



# Gesundheitswirtschaft in Bremen

## Befunde und Perspektiven

---

Eine Studie des Instituts Arbeit und Technik  
im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen

Denise Becka, Michaela Evans, Josef Hilbert,  
Sebastian Merkel, Christopher Schmidt

**Institut Arbeit und Technik (IAT) | Westfälische Hochschule**

## **Gesundheitswirtschaft in Bremen – Befunde und Perspektiven**

Studie im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen



## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort .....</b>	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>7</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>8</b>
<b>Management Summary.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Gesundheitswirtschaft im Paradigmenwechsel: Vom Hemmschuh zum Aktivposten des Strukturwandels.....</b>	<b>12</b>
<b>2 Gesundheitswirtschaft in Bremen – Zielsetzung und methodisches Vorgehen.....</b>	<b>19</b>
<b>3 Beitrag der Gesundheitswirtschaft zu Wertschöpfung, Erwerbstätigkeit und Ausbildung in Bremen .....</b>	<b>23</b>
3.1 Wertschöpfungsbeiträge der Gesundheitswirtschaft in Bremen auf Wachstumskurs .....	23
3.2 Beschäftigungs- und Ausbildungseffekte.....	27
3.2.1 Erwerbstätigkeit in der Bremer Gesundheitswirtschaft: mit rd. 61.000 Erwerbstätigen ein starkes Stück Beschäftigung.....	28
3.2.2 Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung mit starken Zuwächsen in der ambulanten Gesundheitsversorgung und Altenhilfe .....	30
3.2.3 Entwicklung der geringfügigen Beschäftigung: insgesamt in Bremen verhalten, aber mit starken Zuwächsen bei gesundheitsrelevanten Dienstleistungen .....	36
3.2.4 Entwicklung der Ausbildung – ein deutliches Plus für die Altenhilfe.....	39
3.3 Verdienste in Gesundheitsberufen: Care Pay Gap und Notwendigkeit höherer Entgelte zur Fachkräftesicherung im Pflegemarkt.....	43
<b>4 Bevölkerungsentwicklung und Konsequenzen für die medizinische und pflegerische Versorgung .....</b>	<b>48</b>
<b>5 Gesundheitsversorgung im Land Bremen .....</b>	<b>50</b>
5.1 Krankenhäuser in Bremen – ein Standort mit überregionaler Bedeutung.....	50
5.2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – wachsende Infrastrukturen für die überregionale Versorgung.....	54
5.3 Ambulante Versorgung in Bremen – überregionale Versorgungsbedeutung mit guter Versorgungslage und einigen Zukunftsbaustellen .....	55
<b>6 Altenpflege und Altenhilfe – auf dem Weg zur Ambulantisierung.....</b>	<b>60</b>
<b>7 Innovationsfelder und Innovationschancen der Gesundheitswirtschaft in Bremen .....</b>	<b>64</b>
7.1 Fachkräftesicherung und Qualität der Arbeit.....	64
7.2 Neue Wertschöpfungsbezüge im Zusammenspiel von Dienstleistung und Industrie.....	75
7.3 Gesundes und aktives Alter(n) in Bremen .....	79
<b>8 Zentrale Handlungsempfehlungen.....</b>	<b>83</b>
<b>9 Literatur .....</b>	<b>85</b>



## Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Gesundheitswirtschaft gilt als dynamischer Wachstumsbereich mit hoher volkswirtschaftlicher und beschäftigungspolitischer Bedeutung. Bundesweit arbeiten hier nahezu sieben Millionen Menschen in Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern, in Haus- und Facharztpraxen, in der Medizintechnik oder der pharmazeutischen Industrie. Ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt liegt bei rund elf Prozent und das, obwohl der größte Teil der Wertschöpfung als Dienstleistung an Patientinnen und Patienten erzielt wird. Dies zeigt deutlich, dass die Querschnittsbranche Gesundheitswirtschaft über ihre beschäftigungspolitische Wichtigkeit hinaus auch für die Entwicklung der Gesamtwirtschaft von wesentlicher Bedeutung ist. Mehr und mehr Wirtschaftsbranchen, die mit Gesundheit wenig oder nichts zu tun hatten, suchen heute über Gesundheitsaspekte ihre Geschäftsmodelle zu erweitern – z. B. die Wohnungswirtschaft oder die Nahrungs- und Genussmittelindustrie. Darüber hinaus gelten Medizintechnik, Biotechnologie und Life-Sciences als innovations- und investitionsrelevante Geschäftsfelder: Gesundheit ist ein Aktivposten für die Zukunft von Gesellschaft, Wirtschaft und Arbeit.

Auch im Land Bremen trägt die Gesundheitswirtschaft mit mehr als 60.000 Erwerbstätigen und stetig steigender Bruttowertschöpfung zur Stärkung der Regionalwirtschaft bei. Die Kernbereiche der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung sind zumeist standortgebundene Dienstleistungen und als solche von besonderer arbeitsmarktpolitischer Bedeutung. Viele Angebote der Gesundheitswirtschaft sind gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen, die nicht nur die medizinische Versorgung gewährleisten, sondern auch gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Damit sind sie Teil der Daseinsvorsorge und Voraussetzung für den gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Die Arbeitnehmerkammer hat vor diesem Hintergrund eine Branchenanalyse beim Institut Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen in Auftrag gegeben – und unser herzlicher Dank gilt an dieser Stelle den Autorinnen und Autoren. Das Institut hat vielfach zur Gesundheitswirtschaft in der Bundesrepublik und auch in anderen Ländern gearbeitet. Im Rahmen dieser Studie ist das IAT in statistischen Auswertungen wie auch in Experteninterviews der Frage nachgegangen, wie es um die Branche im Land Bremen bestellt ist und welche Potenziale ihre Weiterentwicklung bietet. So wirken sich die Ambulantisierung der Pflege, der Wunsch möglichst lange zuhause zu bleiben, aber auch begrenzte finanzielle Möglichkeiten Älterer auf Angebot und Nachfrage aus und bringen ständige Veränderungen mit sich in einem komplexen Markt von Wohnen, haushaltsnahen Dienstleistungen, medizinischer und pflegerischer Versorgung. Zudem entwickelt sich die Medizintechnik ebenso wie unterstützende Systeme durch neue Möglichkeiten der Digitalisierung. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass im Bereich der industriellen Gesundheitswirtschaft wie auch in der Forschung noch Potenziale bestehen – insbesondere dann, wenn im medizinisch-technologischen Bereich der Schulterschluss mit den versorgenden Einrichtungen gesucht wird und die Akzeptanz neuer Systeme auf diese Weise erprobt werden kann: Bremen zeichnet sich durch die Nähe relevanter Branchenakteure in der Wertschöpfungskette Gesundheitswirtschaft aus – dies bietet für die Zukunft und mit geeigneten Förderansätzen mehr Möglichkeiten, als derzeit genutzt werden.

Neben dem politischen Gestaltungsauftrag in diesem Feld, ist der „Faktor Arbeit“ in der Gesundheitswirtschaft der neuralgische Punkt. Ein Großteil der versorgenden Dienstleistungen

wird finanziert durch die Kranken- oder Pflegeversicherung – und durch unmittelbare Eigenleistungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Im Vergleich zu anderen Branchen wird das Gesundheitswesen daher oft lediglich als Kostenfaktor gesehen. Am Ende sollen Lohnnebenkosten begrenzt werden, Kostendeckelungen und Kostenverschiebungen – häufig zulasten von Beschäftigten – sind die Folge. Zurecht sind die Arbeitsbedingungen im versorgenden Teil der Gesundheitswirtschaft daher immer wieder in der Kritik, denn der Kostendruck wird weitergegeben an die Beschäftigten im Gesundheitswesen. Geringe Tarifbindung, nachhängende Entwicklung bei den Gehältern in vielen Berufen, Berufsflucht und Fachkräftemangel bieten aber gerade keine Grundlage für eine zukunftsfeste Entwicklung.

Bleiben die Arbeitsplätze in der Altenpflege, den Therapieberufen, im Krankenhaus oder den Praxen unattraktiv, so ist nicht nur die Gesundheitsversorgung gefährdet, sondern zugleich auch der wirtschaftliche Betrieb. Bereits heute zeigen Aufnahmestopps in Pflegeheimen oder überlange Wartezeiten in Praxen und Ambulanzen, dass wirtschaftlicher Erfolg und Versorgung aber auch Arbeitsbedingungen und Beschäftigung in sehr engem Zusammenhang stehen.

Insofern wollen wir mit der vorliegenden Studie zum einen die Diskussion um die regionalwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft anregen, zum anderen aber auch den zentralen Qualitätsfaktor, die Kompetenzen der Beschäftigten, in den Mittelpunkt möglicher Weiterentwicklungen der Branche im Land Bremen stellen.

Wir wünschen eine anregende Lektüre.



Peter Kruse  
Präsident der  
Arbeitnehmerkammer Bremen



Ingo Schierenbeck  
Hauptgeschäftsführer der  
Arbeitnehmerkammer Bremen

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zentrale wirtschaftliche Kennzahlen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland, 2016 .....	13
Abbildung 2: Wachstum der Gesundheitswirtschaft in Deutschland im sektoralen Vergleich, in Prozent, 2005-2015 .....	13
Abbildung 3: Szenarien zur wirtschaftlichen Entwicklung (BIP, in Milliarden Euro) bei steigenden Gesundheitsausgaben in Deutschland, 2010/2030 .....	16
Abbildung 4: Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft .....	19
Abbildung 5: Entwicklung der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft 2008 und 2016 (nach Bundesländern, in Prozent) .....	24
Abbildung 6: Bruttowertschöpfung (in jeweiligen Preisen) der Gesundheitswirtschaft 2016 nach Ländern – Anteil an allen Ländern (in Prozent).....	24
Abbildung 7: Entwicklung der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft 2008 und 2016 (nach Bundesländern; Anteile in Prozent) .....	25
Abbildung 8: Anteil der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft an den Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft und an der Bevölkerung 2015 (nach Bundesländern; in Prozent).....	26
Abbildung 9: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern Land Bremen in Euro, 2008/2015 .....	27
Abbildung 10: Anteile der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach Wirtschaftsbereichen der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen, 2016.....	31
Abbildung 11: Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach Wirtschaftszweigen der Gesundheitswirtschaft (WZ 08), Land Bremen und Deutschland, 2007-2016 (in Prozent) .....	32
Abbildung 12: Beschäftigte nach Berufsordnungen (KldB 2010) im Land Bremen, 2016 .....	33
Abbildung 13: Beschäftigte nach Berufsordnungen (KldB 2010) und Beschäftigungsverhältnis im Land Bremen, 2016 .....	34
Abbildung 14: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Pflegeberufen nach Anforderungsniveaus im Land Bremen, 2016 .....	36
Abbildung 15: Entwicklung der geringfügigen Beschäftigung nach Wirtschaftszweigen (WZ 08), Land Bremen und Deutschland, 2007-2016 .....	37
Abbildung 16: Geringfügig Beschäftigte nach Berufsordnungen (KldB 2010) im Land Bremen, Anteile an geringfügig Beschäftigten im Feld Gesundheit, Soziales, Lehre u. Erziehung, 2016 .....	38
Abbildung 17: Anteile geringfügig Beschäftigter nach Berufsabschluss, Land Bremen, 2016 .....	39
Abbildung 18: Entwicklung der Auszubildendenzahlen nach Wirtschaftszweigen (WZ 08), Land Bremen und Deutschland, 2007-2016.....	40
Abbildung 19: Auszubildende nach Berufsordnungen (KldB 2010), Land Bremen, 2016 .....	41
Abbildung 20: Entwicklung der Auszubildendenzahlen in Pflege- sowie medizinischen Fachberufen nach Berufsordnungen (KldB 2010), in Prozent, Land Bremen und Deutschland, 2013-2016 .....	42
Abbildung 21: Bruttomonatsverdienste (Vollzeit) in ausgewählten Gesundheitsberufen im Land Bremen in Euro, 2014 .....	44
Abbildung 22: Bruttostundenlöhne (Vollzeit) in ausgewählten Gesundheitsberufen im Land Bremen in Euro, 2014 .....	45



<b>Abbildung 23: Bruttomonatsverdienste im Branchenvergleich (Wirtschaftsbereiche) im Land Bremen in Euro, 2014</b> .....	46
<b>Abbildung 24: Bevölkerungsstand und prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Land Bremen nach Altersgruppen, 2015 und 2035</b> .....	48
<b>Abbildung 25: Übersicht der Krankenhäuser im Land Bremen</b> .....	50
<b>Abbildung 26: Entwicklung zentraler Krankenhaus Kennziffern im Land Bremen 2004–2015 (Index: 2004 = 100)</b> .....	51
<b>Abbildung 27: Entwicklung zentraler Krankenhaus Kennziffern in Deutschland 2004–2016 (Index 2004 = 100)</b> .....	52
<b>Abbildung 28: Betten und Fallzahlen je 100.000 Einwohner im Vergleich der Bundesländer, 2015</b> .....	53
<b>Abbildung 29: Anteile der in Krankenhäusern im Land Bremen behandelten Patientinnen und Patienten nach Wohnort</b> .....	54
<b>Abbildung 30: Arztdichte je 100.000 Einwohner im Vergleich der Bundesländer (alle Arztgruppen) 2016</b> .....	56
<b>Abbildung 31: Arztdichte je 100.000 Einwohner im Vergleich der Bundesländer (Hausärztliche Fachgruppen) 2016</b> .....	57
<b>Abbildung 32: Arbeitszeitanteile Beschäftigter in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich ausgewählter Bundesländer, 2015</b> .....	62
<b>Abbildung 33: Teilzeitbeschäftigung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nach Arbeitszeitanteilen im Land Bremen, 2005/2015</b> .....	63

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1: Freie Berufe und Handwerkerinnen und Handwerker in der Gesundheitswirtschaft 2016 (Deutschland und Land Bremen)</b> .....	15
<b>Tabelle 2: Erwerbstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen, 2016</b> .....	28
<b>Tabelle 3: Gesamtbild der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen nach Beschäftigungsarten und Teilbereichen, 2016</b> .....	29
<b>Tabelle 4: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Wirtschaftsbereichen der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen, 2016</b> .....	30
<b>Tabelle 5: Kennzahlen der vertragsärztlichen Versorgung im regionalen Vergleich, hausärztliche Fachgruppen 2016</b> .....	58
<b>Tabelle 6: Ärztlich bzw. psychotherapeutisch geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen im Land Bremen, 2010–2016</b> .....	59
<b>Tabelle 7: Personal und Pflegebedürftige im Land Bremen 2009–2015</b> .....	60

## Management Summary

1. Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland befindet sich im Perspektivwechsel und Strukturwandel. Früher wurde ein anspruchsvolles Gesundheitssystem zwar als sozialpolitische Verantwortung und soziale Infrastruktur akzeptiert, jedoch wurde gleichzeitig befürchtet, hohe Gesundheitsausgaben könnten die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft belasten. Heute zeigt sich, dass eine qualitativ hochwertige und verlässliche lokale Infrastruktur mit gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen für die Wirtschaft insgesamt ein bedeutender Standortfaktor ist. Auch wenn die alten Sorgen um Wirkungen auf die Lohnnebenkosten damit nicht gänzlich überwunden sind, so relativiert sich diese Risikodebatte angesichts künftiger wirtschafts- und sozialpolitischer Herausforderungen und Chancen doch zunehmend. Hierfür gibt es gute Gründe, denn...

- ▶ Gesundheit und die Absicherung von Pflegebedürftigkeit haben in der Wertepreferenz der Bevölkerung einen hohen Stellenwert;
- ▶ die lokale Wirtschaft braucht mit Blick auf die Sicherstellung ihrer Produktionsbedingungen eine leistungsfähige Gesundheitswirtschaft;
- ▶ Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft schaffen in relevantem Umfang neue Arbeitsplätze und sind vor Ort häufig große Arbeitgeber;
- ▶ Unternehmen der Gesundheitswirtschaft sind ein starkes Stück Mittelstand;
- ▶ gesundheitsbezogene Dienstleistungen sind derzeit eines der wichtigsten Hightech-Anwendungsfelder und ein wachsender Aktivposten der internationalen wirtschaftlichen Zusammenarbeit.

**Die Gesellschaft trägt mehr und mehr das Profil einer Gesundheitsgesellschaft und die Wirtschaft hat in der Gesundheitswirtschaft einen ihrer größten Aktivposten.**

2. Auch die Bremer Wirtschaft ist in erheblichem Maße durch die Gesundheitswirtschaft geprägt. Hier sind rund 61.000 Erwerbstätige tätig, dies entspricht einem Anteil von rd. 15 % der gesamten Erwerbstätigkeit im Land Bremen. Dabei erwirtschaftet sie eine Bruttowertschöpfung von 2,8 Milliarden Euro, die 9,7 % der gesamten Bremer Wertschöpfung ausmacht. Im Vergleich der Bundesländer erweist sich Bremen als das Bundesland, das gemessen an der Bevölkerung (nach Hamburg) am zweitstärksten durch Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft geprägt ist.

3. Die hohe Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Bremen hat verschiedene Ursachen. Zum einen spielt eine Rolle, dass die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Produkten in Großstädten in aller Regel größer ist als in mittelgroßen Städten oder ländlichen Regionen. Zum anderen nimmt Bremen in erheblichem und in wachsendem Maße überregionale Versorgungsfunktionen wahr. Dies gilt vor allem für die Akutversorgung in Krankenhäusern, in zunehmenden Maße aber auch für die Reha- und Anschlussheilbehandlung. Darüber hinaus ist Bremen noch immer ein beliebter Standort für das Leben im Alter. Dies macht den Wohn- und Lebensstandort Bremen attrak-

tiver, gleichzeitig erhöht es die Nachfrage nach Produkten und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter – von der Medical-Wellness bis zur ambulanten Pflege.

4. Die Leistungskraft der Bremer Gesundheitswirtschaft kann sich sehen lassen. Das gilt zum einen mit Blick auf die Wertschöpfung je Erwerbstätigem, die mit rd. 48.000 Euro knapp über dem Bundesdurchschnitt liegt. Dies gilt zum anderen mit Blick auf die Krankenhausversorgung, die sich dann, wenn die Aufwendungen für die Versorgung von zugewanderten Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern abgezogen werden, als sehr effizient darstellt. Darüber hinaus ist zu betonen, dass Bremen mit seinen Aktivitäten zur Ambulantisierung der Pflege, zur quartiersnahen Versorgung und zu quartiersnahen Dienstleistungen, zur Förderung von Barrierefreiheit(-armut) in Wohnungen und im Stadtteil sowie zur Verbesserung der Quartierskommunikation eine der bundesweit wichtigsten Zukunftsbaustellen für grundlegende Verbesserungen in der Altenhilfe und in der Gestaltung alter(n)sgerechter Lebenswelten geworden ist.
5. „Luft nach oben“ gibt es in Bremen in der Entwicklung der industriellen Gesundheitswirtschaft. Aus der Bremer Wissenslandschaft heraus sind in den letzten Jahren wichtige Kompetenzen und Impulse hervorgegangen. In der Kombination mit Hightech wurden innovative Produkte und Dienstleistungen auf den Weg gebracht – und Einzelfälle zeigen auch, dass enge und verlässliche Innovationspartnerschaften aus Wissenschaft, Industrie und Gesundheitsdienstleistern zu zukunftsfähigen Erneuerungen mit hochwertigen Arbeitsplätzen führen können. Allerdings fehlt es entsprechenden Entwicklungen in Bremen noch an Breite und Tiefe. Eine „Kümmerer-Instanz“, die sich um die Initiierung und die Entwicklung von Innovationspartnerschaften kümmert, die um gestaltungsorientierte Schwerpunktsetzungen und um geeignete Schritte zur Verbreiterung und nachhaltigen Finanzierung erfolgreicher Erneuerungen bemüht ist, erscheint überfällig und wird von den Akteuren in Wissenschaft, Industrie und Dienstleistungen gleichermaßen gewünscht. Gefordert sind hier zuallererst die Wirtschafts- und Innovationspolitik sowie die Wirtschaftsförderung; gesucht werden sollte das „orchestrierende“ Zusammenspiel mit Initiativen, die von der Gesundheitswirtschaft und der Gesundheitsforschung selbst getragen werden.
6. Auf bundesweite Aufmerksamkeit stoßen die Bremer Aktivitäten in den Themenfeldern Wohnen, Alter, Gesundheit und Technik. Frühzeitig und wegweisend hat sich Bremen dafür engagiert, die Qualität des Lebens im Alter zu verbessern und gleichzeitig eine anspruchsvolle und effiziente Versorgung sicher zu stellen. Zentrale Ansatzpunkte sind vor allem
  - ▶ die Ambulantisierung der Pflege und der Ausbau der Tagespflege. Darüber hinaus sind bereits in der Vergangenheit vielfältige Projekte angestoßen worden, um digitale Techniken für mehr Lebensqualität und für eine Verbesserung der Gesundheits- und Pflegeversorgung im Alter nutzbar zu machen. Die bei diesen Aktivitäten gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen, so der Wunsch vieler Akteure aus der Gesundheits-, Sozial- und Wohnungswirtschaft, aber auch aus der Hightech-Entwicklung in Bremen, sollen verbreitet und vertieft werden, so dass Bremen darauf zielen kann, zu einem der wichtigsten Vorreiterstandorte für die Zukunft des Alterns zu werden.

- ▶ Quartiere und Wohnungen sicherer, barrierefrei (-arm) und kommunikationsfördernd zu gestalten.
7. Bremen hat frühzeitig erkannt, dass Qualifizierung und Arbeitsgestaltung in den Gesundheitsberufen Schlüsselvariablen sind, um die Zukunftsaufgaben in der Gesundheitswirtschaft zu meistern. Anders als in anderen Regionen gelang es etwa für die Altenhilfe in den letzten Jahren leistungsfähige Ausbildungsaktivitäten und Qualifizierungsstrukturen zu etablieren. In der Pflege und in anderen Gesundheitsberufen sind jedoch Qualifizierungsengpässe nicht zu übersehen. Als Zukunftsaufgaben für die Bremer Gesundheitswirtschaft zeichnen sich v. a. ab:
- ▶ die Weiterentwicklung der Qualifizierungslandschaft, auch mit Blick auf die neuen Gestaltungsaufgaben in der Altenhilfe und Quartiersversorgung;
  - ▶ die Suche nach und die Vereinbarung von attraktiven Lohn- und Arbeitsbedingungen, die auch zwischen den verschiedenen Einsatzfeldern (v. a. Krankenhaus, ambulante und stationäre Altenhilfe) ausgewogen sind;
  - ▶ Realisierung von Innovationslaboren zur Entwicklung, Umsetzung und Erprobung neuer Wege der Arbeitsgestaltung in digital gestützten Arbeitszusammenhängen;
  - ▶ Entwicklung zukunftsfähiger Qualifikations- und Kompetenzprofile, die die Aufwertung, Professionalisierung und das Empowerment von Beschäftigten in den Pflegeberufen fördern und Vorbildcharakter haben.

## 1 Gesundheitswirtschaft im Paradigmenwechsel: Vom Hemmschuh zum Aktivposten des Strukturwandels

Das Sozialstaatsgebot, niedergelegt in den Artikeln 20 und 28 des Grundgesetzes (GG), verpflichtet die deutsche Politik darauf, ein anspruchsvolles System der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Diese Orientierung wird in Deutschland von keiner politischen Kraft grundlegend in Frage gestellt. Allerdings gibt es immer wieder Befürchtungen, dass hohe Gesundheitsausgaben eine Belastung und ein Hindernis für die Wettbewerbsfähigkeit der Gesamtwirtschaft werden können. Gleichzeitig wird jedoch darauf hingewiesen, dass Gesundheit, Beschäftigungs- und Innovationsfähigkeit zu den wichtigsten Voraussetzungen für eine leistungs- und innovationsfähige Wirtschaft zählen. Trotz steigender Anforderungen und Erwartungen an die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ist es in Deutschland in den letzten Dekaden gelungen, in der gesundheitlichen Versorgung einen hohen Standard zu gewährleisten, die Gesundheitsausgaben stabil zu halten und gleichzeitig im wirtschaftlichen Bereich international wettbewerbsfähig zu bleiben.

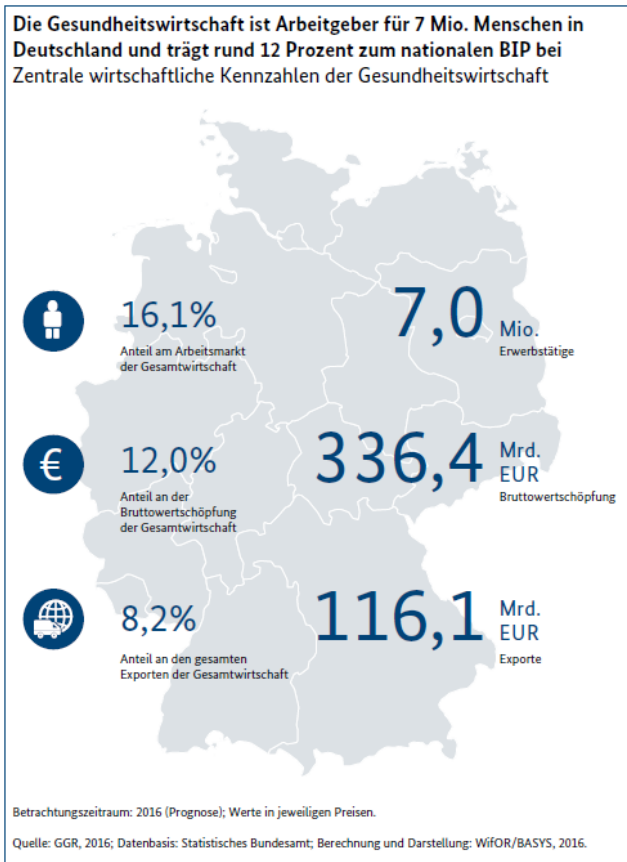
Im jährlich erscheinenden »Euro Health Consumer Index«, der anhand einer Fülle von Indikatoren die europäischen Gesundheitssysteme vergleicht, wird Deutschland eine hohe Leistungsfähigkeit in der Gesundheitsversorgung bescheinigt. Zwar liegt Deutschland „nur“ auf Rang sieben, jedoch liegen vor der Bundesrepublik lediglich eine Reihe kleinerer europäischer Länder, die es „naturgemäß“ leichter als größere Gesundheitssysteme haben, ihre Angebote patientenorientiert zu integrieren und weiter zu entwickeln. Stärken des deutschen Gesundheitssystems sind ein hohes Leistungsniveau in der Akutmedizin und dessen Erreichbarkeit (u. a. geringe Wartezeiten), Schwächen werden v. a. in der Integration der verschiedenen Leistungsangebote sowie in einem geringen Spezialisierungsgrad vor allem kleiner Krankenhäuser ausgemacht.

Bei den Gesundheitsausgaben (gemessen als Pro-Kopf-Ausgaben) liegt Deutschland im internationalen Vergleich auf Platz vier und damit zwar relativ hoch, aber noch deutlich hinter Ländern wie den USA, der Schweiz oder den Niederlanden. Gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) haben sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland in den letzten Jahren bei rund 11 Prozent eingependelt; ein Trend zu einer »Explosion« von Gesundheitsausgaben war hier in den letzten Dekaden jedenfalls nicht zu erkennen.

Vom »World Economic Forum« wird regelmäßig ein Ranking zur Wettbewerbsfähigkeit von Volkswirtschaften vorgelegt. In diesem nimmt Deutschland den fünften Platz ein, hinter der Schweiz, Singapur, den USA und den Niederlanden, aber vor Schweden, dem Vereinigten Königreich, Japan oder Finnland. Offensichtlich gibt es keine Evidenz dafür, dass das anspruchsvolle und gut ausgestattete deutsche Gesundheitssystem der wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit schadet.

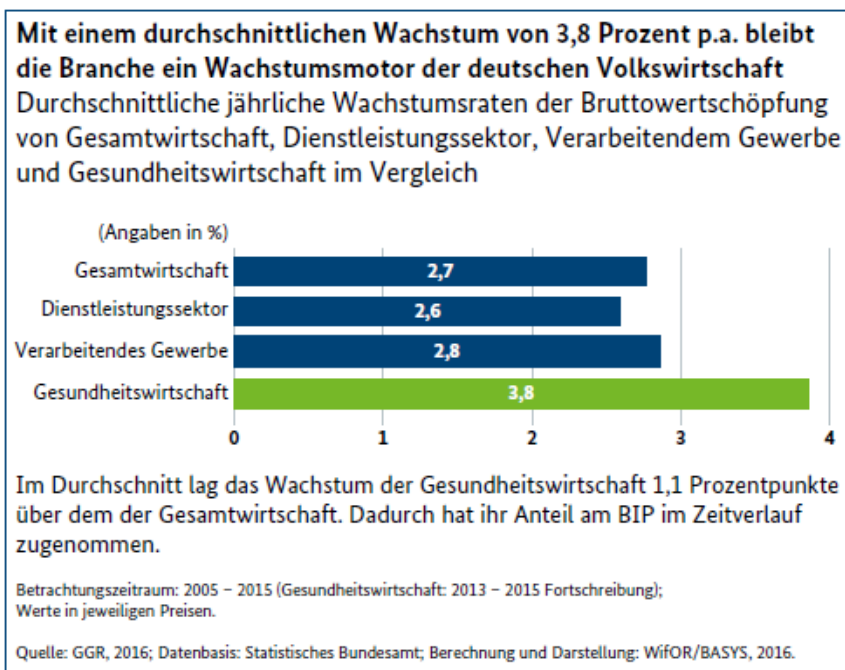
Die Gesundheitswirtschaft ist Deutschlands größte Wirtschaftsbranche. Im Jahre 2016 arbeiteten rd. 7 Mio. Menschen in der Gesundheitswirtschaft, damit realisierte sie einen Anteil von 16,1 % am Arbeitsmarkt insgesamt. Die Bruttowertschöpfung betrug 336 Milliarden Euro, das entsprach 12 % der Bruttowertschöpfung der Gesamtwirtschaft. Im Jahre 2005 betrug die Bruttowertschöpfung „nur“ 223 Milliarden Euro. Die Wachstumsdynamik der Gesundheitswirtschaft lag zwischen 2005 und 2016 kontinuierlich und deutlich über der Wachstumsdynamik der Gesamtwirtschaft – und dies (s. o.), ohne dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP stieg. Und auch in den internationalen Austauschbeziehungen war die Gesundheitswirtschaft ein Aktivposten; es wurden Waren und Dienstleistungen im Wert von 116,1 Milliarden Euro exportiert, was einem Anteil von 8,2% an den Exporten der Gesamtwirtschaft entsprach (WifOR/BASYS 2016).

**Abbildung 1: Zentrale wirtschaftliche Kennzahlen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland, 2016**



Quelle: BMWi 2017

**Abbildung 2: Wachstum der Gesundheitswirtschaft in Deutschland im sektoralen Vergleich, in Prozent, 2005-2015**



Quelle: BMWi 2017

Die gestiegene Bedeutung der Gesundheitswirtschaft hat viele Ursachen. Sie reichen vom medizinisch-technischen Fortschritt über den soziodemografischen Wandel (Alterung und Individualisierung der Gesellschaft) bis zu einem Präferenzen- und Wertewandel in modernen Gesellschaften, in denen immaterielle Werte gegenüber materiellen Werten höher gewichtet werden. Gerade der letztgenannte Trend führt dazu, dass große und wachsende Teile der Bevölkerung das Gut »Gesundheit« immer höher bewerten und steigendes Interesse zeigen, sich um Gesundheit zu kümmern. Die Gesellschaft ist dabei, sich zur Gesundheitsgesellschaft zu entwickeln (Kickbusch/Hartung 2014). Gesundheit wird allgegenwärtig und prägt nicht mehr nur das Entwicklungsgeschehen im traditionellen Gesundheitswesen, sondern auch die Entwicklungsdynamik in der Gesamtgesellschaft sowie in vielen Bereichen von Kultur und Politik. Auch mehr und mehr Wirtschaftsbranchen, die traditionell nichts oder wenig mit Gesundheit als Zentralwert zu tun hatten, versuchen sich heute durch Bezug auf »Gesundheit« neue Geschäftsfelder zu erschließen, allen voran etwa die Wohnungswirtschaft oder die Nahrungs- und Genussmittelindustrie.

Deutschlands Wirtschaftssystem ist stark durch Klein- und Mittelbetriebe, durch kleine selbstständige Unternehmen, durch freie Berufe, kurz: durch den Mittelstand geprägt. Bei detaillierter Betrachtung erweist sich die Gesundheitswirtschaft als ein starkes Stück Mittelstand: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, die Gesundheitshandwerke (Zahntechnik, Orthopädietechnik und -schuhe, Hörgeräte und Augenoptik), Selbstständige in den Gesundheitsfachberufen (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Geburtshilfe), private und freigemeinnützige Pflegedienste, Fitness- und Wellnessstudios oder auch gesundheitsbezogene haushaltsnahe Dienstleistungen sind nicht nur große Bereiche dieses Mittelstandes, sondern haben auch dem Existenzgründungsgeschehen in Deutschland in den letzten Dekaden den Stempel aufgedrückt.

**Tabelle 1: Freie Berufe und Handwerkerinnen und Handwerker in der Gesundheitswirtschaft 2016 (Deutschland und Land Bremen)**

Berufsgruppe	Deutschland 2016	Bremen 2016
niedergelassene Ärzte*	107.295	1.144
darunter Hausärzte**	51.443	452
darunter Fachärzte	72.824	901
Zahnarztpraxen	42.616	-
niedergelassene Zahnärzte	51.956	373
Apotheken	20.023	153
Apotheker (Leitung/öffentliche Apotheken)	16.394	128
Gesundheitshandwerker	196.042	1.161
Gesundheitshandwerksbetriebe***	26.018	191
Heilpraktiker****	ca. 8.000	ca. 300
Physio- / Logo- / Ergotherapeuten*****	211.160	1.560
Psychologische Psychotherapeuten*	21.962	321

\* Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

\*\* u. a. hausärztlich tätige (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte

\*\*\* bezogen auf das Jahr 2015

\*\*\*\* Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Heilkunde und Homöopathie/nichtärztliche Therapie und Heilkunde für Deutschland, Schätzung der selbstständigen Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker für das Land Bremen

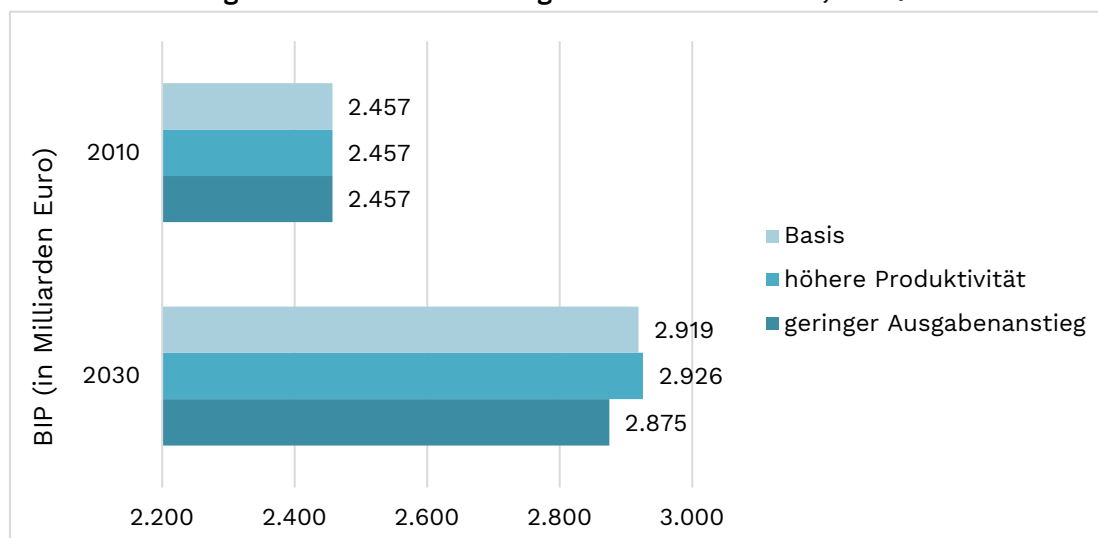
\*\*\*\*\* Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Physio- / Logo- und Ergotherapie

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V., Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Auch für die Entwicklung des Hightech-Standorts Deutschland hat die Gesundheitswirtschaft eine überaus wichtige Bedeutung. In nahezu allen Forschungs- und Entwicklungsfeldern im Hightech-Bereich zielen Aktivitäten im Umfang zwischen 40 bis 50 % auf Anwendungen im Gesundheitssektor. So weist etwa eine Studie von pwc/WifOR (2016) die Gesundheits- und Pharmaindustrie (nach dem öffentlichen Sektor) als den zweitgrößten Bereich aus, in dem bis 2030 trotz relevanter Digitalisierungsbeiträge mit positiven Beschäftigungseffekten gerechnet werden kann. Und in der Forschung und Entwicklung im biotechnologischen Bereich sind Gesundheitsanwendungen ebenfalls das mit Abstand wichtigste Zieleinsatzfeld, deutlich relevanter als industrielle oder agrartechnologische Nutzungen. Die BIOCOM<sup>1</sup> (2017) weist in ihren Analysen aus, dass 49,8 % der deutschen Biotechunternehmen im Bereich »Medizin und Gesundheit« tätig sind.

<sup>1</sup> [http://biotechnologie.de/statistics\\_articles/13-die-deutsche-biotechnologie-branche-2017](http://biotechnologie.de/statistics_articles/13-die-deutsche-biotechnologie-branche-2017)



**Abbildung 3: Szenarien zur wirtschaftlichen Entwicklung (BIP, in Milliarden Euro) bei steigenden Gesundheitsausgaben in Deutschland, 2010/2030**

Quelle: Augurzky et al. 2012 (eigene Darstellung)

Aus sozio-demografischen Gründen (steigende Zahlen alleinlebender Älterer, Zunahme an medizinischem und pflegerischem Unterstützungsbedarf) wird es vermutlich in den nächsten Jahren zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und damit zu einem Wachstum der Gesundheitswirtschaft kommen, die wahrscheinlich auch mit höheren Ausgaben für Gesundheit verbunden sein werden. In einer Studie für die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) hat das RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) bereits vor einigen Jahren zusammen mit der Universität Essen (Augurzky et al. 2012) auf Basis ökonometrischer Methoden Entwicklungsszenarien berechnet, wie die deutsche Wirtschaft auf steigende Gesundheitsausgaben reagieren wird. Im Grundsatz zeigten die Ergebnisse, dass mehr Ausgaben für Gesundheit und wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit nicht im Gegensatz zueinander stehen. Allerdings wird sich das Verhältnis zwischen Gesundheit und Wirtschaft am günstigsten entwickeln, wenn es gelingt, die Produktivität gesundheitsbezogener Dienstleistungen deutlich zu steigern. Bislang gibt es noch keine abschließenden Antworten darauf, wie entsprechende Produktivitätskonzepte, die nicht auf weitere Arbeitsverdichtung sondern auf eine intelligentere Nutzung zentraler Produktionsfaktoren zielen, konkret aussehen. Dies gehört ohne Zweifel zu den wichtigsten und drängendsten Gestaltungsaufgaben.

Der Gesamtblick auf die wissenschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Debatten der letzten Jahre, die die veränderte Bedeutung der Gesundheit für die Zukunft der Wirtschaft in den Mittelpunkt stellen, lässt sich zum einen mit dem Hinweis zusammenfassen, dass sich derzeit ein Paradigmenwechsel vollzieht. Während bis Ende des letzten Jahrhunderts noch immer befürchtet wurde, Gesundheit und damit verbundene Ausgaben könnten ein Hindernis für die Zukunft der Wirtschaft und ihrer Wettbewerbsfähigkeit sein, wird seit der Jahrtausendwende eher auf die Chancen geachtet, die Gesundheit zu einem Aktivposten für die Zukunft von Gesellschaft, Wirtschaft und Arbeitswelt machen zu können.

Niedergeschlagen hat sich dies zum anderen im Wirtschaftsleben selbst. So sind etwa in zahlreichen deutschen Regionen – von Hamburg über Berlin, Hannover und das Ruhrgebiet bis hin nach München und Regensburg – unter Beteiligung der Wirtschaft regionale Initiativen zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft entstanden. Und auch bei den Spitzenorganisationen der Wirtschaft genießt »Gesundheit« eine wachsende Aufmerksamkeit: Der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) hat

einen Ausschuss »Gesundheitswirtschaft« gegründet und der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) fasst neuerdings Akteure aus verschiedenen Branchen des Gesundheitssektors wie Pharmaindustrie, Medizintechnik, aber auch aus anderen Branchen wie IT, Keramik oder Textil in einem Ausschuss zur industriellen Gesundheitswirtschaft zusammen.

Die Liste der Chancen und Baustellen für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft ist lang und vielfältig. Gleichwohl lassen sich für die Zukunft auf Basis der Agenden der verschiedenen gesundheitswirtschaftlichen (Interessen-)Organisationen klare Schwerpunktsetzungen ausmachen. Zu nennen sind vor allem die folgenden Fragestellungen und Ansatzpunkte:

- ▶ Wie lässt sich die patientenorientierte Zusammenarbeit nachhaltig verbessern? Die letzte Bundesregierung hat hierfür einen 300 Millionen Euro starken Innovationsfonds auf den Weg gebracht. Auch von der Bundesregierung sind weitere einschlägige Aktivitäten zu erwarten. Eine besondere Herausforderung wird sein, integrierte Versorgungsstrukturen nicht nur akutmedizinisch, sondern auch präventionsorientiert zu gestalten und dabei die Interessen und Bedürfnisse der wachsenden Zahl älterer Menschen angemessen zu berücksichtigen.
- ▶ Wie sich bedarfsgerechte, präventive und sozialraumorientierte Versorgungs- und Pflegearrangements konkret gestalten lassen, war darüber hinaus Gegenstand der Arbeits- und Sozialministerkonferenzen (ASMK) der vergangenen Jahre<sup>2</sup>. Im Fokus standen hier Verbesserungen bei der Überleitung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen (Case und Care Management), der Ausbau und die Stärkung von „Kümmererstrukturen“ zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, die Etablierung von niedrigschwelligen Beratungs-, Unterstützungs-, Entlastungs- und Hilfsangeboten sowie deren systematische Vernetzung. Mit Blick auf die Gestaltung von Pflegearrangements werden sowohl kleinräumige, bedarfsorientierte Angebote sowie Verbesserungen bei der Vernetzung zwischen hausärztlicher und pflegerischer Versorgung zur frühzeitigen ambulanten Unterstützung empfohlen.
- ▶ Wie lassen sich die Möglichkeiten der Digitalisierung für neue, für verbesserte und für effizientere Gesundheitsangebote nutzen und wie gelingt es dabei, mehr Patientenorientierung und ein hohes Maß an Arbeitsqualität für die Beschäftigten sicherzustellen? Es ist unstrittig, dass Digitalisierung zu grundlegenden Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft führen wird. So erwarten nahezu alle Gesundheitswirtschaftsexperten wichtige Impulse für die zukünftige Entwicklung der Branche, wenn diese Chancen ergriffen und für Innovationen im oben genannten Sinne genutzt werden. Es wird allerdings darauf zu achten sein, dass die durchaus nicht auszuschließenden disruptiven Entwicklungen keine destruktiven Potenziale entfalten, sondern im Sinne von sozial gerechten Versorgungs- und Arbeitsverbesserungen genutzt werden können.
- ▶ Ähnliche Herausforderungen ergeben sich im Zusammenhang mit den Fortschritten in der Biotechnologie. Hier entstehen bislang ungekannte Möglichkeiten einer zielgenauen Prävention, Diagnostik und Therapie. Im Zusammenspiel mit Digitalisierung („Big Data“) entwickelt sich eine neue, präventionsorientierte und individualisierte Medizin. Wie lassen sich deren Potentiale schnell aber sicher entfalten? Wie ist künftig mit den Risiken komplexer KI-Technologien, ihren Programmen und Algorithmen in sensiblen Versorgungsfeldern umzugehen? Wie kann sichergestellt werden, dass möglichst alle Teile der Bevölkerung möglichst schnell Zugang zu den neuen Versorgungsangeboten haben?

---

<sup>2</sup> Vgl. die Beschlüsse der ASMK von 2014 und 2017 unter <https://asmkintern.rlp.de/de/beschluesse/>

- ▶ Wenngleich Digitalisierung grundsätzlich Chancen für mehr Effizienz und Versorgungsqualität eröffnet, so rechnet derzeit jedoch niemand damit, dass dies zu einem Personalabbau in der Gesundheitswirtschaft führen könnte – im Gegenteil: Für diese Branche werden künftig enorme Personalengpässe prognostiziert. Insbesondere bei den Ärztinnen und Ärzten sowie bei den Pflegerinnen und Pflegern, aber auch bei den nichtakademischen Gesundheitsfachberufen ist deshalb nach neuen Wegen der Fachkräftesicherung zu suchen – ein Beispiel ist hier der politische Beschluss, ab 1. August 2018 mit Landesmitteln in die Schulgeldfreiheit für die Ausbildung in Therapieberufen (Physiotherapie, Logotherapie, Ergotherapie) einzusteigen. Werden diese nicht gefunden, könnte die Zukunft der Zukunftsbranche Gesundheit an Personalengpässen scheitern.
- ▶ Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Automation und Digitalisierung auch die Arbeit in den Gesundheitsberufen nachhaltig verändern werden. Bislang ist wissenschaftlich nicht abschließend geklärt, wie sich Technikeinsatz konkret auf Aufgaben und Tätigkeiten in den einzelnen Berufen auswirkt. Insbesondere mit Blick auf neue betriebliche Produktivitätskonzepte in der Gesundheitswirtschaft wird künftig genau zu beobachten sein, welche Effekte Technikeinsatz im Arbeitsprozess u. a. mit Blick auf Zeitverwendung und Zeitverhältnisse im Versorgungsprozess hat. Ziel muss es sein, die Potenziale von Technik für die Aufwertung, Entlastung und Stärkung der Patientenorientierung in der Gesundheitsarbeit zu identifizieren und in betrieblichen Konzepten umzusetzen.

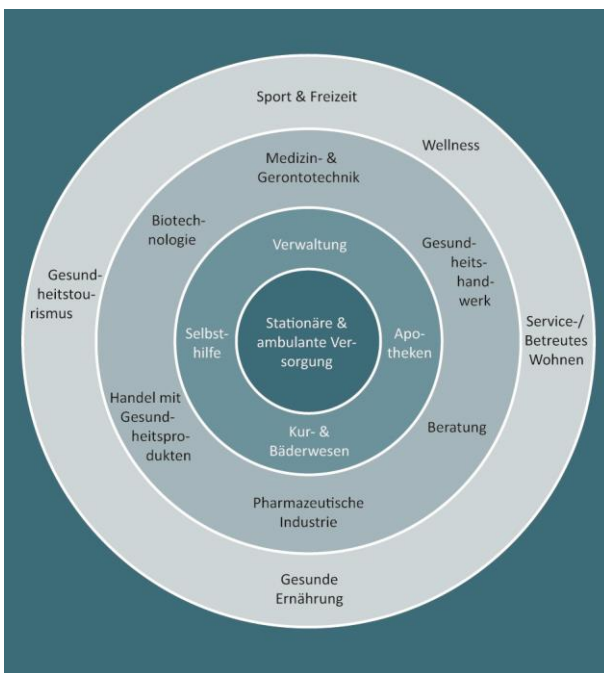
Bei der Bearbeitung dieser und ähnlicher Chancen und Baustellen werden von Firmen, Einrichtungen, Forschungsinstitutionen, Gesundheitsregionen viele und unterschiedliche Wege gegangen. In den letzten Jahren hat sich aber dennoch eine Grundannahme abgezeichnet, der von Akteuren in der Gesundheitswirtschaft wachsende Aufmerksamkeit geschenkt wird: Erfolgversprechende Innovationen lassen sich in der modernen Gesundheitswirtschaft immer seltener allein realisieren, sondern sie brauchen Zusammenarbeit – Innovation ist eine (branchenübergreifende) Kooperationsaktivität und Kooperationsarbeit. Dies kann dann sowohl die Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg bedeuten, als auch die kontinuierliche wechselseitige Ergänzung zwischen Forschung, Industrie und Dienstleistungen. Gefragt sind auch Innovationspartnerschaften zwischen Akteuren aus dem traditionellen Kernbereich des Gesundheitswesens mit Anbietern aus Bereichen, die Gesundheit bislang fern standen – also etwa eine Zusammenarbeit zwischen der Altenhilfe und der Wohnungswirtschaft bei der Betreuung zu Hause lebender älterer und pflegebedürftiger Menschen.

Kooperationen bei der Innovationsgestaltung sind allerdings keine Selbstläufer, sondern bereiten oft Schwierigkeiten. Vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (VFA) wird deshalb nach einer „neuen Kultur der Kooperation“ gerufen, die u. a. in regionalen Pharmadialogen realisiert werden soll. Die wachsende Notwendigkeit zu mehr Kooperation bei gleichzeitig hohen Kooperationsproblemen sind auch der Grund, warum viele Gesundheitsregionen und Wirtschaftsförderungen in Deutschland für die Gesundheitswirtschaft auf ein institutionalisiertes Netzwerkmanagement setzen. Sie wollen Plattform oder sogar Treiber und Impulsgeber für Innovationspartnerschaften und Innovationsallianzen werden und hierdurch eine dringend erforderliche Voraussetzung für mehr Innovationen in der Zukunftsbranche Gesundheit schaffen. Gerade in den letzten Jahren ist dabei immer deutlicher geworden, dass der Ausbau und die Modernisierung der Aus- und Weiterbildung und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den einschlägigen Gesundheitsberufen unerlässliche Voraussetzungen für eine Steigerung der Innovationsfähigkeit sowie für mehr Qualität und Effizienz in der Gesundheitswirtschaft sind.

## 2 Gesundheitswirtschaft in Bremen – Zielsetzung und methodisches Vorgehen

Die Gesundheitswirtschaft besitzt, wie in Kapitel 1 beschrieben, eine hohe wirtschafts- und beschäftigungspolitische Bedeutung für die Bundesrepublik Deutschland und ist in vielen Bundesländern und Regionen eine ausgewiesene Größe der Wirtschaftspolitik. In den vergangenen Jahrzehnten entwickelte sich die Gesundheitswirtschaft zu einem eigenständigen Branchenverbund, der sich dadurch auszeichnet, dass neben dem klassischen Gesundheitswesen weitere Branchen und Teilbranchen aus den gesundheitsrelevanten Produktions- und Zulieferbranchen sowie aus den gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in ihren wechselseitigen Bezügen erfasst wurden. Die einzelnen Wirtschaftszweige lassen sich zu dem sogenannten „Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft“ (vgl. Goldschmidt/Hilbert et al. 2009) zusammenfassen (vgl. Abb. 4).

Abbildung 4: Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft



Konzeption und Darstellung: Institut Arbeit und Technik

Das Modell der Gesundheitswirtschaft gliedert sich in folgende Bereiche:

- ▶ **Kernbereich:** Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft umfasst die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung, die durch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege sowie durch Arzt- und Zahnarztpraxen, Medizinische Versorgungszentren, Praxen der nicht-ärztlichen medizinischen Versorgung sowie durch Apotheken abgebildet wird. Darüber hinaus werden zum Kernbereich die Verwaltungsorgane des Gesundheitswesens gezählt, wie etwa Krankenkassen oder Gesundheitsbehörden.
- ▶ **Vorleistungs- und Zulieferindustrien:** Diese umfassen die Produktion von gesundheitsbezogenen Gütern und Grundstoffen verschiedener Art, etwa die Pharmazeutische Industrie, die Medi-

zin- und Gerontotechnik, die Bio- und Gentechnologie, das Gesundheitshandwerk sowie den Groß- und Einzelhandel mit medizinischen, kosmetischen und orthopädischen Produkten. Die Produkte und Erzeugnisse der Vorleister- und Zulieferindustrien dienen zum überwiegenden Teil der patientenbezogenen Verwendung im Kernbereich der Gesundheitsversorgung oder werden im Rahmen privater Gesundheitsausgaben direkt von Kundinnen und Kunden erworben.

- ▶ **Gesundheitsrelevante Randbereiche:** Dieser sehr breit gefasste Bereich umfasst eine Vielzahl von Dienstleistungen rund um die Gesundheitsversorgung, Prävention und Wellness, in die sowohl sport- und gesundheitsbezogene Freizeitdienstleistungen als auch gesundheitstouristische Angebote eingerechnet werden. Darüber hinaus werden auch neue Formen des Service- bzw. Betreuten Wohnens hier abgebildet, die nicht direkt zum klassischen Gesundheitswesen zählen. Diese Dienstleistungsbereiche können einerseits direkte und indirekte Effekte auf die Gesundheit in der Bevölkerung haben, andererseits bergen sie z. B. in Verknüpfung mit klassischen Gesundheitsdienstleistungen neue wirtschaftliche Potenziale.

Anhand der Wirtschaftszweigsystematik lassen sich die Leistungsbeiträge der Gesundheitswirtschaft rekonstruieren. Hierfür geeignet ist ein gewichtetes Modell, da nicht alle Wirtschaftszweige zu 100 % in die Berechnung eingehen. In den vergangenen Jahren haben sich verschiedene, leicht voneinander abweichende Modelle entwickelt (vgl. Goldschmidt/Hilbert et al. 2009; Henke et al. 2010). In Zusammenarbeit der Statistischen Landesämter wurde zudem die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ gebildet, die Daten zu Gesundheitsausgaben (Gesundheitsausgabenrechnung – GAR), Gesundheitspersonal (Gesundheitspersonalrechnung – GPR) sowie zur Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Beziehung zur Erwerbstätigkeit (Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz) modelliert und auf Ebene der Bundesländer bereitstellt.

Gesundheitswirtschaft bildet mit Blick auf den in Kapitel 1 skizzierten Kurzüberblick zur Wertschöpfung ein „starkes Stück Wirtschaft“ in Deutschland. In den vergangenen Jahren sind parallel zur bundesweiten Entwicklung auch in vielen Bundesländern und Regionen Deutschlands gesundheitswirtschaftliche Aktivitäten vorangetrieben worden (Dahlbeck/Hilbert 2014, für das Land Bremen vgl. auch Cirkel et al. 2010). Zentral für diese Aktivitäten ist das integrierte Verständnis von gesundheitsbezogenen Wirtschaftsbranchen als Gesundheitswirtschaft, welches die Ausschöpfung von Potenzialen und wirtschaftlichen Synergien erst ermöglicht. Organisiert sind einige dieser strategischen Aktivitäten als »Gesundheitsregionen«, »Gesundheitscluster« oder als »Leitmärkte Gesundheit«, sie werden zum Teil durch die Landespolitik, durch Vereine, Netzwerkorganisationen oder durch ein Clustermanagement initiiert und gesteuert. Die regionale und institutionalisierte Begleitung und Steuerung gesundheitswirtschaftlicher Entwicklungsprozesse ist insofern sinnvoll, als dass in den verschiedenen Regionen jeweils unterschiedliche Schwerpunkte und Spezifika für Gesundheit zu finden sind; dies können sowohl innovationsklimatische Bedingungen für Rehabilitationsstandorte, Ansiedlungen von Start-up-Unternehmen für die industrielle und technologisch geprägte Gesundheitswirtschaft, spezialisierte Kliniklandschaften oder exzellente Ausbildungsstandorte für Gesundheit sein. Darüber hinaus sind Arbeitsmärkte lokal und regional organisiert, in denen Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und Erwerbstätige/Erwerbsfähige aus den relevanten Berufsgruppen vor Ort zusammentreffen.

Zielsetzung der vorliegenden Studie im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen ist es, die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für das Land Bremen hinsichtlich ihrer Wirtschafts- und Beschäftigungseffekte sowohl quantitativ als auch qualitativ zu erfassen und zu analysieren. Ausgangspunkt hierbei ist die Frage nach profildbildenden Handlungsfeldern, die die Bremer Gesundheitswirtschaft in ihrer Entwicklung in den vergangenen Jahren geprägt haben, die noch ungenutzte Entwicklungspotenziale aufweisen

und zu Ausgangspunkten einer neuen strategischen Ausrichtung im Land Bremen werden können. Hierzu werden entlang folgender ausgewählter Innovationsfelder sowohl profilbildende Handlungsschwerpunkte weiterentwickelt als auch Lücken für bislang ungenutzte Profilierungsmöglichkeiten identifiziert, für die spezifische Gestaltungsempfehlungen formuliert werden:

- (1) Struktur- und Funktionswandel der Gesundheitswirtschaft
- (2) Fachkräftesicherung und »Qualität der Arbeit«
- (3) Neue Wertschöpfungsbezüge im Zusammenspiel zwischen Dienstleistung und Industrie
- (4) Leben im Alter

Die untersuchungsleitenden Fragestellungen der Studie lauten:

1. Wie stellt sich die *Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen* aktuell und im Entwicklungstrend der letzten Jahre dar?
2. Wie lässt sich die *Beschäftigungs- und Ausbildungslage in der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen* beschreiben? Wie haben sich Beschäftigung und Ausbildung in den zur Gesundheitswirtschaft zählenden Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen in den vergangenen Jahren entwickelt?
3. Welche *Entwicklungen in den Versorgungssektoren im Land Bremen*, unter besonderer Berücksichtigung der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung sowie der stationären und ambulanten Altenhilfe, werden beobachtet?
4. Welche *Aktivitäten können innerhalb ausgewählter Innovationsfelder* verzeichnet werden und welchen Beitrag können diese zur Stärkung der Gesundheitswirtschaft leisten?
5. Welche *Handlungsmöglichkeiten tragen dazu bei, ein besseres Zusammenspiel von wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit, nachhaltigen Beschäftigungsmöglichkeiten und qualitativ hochwertigen Versorgungsangeboten für die Bevölkerung* in der bremischen Gesundheitswirtschaft zu organisieren und diese nachhaltig zu stärken?

Die quantitative Untersuchung umfasst die Auswertung von Sekundärstatistiken, die zum Teil auf Sonderauswertungen des Statistischen Landesamtes und der Bundesagentur für Arbeit (BA) basieren. Die inhaltlichen Schwerpunkte der quantitativen Untersuchung bildeten die Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Bremen, Beschäftigung und Ausbildung entlang des Zwiebelmodells der Gesundheitswirtschaft nach Wirtschaftszweigen (WZ 08) und Berufsordnungen (KldB 2010), die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung und Altenhilfe, sowie Verdienste nach Berufsgruppen.

Die qualitative Untersuchung ist geprägt durch die Analyse von vier ausgewählten Innovationsfeldern, die für das Land Bremen eine besondere Relevanz besitzen:

1. Struktur- und Funktionswandel der Gesundheitswirtschaft [8 Interviews]
2. Fachkräftesicherung und Qualität der Arbeit [4 Interviews]
3. Neue Wertschöpfungsbezüge im Zusammenspiel zwischen Dienstleistung und Industrie [3 Interviews]
4. Leben im Alter [3 Interviews]

Zur Identifizierung von aktuellen Aktivitäten und Innovationschancen in den genannten Feldern wurden insgesamt 18 Interviews mit ausgewählten Expertinnen und Experten durchgeführt, hierunter zehn

Face-to-Face-Interviews und acht telefonische Interviews. Die Dauer der Interviews betrug in der Regel 45-60 Minuten, die Aufzeichnung der Ergebnisse erfolgte in einigen Fällen durch Audioaufnahmen. Für alle Interviews wurden Protokolle erstellt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Darüber hinaus wurden zur Vertiefung und Ergänzung der Erkenntnisse Literatur- und Internetrecherchen durchgeführt.

Im Anschluss an die Phase der Datengewinnung und -analyse wurde ein Workshop mit den interviewten Expertinnen und Experten durchgeführt, bei dem die Ergebnisse der Studie präsentiert und diskutiert wurden. Ziel war es, die Ergebnisse zu reflektieren und Vorschläge zu Handlungsempfehlungen zu diskutieren. Die Ergebnisse dieses Prozesses sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen.

### **3 Beitrag der Gesundheitswirtschaft zu Wertschöpfung, Erwerbstätigkeit und Ausbildung in Bremen**

#### **3.1 Wertschöpfungsbeiträge der Gesundheitswirtschaft in Bremen auf Wachstumskurs**

Die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft auf der Ebene der Bundesländer lässt sich mithilfe der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung der Statistischen Landesämter darstellen. Hier werden Daten zu Gesundheitsausgaben (Gesundheitsausgabenrechnung), Personal in Berufen der Gesundheitswirtschaft (Gesundheitspersonalrechnung) sowie zur Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft (Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz) zusammengetragen. Die gemeinsame Darstellung von Daten aus den einzelnen Bundesländern erlaubt eine vergleichende Betrachtung der Länderergebnisse.

Die Gesundheitswirtschaft in Bremen erzielte im Jahr 2016 eine Bruttowertschöpfung in jeweiligen Preisen von insgesamt 2,8 Milliarden Euro. Erbracht wurde diese Wirtschaftsleistung von rund 56.500 Erwerbstätigen, die einen Anteil von 13,3 % an der Bremer Gesamtwirtschaft einnehmen<sup>3</sup>. Bezogen auf die Wirtschaftsleistung der Gesamtwirtschaft in Bremen erzielte die Gesundheitswirtschaft im Jahr 2016 einen Anteil von 9,7 % (vgl. Abb. 5). Die Bruttowertschöpfung (preisbereinigt) der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen konnte zwischen 2008 und 2016 ein stetiges Wachstum verzeichnen, welches in einigen Jahren stärker und in einigen Jahren weniger stark ausfiel (2015 gegenüber dem Vorjahr: 7 % Wachstum, 2016 gegenüber dem Vorjahr: 0,3 %).

Je Erwerbstätigem betrug die Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft 48.254 Euro im Jahr 2015. Im Vergleich der Bundesländer lag der Beitrag des Landes Bremen zur Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland bei einem Prozent (vgl. Abb. 6). Das Land Bremen liegt im Bundesländervergleich in Bezug auf die Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigem im guten Mittelfeld auf Platz sieben und über dem Bundesdurchschnitt von 47.295 Euro je Erwerbstätigem. Anhand dieser Wirtschaftsleistung wird deutlich, dass die Gesundheitswirtschaft in Bremen ein starker wirtschaftlicher Leistungsträger mit hoher wirtschaftspolitischer Bedeutung ist. Darüber hinaus kann das Land Bremen noch viele Wachstumspotenziale realisieren, wie die Studie von WifOR/BASYS aus dem Jahre 2016 deutlich macht, die auf Grundlage der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder einen Vergleich der gesundheitswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Bundesländer in Deutschland angestellt hat (WifOR/BASYS 2016). Diese Studie kommt insbesondere in Bezug auf die industriellen Bereiche der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen zu dem Schluss, dass hier noch weitere Potenziale bestehen. Die vorliegende Studie sieht neben Ansiedlungen im medizinisch-technologischen Bereich weitere Wirtschafts- und Beschäftigungspotenziale ausgehend von Bremens Funktion als Oberzentrum in der überregionalen Gesundheitsversorgung, sowohl im stationären und ambulanten Bereich als auch im Bereich der Rehabilitation.

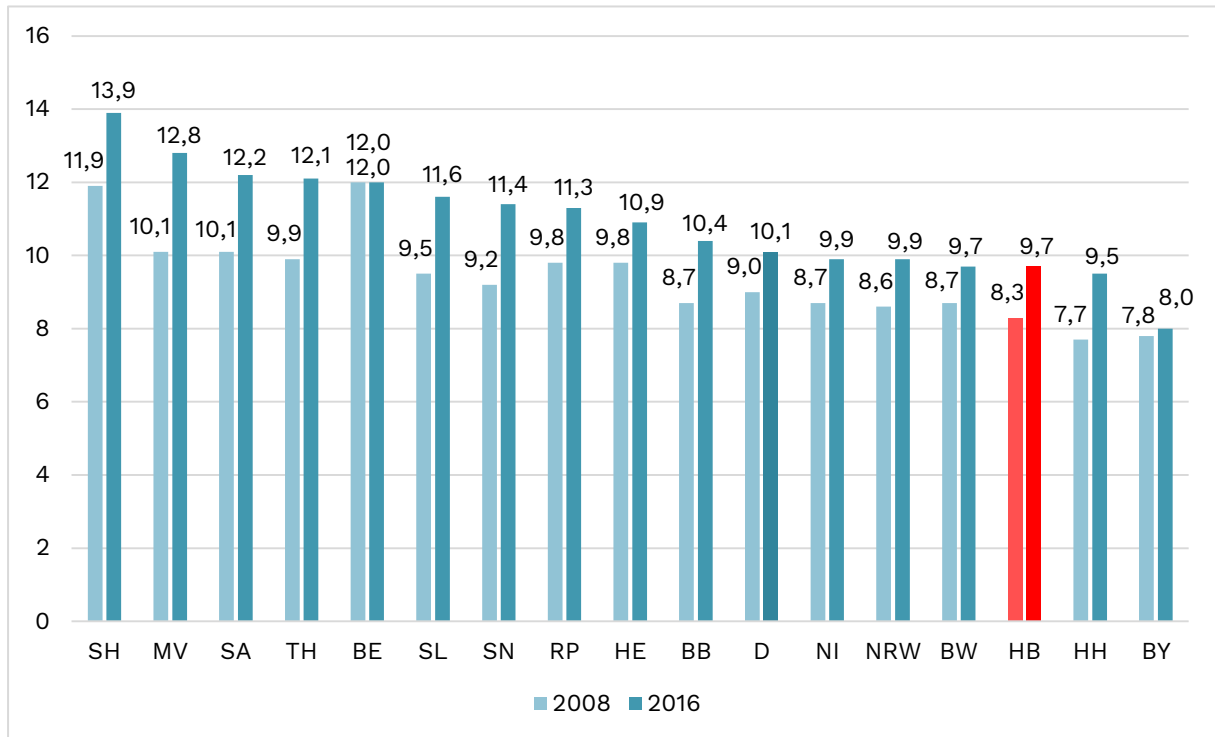
Vor diesem Hintergrund zielte die vorliegende Studie auf eine vertiefende Analyse der Entwicklungspotenziale und konkreter Handlungsansätze unter anderem in diesen Feldern.

---

<sup>3</sup> Diese Zahlen entstammen der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung der Statistischen Landesämter, während die Beschäftigtenzahlen ab Kapitel 3.2 in dieser Studie auf eigene Berechnungen der Erwerbstätigen nach Wirtschaftszweigen inkl. Schätzungen bei einigen Berufsgruppen zurückgehen. Da sich die Rechenmodelle leicht unterscheiden, ergibt sich auch ein Unterschied der Erwerbstätigenzahl.

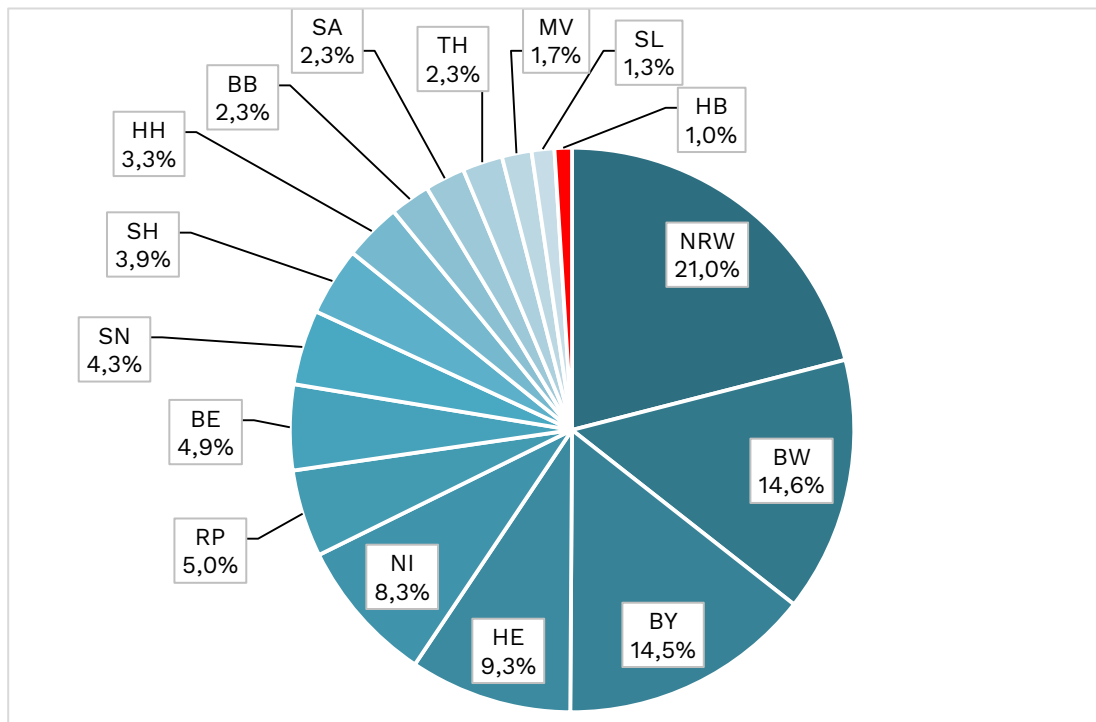


**Abbildung 5: Entwicklung der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft 2008 und 2016 (nach Bundesländern, in Prozent)**



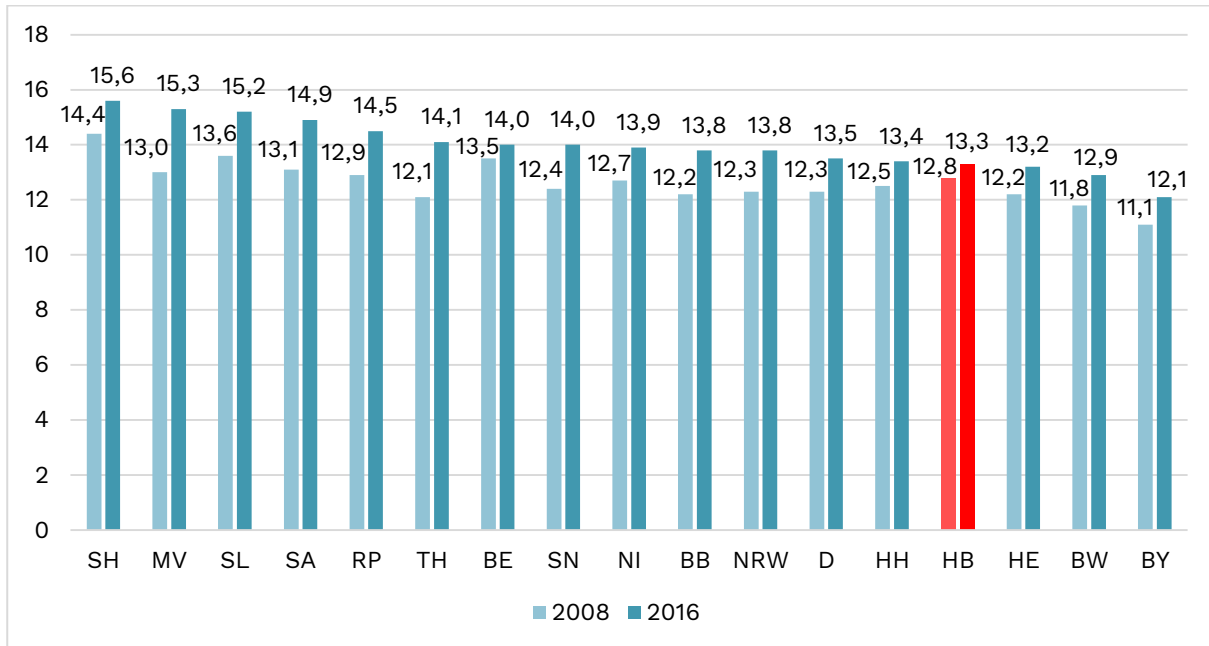
Quelle: Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung der Statistischen Landesämter 2017, Darstellung: IAT

**Abbildung 6: Bruttowertschöpfung (in jeweiligen Preisen) der Gesundheitswirtschaft 2016 nach Ländern – Anteil an allen Ländern (in Prozent)**



Quelle: Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung der Statistischen Landesämter 2017, Darstellung: IAT

**Abbildung 7: Entwicklung der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft 2008 und 2016 (nach Bundesländern; Anteile in Prozent)**

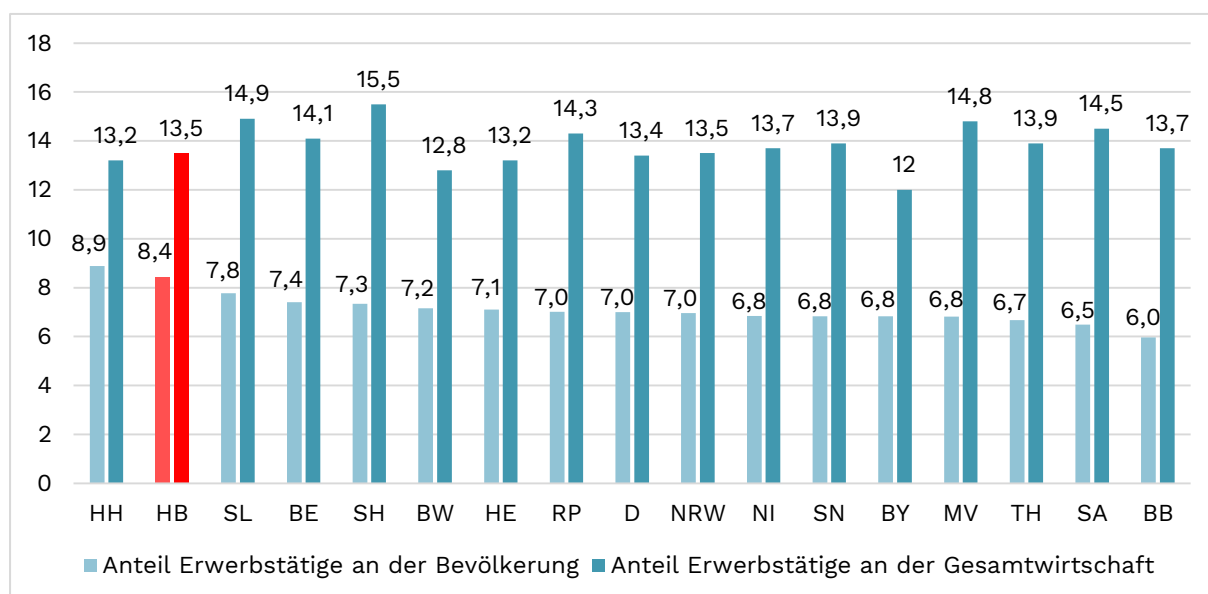


Quelle: Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung der Statistischen Landesämter 2017, Darstellung: IAT

Der Anteil der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft Bremens entspricht 13,3 % der Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft (vgl. Abb. 7). Hier konnte das Land Bremen in den vergangenen Jahren ebenfalls ein kontinuierliches Wachstum realisieren, wobei dieses insgesamt geringer ausfällt als in den anderen Bundesländern sowie in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland generell. Wird als Bezugsgröße für eine vergleichende Betrachtung der Erwerbstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft allerdings die Bevölkerung gewählt, ergibt sich für Bremen ein anderes Bild. Hier zeigt sich, dass in Bremen ein Anteil von rd. 8,4 % der Bevölkerung<sup>4</sup> in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt ist. Im Ländervergleich liegen hier insbesondere die Stadtstaaten an der Spitze, wobei das Land Bremen im Jahr 2015 auf Platz zwei rangierte.

<sup>4</sup> Da Daten der Bevölkerungsfortschreibung zuletzt für das Jahr 2015 vorliegen, wurde dieser Sachverhalt mit Daten für die Jahre 2015 berechnet.

**Abbildung 8: Anteil der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft an den Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft und an der Bevölkerung 2015 (nach Bundesländern; in Prozent)**



Quelle: Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung der Statistischen Landesämter 2017, Bevölkerungsfortschreibung Destatis 2017, Berechnung und Darstellung: IAT

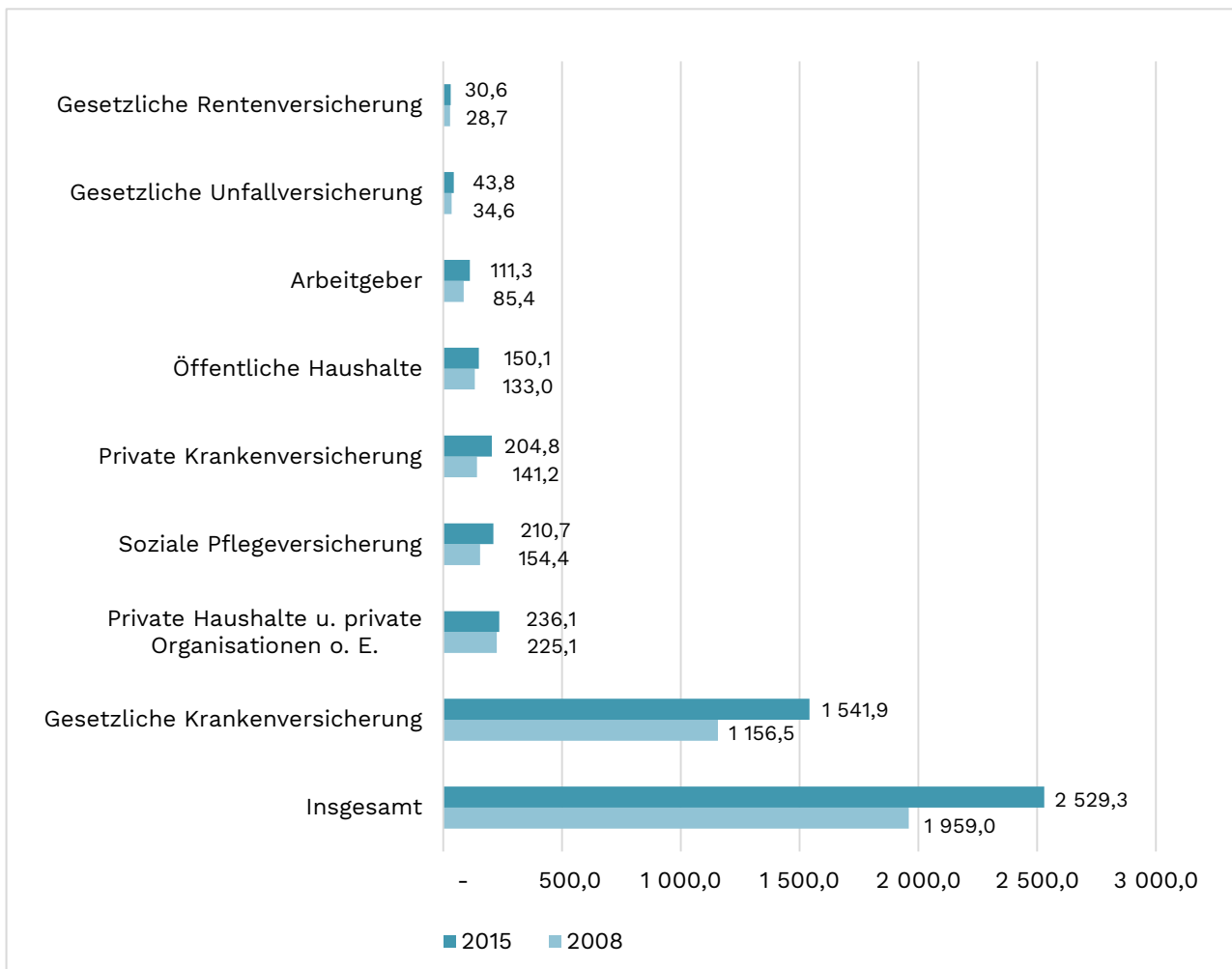
Die Gesundheitsausgaben im Land Bremen beliefen sich im Jahr 2015<sup>5</sup> auf rd. 2,5 Milliarden Euro. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Gesundheitsausgaben hier um 0,1 Milliarden Euro (+ 4,3 %) gestiegen, im Vergleich zum Jahr 2008 ergibt sich ein Anstieg der Gesundheitsausgaben um 0,57 Milliarden Euro (+ 29,1 %). Im Vergleich zur bundesweiten Entwicklung der Gesundheitsausgaben (2014-2015: + 4,5 %, 2008-2015: + 29 %), ergab sich zuletzt ein geringerer Anstieg der Gesundheitsausgaben in Bremen. Die Gesundheitsausgaben je Einwohner lagen in Bremen im Jahr 2015 bei 3.794 Euro, im Vergleich der Bundesländer handelte es sich dabei um die niedrigsten Gesundheitsausgaben je Einwohner. Der Bundesdurchschnitt der pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit lag im Jahr 2015 bei 4.213 Euro. Angesichts großstädtischer Problemlagen in Bremen (beispielsweise Armut, hohe Arbeitslosigkeit, hoher Anteil von Migranten) handelt es sich bei den niedrigen Ausgaben für Gesundheit im Land Bremen um einen problematischen Befund.

Nach Ausgabenträgern betrachtet entfällt der größte Anteil der Bremer Gesundheitsausgaben auf die Gesetzliche Krankenversicherung, insgesamt 1,5 Milliarden Euro im Jahr 2015 (vgl. Abb. 9). Pro Einwohner Bremens wurde durch die Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2015 ein durchschnittlicher Betrag von 2.313 Euro ausgegeben. Auch hier liegen die pro-Kopf-Ausgaben unter dem Bundesdurchschnitt von 2.449 Euro je Einwohner. Insgesamt waren die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2015 im Bundesvergleich in Bremen am drittniedrigsten, dahinter liegen mit Hamburg ein Stadtstaat und mit Baden-Württemberg ein Flächenland. Mit einer Gesamtsumme von 236 Millionen Euro sind die privaten Haushalte sowie private Organisationen ohne Erwerbszweck die zweitgrößten Ausgabenträger, während auf die öffentlichen Haushalte im Land Bremen Ausgaben von rd. 150 Millionen Euro entfallen. Pro Einwohner Bremens wurden 255 Euro aus öffentlichen Haushalten ausgegeben

<sup>5</sup> Die Gesundheitsausgaben im Datenangebot der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder sind nicht für das Jahr 2016 verfügbar.

(rd. 6 % der Bremer Gesamtausgaben für Gesundheit), während 354 Euro der Ausgaben für Gesundheit pro Einwohner von privaten Haushalten selbst getragen wurden (rd. 9 % der Bremer Gesamtausgaben für Gesundheit). Im Bundesdurchschnitt lagen die Ausgaben der öffentlichen Haushalte pro Einwohner mit 186 Euro im Jahr 2015 deutlich niedriger, die Ausgaben der Privathaushalte mit 564 Euro pro Kopf dagegen deutlich höher als im Land Bremen. Auch im Bundesländervergleich besitzt das Land Bremen nach Sachsen (350 Euro pro Kopf) eine der geringsten Summen unter den Privatausgaben für Gesundheit.

**Abbildung 9: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern Land Bremen in Euro, 2008/2015**



Quelle: Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung der Statistischen Landesämter 2017, Darstellung: IAT

### 3.2 Beschäftigungs- und Ausbildungseffekte

Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft lässt sich anhand der Wirtschaftszweige nachzeichnen, die das Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft bilden. Entsprechend wurden Beschäftigtendaten nach der Wirtschaftszweigsystematik (WZ 08) verwendet (Datenbasis 2007 – 2016), wobei die Wirtschaftszweige jeweils unterschiedlich gewichtet wurden. Da sich diese Vorgehensweise von der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung leicht unterscheidet, kommt es bei einigen Berechnungen der Be-

schäftigung nach Wirtschaftszweigen zu geringfügigen Abweichungen. Ergänzend wurden Daten auf Ebene der Berufsordnungen (KldB 2010) verwendet (Datenbasis 2013 – 2016).

### 3.2.1 Erwerbstätigkeit in der Bremer Gesundheitswirtschaft: mit rd. 61.000 Erwerbstätigen ein starkes Stück Beschäftigung

Im Jahre 2016 waren in der Gesundheitswirtschaft in Bremen insgesamt 61.065 Erwerbstätige tätig. Hierzu zählen sowohl die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die geringfügig Beschäftigten, sowie die (beispielsweise in Freien Berufen der Gesundheitsversorgung tätigen) Selbstständigen<sup>6</sup>. Die Gesamtzahl der in der Gesundheitswirtschaft Bremens Erwerbstätigen entspricht einem Anteil von 15,5 % der Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft Bremens (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 2: Erwerbstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen, 2016**

	Gesamtwirtschaft	Gesundheitswirtschaft insgesamt	Anteil Gesundheitswirtschaft an Gesamtwirtschaft
<b>Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte</b>	323.286	49.208	15%
<b>geringfügig Beschäftigte</b>	71.454	8.620	12%
<b>Selbstständige</b>	-	3.237	
<b>Gesamtsumme</b>	-	<b>61.065</b>	

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit 2017, Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer, Zentralverband des Deutschen Handwerks, Apotheken- und Personalstatistik, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., Schätzungen Heilpraktiker und therapeutische Berufe lt. Fußnote 3.

Insgesamt waren im Jahr 2016 in der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen 80,6 % der Erwerbstätigen sozialversicherungspflichtig beschäftigt, 14,1 % gingen einer ausschließlich geringfügigen Beschäftigung nach und schätzungsweise 5,3 % waren selbstständig tätig. Nach den Bereichen der Gesundheitswirtschaft aufgeschlüsselt ergibt sich die höchste Beschäftigungsrelevanz erwartungsgemäß im Kernbereich mit 42.517 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, gefolgt von den gesundheitsrelevanten Randbereichen mit 5.186 Beschäftigten und einer etwas geringeren Bedeutung des industriellen Vorleistungs- und Zulieferbereichs mit 1.505 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

<sup>6</sup> Da sich die Zahl der Selbstständigen einiger Berufsgruppen nicht valide ermitteln ließ, sind diese auf der Basis von Schätzungen in die Berechnung eingegangen. Dies sind Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Logopädinnen und Logopäden, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Die Ermittlung über verbandlich organisierte Selbstständige führte zu unterschiedlichen Ergebnissen, z. T. wurden Schätzungen abgegeben, oder aufgrund von Geheimhaltung und Mitgliederinteressen konnte keine Auskunft gegeben werden, z. T. wurden Daten mit dem Hinweis auf Unvollständigkeit zugeliefert, da nicht alle Selbstständigen in Verbänden organisiert sind bzw. verschiedene Verbände existieren. Die Zahl der Selbstständigen wird somit anhand von verbandlichen Schätzungen sowie der Schätzung von Anteilen an der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ermittelt.

**Tabelle 3: Gesamtbild der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen nach Beschäftigungsarten und Teilbereichen, 2016**

	Erwerbstätige	Anteile in %
<b>Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (2016)</b>	<b>49.208</b>	<b>80,6%</b>
Vorleistungs- und Zulieferbereich	1.505	2,5%
Kernbereich	42.517	69,6%
gesundheitsrelevante Randbereiche	5.186	8,5%
<b>Geringfügige Beschäftigung (2016)</b>	<b>8.620</b>	<b>14,1%</b>
Vorleistungs- und Zulieferbereich	212	0,3%
Kernbereich	6.779	11,1%
gesundheitsrelevante Randbereiche	1.629	2,7%
<b>Selbstständige (2016)</b>	<b>3.237</b>	<b>5,3%</b>
an der KV teilnehmende psychologische Psychotherapeuten	321	0,5%
Niedergelassene Ärzte	1.144	1,9%
Niedergelassene Zahnärzte	373	0,6%
Gesundheitshandwerker	191	0,3%
Heilpraktiker	300	0,5%
Physio- / Ergo- / Logotherapeuten	780	1,3%
Apotheker	128	0,2%
<b>Gesundheitswirtschaft insgesamt</b>	<b>61.065</b>	<b>100%</b>
<b>Gesamtwirtschaft</b>	<b>394.740</b>	
<b>Anteil der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft</b>	<b>15,5%</b>	

Quellen: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer, Zentralverband des Deutschen Handwerks, Apotheken- und Personalstatistik, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., Schätzungen Heilpraktiker und therapeutische Berufe lt. Fußnote 3.

Die größte Gruppe der Selbstständigen wird von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten gestellt, gefolgt von den nichtärztlichen, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Gruppe der Physio-, Ergo- und Logotherapeutinnen und -therapeuten. Daneben stellen Gesundheitshandwerkerinnen und -handwerker eine bedeutende Berufsgruppe dar, die sich aus Augentoptikerinnen und -optikern, Hörgeräteakustikerinnen und Hörgeräteakustikern, Orthopädieschuhmacherinnen und -schuhmachern, Orthopädietechnikerinnen und -technikern sowie Zahntechnikerinnen und Zahntechnikern zusammensetzt. Allerdings hat sich die Zahl der selbstständigen Gesundheitshandwerkerinnen und -handwerker seit dem Jahr 2013 geringfügig von 209 auf 191 verringert.

### 3.2.2 Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung mit starken Zuwächsen in der ambulanten Gesundheitsversorgung und Altenhilfe

In der Gesundheitswirtschaft in Bremen waren im Jahr 2016 insgesamt 49.208 Personen<sup>7</sup> sozialversicherungspflichtig beschäftigt, darunter 36.570 (74 %) weibliche Beschäftigte (vgl. Tabelle 4). Der größte Beschäftigungsbereich war die stationäre Gesundheitsversorgung (28,2 % der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, vgl. Abb.10), gefolgt von der ambulanten Gesundheitsversorgung (21,5 %). Im Bereich der Altenhilfe ist das Verhältnis umgekehrt, hier ist der ambulante Bereich mit 9.028 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (18,3 %) stärker besetzt als die stationäre Altenhilfe mit 6.109 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (12,4 %).

**Tabelle 4: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Wirtschaftsbereichen der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen, 2016**

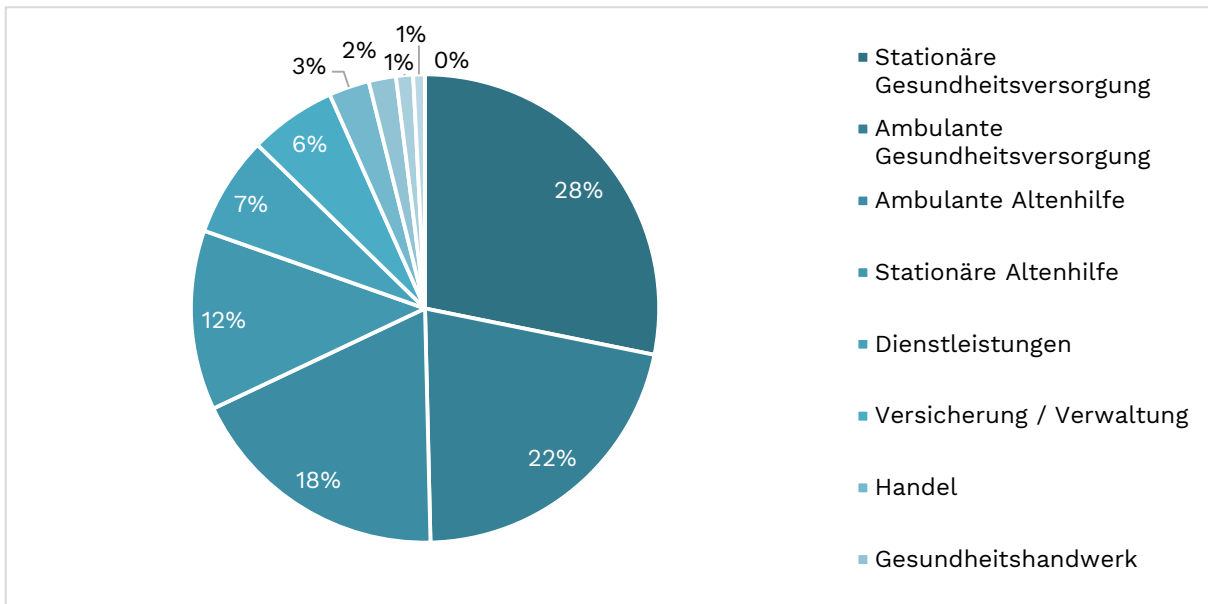
Aggregate/Wirtschaftsunterklassen (WZ 08)	Insgesamt	Davon	
		Männlich	Weiblich
Ambulante Gesundheitsversorgung	10.557	1.153	9.404
Stationäre Gesundheitsversorgung	13.863	3.242	10.621
Ambulante Altenhilfe	9.028	3.197	5.831
Stationäre Altenhilfe	6.109	1.309	4.800
Versicherung/Verwaltung	2.960	922	2.038
Pharmaunternehmen			
Industrie	578	374	204
Gesundheitshandwerk	927	398	529
Dienstleistungen (insb. Sport, Freizeit)	3.409	1.310	2.100
Handel	1.378	587	791
Gesundheitstourismus	399	146	253
<b>Gesundheitswirtschaft insgesamt</b>	<b>49.208</b>	<b>12.637</b>	<b>36.570</b>

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, 2017

Der Dienstleistungsbereich (6,9 % der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung) sowie der Bereich Versicherung und Verwaltung (6 %) besaßen ebenfalls eine hohe Beschäftigungsrelevanz, während das Gesundheitshandwerk (1,9 %), die Industrie (1,2 %) sowie der Gesundheitstourismus (0,8 %) eine eher geringe Bedeutung einnahmen (vgl. hierzu auch Fußnote 2).

<sup>7</sup> Die Berechnung der Beschäftigtenzahlen erfolgte anhand von Daten der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Die Daten konnten aufgrund von Geheimhaltungen nicht für alle Wirtschaftszweige gleichermaßen ausgewiesen werden. Entsprechend handelt es sich bei den Angaben zu den Beschäftigten nach Wirtschaftszweigen um die jeweils ausgewiesenen Beschäftigtenzahlen, tatsächlich liegt diese Zahl jedoch höher. Ein Beispiel ist die Beschäftigung in Pharmaunternehmen. Diese Daten unterliegen der Geheimhaltung und können nicht ausgewiesen werden. Darüber hinaus sind insbesondere die Bereiche Industrie, Handel, Dienstleistungen sowie Gesundheitstourismus davon betroffen, dass einzelne Wirtschaftszweige nicht ausgewiesen werden konnten.

**Abbildung 10: Anteile der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach Wirtschaftsbereichen der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen, 2016**



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, 2017; Berechnung und Darstellung: IAT

Die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung verlief in der Bundesrepublik sowie im Land Bremen in den Jahren von 2007 bis 2016 positiv, sowohl in der Gesamtwirtschaft als auch in der Gesundheitswirtschaft insgesamt (vgl. Abb. 11). Im Vergleich zwischen Bremen und der Bundesrepublik vollzog sich der Beschäftigungszuwachs in Bremen in geringerem Maße, wobei die Gesundheitswirtschaft jeweils dynamischer wuchs als die Gesamtwirtschaft (Bremen: + 17,5 % sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft, Deutschland: + 26,4 % sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft).

Mit Blick auf die Teilbereiche des Zwiebelmodells der Gesundheitswirtschaft vollzog sich im Land Bremen der höchste Beschäftigungszuwachs in den gesundheitsrelevanten Randbereichen (+ 92,4 %). Diese Entwicklung ist insbesondere auf einen starken Beschäftigungszuwachs im Wirtschaftszweig „Sonstiges Sozialwesen, a. n. g.“<sup>8</sup> zurückzuführen. Auch auf Bundesebene ist in diesem Wirtschaftszweig ein Beschäftigungsanstieg zu beobachten, allerdings fällt dieser im Land Bremen deutlich stärker ins Gewicht. Eine Erklärung für diesen Beschäftigungszuwachs könnte in der Entwicklung neuer Berufsfelder liegen, die dem Sozialwesen zuzuordnen sind und sich ggf. hier wiederfinden. Dies sind beispielsweise Demenzbegleiterinnen und -begleiter, Alltagsbegleiterinnen und -begleiter, oder Seniorenbetreuerinnen und -betreuer, die nach § 45b und § 87b SGB XI in der ambulanten bzw. stationären Altenpflege eingeführt wurden (vgl. hierzu auch Becka et al. 2016a).

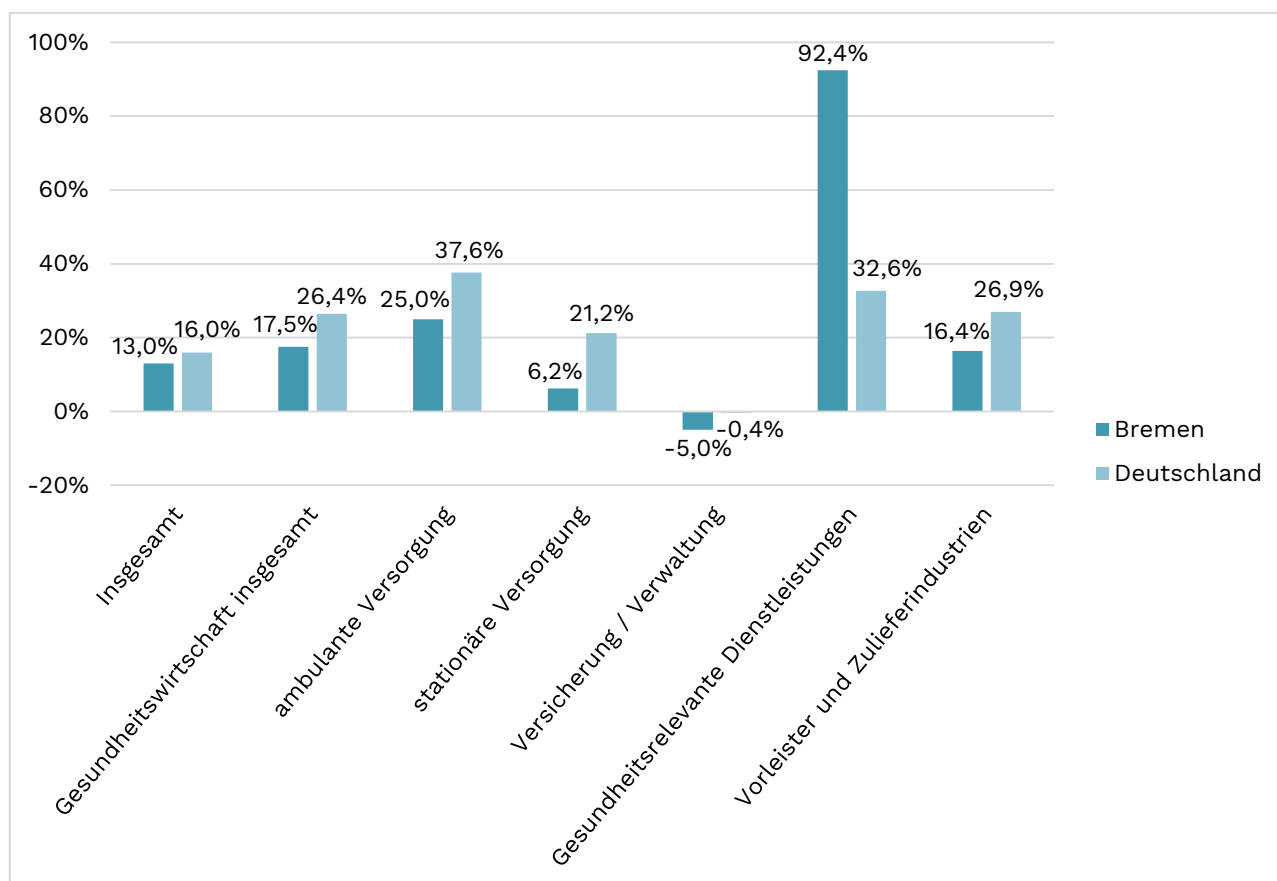
Auch in der Gesundheitsversorgung erfolgte zwischen 2007 und 2016 ein Beschäftigungsaufbau, der sich insbesondere in der ambulanten Gesundheitsversorgung mit 25 % (+ 3.485 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) niederschlägt, in der stationären Pflege dagegen bei rd. 6 % (+ 1.294 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) liegt. Beschäftigungsverluste weist lediglich der Bereich der Versicherung und Verwaltung auf, allerdings ist der vergleichsweise scheinbar starke Effekt für das Land Bremen von -5 % auf Veränderungen in der statistischen Geheimhaltung zurückzuführen, aufgrund derer

<sup>8</sup> a. n. g.: anderweitig nicht genannt



einer der zugehörigen beschäftigungsrelevanten Wirtschaftszweige nicht mehr ausgewiesen werden kann. Entsprechend ist hier nicht von einem (starken) Beschäftigungsrückgang auszugehen.

**Abbildung 11: Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach Wirtschaftszweigen der Gesundheitswirtschaft (WZ 08), Land Bremen und Deutschland, 2007-2016 (in Prozent)**



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, 2017; Berechnung und Darstellung: IAT

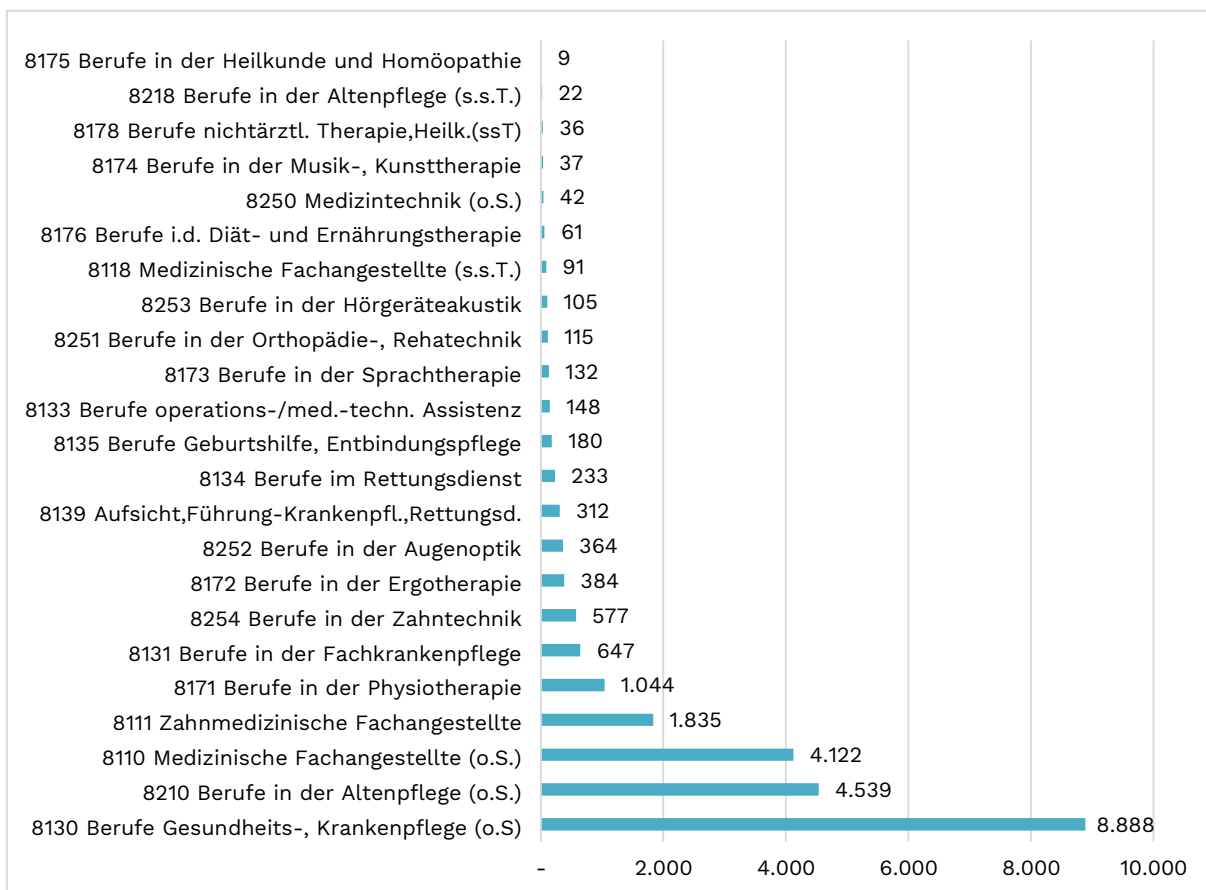
Nach Berufsordnungen betrachtet stellt die Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 2016 mit 8.888 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten die am stärksten besetzte Berufsgruppe im Gesundheits- und Sozialwesen im Land Bremen, gefolgt von der Altenpflege mit 4.539 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Ein ebenfalls stark besetztes Berufsfeld bilden die medizinischen Fachberufe der Medizinischen Fachangestellten (MFA) (4.122 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) sowie die Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZMFA) (1.835 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte). Die nichtakademischen Fachberufe im Gesundheitswesen stellen (neben der Ärzteschaft) die Säulen eines leistungsfähigen Gesundheitswesens dar, entsprechend ist die Beschäftigungsrelevanz in diesen Berufsfeldern besonders hoch. Bei diesen Berufsgruppen handelt es sich darüber hinaus um „typisch“ weiblich besetzte Arbeitsplätze, so liegt der Anteil der weiblichen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege bei 83 %, in der Altenpflege bei 82 %, und unter den Medizinischen Fachangestellten sogar bei 99 %. Mit Blick auf die berufliche Spezialisierung (Berufsbezeichnungen mit der Abkürzung s.s.T.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> s.s.T.: sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

bzw. Berufe in der Fachkrankenpflege) finden sich allerdings deutlich weniger Beschäftigte (vgl. Abb. 12). Die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheits- und Krankenpflege weist zwischen 2013 und 2016 einen Rückgang auf (-1,5 %, -135 Beschäftigte), während die Altenpflege einen Beschäftigungszuwachs verzeichnen konnte (+9,2 %, +384 Beschäftigte). In der Geburtshilfe/Entbindungspflege waren 180 Personen im Jahr 2016 sozialversicherungspflichtig beschäftigt, hier gab es ebenfalls einen Beschäftigungszuwachs von +62,2 % (+69 Beschäftigte).

Unter den therapeutischen Berufsfeldern besitzt die Physiotherapie die höchste Beschäftigungsrelevanz mit 1.044 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Jahr 2016, gefolgt von der Ergotherapie mit 384 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der Sprachtherapie mit 132 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Jahr 2016. Allerdings gab es in den therapeutischen Berufen zwischen 2013 und 2016 deutliche Beschäftigungszuwächse, die insbesondere in der Ergotherapie (+16 %, +53 Beschäftigte) und Sprachtherapie (+43,5 %, +40 Beschäftigte) zutage traten.

**Abbildung 12: Beschäftigte nach Berufsordnungen (KldB 2010) im Land Bremen, 2016**

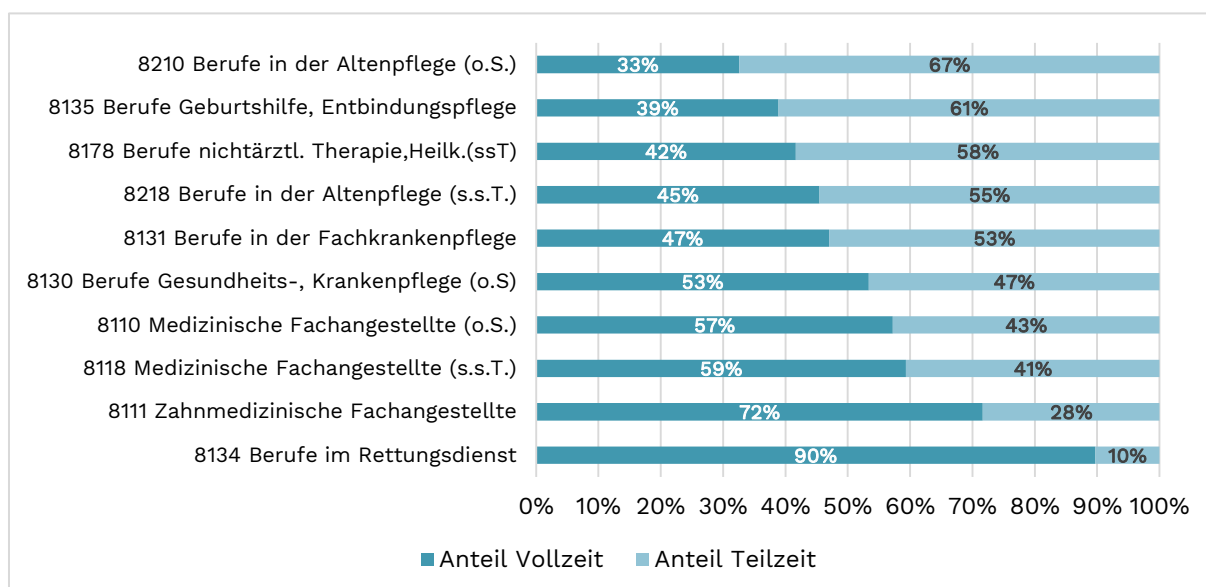


Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Darstellung: IAT

Die medizinisch-technischen Berufsfelder Hörgeräteakustik, Orthopädie- und Rehathechnik, Augenoptik und Zahntechnik konnten zwischen 2013 und 2016 fast durchweg Beschäftigungszuwächse verzeichnen. Allein der Beruf der Zahnärztin/des Zahnarztes musste geringfügige Beschäftigungsverluste von -2,2 % (-13 Beschäftigte) hinnehmen.

Die Arbeitszeitanteile unter den einbezogenen Berufsgruppen stellten sich sehr unterschiedlich dar (vgl. Abb. 13). Die höchsten Vollzeitanteile erreichten die Berufe im Rettungsdienst mit rd. 90 %, gefolgt von den Medizinischen Fachberufen der ZMFA und MFA mit 72 % bzw. 59 %. Die höchsten Teilzeitanteile im Bremer Gesundheitswesen lagen in der Altenpflege vor, hier arbeiteten rd. 67 % der Beschäftigten in Teilzeit, 33 % arbeiteten in Vollzeit. In der Bundesrepublik ist das Verhältnis zwischen Teilzeit- und Vollzeitarbeit in der Altenpflege deutlich ausgewogener, wenngleich auch hier geringere Anteile der Vollzeitbeschäftigung realisiert wurden: Bundesweit arbeiteten 44 % der Berufe in der Altenpflege im Jahr 2016 in Vollzeit, 56 % arbeiteten in Teilzeit<sup>10</sup>. Als Ursache für die hohen Teilzeitanteile in der Altenpflege wird häufig die hohe Arbeitsbelastung sowohl aufgrund körperlich anstrengender Arbeitsanteile als auch aufgrund von Arbeitsverdichtung und arbeitsorganisatorischer Bedingungen, wie etwa Arbeitsspitzen in den Morgen- und Abendstunden, angeführt. Entsprechend hat sich die These etabliert, dass eine Teilzeitbeschäftigung in der Altenpflege von den Beschäftigten aufgrund schwieriger Arbeitsbedingungen freiwillig gewählt wird – wobei aufgrund von Personalknappheit auch Teilzeitbeschäftigte wiederum zeitweise mehr Arbeitsstunden leisten. Dies entspricht jedoch nicht immer auch dem Wunsch der Beschäftigten, so dass eine Teilzeitbeschäftigung aufgrund der belastenden Arbeitsbedingungen eher unfreiwillig gewählt wird, obwohl die Beschäftigten eigentlich – unter anderen Bedingungen – eine Vollzeitbeschäftigung vorziehen würden (freiwillig-unfreiwillige Teilzeit) (vgl. hierzu auch Becka et al. 2016b).

**Abbildung 13: Beschäftigte nach Berufsordnungen (KldB 2010) und Beschäftigungsverhältnis im Land Bremen, 2016**



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Berechnung und Darstellung: IAT

Die medizinisch-technischen Berufsfelder sind von hohen Vollzeitanteilen geprägt, die sich im Bereich von mind. 65 % Vollzeitanteil in der Augenoptik bis hin zu 86 % Vollzeitanteil in der Hörgeräteakustik

<sup>10</sup> Mit Blick auf die spezialisierten Tätigkeiten in der Altenpflege entspricht das Verhältnis zwischen Vollzeit- und Teilzeitanteilen der Verteilung der Arbeitsanteile der regulären Altenpflege (o.S., ohne Spezialisierung) im Bundesdurchschnitt von 45 % bzw. 55 %. Eine ähnlich hohe Teilzeitbeschäftigung von 61 % liegt in der Geburtshilfe/Entbindungspflege vor, während in der Gesundheits- und Krankenpflege ein recht ausgewogenes Verhältnis mit der Tendenz zu einer höheren Vollzeitbeschäftigung (53 %) realisiert wird.

bewegen. Hier handelt es sich um Berufsfelder mit einer ausgewogeneren Geschlechterverteilung. In den therapeutischen Berufsfeldern zeigt sich dagegen eine unterschiedliche Verteilung der Arbeitszeitanteile unter den einzelnen Berufsgruppen. Hohe Vollzeitanteile werden in der Diät- und Ernährungstherapie (56 %) sowie der Physiotherapie (47 %) realisiert, während die Sprach-, Ergo- und Kunst- bzw. Musiktherapieberufe hohe Teilzeitanteile zwischen 67 % und 84 % aufweisen (vgl. Abb. 13).

Für die Berufsgruppen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege ist es außerdem interessant, die Beschäftigtendaten nach Anforderungsniveaus näher zu betrachten (vgl. Abb. 14). In beiden Berufsgruppen existieren unterhalb der Fachkräfebene sogenannte Helferqualifikationen, die Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer sowie die Altenpflegehelferinnen und -helfer, die in ein- oder zweijährigen Ausbildungsgängen qualifiziert oder z. T. auch un- bzw. angelernt eingesetzt werden. Dies kann sowohl in Fachschulen des Gesundheitswesens als auch in Berufsfachschulen erfolgen. In Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen werden Helferinnen und Helfer für Tätigkeiten mit niedrigschwelligem Anforderungsniveau eingesetzt. In diesem Zusammenhang wird häufig argumentiert, dass die Pflegearbeit durch Helfertätigkeiten auch bei niedrigen Fachkraftquoten gedeckt werden kann.

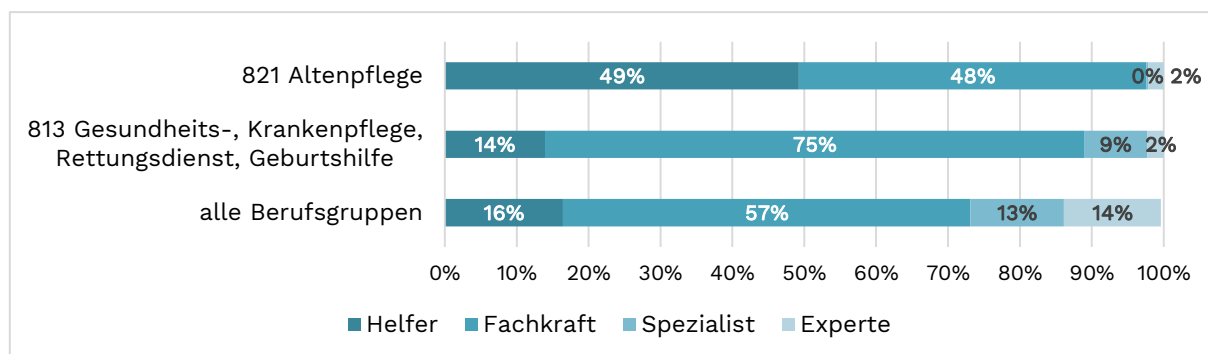
Im Land Bremen liegt der Fachkräfte-Anteil im Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege<sup>11</sup> bei 75 % (7.839 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Fachkräfte), während die Helferinnen und Helfer in diesem Berufsfeld lediglich einen Anteil von 14 % (1.459 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Helferinnen und Helfer) einnehmen<sup>12</sup>. In der Altenpflege ergibt sich dagegen ein anderes Bild, hier sind 49 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten als Helferinnen und Helfer (2.295 Beschäftigte) beschäftigt, der Anteil der Fachkräfte liegt knapp darunter bei 48 % (2.253 Beschäftigte). In der Bundesrepublik stellt sich die Verteilung ähnlich dar, in der Gesundheits- und Krankenpflege liegt der Anteil der Helferinnen und Helfer bei 15 %, der Fachkräfte-Anteil bei 72 %, in der Altenpflege liegt der Helferinnen und Helfer-Anteil bei 45 %, der Fachkraft-Anteil bei 53 %. Entsprechend werden insbesondere in der Altenpflege hohe Arbeitsanteile durch Helfertätigkeiten abgedeckt, wobei eine Fachkraftquote in Einrichtungen der stationären Altenhilfe von mindestens 50 % verbindlich ist<sup>13</sup>. Die Gründe für einen verstärkten Einsatz von Helferinnen und Helfern können sowohl in Fachkräfteengpässen bzw. hohen Teilzeitanteilen in der Altenpflege bei zugleich hohen Pflegequoten liegen, andererseits belegen Studien jedoch auch, dass Helferinnen und Helfer in der Altenpflege in den vergangenen Jahren über Bedarf ausgebildet wurden (Benedix et al. 2013), so dass nun ein relativ hoher Anteil von Helferinnen und Helfern zur Verfügung steht und eingesetzt wird, während die Zahl der Auszubildenden zur Altenpflegefachkraft erst in den letzten Jahren einen Aufschwung verzeichnen konnte (vgl. hierzu auch Kapitel 3.2.4). Um das Mindestmaß der verbindlichen Fachkraftquote in stationären Altenpflegeeinrichtungen einhalten zu können, ist die Erhöhung Auszubildendenzahlen von Altenpflegefachkräften eine relevante Voraussetzung.

<sup>11</sup> Die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Anforderungsniveaus können nur für die Berufsfelder auf Ebene der 3-Steller ausgewiesen werden, entsprechend ist der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege hier eingebettet in das Berufsfeld Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe.

<sup>12</sup> Tätigkeiten auf Experten- bzw. Spezialistenniveau sind in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege trotz eines Zuwachses der akademischen Qualifizierungsmöglichkeiten noch vergleichsweise selten.

<sup>13</sup> Die an dieser Stelle präsentierten Daten beziehen sich lediglich auf die Beschäftigtengruppen nach Berufsordnungen (KldB 2010) und nicht auf deren Verteilung innerhalb der Einrichtungen.

**Abbildung 14: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Pflegeberufen nach Anforderungsniveaus im Land Bremen, 2016**



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Berechnung und Darstellung: IAT

Zwischen 2013 und 2016 entwickelte sich die Zahl der Helferinnen und Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege im Land Bremen mit +26,2 % (+303 Helferinnen und Helfer stärker, bei einer zugleich rückläufigen Fachkraftzahl von -3,7 % (-300 Fachkräfte). In der Altenpflege stieg sowohl die Zahl der Fachkräfte um 6,1 % (+130 Fachkräfte) als auch die Zahl der Helferinnen und Helfer um 12 % (+246 Helferinnen und Helfer). In der Bundesrepublik wurden zwischen 2013 und 2016 in beiden Berufsfeldern sowohl auf der Helferebene als auch auf der Fachkräfteebene Beschäftigungszuwächse realisiert, wobei sich ausgeglichene Verhältnisse zwischen Helfer- und Fachkraftzuwachs verzeichnen ließen (Altenpflege +17,3 % Helferinnen und Helfer, +12,6 % Fachkräfte; Gesundheits- und Krankenpflege +8,8 % Helferinnen und Helfer, +6,0 % Fachkräfte). Allgemein betrachtet steigt die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Helferqualifizierung durchweg stärker an als die Zahl der Fachkräfte, entsprechend ist ein Aufwärtstrend zur Aufstockung von Pflegepersonal durch Helferinnen und Helfer sowohl landes- als auch bundesweit erkennbar. Hier stellt sich die Frage, wie langfristig mit der Situation einer Vielzahl an niedrigqualifizierten Helferinnen und Helfern umgegangen wird und ob sich ein Trend zur beruflichen Höherqualifizierung zur examinierten Fachkraft realisieren lässt. Hier sind sowohl der politische Wille als auch eine Aktivierung der Einrichtungen und Bildungsträger zur Erhöhung der Chancen auf Höherqualifizierung gefragt.

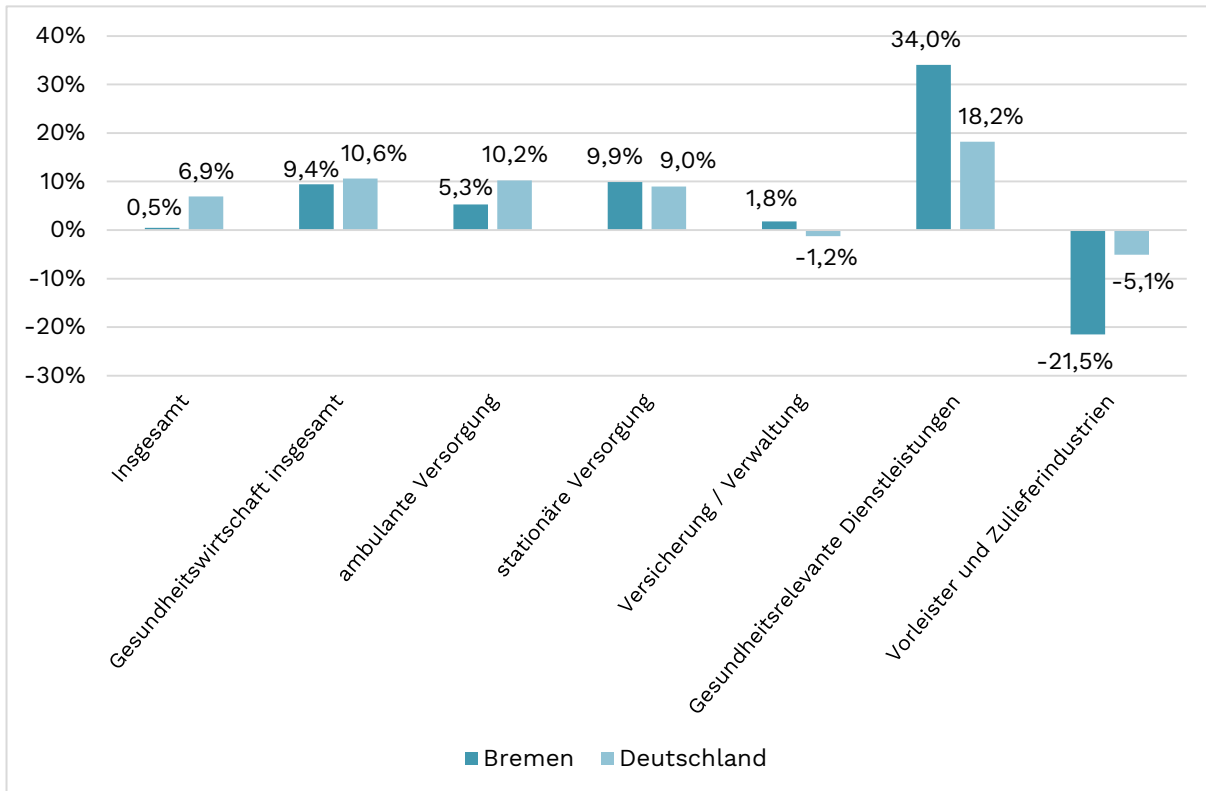
### 3.2.3 Entwicklung der geringfügigen Beschäftigung: insgesamt in Bremen verhalten, aber mit starken Zuwächsen bei gesundheitsrelevanten Dienstleistungen

Die geringfügige Beschäftigung entwickelte sich im Betrachtungszeitraum 2007-2016 im Land Bremen sowohl in der Gesamt- als auch in der Gesundheitswirtschaft in geringerem Maße als in der Bundesrepublik (vgl. Abb. 15). Im Land Bremen lag der Zuwachs der geringfügigen Beschäftigung in der stationären Gesundheitsversorgung bei 9,9 %, die ambulante Gesundheitsversorgung verzeichnete dagegen „nur“ einen Zuwachs der geringfügigen Beschäftigung um 5,3 %. Insgesamt tendierte die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitsversorgung nach Wirtschaftszweigen betrachtet jedoch zu einer Stärkung des ambulanten Sektors überwiegend im Rahmen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse (vgl. Kapitel 3.1.2) – eine aus arbeitspolitischer Sicht durchaus wünschenswerte Entwicklung.

Ein auffällig starker Beschäftigungszuwachs bei der geringfügigen Beschäftigung zeigt sich im Bereich der gesundheitsrelevanten Dienstleistungen sowohl in der Bundesrepublik als auch im Land Bremen. Demgegenüber war in den Vorleister- und Zulieferindustrien ein deutlicher Beschäftigungsrückgang mit

Blick auf geringfügige Beschäftigungsverhältnisse zu beobachten. In absoluten Zahlen fällt der Beschäftigungsrückgang um 58 Personen (bei einer ohnehin geringen Zahl geringfügig Beschäftigter in den Zulieferindustrien von 212 Personen im Jahr 2016) jedoch weniger stark ins Gewicht.

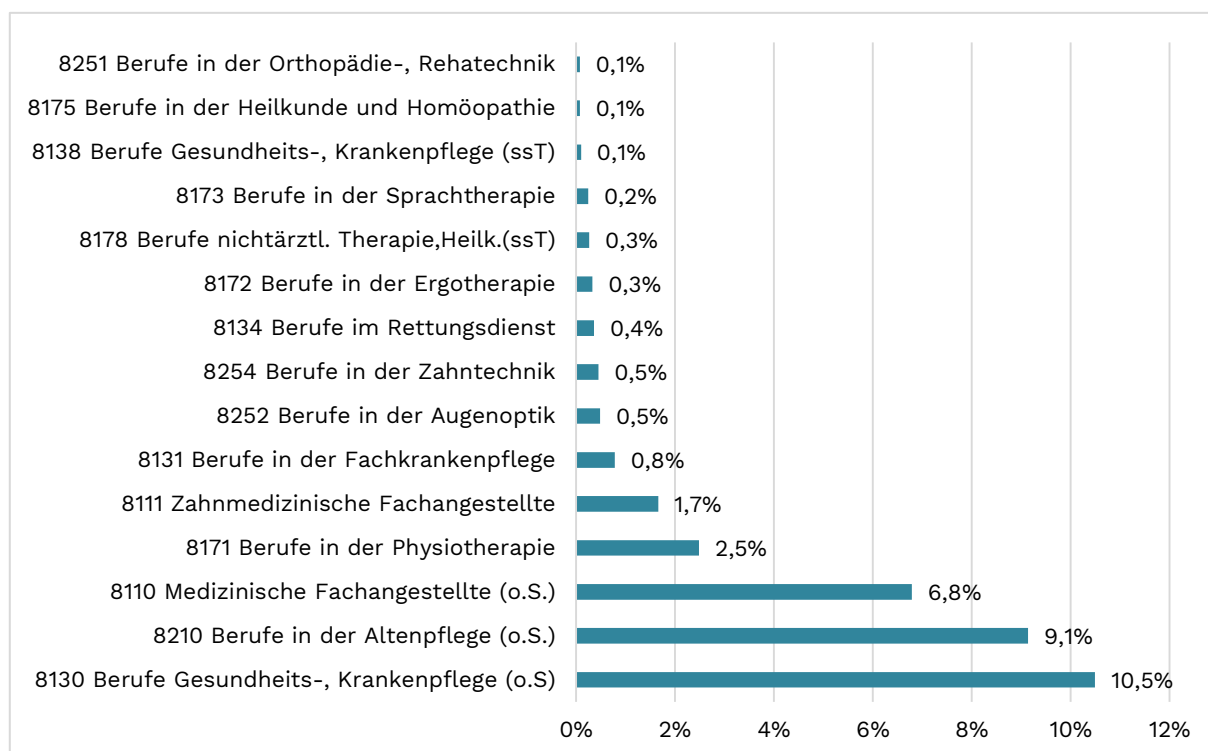
**Abbildung 15: Entwicklung der geringfügigen Beschäftigung nach Wirtschaftszweigen (WZ 08), Land Bremen und Deutschland, 2007-2016**



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, 2017; Berechnung und Darstellung: IAT

Die geringfügige Beschäftigung nach Berufsordnungen (KldB 2010) entwickelte sich im Land Bremen in den Jahren zwischen 2013 und 2016 über alle Berufsgruppen hinweg rückläufig (-3,8 %). In der Berufshauptgruppe Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung ist die geringfügige Beschäftigung dagegen zwischen 2013 und 2016 um +4,4 % angewachsen. Innerhalb der zum Gesundheitswesen zählenden Berufsgruppen liegen die Anteile geringfügig Beschäftigter in der Gesundheits- und Krankenpflege geringfügig höher als in der Altenpflege (vgl. Abb. 16). Auf diese beiden genannten Berufsgruppen, die auch zugleich die höchste Beschäftigungsrelevanz aufweisen, entfallen erwartungsgemäß auch die höchsten Anteile geringfügig Beschäftigter innerhalb der Berufshauptgruppe Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung (insgesamt 9.091 geringfügig Beschäftigte im Jahr 2016). Die Anteile weiblicher geringfügig Beschäftigter fallen erwartungsgemäß in nahezu allen Berufsgruppen sehr hoch aus, was auch auf die ohnehin hohen weiblichen Beschäftigtenanteile in „typisch“ weiblichen Berufsgruppen zurückzuführen ist.

**Abbildung 16: Geringfügig Beschäftigte nach Berufsordnungen (KldB 2010) im Land Bremen, Anteile an geringfügig Beschäftigten im Feld Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung, 2016**



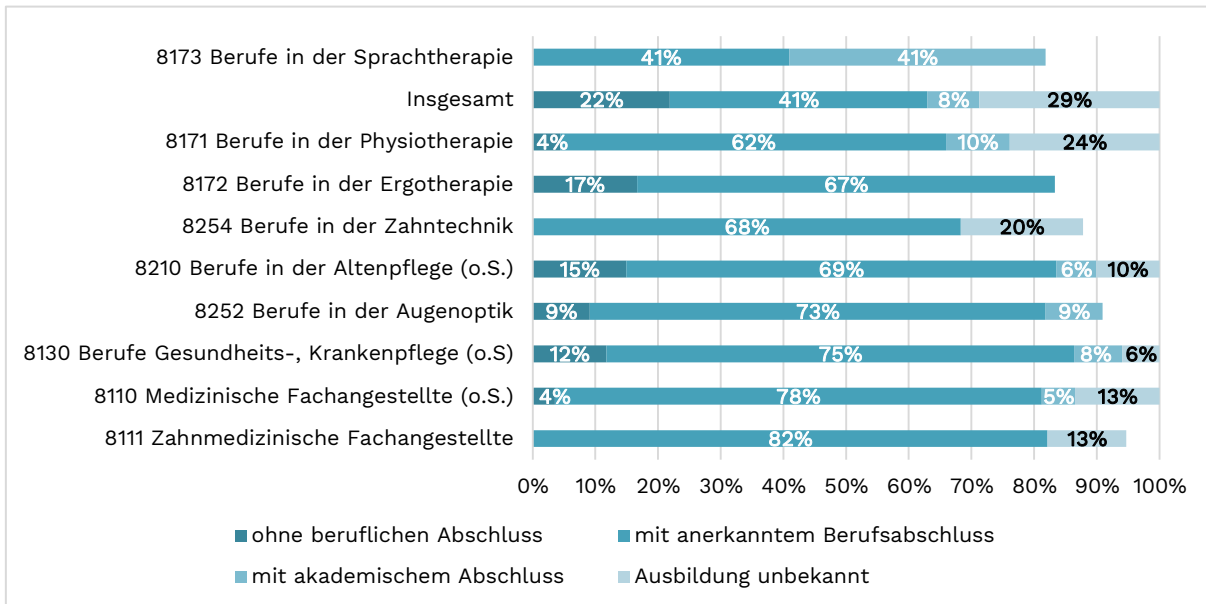
Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, 2017; Berechnung und Darstellung: IAT

Mit Blick auf die Entwicklung der geringfügigen Beschäftigung innerhalb der Berufsgruppen gab es rückläufige Zahlen in den Berufsgruppen der Medizinischen Fachangestellten (-4,8 %), sowie der Zahnmedizinischen Fachangestellten (-13,2 %) sowie im Rettungsdienst (-2,9 %) und unter den Augenoptikerinnen und -optikern (-6,4 %). Einen Anstieg der geringfügigen Beschäftigung verzeichneten die Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege (+4,7 %; +43 geringfügig Beschäftigte) sowie die Altenpflege (+15,3 %, +110 geringfügig Beschäftigte). Leichte Anstiege verzeichneten die Berufsgruppen Physiotherapie (+4,6 %, +10 geringfügig Beschäftigte), Sprachtherapie (+37,5 %, +6 geringfügig Beschäftigte) sowie Zahntechnik (+5,1 %, +2 geringfügig Beschäftigte) bei der geringfügigen Beschäftigung.

Unter den geringfügig Beschäftigten über alle Berufsgruppen hinweg besitzt ein Großteil der Beschäftigten im Land Bremen einen anerkannten Berufsabschluss (41 %), unter den Beschäftigten in den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens liegen die Anteile mit anerkanntem Berufsabschluss deutlich höher (vgl. Abb. 17<sup>14</sup>). Beispielsweise arbeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege 75 % der geringfügig Beschäftigten mit einem anerkannten Berufsabschluss, der Anteil ohne Berufsabschluss liegt bei 12 %, während 8 % der geringfügig Beschäftigten eine akademische Qualifizierung vorweisen können. In der Altenpflege liegt der Anteil der geringfügig Beschäftigten mit anerkanntem Berufsabschluss bei 69 %, 15 % besitzen keinen beruflichen Abschluss, 6 % einen akademischen Abschluss und bei 10 % ist die Ausbildung unbekannt.

<sup>14</sup> Aufgrund von fehlenden Werten in der Datenbasis (aus Gründen der Geheimhaltung) können in Bezug auf die Berufsabschlüsse bei einigen Berufsgruppen nicht 100 % erreicht werden.

**Abbildung 17: Anteile geringfügig Beschäftigter nach Berufsabschluss, Land Bremen, 2016**



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, 2017; Berechnung und Darstellung: IAT

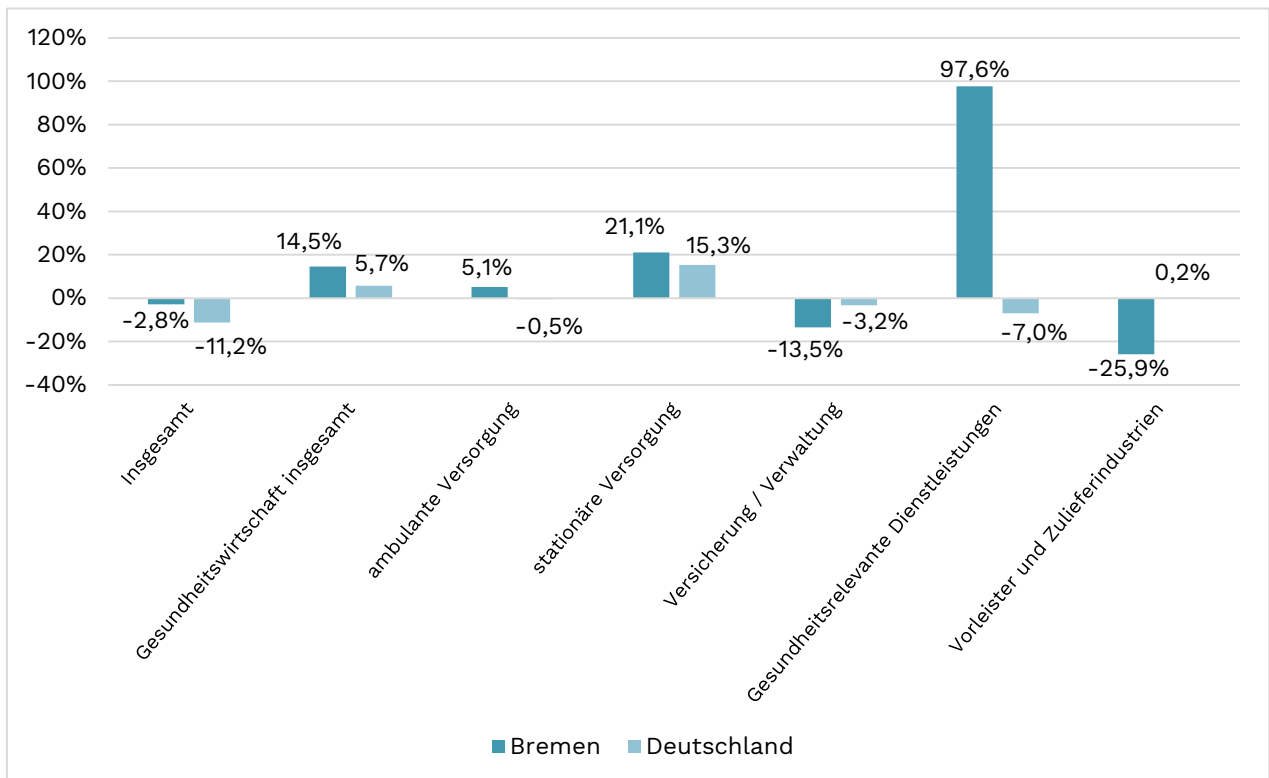
### 3.2.4 Entwicklung der Ausbildung – ein deutliches Plus für die Altenhilfe

Die Zahlen der Auszubildenden in der Gesamtwirtschaft sind sowohl in Bremen als auch in Deutschland in den Jahren 2007 bis 2016 insgesamt gesunken, wobei der Rückgang der Auszubildendenzahlen in Bremen prozentual geringer ausfällt als der Rückgang in der Bundesrepublik. In der Gesundheitswirtschaft zeigt sich jedoch ein gegenläufiger Trend, hier sind die Auszubildendenzahlen sowohl in Deutschland als auch im Land Bremen seit 2007 gestiegen. Der Anstieg fällt in Bremen mit +14,5 % sogar deutlich höher aus als in Deutschland, welcher sich auf +5,7 % beläuft.

Deutlich auffallend ist die Veränderung des Anteils der gesundheitsrelevanten Randbereiche, die in absoluten Zahlen jedoch gering besetzt sind – die auffällige Veränderung geht zurück auf den Anstieg im enthaltenen Wirtschaftszweig „Sonstiges Sozialwesen, a. n. g.“ um +52 Auszubildende. In Deutschland ist die Zahl der Auszubildenden in den gesundheitsrelevanten Randbereichen hingegen um 7 % gesunken. Negative Veränderungen der Anteile der Auszubildendenzahlen in Bremen sind zudem in den Bereichen der Versicherung und Verwaltung (-13,5 %) sowie bei den Vorleister- und Zulieferindustrien (-25,9 %) zu verzeichnen, die im Vergleich zu Deutschland (+0,2 %) sogar stark gesunken sind.



**Abbildung 18: Entwicklung der Auszubildendenzahlen nach Wirtschaftszweigen (WZ 08), Land Bremen und Deutschland, 2007-2016**



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, 2017; Berechnung und Darstellung: IAT

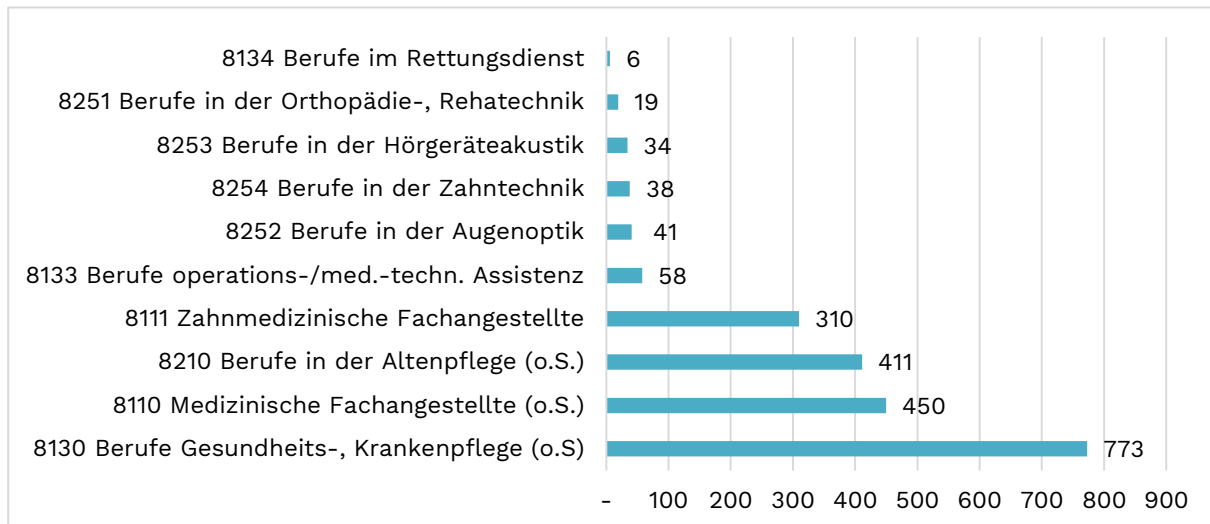
Eine positive Veränderung zeigt sich bei der Zahl Auszubildenden in der stationären und ambulanten Versorgung. Hier ist der größere Zuwachs zwar mit rd. +21 % im stationären Bereich zu verzeichnen, allerdings ist die Zahl der Ausbildungsplätze in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens auch entsprechend höher. Demgegenüber ist der Zuwachs der Auszubildendenzahlen in ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Arztpraxen, Apotheken, etc.) mit 5,1 % durchaus nennenswert. Im Bundesvergleich erzielt das Land Bremen darüber hinaus sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich höhere Wachstumsraten als die Bundesrepublik. Zur Differenzierung der Ausbildungssituation zwischen Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenhilfe lohnt sich auch ein Blick auf die Entwicklung der Auszubildendenzahlen nach Berufsordnungen.

Nach Berufsordnungen betrachtet ist der am stärksten besetzte Ausbildungsberuf<sup>15</sup> im Gesundheitswesen die Gesundheits- und Krankenpflege mit einem Bestand an 773 Auszubildenden im Jahr 2016 im Land Bremen (vgl. Abbildung 19). Mit 450 Auszubildenden im Jahr 2016 steht der Beruf der Medizinischen Fachangestellten an zweiter Stelle, der unter allen Ausbildungsberufen zu einem der beliebtesten Ausbildungsberufe insbesondere bei jungen Frauen zählt. Im Vergleich der Gesundheitsberufe rangiert die

<sup>15</sup> Bei den hier präsentierten Daten handelt es sich um Daten der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Für einige der Ausbildungsberufe können für das Land Bremen keine Daten ausgewiesen werden, so beispielsweise in den therapeutischen Berufsfeldern der Physio-, Ergo- sowie Logopädie. Darüber hinaus liegen detailliertere Daten, beispielsweise zu vorzeitig gelösten Ausbildungsverhältnissen sowie Auszubildende nach Ausbildungsjahren zuletzt für das Jahr 2014, nicht aber in aktualisierter Fassung vor. Hier sind neben dem dualen Ausbildungssystem zwar auch die Schulen des Gesundheitswesens erfasst, jedoch wird hier beispielsweise die Altenpflege nicht abgebildet. Darüber hinaus liegen hier Daten zu den Berufsfachschulen vor, die in Assistenzberufen, etwa der Altenpflegehilfe, berufsqualifizierend ausbilden.

Altenpflege mit 411 Auszubildenden im Jahr 2016 im Land Bremen auf Platz drei. Der Anteil der weiblichen Auszubildenden in der Altenpflege liegt im Land Bremen bei rd. 78 %, in der Bundesrepublik bei rd. 76 %.

**Abbildung 19: Auszubildende nach Berufsordnungen (KldB 2010), Land Bremen, 2016**



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, 2017

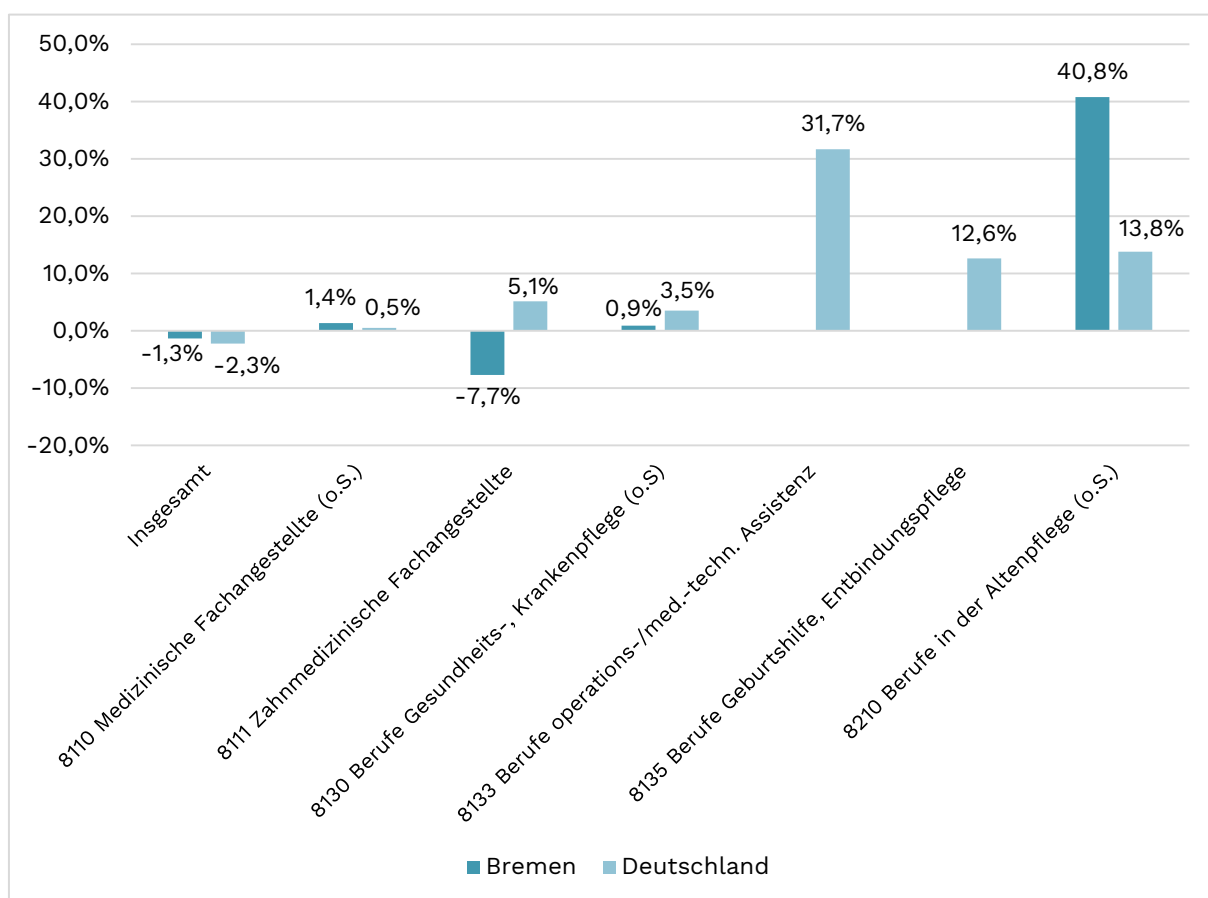
Mit Blick auf die Entwicklung der Auszubildendenzahlen nach Berufsordnungen<sup>16</sup> zeigt sich jedoch, dass vor allem der Altenpflegeberuf einen deutlichen Anstieg von +40,75 % im Zeitraum von 2013 bis 2016 verzeichnen konnte. Die Entwicklung der Auszubildendenzahlen in der Altenpflege sticht deutlich hervor und liegt im Bundesvergleich weit über dem relativen Zuwachs in der Bundesrepublik von 13,8 %.

Eine Erklärung für diese Entwicklung könnte das im Land Bremen eingesetzte Umlageverfahren der Bremischen Altenpflegeausgleichsverordnung (BremAltPflAusglVO) zur Finanzierung bzw. Vergütung der Altenpflegeausbildung sein, welches zum 1. Juli 2015 eingesetzt wurde. Zugleich wurden die bis dahin begrenzten Schulplätze deutlich erhöht. Die positive Entwicklung der Auszubildendenzahlen lässt sich somit als Erfolg des Umlagemodells in Kombination mit der Erhöhung der Schulplätze interpretieren. Das Umlageverfahren, gemäß dem die Kosten der Ausbildungsvergütungen mittels Ausgleichszahlungen von allen Pflegeeinrichtungen getragen werden, bietet Anreize dafür, Ausbildungsstellen zu schaffen und zu besetzen, da die Ausbildungskosten für besetzte Ausbildungsstellen erstattet werden<sup>17</sup>. Auf die Maßnahmen hatten sich die Partner im Rahmen der Bremer PflegeInitiative verständigt.

<sup>16</sup> Für die Berufe in der operations- und medizinisch-technischen Assistenz sowie in der Geburtshilfe und Entbindungspflege können aufgrund von Geheimhaltung keine Daten ausgewiesen werden.

<sup>17</sup> Vgl. <https://www.statistik.bremen.de/altenpflegeumlage-17768>

**Abbildung 20: Entwicklung der Auszubildendenzahlen in Pflege- sowie medizinischen Fachberufen nach Berufsordnungen (KldB 2010), in Prozent, Land Bremen und Deutschland, 2013-2016**



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, 2017; Berechnung und Darstellung: IAT

Die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege verzeichnete insgesamt einen weniger starken Anstieg im Vergleich zur Altenpflege. Dennoch ist auch in dieser Berufsgruppe sowohl im Land Bremen (+0,9 %) als auch in Deutschland (+3,5 %) ein leichter Anstieg erkennbar. Der Anteil der weiblichen Auszubildenden in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege liegt mit rd. 85 % höher als in der Altenpflege, der Anteil weiblicher Auszubildender in der Gesundheits- und Krankenpflege in der Bundesrepublik liegt bei rd. 81 %<sup>18</sup>. Eine ausführlichere Darstellung und Interpretation der Ausbildung im Gesundheitswesen im Land Bremen wurde in einem Gutachten der Universität Bremen von Prof. Rothgang vorgenommen, das derzeit im Erscheinen ist (Rothgang et al. 2018, i.E.).

<sup>18</sup> Für die gesundheitliche wie auch pflegerische Versorgung sind nicht allein die Auszubildenden zur Fachkraft relevant, sondern auch die Auszubildenden in Assistenzberufen. Für die Assistenzberufe im Gesundheits- und Sozialwesen, die in Berufsfachschulen ein- oder zweijährig qualifiziert werden, liegen Daten zuletzt für das Schuljahr 2013/2014 vor (Statistisches Landesamt Bremen 2015).

### **3.3 Verdienste in Gesundheitsberufen: Care Pay Gap und Notwendigkeit höherer Entgelte zur Fachkräftesicherung im Pflegemarkt**

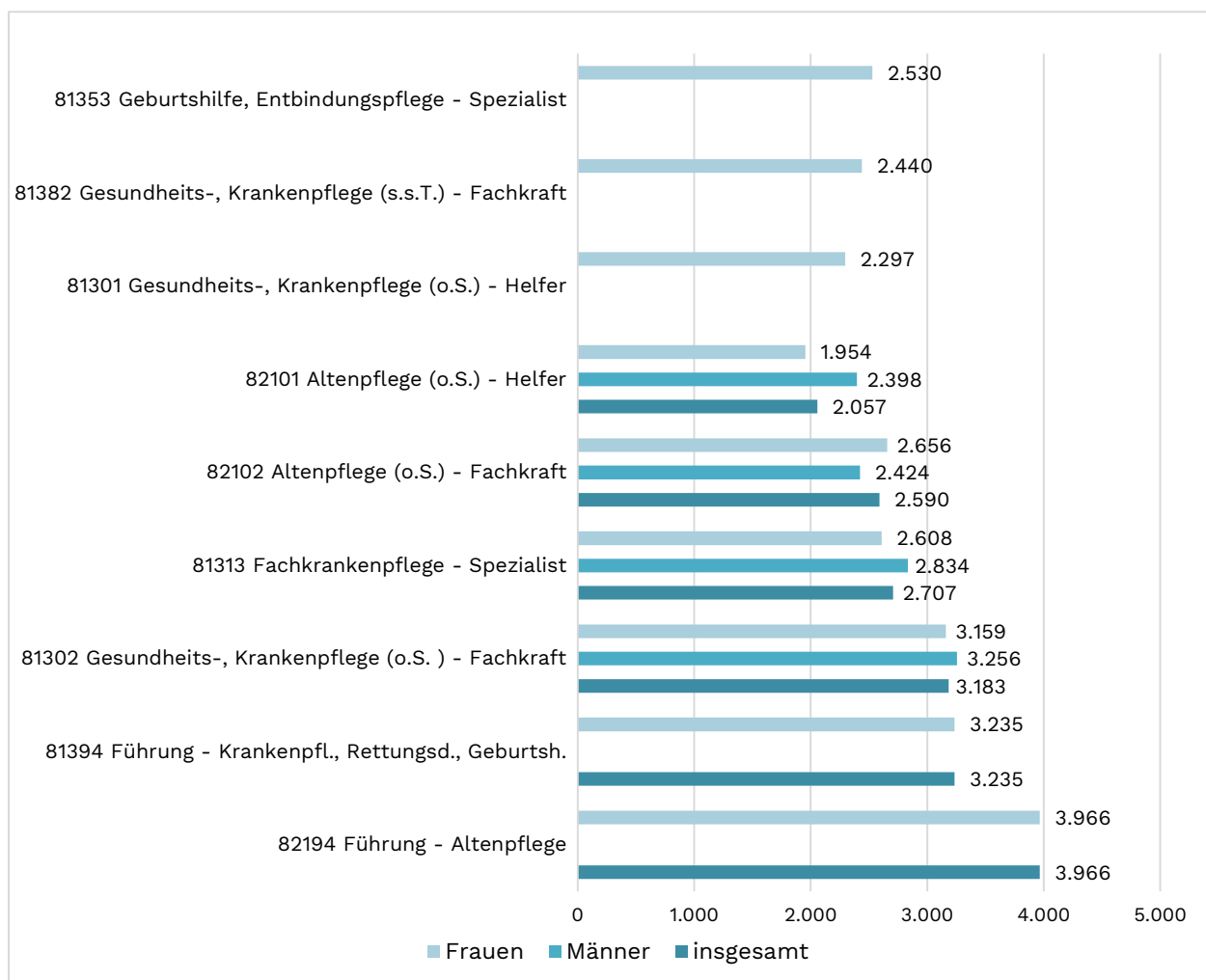
Zur Darstellung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft sind nicht nur die Beschäftigtenzahlen und deren Entwicklung von zentraler Bedeutung, sondern auch die Verdienste in Gesundheitsberufen stellen eine relevante Kategorie dar. Dies gilt insbesondere für die Attraktivität der Gesundheitsberufe, die sich u. a. an den Verdienstmöglichkeiten messen lassen muss. In diesem Kapitel werden Daten der Verdienststrukturerhebung für das Land Bremen im Jahr 2014 dargestellt<sup>19</sup>, je nach Datenlage wurden hierbei die Anforderungsniveaus innerhalb der Berufsgruppen berücksichtigt.

Mit Blick auf die Bruttomonatsverdienste erzielen nach Anforderungsniveaus betrachtet erwartungsgemäß die Führungskräfte die höchsten Bruttomonatsverdienste, wobei die Führungskräfte in der Altenpflege mit 3.966 Euro Bruttoverdienst im Monat überraschenderweise deutlich vor den Führungskräften im Berufsfeld Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe mit 3.235 Euro liegen. Hier liegt allerdings eine gemeinsame Erfassung unterschiedlicher Berufe bzw. Leitungspositionen vor (z. B. Pflegedienstleitung, Leitungspersonen in Rettungsdienst und Geburtshilfe), aufgrund derer die durchschnittlichen Verdienste relativiert werden. Die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege (Fachkräfte) erzielen mit 3.183 Euro im Vergleich allerdings nur unwesentlich geringere Bruttomonatsverdienste als die Führungskräfte in dieser Berufsgruppe, die Männer verdienen mit 3.256 Euro hier sogar etwas mehr als die Führungskräfte im Berufsfeld Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe (vgl. Abb. 21).

---

<sup>19</sup> Die Verdienststrukturerhebung des Jahres 2014 ist aufgrund einer Revision nicht mit früheren Berichtsjahren vergleichbar, aktuellere Daten liegen bislang nicht vor, da die Verdienststrukturerhebung in einem vierjährigen Turnus durchgeführt wird.

**Abbildung 21: Bruttomonatsverdienste (Vollzeit) in ausgewählten Gesundheitsberufen im Land Bremen in Euro, 2014**



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Verdienststrukturerhebung

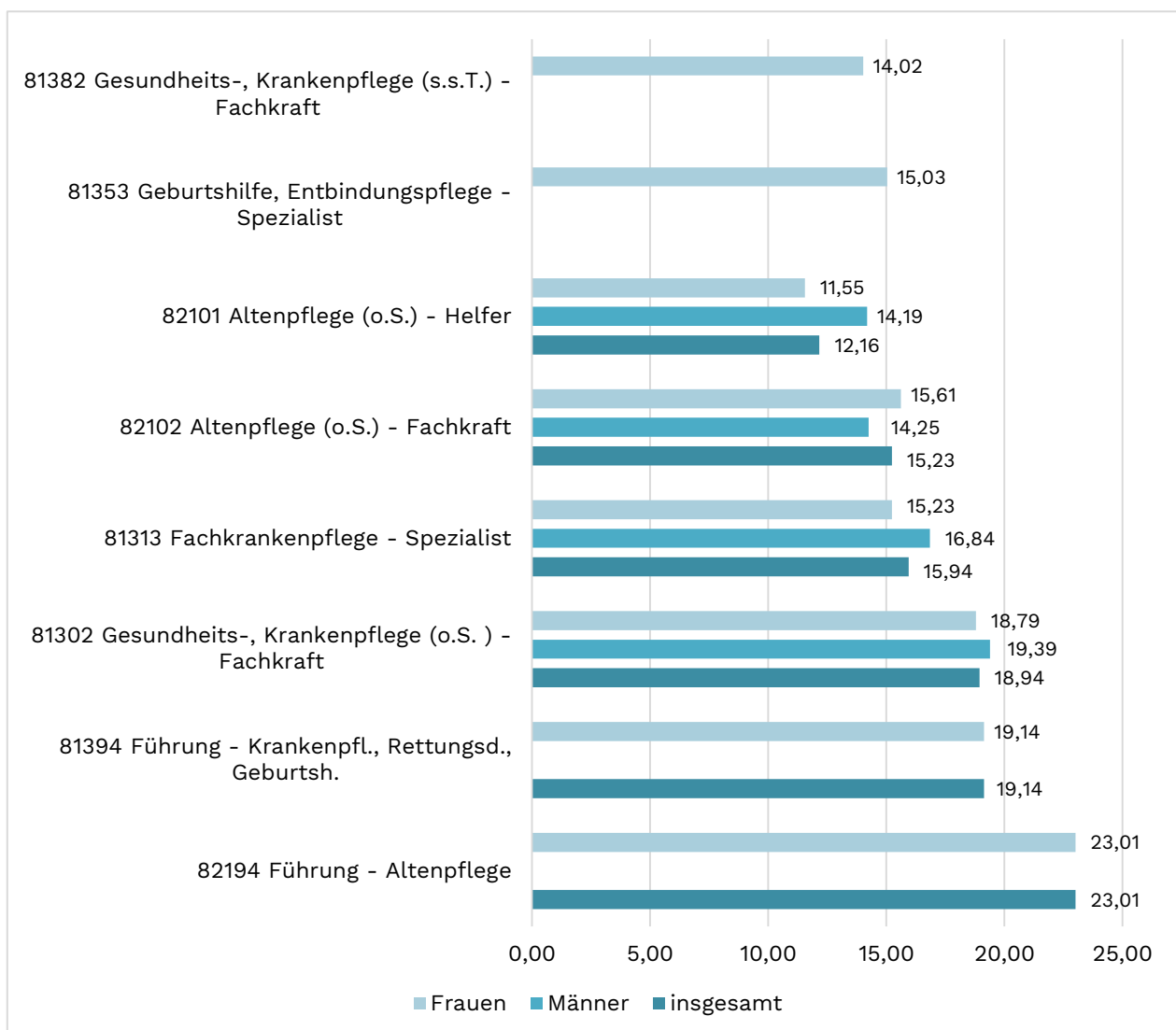
Fachkräfte in der Altenpflege bleiben bei den Bruttomonatsverdiensten mit 2.590 Euro unterhalb der Gesundheits- und Krankenpflege und weisen eine deutlichere Diskrepanz der Verdienste zwischen den Geschlechtern auf. Hier sind es allerdings die Frauen, die rd. 230 Euro mehr verdienen als ihre männlichen Kollegen. Allerdings zeigt sich auf der Helferebene in der Altenpflege ein gegensätzliches Bild: Hier sind es die männlichen Altenpflegehelfer, die deutlich mehr verdienen als die Altenpflegehelferinnen, welche mit Abstand die geringsten Bruttomonatsverdienste erzielen. Der Verdienstunterschied beträgt hier sogar rd. 440 Euro. Mit einem Bruttomonatsverdienst von 2.398 Euro rücken die männlichen Altenpflegehelfer darüber hinaus sehr nah an das Verdienstniveau der männlichen Fachkräfte von 2.424 Euro heran<sup>20</sup>. Daneben sind die Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen<sup>21</sup> mit einem durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst von 2.297 Euro ebenfalls nah am Verdienstniveau der männlichen

<sup>20</sup> Ein Erklärungsansatz hierfür könnte darin liegen, dass für die männlichen Altenpflegehelfer geringere Fallzahlen bei der Erhebung vorlagen, ggf. auch aufgrund geringere Beschäftigtenanteile männlicher Altenpflegehelfer, so dass die Berechnung durchschnittlicher Verdienste auf einer weniger breiten Datenbasis steht. Darüber hinaus ist es vorstellbar, dass in Einrichtungen Anreize gesetzt werden, um männliche Altenpflegehelfer anzuziehen.

<sup>21</sup> Daten der Bruttomonatsverdienste männlicher Krankenpflegehelfer liegen für das Land Bremen nicht vor.

Fachkräfte in der Altenpflege. In den Bruttostundenlöhnen spiegelt sich die beschriebene Verdienstsituation wider<sup>22</sup> (vgl. Abb. 22). Entsprechend bieten sich sogar im Helferbereich z. T. gute Verdienstmöglichkeiten, so dass zum einen Attraktivität für eine Tätigkeit bzw. Ausbildung in der Pflegeassistenz besteht, auf der anderen Seite entstehen hinsichtlich der Verdienste (insbesondere bei den männlichen Altenpflegehelfern) jedoch kaum Anreize für eine Höherqualifizierung. Mit Blick auf die Debatte um den Mindestlohn war dieser bereits 2014 angesichts der akuten Arbeitskräfteengpässe in der Altenpflege tatsächlich nur eine Untergrenze im Sinne von Mindestarbeitsbedingungen. Um vakante Stellen überhaupt noch besetzen zu können, sind Unternehmen vielmehr gezwungen, Beschäftigten bessere Entlohnungen anzubieten.

**Abbildung 22: Bruttostundenlöhne (Vollzeit) in ausgewählten Gesundheitsberufen im Land Bremen in Euro, 2014**

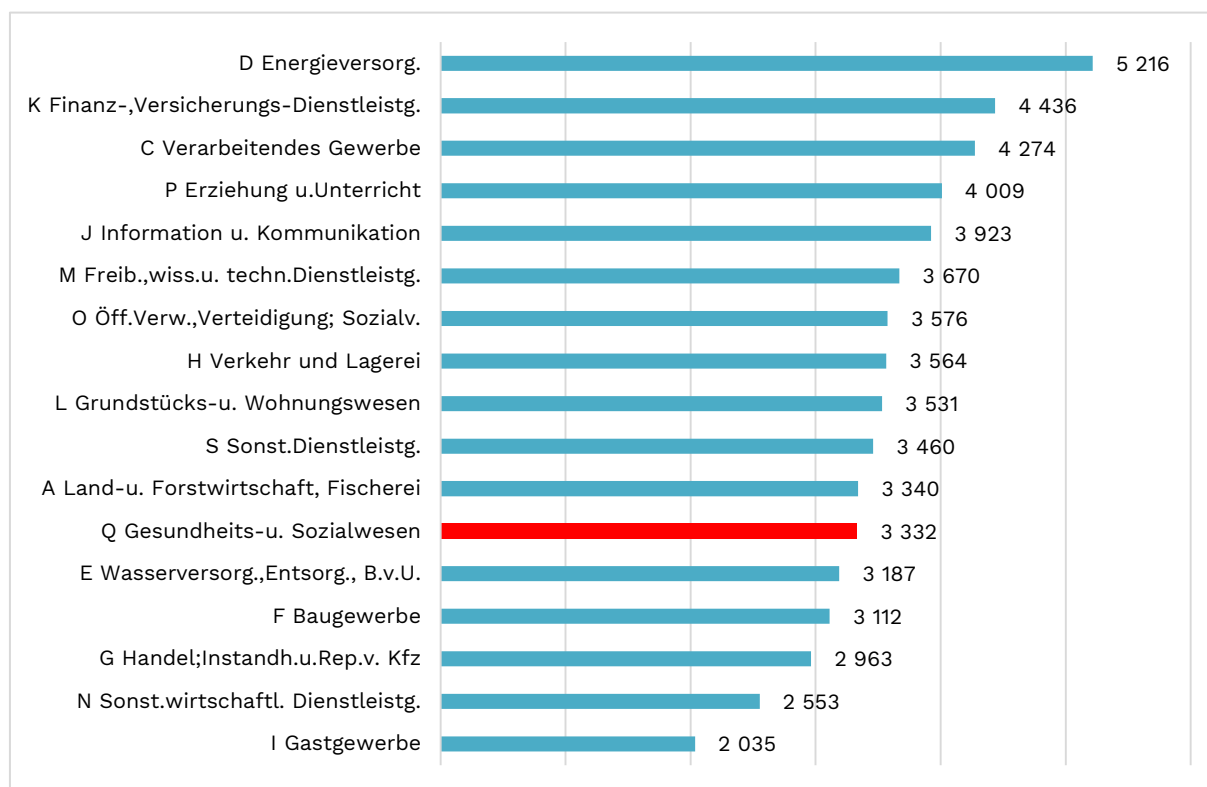


Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Verdienststrukturerhebung

<sup>22</sup> Die geringeren Verdienste in der Fachkrankenpflege (Spezialist) im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege (o.S., Fachkraft) mit Blick auf Bruttomonats- und Bruttostundenverdienste könnten sich durch große Unterschiede in der Fallzahl erklären lassen (2.883 Fachkräfte, 180 Spezialisten).

Im Vergleich der Wirtschaftsbranchen liegt das Gesundheits- und Sozialwesen bei den Bruttomonatsverdiensten mit durchschnittlich 3.332 Euro eher im unteren Mittelfeld knapp hinter dem (ursprünglich zum primären Sektor zählenden) Wirtschaftsbereich Land- und Forstwirtschaft/Fischerei (vgl. Abb. 23). Die höchsten Verdienste werden in verschiedenen Dienstleistungsbereichen erzielt, etwa bei den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, Information und Kommunikation sowie Erziehung und Unterricht. An der Spitze steht die Energieversorgung gefolgt von den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, die von Dienstleistungen geprägte Branchen darstellen, während die reine Produktion im verarbeitenden Gewerbe an dritter Stelle des Verdienst-Rankings steht.

**Abbildung 23: Bruttomonatsverdienste im Branchenvergleich (Wirtschaftsbereiche) im Land Bremen in Euro, 2014**



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Verdienststrukturerhebung

Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft als starkes Stück Wirtschaft wird ihresgleichen im Vergleich der Bruttomonatsverdienste somit noch nicht gerecht. Zwar sind unter dem Wirtschaftszweig Q die reinen Versorgungsbereiche abgebildet, so dass sowohl die industriellen Vor- und Zulieferbereiche wie auch die gesundheitsrelevanten Dienstleistungen hier anders zugeordnet werden. Allerdings erbringen auch die Bereiche der Gesundheitsversorgung relevante wirtschaftliche Anteile und besitzen mit der Ärzteschaft darüber hinaus hochbezahlte Berufsgruppen. Die Bremer »Tarifgemeinschaft Pflege« hat mit dem ersten gemeinsamen Tarifvertrag für die Pflege in Bremen erste Wege beschritten und gute Erfolge erzielt, die Verdienste im Gesundheitswesen anzugleichen und aufzuwerten. Diese Entwicklung kann und soll dazu beitragen, die Verdienstsituation und Attraktivität der Pflegeberufe im Land Bremen zu verbessern und langfristig ein höheres Lohnniveau zu erreichen. Bereits 2015 und 2016 hatte ver.di und die Tarifgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände einen Ausbildungstarifvertrag für die Altenhilfe abgeschlossen mit dem erstmals die Ausbildungsvergütungen zu denen in der Krankenpflege aufschlossen.

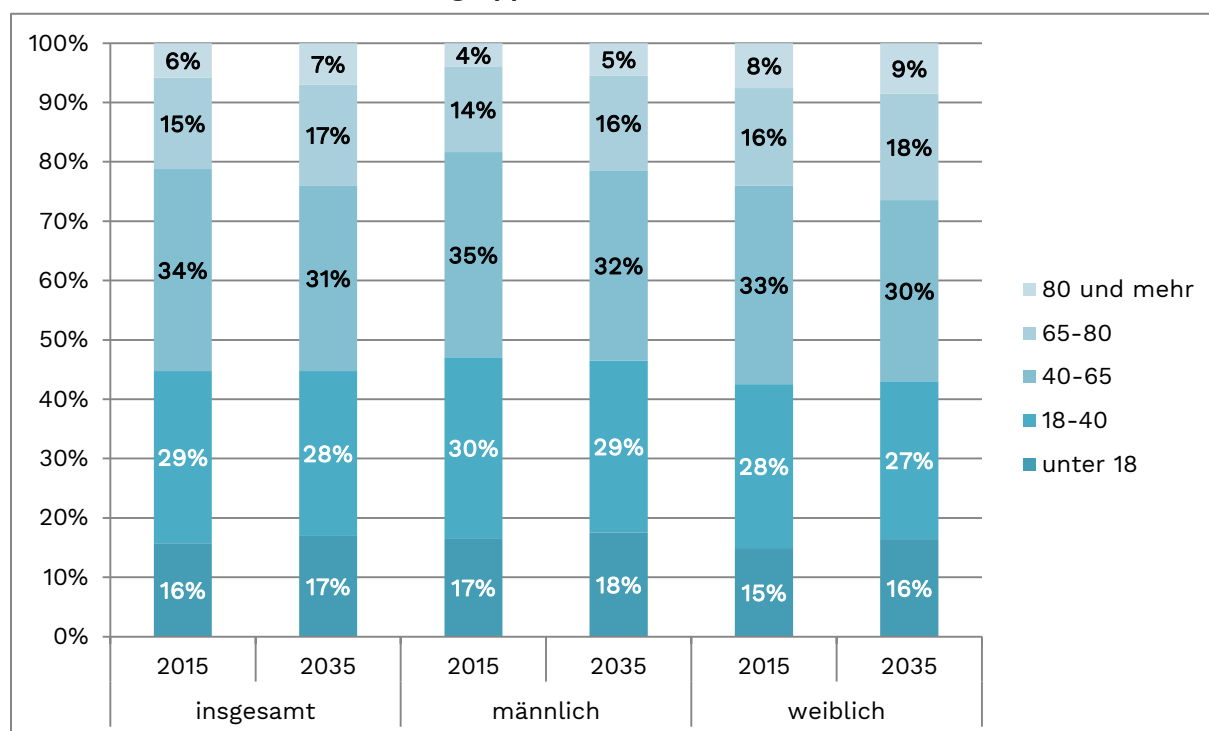
Die sehr guten Tarife für Ausbildungen in der Altenpflege (1. Jahr 1.010,69 / 2. Jahr 1.072,07 / 3. Jahr 1.173,38 – Stand 01.05.2016) wurden zwar nicht für allgemeinverbindlich erklärt. Durch die Erstattung über die Ausbildungsumlage werden diese aber weitgehend auch von nicht-tariflich gebundenen Betrieben gezahlt.



## 4 Bevölkerungsentwicklung und Konsequenzen für die medizinische und pflegerische Versorgung

Der Bevölkerungsstand im Land Bremen wird sich voraussichtlich bis ins Jahr 2035 um wenige Prozentpunkte verändern und von insgesamt 671.489 Personen im Jahr 2015 auf ca. 705.463 ansteigen. Das Statistische Landesamt Bremen prognostiziert, dass die Altersgruppen der 18 bis 40-Jährigen (-0,6 %) und die der 40 bis 65-Jährigen (-3,4 %) sinken werden. Die Gruppe der 18 bis 65-Jährigen in der Gesamtbevölkerung Bremens würde sich dieser Prognose zufolge absolut von 423.191 im Jahr 2015 auf ca. 416.416 Personen im Jahr 2035 (-1,6 %) verringern. Demgegenüber stehen die wachsenden Altersgruppen der 65 bis 80-Jährigen (+15,7 % von 103.587 auf ca. 119.837 Personen) und die der 80-Jährigen und Älteren mit dem höchsten Zuwachs von 26,8 % (von 38.902 auf ca. 49.317 Personen). Diese Daten weisen darauf hin, dass der demografische Wandel auch in Bremen voranschreitet und zukünftig mit einer deutlichen Steigerung bei der Zahl Älterer zu rechnen ist, insbesondere mit Blick auf die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre, die zwischen 2025 und 2040 in die Gruppe der 65-80-Jährigen vorrücken werden. Entsprechend ist mit Blick auf die Jahre nach 2040 mit einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu rechnen, da die geburtenstarken Jahrgänge in die Altersgruppe der über 80-Jährigen vorrücken, für die eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, pflegebedürftig zu werden. Aufgrund der nachrückenden Jahrgänge mit einem geringeren Bevölkerungsanteil ist zu erwarten, dass die Zahl der Pflegebedürftigen nach den 2040er Jahren wieder abnimmt.

**Abbildung 24: Bevölkerungsstand und prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Land Bremen nach Altersgruppen, 2015 und 2035**



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, 2017

Aufgrund der temporären Effekte der Alterung der Bremer Bevölkerung ist auch laut Pflegeinfrastrukturbericht des Landes Bremen eine „vorsorgende Alten- und Pflegepolitik“ zu empfehlen (Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport 2015).

Die Altersgruppe der unter 18-Jährigen im Land Bremen wächst den Daten des Statistischen Landesamtes Bremen zufolge in den kommenden Jahren ebenfalls (+ 13,3 %; von ca. 105.809 auf 119.895 Personen). Die prognostizierte Entwicklung für die Bundesrepublik weist hingegen einen sinkenden Anteil der jungen Bevölkerung unter 18 Jahren von 18 % im Jahr 2015 auf 17,3 % im Jahr 2035 aus. Der Bevölkerungszuwachs in der Altersgruppe unter 18 Jahren im Land Bremen zeigt, dass der demografische Wandel bzw. die Alterung der Bevölkerung geringer ausgeprägt ist als die bundesweite Entwicklung. Im Land Bremen ist zum einen in den nächsten Jahren mit steigenden Geburtenraten zu rechnen, zum anderen ist eine weitere Zuwanderung zu erwarten, die sich ebenfalls überwiegend auf die jüngeren Jahrgänge der unter 18 bis 40-Jährigen erstreckt. Somit sollte neben dem Fokus auf eine vorsorgende Alten- und Pflegepolitik zukünftig auch über präventive Angebote und gesundheitsbezogene Maßnahmen für jüngere Bevölkerungsgruppen nachgedacht und der Rahmen einer integrierten Gesundheitspolitik für jüngere wie ältere Bevölkerungsgruppen geschaffen werden.

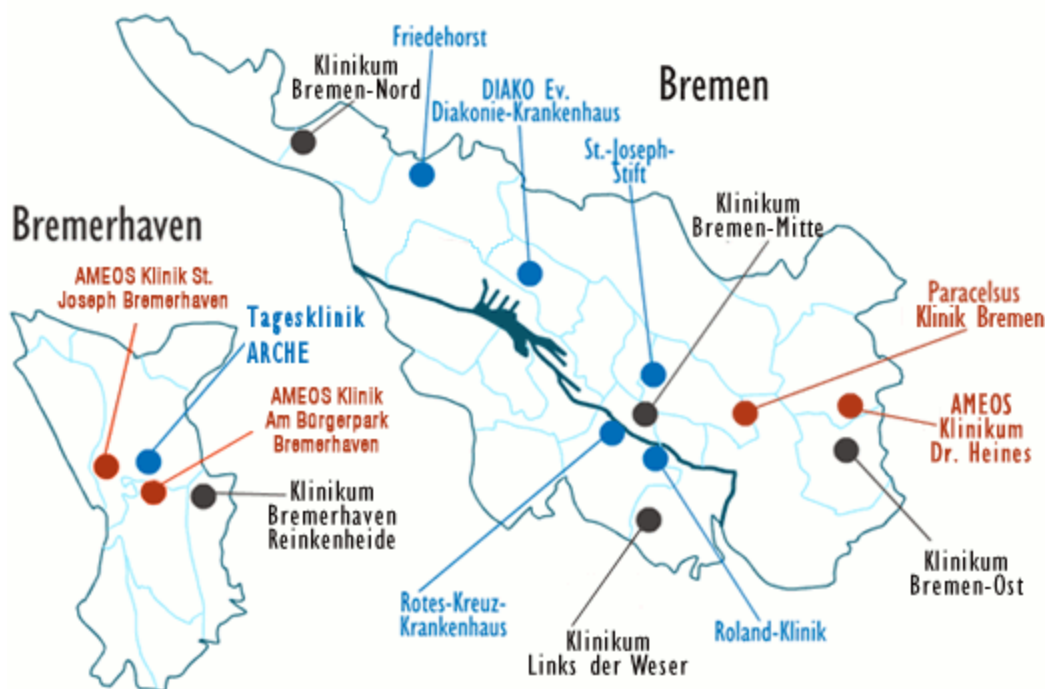
## 5 Gesundheitsversorgung im Land Bremen

Die Gesundheitsversorgung des Landes Bremen wird in den nachfolgenden Kapiteln anhand von Daten sowie landesspezifischen Besonderheiten in den Sektoren der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung sowie Rehabilitation abgebildet. Der Bereich Altenpflege und -hilfe wird in Kapitel 6 gesondert betrachtet.

### 5.1 Krankenhäuser in Bremen – ein Standort mit überregionaler Bedeutung

Im Land Bremen sind insgesamt 14 Kliniken angesiedelt, von diesen liegen vier Kliniken in Bremerhaven sowie zehn Kliniken (exklusive Stiftung Friedehorst) in der Stadt Bremen. Darüber hinaus existieren im Land Bremen zwei Klinikverbünde, welchen jeweils vier Kliniken angehören. Dies sind zum einen der kommunale Klinikverbund Gesundheit Nord (GENO) mit den Kliniken Bremen-Mitte, Bremen-Nord, Bremen-Ost sowie dem Klinikum Links der Weser. Zum anderen umfasst die frei-gemeinnützige Kooperationsgemeinschaft der Freien Kliniken in Bremen das DIAKO Evangelische Diakonie-Krankenhaus, das St.-Joseph-Stift, die Roland-Klinik sowie das Rote Kreuz Krankenhaus. Von allen Krankenhäusern befinden sich vier in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, fünf Krankenhäuser in kommunaler sowie vier in privater Trägerschaft.

Abbildung 25: Übersicht der Krankenhäuser im Land Bremen



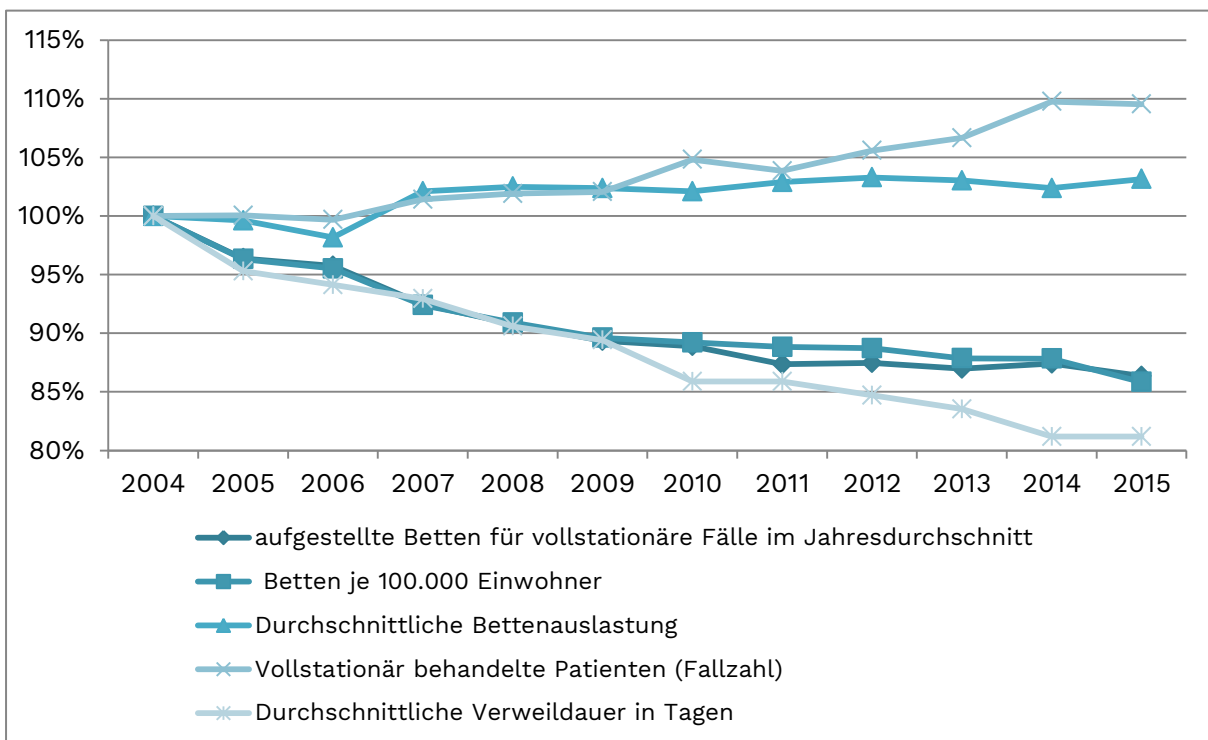
Quelle: Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.

Die Krankenhauslandschaft in Bremen ist somit breit aufgestellt und deckt mit Blick auf die Versorgungsleistungen nahezu die gesamte Versorgungskette ab. Darüber hinaus weisen die Kliniken zahlreiche Spezialisierungen, Zertifizierungen (indikationsbezogene Zertifizierungen sowie in Bezug auf die Rahmenbedingungen, z. B. familienfreundlicher Betrieb, angehörigengerechte Intensivstation etc.) sowie Qualitätssiegel auf.

Das Projekt Bremer Krankenhausspiegel<sup>23</sup> in Zusammenarbeit der Krankenhäuser des Landes Bremen, unterstützt durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, der Ärztekammer Bremen, der Techniker Krankenkasse und der Verbraucherzentrale Bremen, ermöglicht Einblicke in die Arbeit der Krankenhäuser, stellt Informationen zu medizinischen Behandlungen sowie zur Qualität zur Verfügung. Ziel ist es, diese Daten im Sinne eines Informationsportals für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten bzw. die Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen sowie die Qualität der Krankenhausbehandlungen kontinuierlich zu verbessern. Die medizinischen Daten stammen zum Teil aus den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichten, wobei weitere Daten im Rahmen von Qualitätssicherungsprojekten sowie auf freiwilliger Basis von den Kliniken erhoben werden.

Die Entwicklung der Krankenhauslandschaft in den Jahren von 2004 bis 2016 im Land Bremen ist geprägt von steigenden Fallzahlen sowie einer rückläufigen durchschnittlichen Verweildauer (vgl. Abb. 26). Diese Entwicklungsverläufe entsprechen weitgehend dem Bundestrend (vgl. Abb. 27), wobei die durchschnittliche Verweildauer im Land Bremen (von 8,5 auf 6,9 Tage) stärker gesunken ist als im Bundesvergleich (von 8,7 auf 7,3 Tage) und die Zunahme der Fallzahlen im Land Bremen sich nicht wie in der Bundesrepublik kontinuierlich entwickelte, sondern sprunghafte Anstiege zwischen 2009 und 2010 sowie zwischen 2013 und 2014 zu verzeichnen waren (Land Bremen: +10 %, Bundesrepublik: +16 %).

**Abbildung 26: Entwicklung zentraler Krankenhauskennziffern im Land Bremen 2004–2015 (Index: 2004 = 100)**

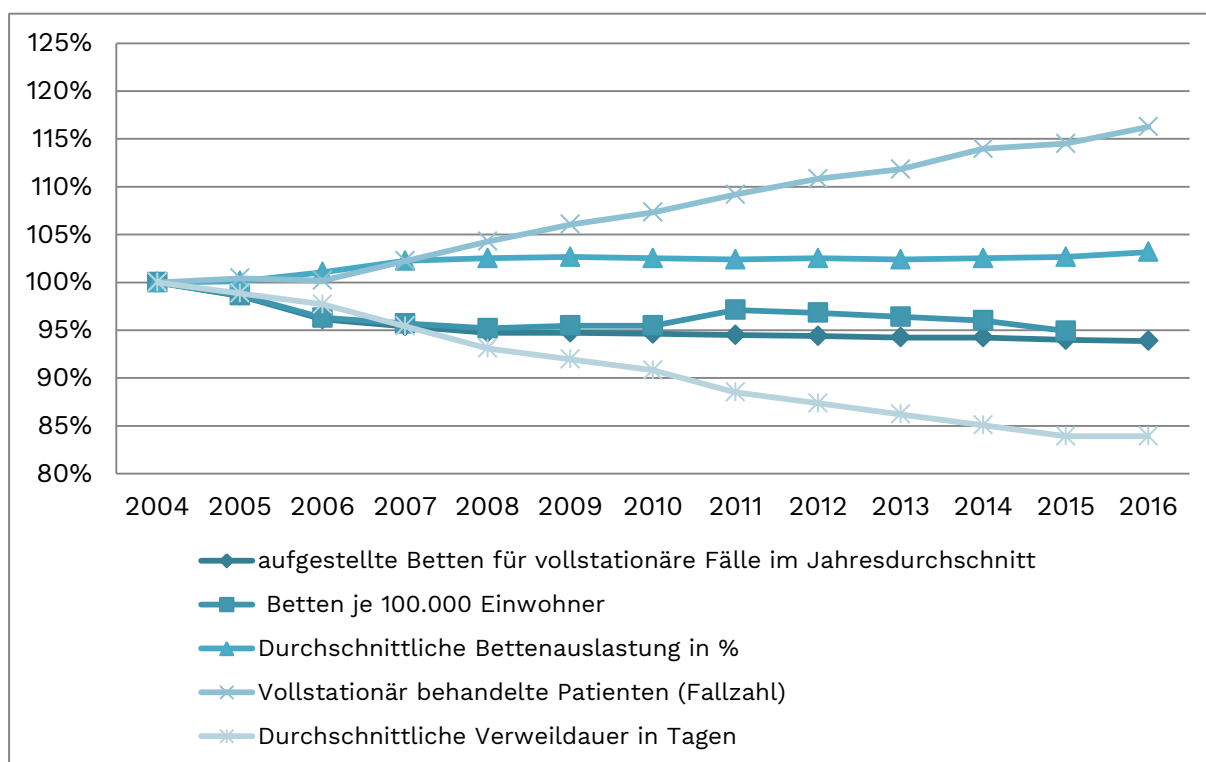


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017

<sup>23</sup> Weitere Krankenhausspiegel existieren in den Bundesländern Hamburg, Brandenburg und Thüringen sowie in der Stadt Hannover.

Darüber hinaus lagen im Land Bremen punktuell leicht sinkende Fallzahlen sowohl zwischen 2005 und 2006 (-717 Fälle) sowie zwischen 2010 und 2011 (-1.882 Fälle) vor. Deutliche Unterschiede zur Entwicklung auf Bundesebene zeigen sich mit Blick auf die aufgestellten Betten für vollstationäre Fälle im Jahresdurchschnitt sowie die Zahl der Betten je 100.000 Einwohner: Hier sind die Zahlen im Land Bremen überwiegend rückläufig (aufgestellte Betten für vollstationäre Fälle im Jahresdurchschnitt: -14 % [-803 Betten], Betten je 100.000 Einwohner: -14 % [-126 Betten]) mit einer stärker abfallenden Tendenz zwischen 2014 und 2015. In dieser Zeit wurden insgesamt 63 Betten in Bremer Krankenhäusern abgebaut. In der Bundesrepublik sind die Bettenzahlen zwar ebenfalls rückläufig, allerdings fiel die relative Veränderung der Bettenzahlen deutlich bescheidener aus, hier war ein Rückgang der Zahl der aufgestellten Betten für vollstationäre Fälle nur um 6 % zu beobachten, die Zahl der Betten je 100.000 Einwohner sank lediglich um 5 %.

**Abbildung 27: Entwicklung zentraler Krankenhauskennziffern in Deutschland 2004-2016 (Index 2004 = 100)**

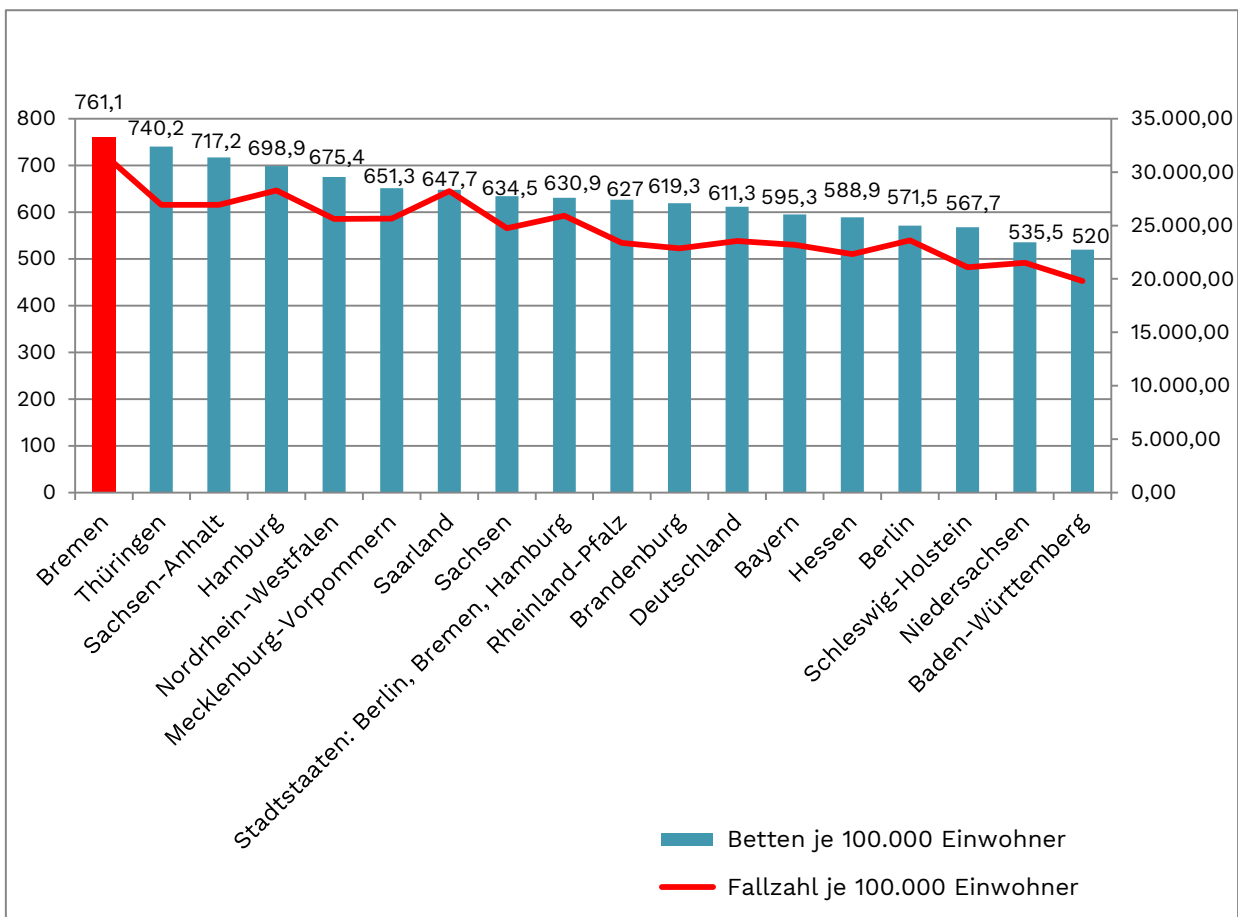


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017

Im Vergleich der Bundesländer besitzt der Krankenhaussektor in Bremen eine auffallend hohe Bettenzahl je 100.000 Einwohner (vgl. Abb. 28). Im Jahr 2015 lag die Zahl der aufgestellten Betten je 100.000 Einwohner bei rd. 761 Betten und somit im Vergleich der Bundesländer am höchsten. Im Bundesdurchschnitt war die Bettenzahl mit rd. 611 Betten je 100.000 Einwohner im Jahr 2015 deutlich geringer. Auch die Fallzahlen je 100.000 Einwohner fielen im Land Bremen mit 31.689 Fällen im Bundesvergleich am höchsten aus (Bundesdurchschnitt: 23.552 Fälle je 100.000 Einwohner). Diese Daten beziehen jeweils die absolute Zahl der Betten bzw. Fälle auf je 100.000 Einwohnern des jeweiligen Bundeslandes, so dass sich für das Land Bremen auf den ersten Blick der Eindruck einer Überversorgung ergeben könnte. Entsprechend ist zu berücksichtigen, dass die Bettenzahl als Indikator nicht hinreicht,

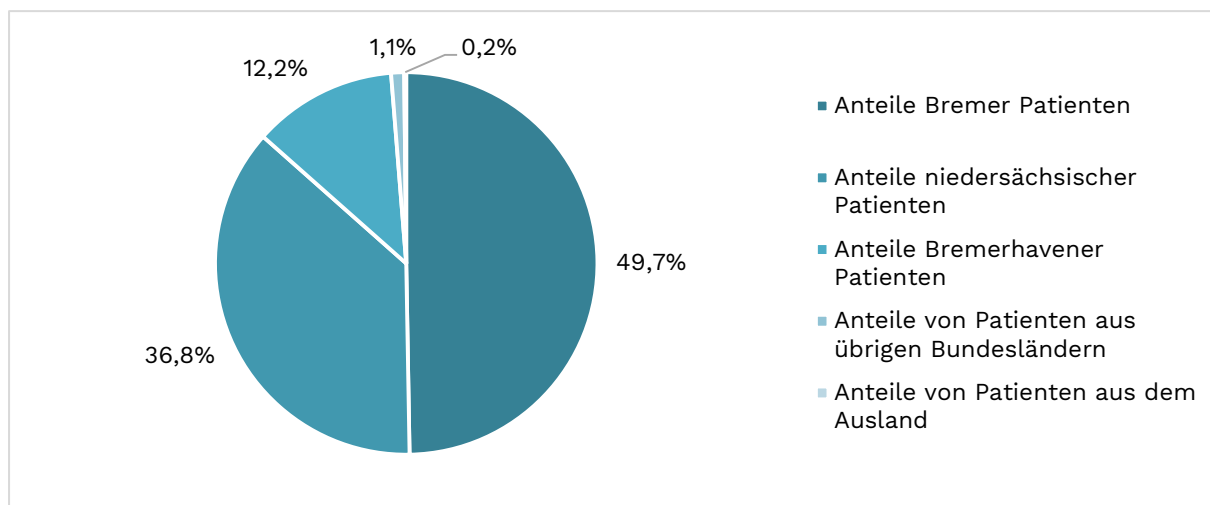
um die Versorgungskapazitäten für die Wohnbevölkerung abzubilden. Die Krankenhausgesellschaft der freien Hansestadt Bremen e. V. argumentiert in diesem Zusammenhang, dass die Versorgungskapazitäten der Bremer Krankenhäuser gemessen an der Wohnbevölkerung Bremens sehr viel geringer ausfallen würden, wenn nicht zusätzliche Kapazitäten für die Mitversorgung des Bremer Umlandes vorgehalten würden. Darüber hinaus lag der Nutzungsgrad der Betten in Bremer Krankenhäusern im Jahr 2016 bei 79,2 % und liegt damit im oberen Drittel im Vergleich der Bundesländer. Entsprechend nimmt das Land Bremen eine wichtige Funktion in der stationären Krankenhausversorgung des Bremer Umlandes ein und gilt als regionales Oberzentrum für (stationäre) medizinische Behandlungen. So wurden im Jahr 2015 insgesamt 205.552 Patientinnen und Patienten in Bremer Krankenhäuser behandelt, allerdings befanden sich darunter lediglich 102.206 Patientinnen und Patienten aus der Stadt Bremen (rd. 50 %) und 25.060 Patientinnen und Patienten aus Bremerhaven (rd. 12 %), während 75.676 Patientinnen und Patienten (rd. 37 %) ihren Wohnsitz in Niedersachsen hatten (vgl. Abb. 29). Die Behandlung von Patientinnen und Patienten aus übrigen Bundesländern bzw. aus dem Ausland sind demgegenüber von geringerer Bedeutung.

**Abbildung 28: Betten und Fallzahlen je 100.000 Einwohner im Vergleich der Bundesländer, 2015**



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berechnung und Darstellung: IAT

**Abbildung 29: Anteile der in Krankenhäusern im Land Bremen behandelten Patientinnen und Patienten nach Wohnort**



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen

Daten zu Bremer Patientinnen und Patienten, die in anderen Bundesländern stationär behandelt wurden, sind zuletzt für das Jahr 2014 verfügbar. In diesem Jahr wurden von 141.117 Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Land Bremen insgesamt 13.699 in anderen Bundesländern behandelt, darunter 8.789 in niedersächsischen Krankenhäusern und 4.910 in Krankenhäusern anderer Bundesländern.

## 5.2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – wachsende Infrastrukturen für die überregionale Versorgung

Die Anzahl der reinen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen hat sich in Bremen seit 2004 von einer Einrichtung im Jahr 2004 auf drei Einrichtungen im Jahr 2014 erhöht. Alle drei Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen liegen in der Stadt Bremen. Darüber hinaus fand in den vergangenen Jahren ein Ausbau der ambulanten Rehabilitation statt, in dessen Zuge auch ambulante Rehabilitationsstrukturen an Krankenhäusern entstanden sind, wie beispielsweise das RehaZentrum Bremen am Klinikum Links der Weser oder das Therapiezentrum für Physikalische Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie am Krankenhaus St.-Joseph-Stift. Somit sind ambulante Rehabilitationsstrukturen auch in Bremerhaven zu verzeichnen: Hier ist vor allem das Rehabilitationszentrum des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide zu nennen. Darüber hinaus unterhält die Stiftung Friedehorst ein Neurologisches Rehabilitationszentrum neben weiteren Pflege- und Betreuungsleistungen.

Trotz der an Krankenhäuser angegliederten Vorsorge- und Rehabilitationszentren ist die Anzahl der aufgestellten Betten in den bremischen stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen den Daten des Statistischen Landesamtes zufolge stark angestiegen: von insgesamt 90 Betten im Jahresdurchschnitt im Jahr 2004 sind es im Jahr 2014 bereits 384 Betten. Parallel stieg auch die Fallzahl der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten: waren es im Jahr 2011 noch 967 Patientinnen und Patienten vervierfachte sich die Zahl fast auf 3.703 Patientinnen und Patienten in vollstationärer Behandlung. Somit stieg auch die durchschnittliche Bettenauslastung von 54,5 % im Jahr 2011 auf 84,5 % im Jahr 2015 an. Die durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) nahm in diesem Zeitraum (dem Bundestrend entsprechend) allerdings ab: von 39,1 Tagen auf 32 Tage. Zu berücksichtigen ist auch der Wohnort der behandelten Patientinnen und Patienten: Kamen im Jahr 2013 noch rd. 63 % der Patienten

tinnen und Patienten aus Bremen, sank diese Zahl bis zum Jahr 2015 auf rd. 51 %. Dies bedeutet, dass im Jahr 2015 fast die Hälfte (rd. 49 %) der aus vollstationären Einrichtungen entlassenen Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern kamen. Bemerkenswert ist dabei die Zahl der Entlassungen im Jahr 2014<sup>24</sup>. Rund 41 % der im Land Bremen versorgten Patientinnen und Patienten hatten ihren Wohnort in Niedersachsen. Dieser Trend verhält sich analog zu den Patientenbewegungen bei den Krankenhausbehandlungen im Land Bremen. Eine untergeordnete Rolle spielten dagegen die in Bremer Rehabilitationseinrichtungen behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland mit lediglich zwei Personen.

### **5.3 Ambulante Versorgung in Bremen – überregionale Versorgungsbedeutung mit guter Versorgungslage und einigen Zukunftsbaustellen**

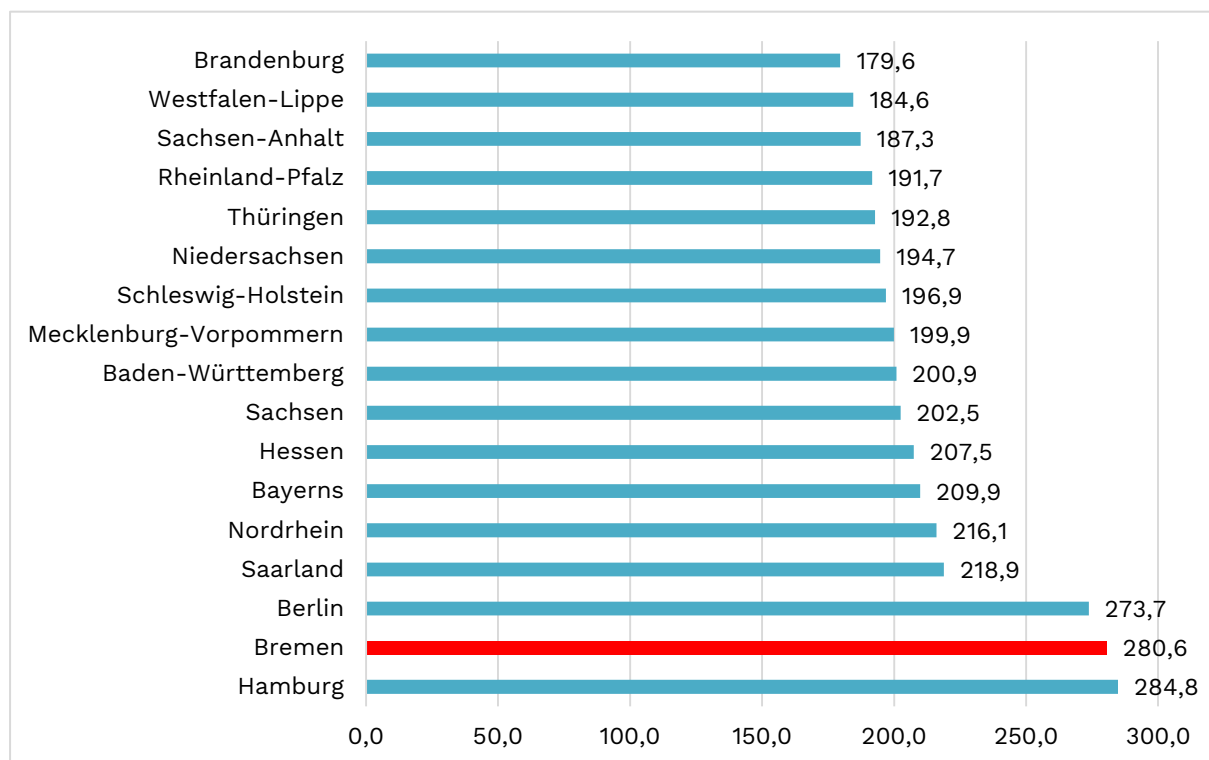
Die Auswirkungen des demografischen Wandels führen zu Spannungsverhältnissen in der ambulanten Versorgung. So steigt durch die alternde Bevölkerung die Nachfrage nach gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung an, während aufgrund von Fachkräfteengpässen in der stationären (respektive Altenpflegerischen) Versorgung sowie in der ambulanten Versorgung – u. a. aufgrund des altersbedingten Rückgangs der Arztzahlen, v. a. im hausärztlichen Bereich – insbesondere lokale Versorgungsengpässe entstehen können. Vor allem ländliche Regionen, die nur eine geringe Bevölkerungsdichte aufweisen, verzeichnen sinkende Praxis- und Ärztezahlen, wobei es auch in Großstädten durch Segregation zu einer Unterversorgung von einzelnen Stadtteilen kommen kann. Vor diesem Hintergrund gilt es, neue Strukturen und Versorgungsmodelle in der ambulanten Versorgung zu finden und mit Blick auf städtische Strukturen eine differenzierte Verteilung von Arztsitzen zu erwägen.

Die beschriebenen Auswirkungen des demografischen Wandels machen sich auch in Bremen bemerkbar. Während die Arztdichte je 100.000 Einwohner über alle Arztgruppen hinweg im Jahr 2014 noch bei 339,3 Ärzten je 100.000 Einwohner lag, sank diese bis zum im Jahr 2016 auf 280,6 Ärzte je 100.000 Einwohner. Im Vergleich der Bundesländer liegt das Land Bremen jedoch hinsichtlich der Arztdichte über alle Arztgruppen hinweg an zweiter Stelle hinter Hamburg und vor Berlin (vgl. Abb. 30).

---

<sup>24</sup> Diese Daten liegen (noch) nicht für das Jahr 2015 vor.



**Abbildung 30: Arztdichte je 100.000 Einwohner im Vergleich der Bundesländer (alle Arztgruppen) 2016**

Quelle: Ärztestatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2016, Darstellung: IAT

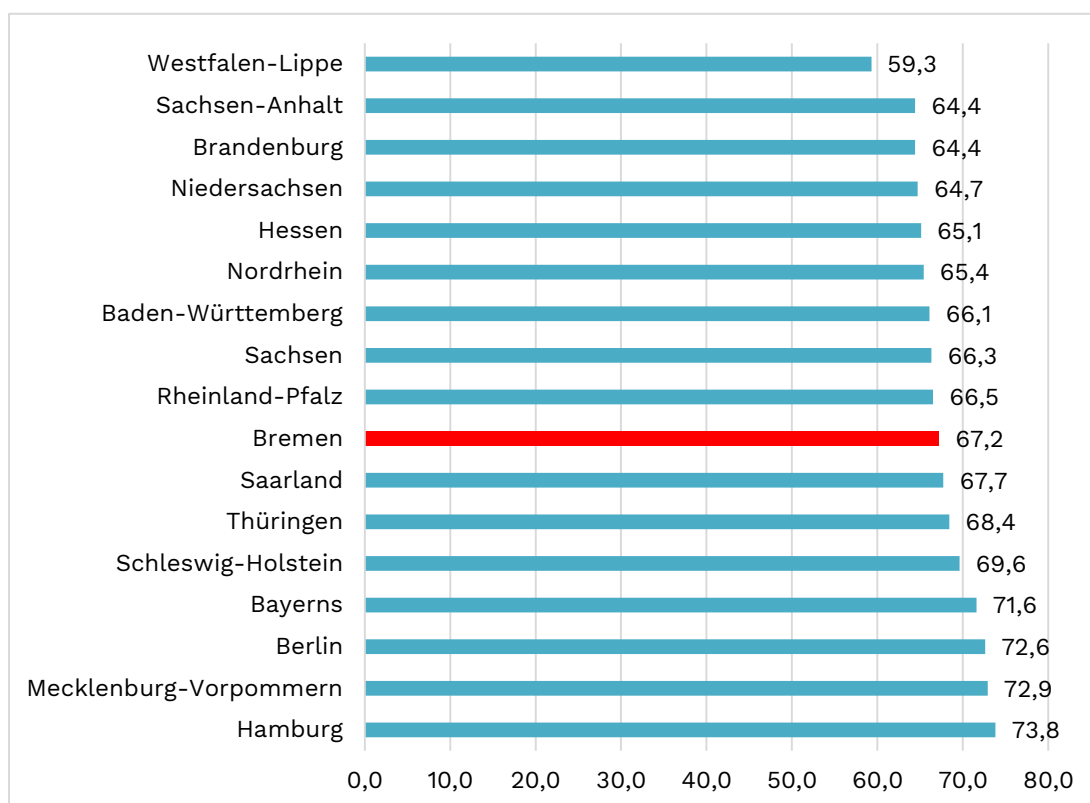
Die hohe Arztdichte in den Stadtstaaten lässt sich anhand der lokal gebündelten, städtischen Strukturen erklären, die – wie auch im Bereich der Krankenhausversorgung gezeigt werden konnte – Versorgungsaufträge für das Umland wahrnehmen. Entsprechend relativiert sich die Versorgungsdichte bezogen auf die Einwohnerzahl, da Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern zur Behandlung in die städtischen Zentren kommen. Dies erklärt auch die höhere Arztdichte über alle Arztgruppen hinweg im Vergleich zu den hausärztlichen Fachgruppen. Während die Stadtstaaten Hamburg und Berlin auch hier weiterhin vorne liegen, liegt die Hausarztdichte im Land Bremen mit 67,2 Ärzten je 100.000 Einwohner im Mittelfeld (vgl. Abb. 31). Die ambulante, ärztliche Versorgung im Land Bremen lässt sich somit als eher fachärztlich geprägte, spezialisierte Versorgungslandschaft beschreiben.

Insgesamt nahmen im Jahr 2016 im Land Bremen 1.144 Ärztinnen und Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil (alle Arztgruppen). Darunter befanden sich 901 fachärztlich tätige Gebietsärztinnen und -ärzte sowie 243 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie praktische Ärztinnen und Ärzte. Hausärztlich (und zum Teil auch fachärztlich<sup>25</sup>) tätig waren im Jahr 2016 im Land Bremen insgesamt 452 Ärztinnen und Ärzte. Die Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte hat in den vergangenen Jahren stetig abgenommen (-53 Ärztinnen und Ärzte seit dem Jahr 2013). Der Rückgang der Arztzahlen betrifft sowohl die fachärztlichen (-44 Ärztinnen und Ärzte seit dem Jahr 2013) als auch die hausärztlichen Fachgruppen (-18 Hausärztinnen und Hausärzte seit dem Jahr 2013). Zuwächse verzeichneten dagegen

<sup>25</sup> Hausärztinnen und Hausärzte werden seit 2009 in der Ärztestatistik ausgewiesen. Diese sind mitunter auch fachärztlich tätig (z. B. Internistinnen und Internisten), so dass sich hier rechnerische Überschneidungen mit den Fachärztinnen und -ärzten ergeben.

die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (+ 25 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten seit dem Jahr 2013). Darüber hinaus gab es einen Anstieg der angestellten Ärztinnen und Ärzte in freien Praxen (+ 47 angestellte Ärztinnen und Ärzte seit dem Jahr 2013), die zwar über eine Kassenzulassung verfügen, jedoch keine eigene Praxis unterhalten. Auch Bundesweit ist ein Trend zur angestellten Tätigkeit in Arztpraxen zu beobachten, zugleich wird ein Zuwachs der Teilzeitarbeit unter den Ärztinnen und Ärzten verzeichnet (vgl. Gesundheitsdaten der KBV 2017<sup>26</sup>).

**Abbildung 31: Arztdichte je 100.000 Einwohner im Vergleich der Bundesländer (Hausärztliche Fachgruppen) 2016**



Quelle: Ärztestatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2016, Darstellung: IAT

Die soziodemografischen Merkmale der Ärzteschaft in den hausärztlichen Fachgruppen (i.d.R. sind dies Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Internistinnen und Internisten sowie praktische Ärztinnen und Ärzte) lassen sich wie folgt beschreiben: Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die über 65 Jahre alt sind und somit im beginnenden Rentenalter, hat sich zwischen 2014 und 2016 deutlich verändert und ist von 8,4 % auf 10,9 % angestiegen. Dies entspricht dem bundesweiten Trend, wobei der Anteil der Ärztinnen und Ärzte über 65 Jahre im Land Bremen im Bundesländervergleich noch mit am niedrigsten liegt (vgl. Tabelle 6). Das Durchschnittsalter der Bremer Hausärztinnen und Hausärzte liegt mit 55,2 Jahren allerdings im oberen Mittelfeld im Vergleich der Bundesländer. Der Anteil weiblicher Hausärzte verweist mit 47,5 % auf ein recht ausgewogenes Geschlechterverhältnis im Land Bremen hin.

<sup>26</sup> <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php>

**Tabelle 5: Kennzahlen der vertragsärztlichen Versorgung im regionalen Vergleich, hausärztliche Fachgruppen 2016**

KV-Region	Anteil weibliche Ärzte in %	Anteil Ärzte >65 Jahre in %	Durchschnittsalter Ärzte	Anteil Vertragsärzte in %	Anteil angestellte Ärzte in %
Baden-Württemberg	40,2	14	55,5	85,9	13,8
Bayerns	39,3	14,6	55,2	85,9	13,8
Berlin	55,3	14,8	55,2	74,8	25,0
Brandenburg	61,3	10	54,8	81,7	18,1
<b>Bremen</b>	<b>47,5</b>	<b>10,9</b>	<b>55,2</b>	<b>84,7</b>	<b>14,2</b>
Hamburg	50,8	11,6	54,3	74,2	25,3
Hessen	42,9	11,6	55,1	85,8	14
Mecklenburg-Vorpommern	55,5	10,1	54	85,2	14,6
Niedersachsen	38,4	13,8	55,1	84,7	15,0
Nordrhein	42,7	11,9	54,8	84,9	14,7
Rheinland-Pfalz	37,7	15,6	55,9	82,9	17
Saarland	38,9	13,8	55,2	82,5	17,5
Sachsen	59	12	54	84	15,8
Sachsen-Anhalt	63,4	10,6	54,5	86,5	13,3
Schleswig-Holstein	41,2	12,2	54,5	83,1	16,4
Thüringen	59,5	12,3	54,6	82,2	17,8
Westfalen-Lippe	35,4	15,1	55,9	87	12,7

Quelle: Ärztestatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2016, Darstellung: IAT

Die Zahl der Arztpraxen im Land Bremen ist in 2016 im Vergleich zum Jahr 2010 um rd. 12 % von 848 auf 744 Praxen gesunken (vgl. Tabelle 7). Mit Blick auf die ärztlichen Praxen ist zu berücksichtigen, dass seit dem Jahr 2012 die psychotherapeutischen Praxen in die Gesamtzahl der Praxen mit eingerechnet werden. Zur Darstellung der ärztlichen Versorgung wurden diese herausgerechnet (vgl. Tabelle 7, Zeile 2). So zeigt sich mit Blick auf die Facharztgruppen sowie Praxistypen, dass sich sowohl die Zahl der hausärztlichen wie auch die der fachärztlichen Einzelpraxen seit dem Jahr 2010 deutlich verringert haben (-38 hausärztliche Einzelpraxen, -46 fachärztliche Einzelpraxen). Die Zahl der Gemeinschaftspraxen im fachärztlichen wie hausärztlichen Bereich ist seit dem Jahr 2010 zwar auch von einem Rückgang gezeichnet, jedoch mit einer geringeren absoluten sowie relativen Entwicklung.

Leichte Zuwächse verzeichneten dagegen die fachärztlichen fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen (+ 4 Praxen), die versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen (+ 3 Praxen) sowie die psychologisch-psychotherapeutischen Einzel- sowie Gemeinschaftspraxen. Angesichts der allgemeinen Zunahme psychischer Erkrankungen in den vergangenen Jahren ist dies eine notwendige Entwicklung. Eine deutliche Zunahme ist seit 2010 auch bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu beobachten: Hier stieg die Anzahl der MVZ im Land Bremen von 11 im Jahr 2010 auf 24 im Jahr 2016. Mit Blick auf das Modell der Gemeinschaftspraxis sind darüber hinaus Ansätze des Strukturwandels von der klassischen ärztlichen Einzelpraxis zur Gemeinschaftspraxis bzw. zur gemeinsamen Organisation in Medizinischen Versorgungszentren zu beobachten. Da der Anteil der angestellten Ärztinnen und Ärzte

über alle Arztgruppen hinweg bei 15,8 % noch recht niedrig liegt (zum Vergleich: Hamburg kommt über alle Arztgruppen hinweg auf einen Anteil von 26,5 % angestellter Ärztinnen und Ärzte), liegt die Vermutung nahe, dass die unternehmerische Verantwortung von den gemeinsam praktizierenden Ärztinnen und Ärzten noch relativ häufig gemeinsam getragen wird.

**Tabelle 6: Ärztlich bzw. psychotherapeutisch geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen im Land Bremen, 2010-2016**

Praxisbezeichnung	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alle Praxen	848	814	794	1.070	1.070	1.067	1.061
Alle Praxen (ohne psychotherapeutische Praxen <sup>27</sup> )	<b>848</b>	<b>814</b>	<b>794</b>	<b>778</b>	<b>774</b>	<b>759</b>	<b>744</b>
Hausärztliche Einzelpraxen	215	194	191	185	186	186	177
Hausärztliche Gemeinschaftspraxen	123	124	119	115	113	110	111
Fachärztliche Einzelpraxen	368	357	346	343	335	328	322
Fachärztliche fachgleiche Gemeinschaftspraxen	132	127	123	119	122	120	117
Fachärztliche fachübergreifende Gemeinschaftspraxen	7	9	11	10	11	10	11
Versorgungsbereichsübergreifende Gemeinschaftspraxen	3	3	4	6	7	5	6
Psychologisch psychotherapeutische Einzelpraxen	.	.	.	280	281	285	291
Psychologisch psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen	.	.	.	12	15	23	26
Medizinische Versorgungszentren	11	18	19	18	20	22	24

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017

Insgesamt ist mit Blick auf die ambulante ärztliche Versorgung ein Rückgang sowohl der Arzt- als auch Praxiszahlen zu verzeichnen, allerdings sind massive Rückgänge der Arzt- und Praxiszahlen aufgrund der auch im ambulanten Bereich vorliegenden überregionalen Versorgungsfunktion Bremens künftig nicht zu erwarten. Dennoch lassen sich einige Felder ausmachen, in denen in den kommenden Jahren mehr Aufmerksamkeit gefragt ist – dies betrifft zum einen die Verteilung der Arztsitze, um lokale Versorgungsengpässe zu vermeiden und zum anderen die Entwicklung des Teilnahmeumfangs der Vertragsärztinnen und -ärzte, da sich die Versorgungsdichte nicht nur an den Köpfen, sondern auch anhand des Versorgungsumfangs pro Arzt bemessen lässt. Darüber hinaus wird es in der Zukunft auch darum gehen müssen, Strukturen der ambulanten Gesundheitsversorgung auch im Zusammenspiel mit den (teil-)stationären sowie pflegerischen Angeboten sowie im Zusammenspiel der ärztlichen Berufsgruppen etwa den mit medizinischen Fachberufen weiter zu denken und zu entwickeln.

<sup>27</sup> Seit 2013 sind psychotherapeutische Praxen Teil der Berichterstattung und werden in die Gesamtzahl der Praxen mit eingerechnet. Um die Entwicklung der ausschließlich ärztlichen Praxen darzustellen, wurden die psychotherapeutischen Praxen in dieser Zeile herausgerechnet.

## 6 Altenpflege und Altenhilfe – auf dem Weg zur Ambulantisierung

Die Situation der Altenpflege im Land Bremen ist – analog zur alternden Gesellschaft im demografischen Wandel – geprägt von einer zunehmenden Zahl der Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfängerinnen und -empfänger innerhalb der vergangenen Jahre. Deren ambulante pflegerische Versorgung im Land Bremen wurde im Jahr 2015 durch insgesamt 112 ambulante Pflegedienste sichergestellt, hiervon waren 91 in der Stadt Bremen angesiedelt, 21 am Standort Bremerhaven. Die Trägerstruktur gliederte sich in 73 privat getragene Pflegedienste sowie 39 frei-gemeinnützig organisierte Dienste. Die Zahl der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten hat sich im Land Bremen stetig erhöht (+63,5 %, +1.921 Beschäftigte seit dem Jahr 2005), im Jahre 2015 waren hier insgesamt 4.946 Personen beschäftigt. Parallel ist auch die Zahl der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen von 5.982 im Jahre 2005 auf 7.130 im Jahr 2015 gestiegen, dies entspricht einem Zuwachs von 21 %. Je Pflegedienst wurden durchschnittlich 63,7 Pflegebedürftige im Jahr 2015 versorgt – auch diese Zahl hat sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich erhöht.

**Tabelle 7: Personal und Pflegebedürftige im Land Bremen 2009-2015**

	2005	2015
<b>ambulante Pflegeeinrichtungen am 15.12.</b>		
Zugelassene Pflegedienste	116	112
Personal insgesamt	3.025	4.946
Pflegebedürftige insgesamt	5.892	7.130
<b>stationäre Pflegeeinrichtungen am 15.12.</b>		
Zugelassene Pflegeheime	86	102
Verfügbare Plätze in Pflegeheimen	6.167	7.571
darunter vollstationäre Dauerpflege	5.853	6.745
Personal insgesamt	4.718	6.372
Pflegebedürftige insgesamt	5.715	6.292
darunter Dauerpflege	5.336	6.003
darunter Kurzzeitpflege	116	289
<b>Pflegegeldempfänger/innen von ausschließlich Pflegegeld am 31.12.</b>		
Pflegegeldempfänger insgesamt	8.699	11.365
<b>Pflegebedürftige (Leistungsempfänger/innen) insgesamt</b>		
Leistungsempfänger insgesamt	20.306	24.787

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen 2017

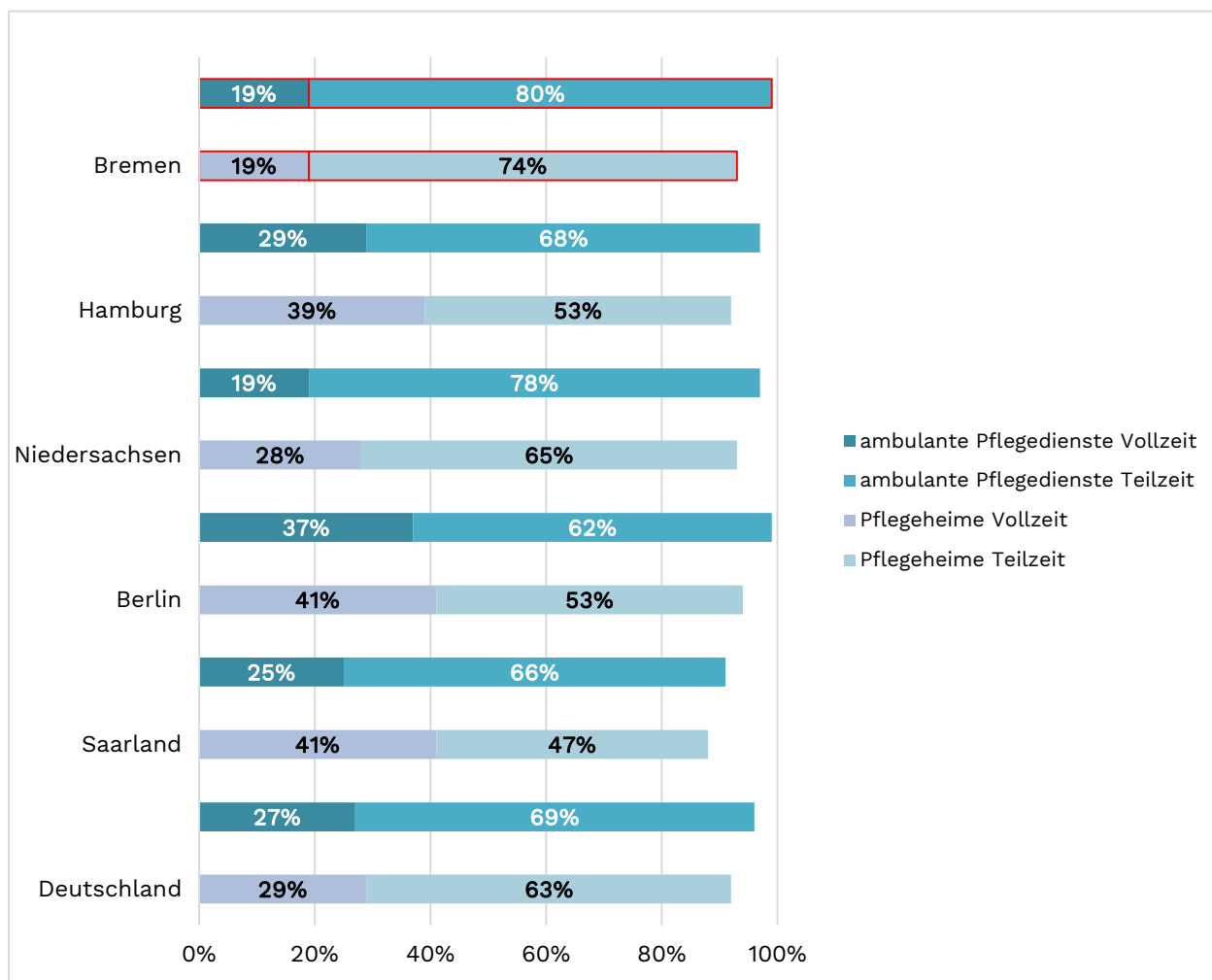
Die stationäre Altenpflege stützte sich auf insgesamt 102 Pflegeheime im Land Bremen mit insgesamt 7.571 Pflegeplätzen im Jahr 2015. In der Stadt Bremen befanden sich 89 stationäre Pflegeeinrichtungen mit 6.447 Pflegeplätzen, die übrigen 13 Pflegeheime lagen in der Stadt Bremerhaven mit 1.124 Pflegeplätzen. Der überwiegende Teil von 57 Pflegeheimen befand sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, während 45 Pflegeheime privatwirtschaftlich organisiert waren. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 6.292 Pflegebedürftige stationär versorgt, deren Zahl in den vergangenen Jahren stetig, wenngleich in geringerem Maße als in der ambulanten Pflege gestiegen ist (+10 % seit 2005). Im Vergleich der pflegerischen Versorgungsstrukturen fällt auf, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanten Pflegeein-

richtungen die Zahl der stationär betreuten Pflegebedürftigen übersteigt. Entsprechend spiegelt sich ein Trend zur Ambulantisierung auch im Bereich der Altenpflege. Zugleich sind die Kapazitäten der Pflegeheime mit Blick auf die verfügbaren stationären Pflegeplätze nicht annähernd ausgereizt (vgl. Tabelle 7; 7.571 Plätze bei 6.292 Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen), während in der Kurzzeit- und Tagespflege Kapazitäten fehlen. Dies betrifft nicht nur die älteren Pflegebedürftigen, sondern trifft insbesondere auch auf die Gruppe der jüngeren Pflegebedürftigen zu (vgl. Rothgang et al. 2017). Als häufigste Leistungsart wird hier die ausschließliche Pflegegeldleistung angegeben, wobei im Interesse der jungen Pflegebedürftigen durchaus auch temporär nutzbare pflegerische Angebote der Kurzzeit- und Tagespflege liegen. Der Pflegebericht 2017 der Barmer GEK (Rothgang et al. 2017) gibt an, dass bundesweit rd. 13 % der jungen Pflegebedürftigen die Tagespflege nutzen, während rd. 20 % tagespflegerische Angebote temporär nutzen möchten. Die Kurzzeitpflege wird bundesweit von rd. 9 % der jungen Pflegebedürftigen genutzt, wobei rd. 20 % Interesse hieran bekunden. Hierbei ist jedoch nicht allein die Quantität der Angebote entscheidend, sondern eine altersgerechte Gestaltung von Pflegeangeboten, die sich auch an jüngere Zielgruppen richtet.

Mit Blick auf die zunehmende Ambulantisierung pflegerischer Versorgung ist somit ein Ausbau und eine zielgruppengerechte Angebotsgestaltung eine wichtige Voraussetzung. Ein Überangebot der stationären Altenpflege ist auch bereits in den vergangenen Jahren zu beobachten gewesen. Mit Blick auf die personellen Kapazitäten ist allerdings eine höhere Personalausstattung im stationären Bereich vorzufinden, die ebenfalls in den vergangenen Jahren zugenommen hat (+ 35 % seit 2005). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Angaben zu den Beschäftigten um Köpfe, nicht um Vollzeitäquivalente handelt. In den ambulanten Pflegeeinrichtungen in Bremen wurde im Jahr 2015 eine Zahl von 3.150 Vollzeitäquivalenten geschätzt, in der stationären Pflege lag die Schätzung bei 4.460 Vollzeitäquivalenten.

Entsprechend sind sowohl in der stationären Pflege als auch in der ambulanten Pflege sehr hohe Anteile an Teilzeitarbeit zu verzeichnen (vgl. Abb. 32). Dies betrifft nicht nur das Land Bremen, sondern ist ein bundesweiter Trend. Allerdings ist die Teilzeitarbeit im Bundesländervergleich im Land Bremen mit einem Anteil von 80 % Teilzeitbeschäftigten in der ambulanten Pflege und 74 % Teilzeitbeschäftigten in der stationären Pflege besonders hoch ausgeprägt. Somit ist zum einen zwar ein Trend zur Ambulantisierung zu beobachten, zum anderen jedoch eine hoch flexibilisierte Personalausstattung, die mit hohen Kapazitäten, jedoch sehr hohen Teilzeitanteilen arbeitet. Hohe Teilzeitanteile sind in der Altenhilfe zwar nicht ungewöhnlich, wie auch der Vergleich mit anderen (ausgewählten) Bundesländern zeigt (vgl. Abb. 32). Allerdings geht Teilzeitarbeit in diesem Sektor häufig auch auf unfreiwillig reduzierte Arbeitszeitanteile (unfreiwillige Teilzeit z. B. aufgrund betrieblicher Strategien, Teilzeitbeschäftigte flexibler einsetzen zu können) oder auf hohe körperliche bzw. psychische berufliche Belastungen sowie Arbeitsverdichtung zurück (freiwillig-unfreiwillige Teilzeit) (vgl. auch Becka et al. 2016b). In diesen Zusammenhängen zeichnen sowohl unattraktive Arbeitsbedingungen als auch betrieblich-organisatorische Gründe für hohe Teilzeitanteile verantwortlich. Ansatzpunkte für die Erhöhung von Arbeitszeitanteilen wären demzufolge bessere Arbeitsbedingungen sowie betriebliche Möglichkeiten, mehr freiwillige Vollzeitarbeit über verlässliche Arbeitszeitmodelle zu realisieren.

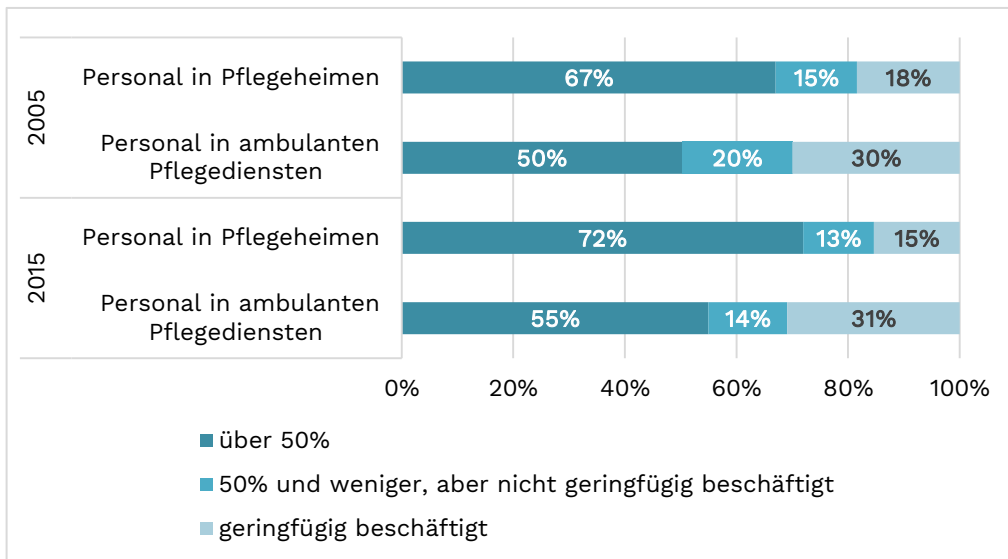
**Abbildung 32: Arbeitszeitanteile Beschäftigter in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich ausgewählter Bundesländer, 2015**



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017, Pflegestatistik

Die Teilzeitbeschäftigung in der Altenpflege lässt sich anhand der Pflegestatistik weiter herunterbrechen und detaillierter beschreiben. Hier zeigt sich, dass die Teilzeitanteile bei der Mehrheit der Beschäftigten über 50 % eines Vollzeitverhältnisses liegen (stationäre Pflege: 72 % im Jahr 2015; ambulante Pflege: 55 % im Jahr 2015). In den vergangenen Jahren seit 2005 sind diese zudem angestiegen, während die unter 50 % liegende Teilzeitbeschäftigung sowohl in den ambulanten als auch in den stationären Pflegeeinrichtungen rückläufig waren. Leicht gestiegen ist allerdings die geringfügige Beschäftigung in der ambulanten Pflege. Dennoch relativiert sich das Bild der hohen Teilzeitanteile in der Altenpflege, wobei allerdings durch die Pflegestatistik keine Aussagen über die genauen Arbeitszeitanteile (z. B. wie viele Beschäftigte auf 75 %-Stellen arbeiten) getroffen werden können.

**Abbildung 33: Teilzeitbeschäftigung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nach Arbeitszeitanteilen im Land Bremen, 2005/2015**



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017, Pflegestatistik

Auffällig ist, dass sich die Anteile der Teilzeitbeschäftigung über 50 % zwischen ambulanter und stationärer Pflege deutlich unterscheiden. In der ambulanten Pflege arbeiten 55 % der Beschäftigten über 50 %, zugleich sind mit 31 % die höchsten Anteile geringfügiger Beschäftigung im Jahr 2015 zu verzeichnen. Allerdings ist hier auch die Entwicklung der Vollzeitbeschäftigung seit 2005 zu berücksichtigen: hier konnte die ambulante Pflege im Land Bremen ein deutliches Beschäftigungsplus von 280 Vollzeitbeschäftigten verzeichnen. In der stationären Pflege wurden dagegen im gleichen Zeitraum 122 Vollzeitstellen abgebaut bzw. in Teilzeitstellen umgewandelt.



## 7 Innovationsfelder und Innovationschancen der Gesundheitswirtschaft in Bremen

Die für Bremen relevanten Zukunftsfelder werden nachfolgend anhand der Ergebnisse aus den Experteninterviews beschrieben. Hierbei werden sowohl aktuelle Trends der allgemeinen Entwicklung in den Themenfeldern beschrieben als auch die Entwicklungen im Land Bremen. Diese werden zu Gestaltungsherausforderungen und -chancen verdichtet, die für eine gesellschaftliche und politische Aktivierung der themenfeldbezogenen Potenziale in Handlungsempfehlungen übersetzt werden.

### 7.1 Fachkräftesicherung und Qualität der Arbeit

#### Fachkräftesicherung und Qualität der Arbeit als zentrale Gestaltungsfelder

Sowohl »Fachkräftesicherung« als auch die »Qualität der Arbeit« sind mehrdimensionale Handlungsfelder, die gleichwohl enorme wechselseitige Bezüge haben. Das Handlungsfeld »Fachkräftesicherung« zielt auf Strategien und Maßnahmen, die auf die Passung von Angebot und Nachfrage von *Fach- und Arbeitskräften* als eine wesentliche Bedingung für die Branchenentwicklung in der Gesundheitswirtschaft abzielen. Dies kann über mehrere Wege erfolgen: durch die Ansprache und Gewinnung neuer Zielgruppen des Arbeitsmarktes, durch spezifische Maßnahmen vorberuflicher Bildung, durch Maßnahmen der arbeitsplatznahen Nachqualifizierung oder durch die Anpassung von Ausbildungskapazitäten und Ausbildungsinhalten an den prognostizierten quantitativen und qualitativen Arbeits- und Fachkräftebedarf. »Fachkräftesicherung« adressiert zudem die betriebliche und arbeitsplatznahe Personalentwicklung. Ziel ist es, berufliche Qualifikationen und Kompetenzen der Beschäftigten einerseits an neue und veränderte berufliche und betriebliche Anforderungen in Arbeitsprozessen und Arbeitsinhalten anzupassen. Andererseits gilt es, die berufliche Fachlichkeit der Beschäftigten als Ausgangspunkt für die Entwicklung praxistauglicher Lösungen der soziotechnischen Gestaltung »Guter Arbeit« zu nehmen. Ausgehend hiervon zielen Strategien der Fachkräftesicherung auf Aktivitäten betrieblicher Fachkräftebindung mittels Arbeitsqualität, um einer ungewollten und vorzeitigen Abwanderung von Arbeits- und Fachkräften zwischen Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, aber auch in andere Branchen zu begegnen. Die »Qualität der Arbeit« und Strategien der Fachkräftesicherung und Fachkräftebindung können sich wechselseitig befördern oder hemmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die »Qualität der Arbeit«, ihre objektiven Rahmenbedingungen und subjektiven Bewertungen durch die Beschäftigten keine Konstanten sind. Denn die Ansprüche der Beschäftigten, ihre Erwartungen an die Gestaltung »Guter Arbeit« verändern sich mit wahrgenommenen Berufschancen, mit technologisch-organisatorischen Veränderungen im Arbeitsprozess, mit Erwartungen hinsichtlich Anerkennung und Leistungsgerechtigkeit oder mit neuen Ansprüchen von Patienten/Klienten etc. in Dienstleistungsprozessen. Unterschiedliche Dimensionen, Handlungsfelder und Einflussfaktoren konstituieren damit dieses überaus komplexe Handlungsfeld. Zentrale Bezugspunkte sind Arbeitssicherheit und Gleichstellung, Einkommensbedingungen und Arbeitgeberleistungen, die Arbeits(zeit)organisation, betriebliche Beschäftigungssicherheit und betriebliche Sozialleistungen, die individuelle Beschäftigungsfähigkeit und die Möglichkeit zur Qualifizierung und Weiterbildung, motivierende Teamarbeit und Arbeitsgestaltung sowie die Qualität der Arbeitsbeziehungen (Crößmann/Günther/Marder-Puch 2017). Eine der zentralen Herausforderungen der Zukunft besteht darin, diese Bezugspunkte der »Qualität der Arbeit« in ihrer Relevanz, Dynamik und Erreichbarkeit für unterschiedliche Beschäftigtengruppen neu zu vermessen und sie für entwicklungsorientierte arbeitspolitische Normsetzungsprozesse greifbar zu machen.

### »Faktor Arbeit« als kritischer Versorgungs-, Gestaltungs- und Erfolgsfaktor

Der »Faktor Arbeit« ist für die künftige Entwicklung der Gesundheitswirtschaft *der* neuralgische Punkt. Insbesondere die personenbezogenen Dienstleistungsfelder der Gesundheitswirtschaft, die stationäre Krankenhausversorgung, die stationäre und ambulante Altenpflege, die Altenhilfe und die teilhabeorientierte Quartiersarbeit sind personalintensiv. Hier bedingen sich »Qualität der Arbeit« und die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und Fachkräftebindung wechselseitig. Auf vielen regionalen Arbeitsmärkten sind qualifizierte Fach- und Arbeitskräfte mittlerweile knapp. Der »Faktor Arbeit« ist nicht nur ein Kostenfaktor, sondern gerade in den personalintensiven Dienstleistungssegmenten der Gesundheitswirtschaft ein quantitativer und qualitativer Versorgungs-, Gestaltungs- und Erfolgsfaktor. In quantitativer Hinsicht geht es darum, hinreichend Arbeits- und Fachkräfte für die anstehenden Versorgungsaufgaben vorhalten zu können. In qualitativer Hinsicht sind die erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen der Beschäftigten und ihre Möglichkeiten, diese in Arbeits- und Innovationsprozesse auch einbringen zu können, zentrale Qualitätsfaktoren. Eine Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit (BA) für das Land Bremen im Jahr 2017 zeigte:

*Schon in der Gesundheits- und Krankenpflege kommen hier [in Bremen, Anm. d. Verf.] lediglich 44 Bewerber auf 100 Stellen. Die Vakanzzeit ist dementsprechend noch um 27 Tage länger als im Bund: 159 Tage bleibt eine solche Fachkraftstelle in Bremen im Durchschnitt unbesetzt. Gravierender ist die Situation in der Altenpflege. Im Jahr 2016 waren durchschnittlich 138 sozialversicherungspflichtige Arbeitsstellen für Fachkräfte gemeldet bei einem Bestand von lediglich 37 entsprechend qualifizierten Arbeitslosen. Somit kommen im Schnitt auf 100 Arbeitsstellen 26 Arbeitslose. Die Vakanzzeit liegt bei 227 Tagen. Das ist der höchste Wert aller registrierten Berufsgruppen! Gegenüber dem Vorjahr ist dies noch mal ein Plus von 78 Tagen. Die Vakanzzeit Altenpflege liegt also um 68 Tage über der schon hohen Vakanzzeit Gesundheits- und Krankenpflege. (Heyduck 2017: 65)*

In den patientennahen und interaktiven Berufsfeldern der Gesundheitswirtschaft, vor allem in den Pflegeberufen, sind akute Fachkräfteengpässe oder gar ein Fachkräftemangel längst an der Tagesordnung. In den personalintensiven Kernbereichen des Gesundheitswesens ist der »Faktor Arbeit« mit Personalanteilen von rund 60 bis 75 Prozent der größte betriebswirtschaftliche Kostenfaktor. Unternehmerische Wettbewerbsfähigkeit in der Gesundheitswirtschaft kann primär über Kosten- und Qualitätsvorteile erzielt werden. Beide Dimensionen gilt es gleichwertig und gleichrangig im Blick zu halten. Einseitige Kostenvorteile zu Lasten der Versorgungs- und Arbeitsqualität sind ebenso wenig zielführend, wie die Unwirtschaftlichkeit der Leistungserstellung. Ausgehend hiervon stellen die lokale Verfügbarkeit von Arbeits- und Fachkräften ebenso wie die Einsatz-, Anwendungs- und Refinanzierungsbedingungen des Personals für die Dienstleistungs*verfügbarkeit* und Dienstleistungs*qualität*, für die »Qualität der Arbeit« und für unternehmerische Entwicklungsperspektiven in der Gesundheitswirtschaft fördernde oder limitierende Rahmenbedingungen dar.

### Fachkräftemangel in sozialen Gesundheitsdienstleistungsberufen - Auch ein Problem für die Innovationsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft

Akute Personalengpässe und Herausforderungen der Arbeitsqualität sind aber längst nicht mehr nur ein Problem personalintensiver Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft. Diese Sicht greift aus wirtschafts- und arbeitspolitischer Perspektive zu kurz. Zudem wird dies weder den gewandelten Anforderungen gesundheitswirtschaftlicher Unternehmen in der Praxis, noch den realen Wertschöpfungsbezügen zwischen Einrichtungen des Kernbereichs, der Vorleistungs- und Zulieferindustrie gerecht. Denn auch Un-

ternehmen der industriellen Gesundheitswirtschaft, etwa in den Feldern Medizintechnik, IT-Industrie, Heil- und Hilfsmittelindustrie oder in den technikorientierten Dienstleistungssegmenten, sind auf die Verfügbarkeit qualifizierter Fach- und Arbeitskräfte im eigenen Unternehmen und bei den personalintensiven Partnerunternehmen angewiesen. Die Veränderung von Innovationsbezügen wird aktuell mit verschiedenen Zugängen diskutiert: hybride Wertschöpfung, interaktive Wertschöpfung oder neue Formen co-kreativer Wertschöpfung. Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass sie auf den Bedeutungsgewinn *integrierter Produkt-/Dienstleistungsinnovationen in der Gesundheitswirtschaft, auf neue Rollen von Professionellen, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen im versorgungsbezogenen Innovationsprozess sowie auf neue Wege des (technikgestützten) Zusammenspiels in neuen produktivitätsorientierten Versorgungs- und Arbeitsprozessen* hinweisen. Neue Entwicklungs- und Transferpartnerschaften personalintensiver Dienstleistungsunternehmen mit industriellen Forschungs- und Entwicklungspartnern aus Zuliefer- und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft gewinnen an Bedeutung. Damit solche Innovationsmilieus und Innovationsallianzen für die Praxis nachhaltig realisiert werden können, sind berufsfachliche Kompetenzen, erweiterte personelle Kapazitäten und zeitliche Ressourcen gerade auch für personalintensive Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitswirtschaft jenseits des üblichen Alltagsgeschäfts notwendig. Pflegefachkräftemangel, Engpässe bei medizinischem und therapeutischem Personal oder bei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sind somit nicht mehr ausschließlich ein Problem eben dieser Teilbranchen, sondern in der Perspektive beeinflussen sie auch die Innovationsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft insgesamt. Die Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse in den personalintensiven Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft, die Verdienstmöglichkeiten und Entwicklungsperspektiven der dort Beschäftigten werden vor dem Hintergrund veränderter Wertschöpfungsbezüge in der Gesundheitswirtschaft auch zum kritischen Erfolgs- und Entwicklungsfaktor vor- und nachgelagerter Unternehmen in der Wertschöpfungskette. Und *vice versa*: Um künftig eine berufsfachlich fundierte, bedarfsorientierte und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können, sind auch für die personalintensiven Beschäftigungsfelder der Gesundheitswirtschaft Innovationsimpulse aus anderen Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft und aus anderen Wirtschaftsbranchen sinnvoll.

### **Ökonomie, Qualität, Ökologie – Gesellschaftliches und wirtschaftliches Potenzial von Gesundheitsarbeit im Wandel**

Die Gesundheitswirtschaft befindet sich in einem Transformationsprozess, der durch unterschiedliche, gleichwohl parallele Entwicklungen beeinflusst wird. Zum einen konkretisiert sich der Strukturwandel von Wirtschaft und Beschäftigung im wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Bedeutungsgewinn der Gesundheitswirtschaft. Zum anderen ändern sich Inhalte, Produktivitäts- und Organisationsanforderungen des Leistungsgeschehens. So müssen Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung gesundheitswirtschaftlicher Unternehmen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, veränderter Morbiditätsstrukturen vor Ort, abnehmender familiärer Hilfefpotenziale oder neuer gesetzlicher Rahmenbedingungen der Versorgungsgestaltung und Refinanzierung realisiert werden. Aus unternehmerischer Sicht müssen diese Herausforderungen in marktlich-wettbewerblichen Umwelten bearbeitet und gestaltet werden. Auch Wirtschaftsbranchen jenseits der Gesundheitswirtschaft sind mit Blick auf *ihre* Beschäftigungsstrategien und die Qualität *ihrer* Arbeit auf eine leistungsfähige gesundheitswirtschaftliche Infrastruktur mit ihren Optionsgütern angewiesen. Zunehmend mehr berufstätige Menschen in Deutschland pflegen beispielsweise Angehörige und der Anteil vollzeitbeschäftigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit familiären Pflegeaufgaben steigt. Rund jede/-r elfte Beschäftigte in Deutschland trägt neben seiner Berufstätigkeit auch Verantwortung für eine oder mehrere pflegebedürftige Person/-en (DGB-Index Gute Arbeit 2/2018). Die mangelnde Vereinbarkeit pflegerischer Aufgaben mit dem

Beruf ist für die Wirtschaft generell ein relevanter Kostenfaktor (Schneider et al. 2011). Ausgehend hiervon gewinnen Infrastrukturen und Dienstleistungen der Prävention, Rehabilitation, Pflege und Betreuung auch für Wirtschaftsbranchen jenseits der Gesundheitswirtschaft an Relevanz. Und schließlich unterliegt der »Faktor Arbeit« in der Gesundheitswirtschaft in seinen Einsatz- und Anwendungsbedingungen selbst einem Wandel. Hierzu zählen beispielsweise neue Grundlagen und Möglichkeiten der beruflichen Bildung (u. a. Generalistik, (akademische) Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote) sowie veränderte Wertorientierungen, Interessen und Anerkennungsansprüche von Beschäftigten (Evans/ Kerber-Clasen 2017).

Trotz ihres gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedeutungsgewinns gibt es in den sozialen Dienstleistungsberufen viele befristete Arbeitsverhältnisse und unfreiwillige Teilzeitarbeit (Becka et al. 2016b; Bogai et al. 2015). Darüber hinaus prägen Automation, digitale Technologien und Verknüpfungen beider auch in den personalintensiven Bereichen der Gesundheitswirtschaft zunehmend die Arbeitswelt (Bleses/ Busse 2017; Bräutigam et al. 2017; BGW 2017). Und schließlich wirken arbeitsrechtliche Regulierungen (z. B. Mindestlohn, Novellierung der Arbeitnehmerüberlassung, Regelungen zur Befristung von Arbeitsverträgen) und die Qualität der Arbeitsbeziehungen (Evans 2016) auch auf die Ausgestaltung betrieblicher Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse. Der Strukturwandel der Wirtschaft, der Beitrag der Gesundheitswirtschaft zur gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Transformation ebenso wie der Strukturwandel der Gesundheitswirtschaft selbst rücken den »Faktor Arbeit« somit in den Mittelpunkt gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Transformationsprozesse. Mit Blick auf die »Qualität der Arbeit« gewinnen angesichts der knappen Ressourcen sozial und ökologisch nachhaltige Entwicklungsstrategien auch für die Gesundheitswirtschaft an Bedeutung (Genster 2018).

### **Nachhaltige Strategie für Branchenentwicklung in der Gesundheitswirtschaft braucht arbeitspolitische Weichenstellung**

Ein zentrales Problem branchenorientierter und integrierter Entwicklungsstrategien in der Gesundheitswirtschaft ist ihre Verortung in unterschiedlichen Politikfeldern. Aus *Perspektive der Wirtschaftspolitik* ist das Verhältnis von Staat und Wirtschaft konstituierend. Hier ist zu fragen, wie und unter welchen Voraussetzungen im Zusammenspiel von Staat und Wirtschaft der Standort Bremen für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft so gestaltet werden kann, dass die Entwicklung der Unternehmen gefördert, die Fachkräftenachfrage eingelöst, Innovationen unterstützt und der Wirtschaftsstandort Bremen im Feld Gesundheitswirtschaft profiliert und gestärkt werden kann. Mit der Gesundheitswirtschaft gewinnen Arbeits- und Beschäftigungsfelder an Bedeutung, in denen die Anwendungs- und Einsatzbedingungen von Arbeit einerseits in erheblichem Umfang staatlich reguliert sind, und die andererseits zur Staatsentlastung im Feld gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen und zur wirtschaftlichen Entwicklung beitragen. Mit dem gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Bedeutungsgewinn der Gesundheitswirtschaft ist das Verhältnis und das Zusammenspiel von Wirtschaftspolitik, Gesundheitspolitik und Arbeitspolitik neu zu bestimmen. Aus *Perspektive der Arbeits- und Beschäftigungspolitik* standen bislang primär regulierende und korrigierende Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität der Arbeit im Mittelpunkt. Darüber hinaus fokussiert die Arbeitspolitik handlungsleitende Orientierungen und Maßnahmen, die dazu beitragen können, über Normsetzung die Voraussetzungen für »Gute Arbeit« in der Gesundheitswirtschaft zu schaffen. Aufgrund der skizzierten Personalintensität, hybrider Wertschöpfungsbezüge und der Notwendigkeit einrichtungübergreifender Entwicklungspartnerschaften für »Gute Arbeit« erweitern sich Funktion und Reichweite der Arbeitspolitik in der Gesundheitswirtschaft: Nicht mehr allein ihre regulierende oder korrigierende Funktion, sondern ihr *transformatives und gestal-*

*tendes Potenzial* für nachhaltige Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse im Strukturwandel der Wirtschaft insgesamt rücken ins Zentrum.

### Gestaltungsherausforderungen und Gestaltungschancen für Bremen

Das Land Bremen ist mit Blick auf seine Krankenhaus- und Pflegeleistungen ein **Standort mit hoher Zentralität und überregionaler Versorgungsrelevanz**. Bremen verfügt im Bundesländervergleich, gemessen an der Gesamtbevölkerung, über hohe Beschäftigungsanteile in der Gesundheitswirtschaft. Die Daten zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung weisen für den Standort insbesondere hohe Anteile sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in den personenbezogenen und personalintensiven Dienstleistungsfeldern der Gesundheitswirtschaft aus. Bremen ist als Standort der Gesundheitswirtschaft vor allem in den klassischen Versorgungsbereichen sowie in ausgewählten benachbarten Dienstleistungsfeldern (u. a. Dienstleistungstechnologien, Wohnen im Alter) profiliert. Die Datenanalysen weisen darüber hinaus auf den Bedeutungsgewinn geringfügiger Beschäftigung sowie auf hohe Anteile an Teilzeitbeschäftigung hin. Zudem wurde deutlich, dass die industriellen Bereiche der Gesundheitswirtschaft in Bremen zwar in den vergangenen Jahren deutliche Beschäftigungszuwächse verzeichnen konnten. Gleichwohl ist die industrielle Gesundheitswirtschaft mit Blick auf ihre Wirtschafts- und Beschäftigungspotenziale bislang noch unterausgeschöpft. Die Interviews mit Branchenexperten haben gezeigt, dass eine zentrale Herausforderung für Bremen künftig in Strategien zur Fachkräftesicherung sowie in der Entwicklung vernetzter, ambulanter und zugehender Versorgungsangebote liegt. *Mit Blick auf die versorgungs- und pflegepolitischen Herausforderungen und die aktuelle Fachkräftesituation in zentralen gesundheitswirtschaftlichen Berufsfeldern im Land Bremen erwächst hieraus nicht nur ein besonderer Gestaltungsdruck, sondern auch eine wirtschafts- und standortpolitische Gestaltungsverantwortung*. Bremen zeichnet sich durch eine relative Nähe relevanter Branchenakteure in der Wertschöpfungskette Gesundheitswirtschaft, durch einschlägige Forschungs- und Entwicklungsexpertise sowie durch etablierte Kooperationsbeziehungen mit »kurzen Wegen« aus. Hinzu kommt eine ausgeprägte Bereitschaft der Akteure vor Ort, innovative Lösungen zu erproben. Auf diesen gewachsenen Kompetenz-, Kooperations- und Vertrauensbeziehungen kann für künftige Entwicklungsaktivitäten aufgebaut werden.

In den problemzentrierten Interviews wurde deutlich, dass eine zentrale Herausforderung der Zukunft für das Land Bremen als Standort der Gesundheitswirtschaft die **Fachkräftesicherung und Fachkräftebindung in den Pflegeberufen** ist. Zwar konnten durch gezielte Aktivitäten die Auszubildendenzahlen in der Altenpflege in der Vergangenheit deutlich gesteigert werden. Gleichwohl wurde auch deutlich, dass künftig mit einem steigenden Fach- und Arbeitskräftebedarf in diesen Feldern zu rechnen ist. Strategien der Fachkräftesicherung müssen nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Novellierung berufsgesetzlicher Grundlagen für die Pflegeberufe (Generalistik) grundsätzlich neu bewertet werden. Die hohe Dichte an Versorgungseinrichtungen im Land Bremen stellt für Betriebe und für Strategien der Fachkräftesicherung eine besondere räumliche Konkurrenzsituation dar. Als Standort der »kurzen Wege« stehen in Bremen Einrichtungen der Altenhilfe und Krankenhäuser in einem verstärkten Wettbewerb um potenzielle Fachkräfte. Ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser stehen schon heute im harten lokalen Wettbewerb um qualifizierte Pflegefachkräfte. Diese Ausgangssituation wird sich angesichts aktueller Entwicklungen in der Berufspolitik künftig voraussichtlich noch weiter verschärfen. Hier stellen die unterschiedlichen Einkommensbedingungen zwischen den Berufsfeldern stationärer und ambulanter »Altenpflege« sowie der »Gesundheits- und Krankenpflege« (*Care-Pay-Gap*), zwischen Männern und Frauen in den pflegerischen Helferberufen sowie die Suche nach neuen beruflichen Entwicklungsperspektiven für Beschäftigte in den Pflegeberufen eine zentrale arbeitspolitische Gestaltungsherausforderung dar.

Künftig ist mit einer Neuausrichtung der Arbeitsfelder in der stationären Krankenhauspflege und in der Langzeitpflege zu rechnen. Die Anforderungen innerhalb der Langzeitpflege verändern sich: In der stationären Langzeitpflege werden die Pflegeperioden kürzer, mit Blick auf die zu erbringenden Versorgungsleistungen intensiver und komplexer. Darüber hinaus erweitert sich das Spektrum ambulanter Versorgungsleistungen, unterstützende haushaltsnahe Dienste, Betreuungs- und Begleitdienste gewinnen neben originär pflegerischen Versorgungsleistungen an Bedeutung. Die Finanzierungsstrukturen werden diesen Entwicklungen bislang jedoch nicht gerecht. So wird etwa im europäischen Ausland (v. a. Niederlande, Belgien, Schweden, Dänemark) die Langzeitpflege in deutlich höherem Umfang aus zusätzlichen Steuermitteln finanziert. Dies kann dazu beitragen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und positive Effekte für die Fachkräftesicherung zu erzielen. Hinzu kommt, dass die Refinanzierungsbedingungen von Lohnkosten in der stationären Altenpflege und ambulanten Altenpflege nach SGB XI und in der häuslichen Krankenpflege (SGB V) bislang nicht angeglichen wurden. Während eine Tarif- oder AVR-Bindung eines Unternehmens im Geltungsbereich des SGB XI mittlerweile von der Pflegekasse nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf, gilt bei Vergütungsvereinbarungen für die ambulante häusliche Krankenpflege nach § 132a Abs. 2 SGB V nach wie vor die Bindung an die Grundlohnsummen-Veränderungsrate. Entsprechende Novellierungen können sicherlich nicht durch das Land Bremen alleine realisiert werden. Gleichwohl verdichten sich hier auf engem Raum die Folgeprobleme negativer Entwicklungs- und Finanzierungsanreize im Feld Altenpflege/Altenhilfe. Denn gerade für ambulante Pflegedienste, die in ihrem Leistungsportfolio hohe Anteile an SGB V-Leistungen ausweisen, wird durch die bestehenden Refinanzierungsstrukturen die Beteiligung an trägerübergreifenden Aktivitäten zur Verhinderung eines Lohnkostenwettbewerbs zugunsten eines Qualitätswettbewerbs erschwert.

Strategien der Fachkräftesicherung werden häufig lediglich mit Blick auf die Erhöhung der »Zahl der Köpfe« diskutiert. Angesichts der Forderung nach einer verbindlichen Personalbemessung in der Altenpflege ist dies auch richtig. Dies macht es jedoch erforderlich, ein kontinuierliches Monitoring der Pflegeangebote und benötigten Personalkapazitäten, des regionalen/lokalen Arbeits- und Fachkräfteangebots, der Tarifstrukturen, der berufsfeldinternen Mobilität von Pflege(fach)kräften und perspektivisch der Auszubildenden sowie betrieblicher Qualifizierungsmaßnahmen begleitend aufzubauen. Zudem sollten entsprechende Aktivitäten mit neuen Konzepten betrieblicher Begleitung von Wiedereinsteigerinnen und Quereinsteigerinnen verknüpft werden. Denn auch nach erfolgreicher Neuakquise und Einstellung neuer Fachkräfte ist im betrieblichen Alltag häufig eine sozialintegrative Einarbeitung, Begleitung und Betreuung der neu gewonnenen Fach- und Arbeitskräfte notwendig. In den Interviews wurde deutlich, dass, wenn entsprechende Maßnahmen fehlen, auch von den erfolgreich akquirierten Arbeits- und Fachkräften in der Altenpflege rund jede/-r dritte Beschäftigte wieder vorzeitig aus dem Berufsfeld aussteigt. Typisch für die Altenpflegearbeit sind die hohen Teilzeitanteile der Beschäftigten. Die für das Land Bremen identifizierten Teilzeitanteile in den Pflegeberufen lassen noch keine Aussagen darüber zu, ob es sich hierbei um »freiwillige«, »unfreiwillige« oder um »freiwillig-unfreiwillige« Teilzeitarbeit handelt. Strategien zur Fachkräftesicherung in den Pflegeberufen können perspektivisch hier ansetzen und auf Basis vertiefter empirischer Erkenntnisse das Potenzial einer Um- und Neuverteilung von Arbeitszeitvolumen unter Berücksichtigung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen abschätzen. Die quantitativen Analysen haben zudem gezeigt, dass in den letzten Jahren die Zahl von Helferinnen und Helfern sowie an- und ungelernten Beschäftigten in der Altenpflege gestiegen ist. Bislang ist wenig darüber bekannt, wie hoch bei diesen Beschäftigtengruppen das Nachqualifizierungspotenzial ist. Ausgehend hiervon bieten eine quantitative Erfassung, Maßnahmen zur Kompetenzfeststellung und Nachqualifizierungen einen zielführenden Weg, um Beschäftigte mit Helferqualifikationen zur Fachkraft zu qualifizie-

ren. Um die Nachqualifizierung für die Beschäftigten wie auch für die Arbeitgeber attraktiv zu gestalten, sind arbeitsplatznahe bzw. berufsbegleitende Maßnahmen im Rahmen von Verbundausbildungen ein interessantes Instrument. Durch die räumliche Nähe der Akteure kann es in Bremen gelingen, frühzeitig die Weichen für neue attraktive Ausbildungswege und -inhalte im Zusammenspiel verschiedener Arbeitgeber zu stellen. Auch mit Blick auf den Bedeutungsgewinn technologienorientierter Qualifikations- und Kompetenzbausteine für Kleinstunternehmen und KMU liegt hier eine Chance. Mit Blick auf die betriebliche Personalentwicklung und nachhaltige Strategien der Fachkräftebindung sind zudem arbeitsplatznahe und arbeitsintegrierte Lern- und Entwicklungsprogramme, die ebenfalls als überbetriebliche Verbundlösungen organisiert sein können, sinnvoll.

Damit die skizzierten Gestaltungsfelder ihre Wirkung perspektivisch auch entfalten können, ist eine chancenorientierte Kampagne zur Pflegearbeit sinnvoll. Häufig wird medial primär über Probleme in der Pflegearbeit berichtet. Im Zusammenspiel mit den Akteuren vor Ort (u. a. Bremer PflegeInitiative) kann eine Kommunikationsstrategie entwickelt werden, die die Vielfalt pflegerischer Aufgabenfelder, den Wert pflegerischer Arbeit für die Gesellschaft und die Gestaltungsspielräume pflegerischer Arbeit für die Verbesserung der gesundheitlichen Infrastruktur vor Ort in den Mittelpunkt der öffentlichen Wahrnehmung rückt. Entsprechende Kampagnen wurden im Ausland (z. B. GB „Front Line Care“) durchaus erfolgreich umgesetzt. In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass Aktivitäten zur Fachkräftesicherung mit solch einer positiven Kommunikationsarbeit, die stärker auch die Entwicklungsperspektiven des Berufsfeldes »Pflege« in den Vordergrund stellt, begleitet werden sollten.

Die Leistungsfelder der Gesundheitswirtschaft befinden sich in einem Wandel, der insbesondere durch den Bedeutungsgewinn ambulanter Versorgungslösungen gekennzeichnet ist. Ausgehend hiervon sind Maßnahmen sinnvoll, welche **Konzepte zur Fachkräftesicherung, neue berufliche Entwicklungsperspektiven und Aktivitäten zur Reduzierung unfreiwillige Teilzeitarbeit mit neuen Versorgungslösungen integriert angehen**. Bremen hat durch die räumliche Nähe der Akteure und durch seine ambulanten Versorgungskompetenzen hervorragende Ausgangsbedingungen, um innovative Versorgungsgestaltung mit neuen beruflichen Entwicklungsperspektiven in der Gesundheitsarbeit zusammen zu denken. Insbesondere der Bedeutungsgewinn sozialraumorientierter Versorgungskonzepte ist für den Standort Bremen ein interessantes Suchfeld, um im Zusammenspiel von innovativen Versorgungsangeboten auch neue Berufsperspektiven für zentrale Gesundheitsberufe zu identifizieren. Insbesondere durch den Ausbau von Kurzzeit- und Tagespflegeangeboten können neue Berufsperspektiven für Pflegeberufe erschlossen werden. Für den Bereich der ambulanten Pflege lohnt sich der Blick ins europäische Ausland (u. a. Niederlande, GB), wo schon heute mit stärker gemeindeorientierten und teamgesteuerten Versorgungsmodellen mit hohen Autonomiespielräumen gearbeitet wird. Der Standort Bremen wäre als Modellregion geeignet, um im Zusammenspiel mit seinen etablierten Akteuren der Versorgungsforschung, der Wohnungs- und Pflegewirtschaft sowie mit seinen ansässigen Qualifizierungspartnern solche neuen sozialraumorientierten und integrierten Versorgungs-, Arbeits- und Qualifizierungskonzepte zu erproben.

Darüber hinaus ist zu prüfen, ob und inwieweit auf der betrieblichen Ebene und im Kontext neuer Versorgungsmodelle bislang ungenutzte Potenziale zur Reduzierung unfreiwilliger Teilzeit und zur Realisierung individueller Arbeitszeitwünsche der Beschäftigten existieren. Angesichts der aktuellen Fachkräfteengpässe in den Pflegeberufen ist der Umsetzung verlässlicher Arbeitszeitorganisation eine hohe Priorität einzuräumen. Denn aus subjektiver Sicht der Beschäftigten sind es eben nicht nur die Verdienstmöglichkeiten, die über die Attraktivität des »Berufsfeldes Pflege« entscheiden. Sondern darüber hinaus gilt es, Arbeit entlastender, gesundheitsförderlicher, verlässlicher und mit Blick auf Aufgaben-

profile abwechslungsreicher zu gestalten. Bislang liegen wenig empirische Erkenntnisse darüber vor, wie und unter welchen Rahmenbedingungen die trägerinterne und trägerübergreifende Re-Organisation von Versorgungsangeboten einen Beitrag für attraktivere Arbeitsplätze leisten kann. Hier wären Projekt- und Gestaltungsinitiativen im oben genannten Sinne zielführend, die die differenzierten Qualifikations- und Kompetenzprofile der Beschäftigten für die Entwicklung neuer Versorgungsangebote aufgreifen und darüber neue attraktive Entwicklungsperspektiven in der Gesundheitsarbeit erschließen. Gerade die bunten Kompetenzprofile der Helferberufe, der an- und ungelerten Beschäftigten in der Altenpflege werden bislang kaum für neue Versorgungskonzepte und berufliche Entwicklungsperspektiven aufgegriffen.

Betrachtet man die Wertschöpfungskette Gesundheitswirtschaft, so verfügt Bremen über vielfältige Expertise, um sich mit Lösungen zur **Zukunft von Ökonomie, Qualität und Ökologie in der Gesundheitsarbeit** zu profilieren. Hierin liegt eine Chance auf qualitativ neue Forschungs-, Entwicklungs- und Transferpartnerschaften vor Ort. Zwar ist die industrielle Gesundheitswirtschaft am Standort Bremen bislang eher schwach ausgeprägt. Durch ein offensives Gestaltungsprogramm, das neue patientenorientierte Versorgungslösungen mit einer Aufwertung, Entlastung und neuen Entwicklungsperspektiven der Gesundheitsarbeit verknüpft, können die dienstleistungsorientierte Gesundheitswirtschaft und die industrielle Gesundheitswirtschaft perspektivisch gleichermaßen gestärkt werden. Zur Umsetzung kann Bremen auf die bereits bestehenden technologischen Innovationskerne, auf seine Exzellenzen bei digital gestützten Gesundheitslösungen sowie auf seine einschlägige arbeits-, versorgungs- und pflegewissenschaftliche Expertise zurückgreifen. Gute Voraussetzungen hierfür sind am Standort Bremen nicht nur fachlich, sondern auch strukturell und institutionell vorhanden: Mit der Arbeitnehmerkammer Bremen, der Gewerkschaft ver.di, der Bremer PflegeInitiative, der Tarifgemeinschaft Pflege Bremen und der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen sind zentrale Akteure institutionell und personell für einen entsprechenden Ansatz vorhanden. Diese Aktivitäten sollten jedoch alle relevanten und interessierten Träger adressieren. Ein zukunftssträchtiges Gestaltungsfeld für Bremen stellt die Ökologie der Arbeit in der Gesundheitswirtschaft dar. Hier eröffnen sich für Bremen aufgrund seiner ansässigen Akteure profilbildende Entwicklungsperspektiven in den Feldern ökoeffizienter Arbeitsgestaltung, Technikgestaltung und Technikeinsatz (s. auch Kapitel 7.2). Hierfür kann das Spektrum der Aktivitäten auf die physisch-geographischen Raumdimensionen der Arbeitswelt in der Gesundheitswirtschaft (Oberflächengestaltung, Raumausstattung, Hygienemanagement, neue Mobilitätskonzepte für ambulanten Dienste, Prävention bei mobiler Arbeit etc.) ausgeweitet werden. Eine solche Profilierungsinitiative kann einen wertvollen Beitrag dazu leisten, den Standort Bremen auch für Unternehmen und Einrichtungen der industriellen Gesundheitswirtschaft aufzuwerten und Ansiedlungen zu unterstützen.

Eine besondere Chance für Bremen liegt darin, den Wandel der Arbeitswelt sozialpartnerschaftlich, kapazitäts- und lernorientiert zu gestalten. Insbesondere der Austausch mit anderen Wirtschaftsbranchen zu **mitarbeiterorientierten Gestaltungsstrategien im sozio-technischen und sozio-ökologischen Wandel der Arbeitswelt** kann in Bremen intensiviert werden. Künftig wird es nicht allein darum gehen, Beschäftigte der Gesundheitswirtschaft im Umgang mit neuen Technologien zu qualifizieren. Sondern erforderlich ist vielmehr eine berufsfachliche Aneignungsstrategie (Empowerment), in der neue berufsfachliche Wirkungsfelder, die Entlastung und Aufwertung von Gesundheitsarbeit mit dem Einsatz digitaler Technik für mehr Versorgungs- und Arbeitsqualität verknüpft werden. Der Standort Bremen zeichnet sich durch einschlägige Expertise in der Versorgungs- und Pflegeforschung, in der Arbeitsforschung sowie in der Forschung um künftige Anwendungsmöglichkeiten digitaler Technologien und KI-Systemen aus. Diese Potenziale können für einen innovativen Einsatz digitaler Technologien in der Arbeitswelt



zusammengeführt und partizipativ entwickelt werden. Der Wandel der Wertschöpfungsbezüge verändert perspektivisch die beruflichen und berufsfachlichen Anforderungen der Beschäftigten in allen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft. Insbesondere in der digitalen Transformation der Arbeitswelt eröffnen sich Wertschöpfungs- und Innovationsbezüge, die sich jenseits bisheriger Branchenfelder und Branchenbezüge aufspannen. Es zeichnet sich ab, dass »Branche« als Bezugspunkt wirtschafts- und arbeitspolitischer Innovations- und Gestaltungsprozesse künftig an Bedeutung verlieren wird. An deren Stelle tritt die konsequente Ausrichtung auf individuelle, kohortenorientierte, standardisierbare und modularisierbare Nutzerkonzepte. Diese werden künftig durch das (digital) gestützte Zusammenspiel vielfältiger Unternehmen und Kompetenzfelder entwickelt und organisiert. Die berufsfachlichen Kompetenzen der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft sind für entsprechende Entwicklungen notwendig, allerdings werden sie derzeit eher selten in die Entwicklung, Umsetzung, Erprobung und Evaluation technisch gestützter Lösungen einbezogen. Die gemeinsame Qualifizierung von Beschäftigten, Interessenvertretungen und Führungskräften ist ein wichtiger Baustein, um mit Technikeinsatz neue Wege für Produktivität, Arbeits- und Versorgungsqualität zu erschließen. Hier kann sich der Aus-, Fort- und Weiterbildungstandort Bremen auch mit innovativen und berufsgruppenübergreifenden Bildungsangeboten profilieren. Durch ein entwicklungs- und gestaltungsorientiertes Zusammenspiel von Bildungsanbietern, Dienstleistungsunternehmen, Industrieunternehmen und arbeitspolitischen Akteuren kann Bremen als innovativer Bildungs-, Wirtschafts- und Versorgungsstandort gleichermaßen profiliert werden.

### Handlungsempfehlungen für künftige Entwicklungsaktivitäten

- ▶ **Unfreiwillige Teilzeit reduzieren – Fachkräfte sichern: Erhebung des Potenzials und betrieblicher Gestaltungsmöglichkeiten einer Neuverteilung von Arbeitszeit:** Häufig fehlt es in Pflegeunternehmen an einer systematischen Übersicht zu den von den Beschäftigten tatsächlich gewünschten Arbeitszeitvolumina. In einem ersten Schritt können betriebliche Arbeitszeitmodelle und das lokal vorhandene Potenzial zur Erhöhung individueller Arbeitszeitvolumina erhoben werden. Diese Erkenntnisse können in einem weiteren Schritt mit Wissen über alternative Wege der Arbeitszeitorganisation und patientenorientierter Arbeitsprozessgestaltung verknüpft werden.
- ▶ **Modellprojekt „Fachkräftesicherung, berufliche Entwicklungsperspektiven und neue Versorgungslösungen integriert gestalten“:** Welche Perspektiven der Fachkräftesicherung und beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten ergeben sich aus einer quartiersbezogenen und teamorientierten Reorganisation von Versorgungsleistungen und Arbeitsprozessen? Im Rahmen eines Modellvorhabens könnte dieser Fragestellung nachgegangen werden. Ziel wäre es, über die Reorganisation von Versorgungsangeboten, Spielräume für neue berufliche Einsatzfelder, für den Abbau unfreiwilliger Teilzeitarbeit und für neue Wege individuell-flexiblere Arbeitszeitorganisation zu identifizieren und in der Praxis zu erproben.
- ▶ **Modellprojekt zur sozial-integrativen Begleitung und Betreuung von Berufs- und Betriebseinsteigern, von Wiedereinsteigern und Beschäftigten in der beruflichen Nachqualifizierung im „Berufsfeld Altenpflege“:** Arbeit in der Pflege ist häufig mit besonderen emotionalen Belastungen und komplexen situativen Herausforderungen verbunden. Insbesondere Beschäftigte, die bislang nur wenig Vorerfahrungen in diesem Berufsfeld haben, brauchen in der Einarbeitungszeit besondere Begleitung, Unterstützung und Ansprache. Hier fehlt es bislang an Ressourcen und Konzepten, dies jenseits der klassischen Praxisanleitung zu gewährleisten. Erfahrene Pflegekräfte, ältere Pflegekräfte im Ehrenamt oder auch nebenberuflich Tätige können in der Einarbeitungszeit eine solche Mentorfunktion einnehmen und eine wichtige Be-

zugsperson sein. Mit ihrem Erfahrungswissen können sie wertvolle sozial-begleitende Hilfestellungen in der Einarbeitungszeit bieten.

- ▶ **Initiative „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege am Wirtschaftsstandort Bremen verbessern“ Branchenübergreifende Handlungsstrategien, Wissenstransfer und neue Versorgungsangebote:** Eine verlässliche Pflegeinfrastruktur gewinnt für die Wirtschaft insgesamt an Bedeutung. Hier wäre zu eruieren, welche Unterstützungsleistungen bremische Unternehmen ihren Beschäftigten zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf heute anbieten und welche Versorgungslücken identifiziert werden können. Eine besondere Herausforderung ist, dass die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in vielen Unternehmen personalpolitisch noch unterschätzt wird. So fehlt es Personalern in Unternehmen nicht selten noch an Unterstützungswissen, um Berufstätige mit pflegerischen Aufgaben bedarfsgerecht und zeitnah unterstützen zu können. Hier bietet es sich an, für Unternehmen im Zusammenspiel mit Akteuren der Gesundheitswirtschaft pflegerelevantes Wissen zu erweitern, personalpolitische Handlungsmöglichkeiten zu identifizieren sowie Bedarfe und Konzepte für neue betriebliche Unterstützungsangebote zu sondieren. Ein solcher Ansatz kann einen wertvollen Beitrag für einen neuen Standard betrieblicher Sozialpolitik leisten und den Wirtschaftsstandort Bremen stärken.
- ▶ **Entwicklung eines profilbildenden Innovationsschwerpunktes „Sozial-technologischer und sozial-ökologischer Wandel der Arbeitswelt in der Gesundheitswirtschaft“:** Digitale Technologien gewinnen für Arbeit auch in den personalintensiven Dienstleistungsfeldern der Gesundheitswirtschaft an Bedeutung. Eine der wichtigsten Zukunftsfragen wird sein, ob und wie digitale Technik dazu beitragen kann, die Berufsfachlichkeit der Beschäftigten zu unterstützen und die Arbeits- und Versorgungsqualität zu erhöhen. Darüber hinaus gewinnt das Thema „Nachhaltigkeit“ in Arbeitsprozessen der Gesundheitswirtschaft an Bedeutung. Das Spektrum reicht von familiengerechten Arbeitsbedingungen, über den Umgang mit vorhandenen stofflichen Ressourcen, vom Energie-, Mobilitäts- und Gefahrstoffmanagement bis hin zur gesundheitsförderlichen und belastungsreduzierenden Gestaltung von Arbeitsräumen. Hierzu können branchen-, einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Entwicklungs- und Qualifizierungspartnerschaften initiiert werden.
- ▶ **Entwicklung einer medialen Kommunikationsstrategie „Gesellschaft im Wandel: Pflege gestaltet mit“:** Gerade junge Menschen erwarten von ihrem Beruf, dass sie sinnstiftende Tätigkeiten ausführen können. Pflegearbeit zielt im Kern nicht nur auf ein Versorgungs-, sondern auch auf ein Gesellschaftsprojekt. Dieses steht derzeit jedoch eher selten im Mittelpunkt medialer Berichterstattung. Es dominiert vielmehr eine Berichterstattung, die die negativen Seiten der Pflegearbeit betont. Um perspektivisch junge Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen, ist Pflegearbeit stärker in ihrer Relevanz für soziale Innovationen mit vielfältigen Einsatzfeldern, Aufgabenkomplexen und personennahen Tätigkeiten, mit beruflichen Entwicklungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten zu kommunizieren.
- ▶ **Angleichung der Refinanzierungsbedingungen und Aufbau eines „Betriebspanels Gesundheitswirtschaft“:** Derzeit fehlen in der Fläche verbindliche Vorgaben für die Personalbemessung im Krankenhaussektor. Dies ist nicht nur aus Sicht der Arbeitsqualität, sondern auch aufgrund von Letztverantwortungen und haftungsrechtlichen Fragen ein überaus prekärer Punkt. Zum anderen liegen auch für das Land Bremen bislang noch keine Analysen darüber vor, inwieweit die gesetzlichen Möglichkeiten der Refinanzierung von Personal in der Altenpflege nach SGB XI auch tatsächlich von den Betrieben an die Beschäftigten weitergegeben werden. Und schließlich existieren für den Geltungsbereich des SGB XI und für die ambulante häusliche

Krankenpflege im SGB V nach wie vor unterschiedliche Rahmenbedingungen zur Refinanzierung von Personalkosten. Dies stellt innerhalb der ambulanten pflegerischen Versorgung eine Ungleichheit der Arbeits- und Refinanzierungsverhältnisse dar. Das Land Bremen kann ein kleinräumiges gesundheitswirtschaftliches Betriebspanel initiieren, das betriebliche Entwicklungen in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft (Fachkräftebedarf, Tarifentwicklungen, Fort- und Weiterbildungsaktivitäten, Investitionsfelder, Technikeinsatz etc.) im Sinne eines kontinuierlichen Monitorings erfasst und in Kooperation mit den Einrichtungen die Maßnahmenplanung weiterentwickelt.

## 7.2 Neue Wertschöpfungsbezüge im Zusammenspiel von Dienstleistung und Industrie

Für die Entwicklung des Arbeits- und Wirtschaftsstandorts im Land Bremen ist es von großer Bedeutung zu wissen, ob und wie die Gesundheitswirtschaft auch als Inspirator und Treiber für Wirtschaftsbereiche jenseits des traditionellen Gesundheitswesens wirken kann. An anderer Stelle wurde bereits dargelegt, dass dies v. a. für die Wohnungswirtschaft gilt. Kapitel 7.2 schildert mit Detailperspektiven, wie die Wohnungswirtschaft und die Gesundheitswirtschaft bei der Beantwortung des wachsenden Unterstützungsbedarfs zusammenarbeiten können und wie dabei nicht nur für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Patientinnen und Patienten, sondern auch für die beiden Branchen und ihre Beschäftigten Vorteile entstehen können. Das folgende Kapitel soll einen Einblick geben, ob und wie der Hightech-Standort Bremen durch (bessere) Zusammenarbeit zwischen Industrie, Dienstleistungen, Forschung und Entwicklung profitieren kann.

Bremen ist beim Thema Hightech für Gesundheit kein unbeschriebenes Blatt. Zwar war es nicht die Aufgabe der vorliegenden Studie, ein Profil des »Hightech for Health«-Standorts Bremen zu zeichnen oder ihn gar zu bewerten, jedoch zeigt bereits eine erste Auseinandersetzung mit den Bremer Gegebenheiten in den drei zentralen gesundheitsrelevanten Hightech-Bereichen – Medizintechnik, Medizininformatik, „rote“ Biotechnologie (das auf Medizin und Gesundheit bezogene Anwendungsfeld der Biotechnologie) – ein klares Bild: Bremen hat in Sachen Hightech für die Gesundheit vielfältige Potentiale und Entwicklungsmöglichkeiten – und kann auch Erfolgsgeschichten schreiben.

Einige Hinweise belegen die Relevanz des Hightech Standorts Bremen bei gesundheitsrelevanten Aktivitäten:

In Bremen sind einige – zum Teil weltweit bedeutende Unternehmen – aus dem Life Science Bereich zu finden, wie z. B. die Bruker Daltonik GmbH oder die Thermo Fisher Scientific GmbH für den Bereich analytischer Systeme. Darüber hinaus gibt es Unternehmen aus der Software- und Laborausstattung etwa atacama (Softwarelösungen für das Gesundheitswesen) sowie die Bego GmbH im Bereich der Dentaltechnik, die bei Geräten, Instrumenten, Werkstoffen und Verfahren zur Herstellung und Verarbeitung von Zahnersatz ein weltweit anerkanntes und technisch sehr avanciertes Unternehmen ist.

Der Biotechnologiereport 2017<sup>28</sup> zählt sechs Unternehmen mit insgesamt 110 Mitarbeitern am Standort Bremen, zum Vergleich: Niedersachsen kommt auf 570 Mitarbeiter in 36 Unternehmen. Zu den Bremer Biotechnologieadressen gehören etwa die SiChem (Sirius Fine Chemicals), die im Bereich der Medikamentenentwicklung arbeitet, oder die Molzym GmbH & Co. KG, die molekularbiologische Tests für den direkten Nachweis mikrobieller Infektionen herstellt.

In den 12 Fachbereichen der Universität Bremen und auch an den weiteren Hochschulen in Bremen – zu nennen sind die Hochschule Bremen, die Jacobs University, eine private, englischsprachige Campusuniversität, die Apollon Hochschule sowie die Hochschule Bremerhaven mit dem Forschungscluster Life Science – sind eine Fülle von Instituten und Forschungsschwerpunkten zu finden, die sich mit gesundheitswirtschaftsrelevanten Themen befassen. Dies gilt auf den ersten Blick vor allem für den Profildbereich Gesundheitswissenschaften der Universität, der sich mit Prävention, Gesundheitsversorgung und Pflege befasst und besondere Expertise in der gesundheitswissenschaftlichen und epidemiologischen Forschung vorweist.

---

<sup>28</sup> [http://biotechnologie.de/statistics\\_articles/13-die-deutsche-biotechnologie-branche-2017](http://biotechnologie.de/statistics_articles/13-die-deutsche-biotechnologie-branche-2017)

Bei weiterem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass Bremen auch jenseits der Gesundheitswissenschaften noch weitere und bedeutsame gesundheitswirtschaftliche Expertise zu bieten hat. Dies gilt gerade auch für naturwissenschaftlich-technisch geprägte Fakultäten und Institute. Einige ausgewählte Beispiele sollen dies deutlich machen:

- ▶ Künstliche Intelligenz für Robotik-Anwendungen im Gesundheitssektor: Bremen ist ein Standort des Deutschen Forschungszentrums für Künstliche Intelligenz (DFKI). Inhaltlich spielen hier etwa intelligente Rollatoren und Rollstühle eine starke Rolle. Anfang 2018 konnte ein Projekt abgeschlossen werden, das Exoskelette für die medizinische Rehabilitation nach neurologischen Erkrankungen nutzt („RECUPERA“, DFKI PM vom 12.02.18<sup>29</sup>). Medizinische Robotik ist ebenfalls ein zentrales Anwendungsfeld am Institut für Automatisierungstechnik (iat) der Universität Bremen. In diesen Arbeitsfeldern ergeben sich vielfältige Brückenschläge zu neurotechnologischen Fragestellungen (z. B. zur Entwicklung von Neuroprothesen), wie sie im Zentrum für Kognitionswissenschaft (ZKW) der Universität Bremen bearbeitet werden.
- ▶ Am IFAM, dem Fraunhofer Institut für Fertigungstechnik und Angewandte Materialforschung, geht es um Klebtechnik, Oberflächen, Formgebung und Funktionswerkstoffe. Solches Wissen wird am Bremer Standort des IFAM gerade auch mit Blick auf Medizin und Life Sciences genutzt, etwa für die Beschichtung von Oberflächen bei Implantaten.

Eine vielbeachtete „Erfolgsgeschichte“ des Gesundheitswirtschaftsstandortes Bremen ist mit dem Namen MEVIS verbunden. Er steht ursprünglich und noch immer für avanciertes Wissen bei Forschung, Entwicklung, Erprobung und Nutzung von softwaregestützten bildgebenden Verfahren in der Diagnostik. Ausgehend (Ende der 90er Jahre) von einschlägigen Kompetenzen und Ambitionen aus der Wissenschaft, in Zusammenarbeit mit Praxisanwendern und unterstützt durch die Forschungs-, Technologie- und Wirtschaftsförderung ist in Bremen über die Jahre ein Cluster entstanden, das in der Gründung eines Fraunhofer Instituts (Fraunhofer MEVIS Institute for Medical Image Computing) einen bisherigen Höhepunkt fand.

Aus den Forschungs- und Entwicklungszusammenhängen hat es bislang insgesamt vier Firmenausgründungen gegeben, die mittlerweile zu einer MeVis Medical Solution vereinigt wurden und 2013 125 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatten. Am Fraunhofer-Institut selbst sind rund 100 Menschen beschäftigt. Die MeVis Medical Solutions hält im Rahmen eines Joint Ventures mit der Siemens Aktiengesellschaft, Berlin und München, 51 % an der MeVis BreastCare GmbH & Co. KG, Bremen. Das Fraunhofer Institut MEVIS hat nach wie vor starke Kompetenzen in der computergestützten Bildgebung, stellt sich mittlerweile aber breiter im Sinne von Kompetenzen für eine digital gestützte Medizin auf. Digitale Unterstützung für eine patientenzentrierte Medizin im Team, ist hier eine Leitorientierung; die Erwartung ist, dass Digitalisierung Kraft für mehr Kooperation in der Medizin, für eine zentrenübergreifende Integration schafft und so bessere Ergebnisse zu geringeren Kosten ermöglicht.

Indirekt profitiert von dem starken Bremer Engagement bei HighTech für Gesundheit auch die Apollon Hochschule für Gesundheitswirtschaft. Ergänzend zu ihren vielfältigen fachlichen und managementgeprägten Studiengängen und Kursen wird dort mittlerweile auch ein Bachelor-Studiengang Gesundheitstechnologien angeboten.

---

<sup>29</sup> <https://www.dfki.de/web/presse/pressemitteilung/2018/recupera-reha-tragbares-exoskelett-hilft-schlaganfall-patienten-sich-wieder-zu-bewegen>

Bei den Recherchen und Interviews für die vorliegende Expertise zeichnete sich klar ab, dass gerade auch in den Hightech-geprägten Handlungsfeldern eine Grundannahme von nahezu allen Akteuren geteilt wird (siehe auch Kapitel 1), nämlich, dass Forschung, Entwicklung und Erprobung für neue gesundheitsbezogene Produkte, Verfahren und Dienstleistungen in Zukunft immer stärker zu einem kooperativen Gestaltungsfeld wird: Hier ist nicht nur interdisziplinäre Zusammenarbeit gefragt, sondern möglichst frühzeitig ist auch der Brückenschlag zur Praxis wichtig. Wobei Letzteres auch immer beinhaltet, dass nach Wegen gesucht werden muss, wie für medizinisch-fachlich innovative Lösungen Ansätze für dauerhafte Refinanzierungsmöglichkeiten gefunden werden können. Gerade Letzteres ist in der Gesundheitswirtschaft am Ende eine Überlebensfrage für innovative Ansätze – und damit auch oft für Start-ups, die sie entwickelt und erprobt haben und dann von deren Nutzung leben wollen.

In der Bremer Forschungs-, Entwicklungs- und Erprobungslandschaft für Hightech geprägte Gesundheitssituationen herrscht weitgehend Zufriedenheit mit dem „Bremer Kooperationsgeist“. Gelobt werden die für Bremen typischerweise kurzen Wege und ein bei vielen Akteuren, gerade auch aus der Praxis der stationären Versorgung, gut ausgeprägtes Interesse an Innovationspartnerschaften.

Verbesserungsmöglichkeiten werden allerdings dennoch gesehen: Zum einen könnte eine institutionalisierte Unterstützung beim Herausarbeiten und „Auf-den-Weg-Bringen“ von Innovationspartnerschaften weiterhelfen; zum anderen wird Interesse an einem weiteren Ausbau der medizinischen Expertise „vor Ort“ artikuliert; dies könnte die fachlichen Austauschmöglichkeiten stärken und auch dabei helfen, die überregionale Sichtbarkeit Bremer Gesundheitsinnovationen noch weiter zu verbessern.

Im Kontext der ersten Anregung wurde auf die insgesamt guten Erfahrungen mit dem ehemaligen Schwerpunkt Gesundheitswirtschaft der Wirtschaftsförderung Bremen (WFB) verwiesen und kräftig und einmütig für eine Wiedereinführung dieses Schwerpunktes plädiert. Im zweiten Kontext wurden die Ende 2017 in Bremen laufenden Debatten um die Gründung einer medizinischen Fakultät erfreut und weitgehend begrüßend erörtert; allerdings gab es nicht nur unterstützende Stimmen, sondern auch zurückhaltende Worte: Eine medizinische Fakultät könnte für die Bremer Wissenschaftspolitik so teuer werden, dass darunter andere Forschungsfelder leiden könnten.

Zusammenfassen lässt sich die Ist-Analyse im Gestaltungsfeld Hightech-Industrie-Dienstleistungen am Gesundheitsstandort Bremen wie folgt:

- ▶ Hightech für Gesundheit ist schon heute ein starker Baustein der Bremer Gesundheitswirtschaft. Er kann sich nicht nur auf eine Vielzahl bedeutender wissenschaftlicher Akteure und Einrichtungen stützen, sondern ist auch durch einige hoch leistungsfähige Unternehmen geprägt. Darüber hinaus wird in diesem Gestaltungsfeld engagiert daran gearbeitet, sich zu verbreitern und zu vertiefen.
- ▶ Im Grundsatz sind die für den weiteren Ausbau nötigen Gestaltungschancen und Gestaltungswege erkannt und auch bereits vielfach erfolgreich genutzt; allerdings besteht bei vielen Akteuren ein großes Interesse an einem weiteren Finetuning. Eine bessere Unterstützung beim Zustandekommen und ggf. auch beim Management von Innovationspartnerschaften sowie eine Weiterentwicklung und Profilierung der medizinischen und pflegerischen Expertise könnten hierfür geeignete Ansatzpunkte sein.

Mit Blick auf Gestaltungsmöglichkeiten lassen sich folgende Empfehlungen skizzieren:

- ▶ Wiedereinführung eines Schwerpunktes Gesundheitswirtschaft, beispielsweise angegliedert an die Abteilung Industrie, Innovation, Digitalisierung beim Senator für Wirtschaft, Arbeit und Häfen. Zu den Aufgaben sollte gehören, das Zustandekommen von Innovationspartnerschaften in ausgewählten Gestaltungsfeldern bei vielversprechenden Gestaltungschancen zu ermöglichen und diese Innovationspartnerschaften ggf. auch zu moderieren oder zu managen. Der oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieses Schwerpunktes sollten für ihre Aufgabe zum einen hinreichend einschlägige fachliche Erfahrungen mitbringen; zum anderen sind sie auch gefordert, die Konzertierung mit anderen Förder- und Vertretungseinrichtungen der Bremer Gesundheitswirtschaft (etwa der Gesundheitswirtschaft Nord e. V.) sicherzustellen.
- ▶ Bremen könnte seine vielfältigen wissenschaftsbasierten gesundheitswirtschaftlichen Schwerpunkte und Aktivitäten unter dem Dach eines Gesundheitscampus zusammenfassen. Hierunter könnte eine aus der Wissenschaft heraus selbst organisierte Plattform für die verschiedenen gesundheitsbezogenen Forschungs- und Lehraktivitäten im Lande Bremen verstanden werden – von der Universität über die Hochschulen bis hin zu den öffentlich und privat getragenen Forschungs- und Entwicklungsanbietern. Die Zusammenarbeit auf einer solchen Plattform böte die Chance, den Austausch und die Suche nach Synergien besser zu organisieren und zu intensivieren und eröffnet neue Wege, die Bremer Aktivitäten überregional besser zu profilieren. Erfahrungen aus anderen Gesundheitswirtschaftsregionen (etwa Osnabrück) zeigen, dass ein Gesundheitscampus auch ohne eine Medizinische Fakultät durchaus arbeitsfähig und wirkungsmächtig sein kann.

## 7.3 Gesundes und aktives Alter(n) in Bremen

### Hintergrund: Alter(n)sgerechtes Leben und Wohnen

In Deutschland findet derzeit ein umfassender sozialer Wandel statt: Die Gesellschaft altert und mehr und mehr Menschen leben allein. Dadurch steigt v. a. das Interesse an Produkten, Dienstleistungen und sonstigen Angeboten, die stärker als bisher auf den Bedarf und die Interessen älterer Menschen zugeschnitten sind. Dies gilt insbesondere für gesundheitsbezogene Angebote – also zum einen für Schritte und Maßnahmen, die der Gesunderhaltung dienen, und zum anderen für Hilfsmittel und Dienste, die bei auftretenden gesundheitlichen Problemen, bis hin zur Pflegebedürftigkeit, größtmögliche Autonomie und ein gesundes und aktives Altern für den Einzelnen gewährleisten und gleichzeitig kompetente und verlässliche Unterstützung bieten.

Gesundheitsförderung im Alter ist jedoch keineswegs nur auf den Bereich von medizinischen und pflegerischen Angeboten beschränkt. Gefordert sind darüber hinaus auch gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und Teilhabeorientierung, wobei insbesondere dem Wohnen in seinen unterschiedlichen Facetten eine Schlüsselstellung zukommt. Denn in diesem Bereich entscheidet sich, ob Menschen sicher und zufrieden leben können und einen guten Zugang zum gesellschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Leben haben.

Gerade der Bereich Wohnen befindet sich aktuell jedoch in einem Spannungsverhältnis: Durch Veränderung der Familienstrukturen und einer wachsenden Individualisierung einerseits, sowie durch (Innen-)Migration andererseits steigt der Bedarf an Wohnraum. Gleichzeitig steigen aber auch Mieten und Grundstückspreise, hervorgerufen durch aktuell günstige Konditionen an den Kapitalmärkten. Bedingt durch den aktuellen Mangel an bezahlbarem Baugrund wie auch Wohnungen vor allem in Ballungsgebieten<sup>30</sup>, ist das Thema alter(n)sgerechtes Wohnen auf der Prioritätenliste vieler Städte und Kommunen abgewertet worden (vgl. Bölting et al., 2017).

Aus Sicht der Lebens- und Versorgungsinteressen der älteren Bevölkerung kommt dem Thema dennoch weiterhin eine zentrale Bedeutung zu und es besteht zusätzlicher Handlungs- und Koordinierungsbedarf. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ergibt sich für den Bereich Wohnen sowohl eine quantitative wie eine qualitative Anforderung: Nicht nur braucht es mehr (bezahlbare) Wohnungen, sondern auch entsprechend ausgestattete (barrierearme bzw. barrierefreie), die es ermöglichen, möglichst lange unabhängig in den eigenen vier Wänden zu leben.

Eine umfassende Teilhabeorientierung berücksichtigt dabei eine Vielzahl von Handlungsbereichen: Neben alter(n)sgerechter Wohnraumgestaltung bezieht dies auch das Wohnumfeld sowie das Thema Pflege ein – ambulant wie stationär. Dies umfasst entsprechende Unterstützungs- und Versorgungsangebote. Doch auch der Bereich der Pflege sieht sich aktuell mehreren Herausforderungen gegenüber.

Vor dem Hintergrund dieser vielgeschichteten Anforderungen wie auch Herausforderungen gilt es, entsprechende Angebote zu entwickeln, zu erproben und in eine dauerhafte Versorgung zu überführen.

---

<sup>30</sup> Eine aktuelle Studie von prognos (2017: 14) erkennt bei Bremen einen potenziellen Versorgungseingpass bei Wohnungen: „Zu den regionalen Wohnungsmärkten mit hoher absoluter und relativer Wohnungsbaulücke gehören demnach auch die Umlandkreise von wirtschaftsstarke Ballungsräumen (neben den Top-7-Städten beispielsweise auch Bremen oder das Rhein-Main-Gebiet).“



## Alter(n)sgerechtes Wohnen in Bremen

### *Barrierefreies Wohnen – auch über die Wohnung hinaus*

„Wohnen im Alter“ ist auch in Bremen seit längerem auf der (politischen) Tagesordnung<sup>31</sup>. Einen Schwerpunkt stellt hierbei der steigende Bedarf an barrierearmem bzw. barrierefreiem Wohnraum und entsprechend gestalteten Quartieren dar. In dem Ratgeber „Älter werden in Bremen“ heißt es hierzu:

*„Die Nachfrage nach barrierefreien Wohnungen wird immer größer. Eine stufenlose Erreichbarkeit, möglichst mit Fahrstuhl oder im Erdgeschoss gelegen, mit breiten Türen und einem gut zugänglichen und niedrigschwelligem Bad sind die Wünsche, die häufig bei einer Wohnungssuche von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen genannt werden.“ (2017: 84)*

Barrierefreie und alter(n)sgerechte Wohnungen und Wohnungsausstattungen sind eine Voraussetzung für eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung in der häuslichen Umgebung bzw. in der eigenen Wohnung. Wohnungsanpassungsmaßnahmen stellen vor diesem Hintergrund ein wichtiges Instrument zur Gesundheitsförderung dar. Für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bieten sie darüber hinaus die Chance, die Wohnung an die individuellen Bedürfnisse anzupassen und so einen Verbleib in der vertrauten Wohnung zu erleichtern.

Bremen gehörte – und gehört noch immer – hier zu einem bundesweiten Vorreiter und hat frühzeitig damit begonnen, entsprechende Wohnangebote zu schaffen und weiter auszubauen. Da Barrierefreiheit nicht nur im Alter eine Rolle spielt, sondern letztlich auch Familien mit Kinderwagen oder Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, zu Gute kommt, findet sich das Thema auch auf der Agenda der Bremer Wohnungsgesellschaften, von denen die *Gewoba* mit ca. 42.000 Wohnungen mit Abstand die größte darstellt. Zu den einschlägigen Aktivitäten der Wohnungswirtschaft in Bremen zählt u. a. die *agWohnen*, ein Zusammenschluss lokaler Wohnungsunternehmen, die bspw. eine Internetplattform<sup>32</sup> ins Leben gerufen hat, auf der Interessierte nach barrierefreien bzw. barrierearmen Wohnungen suchen können.

Wenngleich die Bremer Wohnungswirtschaft bei dem Thema barrierefreies bzw. barrierearmes Wohnen rechtzeitig gestartet ist und kontinuierlich engagiert war, wird dieses Thema auch weiterhin als Herausforderung für die Zukunft angesehen – vor allem beim Umbau im Bestand ergeben sich häufig Schwierigkeiten.

### *Alter(n)sgerechtes Wohnen – Mehr als Barrierefreiheit*

Doch die barrierearme bzw. barrierefreie Gestaltung ist nur ein Handlungsfeld. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels werden in dem Bereich (alter(n)sgerechtes) Wohnen mehrere weitere Trends und Entwicklungen diskutiert (vgl. u. a. Bölting et al., 2017). Hierzu zählen vor allem:

- ▶ Wohnbegleitende Dienstleistungen;
- ▶ Smart Homes bzw. Active Assisted Living (AAL), d. h. Technik zur Unterstützung des Alter(n)s;
- ▶ Innovative bzw. alternative Wohnformen und Quartierskonzepte.

---

<sup>31</sup> So wird bspw. in einer Antwort des Senats auf eine kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 17.02.2015 das Thema aufgegriffen und vor allem hinsichtlich des Bedarfes an barrierefreiem bzw. barrierearmem Wohnraum beantwortet.

<sup>32</sup> [www.barrierefrei-wohnen-bremen.de](http://www.barrierefrei-wohnen-bremen.de)

Mit dem Begriff „wohnbegleitende Dienstleistungen“ wird eine breite Palette von unterschiedlichen Angeboten für mehr Lebensqualität in den eigenen vier Wänden zusammengefasst. Sie reicht vom Essen auf Rädern über Kleinstreparaturen oder der Nutzung moderner Elektronik bei der Haussteuerung bis hin zu ambulanten Pflegeleistungen. Vor allem ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Menschen sind in besonderem Maße auf solche Service-Angebote angewiesen, um gut versorgt und selbstbestimmt zu Hause leben und bleiben zu können. Auch bei den wohnbegleitenden Diensten existiert bereits heute in Bremen ein Angebot, das den bundesweiten Vergleich nicht zu scheuen braucht. Hervorzuheben sind etwa die insgesamt 17 Dienstleistungszentren (geführt von den Wohlfahrtsverbänden) in Bremen, die informieren und bei Bedarf vermitteln. Gleichzeitig sehen die Gesprächspartner hier weiter Potenzial, die bestehenden Angebote auszubauen und über den Rahmen der bereits bestehenden Kooperationen auch mit neuen Akteuren zu erweitern. Hier bedarf es neuer Impulse, die möglichst viele Akteure erreichen und zu einer engeren Vernetzung anstoßen. Denn insbesondere wohnbegleitende Dienstleistungen verlangen nach einer Kooperation von Wohnungswirtschaft, Pflegediensten, technischen Dienstleistern, etc.

Viel ist in den vergangenen Jahren über technische Assistenzsysteme im häuslichen Umfeld und deren Potenziale für ein gesundes und aktives Alter(n) diskutiert worden, in der Praxis macht sich häufig Ernüchterung breit. Ambient bzw. Active Assisted Living (AAL)-Technologien sind in der Akzeptanz und Verbreitung hinter den Erwartungen zurückgeblieben. In den wissenschaftlichen wie praktischen Diskussionen wird der Hausnotruf häufig als einziges erfolgreiches Beispiel genannt – sowohl in der (internationalen) Forschungslandschaft (vgl. Greenhalgh et al., 2017) wie auch seitens der Interviewpartner in Bremen. Dies lassen auch die Expertengespräche für Bremen vermuten. Abseits des Hausnotrufes werden viele Produkte nicht als praxisrelevant eingestuft, allerdings durch die Wohnungswirtschaft weiter beobachtet. Vor allem durch die Aktivitäten größerer Anbieter in diesem Bereich, bspw. Baumarktketten, die zunehmend mehr Produkte im Angebot haben, nimmt die Wahrnehmung zu und gleichzeitig werden Hemmschwellen abgebaut. Gerade in diesem Bereich bietet der Hochschulstandort viel Potenzial. Gleichzeitig werden Kooperationsbedarfe, vor allem mit wissenschaftlichen Partnern gesehen, um zukünftige Technologien rechtzeitig zu erproben und die Techniken bedarfsgerecht zu gestalten. In diesem Zusammenhang ist die Bedeutung des Gesundheitsstandortes Haushalt als dritter Säule neben ambulanter und stationärer Versorgung zu betonen. Nach Ansicht der Experten wird dieser Bereich zunehmend an Bedeutung gewinnen. Hierzu sind neben technischen Neuentwicklungen vor allem Vorhaben notwendig, in denen entsprechende Produkte in der praktischen Anwendung erprobt werden.

Unter dem Sammelbegriff „innovative Wohnformen“ fallen neuartige Ansätze des Zusammenlebens und -wohnens. Im Hinblick auf ältere Menschen kann dies z. B. inter- oder intragenerationelle Wohngemeinschaften umfassen, ebenso wie Ansätze der Quartiersgestaltung oder Demenz-Wohngemeinschaften. Hier spielt u. a. die Bremer Heimstiftung eine aktive Rolle, die vielfältige Ansätze in Kooperation mit lokalen Partnern erfolgreich erprobt und in den Regelbetrieb überführt hat. Dies beinhaltet u. a. ein Netz an ambulant betreuten Wohngemeinschaften, um dem Anspruch „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden. Dies gilt auch für die Anbindung an das Wohnumfeld bzw. Quartier. Hier werden in Bremen seit längerem quartiersnahe und nachbarschaftlich orientierte, technisch unterstützte Angebote, Maßnahmen und Konzepte erprobt, die als soziale Innovationen angesehen werden können und mit dem Ziel konzipiert wurden, Effizienz und vor allem Qualität zu steigern. Gleichzeitig findet jedoch auch bei stationären Einrichtungen eine Öffnung in das Quartier statt, jedoch in weniger starkem Maße. Der Bereich innovative Wohnformen wird dabei als zentrales Feld für zukünftige Aktivitäten in Bremen gesehen. So schätzen die Experten die Erfahrungen, je nach Wohnform, als noch nicht umfassend, wohl

aber vielversprechend ein. Hier wird weiterer Kooperationsbedarf, vor allem aus Perspektive der Wohnungsbauunternehmen gesehen, da solche Projekte alleine nur schwer realisierbar sind.

### Handlungsempfehlungen

- ▶ Hinsichtlich des Angebotes an alter(n)sgerechtem Wohnraum scheint Bremen bereits auf einem guten Weg zu sein, wenngleich weiterer Handlungsbedarf gesehen wird. Daher gilt es, entsprechend mehr Angebote zu schaffen; vor allem solche, die neben dem eigentlichen Wohnraum auch das Wohnumfeld bzw. Quartier betreffen.
- ▶ Innovative Wohnformen sollten weiter ausgebaut und entsprechend evaluiert werden. Durch sich ändernde Bedürfnisse und Anforderungen der (zukünftigen) Bewohner empfiehlt sich eine kontinuierliche formativ evaluierende Begleitung.
- ▶ Mit dem Konzept des Wohnungstauschs wurden bislang noch wenige Erfahrungen gemacht bzw. dieses scheint ausbaubar. Entsprechende Ansätze und vor allem Ansprachestrategien gilt es zu entwickeln und zu testen.
- ▶ Bei der Erprobung und Implementation von Assistenztechnologien scheinen lokale wie überregionale Kooperationen zwischen Pflegeanbietern, Wohnungswirtschaft und Technikentwicklern ausbaufähig und sollten angestoßen werden.
- ▶ Dies gilt auch für das Angebot wohnbegleitender Dienstleistungen. Zwar besteht eine lokale Kooperation zwischen mehreren Akteuren, allerdings werden auch hier weitere Ausbaupotenziale gesehen.
- ▶ Bedingt durch die Größe Bremens und die damit verbundenen „kurzen Wege“ sollten vor allem Forschungsvorhaben in den genannten Bereichen lokal ausgerichtet sein und eine stärkere Vernetzung vor Ort angestrebt werden.
- ▶ Vor allem empfiehlt sich eine zentrale Koordination im Bereich alter(n)sgerechtes Wohnen, die dafür sorgt, die Vielzahl an Akteuren an einen Tisch zu bringen, um gemeinsam neue Ansätze zu erproben und flächendeckend auszurollen. Zwar finden sich in allen beschriebenen Bereichen vielversprechende Aktivitäten, jedoch scheint zum einen weiterer Ausbaubedarf zu bestehen; zum anderen kann eine zentrale Koordination helfen, Ressourcen zu sparen.

## 8 Zentrale Handlungsempfehlungen

Das Land Bremen besitzt eine sehr gute Ausgangslage und zahlreiche Akteure, die zur Profilbildung einer wirtschafts- und beschäftigungsstarken Gesundheitswirtschaft beitragen können, wie in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt werden konnte. Die vorliegende Studie setzte mit den Themenfeldern Fachkräftesicherung und Qualität der Arbeit (Kapitel 7.1), neue Wertschöpfungsbezüge im Zusammenspiel von Dienstleistung und Industrie (Kapitel 7.2) sowie Gesund und aktiv Alter(n) in Bremen (Kapitel 7.3) Schwerpunkte, die für die Bremer Gesundheitswirtschaft prägend sind. Anhand der empirischen Zugänge konnten Innovationschancen sowie konkrete Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Bremer Gesundheitswirtschaft beschrieben werden.

Um die Entwicklungspotenziale der Bremer Gesundheitswirtschaft voll auszuschöpfen, ist insbesondere die Aufmerksamkeit von Wirtschafts-, Gesundheits-, Sozial- und Forschungspolitik gefragt. Bei der Erstellung der vorliegenden Studie zeichnete sich entsprechend das Erfordernis ab, **Gesundheitswirtschaft (wieder) als wirtschaftspolitischen Schwerpunkt** aufzunehmen und dessen Entwicklung politisch stärker zu fördern. Hierzu sollte eine eigene politische Instanz eingerichtet werden, die sich gemeinsam mit den Akteuren und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft um die Entwicklung in einzelnen Schwerpunktfeldern kümmert. Eine derartige Bündelung der Bremer Aktivitäten zur Gesundheitswirtschaft – etwa unter der federführenden Verantwortung des Wirtschaftsressorts – sollte einerseits einen Orientierungsrahmen für Zuständigkeiten, Aufgaben und Schwerpunktsetzungen schaffen. Andererseits sollten Strukturen und Institutionen etabliert werden, innerhalb derer v. a. gemeinschaftliche Innovationen gesucht, gefunden und – bei Erfolg – auch in die breite Umsetzung gebracht werden können – vom Ausbau der ambulanten Versorgung über Digitalisierung im Krankenhaus oder neue Akzente in der Qualifizierung bis hin zur Entwicklung und Erprobung von Gesundheitsrobotik oder Gesundheits-KI (Künstliche Intelligenz).

Zentrale Handlungsempfehlungen in den einzelnen Schwerpunktfeldern der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- ▶ Im Themenfeld „**Fachkräftesicherung und Qualität der Arbeit**“<sup>33</sup> bieten sich Entwicklungschancen für die Auslotung und Gestaltung neuer beruflicher Entwicklungsperspektiven und Versorgungslösungen. Durch einen stärkeren Einbezug Beschäftigter in einschlägige Entwicklungs- und Gestaltungsaktivitäten besteht dadurch nicht nur die Chance, dass attraktivere Arbeitsbedingungen entstehen, sondern die Kenntnisse und Fertigkeiten der Beschäftigten können auch dazu beitragen, dass Lösungen mehr Qualität und Effizienz bieten. Als Zukunftsaufgaben lassen sich v. a. umreißen:
  - Weiterentwicklung der Qualifizierungslandschaft, auch mit Blick auf die neuen Gestaltungsaufgaben in der Altenhilfe und Quartiersversorgung;
  - die Suche und Vereinbarung von attraktiven Lohn- und Arbeitsbedingungen, die auch zwischen den verschiedenen Einsatzfeldern (v. a. Krankenhaus, ambulante und stationäre Altenhilfe) ausgewogen sind;
  - Entwicklung, Erprobung, Monitoring von Fachkraftquoten und neuen Ansätzen der Personalbemessung, wie sie derzeit in der Bundespolitik auf den Weg gebracht werden;

<sup>33</sup> Mit Blick auf die Ausbildung in Gesundheitswesen und -wirtschaft werden Zukunftslösungen derzeit an anderer Stelle entwickelt (vgl. Rothgang 2018, i.E.).

- die Entwicklung und Erprobung von neuen Ansätzen zur Reduzierung von unfreiwilliger Teilzeitarbeit in der Pflege;
  - die Suche nach neuen Konzepten zur sozial-integrativen Ansprache, Gewinnung, Begleitung und Förderung von Wiedereinsteigern oder fachfremd vorqualifizierten Quereinsteigern;
  - Entwicklung von Innovationslaboren zur Entwicklung, Umsetzung und Erprobung neuer Wege der Arbeitsgestaltung in digital gestützten Arbeitszusammenhängen.
- Das Themenfeld **„Neue Wertschöpfungsbezüge im Zusammenspiel von Dienstleistung und Industrie“** adressiert Brückenschläge zwischen industrieller Gesundheitswirtschaft und Dienstleistungsfeldern im Sinne von Innovationspartnerschaften. Konkrete Perspektiven könnten hier zum einen die Einrichtung einer „Kümmerinstitution“ im Bereich der Landespolitik, zum anderen die Entstehung einer von Forschung und Lehre im Land Bremen gemeinsam getragenen Plattform Gesundheitscampus sein.
- Im Themenfeld **„Gesund und aktiv: Alter(n) in Bremen“** liegt es nahe, den begonnenen Kurs der Ambulantisierung der Altenhilfe (vom Ausbau der ambulanten Pflege über barrierearme/-freie Wohnungen und Nachbarschaften, innovative gemeinschaftliche Wohnformen bis hin zum Quartiersmanagement) zu verbreitern und zu vertiefen. Ergänzt werden kann er um Konzepte zum präventionsorientierten Ausbau von wohnbegleitenden Versorgungs- und Kommunikationsangeboten, bei denen auch ein besseres Zusammenspiel von professionellen und ehrenamtlichen Aktivitäten möglich wird. Einbezogen werden sollte dabei auch die Erprobung und Ausstattung mit digital gestützten Assistenztechnologien. Unerlässlich ist dafür eine stärkere Vernetzung zwischen den Akteuren aus Wohnungswirtschaft, Technologie- sowie Dienstleistungsunternehmen, die vermutlich nur über neue, von der Politik unterstützte Ansätze der Kooperationsentwicklung entstehen können.

Wie in der vorliegenden Studie deutlich wurde, lässt sich die Bremer Gesundheitswirtschaft als ein starkes Stück Wirtschaft beschreiben. Neben einer datenbasierten Beschreibung der Wertschöpfung, Beschäftigungs- und Ausbildungssituation sowie der Versorgungslandschaft wurden die für Bremen konstitutiven Schwerpunkte der Gesundheitswirtschaft in dieser Studie zusammengetragen, analysiert und auf Entwicklungspotenziale geprüft. Dabei wurde deutlich, dass es in allen Bereichen Erfolgsgeschichten sowie weitere Entwicklungsmöglichkeiten gibt. Hier können die in den Handlungsempfehlungen skizzierten Projektvorschläge und möglichen Initiativen dazu beitragen, die angesprochenen Baustellen zukunftsfähig zu gestalten und verstärkt nach außen zu kommunizieren. Die Diskussion der Themenfelder zeigte darüber hinaus ein starkes Engagement der Bremer Akteurinnen und Akteure für die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft vor Ort auf – dies, flankiert durch eine politische Aktivierung, stellt eine gute Ausgangsbasis für eine souveräne Bewältigung der Zukunftsaufgaben der Gesundheitswirtschaft in Bremen dar.

## 9 Literatur

- Augurzky, B./ Felder, S./ van Nieuwkoop, R./ Tinkhauser, A. (2012): Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand. Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO-Diskurs Nr. 01/2012.
- Becka, D./ Borchers, U./ Evans, M. (2016a): Pflegen, Kümmern und Begleiten: berufspolitische Entwicklungspfade zur Sorgearbeit vor Ort. In: Jacobs, K./ Kuhlmeiy, A./ Greß, S./ Klauber, J./ Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2016: Schwerpunkt "Die Pflegenden im Fokus". Stuttgart: Schattauer, S. 151-167.
- Becka, D./ Evans, M./ Öz, F. (2016b): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege: Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 04/2016
- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2017): Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus Sicht professionell Pflegender. Forschungsbericht, Hamburg.
- Bleses, P./ Busse, B. (2017): Digitalisierung in den sozialen Dienstleistungen – das Beispiel der ambulanten Pflege. In: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2017): Bericht zur Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Land Bremen 2017, S. 59-63.
- Bogai, D./ Carstensen, J./ Seibert, H./ Wiethölter, D./ Hell, S./ Ludewig, O. (2015): Viel Varianz: Was man in Pflegeberufen in Deutschland verdient? Studie des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Berlin.
- Bölting, T./ Cirkel, M./ Eisele, B./ Enste, P./ Fiest, J./ Hoffmann, S./ Merkel, S. (2017): Marktbericht 2017: Wohnen für Ältere in Berlin. Gelsenkirchen, Bochum: Institut Arbeit und Technik, InWIS. Online:[https://www.berlinovo.de/sites/default/files/media/wohnen\\_fuer\\_aeltere\\_in\\_berlin\\_final\\_08.12.2017.pdf](https://www.berlinovo.de/sites/default/files/media/wohnen_fuer_aeltere_in_berlin_final_08.12.2017.pdf).
- Bräutigam, C./ Enste, P./ Evans, M./ Hilbert, J./ Merkel, S./ Öz, F. (2017): Digitalisierung im Krankenhaus. Mehr Technik – bessere Arbeit? Band 364 der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie – BMWi (2017): Gesundheitswirtschaft, Fakten & Zahlen, Ausgabe 2016, Berlin: BMWi
- Cirkel, M./ Dahlbeck, E./ Dörpinghaus, S./ Hilbert, J. (2010): Gesundheitswirtschaft in Bremen: Studie im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen. Stand: 5. November 2010. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik
- Crößmann, A./ Günther, L./ Marder-Puch, K. (2017): Geld verdienen und was sonst noch zählt. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.): Qualität der Arbeit. Wiesbaden.

- Dahlbeck, E./ Hilbert, J. (2014): Die Bildung von Gesundheitsregionen als Perspektive im Strukturwandel. In: Beck, R.C./ Heinze, R.G./ Sesselmeier, W./ Schmid, J. (Hg.) (2014): Zukunft der Wirtschaftsförderung. Baden-Baden: Nomos. S. 277-300.
- DGB-Index Gute Arbeit kompakt (2/2018): Berufstätige mit Pflegeverantwortung. Zur Vereinbarkeit von Arbeit und Pflege. Herausgegeben vom Institut DGB-Index Gute Arbeit, Berlin.
- Evans, M. (2016): Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik, WISO DISKURS 23/2016, Bonn.
- Evans, M./ Kerber-Clasen, S. (2017): Arbeitsbeziehungen in der Care-Arbeit: blockierte Aufwertung? In: WSI-Mitteilungen 70, Ausg. April, S. 180-188.
- Genster, G. (2018): Für Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Die Bewegung für Entlastung und mehr Personal. In: Schröder, L./ Urban, H.-J. (Hg.): Gute Arbeit. Ökologie der Arbeit – Impulse für einen nachhaltigen Umbau. Frankfurt am Main: Bund-Verlag, S. 261-275.
- Goldschmidt, A. J. W./ Hilbert, J. (Hg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche; Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. Wegscheid: Wikom. Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management, Bd. 1.
- Greenhalgh, T./ Wherton, J./ Papoutsis, C./ Lynch, J./ Hughes, G / A'Court, C./ Hinder, S./ Fahy, N/ Procter, R./ Shaw, S. (2017): Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. J Med Internet Res 2017;19(11):e367
- Henke, K.-D./ Georgi, A./ Bungenstock, J./ Neumann, K./ Baur, M./ Ottmann, S./ Schneider, M./ Krauss, T./ Hofmann, U. (2010): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Baden-Baden: Nomos.
- Heyduck, E. (2017): Der Respekt kommt nicht an. Teilzeit, niedrige Verdienste und schlechte Arbeitsbedingungen in der Pflege. In: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2017): Bericht zur Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Land Bremen 2017, S. 64-70.
- Kickbusch, I./ Hartung, S. (2014): Die Gesundheitsgesellschaft, Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Bern, Hans Huber Verlag.
- PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hg.)/ WifOR (2016): Der Einfluss der Digitalisierung auf die Arbeitskräftesituation in Deutschland – Berufs- und branchenspezifische Analyse bis zum Jahr 2030.
- Prognos (2017): Studie Wohnungsbautag 2017. Wohnraumbedarf in Deutschland und den regionalen Wohnungsmärkten, Stuttgart/Freiburg.  
Online: [https://www.prognos.com/uploads/tx\\_atwpubdb/Prognos\\_Studie\\_Wohnungsbautag\\_2017.pdf](https://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/Prognos_Studie_Wohnungsbautag_2017.pdf) (10.03.2018).
- Rothgang, H./ Müller, R./ Runte, R./ Unger, R. (2017): Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 5. Berlin: Barmer.

- Schneider, H./ Heinze, J./ Hering, D. (2011): Betriebliche Folgekosten mangelnder Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Expertise im Rahmen des Projektes: Carers@Work: Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance? Internetveröffentlichung abrufbar unter: [http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Expertise\\_final.pdf](http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Expertise_final.pdf) (10.3.2018).
- Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport (2015): Gute Pflege als Grundlage für ein selbstbestimmtes Leben – Pflegeinfrastrukturbericht für das Land Bremen. August 2015, Bremen.
- Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport; Senator für Umwelt, Bau und Verkehr; Seniorenvertretung in der Stadtgemeinde Bremen; Seniorenbüro Bremen e. V. (Hg.) (2017): Älter werden in Bremen. Der AdressenRatgeber 2017/18, Online: <https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2017-03%20%C4lter%20werden%20in%20Bremen%202017-2018.pdf> (10.03.2018).
- Statistisches Landesamt Bremen (2015): Berufsbildende Schulen im Land Bremen. März 2015, Bremen.
- WifOR/ BASYS (2016): Regionalisierung der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, November 2016, Bonn.



## IMPRESSUM

---

Eine Studie des Instituts Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen.

Institut Arbeit und Technik (IAT)  
Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung  
der Westfälischen Hochschule  
Munscheidstraße 14  
45886 Gelsenkirchen  
[www.iat.eu](http://www.iat.eu)

### **Verfasser/-innen**

Denise Becka, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Michaela Evans, Direktorin des  
Forschungsschwerpunktes Arbeit & Wandel

Prof. Dr. Josef Hilbert, Geschäftsführender  
Direktor und Direktor des Forschungs-  
schwerpunktes Gesundheitswirtschaft &  
Lebensqualität

Dr. Sebastian Merkel, Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter

Christopher Schmidt, Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter

### **Herausgeberin**

Arbeitnehmerkammer Bremen  
Bürgerstraße 1  
28195 Bremen  
Telefon 0421.3 63 01-0  
Telefax 0421.3 63 01-89  
[info@arbeitnehmerkammer.de](mailto:info@arbeitnehmerkammer.de)  
[www.arbeitnehmerkammer.de](http://www.arbeitnehmerkammer.de)

### **Redaktion**

Carola Bury, Elke Heydruck,  
Arbeitnehmerkammer Bremen

### **Umschlaggestaltung**

GfG/Gruppe für Gestaltung, Bremen

### **Druck**

Druckerei Girzig+Gottschalk GmbH, Bremen

Stand: März 2018



## Gesundheitswirtschaft in Bremen – Befunde und Perspektiven

Die Gesundheitswirtschaft gilt als dynamischer Wachstumsbereich mit hoher volkswirtschaftlicher und beschäftigungspolitischer Bedeutung. Bundesweit arbeiten hier nahezu sieben Millionen Menschen, etwa in der Pflege, in Krankenhäusern, in Haus- und Facharztpraxen, in der Medizintechnik, oder pharmazeutischen Industrie. Ihr Anteil am Bruttosozialprodukt liegt bei rund zwölf Prozent. Auch im Land Bremen ist die Gesundheitswirtschaft mit mehr als 60.000 Beschäftigten ein relevanter wirtschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Faktor.

Viele Angebote der Gesundheitswirtschaft sind gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen, die nicht nur die medizinische Versorgung gewährleisten, sondern auch gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Darüber hinaus gelten Medizintechnik, Biotechnologie und Life-Sciences als innovations- und investitionsrelevante Geschäftsfelder. Mit der vorliegenden Studie wollen wir eine Diskussion um die regionalwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft und mögliche Weiterentwicklungen im Land Bremen initiieren.

---



**Arbeitnehmerkammer  
Bremen**

Bürgerstraße 1  
28195 Bremen  
Telefon 0421.3 63 01-0  
Telefax 0421.3 63 01-89  
info@arbeitnehmerkammer.de  
www.arbeitnehmerkammer.de

**IAT**  
Institut Arbeit und Technik

Zentrale wissenschaftliche  
Einrichtung der Westfälischen  
Hochschule Gelsenkirchen  
Bocholt Recklinghausen in  
Kooperation mit der  
Ruhr-Universität Bochum

 **Westfälische  
Hochschule**

RUHR  
UNIVERSITÄT  
BOCHUM

**RUB**