

**Der heimliche Held des Strukturwandels?
Wachstum der Beschäftigung in der
Gesundheits- und Sozialwirtschaft im Ruhrgebiet**

Vortrag im Rahmen von:

„Historama Ruhr 2000“

Konferenz:

„Bevölkerung, Umwelt und Gesundheit
im Ruhrgebiet im sozialen Wandel seit 1945“

Von:

Josef Hilbert/Christiane Rohleder/Günter Roth

2. Juli 2001

1 Einführung

Gesundheit und Soziales sind Themen, die bei Diskussionen über Strukturwandel ganz selten im Zusammenhang mit Wirtschaft und Arbeit behandelt werden und zumeist unter der Rubrik sozialer Wandel auftauchen. Diese Einordnung außerhalb der wirtschafts- und arbeitsmarktbezogenen Fragestellungen hat ihren Vorteil, weil sie dazu beiträgt, den Bereich Soziales und Gesundheit nicht kurzfristigen ökonomischen Kalkulationen zu unterziehen. Sie bringt aber auch den Nachteil mit sich, die hohe Wirtschafts- und Arbeitsmarktrelevanz dieses Bereiches zu übersehen und ihn lediglich als wirtschaftliche Last, nicht aber als wirtschaftliche Chance zu sehen.

Im vorliegenden Beitrag soll diese oft übersehene Seite der Sozial- und Gesundheitswirtschaft im Vordergrund stehen und insbesondere der Beitrag dieses Bereiches zur Beschäftigungsentwicklung im Ruhrgebiet untersucht werden. Dies soll nicht zuletzt auch dazu beizutragen, dass sich das Ruhrgebiet seiner wirtschaftlichen Stärken in diesen Branchen bewusst wird und verstärkt daran arbeitet, mit neuen Produkten und Dienstleistungen nicht nur für mehr Lebensqualität in der Region zu sorgen, sondern auch den Betrieben in der Region neue Wettbewerbschancen zu eröffnen und dadurch die Zahl der Arbeitsplätze in dieser Branche auszubauen.

Die Ausführungen beginnen mit einem groben Überblick über die Entwicklung in den letzten 20 Jahren, wobei auch der Vergleich zu anderen Branchen und zu den Entwicklungstrends in Nordrhein-Westfalen insgesamt angestellt wird. Daraufhin wird die Entwicklung in zwei der beschäftigungswirkksamsten Bereiche des Gesundheitswesens im Detail untersucht: die medizinische Akutversorgung und die Altenpflege. Vor diesem Hintergrund wagen wir zum Schluss einen Ausblick und fragen, ob und wie die Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet weiter auf Wachstumskurs bleiben kann.

2 Stütze des Strukturwandels: Ein erster Überblick über die Beschäftigungsbedeutung und Beschäftigungsentwicklung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft in Nordrhein-Westfalen und im Ruhrgebiet

In der modernen Regional- und Wirtschaftsforschung stehen heute nicht mehr einzelne Branchen, sondern "Cluster" im Mittelpunkt. Gemeint ist damit ein Verständnis des Wirtschaftsgeschehens, das nicht mehr auf einzelne Produkte oder Dienstleistungen fokussiert, sondern die Gesamtwertschöpfungskette (inklusive der vor-, neben- und nachgelagerten Branchen) sieht. Für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft heißt dies, dass diese Cluster nicht nur aus Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten Rehabilitations- und Pflegeangeboten bestehen und dass auch Bereiche wie die Medizintechnik, die Pharmazeutische Industrie, der Gesundheitstourismus oder Betreutes Wohnen mit bedacht werden müssen.

In den letzten Jahren hat es verschiedene Versuche gegeben, die Größe und Beschäftigungsentwicklung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft im Sinne eines solchen Clusteransatzes zu beschreiben und zu analysieren.¹ Allerdings ist dies bislang nur ansatzweise gelungen, da es nach wie vor viele unge löste empirische und theoretische Probleme gibt, etwa Unsicherheiten bei der Frage nach der Breite und Tiefe der indirekten Beschäftigungswirkungen von Gesundheitsausgaben in den vor-, neben- und nachgelagerten Bereichen des Gesundheitswesens. Solche methodischen Probleme und darüber hinaus die Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Ressourcen haben uns im vorliegenden Zusammenhang zu einem pragmatischen Vorgehen gezwungen. Um einen Überblick über die Gesamtentwicklung der Branche zu bekommen, greifen wir auf die vorhandenen, im Sinne des Clusteransatzes nicht ganz zufriedenstellenden Daten aus der Berichterstattung des Gelsenkirchener Instituts Arbeit und Technik zum Dienstleistungssektor zurück; hier wird die Entwicklung der Dienstleistungswirtschaft (darunter vor allem: Gesundheit und Soziales) getrennt nach verschiedenen Teilbereichen (z.B. produktionsnahe Dienstleistungen, soziale Dienstleistungen) und im Vergleich zu den Entwicklungen in der Gesamtwirtschaft (auf der Basis der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung) analysiert.² Die Abbildungen 1 und 2 geben einen Überblick über die Trends in Nordrhein-Westfalen (gesamt) und im Ruhrgebiet von 1980 bis 1998.

Abbildung 1: Veränderung der Zahl der Beschäftigten nach Sektoren in Nordrhein-Westfalen

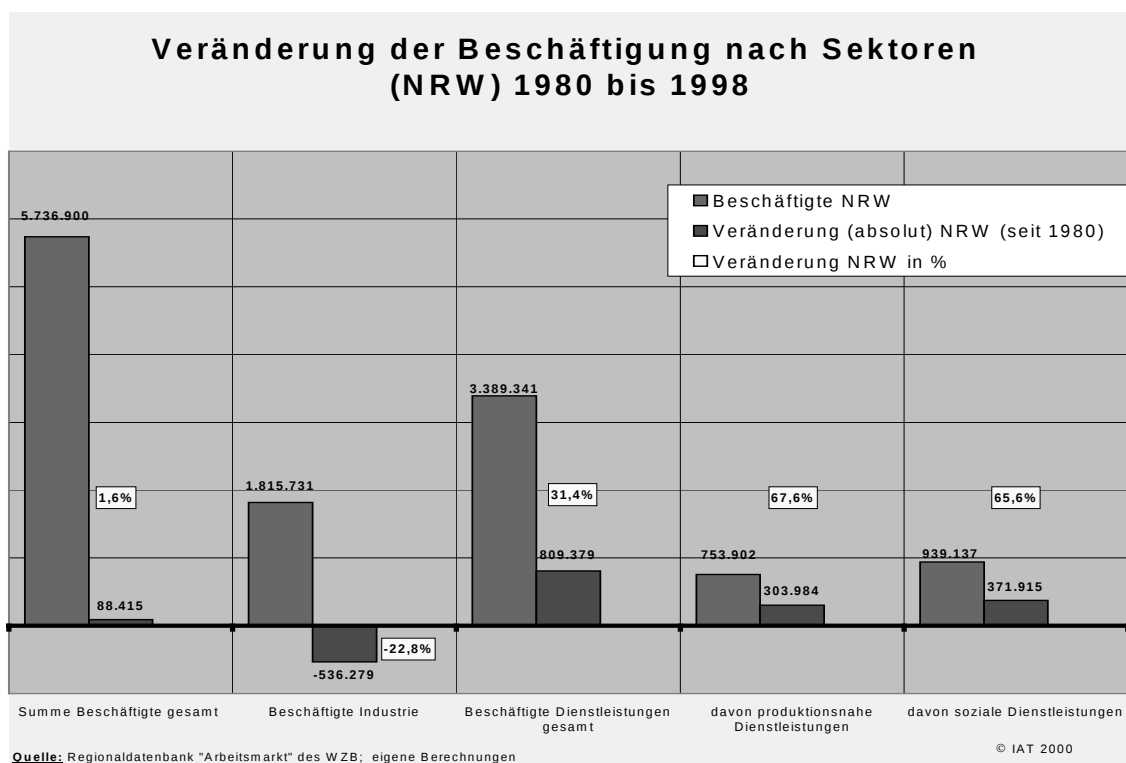
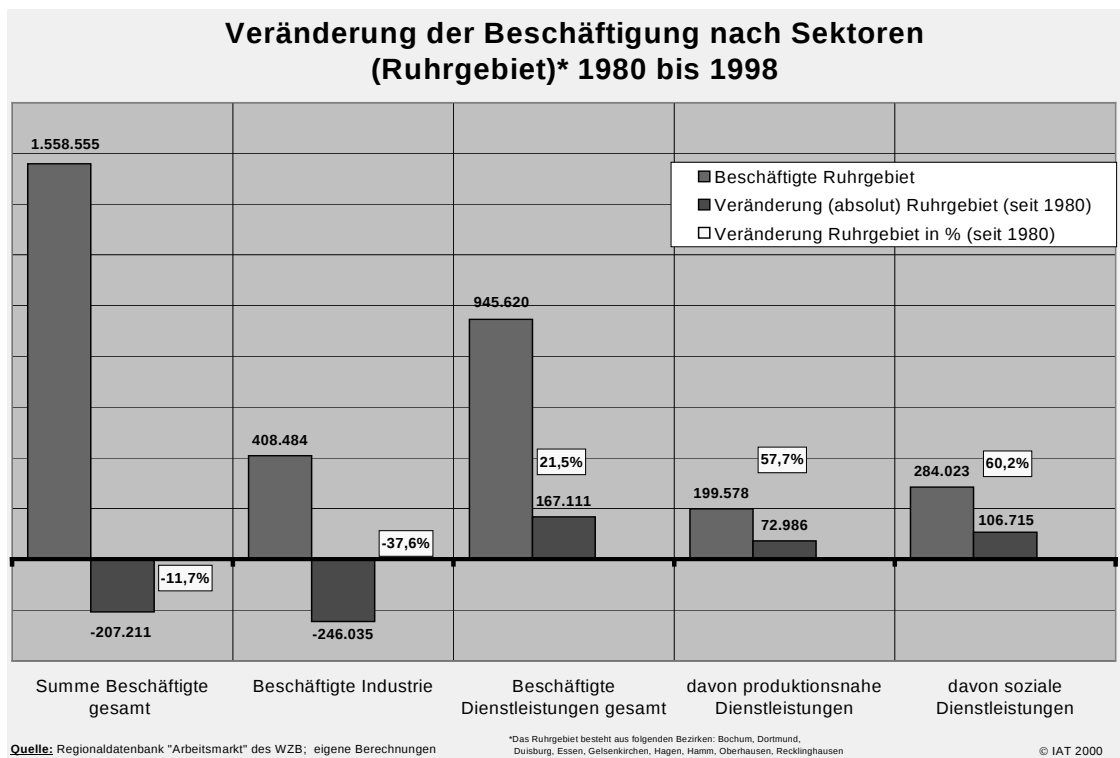


Abbildung 2: Veränderung der Zahl der Beschäftigten nach Sektoren im Ruhrgebiet



Die wichtigsten Schlussfolgerungen, die aus diesen Daten gezogen werden können, sind:

- Die Gesundheits- und Sozialwirtschaft ist eine der größten Branchen im Ruhrgebiet. Am 30.6.98 arbeiteten hier 284.023 Menschen, was einen Anteil an der Gesamtbeschäftigung von 18,2 % ausmachte. Damit ist die Gesundheits- und Sozialwirtschaft mittlerweile größer als das Baugewerbe, die Landwirtschaft, Energie und Bergbau zusammen. Als Gesamtblock gesehen ist im Ruhrgebiet in diesem Wirtschaftskluster fast jeder fünfte Arbeitnehmer beschäftigt.
- Die Gesundheits- und Sozialwirtschaft hat sich in den letzten zwei Dekaden außerordentlich dynamisch entwickelt. Im Ruhrgebiet wuchs sie von 1980 nach 1998 um immerhin 106.715 Beschäftigte oder um 60,2 %. Selbst die in der öffentlichen und wirtschaftswissenschaftlichen Diskussion in erster Linie beachteten produktionsnahen Dienstleistungen wuchsen nur um 57,7 % bzw. um 72.986 Beschäftigte. Allerdings ist die Gesundheits- und Sozialwirtschaft in Nordrhein-Westfalen insgesamt noch stärker gewachsen als im Ruhrgebiet.
- Die Gesundheits- und Sozialwirtschaft war in den zurückliegenden Jahren die wichtigste Säule des Strukturwandels. Nennenswerte Beiträge zur Schaffung neuer Arbeitsplätze sind in den letzten 20 Jahren in Nordrhein-Westfalen und im Ruhrgebiet nur aus dem Dienstleistungssektor gekommen. Von den dabei im Ruhrgebiet entstandenen 167.111 Arbeitsplätzen sind 106.715 im Bereich Gesundheit und Soziales zu verorten (= fast 68 %). Im Vergleich dazu trugen die produktionsnahen Dienste ,nur‘ mit 72.986 Arbeitsplätzen zum Wachstum des Dienstleistungssektors bei.

3 Vertiefende Analysen am Beispiel der medizinischen Akutversorgung und Altenpflege

Der erste Überblick der Beschäftigtenzahlen hat im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen insgesamt einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Gesundheits- und Sozialwirtschaft im Ruhrgebiet an der Gesamtwirtschaft ergeben. Dies bedeutet allerdings keineswegs automatisch, dass diese Branche hier besonders stark profiliert ist. Der überdurchschnittliche Rückgang der Industriebeschäftigung im Ruhrgebiet konnte - im Gegensatz zu anderen Regionen - nicht durch den Aufbau anderer privatwirtschaftlicher Aktivitäten kompensiert werden. Aus diesem Grund ist es quasi unvermeidlich, dass ein Wirtschaftsbereich, der in großen Teilen öffentlich und halböffentlich finanziert wird und sich mit vielen Versorgungsangeboten an öffentlich definierten Bedarfskriterien orientiert, einen größeren Anteil an der Gesamtbeschäftigung hat als in anderen Regionen. Aufschluss über die Besonderheiten und Leistungsmöglichkeiten der Gesundheits- und Sozialwirtschaft des Ruhrgebiets kann mithin nur der Blick in einzelne Teilbereiche bringen. Für das Gesundheitswesen sollen deshalb im Folgenden ausgewählte zentrale Versorgungsbereiche - die ambulante und stationäre medizinische Versorgung sowie die ambulante und stationäre Altenpflege - eingehender betrachtet werden.

3.1 Beschäftigungsentwicklung in der medizinischen Akutversorgung

Die ambulante und stationäre medizinische Akutversorgung gehören zu den beschäftigungsintensiven Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens. Die Darstellung der Beschäftigungsentwicklung sieht sich jedoch vor verschiedene Probleme in der Datenlage gestellt. Ausgewiesene und valide Daten auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, gerade auch für zurückliegende Zeiträume, finden sich generell nur für wenige Kernsektoren des Gesundheitswesens, und zwar für die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie für die Beschäftigungsentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern.³ Daten bezüglich der Zahl der Beschäftigten in ärztlichen und nichtärztlichen Praxen oder in sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind demgegenüber entweder gar nicht oder nicht für die einzelnen Regionen verfügbar.

Aber auch die vorhandenen Daten sind Beschränkungen unterworfen. So liegen für die ambulante ärztliche Versorgung zwar auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte bis in die 70er Jahre hinein Daten zur Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vor, aufgrund von Änderungen in der amtlichen Statistik stammen die „aktuellsten“ regionalen Daten jedoch letztmalig aus dem Jahr 1996.⁴ Für die allgemeinen Krankenhäuser sind demgegenüber zwar neuere Daten aus dem Jahr 1998 verfügbar. Durch die Änderung der Krankenhausstatistik im Jahr 1990 und die damit verbundene Umstellung der Einrichtungssystematik wie der Beschäftigterfassung ist eine kontinuierliche Darstellung der Beschäftigungsentwicklung allerdings nur für den Zeitraum von 1991 bis 1998 möglich. Längere Zeitreihen zur regionalen Beschäftigungsentwicklung sind somit nur in begrenztem Umfang vorhanden.

Die ambulante medizinische Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung ist einer der zentralen Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen. In Nordrhein-Westfalen waren 1998 in Arztpraxen ca. 148.000, in Zahnarztpraxen 72.000 und damit insgesamt in der ambulanten medizinischen Versorgung um die 220.000 Personen beschäftigt. Dabei hat sich seit Mitte der 50er Jahre die Zahl der niedergelassenen Ärzte in Nordrhein-Westfalen verdoppelt, die Zahl der Zahnärzte in freier Praxis stieg um ca. 50 %.⁵

Für die Beschäftigungsentwicklung und die Versorgungsstrukturen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis im Ruhrgebiet ist festzuhalten, dass hier seit Mitte der 70er Jahre eine *nachholende* Beschäftigungsentwicklung stattgefunden hat (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis sowie Versorgungsquoten in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet (1975 – 1996)

	1975*		1996		Veränderungen der Arztzahl in %, 1975 – 1996
	absolut	Pro 10.000 Einwohner	absolut	pro 10.000 Einwohner	
Kreis Wesel	244	5,98	495	10,58	102,90
Kreis Unna	218	5,81	455	10,70	108,70
Kreis Recklinghausen	300	5,42	711	10,73	137,00
Bottrop	109	5,51	131	10,82	20,20
Oberhausen	156	6,58	247	11,03	58,30
Duisburg	422	7,13	592	11,11	40,30
Ennepe-Ruhr-Kreis	244	6,94	396	11,27	62,30
Gelsenkirchen	215	6,66	326	11,28	51,60
Hamm	126	7,32	220	12,07	74,60
Mülheim	144	7,61	214	12,16	48,60
Bochum	288	6,94	487	12,22	69,10
Dortmund	605	9,59	730	12,23	20,70
Hagen	206	8,99	276	13,08	34,00
Herne	130	6,82	195	13,11	50,00
Essen	608	8,97	815	13,32	34,00
Ruhrgebiet* Median	4.015	6,94	6.290	11,28	
Rest NW Median		7,46		11,23	
Gültige Fälle Ruhrgebiet		15		15	
Gültige Fälle Rest NW		39		39	

Aufsteigend sortiert nach Versorgungsquoten im Jahr 1996

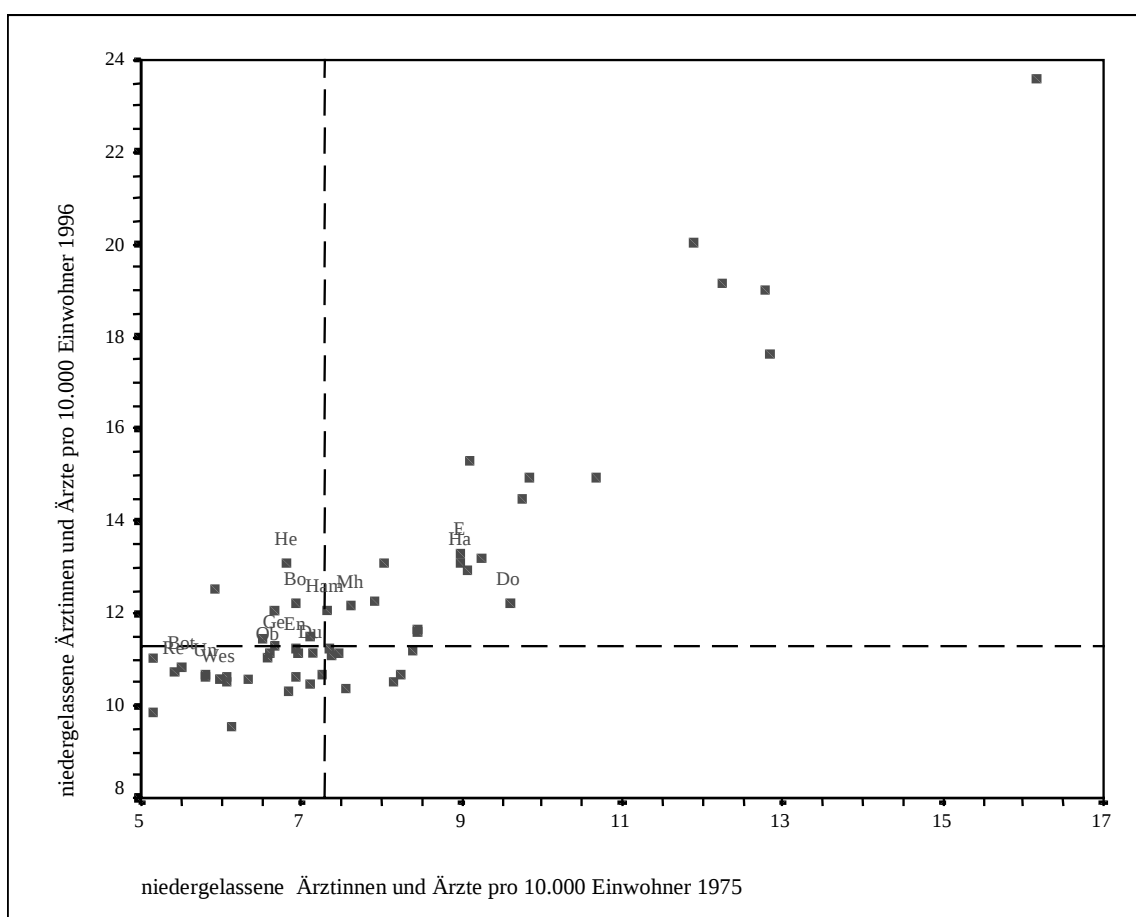
* incl. Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis mit Nebentätigkeit im Krankenhaus

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, Im Gesundheitswesen tätige Personen in NRW, eig. Berechnungen

Im Betrachtungszeitraum stieg die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Ruhrgebiet um 56 % von etwas über 4.000 auf knapp 6.300 Personen. Im ganzen Land Nordrhein-Westfalen stieg die Zahl der Ärzte in freier Praxis allerdings von 14.082 auf 22.571 im Jahr 1996, oder um 60 %, so dass der Anteil der im Ruhrgebiet niedergelassenen Medizinerinnen und Mediziner an allen Ärzten in freier Praxis in Nordrhein-Westfalen leicht von 28,5 % (1975) auf 27,9 % im Jahr 1996 sank. Bedenkt man, dass auf eine niedergelassene Ärztin oder Arzt durchschnittlich vier Helferinnen kommen,⁶ verbindet sich mit dieser nachholenden Entwicklung im Ruhrgebiet gleichwohl ein deutlicher Beschäftigungsgewinn.

Dabei haben sich die durchschnittlichen Versorgungsquoten im Ruhrgebiet pro 10.000 Einwohner – gemessen am Median⁷ – im Betrachtungszeitraum deutlich den Versorgungsquoten in den übrigen Kreisen und kreisfreien Städten angenähert. Bestand 1975 zwischen dem Ruhrgebiet und den sonstigen Kreisen und Städten in Nordrhein-Westfalen noch eine, statistisch allerdings nicht signifikante, leichte Differenz von 0,5 Ärzten pro 10.000 Einwohnern, so liegt die Versorgungsquote von 11,28 Ärzten pro 10.000 Einwohner im Jahr 1996 im Ruhrgebiet sogar etwas höher als in den übrigen Kreisen und Städten. Insbesondere die „Schlusslichter“ im Jahr 1975, die Kreise Wesel, Unna und Recklinghausen konnten die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Betrachtungszeitraum mehr als verdoppeln und liegen nur noch leicht unter dem Ruhrgebietsdurchschnitt.

Abbildung 3: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte pro 10.000 Einwohner in den Kreisen und kreisfreien Städten des Ruhrgebiets und im übrigen Nordrhein-Westfalen (1975 – 1996)



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, eig. Berechnungen

Abbildung 3 gibt die Streuung der Ärztedichte pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner für alle 54 Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen für die Jahre 1975 und 1996 wider (dabei sind die Städte/Kreise des Ruhrgebietes jeweiligen abgekürzt beschriftet). Die Versorgungsquoten der meisten Kreise und Städte des Ruhrgebietes bewegen sich sehr nah am Landesdurchschnittswert (Median). Alle Städte mit wesentlich höheren Versorgungsquoten bei den niedergelassenen Ärztinnen und

Ärzten im Jahr 1975 wie 1996, wie z.B. Düsseldorf (1996: 18,99 pro 10.000 Einwohner), Münster (19,14), Aachen (20,02) und vor allem Bonn (23,61), finden sich demgegenüber außerhalb des Ruhrgebietes. Die Standortvorteile dieser Städte könnten in ihrer längeren Tradition der medizinischen Ausbildung und in ihrer Stellung als Oberzentren mit einem überörtlichen Einzugsgebiet liegen.

Die stationäre medizinische Versorgung

Gegenüber der insgesamt durchschnittlichen Infrastruktur im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung weist das Ruhrgebiet einen relativ hohen Ausbaustand bei den allgemeinen Krankenhäusern auf.⁸ Aus der Sicht der Beschäftigungspolitik ist die stationäre Akutversorgung insofern von Relevanz, als die allgemeinen Krankenhäuser unter allen Krankenhausstypen das größte Beschäftigungsfeld darstellen. So waren 1998 in Nordrhein-Westfalen insgesamt etwas über 255.000 Personen in der stationären medizinischen Versorgung tätig, davon 87,2 % in allgemeinen Krankenhäusern, 7,5 % in sonstigen Krankenhäusern und 5,3 % in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Tabelle 2: Betten in allgemeinen Krankenhäusern sowie Versorgungsquoten pro 1.000 Einwohner im Ruhrgebiet (1991 – 1998)

	1991		1998		Veränderung der Bettenzahl in %, 1991 – 1998
	absolut	Pro 1.000 Einwohner	absolut	pro 1.000 Einwohner	
Kreis Unna	2.663	6,5	2.532	5,91	-4,92
Kreis Wesel	3.321	7,39	3.037	6,44	-8,55
Bottrop	988	8,32	892	7,35	-9,72
Ennepe-Ruhr-Kreis	2.966	8,47	2.592	7,39	-12,61
Kreis Recklinghausen	5.323	8,13	4.904	7,42	-7,87
Dortmund	4.860	8,09	4.443	7,51	-8,58
Oberhausen	1.891	8,42	1.684	7,57	-10,95
Gelsenkirchen	2.667	9,08	2.396	8,43	-10,16
Bochum	3.699	9,28	3.442	8,75	-6,95
Duisburg	5.027	9,35	4.614	8,82	-8,22
Essen	5.991	9,51	5.587	9,26	-6,74
Herne	1.984	11,08	1.824	10,32	-8,06
Hagen	2.309	10,79	2.155	10,40	-6,67
Hamm	2.197	12,18	2.125	11,76	-3,28
Mülheim	/	/	/	/	/
Ruhrgebiet* Median	45.886	8,78	42.227	8,00	
Rest NW Median		7,38		6,27	
gültige Fälle Ruhrgebiet		14		14	
gültige Fälle Rest NW		36		38	
fehlend		4		2	

Aufsteigend sortiert nach Versorgungsquoten im Jahr 1998

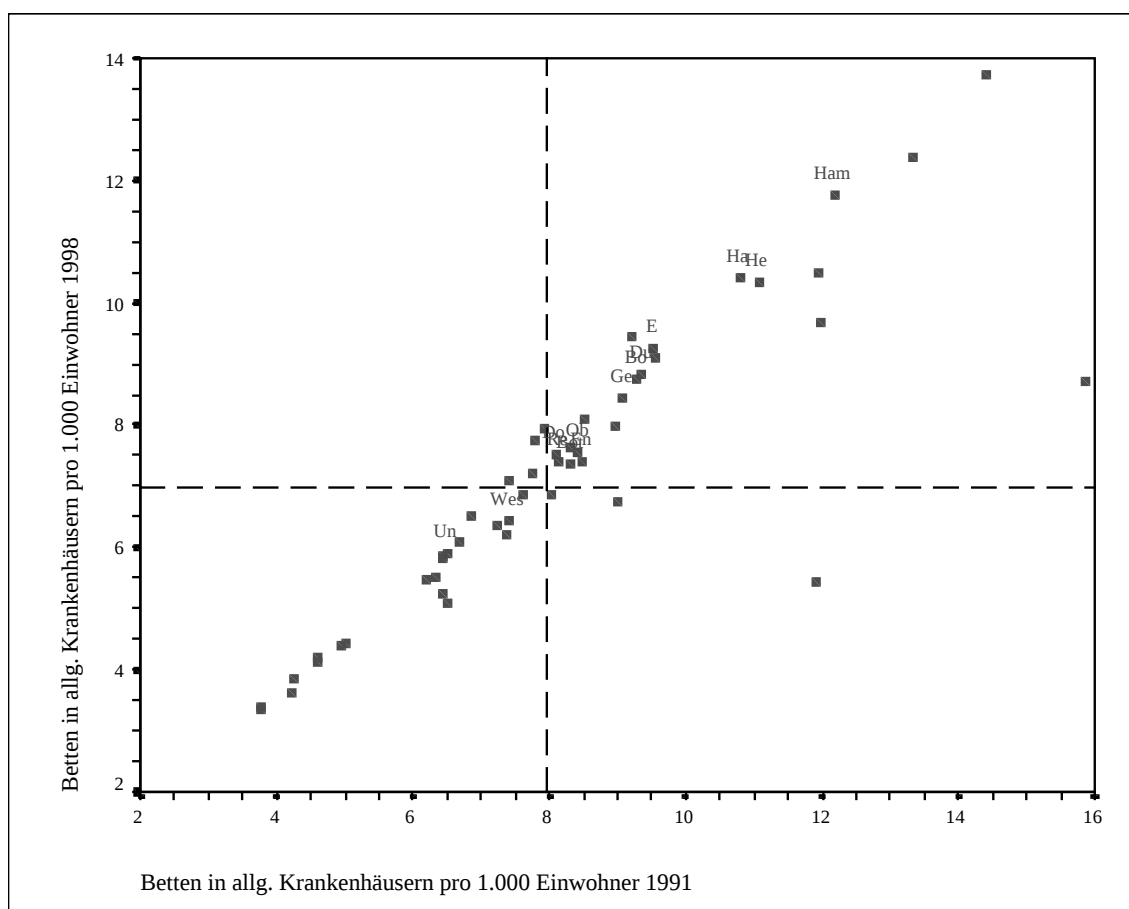
* ohne Mülheim an der Ruhr

Quelle: Krankenhausstatistik, eig. Berechnungen

1991 wie 1998 finden sich mit 128 bzw. 122 Krankenhäusern jeweils etwas über 30 % der allgemeinen Krankenhäuser Nordrhein-Westfalens und jeweils ein Drittel der dort aufgestellten Betten im Ruhrgebiet. Die Versorgungsdichte mit Betten bezogen auf 1.000 Einwohner liegt dabei signifikant über dem Durchschnitt in den übrigen Kreisen und Städten in Nordrhein-Westfalen (vgl. Tabelle 2).⁹

So verfügten 1998 die Kreise und Städte im Ruhrgebiet im Mittel über durchschnittlich 8,0 Betten pro 1.000 Einwohner, die sonstigen Kreise und Städte nur über knapp 6,3 Betten.¹⁰ Im Vergleich zu den sonstigen Kreisen und Städten in Nordrhein-Westfalen musste das Ruhrgebiet zudem einen etwas geringeren Abbau von Betten im Betrachtungszeitraum hinnehmen. Während im Ruhrgebiet seit 1991 knapp 8 % der Betten in allgemeinen Krankenhäusern abgebaut wurden, lag diese Quote im übrigen Land bei 10,4 %.¹¹

Abbildung 4: Betten in allgemeinen Krankenhäusern pro 1.000 Einwohner in den Kreisen und kreisfreien Städten des Ruhrgebiets und im übrigen Nordrhein-Westfalen (1991 – 1998)



Quelle: Krankenhausstatistik, eig. Berechnungen

Abbildung 4 verdeutlicht die überdurchschnittliche Infrastruktur der stationären Akutversorgung im Ruhrgebiet. 1998 verfügen nur Bonn (12,37) und Münster (13,7) über mehr Betten pro 1.000 Einwohner als Hamm (11,76), der Ruhrgebietsstadt mit der besten Versorgungsquote. Dabei hat der Abbau von Betten im 7-Jahreszeitraum nicht zu einer Annäherung der Versorgungsquoten in Nordrhein-Westfalen geführt, sondern Städte und Kreise, die bereits 1991 höhere Versorgungsquoten hatten, weisen auch noch 1998 signifikant häufiger eine höhere Zahl an Betten pro 1.000 Einwohner auf .

Der hohe Ausbaustand in den allgemeinen Krankenhäusern schlägt sich in höheren durchschnittlichen Beschäftigtenzahlen nieder (vgl. Tabelle 3), wobei die Verminderung der Bettenzahl nicht automatisch

mit Personalabbau verbunden ist. Im Gegenteil, aufgrund der Leistungsverdichtung in den Krankenhäusern durch kürzere Liegezeiten und höhere Fallzahlen war lange Zeit trotz des Abbaus von Kapazitäten ein *Personalausbau* festzustellen.¹² Im Ruhrgebiet waren 1991 70.912 Personen in einem allgemeinen Krankenhaus beschäftigt, ein Drittel aller Beschäftigten in diesem Arbeitsfeld in Nordrhein-Westfalen. Bis 1998 stieg die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Ruhrgebiet um 2,7 % auf 72.798. Im Landesdurchschnitt erfolgte im Betrachtungszeitraum nur ein Anstieg um 1 %.¹³

Analog zur Versorgung mit Betten liegt auch die Zahl der Beschäftigten in allgemeinen Krankenhäusern pro 1.000 Einwohner im Ruhrgebiet über den Versorgungsquoten der übrigen Kreise und Städte in Nordrhein-Westfalen. Durch den etwas höheren Beschäftigungszuwachs hat sich zwischen 1991 und 1998 die Beschäftigtenquote pro 1.000 Einwohner im Ruhrgebiet sogar stärker verbessert als der Landesdurchschnitt.

Tabelle 3: Beschäftigte in allgemeinen Krankenhäusern sowie Beschäftigungsquote pro 1.000 Einwohner im Ruhrgebiet (1991 – 1998)

	1991		1998		Veränderung der Zahl der Beschäftigten in %, 1991 – 1998
	absolut	Pro 1.000 Einwohner	absolut	pro 1.000 Einwohner	
Kreis Unna	3.742	9,13	3.699	8,64	-1,15
Kreis Wesel	4.710	10,49	4.921	10,43	4,48
Ennepe-Ruhr-Kreis	3.915	11,19	4.117	11,74	5,16
Bottrop	1.463	12,32	1.451	11,96	-0,82
Kreis Recklinghausen	8.165	12,46	8.426	12,75	3,20
Oberhausen	3.036	13,52	2.858	12,85	-5,86
Gelsenkirchen	3.860	13,14	3.872	13,63	0,31
Dortmund	7.955	13,24	8.119	13,72	2,06
Duisburg	8.343	15,52	8.026	15,34	-3,80
Bochum	5.575	13,99	6.039	15,36	8,32
Hagen	3.411	15,93	3.340	16,12	-2,08
Herne	2.905	16,22	2.945	16,67	1,38
Hamm	3.023	16,76	3.379	18,70	11,78
Essen	10.809	17,16	11.606	19,24	7,37
Mülheim	/	/	/	/	/
Ruhrgebiet Median	70.912	13,38	72.798	13,68	
Rest NW Median		10,54		10,13	
gültige Fälle Ruhrgebiet		14		14	
gültige Fälle Rest NW		36		38	
fehlend		4		2	

Aufsteigend sortiert nach Versorgungsquoten im Jahr 1998

* ohne Mülheim an der Ruhr

Quelle: Krankenhausstatistik, eig. Berechnungen

Bei den allgemeinen Krankenhäusern hat das Ruhrgebiet gegenüber den sonstigen Kreisen und Städten in Nordrhein-Westfalen in der Längsschnittbetrachtung überdurchschnittlich gute Versorgungsquoten aufzuweisen. Allerdings ist es kaum Standort für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und nur 13 (19,4 %) der insgesamt 67 nordrhein-westfälischen Sonderkrankenhäuser lagen 1998 im Ruhrgebiet. Das Beschäftigungspotenzial dieser Einrichtungen des Gesundheitswesens konnte somit der Region nicht zugute kommen.

Generell ist allerdings dennoch festzuhalten, dass sowohl die ambulante ärztliche Versorgung als auch insbesondere die stationäre Akutversorgung in den zurückliegenden Jahren maßgeblich dazu beigetragen haben, neue Arbeitsplätze in der Region zu schaffen.

3.2 Die Entwicklung der Kapazitäten und Beschäftigung in der Altenpflege

Die Altenpflege wird innerhalb der Gesundheitswirtschaft oft vernachlässigt, obwohl sie nicht nur ein bedeutsamer sondern auch ein enorm dynamischer Bereich ist: So entfallen immerhin knapp 20% der Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft im Jahr 1998 auf die ambulante und stationäre Altenpflege. Außerdem lagen und liegen die Wachstumsraten der Kapazitäten und der Beschäftigung in der Altenpflege in der langfristigen und aktuellen Entwicklung deutlich *über* jenen der restlichen Gesundheitswirtschaft.¹⁴

Allerdings ist die Darstellung der langfristigen Entwicklung der Kapazitäten und der Beschäftigung in der Altenhilfe- und -pflege wegen *mangelnder Daten* nur für Nordrhein-Westfalen insgesamt, der differenziertere regionale Bezug dagegen nur für die neuere und neueste Zeit oder für Teilbereiche möglich.¹⁵ Die spärliche Datenlage, aber auch die nur eingeschränkte Vergleichbarkeit vorliegender Daten, läßt eine vertiefende regionale Analyse der Kapazitäts- und Beschäftigungsentwicklung nur eingeschränkt zu; so liegen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen lediglich im stationären Sektor für die beiden Jahre 1988 und 1998 einigermaßen vergleichbare Zahlen der Pflegeplätze in Pflegeheimen vor.¹⁶ Dabei besteht aber ein enger Zusammenhang zwischen der Zahl der Pflegeplätze und der Zahl der Beschäftigten in Pflegeheimen ($r_s=0,84^{**}$) (vgl. Endnote 9).

Darüber hinaus liegen für den ambulanten Bereich vergleichbare Zahlen lediglich für den Zeitraum von 1997-1998 vor. Da ambulante Pflegedienste in der heutigen Form überhaupt erst seit Ende der siebziger bis Ende der achtziger Jahre flächendeckend entstanden sind, wurden auch erst seit Ende der achtziger Jahren dazu Daten erhoben. Das Wachstum in diesem Bereich beschleunigte sich erst in den *neunziger Jahren*, wobei die Tatsache, dass Leistungen für ambulante Pflege im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung seit Ende der achtziger Jahre und solche der Pflegeversicherung seit dem 1.4.1995 gewährt wurden, ganz offensichtlich einen kräftigen Schub der Entwicklung bewirkt hat.¹⁷

Die Entwicklung der Altenpflege in Nordrhein-Westfalen im Überblick

Die Kapazitäten in Alten- und Pflegeheimen haben sich in Nordrhein-Westfalen im Zeitraum von 1961 bis 1994 ungefähr *verdreifacht* (vgl. Tabelle 4). Noch stärker als die Gesamtkapazitäten wuchs die Zahl der *Pflegeplätze*, die in Nordrhein-Westfalen zwischen 1971 und 1994 um mehr als das 5,5fache zulegte.

Tabelle 4: Kapazitäten in der Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen (1961-1994)

	Plätze in Altenheimen	Veränderung geg. Vor- periode in Prozent des Ausgangswertes	Verhältnis zum Ausgangswert in %	Pflege- plätze	Veränderung geg. Vor- periode in Prozent des Ausgangswertes	Verhältnis zum Ausgangswert in %
1961	48.763		100,00			
1969	66.400	36,17	136,17			
1971	69.359	4,46	142,24	12.889		100,00
1975	84.318	21,57	172,91	22.070	71,23	171,23
1981	96.020	13,88	196,91	38.156	72,89	296,04
1984	107.772	12,24	221,01	49.536	29,82	384,33
1986	113.300	18,00	232,35	52.700	38,12	408,88
1988	121.879	7,57	249,94			
1990	126.256	3,59	258,92	61.648	16,98	478,30
1994	143.057	13,31	293,37	73.000	18,41	566,37

Quelle: Eigene Erstellung und Berechnung nach: Schölkopf, Altenpflegepolitik, S. 351; Bäcker Gerhard u.a., Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen (Wissenschaftliches Gutachten zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung des Zweiten Landesaltenplans (hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) Düsseldorf 1989. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen (LDS) (Werte für 1988).

Auch *nach* der Einführung der Pflegeversicherung, so zeigen Bestandserhebungen der Kreise und kreisfreien Städte Nordrhein-Westfalens zu den Stichtagen am 31.3.1997 und 15.12.1998 sowie die darauf basierenden Hochrechnungen,¹⁸ stieg das *Platzangebot* in der stationären Dauerpflege weiter an, und zwar von gut 130 Tsd. Plätzen (1997) auf gut 140 Tsd. im Jahr 1998. Dieses bedeutet im Vergleich zum Ausgangswert eine Steigerung um ca. 5 % pro vollem Jahr, was allerdings etwas unter dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum Anfang der neunziger Jahre von ca. 6 % lag.

Trotz der prekären Datenlage kann für die *Beschäftigungsentwicklung* in Alten- und Pflegeheimen konstatiert werden, dass in Nordrhein-Westfalen seit den fünfziger Jahren ein enormes Wachstum realisiert wurde, das sogar noch *über* dem Ausbau der Kapazitäten lag¹⁹. So hat sich die Zahl der Beschäftigten alleine zwischen 1987 und 1998, d.h. in gut zehn Jahren, ungefähr *verdoppelt*: Die Zahl der Beschäftigten in Altenheimen und Altenpflegeheimen wuchs von 50 - 60.000 auf mindestens ca. 110.000 Beschäftigte in Pflegeheimen und von ca. 17.000 auf ca. 43.000 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten an.

Im Großen und Ganzen verlief die enorme Expansion der Kapazitäten und Beschäftigung in der Altenhilfe *relativ* analog zum wirtschaftlichen Wachstum. Im vergleichbaren Zeitraum von 1966 - 1994 stieg das Bruttoinlandsprodukt (BIP) und die Kapazitäten in der Altenpflege jeweils ungefähr um das Doppelte. Bemerkenswert dabei war, dass das Wachstum der Kapazitäten in der Altenhilfe noch stärker war als jenes der Bevölkerung und insbesondere das der *Altenbevölkerung*, d.h., die *Versorgungsquoten* (Plätze pro Einwohner im Alter von 65 und älter) verbesserten sich zwischen 1961 und 1994, bezogen auf die Plätze in Altenheimen von 3,1 (1961) auf 5,1 (1994) und noch deutlicher im Pflegebereich.²⁰ Nach 1994, d.h. *nach* der Einführung der Pflegeversicherung, ging diese Entwicklung in Nordrhein-Westfalen bruchlos weiter.

Stationäre Altenhilfe im Ruhrgebiet und im übrigen Nordrhein-Westfalen

In der differenzierten regionalen Betrachtung läßt sich für den *stationären Sektor* festhalten, dass die vier Kreise und die elf kreisfreien Städte, die laut dem Kommunalverband Ruhr zum Ruhrgebiet gerechnet werden, überwiegend eine *leicht unter* dem Mittel des Landes liegende Versorgung mit Dienstleistungen der stationären Altenhilfe aufweisen und zwar sowohl im Jahr 1988 als auch im Jahr 1998. Der mittlere Wert (Median) der Versorgungsquote (Pflegeplätze pro 100 über 65-jährige) lag im Jahr 1988 im Ruhrgebiet bei 2,3, im restlichen Land bei 2,6 (vgl. Tabelle 5). Ein nichtparametrischer Mann-Whitney-Test zeigt jedoch, dass diese Unterschiede der Verteilung der beiden Gruppen *nicht* signifikant sind (vgl. Endnote 9). Gut zehn Jahre später, d.h. Ende 1998, liegt der Median der entsprechenden Versorgungsquoten der Kreise und kreisfreien Städte des Ruhrgebietes mit 4,5 allerdings noch deutlicher – und inzwischen auch *signifikant* – *unter* dem von 5,0 der restlichen Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen.²¹ Das bedeutet, die Städte und Kreise im Ruhrgebiet wiesen überwiegend ein niedrigeres Wachstum der Versorgungsquoten mit Altenpflegeplätzen auf als die übrigen Kreise und Städte in Nordrhein-Westfalen.²²

Tabelle 5: Versorgung mit Pflegeheimplätzen im Ruhrgebiet und in den übrigen Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (1988-1998)

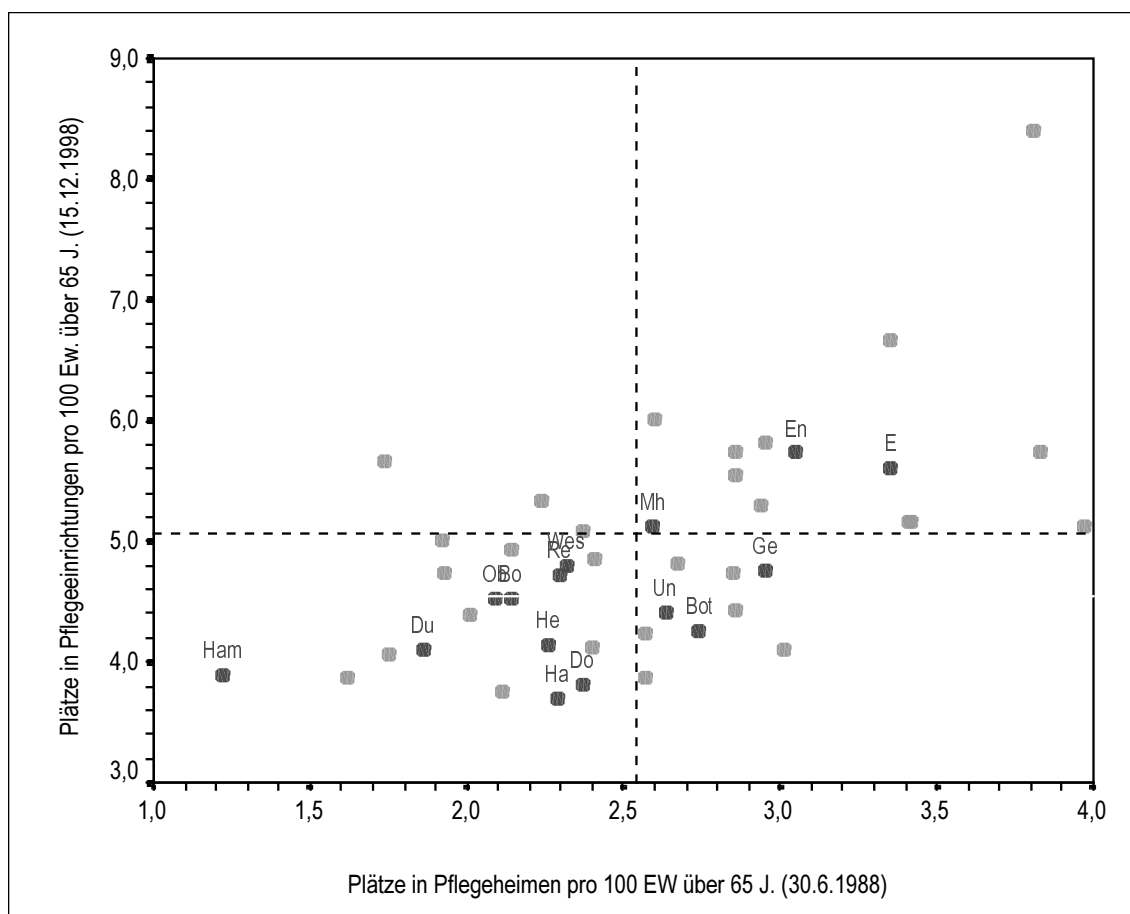
	Pflegeplätze in Pflegeheimen je 100 Einwohner über 65 Jahre		Differenz 1988-1998 in % vom Ausgangswert
	(30.6.1988)	(15.12.1998)	
Hagen	2,29	3,70	61,58
Dortmund	2,37	3,82	61,01
Hamm	1,22	3,89	219,09
Duisburg	1,86	4,10	120,50
Herne	2,26	4,13	82,90
Bottrop	2,74	4,26	55,31
Kreis Unna	2,64	4,40	66,85
Oberhausen	2,09	4,52	116,22
Bochum	2,14	4,53	111,66
Kreis Recklinghausen	2,30	4,72	105,15
Gelsenkirchen	2,95	4,75	61,18
Kreis Wesel	2,32	4,80	106,78
Mülheim	2,59	5,13	98,03
Essen	3,35	5,60	67,29
Ennepe-Ruhr-Kreis	3,05	5,73	87,88
Ruhrgebiet Median	2,32	4,52	87,88
Rest NW Median	2,60	5,00	97,21
Gültige Fälle Ruhrgebiet	15	15	15
Gültige Fälle Rest-NW	39	29	29
Fehlend	0	10	10

Aufsteigend sortiert nach Versorgungsquoten im Jahr 1998. Erfasst sind im Jahr 1998 nur Pflegeplätze in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag und Leistungen nach SGB XI (vgl. Eifert u.a., Pflegemarkt).

Quelle: Eigene Berechnung nach Angaben des LDS (Werte für 1988) und der Kreise und kreisfreien Städte

Ferner gilt generell (d.h. nicht nur im Ruhrgebiet) die Tendenz, dass die Städte/Kreise, die 1988 vergleichsweise niedrige Versorgungsniveaus hatten, auch im Jahr 1998 unter dem Durchschnitt blieben und umgekehrt, was sich in einer signifikant positiven Korrelation ($r_s=0,564^{**}$) niederschlägt (vgl. Endnote 9).²³ Von einer *Angeleichung* der Versorgungsniveaus kann insofern nicht die Rede sein.

Abbildung 5: Streudiagramm Plätze in Pflegeheimen pro 100 Ew. 65 J. und älter in den Kreisen und kreisfreien Städten im Ruhrgebiet und in NW (1988 und 1998)



Insgesamt ist die stationäre Altenhilfe im Ruhrgebiet mithin schlechter ausgebaut als in anderen Regionen. Allerdings muss davor gewarnt werden, dies direkt mit etwaigen konkreten Bedarfslücken gleichzusetzen, weil für eine dahingehende Beurteilung andere Versorgungsbereiche (z.B. Stärke der häuslichen Pflege) und weitere Faktoren (sowohl der Versorgungsstruktur als auch hinsichtlich der Bedarfslage) einbezogen werden müssten.²⁴ Unter dem Strich wird aber dennoch ein ‚Nachholbedarf‘ des Ruhrgebiets erkennbar. Hier sei auch auf den im 2. Landesaltenplan von 1991²⁵ ausgegebenen Bedarfsrichtwert von 5,5 Pflegeplätzen je 100 65jährige und älter hingewiesen und betont, dass schon Nordrhein-Westfalen in den Versorgungsquoten gegenüber Gesamtdeutschland und dieses wiederum gegenüber dem Durchschnitt der OECD-Länder hinterher hinkt.²⁶ Ein solcher Befund wird im übrigen auch noch durch weitere Indikatoren gestützt wie z.B. die sehr hohe Auslastung (bekannt sind Wartelisten auf Pflegeplätze)²⁷ und den signifikant geringen Anteil an Einzelzimmern in den Pflegeheimen.²⁸

Ambulante Altenhilfe im Ruhrgebiet

Aufgrund der Datenlage kann die Entwicklung der Beschäftigung in der ambulanten Altenhilfe wie ausgeführt nur für den jüngeren Zeitraum zwischen den Stichtagen 31.3.1997 und dem 15.12.1998 erfolgen. Im Gegensatz zur stationären Altenhilfe zeigen die Ruhrgebietsstädte (und –kreise) 1997 in

der zentralen Tendenz ein signifikant *höheres* Versorgungsniveau in der ambulanten Pflege als die übrigen Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen (bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 1 %). Dieses gilt im Prinzip ebenso für den Stichtag Ende 1998, jedoch wurde der Vorsprung aufgrund des in diesem Zeitraum gegenüber dem übrigen Land schwächeren Wachstums der Versorgungsquote im Ruhrgebiet geringer.²⁹

Tabelle 6: Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten im Ruhrgebiet und in Nordrhein-Westfalen (1997-1998)

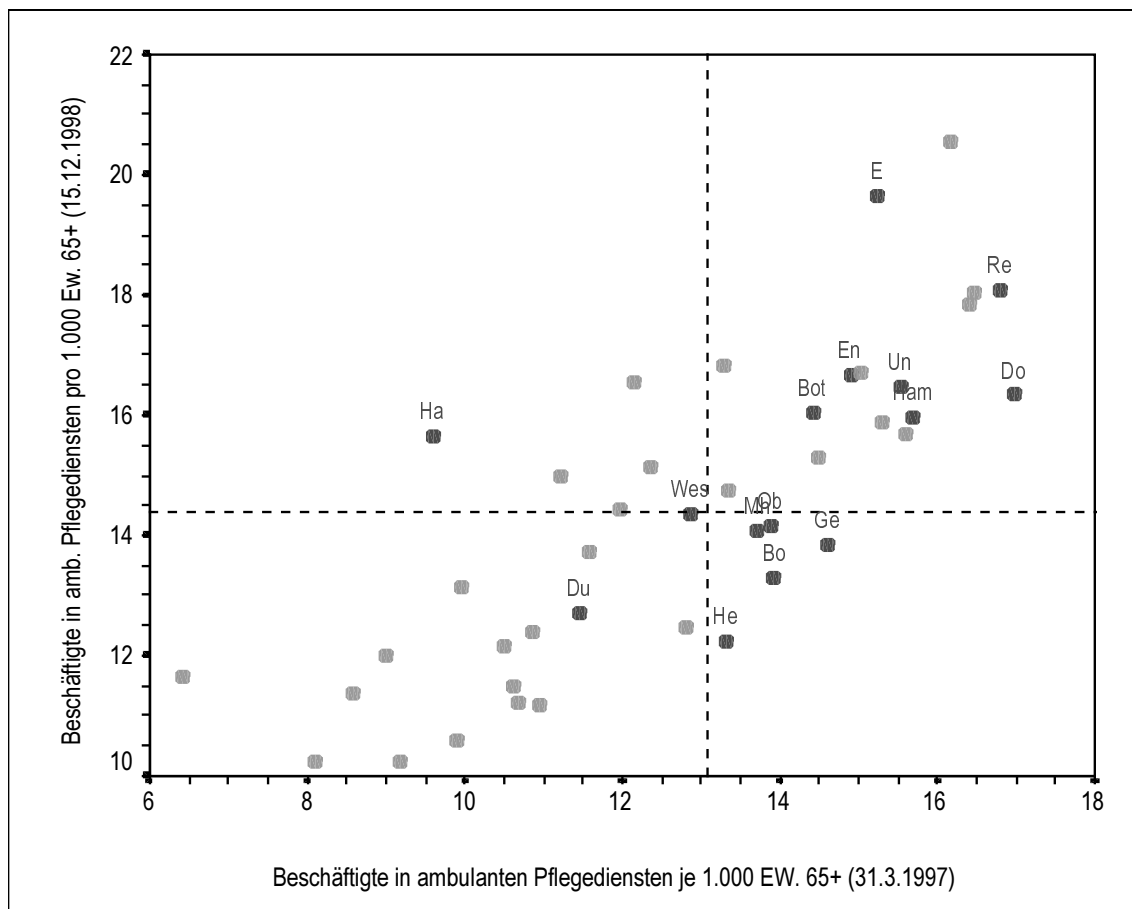
	Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten je 1000 Einwohner 65 Jahre u. älter		Differenz 1997-1998 in % vom Ausgangswert
	(31.3.1997)	(15.12.1998)	
Herne	13,32	12,23	-8,24
Duisburg	11,45	12,70	10,87
Bochum	13,92	13,28	-4,59
Gelsenkirchen	14,60	13,85	-5,13
Mülheim	13,71	14,07	2,62
Oberhausen	13,90	14,15	1,76
Kreis Wesel	12,88	14,37	11,56
Hagen ^{a)}	(9,59)	15,65	(63,21)
Hamm	15,69	15,96	1,67
Bottrop	14,43	16,05	11,26
Dortmund	16,99	16,34	-3,83
Kreis Unna	15,53	16,49	6,17
Ennepe-Ruhr-Kreis	14,90	16,65	11,76
Kreis Recklinghausen	16,79	18,08	7,70
Essen	15,25	19,65	28,84
Ruhrgebiet Median	14,43	15,65	6,17
Rest NW Median	11,57	13,72	14,10
Gültige Fälle Ruhrgebiet	15	15	15
Gültige Fälle Rest-NW	27	27	27
Fehlend	12	12	12

Aufsteigend sortiert nach Versorgungsquoten im Jahr 1998. Erfasst sind im Jahr 1998 nur Pflegedienste mit Versorgungsvertrag und Leistungen nach SGB XI (vgl. Eifert u.a. Auswirkungen, dies., Pflegemarkt. ^{a)} Das in diesem Fall extrem starke Wachstum legt eine mangelhafte Erfassung im Jahr 1997 nahe.

Quelle: Eigene Berechnung nach Angaben des LDS (Werte für 1988) und der Kreise und kreisfreien Städte

Festzuhalten ist ferner, dass es durchaus auch innerhalb des Ruhrgebietes große *regionale Unterschiede* gibt (so z.B. zwischen Herne oder Duisburg auf der einen, Essen auf der anderen Seite), wobei wiederum das Streudiagramm (Abbildung 6) zeigt, dass auch im Bereich der ambulanten Pflege – trotz unterschiedlicher Wachstumsraten der Versorgungsquoten – ein enger Zusammenhang zwischen dem Stand der Versorgungsquoten im Jahr 1997 und dem von Ende 1998 besteht ($r_s=0,8^{**}$). Hinsichtlich der *Ursachen* für solche regionalen Unterschiede sei hier nur am Rande gesagt, dass der aus mehreren Gründen naheliegende Schluß, dass der – wenn auch geringe – Vorsprung des Ruhrgebiets im ambulanten Bereich und der Rückstand im stationären Bereich von systematischer Natur sein könnte, sich mit statistischen Korrelationsrechnungen des vorliegenden Samples von 44 Städten und Kreisen nicht belegen ließ. Es ist nicht so, dass generell die Städte/Kreise, die eine niedrige Versorgungsquote im stationären Bereich aufweisen, entsprechend bessere ambulante Versorgungsniveaus hätten und umgekehrt.

Abbildung 6: Streudiagramm Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten pro 1000 Einwohner 65-jährig und älter im Ruhrgebiet und in Nordrhein-Westfalen (1997-1998)



Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass es keine einfachen Erklärungen für die Besonderheiten der Entwicklung der stationären und ambulanten Altenhilfe im Ruhrgebiet gibt. Statistische Tests besagen weder, dass es an der besonders stark voranschreitenden Alterung dieser Region liegt (vgl. Tabelle 7),³⁰ noch erlauben sie den Rückschluss, es läge an dem vergleichsweise niedrigen Pro-Kopf-Steueraufkommen im Ruhrgebiet. Künftig müssten hier weitere Analysen ansetzen, die zusätzliche Faktoren, etwa die Zahl alleinlebender älterer Menschen berücksichtigen. Dass Angebot und Nachfrage der (vor allem stationären) Altenpflege insbesondere in ‚reizvollen‘ Regionen blüht, wie z.B. im Kreis Soest, ist als möglicher Erklärungsansatz ebenso einzubeziehen wie ‚klassische‘ funktionale Annahmen des ‚Problemdrucks‘ der Altenbevölkerung.³¹ Vor diesem Hintergrund wäre auch verständlich, dass ländliche Kreise – entgegen den Erwartungen – generell eher eine bessere Ausstattung mit Pflegeheimen aufweisen als große Städte in Nordrhein-Westfalen.³²

Tabelle 7: Anteil der 65-jährigen und älter an der Bevölkerung insgesamt in Prozent (1987-1998)

Kreis/Stadt	Anteil der 65-jährigen und älter an der Bevölkerung insgesamt in Prozent		Veränderung gegenüber Ausgangswert	
	1987	1998	Absolut	In Prozent
Kreis Wesel	12,55	15,46	2,9	23,19
Kreis Unna	13,42	15,64	2,22	16,54
Hamm	14,37	16,32	1,95	13,57
Kreis Recklinghausen	13,93	16,81	2,89	20,67
Bottrop	14,31	17,13	2,82	19,71
Oberhausen	15,04	17,32	2,27	15,16
Dortmund	16,04	17,65	1,61	10,04
Ennepe-Ruhr-Kreis	16,3	17,72	1,41	8,71
Duisburg	15,83	17,89	2,06	13,01
Bochum	16,44	18,13	1,68	10,28
Hagen	17,07	18,32	1,25	7,32
Herne	16,68	18,42	1,73	10,43
Gelsenkirchen	16,84	18,8	1,95	11,64
Essen	17,58	19,15	1,56	8,93
Mülheim	17,25	19,67	2,42	14,03
Ruhrgebiet Median	16,04	17,72	1,95	13,01
Rest NW Median	14,53	15,74	0,82	5,4
Gültige Fälle Ruhrgebiet	15	15	15	15
Gültige Fälle Rest-NW	39	39	39	39
Fehlend	0	0	0	0

Aufsteigend sortiert nach dem Anteil der 65-jährigen und älter im Jahr 1998

Quelle: Eigene Berechnung nach Angaben des LDS.

4 Überlegungen zur Zukunft der Gesundheits- und Sozialwirtschaft im Ruhrgebiet

Unsere Ausführungen zur Entwicklung und beschäftigungspolitischen Bedeutung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft im Ruhrgebiet haben ergeben, dass dieses Cluster in den letzten zwei Dekaden einen außerordentlich hohen Beitrag zum Strukturwandel im Revier gebracht hat. Zwar standen in der Struktur-, Wirtschafts-, Regional- und Technologiepolitik Branchen wie die IuK-Technologien, die Energiewirtschaft oder Logistik und das Facility-Management im Vordergrund, das Gros der neuen Arbeitsplätze entstand jedoch beim ‚heimlichen‘ Helden des Strukturwandels, bei den niedergelassenen Ärzten, in den Krankenhäusern und - vor allem - in der Altenhilfe. Lange Zeit war das Verhältnis der Struktur- und Wirtschaftspolitik zur Gesundheits- und Sozialwirtschaft eine „Affäre ohne Leidenschaft“,³³ seit einiger Zeit jedoch ist im Ruhrgebiet (wie übrigens auch in einigen anderen Regionen) zu beobachten, wie das Interesse daran steigt, die Struktur- und Beschäftigungseffekte dieses Wirtschaftsbereichs auszubauen. Vor dem Hintergrund der von uns diskutierten Entwicklungen ergeben sich hierfür vor allem folgende Ansatzpunkte:

- Das künftig weiter voranschreitende Altern der Gesellschaft ist derjenige Entwicklungstrend, der die Gesundheits- und Sozialwirtschaft wahrscheinlich am nachhaltigsten beeinflussen wird und sie auf (Beschäftigungs-)Wachstum programmiert.³⁴ Wegen des Nachholbedarfs in der stationären Altenpflege könnte sich dieser Trend im Ruhrgebiet beschäftigungsmäßig noch stärker nieder-

schlagen als in anderen Regionen. Um die Qualität und Akzeptanz der Versorgungsangebote in diesem Bereich zu verbessern und um die Beschäftigungseffekte so positiv wie möglich zu gestalten, wäre es sinnvoll, beim weiteren Ausbau der Angebote nicht nur auf stationäre Pflegedienstleistungen allein zu setzen, sondern diese in alten- und nachbarschaftsorientierte Kommunikations- und Dienstleistungszentren einzubetten, in denen noch vielfältige andere Angebote gemacht werden können.

- In den nächsten Jahren ist im Gesundheitswesen mit grundlegenden Veränderungen zu rechnen. Wichtige Themen der Erneuerung sind die Verbesserung der Prävention und die Verbesserung des Zusammenspiels der verschiedenen Angebotsbereiche. Vielfach wird befürchtet, dass dies insbesondere in den stationären Einrichtungen der Akutversorgung zu Beschäftigungsrisiken führen kann. Offensive Qualitäts- und Innovationsstrategien - etwa einer Optimierung des Zusammenwirkens ambulanter und stationärer Leistungen oder eines Ausbaus nicht-medizinischer aber dennoch gesundheitsrelevanter Angebote für Privatzahler - können diesem jedoch entgegenwirken und Beschäftigung sichern oder sogar ausbauen. Das Ruhrgebiet als Region mit kurzen Wegen und einem großen Kundenpotenzial drängt sich für solche neuen Wege geradezu als Innovationsstandort auf.
- Die Erneuerung des Gesundheits- und Sozialwesens wird das Interesse an unterstützenden technischen und organisatorischen Lösungen wachsen lassen. In einigen Regionen (etwa Ostwestfalen, Bremen, Erlangen-Nürnberg) ist damit begonnen worden, sich als Gesundheitswirtschaftsregionen zu positionieren. Ein Ziel dabei ist, sich als Standort für einschlägige Produkte und einschlägige Kompetenzen zu profilieren. Auch im Ruhrgebiet gibt es erste Ansätze in diese Richtung, etwa auf dem Gebiet der Medizintechnik im Märkischen Kreis oder in Fragen der Seniorenwirtschaft im Wissenschaftspark Gelsenkirchen. Die Ausstrahlungskraft solcher Initiativen ließe sich jedoch noch erheblich steigern, wenn die großen Sozial- und Gesundheitsdienstleister aus Großstädten und Universitätsstandorten sich an einer Ruhrgebietsinitiative Gesundheitswirtschaft beteiligen würden.
- Städte wie Bonn oder Münster haben sowohl bei stationären als auch bei ambulanten medizinischen Leistungsangeboten deutlich stärker ausgebaute Angebote als das Ruhrgebiet. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass durch die dort angesiedelten medizinischen Hochschulangebote eine überregionale Attraktivität entstand. Vergleichbares hat sich offensichtlich an den drei Universitäten mit medizinischen Angeboten im Ruhrgebiet (Bochum, Essen, Witten-Herdecke) noch nicht entwickelt. Da diese Einrichtungen aber sowohl in der Lehre als auch in der Forschung sehr leistungsfähig sind, ist von ihnen zukünftig ein stärkerer Beitrag zur Mobilisierung überregionaler Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aus dem Revier zu erwarten. Möglicherweise ließ sich dies durch eine professionell angelegte Marketingkampagne gezielt unterstützen. Auch dies könnte eine Aufgabe für die bereits oben angesprochene Ruhrgebietsinitiative Gesundheitswirtschaft sein.

Das Plädoyer, die Wachstums- und Beschäftigungschancen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft zu aktivieren, stößt keineswegs überall auf ungeteilte Unterstützung. Vorbehalte gründen zum einen auf der Befürchtung, eine solche Perspektive könne leicht zu einem Vorrang ökonomischer Interessen vor gesundheitspolitischen Notwendigkeiten führen. Zum anderen wird befürchtet, mit einem Bedeutungsgewinn privaten Geldes könne eine Schwächung des Solidaritätsgedankens verbunden sein. Beide Gefahren sind keineswegs von der Hand zu weisen. Welche Region in Europa könnte aber besser als das Ruhrgebiet darauf vorbereitet sein, die Schnittmenge zwischen Solidarität, medizinischem und gesundheitswissenschaftlichem Fortschritt und wirtschaftlicher Nachhaltigkeit zu bestimmen? Damit diese anspruchsvolle Zielsetzung nicht aus den Augen verloren wird, braucht eine Ruhrgebietsinitiative Gesundheitswirtschaft gerade auch die kritische Mitarbeit derjenigen Kräfte und Kompetenzen, die für Solidarität und für den breiten und offenen Zugang zum medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Fortschritt stehen.

¹ Vgl. u.a. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten, Band II, Baden-Baden: Nomos und Ebrich, Malte u.a., Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen, Studie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen), Dortmund, 2000

² Die Daten zu den "Sozialen Diensten" geben die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in folgenden Bereichen wieder: Herstellung, Bereitstellung und Vertrieb gesundheitsbezogener Produkte und Dienstleistungen; Herstellung, Bereitstellung und Vertrieb von Produkten und Dienstleistungen für sozial unterstützungsbedürftige Menschen, vor allem Kinder und ältere Menschen. Diese Erfassung hat noch immer viele Unschärfen, gleichwohl erlauben sie sowohl ein erstes Verständnis für die Größenordnungen des Clusters „Gesundheit und Soziales“ als auch einen Vergleich der Entwicklungen über längere Zeiträume hinweg. Neben den genannten Teilbereichen des Dienstleistungssektors gibt es noch die konsumbezogenen, die distributiven und die staatlichen Dienstleistungen; aus Gründen der Übersichtlichkeit wird hier auf die separate Darstellung aller Dienstleistungsbereiche verzichtet. Für weitere Informationen zur Dienstleistungsberichterstattung des Instituts Arbeit und Technik siehe <http://tips-nrw.iatge.de/tips.html>.

³ Im Rahmen der Statistik „Berufe des Gesundheitswesens“ wurden zwar für alle relevanten Gesundheitsberufe Beschäftigtendaten erhoben. Das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik geht allerdings davon aus, dass bis auf die Angaben zu den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten, die auf Daten der Ärztekammern beruhen, bei den anderen Gesundheitsberufen eine nicht unerhebliche Untererfassung anzunehmen ist.

⁴ Im Zuge des 1997 verabschiedeten Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) entfiel die gesetzliche Verpflichtung des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik zur zentralen Datenerhaltung der regelmäßigen Statistik „Berufe des Gesundheitswesens“, die auf Angaben der Gesundheitsämter basierte, so dass für 1996 letztmals Daten aus dieser Statistik auf der Landesebene vorliegen.

⁵ Vgl. Ebrich u.a., Gesundheitswesen, S.44ff.

⁶ Jens Alber, Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise, Frankfurt a. Main 1992.; Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV Jahrbuch 99. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, Köln 1999.

⁷ Der Median ist der Wert, der eine Häufigkeitsverteilung halbiert, d.h. die Zahl der Fälle, die kleiner als der Median ist, ist ebenso groß, wie die Zahl der Fälle, die größer ist. Anders als beim Mittelwert wird so verhindert, dass Extremwerte, also besonders hohe oder niedrige Werte, die durchschnittliche Verteilung zu stark beeinflussen, der Median erweist sich somit im Vergleich zum arithmetischen Mittel als robuster gegenüber „statistischen Ausreißern“.

⁸ Die Krankenhausstatistik differenziert zwischen allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die allgemeinen Krankenhäuser dienen dabei vorrangig der stationären medizinischen Akutversorgung. Zu den sonstigen Krankenhäusern zählen demgegenüber

alle Krankenhäuser, die ausschließlich über psychiatrische und neurologische Betten verfügen sowie reine Tages- und Nachtkliniken, in denen nur teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden.

9 Einem Mann-Whitney-Test folgend 1991 mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1,6 % und 1998 sogar einer Irrtumswahrscheinlichkeit von nur noch 0,5 %. Der Mann-Whitney-Test untersucht, ob zwei unabhängige Stichproben Unterschiede in ihrer zentralen Tendenz aufweisen. Dazu wird zunächst eine gemeinsame Rangordnung der Merkmalsausprägungen gebildet und anschließend werden die Rangplätze der beiden Gruppen gegenüber gestellt, womit systematische Unterschiede erkennbar werden (vgl., Wagschal, Uwe, Statistik für Politikwissenschaftler, München/Wien: Oldenbourg, 1999: 334-337), Errechnet wurde der gegen Verteilungsprobleme robuste nichtparametrische Spearmansche Rangkorrelationskoeffizient, da nicht von einer Normalverteilung beider Variablen ausgegangen werden kann. Bei diesem Verfahren werden nicht die einzelnen Merkmalsausprägungen, sondern die zugewiesenen Rangplätze betrachtet. Der Rangkorrelationskoeffizient ist eine Größe zur Bestimmung der Beziehung zwischen den Rangplätzen der verwendeten Variablen. Bei einem Wert von 1 kann von einem perfekten positiven, bei einem Wert von -1 kann von einem perfekten negativen Zusammenhang beider Variablen gesprochen werden. (Vgl. Wagschal, Statistik, 181-183)

10 Auch unter Berücksichtigung von Stadt-Land-Unterschieden zeigt sich der bessere Ausbaustand im Ruhrgebiet. So findet sich insbesondere in den Kreisen des Ruhrgebiets eine höhere Bettendichte als in den übrigen Kreisen in Nordrhein-Westfalen. 1998 liegt das arithmetische Mittel der Versorgungsquote „Betten in allgemeinen Krankenhäusern pro 1.000 Einwohner“ in den Kreisen des Ruhrgebietes bei 6,8 (Median: 6,9), während es in den sonstigen Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 5,7 Betten (Median: 5,5) beträgt.

11 In dieser Berechnung wurden allerdings nur die 36 Kreise und kreisfreien Städte berücksichtigt, für die für 1991 und 1998 Daten vorliegen.

12 Erbrich u.a., Gesundheitswesen, S. 28.

13 Die „Steigerungsraten“ von 2,7 % bzw. 1 % über den Betrachtungszeitraum sind allerdings etwas irreführend, da sich dahinter zwei gegensätzliche Entwicklungen verbergen. Während bis 1996 die Zahl der Beschäftigten in allgemeinen Krankenhäusern kontinuierlich stieg, sind seit 1996 als Folge der Gesundheitsstrukturreform sinkende Beschäftigtenzahlen zu verzeichnen (vgl. Erbrich u.a., Gesundheitswesen, S.25).

14 Ausführlich: Erbrich, u.a., Gesundheitswesen.

15 Vgl. Erbrich u.a., Gesundheitswesen, S. 62-65; vgl. auch: Schölkopf, Martin, Die Altenpflege und die Daten: Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen, in: Sozialer Fortschritt 1/1998, S. 1-9. Schölkopf, Martin, Altenpflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland: Zwischen Bedarfsdeckung und Marginalisierung. Eine Analyse der Expansion der Pflegedienste im Bundesländervergleich, Dissertation, Universität Konstanz.

16 Ein Vergleich der Zahlen über den Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung hinweg ist nur eingeschränkt möglich. Da der Begriff der Pflege im PflegeVG eng angelegt ist, und in der Erhebung von 1998 lediglich die Einrichtungen und Beschäftigten mit Versorgungsvertrag und Leistungen nach dem PflegeVG erfaßt wurden, dürfte hier eher eine Unter- als eine Überschätzung des Beschäftigungswachstums vorliegen. Zu den Daten aus der Erhebung von 1998 ausführlich: Eifert, Barbara/Krämer, Katrin/Roth, Günter, Die Auswirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PfG NW) – Abschlußbericht einer Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund; dies., Der wachsende Pflegemarkt: Regionale Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen seit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes, in: Naegle, Gerhard/Peters, Gerd (Hg.), Arbeit, Alter, Region: Zur Debatte um die Zukunft der Arbeit, um die demographische Entwicklung und die Chancen regionalpolitischer Gestaltung, Münster: LIT, 2000, S. 209-238.

17 Zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung siehe Eifert u.a., Auswirkungen; Roth Günter, Fünf Jahre Pflegeversicherung – Funktionsweise und Wirkungen, erscheint in: Sozialer Fortschritt Nr. 8/00; Rothgan Heinz, Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung, Frankfurt/M.: Campus, 1997.

18 Vgl. Eifert u.a., Auswirkungen, dies. Pflegemarkt.

19 Vgl. Schölkopf, Daten.

20 Vgl. Schölkopf, Altenpflegepolitik, S. 351.

21 Laut Mann-Whitney-Tests bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 6%.

22 Im Sample des Ruhrgebietes überwiegen die kreisfreien Städte und bei einem Vergleich zwischen Flächenkreisen und kreisfreien Städten ist auch in Nordrhein-Westfalen insgesamt in den Kreisen eher eine

-
- etwas bessere Versorgungslage mit Plätzen in Pflegeheimen gegeben (vgl. Roth Günter, Fünf Jahre Pflegeversicherung: Die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur – Eine kommunal- und regionalwissenschaftliche Analyse (Vortrag bei der Jahrestagung der Sektion Sozialpolitik der Deutschen Gesellschaft für Soziologie am 5./6. Mai in Halle/Saale) erscheint in: Zeitschrift für Sozialreform, 2000.
- 23 Entsprechend läßt sich zwischen dem Ausgangsstand der Versorgungsquoten und deren Veränderung nicht der erwartete negative statistische Zusammenhang nachweisen. D.h., dass nicht etwa die Städte, die 1988 eine geringe Versorgungsquote aufwiesen, entsprechend bereits aufgeholt hätten.
- 24 So beruht z.B. die herausragende Infrastruktur des Kreises Soest (Abbildung 5), vermutlich auf dessen Tradition als Kur- und Erholungsregion.
- 25 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NW) (Hg.), Politik für ältere Menschen, 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen, Schriftenreihe des MAGS, Selbstverlag, Düsseldorf 1991; Bäcker u.a., ältere Menschen.
- 26 Vgl. Eifert u.a., Pflegemarkt, S. 229; Alber, Jens/Schölkopf, Martin, Seniorenpolitik : Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa, Amsterdam: Fakultas, 1999.
- 27 So wiesen zwar sowohl die Gebietskörperschaften im Ruhrgebiet (98,3%) im Mittel eine höhere Auslastung als der Rest der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen auf (96,3%). Ebenso wiesen auch die Städte (97,8%) im Mittel eher eine etwas höhere Auslastungsquoten auf als die Kreise (93,1%) – bei entsprechend umgekehrten Versorgungsquoten). Die Unterschiede in der Verteilung der Gruppen waren jedoch nur zwischen den Städten und Kreisen insgesamt signifikant. Allerdings lag die Auslastung ohnehin im Durchschnitt bei 96-98%: im übrigen zeigte sich auch kein statistischer Zusammenhang zwischen der Versorgungsquote und der Auslastung der Pflegeheime in den Regionen. Vgl. Roth, Pflegeinfrastruktur, Eifert et al., Pflegemarkt.
- 28 Der Median liegt im Ruhrgebiet nur bei 46,7 in den übrigen Kreisen und Städten in Nordrhein-Westfalen bei 50,5%.
- 29 Die Unterschiede in der Verteilung sind deshalb laut Mann-Whitney-Test nur noch auf einem Niveau von 8% Irrtumswahrscheinlichkeit signifikant
- 30 Laut nichtparametrische Mann-Whitney-Tests weist das Ruhrgebiet gegenüber dem übrigen Nordrhein-Westfalen zwar noch nicht für 1987 aber für 1998 einen signifikant höheren Altenanteil an der Bevölkerung auf (bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 1%). Die Kapazitäten in der Altenpflege korrelieren aber generell nur relativ schwach mit dem Altenanteil. Im stationären Bereich liegt im Sample von 47 Kreisen und kreisfreien Städten ein Rangkorrelationskoeffizient von 0,38 und im ambulanten Bereich von 0,61 vor (vgl. Eifert u.a. Pflegemarkt, S. 224 u. 228).
- 31 Zur Zuverlässigkeit und Komplexität von Bedarfsprognosen in der Altenpflege: Roth Günter , Politische Planung und Wirklichkeit am Beispiel der Pflegeinfrastruktur in Nordrhein-Westfalen, erscheint in: Müller, Rainer/Voges, Wolfgang (Hg.), Sozialstaat und Pflege, Maro-Verlag: Augsburg.
- 32 Vgl. ausführlich Roth, Fünf Jahre, Eifert u.a., Pflegemarkt.
- 33 Hilbert, Josef/Micheel, Brigitte/Schönfeld, Michael, Dienstleistungen im Ruhrgebiet - Affäre ohne Leidenschaft, Institut Arbeit und Technik, Jahrbuch 1995, Gelsenkirchen, S. 44 - 53,
- 34 Erbrich u.a., Gesundheitswesen.