



Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen



Arbeitnehmerkammer
Bremen

Verfasser >

**Barnard Braun,
Joachim Larisch**
Zentrum für Sozialpolitik
der Universität Bremen

Herausgeberin >

Arbeitnehmerkammer Bremen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Bürgerstraße 1, 28195 Bremen
Telefon: 0421 · 36301-0
Telefax: 0421 · 36301-89

**info@arbeitnehmerkammer.de
www.arbeitnehmerkammer.de**

Bremen, Mai 2009

Schutzgebühr 5,50 Euro
Für Mitglieder der
Arbeitnehmerkammer Bremen ist
diese Broschüre kostenlos.

Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen

**Eine im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen
erstellte Übersicht.**

**Bernard Braun, Joachim Larisch (Zentrum
für Sozialpolitik der Universität Bremen)**



**Arbeitnehmerkammer
Bremen**

Inhalt:

0	Vorwort	7
1	„Gesundheitswirtschaft“ – Eine Abgrenzung	9
1.1	Differenzierung gesundheitsbezogener Wirtschaftsbereiche	10
1.2	Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft	14
1.3	Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsberichterstattung.....	20
1.4	Ansätze zu einer Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung.....	21
2	Strukturelemente des Gesundheitsmarktes	29
3	Beschäftigung und Gesundheitsberufe in Deutschland	31
4	Bei „Gesundheits“wirtschaft geht es um mehr als Kostenfaktor versus Jobmotor.....	40
5	Beschäftigung und Gesundheitswirtschaft in der Freien Hansestadt Bremen (FHB)	43
6	Initiativen in der bremischen Gesundheitswirtschaft	57
7	Fazit	63
8	Literatur	65

Tabellen:

Tabelle 1:	Ausgewählte Kennzahlen der Gesundheitswirtschaft 1996, 2004, 2020.....	19
Tabelle 2:	Beschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland 1997-2005 (in Tsd.; VÄ)	36
Tabelle 3:	Beschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland nach Geschlecht 1997/2005	37
Tabelle 4:	Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen in Deutschland 1997-2007	38
Tabelle 5:	Teilzeitbeschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland nach Geschlecht 2005.....	39
Tabelle 6:	Beschäftigte im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Bremen 2002-2007	45
Tabelle 7:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Bremen im Gesundheitswesen	48
Tabelle 8:	Betriebe im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen Bremen 2002-2005.....	49
Tabelle 9:	Ärzte in Bremen 2001 bis 2007	50
Tabelle 10:	Beschäftigte in sonstigen Bereichen des bremischen Gesundheitswesens 2005 und 2007.....	51
Tabelle 11:	Personal in bremischen Pflegeheimen 1999 bis 2005.....	51
Tabelle 12:	Nichtärztliches Personal in stationären Einrichtungen in Bremen 1994-2007	52
Tabelle 13:	Vertragsärzte in Bremen 1985-2007.....	53
Tabelle 14:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) am Arbeitsort (AO) in Gesundheitsdienstberufen in Bremen 2000-2007.....	55

Abbildungen:

Abbildung 1: Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft.....	11
Abbildung 2: Funktionale Allokation volkswirtschaftlicher Ressourcen im Gesundheitswesen.....	12
Abbildung 3: Gesundheitsausgaben-, Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung	15
Abbildung 4: Beschäftigungsstruktur in Baden-Württemberg 2004.....	25
Abbildung 5: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Bremen 2007-2008	45
Abbildung 6: Krankenhäuser in Bremen und im Umland.....	60

Übersichten:

Übersicht 1: Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung	21
Übersicht 2: Daten- und Schätzbasis der Beschäftigungsrechnung	26
Übersicht 3: Entwicklung einer Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung (Sachsen).....	28

Vorwort

Gesundheit ist für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine wesentliche Voraussetzung für ihre Arbeitsfähigkeit. Gleichzeitig sind die Kolleginnen und Kollegen auf vielfältige Weise von Entwicklungen im Gesundheitswesen betroffen: als Patient/innen, als Versicherte oder selbst als Beschäftigte.

Die Gesundheitswirtschaft gilt als dynamischer Wachstumsbereich. Neben der sozialpolitischen und wohlfahrtsstaatlichen Bedeutung des Gesundheitswesens wird auch von einem erhöhten Bedarf und der Nachfrage nach neuen Dienstleistungsangeboten und technischen Produkten angesichts der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft ausgegangen.

Die volkswirtschaftliche und beschäftigungspolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft ist offenkundig:

- Bundesweit ist der Gesundheitsbereich mit einem Anteil von mehr als 10 Prozent am Bruttosozialprodukt und nahezu 5 Millionen Beschäftigten ein relevanter wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischer Faktor.
- Im Land Bremen arbeiten rund 33.000 Menschen – vorwiegend Frauen – in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen in der Gesundheitswirtschaft. Rund jede/r zehnte im Land Bremen ist in diesem Bereich tätig. Zu den abhängig Beschäftigten kommen Selbstständige hinzu, die als niedergelassene Ärzte/innen, Zahnärzte/innen oder Apotheker/innen oder in anderen Berufen tätig sind. Ebenso nahm die Zahl der geringfügig Beschäftigten in den letzten Jahren zu.

Während die im Vergleich zu vielen anderen Branchen expandierende Gesundheitswirtschaft in der Diskussion als „Jobmotor“ gilt, wird das Gesundheitswesen selbst als Kostenfaktor gesehen, den es im Rahmen der Lohnnebenkosten zu senken gilt. So wurde in den verschiedenen Gesundheitsreformen der letzten Jahre die halbparitätische Finanzierung aufgegeben, viele Leistungen wurden aus der Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen.

Die zunehmende Selbstbeteiligung, die Ausgliederung von Leistungen und die Verschiebung der paritätischen Finanzierung zu Lasten der Arbeitnehmer/innen bewirken, dass diese am gesamten Finanzvolumen inzwischen deutlich mehr als 50 Prozent aufzubringen haben. Die zur Verfügung stehenden Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden begrenzt. Reallohnverluste, hohe Arbeitslosenzahlen und krisenhafte Beschäftigungsentwicklung relativieren ebenfalls die Hoffnungen auf eine zukunftsfähige und wachstumsorientierte Gesundheitswirtschaft.

Die vorliegende Broschüre soll einen Überblick über die beschäftigungspolitische Bedeutung der Gesundheitsbranche auch in Bremen geben und damit die Diskussion über Chancen, Risiken und notwendigen Rahmenbedingungen der Gesundheitswirtschaft anregen.



Hans Driemel
Präsident



Dr. Hans-L. Endl
Hauptgeschäftsführer

1 „Gesundheitswirtschaft“ – Eine Abgrenzung

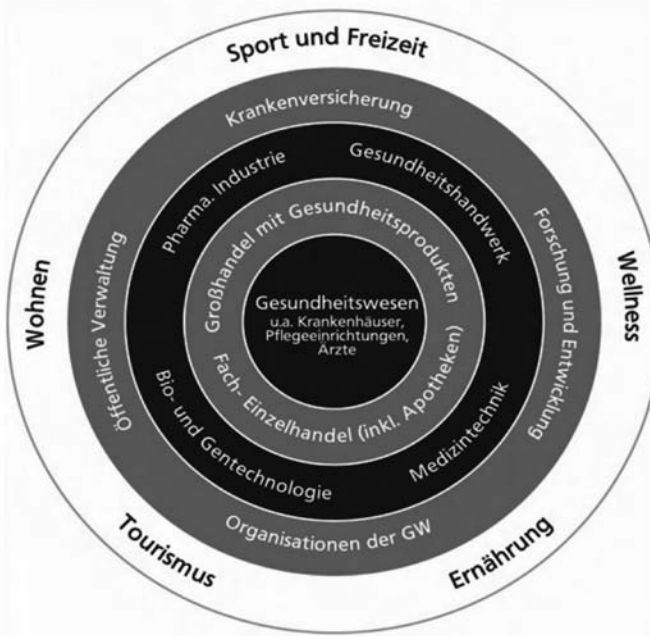
Die Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens steht seit Jahren im Mittelpunkt der (gesundheits)politischen Diskussion, und mit der seit Anfang 2009 in Kraft getretenen Änderung der Finanzierung (Gesundheitsfonds) sowie des geänderten Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist keinesfalls davon auszugehen, dass die Intensität dieser Diskussion sich vermindern könnte. Parallel zu dieser Diskussion hat sich eine Debatte über die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft entwickelt, die nach der Definition der 1. Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005 die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen umfasst, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen (vgl. Ostwald/Ranscht 2007: 284). In der amtlichen Statistik wird dagegen auf das Gesundheits- und Sozialwesen abgestellt, welches patientenbezogene Leistungen gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes umfasst.¹ Das Gesundheits- und Sozialwesen gliedert sich danach in die drei Abteilungen „Gesundheitswesen“, „Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)“ und „Sozialwesen (ohne Heime)“ auf und wird in 9 Gruppen, 12 Klassen und 18 Unterklassen aufgeteilt (vgl. Statistisches Bundesamt 2008: 69). In der statistischen Klassifikation werden im Gesundheitswesen die Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie anderweitig nicht genannte Einrichtungen wie zum Beispiel Heilpraktikerpraxen, Massagepraxen und die Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen genannt (vgl. Statistisches Bundesamt 2008: 144). Diese Klassifikation wird erkennbar den vielfältigen wirtschaftlichen Aktivitäten in Bezug auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht gerecht. Die Gesundheitswirtschaft ist daher als ein Querschnittsbereich zu bezeichnen, in den neben den unmittelbar patientenorientierten Aktivitäten, die sich überwiegend an den medizinischen oder arztnahen, das heißt überwiegend durch ärztliche Zuweisung in Anspruch genommenen Versorgungssystemen orientieren, weitere wirtschaftliche Tätigkeitsbereiche einzubeziehen sind.

¹ Vgl. Abschnitt Q –Gesundheits- und Sozialwesen der aktuellen Klassifikation von 2008 (WZ 2008); Statistisches Bundesamt 2008.

1.1 Differenzierung gesundheitsbezogener Wirtschaftsbereiche

In einem weiter gefassten Ansatz eines Schichtenmodells der Gesundheitswirtschaft ist der Bereich der stationären und ambulanten medizinischen oder doch medizinorientierten Versorgung (das Gesundheitswesen im engeren Sinne) zu ergänzen um den Handel mit Gesundheitsprodukten (einschließlich der Apotheken), das gesundheitsbezogene verarbeitende Gewerbe (z.B. Medizintechnik, Pharmazeutische Industrie und Medizinhandwerk), weitere gesundheitsbezogene Verwaltungs- und Forschungseinrichtungen sowie gesundheitsbezogene Randbereiche wie zum Beispiel Freizeiteinrichtungen (vgl. Abbildung 1). Sofern als Abgrenzungskriterium gewählt wird, ob sich der letztgenannte Bereich überwiegend damit befasst, die Morbidität und Mortalität zu vermindern, ist er nicht der Gesundheitswirtschaft zuzurechnen (vgl. Ostwald/Ranscht 2007: 285).

Abbildung 1: Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft



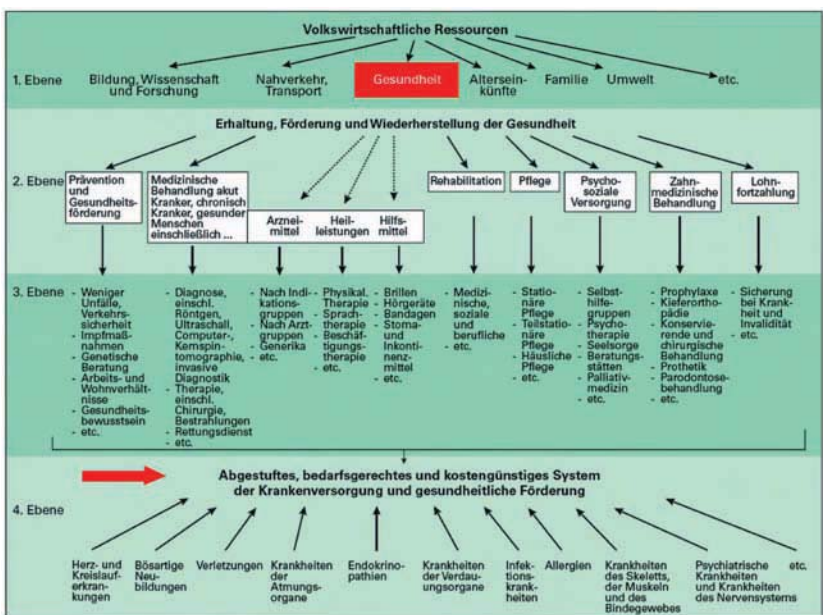
Quelle: Ostwaldt/Ranscht 2007: 285

In dieser Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft werden die mit der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung verknüpften Wirtschaftsbereiche berücksichtigt. „Damit gelangen auch die kapital- und technologieintensiven Vorleistungs- und Zulieferindustrien in das Blickfeld, aber auch die arbeitsintensiven personenbezogenen Dienstleistungsbereiche werden berücksichtigt und gewürdigt“ (Sell 2005: 17).

Eine auf das Gesundheitswesen im engeren Sinne orientierte funktionale Betrachtung unterscheidet auf einer ersten Ebene die Allokation volkswirtschaftlicher Ressourcen in Abgrenzung zu anderen Verwendungs-

möglichkeiten wie zum Beispiel Bildung, Wissenschaft und Forschung und differenziert auf einer zweiten Ebene nach zehn Aufgabenbereichen, in denen Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit im Mittelpunkt stehen. In diesen Aufgabenbereichen wird angestrebt, „Menschen im Krankheitsfall zu helfen und zu heilen, Schmerzen zu lindern und Krankheiten vorzubeugen“ (Henke 2007: 367), wozu eine bedarfsgerechte und kostengünstige auf Patienten orientierte flexible und sektorübergreifende Versorgung der Bevölkerung angestrebt wird (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Funktionale Allokation volkswirtschaftlicher Ressourcen im Gesundheitswesen



Quelle: Henke 2007: 368

Im Jahr 2007 betragen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2009) die gesamten Gesundheitsausgaben 252,8 Milliarden Euro. Trotz eines absoluten Anstiegs der Ausgaben von 7,8 Mrd. Euro oder 3,2 Prozent gegenüber 2006 sank ihr Anteil am BIP von 10,5 Prozent auf 10,4 Prozent. Institutionell verteilen sich die Ausgaben neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die 57,5 Prozent der Ausgaben trägt, und der privaten Krankenversicherung (PKV) mit 9,3 Prozent, auf die privaten Haushalte über die Selbstbeteiligung mit 13,5 Prozent sowie die öffentlichen Haushalte (insbesondere Krankenhausfinanzierung) mit 5,2 Prozent, die somit in erheblichem Umfang als Ausgaben-träger an der Finanzierung des Gesundheitswesens im engeren Sinne beteiligt sind. Die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) trug 0,7 Prozent, die soziale Pflegeversicherung 7,3 Prozent, die gesetzliche Unfallversicherung 1,6 Prozent und die Arbeitgeber 4,2 Prozent der Ausgaben. Überdurchschnittlich wuchsen 2007 die Ausgaben für die Leistungen Prävention und Gesundheitsschutz, nämlich um 8,9 Prozent, was aber vor allem am Zuwachs der Ausgaben für Schutzimpfungen lag. Die Ausgaben für Arzneimittel wuchsen schließlich 2007 ebenfalls um fünf Prozent. Die Ausgaben nach Sektoren stiegen überdurchschnittlich im Bereich der ambulanten Einrichtungen, und zwar um 4,9 Prozent. Den prozentual stärksten Anstieg gibt es in der ambulanten Pflege. Diese Betrachtung wird in der im Zuge der Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) entwickelten Gesundheitsausgabenrechnung, Krankheitskostenrechnung und Gesundheitspersonalrechnung erweitert, indem in Anknüpfung an das „System of Health Accounts“ der OECD sämtliche Institutionen und Personen des Gesundheitsschutzes (Vermeidung von gesundheitlichen Gefährdungen), der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung erfasst und miteinander verzahnt werden (vgl. Abbildung 3). In den fünf Einrichtungen Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste und Verwaltung stimmen die Gesundheitsausgaben- und die Gesundheitspersonalrechnung weitgehend überein. Bei den sonstigen Einrichtungen werden in der Gesundheitsausgabenrechnung dagegen auch die privaten Haushalte erfasst, die in der Gesundheitspersonalrechnung unberücksichtigt bleiben. Die Gesundheitspersonalrechnung enthält dagegen wiederum auch Werte

für die Vorleistungsindustrien, die in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht berücksichtigt werden (vgl. Ostwald/Ranscht 2007: 286).

1.2 Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft

In der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) wird nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen unterschieden, nicht jedoch nach Wirtschaftszweigen, und bezüglich des Bezugs zu den Umsätzen beziehungsweise den Ausgaben wird eingewandt, dass die Bruttowertschöpfung als Saldo aus dem Produktionswert (Summe der in einer Volkswirtschaft produzierten Güter und Dienstleistungen zu Herstellungspreisen) und den Vorleistungen geeigneter ist, die Wachstums- und Beschäftigungspotentiale der Gesundheitswirtschaft abzuschätzen. „Der Wertschöpfungsansatz zielt darauf ab, die Wertschöpfung in Deutschland zu ermitteln und auch ausschließlich die Beschäftigten zu erfassen, die diese Wertschöpfung in Deutschland erwirtschaften“ (Ostwald/Ranscht 2007: 286) und die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft aus der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) zu ermitteln. Neben der Ermittlung der aus den einzelnen Wirtschaftszweigen preisbereinigt ermittelten Bruttowertschöpfung können die Erwerbstätigen aus der VGR herangezogen werden. Die entsprechenden Werte liegen in der VGR entsprechend der Klassifikation nach Wirtschaftszweigen vor. Auf diese Weise können spezifische Analysen für Wirtschaftszweige vorgenommen werden, und es lassen sich Vergleiche mit anderen Branchen oder mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung durchführen.

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben-, Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung

laufende Gesundheitsausgaben / direkte Krankheitskosten	Einrichtungen	Gesundheitsschutz	ambulante Einrichtungen	stationäre/teilstationäre Einrichtungen	Rettungsdienste	Verwaltung	sonstige Einrichtungen und private Haushalte	Ausland
	1-7	1	2	3	4	5	6	7
Leistungsarten	Gesundheitswesen i.e.S. (laufende Gesundheitsausgaben)*							
Krankheiten	Gesundheitswesen i.e.S. (direkte Krankheitskosten)*							
Berufe	Gesundheitswesen i.e.S. (Beschäftigte)*							
Beschäftigte	1-7	1	2	3	4	5	6	7
	Einrichtungen	Gesundheitsschutz	ambulante Einrichtungen	stationäre/teilstationäre Einrichtungen	Rettungsdienste	Verwaltung	sonstige Einrichtungen	Vorleistungsindustrien

* In diesem Abdeckungsbereich lassen sich die Gesundheitsausgaben-, die Krankheitskosten- und die Gesundheitspersonalrechnung in Beziehung setzen.

Quelle: www.gbe-bund.de (Allgemeiner Gesundheitsschutz - Datenquelle: GAR - Methodik [generell]) (11.2.2009); Statistisches Bundesamt 2006

Für den Zeitraum 1996 bis 2004 wurde für die Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft ein durchschnittliches jährliches Wachstum von etwa vier Prozent ermittelt. In den Jahren 1999 bis 2002 ergab

sich sogar ein Jahreswachstum von bis zu 6,4 Prozent. Für sämtliche Wirtschaftsbereiche wurde dagegen ein jährliches Wachstum von lediglich 1,7 Prozent ermittelt, so dass die Gesundheitswirtschaft erheblich überdurchschnittliche Wachstumsraten aufweist. Dies gilt auch für die Entwicklung der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft. Bezüglich der Erwerbstätigen, deren Anzahl von 1999 bis 2004 von 4,2 Millionen auf 4,9 Millionen Personen gestiegen ist, ergibt sich wegen unterschiedlicher Abgrenzungen eine Differenz von 660.000 Personen zu den Daten der Gesundheitspersonalrechnung. "Der Beschäftigungszuwachs in der Gesundheitswirtschaft war von 1996 bis 2004 mehr als viermal so stark wie in allen Wirtschaftsbereichen. Somit sind sowohl das Wachstum der Bruttowertschöpfung als auch die jährlichen Zuwachsraten der Erwerbstätigenzahlen der Gesundheitswirtschaft von 1996 bis 2004 überdurchschnittlich hoch. Sie fallen jedoch für die Beschäftigung aufgrund der schwierigen Arbeitsmarktlage geringer aus als die Zuwachsraten der Bruttowertschöpfung. Im Durchschnitt wurden in den zurückliegenden Jahren Zuwachsraten von rund zwei Prozent und damit halb so große Zuwächse erzielt, wie bei der Wertschöpfung" (Ostwald/Ranscht 2007: 287 f.).

Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich die Werte für die einzelnen Wirtschaftszweige deutlich unterscheiden. Auf das Gesundheitswesen im engeren Sinne, welches die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung der Bevölkerung umfasst, entfallen etwa 70 Prozent der Bruttowertschöpfung der deutschen Gesundheitswirtschaft. Von 1996 bis 2004 war in diesem Bereich ein jährlicher durchschnittlicher Zuwachs bei der Bruttowertschöpfung von rund 3,7 Prozent zu verzeichnen. Der Handel, dessen Anteil an der gesamten Bruttowertschöpfung der deutschen Gesundheitswirtschaft etwa elf Prozent beträgt, verzeichnete im gleichen Zeitraum einen jährlich durchschnittlichen Zuwachs bei der Bruttowertschöpfung von knapp acht Prozent. Das Verarbeitende Gewerbe hat wie die weiteren Einrichtungen einen Anteil von etwa neun Prozent an der Bruttowertschöpfung, weist aber für den Zeitraum 1996 bis 2004 eine jährlich durchschnittlichen Wachstumsrate von 6,4 Prozent aus, während die weiteren Einrichtungen mit 0,7 Prozent jährlichem Wachstum deutlich geringere Raten aufweisen (vgl. Ostwald/Ranscht 2007: 288).

Bezüglich der Beschäftigtenstruktur entspricht die vorgenommene Aufteilung der Erwerbstätigen in etwa den Anteilen bei der Erwirtschaftung der Bruttowertschöpfung. Der jährlich durchschnittliche Zuwachs im Zeitraum von 1996 bis 2004 betrug im Gesundheitswesen und im Handel etwa 2,4 Prozent. Im Verarbeitenden Gewerbe der Gesundheitswirtschaft betrug der jährlich durchschnittliche Beschäftigungszuwachs 1,5 Prozent, während die Beschäftigtenzahlen in den weiteren Einrichtungen stagnierten. Im Durchschnitt aller Wirtschaftsbereiche war dagegen in diesem Zeitraum ein jährlich durchschnittlicher Beschäftigungszuwachs von 0,5 Prozent zu verzeichnen.

Auf der Basis des Datensatzes der Prognos AG wird für den Zeitraum bis 2020 eine gegenüber allen Wirtschaftsbereichen leicht unterdurchschnittliche Entwicklung der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft angenommen. "Das Gesundheitswesen weist mit einem Bruttowertschöpfungsanteil von 76,5 Prozent an der Gesundheitswirtschaft und einem Anstieg der Bruttowertschöpfung um 29,0 Prozent bis zum Jahr 2020 ein solides Wachstum auf. Jedoch sollte bei einem durchschnittlichen Wachstum von unter zwei Prozent pro Jahr der Begriff des Wachstumsmotors vorsichtig verwendet werden" (Ostwald/Ranscht 2007: 288). Bei den Erwerbstätigenzahlen wird von einem jährlich durchschnittlichen Anstieg von etwa 0,5 Prozent für den Zeitraum von 2004 bis 2020 ausgegangen. Ein etwas höherer jährlich durchschnittlicher Anstieg wird für das Gesundheitswesen angenommen, da es sich hier um einen personalintensiven Bereich handelt, in dem die Arbeitsproduktivität nicht beliebig gesteigert werden kann. Zudem lässt die demographische Entwicklung die Anzahl pflegebedürftiger Menschen stark zunehmen, woraus sich ein steigender Bedarf in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege ergibt. In den übrigen Bereichen der Gesundheitswirtschaft wird es dagegen zu Reduzierungen bei den Beschäftigten kommen. Obwohl für sämtliche Wirtschaftsbereiche bis 2020 nur von einer geringfügigen jährlichen durchschnittlichen Zuwachsrate bei der Beschäftigung von 0,1 Prozent ausgegangen wird, hingegen die Gesundheitswirtschaft deutlich höhere Zuwachsraten erwarten lässt, sollte auf diesem niedrigen Niveau nicht unbedingt von

einem "Beschäftigungsmotor" gesprochen werden (vgl. Ostwald Ranscht 2007: 289).

In der Tabelle 1 ist die differenzierte Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft in den Zeiträumen 1996 bis 2004 und 2004 bis 2020 nach Wirtschaftszweigen, der Bruttowertschöpfung und den Erwerbstätigenzahlen dargestellt. Die ausgewiesenen Werte lassen undifferenzierte Aussagen zum "Wachstumsmarkt Gesundheit" (Oberender/Zehrt 2006) oder zu einer auf unabsehbare Zeit steigenden Nachfrage nach dazu noch tatsächlich oder vorgeblich gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen (Hilbert 2008: 10) als wenig begründet erscheinen – ganz unabhängig davon, ob man Wachstum hier wirklich uneingeschränkt positiv bewerten soll (siehe dazu auch Kapitel 4 dieses Berichts). Dies gilt auch für die regionale Profilierung als Standort für Gesundheitskompetenz, die als regionale wirtschaftliche Schwerpunktsetzung Kommunen, Regionen oder sogar ganze Bundesländer erfasst hat (vgl. Hilbert 2008: 19 ff.). Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass nach den vorliegenden Prognosen das Gesundheitswesen im engeren Sinne als der Kern der Gesundheitswirtschaft unter der Annahme konstanter institutioneller Rahmenbedingungen wegen der angenommenen zunehmenden Nachfrage nach Pflegedienstleistungen von besonderer Bedeutung sein wird. "Die durchgeführten Berechnungen zeigen, dass die Annahme, die Alterung der Bevölkerung, der medizinisch-technische Fortschritt und eine gesteigerte Nachfrage nach Produkten und Dienstleistungen zur Erhöhung der Lebensqualität, machen die Gesundheitswirtschaft automatisch zu einem Wachstums- und Beschäftigungsmotor, nicht richtig ist. Vielmehr lässt sich aus den Berechnungen schließen, dass Wirtschafts- und insbesondere Gesundheitspolitik gefordert sind, die institutionellen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ein Branchenwachstum ermöglicht wird. Bis heute wird die ‚Gesundheitswirtschaft‘ in der Politik noch nicht wahrgenommen. Das Gesundheitswesen wird immer noch als Kostenfaktor gesehen, den es zum Wohle der Arbeitskosten zu senken gilt" (Ostwald/Ranscht 2007: 290).

Anzumerken bleibt, dass in den politischen Debatten im Umfeld und auf den rasch zunehmenden Gesundheitswirtschafts-Kongressen in mehreren Bundesländern (z.B. Mecklenburg-Vorpommern) über die

Bedeutung von Gesundheitswirtschaft eine Gratwanderung zwischen den Sichtweisen des Gesundheitswesens als „Kostenfaktor“ oder als „Jobmotor“ versucht wird. Dabei muss aber genau darauf geachtet werden, wie die Spannung zwischen beiden Positionen ausgehalten oder umgangen wird. Dies geschieht häufig dadurch, dass den sozialpartnerschaftlich² durch versicherte Arbeitnehmer und ihren Arbeitgebern finanzierten GKV-Leistungen die Bewertung „Kostenfaktor“ zugewiesen wird, während die sich „wild“ entwickelnde Palette der überwiegend privat zu finanzierenden Leistungen als wachstumsfördernd und im Rahmen einer Gesundheitswirtschafts-Förderungspolitik als förderwürdig bewertet werden.

Tabelle 1: Ausgewählte Kennzahlen der Gesundheitswirtschaft 1996, 2004, 2020

	1996		2004				2020			
	BWS Mrd. Euro	ET in Tsd.	BWS Mrd. Euro	BWS in %	ET in Tsd.	ET in %	BWS Mrd. Euro	BWS in %	ET in Tsd.	ET in %
Verarbeitendes Gewerbe	11,47	288,9	17,35	51,3	322,5	11,6	22,30	28,5	272,6	-15,5
Pharmaindustrie	7,96	116,2	11,77	47,8	133,4	14,8	15,24	29,5	109,4	-18,0
Medizintechnik	3,41	171,1	5,48	60,7	187,7	9,7	6,99	27,6	161,9	-13,8
Handel	12,53	479,0	20,50	63,6	569,1	18,8	22,69	10,7	544,1	-4,4
Großhandel	3,85	93,4	7,77	101,7	117,6	25,8	8,40	8,2	109,3	-7,0
Facheinzelhandel	8,68	385,6	12,73	46,7	451,6	17,1	14,29	12,2	434,8	-3,7
Gesundheits- wesen	103,04	2.985,6	133,78	29,8	3.548,9	18,9	172,56	29,0	4.018,0	13,2
Weitere Einrichtungen	16,42	458,1	17,32	5,5	460,0	0,4	19,37	11,8	449,4	-2,3
Gesundheits- wirtschaft insges.	143,45	4.211,7	188,96	31,7	4.900,5	16,4	236,92	25,4	5.284,1	7,8

Quelle: Ostwaldt/Ranscht 2007: 289

(BWS: Bruttowertschöpfung; ET: Erwerbstätige; Prozentangaben beziehen sich auf die Veränderung in den Zeiträumen 1996-2004 und 2004-2020). Schreibfehler im Original zum Teil korrigiert.

² Bedeutete dies in der Vergangenheit noch eine halbparitätische Finanzierung, sorgte die zunehmende Anzahl von Leistungen mit Selbstbeteiligung und die Ausgliederung von Leistungen aus der paritätischen Finanzierung dafür, dass heute der Anteil der Arbeitgeberbeiträge am gesamten Finanzvolumen deutlich unter der 50 Prozent-Marke liegt.

1.3 Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsberichterstattung

Die seit etwa 1995 entwickelte Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder nutzt unterschiedliche Datenquellen für die den elf Themenfeldern zugeordneten Indikatoren und umfasst auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen (vgl. Übersicht 1).

Die Gesundheitsberichterstattung beschränkt sich dabei nicht auf Informationen zum Gesundheitswesen im engeren Sinne, sondern schließt eine Vielzahl weiterer Indikatoren ein, die sich auf das gesundheitsrelevante Verhalten oder die demographischen Rahmenbedingungen beziehen. "Das so aufgebaute System der Bereitstellung von Informationen lässt keine Betrachtung unter dem Gesichtspunkt der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zu. Die für die einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens vorliegenden Informationen vermitteln jedoch klar, dass das Gesundheitswesen als bedeutender Bestandteil der Volkswirtschaft anzusehen ist. Sie werfen jedoch nur Schlaglichter auf ausgewählte Aspekte und lassen keine Aussagen zu, wie die wirtschaftliche Tätigkeit in diesem Bereich zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des gesamten Landes beiträgt" (Richter 2008: 94). Im Themenfeld 10 "Ausgaben der Finanzierung" ergeben sich jedoch Anhaltspunkte für eine Betrachtung des Gesundheitswesens im Rahmen der gesamten Volkswirtschaft. Allerdings dürften für die meisten der dortigen Indikatoren auf Länderebene keine Informationen verfügbar sein (vgl. für den Freistaat Sachsen Richter 2008: 94).

Übersicht 1: Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung

Abb. 4 Gesundheitsberichterstattung – Themenfelder und Zahl der Indikatoren nach der 3. bearbeiteten Fassung des Indikatorenansatzes von 2003

Themenfeld-Nr.	Inhaltliche Beschreibung	Zahl der Indikatoren im Themenfeld	Darunter
			Zeitreihen
01	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	keine Indikatoren, Text	
02	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen	24	9
03	Gesundheitszustand der Bevölkerung	119	28
04	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	13	-
05	Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	14	2
06	Einrichtungen des Gesundheitswesens	22	7
07	Inanspruchnahme und Leistungen der Gesundheitsversorgung	38	16
08	Beschäftigte im Gesundheitswesen	29	15
09	Ausbildung im Gesundheitswesen	4	2
10	Ausgaben der Finanzierung	26	8
11	Kosten	8	1

Quelle: [15, Band 1, S.21]

Quelle: Richter 2008: 93

1.4 Ansätze zu einer Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung

Baden-Württemberg hat im Jahr 2002 ein Konzept und erste Ergebnisse für die Gesundheitsausgaben- und Beschäftigtenrechnung vorgelegt, die als ein Modul in einem noch zu entwickelnden System der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung angesehen wird (Statistisches

Landesamt Baden-Württemberg 2002). Angestrebt wird ein Informationssystem zu Art, Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen sowie zu zukünftigen Entwicklungstendenzen. "In der neuen Gesundheitsausgabenrechnung werden nur diejenigen Leistungen beziehungsweise Ausgaben einbezogen, die ökonomisch dem letzten Verbrauch zuzurechnen sind. Er umfasst die Waren- und Dienstleistungskäufe der verschiedenen öffentlichen und privaten Ausgabenträger sowie den Eigenverbrauch des Staates und der Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck. (...) Die Darstellung des letzten Verbrauchs von Gesundheitsgütern orientiert sich in der neuen Gesundheitsausgabenrechnung an dem sogenannten Inländerkonzept. Das heißt: neben den im Land selbst hergestellten und zugleich von Inländern (Baden-Württembergern) verbrauchten Gesundheitsgütern (Inlandsverbrauch), werden auch die von den Inländern im Ausland oder anderen Bundesländern in Anspruch genommenen Gesundheitsgütern dargestellt. Die Vorleistungen der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie, einschließlich deren Forschungsausgaben sind in der neuen Gesundheitsausgabenrechnung lediglich indirekt als Teil des Verkaufspreises von Gütern und Leistungen der Leistungserbringer wie Apotheken, Ärzte, Krankenhäuser und so weiter enthalten" (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2002: 30f.). Ferner werden die Ausgaben nach Ausgabenträgern, Leistungsarten, Ausgabearten und Einrichtungsarten differenziert. Wegen deren Vermengung von Produktions- und Dienstleistungen des Gesundheitswesens in der Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes mit anderen Aktivitäten werden im Ansatz des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg diesbezüglich Modifikationen vorgenommen (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2002: 43f.). Für die Regionalisierung von Ausgabengrößen wurden unterschiedliche Quellen zur Schätzung oder Schlüsselung der Werte herangezogen, wobei entweder die auf Bundesebene vorliegenden Werte proportional zum Beispiel an Hand der Bevölkerungszahlen zugeordnet wurden oder regionale Schätzverfahren zur Anwendung kamen (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2002: 50 ff.).

Bezüglich der Beschäftigtenzahlen wird wegen erheblicher Erfassungslücken nicht auf die amtlichen Beschäftigungsstatistiken zurückgegrif-

fen. Es werden vielmehr Daten der Einrichtungen und Direktauskünfte für die Datenübermittlung genutzt (vgl. Übersicht 2). "Weil eine Trennung zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten nur teilweise möglich gewesen wäre, wurden die Beschäftigten generell unabhängig vom tatsächlichen Beschäftigungsumfang angegeben. Geringfügig Beschäftigte und Teilzeitbeschäftigte wurden also voll mitgezählt. Bei der Einschätzung der Größenordnungen ist ferner zu berücksichtigen, dass nur das direkt in den jeweils aufgeführten Einrichtungen des Gesundheitswesens beschäftigte Personal erfasst wird. Darüber hinausgehende Beschäftigungseffekte wie sie über Zulieferungen und Verflechtungen mit anderen Wirtschaftsbereichen (z.B. Baugewerbe) entstehen, werden hier nicht berücksichtigt" (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2002: 94).

Im Jahr 2000 waren in Baden-Württemberg 536.000 Personen in Einrichtungen des Gesundheitswesens beschäftigt, während im Maschinenbau mit 291.000 Personen und im Fahrzeugbau mit 210.000 Personen deutlich weniger Beschäftigte ausgewiesen wurden. Bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten waren rund zehn Prozent im Gesundheitswesen tätig. Vier Fünftel der Beschäftigten im Jahr 1998 waren in den ambulanten und stationären beziehungsweise teilstationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung tätig. Mit etwa 210.000 Beschäftigten waren nahezu gleich viel Personen in der ambulanten wie in der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung beschäftigt (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2002: 95).

Auf der Basis des statistischen Unternehmensregisters wurden für Baden-Württemberg im Jahr 2004 etwa 34.000 Unternehmen und sonstige Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft zugeordnet, was einem Anteil von acht Prozent an allen Unternehmen und rechtlich selbstständigen Einrichtungen entspricht. Die Anzahl der erfassten Betriebe liegt mit 35.000 Einheiten nur geringfügig über der Unternehmenszahl. Mit 13 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten weist die Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg das höchste Beschäftigungsvolumen auf, und für den Zeitraum 2000 bis 2006 wird eine Steigerungsrate von zehn Prozent bei der Beschäftigung ermittelt (Knödler 2008: 5). "In diesen sechs Jahren ist die Zahl der sozialversiche-

rungspflichtig Beschäftigten in der baden-württembergischen Wirtschaft insgesamt um knapp zwei Prozent gesunken, im Verarbeitenden Gewerbe ist sie sogar um über sieben Prozent zurückgegangen. Gerade in den konjunkturell schwächeren Jahren von 2001 bis 2005 hat die Gesundheitswirtschaft damit einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Beschäftigung im Land geleistet" (Knödler 2008: 6).

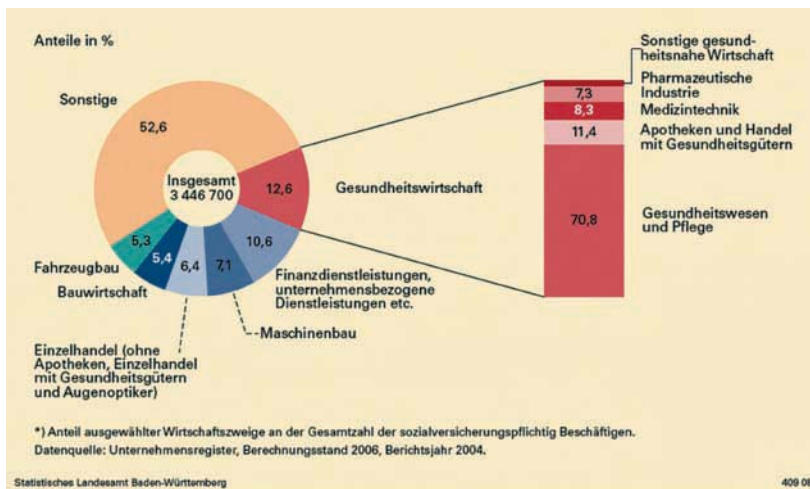
Bezüglich der Bruttowertschöpfung als Maß für die Wirtschaftsleistung wird für Baden-Württemberg ein Anteil von sechs Prozent an der gesamten Bruttowertschöpfung angenommen, wobei allerdings eine Unterschätzung vorliegen dürfte. Da die meisten Dienstleistungen im Gesundheitswesen nicht steuerbar sind oder umsatzsteuerfrei erbracht werden, kann deren Anteil an den gesamten Umsätzen nicht als Schätzgröße für den Wertschöpfungsanteil herangezogen werden. Aus den für die steuerbaren und umsatzsteuerpflichtigen Leistungen der Gesundheitswirtschaft und dem Wertschöpfungsanteil des Gesundheitswesens vorliegenden Daten wird geschätzt, dass der Wertschöpfungsanteil der Gesundheitswirtschaft etwa neun Prozent beträgt (Knödler 2008: 7).

Für den Beschäftigungsbereich der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg ist die überragende Bedeutung des Gesundheitswesens im engeren Sinne und der Pflege mit etwa 70 Prozent der Beschäftigten festzustellen (vgl. Abbildung 4). "Obwohl das Konzept der Gesundheitswirtschaft explizit über die Wirtschaftszweige der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung hinausgeht, nimmt dieser Kernbereich eine dominierende Stellung innerhalb der Gesundheitswirtschaft ein" (Knödler 2008: 7). Bedingt durch die demographische Entwicklung wuchs die Beschäftigung in der Pflege im Zeitraum von 2000 bis 2006 in Baden-Württemberg fast dreimal schneller als im Gesundheitswesen. "Von den Maßnahmen zur Kostendämpfung, mit denen die Gesundheitspolitik auf die sich aus der demographischen Alterung ergebenden Sparzwänge reagiert, sind direkt oder indirekt alle Bereiche der Gesundheitswirtschaft betroffen. Innerhalb des Kernbereichs dürfte es deshalb in naher Zukunft vor allem zu einer Umschichtung der Ressourcen vom Gesundheitswesen zum Pflegebereich kommen. Beim gesundheitsnahen Handel und bei den Vorleistungsbranchen im Verar-

beitenden Gewerbe werden dagegen noch Wachstums- und Beschäftigungspotenziale vermutet. Das gilt allerdings nur dort, wo es gelingt, Auslandsmärkte zu erschließen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Auslandsmärkte für gesundheitsbezogene Güter und Dienstleistungen in den kommenden Jahren erheblich stärker expandieren werden als der Inlandsmarkt" (Knödler 2008: 8).

Bezüglich der weiteren Beschäftigungsentwicklung im Inland wird im Hinblick auf die gesundheitspolitischen Sparmaßnahmen eher von einer verstärkten Mobilisierung von Effizienzreserven ausgegangen, so dass mit Ausnahme des Pflegebereichs die Beschäftigungsentwicklung eher skeptisch eingeschätzt wird (vgl. Knödler 2008: 9).

Abbildung 4: Beschäftigungsstruktur *) in Baden-Württemberg 2004



Quelle: Knödler 2008: 6

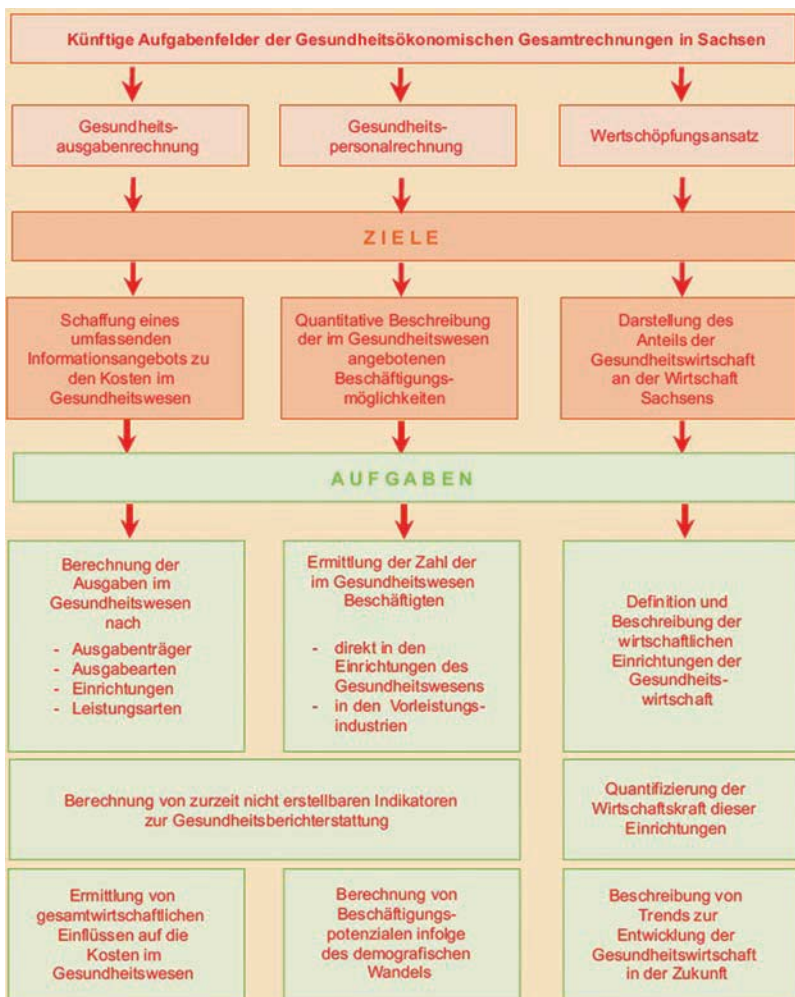
Übersicht 2: Daten- und Schätzbasis der Beschäftigungsrechnung

Datenquellen	Schätz- und Schlüsselquellen
A. Bereichsstatistiken	<i>Erwerbstätigenrechnung</i>
<i>Statistik des Gesundheitswesens</i>	<i>Private Krankenversicherung</i>
<i>Einzelhandelsstatistik</i>	<i>DIW-Auskunft</i>
<i>Großhandelsstatistik</i>	<i>Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände, Eschborn</i>
<i>Handwerkszählung</i>	<i>Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung)</i>
<i>Handwerksberichterstattung</i>	
<i>Pflege- und Betreuungsstatistik</i>	
<i>Krankenhausstatistik</i>	
<i>Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung</i>	
<i>FuE-Berichterstattung</i>	
<i>Statistik des Verarbeitenden Gewerbes</i>	
B. Direktauskünfte	
<i>Landesgesundheitsamt</i>	
<i>Sozialministerium Baden-Württemberg</i>	
<i>Umweltministerium Baden-Württemberg</i>	
<i>Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Lahr</i>	
<i>Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg</i>	
<i>Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände, Eschborn</i>	
<i>Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch Gladbach</i>	
<i>Deutscher Feuerwehrverband, Bonn</i>	
<i>Berufsgenossenschaften</i>	
<i>Landesversicherungsanstalten</i>	
<i>Krankenkassenverbände</i>	
<i>Kassenärztliche Vereinigungen</i>	
<i>Kassenzahnärztliche Vereinigungen</i>	
<i>Landesärztekammer Stuttgart</i>	
<i>Landeszahnärztekammer Stuttgart</i>	
<i>Landesapothekerkammer Stuttgart</i>	

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2002: 93

Im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Bundesländer wurde im Jahr 2004 angeregt, eine Regionalisierung der gesundheitsbezogenen Berichterstattung vorzunehmen. Es wurde eine Arbeitsgruppe "Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung" unter dem Vorsitz des Statistischen Landesamtes Sachsen eingerichtet. Am Beispiel von Sachsen ist im Herbst 2007 damit begonnen worden, die Möglichkeiten der Entwicklung regionalisierter gesundheitsbezogener Rechnungssysteme auszuloten (vgl. Übersicht 3). Die Entwicklung der Beschäftigung im Gesundheitswesen ist integraler Bestandteil dieses Vorhabens. "Die demographische Entwicklung wird dazu führen, dass sich der Bedarf an Gesundheitspersonal verändern wird. Die sich stetig vollziehende Alterung der Gesellschaft führt zu einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und einem wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen. Gleichzeitig verringert sich die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die diesen erhöhten Bedarf an Personal decken können. Die Berechnung dieser Effekte auf der Grundlage der im Statistischen Landesamt erstellten Bevölkerungsprognosen würde einen Beitrag zur Abschätzung zukünftiger Beschäftigungs- und Beschäftigtenpotenziale liefern" (Richter 2008: 100).

Übersicht 3: Entwicklung einer Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung (Sachsen)



Quelle: Richter 2008: 99

2 Strukturelemente des Gesundheitsmarktes

Das oben skizzierte Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft kann in Anlehnung an die Studie von Matthäi und Marschall (2008: 14) wie folgt weiter differenziert werden:

- a) Betriebe und Einrichtungen des Gesundheitswesens:
 - stationäre und ambulante Einrichtungen der medizinischen Versorgung (Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen, ambulante Versorgungszentren)
 - Einrichtungen der medizinisch-orientierten Versorgung (Praxen psychologischer Therapeuten, Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Logopäden)
 - Einrichtungen für Prävention und Rehabilitation
 - Einrichtungen der Notfallversorgung und Rettungsdienste.
- b) Pflegeeinrichtungen:
 - stationäre und ambulante Einrichtungen der Altenpflege (ambulante Pflegedienste, Altenheime, Pflegeheime)
 - Einrichtungen zur Pflege und Betreuung von Behinderten
 - Einrichtungen zur post-stationären Pflege und Betreuung.
- c) Zulieferer und Vorleistungsunternehmen:
 - pharmazeutische Unternehmen
 - Unternehmen in der Medizintechnik und Hersteller von Medizinprodukten
 - Unternehmen des Gesundheitshandwerks.
- d) Handelsunternehmen:
 - pharmazeutischer Großhandel und Großhandel für medizinische Produkte
 - Einzelhandel für medizinische Produkte, Hilfs- und Heilmittel.
- e) universitäre und außeruniversitäre gesundheitsbezogene Forschungseinrichtungen
- f) Verwaltungseinrichtungen:
 - Krankenkassen, sonstige Einrichtungen der Sozialversicherung
 - Verbände und Kammern
 - sonstige Organisation des Gesundheitswesens

Entgegen der Auffassung von Matthäi und Marschall, der zufolge der sogenannte erste Gesundheitsmarkt durch ein gesetzlich definiertes Leistungsspektrum und der Finanzierung durch die Ausgabenträger des Gesundheitssystems gekennzeichnet ist, muss darauf hingewiesen werden, dass auch die Leistungen beispielsweise der niedergelassenen Ärzte mit einer Kassenzulassung keineswegs ausschließlich durch das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt werden. Zusätzlich erbringen diese Ärzte auch noch Leistungen für privat krankenversicherte Patienten, die sich zum Teil qualitativ von den GKV-Leistungen unterscheiden. Ein seit Jahren ansteigender Anteil der Tätigkeit³ und Einnahmen niedergelassener Ärzte bestehen auch im Angebot und der Erbringung sogenannter „Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)“.⁴ Deren Schwerpunkt liegt im diagnostischen Bereich, wo aber nicht selten Leistungen erbracht werden, deren gesundheitliche Notwendigkeit und Nutzen zum Teil umstritten sind. Noch deutlicher wird dies bei den Leistungen der niedergelassenen Zahnärzte, die jenseits des gesetzlichen Leistungskatalogs durchaus durch Angebot und Nachfrage mit beeinflusst werden (Prophylaxe, Eigenbeteiligung beim Zahnersatz und anderes mehr). Es ist daher stark vereinfacht, wenn Matthäi und Marschall feststellen: "Marktwirtschaftliche Prinzipien gelten nicht für die Beziehungen zwischen Patienten als Nachfragern und Leistungsträgern als Anbietern" (2008: 16).

³ Nach Befragungsergebnissen des WIdO nahm der Anteil von Krankenversicherten, die IGeL-Leistungen angeboten bekamen, von 9 Prozent im Jahr 2001 (Daten aus dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung) auf 23 Prozent im Jahr 2004 zu (Zok 2004) und nimmt weiter zu.

⁴ In einer Modellrechnung für das Jahr 2007 kommt das „Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)“ zu folgenden Schätzungen der Anzahl angebotener IGeL-Leistungen nach Arztgruppen: Spitzenreiter sind Frauenärzte mit durchschnittlich 682 Angeboten pro Arzt und Jahr, dicht gefolgt von den Augenärzten mit 600 Angeboten. Am wenigsten, nämlich 79 Angebote machen die Allgemeinärzte und schließlich mit 58 Angeboten die Internisten. (WIdO 2007). Geschätzt wird, dass zwischen 10 Prozent und 20 Prozent des Gesamtumsatzes der Facharztpraxen durch IGeL-Leistungen bestimmt werden.

Die von ihnen vorgenommene Differenzierung nach der Finanzierung durch die privaten Haushalte ist ebenfalls wenig geeignet, die sogenannte Zweiteilung des Gesundheitsmarktes zu begründen. Wenn es auch richtig ist, dass Gesundheitsangebote und -produkte, die aus dem gesetzlichen Leistungskatalog der Krankenkassen im Wesentlichen nicht finanziert werden, vorwiegend den Bereichen Freizeit, Tourismus, Sport, Ernährung und Wohnen zuzuordnen sind, so ist es doch auch richtig, dass im Zuge der Verstärkung präventiver Initiativen der Krankenkassen beispielsweise ernährungsbezogene Maßnahmen unterstützt oder gar finanziert werden, und umgekehrt medizinisch angezeigte Maßnahmen zunehmend den privat zu finanzierenden Zusatzleistungen zugeordnet werden. Vereinfachend kann für fast jedes Element der Gesundheitswirtschaft davon ausgegangen werden, dass - wenn auch in unterschiedlichem Maße - sowohl marktwirtschaftliche als auch gesetzliche Steuerungselemente vorhanden sind.

In Bezug auf die arbeitsmarktpolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft erscheint es als sinnvoll, die Entwicklung der Beschäftigung in den unterschiedlichen Gesundheitsberufen zu untersuchen, wie es der Sachverständigenrat (SVR) Gesundheit in seinem letzten Gutachten getan hat.

3 Beschäftigung und Gesundheitsberufe in Deutschland

Bereits in seinem Sondergutachten aus dem Jahr 1997 weist der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute SVR Gesundheit) darauf hin, dass eine Expansion im Gesundheitssektor auch einen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor darstellt, der wegen des hohen Anteils von Dienstleistungen auch erhebliche Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt entwickelt (SVR Gesundheit 1997). In seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 widmet sich der SVR Gesundheit insbesondere der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. In Ermangelung einer exakten Abgrenzung der mit der gesundheitlichen Versorgung betrauten Berufe von anderen Berufskategorien entwickelt er den Gesundheitsberuf als Tätigkeit, die unmittelbar auf die Gesundheitsversorgung von Patienten bezogen ist und gegen Entgelt erfolgt (SVR Gesundheit

2007:42). Nach seiner Auffassung ist eine Abgrenzung gegenüber sozialen und erzieherischen Berufen nicht immer eindeutig möglich, wohingegen Berufe aus dem Fitnessbereich, der Tiermedizin oder beispielsweise den technischen Bereichen von Krankenhäusern nicht zu den Gesundheitsberufen im Sinne von Tätigkeiten gezählt werden können, die auf die Versorgung von Patienten ausgerichtet sind.⁵

Auf der Basis der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes, die seit 1997 vorliegt, beziffert der SVR Gesundheit die unmittelbar mit der Versorgung von Patienten beschäftigten Personen im Jahr 2005 auf 2,58 Millionen. Bei einer Umrechnung in Vollzeit-Beschäftigungsverhältnisse handelt es sich um zwei Millionen Beschäftigte. Gegenüber 1997 ist einer Steigerung von 7,8 Prozent festzustellen. Mit fast 700.000 Beschäftigten ist die größte Gruppe unter den Gesundheitsdienstberufen diejenige der Gesundheits- und Krankenpflege, in der 27 Prozent des Gesundheitsdienstpersonals tätig sind. Bezogen auf Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) ergab sich für diese Gruppe zwischen 1997 und 2005 ein Beschäftigungsrückgang von 1,5 Prozent bei einem unverändert hohen Frauenanteil von 85 Prozent und einer Teilzeitquote im Jahr 2005 von etwa 33 Prozent. Im stationären Pflegebereich ist in diesem Zeitraum bezogen auf Vollzeitstellen sogar ein Rückgang von über acht Prozent festzustellen (SVR Gesundheit 2007: 48 Tz. 88).⁶

Bei den Helfern in der Krankenpflege (einschließlich der Rettungsassistenten) ist eine Erhöhung der Beschäftigung von knapp acht Prozent festzustellen, und bei den Altenpflegekräften und Altenpflegehilfskräften ergab sich zwischen 1997 und 2005 ein Beschäftigungszuwachs von rund 38 Prozent (Vollzeitäquivalente).⁷ Der Anteil von Teilzeitbeschäf-

⁵ Zu der Unterscheidung zwischen Gesundheitsberufen und Berufen im Gesundheitswesen vergleiche SVR Gesundheit 2007: 45 Tab. 1.

⁶ Im Unterschied zum Statistischen Bundesamt erfasst der SVR Gesundheit auch die Beschäftigten in der Altenpflege unter den Gesundheitsdienstberufen. Die Daten zur stationären Pflege wurden aus den Grunddaten der Krankenhäuser entwickelt.

⁷ Es handelt sich dabei um Altenpflegekräfte, die im Gesundheitswesen einge-

tigten ist in dieser Gruppe mit etwa 44 Prozent deutlich höher als unter den Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen insgesamt (SVR Gesundheit 2007: 49 Tz. 90). Bei den Ärzten ergab sich ein Beschäftigungszuwachs von knapp neun Prozent bei einem deutlich geringeren Teilzeitanteil von etwa 14 Prozent (überwiegend weibliche Beschäftigte) und einem moderaten Anstieg des Frauenanteils von 36 auf 39 Prozent. Bei den medizinischen Fachangestellten ist zwischen 1997 und 2005 bezogen auf Vollzeitäquivalente eine Verringerung um 3,6 Prozent festzustellen. Es sind hier fast ausschließlich Frauen beschäftigt, und der Anteil der Teilzeitbeschäftigten lag 2005 bei etwa einem Drittel. Einen ganz erheblichen Zuwachs weist die Berufsgruppe der Physiotherapeuten mit etwa 58 Prozent aus.

Die differenzierte Beschäftigungsentwicklung zwischen 1997 und 2005 ist in Tabelle 2 dargestellt. Danach ist bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften, die 2005 einen Anteil von etwa 15 Prozent an allen Beschäftigten im Gesundheitswesen ausmachen, ein Beschäftigungsrückgang von 1,5 Prozent zu verzeichnen. Bei den Ärzten (8,4 Prozent aller Beschäftigten) ergibt sich ein Beschäftigungszuwachs von 8,2 Prozent, bei den medizinischen Fachangestellten (7,3 Prozent aller Beschäftigten) ergibt sich ein Beschäftigungsrückgang von 3,6 Prozent und bei den Altenpflegekräften (7,2 Prozent aller Beschäftigten) ergibt sich ein Beschäftigungszuwachs von 38 Prozent. Aus der Tabelle 3 ist der außerordentlich hohe Anteil weiblicher Beschäftigter bei den medizinischen Fachangestellten und den Altenpflegekräften ersichtlich. Für die Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt ergibt sich ein Frauenanteil von gut 72 Prozent, der lediglich bei den Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Masseurinnen deutlich unterschritten wird. Für das Jahr 2005 werden 4,3 Millionen Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen ausgewiesen. Dies entspricht elf Prozent aller Erwerbstätigen in Deutschland. Von 1997 bis 2005 erhöhte sich die Anzahl aller Beschäftigten im Gesundheitswesen um 157.000 Personen (3,8 Prozent). Im Jahr 2005 waren 29,2 Prozent der Beschäftigten in Teilzeit tätig, während es 1997 nur 24,3 Prozent waren (SVR Gesundheit 2007:

setzt werden, nicht dagegen um Beschäftigte in Altenwohnheimen und ähnlichen Einrichtungen.

48 Tz. 86). Mit fast 44 Prozent wird für die Altenpflegekräfte ein besonders hoher Teilzeitanteil ausgewiesen, während dieser für die Zahnärzte (9,2 Prozent) und Ärzte (14,3 Prozent) im Jahr 2005 stark unterdurchschnittlich ist (vgl. Tabelle 5).⁸

Es ergibt sich daher für die Entwicklung der Beschäftigung im Gesundheitswesen auf nationaler Ebene ein sehr differenziertes Ergebnis. Bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten ist zwischen 1997 und 2005 ein erheblicher Anstieg bei der Beschäftigung festzustellen, der sich aber vorwiegend auf Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse und die Altenpflege bezieht. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften, die mit 15 Prozent Anteil an allen Beschäftigten im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung sind, ist dagegen bezogen auf Vollzeitäquivalente ein Beschäftigungsrückgang um 1,5 Prozent in diesem Zeitraum festzustellen. Die Entwicklung des Arbeitsmarktes in der Gesundheitswirtschaft scheint daher im Wesentlichen durch die Ausdehnung der Teilzeitarbeit bei unverändert hohem Frauenanteil geprägt zu sein.

Aus der Gesundheitspersonalrechnung für 1997 bis 2007 ergibt sich für sämtliche Einrichtungen keineswegs die auf allen Gesundheitswirtschaftskongressen im- und explizit behauptete Expansion, sondern eine Stagnation der Beschäftigung.⁹ Für die ambulanten Einrichtungen, in denen 2007 knapp 43 Prozent aller Beschäftigten tätig waren, ergibt sich für diesen Zeitraum insgesamt ein Beschäftigungsrückgang von drei Prozent (vgl. Tabelle 4). Bei den Arzt- und Zahnarztpraxen verminderte sich die Beschäftigung um zirka elf Prozent, im Gesundheits-handwerk und –einzelhandel sogar um 20 Prozent. In den Praxen sonstiger medizinischer Berufe erhöhte sich dagegen die Beschäftigung in diesem Zeitraum um 28 Prozent und in der ambulanten Pflege um 34 Prozent. Bei den stationären und teilstationären Einrichtungen, in denen 2007 knapp 40 Prozent aller Beschäftigten tätig waren, erhöhte

⁸ Angaben zu den Einkommensverhältnissen in den unterschiedlichen Gesundheitsberufen sind aus dem Gutachten 2007 des SVR Gesundheit nicht ersichtlich.

⁹ Vgl. dazu auch die Analyse des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) (Dahlbeck und Hilbert 2008).

sich die Beschäftigung zwischen 1997 und 2007 um fünf Prozent. In der stationären/teilstationären Pflege wird ein Anstieg um 45 Prozent ausgewiesen, während für die Krankenhäuser ein Rückgang von acht Prozent zu verzeichnen ist (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 2: Beschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland 1997 bis 2005 (in Tsd.; VÄ)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Veränderung 1997-2005 in %
Ärzte	257	262	264	266	269	272	274	279	278	8,2
Apotheker	46	45	46	46	45	46	45	45	45	-2,2
Zahnärzte	59	60	60	60	61	61	61	62	61	3,4
medizinische Fachangestellte	250	247	243	241	240	244	243	242	241	-3,6
zahnmedizinische Fachangestellte	148	148	147	148	148	151	152	153	153	3,4
Diätassistenten	9	9	9	8	9	9	10	10	10	11,1
Heilpraktiker	9	9	9	9	9	10	12	12	13	44,4
Helfer in der Krankenpflege (inkl. Rettungsassistent)	152	151	152	155	168	166	172	166	164	7,9
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (inkl. Gesundheits- und Krankenpflegekräfte)	518	517	514	515	519	513	523	512	510	-1,5
Hebammen	13	13	13	13	14	14	14	14	14	7,7
Masseure, med. Bademeister	47	47	47	45	46	46	48	46	46	-2,1
Physiotherapeuten	40	44	47	50	53	58	62	61	63	57,5
medizinisch-technische Assistenten	71	69	68	68	68	67	68	66	66	-7,0
pharmazeutisch-technische Assistenten therapeutische Berufe a.n.g. z.B. Logopäden, Ergotherapeuten; Orthoptisten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	33	35	35	36	36	38	39	40	43	30,3
Altenpflegekräfte (inkl. Altenpflegehelfer)	31	33	36	40	42	45	48	51	53	71,0
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	173	184	199	211	212	220	228	235	239	38,2
Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	1.856	1.871	1.888	1.911	1.940	1.960	1.999	1.995	2.000	7,8
	3.346	3.325	3.305	3.275	3.302	3.318	3.363	3.329	3.303	-1,3

Quelle: SVR Gesundheit 2007: 51 (VÄ: Vollzeitäquivalente)

Tabelle 3: Beschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland nach Geschlecht 1997/2005

	1997			2005		
	Beschäftigte insg. in Tsd.	davon Frauen	Anteil Frauen in %	Beschäftigte insg. in Tsd.	davon Frauen	Anteil Frauen in %
Ärzte	283	102	36,0	308	121	39,3
Apotheker	54	33	61,1	56	36	64,3
Zahnärzte	62	22	35,5	65	25	38,5
medizinische Fachangestellte	309	305	98,7	320	316	98,8
zahnmedizinische Fachangestellte	181	180	99,4	201	200	99,5
Diätassistenten	11	10	90,9	14	13	92,9
Heilpraktiker	13	9	62,2	19	14	73,7
Helfer in der Krankenpflege (inkl. Rettungsassistenten)	202	154	76,2	220	165	75,0
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (inkl. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte)	679	575	84,7	699	596	85,3
Hebammen	15	15	100,0	18	18	100,0
Masseur, med. Bademeister	57	32	56,1	58	34	58,6
Physiotherapeuten	49	43	87,8	81	68	84,0
medizinisch-technische Assistenten	88	82	93,2	86	80	93,0
pharmazeutisch-technische Assistenten	41	40	97,6	55	54	98,2
therapeutische Berufe a.n.g. z.B. Logopäden, Ergotherapeuten; Orthoptisten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	40	33	82,5	69	57	82,6
Altenpflegekräfte (inkl. Altenpflegehelfer)	199	174	87,4	310	270	87,1
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	2.284	1.811	79,2	2.580	2.065	80,0
Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	4.107	2.901	70,8	4.264	3.082	72,3

Quelle: SVR Gesundheit 2007:52

Tabelle 5: Teilzeitbeschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland nach Geschlecht 2005

	Beschäftigte insgesamt		Teilzeitkräfte		Anteil Teilzeitkräfte in %		Teilzeitbeschäftigte Frauen		Anteil weibliche Teilzeitkräfte in %	
	in Tsd.	in Tsd.	in Tsd.	in %	in Tsd.	in %	in Tsd.	in %	in Tsd.	in %
Ärzte	308	44	14,3		31	70,5				
Apotheker	56	14	25,0		12	85,7				
Zahnärzte	65	6	9,2		4	66,7				
medizinische Fachangestellte	320	95	29,7		94	98,9				
zahnmedizinische Fachangestellte	201	60	29,9		59	98,3				
Diätassistenten	14	4	28,6		4	100,0				
Heilpraktiker	19	7	36,8		6	85,7				
Helfer in der Krankenpflege (inkl. Rettungsassistenten)	220	73	33,2		66	90,4				
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (inkl. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte)	699	237	33,9		224	94,5				
Hebammen	18	6	33,3		6	100,0				
Masseure, med. Bademeister	58	14	24,1		11	78,6				
Physiotherapeuten	81	20	24,7		19	95,0				
medizinisch-technische Assistenten	86	26	30,2		25	96,2				
pharmazeutisch-technische Assistenten	55	18	32,7		18	100,0				
therapeutische Berufe a.n.g. (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten, Orthoptisten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten)	69	24	34,8		22	91,7				
Altenpflegekräfte (inkl. Altenpflegehelfer)	310	136	43,9		127	93,4				
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	2.580	784	30,4		728	92,9				
Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	4.107	1.198	29,2		1.142	95,3				

Quelle: SVR Gesundheit 2007: 53

4 Bei „Gesundheits“wirtschaft¹⁰ geht es um mehr als Kostenfaktor versus Jobmotor

Wenn die Gesundheitsversorgungsangebote, die über die arbeitnehmer- und arbeitgeberfinanzierte Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erhältlich sind, ausschließlich als Kostenfaktor verstanden werden oder die Gesundheitsangebote, die individuell nachgefragt und bezahlt werden, zum Jobmotor und Träger eines Wachstumsmarkts erklärt werden, handelt es sich um das Aufeinandertreffen oder Gegeneinander zweier zwar unterschiedlicher, aber in ihrer vorrangig ökonomischen Betrachtungsweise verwandten Reduktionen der Funktionskomplexität des Gesundheitswesens.

Die reduktionistischen Sichtweisen schließen ein, dass die Protagonisten von „mehr Gesundheitswirtschaft“ sowohl die qualitativen und quantitativen empirischen Argumente gegen die befürchteten volkswirtschaftlichen Auswirkungen der sogenannten Lohnnebenkosten¹¹ unterbewerten oder –schätzen als auch den wirklichen Beschäftigungs-Outcome der existierenden Gesundheitswirtschaft überschätzen.

Egal welchem der reduktionistischen Konzepte und Verständnisse der Wirkungen von Gesundheitswirtschaft man zuneigt oder welche Kombinationen man findet, bleiben aber weitere verständnis- und handlungsorientierende wie handlungsanleitende Funktionen des ausdifferenzierten gesellschaftlichen Teilbereichs Gesundheitswesen außer Betracht, die spezifische erwünschte und unerwünschte Wirkungen haben.

¹⁰ Die Bezeichnung Gesundheit oder gesund setzen wir in diesem Zusammenhang bewusst in Anführungszeichen, um damit die Skepsis zum Ausdruck zu bringen, ob es sich dabei wirklich um Ereignisse handelt, die uneingeschränkt etwas mit der positiven Konnotation zu tun haben und es sich nicht vielmehr und lediglich um die ungerechtfertigte oder problematische Positiv-Etikettierung von sozialen Erscheinungen handelt.

¹¹ Vgl. zu den systematischen und quantitativen Verirrungen der Lohnnebenkostendebatte aktuell Reiners 2009: 41ff.

Sowohl die Angebote des engeren Bereichs der Gesundheitswirtschaft, also die ambulante und stationäre Versorgung von Kranken und die dafür für notwendig erachteten personalen und sächlichen Leistungen, als auch jedes darüber hinausgehende Angebot von Leistungen als „gesundheitliche“ oder „gesundheitsbezogene“, vermitteln sehr spezielle normative oder normierende und instrumentelle Vorstellungen über die Ursachen und die Lösungsweisen der mit dem Etikett „gesund/ Gesundheit“ bezeichneten lebensweltlichen Ereignissen, Empfindungen, Risiken oder Zustände.

Im Ursachenbereich bedeutet dies vor allem, dass möglicherweise soziale Ursachen und Bedingungen derartiger Ereignisse et cetera als Naturbedingungen, als im biologischen Sinne pathogene Faktoren oder als Folgen individuellen (Fehl-)Verhaltens verstanden und kommuniziert werden.

Wird der Umgang oder gar die Lösung von lebensweltlichen Ereignissen oder Risiken erst einmal bei professionellen Anbietern und Angeboten von Gesundheitsleistungen angesiedelt, werden damit auch bestimmte hegemoniale Verständnisse des Umgangs mit ihnen transportiert, etabliert und bei jeder Nutzung dieser Angebote reproduziert. Deren wesentliche und folgenreichsten Dimensionen sind die Vorstellung, ohne Experten oder Therapeuten wäre die Bewältigung dieser Situationen unmöglich, und vor allem die praxisleitende Annahme, individuelle Anstrengungen oder Veränderungen des individuellen Verhaltens seien das zentrale und geeignetste Mittel, um unerwünschte lebensweltliche Ereignisse und Zustände zu bewältigen.

Die Konstituierung als „Gesundheits“-Angebot löst aber nicht nur auf der Seite der Nachfrager oder Nutzer dieses Angebots Sicht- und Verhaltensweisen aus, deren Förderung genau überlegt werden sollte. Auch die Akteure, die Leistungen als „Gesundheits“-Leistungen anbieten, entwickeln unbewusst oder bewusst Konzepte und Handlungen, die ökonomisch und vor allem sozial problematisch sind. Dabei handelt es sich

um einen weiten Bereich absatz- oder nachfragefördernder Aktivitäten, zu denen

- eine permanente Pathologisierung, Medikalisierung und Therapeutisierung alter und neuer Symptome,
- das sogenannte „disease mongering“¹², also das völlige Erfinden neuer behandlungsbedürftiger und –fähiger „Krankheiten“ und
- die durch die systematische Informations-Asymmetrie zwischen professionellem Anbieter und den oft in ihren körperlichen oder intellektuellen Fähigkeiten eingeschränkten Nachfragern unter dem Begriff Saysches Gesetz theoretisch schon lange bekannte und empirisch auch für das deutsche ambulante ärztliche Versorgungssystem zumindest für einige Zeiträume evidente angebotsinduzierte Nachfrage¹³ gehören.

Bereits im engeren Bereich des Angebots beziehungsweise der Anbieter von „Gesundheits“leistungen, also einem Bereich, in dem mittels entsprechender gesetzlicher Vorgaben, der zunehmenden Evidenzorientierung und einer Reihe etablierter Verfahren und Institutionen Qualitätssicherung betrieben wird, haben unter anderem die gerade beschriebenen Eigendynamiken von „Gesundheits“-Angeboten zu einer gesundheitlich, sozial und ökonomisch folgenschweren Über-, Fehl- aber auch Unterversorgung im medizinisch-ärztlichen Bereich geführt.¹⁴

¹² Vgl. als Überblick über die Bandbreite dieses Geschehens: A Collection of Articles on Disease Mongering in *PLoS Medicine* (<http://collections.plos.org/plosmedicine/diseasemongering-2006.php> – letzter Zugriff 25.4.2009).

¹³ Vgl. dazu die auf der Basis von Daten des „Sozioökonomischen Panels (SOEP)“ an der Universität Duisburg durchgeführte Analyse „Das Saysche Gesetz im Gesundheitswesen“ von D. Cassel / Th. Wilke (2001).

¹⁴ Vgl. dazu das etwas ältere aber inhaltlich unverändert aktuelle und zu zutreffende Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit aus dem Jahr 2001

Ähnliches, wenn nicht sogar wesentlich mehr von dieser Art von Effekten ist zu erwarten und damit ernsthaft zu bedenken, wenn die Definition von und der Umgang mit bisher „gesundheitsferneren“ Problemen und Angeboten innerhalb eines erweiterten Rahmens von „Gesundheits“wirtschaft angesiedelt würde. Dies gilt zumindest dann, wenn man diese Ausweitung nicht mit sehr rigiden und gegenüber dem Status quo im engeren Gesundheitswirtschaftsbereich rigideren Maßnahmen begleitet.

Damit ist natürlich nicht die Zulässigkeit des Angebots vieler Leistungen als „Freizeit- oder Wellness-Angebote“ gemeint, aber auch nur dann sofern sie keine den Nutzer schädigenden Angebote darstellen. Nur weder die Leistung an sich noch ihre Wirkungen sollten mit dem verkaufsfördernden und per se positiv assoziierten Etikett „Gesundheits“leistung oder „gesund“ auftreten, werben oder Nutzen suggerieren können und dies gar noch im Rahmen öffentlicher Förderung der „Gesundheits“wirtschaft.

5 Beschäftigung und Gesundheitswirtschaft in der Freien Hansestadt Bremen (FHB)

Die für Bremen im Statistischen Jahrbuch enthaltenen Angaben zur Beschäftigung im Gesundheitswesen beziehen sich nur auf die approbierten Heilberufe und sind daher für die Gesundheitswirtschaft kaum aussagefähig (vgl. Statisches Landesamt Bremen 2008: 179). Ansätze für eine Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung beziehungsweise für die Entwicklung gesundheitsökonomischer Indikatoren sind – soweit ersichtlich – nicht veröffentlicht worden.¹⁵ Aus der Datenbank des Sta-

(SVR 2001).

¹⁵ Für das Jahr 2000 liegt eine Studie zur regionalwirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Bedeutung der bremischen Gesundheitswirtschaft vor, auf die weiter unten eingegangen wird (vgl. BAW u.a. 2003).

tistischen Bundesamtes kann auf der Basis der Klassifizierung der Wirtschaftszweige 2003 (WZ 2003) eine Abschätzung der Beschäftigung an Hand der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten vorgenommen werden. Im Jahr 2007 waren danach insgesamt 33.068 Personen im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Bremen beschäftigt (vgl. Tabelle 6).¹⁶ Gegenüber 2002 wird bei den Vollzeitbeschäftigten ein Rückgang von 662 Personen ausgewiesen (-3,2 Prozent). Die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten erhöhte sich dagegen seit 2002 um 1.193 Personen (9,9 Prozent).

Das Jahrbuch 2008 des Statistischen Landesamtes Bremen weist für den 30.6.2007 für das Gesundheits- und Veterinärwesen 20.378 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Lande Bremen aus und für das Sozialwesen 11.596 (Statistisches Landesamt Bremen 2008: 70 Tab. 4.10). Bezogen auf die Gesamtzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter (278.782; vgl. Abbildung 5) sind danach im Gesundheits- und Veterinärwesen 7,3 Prozent tätig. Der Anteil Teilzeitbeschäftigter wird mit 34 Prozent ausgewiesen. Der Frauenanteil wird für 2007 mit knapp 82 Prozent ausgewiesen und davon sind rund 39 Prozent teilzeitbeschäftigt (Statistisches Landesamt Bremen 2008: 71). Die Teilzeitquote sämtlicher sozialversicherungspflichtig Beschäftigter wird für 2007 mit 19,5 Prozent ausgewiesen. Bezogen auf die beschäftigten Frauen beträgt sie gut 36 Prozent.

¹⁶ Auf der Basis der Klassifikation 2008 (WZ 2008) werden zum 31.12.2007 insgesamt 32.942 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen ausgewiesen und zum 30.9.2008 sind es 33.276 Beschäftigungsverhältnisse (Angabe nach der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit vom 7.5.2009).

Tabelle 6: Beschäftigte im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Bremen 2002 bis 2007

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort:

Bundesländer, Stichtag, Beschäftigungsumfang, Geschlecht, Wirtschaftszweige (WZ2003);

Bremen; Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, Statistik d. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (Anzahl)

Beschäftigungsumfang						
	Vollzeit			Teilzeit		
	männl.	weibl.	insges.	männl.	weibl.	insges.
31.12.2002	5.131	15.364	20.495	1.098	10.944	12.042
31.12.2003	5.067	14.840	19.907	1.176	11.174	12.350
31.12.2004	5.104	14.915	20.019	1.241	11.283	12.524
31.12.2005	5.060	14.582	19.642	1.271	11.240	12.511
31.12.2006	5.099	14.527	19.626	1.334	11.437	12.771
31.12.2007	5.244	14.589	19.833	1.398	11.837	13.235

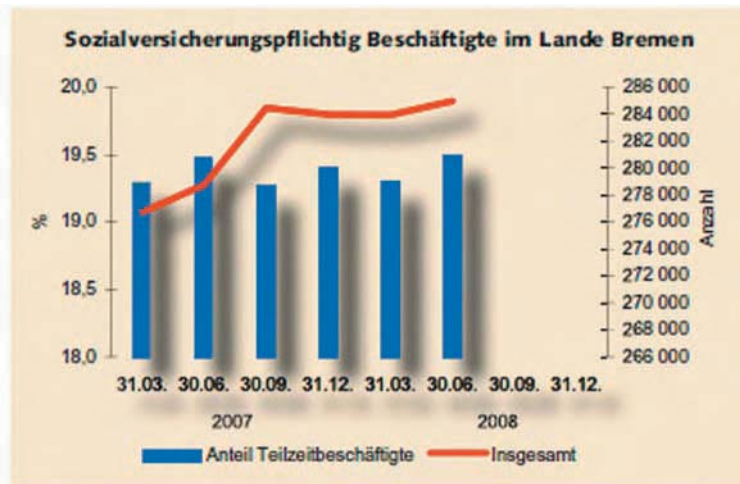
Quelle: Auswertungen aus der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA).

Geschlecht:

Wegen fehlender/falscher Angaben kann die Summe aus 'männlich' und 'weiblich' in einigen Fällen nicht 'die Beschäftigten insgesamt' ergeben.

(C)opyright Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009 Stand: 15.02.2009 / 11:16:55 (modifiziert)

Abbildung 5: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Bremen 2007-2008



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen (2009a) S. 8.

Für das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen ergibt sich aus dem Unternehmensregister die Anzahl der Betriebe im Lande Bremen. Für 2005 werden insgesamt 2.005 Betriebe für diesen Bereich ausgewiesen (vgl. Tabelle 8). Davon entfallen 1.699 Betriebe (85 Prozent) auf Betriebe mit null bis neun Beschäftigten. Nach den Angaben der Ärztekammer Bremen wurden im Jahr 2005 insgesamt 1.312 niedergelassene Ärzte erfasst (2007: 1.401; Tabelle 9). Es ist davon auszugehen, dass diese Betriebe überwiegend in der Betriebsgrößenklasse null bis neun Beschäftigte tätig sind, so dass für diese Betriebsgrößen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte von besonderer Bedeutung sind.

Die Entwicklung der Anzahl der Vertragsärzte zwischen 1985 und 2007 ist in Tabelle 13 dargestellt. In diesem Zeitraum ist die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte um 51 Prozent gestiegen. Der Anstieg betrifft insbesondere die Gebietsärzte. Mit etwa 1.400 Personen ist davon

auszugehen, dass fast jede niedergelassene Ärztin oder jeder Arzt als Vertragsarzt tätig ist. Angaben zu den dort nichtärztlich beschäftigten Personen liegen für 2008 vor (vgl. Tabelle 7). Danach waren zum 30.6.2008 insgesamt 5.463 Personen in Arzt- und Zahnarztpraxen sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Frauenanteil 95 Prozent). Etwa 3.000 Personen waren in Facharztpraxen beschäftigt, rund 1.700 in Zahnarztpraxen und etwa 1.600 in nicht weiter spezifizierten Bereichen des Gesundheitswesens

Für den Bereich der Krankenhäuser werden für 2007 insges. knapp 1.700 Ärztinnen und Ärzte in Bremen ausgewiesen (vgl. Tabelle 9). Das nichtärztliche Personal in den brem. Krankenhäusern stagniert zwischen 1994 und 2007 bei etwa 10.600 Pers. (vgl. Tabelle 12) so dass insges. in diesem Bereich 12.300 Personen tätig sind. Bezogen auf die rund 20.000 Beschäftigten 2007 im brem. Gesundheitswesen sind daher etwa 62 % im stationären Bereich tätig.¹⁷

¹⁷ Bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden die Daten für Berlin, Bremen und Hamburg zusammengefasst, so dass sich insoweit Verzögerungen ergeben (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 7: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Bremen im Gesundheitswesen am 30.06.2008

WZ08	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Bremen am 30.6.2008, hier: im Gesundheitswesen						04 Bremen			04011 Bremen, Stadt			04012 Bremerhaven, Stadt		
	insges.	Männer	Frauen	insges.	Männer	Frauen	insges.	Männer	Frauen	insges.	Männer	Frauen	insges.	Männer	Frauen
Gesamt	284.987	163.158	121.829	239.063	136.863	102.200	45.924	26.295	19.629	45.924	26.295	19.629	45.924	26.295	19.629
Q Gesundheits- und Sozialwesen	32.951	6.688	26.263	26.823	5.466	21.357	6.128	1.222	4.906	6.128	1.222	4.906	6.128	1.222	4.906
86 Gesundheitswesen	20.324	3.718	16.606	16.551	3.060	13.491	3.773	658	3.115	3.773	658	3.115	3.773	658	3.115
861 Krankenhäuser	13.231	3.044	10.187	10.727	2.485	8.242	2.504	589	1.945	2.504	589	1.945	2.504	589	1.945
862 Arzt- und Zahnarztpraxen	5.463	259	5.204	4.346	200	4.146	1.117	59	1.058	1.117	59	1.058	1.117	59	1.058
8621 Arztpraxen für Allgemeinmedizin	734	-	-	596	-	-	138	-	-	138	-	-	138	-	-
8622 Facharztpraxen	3.006	-	-	2.291	-	-	715	-	-	715	-	-	715	-	-
8623 Zahnarztpraxen	1.723	-	-	1.459	-	-	264	-	-	264	-	-	264	-	-
869 Gesundheitswesen a.n.g.	1.630	415	1.215	1.478	375	1.103	152	40	112	152	40	112	152	40	112
87 Heime (ohne Erholungs- u. Ferienheime)	6.393	1.525	4.868	5.523	1.274	4.249	870	251	619	870	251	619	870	251	619
871 Pflegeheime	3.768	854	2.914	2.950	627	2.323	818	227	591	818	227	591	818	227	591
872 Stat.Eintr.z.psy-soz. Betreu., Su-Bekä. u.ä.	102	48	54	102	48	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-
873 Altenheime; Alten-u.Behindertenwohnheime	2.138	498	1.640	2.138	498	1.640	-	-	-	-	-	-	-	-	-
879 Sonst. Heime (ohne Erhol.- u. Ferienheime)	385	125	260	333	101	232	52	24	28	52	24	28	52	24	28
88 Sozialwesen (ohne Heime)	6.234	1.445	4.789	4.749	1.132	3.617	1.485	313	1.172	1.485	313	1.172	1.485	313	1.172
881 Soz. Betreuung ält. Menschen u. Behind.	3.657	667	2.990	2.591	492	2.099	1.066	175	891	1.066	175	891	1.066	175	891
889 Sonstiges Sozialwesen (ohne Heime)	2.577	778	1.799	2.158	640	1.518	419	138	281	419	138	281	419	138	281
8891 Tagesbetreuung von Kindern	130	-	-	115	-	-	15	-	-	15	-	-	15	-	-
8899 Sonstiges Sozialwesen a.n.g.	2.447	-	-	2.043	-	-	404	-	-	404	-	-	404	-	-

Quelle: Mitteilung des Statistischen Landesamts Bremen

Tabelle 8: Betriebe im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen
Bremen 2002 bis 2005

Betriebe (Unternehmensregister-System 95):

Bundesländer, Jahre, Wirtschaftszweige (WZ2003 Abschnitte), Beschäftigtengrößen-

klassen; Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen; Bremen;

Betriebe (Anzahl) / sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

	Beschäftigungsgrößenklassen				insges.
	0 bis 9	10 bis 49	50 bis 249	250 und mehr	
2002	1.674	214	52	22	1.962
2003	1.694	210	53	21	1.978
2004	1.721	223	56	24	2.024
2005	1.699	228	53	25	2.005

Betriebe des Jahres x:

Stand des Unternehmensregisters: 31.12.x+2

Bis x=2003:

Zum 31.12.x+2 noch aktive Betriebe mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie aktive Einbetriebsunternehmen mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und/oder steuerbarem Umsatz im Bezugsjahr x.

Ab x=2004:

In x aktive Betriebe mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie aktive Einbetriebsunternehmen mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und/oder steuerbarem Umsatz im Bezugsjahr x.

(C)opyright Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009

Stand: 15.02.2009 / 11:24:39 (modifiziert)

Tabelle 9: Ärzte in Bremen 2001 bis 2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Niedergelassene Ärzte	1.302	1.312	1.318	1.316	1.312	1.310	1.401
Krankenhausärzte	1.532	1.559	1.590	1.596	1.584	1.652	1.696
Ärzte in sonst. Bereichen inkl. Praxisassistenten	318	331	325	332	318	348	296
ohne ärztliche Tätigkeit	780	812	822	867	895	916	937
insgesamt	3.932	4.014	4.055	4.111	4.109	4.292	4.330

Quelle: Ärztekammer Bremen 2008: 25

Nach den Angaben aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE Bund) waren 2005 etwa 4.700 Personen in bremischen Pflegeheimen tätig (vgl. Tabelle 11). Dies sind 15 Prozent der für 2005 insgesamt ausgewiesenen 32.153 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Personen im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen. Das ärztliche und nichtärztliche Personal in Krankenhäusern (11.969 Personen) und die Beschäftigten in den Pflegeheimen (4.718 Personen) stellen somit im Jahr 2005 mit 16.687 Personen einen Anteil von knapp 52 Prozent aller in diesem Bereich sozialversicherungspflichtig Tätigen dar.¹⁸ In den übrigen Bereichen werden in der GBE Bund für Bremen gut 5.000 Beschäftigte ausgewiesen (ohne Auszubildende und Personal in den Arzt- und Zahnarztpraxen; vgl. Tabelle 10).

¹⁸ Es wird hierbei unterstellt, dass es sich bei den statistischen Angaben jeweils um sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse handelt.

Tabelle 10: Beschäftigte in sonstigen Bereichen des bremischen Gesundheitswesens 2005 und 2007

Bereich	Beschäftigte	
	2005	2007
Ambulante Pflegedienste	3.025	k. A.
Gesetzliche Krankenvers.	548	542
Apotheken	1.471	1.525
davon Apotheker/innen	477	496
Auszubildende *)	898	936
davon Arzthelfer/in	472	482
davon Zahnarzthelfer/in	396	421

*) Angaben liegen für 2005 und 2006 vor

Quelle: GBE Bund; eigene Zusammenstellung

Tabelle 11: Personal in bremischen Pflegeheimen 1999 bis 2005

Personal in Pflegeheimen (Anzahl).

Gliederungsmerkmale: Jahr, Region, Tätigkeitsbereich

(Tabelle einschränkt durch Stichwort[e]: Bremen)

Die Tabelle bezieht sich auf:

Region: Bremen

Tätigkeitsbereich: Tätigkeitsbereiche insgesamt

	Beschäftigte				Veränderung in %
	1999	2001	2003	2005	
Bremen	3.840	3.871	4.475	4.718	22,9

Stichtag ist der 15. Dezember des jeweiligen Jahres

Die Tabelle wurde am 15.2.2009 12:24 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt. (Modifiziert)

Quellen: Pflegestatistik - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger/innen von Pflegegeldleistungen, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn.

Tabelle 12: Nichtärztliches Personal in stationären Einrichtungen in Bremen 1994 bis 2007

Nichtärztliches Personal sowie Personal und Schüler/innen der Ausbildungsstätten in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Einrichtung; Bremen

Stationäre Einrichtungen	1994	2000	2005	2006	2007	Veränderung in %
Krankenhäuser insgesamt	10.692	10.529	10.385	10.577	10.627	-0,6
Freigemeinnützige Krankenhäuser	-	-	2.951	2.947	2.919	-1,1
darunter: Allgemeine Krankenhäuser	-	10.327	10.169	10.330	10.367	0,4
davon: Freigemeinnützige Krankenhäuser	-	2.834	-	-	-	-

Fußnoten:

1. Zu den stationären Einrichtungen zählen Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Stationäre Einrichtungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) werden in der Pflegestatistik nachgewiesen.

2. Bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden die Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin zusammen erfasst.

Die Tabelle wurde am 15.2.2009 11:48 Uhr unter www.gbe.de erstellt. (Modifiziert)

Quelle(n): Krankenhausstatistik-Grunddaten, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn

Positionen mit Erläuterungen und Abkürzungen

Art der Einrichtung:

Stationäre Einrichtungen:

Die Angaben stammen aus der Krankenhausstatistik. Zu den stationären Einrichtungen zählen in Anlehnung an diese Erhebung Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Stationäre Einrichtungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) werden in der Pflegestatistik nachgewiesen. Angaben zu letzterer sind in der vorliegenden Tabelle nicht enthalten, sondern unter dem Stichwort Pflegestatistik zu finden.

darunter Allgemeine Krankenhäuser:

Für die Jahre 2002 bis 2004 wurden Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten zu den sonstigen Krankenhäusern gezählt.

Tabelle 13: Vertragsärzte in Bremen 1985 bis 2007

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte (Anzahl)

Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Teilnahmestatus, Arztgruppe

(Tabelle eingeschränkt durch Stichwort[e]: Bremen)

Die Tabelle bezieht sich auf: Region Bremen; beide Geschlechter; teilnehmende Ärztinnen und Ärzte insges.

	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Veränderung in %
Arztgruppen insgesamt	964	1.025	1.233	1.323	1.382	1.401	1.451	51
Allgemein-, Praktische Ärzte	256	264	344	319	324	326	325	27
<i>Allgemeinärzte</i>	119	99	118	202	240	250	258	117
<i>Praktische Ärzte</i>	137	165	226	117	84	76	67	-51
Gebietsärzte (ohne Allgemeinärzte)	708	761	889	1.004	1.058	1.075	1.126	59
<i>Anästhesisten</i>	7	14	29	42	46	46	51	629
<i>Augenärzte</i>	55	57	61	63	65	64	64	16
<i>Chirurgen</i>	34	37	44	43	44	44	48	41
<i>Frauenärzte</i>	92	92	107	124	120	121	121	32
<i>Hals-, Nasen-, Ohrenärzte</i>	42	42	43	51	52	52	51	21
<i>Hautärzte</i>	31	33	39	39	38	39	41	32
<i>Internisten</i>	168	182	211	220	242	249	255	52
<i>Kinderärzte</i>	66	60	78	85	85	88	89	35
<i>Kinder- und Jugendpsychiater</i>	3	4	7	9	15	16	14	367
<i>Laborärzte</i>	8	11	13	12	14	9	15	88
<i>Lungenärzte</i>	11	7	4	4	-	-	-	-100
<i>Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen</i>	8	9	17	16	20	20	25	213
<i>Nervenärzte, Neurologen, Psychiater</i>	58	65	86	109	120	91	88	52
<i>Neurochirurgen</i>	3	5	4	4	7	7	10	233
<i>Nuklearmediziner</i>	-	2	2	3	4	3	6	200
<i>Orthopäden</i>	39	51	63	63	63	64	65	67
<i>Pathologen</i>	5	5	7	8	10	11	9	80
<i>Ärztliche Psychotherapeuten</i>	14	20	4	36	33	62	78	457
<i>Radiologen, Diagnostische Radiologen</i>	37	36	37	38	43	46	51	38
<i>Urologen</i>	27	29	33	33	33	35	35	30
übrige Arztgruppen	-	-	-	2	4	8	10	400
Arztgruppen insgesamt	964	1.025	1.233	1.323	1.382	1.401	1.451	51
<i>darunter: Hausärzte</i>	-	-	-	493	508	517	507	3
<i>darunter: fachlich tätige Internisten</i>	-	-	-	85	97	94	99	16

Fußnoten:

1. Die ausgewiesenen Werte beziehen sich auf den 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres.

2. Bis einschl. 1992 liegen Daten nur für das frühere Bundesgebiet vor.

Die Tabelle wurde am 15.2.2009 12:03 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt. (Modifizierung)

Quelle(n): Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Positionen mit Erläuterungen und Abkürzungen

Teilnahmestatus:

Partnerärzte: Ab 1999 werden unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten die sog. Partnerärzte nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V nachgewiesen.

Angestellte Ärzte: Ab 1994 werden unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten die angestellten Ärzte nachgewiesen.

Arztgruppe:

Übrige Arztgruppen:

Die übrigen Arztgruppen enthalten: Arbeitsmediziner; Ärzte f. physikalische u. rehabilitative Medizin, Ärzte i. öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Hygieniker, Immunologen, Mikrobiologen, Pharmakologen, Physiologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner.

Aus der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit kann für den Zeitraum von 2000 bis 2007 eine Beschäftigungszunahme bei den Gesundheitsdienstberufen um 6,6 Prozent für Bremen festgestellt werden. Bei den quantitativ wichtigsten Berufsgruppen der Krankenschwestern, -pfleger und Hebammen sowie der Sprechstundenhelfer, die zum 31.12.2007 knapp 65 Prozent der Beschäftigten in den Gesundheitsdienstberufen darstellen, beträgt der Beschäftigungszuwachs in diesem Zeitraum 4,6 beziehungsweise 6,4 Prozent. Der Anteil der Gesundheitsdienstberufe an sämtlichen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen stieg von 6,7 auf 7,3 Prozent. Hierbei ist der Rückgang sämtlicher sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse um 1,4 Prozent zu berücksichtigen (vgl. Tabelle 14). Stark überproportional entwickelte sich die Beschäftigung bei den Ärzten und Apothekern, den Masseuren, Krankengymnasten und den Diätassistenten / pharmazeutisch-technischen Assistenten.

Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse sind insgesamt um 14 Prozent angestiegen, im Gesundheitswesen um knapp fünf Prozent bei den ausschließlich geringfügig Beschäftigten gesunken (vgl. Tabelle 14). Die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse sind insgesamt im Gesundheitswesen zwischen 2003 und 2007 um knapp sechs Prozent angestiegen.

Tabelle 14: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) am Arbeitsort (AO) in Gesundheitsdienstberufen in Bremen 2000 bis 2007

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) am Arbeitsort (AO) in Gesundheitsdienstberufen in Bremen 2000 bis 2007										
	31.12. 2000	31.12. 2001	31.12. 2002	31.12. 2003	31.12. 2004	31.12. 2005	31.12. 2006	31.12. 2007	Veränderung in %	
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	19.367	19.689	20.161	20.042	20.305	20.255	20.477	20.738	6,61	
<i>Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen</i>	7.817	7.872	7.983	8.022	8.159	8.132	8.173	8.196	4,62	
<i>Sprechstundenhelfer</i>	4.841	4.951	5.094	5.020	5.129	5.108	5.083	5.172	6,40	
<i>Ärzte, Apotheker</i>	2.164	2.191	2.249	2.258	2.259	2.246	2.359	2.433	11,06	
<i>Helfer in der Krankenpflege</i>	1.980	2.022	2.077	1.981	1.965	1.965	1.995	2.043	3,08	
<i>Masseur, Krankengymnasten u.ä.</i>	1.080	1.125	1.167	1.185	1.167	1.180	1.221	1.256	14,01	
<i>Medizinlaboranten</i>	963	999	1.021	1.003	1.021	1.013	1.029	1.015	5,12	
<i>Diätassistenten, Pharmaz.-techn. Assist.</i>	489	498	541	543	571	573	583	596	17,95	
<i>Heilpraktiker</i>	33	31	29	30	34	38	34	27	-22,22	
<i>Nachrichtlich:</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sozialversicherungspflichtige insgesamt	288.057	288.366	285.473	278.849	275.154	271.642	276.580	283.995	-1,43	
Anteil Gesundheitsdienstberufe an SvB %	6,72	6,83	7,06	7,19	7,38	7,46	7,40	7,30		
Geringfügig Beschäftigte (GeB) insgesamt	nv	nv	nv	62.275	68.433	69.457	70.469	72.513	14,12	
<i>davon im Gesundheitswesen</i>	nv	nv	nv	3.372	3.577	3.552	3.570	3.583	5,89	
<i>davon ausschließl. GeB</i>	nv	nv	nv	2.521	2.489	2.435	2.460	2.405	-4,82	

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigungsstatistik (7.5.2009; nv: nicht verfügbar)

Zusammenfassend kann bezüglich der Beschäftigung in der bremischen Gesundheitswirtschaft festgestellt werden, dass – soweit erkennbar – keine veröffentlichten Ansätze zu einer Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung existieren und die Angaben über die Anzahl der Betriebe und die Beschäftigten auf Grund der Datenlage nicht in Bezug zur Bruttowertschöpfung dargestellt werden können. Es ist davon auszugehen, dass etwa 20.000 Personen sozialversicherungspflichtig im bremischen Gesundheitswesen im engeren Sinne tätig sind. Im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen sind rund 33.000 Personen tätig. Davon sind gut 40 Prozent in Krankenhäusern tätig, 17 Prozent in Arztpraxen und 19 Prozent in Pflegeheimen, so dass in diesen Bereichen rund 76 Prozent aller Beschäftigten tätig sind. Mit etwas über sieben Prozent liegt die Beschäftigung im bremischen Gesundheitswesen unter dem Wert für die Bundesrepublik (elf Prozent).

Die Beobachtungszeiträume sind wegen der unterschiedlichen Datenlagen kaum vergleichbar. Während das nichtärztliche Personal in Krankenhäusern zwischen 1994 und 2007 um 0,6 Prozent reduziert wurde, ergab sich für das Personal in Pflegeheimen zwischen 1999 und 2005 ein Anstieg um knapp 23 Prozent. Die Anzahl der Betriebe im bremischen Gesundheitswesen wird für 2002 bis 2005 mit etwa 2.000 angegeben, wobei die Betriebe mit weniger als zehn Beschäftigten deutlich überwiegen (ca. 85 Prozent). Das bremische Gesundheitswesen ist daher, wenig überraschend, von einer Vielzahl kleinster Betriebe (Mikro-Unternehmen) bei einer Konzentration der Beschäftigtenzahlen in Krankenhäusern und Pflegeheimen geprägt.

Die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse ist zwischen 2000 und 2007 um knapp sieben Prozent angestiegen. Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse weisen zwischen 2003 und 2007 eine Steigerung um knapp sechs Prozent auf. Der Anteil weiblicher Beschäftigter beträgt etwa 80 Prozent und davon sind rund 40 Prozent teilzeitbeschäftigt.

6 Initiativen in der bremischen Gesundheitswirtschaft

Die patientenbezogenen, medizin-orientierten Versorgungsstrukturen bilden den Kern der Gesundheitswirtschaft und sind nach den vorliegenden rudimentären regionalen Analysen auch quantitativ deren wichtigster Bereich. In Bezug auf die regionale Beschäftigungspolitik ist darüber hinaus zu beachten, dass dieser Bereich räumlich deutlich stabilere Strukturen aufweist als zum Beispiel die pharmazeutische Industrie und deren Produktionsstätten.

Verkannt werden kann nicht, dass die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen der Freien Hansestadt Bremen überregionale Aufgaben in Bezug auf das niedersächsische Umland erfüllen. Dies kommt zum Beispiel in dem mit 37 Prozent sehr hohen Anteil Auswärtiger an den Fallzahlen bremischer Krankenhäuser im Jahr 2004 zum Ausdruck, der deutlich über dem der übrigen beiden Stadtstaaten liegt (Berlin: 13 Prozent; Hamburg: 27 Prozent; vgl. FHB 2008: 3). Unter Einbeziehung des niedersächsischen Umlands¹⁹ sind knapp zwei Mio. Einwohner in diesem Versorgungsbereich ansässig. Neben den 14 Krankenhäusern im Lande Bremen sind im Umland weitere 21 Krankenhäuser vorhanden (vgl. Abbildung 6).²⁰ Mit Ausnahme des Landkreises Cuxhaven, in dem wegen fehlender Fachabteilungen eine größere Anzahl von Patienten aus Bremerhaven aufgenommen wurden (Seepark Krankenhaus Debstedt, Orthopädie, Urologie; [FHB 2008: 17]), werden Bremer Patienten nur in geringem Umfang in niedersächsischen Kliniken behandelt.

Die überregionale Bedeutung der Gesundheitswirtschaft wird auch in der – soweit ersichtlich – einzigen Studie zur regionalwirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für das Land Bremen betont, in der auf der Basis der Werte für das Jahr

¹⁹ Landkreise Diepholz, Verden, Osterholz, Cuxhaven, Wesermarsch, Oldenburg, Rotenburg, Nienburg und Stadt Delmenhorst mit ca. 1,3 Mio. Einwohnern; vgl. FHB 2008: 7.

²⁰ Das Krankenhaus in Lilienthal ist insolvent, soll nach Presseberichten aber fortgeführt werden. (Weser-Kurier 16.2.2009).

2000 eine Leistung (Bruttoproduktionswert) von 2,4 Mrd. EUR ermittelt wird. Nach Abzug der Vorleistungen von 0,97 Mrd. EUR ergibt sich eine Bruttowertschöpfung von 1,47 Mrd. EUR und ein Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 6,5 Prozent (BAW u.a. 2003: 25).²¹ Mit jeweils zirka 45 Prozent sind die ambulanten und die stationären und teilstationären Einrichtungen die wichtigsten Bereiche der Gesundheitswirtschaft (vgl. BAW u.a. 2003: 14). Bezüglich der einzelnen Leistungserbringer sind die Krankenhäuser mit 36 Prozent, die Arztpraxen mit 14 Prozent, die Apotheken mit zwölf Prozent, die Pflegeheime mit sieben Prozent, das Gesundheitshandwerk mit ebenfalls sieben Prozent und die Zahnarztpraxen mit sechs Prozent Anteil von besonderer Bedeutung (ohne Vorleistungsindustrien; BAW u.a. 2003: 24).

Bezüglich der Beschäftigung in der bremischen Gesundheitswirtschaft werden in dieser Studie unterschiedliche Datenquellen und zum Teil Sonderauswertungen herangezogen (vgl. BAW u.a. 2003: 130f.). Neben den ambulanten und stationären sowie teilstationären medizinischen Versorgungseinrichtungen, den Apotheken, den Einrichtungen zur Rehabilitation und Pflege, dem Gesundheitshandwerk und den Rettungsdiensten werden in der Studie auch sogenannte gesundheitsrelevante Einrichtungen der Freizeit- und Ernährungswirtschaft einbezogen (BAW u.a. 2003: 1; 89; 100ff). Es muss aber bezweifelt werden, dass das Ernährungsgewerbe einschließlich der Tabakverarbeitung (sic!) der Gesundheitswirtschaft zuzurechnen ist, auch wenn „Gesundheit ein Kaufmotiv ist und somit einen Wettbewerbsfaktor darstellt“ (BAW u.a. 2003: 103).²² Ähnliche Bedenken bestehen gegen die Einbeziehung des Freizeitbereichs („Wellness“), während bei den gesundheitswissen-

²¹ Zur Problematik der Schätzung der Wirtschaftsleistung der Gesundheitswirtschaft vgl. Knödler 2008.

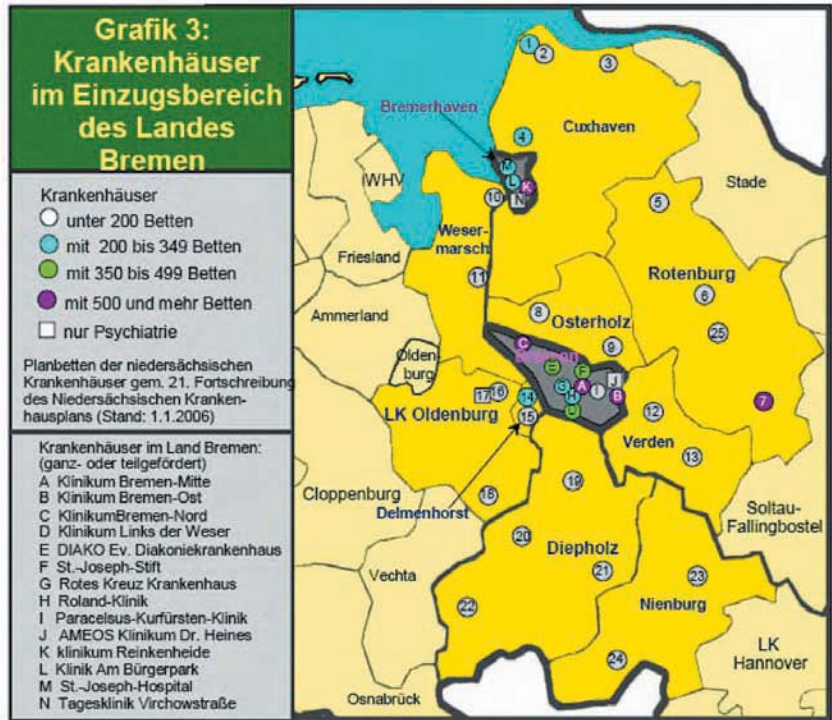
²² Bekanntlich ist körperliche Bewegung ebenfalls gesundheitsförderlich, so dass Fahrradhersteller und -handelsunternehmen, Hersteller von Laufschuhen, Funktionswäsche, Ski-Ausrüstungen und andere dieser Logik folgend der Gesundheitswirtschaft zuzurechnen wären. Bei der genannten Studie war allerdings wohl eher die Absicht, den lebensmitteltechnologischen Schwerpunkt in Bremerhaven einzubeziehen, der Grund für die seltsame „Erweiterung“ der Gesundheitswirtschaft.

schaftlichen Einrichtungen in Forschung und Lehre der Bezug zum Gesundheitswesen im engeren Sinne und zum größeren Teil durchaus gegeben ist. Für die Beschäftigung sind diese Einrichtungen allerdings weniger bedeutsam.²³

Nach den Erläuterungen zu den für die Beschäftigung herangezogenen Datenquellen (BAW 2003: 130f) wurden Angaben für das Gesundheitshandwerk (Augenoptiker, Zahntechniker und andere), zur pharmazeutischen Industrie, Medizintechnik, Laboratorien und zum medizinischen Großhandel aufgenommen. Bei dem (rustikal) erweiterten Begriff der Gesundheitswirtschaft ist davon auszugehen, dass auch die zirka 2.700 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Fischverarbeitung (vgl. BAW u.a. 2003: 100) und die knapp 1.400 Erwerbstätigen in der sogenannten gesundheitsrelevanten Freizeitwirtschaft (BAW 2003: 90) in den Beschäftigtenzahlen enthalten sind. Für das Jahr 2000 werden allerdings unter den „Sonstigen Wirtschaftszweigen“ lediglich 1.366 Beschäftigte (1.153 Vollzeitäquivalente) ausgewiesen bei einer Gesamtzahl von 38.381 Personen („Insgesamt Einrichtungen Endverbrauch“; Vollzeitäquivalente: 27.730). Unter Berücksichtigung der Vorleistungsindustrien werden für 2000 insgesamt 30.452 Personen ausgewiesen (Vollzeitäquivalente: 28.620; BAW u.a. 2003: 33 Tab. 5), und für 2010 wird ein Anstieg auf 31.233 Personen (Vollzeitäquivalente) erwartet (BAW u.a. 2003: 82).

²³ Vgl. die z. T. überholten Ausführungen in BAW u.a. 2003: 64ff.

Abbildung 6: Krankenhäuser in Bremen und im Umland



Quelle: FHB 2008: 9

Die Krankenhausstandorte mit Bezeichnung, Gesamtbettenzahl und den vorgehaltenen Disziplinen:

- 1 Cuxhaven Stadtkrankenhaus 250 (82 Chi, 17 Gyn, 11 Geb, 3 HNO, 105 Inn, 13 Päd, 19 Uro)
- 2 Cuxhaven Seehospital Sahlenburg 92 (19 Inn, 73 Ort)
- 3 Otterndorf Krkhs. Land Hadeln 93 (36 Chi, 6 Gyn, 2 HNO, 49 Inn)
- 4 Langen-Debstedt Krankenhaus Seepark 323 (181 Ort, 48 Uro, 94 Psy)
- 5 Bremervörde Kreiskrankenhaus 136 (50 Chi, 9 Gyn, 10 Geb, 3 HNO, 60 Inn, 4 Uro)
- 6 Zeven Martin-Luther-Krkhs.80 (18 Chi, 8 Gyn, 54 Inn)
- 7 Rotenburg Diakonie-Krkhs. 708 (3 Aug, 124 Chi, 25 Gyn, 25 Geb, 20 HNO, 4 Der, 190 Inn, 45 Päd, 8 MKG, 40 Nch, 60 Neu, 20 PCh, 4 Str, 30 Uro, 30 KJP, 80 Psy)
- 8 Osterholz Kreiskrankenhaus 156 (53 Chi, 9 Gyn, 7 Geb, 3 HNO, 82 Inn, 2 Ort)
- 9 Lilienthal Martins-Krankenhaus 67 (32 Chi, 35 Inn)
- 10 Nordenham Wesermarsch-Klinik 147 (50 Chi, 10 Gyn, 10 Geb, 60 Inn, 17 Uro)
- 11 Brake St.-Bernhard-Hospital 110 (1 Aug, 52 Chi, 2 HNO, 55 Inn)
- 12 Achim Städt. Krkhs. 141 (1 Aug, 52 Chi, 4 HNO, 62 Inn, 11 Ort, 11 Uro)
- 13 Verden Städt. Krkhs.145 (52 Chi, 9 Gyn, 10 Geb, 74 Inn)
- 14 Delmenhorst Städt. Krankenanstalten 272 (80 Chi, 13 Gyn, 12 Geb, 10 HNO, 107 Inn, 22 Päd, 2 MKG, 26 Uro)
- 15 Delmenhorst St.-Joseph-Stift 163 (53 Chi, 11 Gyn, 9 Geb, 7 HNO, 83 Inn)
- 16 Ganderkesee Krkhs. Stenum 61 Ort
- 17 Ganderkesee Jugendpsy. Klinik des Wiechernstiftes 51 KJP
- 18 Wildeshausen Krkhs.Johanneum 146 (59 Chi, 11 Gyn, 7 Geb, 3 HNO, 59 Inn, 7 Uro)
- 19 Bassum Kreiskrankenhaus 127 (40 Chi, 9 Gyn, 7 Geb, 2 HNO, 51 Inn, 18 PCh)
- 20 Twistringen Krkhs. St.-Annen-Stift 114 (33 Inn, 81 Psy)
- 21 Sulingen Kreiskrankenhaus 136 (62 Chi, 10 Gyn, 7 Geb, 1 HNO, 56 Inn)
- 22 Diepholz Kreiskrankenhaus 160 (2 Aug, 53 Chi, 8 Gyn, 7 Geb, 2 HNO, 57 Inn, 18 Uro)
- 23 Nienburg Krkhs. Nienburg 245 (2 Aug, 105 Chi, 15 Gyn, 15 Geb, 5 HNO, 80 Inn, 20 Neu, 3 Uro)
- 24 Stolzenau Kreiskrankenhaus 70 (20 Chi, 50 Inn)
- 25 Gyhum Reha-Zentrum 30 Inn

Abkürzungen: Aug=Augenheilkunde, Chi=Chirurgie, Gyn=Gynäkologie, Geb=Geburtshilfe, HNO=HNO-Heilkunde, Inn=Innere Medizin, Päd=Pädiatrie, MKG=Mund-,Kiefer-,Gesichtschirurgie, Neu=Neurologie, Ort=Orthopädie, Uro=Urolog, Der=Dermatologie, Str=Strahlentherapie, Pch= Plastische Chirurgie, Nch = Neurochirurgie KJP=Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psy=Erwachsenenpsychiatrie

Der Senat der Freien Hansestadt Bremen hat in seiner Antwort vom 11.3.2008 auf die Große Anfrage der FDP zur Gesundheitswirtschaft die Geschäftsfelder der Gesundheitswirtschaftsinitiative in Bremen sehr weit gefasst und einen Bogen von der Medizintechnik bis hin zu den Bauunternehmen („Gesundheitsimmobilien“) gespannt (FHB 2008a: Antwort zu Frage 1). Im Zeitraum von 2002 bis 2007 wurden 5,7 Mio. EUR für Pilotprojekte bereitgestellt (FHB 2008a: Antwort zu Frage 2). Das Land Bremen folgt mit diesen Initiativen den Bestrebungen anderer Bundesländer zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft (vgl. Sell 2005: 22 ff; Ostwaldt/Ranscht o.J.; Ostwaldt/Ranscht 2006). Aus dem Zwischenbericht für 2007 sind Vorhaben zur qualitätsgesicherten Pflege, zur Telematik, zu bildgebenden Verfahren, zum Infektionsmanagement sowie zur Re-Nutzung freiwerdender Grundstücksflächen auf dem Gelände des Klinikums Bremen-Mitte ersichtlich (BIG 2008). Aus den Angaben ist nicht erkennbar, ob und in welchem Umfang sich aus den geförderten Maßnahmen Beschäftigungseffekte ergeben, während der Senat von 170 neuen Arbeitsplätzen und dem Erhalt von 200 Arbeitsplätzen ausgeht (FHB 2008a: Antwort zu Frage 2).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der patientenorientierte Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Bremen in überdurchschnittlich hohem Maße Versorgungsleistungen für das niedersächsische Umland erbringt, wie sich aus den für die Krankenhäuser vorliegenden Daten ergibt. Eine Abschätzung der im ambulanten Versorgungssystem diesbezüglich erbrachten Leistungen ist nach den vorliegenden Publikationen nicht möglich. Unter Anwendung eines erweiterten Begriffs der Gesundheitswirtschaft wird für 2000 von einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 6,5 Prozent ausgegangen, der zu 50 Prozent auf Krankenhäuser (36 Prozent) und Arztpraxen entfällt. Umgerechnet in Vollzeitstellen sind im Jahr 2000 einschließlich der Vorleistungsindustrien knapp 29.000 Personen in der Gesundheitswirtschaft tätig. Davon entfallen jeweils gut 12.000 Personen auf die ambulante und stationäre/teilstationäre Gesundheitsversorgung. Die bremische Initiative zur Gesundheitswirtschaft erfasst, soweit erkennbar, diesen Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nur begrenzt und lässt insbesondere kaum Beschäftigungs- und Qualifizierungsbemühungen erkennen.

7 Fazit

Bevor sich die politischen Akteure des Bundeslandes Bremen in die Schar der Bundesländer einreihen, die seit einigen Jahren auf Kongressen und in Gestalt regionalpolitischer und –wirtschaftlicher Initiativen die Gesundheitswirtschaft zum uneingeschränkten Träger des wirtschaftlichen Fortschritts und des Wohlbefindens der Bevölkerung erklären und ausbauen wollen, erscheint uns notwendig zu sein, einige systematische und empirische Aspekte dieses Trägers genauer zu beleuchten und bei künftigen politischen Entscheidungen genau zu beachten.

Dazu zählen vor allem drei Aspekte:

- Erstens geht es um den bisher bundesweit empirisch kaum nachweisbaren beschäftigungspolitischen Nutzen der gesamten bisher zur Gesundheitswirtschaft zusammengefassten Wirtschaftsbereiche und Anbieter von Leistungen. Am Volumen des „Jobmotors“ zu zweifeln bedeutet natürlich nicht, den hohen und auch stabilen Anteil von Arbeitsplätzen beziehungsweise Voll-Arbeitsverhältnissen am gesamten Beschäftigungsvolumen zu ignorieren.
- Zweitens sind die Ein- und Ausschlusskriterien von wirtschaftlichen Leistungsarten oder –bereichen in die Gesundheitswirtschaft genauer und qualitativ zu bedenken. Dies gilt insbesondere, wenn Teile der sogenannten Genussgüterindustrie und darunter auch die Tabakverarbeitung, die Fitnessbranche oder Teile der Nahrungsmittelbranche mit dem Hinweis auf irgendeinen Nutzen für das Wohlbefinden eingeschlossen werden. Die hier zu entwickelnden Kriterien sollten natürlich im Rahmen der evidenzbasierten Qualitätssicherungspolitik auch für Anbieter und Angebote im traditionellen, engeren Bereich der Gesundheitswirtschaft gelten, das heißt im Ernstfall auch zum Ausschluss führen.
- Unabhängig von beiden bisher genannten Aspekten müssen aber in den weiteren Diskussionen und Entscheidungen zur Gesundheitswirtschaft auch die zunächst nichtökonomischen, unbeabsichtigten aber unerwünschten Wirkungen der Klassifizierung, Einordnung

oder Etikettierung von Leistungsangeboten als „gesundheits“wirtschaftliche oder „Gesundheits“leistungen beachtet werden. Zu den unerwünschten sozialen Auswirkungen gehören vor allem die Individualisierung, Pathologisierung, Medikalisierung, Therapeutisierung und Verexpertlichung des Umgangs mit sozialen Ereignissen und Zuständen. Außerdem wird suggeriert, soziale Probleme durch individuelles Verhalten bewältigen zu können, was nicht nur die Lösung vieler dieser Probleme auf den Sankt Nimmerleinstag verschiebt, also Leid verlängert oder verstetigt, sondern auch ökonomische Folgelasten mit sich bringen kann. Derartige zusätzlichen Lasten entstehen auch durch eine im Bereich der engeren Gesundheitswirtschaft zu beobachtende spezielle Dynamik der angebotsinduzierten Nachfrage.

Wenn unter Berücksichtigung dieser Aspekte näher als dies hier bereits versucht wurde der quantitative und vor allem qualitative (Beitrag zur Wertschöpfung) Status quo der tatsächlich und potenziell zur Gesundheitswirtschaft gehörenden Leistungserbringer und Angebote untersucht wird, sollte dies auch Überlegungen umfassen, welche Angebotskonstellation notwendig ist, um in Bremen real vorhandene und bisher nicht ausreichend befriedigte gesundheitliche Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe wirksam und wirtschaftlich befriedigen zu können. Gedacht ist zum Beispiel an träger- und sektorenübergreifende Angebotsstrukturen, mit denen differenzierte Steuerungssysteme erprobt und über verbesserte Versorgungsstrukturen Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden könnten.

8 Literatur

- Ärztammer Bremen (2008): Tätigkeitsbericht 2007.
(<http://www.aekhb.de/pdf/TAETIGB07.pdf>; Zugriff: 15.2.2009)
- BAW – Institut für Wirtschaftsforschung GmbH u.a. (2003): Die regionalwirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen. Studie für den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. (unveröffentlichte Langfassung).
- BIG Bremer Innovationsgesellschaft mbH (2008): Bremen. Zukunftsmarkt Gesundheit. Erfolg durch Innovation. Zwischenbericht 1.1.-31.12.2007. (Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Arbeit und Gesundheit am 4.12.2008).
- Bundesagentur für Arbeit (2006): Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Entwicklung und Struktur 2000-2006. Nürnberg: Bundestagentur für Arbeit.
- Cassel, D., Wilke, Th. (2001): Das SAYS-Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health, 9. Jg., Heft 4, S. 331-348. (als Manuskript erhältlich unter <http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-5195/gesetz.pdf> - letzter Zugriff 25.4.2009)
- Dahlbeck, E.; Hilbert, J. (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich. Gelsenkirchen.
(<http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2008/fa2008-06.pdf>).
- Evans, M.; Schalk, C. (2008): Gesundheitsqualifikation vor der Reifeprüfung. Modernisierung durch professionelle Arbeit in der Gesundheitswirtschaft. In: Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen. Jahrbuch 2007. S. 25-37.
- FHB (Senat) (2008a): Mitteilung des Senats vom 11.3.2008 „Gesundheitswirtschaft in Land Bremen“ (Große Anfrage der FDP). Bremische Bürgerschaft. Landtag. Drs. 17/312.
- FHB (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales) (2008): Bremer Krankenhäuser im „Dreistromland“. Patienten-

- ströme aus dem Ems-Weser-Elbe-Gebiet in die Krankenhäuser des Landes Bremen. Daten und Analysen für die Jahre 2004-2006.
(http://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/sixcms/media.php/13/Patientenstr_ProzentF6me.pdf; letzter Zugriff: 5.1.2009)
- Greß, St.; Maas, St.; Wasem, J. (2006): Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem. Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung. (www.boeckler.de/pdf/fof_S-2006-840-4.pdf- letzter Zugriff 27.4.2009).
- Henke, Klaus-Dirk (2007): Mittelaufbringung und Mittelverwendung im Gesundheitswesen. Medizinische Klinik. S. 366-372.
- Hilbert, J. (2008): Gesundheitswirtschaft. Innovationen für mehr Lebensqualität als Motor für Arbeit und Wettbewerbsfähigkeit. In: Institut für Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen. Jahrbuch 2007. S. 10-37.
- Knödler, R. (2008): Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg: Ein Wirtschaftsbereich mit hoher Dynamik. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg. H. 7. S. 3-9.
- Matthäi, I.; Marschall, J. (2008): Arbeit und Beschäftigung in der saarländischen Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag der Arbeitskammer des Saarlands. Saarbrücken.
- Oberender, P.; Zerth, J. (2006): Wachstumsmarkt Gesundheit. Ansatzpunkte für ein modernes Gesundheitswesen. Der Urologe. Jg. 45. H. 8. S. 922-927.
- OECD (2000): A system of health accounts. Paris: OECD.
- Ostwald, D. A.; Ranscht, A. (2006): Wachstum und Beschäftigung – Potenziale der Gesundheitswirtschaft in der Rhein-Main-Region. Eine Studie im Auftrag von gesundheitswirtschaft-rhein-main e.v. (http://gesundheitswirtschaft-rhein-main.de/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=46; letzter Zugriff: 30.1.2009)
- Ostwald, D. A.; Ranscht, A. (2007): Der Wertschöpfungsansatz: Eine kritische Betrachtung der deutschen Gesundheitswirtschaft. Sozialer Fortschritt. H. 11. S. 284-291.
- Ostwald, D. A.; Ranscht, A. (o. J.): Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg. Eine Studie im Auftrag von HealthCapital Berlin-Brandenburg.

- (http://www.masgf.brandenburg.de/media/1334/47_studie.pdf.
Zugriff: 28.1.2009)
- Reiners, H. (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Huber.
- Richter, Bernd (2008): Zur volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens im Spiegel der amtlichen Statistik. Bestandsaufnahme und Ableitung zukünftiger Handlungsstrategien für die Entwicklung einer gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung in Sachsen. Statistik in Sachsen. H. 2. S. 89-101.
- RKI (Robert-Koch-Institut); Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut. (http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=3830867&p_lfd_nr=1; Zugriff: 13.2.2009)
- Rothgang, H.(2004): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten für die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. (http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/1.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Demographischer_Wandel_Pflegebeduerftigkeit.pdf; letzter Zugriff: 13.2.2009).
- RWI/BDO (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung/BDO Deutsche Warentreuhand AG – Wirtschaftsprüfungsgesellschaft) (2008): Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. Abschlussbericht. Essen: RWI.
- Schneider, Markus et al. (2003): Die regionalwirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen. Studie für den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. (BASYS – Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH; BAW – Institut für Wirtschaftsforschung GmbH; NIW – Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V.).
- Sell, S. (2005): Die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. Gutachten der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Statistisches Bundesamt (...): Auszug aus dem Datenreport 2008. Kapitel 9: Gesundheit und soziale Sicherung. (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/>

- DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/Datenreport2008Gesundheit,property=file.pdf; letzter Zugriff: 19.1.2009).
- Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheit. Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Gesundheit/Pressebrochuere,property=file.pdf> – letzter Zugriff: 28.4.2009).
- Statistisches Bundesamt (2008): Klassifikation der Wirtschaftszweige. Mit Erläuterungen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009): Pressemitteilung Nr.136 vom 06.04.2009. Gesundheitsausgaben 2007 um knapp 8 Milliarden Euro gestiegen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/04/PD09_136_23611,templateId=renderPrint.psml – letzter Zugriff: 24.4.2009)
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2002): Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung. Konzept und erste Ergebnisse der Gesundheitsausgaben- und Beschäftigtenrechnung für Baden-Württemberg. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg (http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/GesundhSozRecht/Analysen!Prognosen/GoG_Projektbericht.pdf – letzter Zugriff: 28.4.2009).
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2008): Gesundheitsökonomische Indikatoren für Baden-Württemberg. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.
- Statistisches Landesamt Bremen (2008): Statistisches Jahrbuch 2008. Bremen: Statistisches Landesamt.
- Statistisches Landesamt Bremen (2009): Bremen in Zahlen. Bremen: Statistisches Landesamt.
- Statistisches Landesamt Bremen (2009a): Zahlenspiegel 2008. Bremen: Statistisches Landesamt.
- SVR Gesundheit 1997, Sondergutachten 1997 Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche Band II Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung - Kurzfassung -

- (<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht97/kurzde97.pdf> – letzter Zugriff 26.4.2009)
- SVR Gesundheit (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung
(<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/068/1406871.pdf> – letzter Zugriff 26.4.2009)
- SVR Gesundheit (2007), Gutachten 2007 Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Deutscher Bundestag Drucksache 16/6339.
- Thiele, G.; Güntert, B. J. (2007): Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Pflege. Wirtschaft und Statistik. H. 7. S. 781-795.
- Wido (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen) (2007): Anhang zur Pressemitteilung vom 10. Juli 2007.
(http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_ges_pm-anhang_igel_0707.pdf - letzter Zugriff 24.4.2009).
- Zok, Klaus (2004): Private Zusatzangebote in der Arztpraxis. WIdO-Monitor 1/2004.
(http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_prizusatz_1004.pdf – letzter Zugriff 24.4.2009).



Eine Kammer für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Lande Bremen

Die Arbeitnehmerkammer Bremen vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der Beschäftigten. Mitglieder der Arbeitnehmerkammer sind – so bestimmt es das ›Gesetz über die Arbeitnehmerkammer im Lande Bremen‹ – alle im Bundesland Bremen abhängig Beschäftigten (mit Ausnahme der Beamten). Zurzeit sind dies rund 285.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und knapp 50.000 Minijobber. Auch Arbeitslose, die zuletzt ihren Arbeitsplatz im Land Bremen hatten, sind Mitglieder der Arbeitnehmerkammer.

Neben einer umfassenden Rechtsberatung bietet die Arbeitnehmerkammer ihren Mitgliedern zahlreiche Informationen zu den Themen Wirtschaft, Arbeit, Bildung und Kultur.

Darüber hinaus berät sie Betriebs- und Personalräte sowie Politik und öffentliche Verwaltung im Lande Bremen.

Die berufliche Weiterbildung übernimmt die Wirtschafts- und Sozialakademie (WiSoAk).

Zusätzlichen Service und Vergünstigungen gibt es mit der KammerCard, die jedes Mitglied auf Wunsch kostenlos erhält.

www.arbeitnehmerkammer.de



Arbeitnehmerkammer
Bremen