

Rainer Fretschner, Dietrich Grönemeyer und Josef Hilbert

Die Gesundheitswirtschaft – ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie

1 Einleitung

In zahlreichen Studien und Gestaltungsprojekten hat sich die Abteilung Dienstleistungssysteme in ihrem Schwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität mit Fragen von Beschäftigung und Arbeitsgestaltung im Bereich der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen befasst. Ziel des vorliegenden Artikels ist es, unser Verständnis der Gesundheitswirtschaft darzustellen und einige markante Ergebnisse aus den bisherigen Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zu skizzieren. Dabei berücksichtigen wir besonders die Beschäftigungsbedeutung der nordrhein-westfälischen Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Der Artikel schließt mit der Darstellung von sozialen und ökonomischen Herausforderungen und Ansatzpunkten zur Aktivierung und Förderung der Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet, die das Institut Arbeit und Technik in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer von der Universität Witten/Herdecke erarbeitet hat und die den konzeptionellen Rahmen zukünftiger Forschungsfragestellungen abstecken.

2 Die Gesundheitswirtschaft – ein Definitionsvorschlag

In der wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Debatte der Vergangenheit wurde die Gesundheitswirtschaft überwiegend als Kostenfaktor betrachtet, der aufgrund seiner paritätischen Finanzierung die internationale Wettbewerbfähigkeit des Standorts Deutschland beschränkt. Diese Einschätzung hat sich mit dem einflussreichen Gutachten des

Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Mitte der 90er Jahre geändert (vgl. SVRKAIG 1996). Nunmehr werden neben den Kostenaspekten auch die wirtschaftlichen Chancen der Gesundheitswirtschaft und deren Beitrag zur gesellschaftlichen Wertschöpfung thematisiert. Mit diesem Paradigmenwechsel vom Kostenfaktor zur Zukunftsbranche wurde der ausschließlich sozialpolitische Blick auf die Gesundheitswirtschaft durch eine wirtschafts- und beschäftigungspolitische Perspektive ergänzt. Dieser Perspektivenwechsel war sinnvoll und notwendig, denn zahlreiche Analysen haben seitdem gezeigt, dass die Gesundheitswirtschaft eine äußerst personal- und beschäftigungsintensive Dienstleistungsbranche darstellt, deren Beitrag zu Beschäftigung und Lebensqualität nicht zu unterschätzen ist.

Der Perspektivenwechsel vom *Gesundheitswesen* zur *Gesundheitswirtschaft* findet seine Entsprechung zum einen in der modernen Gesundheitssystemforschung, die einen traditionellen und einen erweiterten Gesundheitssystembegriff unterscheidet, zum anderen in der Beschäftigungssystematik des Statistischen Bundesamtes. Letztere unterscheidet neben dem Gesundheitswesen im engeren Sinne das Gesundheitswesen in einem erweiterten Sinne, das zusätzlich jene Vorleistungs- und Zulieferindustrien umfasst, die Produkte und Leistungen überwiegend oder ausschließlich für das Gesundheitswesen i.e.S. produzieren. Das Statistische Bundesamt betont die ökonomische Bedeutung dieser Branche: "Das Gesundheitswesen in Deutschland weist einen ausgeprägten Dienstleistungscharakter auf. Die menschliche Arbeitskraft ist die zentrale Ressource der gesundheitlichen Versorgung. Durch die personalintensive Leistungserstellung kommt dem Gesundheitswesen als Beschäftigungsfaktor eine große Bedeutung zu. Damit geht eine Neubewertung der ökonomischen Rolle des Gesundheitswesens einher, die lange von der Kostenseite dominiert wurde" (Statistisches Bundesamt 2002: 7).

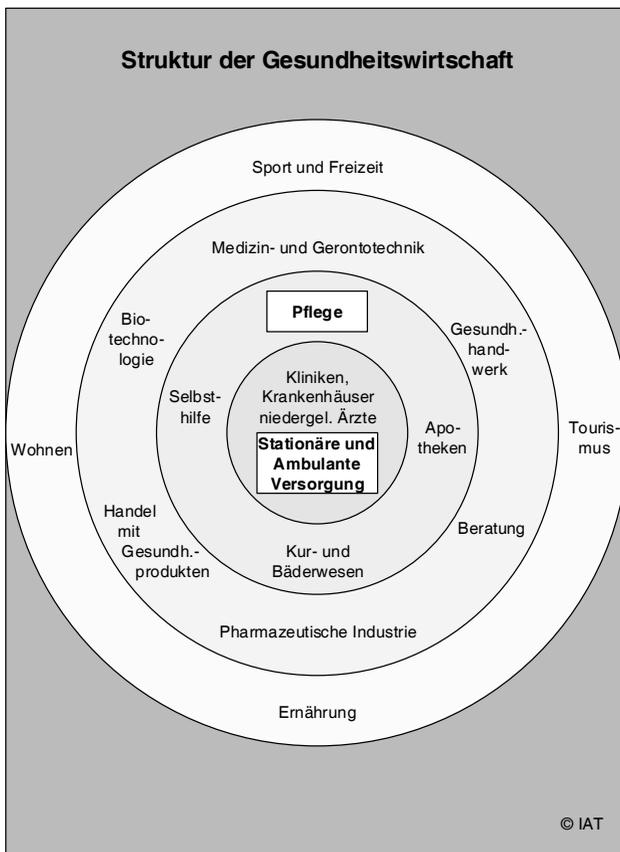
In der Tat: In den letzten Jahren bestimmte vor allem das Schlagwort von der „Kostenexplosion“ die Diskussion. Das Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, das im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie erarbeitet und im Dezember 2001 in Berlin vorgestellt wurde, belegt aber das Gegenteil: Die Ausga-

ben für das Gesundheitswesen sind laut dieser Studie (DIW 2001a) seit 1975 mit 13,1 % des Bruttoinlandsproduktes in etwa konstant geblieben. Zudem sind darin seit Jahren eine Reihe von versicherungsfremden Leistungen (Mutterschaftsgeld, Krankengeld oder Sterbegeld) enthalten. Die „Explosion“ des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich also vielmehr aus den mangelnden Beiträgen, d.h. aus den Defiziten auf der Einnahmeseite (Zunahme von Arbeitslosen, Frührentnern etc.). Gerade weil aber Defizite auf der Einnahmeseite festzustellen sind, ist die Entwicklung innovativer Konzepte zur Schaffung von Arbeitsplätzen vordringlich, um der „Einnahmeplosion“ entgegenzuwirken.

Die traditionelle Gliederung der Gesundheitssystemforschung basiert auf der institutionellen Gliederung des Gesundheitswesens, in deren Mittelpunkt die ärztlichen Dienstleistungen stehen. Unterschieden wird die *stationäre Versorgung* in Krankenhäusern (inklusive Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) sowie die *ambulante Versorgung*, die in der Bundesrepublik überwiegend durch niedergelassene Ärzte gewährleistet wird. Die ärztlichen Dienstleistungen werden im ambulanten Sektor durch die sog. nicht-ärztlichen Gesundheitsdienstleistungen in den Bereichen Pflege, Therapie und Arzneimittelversorgung ergänzt. Die traditionelle Gliederung beschränkt sich auf diese Kernbereiche der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung.

Der erweiterte Gesundheitssystembegriff fokussiert hingegen auf die *Verflechtungen* der Gesundheitswirtschaft mit anderen Wirtschaftssektoren. Diese Betrachtung ist notwendig, da sich die zentralen Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft an den *Schnittstellen* zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellen. Darüber hinaus betont das erweiterte Verständnis der Gesundheitswirtschaft den produktiven und wertschöpfenden Charakter gesundheitsbezogener Dienstleistungen, der in der sozial- und gesundheitspolitischen Debatte der letzten Jahre zuwenig Berücksichtigung fand und erst langsam in das Blickfeld struktur- und beschäftigungspolitischer Debatten rückt. „Die vor allem historisch geprägte Fixierung auf öffentliche oder private Wohlfahrtseinrichtungen und individuelle, nicht-gewerbliche heilberufliche Leistungserbringer hat dazu beigetragen, dass ökonomisch – und zu-

meist auch realpolitisch – das Gesundheitswesen als *konsumptiver* Wohlfahrtssektor, nicht aber als (*gesundheits*)*produktiver* Teil der Volkswirtschaft wahrgenommen wird“ (Schwartz/Busse 1998: 387). Unser Verständnis der Gesundheitswirtschaft legt einen in diesem Sinne erweiterten Gesundheitssystembegriff zugrunde. Vor allem um den produktiven bzw. wertschöpfenden Charakter der Gesundheitsdienstleistungen zu betonen, ist im Folgenden von der Gesundheitswirtschaft die Rede, deren Struktur sich mit dem folgenden Zwiebelmodell in idealtypischer Weise darstellen lässt.



Dieses Cluster-Modell orientiert sich nicht an der traditionellen Unterscheidung von Prävention, Kuration und Rehabilitation, sondern es ordnet die Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gemäß ihrer Stellung entlang der entsprechenden Wertschöpfungsketten. Aus der Graphik wird deutlich, dass die Gesundheitswirtschaft neben den personalintensiven Dienstleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung auch die kapital- und technologieintensiven Vorleistungs- und Zulieferindustrien sowie die Randbereiche und Nachbarbranchen mit ausgeprägten gesundheitlichen Bezügen umfasst. Mit dem Cluster-Modell lassen sich drei Bereiche bzw. Sektoren in idealtypischer Form unterscheiden:

1. *Der Kernbereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung:* Der Kernbereich zählt zu den personal- und beschäftigungsintensiven Dienstleistungsbereichen der Gesundheitswirtschaft. Neben den Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zählen zu den Einrichtungen und Unternehmen des Kernbereiches die ambulanten Arzt- und Zahnarztpraxen, die Praxen der nichtärztlichen medizinischen Berufe, Apotheken sowie stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.
2. *Die Vorleistungs- und Zulieferindustrien:* Zu den Vorleistungs- und Zulieferindustrien zählen neben den sogenannten *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, diese schnell und zuverlässig zu diagnostizieren, zu heilen oder ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen erträglicher zu machen.
3. *Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens:* In der Verknüpfung gesundheitsbezogener Dienstleistungen mit den Angeboten aus anderen Wirtschaftsbereichen liegen große Chancen für die Gesundheitswirtschaft, um ihr Angebotsspektrum auszu-

weiten und zusätzliche private Nachfrage zu mobilisieren. Beispiele für die Verknüpfung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Nachbarbranchen stellen der Gesundheitstourismus, die Wellness-Bewegung oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote dar.

3 Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen

In einer breit angelegten explorativen Studie zum Thema *Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW* hat das Institut Arbeit und Technik in Kooperation mit der Forschungsgesellschaft für Gerontologie und der Medizinischen Hochschule Hannover im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) eine Bestandsaufnahme der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft vorgelegt. Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, lässt die Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen mit rund einer Million Beschäftigten andere Wirtschaftssektoren - auch das personalintensive Baugewerbe - weit hinter sich zurück.

<i>Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft NRW 1998</i>		
Insgesamt	ca. 957.280	100%
Gesundheits- und Arbeitsschutz	11.055	1,2%
Ambulante Gesundheitsversorgung	373.081	39,0%
Stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung	362.351	37,9%
Krankentransporte/Rettungsdienste	10.500	1,1%
Verwaltung	ca. 50.000	5,2%
Ausbildungsstätten und Forschungseinrichtungen	ca. 10.000	1,0%
Vorleistungs- und Zulieferindustrien	113.293	11,8%
Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens	ca. 27.000	2,8%
Quelle: IAT/FFG/MHH 2001		

Mit einer Beschäftigungszunahme von rund 175.000 Beschäftigten zwischen 1985 und 1998 (dies entspricht einer Wachstumsrate von 22,4%) stellte die Gesundheits- und Sozialwirtschaft in den letzten beiden Jahrzehnten neben den produktionsnahen Dienstleistungen einen zentralen Träger des Strukturwandels von der Industrie- zur Dienstleistungsökonomie in Nordrhein-Westfalen dar. In der folgenden Graphik wird die Gesundheitswirtschaft NRW anderen Wirtschaftsbereichen gegenübergestellt. Dabei wurden nicht nur die (sozialversicherungspflichtig) Beschäftigten in den einzelnen Vergleichsbereichen selbst, sondern auch in den angeschlossenen bzw. den direkt abhängigen Branchen erfasst und zu einem entsprechenden Cluster zusammengefasst. Das Ergebnis verdeutlicht nachdrücklich, dass die tatsächliche Wirtschafts- und Beschäftigungsbedeutung der Gesundheitswirtschaft weitaus höher einzuschätzen ist, als dies in den wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Debatten häufig zum Ausdruck kommt.

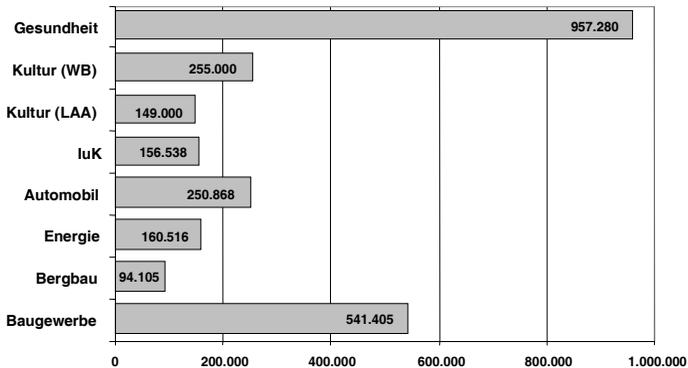


Abbildung: Arbeitsmarktbedeutung ausgewählter Wirtschaftsbereiche in NRW 1998/1999, Zahl der Beschäftigten. (Quelle: FFG/IAT/MHH 2001)

Eine positive Beschäftigungsentwicklung lässt sich auch im Ruhrgebiet beobachten. Die Gesundheits- und Sozialwirtschaft hat sich in dieser Teilregion zu einer bedeutenden Wirtschaftsbranche entwickelt. Allein zwischen 1980 und 1998 nahm die Zahl der Beschäftigten um mehr als 106.700 zu und hat damit einen zentralen Beitrag zum regionalen Strukturwandel geleistet.

4 Die Gesundheitswirtschaft steht vor großen Herausforderungen

Die Wachstums- und Beschäftigungswirkungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft könnten in Nordrhein-Westfalen und dem Ruhrgebiet jedoch weitaus höher ausfallen, wenn die vorhandenen Innovationspotenziale gezielt aktiviert würden. Folgende Entwicklungen stellen die Gesundheitswirtschaft weiterhin vor große Gestaltungsherausforderungen (vgl. zum folgenden ausführlich Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002):

1. Der demographische Wandel: Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) geht in seinen jüngsten Prognosen davon aus, dass durch den demographischen Wandel bedingt sowohl die Nachfrage nach stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung, als auch die Nachfrage nach pflegerischen Leistungen weiter steigen wird (vgl. DIW 2001a; 2001b). Allein die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird laut DIW-Prognose bundesweit von 1,929 Millionen im Jahr 1999 um 145% auf 4,728 Millionen im Jahr 2050 zunehmen. Das Ruhrgebiet (aber auch NRW gesamt) zeigt vor allem im Bereich der stationären Altenpflege starken Nachholbedarf (vgl. Hilbert/Rohleder/Roth 2001). Um die Qualität und Akzeptanz der Versorgungsangebote zu verbessern, sollte der Ausbau der stationären Versorgung eingebettet sein in alten- und nachbarschaftsorientierte Kommunikations- und Dienstleistungszentren, die eine Ergänzung des Angebotsspektrums ermöglichen.
2. Das Gesundheitswesen steht zudem vor grundlegenden strukturellen Veränderungen. Zu nennen sind hier die Bedeutungszunahme

von präventiven Maßnahmen oder die Suche nach integrierten Versorgungsangeboten. Mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) als grundsätzlicher Fallpauschalenabrechnung in der Krankenhausversorgung werden stärkere Anreize zur Reduktion der Kosten des einzelnen Diagnosefalls gesetzt. Damit entfällt der Anreiz, möglichst lange Verweildauern zu realisieren und es ist zu erwarten, dass es zu einer Neubestimmung der Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern und nachsorgenden Gesundheitseinrichtungen, nicht zuletzt im ambulanten Sektor, kommen wird. Das Ruhrgebiet als eine Region mit kurzen Wegen und einem großen Kundenpotential eignet sich wie kaum eine andere Region in der Bundesrepublik zur Erprobung neuer ambulanter Versorgungsangebote und deren Verknüpfung mit stationären und teilstationären Angeboten.

3. Es besteht kein Zweifel daran, dass der medizinisch-technische Fortschritt einen wichtigen Einflussfaktor darstellt, der die Entwicklungsbedingungen der Gesundheitswirtschaft in der Vergangenheit maßgeblich bestimmt hat und auch zukünftig eine zentrale Einflussgröße darstellen wird. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Innovationen, die neue Diagnose- und Behandlungsmethoden ermöglichen und damit neue Wege der Prävention, Kuration und Rehabilitation eröffnen und Innovationen, die zu einer effizienteren, schnelleren, angenehmeren und kostengünstigeren Behandlung von Patienten beitragen können. Neue Organisations- und Technikeinsatzkonzepte zielen darauf ab, die Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und die Transaktionskosten in Form von Informations-, Kommunikations- und Koordinationskosten in und zwischen den beteiligten Einrichtungen zu minimieren. Gleichzeitig soll durch den Einsatz neuer Technologien der Behandlungsaufwand zum Wohle des Patienten begrenzt werden.
4. Die Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft stehen zunehmend vor der Herausforderung, durch kundengerechte Produkte und Dienstleistungen zusätzliche private Mittel zu mobilisieren. Gerade die Produkte und Dienstleistungen aus den Randbereichen und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens werden nicht

durch die öffentlichen Kostenträger zu finanzieren sein. Hier besteht die Notwendigkeit, durch qualitativ hochwertige und preiswerte Angebote weitere private Nachfragepotentiale zu erschließen.

5 Gestaltungsansätze: Die Entwicklung von Gesundheitsregionen

Die Gesundheitswirtschaft ist in den letzten Jahren zu einem zentralen Thema der Regional- und Strukturpolitik avanciert. Die Prognosen und Szenarien zu den rosigen Aussichten der Gesundheitswirtschaft haben zahlreiche Regionen dazu gebracht, sich als Gesundheitsregionen zu profilieren (vgl. Fretschner/Hilbert 2000). Ziel der regionalen Initiativen ist es, die Wachstums- und Beschäftigungspotentiale der bereits vorhandenen Einrichtungen und Unternehmen auszubauen und sich als Standorte für innovative Unternehmen nach außen zu empfehlen. Gemeinsam ist allen Gesundheitsregionen der Versuch, die Aktivitäten der Gesundheitswirtschaft mit einer innovativen Regionalpolitik zu verbinden: „Gesundheitsförderung und Regionalentwicklung gehen Hand in Hand, so dass neben Lebensqualität auch eine zukunftsfähige Wirtschaftsweise erreicht und Beschäftigung langfristig gesichert werden kann“ (Stauch/Kunzmann 1998: 12). Dabei werden in den einzelnen Regionen unterschiedliche Strategien verfolgt:

1. Einzelne Regionen setzen darauf, ihr medizinisches und gesundheitswirtschaftliches Know-how zu identifizieren und zu exportieren. Dies erfolgt in der Regel durch einen gezielten Ausbau der Qualifizierungs-, Management- und Beratungsdienstleistungen.
2. In den traditionellen Kur- und Bäderregionen wird an der Entwicklung neuer Angebote und Geschäftsfelder gearbeitet. Das Angebotspektrum reicht von Wellness- und Internetreisen für ältere Menschen über Serviceangebote für ausländische Patienten bis hin zu Angeboten, die eine Integration von stationären und ambulanten Rehabilitationsdienstleistungen anstreben.

3. In anderen Regionen wird die Strategie einer Verknüpfung von Gesundheitsdienstleistungen und touristischen Angeboten durch eine Öffnung des Freizeitsektors für gesundheitsrelevante Themen verfolgt. Exemplarisch hierfür kann die Gesundheits- und Fitnessregion Kreis Ahrweiler gelten, die mit dem Aufbau einer „Akademie für Wein und Gesundheit“ einen Brückenschlag zwischen Gesundheit und Genuss bzw. Lebensstil anstrebt.
4. Zahlreiche Regionen schließlich konzentrieren sich auf eine Förderung der Vorleistungs- und Zulieferindustrien, wie etwa der Medizin- und Gerontotechnik oder der modernen Bio- und Gentechnologien.
5. Bereits bestehende Gesundheitseinrichtungen werden auf dem Weg des Gemeinschaftsmarketings regional und überregional vermarktet. Aufgrund der bestehenden Werbebeschränkungen sind entsprechende Initiativen jedoch bislang noch sehr begrenzt.

6 Vorschläge zur Förderung der Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet

Auch das Ruhrgebiet unternimmt derzeit erste Schritte in Richtung Gesundheitswirtschaft. Es sollen deshalb abschließend mögliche Ansatzpunkte und Projektideen zur Aktivierung der Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet vorgestellt werden:

6.1 Bessere Vermarktung der vorhandenen Stärken

Das Ruhrgebiet verfügt wie kaum eine andere Region in Deutschland über eine gute ausgebaute Angebotsinfrastruktur in allen Fragen der medizinischen und gesundheitsbezogenen Versorgung. Einige dieser Angebote gehören auf ihren Fachgebieten zu den führenden Adressen in Deutschland und Europa. Es sollte für die Zukunft Sorge getragen werden, dass diese Angebote von den Bewohnern des Reviers best-

möglich angenommen werden. Parallel zur Stärkung der heimischen Nachfrage sollte verstärkt um Kunden von außerhalb geworben werden. Nicht zuletzt Kunden und Patienten aus dem Ausland, wo es z.T. massive Versorgungsengpässe gibt (wie etwa in den Niederlanden oder in Großbritannien), stellen hier ein vielversprechendes Potential dar.

6.2 Entwicklung und Erprobung innovativer und wegweisender Versorgungsstrukturen

Für viele Krankheitsbereiche ist im Grundsatz bekannt, wie eine grundlegende Verbesserung der Versorgungssituation bewerkstelligt werden kann. Probleme gibt es jedoch, die dafür notwendigen Schritte breitflächig und im zielgerichteten Zusammenspiel aller relevanten Akteure umzusetzen. Wenn es im Ruhrgebiet gelingt, beim Aufbau integrierter Versorgungskonzepte Durchbrüche zu erzielen, erhöht dies nicht nur das Sicherheitsgefühl und die Lebensqualität der Menschen im Revier, sondern aus den dabei gewonnenen Erfahrungen können Produkte und Dienstleistungen entstehen, die sich auch überregional vermarkten lassen. Ein Beispiel hierfür könnten EDV- und Telekommunikationssysteme sein, die die Kooperation der Anbieter unterstützen oder die bei der telematischen Beobachtung von Risikopatienten (Health Monitoring) hilfreich sind. Anknüpfungspunkte für innovative integrierte Versorgungskonzepte lassen sich etwa für den Bereich der Herzkrankheiten oder des Rückenschmerzes, aber auch für etliche andere Krankheiten entwickeln und umsetzen.

6.3 Ausbau und Vermarktung von Forschungs- und Qualifizierungsangeboten

Das Ruhrgebiet hat in der medizinischen und gesundheitsbezogenen Forschung eine gute Position. Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMB+F) erstellte Studie kommt zu dem erfreulichen Ergebnis, dass Essen in Nordrhein-Westfalen die Spitzenposition in der Medizinforschung einnimmt und auch im bundesweiten Vergleich mit Rang 6 einen der vorderen Plätze hält. Neben den medi-

zinischen Studiengängen existieren im Ruhrgebiet weitere gesundheitsrelevante Studiengänge an Universitäten und Fachhochschulen. Mit diesen Angeboten weist das Ruhrgebiet eine hervorragende wissenschaftliche Ausgangsbasis für die Entwicklung medizinischer und gesundheitsrelevanter Qualifikationen aus. Neben diesen „Basisqualifikationen“ werden in Zukunft Qualifikationen in den Bereichen betriebswirtschaftliches Management, Organisation, Personalrekrutierung und -entwicklung, Nutzung der Neuen Medien sowie Marketing und Medizinjournalismus an Bedeutung gewinnen. Das Ruhrgebiet kann in diesen Fragen bei der Entwicklung entsprechender Curricula sowie der Einrichtung von Akademien und Weiterbildungseinrichtungen (noch) eine Vorreiterrolle in der Bundesrepublik einnehmen. Ebenfalls noch große Gestaltungsspielräume bestehen bei der Frage, ob und wie ein Aus- und Weiterbildungsangebot aussehen kann, das die traditionelle Schulmedizin um Wissen und Know-how aus den Bereichen Prävention und Gesundheitserhaltung anreichert. Stichworte wären hier etwa die Gründung einer Akademie für Vitalmedizin oder eines Kompetenzzentrums Prävention.

6.4 Lebensqualität - Ausbau gesundheitsnaher Angebote

Fragen der Lebensqualität stoßen bei wachsenden Teilen der Bevölkerung auf ein steigendes Interesse. Sowohl in Nordrhein-Westfalen als auch im Ruhrgebiet gibt es bereits zahlreiche Angebote, die hierauf reagieren, jedoch können diese Angebote noch wesentlich stärker ausgebaut werden. Große Entwicklungspotentiale bieten der Aufbau von ambulanten Rehabilitations- oder Wellnessangeboten sowie der Ausbau von kundengerechten Formen des betreuten Wohnens. Für viele kleinere Fitnessanbieter könnte auch eine Öffnung gegenüber den Bedürfnissen einer älter werdenden Kundschaft interessante Perspektiven eröffnen. Dafür müssen jedoch drei Bedingungen erfüllt sein: Zum einen muss sichergestellt werden, dass diese Märkte auch bedient werden können, zum anderen muss den potentiellen Anbietern Hilfestellung bei der Entwicklung und Erprobung neuer Konzepte geleistet werden und schließlich ist es notwendig, dass entsprechende Qualifikationen für deren Umsetzung zur Verfügung gestellt werden.

Literatur

- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)**, 2001a: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen: ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Berlin
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)**, 2001b: Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick bis 2050. Berlin. DIW-Wochenbericht, Nr. 5/2001
- Hilbert, Josef / Fretschner, Rainer / Dülberg, Alexandra**, 2002: Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik
<http://iat-info.iatge.de/aktuell/veroeff/ds/hilbert02b.pdf>
- Hilbert, Josef / Rohleder, Christiane / Roth, Günter**, 2001: Der heimliche Held des Strukturwandels? Wachstum der Beschäftigung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft im Ruhrgebiet; Vortrag im Rahmen von „Historama Ruhr 2000“, Konferenz „Bevölkerung, Umwelt und Gesundheit im Ruhrgebiet im sozialen Wandel seit 1945“ am 25.6.2000 in Essen, Zeche Zollverein. Stand: 2. Juli 2001. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik.
<http://iat-info.iatge.de/aktuell/veroeff/ds/hilbert01b.pdf>
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) / Institut Arbeit und Technik (IAT) / Medizinische Hochschule Hannover (MHH)**, 2001: Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen: Dokumentation. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Die Gesundheitsministerin informiert
- Fretschner, Rainer / Hilbert, Josef**, 2000: Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales: Modernisierungs- und Wachstumsstrategien auf betrieblicher und regionaler Ebene. In: Sozialer Fortschritt 49, S. 284-288

Grönemeyer, Dietrich H. W., 2001: Med. in Deutschland – Standort mit Zukunft. Berlin: ABW, Wiss. Verl.

Schwartz, Friedrich Wilhelm / Busse, Reinhard., 1998: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm u.a. (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München u.a.: Urban&Schwarzenberg, S. 385-411

Statistisches Bundesamt, 2002: Gesundheit: Personal 2000, Wiesbaden

Stauch, Alexandra / Kunzmann, Klaus R., 1998: Gesundheit und europäische Regionalentwicklung: innovative Politik für Touristik und Technologie. Hamm: Medikur. Medikur-Report, Bd. 4

SVRKIAG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1996: Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche: Sondergutachten 1996. Bd. 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.