und mögliche Projektbeteiligte identifizieren,
- vergleichende Informationen über andere Regionen liefern.

Für eine aktivierende Studie im skizzierten Sinne gibt es in Schleswig-Holstein bereits substantielle Vorarbeiten. Zu erwähnen ist hier insbesondere die Veröffentlichung „Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“, die im Jahr 2000 für das Landesministerium für Wirtschaft, Technologie und Verkehr (dsn 2000) erstellt wurde sowie zwei Veröffentlichungen der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein, die Jahrbücher „Gesundheitsland Schleswig-Holstein“ 2007/2008 und 2008/2009 (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein) sowie die Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der FDP vom April 2008 (Landtag Schleswig-Holstein 2008).

Die Ergebnisse der vorliegenden Expertise werden entsprechend der Zielsetzung in zwei Teilen dargestellt. Im ersten Teil erfolgen die quantitative Analyse der Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holstein sowie ein prognostischer Ausblick auf die zukünftige Beschäftigungsentwicklung. Die zuletzt genannte Prognose ist für den weiter interessierte(n) Leser/-in im Anhang ausführlich dargestellt. Im zweiten Teil werden zukunftsfähige Gestaltungsfelder vorgestellt und Projektvorschläge skizziert. Die Basis bilden neben der Auswertung von Sekundärstatistiken, Literatur- und Desktop-Recherchen persönlich geführte Experteninterviews mit über 40 Expertinnen und Experten aus Schleswig-Holstein und Hamburg mit einem Umfang zwischen 60 und 120 Minuten je Interview.

¹ Zur Verbesserung der Lesbarkeit der Studie wird das Ministerium im Folgenden Gesundheitsministerium genannt.

Erste, vorläufige Erkenntnisse der Studie wurden in einem Workshop des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein einem Kreis von Experten und Akteuren der Gesundheitsbranche des Landes vorgestellt. Dieser Workshop lieferte wichtige Hinweise und Anregungen und unterstützt die grundsätzliche Ausrichtung der Studie. Hierfür sei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gedankt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein haben die Arbeit zu dieser Studie mit zahlreichen Hinweisen und Vorschlägen erleichtert. Ohne diese Orientierungshilfen wären viele Aussagen weniger informativ und weniger passgenau geworden. Für diese Unterstützung dürfen die Autorinnen und Autoren ebenfalls danken.

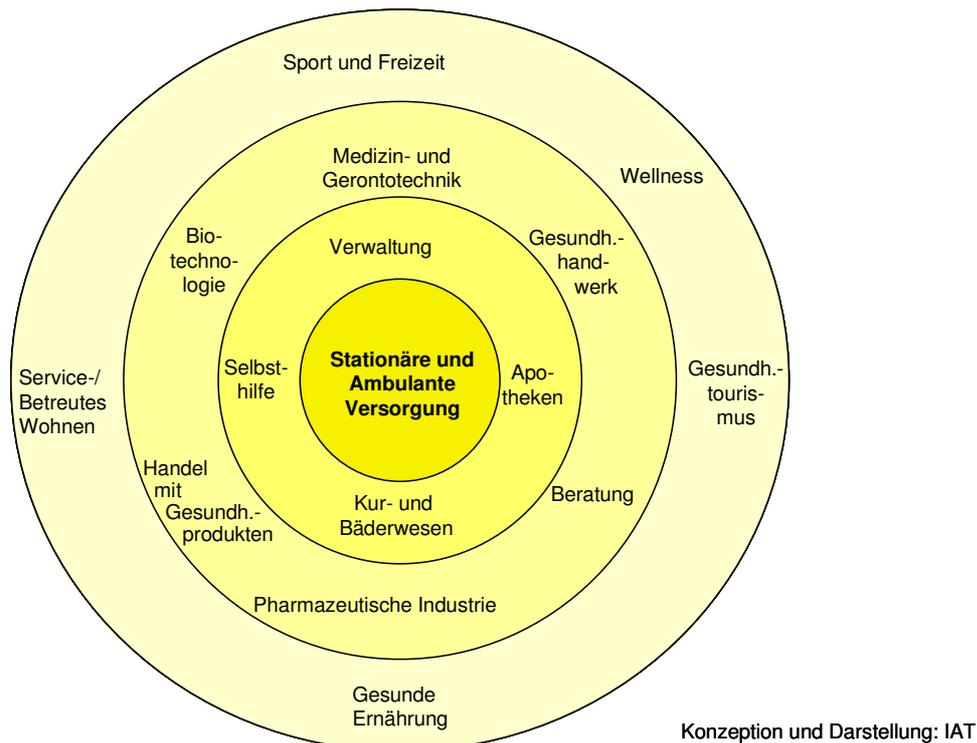
2 DEFINITION DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Seit einigen Jahren werden verstärkt die Chancen rund um das Gesundheitswesen für die regionale Entwicklung betrachtet, ein Ansatz, dem auch die vorliegende Studie folgt. Das Gesundheitswesen wird demnach nicht länger als eindeutig abgegrenzter Sektor zur Gesundheitsproduktion gesehen, der ökonomisch betrachtet vor allem Kosten verursacht, sondern als dynamische Wirtschaftsbranche mit einer erheblichen Bedeutung für Innovation, Wachstum und Beschäftigung. Diese Branche, die weit mehr als die klassischen Bereiche der Gesundheitsversorgung umfasst, wird mit dem Begriff „Gesundheitswirtschaft“ beschrieben. Unter dem Begriff Gesundheitswirtschaft werden demnach das klassische Gesundheitswesen, die Vorleistungs- und Zulieferbranchen sowie die damit verbundenen Randbereiche und Nachbarbranchen zusammengefasst:

- Der *Kernbereich*: Neben den Krankenhäusern, Kliniken, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zählen zu den Unternehmen und Einrichtungen des Kernbereiches die ambulanten Arzt- und Zahnarztpraxen, die Praxen der nicht-ärztlichen medizinischen Berufe, Apotheken sowie die Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege. Schließlich gehören zu diesem Sektor die Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung (Krankenkassen, Gesundheitsbehörden etc.).
- Die *Vorleistungs- und Zulieferindustrien*: Zu den Vorleistungs- und Zulieferindustrien zählen neben den sog. Health Care Industries (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie) das Gesundheitshandwerk sowie der Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten. Die Vorleistungs- und Zulieferindustrien stellen den Leistungsanbietern und Patienten Arzneimittel, technische Hilfsmittel und Geräte zur Verfügung, die dazu beitragen sollen, Krankheiten zu verhindern, schnell und zuverlässig zu diagnostizieren, zu heilen oder ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen erträglicher zu machen.
- *Randbereiche und Nachbarbranchen* des Gesundheitswesens: In der Verknüpfung gesundheitsbezogener Dienstleistungen mit den Angeboten aus anderen Wirtschaftsberei-

chen liegt ein großes Potenzial für die Gesundheitswirtschaft. Solche Brückenschläge helfen, das Angebots- und Leistungsspektrum auszubauen und neue Finanzierungsquellen zu erschließen. Beispiele für die Verknüpfung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Nachbarbranchen stellen der Gesundheitstourismus oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote dar.

Abbildung 1: Das „Zwiebelmodell“ der Gesundheitswirtschaft: mehr als Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken



Wesentliche Grundlage dieses Modells ist die Abkehr von der sektoralen Abgrenzung und die Sicht auf die Wertschöpfungsketten. Das Denken und die Gestaltung von Prozessen in Wertschöpfungsketten fördern die Entwicklung von Systemlösungen und ermöglichen die Ausschöpfung von innovativen Potenzialen durch die Kooperation verschiedener Disziplinen, Branchen und Bereiche. Sie stellen aber zugleich erhebliche Anforderungen an die Moderation der Zusammenarbeit und an das Schnittstellenmanagement. Nur eine reibungslose und von allen Beteiligten akzeptierte Abstimmung und Koordination im Rahmen von Netzwerk- und Clusterbildung kann Reibungsverluste minimieren und die erwünschten Effekte hinsichtlich Ressourcenschonung und Synergienutzung bei der Erarbeitung neuer, gemeinsamer Lösungen erzielen.

Zur Einbindung aller wesentlichen Akteure in einen solchen Prozess ist eine gemeinsame Verständigung über Ausgangsbedingungen, Ziele und Vorgehensweisen hilfreich. In den Gesprächen sowie dem Workshop im Rahmen der Arbeiten zur vorliegenden Studie hat sich gezeigt, dass sich diese Definition von Gesundheitswirtschaft noch nicht bei allen regionalen Akteuren durchgesetzt hat. Zum weiteren Auf- und Ausbau der Gesundheitswirtschaft sollte

daher ein gemeinsam getragenes Verständnis von Gesundheitswirtschaft im Sinne eines übergeordneten Leitbildes zu Grunde liegen, welches

- zur Orientierung der beteiligten und potenziellen Akteure beiträgt.
- eine integrative Wirkung entfaltet und das „Wir-Gefühl“ der Schleswig-Holsteinischen Akteure stärkt.
- den Kommunikationsfluss vereinfacht und die fachliche Diskussion von immer wiederkehrenden Grundsatzdiskussionen entlastet.
- die Orientierung und Einordnung von Akteuren vereinfacht.

3 QUANTITATIVE ANALYSE DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

In diesem Kapitel erfolgt eine quantitative Analyse wichtiger Kennziffern im Bereich der Gesundheitswirtschaft. Die Ausführungen zeigen, dass die Gesundheitswirtschaft schon heute eine ganz große Stärke Schleswig-Holsteins ist und vor allem den Arbeitsmarkt ganz erheblich prägt. Darüber hinaus werden Szenarien vorgestellt, wie sich die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in den nächsten Jahren weiterentwickeln könnte. Dabei wird sich herausstellen, dass die Gesundheitsbranche ein ganz wesentlicher und positiver Aktivposten am Arbeitsmarkt bleiben wird.

Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein: Aktivposten für Wirtschaft und Arbeit

In Schleswig-Holsteins Gesundheitswirtschaft – definiert im Sinne der „Zwiebel“ – arbeiten 2006 insgesamt nahezu 171.700 Beschäftigte, davon ca. 81% sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, 13,6% ausschließlich geringfügige Beschäftigte sowie 5,2% Selbstständige.

Tabelle 1: Gesamtbeschäftigte² in der Gesundheitswirtschaft nach Art der Beschäftigung, Schleswig-Holstein 2006

	Absolut	Anteile
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	139.543	81,3%
...Vorleistungs- und Zulieferbereich	19.954	11,6%
...Kernbereich	116.265	67,7%
...Randbereich	3.325	1,9%
Geringfügig Beschäftigte	23.280	13,6%
...Vorleistungs- und Zulieferbereich	2.124	1,2%
...Kernbereich	19.008	11,1%
...Randbereich	2.148	1,3%
Selbstständige	8.874	5,2%
...Ärzte	4.382	2,6%
...Zahnärzte	1.924	1,1%
...psychologische Psychotherapeuten	355	0,2%
...Apotheker ³	730	0,4%
...Gesundheitshandwerker	725	0,4%
...Heilpraktiker	758	0,4%
Gesundheitswirtschaft	171.697	100,0%

Quelle: Bundesagentur für Arbeit (BA)⁴, Berechnung und Darstellung: IAT

Die beschäftigungsrelevantesten Teilbereiche sind die stationäre und teilstationäre Versorgung sowie die ambulante Versorgung mit einem Anteil von 31% bzw. 24% und die stationäre und ambulante Altenpflege mit einem Beschäftigtenanteil von 17%. Weitere wichtige Bereiche sind die Verwaltung/Versicherung mit 7% sowie die Medizintechnik/Gerontotechnik und das Gesundheitshandwerk mit 5% (vgl. Tabelle 2).

² In die Berechnung fließen Beamte nicht mit ein, sondern nur die drei aufgeführten Beschäftigungsarten. Die Angabe der Beamten in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft ist statistisch problematisch und auf Landesebene (oder tiefergehend) nicht möglich.

³ Bei dieser Angabe handelt es sich um die Anzahl der Apotheken und somit um einen Näherungswert zu der Anzahl der selbstständigen Apotheker.

⁴ Weitere Quellen: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Zentralverband des Deutschen Handwerks, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes.

Tabelle 2: Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Bereichen, Schleswig-Holstein, 2006

Bereiche der Gesundheitswirtschaft	Beschäftigte	Anteile
Stationäre und teilstationäre Versorgung	51.898	30,2%
Ambulante Versorgung	42.048	24,5%
Stationäre und ambulante Altenhilfe	29.497	17,2%
Verwaltung/ Versicherung	11.378	6,6%
Medizin- und Gerontotechnik, Gesundheitshandwerk	8.840	5,1%
Apotheken	7.485	4,4%
Pharmazeutische Industrie	7.408	4,3%
Handel mit Gesundheitsprodukten	5.627	3,3%
Gesundheitstourismus	2.524	1,5%
Sport, Freizeit, Wellness	2.016	1,2%
Rettungsdienste	1.116	0,6%
Sonstige	975	0,6%
Forschung	885	0,5%
Gesamt	171.697	100,0%

Quelle: BA, vgl. Fußnote 3, Berechnung und Darstellung: IAT

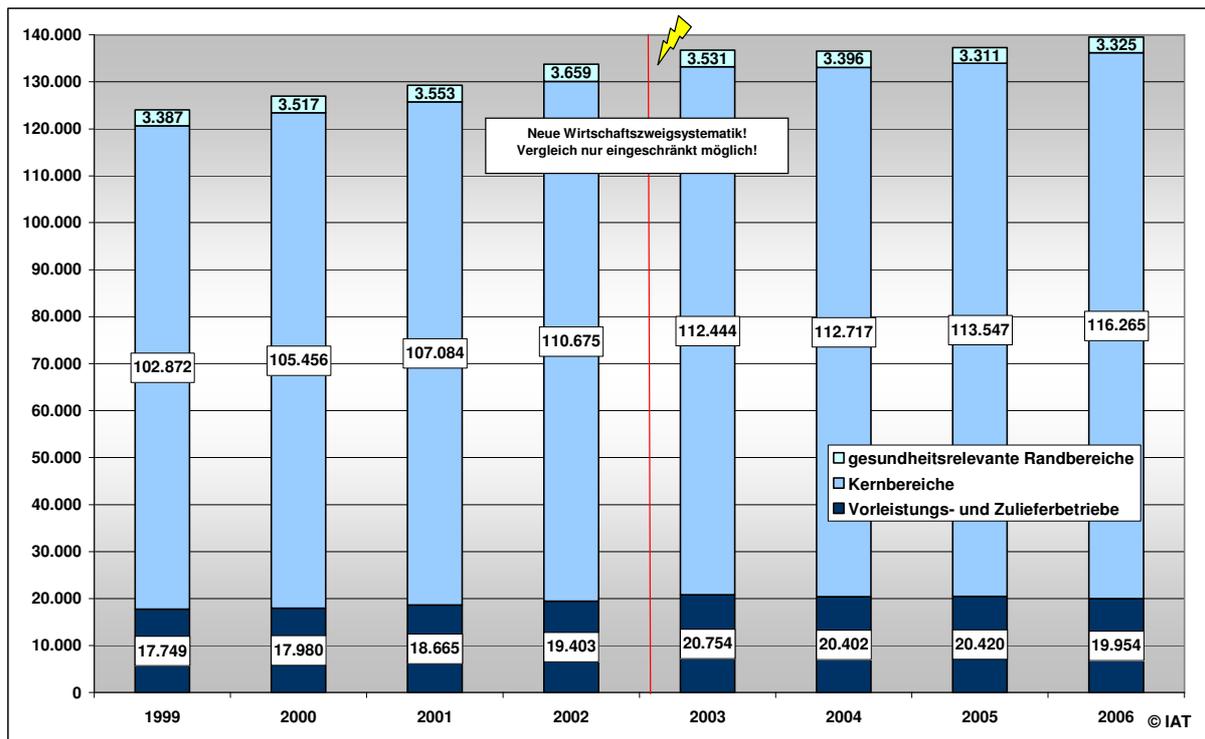
Gesundheitswirtschaft – positive Entwicklung bei der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse wird von der Bundesagentur für Arbeit regelmäßig und mit weitgehend vergleichbaren Kriterien erhoben. Deswegen eignet sich diese Zahl als Indikator, um Beschäftigungstrends am Arbeitsmarkt abzubilden. Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der *sozialversicherungspflichtig Beschäftigten* in der Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holsteins zwischen 1999 und 2006. Aufgrund der Änderung der Wirtschaftszweigsystematik 2003 sind Vergleiche vor und nach 2003 problematisch, bzw. nur mit Sorgfalt durchzuführen⁵.

Zwischen 1999 und 2002 ist die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von 124.000 auf 133.700 gestiegen, ein Plus von 9.700 (7,8%). Auch im Zeitraum 2003 bis 2006 verläuft die Beschäftigungsentwicklung außerordentlich positiv. So steigt die Anzahl der Beschäftigten von 136.700 im Jahr 2003 auf 139.500 in 2006, ein Plus von 2.800 (2,1%).

⁵ So fließen ab 2003 die Augenoptiker mit in die Berechnung ein, in den Jahren zuvor aber nicht. Der Anstieg zwischen 2002 und 2003 ist somit zum Teil durch die 1.136 Beschäftigten bei Augenoptikern zu erklären.

Abbildung 2: Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft, Schleswig-Holstein 1999-2006



Quelle: BA, Berechnung und Darstellung: IAT

Die Entwicklung⁶ in den drei großen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft verläuft dabei unterschiedlich:

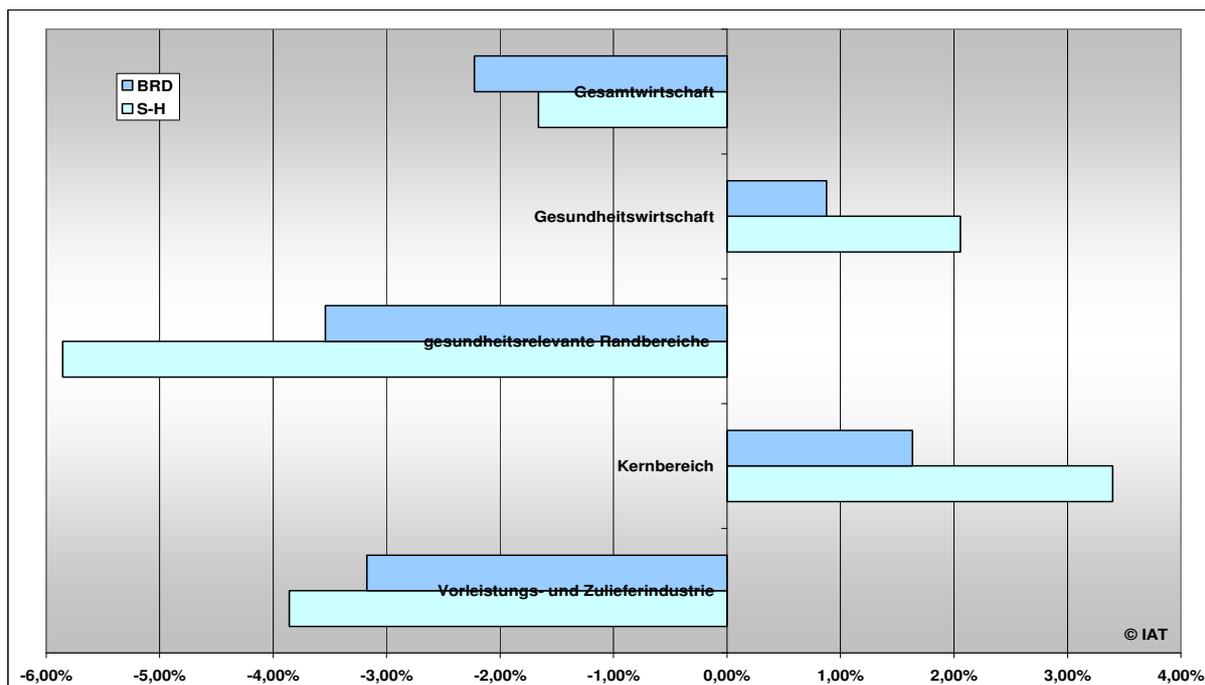
- Im Kernbereich, also in der ambulanten und stationären Versorgung, der Altenpflege sowie der Verwaltung und Versicherung, arbeitet 2006 mit 116.265 Beschäftigten der größte Anteil der Menschen in der Gesundheitswirtschaft. Zwischen 1999 und 2002 ist hier ein Beschäftigungsplus von 7.800 (7,6%) von 102.900 auf 110.700 zu verzeichnen, zwischen 2003 und 2006 stieg die Anzahl der dort tätigen Personen von 112.400 auf 116.300, ein Plus von 3.800 (3,4%). Wichtigste Träger für das Wachstum in den letzten vier Jahren sind die stationäre Altenpflege (1.100) sowie die Einrichtungen zur Pflege Behinderter (1.900). Verluste von fast 1.300 Beschäftigten sind dagegen in den Krankenhäusern des Landes vorzufinden.
- Die Entwicklung in den Vorleistungs- und Zulieferindustrien verlief zwischen 1999 und 2002 positiv, seitdem ist jedoch ein leichter Beschäftigungsrückgang zu konstatieren. Im Ausgangsjahr der Betrachtung 1999 arbeiteten 17.700 Menschen in diesen Bereichen, 2002 bereits 19.400, ein Plus von fast 1.660 (9,3%). Im Jahr 2003 arbeiteten 20.800 Beschäftigte für Vorleistungs- und Zulieferbetriebe des Gesundheitsbereichs, bis 2006 sinkt diese Anzahl auf 20.000, ein Rückgang von 800 (-3,9%). Ursächlich für die positive Entwicklung im Zeitraum zwischen 1999 und 2002 sind die hohen Zuwächse im Bereich der

⁶ Die Ermittlung der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft erfolgt nach Wirtschaftszweigen. Aus diesem Grund können positive oder auch negative Entwicklung auch durch In- oder Outsourcing verursacht werden.

Herstellung von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen (+1.400). Die Beschäftigungsverluste in den darauf folgenden Jahren sind durch die Rückgänge im Bereich der privaten medizinischen Forschung (-380), der Augenoptiker (-370) sowie der zahntechnischen Laboratorien (-180) und der Herstellung elektromedizinischer Geräte und Instrumente (-175) zu erklären.

- 3.325 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte arbeiteten 2006 in den gesundheitsrelevanten Randbereichen, also in den Bereichen Sport, Wellness sowie Gesundheitstourismus. Zwischen 1999 und 2002 ist die Beschäftigung um 270 gestiegen, seit 2003 sind jedoch 200 Arbeitsplätze wieder verloren gegangen. Die Interpretation der Daten ist hier aufgrund der geringen Anzahl sowie der ungenauen statistischen Angrenzung in der Wirtschaftszweigsystematik allerdings problematisch, so dass keine detaillierten Angaben über die Ursachen dieser Entwicklung gemacht werden können.

Abbildung 3: Wachstum der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft und der Gesamtwirtschaft zwischen 2003/2006, BRD und Schleswig-Holstein



Quelle: BA, Berechnung und Darstellung: IAT

Abbildung 3 zeigt das Wachstum der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen 2003 und 2006 in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bund, differenziert nach den drei Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft, der Gesundheitswirtschaft insgesamt, sowie der Gesamtwirtschaft.

- Während die Gesamtbeschäftigung in beiden betrachteten Regionen um 1,7% im Land bzw. 2,2% im Bund zurückgeht, wächst die Anzahl der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft insgesamt um 2,1% in Schleswig-Holstein, bzw. 0,9% in Deutschland. Zu-

rückzuführen sind die Zuwächse auf ein starkes Beschäftigungsplus im personalintensiven Kernbereich, welcher in Schleswig-Holstein um 3,4%, im Bund um 1,6% im Betrachtungszeitraum zunimmt.

- Dagegen sind in den Vorleistungs- und Zulieferbetrieben sowie in den gesundheitsrelevanten Randbereichen sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene Beschäftigungsrückgänge zu konstatieren. Diese fallen in Schleswig-Holstein mit -5,9% in den gesundheitsrelevanten Randbereichen, bzw. -3,9% in den Vorleistungs- und Zulieferbetrieben stärker aus als im Bundesdurchschnitt mit einem Rückgang von -3,6% in den gesundheitsrelevanten Randbereichen bzw. 3,2% in den Vorleistungs- und Zulieferbetrieben.

Warum sich die Randbereiche und die Vorleistungs- und Zulieferindustrien zwischen 2003 und 2006 wenig dynamisch entwickelten, kann im Endeffekt nur durch detaillierte Untersuchungen in den einzelnen Teilbranchen geklärt werden. So fielen etwa in diesen Zeitraum rechtliche Veränderungen bei der Erstattungsfähigkeit von Sehhilfen, die für das Augenoptikerhandwerk zunächst einmal Einbußen brachten. Generell ist zu beachten, dass die konjunkturelle Lage in diesem Zeitraum sehr angespannt war und sich dies auf das Ausgabeverhalten der Privathaushalte negativ auswirkte, so dass in vielen Bereichen – etwa beim Gesundheitstourismus und bei Sport, Freizeit, Wellness – in diesem Zeitraum ein Ausbau der nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung stattfand.

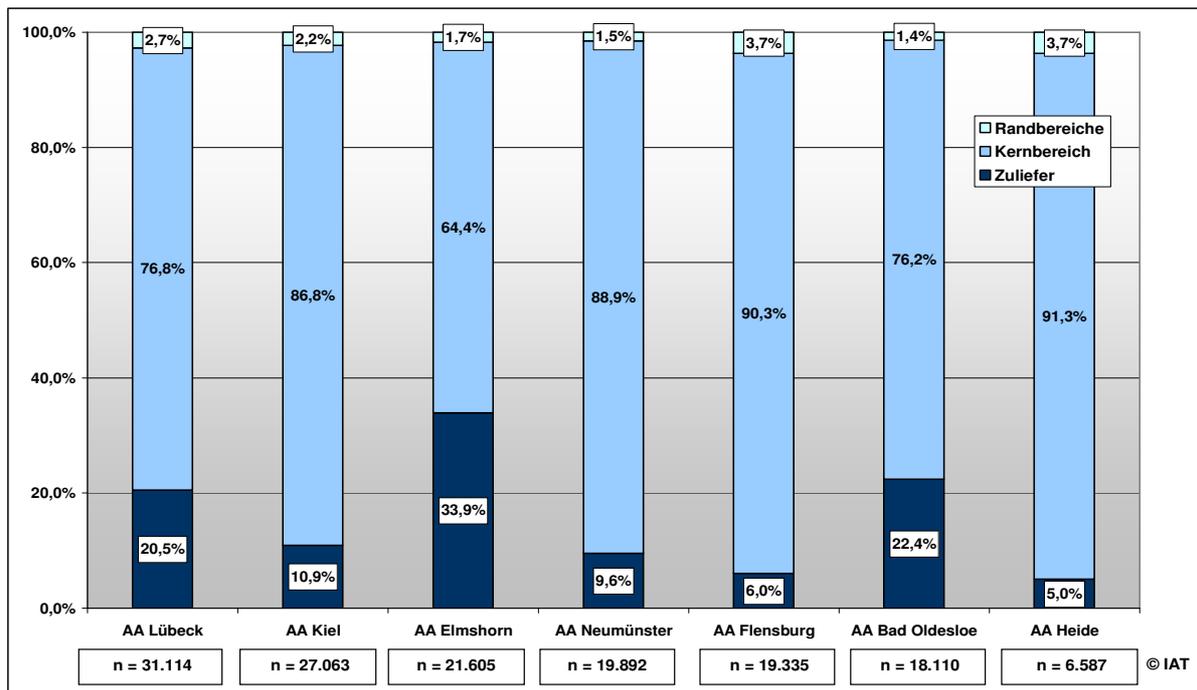
Regionale Verteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Schleswig-Holstein

Abbildung 4 zeigt die regionale Verteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf die sieben Arbeitsagenturbezirke des Landes.

Im Süden des Landes sind die Vorleistungs- und Zulieferbetriebe von höherer Bedeutung. Elmshorn kann hier einen Beschäftigtenanteil von 34%, Bad Oldesloe von 22% an der Gesundheitswirtschaft aufweisen. Beide Bezirke sind stark durch die pharmazeutische Industrie geprägt, während Lübeck mit einem Anteil von 21% besonders durch die Herstellung von medizinischen Geräten geprägt ist.

Für den Nordwesten des Landes, also Flensburg und Heide, spielen die gesundheitsrelevanten Randbereiche mit 3,7% eine größere Rolle, während sie in den Arbeitsagenturbezirken Elmshorn, Neumünster und Oldesloe mit einem Anteil an der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft von 1,7% oder darunter nur eine sehr geringe Bedeutung haben.

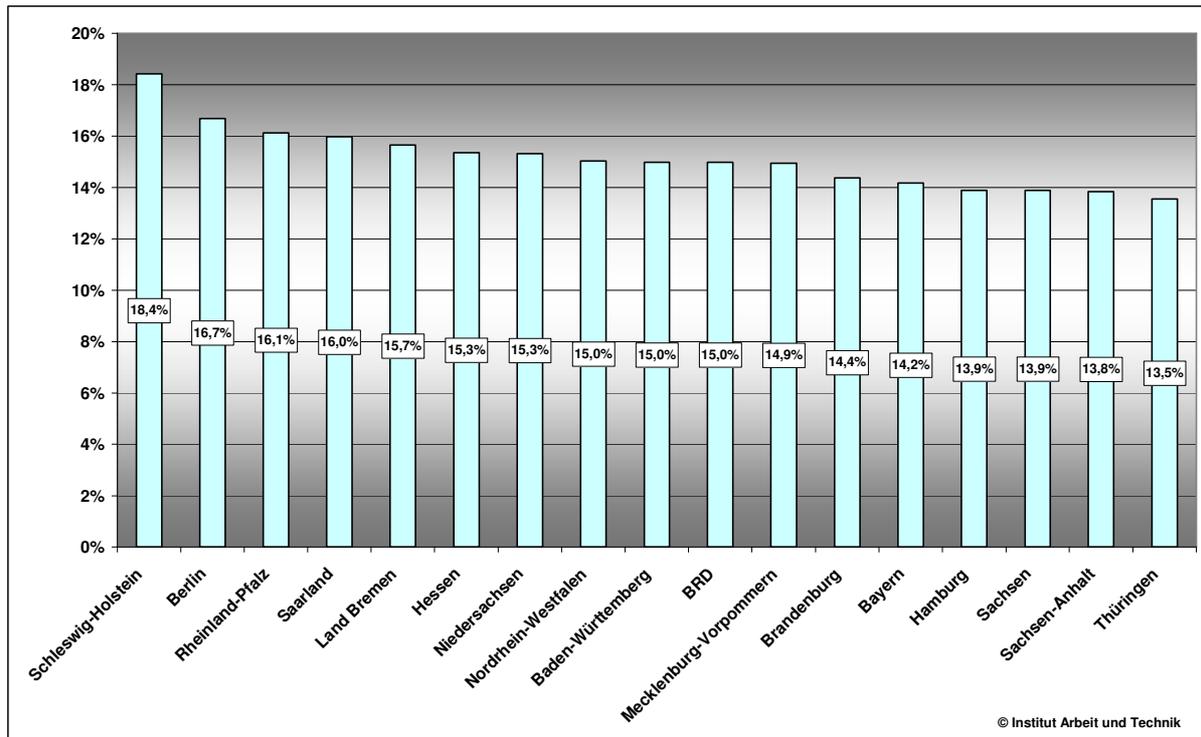
Abbildung 4: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Arbeitsagenturbezirken Schleswig-Holsteins, 2006



Gesundheit prägt die Wirtschaft – nirgendwo mehr als in Schleswig-Holstein

Mit ihren insgesamt fast 172.000 Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft ein starker Teil der Gesamtwirtschaft in Schleswig-Holstein. Dies haben die vorstehenden Zahlen und Analysen bereits nachdrücklich verdeutlicht. Wie stark sie die Wirtschaft prägen, wird erkennbar, wenn der Anteil der Gesundheitsbeschäftigung an der Gesamtwirtschaft berechnet und mit den entsprechenden Werten der anderen Bundesländer verglichen wird.

Abbildung 5: Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, Bundesländervergleich 2006



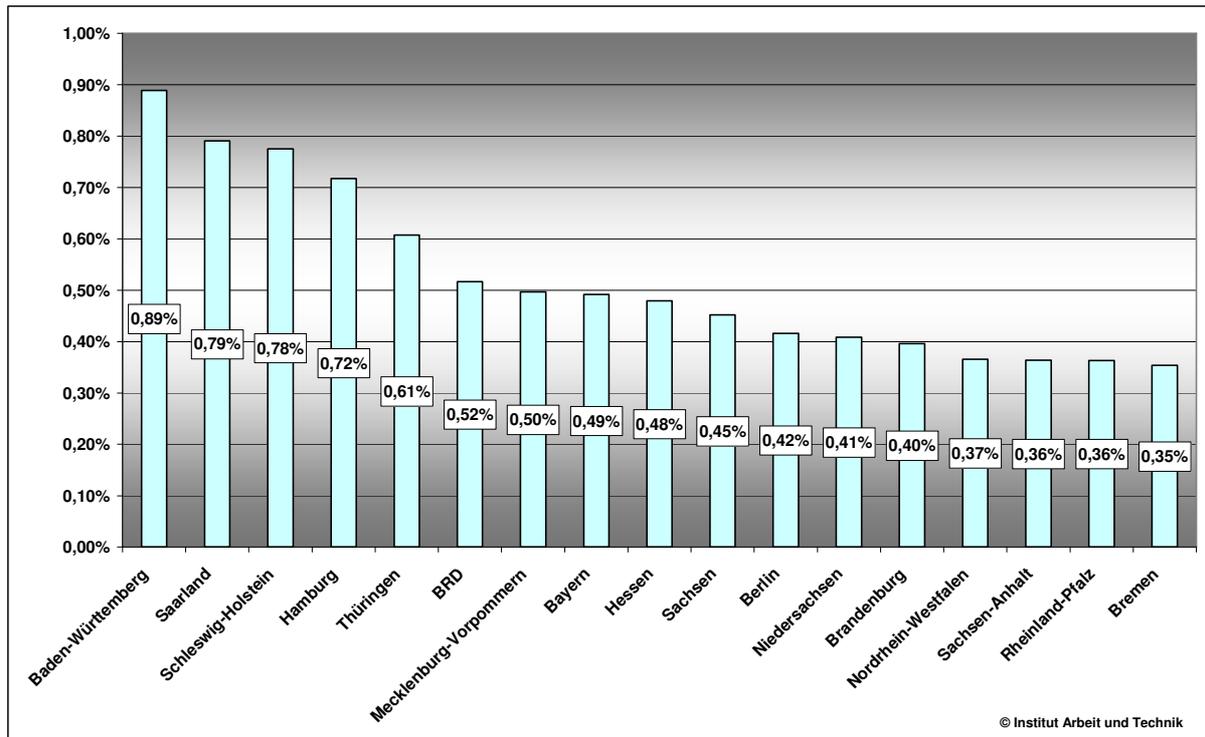
Quelle: BA, Berechnung und Darstellung: IAT

Abbildung 5 zeigt die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Schleswig-Holstein hat hier mit einem Anteil von 18,4% den höchsten Anteil, gefolgt von Berlin mit 16,7% sowie Rheinland-Pfalz mit 16,1%. Auf den hinteren Rängen liegen Thüringen mit einem Anteil von 13,5%, Sachsen-Anhalt mit 13,8% und Sachsen mit 13,9%. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 15%. Schleswig-Holstein ist mithin das Bundesland, dessen Wirtschaft am kräftigsten von Gesundheit geprägt ist.

Dieser Gesamteindruck lässt sich durch tiefer gehende Detailbetrachtungen noch weiter differenzieren. Besonders hervorgehoben werden sollen drei Aspekte:

Schleswig-Holstein ist überdurchschnittlich stark im Bereich der *Medizintechnik*: Abbildung 6 zeigt den Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Medizintechnik an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Baden-Württemberg nimmt mit einem Anteil von 0,89% den vordersten Platz ein, gefolgt vom Saarland mit 0,79% und dann von Schleswig-Holstein mit 0,78%. Der Bundesdurchschnitt liegt hier bei einem Anteil von 0,52%. Die Medizintechnik ist zwar eine relativ kleine Branche, zählt aber dennoch als eine Zukunftsbranche, der alle Wirtschaftsforscher beste Aussichten prognostizieren. So wird die Medizintechnik in einer Studie der HSH Nordbank und des Hamburgischen Weltwirtschaftsinstituts (HWWI) vom Juli 2008 ein „Hoffnungsträger“ für Schleswig-Holstein (und Hamburg) mit einer überdurchschnittlichen Umsatzentwicklung genannt.

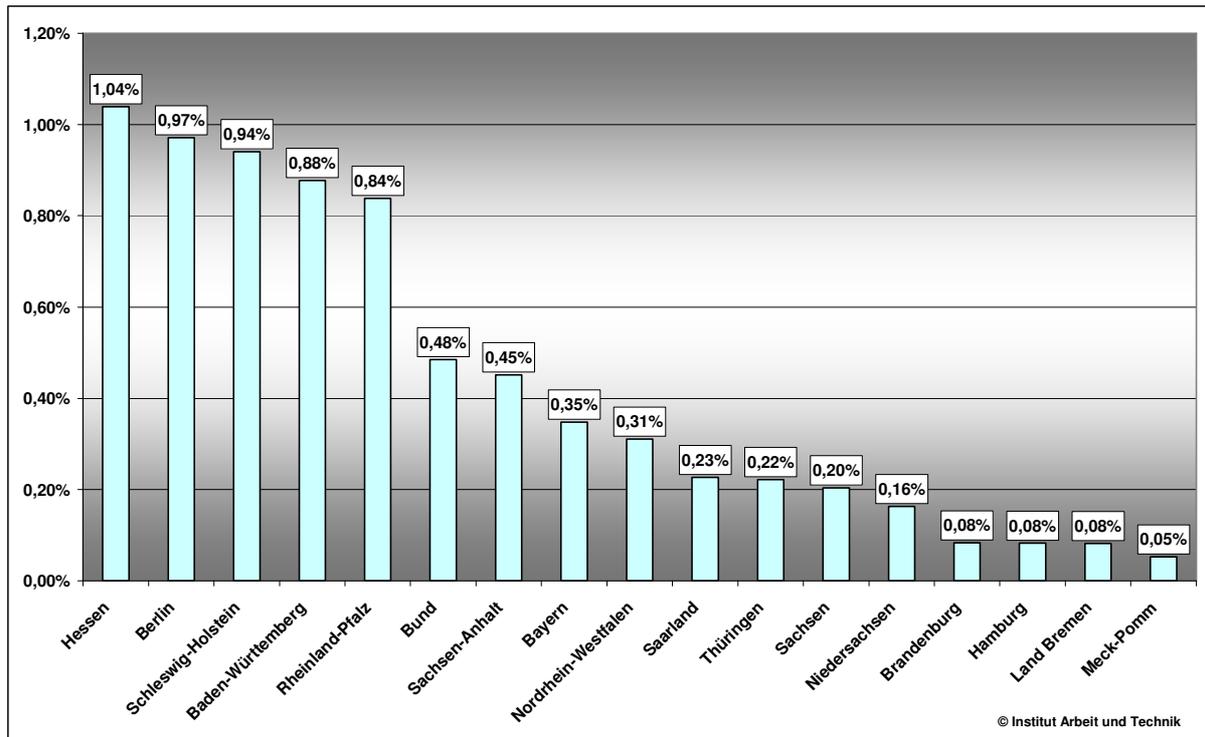
Abbildung 6: Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Medizintechnik an der Anzahl der gesamten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, Bundesländervergleich 2006



Quelle: BA, Berechnung und Darstellung: IAT

Ebenfalls überdurchschnittlich gut aufgestellt ist Schleswig-Holstein auch in der *Pharmazeutischen Industrie*. Im Bundesländervergleich des Anteils der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Pharmabereich an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nimmt Schleswig-Holstein hinter Hessen und Berlin mit 0,94% den dritten Platz ein und liegt damit deutlich oberhalb des Bundesdurchschnitts von 0,48%.

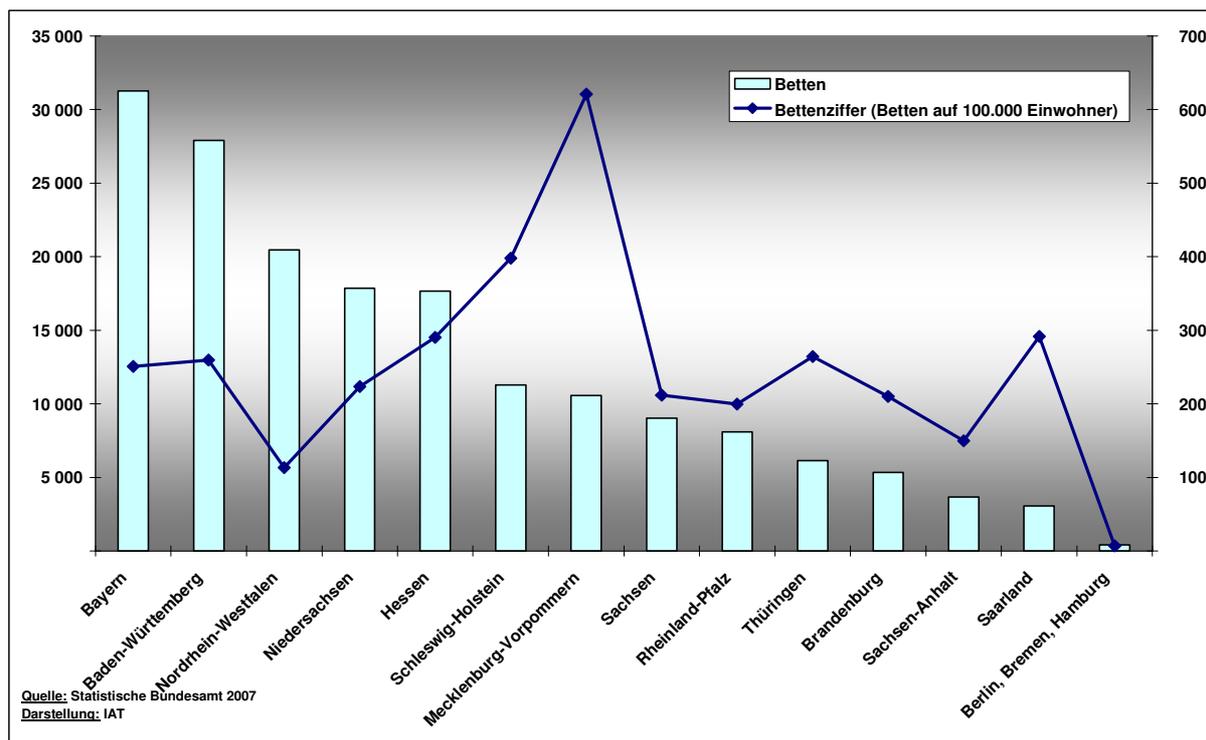
Abbildung 7: Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pharmaindustrie an der Anzahl der gesamten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, Bundesländervergleich 2006



Quelle: BA, Berechnung und Darstellung: IAT

Drittens ist hervorzuheben, dass Schleswig-Holstein ein bedeutendes *Reha-Land* ist. Zwar haben die großen Bundesländer in absoluten Zahlen jeweils mehr Betten in Vorsorge- und Rehakliniken als Schleswig-Holstein. Bei der Anzahl der Betten pro 100.000 Einwohner liegt Schleswig-Holstein aber bundesweit auf Platz 2 hinter Mecklenburg-Vorpommern.

Abbildung 8: Rehabilitation in Deutschland nach Bundesländern, 2006



Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung und Darstellung: IAT

Gesundheitswirtschaft leistet einen großen Beitrag zu Umsätzen und Wertschöpfung in Schleswig-Holstein

Wirtschaftsbereiche sind nicht nur mit Hilfe von Kennzahlen zur Beschäftigung, sondern mit weiteren Indikatoren – etwa zu Umsätzen und zur Wertschöpfung – zu beschreiben. Solche Kennzahlen jenseits der Beschäftigungsdaten sind für die Gesamtheit der Gesundheitswirtschaft allerdings schwer zu ermitteln. Der Hauptgrund für die Schwierigkeiten liegt darin, dass viele der Einrichtungen – vor allem im großen Kernbereich der Gesundheitsversorgung – nicht umsatzsteuerpflichtig sind und von daher auch keine Angaben für die entsprechenden Statistiken liefern. Zudem gibt es häufig aus datenschutzrechtlichen Gründen Ausfälle bei der Angabe von Wirtschaftskennziffern. Aus diesem Grunde liefern die Angaben der statistischen Behörden zu den Umsätzen und auch zur Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft letztendlich kein zuverlässiges Bild der tatsächlichen Verhältnisse und können allenfalls als grobe Tendaussagen angesehen werden. Gleichwohl sollen im Folgenden einige Angaben zu den genannten Indikatoren gemacht werden:

Eine grobe Schätzung der Umsätze der Schleswig-Holsteinischen Gesundheitswirtschaft kommt zu dem Ergebnis, dass hier im Jahr 2005 etwa 8,2 Mrd. € Umsätze erzielt worden sind. Die Schätzung der Gesundheitsumsätze beruht auf der Gesundheitsausgabenrechnung für Deutschland, die für 2005 insgesamt Umsätze in der Größenordnung von knapp

240 Mrd. € auswies.⁷ Da die Gesundheitsberichterstattung bisher keine Bundesländerangaben ausweist, wird die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein analog zum Bevölkerungsanteil Schleswig-Holsteins von 3,4 Prozent an der Gesamtbevölkerung in Deutschland geschätzt.

Die Wertschöpfung⁸ im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen betrug 2006 in Schleswig-Holstein 5 Mrd. Euro (Angaben der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder). Der Anteil der Bruttowertschöpfung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen an der Gesamtbruttowertschöpfung in Schleswig-Holstein lag demnach bei knapp 8%. In Deutschland betrug die Bruttowertschöpfung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen insgesamt 140,4 Mrd. Euro, der Anteil an der Gesamtwertschöpfung lag hier bei 6,8%. Es wird somit deutlich, dass die Gesundheitsbranche in Schleswig-Holstein für die Gesamtwirtschaft einen höheren Stellenwert einnimmt als im Bundesdurchschnitt.

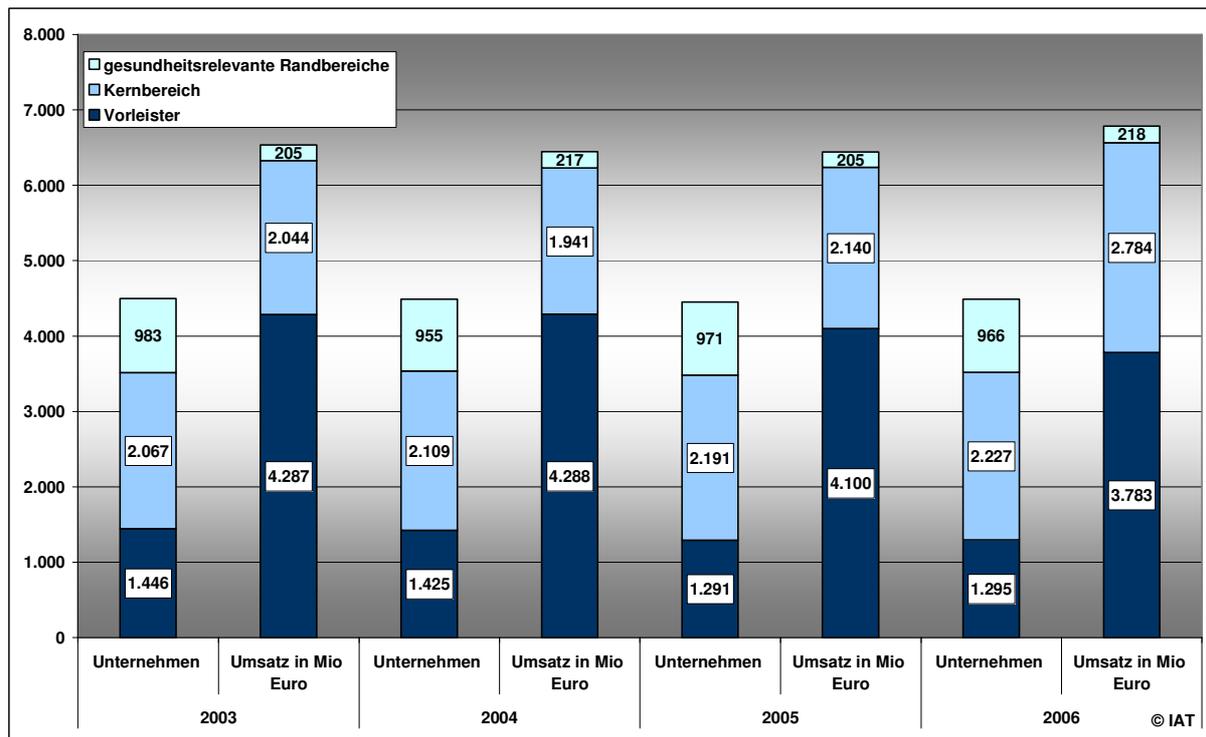
Nach der Umsatzsteuerstatistik⁹ erwirtschafteten im Jahr 2006 knapp 4.500 Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft etwa 6,8 Mrd. Euro. Damit stellt die Gesundheitsbranche 4,3% aller umsatzsteuerpflichtigen Unternehmen und erwirtschaftet immerhin 5,6% des Gesamtumsatzes in Schleswig-Holstein. Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Unternehmen und des Umsatzes seit 2003.

⁷ Vgl. hierzu www.gbe-bund.de

⁸ Die Bruttowertschöpfung ist eine Kennzahl der Entstehungsrechnung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Sie ergibt sich aus dem Gesamtwert der im Produktionsprozess erzeugten Waren und Dienstleistungen abzüglich des Wertes der Vorleistungen.

⁹ In der Umsatzsteuerstatistik werden alle umsatzsteuerpflichtigen Unternehmen mit Lieferungen und Leistungen über 17.500 Euro erfasst.

Abbildung 9: Unternehmens- und Umsatzentwicklung in der Gesundheitswirtschaft, Schleswig-Holstein 2003-2006



Quelle: Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Berechnung und Darstellung: IAT

- Die höchsten Umsätze werden im Bereich der Vorleistungs- und Zulieferindustrien gemacht. Fast 1.300 Unternehmen erwirtschafteten annähernd 3,8 Mrd. Euro. In den letzten vier Jahren ist jedoch ein leichter Rückgang sowohl in der Anzahl der Unternehmen (-150) als auch bei der Umsatzhöhe (-500 Mio. Euro) zu konstatieren. Zurückzuführen sind die Verluste jedoch auf einen statistischen Effekt: Ein großes Unternehmen aus dem Bereich Medizintechnik hat einen Großteil seiner Dienstleistungstätigkeiten ausgegründet und in einen eigenständigen Betrieb verlagert. Die dort tätigen Personen und dort erzielten Umsätze werden nun in einen anderen Wirtschaftszweig eingeordnet (Dienstleistungszweig) und somit nicht mehr der Medizintechnik zugerechnet. Anderenfalls wäre die Umsatzentwicklung nicht negativ.
- Etwa 2.200 Unternehmen aus dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft erwirtschafteten 2006 2,8 Mrd. Euro. Sowohl die Anzahl der Unternehmen (+160) als auch die Umsatzhöhe (+739 Mio. Euro) sind hier in den letzten Jahren gestiegen.
- Die Ermittlung des Umsatzes in den gesundheitsrelevanten Randbereichen ist wie auch die der Beschäftigung äußerst schwierig. Aus diesem Grund sind diese Werte mit besonderer Vorsicht zu interpretieren. Rund 1.000 umsatzsteuerpflichtige Unternehmen erwirtschafteten 2006 218 Mio. Euro. Während die Anzahl der Unternehmen leicht zurückgegangen ist (-17), ist der Umsatz um 12 Mio. Euro gestiegen.

Demografie in Schleswig-Holstein: Das Altern der Gesellschaft lässt den Bedarf an gesundheitsbezogenen Dienstleistungen wachsen.

Die Entwicklung der Bevölkerung ist eine der wichtigsten Rahmenbedingungen für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. So hat etwa eine steigende Zahl älterer Menschen in aller Regel eine steigende Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen zu Folge. Und Veränderungen bei der Zahl der Erwerbsfähigen erweitern oder begrenzen den Spielraum der Gesundheitsbranche, geeignetes Personal zu finden. Die folgende Tabelle zeigt die voraussichtliche Bevölkerungsprognose für Schleswig-Holstein.

Tabelle 3: Bevölkerung 2006 und 2025 in Schleswig-Holstein

	Insgesamt		Anteile		Wachstum	
	2006	2025	2006	2025	absolut	prozentual
unter 15	420.202	332.060	14,8%	12,0%	-88.142	-21,0%
15-65	1.834.534	1.691.740	64,7%	61,2%	-142.794	-7,8%
65 und älter	579.518	740.470	20,4%	26,8%	160.952	27,8%
Insgesamt	2.834.254	2.764.300	100,0%	100,0%	-69.954	-2,5%

Quelle: Statistikamt Nord, Berechnung und Darstellung: IAT

Im groben Überblick lässt sich die absehbare demografische Entwicklung in Schleswig-Holstein wie folgt beschreiben:

- *Schleswig-Holstein steht vor einem moderaten Schrumpfungsprozess.* Hier leben derzeit (2006) 2,83 Mio. Menschen. Bis zum Jahr 2025 wird die Bevölkerung aufgrund des sozio-demografischen Wandels insgesamt um annähernd 70.000 (-2,5%) von derzeit 2,83 auf 2,76 Mio. abnehmen¹⁰
- *Schleswig-Holsteins Bevölkerung altert.* Die Zahl der über 65-Jährigen wächst von heute 579.500 um annähernd 161.000 auf 740.500, ein Plus von 27,8%. Heute stellen die über 65-Jährigen etwa 20,5% der Bevölkerung, im Jahre 2025 werden sie etwa 26,8% stark sein und über ein Viertel der Bevölkerung Schleswig-Holsteins ausmachen.
- *Die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter sinkt.* Dieser Teil der Bevölkerung im Alter zwischen 15-65 Jahren fällt von 1,83 Mio. auf 1,69 Mio. zurück, ein Rückgang um 142.800 (-7,8%). Heute fallen noch 64,7% der Menschen in diese Altersgruppe, 2025 werden es wahrscheinlich nur noch 61,2% sein.
- *Schleswig-Holstein wird weniger Kinder und Jugendliche haben.* Die Gruppe der unter 15-Jährigen sinkt von derzeit 420.000 auf 332.000, also um etwa 88.000 (-21%). Heute

¹⁰ Die Angaben zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung beziehen sich auf die unterste Variante der Länderrechnung der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (KBV) des Bundes und der Länder. Aufgrund des gegenüber der 11. KBV aktuelleren Basiszeitpunktes (31.12.2006) sowie der Anpassung der Wanderungssalden an regionsspezifische Gegebenheiten sind die Ergebnisse (Summe der Kreise) nicht identisch mit denen der 11. KBV für das Land Schleswig-Holstein (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Statistische Bericht A I 8 – 2007 S, Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Schleswig-Holstein bis 2025).

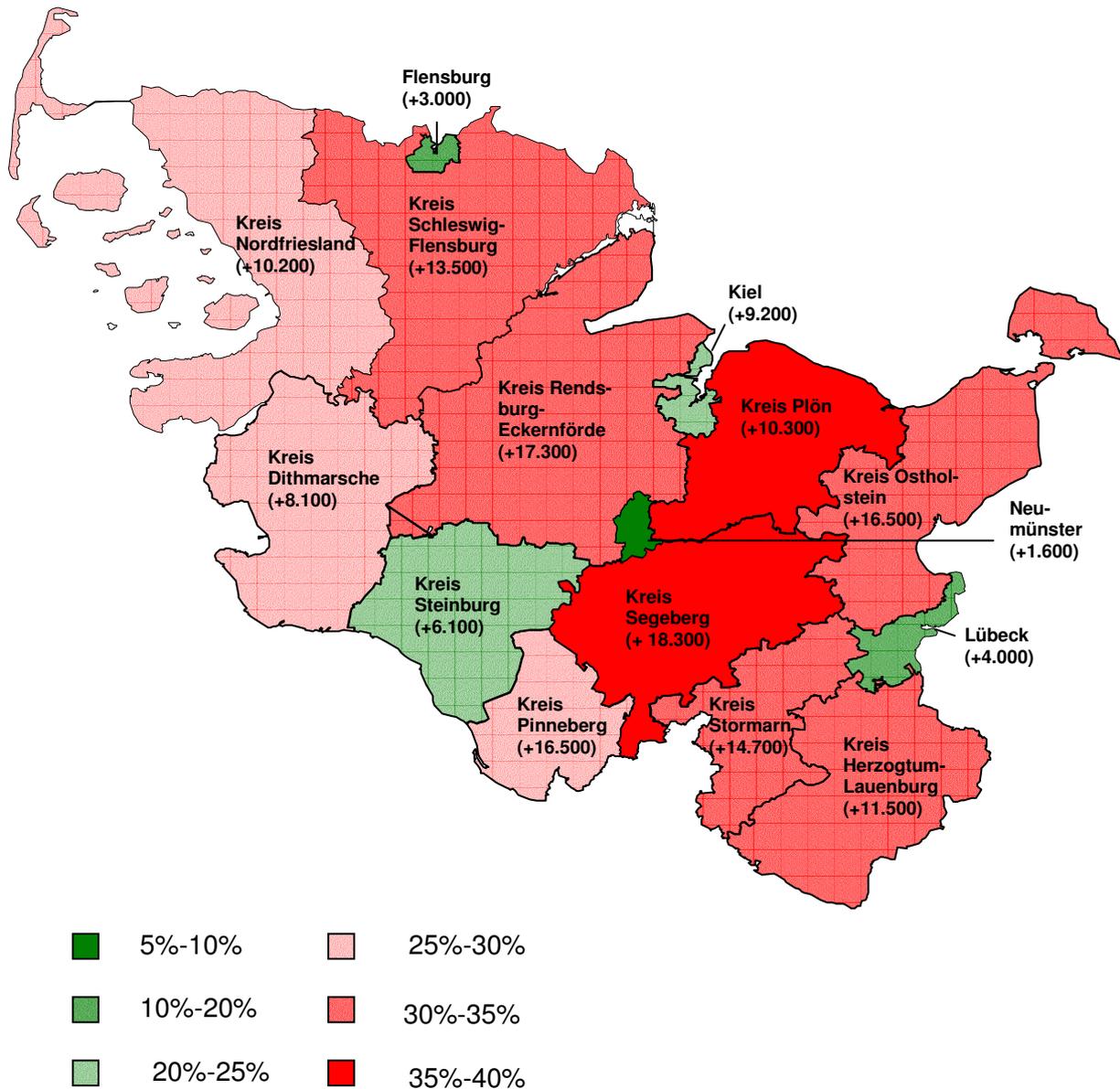
sind 14,8% der Schleswig-Holsteiner in dieser Altersgruppe, 2025 aller Voraussicht nach dann nur noch 12%.

Das Altern der Gesellschaft wird in Schleswig-Holstein für einen wachsenden Bedarf an gesundheitsbezogenen Angeboten sorgen. Älter zu werden bedeutet zwar nicht zwangsläufig auch krank zu werden. Jedoch gilt in den einschlägigen Forschungen eindeutig, dass mit wachsendem Alter die Wahrscheinlichkeit steigt, auf gesundheitsbezogene Unterstützungen angewiesen zu sein. So entstanden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) im Jahr 2006 bei der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren Krankheitskosten von rund 111,1 Milliarden Euro, dies sind 47% der gesamten Krankheitskosten in Deutschland. Dies bedeutet gleichzeitig auch, dass Regionen, die durch eine wachsende Zahl älterer Menschen geprägt sind, in aller Regel mit einer wachsenden Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Dienstleistungen rechnen können. Beske u. a. rechnen in ihrem Bericht „Gesundheitsversorgung 2050 – Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein“ damit, dass sich die Krankheitskosten in Schleswig-Holstein von 7,5 Milliarden € im Jahr 2000 auf 8,9 Milliarden € im Jahr 2020 (+ 17,8%) und auf 9,3 Milliarden € im Jahr 2050 (+23,2%) steigern werden.

Nach der Prognose unter Zugrundelegung des Status-Quo-Modells des Statistischen Bundesamtes (2008) für Schleswig steigt die Zahl der Krankenhausfälle in Schleswig-Holstein in Folge des demografischen Wandels von 555.000 Fällen in 2005 auf 625.000 Fälle in 2020 (um 12,7%) und die Zahl der Pflegebedürftigen in SH sogar um 34,5%, von rd. 78.000 Fällen in 2005 auf 104.000 in 2020. Zwar rechnet das Statistische Bundesamt auch Szenarien durch, in denen von „sinkenden Behandlungsquoten“ bzw. „sinkenden Pflegequoten“ ausgegangen wird, jedoch ist auch unter diesen Bedingungen noch immer mit einem erheblich steigenden Bedarf zu rechnen.

Bei der Bevölkerungsentwicklung gibt es zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins erhebliche Unterschiede. Mit Blick auf die Gesundheitswirtschaft ist besonders interessant, wo mit einem erheblichen Wachstum an älteren Menschen gerechnet werden muss.

**Abbildung 10: Wachstum Älterer (65 plus) in den Kreisen und kreisfreien Städten
Schleswig-Holsteins (2006 – 2025)**



Quelle: Statistikamt Nord (2007), Berechnung und Darstellung: IAT

In der Prognose des Statistikamtes Nord (2007) weisen für den Zeitraum 2006 bis 2025 die Kreise Segeberg und Plön mit 38,4% bzw. 36,4% die höchsten prozentualen Wachstumsraten von Älteren auf. Die eher (groß-)städtisch und teilweise studentisch geprägten Standorte Flensburg, Kiel, Neumünster und Lübeck werden demgegenüber nur von einer moderaten Alterung charakterisiert sein. Die landesdurchschnittlichen Zuwächse liegen bei 28% in der Altersgruppe ab 65 Jahren.

Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holstein bleibt auf Wachstumskurs: Szenarien zur zukünftigen Beschäftigung

Im vorstehenden Abschnitt wurden der Stand und die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein skizziert und analysiert. In diesem Abschnitt steht die Frage im Mittelpunkt, wie sich die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein in den nächsten Jahren entwickeln könnte. Dazu werden – analog zum „Zwiebel-Modell“ getrennt nach den Teilbereichen Altenpflege, stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Vorleistungs- und Zulieferbereich und gesundheitsrelevante Randbereiche – Szenarien zur zukünftigen Beschäftigung erstellt.

Annahmen über die Zukunft sind immer mit gewissen Unsicherheiten und Fragen verbunden, denn nicht alle Rahmenbedingungen, die für die zukünftige Beschäftigungsentwicklung entscheidende sind, können im Vorfeld genau vorausgesehen werden. Aus diesem Grund geht es nicht um eine punktgenaue Prognose, sondern es wurden Szenarien erarbeitet, die die Bandbreite der wahrscheinlichen Entwicklung darstellen sollen. Eine Ausnahme bildet hierbei die Altenpflege, denn hier wurde sich nur auf eine Variante, das Status-Quo-Modell beschränkt. Bei den Angaben handelt es sich nicht um Vollzeitäquivalente, sondern alle Beschäftigungsarten Vollzeit, Teilzeit sowie geringfügig Beschäftigte wurden berechnet. In einem unteren Szenario wird prognostiziert, was im Minimum an zusätzlichen Arbeitsplätzen zu erwarten ist, in einem oberen Szenario werden dann Maximalerwartungen dargestellt. Die Szenarien beziehen sich auf den Zeitraum von 2007 bis 2020. Dieser Zeitraum scheint insofern angemessen, als er für Entscheider in Wirtschaft und Politik zum einen lang genug ist, um sich auf diese Entwicklungen einzustellen. Zum anderen ist er kurz genug, um noch auf einigermaßen gesicherter Grundlage Prognosen zu erstellen. Denn insbesondere über die demografische Entwicklung und die mit den veränderten demografischen Bedingungen einhergehenden Anforderungen an die Gesundheitswirtschaft liegen für diesen Zeitraum schon viele Annahmen vor.

Die Szenarien beruhen auf verschiedenen Datengrundlagen und Annahmen: Auf bereits vorhandenen Berechnungen und Prognosen von statistischen Stellen, auf Ergebnissen aus der wissenschaftlichen Forschung, auf Erkenntnissen einschlägiger Beratungsunternehmen sowie auf Trendfortschreibungen. Zusätzlich wurden Plausibilitätsüberlegungen einbezogen, die ihrerseits wiederum auf der Einschätzung bundesweiter Entwicklungstrends beruhen und auf Einschätzungen von Branchenexperten anknüpfen, mit denen im Verlaufe der Arbeit zur vorliegenden Studie in Schleswig-Holstein Gespräche geführt wurden.

Im Anhang werden die Überlegungen und Berechnungen für diese Szenarien im Detail vorgestellt. Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse im Überblick dargestellt. Tabelle 4 gibt zunächst einmal eine zusammenfassende Übersicht:

Tabelle 4: Beschäftigungsprognose für Schleswig-Holstein in der Gesundheitswirtschaft bis 2020

	Unteres Szenario	Oberes Szenario
Altenpflege (Status-Quo-Modell)	+15.800	+15.800
Stationäre Versorgung	-120	+950
Ambulante Versorgung	+4.600	+8.100
Vorleistungs- und Zulieferbereiche	+1.225	+2.500
Gesundheitsrelevante Randbereiche	+500	+1.000
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	+22.005	+28.350

Quelle: IAT

Die größten Anforderungen an die Gesundheitswirtschaft sind mit dem Altern der Gesellschaft verbunden. Die wachsende Zahl älterer Menschen sowie der damit steigende Versorgungsbedarf lassen insbesondere den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, die stationären und ambulanten Versorgungsangebote sowie die Altenpflege wachsen. Das trifft in ganz besonderer Weise auf die Altenpflege zu. Selbst wenn es gelingt, die etwas weniger personalintensive ambulante Altenpflege kräftig zu stärken, ist mit einem deutlichen weiteren Wachstum der Altenpflege in Schleswig-Holstein zu rechnen - um 15.800.

Das Altern der Gesellschaft schafft Beschäftigung in den traditionellen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Sie lässt nicht nur im ambulanten Bereich die Nachfrage steigen, sondern hat auch einen erheblichen Einfluss auf den stationären Sektor. Obwohl hier die durchschnittlichen Liegezeiten weiter sinken werden und voraussichtlich Effizienzreserven mobilisiert werden, ist dennoch allenfalls mit einem leichten Rückgang der Beschäftigtenzahlen (im unteren Szenario) oder sogar mit einem moderaten Wachstum (im oberen Szenario) zu rechnen. Grund hierfür ist, dass demografisch bedingt die Fallzahlen soweit steigen werden, dass die Beschäftigungsdämpfer, die sich aus Rationalisierungen und aus sinkenden Fallzahlen ergeben, wieder kompensiert werden. Im Vergleich mit den angesprochenen Kernbereichen sind die zu erwartenden Beschäftigungsgewinne in den Vorleistungs- und Zulieferbereichen sowie in den gesundheitsrelevanten Randbereichen nicht so groß. Dem Beschäftigungsplus im Vorleistungs- und Zulieferbereich liegt u.a. die Annahme zugrunde, dass es bei der in Schleswig-Holstein starken Medizintechnik zu weiterem Wachstum kommen wird. Das HWWI (Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut) rechnet für Norddeutschland mit einem durchschnittlichen Umsatzplus von 9% pro Jahr; dieses wird sich allerdings nicht 1:1, sondern nur teilweise in Beschäftigung niederschlagen. Bei den Randbereichen halten

wir eine optimistische Perspektive für angebracht. Schleswig-Holstein kümmert sich engagiert um den Ausbau des Gesundheitstourismus. In den nächsten Jahren kann damit mit bis zu 1.000 neuen Arbeitsplätzen in den gesundheitsrelevanten Randbereichen gerechnet werden.

Insgesamt wird die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein in den nächsten 13 Jahren ein kräftiger Beschäftigungsmotor bleiben. Es können zwischen 22.000 bis zu knapp 28.500 zusätzliche Arbeitsplätze entstehen.

Ob es gelingt, eher das obere Szenario zu erreichen oder ob eher das untere erreicht wird, hängt ganz entscheidend von den begleitenden Rahmenbedingungen statt. In diesem Zusammenhang ist natürlich als erstes die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung zu nennen, sprich das Wirtschaftswachstum. Weiterhin ist auch eine aktivierende Gesundheitspolitik für die zukünftige Entwicklung entscheidend. Um die Beschäftigungspotenziale auch zu besetzen ist auch die Ausbildungsförderung, Weiterqualifizierungsmöglichkeiten und nicht zuletzt sind die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten von ganz entscheidender Bedeutung. Für Schleswig-Holstein wichtige Bereiche sind wegen der wachsenden Anzahl älterer Menschen die Altenpflege, aber auch die Medizintechnik und auch die Bereiche Rehabilitation und Gesundheitstourismus. Dies wird in den folgenden Kapiteln weiter aufgegriffen und vertieft werden.

4 PROFIL UND GESTALTUNGSFELDER MIT ZUKUNFT

Für die Gesundheitswirtschaft lässt sich ein entscheidender Zukunftstrend erkennen, der quer zu den einzelnen Branchen und Inhalten liegt. Dies ist das zunehmende Zusammenwachsen von Produkten und Dienstleistungen sowohl horizontal innerhalb einer Branche z.B. von Medizintechnik und roter Biotechnologie, als auch vertikal z.B. orientiert an Wertschöpfungsketten oder Patientenpfaden. Im Mittelpunkt steht dabei das Denken in integrierten Problemlösungszusammenhängen für eine bestimmte Aufgabenstellung oder einen bestimmten Kunden. Damit kommen Fragen der Vernetzung, des Schnittstellen- und Projektmanagements und der Abgrenzung von Kernkompetenzen in den Blick.

Neben dieser übergreifenden Entwicklung konnten insgesamt elf Gestaltungsfelder identifiziert werden. Wesentlich für diese Auswahl waren Handlungsfelder, die Innovationsmöglichkeiten und wirtschaftliche Chancen eröffnen und zugleich über ausreichend Substanz und Entwicklungspotenziale verfügen, um die Schleswig-Holsteinische Gesundheitswirtschaft in einem absehbaren Zeithorizont voran zu bringen.

4.1 Versorgung in der Fläche

Rahmenbedingungen

Die gesundheitliche Versorgung in der Fläche ist eine wachsende Herausforderung. Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung besteht vor allem in ländlichen Regionen ein Spannungsverhältnis. Die durch mehr ältere und weniger jüngere Menschen und damit durch eine tendenziell abnehmende Mobilität geprägte Situation spricht für eine quartiersnahe Versorgung. Die Zielsetzungen verbesserter Wirtschaftlichkeit und Qualität sprechen hingegen für eine Bündelung medizinischer und therapeutischer Leistungen in den regionalen Zentren.

Die Situation wird dadurch verschärft, dass weniger junge Ärzte zur Verfügung stehen, um frei werdende Praxissitze auf dem Land zu übernehmen. Bis 2017 sind bundesweit 27.388 Hausärzte und 31.820 niedergelassene Fachärzte zu ersetzen. In Anbetracht rückläufiger Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin bundesweit wird sich der Ersatzbedarf nicht vollständig decken lassen. Bei den Fachärzten werden vor allem für die Augenärzte, Frauenärzte, Hautärzte und Nervenärzte zukünftige Versorgungsengpässe angenommen (Kopetsch 2007). Im Wettbewerb um geeignete Praxisnachfolgerinnen und -nachfolger sind die ländlichen Räume mit geringem und schrumpfendem Patientenpotenzial und weiten Wegen strukturell benachteiligt. Um die Versorgung in solchen Gebieten zu gewährleisten, ist es notwendig, Anreize zur Standortwahl an ‚unattraktiven‘ Standorten zu setzen. Diese können monetär gestaltet sein, z.B. als Ausgleich für lange Wegezeiten. Weitere Ansatzpunkte bieten beispielsweise die Lebens- und Arbeitsbedingungen, die Infrastruktur oder die Verbesserung der Kinderbetreuung.

Die Herausforderung der gesundheitlichen Versorgung in der Fläche geht jedoch weit über die quantitative Ausstattung und die regionale Verteilung von Praxissitzen und komplementären Dienstleistungsunternehmen (z.B. Apotheken, Therapiepraxen) hinaus. Um das angesprochene Spannungsverhältnis zwischen kleinräumigen Versorgungsstrukturen und Zentrenbildung aufzulösen, bedarf es neuer Versorgungsformen, die eine bessere Verzahnung von Leistungen ermöglichen und die Herausforderung Patientenmobilität aufgreifen.

Dazu gehören beispielsweise Medizinische Versorgungszentren. Die Bündelung verschiedener Fachdisziplinen an einem Standort und die Möglichkeit, Ärzte im Angestelltenverhältnis zu beschäftigen, bieten sowohl für Patienten als auch für Mediziner Vorteile. Ein weiteres Beispiel sind Praxiskliniken, in denen ambulante und stationäre Leistungen durch mehrere Vertragsärzte erbracht werden, wobei kein fachübergreifender Zusammenschluss notwendig ist. Die Flexibilisierung der ärztlichen Organisationsformen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bietet auch weitere Ansatzpunkte für die bessere Gestaltung der Versorgung in der Fläche, unter anderem durch die Möglichkeit zu Zweigpraxen oder örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (Kassenärztliche Bundesvereinigung o. J.).

Darüber hinaus zeichnen sich neue Wege in der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ab. Krankenhäuser können sich aufgrund ihrer Infrastruktur

und ihrer Bedeutung in der regionalen Versorgung verstärkt als Dienstleistungsanbieter für ambulante Operationen durch Vertragsärzte etablieren, etwa mit der Bereitstellung geeigneter Räume, anästhesiologischen Leistungen etc. Auch im Bereich der Facharztweiterbildung und der laufenden ärztlichen Weiterbildung entstehen Kooperationsmodelle.

Von einer engeren Zusammenarbeit zwischen der stationären und der ambulanten Krankenversorgung können beide Seiten profitieren: Die Krankenhäuser können sich noch stärker als regionale Versorger profilieren, die niedergelassenen Ärzte können ihr Leistungsspektrum ohne größere Vorhaltekosten erweitern und die quartiersnahe Versorgung verbessern.

Hinsichtlich der Mobilität von Patientinnen und Patienten sind zwei Handlungsfelder zu beschreiben. Einerseits geht es darum, Patienten zur Gesundheit zu bringen. Dies erfordert den Ausbau geeigneter Transportdienstleistungen und die Nutzung gut erreichbarer Standorte, beispielsweise der Markt- und GesundheitsTreffe (siehe 4.9). Denn in den ländlichen Gebieten ist die teilweise eingeschränkte Erreichbarkeit von Gesundheitsanbietern mit dem öffentlichen Nahverkehr ein Problem für viele Menschen.

Andererseits geht es auch darum, die Gesundheit besser zum Patienten zu bringen. Dazu kann die Einbeziehung der Pflege in die Erbringung medizinischer Leistungen vor Ort beitragen. Prominentes Beispiel ist das Modell AGnES (Arzt-entlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), das 2004 vom Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald entwickelt und inzwischen auf verschiedene Gebiete übertragen wurde. Dabei erfolgt die Unterstützung der Hausärzte durch speziell ausgebildete Krankenpflegekräfte, die Hausbesuche machen und die gesundheitliche Überwachung der Patientinnen und Patienten übernehmen. Sie werden dabei durch telemedizinische Anwendungen unterstützt.

Situation in Schleswig-Holstein

Auch Schleswig-Holstein muss sich in der Zukunft den Herausforderungen der medizinischen Versorgung in der Fläche stellen. Beske et al. (2007) weisen auf die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ungünstigere Altersverteilung der Vertragsärzte hin. Im Jahr 2006 waren rund 22% der Vertragsärzte zwischen 55 und 59 Jahre alt und weitere 19% 60 Jahre alt oder älter. Damit lag der Anteil der über 55-jährigen Vertragsärzte um drei Prozentpunkte über dem Durchschnitt. Unter Annahme einer Verrrentungsgrenze von 68 Jahren müssen in Schleswig-Holstein bis 2020 1.660 Vertragsärzte, davon 840 Hausärzte ersetzt werden; unter Annahme eines Berufsausstiegs mit 64 Jahren sind es 2.300 Vertragsärzte, darunter 1.440 Hausärzte. Im Kreis Steinburg manifestiert sich die Nachfolgeproblematik bereits in einem leicht reduzierten Versorgungsgrad mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen von 90 bis unter 100% (Kopetsch 2007). Die Entwicklung von regional passenden Lösungen unter Einbeziehung der neuen rechtlichen Möglichkeiten und erprobter Modelle ist eine aktuelle Aufgabe.

Dabei kann bereits auf verschiedene Vorarbeiten zurückgegriffen werden. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang beispielsweise das Regionale Psychriatriebudget. Das im Kreis Steinburg erprobte Modell ermöglicht die settingübergreifende regionale Versorgung für die psychiatrischen Erkrankungen. Die Versorgungsanbieter der jeweiligen Region erhalten ein festgeschriebenes jährliches Budget. Im Gegenzug verpflichten sie sich, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung für alle Patientinnen und Patienten der Region sicherzustellen. Dabei können die Leistungsanbieter Behandlungsart und -ort (stationär, teilstationär, ambulant, Behandlung zu Hause) frei wählen und dem Bedarf anpassen (Deister et al. 2005). Mittlerweile haben auch andere Kreise in Schleswig-Holstein sich entschlossen, dieses Modell zu übernehmen. Im Bereich der Palliativversorgung wurde mit den ambulanten Palliativ Care Teams bereits ein Modell geschaffen, das die angemessene Versorgung Schwer- und Schwerstkranker unterstützt. Und auch im Bereich der Flächenversorgung unterstützender telemedizinischer Anwendungen kann das Land auf eine Reihe von vorgängigen Entwicklungen aufsetzen (siehe 4.7).

Mit 19 Praxisnetzen ist Schleswig-Holstein das Bundesland mit der höchsten Netzdichte Deutschlands.

Die Planung und Umsetzung geeigneter Versorgungsmodelle in den Kreisen Nordfriesland, Dithmarschen und Steinburg wird im Rahmen des Mitte 2008 gestarteten Pilotprojektes „Gesundheit an der Westküste“ voran getrieben. Vertreter/-innen der Kliniken, der Kostenträger, der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, der Ärztenossenschaft und der Rettungsdienste werden unter externer Moderation gemeinsam daran arbeiten, die Gesundheitsversorgung an der Westküste besser zu verzahnen, um die qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen.

Handlungsempfehlungen für Schleswig-Holstein

Zur nachhaltigen Sicherung und Optimierung – besonders der hausärztlichen Versorgung in der Fläche startete im April 2009 ein Modellprojekt der Ärztekammer HELVER: Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung, bei dem es um den arztentlastenden Einsatz von Arzthelferinnen bei Hausbesuchen in ländlichen Gebieten geht. Erfahrene Praxismitarbeiterinnen können sich weiterqualifizieren, um ihren Einsatzradius zu erweitern. Auf dem Weiterbildungsplan stehen die Themen Patientenbegleitung und Koordination sowie ambulante Versorgung älterer Menschen mit den Bausteinen häufige Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen, geriatrisches Basisassessment, Hausbesuche, Versorgungsmanagement und Wundmanagement. Inhaber von Hausarztpraxen aus Schleswig-Holstein können ihre Mitarbeiter in der Bildungsstätte der Ärztekammer kostenfrei qualifizieren lassen. Das Projekt wird vom Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein und der Bundesärztekammer finanziell unterstützt.

Diese Erfahrungen sowie die positiven Erfahrungen aus Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, die mit der Einführung von AGnES (Arzt-entlastende, Gemeindenahe, E-

Health-gestützte, Systemische Intervention, siehe oben) gemacht werden konnten, sollten genutzt werden, um in Schleswig-Holstein arztentlastende Systeme dauerhaft zu etablieren. Die Westküstenregion bietet sich besonders als Pilotregion an. Dabei sollten die bereits gestarteten Projekte „Gesundheit an der Westküste“ zur Optimierung der Flächenversorgung miteinbezogen werden. Die beteiligten Akteure in diesem Rahmen sollten dementsprechend die beteiligten Akteure dieser Projekte sein, also die Kostenträger, die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, die Krankenhäuser sowie die niedergelassenen Ärzte und die Kommunen.

Ein mögliches Projekt zur kinderärztlichen Notversorgung auf den nordfriesischen Inseln könnte folgendermaßen aussehen:

Die nordfriesischen Insel Sylt, Föhr und Amrum sind beliebte Urlaubsziele, insbesondere auch von Familien mit Kindern. Die besondere Insellage einerseits und die hohe Zahl von Kindergästen andererseits bedingen eine Herausforderung für die kinderärztliche Grund- wie Notfallversorgung. Die kinderärztliche Notversorgung ist unter diesen Umständen schwierig. Wenn ein Kind krank wird, muss es auf das Festland gebracht werden. Um die Notversorgung zu optimieren, könnte auf der Insel Sylt ein ständiger kinderärztlicher Notdienst an der Asklepios Nordseeklinik Westerland eingerichtet werden. Die weiteren kinderärztlich geführten Einrichtungen (z.B. LVA-Kinderklinik) sollten sich am kinderärztlichen Notdienst beteiligen, ebenso die niedergelassenen Kinderärzte der Insel. Die Notfallversorgung der Inseln Föhr und Amrum sollte dazu noch telemedizinisch angebunden werden. Grundsätzlich ist über eine vertragliche Anbindung der Kinderklinik des Diako Flensburg an die Asklepios Nordseeklinik Westerland nachzudenken, die einen Rotationsdienst auf der Insel einrichten könnten (mit Kalkulation kooperativer DRGs). Auch hier wäre eine telemedizinische Verbindung sinnvoll.

4.2 Die Krankenhauslandschaft

Rahmenbedingungen

Krankenhäuser befinden sich in einem dynamischen Wandlungsprozess. In vielen Bereichen sehen sie sich wachsenden Anforderungen gegenüber. Dies gilt beispielsweise für den Nachweis ihrer Leistungsqualität, ihre Dienstleistungsorientierung gegenüber Patienten und Angehörigen, die Professionalisierung des Personalmanagements und nicht zuletzt für ihre Wirtschaftlichkeit. Sinkende Verweildauern und Bettenabbau prägen die Häuser genauso wie steigende Fallzahlen und die Erschließung neuer Aufgabenbereiche. Vor dem Hintergrund des Ausbaus der ambulanten Leistungen und dem steigenden Bedarf an der patientenbezogenen Abstimmung der Versorgung entwickelt sich das Krankenhaus mehr und mehr zu einem Nukleus der integrierenden Versorgung vor Ort. In vielen Fällen erfolgen auch Spezialisierungen, die auf überregionale Profilierung zielen und auch eine entsprechende Nachfrage bedienen.

Situation in Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein hat mit 96 Einrichtungen eine gut ausgebaute Krankenhauslandschaft. Die Zahl der vollstationären Fälle lag 2006 bei 538.136. Hinzu kamen in 40 Krankenhäusern 56.817 ambulante Fälle nach § 115 b SGB V und weitere ambulante Operationen durch ermächtigte Ärzte, Vertragsärzte und Belegärzte in 33 der Häuser. In Vollkräften ausgedrückt waren 24.550 Menschen in den Krankenhäusern des Landes beschäftigt. (Statistisches Bundesamt 2008)

An den Kennzahlen zeigt sich, dass die Modernisierung der Krankenhauslandschaft bereits weit vorangeschritten ist – die Landeswerte zu den Betten je 100.000 Einwohner, zu den Fallzahlen je 100.000 Einwohner, zur Verweildauer und zur Bettenauslastung liegen günstiger als der Bundesdurchschnitt. Ebenfalls zeigt sich an der im Vergleich guten Ausstattung mit geriatrischen Fachabteilungen, dass die Herausforderung der alternden Gesellschaft in besonderem Maße aufgenommen wurde.

Tabelle 5: Ausgewählte Krankenhaus Kennzahlen im Vergleich, 2006

	Schleswig-Holstein	Deutschland
Betten je 100.000 Einwohner	549	620
Fallzahl je 100.000 Einwohner	18.998	20.437
Verweildauer in Tagen	8,4	8,5
Bettenauslastung in %	79,6	76,3
Krankenhäuser mit Geriatrie in %	9,4	5,6

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Schleswig-Holstein hat den niedrigsten Basisfallwert in der Krankenhausleistungsfinanzierung über die deutschen ‚Diagnosis related groups‘ (DRG). Dies ist zum einen ein Indikator für die hohe Leistungsfähigkeit und Produktivität der Krankenhäuser. Auf der anderen Seite ist ein so niedriger Basisfallwert auch ein Nachteil nicht nur auf der Einnahmeseite der Krankenhäuser, sondern auch bei der Suche nach hoch qualifiziertem Personal in einem Wettbewerb mit Krankenhäusern aus anderen Bundesländern. In diesem Zusammenhang ist etwa Hamburg ein Konkurrenzstandort. Insofern ist die Durchsetzung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes ein zentrales Anliegen der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein. Auf der Gesundheitsministerkonferenz Anfang Juli 2008 wurde unter dem Vorsitz Schleswig-Holsteins einstimmig der Einstieg in einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert ab 2010 beschlossen.

Zur Steigerung der Leistungsfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser ist in den allermeisten Fällen eine Schwerpunktbildung und ein Ausbau der Zusammenarbeit an verschiedenen Standorten sinnvoll. In Schleswig-Holstein sind in diesem Gestaltungsfeld bereits viele Schritte gelungen. Hervorzuheben ist beispielsweise der 5K-Verbund mit den Westküstenkliniken Heide und Brunsbüttel, dem Klinikum Itzehoe, dem Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster, den Krankenhäusern Rendsburg und Eckernförde sowie der

Rheumaklinik Bad Bramstedt. Mit einer Reihe von gemeinsamen Projekten soll die Leistungsfähigkeit des Klinikverbundes und damit die standortnahe medizinische Versorgung verbessert werden (z.B. gemeinsame Arzneimittelkommission, abgestimmte Therapie in der endoprothetischen Rehabilitation, integrierte Versorgungsverträge). Ein weiteres Beispiel bietet die Zusammenarbeit zwischen dem evangelischen und dem katholischen Krankenhaus in Flensburg. Dort hat man sich auf eine komplette Aufteilung der behandelten Krankheitsbilder verständigt und unterhält eine Reihe gemeinsamer Funktionen (z.B. Notaufnahme, Labor, Apotheke).

Die Krankenhauslandschaft Schleswig-Holsteins zeichnet sich durch Angebote aus, die nicht nur für die Versorgung im unmittelbaren lokalen und regionalen Umfeld bedeutsam sind, sondern die auch über die Landesgrenzen hinaus auf Aufmerksamkeit stoßen. Dazu gehört beispielsweise die Schmerzklinik Kiel. Dort werden Kopfschmerz und Migräne sowie Rückenschmerzen in einer systematischen Vernetzung von stationären und ambulanten Leistungen und im Rahmen integrierter Versorgungsverträge mit mehreren Kostenträgern behandelt. Die Klinik zieht Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet und aus dem Ausland an.

Mit dem „Nordeuropäischen Radioonkologischen Centrum Kiel (NRoCK)“ am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel entsteht zurzeit ein weiteres medizinisches Highlight mit überregionaler, ja internationaler Bedeutung. Das geplante Einzugsgebiet des Zentrums umfasst Norddeutschland und Südkandinavien. Vergleichbare Zentren befinden sich in Uppsala, Berlin, Essen und Gießen-Marburg oder sind an diesen Standorten in Planung. Die in Kiel zur Anwendung kommenden Verfahren der Partikeltherapie können alternativ zur konventionellen Krebstherapie eingesetzt werden. Die hauptsächliche Zielsetzung ist aber die Behandlung von bislang nicht operablen bzw. nicht-behandelbaren Tumoren.

Die weitere Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein startet mithin von einer soliden, innovations- und sehr oft auch kooperationswilligen Basis. Besondere Zukunftsherausforderungen liegen in der demografischen Entwicklung und der passgerechten Positionierung der Krankenhäuser in der regionalen Versorgung. Auch wenn der Trend hin zu mehr ambulanten Leistungen geht, bringt die Alterung der Gesellschaft auch für die stationäre Versorgung weitere Zuwachsraten mit sich (vgl. Beschäftigungsprognose im Anhang). Danach hat Schleswig-Holstein in dem Zeitraum 2005 bis 2020 eine Steigerung der stationären Krankenhausfälle um 12,7% zu erwarten. Im Vergleich der Bundesländer ist dies nach Baden-Württemberg und Bayern die dritthöchste Zuwachsrate. Das Bundesmittel liegt bei 9,1%.

Neben der quantitativen Dimension bringt die alternde Gesellschaft auch qualitative veränderte Anforderungen für Krankenhäuser. Zwei Aspekte sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben:

- Die Alterung der Gesellschaft drängt auf den weiteren Ausbau der geriatrischen Versorgung. Mit dem Modellprojekt ‚Ambulante Geriatrische Versorgung‘ steht bereits ein übertragbares Modell zur Verfügung. Die Besonderheit des Modells besteht in der engen Zu-

sammenarbeit zwischen geriatrischen Kliniken und Hausärzten. Besonders geschulte Hausärzte führen eine standardisierte Bewertung des Gesundheitszustandes geriatrischer Patientinnen und Patienten durch. Eine ggf. erforderliche Behandlung wird dann ambulant von den geriatrischen Kliniken übernommen. Mit diesem Verfahren werden stationäre Klinikaufenthalte und Heimeinweisungen beschränkt.

- Eine zweite Herausforderung ist das Entlassungsmanagement bzw. die Pflegeüberleitung. In einer alternden Gesellschaft mit schrumpfenden familiären Netzwerken wird die Sicherstellung einer angemessenen Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalten immer bedeutsamer. Dazu gehört die frühzeitige Ermittlung des absehbaren Unterstützungsbedarfs mit Hilfe geeigneter Assessment-Instrumente sowie die Organisation und Koordination nachstationärer Betreuung, Pflege und Therapie, einschließlich der erforderlichen hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine umfassende wechselseitige Information der beteiligten Versorgungsakteure ist dabei von hoher Bedeutung, um chronisch Kranke, Mehrfacherkrankte und Menschen mit spezifischen geriatrischen Krankheitsbildern qualitativ hochwertig versorgen zu können. Mit dem Pflegestandard zum Entlassungsmanagement liegt eine gute Basis zur Entwicklung hausspezifischer Modelle vor, die allerdings um ärztliche, therapeutische und sozialarbeiterische Aspekte zu ergänzen ist (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, 2003).

Eine ganz besondere Herausforderung für die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein in den nächsten Jahren wird die Gewinnung von Fachpersonal sein. Hinsichtlich der Besetzung von Arztstellen ist die Personalrekrutierung und -bindung bereits heute ein Top-Thema. Für die Zukunft sind auch verstärkt Engpässe im Bereich der Fachpflege zu erwarten. Der durch die Verrentung bedingte Bedarf kann nicht mehr ausreichend durch nachwachsende Fachkräfte gedeckt werden. Krankenhäuser müssen sich zunehmend um bessere Bedingungen für Nachwuchskräfte bemühen und die Arbeitsplätze möglichst attraktiv gestalten. Dies umschließt den Ausbau strukturierter Einarbeitungsprogramme und optimierte Programme der Facharztweiterbildung. Außerdem geht es um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, beispielsweise um familienfreundliche Arbeitszeiten und um eine Kinderbetreuung, die eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen. Gefragt sind darüber hinaus ganzheitlich ausgerichtete Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung, um die psychischen und physischen Belastungen in den Gesundheitsberufen aufzufangen. Bestandteil innovativer Aktivitäten in der Arbeitswelt Krankenhaus muss auch die Neuzuschneidung von Berufsbildern und Tätigkeitsbeschreibungen im Krankenhaus sein. Neue Formen der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen Ärzten, den nicht-medizinischen Gesundheitsberufen und Hilfsberufen müssen geschaffen werden¹¹. Dies sollte patientenorientiert erfolgen und erfordert als Basis die systematische Orientierung der Abläufe und Zuständigkeiten an Behandlungspfaden, die bereits in vielen Einrichtungen eingeführt wurden.

¹¹ Vgl. hierfür u.a.: Offermanns, M. 2008: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts. Düsseldorf.

Handlungsempfehlungen

In Schleswig-Holstein spielen Krankenhäuser bei dem Aufbau kooperativer sektorübergreifender Versorgungsstrukturen eine aktive Rolle. Besonders gefragt sind neue Wege der Zusammenarbeit zur Sicherung und zum Ausbau der Versorgung in ländlichen Räumen. In einigen Fällen konnten bereits erste Erfolge erzielt werden, in anderen - etwa in den Kreisen Dithmarschen und Steinburg sowie im Kreis Nordfriesland - werden die guten Ansätze für die bessere weitere Zusammenarbeit ausgebaut, um die einschlägigen Modellprojekte erfolgreich zu machen.

In der Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein finden sich etliche gute Ansätze, die auch überregional auf Interesse stoßen. Es sollte eine gezielte Maßnahme entwickelt werden, um diese auch über das Land hinaus noch bekannter zu machen. Das Jahrbuch Gesundheitsland Schleswig-Holstein war für die gezielte Vermarktung ein erster erfolgreicher Aufschlag, der in Zukunft sukzessive ausgebaut werden sollte. Die gemeinsamen Auftritte der norddeutschen Gesundheitsregionen im internationalen Raum, wie z.B. auf der Arab Health in Dubai - bieten hierfür weitere Profilierungsmöglichkeiten.

Um auch in Zukunft ausreichend Fachpersonal für die Krankenhäuser zu bekommen, müssen bessere Arbeits- und Qualifizierungsbedingungen geschaffen werden. Ein Innovations- und Gestaltungsprogramm „Arbeitsplatz Gesundheit Schleswig-Holstein“ sollte hier die geeigneten Akzente setzen. Bei vielen Akteuren in der Krankenhauslandschaft Schleswig-Holsteins besteht Interesse an einer entsprechenden Innovationsoffensive (vgl. auch Kapitel 4.9).

4.3 Altenpflege

Rahmenbedingungen

Im Dienstleistungsbereich Altenpflege löst der demografische Wandel ein erhebliches Wachstum aus. Die Gründe für dieses Wachstum liegen zum einen in der höheren Anzahl älterer pflegebedürftiger Menschen. Zum anderen geraten die informellen Netzwerke zunehmend an ihre Grenzen – die Belastungen der so genannten ‚Sandwich-Generation‘, also der Personen mittleren Alters, wachsen. Daraus folgt, dass familiär oder nachbarschaftlich erbrachte Dienstleistungen für ältere Menschen tendenziell abnehmen und es zu einer Ausweitung professioneller Altenpflege- und Pflegeleistungen kommt (Deutscher Bundestag 2002; Scharfenorth 2004). Entsprechend zeigt sich im Zeitvergleich der Pflegestatistik aus den Jahren 1999 und 2005 in Deutschland insgesamt eine abnehmende Anzahl von Pflegegeldempfängern ohne professionelle Versorgung um 4,6%. Dem gegenüber wuchs die Zahl der in Heimen Gepflegten um 18% und der durch ambulante Pflegedienste Versorgten um plus 13,5% (Statistisches Bundesamt 2007a).

Neben dem Wachstum prägen auch strukturelle und inhaltliche Veränderungen die Altenpflege. Dazu gehört unter anderem die Erhöhung der pflegerischen Anforderungen, vor allem in der stationären Altenpflege. Dies hat mehrere Ursachen. Erstens entspricht der Umzug in ein Altenheim nur selten den Wünschen älterer Menschen. Diesen Schritt gehen die meisten nur dann, wenn die Pflege und häusliche Unterstützung durch Familienangehörige nicht mehr gewährleistet werden kann und auch nicht mehr mit ambulanten Diensten zu organisieren ist. Deshalb ist die Bewohnerstruktur der meisten Einrichtungen mehr und mehr durch Schwer- und Schwerstpflegefälle geprägt. Hinzu kommt, dass der demografische Wandel mit einer erhöhten Zahl an chronischen Krankheiten, Multimorbidität und einem Anstieg gerontopsychiatrischer Erkrankungen einhergeht, die spezielles Pflegewissen bedürfen. Außerdem müssen die Krankenhäuser unter den Bedingungen der Fallpauschalen-Finanzierung ihre Patientinnen und Patienten schneller entlassen. Insofern sind die Nachversorger, also Altenheime, ambulante Pflegedienste und Angehörige sowie auch die niedergelassenen Ärzte mit einem erhöhten Anschlussversorgungsbedarf konfrontiert.

Situation in Schleswig-Holstein

Nach Berechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2008) wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Schleswig-Holstein zwischen 2005 und 2020 um 34,5% von 78.000 auf 104.000 ansteigen. Damit bewegt sich Schleswig-Holstein im Ländervergleich an achter Stelle und leicht unter dem Bundesdurchschnitt von 36,8%. Es ist zu erwarten, dass der Bestand an Pflegekapazitäten weiter ausgebaut werden wird.

Tabelle 6: Ausgewählte Pflegekennzahlen im Vergleich, 2007

	Schleswig-Holstein	Deutschland
Pflegebedürftige gesamt	79.081	2.246.829
Pflegebedürftige in Heimen	31.930	709.311
Anteil in Heimen in %	40,38%	31,57%
Pflegebedürftige mit ambulantem Dienst	16.492	504.232
Anteil mit ambulantem Dienst in %	20,85%	22,44%
Anteil professionell Gepflegter in %	61,23%	54,01%
Plätze in Heimen	37.953	799.059
Anteil belegter Plätze in Heimen in %	84,13%	88,77%
Anteil Pflegebed. 75 – 85 in %	29,82%	33,03%
Anteil Pflegebed. 85 – 90 Jahre in %	19,94%	19,91%
Anteil Pflegebed. Ab 90 Jahre in %	16,08%	14,60%

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007/9,; eigene Berechnungen

Die Pflegestatistik 2007 (Stichtag 15.12.2007) weist für Schleswig-Holstein 651 Heime und 402 Pflegedienste mit insgesamt 35.302 Beschäftigten aus, davon 12.982 in Vollzeit. Sie betreuen 48.422 Menschen und damit rund 61% aller Pflegebedürftigen. Dies ist eine vergleichsweise hohe Quote, denn bundesweit werden nur rund 54% der Pflegebedürftigen durch professionelle Dienstleistungsanbieter betreut. Der Trend hin zu mehr professioneller und weniger informeller Pflege ist in Schleswig-Holstein also bereits besonders weit vorgeschritten.

Der Anteil der Pflegebedürftigen in Heimen ist in Schleswig-Holstein ebenfalls überdurchschnittlich ausgeprägt. Er liegt mit fast 40% deutlich über dem Bundeswert von knapp 32%, jedoch ist in den letzten Jahren zwischen 1999 und 2007 die Anzahl der in den Heimen Gepflegten mit 16,1% nicht ganz so stark gestiegen wie im Bundesdurchschnitt von 23,7%. Die Ursachen für die überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme der stationären Pflege sind nicht genau bekannt. Ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nord gibt aber „mögliche Hinweise“ auf bisher fehlende passgenaue ambulante Angebote:

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen Nord gab eine Untersuchung über stationäre Erstantragsteller in Schleswig-Holstein in Auftrag, die im Zeitraum Januar 2006 bis März 2007 durchgeführt wurde. Dieser zufolge sind die drei häufigsten Gründe für einen Umzug ins Heim: das Fehlen einer Pflegeperson (61,4%), die drohende Überforderung der Pflegeperson und der Faktor Selbst- und Fremdgefährdung. Aber auch die fehlende Unter-

stützung bei Alltagsproblemen und unpassende Gegebenheiten im häuslichen Bereich spielen eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Der größte Teil der Antragsteller, nämlich 57,4% wurde unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt im Pflegeheim aufgenommen. Die nächst größere Gruppe an Antragstellern kam mit 34,3% aus der privaten Häuslichkeit.

Im Rahmen der Untersuchung wurden auch ländliche und städtische Gebiete miteinander verglichen. Dabei wurde ersichtlich, dass in den ländlichen Gebieten häufiger eine Pflegeperson fehlt als in den städtischen und auch die fehlende Alltagsunterstützung häufiger als Umzugsgrund genannt wurde. In den städtischen Gebieten dagegen war Fremd- und Selbstgefährdung sowie unzulängliche räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich häufiger der Aufnahmegrund als in den ländlichen Gebieten (Erben/Gotthardt/Hoffmann o. J.).

Handlungsempfehlungen

Die größte Herausforderung für die Gestaltung der Altenpflege in Schleswig-Holstein liegt im Aufbau eines besseren ‚Versorgungs-Mix‘, der sich an den Bedürfnissen der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen orientiert. Mischformen der Betreuung und Pflege durch professionelle Dienste und informelle Netzwerke, mit dem Betreuungsbedarf mitwachsende Angebote und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige können dazu beitragen, dass Pflegebedürftige länger in ihrer Wohnung oder ihrem Haus bleiben können. Die sukzessive wachsende Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen – angefangen bei einfachen Haushaltshilfen bis hin zu professionellen Pflegeleistungen - erhöht auch die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, was sich dann natürlich ganz unmittelbar auf die Lebensqualität der Menschen auswirkt. Mit Hilfe einer konsequenten Umsetzung von Modellen wie Quartiersmanagement und dem ‚Virtuellen Altenheim‘ (z. B. Hilbert/Scharfenorth 1999) sind solche Leistungsangebote durchführbar.

Die Grundidee solcher Modelle ist ähnlich. Sie sind als beratende, koordinierende und vermittelnde Systeme konzipiert, die mit zentralen Ansprechpartnern vor Ort arbeiten, um älteren Menschen und ihren Familien die Zugänglichkeit zu ausdifferenzierten Unterstützungsmöglichkeiten zu erleichtern. Die zentralen Ansprechpersonen helfen bei der Zusammenstellung und Organisation individueller Leistungspakete, die von niedrighwelligen Hilfen beim Einkaufen und Putzen bis hin zu umfangreichen ‚Rund-um-die-Uhr‘-Betreuungsangeboten reichen. Da die Zielsetzung ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Wohnung ist, müssen bei „Schnüren“ solcher Leistungspakete alle Unterstützungsfelder berücksichtigt werden, die für den Alltag selbständig lebender alter Menschen relevant sind – Haushalten/Wohnen, Sicherheit, Kommunikation, Körperpflege, Mobilität, Essen/Trinken, Therapie, Beratung, Freizeit, Reisen, Unterhaltung. Die Leistungen selbst werden von einem Netzwerk verschiedener Anbieter übernommen. In der Kommunikation mit den Nutzern, zur Steigerung ihrer Sicherheit und bei der Verwaltung des Anbieternetzwerks greifen diese Modelle auch auf den Einsatz von modernen Telematiksystemen (telemedizinischen Anwendungen, intelligente Haustechnik etc.) zurück. Dies wird unter dem Stichwort ‚Ambient Assisted Living‘ voran-

getrieben. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass gerade ältere Menschen auch dazu befähigt werden müssen, die telemedizinischen Instrumente zu nutzen. Wichtige Akteure z.B. beim Quartiersmanagement sind u.a. die Kommunen (Stadtteilbüro), die Wohnungswirtschaft, ambulante Pflegedienste, Erbringung von wohnortnahen Dienstleistungen, stadtteilbezogene Marketingverbände, Nachbarschaftshilfen, Kirchenvereine, ggf. weitere Gesundheitsdienstleister.

Neben der Etablierung solcher Modelle wird es zukünftig weiter darauf ankommen, über die verschiedenen Möglichkeiten einer passgenauen Pflege zu informieren. Mit Hilfe der folgenden drei beschriebenen Projekte ist in Schleswig-Holstein eine gute Basis geschaffen worden.

- Die „aktion ambulant“ wurde vom Landespflegeausschuss und dem Sozialministerium ins Leben gerufen, um die Bürgerinnen und Bürger im Alter 50 plus für das Thema ambulante Pflege zu sensibilisieren und über konkrete Angebote zu informieren sowie an der Gestaltung innovativer Ansätze in diesem Bereich mitzuwirken (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein 2007: 30).
- Seit 2001 sind in Schleswig-Holstein mit Landesmitteln trägerunabhängige Beratungsstellen aufgebaut worden. Sie unterstützen die Informationsverbreitung. Hier werden Betroffene sowie die Angehörigen fachkundig, aber neutral und unabhängig auf ihre persönliche Lebenssituation hin, über mögliche Pflegeangebote beraten. Mit acht trägerunabhängigen Beratungsstellen verfügt Schleswig-Holstein mittlerweile über ein dichtes Netz von neutralen Informationsstellen, welche den Bürgerinnen und Bürgern zur Seite stehen. Seit 2009 führen sie ihre Arbeit als Pflegestützpunkte nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz weiter. Ziel ist es, in allen 15 Kreisen und kreisfreien Städten einen Pflegestützpunkt einzurichten
- Ein weiteres Projekt ist „KIWA“, die Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen in Schleswig-Holstein, welche neue Wohn-Pflege-Angebote für Schleswig-Holstein entwickelt. Träger des Projektes „KIWA“ ist das Forum Pflegegesellschaft. Der Awo-Landesverband ist geschäftsführender Verband in enger Kooperation mit der Stadt Hamburg. Gefördert wird das Projekt aus Mitteln des Landes Schleswig-Holstein.

4.4 Prävention und Rehabilitation

Rahmenbedingungen

Die Vorsorge- und Rehabilitationslandschaft ist seit Jahren in starker Bewegung. Die wohl stärksten Veränderungen waren 1996/1997 – verursacht durch das Beitragsentlastungsgesetz sowie durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz – die Kürzung der individuellen Rehabilitation von vier auf drei Wochen sowie die Absenkung des Rehabilitations-Budget von den Rentenversicherungsträgern. Die Ausgaben für die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sind zwischen 1995 und 2005 von 7,7 Mrd. auf 7,3 Mrd. durch Kürzungen der Ausgaben bei den Rentenversicherungsträgern abgesunken. Seit 2006 steigen

die Ausgaben auf das Niveau von 1995 von 7,7 Mrd. Euro im Jahr 2007 an. Der Anteil der Ausgaben der Rentenversicherungsträger an den Gesamtausgaben aller Rehabilitationsträger beträgt 38,2% in 2007. 1995 lag er noch bei 44,7%. Mit 2,95 Mrd. Euro Ausgaben ist der Rentenversicherungsträger 2007 zwar noch immer der bedeutendste Ausgaben-träger, die Krankenkassen leisten aber mit 2,6 Mrd. Euro ähnlich hohe Ausgabenbeträge¹². Die Folge der Kürzungen war ein starker Rückgang der Pfl egetage und der Verweildauer und somit ein Rückgang in der Bettenauslastung zwischen 1996 und 1997 (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Ausgewählte Grunddaten zu Vorsorge- und Rehaeinrichtungen, BRD

Jahr	Einrichtungen	aufgestellte Betten	Fallzahl	Pflegetage	Verweildauer	Bettenauslastung
1995	1 373	181 633	1 895 887	58 820	31,0	88,7
1996	1 404	189 888	1 916 531	57 839	30,2	83,2
1997	1 387	188 869	1 575 454	42 972	27,3	62,3
1998	1 395	190 967	1 746 345	46 107	26,4	66,1
1999	1 398	189 597	1 915 334	49 874	26,0	72,1
2000	1 393	189 822	2 046 227	52 852	25,8	76,1
2001	1 388	189 253	2 096 904	53 514	25,5	77,5
2002	1 343	184 635	2 041 272	52 107	25,5	77,3
2003	1 316	179 789	1 899 558	49 204	25,9	75,0
2004	1 294	176 473	1 889 362	47 442	25,1	73,5
2005	1 270	174 479	1 813 990	46 774	25,8	73,4
2006	1 255	172 717	1 836 681	47 011	25,6	74,6
2007	1 239	170 845	1 942 566	49 482 568	25,5	79,4
Wachstum 1995/2007	-9,8%	-5,9%	2,5%	84026,0%	-17,8%	-10,5%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung und Darstellung: IAT

Zwei Trends waren in den letzten Jahren von Bedeutung und werden auch zukünftig weiter anhalten. Zum einen gibt es seit Beginn der 90er Jahre eine starke Zunahme von Anschlussheilbehandlungen (AHB), zum anderen gibt es ein Wachstum an ambulanten Angeboten.

Der Anteil der AHB an allen Rehabilitationsleistungen (durch die Rentenversicherungsträger) ist zwischen 1997 und 2007 von 22% auf 30% gestiegen (Angaben aus der VDR-Statistik). Nicht nur der demografische Wandel, auch die DRG-Einführung im Akutbereich wird zu einem frühzeitigeren Start und stärkeren Bedarf an AHB und damit zu einem gesteigerten Aufkommen an medizinischer und pflegerischer Betreuung der Patienten führen. Die Rehabilitationseinrichtungen müssen darauf nicht nur mit Anpassungen der baulichen Struktur und der eingesetzten Medizintechnik reagieren, sondern auch mit Anpassungen im Bereich der Personalstruktur u.a. durch Qualifizierungen (Borges/Hoffmann et al 2007: 9). Einrichtungen, die auf AHB setzen, sehen sich also einem steigenden Markt gegenüber, während Einrichtungen, die sich auf Heilverfahren konzentrieren, sich in einem schrumpfenden Marktsegment bewegen (Augurzky/Krolop et al. 2007: 17)

¹² Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berechnung: IAT

Zwischen 1997 und 2007 nahm auch der Anteil der ambulanten Leistungen von 1,3% auf 10,2% zu (Angaben aus der VDR-Statistik). Diese Leistungsverschiebung von stationär zu ambulant wird in Zukunft weiter voranschreiten. Zum einen können ambulante Angebote in bestimmten Fällen durchaus wirksamer sein, viele Patientinnen und Patienten schätzen zudem eine wohnortnahe Leistung und häufig sind diese Angebote aber – bei gleicher medizinischer Wirkung – auch wirtschaftlicher. Von Seiten der Rehabilitationsträger besteht somit durchaus ein Anreiz, eher ambulante Leistungen zu genehmigen.

Situation in Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein ist ein bedeutender Standort für Vorsorge- und Rehabilitationskliniken. Hier kommen die Kunden und Patienten keineswegs nur aus Schleswig-Holstein selbst, sondern hier finden und nutzen auch sehr viele Menschen aus anderen Bundesländern die einschlägigen Angebote zur Gesunderhaltung und Heilung. Von den 106.800 Patienten in den Vorsorge- und Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten¹³ in Schleswig-Holstein kamen im Jahre 2006 75.888, also rund 71,1% nicht aus Schleswig-Holstein. 89 dieser Patienten kamen aus dem Ausland (Statistikamt Nord).

Vorsorge und Rehabilitationsleistungen werden in Schleswig-Holstein von 72 Einrichtungen angeboten, die insgesamt 10.941 Betten bereithalten und für die Versorgung ihrer Patienten 5.840 Menschen beschäftigen (Angaben für 2007, Statistikamt Nord). Insgesamt erzielte der Vorsorge- und Reha-Bereich im Jahre 2006 gut drei Millionen Übernachtungen, das waren 15% aller Übernachtungen im gesamten touristischen Sektor Schleswig-Holsteins (Angaben für 2006, Statistikamt Nord 2007). Inhaltlich ist das Angebot der Vorsorge- und Reha-Landschaft Schleswig-Holsteins breit und vielfältig. Anbieter aus Schleswig-Holstein sind besonders da stark vertreten, wo der Erfolg von Maßnahmen durch eine intakte und aktivierend wirkende Umwelt begünstigt werden kann, also etwa bei Atemwegs- und Stoffwechselerkrankungen oder bei orthopädischen Problemen. Darüber hinaus fällt Schleswig-Holstein auch durch sein starkes Angebot bei Mutter/Vater-Kind Kuren auf; insgesamt sind hier 27 Einrichtungen aktiv, die für Erwachsene 1.531 und für Kinder 2.568 Vorsorge- oder Rehabilitationsplätze bieten (Landtag Schleswig Holstein 2008: 121ff.).

Die Vorsorge- und Reha-Landschaft Schleswig-Holstein macht aber nicht nur durch Breite und Vielfalt ihres Angebotes auf sich aufmerksam, sondern sie konnte in den letzten Jahren auch an etlichen Punkten innovative Akzente setzen. Aus einer Fülle von Beispielen für Innovationsaktivitäten seien die folgenden vier herausgegriffen:

Die Ostseeklinik Schönberg-Holm entwickelte ein Reha-Angebot für HIV- und AIDS-Patienten und demonstriert damit, dass am Standort Schleswig-Holstein neue therapeutische Angebote entstehen: Ende der 80er Jahre hatten HIV-Patienten kaum eine Möglichkeit, durch eine Rehabilitation ihre Abwehrkräfte zu stärken. Obwohl es viel Skepsis gab, dass für

¹³ Die Angaben zu den Wohnorten der Patientinnen und Patienten werden von den Statistischen Ämtern lediglich in den Einrichtungen mit einer Bettenanzahl ab 100 gemessen.

HIV-Patienten überhaupt erfolgreiche Reha-Maßnahmen möglich sind, erarbeitete die Klinik Schöneberg-Holm als eine von wenigen Kliniken in ganz Deutschland ein entsprechendes Angebot und entwickelt es stetig fort. Die dabei gemachten Erfahrungen zeigen, dass gerade bei dieser Patientengruppe eine Rehabilitation sehr sinnvoll ist.

Ein weit über die Grenzen Schleswig-Holsteins bekannter Leuchtturm in Sachen Vorsorge und Reha ist das Ostseebad Damp. Dort sind die Vorsorge- und Rehabilitationsangebote eine Art Ankeraktivität eines integrierten Gesundheitsclusters geworden, das die verschiedenen Facetten der Gesundheitsversorgung von der Prävention über die Akutversorgung und die Rehabilitation bis hin zu gesundheitstouristischen Angeboten und ärztlich-therapeutischen Bildungseinrichtungen umfasst. Die integrierende Perspektive ist nicht nur inhaltliches Strukturprinzip für die Aktivitäten der Damp Holding, sondern sie bestimmt auch die Entwicklung des wirtschaftlichen Kurses.

In Schleswig-Holstein wird engagiert für mehr Qualität in den Vorsorge- und Rehaeinrichtungen gearbeitet. Dies drückt sich v. a. darin aus, dass Gütesiegel und Zertifizierungen eine wichtige Rolle spielen. Auf Initiative des Verbandes der Privatkliniken (VPKSH) und der Krankenhausgesellschaft (KGSH) ist mit ideeller Unterstützung des damaligen Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz des Landes vor sechs Jahren ein Gütesiegel entstanden. Damit werden Standards und Vergleichsmöglichkeiten für ärztliche und therapeutische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation gesetzt. Bisher haben 14 Reha-Kliniken das Gütesiegel erhalten (www.reha-im-norden.de); mit einer deutlichen Ausweitung der Gütesiegel wird für die Zukunft gerechnet. In einem Leitprojekt der Gesundheitsinitiative ist eine "Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein (QG-SH)" initiiert worden: Diese Qualitätsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss mehrerer Rehabilitationseinrichtungen, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Transparenz von Rehabilitationsmaßnahmen zu erhöhen. Mitglieder der QG-SH sind das Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein, das Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck), die Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und 20 Kliniken¹⁴. Angeregt wird, dass diese Aktivitäten zusammengeführt und miteinander verbunden werden.

Ein zentraler Fokus der Qualitätsgemeinschaft ist es, die Ergebnisqualität von Reha evidenzbasiert zu messen und zu dokumentieren. Ein wichtiges Ergebnis der dafür getätigten Forschungen war, dass zwar die eigentlichen Reha-Maßnahmen von Patienten als erfolgreich angesehen wurden, gleichwohl aber das gesundheitliche Befinden trotz der Reha-Maßnahme vier Monate nach deren Beendigung nicht als zufrieden stellend empfunden wurde. Möglicherweise konnte in der Reha-Maßnahme Gelerntes oder Vermitteltes im Alltag nicht umgesetzt oder beibehalten werden. Hier zeichnen sich also Handlungsfelder für die Zukunft ab; wichtige Stichworte sind die Themen der "Rehabilitationskette" beziehungsweise Reha-Nachsorge.

¹⁴ Informationen zur Qualitätsgemeinschaft liefert www.schleswig-holstein.de/Gesundheit/DE/Gesundheitsversorgung/KurenRehabilitation/qualitaetsgemeinschaft.html

Eine weitere Stärke des Reha-Standorts Schleswig-Holstein ist, dass viele Anbieter eng mit der Reha-Forschung zusammenarbeiten, um sich so in Sachen Qualität und Innovation zu profilieren. So gehören etwa zehn Reha-Kliniken dem „Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein e. V.“ an, der sich zum Ziel gesetzt hat, Forschung auf dem Gebiet der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern anzuregen, zu koordinieren und zu fördern. Dieser Verein kooperiert auf Seiten der Wissenschaft eng mit dem Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck) sowie mit einschlägig ausgerichteten Einrichtungen an der Universität in Greifswald und am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Handlungsempfehlungen

Insgesamt zeigt sich, dass Schleswig-Holstein ein starker und ambitionierter Standort für die stationäre Versorgung und Rehabilitation ist. Darüber hinaus wird deutlich, dass dieser Bereich für die Gesundheitswirtschaft des Landes wie auch für die Tourismuswirtschaft eine hohe Bedeutung hat. Aus diesem Grunde ist es auch folgerichtig, dass sich Akteure aus dieser Branche, zusammen mit der Landesregierung und mit einschlägigen wissenschaftlichen Einrichtungen, intensiv für eine Stärkung des Standorts, für Qualität und Innovation engagieren. Für die Zukunft wird es einerseits wichtig sein, die gestarteten Innovations- und Qualitätsentwicklungsaktivitäten – Gütesiegel, Zertifizierungen, Erfolgsnachweise durch Evidenzbasierung – zu verbreitern, zu vertiefen und stärker miteinander zu verbinden. Darüber hinaus sollten auch einige neue Akzente gesetzt werden. So sollten die Aktivitäten verbreitert werden, damit das Interesse von Fachleuten, Kostenträgern, Kunden und Patienten an stationären Versorgungs- und Reha-Angeboten aus Schleswig-Holstein groß bleibt und möglichst noch ausgeweitet wird. Natürlich müssen auch die Leistungen für die Versorgung und Rehabilitation für die Nutzer aus Schleswig-Holstein selbst stimmen. Ein Wirtschaftsstandort, der auf Gesundheitskompetenz setzt, muss aber auch daran interessiert sein, Nachfrage von außerhalb zu mobilisieren.

Insbesondere auf die Bearbeitung zweier Felder sollte in Zukunft mehr Wert gelegt werden:

Der Versorgungs- und Rehabilitationsstandort Schleswig-Holstein hat viele Stärken, aber er nutzt und vermarktet diese zu wenig. Der Wettbewerb um Kunden und Patienten wird in Zukunft wahrscheinlich noch härter werden, als er heute schon ist. In diesem Wettbewerb könnte das Gesundheitsland Schleswig-Holstein dann erfolgreich sein, wenn es seine Bemühungen um Qualität und Innovation in einer Gemeinschaftskampagne besser transparent macht, als dies bislang der Fall ist. Dabei sollte im Hinblick auf die Zielgruppen insbesondere auf Resonanz in anderen Bundesländern geachtet werden. Die Zukunft der Versorgung und Reha – das zeigen auch die Ergebnisse der Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation (s. o.) – erfordert, dass die Nachsorge ausgebaut wird. Patienten profitieren zwar zumeist unmittelbar von den durchgeführten Maßnahmen, jedoch verpuffen die Effekte oftmals nach wenigen Monaten. Um die positiven Gesundheitseffekte nachhaltiger werden zu lassen, sollten die Patienten nach Abschluss der stationären Phase unterstützt werden, wenn sie sich wie-

der in ihren gewohnten Lebens- und Arbeitsumwelten aufhalten. Aus diesem Grund wird sich die stationäre Vorsorge und Reha der Zukunft durch „Brückenschläge“ zu Gesundheitsanbietern in den Entsenderegionen ihrer Kunden und Patienten auszeichnen. Für Schleswig-Holstein, das stark von Kunden aus anderen Bundesländern profitiert, bedeutet dies auch, dass bei der Nachsorge Zusammenarbeit mit Gesundheitsanbietern aus anderen Bundesländern gesucht werden muss. Eine große Chance kann hierbei die Telemedizin bieten. Sie ermöglicht nicht nur eine erleichterte Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsdienstleistern auch über weite Distanzen hinweg, sondern sie bietet auch neue Chance, den Kunden und Patienten zu Hause, unterwegs und bei der Arbeit zu betreuen. Hier entstehen neue Chancen, Nachsorge effektiv und gleichzeitig effizient zu gestalten, auch über weite Entfernungen hinweg.

Neben der Vermarktung könnte ein Reha-Führer Schleswig-Holstein die Transparenz über die Kompetenzen im Reha-Bereich wesentlich erhöhen. Ein Beispiel aus dem Ruhrgebiet soll in diesem Zusammenhang aufgeführt werden: Das Ruhrgebiet hat eine Krankenhauslandschaft, die hohe Leistungen bietet, aber bis vor wenigen Jahren weder bei der Bevölkerung noch außerhalb als solche bekannt war. Der Initiativkreis Ruhrgebiet hat – in enger Zusammenarbeit mit MedEcon-Ruhr, der Gesundheitswirtschaftsinitiative des Ruhrgebiets – eine Kampagne „Spitzenmedizin im Ruhrgebiet“ durchgeführt. Hier wurde auf die Spitzenmedizinischen Leistungen der Kliniken und Ärzte aufmerksam gemacht. Die größte Wirkung wurde aber dadurch erzielt, dass ein Klinikführer Ruhrgebiet (später Rhein-Ruhr) erstellt wurde, in dem alle (freiwillig) beteiligten Kliniken ihre Leistungsdaten klar verständlich und im Vergleich darstellten. Dieser Klinikführer hat nicht nur bundesweite Maßstäbe gesetzt für die Qualitätsberichterstattung im Krankensektor, sondern er hat auch dafür gesorgt, dass das Ruhrgebiet bekannt geworden ist als eine Region, in der engagiert, seriös und erfolgreich auf Spitzenmedizinische Qualität hingearbeitet wird. Finanziert wurden diese Arbeiten nicht durch das Land, sondern aus Mitteln des Initiativkreises Ruhrgebiet und der beteiligten Kliniken. Einen vergleichbar ausführlichen Führer für stationäre Vorsorge- und Rehaanbieter gibt es noch nicht, ansatzweise lassen sich Informationen im „Bäderkalender Deutschland“ (www.kubis.de) abrufen.

Beispiele aus anderen Bundesländern geben möglicherweise weitere Anregungen für die o. g. Vorschläge:

Das „Bäderland Bayerische Rhön“ ist eine touristische Arbeitsgemeinschaft von fünf Kurorten sowie zwei Landkreisen. Sie startete 2004 zunächst mit dem Ziel Marketingstrategien zu entwickeln und neue Gästegruppen anzusprechen. Mittlerweile wird jedoch auch an der Entwicklung und Erprobung neuer Produkte und Dienstleistungen gearbeitet, u. a. auch zusammen mit dem benachbarten Kreis Würzburg und der dortigen Universität. Die „Gesundheitsregion Würzburg Bäderland Bayerische Rhön“ gehört auch zu den ‚Zwischensiegern‘ des bundesweiten Wettbewerbs des Bundesforschungsministeriums „Gesundheitsregionen“

der Zukunft“. Bei den Arbeiten dieser Gesundheitsregionen spielen auch Fragen der Integration von Vorsorge-, Akut-, Rehabilitationsmedizin und Nachsorge eine Rolle.¹⁵

Beim Wettbewerb der Nordrhein-Westfälischen Landesregierung zur Förderung und Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in diesem Bundesland kommt ein Projekt „Brückenschläge“ zum Zuge, das sich mit neuen Wegen der Kooperation und Arbeitsteilung zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin befassen will. Dabei soll es auch darum gehen, neue Konzepte der Nachsorge zu entwickeln und zu erproben. Bei dem Projekt werden Akteure aus zwei Gesundheitsregionen mitmachen: Ostwestfalen-Lippe wird vor allem seine Kompetenzen in der stationären Reha einbringen, vom Ruhrgebiet werden Beiträge zur Akutmedizin erwartet. Das Projekt stößt bei einigen großen Kostenträgern auf hohes Interesse.

4.5 Gesundheitstourismus

Rahmenbedingungen

Das Interesse an gesundheitstouristischen Angeboten ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Immer mehr Menschen möchten in ihrem Urlaub etwas für ihre Gesundheit tun oder einen speziellen „Gesundheitsurlaub“ buchen. Waren laut einer Umfrage des Instituts für Freizeitwirtschaft 2002 etwa 8,4% der Bevölkerung über 20 Jahren an einem Gesundheitsurlaub¹⁶ sehr interessiert, sind es im Jahr 2007 bereits 10,9% der Bevölkerung über 20 Jahren (Institut für Freizeitwirtschaft 2008: 8). Mehr als die Hälfte dieser Personen haben bereits einen Gesundheitsurlaub gemacht und sind weiterhin an dieser Urlaubsform interessiert. Hochgerechnet ergibt sich laut dieser Befragung ein Nachfragepotenzial von etwa 7,2 Mio. Menschen, die an einem Gesundheitsurlaub interessiert sind (ebenda: 6). Die Gesundheitsausgaben für den Gesundheitstourismus betragen 3,3 Mrd. Euro (ebenda: 407). Die einzelnen Urlaubsformen unterscheiden sich dabei hinsichtlich der Dauer und der Häufigkeit. Während für Health-Care-Urlaube¹⁷ durchaus ein Großteil zwei oder sogar drei Wochen einplant, werden Medical-Wellness-Urlaube¹⁸ zwar häufiger im Jahr, aber dafür kürzer, drei bis vier Tage oder eine Woche, geplant. Deutschland ist als Reisedestination für einen Gesundheitsurlaub das am häufigsten genannte Land. Laut der Reiseanalyse 2005 des Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen liegen die beliebtesten Gesundheitstourismusdestinationen innerhalb Deutschlands für Gesundheitsurlaubsreisen mit weitem Abstand an vorderster Stelle in Bayern (20,5%), gefolgt von Niedersachsen (6,6%), Mecklenburg-Vorpommern (5,7%) und Schleswig-Holstein (5,5%) (Lohmann/Winkler 2005: 17).

¹⁵ Zur Bäderlandschaft Bayerische Rhön siehe: de.wikipedia.org/wiki/Bäderland_Bayerische_Rhön; zum Auftritt dieser Region beim Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ siehe: www.klinik.uni-wuerzburg.de/deutsch/Aktuelles/gesundheitsregionwurzburgbderlandbayerischerhn/content.html.

¹⁶ Gesundheitsurlaub ist hier definiert als Health-Care-Urlaub (Kuren, Anwendungen...), Anti-Aging-Urlaub, Medical-Wellness-Urlaub und Beauty-Urlaub.

¹⁷ Health-Care-Urlaub ist hier definiert als „Urlaub mit Kuren, Anwendungen und Behandlungen zur Vorbeugung, Linderung oder Beseitigung bestimmter gesundheitlicher Probleme“ (Institut für Freizeitwirtschaft, 2008: 2).

¹⁸ Unter einem Medical Wellnes-Urlaub wird „ein Konsequentes Programm der Gesundheitsprophylaxe unter ärztlicher Aufsicht im Rahmen eines komfortablen Wellness-Urlaubes“ verstanden (Institut für Freizeitwirtschaft, 2008: 2)

Auch in Zukunft wird mit einem weiteren Anstieg von Interessierten des Gesundheitstourismus ausgegangen. Das Institut für Freizeitwirtschaft prognostiziert ein Wachstum von Gesundheitsurlaubinteressierten von fast 10% bis zum Jahr 2020. Etwa 40% der über 15 Jährigen sind dann an einem Gesundheitsurlaub interessiert (Institut für Freizeitwirtschaft 2008: 390). Besonders hohe Zuwächse werden dabei im Bereich der Medical-Wellnessreisen gesehen. Das Marktvolumen würde laut dieser Prognose bis 2020 um 79% auf dann 5,9 Mrd. Euro steigen (ebenda: 407).

Situation in Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein hat im Bereich Gesundheitstourismus hervorragende Voraussetzungen. Als „Land zwischen den Meeren“ kann Schleswig-Holstein als einziges Bundesland sowohl die klimatischen Bedingungen der Nord- als auch der Ostsee anbieten. Zwischen den Küsten bieten sich den Besuchern zudem attraktive Landschaften im Binnenland.

Von diesen Potenzialen in Zukunft besser profitieren zu können und sich im Wettbewerb besser zu behaupten, ist das Ziel eines Leitprojektes der Gesundheitsinitiative in Zusammenarbeit mit dem Heilbäderverband Schleswig-Holstein e.V.. Im ersten Schritt haben medizinische und touristische Expertinnen und Experten Qualitätskriterien für gesundheitstouristische Angebote im Bereich der Prävention erarbeitet, die in einem Qualitätshandbuch veröffentlicht wurden. Aus der Zusammenarbeit ist der Verein „Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus“ entstanden, der sich im Mai 2008 gegründet hat und dem Kurorte und touristische Anbieter, aber auch medizinische Leistungserbringer wie Kliniken als Mitglieder angehören. Das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus „hat den Zweck, die Qualität und die Vermarktung des Gesundheitstourismus insbesondere unter Nutzung von präventivmedizinischer Angebotsschwerpunkte zu verbessern“ (Flyer Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus Schleswig-Holstein). Zur Herausbildung eines spezifischen Alleinstellungsmerkmals und speziellen Profils wird das Kompetenzzentrum als Schnittstelle zwischen Medizin und Tourismus die Aufgaben Produktentwicklung und Qualitätssicherung, Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beteiligter Institutionen und Unternehmen übernehmen. Darüber hinaus berät es die Anbieter beim Marketing und Vertrieb. Das Kompetenzzentrum soll sich zur zentralen Ansprech- und Koordinationsstelle für den Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein entwickeln.

Damit dient das Zentrum als interdisziplinärer Netzwerkakteur, das auch helfen möchte, die beiden bisher eher getrennten Bereiche Tourismus und Gesundheit mit ihrem traditionell anderen Grundverständnis und auch Berührungspunkten – auf der einen Seite der Heilung von kranken Menschen und auf der anderen Seite Urlaubsangebote für gesunde Menschen – zusammenzuführen. Als Beispiel kann hier der Bereich der Rehabilitation genannt werden, denn noch viel zu wenige Anbieter aus dem Rehabereich öffnen sich für den Bereich der Privatzahler und bieten einen medizinisch fundierten Wohlfühlurlaub an.

Ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung ist bereits mit dem Erscheinen des Qualitätshandbuchs „Präventionsorientierter Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein“ geleistet worden. Es enthält Qualitätsstandards für spezielle gesundheitstouristische Angebote und dient somit den Anbietern touristischer und medizinischer Leistungen als Leitfaden und „Checkliste“, um die Qualität der Produkte sicherzustellen (Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus: 2008) und sich dann ggf. zertifizieren zu lassen. Zur Sicherstellung der Qualität und für eine langfristige Kundenbindung wird im Qualitätshandbuch auch als eine wichtige Komponente die bisher mangelnde Kooperation mit Vor- und Nachversorgern aus den Heimatregionen gesucht.

Mit dem Aufbau des Kompetenzzentrums für Gesundheitstourismus ist ein wichtiger Meilenstein für die Qualitätssteigerung, die Profilierung und die systematische Vernetzung von Aktivitäten im Gesundheitstourismus im Land gesetzt worden. Da das Zentrum gerade erst seine Arbeit aufgenommen hat, ist eine Bewertung noch nicht möglich. Die Fokussierung auf den medizinisch hochwertigen Gesundheitstourismus erscheint notwendig und sinnvoll, um zunächst eine spezielle Profilierung des Landes zu erzielen und sich damit im bundesweiten Wettbewerb zu positionieren.

Handlungsempfehlungen

Insgesamt ist zu konstatieren, dass Schleswig-Holstein mit der Errichtung des Kompetenzfeldes einen wichtigen Schritt gegangen ist und diese Richtung aktiv weiterverfolgen sollte.

Mit der Ausrichtung auf hochwertige Präventionsangebote sollte Schleswig-Holstein dabei auch versuchen, Besucher aus den skandinavischen Ländern anzuwerben. Zum einen stellen die Skandinavier – und hier die Dänen mit weitem Abstand – die größte Besuchergruppe aus dem Ausland, zum anderen sind die Angebote im Bereich Kur, Rehabilitation und Wohlfühlurlaube in diesen Ländern nicht sehr weit verbreitet.

Für die längerfristige Zukunft sollte jedoch darüber nachgedacht werden, inwiefern auch niedrigschwellige Angebote mit in den Blickpunkt gezogen werden können. Die alleinige Ausrichtung nur auf hochwertige Produkte ist für die Profilbildung im Bereich Prävention sinnvoll, in einem weiteren Schritt nach der Aufbauphase könnte das Kompetenzzentrum aber auch weitere gesundheitstouristische Angebote zu seinem Themenfeld machen.

4.6 Medizintechnik und Life Science

Rahmenbedingungen

Kennzeichnend für die Medizintechnikbranche in Deutschland insgesamt sind eine klein- und mittelständisch geprägte Struktur, ein überdurchschnittliche Wachstumsdynamik, eine hohe Forschungsintensität, kurze Innovationszyklen und gute Zukunftsaussichten. Dies schlägt

sich sowohl in einem hohen Anteil hochqualifizierter Mitarbeiter als auch in hohen F&E Investitionen nieder, die mit 8% Umsatzanteil fast doppelt so hoch liegen wie im Durchschnitt der Industrie. Es sind – für Gesamtdeutschland gesehen – vor allem die Großunternehmen die besonders in der Forschung und Entwicklung aktiv sind. In den Unternehmen unter 100 Beschäftigten liegt die Forschungsaktivität dagegen geringfügig unter dem Industriedurchschnitt (BMBF 2005a: 5).

Medizintechnik und Life Science können als zwei der wichtigsten Zukunftsbranchen für den Standort Deutschland betrachtet werden. Die Innovationsdynamik und Forschungsintensität im Bereich der Life Sciences erschweren zwar langfristige Vorhersagen über den Erfolg neuer Entwicklungen in der Medizintechnik, allerdings sind einige Trends absehbar. So kommt eine Studie des Aachener Kompetenzzentrums Medizintechnik und der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik (BMBF 2005a) zu dem Ergebnis, dass die folgenden Technologiebereiche richtungweisend für die zukünftigen Entwicklungen in der Medizintechnik sein werden: Zell- und Biotechnologie, medizinische Informationstechnologie, Mikrosystemtechnik und Nanotechnologie. Diese Technologien bieten den Schlüssel zu den wichtigsten Zukunftstrends: Computerisierung, Miniaturisierung und Molekularisierung. Zudem wird eine deutliche Zunahme der Bedeutung von Kooperationsmodellen zwischen Krankenhäusern und Medizintechnikunternehmen erwartet. Als besonders bedeutend werden die Ausrichtung auf nachfrageorientierte Innovationen für die Gesundheitsversorgung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur integrierten Problemlösung eingeschätzt (ebenda).

Situation in Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein ist in der Medizintechnik und in der pharmazeutischen Industrie ein überdurchschnittlich starkes Bundesland. Dies wurde in Kapitel 3 deutlich, wo die Lage und Dynamik der schleswig-holsteinischen Gesundheitsbranche mit Hilfe der amtlichen Statistik aufgezeigt wurde. Die amtliche Statistik¹⁹ jedoch beinhaltet nur Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten und führt so für die Medizintechnik 60 Betriebe auf (Stand 2006). Hinzu kommen Abgrenzungsprobleme. Werden auch kleinere Unternehmen sowie branchenbezogene Zulieferer- und Dienstleistungsunternehmen miteinbezogen, wie es in der „Machbarkeitsstudie für einen Medizintechnik-Campus“ (vgl. Bochmann u. a. 2003) erfolgte, so können 200 Unternehmen in Schleswig-Holstein dieser Branche zugeordnet werden. Bei der pharmazeutischen Industrie weist die amtliche Statistik 22 Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten aus, insgesamt sind aber auch in dieser Branche mehr Unternehmen tätig, da 54 Arzneimittel produzierende Unternehmen über eine Herstellungserlaubnis gem. § 13 Arzneimittelgesetz verfügen (Landtag Schleswig-Holstein 2008: 117). Der Biotechnologie können mittlerweile insgesamt etwa 90 Unternehmen zugewiesen werden, der Großteil davon dem Bereich der Biomedizin, denn das Land Schleswig-Holstein hat in den letzten Jahren kontinuierlich

¹⁹ In der betreffenden Position WZ 33.1 werden u.a. die Herstellung von Rollstühlen, Verbandsmaterialien, oder augenoptischen Erzeugnissen nicht erfasst. Dagegen enthält die Definition der Landesregierung zudem Betriebe unter 20 Beschäftigten und branchenbezogene Zuliefer- und Randbereiche. Siehe auch: Landtag Schleswig-Holstein 2008: 105 ff.

an der Entwicklung der Biotechnologie und der Förderung entsprechender Rahmenbedingungen gearbeitet (www.biotechnologie.de).

Die schleswig-holsteinische Medizintechnikbranche ist auch im bundesweiten Vergleich gut positioniert. So rangiert sie für das Jahr 2006 mit einem Umsatzanteil von 9,53 % an der gesamten deutschen Medizintechnik an vierter und einem Beschäftigungsanteil von 5,83 % (5.358 Beschäftigte) an fünfter Stelle der Bundesländer (vgl. Bräuninger/Wohlers 2008: 13ff).

Die schleswig-holsteinischen klein- und mittelständischen Unternehmen weisen hinsichtlich ihrer Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten eine positive Besonderheit auf. Ihre Innovationsaktivitäten liegen den Ergebnissen der Arbeitgeberbefragung im Rahmen des „IAB Betriebspanels“ zufolge deutlich über dem Bundesdurchschnitt in dieser Betriebsgrößenklasse. „Bei der Produkt-Weiterentwicklung bestätigt die Befragung, dass positive Antworten mit steigender Betriebsgröße zunehmen. Dies hätte für Schleswig-Holstein aufgrund der eher kleinbetrieblichen Struktur eigentlich einen Innovationsrückstand gegenüber dem Bundesgebiet West erwarten lassen. Tatsächlich war die Innovationsaktivität gerade kleiner Betriebe (bis 50 Beschäftigte) in Schleswig-Holstein aber deutlich größer als im Bundesgebiet West.“ (Herrmann 2007: XII)

Schleswig-Holstein ist in den oben genannten Zukunftsbereichen gut aufgestellt (s. a. Kap. 4.10). Auf Forschungsseite mit einem Schwerpunkt im Bereich der medizinischen Informatik (Universität zu Lübeck), dem interdisziplinären Zentrum für molekulare Biowissenschaften (CAU zu Kiel), dem Forschungszentrum Borstel (FZB), dem Fraunhofer-Institut für Biomedizinische Technik (IBMT) mit seiner Einrichtung für maritime Biotechnologien am Standort in Lübeck, dem GKSS-Forschungszentrum der Helmholtz-Gemeinschaft in Geesthacht und dem Fraunhofer Institut für Siliziumtechnologie (ISIT) in Itzehoe und der von der technischen Fakultät der CAU Kiel koordinierten Norddeutschen Initiative für Nanomaterialien, sowie dem Zentrum für Marine Wirkstoffe (KiWiZ) am Leibniz-Institut für Meereswissenschaften (IFM-GEOMAR) in Kiel, die große Bereiche der oben genannten Schlüsseltechnologien abdecken. Bezogen auf die industrielle Bildverarbeitung ist auch die Fachhochschule Westküste in Heide (s. a. Kap. 4.10) zu nennen; die dortige Klinik und die FH Flensburg sowie die „medRegio Lübeck Kompetenzzentrum eHealth GmbH“ stehen für die Entwicklung und Erprobung von E-health Anwendungen (s. a. Kap. 4.7).

Auf Unternehmensseite sind mit der Dräger Medical AG, der Möller-Wedel GmbH, Ethicon (GmbH, Endo-Surgery, Surgical Institute), die Astra Zeneca GmbH, Almirall Hermal GmbH u.a. bedeutende Medizintechnik- und Pharmazieunternehmen in Schleswig-Holstein vertreten. Hinzu kommen Unternehmen und Einrichtungen aus den Bereichen Biotechnologie und Biomedizin, die mit für die Gesundheitswirtschaft besonders relevanten Schwerpunkten der „Roten Biotechnologie“ (Medizin/Pharma) wie

- Transplantationsmedizin
- Onkologie und Tumorforschung
- Entzündung und Abwehr

- Molekulare Medizin (Diagnostik, Therapie) (vgl. BMBF 2005: BioRegionen in Deutschland)

ebenfalls in Schleswig-Holstein vertreten sind.

In der schleswig-holsteinischen Medizintechnik lassen sich Ansätze für Schwerpunkte in den folgenden Bereichen erkennen: Produkte und Anwendungen rund um das Thema Operieren (OP-Technik, Chirurgiebedarf), Implantatentwicklung, Intensivmedizin sowie Techniken, bei denen es um die Gewinnung und Verarbeitung von Bildern geht (vgl. Landtag Schleswig-Holstein 2008: 109).

Geografisch lässt sich ein eindeutiges Cluster auf der Achse Lübeck – Hamburg verorten. Die Zusammenarbeit mit Hamburg und die Entwicklung der Beziehungen im Sinne eines norddeutschen Medizintechnikclusters und Life Sciences Clusters sind für Schleswig-Holstein aus mehreren Gründen sinnvoll. Inhaltlich ist der Schulterschluss an vielen Stellen bereits vollzogen, z.B. durch die länderübergreifende Marketing- und Servicegesellschaft „Norgenta –Norddeutsche Life Science Agentur GmbH“. Ökonomisch profitiert Schleswig-Holstein durch das Wachstum im durch die A 1, A 21 und A 24 gut angebundenen erweiterten „Hamburger Speckgürtel“ und der durch die A 23 angebundenen Region Norderelbe. Die Beziehung zu Hamburg ist unter wirtschafts- und ansiedlungspolitischen Aspekten als komplementär und als Wachstumstreiber zu sehen. Auch verkehrstechnisch ist Hamburg der entscheidende Knotenpunkt und Umschlagplatz für Schleswig-Holstein sowohl in Flug- als auch im Straßenverkehr und somit von großer Bedeutung für die stark exportorientierten Medizintechnikunternehmen. Letztlich bietet sich Hamburg aufgrund seiner internationalen Bekanntheit auch als Anknüpfungspunkt an, um die internationale Wahrnehmung zu stärken.

Die Rahmenbedingungen für einen strukturierten Austausch zwischen den wissenschaftlichen Einrichtungen und wirtschaftlichen Akteuren im Bereich der Medizintechnik wurden in den letzten Jahren verbessert; Grundlagen zur Stärkung des Medizintechnik Clusters Lübeck u. a. durch Förderung des „Kompetenznetzwerk Medizintechnik“ an der FH Lübeck sowie weiterer anwendungsorientierter Kompetenzzentren geschaffen.

Ein Beispiel für ein Projekt von bundesweiter Bedeutung bietet das Projekt FUSION (Future Environment for Gentle Liver Surgery Using Image-Guided Planning and Intra-Operative Navigation), das im Rahmen des BMBF Förderprogramms „Schonendes Operieren mit innovativer Technik“ (SOMIT) unter Beteiligung eines bundesweiten Konsortiums und Federführung der Klinik für Chirurgie des UK-SH, Campus Lübeck durchgeführt wird. Es steht für die Erprobung neuer Operationstechniken mit dem Ziel einer individualisierten Präzisionschirurgie für Weichgewebe. Das gesamte System soll in einem FUSION-OP in Lübeck zusammengeführt werden.

Ein weiteres herausragendes Beispiel der medizintechnischen Forschung und Entwicklung ist das länderübergreifende Projekt Molecular Imaging North (MOIN) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) und der Universität zu Lübeck zur Weiterentwicklung der molekularen Bildgebungsverfahren, das in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf gestartet wurde. Zudem ist in diesem Zusammenhang der neue interdisziplinäre Studiengang „Medizinische Ingenieurwissenschaft“ an der Universität zu Lübeck zu nennen, der auf bildgebende Verfahren ausgerichtet ist.

Für die Zukunft werden Potenziale zum Aufbau eines zweiten größer ausstrahlenden Medizintechnikstandortes in Kiel erwartet. Mit der für 2011/2012 vorgesehenen Inbetriebnahme des Nordeuropäischen Radioonkologischen Centrums Kiel (NRoCK) sollen die am UKSH in Kiel angesiedelten Schwerpunkte in der Onkologie und Tumorforschung weiter gestärkt und die Attraktivität für entsprechende Ansiedlungen aus vor- und nachgelagerten Bereichen erhöht werden. Die mit NRoCK verbundenen medizintechnischen Aspekte, Fragestellungen und Forschungsmöglichkeiten können die Entwicklung eines Medizintechnik-Clusters rund um Fragen der Onkologie und der Tumorforschung begünstigen. Notwendig dafür ist es, die Forschungs- und Entwicklungstätigkeit auszubauen und durch eine stärkere Vernetzung mit der einschlägigen Forschung die Bedeutung des Zentrums steigern. Zu Optimierung der FuE-Möglichkeiten, die sich mit diesem Zentrum ergeben, stellt die Einbindung in weiterreichende Forschungszusammenhänge und die Unterstützung entsprechender Kooperationen eine wichtige Aufgabenstellung dar.

Für das Thema Operieren werden vor allem die Entwicklung integrierter Lösungen und die Gestaltung von Schnittstellen (Maschine – Maschine als auch Mensch – Maschine) sowie die Bildverarbeitung als Zukunftsthemen angesehen. In diesen Feldern bieten sich viel versprechende Ansatzpunkte für eine weitere Stärkung des Feldes Medizintechnik, zu denen auch die institutionellen Akteure des Clustermanagements und der Netzwerkarbeit z.B. durch die Unterstützung und Anbahnung von Transferaktivitäten und Zusammenarbeit einen Beitrag leisten können. Das Konzept unter dem Oberbegriff Operieren hinsichtlich der Komponenten: Forschung und Entwicklung, Geräteerprobung, Simulation und Ausbildung weiter miteinander zu verzahnen, bietet eine große Chance zur inhaltlichen Profilierung des Medizintechnikstandortes Schleswig-Holstein. In diesem Zusammenhang kommen dem Leitprojekt „Faszination Operieren“ der Gesundheitsinitiative, das auf den Aufbau eines OP-Forums zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Wirtschaft, medizinischen Leistungsträgern, Forschung und Lehre rund um das Thema Operieren sowie dem Projekt „Uni TransferKlinik Lübeck“, das auf den Aufbau einer durchgehenden Innovationskette im Bereich Medizintechnik und Life Science zielt, eine wesentliche Bedeutung zu.

Eine viel versprechende Initiative von Schleswig-Holstein im länderübergreifenden Life-Science-Cluster mit Hamburg (Life Science Nord) ist die Bewerbung in der laufenden zweiten Wettbewerbsrunde des Spitzencluster-Wettbewerbes des BMBF (Entscheidung fällt Anfang 2010). Bei dem von der Norgenta GmbH koordinierten Konsortium mit dem Namen IN SITU (Innovations for Soft Intervention Technologies Using Smart-Surgical Systems) werden die Stärken des Medizintechnik-Clusters in Life Science Nord vor allem im Bereich der OP-Technologien und der Bildverarbeitung gebündelt und auf den Themenkomplex "Scho-

nende Intervention" fokussiert. Der Spitzencluster wird von Norgenta Norddeutsche Life Science Agentur GmbH koordiniert.

Handlungsempfehlungen

Es ist unstrittig, dass die Zusammenarbeit zwischen Unternehmen, Anwendern, Wirtschaft und Wissenschaft die Zukunft der Medizintechnik und Life Sciences deutlich mitprägen wird. Mit der „Arbeitsgemeinschaft Medizintechnik“ (AGMT) existiert in Schleswig-Holstein ein etabliertes Forum, das den Austausch unterstützt und organisiert. Zudem gibt es regelmäßige Fachveranstaltungen, wie z.B. die Veranstaltung „E-Health und Medizintechnik der Zukunft“ in Bad Segeberg.

Inhaltlich lassen sich für die Zukunft jedoch weitere Kooperationsnotwendigkeiten absehen, da von den Anwendern, vor allem von den Kliniken, zunehmend Problemlösungen nachgefragt werden und keine singulären Technologien. In der Verbesserung des Schnittstellenproblems, d.h. des reibungslosen Zusammenspiels verschiedener eingesetzter Geräte, der Angleichung und Vereinfachung von Nutzeroberflächen zur Bedienung sowie einer vergleichbaren Steuerungslogik, werden die größten Optimierungsbedarfe medizinischer Hochtechnologie gesehen. Diesen Forderungen kann nur entsprochen werden, wenn die Entwickler und Hersteller sich frühzeitig abstimmen, Standards für eine gemeinschaftliche Systemlösung zu definieren. Hier bietet die relativ heterogene Produktstruktur der schleswig-holsteinischen Medizintechnikunternehmen sogar Vorteile zur Anbahnung vertikaler Kooperationen und gemeinsamer Arbeiten an praxisrelevanten Lösungsmöglichkeiten. Die Entwicklung von Systemlösungen stellt die Beteiligten aber nicht nur vor fachliche Herausforderungen im engeren Sinne, sondern wirft eine ganze Reihe weiterer Fragen und Probleme auf. So werden neue Anforderungen an das Qualitätsmanagement gestellt, Haftungsfragen müssen geklärt, Verwertungsrechte verhandelt und Servicefragen geklärt werden. Vor allem die Frage der Produkthaftung ist ein Punkt, an dem auch der Gesetzgeber unterstützend eingreifen muss, um Rechtssicherheit zu schaffen. Darüber hinaus kann die Entwicklung von Systemlösungen insgesamt dadurch unterstützt und vorangetrieben werden, dass Entwicklungspartner identifiziert, bei der Kontakthanbahnung unterstützt und ggf. bei den notwendigen Abstimmungsprozessen durch eine neutrale Instanz beraten und moderiert werden. Wie das geschehen soll, muss unter den verschiedenen jetzt aktiven Einrichtungen bald möglichst geklärt werden.

Unter dem Ansiedlungsaspekt gilt es, die Unterstützung für Existenzgründungen im medizintechnischen Bereich weiter zu verbessern, da Gründer und junge Unternehmen aufgrund ihrer geringen Finanzbasis trotz bzw. gerade wegen ihrer innovativen Produkte oft an der Verfahrensdauer und den verwaltungstechnischen Hürden der Zulassung von Medizinprodukten scheitern. Mit dem „Kompetenznetzwerk Medizintechnik“ ist eine Struktur geschaffen worden, die junge Unternehmen aus der Medizintechnik bei ihrem Weg in den Markt unterstützen soll. Landesweit nehmen Norgenta, WTSH und die Patentverwertungsagentur Schleswig-Holstein einen Teil der notwendigen Unterstützungsfunktion wahr (vgl. WTSH

Medizintechnik o.J., Landtag Schleswig-Holstein 2008: 11). Ausbau und Verstetigung der Unterstützungsmöglichkeiten junger Unternehmen bei wesentlichen Punkten der Zulassung z.B. die Optimierung der Abläufe bei der klinischen Prüfung, Fragen der Zulassung in anderen Nationen und vor allem die Überbrückungsfinanzierung während des laufenden Zulassungsverfahrens, könnten in public-private partnership Lösungen liegen.

Zur Förderung der Entwicklung der in Schleswig-Holstein - sowohl in der Wissenschaft als auch bei den Unternehmen - gut aufgestellten Medizintechnik ist es notwendig, die Verbindung zu Hamburg, wie sie mit der Etablierung der Norgenta bereits auf einen guten Weg gebracht wurde, weiter zu unterstützen und voran zu treiben, die regionalen Schwerpunkte gezielt weiter zu entwickeln und die Rahmenbedingungen für einen strukturierten interregionalen Austausch zu verbessern. Weitere Anregungen für die Unterstützung von Gründungsinteressierten und zur Förderung von Neugründungen im forschungsintensiven Bereich kann auch der Businessplanwettbewerb „Startbahn MedEcon-Ruhr“ (s. a. Kap. 4.10) liefern. Die Unterstützung von Neugründern und jungen Unternehmen in den Bereichen Businessaufbau, Rechts- und Zulassungsfragen, Organisation, Kapitalbeschaffung und Exportförderung sowie ein Businessplanwettbewerb zur Förderung des Gründungsgeschehens sollte in einer Einrichtung zusammengefasst werden. Träger können die bereits o.a. Akteure sein, die sich vor allem als Know-how Träger einbringen.

Ein mögliches Projekt im Bereich der Medizintechnik wäre „Transparenz in der Medizintechnik“. Oftmals kennen die regionalen Akteure nicht alle Medizintechnikunternehmen vor Ort und nutzen nur die ihnen bekannten Zulieferstrukturen. Die Folge sind Zulieferungen aus dem gesamten Bundesgebiet oder dem Ausland. Eine entsprechende Transparenzinitiative könnte für eine erhöhte Bekanntheit regionaler Unternehmen führen. Mit Hilfe einer gezielten Informationsweitergabe an Wirtschaftsförderungen, Kammern und regionale Netzwerke könnte hier Abhilfe geschaffen und für engere intersektorale (Zuliefer-) Beziehungen in der Region sorgen. Die Unternehmen und Beschäftigten vor Ort können so am Wachstumsmarkt Gesundheitswirtschaft partizipieren, die Qualität kann durch regionale Zusammenarbeit zwischen Zulieferern, Entwicklern und Produzenten gesteigert und das Gesamtentwicklungspotenzial durch den Austausch erhöht werden. Zudem sind positive Auswirkungen auf die Sicherung der Schleswig-Holsteinischen Industriearbeitsplätze zu erwarten. Erste Ansprechpartner für den Aufbau einer solche Transparenzinitiative sind die bereits o.a. Akteure Norgenta und AGMT, für die Umsetzung ist die enge Kooperation mit IHKn und Handwerkskammern sowie den Wirtschaftsförderungseinrichtungen vor Ort notwendig.

4.7 Telematik

Rahmenbedingungen

Eine gelungene Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien kann die Leistungsfähigkeit in der Gesundheitswirtschaft positiv beeinflussen. In den letzten Jahren wurde deutlich, dass die Qualität, die Effizienz sowie die Innovationsfähigkeit bei den allermeisten gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen von einer erfolgreichen Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien erheblich profitieren können.

Dabei sind die möglichen telematischen Anwendungen vielfältig und reichen von der Modernisierung der Verwaltungsabläufe in und zwischen Gesundheitseinrichtungen über telematische Anwendungen (Tele-health-monitoring und Tele-Treatment) bis hin zu neuen, technikbasierten Formen der Unterstützung des zuhause Lebens im Alter (ambient assisted living) (Heinze/Hilbert 2007: 7).

Mit einem Volumen von derzeit neun Mrd. \$ in Westeuropa nimmt der Markt Gesundheitstelematik schon heute große Ausmaße an. In Zukunft wird die Bedeutung noch weiter zunehmen, der Gesamtmarkt könnte Prognosen zufolge auf zwölf Mrd. \$ in 2011 wachsen. Die größte Wachstumsdynamik wird dabei bei der Software liegen, aber auch im Home-Care-Bereich wird mit einem Anstieg von 4,1 Mrd. US-\$ in 2006 auf 5,7 Mrd. \$ in 2011 gerechnet (Health Industry Insight 2007).

Derzeit ist der Fokus deutschlandweit besonders auf die Bereiche der Entwicklung der Gesundheitskarte und der elektronischen Patientenakte gesetzt, also primär auf Verwaltungsbezogene Anwendungen, die aber auch für die Erhöhung der Qualität und Effizienz eine wichtige Voraussetzung sind. Diese Anwendungen werden auch als eine zentrale Voraussetzung dafür gesehen, dass das Zusammenspiel der verschiedenen Gesundheitsanbieter in den neuen, integrierten Versorgungsformen gut funktioniert.

Situation in Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein spielt im Bereich der Telematik im Gesundheitswesen schon seit langem eine wichtige und führende Rolle, und zwar sowohl im Bereich der Forschung und Lehre als auch in der Wirtschaft. Dieses Engagement zielt zum einen darauf, die Vorteile der neuen Techniken frühzeitig für mehr Qualität und Effizienz bei den Gesundheitsdienstleistungen in Schleswig-Holstein zu nutzen. Darüber hinaus will die Landesregierung mit dem Einsatz neuer Technologien schleswig-holsteinischen Anbietern einen technologischen Vorsprung verschaffen. Davon profitiert dann auch der Wirtschafts- und Technologiestandort Schleswig-Holstein. Einer der Meilensteine und Erfolge dieser Arbeit ist, dass Flensburg als Testregion an der bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mitwirkt und als erste Testregion im Dezember 2006 mit der Ausgabe der Karten an Versicherte begonnen wurde.

„Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist das bisher größte Projekt in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Insgesamt sollen rund 80 Millionen Versicherte mit den neuen Karten ausgestattet und Arztpraxen, Krankenhäuser, Krankenkassen und Apotheken elektronisch vernetzt werden. Damit die eGK in Zukunft fehlerfrei funktioniert, werden u. a. in Flensburg umfangreiche Tests durchgeführt. Dort hatten sich 25 Ärzte, 15 Apotheken, zwei Krankenhäuser und bis zu 10.000 Versicherte bereit erklärt, an dem Test teilzunehmen.“ (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Presseerklärung vom 10.4.2008)

Regional sind die wichtigsten Akteure in Flensburg sowie Lübeck zu verorten. Flensburg hat bereits eine lange Tradition als Innovationsregion für Telematik im Gesundheitswesen und hat wichtige Projekte und Entwicklungen angestoßen. Die Entscheidung auf der Bundesebene Flensburg als Testregion auszuwählen, resultierte aus dem Leitprojekt „Gesundheitskarte Schleswig-Holstein“, welches bereits seit 2002 von dem Diakonissenkrankenhaus Flensburg und dem Ärztenetzwerk mit Förderung der Landesregierung umgesetzt wurde. In diesem Vorläuferprojekt wurde ein funktionierender Prototyp mit weitreichenden Funktionalitäten entwickelt und getestet. Die damit gewonnenen Erfahrungen flossen und fließen in die bundesweite Entwicklung gerade in Richtung Praxistauglichkeit und Anwenderfreundlichkeit ein. Mit dem Masterstudiengang ehealth bietet die Fachhochschule Flensburg ein bundesweit einmaliges Lehrangebot an. Zusätzlich werden hier durch Forschungsarbeiten und Projekte wichtige Impulse für die Weiterentwicklung telematischer Anwendungen gesetzt. Ein wegweisendes Projekt auch für die Weiterentwicklung telematischer Anwendungen ist das vom BMBF im Rahmen des Wettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“ prämierte und von der FH Flensburg (Prof. Trill) koordinierte Projekt „Gesundheitsregion NORD – Zukunftsorientierte Regionale Vernetzungsstrukturen für chronisch kranke Menschen“. Auch das zweite erfolgreiche Projekt Schleswig-Holsteins im BMBF-Wettbewerb, die „Traumatangente A1 zwischen Hamburg und Lübeck“ ist stark von der Telematik geprägt. Dies unterstreicht noch einmal, dass Schleswig-Holstein mittlerweile breitflächig von seinen Pionieraktivitäten zur Telematik im Gesundheitswesen profitiert. Ziel des genannten Projekts ist es, in der Region Hamburg – Lübeck die Versorgungsstruktur von Unfallverletzten durch neue Kooperationsstrukturen, der Entwicklung eines Telemedizinsystems sowie durch Standardisierung von Behandlungsabläufen zu verbessern. Initiator und Koordinator ist die Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen aus Kampen/Sylt und Großhansdorf.

Ein weiterer wichtiger Standort für Telematik im Gesundheitswesen ist Lübeck. Für die Weiterentwicklung des Branchenclusters ehealth gibt es seit 2004 in Lübeck die „medregio Lübeck – Kompetenzzentrum ehealth GmbH“. Ziel dieser „public-private-partnership“ aus Unternehmen, Institutionen und dem Land ist es, Dienstleistungen und Lösungen für die Gesundheitsbranche durch die Bündelung von Medizin und IT zu realisieren. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, die Partner aus den Bereichen der Forschung und Entwicklung sowie aus dem Vertrieb zu verknüpfen. Das Kompetenzzentrum unterstützt und berät Unternehmen, Kostenträger aber auch Leistungserbringer bei der Projektentwicklung sowie -

durchführung. So bietet medregio.health eine Integrationsplattform als ausgereifte Infrastruktur und ermöglicht so interessierten Leistungserbringern den reibungslosen Austausch wichtiger medizinischer und gesundheitsbezogener Informationen.

Der Fachbereich Informatik der Universität zu Lübeck bietet in seinem Studium einen Schwerpunkt Medizininformatik an. Zudem gibt es dort das Institut für Telematik, welches unter anderem auch im Bereich des Gesundheitswesens forscht.

Teleradiologische Konsultationsmöglichkeiten werden von Flensburg aus u. a. auf Sylt, in Niebüll Husum und in Schleswig angeboten. Auch von Seiten des UKSH werden teleradiologische Angebote gemacht, u. a. für die Zweitbefundung.

Zahlreiche Krankenhäuser in Schleswig-Holstein nutzen die Telemedizin zur Ausweitung der Kooperation untereinander (Stichwort telemedizinische Verbundstrukturen) und zur besseren Vernetzung mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Ein weiteres wichtiges Projekt war das EU-Projekt „ehealth for Regions“, in dem 17 Partner aus sieben Ländern des Osteseeraums zusammenarbeiten. Die AOK Schleswig-Holstein hat das Projekt koordiniert. Beteiligt waren von deutscher Seite zudem das Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein, die DIAKO Flensburg sowie der Kreis Segeberg. Ziel des Projektes war es, Kooperationsfelder für telemedizinische Anwendungen zu identifizieren. Nach der dreijährigen Projektphase wurde im Mai 2007 in Stockholm das Netzwerk ehealth for Regions mit den Partnerländern Dänemark, Deutschland, Finnland, Litauen, Polen und Schweden gegründet, um die gemeinsam erfolgreich begonnenen Aktivitäten weiter fortzuführen.

Ein neues Interreg IVa-Projekt zur Brustgesundheit (in Zusammenarbeit mit der Region Syd-danmark) ist bereits bewilligt worden und Anfang November 2008 gestartet.

Handlungsempfehlungen

In der Gesamtschau zeichnet sich beim Thema Telematik im Gesundheitswesen für Schleswig-Holstein ein viel versprechendes Bild ab. Schleswig-Holstein hat sich hier frühzeitig engagiert, eine bundesweit beachtete Vorreiterrolle erreicht und im Land selbst wird an vielen Stellen an der offensiven Nutzung der neuen Möglichkeiten gearbeitet. Im Hinblick auf zukünftige Gestaltungsaktivitäten zeichnen sich insbesondere drei Bereiche ab:

- Die bisherigen Anwendungen werden weitgehend isoliert durchgeführt. In Zukunft sollten die verschiedenen Ressourcen und Kompetenzen besser miteinander koordiniert und verzahnt werden. Soweit es sich um Projekte mit Landesbeteiligung handelt, kann die Abstimmung durch die Verankerung in den entsprechenden Förderrichtlinien gesteuert werden. Dort wo solche Steuerungsinstrumente nicht greifen, sollte die Kooperation durch Kommunikation, Moderation und die Schaffung geeigneter Austauschplattformen verbessert werden. Eine Art „Schnittstellen-Manager“ sollte sich um diese Aufgaben kümmern.

- Die gesundheitstelematischen Möglichkeiten sollten in Zukunft für unmittelbare Verbesserungen und Weiterentwicklungen der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen genutzt und weiterentwickelt werden. Wichtige Stichworte lauten hier Telehealthmonitoring, Teletreatment oder auch Assistenzsysteme für die Unterstützung des zu Hause Lebens im Alter. Zwar gibt es in diesen Gestaltungsfeldern in Schleswig-Holstein bereits jetzt interessante Aktivitäten, sie sollten aber zu einer klar konturierten Innovationsoffensive weiterentwickelt werden.
- Gesundheitstelematik kann dabei helfen, die Versorgung in ländlichen Räumen zu sichern und zu verbessern. Diese Möglichkeiten zu nutzen, ist insbesondere an der Westküste eine wichtige Aufgabe, denn hier ist abzusehen, dass verstärkte Bemühungen erforderlich sind, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen (vgl. dazu Kapitel 4.1).

Ein in diesem Zusammenhang interessantes Projektbeispiel ist das Projekt „disco“ – disease informations- und service online Greifswald – welches vom Bundesforschungsministerium gefördert wird. In diesem Projekt werden für die Region Nord-/Ostvorpommern telemedizinische Dienstleistungen von einem Health Care Centers 24 Stunden am Tag zur Verfügung gestellt. Auf Basis vernetzter Betreuungsstrukturen und rechnergestützter Beratungssysteme werden u. a. Informationen und Behandlungsempfehlungen zu chronischen Krankheiten zur Verfügung gestellt. So gibt es zum Beispiel einen Tele-Augendienst als webbasiertes telemetrisches System zur Gefäßanalyse der Mikrostrombahn, eine simultane telemedizinische Erfassung des Augeninnendrucks und des Blutdrucks, die modellhafte Entwicklung und Validierung eines Diabetes Service Center, Bildungszentrum Telematik zur Aufbereitung von Grund- und Fachinformationen, ein webbasiertes Informations- und Kommunikationszentrum für das Rheuma-Zentrum und ein regionales Neugeborenen-Screening Zentrum²⁰. Auch bei diesen Projekten geht es um die systematische Vernetzung von Gesundheitsakteuren gekoppelt mit dem Einsatz von Telematik.

Ein weiteres Beispiel, das zeigt, wie die neuen Möglichkeiten der Telemedizin für konkrete Verbesserungen in der Versorgung genutzt werden können, bietet die Freie Hansestadt Bremen. Dort hat man zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft ein Schwerpunkt „Gesundes Wohnen“ entwickelt. Neben der stationären Behandlung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Versorgung in Arztpraxen und Gesundheitszentren gewinnt „Das Zuhause als dritter Gesundheitsstandort“ immer mehr an Bedeutung. Vom Fitnessstudio um die Ecke, dem betreuten Wohnen mit Hausnotruf für ältere Menschen bis hin zur funkgesteuerten Kreislaufsüberwachung bei Herzpatienten – gesundheitsorientierte Wohnungsangebote gelten als Zukunftsmarkt.“ (Bremer Investitionsgesellschaft 2007) Erschlossen wird er u. a. dadurch, dass die Gesundheitstelematik zu einem integrierten und integrierenden Bestandteil neuer Gesundheitsdienstleistung wird.

Gemeinsame eHealth-Lösungen können durch effizientere Arbeitsabläufe und vordefinierte Prozesse, die sich an klinischen Pfaden orientieren, die Wirtschaftlichkeit der Partner erhö-

²⁰ Weitere Projekte sowie ausführliche Informationen finden sich unter <http://www.vernetztegesundheit.de>.

hen. Patientenkarrieren erleben immer noch Zeit- und Informationsverluste an den Schnittstellen und damit Qualitätseinbußen. Telemedizin-Lösungen müssen Patienten und Leistungserbringer unterstützen, bevor die elektronische Gesundheitskarte flächendeckend eingeführt werden kann.

Ein Projektvorschlag dazu kommt von der Parkklinik Manhagen. Der Vorschlag bezieht sich auf die Region Ahrensburg und den Kreis Stormarn. Ziel des Projektes ist der Aufbau von Zentren in der Augenheilkunde und Orthopädie/Unfallchirurgie. Über Telemedizin wird die ländliche Region Ahrensburg bzw. der Kreis Stormarn medizinisch an die Hochleistungsmedizin der Metropolen angebunden (Verfügbarkeit von Spezialisten und Notfallversorgung). Über die bereits vertraglich gesicherte Integrierte Versorgung in der Park-Klinik Manhagen könnten mit Hilfe der Telemedizin Kompetenzzentren in der Augenheilkunde (Netzhautchirurgie) und in der Orthopädie (Knie- und Schulterchirurgie) aufgebaut werden. Für die Zentrenbildung können niedergelassene Fachärzte und auch weitere Kliniken digitale Augenhintergrundbilder bzw. Arthroskopiebefunde an das Kompetenzzentrum senden, so dass keine zweiten Untersuchungen für die Patienten nötig sind. In den Zentren befunden Spezialisten der Universität bzw. die operierenden Augenärzte primär oder als Zweitmeinung Fragen bzw. seltene Erkrankungen und geben abgestimmte Vorschläge zur weiteren Behandlung. Weitere telemedizinische Lösungen entlang der Patientenkarriere könnten sein: Klinikeinweisung über Portal mit Patientendaten, Datenfernübertragung aus dem Rettungswagen, Teleradiologie, Telekonsultation, Neurologie und Innere Medizin, Anbindung stationärer und ambulanter Rehabilitation, ggf. sogar HomeReha. Diese Kooperation verbindet Leistungserbringer unterschiedlicher Trägerschaft, die im scharfen Wettbewerb um den Patienten stehen. Im Sinne der Trägervielfalt ist dies eine Alternative zu Übernahmemodellen und der (regionalen) Monopolstellung von Konzernen.

4.8 Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter

Rahmenbedingungen

Der demografische Wandel bringt nicht nur erhebliche Veränderungen und Wachstum in den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft mit sich, sondern eröffnet auch vielfältige weitere Marktchancen für Produkte und Dienstleistungen, die auf ältere Menschen zugeschnitten sind. Angebote zur Erhöhung der gesundheitlichen Lebensqualität bilden dabei einen großen Schwerpunkt. Insbesondere das Wohnen im Alter sowie verschiedene Freizeitmärkte, darunter vor allem Tourismus, werden als chancenreich eingeschätzt (Scharfenorth 2008, Cirkel et al. 2006). Gesundheitsförderliche Bedingungen im Alltag und auf Reisen sind für ältere Menschen von besonders hoher Bedeutung. Barrierefreiheit in der eigenen Wohnung und im öffentlichen Raum, die komfortable Gestaltung von Produkten und Dienstleistungen sowie die Berücksichtigung alterstypischer gesundheitlicher Bedürfnisse und Einschränkungen entscheiden über die Erschließung der Zielgruppe.

Mit der skizzierten Entwicklung sind Anforderungen an die Gestaltung der Lebensqualität verbunden, die weit über die Gesundheitsversorgung im engeren Sinne hinaus reichen. Erforderlich ist die übergreifende Zusammenarbeit. Die Wohnungswirtschaft und die touristischen Anbieter sind hierbei ebenso gefragt wie das Wohnungs- und Gesundheitshandwerk, die Anbieter der Gesundheitsversorgung ebenso wie Kommunen und weitere gemeinwesenorientierte Akteure.

Situation in Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein verfügt über gute Ausgangsbedingungen für die Entwicklung der gesundheitlichen Lebensqualität älterer Menschen und damit die Erschließung neuer Märkte. Die Lage des Landes zwischen den Meeren, traditionsreiche Urlaubsregionen und Kurbäderstandorte bieten eine geeignete Basis zum Ausbau von Tourismus-, Wellness- und Gesundheitsangeboten für Seniorinnen und Senioren. Außerdem wurden in Projekten und Initiativen bereits erhebliche Vorarbeiten geleistet, auf die für weitere Entwicklungen zurückgegriffen werden kann. Dazu gehören vor allem Aktivitäten in der Region K. E. R. N. - Kiel, Eckernförde, Rendsburg, Neumünster (Mensing/Fischer/Dittrich 2006).

Im Rahmen der durch den Verein Technologieregion K. E. R. N. koordinierten Aktivitäten im Projekt „Modellvorhaben der Raumordnung“ wurde eine umfangreiche Bestandsaufnahme der regionalen Situation geleistet, einschließlich der Befragung von Unternehmen und Bürgerinnen und Bürgern zum Thema. Außerdem wurden die wirtschaftlichen Akteure für die Chancen der Seniorenwirtschaft sensibilisiert. Darüber hinaus konnten einige innovative Entwicklungen angestoßen werden (z. B. die Gründung eines Fachhandels für seniorenfreundliche Produkte, die Entwicklung von Gruppenreiseangeboten für Ältere, Arbeiten an der Anpassung von Wohnwagenmodellen auf die gesundheitliche Situation älterer Menschen).

Zur Förderung der wohnortnahen Versorgung dient das Konzept der MarktTreffs. Sie dienen zur Sicherung der Grundversorgung auf dem Land und kombinieren Geschäfte mit Produkten und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, gastronomische, soziale sowie Kultur- und Freizeitangebote. Der MarktTreff in Beidenfleth im Kreis Dithmarschen hat seit Mitte 2008 außerdem einen GesundheitsTreff. Er umfasst eine DRK-Sozialstation, eine Physiotherapiepraxis und die Dependance einer Hausarztpraxis.

Die Ausweitung des MarktTreff-Konzeptes hinsichtlich der weiteren räumlichen Verbreitung und der Ergänzung um GesundheitsTreffs kann zu einer erheblichen Stärkung der wohnortnahen Versorgung beitragen und sollte vorangetrieben werden.

Bereits heute verbringen viele 56-75-jährigen ‚Best ager‘ ihren Haupturlaub in Schleswig-Holstein, insbesondere an den beiden Küsten. Dies schlägt sich mit auf diese Zielgruppe ausgerichteten Angebote auch im landesweiten Tourismus-Marketing nieder. Darüber hinaus gibt es auch spezifische Angebote für den Urlaub mit Pflegebedürftigen, z.B. von der Arbei-

terwohlfahrt auf Sylt. Als erfolgreich erprobtes Modell kann auch „Pflege & Urlaub“ gelten, das im Rahmen des EQUAL-Projektes STAGE entwickelt wurde. Das Angebot zielt darauf ab, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen individuell zugeschnittene Urlaubsmöglichkeiten in Ostholstein und an der Hohwachter Bucht zu vermitteln. Seit dem Beginn im April 2007 ist das Angebot laufend ausgebucht. Dabei arbeiten Pflegedienste, eine Seniorenresidenz, Gasthöfe, Hotels, Campingplätze, Transportunternehmen, Sanitätsfachhäuser etc. eng zusammen. Im Verlauf des ersten Jahres gab es rund 700 Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V./schiff-gmbh 2007).

Handlungsempfehlungen

Herausforderungen für die weitere Entwicklung von Angeboten für ältere Menschen, die deren gesundheitliche Lebensqualität fördern, liegen vor allem im Ausbau der Barrierefreiheit und der Quartiersgestaltung. Barrierefreiheit ist eine zentrale Bedingung für ein selbständiges Leben im Alter. Dabei sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen:

- die Barrierefreiheit im Wohn- bzw. Reiseumfeld, also auf Straßen, in öffentlichen Verkehrsmitteln und Gebäuden;
- die barrierefreie und gesundheitsförderliche Gestaltung des bestehenden Wohnraums;
- die Gestaltung neuer Wohnkonzepte und Bauten für das Wohnen im Alter.

Die Möglichkeiten in diesen Bereichen und damit sowohl die wirtschaftlichen Chancen als auch die positiven Effekte für die Lebensqualität älterer Menschen sind noch nicht ausgeschöpft. Insbesondere auch die Aktivierung der damit einhergehenden Innovationspotenziale im Handwerk sollte mit Hilfe geeigneter Sensibilisierungs- und Schulungsmaßnahmen weiter vorangetrieben werden. Mit Blick auf den Tourismus kann eine ‚barrierefreie Küste‘ die Attraktivität der Urlaubsregionen für ältere Menschen steigern. Zwar gibt es schon eine Reihe von Hotels und 45 Ferienbauernhöfe, die barrierefreie Unterkünfte anbieten und auch 13 barrierefreie Strandzugänge (www.sh-tourismus.de). Diese Ansätze sind aber noch ausbaufähig. Die Fachhochschule Westküste hat einen Leitfaden zur Gestaltung von Beherbergungsangeboten für ältere Reisende entwickelt, der diese Entwicklung unterstützt (Müller o. J.). Begonnen werden könnte ein Projekt „barrierefreie Küste“ mit der Identifizierung und engen Kooperation einer interessierten Gemeinde, touristischen Anbietern und Gesundheitsdienstleistern. Ein weiterer Ansatzpunkt besteht in der Nutzung und Weiterführung der im Rahmen des Equal-Projektes STAGE, dessen Ziel in der Entwicklung Schleswig-Holsteins als Kompetenzstandort seniorenfreundlicher Dienstleistungen und Gemeinden lag, gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen.

Ein weiteres Handlungsfeld ist die Sensibilisierung von IHK- und Handwerksunternehmen für Seniorenprodukte und -dienstleistungen. In den Schleswig-Holsteinischen Aktivitäten zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels ist bislang eine wichtige Komponente nur unzureichend berücksichtigt worden. Dabei handelt es sich um die IHK- und Handwerksunternehmen der lokalen Wirtschaft. Zur Sicherstellung einer selbständigen Lebensführung bis ins hohe Alter hinein ist die Anpassung der Wohnumgebung eine unab-

dingbare Voraussetzung. Aus diesem Grunde müssen die Themen Barrierefreiheit, Wohnraumanpassung und auch der Umgang mit älteren Kunden den Unternehmen nahe gebracht werden. Erste Ansprechpartner sind hier die Industrie- und Handels sowie die Handwerkskammern aber auch Unternehmen der Bau- und Wohnungswirtschaft. Des Weiteren könnten, z.B. in Kooperation mit der Wirtschaftsakademie Schleswig-Holstein, branchenspezifische Weiterbildungsangebote zum Thema Seniorenorientierung aufgebaut werden. Solche Angebote werden als Zertifikatskurs für den Bereich sozialer Dienstleister bereits durch das Deutsche Institut für Sozialwirtschaft (DISW) in Kiel durchgeführt.

4.9 Qualifizierung, Arbeitsgestaltung und Arbeitsbedingungen

Rahmenbedingungen

Personal ist in nahezu allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft eine Schlüsselressource. Dies gilt zum einen, weil die enge Verbindung zu den Patienten und Kunden dem Personal ein besonderes Maß an Empathie, Kommunikation, Präsenz etc. abverlangt. Zum anderen ist die Arbeit in großen Teilen der Gesundheitsbranchen dadurch gekennzeichnet, dass sich die Fachexpertise und die Organisation dynamisch weiter entwickeln. Vor diesem Hintergrund sind eine professionelle Organisations- und Personalentwicklung sowie eine klare Aus- und Weiterbildungsstrategie für die Leistungsfähigkeit von Gesundheitsanbietern von entscheidender Bedeutung (Evans/Scharfenorth 2008). Die Gesundheitsbranche hat mit Blick auf diese Gestaltungsfelder allerdings einen hohen Nachholbedarf (von Eiff/Stachel 2006).

Für die Zukunft der Arbeit in der Gesundheitsbranche bleibt diese Zurückhaltung bei Fragen der Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung nicht folgenlos: Das Interesse in Arzt- und Pflegeberufen zu arbeiten, ist in den letzten Jahren erheblich gesunken. So ist in den letzten 15 Jahren nicht nur die Zahl der Studierenden und Absolventen der Humanmedizin erheblich gesunken; es wollen auch immer weniger Absolventen in Deutschland im Arztberuf arbeiten (vgl. Deister 2008; Osenberg 2008). Und auch in der Pflege denkt jede fünfte Kraft ernsthaft darüber nach, den Beruf zu verlassen (Hasselhorn/Müller 2005).

Die wichtigsten Ursache für die skizzierten Probleme lassen sich wie folgt umreißen: starke emotionale Belastungen, ineffiziente Arbeitsabläufe, ständiger und hoher Zeitdruck, steigende administrative Anforderungen, unzureichende berufliche und finanzielle Perspektiven sowie erhebliche Einschränkungen in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Braun/Müller/Timm 2004; Hilbert/Evans 2006).

Lange Zeit sind die genannten Probleme von der Gesundheitsbranche weder hinreichend thematisiert noch engagiert bearbeitet worden. Seit ein paar Jahren wird jedoch immer deutlicher, dass mit neuen Konzepten reagiert werden muss, um die Gesundheitswirtschaft auf Zukunftskurs zu halten. Wichtige Eckpunkte für eine zukunftsfähige Strategie zum Thema Arbeit und Qualifizierung sind:

- Neue Berufe für neue Anforderungen.
- Neue Wege der Arbeitsorganisation und Zusammenarbeit einschließlich der Neuordnung ärztlicher und pflegerischer Aufgaben im Krankenhaus.
- Verbesserung der beruflichen und finanziellen Entwicklungsperspektiven.
- Verbesserte Ansprache potenzieller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Einwerben von Personal.

Situation in Schleswig-Holstein

Den Themen Qualifizierung, Arbeitsgestaltung und Arbeitsbedingungen wird in der Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holsteins zunehmende Aufmerksamkeit geschenkt. Insbesondere in den ländlichen Gebieten und im Bereich hoch qualifizierter Fachkräfte könnte sich die Personalfrage zur „Achillesferse“ der Zukunftsbranche Gesundheit entwickeln. Die Ausgangsbedingungen in Schleswig-Holstein bieten allerdings die Chance, den Herausforderungen aktiv und erfolgreich zu begegnen.

- Insgesamt wurden in Schleswig-Holstein im Schuljahr 2006/2007 in fachschulischen oder dualen Ausbildungsgängen mit Gesundheitsbezug mehr als 12.000 Menschen ausgebildet. Setzt man diese Zahl ins Verhältnis zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitsbranche, so ergibt sich eine Ausbildungsquote von mehr als 13%.²¹
- Die Universitäts- und Hochschullandschaft in Schleswig-Holstein ist stark durch gesundheitsbezogene Ausbildungsangebote geprägt. Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Medizinerausbildung am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein mit seinen Standorten in Kiel und in Lübeck. Derzeit studieren an den beiden Standorten insgesamt etwa 3.500 Studentinnen und Studenten. Damit werden etwa genauso viele Mediziner ausgebildet wie in Mecklenburg-Vorpommern, wo insgesamt 3.429 Humanmedizin studieren (Statistisches Bundesamt 2008). Die ausgebildeten Ärzte dazu zu motivieren, dauerhaft im Land zu bleiben und als Arzt zu praktizieren, wird eine der Zukunftsaufgaben sein.
- Schleswig-Holstein hat in den letzten Jahren innovativ und offensiv das Angebot an Studiengängen im Bereich der gesundheitsbezogenen „Life sciences“ und im Bereich des Managements von Gesundheitseinrichtungen ausgebaut. Die dabei entstandenen Studiengänge sind nicht nur inhaltlich und organisatorisch wegweisend, sondern stoßen auch überregional auf Aufmerksamkeit. Ein Beispiel ist etwa der Studiengang „Biomedical Engineering – Master of Science“, der von der Universität zu Lübeck und der Fachhochschule in Lübeck gemeinsam angeboten wird.
- Mit dem anvisierten universitären Institut für Forschung und Lehre in der Pflege in Lübeck, welches in das neu zu gründende Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung integriert werden soll, soll nicht nur im Bereich Pflege geforscht werden,

²¹ Berechnet auf der Basis der Landesregierung Schleswig Holstein 2008: 5, 131f. In Analysen zur Berufsbildung werden oft nur die Ausbildungsplätze im dualen System und die fachschulischen Ausbildungen nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) gezählt. Eine solche Zählweise unterschätzt das Ausbildungsengagement der Gesundheitswirtschaft aber sehr kräftig, da dort große Teile des Ausbildungsgeschehens jenseits des BBiG geregelt sind.

sondern durch einen gezielten Wissenstransfer sollen die erforschten Erkenntnisse auch schnell in der Praxis umgesetzt werden. Ziel ist es, einen Studiengang aufzubauen, der Studierenden zu einer „Advanced nursing practise“ befähigt, um die Qualität der Pflege maßgeblich zu steigern. Damit sind die Studiumsabsolventen in der Lage, in der Gemeinde oder auch im spezialisierten stationären Bereich eine hochwertige Pflege zu gewährleisten.

- Im Bereich der nicht-akademischen Ausbildungen hat Schleswig-Holstein ebenfalls einige Angebote aufzuweisen, die nicht nur den Bedarf im Lande selbst befriedigen, sondern auch überregional auf Interesse und Nachfrage stoßen. So hat etwa die Bundesoffene Landesberufsschule für Hörgeräte-Akustiker ihren Sitz in Lübeck. Gemäß Beschluss der Kultusministerkonferenz ist diese Berufsschule zuständig für alle rund 1.700 Auszubildende im Hörgeräte-Akustiker-Handwerk im gesamten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (www.lbs-hoerakustik.de).
- Im Bereich der Anpassungsfortbildung gibt es zahlreiche innovative Angebote, wie z.B. die IHK-Zertifikatslehrgänge „Management von Gesundheitsunternehmen“ und „Wellnessmanager/-in“ oder auch Fortbildungen zum „Case management“. Auch die Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe in Itzehoe bildet nicht nur aus, sondern bietet verschiedene Weiterbildungen zum Case Manager, Wellnessberater und auch spezielle Weiterbildungen für Pflegeberufe u.a. an.
- Mit der Fielmann-Akademie im Schloss Plön finden sich branchenweit 1.500 Auszubildenden bei den Augenoptikern. Daneben bietet die Akademie als An-Institut der FH Lübeck einen BA-Studiengang im Bereich Augenoptiker/Optomietrie. Zudem gibt es ein weit reichendes Seminarangebot im Bereich von Meisterkursen, aber auch Spezialisierungen im Bereich der Augenoptik und im Bereich des Managements/Mitarbeiterführung sowie spezielle Englischkurse für Optiker (<http://www.fielmann-akademie.com/index.php>).

Handlungsempfehlungen:

Die vorstehenden ausgewählten Merkmale der Qualifizierungslandschaft Gesundheit Schleswig-Holstein zeigen, dass in dieser Gesundheitsregion quantitativ als auch qualitativ-innovativ engagiert gearbeitet wird. Gleichwohl gibt es Verbesserungsmöglichkeiten. Diese lassen sich zu folgenden Aufgaben verdichten:

- Qualifizieren für die Gesundheit als Säule des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein profilieren: Schleswig-Holstein ist schon heute ein Standort, der in einigen Qualifizierungsbereichen - wie in den Gesundheitshandwerken z.B. bei der Hörgeräteakustik oder der Augenoptik - überregionale Akzente setzt. Solche Stärken besser zu profilieren und überregional zu vermarkten, kann zu einem Merkmal der Gesundheitswirtschaft des Landes werden. Bei einigen Aus- und Weiterbildungsanbietern des Landes – nicht zuletzt auch bei der Ärztekammer - besteht explizit Interesse, sich für eine solche Positionierung zu engagieren. Die Qualifizierungsstärken sollten als eine wichtige Säule der Profilierung des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein genutzt werden.

- Innovationsfähigkeit und Qualität bei der neuen Berufen sichern: In der Gesundheitswirtschaft wird derzeit intensiv über neue Berufe und Zusatzqualifikationen (unterhalb von akademischen Abschlüssen) debattiert. Beispiele für solche Debatten lassen sich etwa mit den Stichworten Anästhesietechnische(r) Assistent(in) (ATA), Chirurgisch-Technische(r) Assistent(in) (CTA), Gefäßassistent(in) umreißen. Aus Sicht einer Gesundheitsregion wie Schleswig-Holstein ist es wichtig, für innovative und tragfähige Berufsbilder eigenständige Ausbildungskapazitäten vorzuhalten und dafür zu sorgen, dass die Ausbildung qualitativ anspruchsvoll erfolgt. Um dies zu gewährleisten, ist ein Berufstrend - Monitoring hilfreich, das dann, wenn Bedarf entdeckt wird, auch in geeignete Regulierungen münden muss. An einem solchen gestaltungsorientierten Monitoring müssen viele Akteure mitwirken. Derzeit kann in mehreren Bundesländern beobachtet werden, dass die Industrie- und Handelskammern dieses Thema angehen. Sie könnten auch in Schleswig-Holstein initiativ tätig werden und die Zusammenarbeit mit weiteren interessierten Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft suchen.
- Die Angebote der Hochschulen weiterentwickeln: Viele der heute dual oder fachschulisch ausgebildeten Gesundheitsberufe werden in Zukunft auch an (Fach-)Hochschulen ausgebildet werden. Da bundesweit mit einer verstärkten Bedeutung entsprechender Qualifizierungsangebote an Hochschulen zu rechnen ist, sind die (Fach-)Hochschulen im Gesundheitsland Schleswig-Holstein gut beraten, sich hier mit geeigneten Studiengängen zu positionieren. Entsprechende Initiativen müssen aus den Hochschulen selbst kommen. Deren Qualität und Akzeptanz kann jedoch durch eine enge Zusammenarbeit mit Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft selbst gesteigert werden.
- Den Arbeitsplatz Gesundheit attraktiver machen: Um für Arbeitskräfte in Zukunft attraktiv zu sein, braucht die Gesundheitswirtschaft bessere Arbeitsbedingungen. Neben besseren Löhnen und Gehältern – über die ja die organisierten Sozialparteien entscheiden - sind neue Impulse für eine optimierte Organisation der Arbeit unerlässlich. Dazu wird nicht nur die (informations-)technische Unterstützung der Arbeit nötig sein, sondern gefordert sind auch neue Wege der Arbeitsorganisation und -teilung zwischen und in den Berufen und Unternehmen. Erste unkoordinierte, häufig sehr kontrovers diskutierte Schritte in diese Richtung werden derzeit an vielen Stellen in Deutschland gemacht; das Gesundheitsland Schleswig-Holstein könnte davon profitieren, dass es das Thema „neue Arbeitsorganisation, neue Arbeitsteilung“ transparent und wissenschaftlich begleitet angeht. Bei Verbänden und Gewerkschaften, aber auch etwa in der Ärztekammer ist die Bereitschaft vorhanden, entsprechende Gestaltungsaktivitäten voranzubringen. Bei Akteuren in der Praxis – etwa an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Klinikums in Itzehoe - sind für neue Wege der Arbeitsgestaltung bereits erste konzeptionelle Vorarbeiten geleistet worden.
- Das Gestaltungsfeld Arbeit und Qualifizierung für die Gesundheit ist für das Gesundheitsland Schleswig-Holstein viel versprechend, aber auch breit und herausfordernd. Es wird nur zufrieden stellend zu bearbeiten sein, wenn es mit einer integrierenden Perspektive arbeitsteilig angegangen wird. Der Obertitel für ein einschlägiges Innovations- und Gestaltungsprogramm könnte „Arbeitsplatz Gesundheit Schleswig-Holstein“ lauten. Dabei sind mehrere Akteure zur Mitarbeit zu aktivieren. Für alle Aktivitäten zum Thema Qualifi-

zierung könnte sich eine Federführung durch die IHK Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer und weiteren Organisationen anbieten. Für alle Fragen der Arbeitsgestaltung liegt es nahe, unter dem Dach von GESA („Gesundheit am Arbeitsplatz“), einem bereits bestehenden Netzwerk, ein Branchennetzwerk Gesundheit zu gründen. GESA zielt derzeit zwar vordringlich auf die betriebliche Gesundheitsförderung, jedoch wird dabei immer häufiger ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der die gesamte Breite der Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung abdeckt.

4.10 Forschung und Entwicklung

Rahmenbedingungen

Neben Bildung und Qualifizierung bzw. der Verfügbarkeit von hoch qualifizierten Arbeitskräften ist die Produktion von Wissen durch Forschung und Entwicklung (FuE) ein wesentlicher Faktor für Wachstum und Wertschöpfung einer Volkswirtschaft. Zudem rückt das regionale Umfeld als innovationsförderliche Bedingung zunehmend in den Fokus der Betrachtung. Durch FuE als zentralem „input“-Faktor werden neue Produkte und Verfahren sowie technische Verbesserungen ermöglicht, entweder durch Qualitätsfortschritte oder dadurch, dass sie bei gleich bleibender Qualität Kosten- und damit Preissenkungen zulassen und auf diese Weise Einfluss auf Wachstum und Wettbewerbsfähigkeit nehmen.

In der letzten Dekade des vergangenen Jahrtausends kam es bundesweit zu einem erheblichen Rückgang der unternehmerischen FuE-Aktivitäten wie der öffentlichen FuE-Ausgaben. Trotz der im wesentlichen auf die gute konjunkturelle Lage zurückzuführende Ausweitung der FuE-Aktivitäten seit 2000 wurde das Niveau der 1980er Jahre nicht wieder erreicht, so dass sich die FuE-Quote auf einem Stand eingependelt hat, der die Wettbewerbsfähigkeit einer wissensbasierten und exportorientierten Volkswirtschaft nicht sicher stellt²² (vgl. Legler/Krawczyk 2007: 11).

Seitens der Bundesregierung werden daher mit den in Lissabon vereinbarten und in Barcelona konkretisierten Zielen²³ besondere Anstrengungen zur Ausweitung der FuE Aktivitäten verknüpft (vgl. BMBF 2008). Bis heute ist das Ziel der Ausweitung der FuE-Aufwendungen auf 3% des Bruttoinlandsproduktes allerdings nicht erreicht worden, auch wenn mit der High-Tech-Strategie der Bundesregierung ein intensives Bemühen um die weitere Steigerung (vgl. BMBF 2008: 20 ff.) stattfindet und die Forschungsintensität, gemessen als Anteil der FuE-Aufwendungen am Bruttoinlandsprodukt, bis zum Jahr 2006 auf 2,53% gesteigert werden konnte (vgl. IfM-Bonn 2007). Die Rolle der öffentlichen und halböffentlichen Forschungseinrichtungen ist in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung, da trotz des leichten Anstiegs der unternehmerischen FuE-Aktivitäten in den letzten Jahren, zum einen in vielen

²² Eine optimale FuE-Quote wurde bislang nicht ermittelt, es wird jedoch davon ausgegangen, dass das derzeitige Niveau von 2,5% langfristig nicht ausreichend ist (vgl. Voßkamp, Schmidt-Ehmcke 2006).

²³ Die europäischen Länder hatten sich bereits in 2000 vorgenommen, im Jahr 2010 3 % ihres Inlandsproduktes für FuE auszugeben („Barcelona-Ziel“).

Unternehmen ein Trend zur zunehmenden Spezialisierung auf die produktionsnahen Kernbereiche und zum anderen eine Verschiebung der unternehmerische FuE-Leistungen hin zu einer kurzfristigen Verwertbarkeit und direkten Produktorientierung zu beobachten war. In der Folge wurden Aufgaben der vorwettbewerblichen, strategischen Forschung und experimentellen Entwicklung vermehrt auf externe Dienstleister verlagert. Darüber hinaus wird insbesondere für sehr innovative Technologiefelder wie Biotechnologie, Mikroelektronik, Nanotechnologie oder neue Materialien die Abhängigkeit der industriellen von der öffentlich geförderten Grundlagenforschung herausgestellt (vgl. Legler/Krawczyk 2007: 35).

Zentrale Faktoren für die Stimulierung von regionalen Innovationsprozessen sind vor diesem Hintergrund:

- Das Vorhandensein von starken Forschungseinrichtungen, die in der Lage sind neue Impulse für die wirtschaftliche Entwicklung zu induzieren.
- Der erfolgreiche Transfer der Ergebnisse in die Praxis und die effiziente Diffusion des Wissens, durch entsprechende Kommunikation durch Schnittstellenmanagement oder Ausgründung neuer Unternehmen aus den Forschungseinrichtungen.
- Die Vernetzung von Forschungseinrichtungen, staatlichen und privaten Akteuren durch Netzwerke, Cluster, strategische Partnerschaften u.ä., um die vorhandenen FuE-Ressourcen effizient zu nutzen und ihre Potenziale auszuschöpfen.

Situation in Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein weist eine gut ausgebaute und differenzierte Forschungslandschaft auf. Mit den Universitäten Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, der Universität zu Lübeck sowie der Universität Flensburg, dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) mit seinen beiden Standort in Kiel und in Lübeck, den vier staatlichen Fachhochschulen in Flensburg, Heide, Kiel und Lübeck und verschiedenen außeruniversitären Forschungseinrichtungen sind große Stärken und Potenziale verbunden. Inhaltliche bedeutende Anknüpfungspunkte für die Gesundheitswirtschaft bilden vor allem die Partikeltherapie und Protonenforschung, die Entzündungsforschung, die Bildverarbeitung und minimal-invasive Operationsverfahren. Für das Land zwischen den Meeren ist natürlich auch die Verbindung von Meeresbiologie (z.B. die marine Wirkstoffforschung am Leibniz-Institut für Meereswissenschaften (IFM-GEOMAR) in Kiel) und Pharmakologie zur Medikamentenentwicklung von großer Bedeutung.

An den beiden medizinischen Fakultäten der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität zu Lübeck und dem Universitätsklinikum SH haben sich in den letzten Jahren die folgenden Forschungsschwerpunkte entwickelt:

- Entzündung und Infektion
- Klinische Genomforschung
- Systemorientierte Neurowissenschaften

- Endokrine Steuerung und Regulation
- Transplantationsmedizin
- Onkologie
- Biomedizinische Technologien

Derzeit gibt es acht Sonderforschungsbereiche, elf Verbünde/Netzwerke des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sowie drei im Rahmen der Europäischen Union geförderte Netzwerke/Projekte.²⁴ Für das Reha-Land Schleswig-Holstein ist des Weiteren von hoher Relevanz, dass in Lübeck am Universitätsklinikum ein Institut für Sozialmedizin forscht und lehrt, das einen Schwerpunkt beim Thema Rehabilitationswissenschaft hat (vgl. Kapitel 4.4).

Die jährlichen Drittmiteinnahmen der Kieler und Lübecker Medizinerinnen und Mediziner konnten in den letzten Jahren kontinuierlich gesteigert werden und betragen 2006 35 Mio. Euro. An beiden Standorten arbeiten insgesamt 1.992 Wissenschaftler, davon 1.563 Ärzte und 429 nicht ärztliche Wissenschaftler. 340 dieser Wissenschaftler werden aus Drittmitteln finanziert (Qualitätsberichte der Medizinischen Fakultäten der Universität Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität zu Lübeck 2006).

Ein ausgezeichnetes Beispiel für einen vernetzten Forschungsansatz und die Qualität der Forschung in Schleswig-Holstein ist das „Netzwerk Entzündungsforschung“. 2004 als regionales Schleswig-Holsteinisches Forschungsnetzwerk gegründet, wurde es 2007 von der Bundesregierung und der Deutschen Forschungsgemeinschaft zum Exzellenzcluster und zum nationalen Forschungsschwerpunkt erklärt.

Das "Netzwerk Entzündungsforschung" ist ein Forschungsverbund, an dem etwa 150 Forscher und Mediziner der Universitäten Kiel, zu Lübeck und dem Forschungszentrum für Medizin und Biowissenschaften der Leibniz-Gemeinschaft in Borstel sowie dem Max-Planck-Institut für Evolutionsbiologie in Plön beteiligt sind. Ziel ist es, die Mechanismen der weltweit zunehmenden Entzündungserkrankungen an menschlichen Organen zu untersuchen und in innovative Therapien umzusetzen. Diese Bündelung herausragender Kompetenzen und Ressourcen in der Entzündungsforschung stellt eine auch im internationalen Vergleich einzigartige ärztliche, strukturebiologische wie auch immunologische, infektiologische und molekularbiologische Expertise dar²⁵. Die hohe internationale Bedeutung der Forscher spiegeln sich auch in den mehr als 2.000 Veröffentlichungen in internationalen Fachpublikationen wider.

Das Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde an der Agrar- und Ernährungswissenschaftlichen Fakultät der Christian Albrechts Universität zu Kiel bildet einen wichtigen Forschungs- (und Lehr-)bereich für Fragen der gesunden Ernährung. In den vier Abteilungen Humanernährung, Lebensmittelwissenschaft, Lebensmitteltechnologie und Molekula-

²⁴ Vgl. www.uk-sh.de, Stand: 11.08.2008.

²⁵ Weiter Infos unter: www.inflammation-at-interfaces.de

re Prävention werden Themen wie „funktionelle Lebensmittel“, oder Krankheitsprävention durch Ernährung erforscht. Die Fakultät konnte sich in dem vom BMBF ausgerufenen Wettbewerb „Kompetenznetze Agrarforschung“²⁶ als einer von vier Gewinnern durchsetzen und wird in den folgenden fünf Jahren den Aufbau des Kompetenznetzwerkes „food chain plus“ koordinieren. Das Netzwerk will die Erzeugung und Verarbeitung von Milch – entlang der gesamten Wertschöpfungskette- erforschen. Dabei wird es darum gehen, gesundheitsfördernde Inhaltsstoffe zu identifizieren und nutzbar zu machen.

Generell sollte auch dem Thema Ernährung und Gesundheit Aufmerksamkeit geschenkt werden, da sich hier zwei Kompetenzbereiche Schleswig-Holsteins miteinander verbinden und Beschäftigungsmöglichkeiten erschließen lassen.

Mit Blick auf die Arbeit der Fachhochschulen für die Gesundheitswirtschaft ist insbesondere hervorzuheben, dass von hier ganz wichtige Impulse für den eHealth-Bereich kommen (siehe Kapitel 4.7).

Als zentrale Vermarktungs- und Koordinierungsstelle für den Forschungstransfer im Bereich Life Sciences in Hamburg und Schleswig-Holstein ist die Norgenta – Norddeutsche Life Science Agentur – mit Sitz in Hamburg eingerichtet worden. Zentrale Aufgabe der Agentur ist es, Aktivitäten von Forschungseinrichtungen, Hochschulen, Krankenhäusern sowie Unternehmen im Bereich der Life Sciences zu vernetzen, Projekte zu initiieren sowie national und international zu vermarkten.

Ein interessantes Lehrbeispiel für den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis bzw. die Anregung von Kooperationen zwischen Forschung und praktischer Entwicklung bietet die Initiative Bildverarbeitung, die an der Fachhochschule Westküste in Heide entstanden ist. Auf Basis einer dort durchgeführten Studie zur Thematik wurde ein Verfahren etabliert, um Hochschulwissenschaftler und Praktiker besser miteinander ins Gespräch zu bringen. Es finden vier Mal jährlich bei einer Firma oder an einer Hochschule Veranstaltungen statt. Sie umfassen jeweils drei Fachvorträge aus verschiedenen Gebieten, wobei meistens ein oder zwei dieser Vorträge im Bereich der Medizintechnik angesiedelt sind. Um Berührungspunkte abzubauen werden die Vorträge und Ergebnisse der Veranstaltungen nicht veröffentlicht. An den Veranstaltungen nehmen 60 bis 110 Personen teil. Außerdem gibt es in unregelmäßigen Abständen auch größere Zusatzveranstaltungen mit mehr Fachvorträgen, in denen gezielt versucht wird, neue Themen und auswärtige Akteure zu hören, um den Blick über den Tellerrand zu öffnen.

²⁶ Das BMBF fördert den Aufbau der Kompetenznetze Agrar- und Ernährungsforschung in den nächsten fünf Jahren mit bis zum 40 Mio. Euro. Ziel ist es, Kompetenzen so zu bündeln, um so Grundlagenorientierung und im Anwendungsbezug exzellente Agrar- und Ernährungsforschung mit der Ausbildung sowie mit dem Transfer in die Wirtschaft und Gesellschaft zu verbinden.

Handlungsempfehlungen

Der Transfer aus der Forschung in die Praxis gelingt zwar in einer Reihe von Spitzenprojekten sehr gut (z. B. Netzwerk Entzündungsforschung, Initiative Bildverarbeitung), könnte aber in der Breite verbessert und auch schneller werden. Ein Ansatzpunkt für eine Verbesserung ist, die Arbeit der bestehenden Einrichtungen zu intensivieren, transparenter zu machen und noch besser aufeinander abzustimmen. Ein nachahmenswertes Beispiel aus NRW könnte der Businessplanwettbewerb „Startbahn MedEcon-Ruhr“ sein, der im Ruhrgebiet neue Dynamik in das Transfer- und Kooperationsgeschehen gebracht hat (www.startbahn-ruhr.de). Der Businessplanwettbewerb „Startbahn MedEcon-Ruhr“ bezog sich ausschließlich auf die Gesundheitsbranche. Durch ihn erhalten Gründungsinteressierte – vorausgesetzt sie können sich in einem Vorverfahren qualifizieren – die Chance, ihre Geschäftsideen innerhalb von drei Monaten zu einem zertifizierten Businessplan auszubauen. Danach haben sie dann eine gute Basis, um eine zügige Unternehmensgründung zu realisieren. Sie werden darüber hinaus bei ihren Aktivitäten von Experten unterstützt und erhalten so fruchtbare Kontakte zu Geldgebern und Kooperationspartnern. Die Erfahrungen dieses Wettbewerbs zeigen, dass es so möglich ist, neue Dynamik in die Gründungslandschaft zu bringen und Wissen aus den Universitäten, Hochschulen und Forschungseinrichtungen schnell und punktgenau für Gründungsaktivitäten zu mobilisieren.

Zwar fokussierte der Businessplanwettbewerb „Startbahn MedEcon-Ruhr“ ausschließlich auf die Gesundheits- und Medizinwirtschaft, dieser bislang bundesweit einmalige Branchenfokus wurde jedoch breit interpretiert. Gründerinnen und Gründer konnten aus folgenden Bereichen kommen:

- Life Sciences, Biomedizin und Biotechnologie
- Medizintechnik, Medizinprodukte und Hilfsmittel
- Ausrüstungen und Dienstleistungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens
- IT gestützte Organisations- und Kommunikationskonzepte
- Dienstleistungen der Prävention, Rehabilitation, Wellness, Ernährung

Die mögliche Organisation solcher Aktivitäten im Rahmen eines private-public-partnership Modells und die potenziellen Akteure wurden bereits unter Kapitel 4.6 (Medizintechnik und Life Science) kurz erläutert. Die Ergänzung um die Kommunikation von Ergebnissen aus Forschungsprojekten in die Praxis könnte einen zusätzlichen Anreiz für Unternehmen zur Beteiligung an einer solchen Lösung schaffen.

Eine zweite Handlungsempfehlung bezieht sich nach Auswertung der Experteninterviews auf die Zusammenarbeit innerhalb des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. Zwar haben die beiden medizinischen Fakultäten in Kiel und Lübeck und ihr gemeinsames Universitätsklinikum mit den beiden Standorten in Kiel und Lübeck in den letzten Jahren bereits viele Forschungserfolge erzielen können, jedoch sind sich viele Beobachter sicher, dass eine weitere Vertiefung der Zusammenarbeit noch deutlich größere Erfolge bringen wird.

4.11 Kommunikation, Kooperation und Netzwerkbildung

Rahmenbedingungen

Die Entfaltungsmöglichkeiten und -chancen der regionalen Kompetenzbereiche wie der landesweiten Entwicklungsnotwendigkeiten beruhen in wesentlichen Teilen auf dem Zusammenspiel der beteiligten Akteure und der Offenheit neuen, evt. branchenfremden Akteuren gegenüber. „Closed shop“ Modelle stoßen irgendwann an ihre Grenzen, das Vertrauen auf die zufällige Herausbildung geeigneter Konstrukte, die aus einzelnen Teilen eine Summe bilden, zeugt von einem Übermaß an Optimismus. Kommunikation und Kooperation als erster Schritt auf dem Weg zur Bildung eines funktionstüchtigen Netzwerkes kommen nicht von selbst, sondern brauchen Anstoß, Unterstützung und Moderation zwischen den verschiedenen Akteursebenen, seien es Wissenschaft, Unternehmen, Verbände oder politische Instanzen. Dies gilt ganz besonders für eine Branche, die aus so verschiedenen Akteuren, mit so unterschiedlichen kulturellen Hintergründen - dem verbands- kassen- und kammergeprägten traditionellen Gesundheitswesen oder den schon immer privatwirtschaftlich agierenden Vorleistungs- und Zulieferindustrien oder den gesundheitsrelevanten Randbereichen, wie z.B. den Touristikern – besteht.

Unter dem Begriff „Clustermanagement“ wurde und wird in vielen Branchen und Regionen der Versuch unternommen, Synergien durch Kooperationen zwischen verschiedenen Einrichtung einer Wertschöpfungskette in einer Region zu nutzen. Während es sich bei diesem Ansatz des Clustermanagements um einen „bottom-up-Ansatz“ handelt, bei dem die regionalen Akteure, also z.B. Unternehmen sich zusammenschließen und vernetzen, versteht sich Clusterpolitik - also die Förderung eines Clustermanagements im Rahmen der regionalen Strukturpolitik - als „top-down-Ansatz“²⁷.

Das Clustermanagement wird sehr häufig von Seiten der Regionalpolitik gefördert. Damit sehen sich die Akteure des Clustermanagements auch sehr häufig in einer Doppelrolle zwischen Vertretern der regionalen Akteure sowie der Landespolitik. Ziel des Clustermanagements ist es, durch eine optimierte Prozesssteuerung Innovationen freizusetzen. Dazu gehört es, den (wissenschaftlichen) Dialog über branchenspezifische Trends zu moderieren, Leitprojekte zu entwickeln und zu unterstützen sowie die Kommunikation nach innen und außen zu organisieren.

Situation in Schleswig-Holstein

Die Landesregierung Schleswig-Holsteins hat frühzeitig erkannt, dass der Ausbau und die Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft keine Selbstläufer sind, sondern eines gezielten „Managements“ bedürfen. Aus diesem Grund hat sie bereits 2001 die Gesundheitsinitiative initiiert. Die Gesundheitsinitiative ist heute im Gesundheitsministerium angesiedelt.

²⁷ Vgl. dazu grundlegend Porter 1990, Terstriep 2008.

Durch die Arbeiten der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein als zentralem Akteur und Anstoßgeber ist in den letzten sieben Jahren vieles bewegt und auf den Weg gebracht worden, u.a. in den begonnenen und umgesetzten Leitprojekten, aber auch darüber hinaus in eigenständig initiierten Projekten, die aus den Reihen der Akteure oder Regionen entstanden. Mit der guten und produktiven Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteuren in den Projekten der Gesundheitsinitiative und darüber hinaus ist der Grundstein für eine vertrauensvolle Kooperation gelegt worden. Den Dialog und die Zusammenarbeit weiter auszubauen, ist nun der nächste Schritt. Die Gesundheitsinitiative hat dabei eine wichtige Moderationsrolle.

Neben der Gesundheitsinitiative beschäftigen sich weitere Netzwerke und Organisationen mit Themen der Gesundheitswirtschaft (Arbeitsgemeinschaft für Medizintechnik, Norgenta GmbH, WTSH, Innovationsstiftung oder die „klassischen“ Organisationen wie Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Krankenhausgesellschaft um nur einige zu nennen). Auch in dem Ministerium für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein gibt es Bezugspunkte und Initiativen zur Gesundheitswirtschaft. So fördert das Ministerium mit Medcomm ein Projekt zum Aufbau eines Regionalmanagements Gesundheit Südholstein aus dem Zukunftsprogramm Wirtschaft. Zu den Aufgabenfeldern von Medcomm gehören die Qualifizierung von Beschäftigten im Gesundheitssektor, der Ausbau der elektronischen Strukturen, die Herausbildung eines fachspezifischen Standortprofils und die Stärkung der Wertschöpfungsketten im Gesundheitssektor (www.medcomm-sh.de).

Diese Vielfalt bedeutet einerseits eine Stärke des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein, bedarf aber andererseits auch einer Zusammenführung und aktiven Koordinierung. Insgesamt gesehen sollte die Gesundheitsinitiative bei dieser Vielzahl von Akteuren und Netzwerken daher eine noch stärker koordinierende Rolle spielen, eine Art Netzwerk der Netzwerke. Dies könnte zu einer stärkeren Fokussierung auf die in dieser Studie dargestellten besonderen Kompetenzen Schleswig-Holsteins beitragen und damit das Gesundheitsland Schleswig-Holstein auch bundesweit und international noch mehr profilieren. Die Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes für den Ausbau der Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holstein kann diesen Prozess weiter unterstützen.

Handlungsempfehlungen

Mit der Förderung der Gesundheitsinitiative leistet die Landesregierung einen wichtigen Beitrag für die Weiterentwicklung und den Ausbau der Gesundheitswirtschaft. Die direkte Anbindung der Gesundheitsinitiative an das Ministerium ist eine Besonderheit. Das daraus entstehende strukturelle Dilemma zwischen top-down und bottom-up Strategien kann durch eine langfristige vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Akteuren aufgebrochen werden.

Beispielhafte Anregungen, wie alternative Strukturen aussehen könnten, lassen sich in anderen Regionen finden. Hier hat sich eine Vielfalt von Einrichtungen und Organisationen entwi-

ckelt, mit denen auf eine Stärkung der Gesundheitswirtschaft hingearbeitet wird. Bei einem Überblick über die verschiedenen Ansätze zeigt sich schnell, dass es keinen Königsweg für eine optimale Organisationsform gibt. Gleichwohl lassen sich einige Aspekte und Organisationsprinzipien ausmachen, die für mehr Effektivität und mehr Nachhaltigkeit bei der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft sorgen können:

- Erfolgreiche Ansätze zur Stärkung der Gesundheitswirtschaft brauchen ein starkes und aktives Engagement der öffentlichen Seite. Gefordert sind sowohl die Landespolitik als auch die kommunalen Gebietskörperschaften, die Landkreise und kreisfreien Städte. Sehr hilfreich ist es, wenn es den verschiedenen öffentlichen Akteuren gelingt, ihr Vorgehen miteinander abzustimmen. Auf Landesebene ist eine integrierte Vorgehensweise von Gesundheits-, Sozial-, Arbeits-, Wirtschafts-, Forschungs- und Technologiepolitik erstrebenswert.
- Auf Seiten der Wirtschaft – also bei möglichst vielen Akteuren aus den verschiedenen Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft, dazu zählt auch die Gesundheitsversorgung – ist eine tatkräftige Mitarbeit an Initiativen zur Stärkung dieser Branche gefordert. Erst sie garantiert, dass ein breites Engagement entsteht und dass hinreichend Fachkompetenz eingebracht wird. Darüber hinaus kann das Engagement der Wirtschaft auch dabei helfen, zusätzliche Ressourcen für die Branchenentwicklung zu mobilisieren. In etliche Fällen, etwa in Berlin, in Ostwestfalen-Lippe, im Ruhrgebiet oder der Rhein-Main Region wird die Mitarbeit der Wirtschaft über einen eingetragenen Verein organisiert, der eng mit der Politik zusammenarbeitet. In anderen Fällen lädt die Politik wirtschaftliche Akteure zur themenspezifischen Mitarbeit ein. Die Lösung über den eingetragenen Verein hat u.a. den Vorteil, dass die Organisationsform eigenständiges Handeln erlaubt und auch dann für Dynamik sorgen kann, wenn in politischen Prozessen Verzögerungen auftreten. Wirtschaft und Politik haben dann bessere Chancen, sich wechselseitig anzuspornen.
- Die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft kann davon profitieren, dass sie von Akteuren aus Forschung und Entwicklung unterstützt wird. Deren Mitarbeit wird oftmals im Rahmen von Projektförderungen sichergestellt. Besonders hilfreich ist, wenn sich Wissenschaftler auch über das Auslaufen der Projektfördermittel hinaus engagieren. Wissenschaftler sind als Trendscouts, als Innovations- und Projektdesigner und für die Evaluation unerlässlich. Darüber hinaus können sie auch gelegentlich beim Clustermanagement und bei der Moderation von Netzwerken und Projekten hilfreich sein. Viele der Gesundheitsregionen, die sich beim Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ als „Zwischensieger“ behaupten konnten, haben einen Teil ihrer Kraft daraus bezogen, dass sich Wissenschaftler im beschriebenen Sinne engagiert haben.
- Eine Gesundheitsregion braucht Politik, Wirtschaft und Wissenschaft, sie braucht auch Institutionen, in denen diese zusammen arbeiten können. Ganz wichtig darüber hinaus ist, dass die Zukunft der Gesundheit auch durch Personen und Köpfe vertreten wird. Sie sollten für Exzellenz, Engagement und Glaubwürdigkeit stehen und in der Region selbst wie auch nach außen als Botschafter der Zukunftsbranche Gesundheitswirtschaft wirken. Eine Broschüre „Gesichter der Gesundheitswirtschaft“, die vom Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe erstellt wurde, schaffte nicht nur nach au-

Ben Aufmerksamkeit, sondern verstärkte auch das Engagement der portraitierten Personen für die Entwicklung der Branche in der Region selbst.

- In den allermeisten Regionen gibt es in aller Regel eine Vielfalt von Einrichtungen, die anstreben, die Gesundheitswirtschaft zu stärken. Häufig wird dies als Verzetteln und Kompetenzwirrwarr betrachtet. Wo es gelingt, diese verschiedenen Einrichtungen regelmäßig zusammen zu bringen, sich wechselseitig zu informieren und die unterschiedlichen Arbeitsgeschwindigkeiten zu harmonisieren, ist schon viel getan, um diese Unübersichtlichkeit zu reduzieren. Diese Funktion sollte die Gesundheitsinitiative SH stärker als in der Vergangenheit wahrnehmen.
- Eine erfolgreiche Entwicklung der Gesundheitswirtschaft kann von einem integrierten Leitbild profitieren, das gemeinsam von den Akteuren erarbeitet und getragen wird. Dabei müssen zwei Dinge gelingen: Differenzierte Schwerpunkte des Handelns skizzieren und eine einfache integrierende Formel finden.

5 SCHLUSSFOLGERNDE ZUSAMMENFASSUNG

Schleswig-Holstein ist ein führendes Gesundheitsland. In keinem anderen Bundesland hat die Gesundheitsbranche einen so großen Anteil an der Gesamtbeschäftigung. Insgesamt arbeiten in Schleswig-Holstein fast 172.000 Menschen für die Gesundheit. Ganz besonders erwähnenswert ist, dass Schleswig-Holstein zu den drei Bundesländern mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten in der Medizintechnik gehört, und dass Schleswig Holstein – hinter Bayern und auf gleicher Ebene mit Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern – zu den beliebtesten Destinationen in Sachen Gesundheitstourismus gehört.

In den letzten Jahren hat sich die Beschäftigung in der Gesundheitsbranche in Schleswig-Holstein positiv entwickelt und die Wachstumsdynamik lag auch über der der Schleswig-Holsteinischen Wirtschaft insgesamt.

Es verfügt in mehreren Bereichen über hohe Kompetenzen an denen weiter angeknüpft werden kann, wenn es darum geht seine gesundheitswirtschaftlichen Zukunftschancen optimal zu nutzen. Hervorgehobene Handlungsfelder sind vor allem:

- Der Ausbau und die Sicherstellung einer leistungsfähigen und effizienten Versorgung. Wichtige Ansatzpunkte sind hier etwa neue Kooperationsformen zwischen ambulant und stationär für die Versorgung in der Fläche, die Telemedizin oder auch der Ausbau der ambulanten Pflege für Ältere. Die Ergebnisse der begonnenen Modellprojekte zur gesundheitlichen Versorgung an der Westküste bzw. in Nordfriesland sollten anderen Regionen mit dem Ziel zur Verfügung gestellt werden, entsprechende Initiativen zu starten. Wichtige Akteure in diesem Bereiche sind die Kostenträger sowie die KV, die beteiligten Ärzte und Krankenhäuser und die Kommunen.
- Die weitere Profilierung der medizintechnischen Schwerpunkte und Exzellenzen. Hier sind etwa die Aktivitäten zum Thema „Zukunft des Operierens“ um dem Standort Lübeck herum auszubauen und neue Akzente in Sachen Onkologie um den zukünftigen NRoCK-

Standort Kiel viel versprechende Ausgangspunkte. Um die Zusammenarbeit innerhalb des Landes zu fördern, erscheint eine „Transparenzinitiative“ hilfreich. Mit der Norgenta, der Arbeitsgemeinschaft Medizintechnik sowie der Wirtschaftsförderung Schleswig-Holstein gibt es wichtige Akteure, die unterstützend einwirken können, regionale Unternehmen untereinander bekannt und somit für andere Unternehmen oder Einrichtungen als Partner attraktiv zu machen.

- Die Weiterentwicklung der Reha-Landschaft: Eine Kardinalfragestellung wird hier sein, die Angebote so zu gestalten, dass die Patienten nach dem Reha-Aufenthalt an ihrem Wohn-, Lebens- und Arbeitsort noch nachbetreut werden, um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen sicherzustellen. Zudem sollten die vorhandenen Kompetenzen im Rehabereich besser genutzt und vermarktet werden. Wichtige Akteure in diesem Bereich sind u.a. der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein e. V., der Heilbäderverband Schleswig-Holstein e.V., das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus, der Verband der Privatkliniken und die Krankenhausgesellschaft, aber auch die Tourismusagentur Schleswig-Holstein.
- Der Ausbau und eine verbesserte Vermarktung der gesundheitstouristischen Angebote. In diesem Arbeitsfeld wurde mit der Errichtung des Kompetenzzentrums Gesundheitstourismus eine entscheidende Weiche gestellt; jetzt gilt es, die Arbeit erfolgsorientiert zu starten und mit Expertise aus den benachbarten Handlungsfeldern zu unterstützen.

In diesen Handlungsfeldern wurden in den letzten Jahren z. T. neue Projekte und Initiativen auf den Weg gebracht, z. T. werden sie im Land Schleswig-Holstein erörtert und für eine Realisierung vorbereitet. Von der Arbeit und vom Erfolg dieser Aktivitäten werden Impulse ausgehen, die Schleswig-Holsteins Position als Top Gesundheitsregion sichern und ausbauen. Damit es gelingt, in den genannten Gestaltungsfeldern erfolgreich zu sein, sind bestimmte Rahmenbedingungen erforderlich. Mit Blick auf das, was hierzu in Schleswig-Holstein selbst bewegt werden kann, werden in diesem Zusammen einige „Querschnittsaktivitäten“ vorgeschlagen. Zu nennen sind hier insbesondere:

- Die Weiterentwicklung und der Ausbau der Aus- und Weiterbildungsangebote sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen: Nur so kann es gelingen, in Zukunft noch genügend Arbeitskräfte für Tätigkeiten in der Gesundheitswirtschaft zu mobilisieren und auch in Zukunft die gesundheitliche Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen. Die Initiative „Arbeitsplatz Gesundheit Schleswig-Holstein“ sollte realisiert werden. Wichtige Player sind in diesem Zusammenhang der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein e. V. und das Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck) als wissenschaftliche Einrichtung. Doch auch das Land sowie die Kammern sowie andere Aus- und Weiterbildungsanbieter, wie z.B. die Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe in Itzehoe und auch die Gewerkschaften sollten sich an der Initialisierung beteiligen.
- Der Ausbau der Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung und zur Qualitätszertifizierung: Dies wird immer mehr zur unerlässlich Voraussetzung dafür, dass sich Anbieter gegenüber Kostenträger und auch gegenüber privaten Kunden behaupten können. Als Beispiel kann

das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus aufgeführt werden, welches Qualitätsstandards erarbeitet und diese in Zukunft als Grundlage für Zertifizierungen nutzt.

- Die Weiterentwicklung der Forschung und Entwicklung: Dies bezieht sich nicht nur auf die universitären und außeruniversitären Angebote, sondern hier ist insbesondere auch darauf zu achten, dass der Transfer von der Wissenschaft in die Anwendung weiter verbessert wird. Ein Startbahn-Gründungswettbewerb mit den Schwerpunktbildung im Life-Science-Bereich könnte hier ein Impulsgeber sein. Organisatorisch könnte dies in Form einer public-private-partnership ausgerichtet werden. Neben den regionalen Unternehmen sind wichtige Institutionen hierbei die Norgenta sowie die Wirtschaftsförderung Schleswig-Holstein, die IHK und die Handwerkskammern.
- Schleswig-Holstein kann aus dem Ausbau der Zusammenarbeit mit benachbarten Ländern und Regionen nicht nur viele inhaltliche Impulse bekommen, sondern seine Angebote sind auch für viele Menschen aus diesen Ländern und Regionen interessant. Für die Zukunft können sich Schleswig-Holsteinische Angebote zur Gesunderhaltung und zur Rehabilitation auch verstärkt an Gesundheitstouristen aus Skandinavien richten.
- Das Altern der Gesellschaft sollte von der Schleswig-Holsteinischen Gesundheitswirtschaft als Chance genutzt werden. Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter – von der barrierefreien Wohnung bis zu Pflege – werden in Zukunft verstärkt nachgefragt werden. Die Sensibilisierung von IHK- und Handwerksunternehmen für Seniorenprodukte und Dienstleistungen wird dabei eine wichtige Rolle spielen. Wichtige Ansprechpartner sind hierbei neben den IHK und Handwerkskammern, Unternehmen der Bau- und Wohnungswirtschaft aber auch Wirtschaftsakademie Schleswig-Holstein als ein möglicher Kooperationspartner von Weiterbildungen in diesem Bereich. Zudem sollten gezielt telematische Anwendung zur Unterstützung des zu Hause Lebens Anwendung finden.
- Akteure aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft haben sich in den letzten Jahren erfolgreich dafür engagiert, Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein zu entwickeln und zu stärken. Ein zentraler Anknüpfungspunkt für die Weiterentwicklung der Kooperationen innerhalb des Landes könnte sein, die Arbeit von einem Steuerungskreis Gesundheitswirtschaft begleiten zu lassen, in dem ausgewiesene Vertreter aus der Branche selbst mit Wissenschaftlern und mit Vertretern der Politik zusammenwirken.

Gelingt es, die Gesundheitswirtschaft mit den genannten Maßnahmen auf Zukunfts- und Wachstumskurs zu halten, könnte davon der Arbeitsmarkt in Schleswig-Holstein entscheidend profitieren. Dann nämlich ist es durchaus möglich, dass das Land Schleswig-Holstein in den nächsten 15 Jahren mit 22.000 (unteres Szenario) zusätzlichen Beschäftigten rechnen kann. Dabei bleibt der Bereich der stationären Versorgung stabil, während die Pflege für Ältere mit knapp 16.000 zusätzlichen Beschäftigten wächst, der ambulante Versorgungssektor um 4.600 Arbeitsplätze steigt, die Medizintechnik (mit der Gerontotechnik und mit dem Gesundheitshandwerk) um 1.200 Arbeitsplätze wächst und der Gesundheitstourismus bzw. die gesundheitsrelevanten Randbereiche 500 bis 1.000 zusätzliche Jobs bieten können.

6 LITERATUR

Verwendete und weiterführende Literatur:

- Augurzky, Boris/Budde, Rüdiger/Krolop, Sebastian/Schmidt, Christoph/Schmidt, Hartmut, Schmitz, Hendrik/Schwierz, Christoph, Terkatz, Stefan (2008): In: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hg.): Krankenhaus Rating Report 2008. Qualität und Wirtschaftlichkeit, Essen.
- Augurzky, Boris/Krolop, Sebastian/Schmidt, Hartmut/Schmitz, Hendrik/Schwierz, Christoph (2007): In: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hg.): Reha Rating Report 2007. Die Reha vor der Marktberreinigung, Essen.
- Bandemer, Stephan von/Born, Andreas/Hilbert, Josef (2002): Arbeit im Dienstleistungssektor - Arbeitsorganisation, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenorientierung. In: Brödner, Peter/Knuth, Matthias (Hg.): Nachhaltige Arbeitsgestaltung. Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen. München und Mering: Rainer Hampp Verlag, S. 379-429.
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Köln.
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6. Köln.
- Bertelsmann-Stiftung (Hg.) (2007): Zwanzig Zwanzig - 2020, Gütersloh.
- Berthold, Norbert/Fricke, Holger/Kullas, Matthias (2005): Die Bundesländer im Standortwettbewerb 2005. In: Bertelsmann Stiftung (Hg.), Verlag Bertelsmann Stiftung
- Berthold, Norbert/Fricke, Holger/Kullas, Matthias (2005): In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): Die Bundesländer im Standortwettbewerb 2005, Gütersloh.
- Beske, Fritz/Becker, Ekkehard/Katalinic, Alexander/Krauss, Christian/Pritzkeleit, Ron (2007): Gesundheitsversorgung 2050. Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein. Schriftenreihe / Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Band 108. Kiel: Schmidt & Klaunig.
- Bochmann, Erik/Rechlin, Markus/Teichmann, Walter/Zarske, Roland (2002): Machbarkeitsstudie für einen Medizintechnik-Campus in Schleswig-Holstein. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Wirtschaft, Technologie und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein, Kiel.
- Böcken, Jan/Braun, Bernhard/Amhof, Robert/Schnee, Melanie (Hg.) (2006): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh.
- Borges, Peter/Hofmann, Olga/Zimolong, Agnes (2007): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH, Düsseldorf.
- Braun, Bernhard/Müller, Rolf/Timm, Andreas (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. GEK (Hg.): Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 32, St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Bräuninger, Michael/Wohlens, Eckhardt (2008): Medizintechnik in Deutschland. Zukunftsbranche Medizintechnik – Auch im Norden ein Wachstumsmotor. Studie im Auftrag der HSH Nordbank, Hamburg.
- Bremer Investitionsgesellschaft 2008: Zukunftsstrategie-Gesundheitswirtschaft; Bremen:

www.bigbremen.de/sixcms/media.php/120/Zukunftsstrategie_Gesundheitswirtschaft.pdf

- Bruch-Krumbein, Waltraud/Hochmuth, Elke (2000): Cluster und Clusterpolitik. Marburg.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (o. J.): Raumordnungsprognose 2020/2050. Kurzfassung von Bericht-Band 23. www.bbr.bund.de (10. März 2008).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (HG.) (1998): Empfehlung für die klinisch-geriatriische Behandlung, Jena: Gustav Fischer Verlag.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004): Forschungslandkarte Fachhochschulen – Potenzialstudie, Berlin.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005a): Zur Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich – Zusammenfassung-, Berlin
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005): BioRegionen in Deutschland – starke Impulse für die nationale Technologieentwicklung, Berlin.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007): Aktionsplan Medizintechnik 2007-2008 – Bestandteil der Hightech-Strategie der Bundesregierung, Berlin.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung 2008. Bundesbericht Forschung und Innovation 2008. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). VDI/VDE-IT, Berlin (Redaktion). Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V./schiff-gmbh (2007): Pflege & Urlaub an der Ostseeküste. Kiel: bpa.
- Cirkel, Michael/Hilbert, Josef (2005): Das Altern der Gesellschaft: die graue Zukunft bekommt Silberstreifen. In: Behrens, Fritz / Heinze, Rolf G. / Hilbert, Josef / Stöbe-Blossey, Sybille (Hg.): Ausblicke auf den aktivierenden Staat: von der Idee zur Strategie. Berlin: Ed. Sigma, S. 397-414.
- Cirkel, Michael/Hilbert, Josef/Schalk, Christa (2006): Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen: Produkte, Dienstleistungen und Verbraucherschutz für ältere Menschen. Berlin: LIT-Verl., S. 8-154.
- Cirkel, Michael/Juchelka, Rudolf (2007): Gesundheit und Mobilität im Alter. In: Public Health Forum Nr. 56 September 2007, 15. Jg., S. 24 – 26.
- DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse (2007): Gesundheitsreport 2007, Hamburg.
- Dandekar, Thomas (1999): In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (Hg.): Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns. S. 239-276. Opladen & Wiesbaden.
- Deister, Arno (2008): Der Personalmarkt im Gesundheitswesen. Medizinisches Fachpersonal gewinnen und halten. Foliensatz.
- Deister, Arno/Roick, Christiane/Zeichner, Dirk/Ziegler, Bernhard (2005): Psychiatrische Versorgung. Kein Anreiz zur Fallzahlausweitung. Deutsches Ärzteblatt, Heft 38. S. A 2532 – A 2534.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2003) (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
- Deutscher Bundestag (2002): Schlussbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik". Drucksache 14 / 8800. <http://dip.bundestag.de/btd/14/088/1408800.pdf>. (15. 05. 02).

- DSN (2000): Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein – Potenziale und Chancen aus wirtschaftspolitischer Sicht – eine Expertise. Im Auftrag des Ministeriums für Wirtschaft, Technologie und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein. Kiel.
- DSN (2008): Schleswig-Holstein 2025 – Demographie-Report regional, Kiel
- Erben, Christoph M./Gotthardt, Iris/Hoffmann, Johannes (o. J.): Ursachen und Umstände des Wechsels von der ambulanten in die vollstationäre Pflege in Schleswig-Holstein. Ergebnisse einer Befragung bei stationären Erstantragstellern.
- Eiff, Wilfried von/Stachel, Kerstin (2006): Professionelles Personalmanagement. Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft. Band 4, Wegscheid: Wilkom GmbH.
- Evans, Michaela/Scharfenorth, Karin (i. E.): Abschied von der Insel': Herausforderungen und Gestaltungsfelder des Personalmanagements in der Gesundheitswirtschaft. In: Matzick, Sigrid (Hg.): Qualifizierung in der Gesundheitsberufen. Weinheim: Juventa Verlag.
- Evans, Michaela/Scharfenorth, Karin (2008): Personalmanagement und Personalentwicklung in der Gesundheitswirtschaft: 10. Studententext; weiterbildender Fernstudiengang Master of Health Administration. Universität Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- GEO Beilagenheft 5 (2004): Der demographische Wandel – Daten, Trends und Analysen – Kreise und Städte im Test, Gruner und Jahr, Hamburg.
- Hartenstein, Wolfgang/Schulz-Heising, Jochen/Bergmann-Gries, Jutta/Krauss, Fritz/Rudat, Reinhard/Smid, Menno (1990): Lebenssituation, Einstellung und Verhalten älterer Autofahrer und Autofahrerinnen. Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr. Heft 79.
- Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd Hans (2005): Arbeitsbelastung und –beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie. In: Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner/Vetter, Christian (Hg.) (2005): Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 21-47.
- Heinze, Rolf G./Hilbert, Josef (2008): Vorschläge und Handlungsempfehlungen zur Erarbeitung eines Masterplans zur Integration von Zusatzanwendungen auf Basis der Gesundheitstelematik-Infrastruktur. Gutachten der Ruhr-Universität Bochum und des Instituts Arbeit und Technik (Gelsenkirchen) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Herrmann, Hayo (2007): Innovations- und Technologiepotenziale in Schleswig-Holstein und Hamburg. Empirische Bestandsaufnahme und Ansätze einer clusterorientierten Regionalpolitik. Beiträge aus dem Institut für Regionalforschung der Universität Kiel. Beitrag Nr. 42. 2007.
- Hilbert, Josef/Evans, Michaela (2006): Die Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung: Schlüsselherausforderung und Achillesferse für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. In: Pundt, Johanne (Hg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven, Bern: Verlag Hans Huber. S. 193-212.
- Hilbert, Josef/Scharfenorth, Karin (1999): Virtuelles Altenheim – konkrete Utopie. In: Heim+Pflege-Special, Nr. 6. S. 21 – 24.
- Hilbert, Josef/Scharfenorth, Karin (2000): Mit neuen Medien zu besseren sozialen Diensten. Ansätze und Erfahrungen der Nutzung telematischer Anwendungen für das Zu-Hause-Leben im Alter. In: Die BKK, Nr. 12. S. 547 – 552.
- Hübner, Ursula/Sellemann, Björn/Frey, Andreas (2007): IT-Report Gesundheitswesen - Schwerpunkt Integrierte Versorgung. Schriftenreihe des Nds. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, Hannover.
- IfM-Bonn 2007. FuE und Innovationen in kleinen und mittleren Unternehmen. www.ifm-

bonn.org

- IHK Schleswig Holstein – Arbeitsgemeinschaft der Industrie- und Handelskammern zu Flensburg, zu Kiel und zu Lübeck (2007): Wirtschaftszahlen für Schleswig-Holstein, Flensburg.
- Innenministerium Schleswig-Holstein (2007): Altenwanderung und seniorengerechte Infrastruktur. Endbericht Projekt A.S.A.P. Teil B. E-Health und E-Care für ein selbst bestimmtes Wohnen älterer Menschen im ländlichen Raum, Kiel.
- Innenministerium Schleswig-Holstein (2007): Altenwanderung und seniorengerechte Infrastruktur. Endbericht Projekt A.S.A.P. Teil A Analyse der Altenwanderung, Kiel.
- Institut Arbeit und Technik (2007): Auswertung der Patientenwanderungen nach und innerhalb von Deutschland. Datenanalyse im BMBF-Verbundprojekt: Internationalisierung von Gesundheitsdienstleistungen – Patientenimport und Serviceexport, Teilvorhaben Konzeptentwicklung und Pilotierung internationaler Gesundheitsdienstleistungen / Health Care.
- Institut für Freizeitwirtschaft (2008): Der Gesundheitstourismus der Deutschen bis 2020. Marktchancen für Health-Care, Anti-Aging, (medical-) Wellness, und Beauty-Urlaub.
- Kassenärztliche Vereinigung (o. J.): Übersicht Medizinische Versorgungszentren in Schleswig-Holstein. www.kvsh.de (30. Mai 2008).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.): Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – Chancen durch Vielfalt. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Klemm, Günther Dr./Körner, Julia Dr. (2006) IHK Nord (Hg.): Demographischer Wandel im norddeutschen Wirtschaftsraum – Positionen der IHK Nord, Hamburg.
- Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus Schleswig-Holstein (Hg.) (2008): Qualitätshandbuch Präventionsorientierter Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein. Kiel.
- Kopetsch, Thomas (2007): Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends. 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Foliensatz.
- Krankenhaus Umschau 10/2007.
- Krankenhaus Umschau 5/2006.
- Kruse, Andreas (2002): Gesund altern - Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Kruse, Andreas/Lehr, Ursula (1999): Reife Leistung. Psychologische Aspekte des Alterns. In: Niederfranke, Annette, Naegele, Gerhard & Frahm, Eckart (Hg.): Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns, Opladen & Wiesbaden. S.187-238.
- Krütten, Jörg/Rautenberg, Frank/Liefner, Matthias (2005): Zukünftige Relevanz und Konsequenzen von Krankenhaus-Einkaufskooperationen für Medizintechnologie-Anbieter in Deutschland. Bonn.
- Landesregierung Schleswig-Holstein (2005): Schleswig-Holstein im demographischen Wandel – Ein Beitrag zur Diskussion, Kiel.
- Landesregierung Schleswig-Holstein (Hg.) (2004): Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein – stark und zukunftsfähig. Eine Zwischenbilanz (Stand August/September 2004), Kiel.
- Landesregierung Schleswig-Holstein (Hg.) (2005): Schleswig-Holstein im demographischen Wandel – Ein Beitrag zur Diskussion, Kiel.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtages Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

- Landtag Schleswig-Holstein (2008): Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein. Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der FDP. Drucksache 16/1595, Kiel.
- Lang, Erich/Diepgen, Thomas (1988): Altern und Krankheit. In: Lange, Erich (Hg.): Praktische Geriatrie, Stuttgart. S.78-80.
- Legler / Krawczyk 2007. Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten von Wirtschaft und Staat im internationalen Vergleich. Harald Legler und Olaf Krawczyk unter Mitarbeit von Mark Leidmann. Studien zum deutschen Innovationssystem Nr. 8-2007. Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung
- Lohmann, Martin/Winkler, Karin (2005): Gesundheitsreisen. Wellness, Fitness und Kur, Kiel: FUR.
- Mayer, Karl U./Baltes, Paul B. (Hg.) (1999): Die Berliner Altersstudie. 2. Auflage. Berlin.
- Meier, Christiane/Stähli Christiane/ Szucs, Thomas (2007): Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 1/2007. S. 46-52.
- Mensing, Klaus/Fischer, Thomas (2006): Anpassung der kommunalen Wirtschafts- und Infrastruktur an demographische Trends – Eine Praxishilfe von Kommunen für Kommunen im Rahmen des Modellvorhabens der Raumordnung „Seniorenorientierter Wirtschaftsraum K.E.R.N.“, Hamburg.
- Mensing, Klaus/Fischer, Thomas/Dittrich Gudrun (2006): Lebensqualität ein Leben lang – Wirtschaftsentwicklung und Infrastrukturanpassung unter neuen demographischen Vorzeichen. Projektdokumentation. Modellvorhaben der Raumordnung „Seniorenorientierter Wirtschaftsraum K.E.R.N., Hamburg.
- Meusel, Heinz (1996): Bewegung, Sport und Gesundheit im Alter, Wiesbaden: Quelle & Meyer Verlag.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalens (2001): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW, Düsseldorf.
- Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume des Landes Schleswig-Holstein (2006): MarktTreff – Lebendige Marktplätze im ländlichen Raum. Kiel: MLUR.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (2007): Gesundheitsland Schleswig-Holstein – Jahrbuch 2007/2008, Kiel.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (2008): Gesundheitsland Schleswig-Holstein – Jahrbuch 2008/2009, Kiel.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (2008): Landesprogramm: Älter werden in Schleswig-Holstein. Kiel: MSGFJS.
- Ministerium für Wirtschaft, Technologie und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein (2000): Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Potenziale und Chancen aus wirtschaftspolitischer Sicht – eine Expertise. Bearbeiter: dsn Projekte – Studien – Publikationen. Kiel.
- Müller, Sylvia (o. J.): Leitfaden zur Gestaltung eines Beherbergungsangebotes für ältere Reisende. Heide: Fachhochschule Westküste.
- Pleschak, Frank/Sabisch, Helmut (1996): Innovationsmanagement, Stuttgart: UTB.
- Obier, Cornelius/Schmücker, Dirk J./Dörr, Jessica (2005 – 2007): Touristische Perspektiven der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Teil 1: Management Summary. PROJECT M, Lüneburg im Auftrag des Heilbäderverbands Schleswig-Holstein e.V..
- Obier, Cornelius/Schmücker, Dirk J./Dörr, Jessica (2005 – 2007): Ergebnisbericht Teil 2: Analyse.

- Obier, Cornelius/Schmücker, Dirk J./Dörr, Jessica (2005 – 2007): Ergebnisbericht Teil 3: Strategiekonzeption.
- Offermanns, M. (2008): Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts. Düsseldorf.
- Osenberg, Dorothea (2008): Nach dem Studium – Zukunftsplanungen und Erwartungen der Kollegen von morgen. Ruhr-Universität Bochum. Foliensatz.
- Porter, Michael E. (1990): The Competitive Advantage of Nations. New York.
- Rehfeld, Dieter (1994): Produktionscluster und räumliche Entwicklung: Beispiele und Konsequenzen. In: Krumbein, Wolfgang (Hg.): Ökonomische und politische Netzwerke in der Region: Beiträge aus der internationalen Debatte. Münster: Lit-Verl., S. 187-205 .
- Rehfeld, Dieter (2005): Perspektiven des Clusteransatzes. Zur Neujustierung der Strukturpolitik zwischen Wachstum und Ausgleich. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. IAT-Report 2005-06.
- RKI (2002): Robert Koch Institut; Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit im Alter, Berlin.
- Rühmkorf, Daniel (2008): Pleiten, Pech und Pannen. Die elektronische Gesundheitskarte bleibt weiterhin umstritten. In: Dr. med. Mabuse 174, Juli/August 2008.
- Scharfenorth, Karin (2004): Mit dem Alter in die Dienstleistungsgesellschaft? Perspektiven des demographischen Wandels für Wachstum und Gestaltung des tertiären Sektors. Zugleich: Dissertation, Bochum, Universität, 2003. München: Herbert Utz Verlag.
- Scharfenorth, Karin (2008): Wirtschaftsfaktor Alter – von der Last zur Chance. In: Bogedan, Claudia, Müller-Schoell, Till & Ziegler, Astrid (Hg.): Demografischer Wandel als Chance. Erneuerung gesellschaftlicher Solidaritätsbeziehungen? Hamburg: VSA-Verlag. (i. E.)
- Schnabel, Reinhold (2007): Zukunft der Pflege, Universität Duisburg-Essen und ZEW.
- Schwaiger, Jürgen (2007): Megatrend Gesundheitstourismus. Angrenzung und Entwicklung, Saarbrücken: VGM Verlag.
- Statistikamt Nord (2006): Pflegestatistik. Hamburg: Statistikamt Nord.
- Statistikamt Nord (2007): Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen und Kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins bis 2025. In der Reihe: Statistische Berichte, A I 8 – 2007 S. Hamburg: Statistikamt Nord. www.statistik-nord.de (07. April 2008).
- Statistikamt Nord (2007): Pflegestatistik in Hamburg und Schleswig-Holstein 2005, Hamburg.
- Statistikamt Nord 2007: Der Fremdenverkehr in den Gemeinden Schleswig-Holsteins 2006, Statistische Berichte, G IV 1 - j/06, Hamburg.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Ausgabe 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de (07. April 2008).
- Statistisches Bundesamt (2007a): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de (07.04. 2008).
- Statistisches Bundesamt (2007b): Gesundheitswesen. Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. 2006. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de (14. Januar 2008).
- Statistisches Bundesamt (2008): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de (27. Mai 2008).

- Stein, Lothar/Stuchtey, Martin R. (2005): Strategische Entwicklung von Regionen – Silicon Valley ist überall. In: Hungenberg, Harald/Meffert, Jürgen (Hg.): Handbuch Strategisches Management. Wiesbaden : Gabler, 2005. S. 603-620.
- Stender, Harald (2007): Komplettnetzwerk als Zukunftsvision. Telemedizin als wichtige strategische Handlungsoption für Krankenhäuser. In: Krankenhaus Umschau 10/2007.
- Terstriep, Judith (2008): Cluster Management - Status Quo & Perspektiven. In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2007, S. 60-70.
- Universität zu Lübeck/Ernst-Albrechts-Universität zu Kiel 2006: Qualitätsberichte der Medizinischen Fakultäten der Universität Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität zu Lübeck 2006.
- Voßkamp, Rainer/Schmidt-Ehmcke, Jens (2006), FuE in der Wirtschaft -Auswirkungen auf Produktivität und Wachstum, in: Legler, Harald/Grenzmann, Christoph (Hg.), FuE-Aktivitäten der deutschen Wirtschaft. Materialien zur Wissenschaftsstatistik, Heft 15, S. 7-18.
- Wegweiser GmbH (2007): Monitoring eHealth Deutschland 2007. Multi-Client-Studie zur technologieorientierten Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens, Berlin.
- Witt, Peter (2006): Optimierung des Wissenstransfers aus den Hochschulen in Schleswig-Holstein – Studie im Auftrag der Innovationsstiftung Schleswig-Holstein, Kiel.
- WTSH Medizintechnik (o.J.): Wirtschaftsförderung und Technologietransfer Schleswig-Holstein GmbH. Medizintechnik.

7 ANHANG: BESCHÄFTIGUNGSPROGNOSE FÜR DIE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT SCHLESWIG-HOLSTEINS

In diesem Anhang wird die in Kapitel 3 zusammengefasste Beschäftigungsprognose für die Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holsteins ausführlich dargestellt und im Einzelnen erläutert und begründet. Dabei wird die Beschäftigungsentwicklung in Schleswig-Holstein gemäß der Logik des „Zwiebelmodells“ aufgeschlüsselt nach den drei Bereichen den Kernbereichen mit der ambulanten und stationären Altenpflege sowie der stationären und ambulanten Versorgung, der Vorleistungs- und Zulieferindustrie sowie den gesundheitsrelevanten Randbereichen, also dem Fitnessmarkt und dem Gesundheitstourismus.

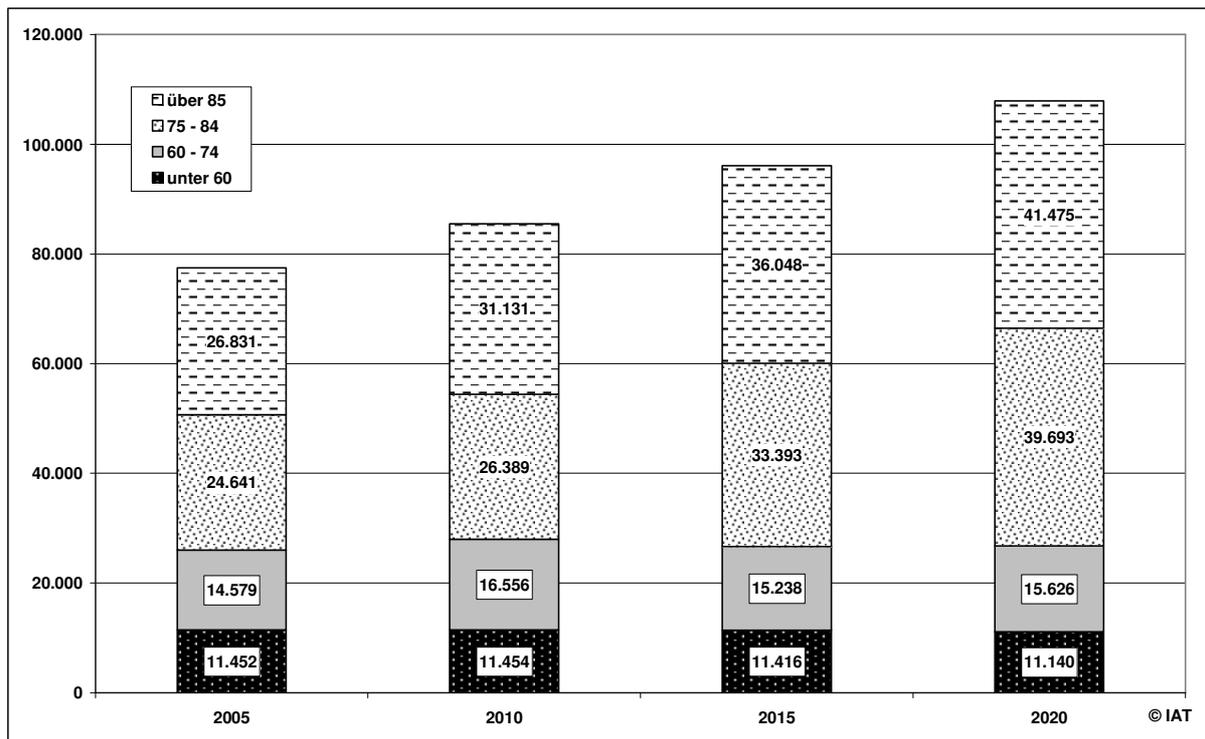
Als Basis der Prognose für die Altenpflege dient vor allem die vom Landesamt für Statistik aufgestellte Bevölkerungsprognose. Die erstellten Beschäftigungsszenarien beruhen zum einen auf Bedarfsplanungen, Trendfortschreibungen mittels statistischer Regressionsverfahren und zum anderen auf Plausibilitätsüberlegungen auf Grundlage der Einschätzung der allgemeinen bundesweiten Entwicklungstrends, bereits vorhandener Prognosen, Literaturstudien sowie der Einschätzung über zukünftige Entwicklungstrends durch zentrale Akteure im Rahmen der vor Ort Recherchen. Prognosen bieten einen Blick in die Zukunft, jedoch können hierbei nicht alle extern gesetzten Rahmenbedingungen, seien sie politischer oder wirtschaftlicher Art, im Voraus kalkuliert werden. Prognosen sind damit immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Im Rahmen der verfügbaren Daten bilden die Prognoseszenarien jedoch eine Basis zur Einschätzung der zukünftigen Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holsteins.

Altenpflege

In Schleswig-Holstein nahmen im Jahr 2005 77.500 Personen Leistungen aus dem Bereich SGB XI, soziale Pflegeversicherung, in Anspruch. Darunter waren 20% ambulante Leistungsbezieher, 40% stationäre Leistungsbezieher sowie 40 %, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch genommen haben.

Bis zum Jahr 2020 wird sich die Anzahl der Leistungsempfänger aufgrund des demografischen Wandels weiter erhöhen.

Abbildung 11: Prognose der Leistungsempfänger nach SGB XI unter gleicher Inzidenz und Prävalenz nach Alter, Schleswig-Holstein



Quelle: IAT

Abbildung 11 zeigt die voraussichtliche Entwicklung der Leistungsempfänger nach Alter. Basis der Prognose ist die 11. Bevölkerungsprognose, Variante 1, W1 des Statistischen Landesamtes Nord aus dem Jahr 2006. Die Berechnung der Leistungsempfänger beruht auf der Fortschreibung der Pflegewahrscheinlichkeit aus dem Jahr 2005 für Schleswig-Holstein insgesamt²⁸. Demnach steigt die Anzahl der Leistungsempfänger bis zum Jahr 2020 auf nahezu 108.000 an, ein Zuwachs von 30.400 bzw. 39%. Die Altersstrukturzusammensetzung wird sich dabei jedoch aufgrund der Zunahmen der Hochaltrigen stark verändern:

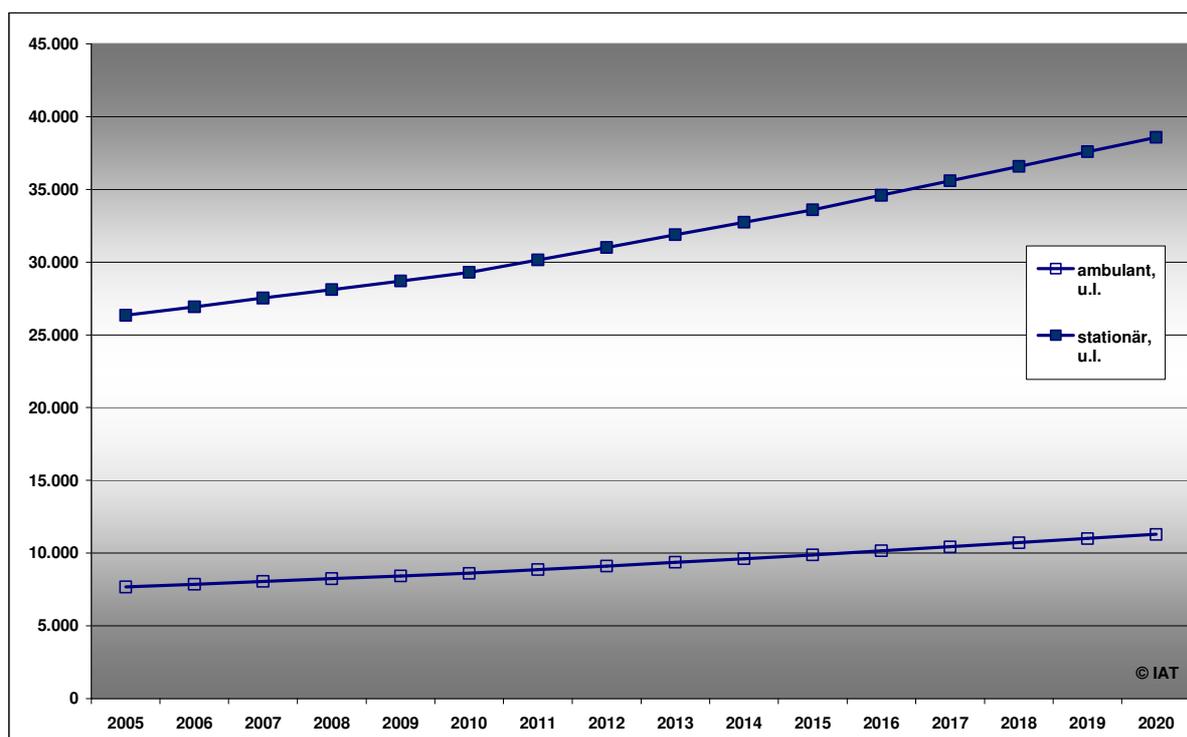
- Die Anzahl der unter 60-Jährigen Leistungsbezieher wird sich von 11.450 auf 11.140 um 3% reduzieren.
- Die Kohorte der 60 bis unter 75-jährigen Leistungsempfänger steigt bis 2020 von 14.600 auf 15.600 um etwa 1.050 (7,2%) an.
- Die Gruppe der 75 – 84 Jährigen steigt um 15.050, ein Plus von 61%. Im Jahr 2020 wird es dann knapp 40.000 Menschen in dieser Altersgruppe geben, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.
- Auch die Gruppe der hochaltrigen Leistungsbezieher wächst um etwa 14.600 (55%). Im Jahr 2020 gibt es dann 41.500 Leistungsbezieher, die über 85 Jahre alt sind.

²⁸ Die Berechnung für die zukünftigen Leistungsempfänger wurde für das gesamte Land Schleswig-Holstein gemacht, nicht für die einzelnen Kreise. Zudem wurde keine Geschlechtsdifferenzierung vorgenommen. Aus diesem Gründen kann die Anzahl der zukünftigen Leistungsempfänger etwas höher ausfallen, als die Berechnung über die Summe der Leistungsempfänger für die einzelnen Kreise. Die Berechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2008) kommt bei der Status-Quo-Fortschreibung auf eine Anzahl von 104.000 Leistungsempfänger im Jahr 2020 für Schleswig-Holstein.

Bis zum Jahr 2020 wird sich der Anteil der über 75-jährigen Leistungsempfänger von 66% im Jahr 2005 auf 75% im Jahr 2020 erhöhen. Dies wird sich auch auf das Inanspruchnahmeverhalten von Pflegedienstleistungen und somit auf die Beschäftigung in diesem Bereich auswirken, denn mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit stationäre Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen.

Im Jahr 2005 bezogen etwa 20% der Leistungsempfänger ambulante Pflegeleistungen, etwa 40% empfangen stationäre Leistungen und 40% nahmen ausschließlich Pflegegeldleistungen in Anspruch. Projiziert man dieses heutige Inanspruchnahmeverhalten auf das Jahr 2020 werden etwa 39.000 Menschen (40% der dann 108.000 Leistungsbezieher) Pflegegeld empfangen.

Abbildung 12: Prognose der Beschäftigung in der Altenpflege (Status-Quo-Fortschreibung), Schleswig-Holstein bis 2020



Quelle: IAT

Bis zum Jahr 2020 wird sich die Anzahl der Beschäftigten in der Altenpflege von derzeit 34.000 um 15.800 auf über 49.800 erhöhen, dies bedeutet einen Anstieg von 46,6%. Die ambulant Tätigen werden sich dabei von 7.700 auf 11.300 erhöhen, in stationären Einrichtungen wird sich die Zahl von 26.350 auf dann 38.600 erhöhen.

Diese Status-Quo Fortschreibung ist eine sehr vorsichtige Annahme, denn es ist davon auszugehen, dass die Leistungsempfänger zukünftig vermehrt professionellen Dienstleister in

Anspruch nehmen werden²⁹ und somit auch höhere Beschäftigungseffekte zu erwarten sind. Gründe sind neben des demografischen Effektes (insbesondere Zunahme der Hochaltrigen) und der damit häufig einhergehenden Problematik von Multimorbidität und Schwerstpflegebedürftigkeit, auch die Abnahme des Pflegepotenzials durch die eigenen Kinder und Familienangehörigen, die Zunahme von Kinderlosen und Singles sowie die Auflösung von traditionellen Familienstrukturen, die Zunahme von Berufstätigkeit der Frauen und die damit oft einhergehenden berufsbedingten Mobilität (Umzug in weit entfernte Städte), aber auch eine möglicherweise generell abnehmenden Pflegebereitschaft durch kulturelle Veränderungen. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass sich der Anteil der Pflegegeldempfänger bis zum Jahr 2020 reduzieren wird. Dies bestätigen auch verschiedene Studien zum zukünftigen Inanspruchnahmeverhalten im Pflegebereich. So gehen Schätzungen der Enquete-Kommission zur Zukunft der Pflege in NRW nicht nur von einem relativen sondern sogar von einem absoluten Rückgang der Pflegegeldempfänger aus³⁰. Andere prognostizieren einen leichten - demografiebedingten - absoluten Anstieg bis 2025, jedoch bei gleichzeitigem Absinken der Anteilswerte³¹. Inwiefern sich die verstärkte Inanspruchnahme in mehr ambulante oder mehr stationäre Leistungen aufteilt, ist schwierig zu prognostizieren. Aus diesem Grund wird sich an dieser Stelle nur auf das vorsichtige Status-Quo-Szenario gestützt.

Stationärer Bereich

Krankenhausbereich

Etwa 24.500 Menschen (Vollkräfte) arbeiten insgesamt in den 96 Krankenhäusern des Landes Schleswig-Holstein. Darunter sind etwa 3.900 hauptamtliche Ärzte sowie 9.100 Pflegekräfte (Statistisches Bundesamt).

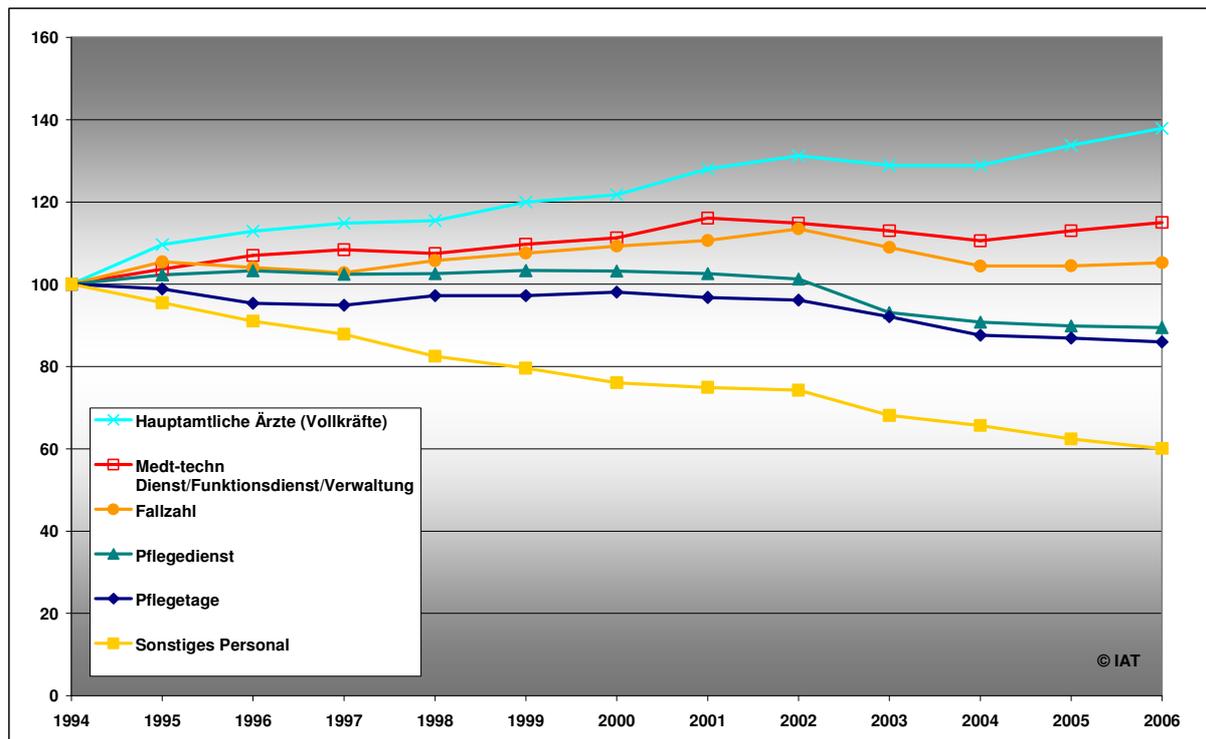
Der allgemeine Trend der erhöhten Fallzahl sowie der reduzierten Liegezeiten führt auch in Schleswig-Holstein zu einem erhöhten Bedarf an Ärzten. Seit 1994 hat sich diese Berufsgruppe um 38% um 1.100 auf fast 4.000 erhöht. Gleichzeitig ist die Anzahl der Pflegekräfte um etwa dieselbe Absolutzahl (prozentual -10,5%) auf 9.140 im Jahr 2006 zurückgegangen. Zuwächse gab es auch in den Berufsgruppen der medizinisch-technischen-Dienste, des Funktionsdienstes sowie des Verwaltungsdienstes. Letztere Berufsgruppe folgt mit dem Beschäftigungsplus nicht dem bundesweiten Trend, wo ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist. Der Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie weitere Dienste müssen, wie auch im bundesweiten Trend, erhebliche Verluste seit 1994 hinnehmen.

²⁹ Siehe dazu: Enquete-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Düsseldorf, S. 58ff.

³⁰ Siehe dazu: Enquete-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Düsseldorf, S. 58ff.

³¹ Vgl. hierzu: Schnabel, R. (2007): Zukunft der Pflege. Duisburg/Essen.

Abbildung 13: Personalentwicklung in den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins, Index: 1994=100



Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung und Darstellung: IAT

Die Bettenzahl betrug 2006 15.550, die durchschnittliche Bettenauslastung liegt bei etwa 80%. Im Jahr 2006 wurden 538.130 Fälle behandelt, die durchschnittliche Verweildauer ist mit 8,4 Tagen die bundesweit niedrigste.

Für die Zukunft ist trotz einer insgesamt rückläufigen Bevölkerung u.a. aufgrund der Alterung der Gesellschaft mit einer starken Zunahme der Fallzahl in den Krankenhäusern zu rechnen. Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2008) schätzen, dass sich die Fallzahl in Schleswig-Holstein von 555.000 im Jahr 2005 auf 625.000 im Jahr 2020 erhöhen wird (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008: 17), ein Zuwachs von 12,7%. Bei dieser Prognose handelt es sich um ein Status-Quo-Szenario, d.h. Basis der Prognose ist das heutige Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung. Weitere Rahmenbedingungen, wie Veränderungen bei der durchschnittlichen Verweildauer sowie die zunehmende Bedeutung der ambulanten Versorgung wurden hier nicht berücksichtigt.

Diese Faktoren werden aber eine wichtige Rolle für die zukünftige Entwicklung der Krankenhauslandschaft spielen. Es ist davon auszugehen, dass die Verweildauer weiter absinken wird. So schätzt das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) im Krankenhaus Rating Report 2008 einen Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer auf 6 Tage bis zum Jahr 2020 (Augurzky/Budde et al. 2008: 72). Zudem kommt das RWI zu dem Schluss, dass sich aufgrund der zunehmenden Bedeutung des ambulanten Bereichs die Anzahl der stationären Fälle lediglich um 5,6% bis 2020 bundesweit erhöhen könnte (Au-

gurzky/Budde et al. 2008: 67). Für Schleswig-Holstein würde sich die Fallzahl dementsprechend auf 591.075 erhöhen.

Bis zum Jahr 2020 kann somit von einer Fallzahl im Rahmen von 625.000 als obere Grenze bzw. 591.075 als untere Grenze ausgegangen werden.

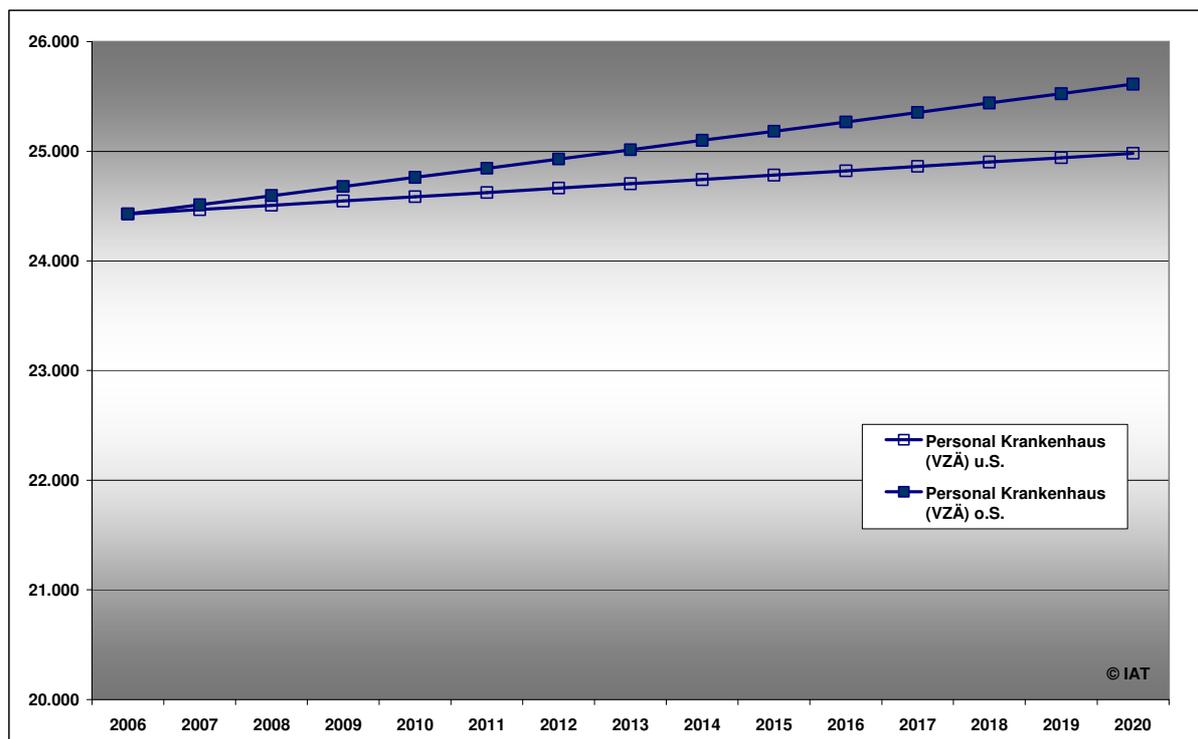
Trotz der angesichts des Kostendrucks unumgänglichen Notwendigkeit zu weiteren Effizienz- und Produktivitätssteigerungen werden sich die steigenden Fallzahlen positiv auf die zukünftige Beschäftigungsentwicklung auswirken. Dabei ist jedoch zu beachten, dass bestimmte Berufsgruppen, wie der medizinisch-technische Dienst oder Funktionsdienst innerhalb des Krankenhauses weit weniger von der Fallzahl abhängig sind, als z.B. Ärzte und (in nicht ganz so starkem Ausmaß) das Pflegepersonal (Augurzky/Budde et al. 2008: 76). Es ist somit in bestimmten Berufsgruppen mit weiterem Beschäftigungsabbau zu rechnen.

Legt man die oben aufgeführten Rahmenbedingungen zu Grunde, so könnte sich die Anzahl der Mitarbeiter in den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins auf 24.980 im unteren Rahmen, bzw. 25.611 im oberen Rahmen erhöhen. Bezogen auf die Anzahl im Jahr 2005 von 24.500 ergäbe sich hier ein leichtes Plus von knapp 550 bzw. 1.200 Beschäftigten.

Bei den hier aufgeführten Stellen handelt es sich um Vollzeitäquivalente, nicht um „Köpfe“. Die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird sich demnach durch den hohen Anteil von Teilzeitstellen, besonders im Pflegebereich, noch weiter erhöhen. Im Krankenhausbereich arbeiteten etwa 33.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Jahr 2005. Davon waren fast 11.000, also nahezu ein Drittel teilzeitbeschäftigt³². Führt man diesen Trend fort, dann kann bis zum Jahr 2020 mit einer Zunahme der Beschäftigung von 750 bis 1.500 auf dann etwa 33.750 bis 34.500 Beschäftigte in diesem Bereich gerechnet werden.

³² Die Angaben stammen aus der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit.

Abbildung 14: Prognose der Beschäftigung in Krankenhäusern, Schleswig-Holstein bis 2020 (VZÄ)



Quelle: IAT

Rehabilitationsbereich

Vor dem Hintergrund der Alterung der Gesellschaft wird sich wegen der Erhöhung der Akutfälle, die häufig eine anschließende Heilbehandlung notwendig werden lassen, die Anzahl der Rehabilitationsfälle zukünftig weiter erhöhen. Gleichzeitig findet aber eine Verschiebung der Inanspruchnahme von stationärer zur häufig wohnortnahen ambulanten Rehabilitation statt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich der Anteil der Anschlussheilbehandlungen im Vergleich zu den Heilverfahren weiter erhöhen wird, da sich aufgrund der Fallpauschalen der Druck auf die Krankenhäuser erhöht, Patienten möglichst frühzeitig zu entlassen.

Das RWI geht in seinem Reha Rating Report 2007 von einer Erhöhung der Fallzahl im stationären Rehabilitationsbereich von 12,7%³³ zwischen 1990 und 2020 bundesweit aus. Legt man den kürzeren Zeitraum zwischen 2006 und 2020 zu Grunde, ist mit einer Erhöhung der Fallzahl in diesem Zeitraum von schätzungsweise 6,5%, also von 134.850 im Jahr 2006 um 8.750 auf dann 143.600 zu rechnen

In den letzten Jahren war die Beschäftigung im stationären Rehabereich insgesamt rückläufig. Zwischen 1994 und 2006 ist die Gesamtbeschäftigung von 4.771 auf 4.671 zurückgegangen, ein Minus von 2,1%. Ähnlich wie im Krankenhausbereich ist aber auch hier eine Unterscheidung zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal zweckmäßig.

³³ Vgl. dazu ausführlich: Augurzkj/Krolop et al. 2007: Reha Rating Report 2007. Die Reha vor der Marktberingung. RWI Materialien. Heft 38. Essen.

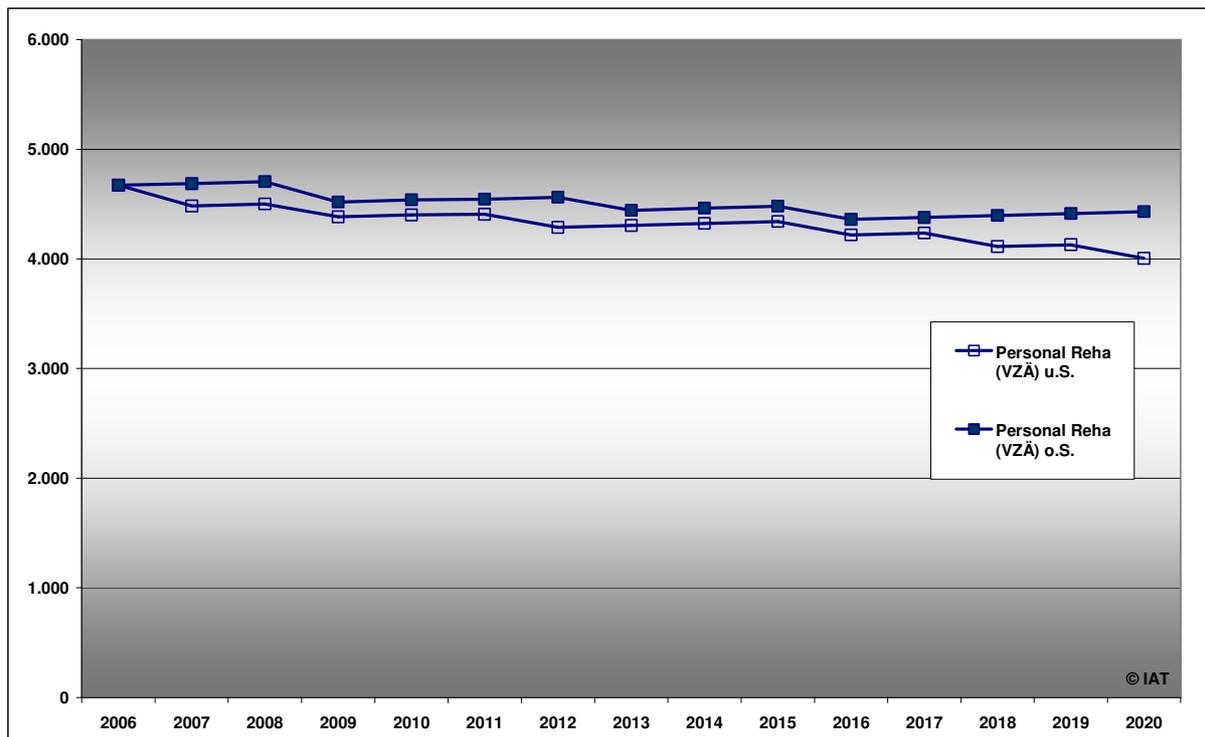
Während sich die Anzahl der Ärzte um 72 auf 422 erhöht hat, ist die Anzahl des nichtärztlichen Personals um 3,9%, also um 172 auf 4.249 Beschäftigte zurückgegangen (Statistisches Bundesamt). Auch in Zukunft wird sich dieser Trend wohl weiter fortsetzen. Wie im Akutbereich ist auch im Rehabilitationsbereich davon auszugehen, dass die Gruppe der Ärzte aufgrund der Fallzahlerhöhung sehr viel stärker wachsen wird, als die Gruppe der nichtärztlichen Beschäftigten.

Aufgrund der Zunahme der Fallzahl kann mit einer geringen Zunahme der Ärztezahlen zwischen 2006 und 2020 von heute 422 auf 431 ausgegangen werden. Im Bereich des nichtärztlichen Personals ist dagegen von einem weiteren Rückgang der Beschäftigten auszugehen. Auch hier wurden wieder zwei Szenarien entwickelt, die sich im Wesentlichen durch die Annahme verschieden starker Effizienz- und Produktivitätssteigerungen unterscheiden. Im unteren Szenario wird unterstellt, dass sich die Anzahl der nichtärztlichen Beschäftigten aufgrund von notwendigen Kosteneinsparungen sowie Effizienzsteigerungen von heute 4.250 auf knapp 3.600 verringert, während sie im oberen Szenario, in dem nicht ganz so starke Effizienzgewinne verwirklicht werden, auf 4.000 absinken wird.

Insgesamt ist somit im Rehabilitationsbereich ein Rückgang der Gesamtbeschäftigung von heute 4.670 auf eine Beschäftigung im Rahmen zwischen 4.430 bzw. auf 4.000 möglich.

Bei den Angaben ist wie im stationären Akutbereich darauf hinzuweisen, dass es sich um Vollzeitäquivalente handelt, nicht um die tatsächliche Anzahl der „Köpfe“. Laut der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit waren im Jahr 2006 5.296 Beschäftigte im Vorsorge- und Rehabereich tätig, etwa ein Drittel war teilzeitbeschäftigt. In Zukunft wird mit einem vergleichbar hohen oder sogar höheren Anteil der Teilzeitbeschäftigten zu rechnen sein, da davon auszugehen ist, dass der Abbau der Beschäftigung durch Substitution von Vollzeit- durch Teilzeitstellen bewerkstelligt wird. Die reine Anzahl der Beschäftigten muss somit nicht zwangsläufig rückläufig sein.

Abbildung 15: Prognose der Beschäftigung im Rehabereich, Schleswig-Holstein bis 2020



Quelle: IAT

Für die Beschäftigungsentwicklung im stationären Bereich ist bis 2020

- in den Krankenhäusern ein Wachstum zwischen 500 und 1.200 möglich.
- im stationären Rehabilitationsbereich ein leichter Rückgang zwischen -670 bzw. - 240 wahrscheinlich.

Insgesamt ist im stationären Bereich somit eine Beschäftigungsentwicklung im Rahmen -120 bis 950 je nach Szenario zu erwarten. Realistisch ist unter den gegebenen Bedingungen eine weitestgehend konstante bis leicht steigende Beschäftigung im stationären Bereich.

Ambulanter Bereich

Die Beschäftigungsentwicklung in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein ist in den letzten Jahren außerordentlich positiv verlaufen. Sowohl die Anzahl der niedergelassenen Ärzte als auch die Anzahl der in den Apotheken Beschäftigten hat sich seit 1993 deutlich erhöht. Während sowohl bei den Vertragsärzten als auch bei den Beschäftigten in den Apotheken zwischen 1993 und 2006 ein Plus von 20% auszumachen ist, beträgt das Plus bei den niedergelassenen Zahnmedizinern etwa 13,3%. So ist die Anzahl der Vertragsärzte zwischen 1993 und 2006 von 3.024 auf 4.653 gestiegen, die Anzahl der in den Apotheken Tätigen von etwa 4.500 auf 5.400 und die Anzahl der niedergelassenen Zahnärzte ist von 1.700 auf 1.900 gestiegen.

Doch auch in den anderen Bereichen der ambulanten Versorgung sind positive Beschäftigungseffekte zu beobachten: So hat sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Praxen der psychologischen Psychotherapeuten, der Physiotherapeuten sowie der Heilpraktiker, im Rettungswesen sowie den sonstigen ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens von 5.550 im Jahr 1999 auf 8.130 im Jahr 2006 erhöht. Die tatsächliche Zahl der Beschäftigten muss dabei sogar um einiges höher eingeschätzt werden, da hier die Selbstständigen, also z.B. die Besitzer der Praxen nicht mitberücksichtigt werden. Auch in Zukunft ist mit einem weiteren Anstieg der Beschäftigung im ambulanten Bereich auszugehen. Als wichtigste Ursache ist auch hier der demografische Wandel zu nennen. Zusätzlich ist aber auch aufgrund des medizinischen Fortschritts eine Erhöhung von ambulanten Behandlungen zu vermuten, da viele Behandlungen, für die heute noch ein stationärer Aufenthalt notwendig ist, zukünftig ambulant behandelt werden können. Gleichzeitig wird sich der Druck einer frühzeitigen Entlassung aus dem Krankenhaus weiter erhöhen und die ambulante wohnortnahe Rehabilitation wird weiter an Bedeutung gewinnen.

Auf der anderen Seite ist jedoch zu beachten, dass vermehrt Ärzte in Schleswig-Holstein über Probleme berichten, Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Die Beliebtheit des Berufes "Hausarzt" besonders auf dem Land sei in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. So geht die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holsteins sogar davon aus, dass die aktuelle Honorarreform kurzfristig zu einem Arbeitsplatzabbau im Bereich der Arztpraxen führen könnte. Um die erwartete steigende Nachfrage auch bedienen zu können, müssen neue Wege gefunden werden, die Attraktivität insbesondere der Hausarztstätigkeit auf dem Lande weiter zu erhöhen (vgl. Kapitel Gesundheitsversorgung). Nur so können die hier aufgeführten Beschäftigungseffekte auch tatsächlich erzielt werden.

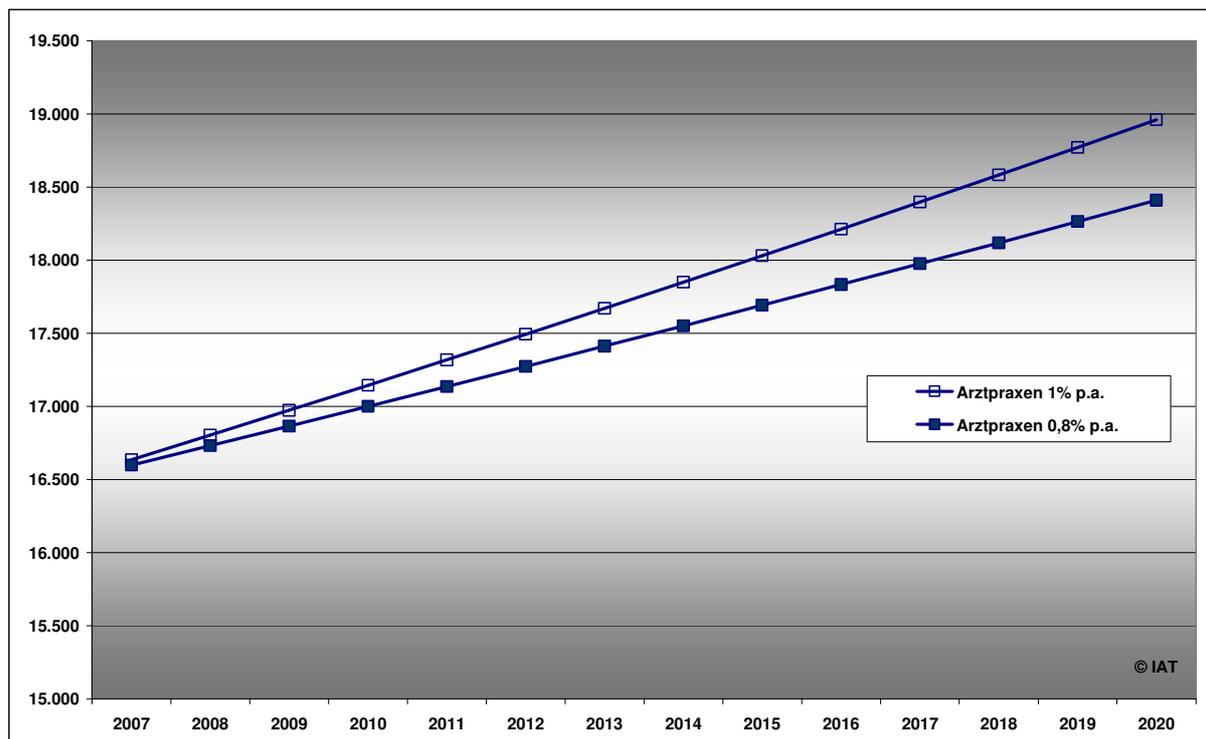
Für die Prognose werden im Folgenden wiederum zwei Szenarien erstellt. Das obere Szenario entspricht der einfachen Trendfortschreibung der letzten acht Jahre. Es wird von einem jährlichen durchschnittlichen Wachstum aller Beschäftigten in den Arztpraxen (also die freiberuflichen Ärzte sowie die sozialversicherungspflichtigen Angestellten) von einem Prozent ausgegangen, im Bereich der Zahnärzte von einem jährlichen Zuwachs von 0,58% aller Beschäftigten. Das untere Szenario ist nicht so optimistisch. Hier wird von einem Beschäftigungsplus von 0,8% im Bereich der Arztpraxen und 0,4% bei den Zahnarztpraxen ausgegangen. Die Anzahl der in den Apotheken Beschäftigten ist in den letzten Jahren jährlich um etwa 1,4% angestiegen. Auch zukünftig wird sich die Anzahl der Beschäftigten aller Wahrscheinlichkeit weiter erhöhen, jedoch nicht so stark wie in den letzten Jahren. Es wird in einem unteren Szenario von einem Wachstum von 0,5% und im oberen Szenario von einem Prozent pro Jahr ausgegangen.

Wie oben beschrieben sind besonders die Berufsgruppen der paramedizinischen Bereiche in den letzten Jahren stark angestiegen. Hier wurde zwischen 1999 und 2007 ein durchschnittliches jährliches Wachstum von annähernd 7% erreicht. Auch in Zukunft wird die Beschäftigung in diesen Bereichen weiter ansteigen, da immer mehr Menschen die Bedeutung und Wirkungen der Paramedizin zu schätzen wissen. Heilpraktikern aber auch Homöopathen sind in diesem Kontext zu nennen. Gleichzeitig wird aber auch von Seiten der klassischen

Schulmedizin dieser Trend erkannt und niedergelassene Ärzte werden sich immer mehr in Richtung alternativmedizinische Behandlung weiterbilden lassen und diese Dienstleistungen anbieten. In Zukunft ist also mit einer weiteren Zunahme von einem jährlichen Beschäftigungsplus zwischen 1,5% im unteren Szenario bzw. 3% im oberen Szenario zu rechnen.

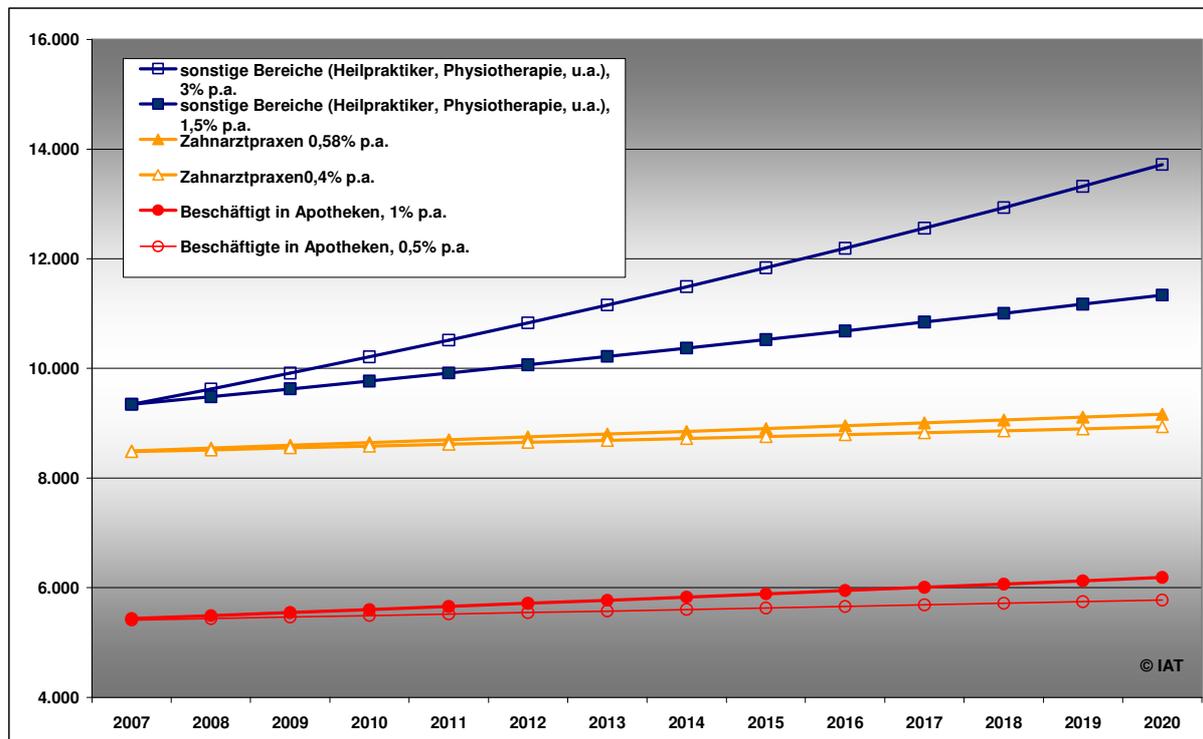
Die folgenden Abbildungen zeigen die möglichen Beschäftigungseffekte bis zum Jahr 2020 für die einzelnen Bereiche.

Abbildung 16: Prognose der Beschäftigungsentwicklung in den Arztpraxen in Schleswig-Holstein bis 2020



Quelle: IAT

Abbildung 17: Prognose der Beschäftigungsentwicklung in Zahnarztpraxen, Apotheken sowie sonstigen ambulanten Bereichen in Schleswig-Holstein bis 2020



Quelle: IAT

Rechnet man all die einzelnen ambulanten Bereiche zusammen, so könnte in der ambulanten Versorgung alles in allem bis 2020 ein Beschäftigungsplus zwischen 4.600 und 8.100 entstehen.

Vorleistungs- und Zulieferbereiche

In den letzten Jahren verlief die Beschäftigungsentwicklung im Vorleistungs- und Zulieferbereich in Schleswig-Holstein außerordentlich gut. Das durchschnittliche jährliche Wachstum betrug zwischen 1999 und 2007 1,2%³⁴. Jedoch weist der Beschäftigungsverlauf in den einzelnen Bereichen Unterschiede auf. Während sich die Beschäftigungssituation in der Medizintechnik verschlechtert hat und dort die Beschäftigung seit 1999 durchschnittlich um 1,7% zurückgeht, ist der Pharmabereich mit einem jährlichen durchschnittlichen Wachstum von 3,8% gewachsen. Auch die Beschäftigung im Groß- und Einzelhandel mit medizinischen und gesundheitsrelevanten Produkten hat in Schleswig-Holstein einen positiven Verlauf genommen.

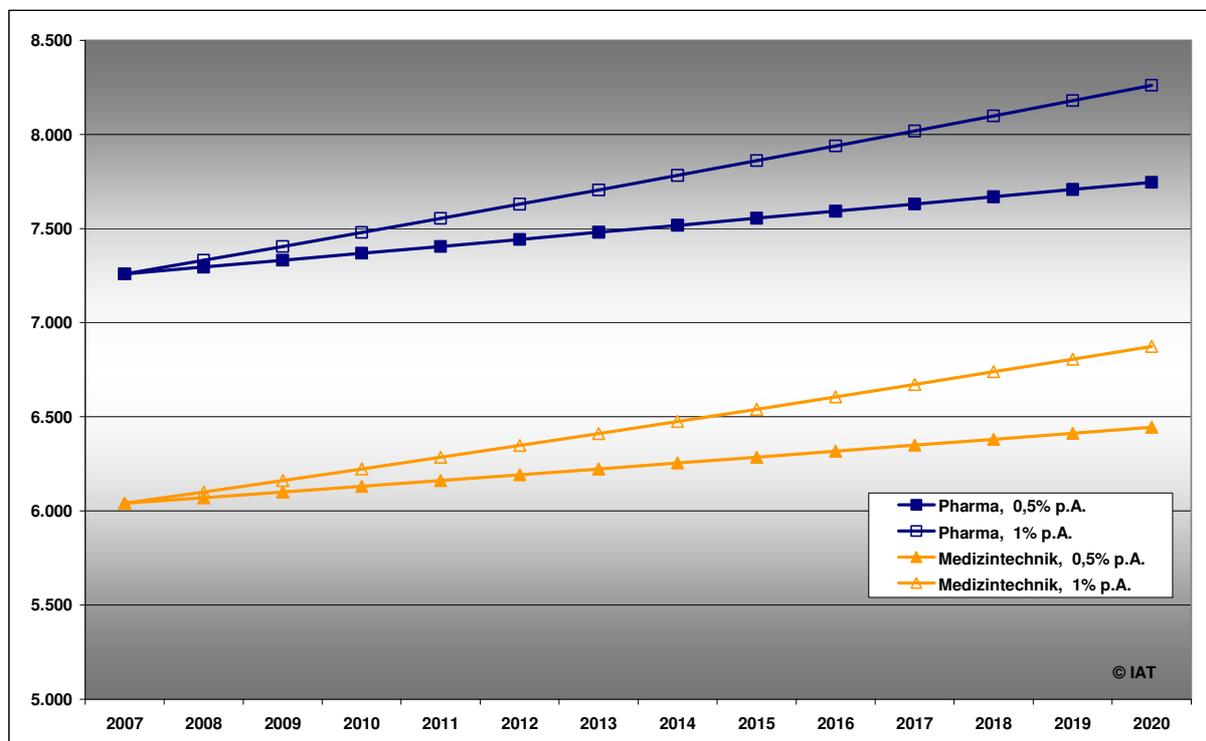
In Zukunft werden diese Bereiche weiter wachsen. Auch der Medizintechnikbereich, der schon während der letzten zwei Jahre nur noch geringe Beschäftigungsverluste aufwies,

³⁴ Da sich zwischen 2002 und 2003 die Wirtschaftszweigsystematik geändert hat, können die Augenoptiker hier nicht mitberücksichtigt werden.

wird wieder an Fahrt gewinnen und konstant bleiben, bzw. leicht anwachsen. Insgesamt wird mit einem jährlichen durchschnittlichen Beschäftigungs-Wachstum zwischen 0,5% und einem Prozent gerechnet. Das HWWI (Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut) rechnet für Norddeutschland mit einem durchschnittlichen Umsatzplus von 9% pro Jahr; dieses wird sich allerdings nicht 1:1, sondern nur teilweise in Beschäftigung niederschlagen.

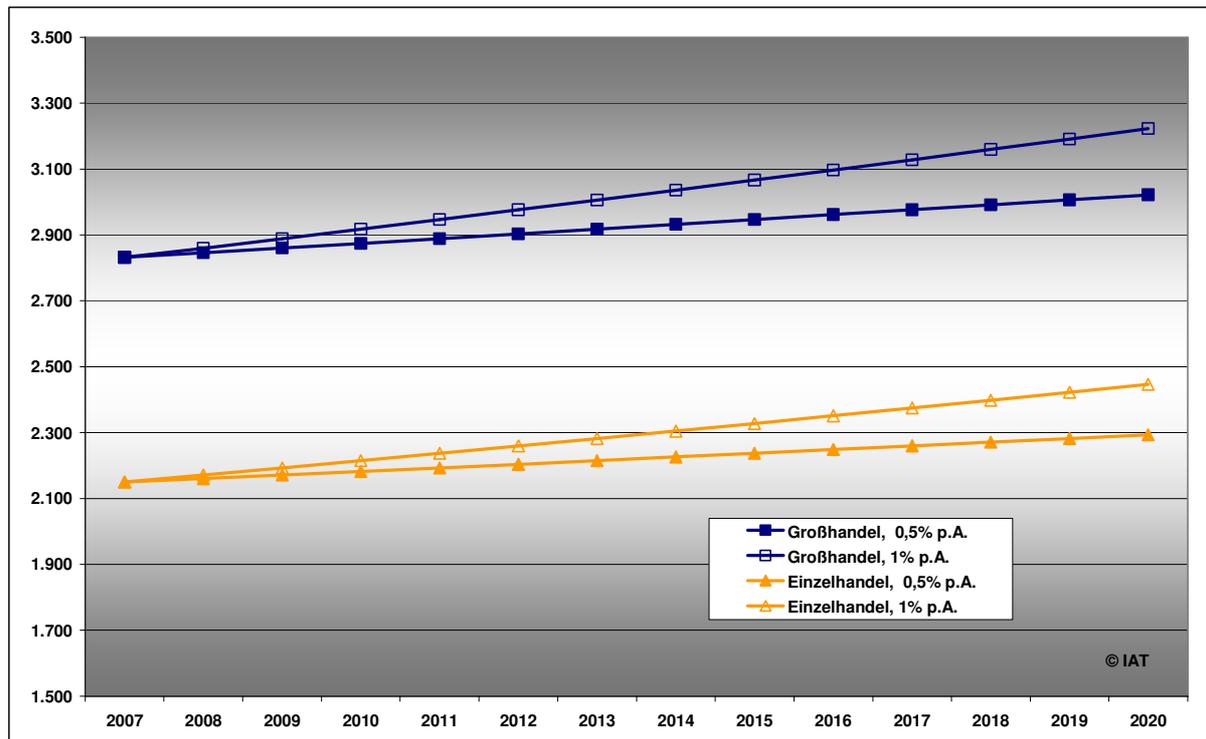
Die folgende Abbildung zeigt die errechnete Prognose für die Vorleistungs- und Zulieferbereiche.

Abbildung 18: Prognose der Beschäftigungsentwicklung im Pharmabereich und in der Medizintechnik, Schleswig-Holstein bis 2020



Quelle: IAT

Abbildung 19: Prognose der Beschäftigungsentwicklung im Groß- und Einzelhandel mit med. Produkten, Schleswig Holstein bis 2020



Quelle: IAT

In den Vorleistungs- und Zulieferbereichen könnten auf Grundlage der unterstellten Annahmen Beschäftigungsgewinne zwischen 1.225 und 2.500 bis 2020 entstehen.

Gesundheitsrelevante Randbereiche

Die gesundheitsrelevanten Randbereiche und hier ganz besonders der Gesundheitstourismus werden zukünftig weiter an Bedeutung zunehmen.

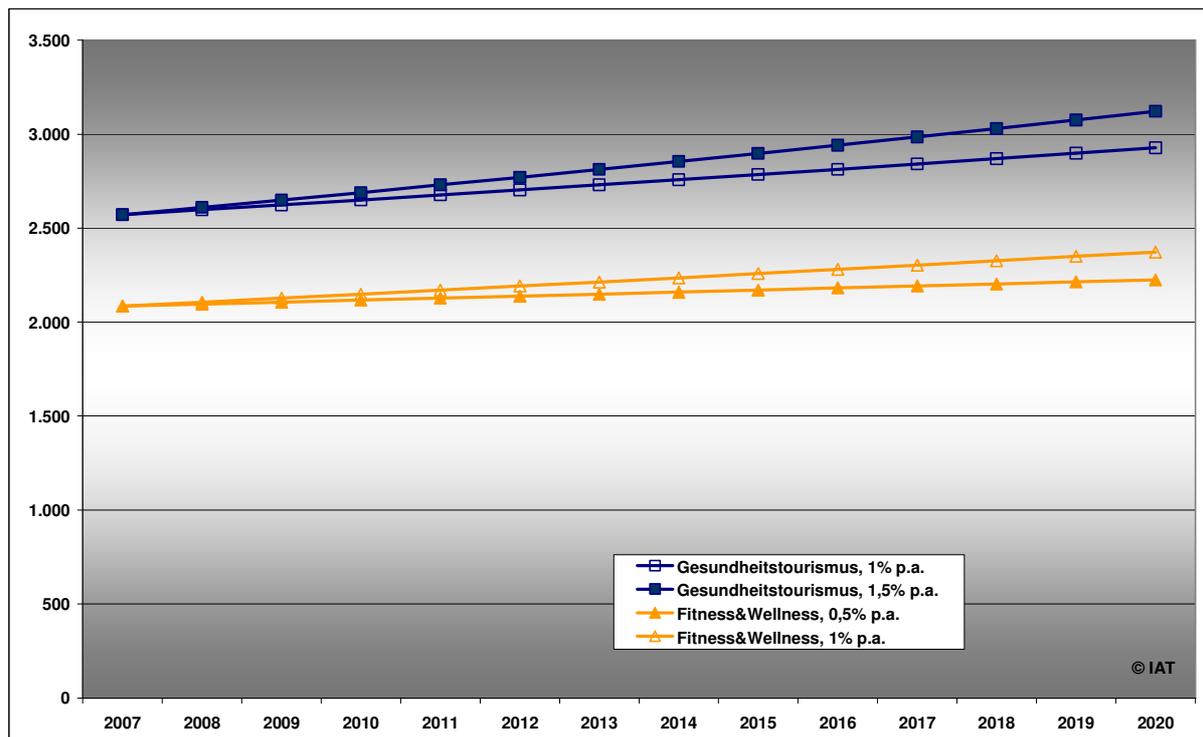
Der höhere Stellenwert, den das Thema Gesundheit in den letzten Jahren in der Bevölkerung gewonnen hat, spiegelt sich bislang noch kaum in Beschäftigungsgewinnen in Schleswig-Holstein wider. Während das durchschnittliche jährliche Beschäftigungsplus im Gesundheitstourismus noch etwa 0,9% ausmachte, ist im Fitnessbereich ein jährliches Minus von 0,4% in den letzten vier Jahren auszumachen. Bei den hier berechneten Wachstumsraten wurden aufgrund der hohen Bedeutung der geringfügig Beschäftigten sowohl diese als auch die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mitberechnet.

Trotz dieser eher verhaltenen Entwicklung in den vergangenen Jahren wird hier von einer positiven Entwicklung besonders des Gesundheitstourismus ausgegangen. Diverse Untersuchungen weisen nämlich ein höheres Interesse der Menschen an Gesundheitsurlaube nach

und in Schleswig-Holstein werden entsprechende Angebote gezielt entwickelt und vermarktet.³⁵

Diese Gründe sprechen dafür, mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 0,5%, bzw. 1% im Fitnessbereich und 1%, bzw. 2% im Gesundheitstourismusbereich zu kalkulieren.

Abbildung 20: Prognose der Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitstourismus und im Fitnessbereich, Schleswig-Holstein bis 2020



Quelle: IAT

Für die Beschäftigungsentwicklung in gesundheitsrelevanten Randbereichen können unter den genannten Rahmenbedingungen zwischen 500 und 1.000 Arbeitsplätze entstehen. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass sich der bereits bestehende Anteil von geringfügiger Beschäftigung (im Jahr 2006 betrug er bereits 40% der in den gesundheitsrelevanten Randbereichen Beschäftigten) weiter ausdehnen wird.

³⁵ Vgl. Institut für Freizeitwirtschaft 2008 oder auch Schwaiger 2007. Siehe auch die folgenden Kapitel.

Zusammenfassende Übersicht

Anhand der dargestellten Rahmenbedingungen lassen sich für Schleswig-Holstein folgende Beschäftigungseffekte bis 2020 prognostizieren:

Tabelle 8: Übersicht Beschäftigungsprognose Gesundheitswirtschaft, Schleswig Holstein 2020

	Unteres Szenario	Oberes Szenario
Altenpflege (Status-Quo-Modell)	+15.800	+15.800
Stationäre Versorgung	-120	+950
Ambulante Versorgung	+4.600	+8.100
Vorleistungs- und Zulieferbereiche	+1.225	+2.500
Gesundheitsrelevante Randbereiche	+500	+1.000
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	+22.005	+28.350

Quelle: IAT