



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Familie

Gesundheitswirtschaft Brandenburg

Stand und Entwicklung

Expertise

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Brandenburgischen Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundes- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitarbeiter zu verwenden.

Die Meinung der Autoren muss sich nicht in jedem Fall mit der Meinung des Herausgebers decken.

Gesundheitswirtschaft Brandenburg

Stand und Entwicklung

Expertise im Auftrag des
Ministeriums für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Familie
des Landes Brandenburg

Juli 2006



IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Wichmannstr. 5, 10787 Berlin
Tel.: 030-230 80 90
iges@iges.de; www.iges.de

Bearbeitung:
Wilhelm F. Schröder, Dr. Stefan Loos

Einleitung

Derzeit arbeiten in Deutschland mit etwa 4,5 Mio. Menschen rund viermal so viele Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft wie in der Automobilindustrie. Gleichzeitig werden der Gesundheitswirtschaft vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der medizinisch-technologischen Entwicklung im Branchenvergleich überdurchschnittliche Wachstums- und Beschäftigungspotenziale bescheinigt.¹

Damit hat die Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren einen Paradigmenwechsel vom „Kostenfaktor zur Zukunftsbranche“² durchlaufen. Neben gesundheitspolitischen Zielsetzungen und Regelungsmechanismen spielen wirtschaftspolitische Maßstäbe eine zunehmende Rolle; betriebswirtschaftliche Grundsätze durchdringen mehr und mehr das Handeln der in der Gesundheitswirtschaft Tätigen.

Entsprechend haben verschiedene Länder und Regionen in Deutschland bereits Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft ergriffen, um sich im nationalen und internationalen Wettbewerb zu positionieren.

Vor diesem Hintergrund hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) des Landes Brandenburg die vorliegende Expertise in Auftrag gegeben. Mit ihr sollen zwei Ziele verfolgt werden:

- Erstens soll ein detaillierter und regional differenzierter Bericht zur ökonomischen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg und zu den zu erwartenden Entwicklungen erarbeitet werden.
- Zweitens sollen – aufbauend auf diesem Bericht – für den Auftraggeber Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, wie er Brandenburg als attraktiven, wettbewerbsfähigen Standort der Gesundheitswirtschaft etablieren und weiter fördern kann.

Die Gesundheitswirtschaft ist allerdings noch keine fest abgegrenzte Größe. Einen weithin akzeptierten Anhaltspunkt für ihre Durchdringung bietet das Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft. Danach werden generell drei Bereiche der Gesundheitswirtschaft unterschieden: der Kernbereich, der Vorleistungs- und Zulieferbereich sowie der Nachbar- und Randbereich.³

1 Rürup-Kommission (2003).

2 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (1998).

3 Fretschner, R., Grönemeyer, D., Hilbert, J. (2002).

- Zum Kernbereich gehören die ambulante und stationäre medizinische Versorgung, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Praxen nichtärztlicher Berufe, Apotheken sowie die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste.
- Die Vorleistungs- und Zulieferindustrien umfassen die pharmazeutische Industrie, die Bio- und Medizintechnik, das Gesundheitshandwerk sowie den Groß- und Facheinzelhandel für medizinische und orthopädische Produkte.
- Der Nachbar- und Randbereich umfasst gesundheitsnahe Bereiche des Dienstleistungssektors (insbesondere Gesundheitstourismus) und des produzierenden Gewerbes (Informations- und Kommunikationstechnologien, Ernährungsindustrie).

Gerade im Bereich der Biotechnologie und des Wellness-/ Gesundheitstourismus sind die Abgrenzungen in Ermangelung standardisierter Definitionen uneinheitlich bzw. unklar. Entsprechend fehlen auch genaue Angaben zur Anzahl der Unternehmen in diesen Bereichen, ihren Beschäftigtenzahlen, ihrem Umsatz und ihrer Entwicklungsperspektiven.

Die Expertise konzentriert sich auf Bereiche, deren weitere wirtschaftliche Entwicklung von besonderer Bedeutung für Brandenburg ist oder die im Vordergrund der öffentlichen Diskussion stehen; diese Bereiche sind:

- Im Kernbereich
 - Die Krankenhausversorgung
 - Die stationäre Rehabilitation
 - Die ambulante ärztliche Versorgung
 - Die ambulante und stationäre Pflege
- Im Vorleistungs- und Zulieferbereich
 - Die Medizintechnik
 - Die medizinische Biotechnologie
 - Die pharmazeutische Industrie
- Im Nachbar- und Randbereich: Gesundheitstourismus

Für diese Expertise wurden umfangreiche Materialien gesichtet, über die in den einzelnen Kapiteln der Expertise berichtet wird. Zunächst wird auf die demographische Entwicklung in Brandenburg eingegangen, da sie von zentraler Bedeutung für die künftige Entwicklung des Bedarfs an Leistungen und Produkten der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg ist.

In den darauffolgenden Kapiteln geht es darum, den gegenwärtigen Stand und die sich abzeichnende Entwicklung der Gesundheitswirtschaft darzustellen. In einer Übersicht werden jeweils die Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken zusammengestellt. Daraus werden die Hinweise für das weitere Vorgehen und eine angepasste Förderstrategie gewonnen. Dem Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft folgend wird zunächst der medizinisch-pflegerische Kernbereich (Krankenhaus, stationäre Rehabilitation, ambulante ärztliche Versorgung, stationäre und ambulante Pflege) der Gesund-

heitswirtschaft untersucht, im Anschluss daran die Zulieferindustrien (Pharma, Medizintechnik, Biotechnologie) und schließlich der Gesundheitstourismus. Das Kapitel schließt mit einer zusammenfassenden Darstellung und Bewertung der Brandenburger Gesundheitswirtschaft insgesamt; darin werden auch die Bereiche der Gesundheitswirtschaft dargestellt, auf die im Rahmen dieser Expertise nicht näher eingegangen werden kann.

In den Kapiteln 11 bis 13 geht es um die Organisationen und Instrumente der Förderung. Dabei werden zunächst die Initiativen anderer Bundesländer zur Förderung der Gesundheitswirtschaft dargestellt, um daraus Konsequenzen für die Gestaltung der Förderung in Brandenburg abzuleiten (Kapitel 11). In Kapitel 12 wird der gegenwärtige Stand der Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg vorgestellt und analysiert. Im 13. Kapitel werden schließlich mögliche Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg unterbreitet.

Den einzelnen Materialkapiteln ist eine Zusammenfassung vorangestellt, in der – kapitelübergreifend – die Hauptergebnisse der Expertise dargestellt werden.

Der Bericht basiert im Wesentlichen auf der Analyse der öffentlich zugänglichen Daten des Statistischen Bundesamtes und des Landesbetriebs für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Brandenburg. Für bestimmte Teilbereiche wurden vom Statistischen Bundesamt, vom Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, vom Statistischen Landesamt Berlin und vom MASGF Brandenburg Sonderauswertungen zur Verfügung gestellt. Weitere statistische Unterlagen kamen von der Bürgerschaftsbank Brandenburg, von BioTOP, der Zukunftsagentur Brandenburg (ZAB), der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Brandenburg, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Brandenburg und dem Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. Die Analysen der Förderinitiativen anderer Bundesländer beruhen überwiegend auf den öffentlich zugänglichen Materialien dieser Länder. Zu den einzelnen Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg und ihrer Förderung wurden darüber hinaus Interviews mit Vertretern von Förderinstitutionen, Verbänden und Unternehmen geführt.

All denen, die uns Informationen und Daten zur Verfügung gestellt haben, danken wir sehr.

Berlin, im August 2006

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung und Empfehlungen	9
1 Der demographische Wandel in Brandenburg.....	29
2 Krankenhauswirtschaft	35
2.1 Allgemeine Entwicklung.....	35
2.2 Situation in Brandenburg	40
2.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken	49
3 Rehabilitationseinrichtungen	50
3.1 Allgemeine Entwicklung.....	50
3.2 Situation in Brandenburg	54
3.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken	59
4 Ambulante ärztliche Versorgung	60
4.1 Allgemeine Entwicklung.....	60
4.2 Situation in Brandenburg	62
4.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken	69
5 Ambulante und stationäre Pflege.....	70
5.1 Allgemeine Entwicklung.....	70
5.2 Situation in Brandenburg	71
5.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken	81
6 Medizintechnik.....	82
6.1 Allgemeine Entwicklung.....	82
6.2 Situation in Brandenburg	85
6.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken	88
7 Pharmazeutische Industrie	89
7.1 Allgemeine Entwicklung.....	89
7.2 Situation in Brandenburg	90
7.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken	92

8	Biotechnologie	93
8.1	Allgemeine Entwicklung.....	93
8.2	Situation in Brandenburg.....	98
8.3	Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken.....	105
9	Gesundheitstourismus	106
9.1	Allgemeine Entwicklung.....	106
9.2	Situation in Brandenburg.....	111
9.3	Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken.....	114
10	Zusammenfassende Darstellung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg	115
11	Förderung der Gesundheitswirtschaft in anderen Bundesländern	123
11.1	Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft.....	123
11.2	Vorgehen und Konzepte.....	125
11.3	Ziele und Schwerpunkte der Fördermaßnahmen.....	128
11.4	Fördermaßnahmen.....	132
11.5	Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft in Brandenburg.....	134
11.6	Umsetzungserfahrungen.....	135
12	Stand der Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg	137
12.1	Förderung des Kernbereichs.....	137
12.2	Förderung der Vorleistungs- und Zulieferindustrie.....	145
12.3	Förderung des Gesundheitstourismus.....	149
13	Entwicklung der Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg	154
13.1	Ordnungspolitische Grundlagen der Förderung.....	154
13.2	Mögliche Ziele und Maßnahmen zur Gestaltung der Förderung der Gesundheitswirtschaft.....	157
13.3	Mögliche Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft.....	162
	Literaturverzeichnis	167

Zusammenfassung und Empfehlungen

1.

Die Gesundheitswirtschaft im Land Brandenburg leistet einen bedeutenden Beitrag zu den wirtschaftlichen Leistungen im Land Brandenburg.

2.

Den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft bilden die Krankenhäuser sowie die Einrichtungen der ambulanten medizinischen Versorgung, deren Dienstleistungen weitgehend aus Sozialversicherungsleistungen finanziert werden. Zum Kernbereich sind auch die Einrichtungen zu rechnen, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der Krankenpflege erbringen. Vorleister bzw. Zulieferer zu diesem Kernbereich sind Unternehmen, die medizintechnische, pharmazeutische und biotechnologische Produkte erstellen. Schließlich gehören zu diesem Sektor gesundheitsorientierte Tourismusunternehmen.

3.

Es bestehen keine verlässlichen Statistiken über den Umsatz und die Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft auf der Ebene der Bundesländer. Daher müssen zur Schätzung des Umsatzes der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg unterschiedliche Datenquellen herangezogen und die Umsätze der einzelnen Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft vielfach geschätzt werden.

4.

Insgesamt wurde für die in Tabelle 1 ausgewiesenen Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft ein Umsatz in Höhe von 5,1 Mrd. € ermittelt. Bezieht man die Umsätze auf das jeweilige Bruttoinlandsprodukt (BIP) des Jahres 2004, ergibt sich für Brandenburg ein Anteil der hier erfassten Umsätze der Gesundheitswirtschaft am BIP in Höhe von 10,6 % (Deutschland: 11,2 %). Auf den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft entfallen 4,4 Mrd. €, dies entspricht ca. 86 % des Gesamtumsatzes. Der mit Abstand größte Teilbereich ist die Krankenhauswirtschaft, auf die mehr als ein Viertel des Umsatzes entfällt. Etwa gleich große Anteile ergeben sich für die niedergelassenen Ärzte (14,8 %) und die Apotheken (15,8 %) des Gesamtumsatzes.

Tabelle 1: Umsatz der Gesundheitswirtschaft im Land Brandenburg in Mio. Euro

	Umsatz in Mio. €
Kernbereich	4.430
Krankenhäuser	1.497
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	191
Stationäre/teilstationäre/ambulante Pflege	482
Arztpraxen	758
Zahnarztpraxen	398
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	166
Apotheken	814
Sonstige ambulante Einrichtungen	50
Rettungsdienste	74
Vorleistungs- und Zulieferindustrien, Handwerk, Einzelhandel	675
Biotechnologie	68
Medizintechnik (WZ 33.10>20 MA)	100
Medizintechnik (WZ. 33.10 < 20 MA, WZ 33.40.1)	96
Pharma	94
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	317
Gesundheitstourismus	31
Gesamt	5.136

Quellen: Angaben in den Kapiteln 2 bis 10

5.

Angaben zur Zahl der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft sind auf der Länderebene weit besser verfügbar als Angaben zum Umsatz oder zur Wertschöpfung (Umsatz ./ Vorleistungen). Insgesamt sind in Brandenburg ca. 96.000 Menschen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt, davon ca. 30 % in der Krankenhauswirtschaft; je ein Achtel der Beschäftigten arbeitet in den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen bzw. in den Praxen niedergelassener Ärzte. In der ambulanten Pflege und in den Praxen der Zahnärzte sind noch einmal 7 % bzw. 8 % beschäftigt (siehe Tabelle 2). Auf die Vorleistungs- und Zulieferindustrie und auf den Gesundheitstourismus entfallen je ca. 4 bzw. 3 % der Beschäftigten. Bei Anwendung anderer Abgrenzungskriterien der Gesundheitswirtschaft im Tourismus- und Freizeitbereich ergibt sich für die Randbereiche der Gesundheitswirtschaft ein um 13.140 Beschäftigte höherer Wert (gesamt 109.033 Beschäftigte). Berücksichtigt man lediglich die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und die geringfügig Beschäftigten, waren in der Brandenburger Gesundheitswirt-

schaft (ohne Gesundheitstourismus und Biotechnologie) 90.058 Beschäftigte tätig; das entspricht bevölkerungsbezogen etwa 76 % des Beschäftigungsniveaus in Deutschland insgesamt.

6.

Die künftige Umsatz- und Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft wird unterschiedlich gesehen.

Im Kernbereich erwarten die Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegedienste/-heime bis 2010 laut Fachkräftestudie 2005 insgesamt einen Abbau von rund 3,7 % aller Stellen. Dabei gibt es allerdings regional und branchenspezifisch recht unterschiedliche Erwartungen: So wird in der Planungsregion Uckermark ein Rückgang um 7 % erwartet, während es in der Planungsregion Spreewald-Lausitz nur 2,1 % sind. Und während die vierzehn befragten Krankenhäuser mit einem Rückgang um 11,4 % rechnen, wird für die ambulante Pflege ein Anstieg von 12,8 % erwartet. Auch im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung wird insgesamt eher mit einem Rückgang der Beschäftigung gerechnet.

Tabelle 2: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft im Land Brandenburg

	Beschäftigte
Kernbereich	86.727
Krankenhäuser	25.809
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	3868
Stationäre/teilstationäre Pflege	10.838
Ambulante Pflege	6.865
Arztpraxen	11.000
Zahnarztpraxen	7.948
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	3.107
Apotheken	3.428
Sonstige ambulante Einrichtungen	965
Rettungsdienste	1.850
Verwaltung	6.629
Gesundheitsschutz (ÖGD, sonstige Einrichtungen)	1.245
Sonstige Einrichtungen	3.175
Vorleistungs- und Zulieferindustrien/ Handwerk	6.166
Vorleistungsindustrien	3.773
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	2.393
Gesundheitstourismus	3.000
Gesamt	95.893

Quellen: Angaben in den Kapiteln 2 bis 10

7.

Im Bereich der Vorleistungs- und Zulieferindustrie sticht insbesondere die Biotechnologie-Branche hervor: Dort rechnet kein Unternehmen mit sinkenden Umsätzen, 11 % mit konstanten und 89 % mit steigenden Umsätzen. 60 % der Unternehmen gehen in den nächsten beiden Jahren von einem Personalzuwachs aus, bis 2010 gar von einer Verdoppelung der Beschäftigtenzahlen.

Auch die innovativen Unternehmen der Medizintechnik sehen gute Chancen, am Wachstum des Weltmarkts für medizintechnische Produkte zu partizipieren; ausländische Anbieter werden dagegen zunehmend versuchen, die Umsätze von Anbietern standardisierter Produkte zu drücken.

In der Pharmabranche hängt die weitere Umsatzentwicklung kurz- und mittelfristig ganz entscheidend von der Entwicklung Altanas und dem Medikament Pantoprazol ab. Hier werden bis zum Ablauf des Patentschutzes durchaus noch Umsatzsteigerungen erwartet.

8.

Im Gesundheitstourismus haben die wenigen Brandenburger Anbieter Chancen, von einem vergleichsweise niedrigen Umsatzniveau aus, am allgemein erwarteten moderaten Marktwachstum zu partizipieren. Ein bedeutenderes Wachstum ist allerdings erst dann zu erwarten, wenn – nach einer vorherigen Analyse der bestehenden Nachfragepotenziale – die Angebotsstrukturen ausgebaut und zusätzliche spezifisch gesundheitstouristische Angebote entwickelt und vermarktet werden.

Rahmenbedingung: Der demographische Wandel

9.

In Brandenburg lebten im Jahr 2004 rund 2,57 Mio. Menschen, davon 992.200 (38,6 %) im engeren Verflechtungsraum und 1,58 Mio. im äußeren Entwicklungsraum. Nach den starken Veränderungen seit 1990 unterscheidet sich die Altersstruktur der Bevölkerung im Land Brandenburg nur noch wenig von der Bevölkerung in Deutschland: Der Anteil der alten Menschen (über 65 Jahre) liegt jeweils bei ca. 18 %; im äußeren Entwicklungsraum liegt dieser Anteil allerdings bei 20 % (16,9 % im engeren Verflechtungsraum).

10.

Von 2004 bis 2020 wird die Bevölkerung insgesamt um 5,7 % zurückgehen; im äußeren Entwicklungsraum wird ein Rückgang von 12,6 % erwartet, im engeren Verflechtungsraum dagegen eine Zunahme von 5,2 %. Bis zum Jahre 2020 wächst die Anzahl der Alten (65 Jahre und älter) um gut ein Fünftel (+21,4 %) auf 383.300 im äußeren Entwicklungsraum und um mehr als die Hälfte (+50,1 %) auf 251.300 im engeren Verflechtungsraum (Brandenburg gesamt: +31,3 % auf 634.600).

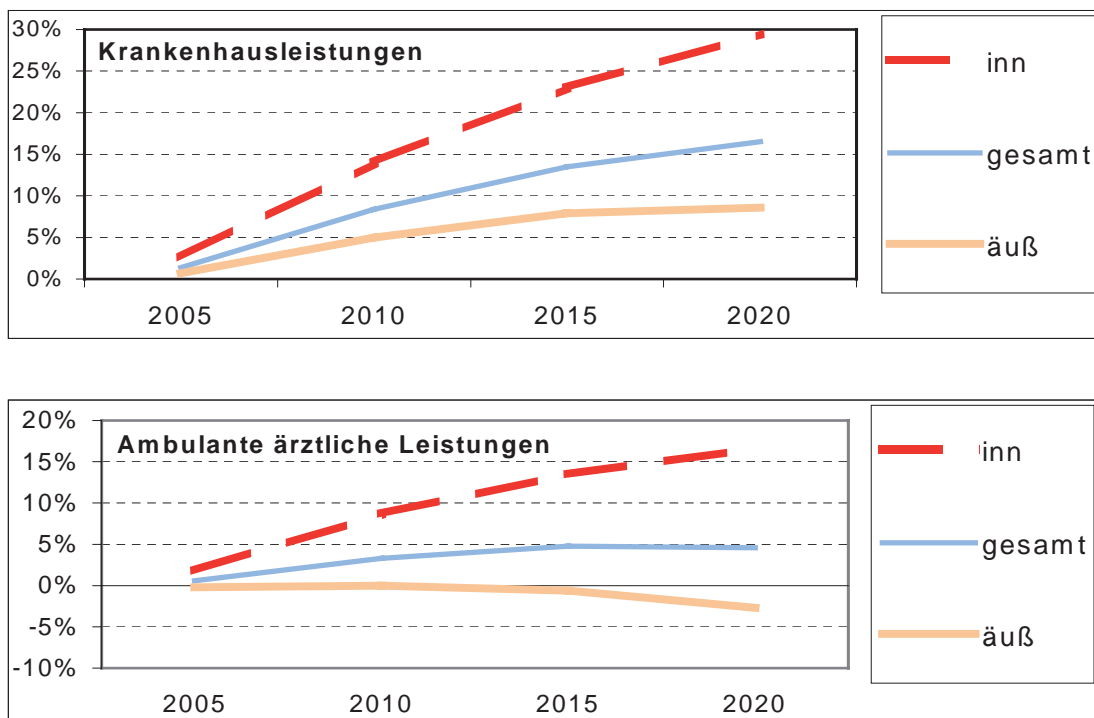
Im gleichen Zeitraum verdoppelt sich die Zahl der Hochbetagten (älter als 80 Jahre) im äußeren Entwicklungsraum auf 122.000 Einwohner, im engeren Verflechtungsraum auf 75.600 Einwohner.

11.

Während für die demographische Entwicklung Brandenburgs qualifizierte Prognosen vorliegen, können gegenwärtig zur Entwicklung der Nachfrage im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft keine zuverlässigen Angaben gemacht werden. Um einen ersten Eindruck von der Auswirkung der demographischen Veränderungen – differenziert nach engerem Verflechtungsraum und äußerem Entwicklungsraum - zu bekommen, wurden für zwei Bereiche (Krankenhäuser, ambulante ärztliche Leistungen) Prognosen bis zum Jahr 2020 auf der Basis der Bevölkerungsvorausschätzungen sowie der Bedarfsprofile (gemäß Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung) erstellt.

Für die Krankenhäuser ergibt sich insgesamt c. p. ein Zuwachs von 16,5 %. Für den äußeren Entwicklungsraum ergibt sich bei abnehmender Bevölkerung ein Zuwachs von 8,6 %, für den engeren Verflechtungsraum gar ein Zuwachs von fast 30 %. Etwas anders stellt sich die Situation für die ambulante ärztliche Versorgung dar: für Brandenburg gesamt ein leichter Zuwachs (4,6 %), für den äußeren Entwicklungsraum stagnierende Werte und im berlinnahen Bereich ein Zuwachs um 16,6 %.

Abbildung 1: Prognose des Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Bevölkerungsentwicklung; Veränderung gegenüber 2004



Quelle: IGES, eigene Berechnungen; siehe Kapitel 2 und 4

In den Modellrechnungen sind weitere Einflussparameter nicht berücksichtigt, wie z. B. langfristige Veränderungen in der Morbidität der Bevölkerung,

Entwicklungen des medizinischen Wissens und der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, veränderte Effizienz der Versorgung, Preisentwicklung und Finanzierung der Leistungen.

Krankenhauswirtschaft

12.

In Brandenburg insgesamt gab es im Jahr 2004 47 Krankenhäuser mit insgesamt 15.534 aufgestellten Betten. Die Zahl der Krankenhäuser und der aufgestellten Betten ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Mit 6,1 Betten je 1.000 Einwohner hat Brandenburg eine vergleichsweise niedrige Bettendichte (Deutschland: 6,4).

13.

In den Brandenburger Krankenhäusern waren im Jahr 2004 23.651 Menschen beschäftigt (mit Schüler/-innen und Auszubildenden 25.809). Bezogen auf die Bevölkerung waren in Brandenburg mit 8,3 Vollbeschäftigten deutlich weniger Menschen in Krankenhäusern tätig als in Deutschland insgesamt (9,8). Auf ein Bett kommen in Brandenburg 1,37 Vollkräfte, während es in Deutschland insgesamt 1,52 Vollkräfte sind.

14.

Rund 13 % aller Brandenburger Patienten wurden 2004 in Berliner Krankenhäusern behandelt, vor allem aufgrund von Neubildungen und Erkrankungen des Kreislaufsystems.

15.

Bundesweit weisen die Brandenburger Krankenhäuser mit 2.984 € nach Mecklenburg-Vorpommern die niedrigsten Fallkosten auf. Die für die Brandenburger Krankenhäuser für das Jahr 2004 vereinbarten (maximalen) Erlöse beliefen sich auf 1,497 Mrd. Euro.

16.

In Brandenburg gibt es keine Hochschulkliniken, allerdings eine größere Zahl Akademischer Lehrkrankenhäuser. Der Anteil von Krankenhäusern in privater Trägerschaft ist mit 15 % vergleichsweise gering (Deutschland: 26 %). Zwar gibt es in einigen Regionen Brandenburgs schon Krankenhausverbünde, häufig scheitert deren Errichtung jedoch an den gegensätzlichen Interessen der unterschiedlichen Träger. Auch sind die Krankenhäuser häufig noch unzureichend in die regionalen Wertschöpfungsketten eingebunden. Die Träger haben mit einer stärker unternehmerischen Ausrichtung begonnen, die angesichts der sich verschärfenden Wettbewerbssituation weiterentwickelt werden muss. Aufgrund einer ungenügenden Kapitalmarktfähigkeit und der stark gesunkenen Fördermittel besteht in vielen Krankenhäusern ein Investitionsstau.

17.

Die Krankenhausträger erwarten in den nächsten Jahren mehrheitlich leicht steigende Umsätze, ein Drittel der Krankenhäuser rechnet mit sinkenden Umsätzen.

Nahezu zwei Drittel der Krankenhäuser erwarten in den nächsten Jahren einen Beschäftigungsrückgang: Für den Zeitraum von 2004 bis 2010 wird mit einem Rückgang von 11,4 % gerechnet.

18.

Modellrechnungen zur Entwicklung des Leistungsbedarfs (siehe auch Punkt 11) lassen als Folge der demographischen Veränderungen insgesamt für Brandenburg sowohl bei den Fallzahlen wie bei den Ausgaben auf ein starkes Wachstum schließen, dass im engeren Verflechtungsraum bis 2020 eine Größenordnung von 30 % annehmen kann.

Rehabilitationskliniken

19.

In Brandenburg gab es im Jahr 2004 28 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 5.582 Betten und 3.868 Beschäftigten. Auf 1.000 Einwohner Brandenburgs kamen somit 2,17 aufgestellte Betten in Rehabilitationskliniken (Deutschland: 2,14) sowie 1,34 Vollkräfte (Deutschland: 1,1).

20.

Die Bettenzahl, die Anzahl der Patienten sowie die Verweildauer und die Bettenauslastung ist in den letzten Jahren zurückgegangen. Auch haben die klassischen Heilverfahren gegenüber der Anschlussheilbehandlung an Bedeutung verloren; so dass mittlerweile von einer Unterversorgung chronisch kranker Patienten mit Rehabilitationsleistungen die Rede ist. Die Kliniken erzielten einen Umsatz aus stationären Rehabilitationsleistungen in Höhe von etwa 176,5 – 206 Mio. Euro.

21.

Die Rehabilitationskliniken liegen über das ganze Land verteilt, teilweise in den Kur- und Erholungsorten, grundsätzlich nicht in unmittelbarer Nähe zu Krankenhäusern. Viele sind hochspezialisiert und verfügen teilweise über akutmedizinische Behandlungsmöglichkeiten. In Absprache mit dem Land Berlin übernehmen Brandenburger Rehabilitationskliniken auch die Rehabilitation Berliner Patienten: 31,5 % aller Patienten kommen aus Berlin, weitere 14,1 % aus anderen Ländern.

22.

Eine Bedarfsprognose für die stationäre Rehabilitation ist aufgrund mangelnder Daten nicht möglich. Die Brandenburger Rehabilitationskliniken erwarten mehrheitlich konstante oder leicht sinkende Umsätze sowie einen Rückgang der Beschäftigung von 2004 bis 2010 um 3,4 %. Negativ könnte sich insbesondere eine weitere Verlagerung von frührehabilitativen Leistungen an Krankenhäuser, das Ausweichen auf ambulante und teilstationäre Rehabilitationsangebote sowie der Ausbau von stationären Rehabilitationskapazitäten in Berlin auswirken.

23.

Chancen könnten sich vor allem aus einer engeren Kooperation mit Krankenhäusern (z. B. im Rahmen von IV-Verträgen), der Öffnung für speziali-

sierte akutmedizinische Leistungen und aus der Entwicklung von gesundheitstouristischen Angeboten für ausgewählte Zielgruppen (ggf. in Kooperation mit Hotels) bieten.

Ambulante ärztliche Versorgung

24.

In Brandenburg waren Ende 2004 3.559 Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung tätig und damit 2,8 % mehr als im Jahr 2000. Mit 122 Ärzten je 100.000 Einwohner weist Brandenburg damit die bundesweit niedrigste Arztdichte auf. Insgesamt waren in den Brandenburger Arztpraxen rund 11.000 Menschen beschäftigt und erzielten insgesamt einen Umsatz von rund 757 Mio. €. Das Einkommen der Ärzte in Brandenburg liegt niedriger als in den alten Ländern. Insbesondere die hausärztliche Versorgung in ländlichen Bereichen erscheint vielen Ärzten aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und einer als unzureichend empfundenen Vergütung als unattraktiv.

25.

In der Versorgungsstruktur dominiert noch immer die Einzelpraxis, allerdings verfügt Brandenburg durch seine bundesweit einmaligen Gesundheitszentren über reichhaltige Erfahrungen mit kooperativen Formen der Leistungserbringung im ambulanten Sektor. Auch Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren haben sich in Brandenburg zunehmend etabliert.

26.

In den meisten Kreisen Brandenburgs und der überwiegenden Anzahl der Arztgruppen kann gegenwärtig eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden; in den meisten Kreisen und Arztgruppen herrscht eine mehr oder weniger starke Überversorgung. Versorgungsdefizite bestehen gegenwärtig vor allem bei Haus- und Augenärzten in einigen wenigen Regionen des äußeren Entwicklungsraumes.

27.

In Folge des demographischen Wandels wird es insbesondere im engeren Verflechtungsraum zu einer Zunahme des Leistungsbedarfs kommen (siehe Punkt 11). Chancen für ambulante ärztliche Versorgung liegen vor allem im weiteren Ausbau kooperativer Versorgungsformen und einer räumlichen Konzentration der ambulanten Versorgung, dem Einsatz von Telematik, einer verbesserten Vergütung (vor allem in unterversorgten Gebieten) sowie in den Möglichkeiten, die das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) bietet.

Pflegewirtschaft

28.

Im Jahr 2003 gab es in Brandenburg 69.266 Pflegebedürftige (aller Pflegestufen) sowie 502 ambulante Pflegedienste mit 6.865 Beschäftigten und 282 Pflegeheime mit insgesamt 10.838 Beschäftigten. Damit kamen auf 1.000 Einwohner 2,7 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten (Deutschland: 2,4) und 4,2 Beschäftigte in Pflegeheimen (Deutschland: 6,2). Die Arbeitsbelastung der Beschäftigten in Pflegediensten und -heimen in Brandenburg ist hö-

her als in Deutschland insgesamt: 2,7 Pflegebedürftige kamen auf einen Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten (Deutschland: 2,2); in Pflegeheimen kamen in Brandenburg 1,7 Pflegebedürftige auf einen Beschäftigten (Deutschland: 1,3). Dies macht den Pflegeberuf zunehmend unattraktiv und führt zu Personalrekrutierungsproblemen vor allem im ambulanten Bereich.

29.

Die gegenwärtige wirtschaftliche Lage wird mit Blick auf die Zukunft von den ambulanten Pflegediensten eher negativ, von den Pflegeheimen hingegen eher positiv bewertet. Die Pflegesätze liegen in Brandenburg deutlich niedriger als im bundesdeutschen Durchschnitt (ca. 85 %). Für die soziale Pflegeversicherung ergibt sich für Brandenburg eine Gesamtumsatz in Höhe von rund 482 Mio. Euro.

30.

Unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung ergibt sich in Brandenburg von 2003 bis 2020 c. p. ein Anstieg der Pflegebedürftigen um 66 % auf rund 115.174 Pflegebedürftige. Im engeren Verflechtungsraum muss gar mit einem Anstieg um 95 % gerechnet werden (äußerer Entwicklungsraum: 51 %). Damit verbunden wäre c. p. ein Beschäftigungspotenzial von insgesamt rund 31.990 Beschäftigten.

31.

Vor dem Hintergrund dieser Bedarfsprognosen rechnen die Betreiber ambulanter Pflegedienste langfristig mit einem Beschäftigungswachstum von 12,8 %; 40 % der Betreiber rechnen mit steigenden Umsätzen. Pflegeheimbetreiber erwarten bis 2010 ein Wachstum von 2 %, nur ein Fünftel rechnet auch mit steigenden Umsätzen. Chancen für eine stärkere Realisierung des Bedarfszuwachses könnte eine Reform der Pflegeversicherung (etwa in Form der Dynamisierung der Pflegeversicherungsbeiträge) bringen.

Vorleistungs- und Zulieferindustrien

32.

Vom Umsatz und der Beschäftigtenzahl ist der Vorleistungs- und Zulieferbereich im Verhältnis zum Kernbereich der Gesundheitswirtschaft klein und vorwiegend im engeren Verflechtungsraum angesiedelt, sehr technologie- und wissens-intensiv und überwiegend an überregionalen, nationalen oder globalen Märkten orientiert. Demographische Prognosen sind nur insoweit relevant, als sie die Entwicklung eines Angebotes an hoch qualifizierten Arbeitskräften berücksichtigen.

33.

Im Jahre 2004 gab es in Brandenburg 70 überwiegend kleine und mittelgroße Medizintechnik-Unternehmen mit 1.630 Beschäftigten und 138,9 Mio. € Umsatz. Von den 35 Unternehmen mit mehr als 20 Mitarbeitern waren 25 zahntechnische Labore. Die Firmen in den wachstumsträchtigen Bereichen (z. B. Biomechanik) sind eher klein.

34.

Die Brandenburger Medizintechnik-Unternehmen haben – auch aufgrund ihrer guten Anbindung an die Berliner Forschungslandschaft – das Potenzial, am Wachstum auf den globalen Medizintechnik-Märkten zu partizipieren. Dafür kommt es darauf an, dass die vorrangig kleineren Unternehmen Marketing- und Vertriebsgemeinschaften bilden, um ihre Potenziale im regionalen wie im nationalen und internationalen Markt besser auszuschöpfen. Regionale Marktchancen bieten sich vor allem dort, wo der Investitionsstau in Krankenhäusern im Rahmen einer Krankenhausprivatisierung aufgelöst werden kann. Auch die stärkere Vernetzung der Medizintechnik-Firmen untereinander sowie mit der wachsenden Biotechnik-Branche kann die Wachstumschancen verbessern.

35.

In der Brandenburger Pharma-Branche gab es 2005 drei Hersteller mit insgesamt 581 Mitarbeitern und einem Umsatz von 93,6 Mio. € (u. a. *Altana* in Oranienburg mit 370 Mitarbeitern, *medphano* in Rüdersdorf). Die Brandenburger Pharmaunternehmen können von der gut ausgebauten Forschungslandschaft, den guten Voraussetzungen für die klinische Forschung und dem starken Wachstum der Biotechnologie in der Region profitieren und so Berlin-Brandenburg als F&E-Standort stärken. Allerdings hängt die weitere Entwicklung in einem sehr großen Maße von der individuellen Entwicklung *Altanas* ab, weshalb weitergehende Prognosen nicht möglich sind.

36.

Die im Kontext der Gesundheitswirtschaft relevante ‚rote‘ Biotechnologie ist eine relativ junge, international ausgerichtete Branche in einem hoch kompetitiven Umfeld, die in den letzten Jahren deutlich gewachsen ist und im Jahre 2005 50 Unternehmen mit 754 Beschäftigten verzeichnete. Im engeren Verflechtungsraum ist dabei zusammen mit den Biotechnologie-Unternehmen in Berlin eine der bedeutendsten Biotechnologie-Cluster in Deutschland entstanden. Die Unternehmen sind hoch innovativ und haben mittlerweile eine Vielzahl von Produkten in der klinischen und präklinischen Prüfung.

37.

Der Umsatz der ‚roten‘ Biotechnologie in Brandenburg wird für das Jahr 2004 auf etwa 67,9 Mio. € geschätzt. Allerdings erwirtschaftet ein ganz erheblicher Teil der Unternehmen nur geringe Umsätze bzw. Überschüsse. Entsprechend differenziert ist auch die Einschätzung der gegenwärtigen wirtschaftlichen Lage: 38 % der befragten Geschäftsführer von Biotechnologie-Unternehmen in Brandenburg schätzen sie als gut/sehr gut ein, 43 % als befriedigend und knapp ein Fünftel als schlecht/sehr schlecht. Die Branche verfügt aufgrund der weltweiten Marktentwicklung über erhebliche Wachstumspotenziale: Entsprechend rechnen 89 % aller Geschäftsführer mit steigenden Umsätzen.

38.

Dabei können die Firmen in ihrem Wachstum auf eine hervorragend ausgebaute Infrastruktur sowie eine äußerst vielfältige Forschungslandschaft in der

Region Berlin-Brandenburg, eine weitgehend gesicherte Versorgung mit qualifizierten Fachkräften, die Nähe zum großen Berliner Krankenhausmarkt sowie ein professionelles Netzwerkmanagement zurückgreifen. Lediglich die teilweise noch angespannte Finanzierungssituation könnte die Wachstumserwartungen dämpfen.

Gesundheitstourismus

39.

Die Informationsgrundlagen für den Bereich des Gesundheitstourismus (Gesundheitsurlaub, Wellness- und Fitnessreisen) sind völlig unzureichend. Auf der Grundlage einer Gästebefragung im Jahr 2004 in Brandenburg wurde ein Gästeanteil von rund 2 % am Tourismus in Brandenburg mit rund 470.000 Übernachtungen und einen Umsatz von rund 31 Mio. € (5,5 % des Gesamtumsatzes) sowie etwa 3.000 Beschäftigten geschätzt.

40.

Brandenburg verfügt gegenwärtig über acht Kurorte, zwölf Erholungsorte sowie eine attraktive Bäder- und Thermenlandschaft, die als Ansatzpunkte für die Entwicklung regionaler Gesundheitstourismus-Cluster gelten können. Bisher existieren in Brandenburg jedoch nur wenige spezifisch gesundheitstouristische Beherbergungsangebote (max. 20 Hotels, genauere Angaben liegen auch hierzu nicht vor).

41.

Wachstumschancen für den Gesundheitstourismus bieten sich vor allem durch eine verstärkte Ausschöpfung des Nachfragepotenzials aus Berlin und durch die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Medical-Wellness-Angeboten in Zusammenarbeit mit Unternehmen aus dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (v. a. Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser), wenn dieses Synergiepotenzial optimal ausgeschöpft und die Angebote entsprechend vermarktet werden.

Empfehlungen zur Krankenhauswirtschaft

42.

Die Krankenhauswirtschaft ist mit Abstand der wichtigste Sektor der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg. Damit die Entwicklungschancen genutzt und die Risiken beherrscht werden können, ist insbesondere die Leistungsfähigkeit der großen Unternehmen der Krankenhauswirtschaft zu stärken, in dem ihre Entwicklung zu regionalen Dienstleistungskernen der Gesundheitswirtschaft und angrenzender Bereiche unterstützt wird.

43.

Die Krankenhauswirtschaft war in der Vergangenheit durch eine hohe Regulierungsdichte und ein Vergütungssystem charakterisiert, das ökonomische Ineffizienzen begünstigte. Hier hat sich mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems ein grundlegender Wandel ergeben. In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber zusätzlich den Gestaltungsspielraum der Krankenhausträger erweitert. Das bezieht sich sowohl auf die Organisationsstrukturen

(Gründung von Medizinischen Versorgungszentren) wie auch auf den Abschluss von speziellen Verträgen (zur integrierten Versorgung) zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern. Damit haben die Krankenhäuser neue Möglichkeiten erhalten, sich im Wettbewerb zu profilieren. Das setzt jedoch voraus, dass das Management der Krankenhäuser über entsprechendes unternehmerisches Potenzial verfügt bzw. vom Eigentümer entsprechende Entscheidungskompetenzen bekommen hat. Die Förderung des unternehmerischen Potenzials der großen Dienstleistungskerne der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg wird für das wirksamste Instrument der Förderung erachtet.

44.

Die Brandenburger Krankenhäuser im näheren und mittleren Umfeld von Berlin können sich durch eine Verbesserung ihres Managements davor bewahren, dass erhebliche Teile ihrer Nachfrage auf Berliner Krankenhäuser übergehen. Deshalb muss das Ziel verfolgt werden, dass die Qualität und Effizienz der Brandenburger Krankenhäuser das gleiche Niveau behält wie die Berliner Krankenhäuser und dass dieser Sachverhalt nach außen deutlich dargestellt wird.

45.

Die großen Krankenhausträger können durch folgende Aktivitäten bei der Sicherung ihrer Nachfrage und der Entwicklung ihrer Leistungsfähigkeit unterstützt werden:

- Bereitstellung langfristiger Orientierungswerte für die Entwicklung der Leistungsnachfrage als Grundlage für eine qualifizierte Investitionsplanung;
- Organisation einer Qualitätsoffensive Brandenburger Krankenhäuser, insbesondere im engeren Verflechtungsraum (Monitoring und Benchmarking);
- Abgestimmtes Marketing für die großen Krankenhäuser als Dienstleistungskerne und Positionierung im Wettbewerb im engeren Verflechtungsraum;
- Bestandsaufnahme der Forschungskapazitäten der Brandenburger Krankenhäuser (zusammen mit dem Wissenschaftsministerium);
- Aufstellen eines Entwicklungsplans für die Förderung „Klinische Forschung“;
- Förderung regionaler Cluster und Vervollständigung der Wertschöpfungsketten an den Brandenburger Krankenhausstandorten;
- Entwicklung eines umfassenden Geriatriekonzepts im Sinne eines Modells für die Verlängerung von Wertschöpfungsketten ambulante-stationäre-rehabilitative-pflegerische Betreuung;
- Unterstützung von Modellprojekten der Krankenkassen zur flächendeckenden integrierten Versorgung;
- Stärkung des Potenzials für ambulante Versorgung in den medizinischen Dienstleistungszentren;
- weitere betriebswirtschaftliche und unternehmerische Qualifizierung des Krankenhausmanagements, insbesondere Stärkung der Innovationskraft;

- Förderung der Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser durch die Entwicklung und Umsetzung innovativer Finanzierungsmodelle;
- Unterstützung von Modellprojekten zur Telemedizin (siehe auch Punkt 51); auch bei Einbeziehung des ambulanten Bereichs in entsprechende Modellvorhaben bieten die Krankenhäuser auf längere Sicht die besten Voraussetzungen für die kontinuierliche und wirtschaftliche Nutzung dieser Technologien.

46.

Bei der Privatisierung von Krankenhäusern öffentlicher Träger sollten ausreichend Maßnahmen zur Sicherung des Standorts und der regionalen Wirtschaftskraft getroffen werden.

Empfehlungen zu weiteren Bereichen des Kernbereichs

47.

Das Grundmodell der stationären Rehabilitationseinrichtungen baut auf einigen Prämissen auf, die in den vergangenen Jahren eine stark abnehmende Bedeutung hatten. Insbesondere die gewollte räumliche Trennung von Wohnort und Behandlungsort und von akuter und rehabilitativer Betreuung hat zunächst für die Anschlussheilbehandlung nach akuten Ereignissen (Operationen, Hirninfarkt, Herzinfarkt etc.) die Entstehung von Kompetenzzentren behindert, deren Personal auf Grund der spezialisierten Qualifikation sowohl die akutmedizinischen wie die rehabilitativen Leistungen erbringen kann. Ebenso ist die medizinisch und betriebswirtschaftliche sinnvolle räumliche Verbindung von Allgemeinkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung nur im Ausnahmefall zustande gekommen. Die Träger von Rehabilitationseinrichtungen müssen Wege finden, dass ihre hohe Kompetenz zukünftig in den verschiedenen Bereichen der Behandlungskette zum Tragen kommen kann. Das gilt insbesondere für Einrichtungen im engeren Verflechtungsraum. Angesichts der hohen Dichte von Einrichtungen zur stationären medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Großraum Berlin-Brandenburg kann diese Entwicklung nur bei einer Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der Rehabilitationskliniken erfolgreich sein durch

- Unterstützung bei der Durchsetzung von Verbänden und integrierten Verträgen für die fachspezifische ambulante und stationäre akutmedizinische Behandlung,
- Förderung der Anbindung von Rehabilitationseinrichtungen an Krankenhäuser (z. B. im Rahmen von IV-Verträgen) und
- Förderung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ in Abstimmung mit den Krankenkassen und Pflegeheimen,
- Förderung der Entwicklung von Medical-Wellness-Angeboten zusammen mit Wellness-Hotels und anderen Leistungserbringern,

wobei immer wieder die Verlängerung der Wertschöpfungsketten im Vordergrund steht. Dadurch wird die Entwicklung von Unternehmen ermöglicht bzw. gefördert, die in der immer stärker wettbewerbsmäßig geprägten Landschaft

durch ein qualifiziertes Management bessere Durchsetzungsmöglichkeiten haben.

48.

Brandenburg insgesamt, insbesondere aber einige Regionen des äußeren Entwicklungsraumes, erscheinen in der überregionalen öffentlichen Diskussion als Problemregionen der ambulanten medizinischen Versorgung. Insgesamt ist die Situation wie in Berlin und den anderen Bundesländern auch eher von Überversorgung geprägt. Das gilt auch angesichts des erwarteten Generationswechsels in der Ärzteschaft sowie angesichts der oben beschriebenen Auswirkungen des demographischen Wandels (Punkt 11). Für die spezifische Versorgungssituation in weiten Teilen des äußeren Verflechtungsraumes, dem am dünnsten besiedelten Gebiet Deutschlands, ist die Herausbildung neuer Formen der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von herausgehobener Bedeutung. Neue Modelle können nicht ohne besondere Unterstützung der Landesregierung entstehen, weil Verbesserungen nur durch wesentliche Eingriffe in die etablierte Arbeitsteilung im Gesundheitswesen erreicht werden können. Insbesondere sind für eine medizinisch und betriebswirtschaftlich sinnvoll organisierte ambulante Versorgung in diesen Regionen folgende vier Grundsätze zu beachten:

- Bildung größerer Organisationseinheiten,
- Zusammenfassung der fachärztlichen Kapazitäten des ambulanten und stationären Sektors,
- Optimierung der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Berufen (z. B. Gemeindeschwester),
- Erschließung der Möglichkeiten telemedizinischer Formen der Versorgung.

49.

Der Bereich der Pflege ist im Kernbereich derjenige Sektor, der am stärksten durch Marktmechanismen gesteuert wird und am wenigsten staatlicher Steuerung unterliegt.

Für diesen Versorgungsbereich sollten qualifizierte Datengrundlagen geschaffen werden (siehe Punkt 64). Zudem sollte die Pflege in ein übergreifendes geriatrisches Versorgungskonzept eingebunden werden (siehe auch Punkt 45)

Empfehlungen zum Vorleistungs- und Zulieferbereich

50.

Für den Bereich der Biotechnologie liegt ein gesonderter Vorschlag für einen Masterplan für die Region Berlin-Brandenburg vor, der für Berlin einige spezifische Maßnahmen benennt. Hier sind entsprechende mögliche Maßnahmen für Brandenburg noch zu formulieren. Unabhängig davon gilt, dass die allgemeinen Maßnahmen der Förderung für Berlin und Brandenburg zur Stärkung der Ansiedlung und Neugründung von Unternehmen

- durch Stärkung der Absatzmöglichkeiten und Unterstützung der Unternehmen im Marketing und Vertrieb sowie
- durch Weiterentwicklung des Standortmarketings unter stärkerer Einbindung von bestehenden Unternehmen

fortgeführt werden. Das gilt auch für die Bereitstellung von Eigenkapital bzw. die Stimulierung zur Bereitstellung von Eigenkapital durch Venture-Capital-Firmen.

51.

Auch für den Bereich der Medizintechnik liegt für die Region Berlin-Brandenburg der Vorschlag für einen gesonderten Masterplan vor, der für Berlin einige spezifische Maßnahmen benennt. Hier sind entsprechende spezifische Maßnahmen für Brandenburg zu formulieren und in das gemeinsame Programm einzubringen. Die Voraussetzungen für eine Einbeziehung Brandenburgs in die zukünftig gemeinsamen Aktivitäten der allgemeinen Förderung sind noch zu schaffen. Für die Telemedizin, die diesem Bereich zugeordnet ist, wird auf die Empfehlungen zur Krankenhauswirtschaft verwiesen.

Empfehlungen zum Gesundheitstourismus

52.

Die definitorischen und empirischen Grundlagen für Aktivitäten im Bereich des Gesundheitstourismus sind nicht ausreichend, weshalb hier spätestens im Zusammenhang mit der Gästebefragung 2007 qualifizierte Grundlagen geschaffen werden sollten. Neben der Gästebefragung ist auch eine Erhebung zur Angebotsstruktur erforderlich.

53.

Auf diesen neuen Grundlagen aufsetzend ist der weitere Ausbau des Landesmarketings für den Gesundheitstourismus sinnvoll. Die finanzielle Förderung sollte auf die bestehenden Kur- und Erholungsorte konzentriert werden, um die Entstehung lokaler / regionaler Cluster für den Gesundheitstourismus zu fördern und eine Zersplitterung der Angebote aufgrund lokaler Standortkonkurrenz zu verhindern.

54.

Es sollten die Voraussetzungen für eine enge Zusammenarbeit mit Unternehmen aus dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken) geschaffen werden.

Empfehlungen zur Organisation

55.

Die Länder Berlin und Brandenburg haben einen Vorschlag für einen „Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ gemacht, in dem für zwölf strategische Handlungsfelder ca. 50 Ziele sowie mehr als 100 konkrete Maßnahmen benannt sind, die nun in zwölf gemeinsamen Arbeitsgruppen geprüft, angepasst und umgesetzt werden sollen.

Der Vorschlag für den Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg ist ganz überwiegend aus dem Berliner Kontext formuliert worden. Für die Beauftragten des Landes Brandenburg in der Lenkungsgruppe und in den zwölf Arbeitsgruppen sollte eine Abstimmung darüber erfolgen, welche Brandenburger Spezifika bei der Prioritätenfindung berücksichtigt werden sollten. Sechs Felder des Vorschlags für den Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg haben für Brandenburg eine hervorgehobene Bedeutung:

- Wissenschaft,
- Lehre und Ausbildung,
- Prävention und Gesundheitsförderung,
- Kernbereich der Versorgung, insbesondere Krankenhauswirtschaft,
- Zulieferer-Industrie, inklusive Weiterentwicklung von Technologiestandorten,
- Gesundheitstourismus.

56.

Am weitesten entwickelt sind die Organisationsstrukturen und die Instrumente der Wirtschaftsförderung im Bereich der Zulieferer. Insbesondere für den Bereich der Biotechnologie wurde in den vergangenen Jahren erfolgreich Clustermanagement von der Organisation BioTop (TSB), die gemeinsam von Berlin und Brandenburg unterhalten wird, geleistet. Nach diesem Muster sollte eine ähnliche Arbeitsgruppe für den Bereich Medizintechnik errichtet werden, die administrativ bei der TSB aufgehängt wird, deren strategische Lenkung aber über ein gemeinsam von Brandenburg und Berlin besetztes Gremium erfolgt. Dabei muss geklärt sein, wie in diesem Bereich auf der operativen Ebene Brandenburger Spezifika berücksichtigt werden.

57.

Zentrale Aufgabe dieser Arbeitsgruppen ist das Clustermanagement inklusive des Lobbying für diese Bereiche sowie die Koordinierung der für diesen Bereich branchenübergreifend tätigen Organisationen,

- IBB/ILB inkl. Bürgschaftsbanken und Venture Capital,
- Industrie- und Handelskammern,
- Berlin Partner/Zukunftsagentur Brandenburg (ZAB),
- Technologiestiftung Berlin/Technologiestiftung Brandenburg.

Diese acht Institutionsgruppen sind in den verschiedenen Bereichen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft tätig, insbesondere

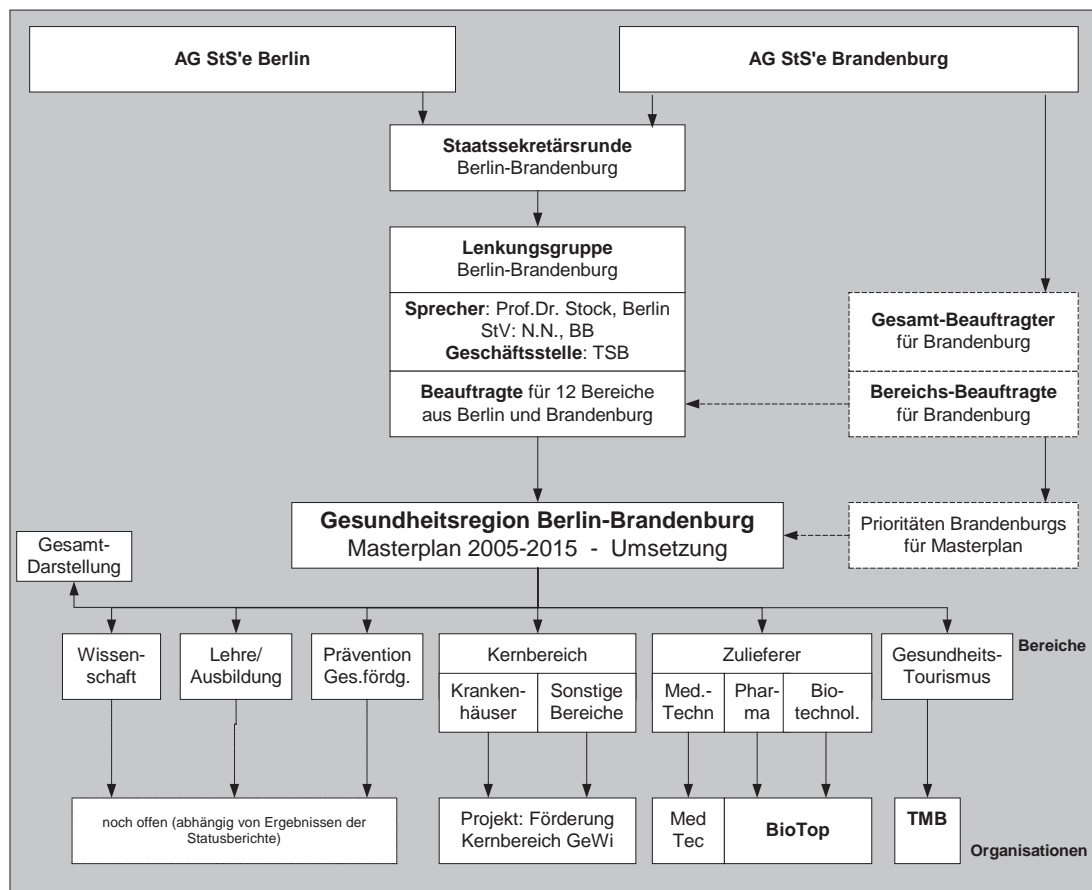
- Unterstützung bei der Finanzierung,
- Gründer- und laufende Beratung von Einzelunternehmen,
- Standortentwicklung,
- Innovationsförderung.

Dabei überschneiden sich die Aufgabenfelder, was in einzelnen Fällen sinnvoll sein kann. Auch sind die Abgrenzungen in Berlin und Brandenburg unterschiedlich. Es wird empfohlen, dass die Lenkungsgruppe einen Vorschlag für eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen den einzelnen Organisationen bzw. eine Prioritätensetzung macht, um die Voraussetzung für eine Harmonisierung der Organisationen in Berlin und Brandenburg zu schaffen.

58.

Die Wahrnehmung der analogen Aufgaben des Clustermanagements sowie des Lobbyings für den Gesundheitstourismus sollte der TMB (Tourismus Marketing Brandenburg) übertragen werden. Die Übertragung auf eine rein brandenburgische Organisation ist zweckmäßig, weil dieser Bereich nahezu ausschließlich für Brandenburg relevant ist. Unabhängig von dieser Aufgabe sind die Aktivitäten zur Förderung des „Patiententourismus“ zu sehen: Hier sollen Patienten, insbesondere aus dem Ausland, für die Behandlung in regionalen Krankenhäusern gewonnen werden. Dafür existiert bereits mit der NBMC (Network for Better Medical Care Berlin) eine Organisation, für die Brandenburger Krankenhäuser prüfen sollten, inwieweit eine Beteiligung ökonomisch sinnvoll ist.

Abbildung 2: Förderung der Gesundheitswirtschaft: Organisationsstruktur - Vorschlag



Quelle: IGES

59.

Für den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, insbesondere für die Krankenhauswirtschaft, liegen entsprechende Erfahrungen mit den modernen Instrumenten der Wirtschaftsförderung bisher praktisch nicht vor. Das resultiert nicht zuletzt aus der historisch gewachsenen Form der Investitionsförde-

rung in der Krankenhauswirtschaft. Auch für die sonstigen Felder des Kernbereichs (ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflege) gibt es bisher keine Erfahrungen. Es besteht ein Klärungsbedarf, wie die Funktionen der bisher in diesem Bereich tätigen öffentlich-rechtlich verfassten Institutionen wie Gesetzliche Krankenkassen, weitere Sozialversicherungsträger, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaft in diesem Zusammenhang zu sehen sind.

Deshalb wird vorgeschlagen, die neuen Aktivitäten vor dem Aufbau organisatorischer Strukturen zunächst im Rahmen eines Projekts zu entwickeln. Die strategische Lenkung des Projekts sollte unter der Federführung des MASGF Brandenburg durch die AG der Staatssekretäre in Brandenburg erfolgen. Aufgabe des Projekts ist der Einsatz der neuen Methoden des Clustermanagements, insbesondere ansetzend bei den größeren Unternehmen der Krankenhauswirtschaft im Lande Brandenburg. Das Projekt sollte auf einen mittleren Zeitraum ausgelegt sein und mit speziell qualifizierten Mitarbeitern ausgestattet sein.

In der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg finden sich drei grundsätzlich unterschiedliche Versorgungskonstellationen, die zu stark unterschiedlichen Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft führen: der dicht besiedelte Ballungsraum Berlin mit stagnierender Nachfrage, der engere Verflechtungsraum Brandenburgs mit stark wachsender Nachfrage und der äußere Entwicklungsraum Brandenburgs mit extrem dünner Siedlungsdichte und leicht schrumpfender Nachfrage. Das Projekt konzentriert sich auf Lösungen für die beiden für das Land Brandenburg spezifischen Versorgungskonstellationen.

60.

Drei Bereiche des Vorschlags für den Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg werden in dieser Expertise nicht näher bearbeitet, weil hier bisher kaum empirische Grundlagen zur Verfügung stehen: Wissenschaft, Ausbildung und Lehre sowie Prävention. Für diese drei Bereiche wird vorgeschlagen, je einen Statusbericht zu erstellen, der folgende drei Punkte behandelt:

- Entwicklungspotenzial in Brandenburg,
- Darstellung des Potenzials im Kontext der Region Berlin-Brandenburg,
- Empfehlung zur Förderung aus dem Kontext der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg.

Auf dieser Grundlage sollte entschieden werden, wie hier die organisatorische Verankerung der Förderung erfolgt.

61.

In Berlin wurden in den vergangenen Jahren mit zwei Organisationen Erfahrungen gesammelt, die sich schwerpunktmäßig mit der „Förderung der Gesundheitsförderung“ befassen: Gesundheitsstadt Berlin e.V. und auf gesetzlicher Grundlage die Landesgesundheitskonferenz Berlin. Analoge Organisationen existieren auf dieser Ebene für Brandenburg nicht. Allerdings gibt es für wichtige Teilbereiche wie Sucht, HIV/Aids, Palliativversorgung und Gesundheit von Kindern landesweite Koordinationsgremien. Im Zusammenhang mit dem Statusbericht zum Thema Prävention sollte geklärt werden,

inwieweit die Schaffung entsprechender, ggf. korrespondierender Organisationen für Brandenburg produktiv ist.

62.

Der Vorschlag für den Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg rückt die Entfaltung von Aktivitäten in den zwölf ausgewählten Bereichen in den Vordergrund. Darüber darf nicht außer Acht bleiben, dass ein wesentlicher Beitrag zur Förderung der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg darin liegt, dass die beteiligten Akteure - alle Bereiche übergreifend - den Willen zum Ausdruck bringen, dieses politische und wirtschaftliche Ziel zu verfolgen. Es bedarf eines eigenen Teilprogramms im Masterplan, das sich mit der übergreifenden Darstellung befasst. Hier sind insbesondere die Aufgaben der Spitzen der Politik sowie der führenden Unternehmer und der überregional renommierten Wissenschaftler und Ärzte zu sehen. Die Ausarbeitung dieses Programms sollte von der AG der Staatssekretäre Brandenburgs in Auftrag gegeben und in den gemeinsamen Gremien für die „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ abgestimmt werden.

63.

Die bisher geplanten sowie weitere noch zu beschließende Aktivitäten für die Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg sollten von einem Gesamtbeauftragten für Brandenburg koordiniert werden, der von der AG der Staatssekretäre eingesetzt wird. Aufgaben des Gesamtbeauftragten sollten sein:

- die Vertretung des Landes Brandenburg in den gemeinsamen Gremien zur Umsetzung des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg,
- die Koordinierung der Brandenburger Beauftragten für die einzelnen Felder des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg,
- die Koordinierung des Projekts „Kernbereich der Gesundheitswirtschaft“ (Punkt 59) mit den Aktivitäten zur Umsetzung des Masterplans,
- die Integration der Aktivitäten der TMB zur Förderung des Gesundheitstourismus (Punkt 58),
- die Integration der Ergebnisse der Teilstudien zum Bereich Wissenschaft, Ausbildung/Lehre und Prävention (Punkt 60),
- die Entwicklung und Umsetzung des Gesamtprogramms der Landesregierung Brandenburg zur Förderung der Gesundheitswirtschaft (Punkt 62),
- das Controlling der Brandenburger Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft.

64.

Die statistischen Grundlagen für die Beschreibung der Gesundheitswirtschaft sind auf der Ebene des Bundes durch den Ausbau der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gut. Auf dieser Grundlage können durch eine bevölkerungsrelationale Schätzung erste Anhaltspunkte auch für Brandenburg gewonnen werden. Bei dem Versuch, die entsprechenden Werte aus landesspezifischen Statistiken darzustellen, entstehen in vielen Bereichen Probleme, insbesondere dann, wenn nicht nur die Produktion der Unternehmen mit

Standort in Brandenburg betrachtet werden soll, sondern wenn das Leistungsgeschehen bezogen auf die versorgte Bevölkerung abgebildet werden soll, und das insbesondere dann, wenn der engere Verflechtungsraum und der äußere Entwicklungsraum differenziert betrachtet werden soll, was aus regionalwirtschaftlicher Sicht unverzichtbar ist.

Abweichungen zwischen den Schätzwerten aus Bundesdaten und den landesspezifischen Statistiken können aus statistischen Mängeln resultieren oder aber Unterschiede Brandenburgs zur Situation in Deutschland aufzeigen. In vielen Bereichen können diese Komponenten für die Erklärung von Abweichungen nicht isoliert werden.

Weiterhin ist beim gegenwärtigen Stand eine differenzierte Betrachtung nach Umsätzen und nach der Wertschöpfung im Land Brandenburg nicht möglich. Hier liegen nur Untersuchungen für Deutschland insgesamt vor.

Für den Bereich der sozialversicherungsfinanzierten Leistungen können die Mängel ganz wesentlich dadurch beseitigt werden, dass das Land die statistischen Unterlagen abfordert, zu denen es nach § 303 f SGB V einen Zugang hat.

65.

Die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft ist nicht nur von den Aktivitäten der größeren Unternehmungen, sondern auch von den vielen einzelnen Entscheidungen kleinerer Teilnehmer auf den verschiedenen regionalen und überregionalen Märkten abhängig. Insbesondere für den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft gilt, dass wenig Informationen über die Entwicklung der Märkte vorliegen. In verschiedenen Ländern wurden für die Krankenhauswirtschaft im Zusammenhang mit den Aufgaben der Landesregierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz Orientierungswerte zur Entwicklung des Angebots und der Nachfrage erstellt. Dabei wurden als Einflussfaktoren neben der demographischen Entwicklung insbesondere die langfristige Entwicklung

- der Morbidität,
- des medizinischen und technischen Fortschritts,
- der Effizienz der Versorgungsstrukturen sowie der rechtlichen Rahmenbedingungen

hinsichtlich ihrer Auswirkungen berücksichtigt. Es wird empfohlen, eine entsprechende Untersuchung zu den genannten Einflussfaktoren zu erstellen, die Orientierungswerte für die großen Segmente des Kernbereichs (Krankenhäuser, ambulante ärztliche Versorgung, Rehabilitation, Pflege) bereitstellt.

1 Der demographische Wandel in Brandenburg

Umsatz und Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Dies gilt umso mehr, als in den verschiedenen Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft unterschiedliche Anbieter (Krankenhäuser, Biotechnologiefirmen, Hotels) auf ganz unterschiedlichen Märkten (stationäre medizinische Versorgung, Diagnostika, Gesundheitstourismus) um unterschiedliche Kunden (Patienten, Firmenkunden, Gäste) werben. Einige Faktoren sind jedoch für die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft von so grundlegender Bedeutung, dass sie alle Teilbranchen betreffen. Dabei handelt es sich um

- die demographische Entwicklung (Bedarfsentwicklung),
- den medizinisch-technologischen Fortschritt (Angebotsentwicklung),
- die Entwicklung der ‚Kaufkraft‘ insbesondere der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Kaufkraftentwicklung) sowie
- die Entwicklung des institutionellen Rahmens der Gesundheitswirtschaft (z. B. Einführung von Wettbewerbselementen in die GKV, Reform des Leistungserbringungsrechts, Abgrenzung der Versorgungssektoren, Zugang von innovativen Leistungen zum Markt).

Die Bedeutung des medizinisch-technologischen Fortschritts und die Entwicklung der Kaufkraft sowie die Entwicklung des institutionellen Rahmens der Gesundheitswirtschaft sind Faktoren, die für die Entwicklung der deutschen Gesundheitswirtschaft insgesamt von Relevanz sind und in diesem Kontext schon ausführlich diskutiert wurden. Für sie gibt es keine Brandenburg-spezifischen Untersuchungsmöglichkeiten.

Vom demographischen Wandel hingegen wird nicht nur generell eine große Steigerung des Bedarfs an medizinischen Leistungen erwartet⁴; für die demographische Entwicklung in Brandenburg liegen auch auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte Daten vor, die im Folgenden analysiert werden.

Stand

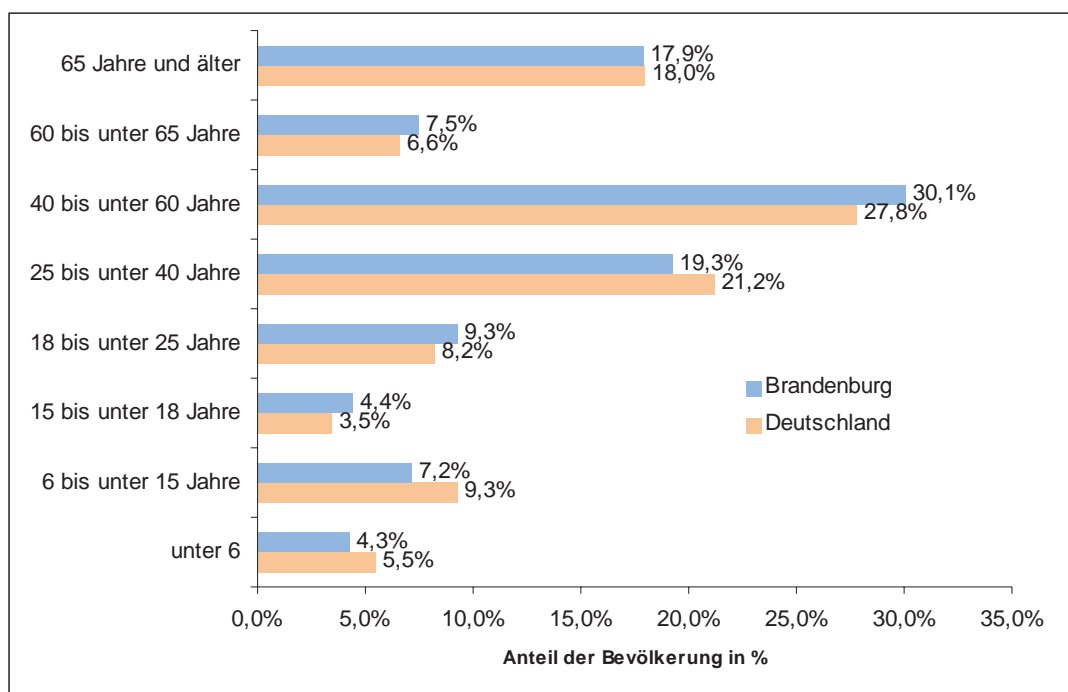
Im Jahre 2004 leben 2,57 Mio. Personen in Brandenburg. Davon sind 1,30 Mio. Frauen und 1,27 Mio. Männer. 992.200 Personen (38,6 % der Bevölke-

⁴ Vgl. dazu Enquete-Kommission Demographischer Wandel (2002: 184 f.), Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW 2001), Kruse, A. et al. (2003).

Brandenburgs) leben im engeren Verflechtungsraum; im äußeren Entwicklungsraum leben 1,58 Mio. Personen, (61,4 %).⁵

Die Altersstruktur der Brandenburger Bevölkerung unterscheidet sich kaum von der der Bundesrepublik insgesamt. Wie in Abbildung 3 zu sehen ist, liegt der Anteil der über 65-Jährigen in Brandenburg wie in Deutschland insgesamt bei rund 18 %. Der Anteil der jüngeren Altersgruppen, ausgehend von den Kindern bis einschließlich der Altersgruppen für die jungen Erwerbstätigen, ist merklich geringer als in Deutschland insgesamt; dafür war die Gruppe der potenziell Erwerbstätigen im Alter von 40 bis 65 in Brandenburg etwas größer.

Abbildung 3: Altersverteilung in Brandenburg und Deutschland insgesamt im Jahre 2003



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005: 43)

Der Anteil der Altersgruppe 65 und älter hat einen starken Einfluss auf den gegenwärtigen und künftigen medizinischen Versorgungsbedarf. Für die einzelnen Regionen innerhalb Brandenburgs betrachtet, fällt der Anteil der Personen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter recht unterschiedlich aus. Die

⁵ Als „engerer Verflechtungsraum“ wird der Teil des gemeinsamen Planungsraumes Brandenburg-Berlin bezeichnet, der Berlin und das mit der Metropole verflochtene Umland in Land Brandenburg umfasst: Teile der an Berlin angrenzenden Brandenburger Landkreise sowie die kreisfreie Stadt Potsdam.

folgende Tabelle 3 berichtet die Verteilung der Brandenburger Bevölkerung in den Kreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs sowie die jeweiligen Personenanteile in der Altersgruppe 65 und älter.

Tabelle 3: Verteilung der Bevölkerung nach Regionen in Brandenburg und Anteile der über 65-Jährigen nach Regionen in Brandenburg

Kreis / kreisfreie Stadt BB	Anteil an Brandenburger Bevölkerung	65 Jahre und älter Anteil in %
Stadt Brandenburg a. d. Havel	2,9 %	21,9 %
Stadt Cottbus	4,1 %	18,6 %
Stadt Frankfurt (Oder)	2,5 %	18,5 %
Stadt Potsdam	5,7 %	17,7 %
Landkreis Barnim	6,8 %	17,3 %
Landkreis Dahme-Spreewald	6,3 %	19,5 %
Landkreis Elbe-Elster	4,8 %	20,9 %
Landkreis Havelland	6,0 %	17,3 %
Landkreis Märkisch-Oderland	7,5 %	18,1 %
Landkreis Oberhavel	7,7 %	17,9 %
Landkreis Oberspreewald-Lausitz	5,2 %	21,4 %
Landkreis Oder-Spree	7,5 %	19,2 %
Landkreis Ostprignitz-Ruppin	4,2 %	18,8 %
Landkreis Potsdam-Mittelmark	7,9 %	17,4 %
Landkreis Prignitz	3,5 %	21,8 %
Landkreis Spree-Neiße	5,4 %	19,6 %
Landkreis Teltow-Fläming	6,3 %	17,9 %
Landkreis Uckermark	5,5 %	19,5 %
Engerer Verflechtungsraum	38,6 %	16,9 %
Äußerer Entwicklungsraum	61,4 %	20,0 %
Brandenburg insgesamt	100,0 %	18,8 %

Quelle: eigene Darstellung nach Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006c)

Ein deutlicher Unterschied lässt sich für die aggregierten Gebiete des engeren Verflechtungsraums und des äußeren Entwicklungsraums erkennen. In diesem äußeren Entwicklungsraum liegt der Anteil der über 65-Jährigen merklich höher als im engeren Verflechtungsraum.

Entwicklung

Die Bevölkerung in Brandenburg wird sich gemäß der Bevölkerungsprognose des Landesbetriebs für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg insgesamt bis zum Jahr 2020 gegenüber 2004 um 5,7 % verringern (Tabelle 4).⁶

Tabelle 4: Änderung der Bevölkerung nach Regionen im Vergleich zum Jahr 2004

Kreis / kreisfreie Stadt BB	2005	2010	2015	2020
Stadt Brandenburg a. d. Havel	-0,8 %	-4,3 %	-7,0 %	-10,7 %
Stadt Cottbus	-1,0 %	-4,7 %	-7,4 %	-11,0 %
Stadt Frankfurt (Oder)	-2,1 %	-6,9 %	-9,2 %	-12,3 %
Stadt Potsdam	0,6 %	4,7 %	7,7 %	9,7 %
Landkreis Barnim	0,9 %	1,9 %	1,1 %	-0,9 %
Landkreis Dahme-Spreewald	0,2 %	-0,2 %	-1,8 %	-4,4 %
Landkreis Elbe-Elster	-1,2 %	-4,9 %	-8,4 %	-12,5 %
Landkreis Havelland	0,4 %	2,1 %	3,2 %	3,6 %
Landkreis Märkisch-Oderland	0,1 %	-0,1 %	-1,1 %	-3,2 %
Landkreis Oberhavel	0,7 %	2,1 %	1,5 %	0,1 %
Landkreis Oberspreewald-Lausitz	-1,5 %	-6,2 %	-9,9 %	-14,2 %
Landkreis Oder-Spree	-0,5 %	-2,9 %	-5,2 %	-8,7 %
Landkreis Ostprignitz-Ruppin	-0,9 %	-4,3 %	-7,4 %	-11,5 %
Landkreis Potsdam-Mittelmark	0,5 %	1,4 %	1,1 %	-0,1 %
Landkreis Prignitz	-1,4 %	-6,6 %	-10,6 %	-15,1 %
Landkreis Spree-Neiße	-1,3 %	-5,9 %	-9,6 %	-14,1 %
Landkreis Teltow-Fläming	0,0 %	-0,4 %	-1,7 %	-3,8 %
Landkreis Uckermark	-1,3 %	-6,7 %	-10,0 %	-14,2 %
Engerer Verflechtungsraum	1,0 %	3,7 %	5,0 %	5,2 %
Äußerer Entwicklungsraum	-1,1 %	-5,0 %	-8,4 %	-12,6 %
Brandenburg insgesamt	-0,3 %	-1,6 %	-3,2 %	-5,7 %

Quelle: eigene Berechnungen nach Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006c)

⁶ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005d).

Es werden allerdings sehr unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Regionen erwartet: Der engere Verflechtungsraum wird bis zum Jahre 2020 insgesamt um 5,2 % wachsen, was sich im Wesentlichen darauf zurückführen lässt, dass Zuwanderungen insbesondere aus Berlin erwartet werden. Im Unterschied dazu wird die Bevölkerung im äußeren Entwicklungsraum bis zum Jahre 2020 um 12,6 % deutlich abnehmen.

Die Anzahl der über 65-Jährigen und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird im engeren Verflechtungsraum deutlich stärker zunehmen als im äußeren Entwicklungsraum (Tabelle 5).

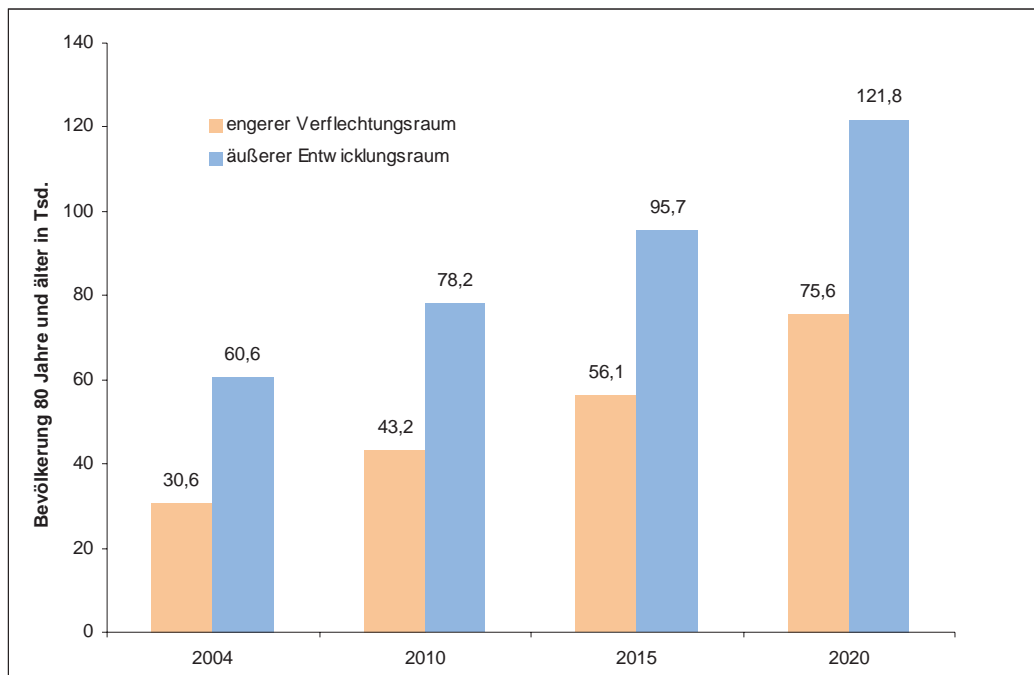
Tabelle 5: Anzahl und Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung je Region 2004-2020

		2004	2010	2015	2020	2004-2020
Anzahl	äußerer Entwicklungsraum	315.745	351.252	352.712	383.269	21,4 %
	engerer Verflechtungsraum	167.426	209.369	223.264	251.320	50,1 %
	Brandenburg	483.171	560.622	575.976	634.589	31,3 %
Anteil an Gesamtbevölkerung	äußerer Entwicklungsraum	20,0 %	23,5 %	24,4 %	27,8 %	38,8 %
	engerer Verflechtungsraum	16,9 %	20,3 %	21,4 %	24,1 %	42,7 %
	Brandenburg	18,8 %	22,2 %	23,2 %	26,2 %	39,3 %
Gesamtbevölkerung	äußerer Entwicklungsraum	1.575.504	1.496.672	1.443.700	1.377.683	-12,6 %
	engerer Verflechtungsraum	992.200	1.029.150	1.041.678	1.043.886	5,2 %
	Brandenburg	2.567.704	2.525.823	2.485.378	2.421.569	-5,7 %

Quelle: eigene Berechnungen nach Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006c)

Die Anzahl der 80-Jährigen und Älteren wird bis 2020 im äußeren Entwicklungsraum um 101 % auf 121.800, im engeren Verflechtungsraum jedoch deutlich stärker um 147 % auf 75.600 zunehmen (Abbildung 4).

Abbildung 4: Anzahl der Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, 2004-2020



Quelle: eigene Berechnungen nach Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006c)

2 Krankenhauswirtschaft

2.1 Allgemeine Entwicklung

Die bundesweite Krankenhauslandschaft befindet sich seit einiger Zeit in einem tief greifenden Reformprozess. Die Einführung der Fallkostenpauschalen (DRG: Diagnosis Related Groups), der zunehmende Rückzug der öffentlichen Hand von den Investitionsvorhaben und die Möglichkeit der Teilnahme an neuen Versorgungsmodellen sind einige Beispiele für die neuen Bedingungen, an denen sich die Krankenhäuser anpassen müssen. Die wirtschaftliche Situation der öffentlichen Kassen machen eine Konsolidierung der Haushalte aller im Gesundheitswesen tätigen Institutionen notwendig. Somit werden auch die Krankenhäuser angehalten, zunehmend betriebswirtschaftliche Aspekte bei ihrer Leistungserbringung zu beachten und erwerbswirtschaftliche Steuerungsformen zu implementieren⁷.

In Folge dessen ist in den letzten Jahren bundesweit ein Rückgang der Krankenhäuser von 2.411 im Jahr 1991 auf 2.166 im Jahr 2004 zu beobachten (-10,2 %). Ebenso nahm die Zahl der aufgestellten Betten je 1.000 Einwohner ab und verringerte sich von 8,3 im Jahr 1991 auf 6,4 im Jahr 2004 (-22,6 %, vgl. Abbildung 5)⁸.

Die Mehrheit der Krankenhäuser gehört zu den freigemeinnützigen Einrichtungen (38 %). Allerdings ist seit Anfang der 90er Jahre ein deutlicher Privatisierungstrend zu beobachten (Abbildung 6)⁹.

Nach einem stetigen Anstieg der einwohnerbezogenen Krankenhausfallzahlen (1991-2002 +16 %)¹⁰ sind diese seit 2002 rückläufig: Im Zeitraum von 2002 zu 2003 war ein Rückgang um 0,8 % und von 2003 auf 2004 sogar um 2,8 % auf 20.365 Fälle je 100.000 Einwohner zu beobachten¹¹.

⁷ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005b).

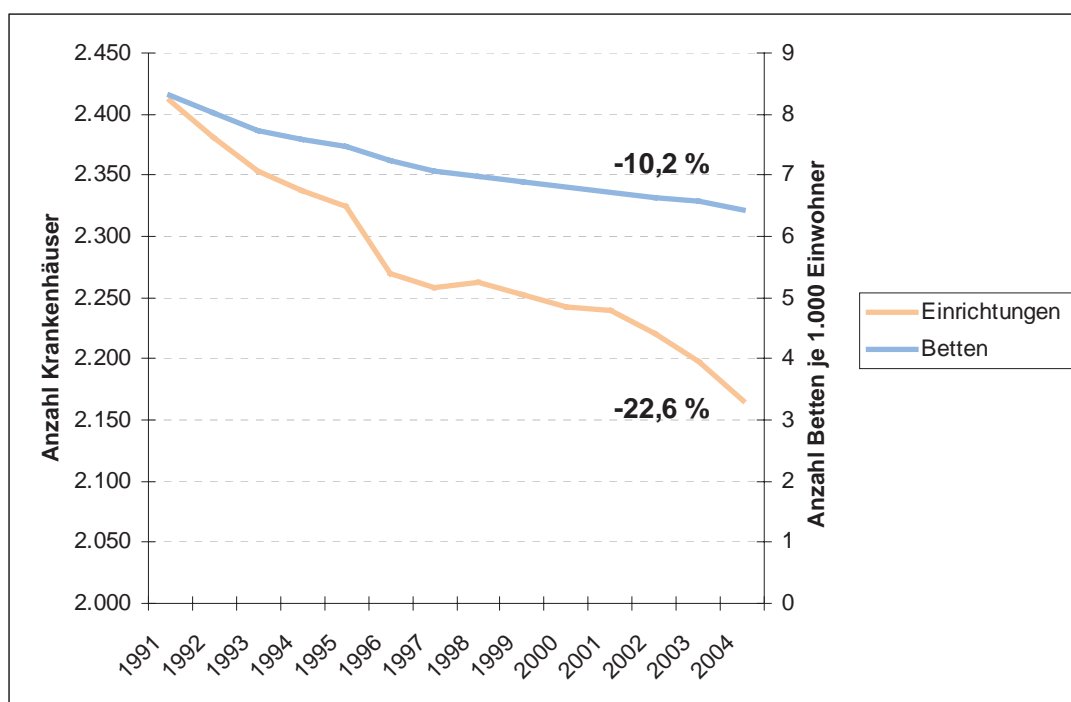
⁸ Statistisches Bundesamt: (2006c).

⁹ Statistisches Bundesamt: (2006c).

¹⁰ Statistisches Bundesamt: (2006c).

¹¹ Statistisches Bundesamt: (2006c).

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern und Krankenhausbetten 1991-2004



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006c)

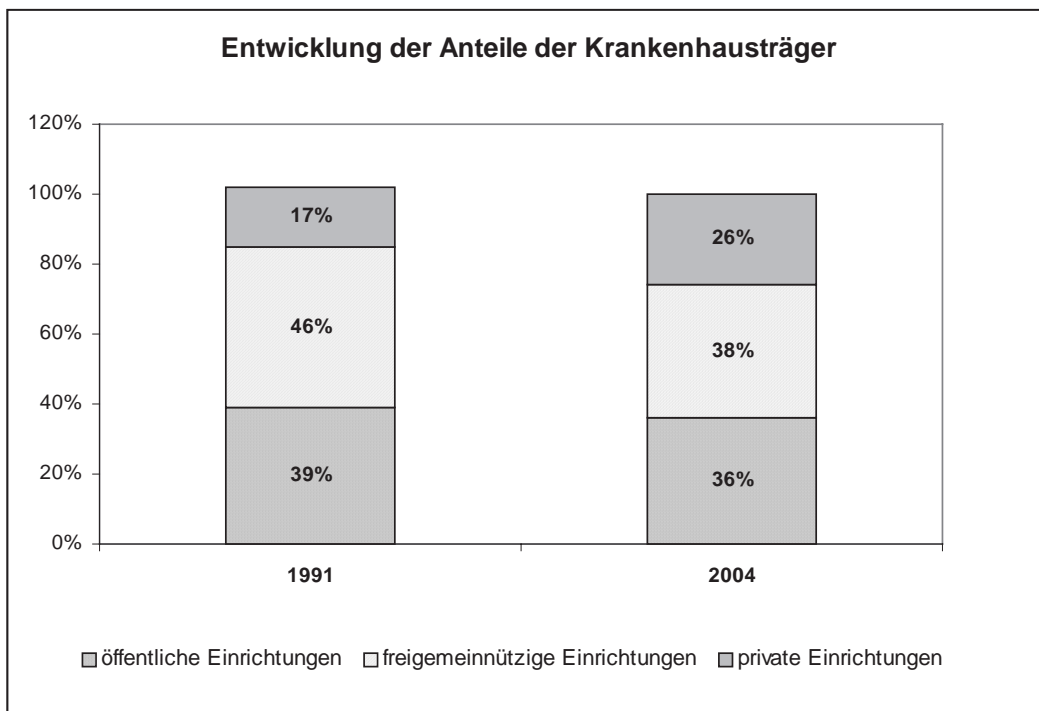
Die bundesweite durchschnittliche Verweildauer hat sich beträchtlich von 14,0 Tagen im Jahr 1991 auf 8,7 Tage im Jahr 2004 reduziert und die Bettenauslastung ist von 84,1 % auf 75,5 % gesunken.

Insgesamt waren in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2004 805.988 Vollkräfte beschäftigt (9,8 Vollkräfte je 1.000 Einwohner, 1,52 Vollkräfte je Bett, 20,8 Fälle je Vollkraft).

Von 1996 bis 2004 ist die Anzahl der Vollkräfte im Krankenhaus um 8 % zurückgegangen.¹² Diese ist ausschließlich durch den Abbau der Anzahl nicht-ärztlichen Personals bedingt (-11 %), während sich die Anzahl des ärztlichen Personals um ca. 13 % erhöhte (Abbildung 7).

¹² Statistisches Bundesamt: (2006c).

Abbildung 6: Träger der Krankenhäuser in Deutschland nach Rechtsform 1991 und 2004



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006c)

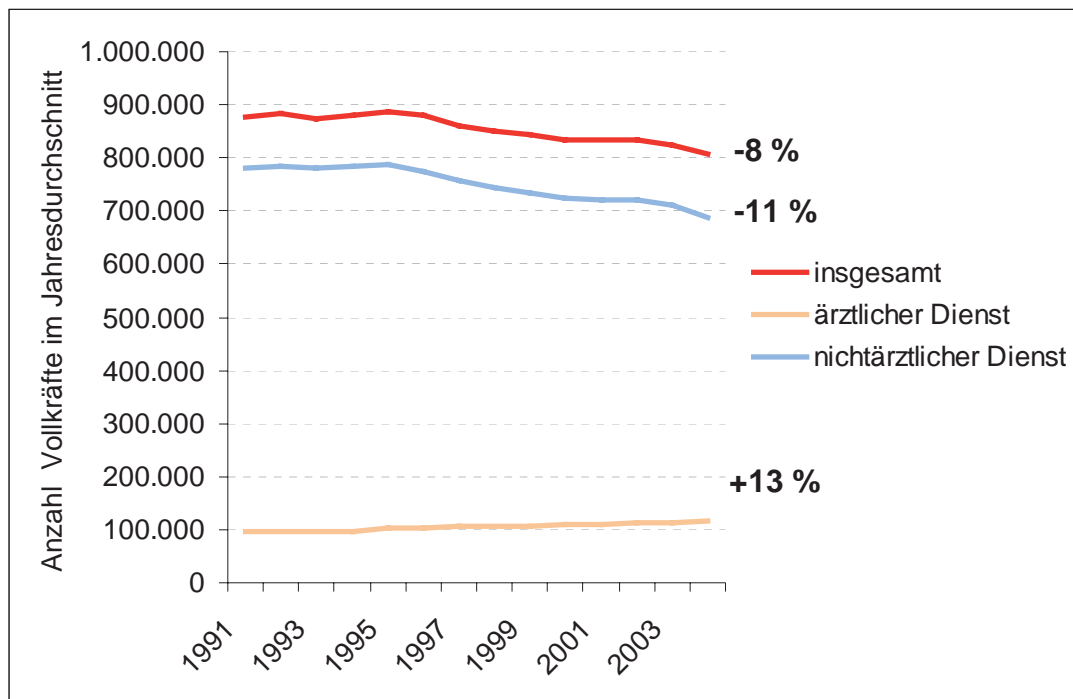
Was die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser betrifft, so erzielte 2004 ungefähr die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser einen Jahresüberschuss, ein Drittel wies Verluste aus und ca. 10 % konnten ein ausgeglichenes Ergebnis erreichen.¹³

Rückläufig waren in den letzten Jahren auch die Investitionen der Krankenhäuser. So ging der Anteil der Investitionen an den Anschaffungswerten von 15,3 % im Jahr 2002 auf 11,3 % im Jahr 2005 zurück.¹⁴ Ein Großteil der Investitionsmittel für immaterielle Vermögensstände und Sachanlagen stammt aus den Fördermitteln nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, während die Kreditfinanzierung nur 3,6 % ausmacht (Abbildung 8).

¹³ Deutsches Krankenhausinstitut (2005).

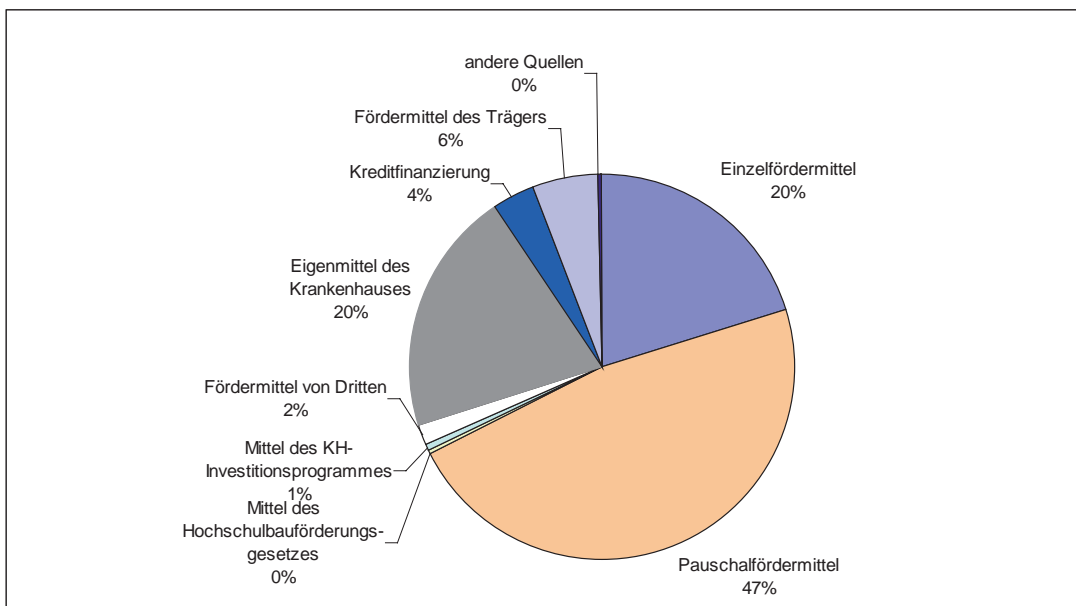
¹⁴ Deutsches Krankenhausinstitut (2005).

Abbildung 7: Anzahl Vollkräfte in deutschen Krankenhäusern 1991-2004



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006c)

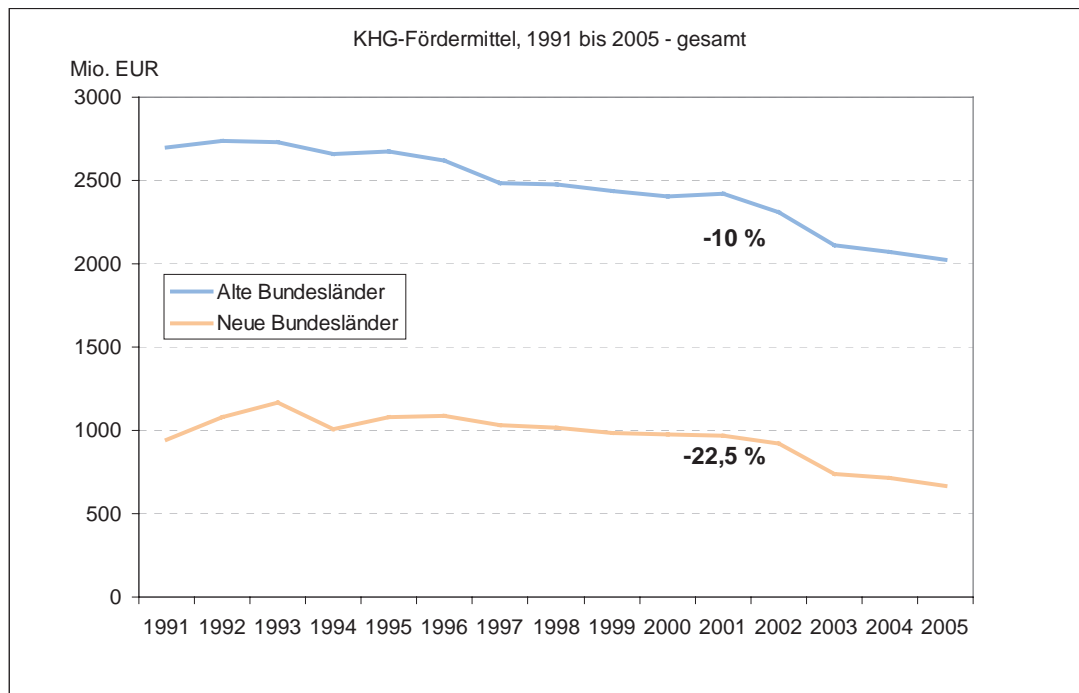
Abbildung 8: Investitionskostenfinanzierung deutscher Krankenhäuser nach Förderquellen 2005



Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut (2005)

Im Zeitraum zwischen 1991 und 2005 wurden bundesweit durchschnittlich 103.948 € je Planbett zur Verfügung gestellt; allerdings gingen die KHG-Fördermittel in den letzten Jahren deutlich zurück.

Abbildung 9: KHG-Fördermittel 1991-2005



Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut (2005)

Anhand der auf älteren Daten basierenden Annahmen des KHG zu den erforderlichen Mitteln pro Planbett und der Nicht-Berücksichtigung von Mengenausweitungen, Qualitätssteigerungen, technischen Fortschritt und Preissteigerungen erreicht die Pauschalförderung durchschnittlich 55-60 % des gesetzlichen Anspruchsniveaus. Seit 1994 sind die Pauschalmittel bundesweit von 1,3 auf 1,1 Mrd. € bzw. um 13 % gesunken¹⁵. In vielen Krankenhäusern ist damit nicht nur der Anschluss an den medizinischen Fortschritt gefährdet; auch die Betriebssicherheit vieler Krankenhäuser wird zunehmend bedroht.

Entwicklung

Bis 2010 wird generell mit einer Schließung von rund 10 % der Krankenhäuser gerechnet. Davon werden insbesondere öffentlich-rechtliche Krankenhäuser betroffen sein.¹⁶ Bessere ‚Überlebenschancen‘ werden privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern sowie Häusern in den neuen Bundes-

¹⁵ Bruckenberger (2002).

¹⁶ Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2006).

ländern und Kliniken im ländlichen Raum eingeräumt¹⁷. Die Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie ab 2007 wird insbesondere die kommunalen Krankenhäuser weiter unter Druck setzen.

Die Einführung der DRGs wird den Trend zur Verkürzung der Verweildauer weiter vorantreiben. Verbunden mit der (auch) vom Gesetzgeber angestrebten Verlagerung der Fälle vom stationären in den ambulanten Bereich, wird die Auslastung der Krankenhäuser weiter abnehmen und so einen Bettenabbau und Reorganisation der vorhandenen Ressourcen notwendig machen. Krankenhäuser werden verstärkt betriebswirtschaftliche Unternehmensziele verfolgen, nicht nur um die Effizienz zu steigern und wettbewerbsfähig zu bleiben, sondern auch um, vor dem Hintergrund sinkender öffentlicher Investitionsmittel, das Unternehmen für weitere Investoren attraktiv zu gestalten. Dazu gehört z. B. die Erzielung und effiziente Verwaltung von Überschüssen. Trotzdem wird es nicht jedem Krankenhaus gelingen, den neuen Anforderungen gerecht zu werden. Vor allem Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, aber auch freigemeinnützige, werden erhebliche Anstrengungen unternehmen und bestehende Strategien überarbeiten müssen. Der Trend zur Privatisierung wird sich fortsetzen und der Staat wird sich dem entsprechend weiter zurückziehen und sich verstärkt auf die Regulierung von Rahmenbedingungen und die Versorgung von „weißen Flecken“ konzentrieren.

2.2 Situation in Brandenburg

Im Jahr 2004 gibt es in Brandenburg 47 Krankenhäuser (vgl. Abbildung 10). Ihre Zahl ist seit 1989 um 35 % zurückgegangen. Aufgrund eines Abkommens mit Berlin besitzt Brandenburg als einziges Land neben Bremen keine Hochschulklinik¹⁸.

Im Gegensatz zum Bundesdurchschnitt gehört die Mehrzahl der Krankenhäuser (47 %) zum öffentlichen Sektor. Immerhin 38 % der Häuser befinden sich in freigemeinnütziger, 15 % in privater Trägerschaft¹⁹. Allerdings sind auch in Brandenburg verstärkte Privatisierungstendenzen ersichtlicher.

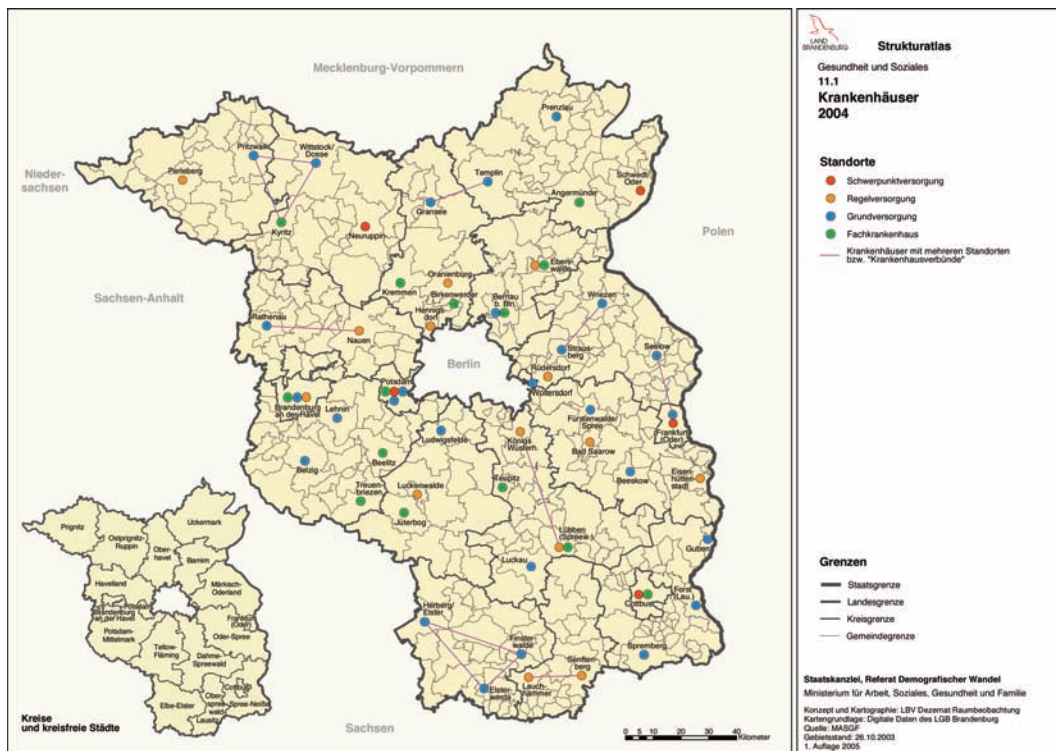
¹⁷ Dem liegt die Annahme zugrunde, dass Kliniken, die bisher einen niedrigen Basisfallwert (niedriger als der Landesbasisfallwert LBFW) aufweisen, aufgrund der vorgeschriebenen Konvergenz der Basisfallwerte (BFW) bis 2009 die Möglichkeit haben, ihre Erlöse zu steigern. Es bietet sich ihnen also die Gelegenheit, Rücklagen zu bilden, ihre Finanzen neu einzuplanen und ihre Bonität zu verbessern. Auf diesem Weg werden sie auch für private Investoren interessant, die wiederum dazu beitragen können, die Infrastruktur auszubauen bzw. zu verbessern.

¹⁸ Statistisches Bundesamt (2006c).

¹⁹ Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik (2005a).

Die Zahl der Betten sank seit 2000 um 4,6 % auf 15.534 Betten im Jahr 2004. Bei den Fallzahlen ist seit 2000 ein Anstieg um 5,3 % auf 508.267 Fälle zu verzeichnen, gegenüber 2003 sank die Fallzahl 2004 allerdings um 2,1 % und damit deutlicher als im Bundesdurchschnitt. Durch den starken Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer (-12,8 %) ist auch der durchschnittliche Auslastungsgrad der Krankenhäuser zurückgegangen (Tabelle 6).

Abbildung 10: Krankenhausstandorte in Brandenburg 2004



Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Strukturatlas

Bei der durchschnittlichen Verweildauer liegt Brandenburg leicht über dem bundesweiten Durchschnitt (8,8 vs. 8,7 Tage).²⁰ Der Auslastungsgrad lag im Jahr 2004 mit 79,1 % deutlich höher als der bundesweite Durchschnitt von 75,5 %²¹, allerdings auch deutlich unterhalb der Zielvorgabe des Kranken-

²⁰ Statistisches Bundesamt (2006c). In der Landesstatistik Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005a) findet man den Wert von 8,9 Tagen.

²¹ Statistisches Bundesamt (2006c).

hausplanes von 85 %²². Die Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Ew. lag 2004 mit 197,8 Fällen leicht unterhalb des Bundesdurchschnitts (203,7).²³

Tabelle 6: Grunddaten zu den Brandenburger Krankenhäusern 2000-2004

	Betten	Betten je 1000 Ew.	stationär behandelte Patienten ¹	Fälle je 1.000 Ew.	Nutzungs- grad	Verweil- dauer
2000	16.288	6,3	482.720	185,6	82,5	10,2
2001	16.134	6,2	492.510	189,7	82,2	9,8
2002	16.058	6,2	515.929	199,5	82,2	9,3
2003	15.664	6,1	519.341	201,6	82	9,9
2004	15.534	6,1	508.267	197,8	79,1	8,9
2000-2004	-4,6 %	-3,2 %	5,3 %	6,6 %	-4,1 %	-12,7 %

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005a)

Anmerkung: 1: seit 2002 mit Stundenfällen

Die meisten Betten je 1.000 Einwohner gibt es in den vier kreisfreien Städten und im Landkreis Ostprignitz-Ruppin (Abbildung 11).

Die Krankenhäuser sind mit 23.651 Beschäftigten (21.212 Vollkräften)²⁴ im Jahr 2004 einer der wichtigsten Arbeitgeber in Brandenburg, auch wenn im Vergleich zu 2004 ein Beschäftigungsrückgang zu verzeichnen war. Bezogen auf die Bevölkerung waren in Brandenburg mit 8,3 Vollbeschäftigten je 1.000 Einwohner deutlich weniger Menschen in den Krankenhäusern beschäftigt als in Deutschland insgesamt (9,8 Beschäftigte je 1.000 Einwohner). In Brandenburg kommen auch bezogen auf die Anzahl der aufgestellten Betten mit 1,37 Vollkräften weniger Beschäftigte als im deutschen Durchschnitt (1,52). Dafür haben Vollkräfte in Brandenburg mit 24 Fällen mehr Fälle zu versorgen als in Deutschland insgesamt (20,8 Fälle je Vollkraft).²⁵

Insgesamt wurden im Jahr 2004 71.506 Brandenburger Patienten (13 % aller Brandenburger Patienten) in Berliner Krankenhäusern behandelt. Betrachtet man die Diagnosen dieser in Berlin behandelten Patienten, so zeigt sich, dass vor allem bei sehr speziellen, quantitativ unbedeutenden Diagnosen häufig ein erheblicher Anteil der Brandenburger Patienten in Berlin behandelt

²² Zweiter Krankenhausplan des Landes Brandenburg – Erste Fortschreibung

²³ Statistisches Bundesamt (2006c).

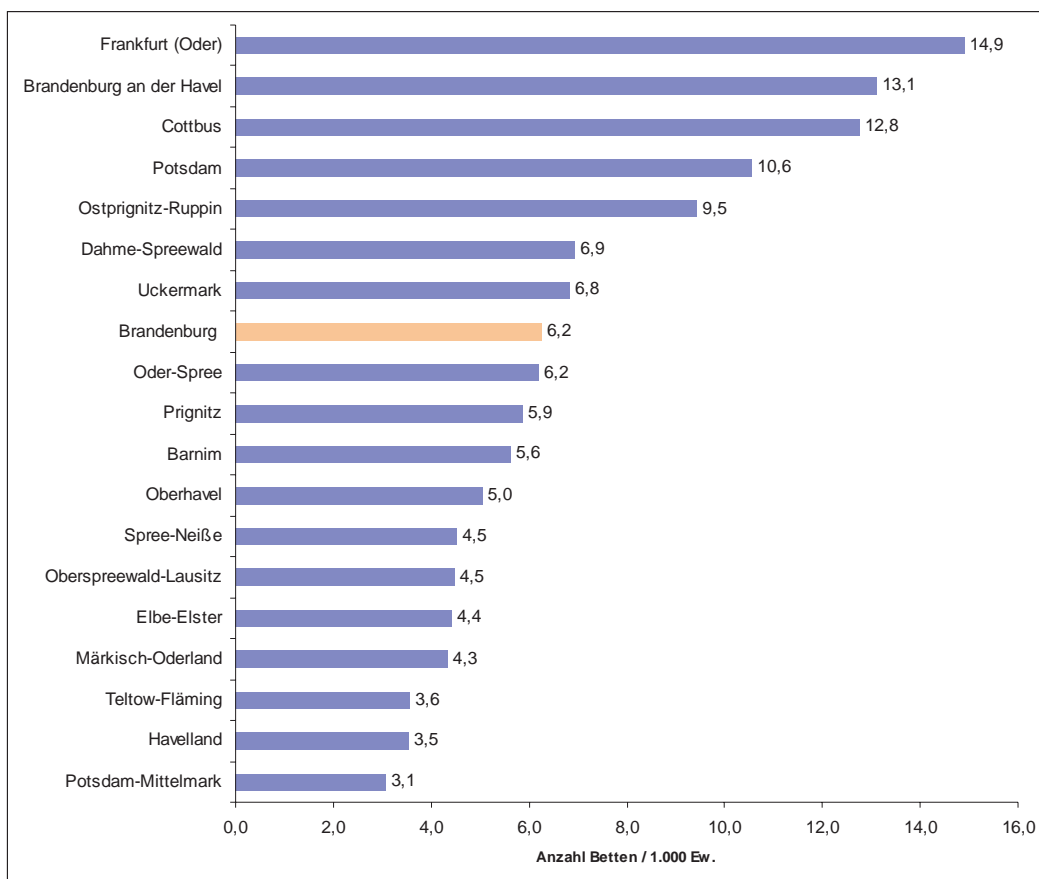
²⁴ Inkl. der Schüler/-innen und Auszubildenden sind es 25.809 Beschäftigte.

²⁵ Statistisches Bundesamt (2006c), Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005a), eigene Berechnungen.

wurde: So machte die Diagnosegruppe Q00-Q99 (Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien) nur rund 1 % aller Fälle aus, davon wurde allerdings nahezu die Hälfte (46 %) in Berlin behandelt (Tabelle 7).

Daneben gibt es aber auch quantitativ bedeutsame Diagnosegruppen, von denen ein erheblicher Teil der Brandenburger Patienten in Berlin behandelt wird. So machen die Fälle in der Diagnosegruppe C00-D48 (Neubildungen) rund 13 % aller Fälle aus; davon werden 19 % in Berlin behandelt. Auch Erkrankungen des Kreislaufsystems (I00-I99), Krankheiten des Verdauungssystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen kommen häufig vor und werden zu einem erheblichen Anteil in Berlin behandelt.

Abbildung 11: Anzahl Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner nach Verwaltungsbezirken 2004



Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005c); eigene Berechnungen.

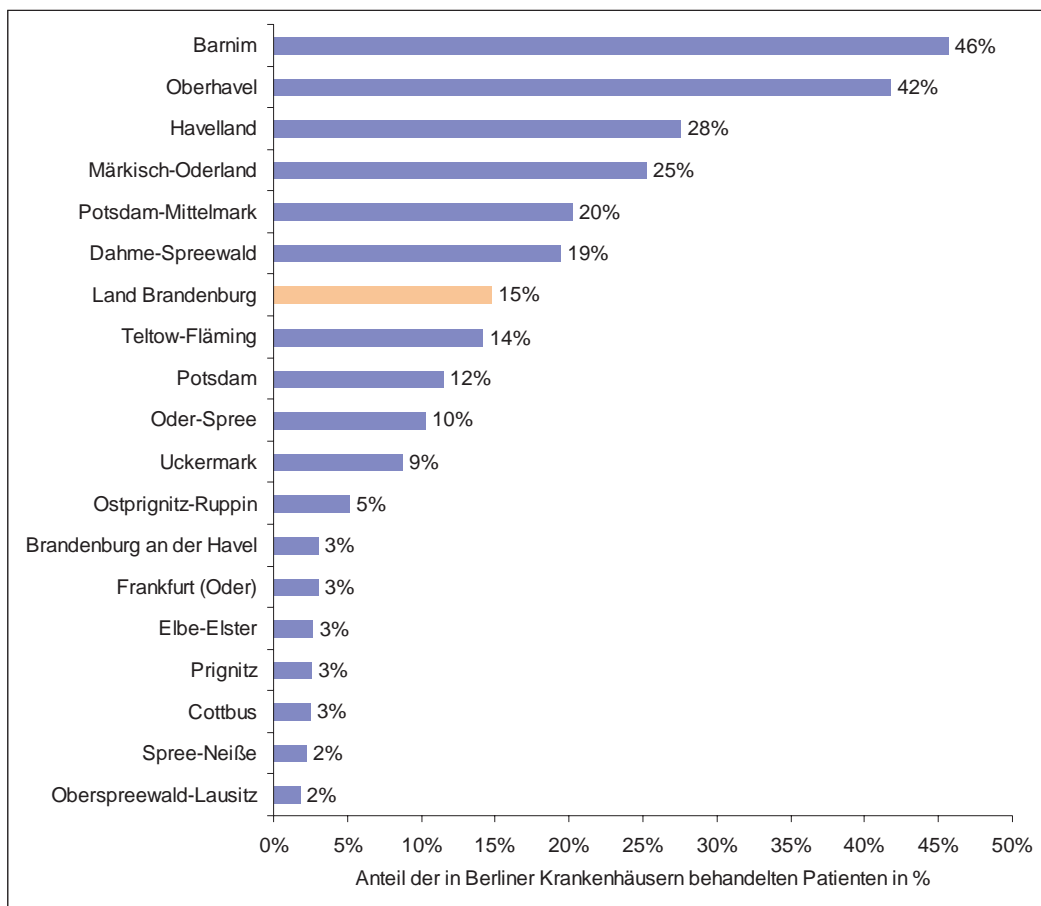
Tabelle 7: Aus Brandenburger und Berliner Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten (einschließlich Sterbefälle und Stundenfälle) 2004 nach Diagnoseklassen

Pos.-Nr. der ICD	Diagnosekapitel	In Brandenburger Krankenhäusern behandelte Patienten	In Berliner Krankenhäusern behandelte Brandenburger Patienten	Summe	Anteil an Diagnosen gesamt	Anteil extern
A00-B99	Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	10720	1117	11837	2 %	9 %
C00-D48	Neubildungen	58588	14192	72780	13 %	19 %
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	3557	550	4107	1 %	13 %
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	15401	1669	17070	3 %	10 %
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	29658	1893	31551	6 %	6 %
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	20531	3025	23556	4 %	13 %
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	6607	2582	9189	2 %	28 %
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	4549	623	5172	1 %	12 %
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	83074	9517	92591	17 %	10 %
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	28761	3224	31985	6 %	10 %
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	49431	6319	55750	10 %	11 %
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	6100	867	6967	1 %	12 %
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems u. Bindegewebes	39165	6937	46102	8 %	15 %
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	28962	3557	32519	6 %	11 %
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	22828	3555	26383	5 %	13 %
P00-P96	Bestimmte Zustände, mit Ursprung in der Perinatalperiode	3682	871	4553	1 %	19 %
Q00-Q99	Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	1838	1572	3410	1 %	46 %
R00-R99	Symptome u. abnorme klinische u. Laborbefunde, a. n. k.	12570	1249	13819	2 %	9 %
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen	48540	7243	55783	10 %	13 %
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	12869	927	13796	2 %	7 %
	ohne Angabe der Diagnose	18	17	35	0 %	49 %
	Summe	487.449	71.506	558.955	100 %	13 %

Quelle: Statistisches Landesamt Berlin (2006) und Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005b). Aufgrund anderer Abgrenzungskriterien sind die Zahlen der Diagnosestatistik und der allgemeinen Krankenhausstatistik nicht immer vergleichbar.

Nahezu die Hälfte aller Krankenhauspatienten aus dem Landkreis Barnim wurde in Berliner Krankenhäusern behandelt (Abbildung 12).

Abbildung 12: Anteil der Brandenburger Patienten, die in Berlin behandelt wurden, an allen Brandenburger Patienten, nach Wohnkreisen 2004



Quelle: Statistisches Landesamt Berlin (2006), Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005b), eigene Berechnungen

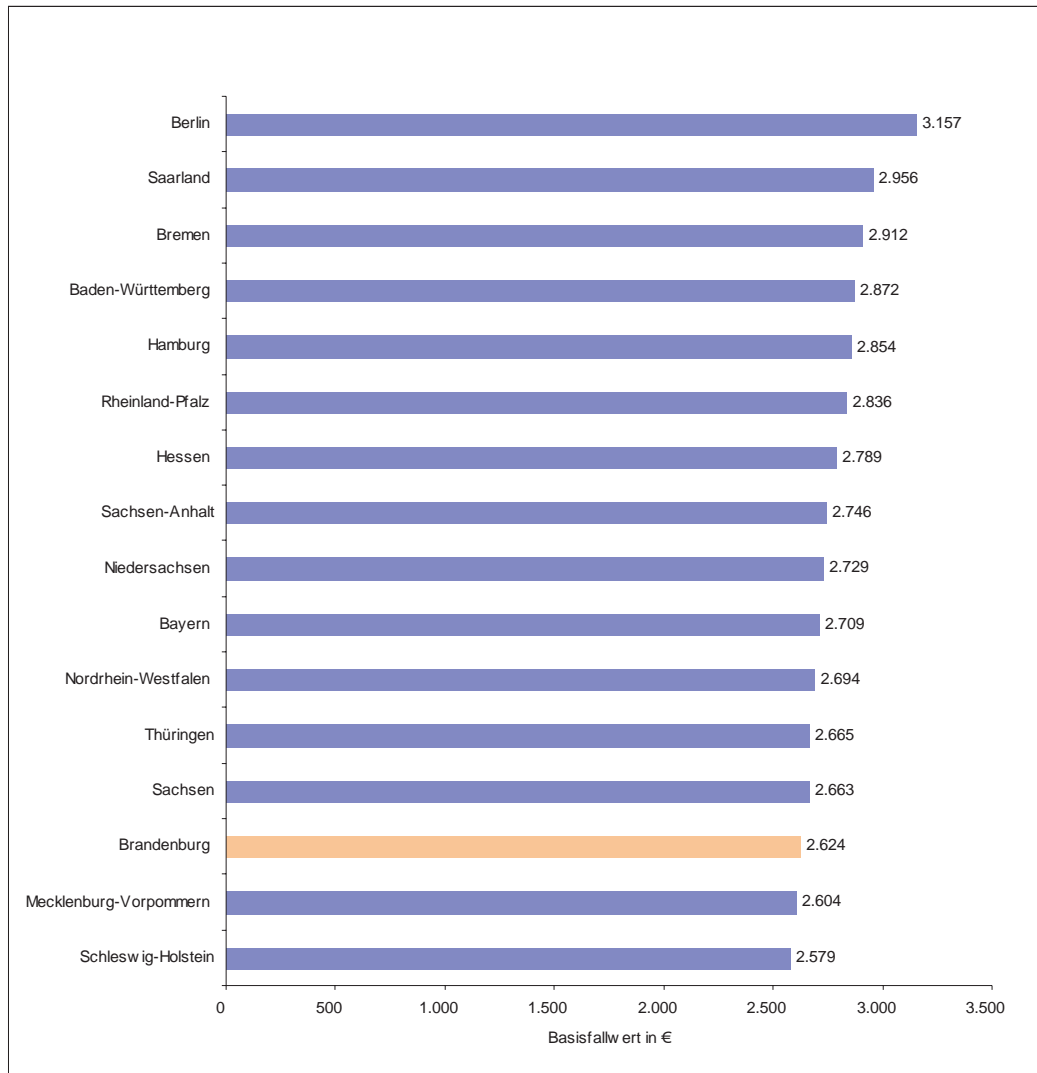
Patienten aus den kreisfreien Städten (Ausnahme: Potsdam) und den berlinfernen Kreisen (z. B. Spree-Neiße, Elbe-Elster, Prignitz, Oberspreewald-Lausitz) wurden dagegen kaum in Berlin behandelt.

Brandenburger Krankenhäuser weisen mit durchschnittlich 2.984 € bundesweit nach Mecklenburg-Vorpommern die niedrigsten Fallkosten auf. Betrachtet man nur die Plankrankenhäuser, so liegen die durchschnittlichen Fallkosten mit 2.927 € noch immer unter dem Bundesdurchschnitt (3.072 €).²⁶ Die Basisfallwerte sind niedriger als in den meisten Bundeslän-

²⁶ Statistisches Bundesamt (2006b).

dem. Im Jahr 2004 lag der durchschnittliche Basisfallwert in Brandenburg bei 2.624 € (Abbildung 13).

Abbildung 13: Basisfallwerte nach Bundesländern 2004



Quelle: Klauber et al. (2005: 328)

Die Entwicklung der 'maximalen' Erlöse der Brandenburger Krankenhäuser in den letzten zehn Jahren zeigt eine steigende Tendenz bei einem Wert von 1,497 Mrd. € in 2004.²⁷ Ca. 30 Prozent der vereinbarten Erlöse²⁸ entfallen

²⁷ Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. (2005).

²⁸ Als Grundlage dienen hier die Vereinbarungen für den Zeitraum 01.01.2004 bis 31.12.2004.

auf die Brandenburger Krankenhäuser im Berliner Umland und ca. 70 Prozent auf die Brandenburger Krankenhäuser im berlinfernen Gebiet.²⁹

Die Sachkosten in Höhe von rund 572 Mio. € machen rund ein Drittel der Gesamtkosten der Krankenhäuser aus³⁰; sie verdeutlichen zugleich, welche wirtschaftliche Bedeutung die Brandenburger Krankenhäuser für die lokale und regionale Wirtschaft haben können.

Entwicklung

Unter ausschließlicher³¹ Berücksichtigung des demographischen Wandels wird der Bedarf an stationären Leistungen bis zum Jahr 2020 deutlich zunehmen: um 29,8 % gegenüber dem Jahr 2004 im engeren Verflechtungsraum und um 8,6 % im äußeren Entwicklungsraum. In Brandenburg insgesamt ist mit einer Zunahme des Bedarfs um 16,5 % zu rechnen (Tabelle 8). Diese geringere Steigerung des Leistungsbedarfs im äußeren Entwicklungsraum ergibt sich dadurch, dass sich zwar die Einwohnerzahl verringert, dass aber die im Jahr 2020 verbliebene Bevölkerung einen erkennbar höheren Anteil älterer und damit behandlungsbedürftiger Menschen aufweist. Eine Prognose auf Basis der Fallzahlen der Brandenburger Krankenhäuser³² führt zu vergleichbaren Ergebnissen: Demnach erhöht sich die Nachfrage nach vollstationärer Behandlung aus der Bevölkerung im Berliner Umland bis zum Jahr 2020 um ca. 31 Prozent. Die Nachfrage aus der Bevölkerung im

²⁹ MASGF Brandenburg, Abteilung 4, Ref. 47; eigene Berechnungen. Zur voraussichtlichen Entwicklung der Erlösanteile der Krankenhäuser in beiden Regionen kann keine Aussage getroffen werden, da die Informationen zu den fallbezogenen Erlösen nicht vollständig vorlagen und insofern keine Standardisierung und Abschätzung auf Basis demographischer Merkmale möglich war.

³⁰ Statistisches Bundesamt (2006b).

³¹ Andere Faktoren wie etwa Fallverlagerungen in den ambulanten Sektor, der medizinisch-technische Fortschritt oder eine Veränderung der Finanzierungsgrundlagen können hier und in allen weiteren Prognosen nicht berücksichtigt werden.

³² Die für Aussagen zur Fallzahlentwicklung zur Verfügung stehenden Datengrundlagen beschränken sich auf die Nachfrage der Bevölkerung des Bundeslandes Brandenburg nach vollstationärer Krankenhausbehandlung in den Krankenhäusern des Bundeslandes Brandenburg. Insofern können Patientenwanderungen über die Landesgrenzen hinweg (insbesondere die Behandlung von Einwohnern des Landes Brandenburg in Berliner Krankenhäusern) nicht berücksichtigt werden. Gleiches gilt für Patientenwanderungen zwischen dem engeren Verflechtungsraum und dem äußeren Entwicklungsraum, da keine sichere Zuordnung der im Jahr 2004 in Krankenhäusern des Landes Brandenburg vollstationär behandelten Fälle nach ihrer Wohnregion vorgenommen werden konnte. Insofern geht der Leistungsexport bzw. -import der einzelnen Regionen nicht in die Berechnungen ein, und es wird vereinfacht unterstellt, dass die im engeren Verflechtungsraum wohnhaften Patienten auch nur in Krankenhäusern dieser Region und die im äußeren Entwicklungsraum wohnhaften Patienten auch nur in Krankenhäusern des äußeren Entwicklungsraumes vollstationär behandelt werden.

berlinfernen Gebiet steigt im selben Zeitraum mit „nur“ ca. 5 Prozent deutlich langsamer an (Tabelle 9). Ein Drittel der Krankenhäuser in Brandenburg rechnet für die nächste Zukunft mit sinkendem Umsatz; ein Viertel rechnet mit konstanten Umsätzen und 52 % gar mit leicht steigenden Umsätzen.³³

Tabelle 8: Veränderung des Leistungsbedarfs für stationäre Leistungen je Region in den einzelnen Jahren im Vergleich zum Jahr 2004

Änderung Leistungsbedarf gegenüber 2004	2004	2005	2010	2015	2020
Engerer Verflechtungsraum		2,6 %	14,0 %	23,0 %	29,8 %
Äußerer Entwicklungsraum		0,7 %	5,0 %	7,9 %	8,6 %
Brandenburg insgesamt		1,4 %	8,4 %	13,5 %	16,5 %

Quelle: Eigene Simulation auf Basis der RSA-Daten (Bundesversicherungsamt, Jahresausgleich 2003) und der Bevölkerungsprognose des Landesbetriebs für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006c)

Bei der Personalentwicklung zeichnet sich allerdings ein markanter Gegensatz zwischen den Erwartungen der Krankenhäuser zur Entwicklung der Nachfrage und zu ihren Vorhaben auf personalpolitischer Ebene ab. Zum einen wird geplant, Fachpersonal bereichsspezifisch durch an- und ungelesenes Personal zu ersetzen.³⁴ Zum anderen erwarten nahezu zwei Drittel aller in der Fachkräftestudie befragten Krankenhäuser in den nächsten beiden Jahren einen Rückgang der Beschäftigtenzahlen: Insgesamt wird mit einem Beschäftigtenrückgang im Zeitraum von 2004 bis 2010 um 11,4 % gerechnet.

Tabelle 9: Veränderung der Nachfrage nach vollstationären Krankenhausleistungen je Region in den einzelnen Jahren im Vergleich zum Jahr 2004

Änderung Nachfrage gegenüber 2004	2004	2005	2010	2015	2020
Engerer Verflechtungsraum		2,6 %	14,3 %	23,9 %	31,1 %
Äußerer Entwicklungsraum		0,2 %	3,1 %	5,5 %	5,3 %
Brandenburg insgesamt		0,9 %	6,3 %	10,8 %	12,7 %

Quelle: Inek-Daten des MASGF, eigene Berechnungen

³³ MASGF (2005b: 70).

³⁴ MASGF (2005b: 72 f).

2.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Landesweit verbreitetes Angebot • Günstige Kostensituation • Teilweise schon Bildung regional abgestimmter und kooperierender Versorgungsstrukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalwirtschaftlich und gesundheitspolitisch notwendige - trägerübergreifende - Kooperationen zwischen Krankenhasträgern oft nicht möglich • Krankenhäuser häufig zu wenig in regionale Wertschöpfungsketten eingebunden • Teilweise unzureichende unternehmerische Ausrichtung • Keine universitäre Spitzenmedizin • Langwierige Entscheidungsprozesse in kommunalen Kliniken / kurzfristiges Haushaltssanierungsdenken • Investitionsstau aufgrund mangelnder Kapitalmarktfähigkeit vieler Einrichtungen und sinkender Fördermittel • in einzelnen Regionen noch keine abgestimmten regionalen Versorgungskonzepte
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Erheblicher Bedarfszuwachs v. a. im engeren Verflechtungsraum • Wettbewerb mit Berlin • Gleichzeitige Möglichkeit eines KH-Arztbesuches am MVZ rechtssicher und unstrittig möglich (VÄndG) • Etablierung und Ausbau von Klinikverbänden • Einsatz von Telematik • Reorganisation oder Privatisierung von Krankenhäusern • Etablierung und Ausbau regionaler Versorgungsstrukturen/ Wertschöpfungsketten • Neue Aufgaben im Bereich der Früh-Rehabilitation in der Akutphase 	<ul style="list-style-type: none"> • Anhaltender Kostendruck • Personalabbau • Wettbewerb mit Berlin • Zunehmende Probleme bei der Investitionsfinanzierung • Zunehmende Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich

3 Rehabilitationseinrichtungen

3.1 Allgemeine Entwicklung

Der Bereich der Rehabilitation ist weit gefasst und umfasst neben der beruflichen und sozialen Rehabilitation die im Rahmen einer gesundheitswirtschaftlichen Expertise relevante medizinische Rehabilitation und die ihr zugehörige Anschlussheilbehandlung.

In Deutschland gab es im Jahre 2004 insgesamt 1.294 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gem. § 107 II SGB V. Im Gegensatz zum Krankenhaussektor sind über die Hälfte aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in privater Trägerschaft.

Seit 1991 gab es einen deutlichen Anstieg bei der Anzahl der Einrichtungen, der Anzahl der aufgestellten Betten und den Fallzahlen; rückläufig hingegen waren die Verweildauer und die Auslastung der Einrichtungen. Seit 2002 hingegen ist nun ein Rückgang sowohl bei der Anzahl der Einrichtungen als auch bei den aufgestellten Betten, der Fallzahl, der Pflergetage, der Verweildauer und damit auch der Bettenauslastung zu verzeichnen (Tabelle 10).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden insbesondere von den Rentenversicherern, den Krankenkassen und in geringerem Maße von anderen Trägern erbracht.

Die Rentenversicherung erbrachte im Jahr 2004 insgesamt 803.159 medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation³⁵; davon 702.122 stationäre Leistungen (87 %).

Die gesetzliche Krankenversicherung erbrachte 2004 insgesamt 656.611 stationäre Rehabilitationsleistungen, davon alleine 532.507 Anschlussrehabilitationen (81 %) sowie 26.235 stationäre Vorsorgeleistungen.³⁶

³⁵ VDR (2005).

³⁶ Bundesministerium für Gesundheit (o. J.).

Tabelle 10: Grunddaten zu Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1991-2004

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen				Patientenbewegung				
Jahr	Anzahl Einrichtun- gen	aufgestellte Bette insgesamt		Fallzahl		Pflege-	Verweil-	Betten-
		Anzahl	je 1.000 Ew.	Anzahl	je 1.000 Ew.	tage In	dauer In Tagen	auslastung In Prozent
1991	1.181	144.172	1,80	1.473.427	18,4	45.729	31,0	86,9
1992	1.209	149.910	1,86	1.574.891	19,5	48.833	31,0	89,0
1993	1.245	155.631	1,92	1.632.218	20,1	50.469	30,9	88,8
1994	1.329	172.675	2,12	1.764.518	21,7	55.069	31,2	87,4
1995	1.373	181.633	2,22	1.895.887	23,2	58.820	31,0	88,7
1996	1.404	189.888	2,32	1.916.531	23,4	57.839	30,2	83,2
1997	1.387	188.869	2,30	1.575.454	19,2	42.972	27,3	62,3
1998	1.395	190.967	2,33	1.746.345	21,3	46.107	26,4	66,1
1999	1.398	189.597	2,31	1.915.334	23,3	49.874	26,0	72,1
2000	1.393	189.822	2,31	2.046.227	24,9	52.852	25,8	76,1
2001	1.388	189.253	2,30	2.096.904	25,5	53.514	25,5	77,5
2002	1.343	184.635	2,24	2.041.272	24,8	52.107	25,5	77,3
2003	1.316	179.789	2,18	1.899.558	23,0	49.204	25,9	75,0
2004	1.294	176.473	2,14	1.889.362	22,9	47.442	25,1	73,5
91-04	10 %	22 %	19 %	28 %	24 %	4 %	-19 %	-15 %
01-04	-7 %	-7 %	-7 %	-10 %	-10 %	-11 %	-2 %	-5 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005d)

Für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen wurden von der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2004 rund 2,4 Mrd. € ausgegeben, davon rund 2 Mrd. € für stationäre Rehabilitationsleistungen (Tabelle 11).

Die Gesetzliche Rentenversicherung brachte im Jahre 2004 etwa 2,887 Mrd. für 803.159 medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation auf.

Bei der Anzahl der Beschäftigten in diesen Einrichtungen gab es nach dem deutlichen Einbruch 1997 einen Anstieg bis 2001; seitdem ist ein Rückgang von rund 6,4 % auf 92.944 Vollbeschäftigte zu verzeichnen (Abbildung 14).

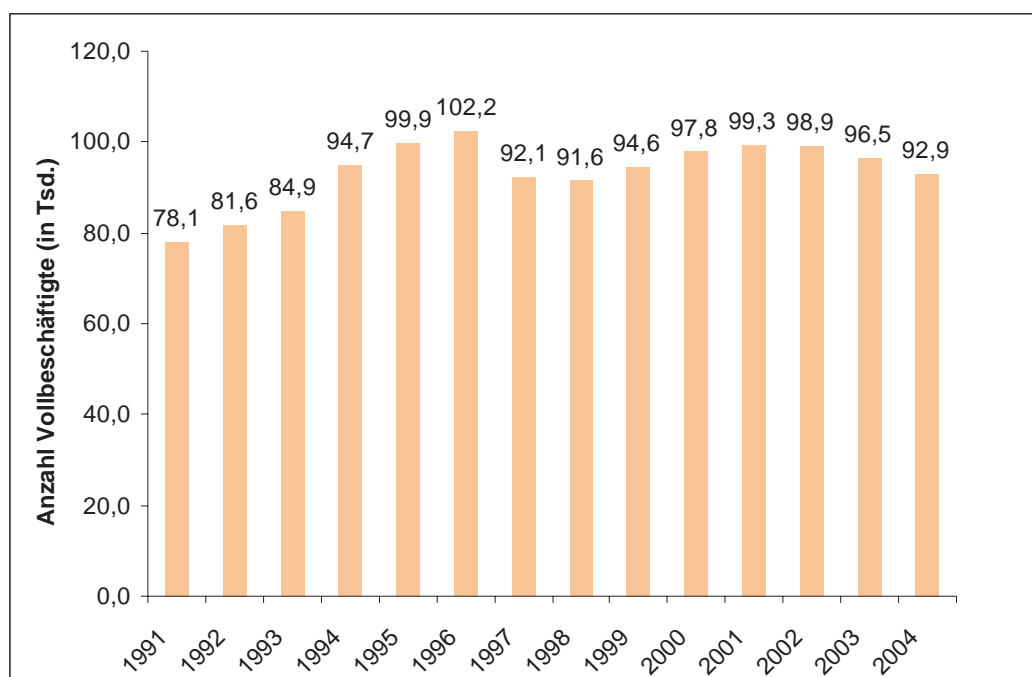
Dies entspricht rund 0,53 Vollkräften je Bett und 1,1 Vollkräften je 1.000 Einwohner.

Tabelle 11: Rehabilitationsleistungen und Ausgaben der GKV im Jahr 2004

	Fallzahlen	Anteil	Ausgaben in 1.000 €	Durchschnittliche Falkkosten in €
Stationäre Rehabilitation (Heilverfahren)	124.104	19 %	378.313	3.048
Anschluss-Rehabilitation	532.507	81 %	1.599.427	3.004
Gesamt	656.611	100 %	1.977.740	3.012

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: (o. J.), eigene Berechnungen

Abbildung 14: Anzahl Vollbeschäftigte in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1991-2004



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005d)

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren für mehr als ein Drittel (36,3 %) aller Fälle der Anlass für eine stationäre Rehabilitation, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems (16,2 %) und Neubildungen (11,2 %).

Entwicklung

Generell wird für Deutschland eine Unterversorgung im Bereich insbesondere der ambulanten und teilstationären Rehabilitation konstatiert, die bedingt durch den demographischen Wandel und die daraus resultierende Zunahme älterer Patienten mit funktionalen Einschränkungen noch wachsen wird. Auch Rehabilitationsleistungen in Pflegeeinrichtungen werden nicht in ausreichendem Maße durchgeführt.³⁷

Wie schon die o. g. Entwicklungen im Rehabilitationsbereich zeigen, stehen die Einrichtungen gegenwärtig dennoch unter Druck: Zum einen hat sich mit der Einbeziehung der Frührehabilitation in die Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) die Diskussion um die Grenzziehung zwischen der Krankenhausbehandlung und der medizinischen Rehabilitation weiter verschärft: 2004 wurden im DRG-Katalog gesonderte DRGs für die Frührehabilitation geschaffen, die es den Krankenhäusern erlaubten, frührehabilitative Leistungen auch abzurechnen und auch rehabilitationsbedürftige Patienten damit häufig fallabschließend zu behandeln.

Zum anderen gibt es zwar weiterhin Patientengruppen, für die eine möglichst umfassende Herausnahme aus dem Alltagsleben in eine möglichst wohnortferne stationäre Rehabilitationseinrichtung oder die Behandlung mit kurortgebundenen Heilmitteln notwendig ist. Für einen großen Teil insbesondere der Anschlussheilbehandlungs-Patienten ist es jedoch vorteilhaft, eine möglichst wohnortnahe, ggf. sogar teilstationäre oder ambulante, Rehabilitation durchzuführen.

Schließlich führt die Einführung der DRGs im Krankenhausbereich dazu, dass die Krankenhauspatienten früher entlassen werden und damit auch früher in die Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen werden müssen, ohne dass in jedem Falle schon die Akutbehandlungsbedürftigkeit abgeschlossen und eine volle Rehabilitationsfähigkeit hergestellt worden wäre. Rehabilitationseinrichtungen müssen daher mehr und mehr auch akutmedizinische Aufgaben übernehmen.

Verbunden mit der Tatsache, dass Anschlussheilbehandlungen gegenüber den Heilverfahren mehr und mehr an Bedeutung gewonnen haben und weiter gewinnen werden, sind dies strukturelle Veränderungen hin zu einer Integration von Akut- und Rehabilitationsmedizin, auf die sich die Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland einstellen müssen.

³⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005: 72).

3.2 Situation in Brandenburg

In Brandenburg gab es im Jahr 2004 28 über das Land verteilte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gem. § 107 II SGB V mit 5.582 aufgestellten Betten und 3.868 Beschäftigten (entsprechend 3.430 Vollzeitbeschäftigten; vgl. Tabelle 12). Diese Einrichtungen liegen grundsätzlich isoliert und nicht in unmittelbarer räumlicher Nähe zu Krankenhäusern.

Tabelle 12: Grunddaten der Rehabilitationseinrichtungen in Brandenburg 2002-2004

Merkmal	2002	2003	2004
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	28	28	28
Aufgestellte Betten im Jahresdurchschnitt	5.711	5.625	5.582
Personal gesamt	3.807	3.841	3.868
Ärzte in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	349	353	353
Nichtärztliches Personal in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	3.458	3.488	3.515
Behandelte Patienten	63.261	60.149	58.845
Verweildauer in Tagen	28,5	28,8	28,4
Bettenauslastung in %	86,4	84,4	81,9

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, <http://www.brandenburg.de/sixcms/detail.php/lbm1.c.221289.de>

Während die Bettenzahl, die Anzahl der behandelten Patienten, die Verweildauer und die Bettenauslastung in den letzten Jahren zurückgegangen sind, hat sich die Zahl der Beschäftigten in den Rehabilitationskliniken von 2002 bis 2004 leicht erhöht. Auf 1.000 Einwohner kamen im Jahr 2004 somit etwa 2,17 aufgestellte Betten (Deutschland: 2,14) und 1,34 Vollkräfte je 1.000 Einwohner (Deutschland: 1,1).

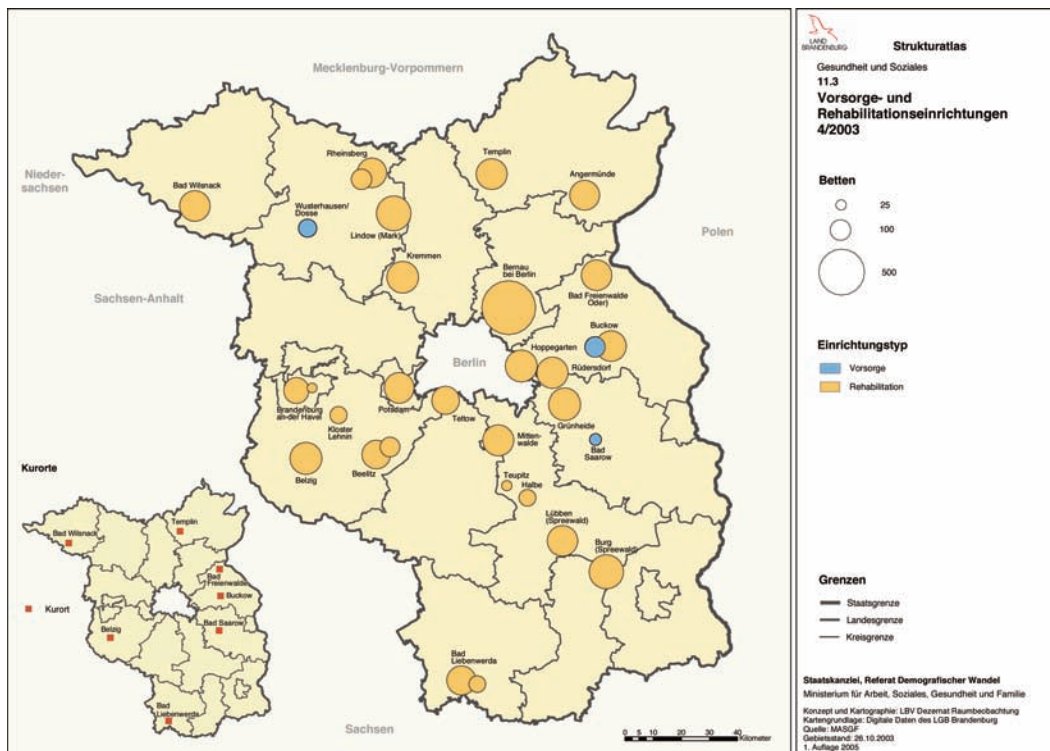
Ein Teil insbesondere der berlinferneren Rehabilitationseinrichtungen ist in den Kur- und Erholungsorten Brandenburgs angesiedelt (Abbildung 15).

Die meisten Einrichtungen und die meisten aufgestellten Betten gibt es in den Landkreisen Märkisch-Oderland und Potsdam-Mittelmark, während es in fünf Verwaltungsbezirken überhaupt keine Einrichtungen gibt (Tabelle 13).

Die Brandenburger Rehabilitationskliniken behandeln überwiegend Patienten mit Muskel-Skelett- und Bindegewebserkrankungen (38 % aller Patienten) sowie Patienten mit Erkrankungen des Kreislaufsystems (21 %). Viele Kliniken sind hochspezialisiert auf ein bis zwei Indikationsgebiete. Alle somatisch

orientierten Rehabilitationskliniken in Brandenburg haben eine Zulassung zur Durchführung von Anschlussheilbehandlungen und von ambulanter Rehabilitation, einige verfügen über akutmedizinische Behandlungskapazitäten.

Abbildung 15: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Brandenburg 2003



Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Strukturatlas-Online-Abfrage

In Absprache mit dem Land Berlin übernehmen die Brandenburger Rehabilitationskliniken auch die Rehabilitation Berliner Patienten: 31,5 % aller in Brandenburg stationär rehabilitierten Patienten kommen aus Berlin, weitere 14,1 % aus anderen Ländern (Tabelle 14). Geht man von durchschnittlichen Fallkosten in Höhe von rund 3.000 bis 3.500 € aus, erzielen die Rehabilitationseinrichtungen in Brandenburg insgesamt einen Umsatz aus stationären Rehabilitationsleistungen in Höhe von rund 176,5 bis 206 Mio. €.

Da es für den Bereich der Rehabilitation keine dem Krankenhausbereich vergleichbare Kostenstatistik gibt, ist auch eine Aufschlüsselung der sekundären Umsatz- und Beschäftigungseffekte nicht möglich. Da der Sachkostenanteil in den Rehabilitationseinrichtungen jedoch generell geringer sein wird als in den Krankenhäusern, ist auch mit vergleichsweise geringeren sekundären Umsatz- und Beschäftigungseffekten zu rechnen.

Tabelle 13: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Brandenburg nach Verwaltungsbezirken 2004

Verwaltungsbezirk	Vorsorge- oder Rehabilitations- einrichtungen	Aufgestellte Betten	ärztliches Per- sonal insge- samt	nichtärztliches Personal
Kreisfreie Städte				
Brandenburg an der Havel	2	189	12	155
Cottbus	–	–	–	–
Frankfurt (Oder)	–	–	–	–
Potsdam	1	215	16	105
Landkreise				
Barnim	1	644	39	428
Dahme-Spreewald	4	557	31	261
Elbe-Elster	2	326	13	131
Havelland	–	–	–	–
Märkisch-Oderland	4	919	51	395
Oberhavel	1	236	15	92
Oberspreewald- Lausitz	–	–	–	–
Oder-Spree	1	246	24	275
Ostprignitz-Ruppin	3	533	27	273
Potsdam-Mittelmark	5	778	63	638
Prignitz	1	223	12	73
Spree-Neiße	1	282	14	108
Teltow-Fläming	–	–	–	–
Uckermark	2	434	19	170
Land Brandenburg	28	5.582	336	3.104

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Sonderauswertung

Tabelle 14: In Brandenburger Rehabilitationseinrichtungen behandelte Patienten nach Behandlungsort und Wohnort

	behandelte Patienten nach Behandlungsort		behandelte Patienten nach Wohnort	
Kreisfreie Städte				
Brandenburg an der Havel	775	1,4 %	934	1,7 %
Cottbus			1.192	2,1 %
Frankfurt (Oder)			837	1,5 %
Potsdam	2.233	4,0 %	1.507	2,7 %
Landkreise				
Barnim	7.624	13,7 %	1.988	3,6 %
Dahme-Spreewald	4.057	7,3 %	1.989	3,6 %
Elbe-Elster	3.076	5,5 %	1.629	2,9 %
Havelland			1.625	2,9 %
Märkisch-Oderland	11.571	20,8 %	2.293	4,1 %
Oberhavel	3.361	6,0 %	2.284	4,1 %
Oberspreewald-Lausitz			1.439	2,6 %
Oder-Spree	2.598	4,7 %	2.581	4,6 %
Ostprignitz-Ruppin	4.220	7,6 %	1.339	2,4 %
Potsdam-Mittelmark	6.980	12,5 %	2.260	4,1 %
Prignitz	2.573	4,6 %	1.072	1,9 %
Spree-Neiße	3.595	6,5 %	1.535	2,8 %
Teltow-Fläming			2.056	3,7 %
Uckermark	3.064	5,5 %	1.770	3,2 %
Land Brandenburg	55.727	100,0 %	30.330	54,4 %
Land Berlin			17530	31,5 %
übrige			7.867	14,1 %
Gesamt			55.727	100,0 %

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Diagnosestatistik, Sonderauswertung; eigene Berechnungen; aufgrund der besonderen Datenbasis der Diagnosestatistik liegt die Fallzahl der Diagnosestatistik unter dem o. g. Wert.

Entwicklung

Eine Bedarfsprognose für die stationäre Rehabilitation unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung ist nicht möglich, da entsprechende Fallstatistiken für die Rehabilitation nicht vorliegen.

Gemäß der Fachkräftestudie erwartet keine der befragten Rehabilitationseinrichtungen für die nächsten zwei Jahre einen steigenden Umsatz: 56 % rechnen mit konstanten und 44 % mit leicht sinkenden Umsätzen.³⁸

Mittelfristig wird für die Rehabilitationseinrichtungen mit einem Beschäftigtenrückgang im Zeitraum von 2004 bis 2010 um 3,4 % gerechnet.³⁹ Wachstumschancen könnten sich insbesondere für Rehabilitationseinrichtungen in Kurorten ergeben, die Medical-Wellness-Angebote zusammen mit Hotels entwickeln (vgl. dazu Kapitel 9), sowie aus einer möglichen Öffnung der Rehabilitationseinrichtungen für die akutmedizinische Versorgung und die verstärkte Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen in integrierte Versorgungsmodelle. Negativ auf die Beschäftigungszahlen könnte sich ein Aufbau von ambulanten und stationären Rehabilitationskapazitäten in Berlin, eine Verlagerung von Rehabilitationsleistungen in den Krankenhaussektor, ein weiterer Rückgang der klassischen Heilverfahren sowie ein anhaltender Kostendruck auswirken.

³⁸ MASGF (2005d: 70).

³⁹ MASGF (2005d: 77).

3.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Landesweit verbreitetes Angebot • Gegenwärtig Sicherung der Berliner Nachfrage durch Abkommen • Akutmedizinische Behandlungskapazitäten • Teilweise Nähe zu gesundheitstouristischen Angeboten durch Ansiedlung in Kurorten • Oft hochgradig spezialisierte Angebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgrenzungsproblematik zur Frührehabilitation im Krankenhaus • Wohnortferne • Geringe Kooperation mit Pflegeeinrichtungen (auch durch Vergütungssystem und mangelnde Kompetenzen der Pflegekassen unterminiert) • Häufig keine unmittelbare Nähe zu Krankenhäusern • Geringe lokale Nachfrage nach ambulanten Rehabilitationsleistungen
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Unterversorgung mit Rehabilitationsleistungen in Deutschland, insbesondere bei chronisch Kranken (z. B. Diabetes, Einbindung in DMP) und vor allem im ambulanten und teilstationären Bereich • Öffnung der Rehabilitationseinrichtungen für weitere Versorgungsbereiche neben der Rehabilitation • VÄndG: Gleichzeitige Beschäftigung eines Reha-Arztes am MVZ dann rechtssicher und unstrittig möglich • Rehabilitation im Pflegeheim „Rehabilitation vor Pflege“ • Nutzung Integrierter Versorgungsangebote • Neue Angebote für unterversorgte Patientengruppen (insb. chronisch Kranke, z. B. Diabetiker) im Medical-Wellness-Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> • Anhaltender Kostendruck • Abnehmende Bedeutung der klassischen Heilverfahren • Weitere Verlagerung rehabilitativer Leistungen in den Krankenhausbereich • Weitere Verlagerung der stationären Rehabilitation in den teilstationären / ambulanten Bereich • Aufbau stationärer rehabilitationsmedizinischer Versorgungskapazitäten in Berlin

4 Ambulante ärztliche Versorgung

4.1 Allgemeine Entwicklung

In Deutschland gab es Ende 2003 130.563 in der vertragsärztlichen Versorgung tätige Ärzte (2000: +2,9 %). Auf 100.000 Menschen in Deutschland kamen rund 158 vertragsärztlich tätige Ärzte; damit hat Deutschland im internationalen Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Arztdichte. Allerdings ist die Arztdichte in Deutschland regional unterschiedlich ausgeprägt. Im Vergleich der Bundesländer weisen die Stadtstaaten die höchste Arztdichte auf, während sich vor allem die neuen Bundesländer, aber auch Flächenländer wie Niedersachsen am Ende der Rangliste wieder finden.

Von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sind rund 45 % hausärztlich und etwa 55 % fachärztlich tätig. Die Anzahl der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte in Deutschland ist seit 1995 um 8,9 % und seit 2002 um 1,6 % gestiegen (Abbildung 16).

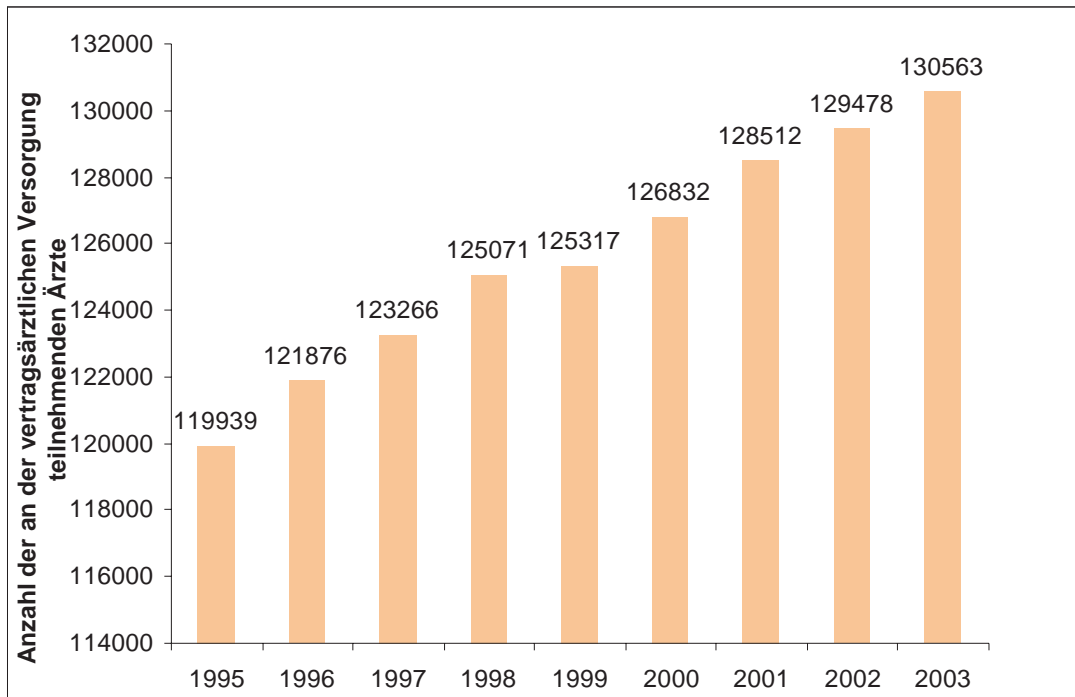
Zunehmend mehr Ärzte arbeiten in Gemeinschaftspraxen: Im Jahr 2003 waren es schon 38.520 (rund 30 % der vertragsärztlich tätigen Ärzte). Wachsende Verbreitung in der ambulanten Versorgung finden auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ): Im ersten Quartal 2006 gab es in Deutschland 420 medizinische Versorgungszentren mit insgesamt 1.648 Ärzten, davon 960 im Angestelltenverhältnis.⁴⁰

Im internationalen Vergleich weist Deutschland insbesondere eine überdurchschnittlich hohe Facharztdichte im ambulanten Bereich auf: Entsprechend besteht in der ambulanten fachärztlichen Versorgung häufig eine Überversorgung. 67 % aller offenen Planungsbereiche betrafen denn im Jahre 2004 auch die hausärztliche Versorgung. Hier droht vor allem im ländlichen Raum eine Unterversorgung.

Das Honorar aus vertragsärztlicher Tätigkeit je Arzt lag im Jahr 2003 bei durchschnittlich 202.500 € für das gesamte Bundesgebiet und bei 198.900 € in den neuen Bundesländern (ohne Berlin Ost). Für die vertragsärztliche Versorgung gaben die gesetzlichen Krankenkassen mit 22,9 Mrd. € im Jahr 2003 rund 15,8 % ihres Gesamtbudgets aus.

⁴⁰ Kassenärztliche Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/themen/7178.html>

Abbildung 16: Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Deutschland 1995-2003



Quelle: KBV (2004)

Umstritten ist in der gegenwärtigen Diskussion u. a. die Frage einer mittel- bis langfristig drohenden Unterversorgung in der ambulanten ärztlichen Versorgung aufgrund des ständig steigenden Durchschnittsalters der Ärzteschaft, die Einführung von Wettbewerbselementen in die ambulante Versorgung, die Modernisierung der Strukturen der Leistungserbringung und die Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen. Entsprechend ist die ambulante ärztliche Versorgung gegenwärtig stark von Reformen und Reformvorschlägen geprägt: Bedeutende Änderungen, die insbesondere auch für Brandenburg relevant sein werden, finden sich im geplanten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG). Dieses Gesetz enthält zahlreiche Erleichterungen der vertragsärztlichen Leistungserbringung und soll dem Problem ärztlicher Unterversorgung in ländlichen Gebieten entgegenwirken. Zu den geplanten Maßnahmen gehören insbesondere:

- Erlaubnis von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern (auch den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitend),
- Erlaubnis der vertragsärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten (auch den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitend),
- Erlaubnis der Anstellung von Ärzten ohne numerische Begrenzung und auch fachgebietsübergreifend,

- Aufhebung der Altersgrenze für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit von 55 Jahren und die Altersgrenze für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit von 68 Jahren in unterversorgten Planungsbereichen,
- Aufhebung des Vergütungsabschlags bei der Honorierung der Privatbehandlung in den neuen Ländern,
- Erlaubnis zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte auch in nicht unterversorgten Gebieten, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Bedarf festgestellt hat.

Weiter soll es ab 2007 zu einer Vergütungsreform für ambulante ärztliche Leistungen kommen, in der Morbiditätsaspekte stärker berücksichtigt werden.

4.2 Situation in Brandenburg

In Brandenburg waren Ende 2004 3.559 Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung tätig (davon 2.973 zugelassene Ärzte, 2000: 3.463; + 2,8 %), darunter rund 44 % Hausärzte. Auf 100.000 Menschen kommen damit in Brandenburg rund 139 vertragsärztlich tätige Ärzte und damit deutlich weniger als im Bundesdurchschnitt. Berücksichtigt man nur die Vertragsärzte, weist Brandenburg mit 122 Ärzten je 100.000 Einwohner sogar die bundesweit niedrigste Vertragsarztdichte auf.⁴¹ Allerdings gibt es auch innerhalb Brandenburgs erhebliche Unterschiede in der Arztdichte: Während im Landkreis Spree-Neiße nur 103 Vertragsärzte auf 100.000 Einwohner kamen, waren es in der Uckermark 146 Vertragsärzte und in Cottbus gar 239 Vertragsärzte je 100.000 Einwohner (Tabelle 15).

Arztpraxen in Ostdeutschland haben im Durchschnitt deutlich weniger Angestellte je Praxisinhaber als in den alten Bundesländern.⁴² Geht man in den 2703 Arztpraxen⁴³ in Brandenburg von rund 3 weiteren Mitarbeitern je Praxisinhaber aus, so sind in den Brandenburger Arztpraxen 8.027 Angestellte beschäftigt. Rechnet man die 2973 zugelassenen Ärzte hinzu, ergibt sich eine Gesamtbeschäftigung von rund 11.000 Beschäftigten.

⁴¹ Vgl. Reiners (2005).

⁴² Bei den Allgemeinärzten sind es z. B. 3,7 Angestellte in den alten und 2,6 Angestellte je Praxisinhaber in den neuen Ländern, bei den Orthopäden 5,3 vs. 4,2 Angestellte je Praxisinhaber; Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (2003).

⁴³ Mitteilung der KV Brandenburg; Stand: 31.12.2004.

Tabelle 15: Anzahl der vertragsärztlich tätigen Ärzte in Brandenburg nach Regionen 2004

	Bevölke- rung	Vertrags- ärzte	darunter Haus- ärzte	Haus- arzt- anteil	Vertrags- ärzte je 100.000 E.	Hausärzte je 100.000 E.
Land Brandenburg	2.567.704	3559	1566	44 %	139	61
Kreisfreie Städte						
Brandenburg/Pdm-Mm.	277.505	362	161	44 %	130	58
Cottbus	106.415	254	76	30 %	239	71
Frankfurt/St./Oder-Spree	257.243	419	178	42 %	163	69
Potsdam	145.707	315	106	34 %	216	73
Landkreise						
Barnim	175.861	227	104	46 %	129	59
Dahme-Spreewald	161.179	201	100	50 %	125	62
Elbe-Elster	124.041	159	85	53 %	128	69
Havelland	154.044	162	81	50 %	105	53
Märkisch-Oderland	192.131	235	103	44 %	122	54
Oberhavel	198.550	245	122	50 %	123	61
Oberspreewald-Lausitz	134.025	160	76	48 %	119	57
Ostprignitz-Ruppin	108.893	173	72	42 %	159	66
Prignitz	89.792	119	63	53 %	133	70
Spree-Neiße	139.464	144	72	50 %	103	52
Teltow-Fläming	161.400	178	82	46 %	110	51
Uckermark	141.454	206	85	41 %	146	60

Quelle: KV Brandenburg, Online-Abfrage, eigene Berechnungen

Brandenburg hat besondere Erfahrungen in der kooperativen Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen. Im ganzen Land wurden ehemalige Polikliniken in Gesundheitszentren umgewandelt. Anfang 2006 arbeiteten in 17 Gesundheitszentren insgesamt 201 Ärzte und 319 andere Beschäftigte.⁴⁴ Darüber hinaus arbeiteten Ende 2005 557 zugelassene Ärzte (18,7 %) in den

⁴⁴ Mitteilung des Bundesverbands Medizinische Versorgungszentren, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung e.V.

259 Gemeinschaftspraxen.⁴⁵ Zudem wurden in Brandenburg schon 12 Medizinischen Versorgungszentren etabliert.⁴⁶

Ein Vertragsarzt in Brandenburg muss deutlich mehr Patienten im Rahmen der GKV versorgen als in anderen – westlichen – Bundesländern, ohne dafür ein höheres Einkommen zu erhalten.⁴⁷

Umsatzzahlen für die vertragsärztlich tätigen Ärzte in Brandenburg liegen nicht vor und können deshalb nur aus anderen Quellen geschätzt werden: Der durchschnittliche Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit bei Ärzten in den neuen Bundesländern reicht von 144.751 € bei den Nervenärzten bis zu 582.233 € bei den Radiologen und liegt damit nahezu auf westdeutschem Niveau. Aufgrund der vergleichsweise niedrigen Zuverdienstmöglichkeiten mit Privatpatienten in Brandenburg liegt das Gesamteinkommen der Brandenburger Ärzte insgesamt unter dem Niveau von Ärzten in westlichen Bundesländern: So erwirtschaftet ein Allgemeinarzt in Ostdeutschland nur etwa 7,7 % seines Umsatzes mit privatärztlicher Tätigkeit, während es bei den Chirurgen rund 27,4 % sind.⁴⁸ Insgesamt erzielen die vertragsärztlich tätigen Ärzte in Brandenburg somit einen Umsatz in Höhe von geschätzt 757.652.292 € (Tabelle 16).

Betrachtet man die aktuelle Versorgungssituation gem. der Versorgungsquoten der KV Brandenburg, so zeigt sich, dass in den meisten Verwaltungsbezirken und der überwiegenden Anzahl der Arztgruppen eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden kann (Tabelle 17).⁴⁹

Versorgungsdefizite bestehen gegenwärtig vor allem bei Haus- und Augenärzten in Regionen des äußeren Entwicklungsraumes. So hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg für eine Reihe von Regionen und Arztgruppen⁵⁰ im Land Brandenburg auf Grund von Schließungen bzw. fehlen-

45 KV Brandenburg, Stand 31.12.2004.

46 Stand Mai 2006; Quelle: www.die-gesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/medizinische_versorgungszentren/pdf/uebersicht_mvz_deutschland.pdf

47 Vgl. Reiners (2005: 396).

48 Kostenstrukturanalyse 2003 des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung.

49 Eine verlässliche Einschätzung des tatsächlichen Bedarfs und der daraus resultierenden Beurteilung der Versorgungssituation ist aufgrund dieser Daten nicht möglich. Eine detaillierte, morbiditätsbezogene und hinreichend kleinräumige Bedarfs- und Versorgungsanalyse liegt jedoch nicht vor.

50 Für Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte und hausärztlich tätige Internisten) sind dies die folgenden Altkreise und besonderen Regionen: Brandenburg a.d.H. (Stadt), Luckenwalde, Jüterbog - ausschließlich ländliches Umland, Bad Liebenwerda - ausschließlich Elsterwerda und südliches Umland Prösen, Senftenberg - vorrangig Ortrand, Ruhland, Schwarzheide, Schipkau, Tettau, Forst, Guben, Schwedt, Prenzlau - ausschließlich ländliches Umland, Angermünde

den Nachbesetzungen eine bestehende oder drohende Gefährdung der ambulanten Versorgung festgestellt und bietet daher interessierten Ärzten zur Praxisübernahme, in besonderen Fällen auch zur Praxisneugründung, die Zusicherung einer Umsatzgarantie sowie die Möglichkeiten einer befristeten Anstellung in bestehenden Vertragsarztpraxen an.

Tabelle 16: Umsatz der vertragsärztlich tätigen Ärzte in Brandenburg nach Arztgruppen 2004

	Anzahl der vertragsärztlich tätigen Ärzte	Umsatz in €	Gesamtumsatz in €
Allgemeinärzte / praktische Ärzte	1296	181.434	235.138.464
Augenärzte	156	218.294	34.053.864
Chirurgen	166	256.773	42.624.318
Gynäkologen	293	201.518	59.044.774
HNO-Ärzte	120	184.195	22.103.400
Hautärzte	93	173.184	16.106.112
Internisten	578	200.936	116.141.008
Kinderärzte	223	179.899	40.117.477
Nervenärzte / Neurologen/ (Kinder- und Jugend-)Psychiater	139	167.209	23.242.051
Orthopäden	132	273.391	36.087.612
Radiologen / Diagnostische Radiologen / Nuklearmediziner	112	715.621	80.149.552
Urologen	75	253.628	19.022.100
Ärztliche Psychotherapeuten	25	67.073	1.676.825
Sonstige	151	212884	32.145.435
Gesamt	3559		757.652.992

Quelle: KV Brandenburg, Online-Abfrage, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (2003), eigene Berechnungen.

Anmerkung: Die Arztzahlen stammen aus dem Jahr 2004, die Daten der Kostenstrukturanalyse aus dem Jahr 2003. Für die praktischen Ärzte wurde das Einkommen der Allgemeinärzte angenommen, für die Kinder- und Jugendpsychiater der Umsatz der Psychiater, für die Nuklearmediziner das Einkommen der Radiologen. Für die ‚sonstigen‘ Ärzte wurde der Durchschnittsumsatz der übrigen Arztgruppen angenommen.

- besonders Gartz und ländliche Umgebung. Für Fachärzte für Augenheilkunde sind dies die folgenden Altkreise: Lübben, Luckau, Guben, Seelow, Eisenhüttenstadt/Land.

Tabelle 17: Versorgungsquoten (in %) in Brandenburg nach Planungsbereichen und Arztgruppen 2006

Planungsbe- reich / Arzt- gruppen	Stadt Potsdam	Brandenbg. a. d. H./ Potsdam Mittermark	Havelland	Oberhavel	Ostprignitz- Ruppin	Prignitz	Teltow- Fläming	Stadt Cottbus	Dahme- Spreewald	Elbe-Elster	Oberspreewald-Lausitz	Spre- Neiße	Frankfurt-Oder./ Oder-Spree-Kreis	Barnim	Märkisch-Oderland	Uckermark
Anästhesist.	124	123	0	315	127	308	0	139	141	0	265	0	134	130	119	196
Augenärzte	117	117	120	140	139	226	86	125	115	126	136	112	145	119	73	162
Chirurgen	200	191	218	229	224	272	149	179	178	252	420	180	301	191	269	208
Internisten-f.ä	234	192	111	173	264	143	191	190	149	182	236	130	242	235	385	295
Frauenärzte	113	123	114	116	126	138	118	127	118	143	133	128	160	124	156	127
HNO-Ärzte	115	128	138	116	209	127	131	124	131	137	159	153	236	121	124	175
Hautärzte	113	187	134	130	221	135	160	129	128	<i>91</i>	168	152	243	118	162	257
Kinderärzte	155	203	127	123	171	163	151	194	151	158	230	202	206	111	147	170
Nervenärzte	114	118	132	144	171	156	126	120	177	154	178	138	168	139	149	165
Orthopäden	117	121	119	154	145	176	170	123	114	111	116	149	132	139	111	145
Psychother.	114	125	112	134	170	130	126	85	146	<i>108</i>	113	96	154	125	123	132
Radiologen	191	121	131	135	376	305	125	115	291	0	354	341	211	115	175	291
Urologen	127	116	139	135	153	124	133	123	133	170	157	<i>101</i>	169	122	112	157
Hausärzte	<i>109</i>	<i>99</i>	<i>97</i>	<i>102</i>	<i>94</i>	<i>103</i>	90	<i>106</i>	<i>104</i>	<i>110</i>	<i>92</i>	85	118	98	<i>94</i>	86

Quelle: KV Brandenburg, Online-Abfrage

Anmerkungen: fett = Unterversorgung (≤ 90 %), kursiv = Regelversorgung (91 – 110 %); normal = Überversorgung (> 111 %)

Entwicklung

Um den heutigen und künftigen Leistungsbedarf in den einzelnen Regionen Brandenburgs abzuschätzen, wäre im Idealfall auf die heutige bzw. künftige Morbiditätsstruktur der Einwohner in den einzelnen Regionen Brandenburgs abzustellen. Eine solche Bedarfsplanung existiert gegenwärtig nicht. Aufgrund der dünnen Informationsgrundlage ist eine Standardisierung daher allein nach demographischen Merkmalen möglich.

Betrachtet man die Veränderungsrate je Region, d.h. die prozentualen Veränderungen des Behandlungsbedarfs gegenüber dem Jahr 2004, so zeigt sich, dass sich im Vergleich zum Jahr 2004 der Leistungsbedarf und damit die potenzielle Nachfrage nach ambulanten ärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2020 c. p. um 4,6 % erhöhen wird. Veränderungen im GKV-Leistungskatalog wie medizin-technischer Fortschritt bleiben bei diesen Berechnungen unberücksichtigt.

Tabelle 18: Veränderung des Leistungsbedarfs für ärztliche Leistungen je Region in den einzelnen Jahren im Vergleich zum Jahr 2004

Änderung Leistungsbedarf gegenüber 2004	2005	2010	2015	2020
Engerer Verflechtungsraum	1,8 %	8,7 %	13,5 %	16,6 %
Äußerer Entwicklungsraum	-0,2 %	0,0 %	-0,6 %	-2,7 %
Brandenburg insgesamt	0,6 %	3,3 %	4,8 %	4,6 %

Quelle: Eigene Simulation auf Basis der RSA-Daten (Bundesversicherungsamt, Jahresausgleich 2003) und der Bevölkerungsprognose des Landesbetriebs für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006c)

Der Bedarf aller Einwohner im engeren Verflechtungsraum wird bis zum Jahre 2020 mit 16,6 % sehr stark zunehmen, was wie gesagt durch die hohe Zunahme der Einwohnerzahl in diesem Gebiet begründet werden kann. Der Bedarf aller Einwohner im äußeren Entwicklungsraum wird bis zum Jahr 2020 um 2,7 % und damit nur relativ gering abnehmen. Die Abnahme des Leistungsbedarfs ergibt sich durch die Reduktion der Einwohnerzahl. Die nur relativ geringe Abnahme kann dadurch begründet werden, dass die im Jahr 2020 verbliebene Bevölkerung einen erkennbar höheren Anteil älterer und damit behandlungsbedürftiger Menschen aufweist.

Auf der anderen Seite ist aufgrund der Alterung der Ärzte und einer zu geringen Zahl von sich neu niederlassenden Ärzten, vor allem in der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten, mit einer abnehmenden Ärztezahl zu rechnen. Schon von 2004 bis 2005 ist die Anzahl der vertragsärztlich tätigen Ärzte leicht (-0,3 %) auf 3.548 Ärzte zurückgegangen. Bei gleichzeitig demographisch bedingtem Anstieg des Versorgungsbedarfs ist deshalb vor allem in der ländlichen hausärztlichen Versorgung mit einer sich verschärfenden Unterversorgung zu rechnen.

Geht man weiter von einem Höchstalter für Ärzte von 68 Jahren aus⁵¹, so müssten aufgrund der Alterung der Ärzteschaft zur Vermeidung einer Unterversorgung bis zum Jahr 2010 in Brandenburg 130 der 489 frei werdenden Hausarztstühle wieder besetzt werden (466 für eine flächendeckende Versorgung von 100 %).⁵²

Chancen zur Verbesserung der Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit vor allem in den von der Unterversorgung bedrohten ländlichen Gebieten

⁵¹ Das VÄndG sieht eine Aufhebung der Altergrenze in Regionen mit vorhandener oder drohender Unterversorgung vor.

⁵² Klose et al. (2003: 190).

liegen in einer verbesserten Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in unterversorgten Gebieten⁵³ sowie in einer Reorganisation der Leistungserbringung: Hier kann eine Konzentration der Leistungserbringung auf zentrale Standorte (z. B. in medizinischen Versorgungszentren) verbunden mit einem verstärkten Einsatz von Telemedizin, die Einbindung in integrierte Versorgungsformen und die Entlastung der Ärzte von geringer qualifizierten Aufgaben und Verwaltungstätigkeiten (durch Gemeindefrankenschwestern bzw. Dokumentationsassistenten in größeren Praxen) sinnvoll sein.

⁵³ Und in Ostdeutschland insgesamt aufgrund einer Angleichung der Vergütungen im Rahmen des VÄndG.

4.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Gegenwärtig kaum Unterversorgung; weitgehend bedarfsgerechte Versorgungssituation • Erfahrungen mit Gesundheitszentren • Zunehmende Etablierung von MVZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Attraktivität des Landarztberufs • Ost-Entlohnung, geringere privatärztliche Verdienstmöglichkeiten • Unterversorgung in einzelnen Regionen und Arztgruppen • Überversorgung in vielen (Fach-) Arztgruppen und Planungsregionen • Hohe Arbeitsbelastung der Allgemeinärzte • Vorwiegend unökonomische Dienstleistungsstrukturen (Einzelpraxen) • Wenig Beschäftigte je Praxis • Schlechterstellung der hausärztlichen Versorgung aufgrund der Vergütungsanreize, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzt wurden
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Steigende Nachfrage im engeren Verflechtungsraum, weitgehend konstante Nachfrage im äußeren Entwicklungsraum • Verstärkte Etablierung neuer Versorgungsformen • Konzentration der ambulanten Versorgung • Vernetzung mit anderen Leistungserbringern • Einsatz von Telematik • Aufhebung der Sondervergütung Ost (VÄndG) • Erweiterte Möglichkeiten bei Unterversorgung (VÄndG) • Erleichterungen der vertragsärztlichen Leistungserbringung (VÄndG) • Verbesserte Vergütung für Ärzte in unterversorgten Gebieten • Leistungsverlagerung aus dem stationären Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine ausreichende Vergütung von Leistungen in ländlichen Gebieten • Unterversorgung in ländlichen Gebieten / im äußeren Entwicklungsraum in der hausärztlichen Versorgung

5 Ambulante und stationäre Pflege

5.1 Allgemeine Entwicklung

Die Pflege gliedert sich in eine Vielzahl von Teilbereichen und Pflegeformen, die sich einer detaillierten Betrachtung im Rahmen dieser Expertise entziehen. Der Fokus liegt daher auf der ambulanten Pflege und der stationären Langzeitpflege.

Um die Finanzierung der Pflege sicherzustellen, wurde die Pflegeversicherung ab 1995⁵⁴ als "fünfte Säule" der Sozialversicherung in Deutschland eingeführt. Die Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, deren Aufgaben von den Krankenkassen wahrgenommen werden.

In Deutschland sind die Länder gem. § 9 SGB XI verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt.

Die Pflegeversicherung wird im Wesentlichen dual finanziert: durch eine Pflegevergütung und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung auf der einen Seite (§ 82 SGB XI Abs. 1) und Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI (Investitionskosten, Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter) auf der anderen Seite. Ersteres zahlt die Pflegekasse, letzteres kann die Pflegeeinrichtung, soweit nicht vollständig öffentlich gefördert, dem Pflegebedürftigen in Rechnung stellen, der dies ggf. wieder gegenüber dem Sozialhilfeträger geltend machen kann.

In Deutschland waren Ende 2003 rund 2,1 Mio. Menschen pflegebedürftig i. S. d. Pflegeversicherungsgesetzes.⁵⁵ Mehr als zwei Drittel dieser Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, knapp ein Drittel in Pflegeheimen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat in den letzten Jahren ebenso zugenommen wie der Anteil der professionell durch Pflegeheime und ambulante Pflegedienste versorgten Menschen. Entsprechend stieg auch die Anzahl der Pflegeheime, Pflegedienste und der in ihnen Beschäftigten (Tabelle 19).⁵⁶

⁵⁴ Mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflege-VG, SGB XI).

⁵⁵ Vgl. § 14 SGB XI. Die private Pflegeversicherung kam im Jahr 2004 nur auf rund 81.000 Pflegeversicherte.

⁵⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2005b).

Tabelle 19: Grunddaten zu Pflegediensten und Pflegeheimen in Deutschland 2003

	Anzahl	Beschäftigte	Beschäftigte je 1.000 Ew.	Pflegebe- dürftige	Pflegebedürftige je Beschäftigte
Pflegeheime	9.743	510.857	6,19	640.289	1,25
Pflegedienste	10.619	200.897	2,44	450.126	2,24

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005b)

Die mit der gestiegenen Inanspruchnahme verbundenen Ausgabensteigerungen der sozialen Pflegeversicherung bei relativ konstanten Einnahmen haben in den letzten Jahren zu einem Defizit der Pflegekassen und damit zu einer Schrumpfung ihrer Mittelreserven geführt (Tabelle 20).

Tabelle 20: Finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung in Mrd. €

	2000	2001	2002	2003
Einnahmen	16,55	16,81	16,92	16,86
Ausgaben	16,67	16,87	17,35	17,56
Differenz	-0,13	-0,06	-0,43	-0,69
Mittelbestand	4,82	4,76	4,33	3,64

Quelle: Bundesarbeitsblatt, zit. nach Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005: 427)

Die Leistungsausgaben betragen im Jahr 2004 rund 8,2 Mrd. € für ambulante und 8,6 Mrd. € für stationäre Leistungen.

Eng verbunden mit dieser Mittelknappheit sind eine hohe berufliche Belastung der Pflegekräfte und eine intensive Diskussion um qualitative Mängel in der Pflege.

Alle Anzeichen sprechen dafür, dass sich diese Entwicklungen aufgrund des demographischen Wandels fortsetzen und verstärken werden. So wird nach Prognosen der Rürup-Kommission die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2020 auf 2,64 Mio. steigen (+39 % im Vgl. zu 2002). Die politische und fachliche Diskussion dreht sich nun darum, ob und in welchem Umfang deshalb Änderungen am Leistungsumfang der Pflegeversicherung und an den Finanzierungsgrundlagen der Pflegeversicherung notwendig sind.

5.2 Situation in Brandenburg

Im Jahr 2003 gab es in Brandenburg 69.266 Pflegebedürftige, 502 ambulante Pflegedienste und 282 Pflegeheime mit insgesamt 17.703 Beschäftigten (entsprechend 7.500 Vollzeitbeschäftigte). Die Finanzierungsstruktur der Pflege ist komplex und zersplittert und umfasst neben der Finanzierung nach dem SGB XI auch Finanzierungselemente des SGB V, des BSHG sowie ei-

nen Eigenanteil der Pflegebedürftigen, so dass eine zusammenfassende Darstellung der für die Pflege in Brandenburg aufgewendeten Mittel im Rahmen dieses Gutachtens nicht möglich ist. Nimmt man überschlägig die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland und bezieht diese auf die Anzahl der Pflegebedürftigen in Brandenburg, so ergibt sich unter Einbeziehung eines niedrigeren Kostenniveaus in Brandenburg ein Gesamtumsatz in Höhe von 482 Mio. €⁵⁷

Pflegebedürftige

In Brandenburg gab es im Jahr 2003 69.266 Leistungsempfänger nach dem Pflegeversicherungsgesetz („Pflegebedürftige“). Im Jahre 1999 waren es 64.340 gewesen (+ 7,7 %).

Bezogen auf die Bevölkerung insgesamt liegt Brandenburg mit 27 Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner leicht über dem Bundesdurchschnitt von 25 Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner. In Brandenburg wird mit rund 27 % nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Pflegebedürftigen stationär versorgt (Deutschland: 31 %).

Innerhalb Brandenburgs gibt es bedeutsame Unterschiede: So gab es in der Prignitz, der Uckermark und im Barnim jeweils 33 Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner, während es in den Kreisfreien Städten deutlich weniger waren: 20 in Potsdam, 22 in Brandenburg a. d. H., 24 in Frankfurt und 25 in Cottbus. Und während im Landkreis Elbe-Elster nur 18 % der Pflegebedürftigen stationär versorgt wurden, waren es – bei vergleichbarer Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen - in Cottbus 37 % und in Frankfurt 44 %.

⁵⁷ Inkl. Pflegegeld. Das Kostenniveau in Brandenburg wurde basierend auf den Vergütungen für die stationäre Pflege auf rund 85 % des Bundesniveaus geschätzt (Quelle: Pflegestatistik des Bundes 2003). In Brandenburg gaben die landesunmittelbaren Pflegekassen im Jahr 2001 rund 371 Mio. € für Pflegeleistungen ohne Hilfsmittel aus; zit. nach Landtag Brandenburg DS 3/5102: Frage 42. Die Sozialhilfeträger gaben im Jahr 2004 33,8 Mio. € für die Hilfe zur Pflege aus; vgl. Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2004).

Tabelle 21: Leistungsempfänger/-innen nach dem Pflegeversicherungsgesetz am 15.12.2003 nach Leistungsarten und Verwaltungsbezirken

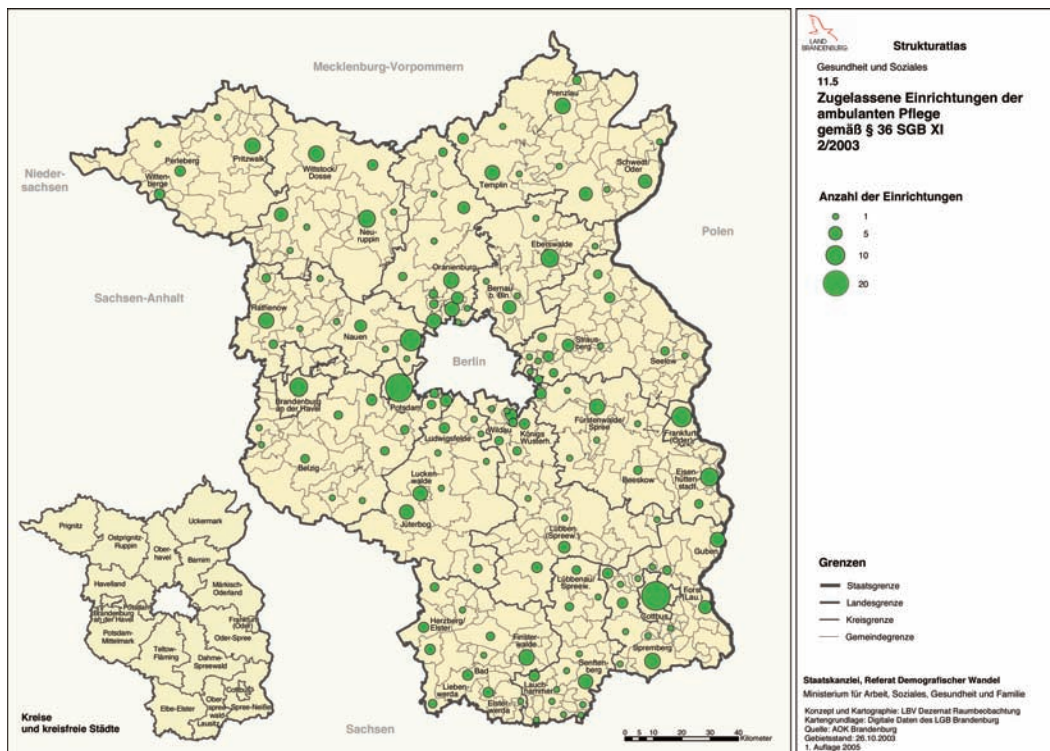
	insgesamt	insgesamt / 1.000 Ew.	Pflegegeld- empfänger	Anteil Pfe- gegeld- empfänger	Pflegegeld / 1000 Ew.	ambulante Pflege	Anteil am- bulant	ambulant / 1000 Ew.	stationäre Pflege	Anteil stati- onär	stationär / 1000 Ew.
Kreisfreie Städte											
Brandenburg an der Havel	1.644	22	694	42 %	9	503	31 %	7	447	27 %	6
Cottbus	2.670	25	850	32 %	8	833	31 %	8	987	37 %	9
Frankfurt (Oder)	1.622	24	653	40 %	10	256	16 %	4	713	44 %	11
Potsdam	2.904	20	1.219	42 %	8	1.001	34 %	7	684	24 %	5
Landkreise											
Barnim	5.809	33	2.974	51 %	17	1.338	23 %	8	1.497	26 %	9
Dahme-Spreewald	4.171	26	2.004	48 %	13	1.313	31 %	8	854	20 %	5
Elbe-Elster	3.477	28	1.784	51 %	14	1.066	31 %	8	627	18 %	5
Havelland	4.146	27	1.896	46 %	12	1.336	32 %	9	914	22 %	6
Märkisch-Oderland	5.050	26	2.531	50 %	13	1.026	20 %	5	1.493	30 %	8
Oberhavel	5.686	29	2.396	42 %	12	1.479	26 %	8	1.811	32 %	9
Oberspreewald-Lausitz	3.426	25	1.755	51 %	13	825	24 %	6	846	25 %	6
Oder-Spree	4.916	25	2.546	52 %	13	995	20 %	5	1.375	28 %	7
Ostprignitz-Ruppin	3.547	32	1.579	45 %	14	1.056	30 %	10	912	26 %	8
Potsdam-Mittelmark	4.983	25	2.153	43 %	11	1.198	24 %	6	1.632	33 %	8
Prignitz	2.999	33	1.414	47 %	16	965	32 %	11	620	21 %	7
Spree-Neiße	3.425	24	1.637	48 %	12	964	28 %	7	824	24 %	6
Teltow-Fläming	4.097	25	1.716	42 %	11	1.149	28 %	7	1.232	30 %	8
Uckermark	4.694	33	2.257	48 %	16	1.386	30 %	10	1.051	22 %	7
Land Brandenburg	69.266	27	32.058	46 %	12	18.689	27 %	7	18.519	27 %	7
Deutschland	2.076.935	25	986.520	47 %	12	450.126	22 %	5	640.289	31 %	8

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005b), eigene Berechnungen

Ambulante Pflegedienste

In Brandenburg gab es am 15.12.2003 502 ambulante Pflegedienste (Abbildung 17). In den Jahren 1999 und 2001 waren es noch 516 Pflegedienste gewesen; dies entspricht einem Rückgang von rund 3 %.

Abbildung 17: Ambulante Pflegedienste in Brandenburg



Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Strukturatlas

Die Pflegedienste waren zu 60,4 % in privater (Deutschland: 41 %), zu 38,5 % in freigemeinnütziger (Deutschland: 57 %) und zu 0,8 % in öffentlicher Trägerschaft.

In diesen Pflegediensten arbeiteten 6.865 Beschäftigte, davon rund 93 % Frauen und rund 63 % Teilzeitbeschäftigte (Deutschland: 71 %). Auf 1000 Einwohner kamen in Brandenburg damit 2,7 Beschäftigte (Deutschland: 2,4). Allerdings kommen auf jeden Beschäftigten 2,7 Pflegebedürftige (Deutschland: 2,4)

Die Anzahl der Beschäftigten ist gegenüber 2001 (6.228) um rund 10 % gestiegen. Zusammen mit dem o. g. Rückgang der Anzahl der Dienste deutet dies auf einen Konzentrationsprozess im ambulanten Pflegesektor hin.

Die wirtschaftliche Lage wird von den ambulanten Pflegediensten in Brandenburg vergleichsweise negativ beurteilt: 28 % schätzten die Lage als ‚eher schlecht‘ oder ‚sehr schlecht‘ ein.⁵⁸

Tabelle 22: Grunddaten zu den ambulanten Pflegediensten in Brandenburg nach Verwaltungsbezirken im Jahr 2003

	Pflege- dienste	Beschäftigte	Pflege- bedürftige	Pflegebedürftige / Beschäftigte	Pflegebe- dürftige / Pfl- gedienst
Kreisfreie Städte					
Brandenburg an der Havel	9	182	503	2,8	56
Cottbus	26	290	833	2,9	32
Frankfurt (Oder)	9	102	256	2,5	28
Potsdam	23	404	1001	2,5	44
Landkreise					
Barnim	33	393	1338	3,4	41
Dahme-Spreewald	30	454	1313	2,9	44
Elbe-Elster	34	391	1066	2,7	31
Havelland	32	537	1336	2,5	42
Märkisch-Oderland	28	402	1026	2,6	37
Oberhavel	42	632	1479	2,3	35
Oberspreewald-Lausitz	25	297	825	2,8	33
Oder-Spree	31	359	995	2,8	32
Ostprignitz-Ruppin	28	418	1056	2,5	38
Potsdam-Mittelmark	31	443	1198	2,7	39
Prignitz	18	329	965	2,9	54
Spree-Neiße	33	364	964	2,6	29
Teltow-Fläming	32	427	1149	2,7	36
Uckermark	38	441	1386	3,1	36
Land Brandenburg	502	6.865	18.689	2,7	37
Deutschland	10.619	200.897	450.126	2,2	42

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005c)

Auch in Brandenburg stehen die Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste unter hohen beruflichen Belastungen. Damit zusammen hängen

⁵⁸ MASGF (2005b:69).

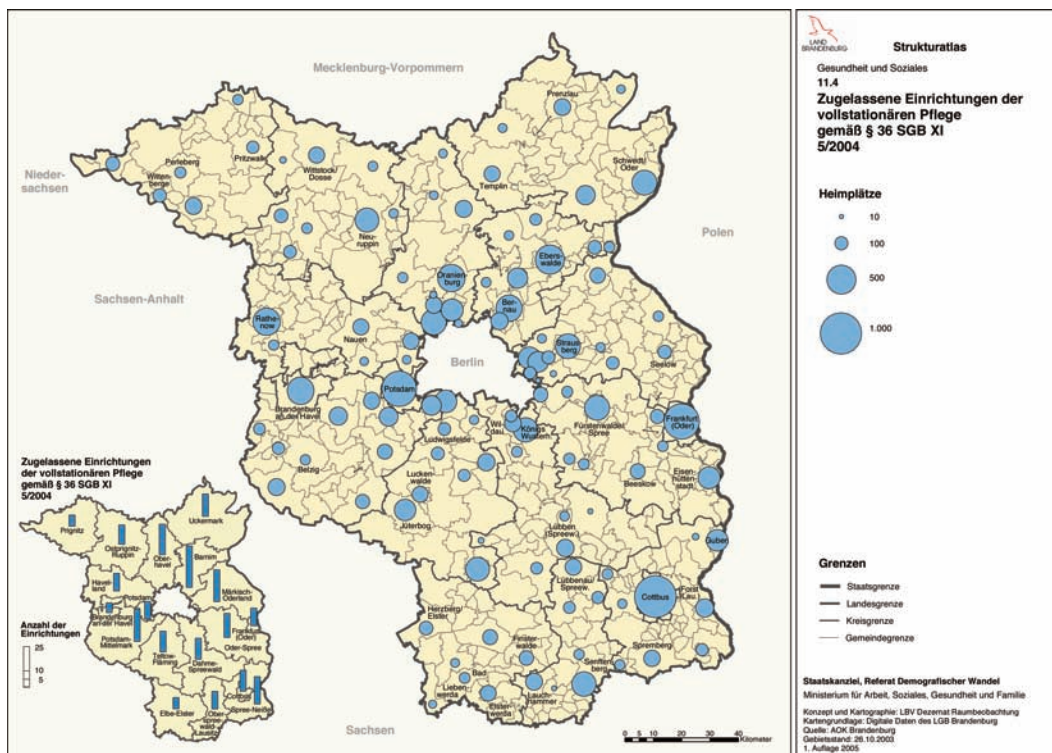
auch die erheblichen Rekrutierungsschwierigkeiten der ambulanten Dienste⁵⁹, die – verbunden mit einer Ausbildungsquote von nur 3 %⁶⁰ – auf eine angespannte Personalsituation hindeuten.

In Brandenburg kamen auf jede Beschäftigte in einem ambulanten Pflegedienst durchschnittlich 2,7 Pflegebedürftige (Deutschland: 2,2). Während es aber im Barnim 3,4 Pflegebedürftige je Beschäftigte waren, kamen in Potsdam, Frankfurt und Ostprignitz-Ruppin nur 2,5 Pflegebedürftige auf eine Beschäftigte (vgl. Tabelle 22).

Pflegeheime

In Brandenburg gab es im Jahr 2003 insgesamt 282 Pflegeheime (davon 270 Pflegeheime für ältere Menschen) mit 20.109 Plätzen und 10.838 Beschäftigten (Abbildung 18). Auf 1.000 Einwohner kamen damit 4,2 Beschäftigte (Deutschland: 6,2).

Abbildung 18: Pflegeheime in Brandenburg 2003



Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Strukturatlas

⁵⁹ MASGF (2005b:78).

⁶⁰ MASGF (2005b).

Auch bei den Pflegeheimen sind innerhalb Brandenburgs regionale Unterschiede zu verzeichnen: Während im Landkreis Barnim und im Landkreis Teltow-Fläming nur 0,82 Pflegebedürftige auf einen Pflegeplatz kommen, sind es in Potsdam 1 Pflegebedürftiger und im Landkreis Oberhavel sogar 1,1 Pflegebedürftige je Pflegeplatz (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Grunddaten zu den stationären Pflegeheimen in Brandenburg nach Verwaltungsbezirken im Jahr 2003

	Einrichtungen	Plätze	Beschäftigte	Pflegebedürftige	Pflegebedürftige/Plätze	Pflegebedürftige / Beschäftigte
Kreisfreie Städte						
Brandenburg an der Havel	8	484	353	447	92 %	1,3
Cottbus	15	1.135	576	987	87 %	1,7
Frankfurt (Oder)	11	778	446	713	92 %	1,6
Potsdam	11	687	429	684	100 %	1,6
Landkreise						
Barnim	29	1.818	904	1497	82 %	1,7
Dahme-Spreewald	14	890	569	854	96 %	1,5
Elbe-Elster	7	742	363	627	85 %	1,7
Havelland	14	936	538	914	98 %	1,7
Märkisch-Oderland	22	1.596	869	1493	94 %	1,7
Oberhavel	23	1.642	789	1811	110 %	2,3
Oberspreewald-Lausitz	10	908	488	846	93 %	1,7
Oder-Spree	19	1.621	845	1375	85 %	1,6
Ostprignitz-Ruppin	16	975	473	912	94 %	1,9
Potsdam-Mittelmark	22	1.771	939	1632	92 %	1,7
Prignitz	8	647	363	620	96 %	1,7
Spree-Neiße	19	910	513	824	91 %	1,6
Teltow-Fläming	15	1.499	741	1232	82 %	1,7
Uckermark	19	1.070	640	1051	98 %	1,6
Land Brandenburg	282	20.109	10.838	18.519	92 %	1,7
Deutschland	9.743	713.195	511.000	640.289	90 %	1,3

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Pflegestatistik (2005c), eigene Berechnungen

Die beruflichen Belastungen sind auch in der stationären Pflege sehr hoch, allerdings werden die Rekrutierungsprobleme von den Einrich-

tungsträgern nicht ganz so gravierend eingeschätzt wie im ambulanten Bereich.⁶¹

Die Vergütung der stationären Dauerpflege lag in Brandenburger Pflegeheimen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (Tabelle 24).

Tabelle 24: Durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauerpflege (Euro pro Person und Tag)

	Pflegesatz der Pflegekasse			Unterkunft und Verpflegung
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	
Brandenburg	36	45	62	15
Berlin	45	62	74	16
Deutschland	41	55	69	19

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a)

Entwicklung

Wie die einleitende Darstellung der demographischen Entwicklung in Kapitel 1 gezeigt hat, wird sowohl die absolute Anzahl der Älteren als auch ihr relativer Anteil an der Bevölkerung in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Daraus resultiert bei gleich bleibenden Pflegewahrscheinlichkeiten in den einzelnen Alterskohorten auch gleichzeitig ein vermindertes familiäres Pflegepotenzial. Doch selbst wenn man ein konstantes Pflegepotenzial annimmt, ist – einer einfachen⁶² Fortschreibung zufolge – ein Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen in Brandenburg um 66 % von 69.270 im Jahr 2003 auf 115.174 im Jahr 2020 c. p. zu erwarten. Insbesondere im engeren Verflechtungsraum muss mit einem erheblichen Anstieg der Pflegebedürftigkeit gerechnet werden (vgl. Tabelle 25).⁶³

⁶¹ MASGF (2005b: 78).

⁶² Der Rahmen dieses Gutachtens erlaubt keine Erstellung eines detaillierten Pflegebedarfsmodells. Die hier angegebenen Werte können daher nur der groben Orientierung dienen.

⁶³ Allerdings konnten bei dieser Prognose keine unterschiedlichen Pflegewahrscheinlichkeiten je Alterskohorte für den e. V. und den ä. E. berücksichtigt werden, da diese nur für Brandenburg insgesamt vorlagen.

Tabelle 25: Fortschreibung des Pflegebedarfs in Brandenburg 2003-2020

	2003	2010	2015	2020	2003-2020
engerer Verflechtungsraum					
stationär	6.472	8.361	10.425	12.713	96 %
ambulant	6.486	10.544	12.561	14.646	126 %
Pflegegeld	11.544	16.012	18.223	20.421	77 %
Gesamt	24.502	34.916	41.209	47.780	95 %
äußerer Entwicklungsraum					
stationär	12.048	14.567	17.355	20.039	66 %
ambulant	12.203	14.882	17.434	19.709	62 %
Pflegegeld	20.517	23.110	25.556	27.646	35 %
Gesamt	44.768	52.559	60.345	67.394	51 %
Brandenburg					
stationär	18.519	22.928	27.779	32.752	77 %
Ambulant	18.689	25.425	29.995	34.355	84 %
Pflegegeld	32.061	39.122	43.780	48.067	50 %
Gesamt	69.270	87.475	101.554	115.174	66 %

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005c, 2006c); eigene Berechnungen

Nimmt man die bisherigen Versorgungsstrukturen in Brandenburg als Ausgangspunkt⁶⁴, ergäbe sich bei diesem Wachstum der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahre 2020 ein Bedarf an insgesamt 35.600 stationären Pflegeplätzen (+77 % im Vgl. zu 2003) und 929 Pflegediensten (+85 %). Damit verbunden wäre ein Beschäftigungspotenzial von rund 31.990 Beschäftigten (vgl. Tabelle 26).

Vor dem Hintergrund dieses enormen Wachstumspotenzials ist es wenig verwunderlich, dass die ambulanten Pflegedienste in Brandenburg bis 2010 mit einem Beschäftigtenwachstum von 12,8 % rechnen. Die Betreiber der Pflegeheime gaben sich nicht ganz so optimistisch, erwarten bis 2010 jedoch immerhin ein Beschäftigungswachstum von 2 %.⁶⁵

⁶⁴ Anzahl Pflegebedürftige je Einrichtung/Dienst, Anzahl Pflegebedürftige bezogen auf die Anzahl der Beschäftigten.

⁶⁵ MASGF (2005b: 77).

Tabelle 26: Prognose des Beschäftigungspotenzials im Pflegebereich 2003-2020

Beschäftigte in der Pflege	2003	2020	2003-2020
stationär	10.894	19.266	77 %
ambulant	6.922	12.724	84 %
Gesamt	17.816	31.990	80 %

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005c, 2006c); eigene Berechnungen

Auch hinsichtlich der Umsatzerwartungen für die nächsten beiden Jahre geben sich die Betreiber ambulanten Pflegedienste optimistischer. 40 % rechnen mit steigenden Umsätzen, aber nur 20 % der Pflegeheimbetreiber.⁶⁶

Wachstumshemmend kann sich vor allem die noch unzureichende Transparenz des Pflegemarktes auswirken: Dies gilt auf Seiten der Faktormärkte insbesondere für Träger/Investoren, die überlegen, in den Pflegebereich (bzw. die Immobilien) zu investieren und für Pflegekräfte, die in diesem Bereich tätig sind/werden wollen. Aber auch für die Nachfrager von Pflegeleistungen (Pflegerbedürftige und ihre Angehörigen) ist der Pflegemarkt hinsichtlich der Pflegequalität noch zu intransparent, um einen wirksamen Qualitätswettbewerb zu fördern. Ein Effizienzhindernis sind zudem die starren Versorgungsstrukturen (mit einer zu weitgehenden Trennung zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen) sowie die relative Homogenität und Standardisierung der angebotenen Pflegeleistungen. Insbesondere die Möglichkeiten des § 8 II SGB XI sind noch nicht hinreichend ausgeschöpft worden.

⁶⁶ MASGF (2005b: 70).

5.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Umfassender Aufbau neuer und Sanierung bestehender Pflegeheime (im Rahmen des Investitionsprogramms Pflege) • Gegenwärtig quantitativ weitgehend bedarfsgerechte Versorgungssituation • Wirtschaftskraft sowohl im engeren Verflechtungsraum als auch im äußeren Entwicklungsraum • Niedrigerer Pflegesatz als Berlin • Hohe Auslastung der Heime 	<ul style="list-style-type: none"> • Extrem kleinteilige Strukturen in der ambulanten Pflege • Ungünstige wirtschaftliche Lage der ambulanten Pflege • Geringe Attraktivität des Pflegeberufs aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen / überdurchschnittlich hohe Belastung des Pflegepersonals • Personalmangel / Rekrutierungsprobleme vor allem im ambulanten Bereich • Geringe Ausbildungsquote • Defizite in der Pflegequalität • Geringe Qualitätstransparenz für Pflegebedürftige und Angehörige • Geringe Markttransparenz für Fachkräfte und Investoren • Homogenes Leistungsangebot⁶⁷ • Rigide Leistungserbringungsstrukturen • Mangelnde ärztliche Versorgung v. a. im Entwicklungsraum • Experimentierklausel (§ 8 Abs. III SGB XI) nicht ausgeschöpft
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Änderungen der Pflegeversicherung (Aufstockung/Dynamisierung der Pflegeversicherungsbeiträge) • Investitionsschub durch private Investoren bei höherer Markttransparenz • Pflege als zentrales gesellschaftliches Handlungsfeld der Zukunft; großes Nachfragepotenzial • Höhere Effizienz in der Leistungserbringung durch flexiblere Strukturen der Leistungserbringung 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Änderungen der Pflegeversicherung – unzureichende Finanzierungsmöglichkeiten zur Befriedigung des Nachfragepotenzials • Personalmangel • Dequalifizierung des Personals durch bereichsspezifische Substitutionseffekte • Druck auf Pflegequalität

⁶⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005: 207).

6 Medizintechnik

6.1 Allgemeine Entwicklung

Eine allgemein verbindliche Definition der Medizintechnik existiert nicht. Häufig wird der Begriff sehr weit gefasst und umfasst alle Produkte, die unter das Medizinproduktegesetz fallen.⁶⁸ Dazu zählen u. a. Geräte zur bildgebenden Diagnostik, Strahlentherapiegeräte, Implantate und Prothesen, orthopädische Hilfen, Brillen und Hörgeräte bis hin zu Verbandmaterialien, Spritzen, Kanülen, Operationstischen und Krankenhausbetten.

Zieht man die Klassifizierung der Medizintechnik-Industrie nach Wirtschaftszweigen (WZ) heran, so kann man den WZ 33.1 ‚Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen‘ als ‚Medizintechnik i. e. S.‘ bezeichnen. Hinzu kommen aber noch die ‚Hersteller von augenoptischen Geräten‘ (WZ 33.40.1) und die ‚Hersteller von Behindertenfahrzeugen‘ (35.43.0). Bestimmte Bereiche der Medizintechnik (z. B. Diagnostika, Verbandmaterialien und Zahnfüllstoffe) fallen wiederum unter die Kategorie ‚Hersteller pharmazeutischer Spezialitäten‘ (24.42) sowie Hersteller von sonstigen Spezialchemikalien (24.66).

Im Jahre 2002 waren in Deutschland rund 108.000 Personen in der Medizintechnik-Industrie tätig, dies entspricht rund 2 % der Gesamtbeschäftigten im verarbeitenden Gewerbe. Die Branche ist im Vergleich zu 1995 um jährlich etwa 1,2 % gewachsen, während das verarbeitende Gewerbe insgesamt einen Beschäftigungsrückgang von jährlich 1,3 % verzeichnen musste. Ein Großteil dieser Beschäftigten waren bei Herstellern von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.10) beschäftigt (78,6 %), 19,9 % bei Herstellern von augenoptischen Erzeugnissen (WZ 33.40.1) und 1,5 % bei Herstellern von Behindertenfahrzeugen (WZ 35.43).

Im Jahr 2005 waren bei den Herstellern von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.10) insgesamt 90.465 Beschäftigte registriert, damit war also ein erneutes Wachstum um 6,5 % gegenüber dem Jahr 2002 zu verzeichnen.⁶⁹

⁶⁸ BMBF (2005: 9).

⁶⁹ Für die Hersteller von augenoptischen Erzeugnissen liegen für das Jahr 2005 keine Angaben vor.

Die medizintechnischen Betriebe sind mit durchschnittlich 78 Beschäftigten pro Betrieb wesentlich kleinbetrieblicher strukturiert als die deutsche Industrie insgesamt (130 Beschäftigte pro Betrieb).⁷⁰ Neben den großen, oft multinational tätigen Konzernen mit einem breiten Produktportfolio und häufig komplexen elektromedizinischen Systemen gibt es viele⁷¹ klein- und mittelständische Unternehmen, die mit einem kleinen Produktportfolio vor allem regionale und Nischenmärkte bedienen.

Spiegelt man diese Herstellerstatistik an der Statistik zur Herkunft medizintechnischer Produkte (GP 33.10), so zeigt sich, dass in Deutschland rund 70 % aller medizintechnischen Produkte der Güterklasse (33.10) von Unternehmen der Medizintechnik (WZ 33.1) hergestellt werden. Bedeutsam sind weiter Unternehmen von Elektrizitätsverteilungs- und Schalteinrichtungen sowie Hersteller von Rundfunkgeräten und Fernsehern, von Datenverarbeitungsgeräten und –einrichtungen (Anteil insgesamt 20,9 %).

Auf der anderen Seite sind die dedizierten Medizinproduktehersteller in Deutschland (WZ 33.1) hoch spezialisiert: Sie stellen zu über 93 % Produkte der Güterklasse 33.1 her.

Insgesamt betrug der Umsatz der Medizintechnik-Unternehmen (WZ 33.1) in Deutschland im Jahre 2004 rund 12,4 Mrd. € (2003: 11,2 Mrd. €);⁷² der Gesamtumsatz der Medizintechnikbranche (inkl. WZ 33.40.1 und 35.43) wurde für das Jahr 2002 auf rund 14 Mrd. € geschätzt. Die Medizintechnik ist damit nur ein kleiner Teilbereich des verarbeitenden Gewerbes, weist aber bei der Nettoproduktion von 1995 bis 2002 mit rund 50 % eine deutlich höhere Wachstumsrate auf als das verarbeitende Gewerbe insgesamt (18 %).⁷³

Von hoher Bedeutung im medizintechnischen Produktportfolio sind zahnärztliche Materialien, Geräte und Systeme mit einem Anteil von 14,6 % sowie Röntgen- und Strahlentherapiegeräte mit einem Anteil von 14,5 %. Das stärkste Wachstum lag von 1995 bis 2002 mit jahresdurchschnittlich rund 12,6 % bei den – sehr forschungs- und technologieintensiven – Implantaten und Prothesen, während die Absatzproduktion bei den eher standardisierten Produkten (medizinischen Textilien, Kautschukprodukte und Verbandmaterialien) aufgrund erhöhter Importe rückläufig war.

Betrachtet man die Nachfragerseite, so fragten die Einrichtungen des Gesundheitswesens im Jahr 2002 für rund 17,9 Mrd. € Medizintechnik

⁷⁰ BMBF (2005: 69).

⁷¹ Im Jahre 2002 hatten 50,4 % aller Betriebe (WZ 33.10) nicht mehr als 19 Beschäftigte. Auf diese Betriebe entfielen 6,7 % der Beschäftigten.

⁷² Statistisches Bundesamt (2006a), Statistisches Bundesamt (2005e).

⁷³ BMBF (2005: 23).

nach.⁷⁴ Davon entfiel gut ein Drittel auf den Krankenhaussektor, ein weiteres Drittel auf die Arzt- und Zahnarztpraxen.⁷⁵

Von 2002-2005 war ein durchschnittliches Wachstum der Ausgaben für Medizintechnik von 4,2 % jährlich zu verzeichnen.⁷⁶

Internationale Entwicklung

Der Internationalisierungsgrad der Medizintechnik ist je nach Branchensegment sehr unterschiedlich: Vor allem der Hochtechnologie-Bereich ist stark globalisiert; die Exportquote der Hersteller von elektromedizinischen Geräten und Instrumenten lag im Jahr 2005 bei 74,4 %. Andere Teilbereiche hingegen sind noch stärker national strukturiert: Bei den Herstellern von orthopädischen Erzeugnissen lag die Exportquote bei 43,8 %, bei zahntechnischen Laboratorien gar nur bei 7,7%.

Der Weltmarkt für Medizintechnik hat ein Volumen von schätzungsweise 200 Mrd. € und ist in den 90er Jahren mit durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten von 11 % kräftig expandiert. Seitdem hat sich das Wachstum etwas abgeschwächt und lag in den Jahren 2000 bis 2002 bei etwa 6,8 % jährlich.⁷⁷ Das Wachstum der Medizintechnik in Deutschland in den vergangenen Jahren war insgesamt sehr stark durch die steigende Auslandsnachfrage geprägt.

Deutschland gehört neben den USA und Japan weltweit zu den größten Produzenten und Absatzmärkten für medizintechnische Produkte.

Im internationalen Wettbewerb konnte Deutschland seine Ausfuhren in den letzten Jahren zwar steigern, blieb mit seinen Wachstumsraten aber unter dem Durchschnitt der OECD. Das gleichzeitig auch die medizintechnischen Importe stärker gestiegen sind als die Importe insgesamt, deutet auf eine verstärkte internationale Arbeitsteilung hin. Besondere internationale Wettbewerbsvorteile hat Deutschland vor allem bei einigen forschungs- und technologieintensiven Produkten, wie etwa den Röntgen- und Strahlentherapiegeräten, bei zahnärztlichen Materialien und Geräten, bei Diagnostika und Reagenzien, bei anderen pharmazeutischen Medizinprodukten sowie bei besonderen Einrichtungen für Kliniken und Arztpraxen und anderen Elektrodiagnosegeräten. Diese komparativen Vorteile sind jedoch in vielen Bereichen rückläufig, während es in den standardisierten und weniger forschungsintensiven Bereichen bereits jetzt keine komparativen Vorteile für Deutschland mehr gibt.

⁷⁴ BMBF (2005: 665).

⁷⁵ BMBF, (2005: 666).

⁷⁶ BMBF (2005: 676.)

⁷⁷ DIW (2005: 13).

Entwicklung

Für die Medizintechnikmärkte in der EU, den USA und Japan wird bis zum Jahr 2010 mit einem Umsatzwachstum auf rund 268 Mrd. € gerechnet.⁷⁸ Dieser Prognose nach werden die Krankenhäuser ihre dominierende Nachfrageposition nach medizintechnischen Produkten noch weiter ausbauen, während andere Bereiche – insbesondere die Zahntechnik und die Hilfsmittel – relativ an Bedeutung verlieren werden. Neue Chancen für die Medizintechnik werden aber auch im wachsenden ambulanten Markt gesehen.

Eine andere Studie sieht allerdings auch die Möglichkeit, dass ein stagnierender Binnenmarkt verbunden mit einer zu geringen Wettbewerbsfähigkeit der vergleichsweise kleinen deutschen Medizintechnikhersteller (und insbesondere der Start-ups) auf dem Weltmarkt zukünftig Arbeitsplätze in der Medizintechnik-Branche gefährden könnte.⁷⁹

6.2 Situation in Brandenburg

In Brandenburg waren im Jahr 2005 in 35 medizintechnischen Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten⁸⁰ (WZ 33.1) 1207 Beschäftigte tätig und erwirtschafteten einen Umsatz von 88,9 Mio. €. Im Vergleich zu 2001 ist die Anzahl der Beschäftigten um 19 % und der Umsatz um gut ein Viertel gestiegen (vgl. Tabelle 27).

Damit sind in Brandenburg rund 1,4 % aller Beschäftigten des produzierenden Gewerbes in der Medizintechnik i. e. S. (WZ 33.10) tätig. Damit entspricht dieser Anteil in Brandenburg in etwa dem bundesweiten Anteil. Hinzu kommen für das Jahr 2005 noch zwei Unternehmen, die Behindertenfahrzeuge herstellen (35.43), für die aber aus Datenschutzgründen keine Beschäftigtendaten vorliegen, und vier Hersteller von augenoptischen Erzeugnissen (33.40.1) mit insgesamt 808 Beschäftigten und 57,7 Mio. € Umsatz.⁸¹

78 BMBF (2005: 720).

79 DIW (2005: 213).

80 Die Pflicht zur statistischen Erfassung gilt nicht für kleinere Unternehmen.

81 Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006b); Mitteilung LDS.

Tabelle 27: Betriebe, Beschäftigten und Umsatz von Betrieben in der Medizintechnik in Brandenburg 2001-2005

	Anzahl Betriebe	Beschäftigte	Umsatz in Mio. €
2001	33	1015	71,8
2002	33	1023	71,9
2003	34	1050	103,4
2004	34	1217	100,4
2005	35	1207	88,9

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006b), nur WZ 33.10 (mit mehr als 20 Mitarbeitern)

Berücksichtigt man nun, dass von der Statistik nur Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten erfasst werden, dürfte der Beschäftigungseffekt durch die Medizintechnik tatsächlich noch etwas höher liegen: Nach Angaben der ZAB gab es im Jahr 2004 36 Medizintechnik-Unternehmen unter 20 Beschäftigte mit insgesamt 413 Beschäftigten und einem Umsatz von 38,1 Mio. €⁸²

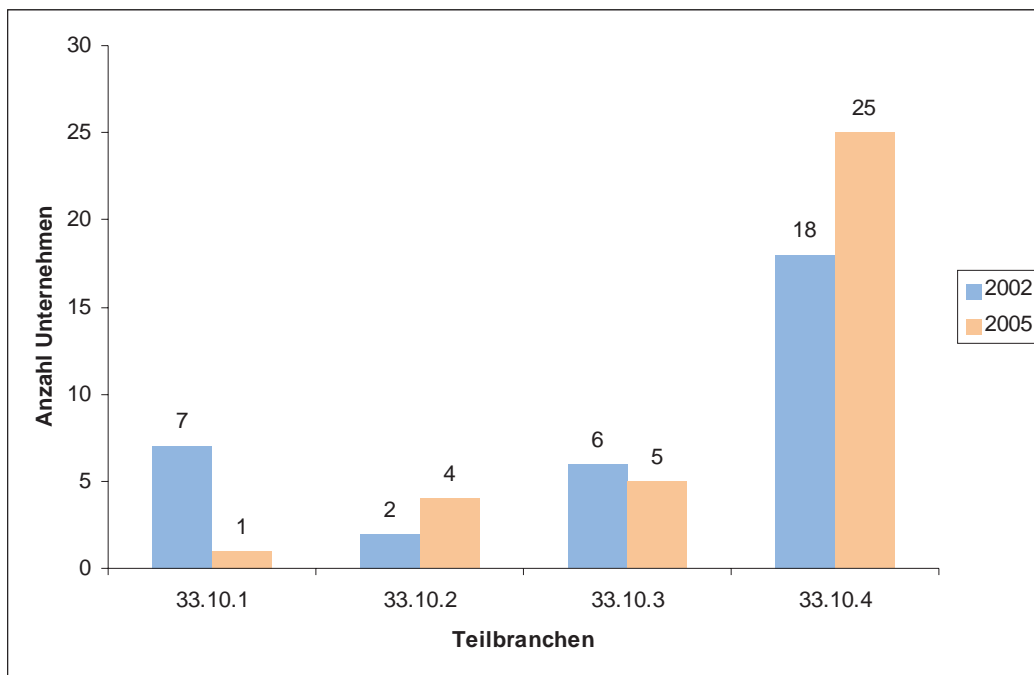
Im Gegensatz zur Situation in Deutschland insgesamt ist in Brandenburg die Herstellung medizintechnischer Produkte fast ausschließlich auf medizintechnische Unternehmen beschränkt: 35 von 36 Unternehmen, die für das Jahr 2005 angaben, Medizinprodukte (GP 33.10) herzustellen, fielen in die Kategorie medizintechnischer Unternehmen (WZ 33.10).

Das Produktportfolio der Brandenburger Medizintechnik-Unternehmen umfasst auch verschiedene innovative und wachstumsträchtige Bereiche (z. B. Implantate und Biomechanik, minimal-invasive Medizin). Allerdings sind diese Firmen meist noch relativ jung und haben weniger als 20 Beschäftigte, so dass sie in der offiziellen Statistik nicht auftauchen. Ein im Bundesvergleich überdurchschnittlich hoher Anteil der Brandenburger Medizintechnik-Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten sind zahn-technische Laboratorien (Teilbranche 33.10.4). Ihr Anteil an den Medizintechnik-Unternehmen in Brandenburg ist seit 2002 von 55 % auf 71 % sogar noch gestiegen (vgl. Abbildung 19).⁸³

⁸² Mitteilung der ZAB.

⁸³ Diese Zahlen werden durch die Produktionsstatistik bestätigt. Danach waren im Jahr 2005 25 von 36 Betrieben, die Medizinprodukte herstellen, mit der Herstellung von ‚anderen Waren der Zahnprothetik‘ beschäftigt. Vgl. Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006b).

Abbildung 19: Verteilung der Brandenburger Medizintechnik-Unternehmen (WZ 33.1) auf Teilbranchen 2002 und 2005



33.10.1 - Hersteller von elektromedizinischen Geräten und Instrumenten, 33.10.2 - Hersteller von medizintechnischen Geräten; 33.10.3 - Hersteller von orthopädischen Erzeugnissen; 33.10.4 - Zahn technische Laboratorien

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Sonderauswertung

Medizintechnik-Hersteller finden sich in ganz Brandenburg; gerade die jüngeren, innovativen Unternehmen, die häufig im Umfeld Berliner Universitäten entstanden sind, haben sich jedoch verstärkt im engeren Verflechtungsraum niedergelassen.

Entwicklung

Die Medizintechnik in Brandenburg kann grundsätzlich am wachsenden Weltmarkt profitieren. Insbesondere die Neugründungen aus den Universitäten Berlins und eine intensive Anbindung bestehender Unternehmen an die Forschung (auch im Bereich der Biotechnik) können die Entwicklung innovativer Produkte fördern. Eine zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Brandenburg könnte auch die regionale Nachfrage nach Medizintechnik steigern. Generell wird es jedoch darauf ankommen, dass die Klein- und Kleinstunternehmen gemeinsam Vermarktungswege für ihre Produkte entwickeln und damit Zugang zum wachsenden Weltmarkt erhalten. Nachteilig für ein Beschäftigungswachstum der Medizintechnik in Brandenburg könnte sich die gegenwärtig ungünstige Branchenstruktur mit ihrem hohen Anteil an Unternehmen in nicht-technologieintensiven Bereichen auswirken. Hier ist mit einem steigenden

Preiswettbewerb durch eine zunehmende Auslandskonkurrenz zu rechnen.

6.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Internationaler Wachstumsmarkt • Hochinnovative Firmen (tw. Weltmarktführer in Nischenmärkten) • Zahlreiche Neugründungen durch Nähe zur Berliner Universitätslandschaft • Mit dem Standort Rathenow hat Brandenburg ein traditionsreiches Zentrum der optischen Medizintechnik. • Medizintechnik-Cluster am Standort Teltow 	<ul style="list-style-type: none"> • Durch kleinbetriebliche Strukturen Schwächen im Marketing und Vertrieb • Noch wenige produzierende Firmen • Überdurchschnittlich hoher Anteil von Unternehmen in wenig wachstumsintensiven Bereichen (Dentallabore) • Zu geringe Vernetzung der Innovationsbereiche/Forschung (z. B. Biotechnologie/Pharma) mit ‚Endverbrauchern‘ • Kleiner regionaler lokaler Markt
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Wachsender Weltmarkt • Telemedizin als nationales Instrument zur Förderung der Binnennachfrage (TEMPIS; www.tempis.de) • Stärkere Vernetzung der Medizintechnik-Unternehmen in der Region • Vernetzung mit wachsender Biotechnologie • Nähe zu Berlin (Unternehmensneugründungen und Kunden- und Kooperationspotenzial) • MedTecNet (www.medtecnet.de) als Chance, die bisher ungenutzten Potenziale vor allem im – regionalen – Vertrieb, aber auch in der Kooperation mit anderen Unternehmen und Endverbrauchern besser zu nutzen • Wo der Investitionsstau bei den Krankenhäusern durch Privatisierung aufgelöst werden kann, ergibt sich eine beträchtliche zusätzliche Nachfrage nach Medizintechnik-Produkten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dämpfung der Binnennachfrage aufgrund von Sparmaßnahmen in der GKV • Weitere Schrumpfung durch erhöhte Auslandskonkurrenz in den weniger innovativen Bereichen • Zugangsschwierigkeiten v. a. der Klein- und Kleinstunternehmen zum wachsenden Weltmarkt

7 Pharmazeutische Industrie

7.1 Allgemeine Entwicklung

In Deutschland gab es 2004 267 pharmazeutische Unternehmen.⁸⁴ Die Anzahl der Beschäftigten ist seit Anfang der 90er Jahre insbesondere aufgrund der Schrumpfung der ostdeutschen Chemie stark zurückgegangen, hat sich aber innerhalb der letzten Jahre bei etwa 121.000 Beschäftigten stabilisiert.

Die pharmazeutische Industrie weist eine gemischte Struktur mit kleinen, mittleren und großen Unternehmen auf. Die Unternehmen mit mehr als 1.000 Beschäftigten stellen sieben Prozent der Betriebe, erwirtschaften aber 66 Prozent der Produktionsleistung.

Die deutsche pharmazeutische Industrie hat im Jahr 2004 einen Umsatz von 30,5 Mrd. € erzielt.⁸⁵ Im Vergleich zur übrigen verarbeitenden Industrie war sie lange Zeit überdurchschnittlich wachstumsstark, insbesondere aufgrund des ständig ansteigenden Exports⁸⁶ bei relativ stagnierendem Binnenmarkt. Allerdings hat das Wachstum etwas an Fahrt verloren. Auch hat Deutschland als Produzent pharmazeutischer Produkte in einem weltweit wachsenden Markt an Bedeutung verloren. Kamen 1993 noch 9 % der weltweiten Produktion aus Deutschland, waren es im Jahr 2003 nur noch 7 %.

Mit einer Nettowertschöpfung von rund 73.300 € je Beschäftigten gehört die pharmazeutische Industrie in Deutschland zu den leistungsfähigsten Wirtschaftszweigen. Allerdings verzeichnete Deutschland im Vergleich mit den „großen“ Pharmedien gemessen an der Wertschöpfung die schwächste Entwicklung. In Bezug auf die Produktion hat sich Deutschland ungefähr durchschnittlich entwickelt, jedoch deutlich schwächer als die USA.⁸⁷

Im deutschen GKV-Fertigarzneimittelmarkt hat in den letzten Jahren eine Marktkonzentration auf wenige Hersteller stattgefunden. Hatten die 50

⁸⁴ WZ 24.41 und 24.42; Statistisches Bundesamt (2006a).

⁸⁵ Statistisches Bundesamt (2006a).

⁸⁶ Im Jahre 2004 lag die Exportquote bei 55 %.

⁸⁷ OECD Health Data.

umsatzstärksten Hersteller 1995 nur etwas mehr als 60 % des gesamten Umsatzes erwirtschaftet, ist ihr Umsatzanteil auf über 80 % im Jahr 2004 angestiegen. Diese Marktkonzentration geht eindeutig zu Lasten der Firmen mit deutschem Firmensitz. Bei den dafür ursächlich verantwortlichen Konzentrationsprozessen hatte Deutschland das Nachsehen und Länder wie die USA, die Schweiz, Frankreich oder Großbritannien gehen hierbei als klare Gewinner hervor.

Die pharmazeutische Industrie ist hochgradig forschungsintensiv: 15,7 % aller Beschäftigten arbeiten in der Forschung und Entwicklung (FuE).⁸⁸ Deutschland ist ein wichtiger Standort für die Pharmaforschung und weist weltweit das fünftgrößte Ausgabenvolumen für pharmazeutische FuE weltweit auf. An qualifiziertem FuE-Personal herrscht kein grundlegender Mangel. Allerdings deuten die meisten Indikatoren darauf hin, dass das pharmazeutische FuE- bzw. Wertschöpfungspotenzial in Deutschland nicht in einem vergleichbaren Ausmaß ausgeschöpft wird wie in den wichtigsten Konkurrenzländern. In den letzten Jahren lässt sich in der Pharmaindustrie insgesamt ein Innovationsstau verzeichnen; die Anzahl der neuen Wirkstoffe ging weltweit deutlich zurück. Große Hoffnungen werden daher auf die ‚rote‘ Biotechnologie gesetzt, die in Zukunft verstärkt als Innovationsmotor für die ‚chemische‘ Pharmaindustrie dienen soll.⁸⁹

Entwicklung

Insgesamt wird erwartet, dass der Weltmarkt für pharmazeutische Produkte weiter wachsen wird. Inwieweit deutsche Unternehmen daran partizipieren können, hängt insbesondere davon ab, wie sie ihre Innovationskraft steigern können. Ansatzpunkte bietet hier eine enge Kooperation mit der Biotechnologie. Auf der Produktionsseite hingegen wird der internationale Wettbewerb den Pharma-Standort Deutschland weiter unter Druck setzen.

7.2 Situation in Brandenburg

Gemäß der Betriebsstatistik gab es im Jahr 2005 in Brandenburg nur drei Hersteller von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen mit insgesamt 581 Mitarbeitern und einem Umsatz von 93,6 Mio. € (vgl. Tabelle 28).⁹⁰

⁸⁸ Zum Vergleich: In der chemischen Industrie insgesamt sind es 10,9 %, im Maschinenbau 6,0 %. Vgl. Verband forschender Arzneimittelhersteller (2005: 26).

⁸⁹ Vgl. dazu Kapitel 8.

⁹⁰ Zieht man die Produktionsstatistik des Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg heran, waren es im Jahr 2005 5 Unternehmen mit einem

Damit waren in Brandenburg rund 0,7 % aller Beschäftigten des verarbeitenden Gewerbes in der Pharmaindustrie tätig.

Tabelle 28: Pharmaindustrie in Brandenburg 2005

WZ		Betriebe	Beschäftigte	Umsatz in Mio. €
24.41	Pharmazeutische Grundstoffe	1	k. A.	k. A.
24.42	pharmazeutische Spezialitäten und sonstige pharmazeutische Erzeugnisse	3	581	93,6

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, (2006b)

Vor allem *Altana* in Oranienburg mit 370 Mitarbeitern und 44 Mio. Euro Umsatz im Jahr 2005⁹¹ und – zu einem deutlich kleineren Teil – die *medphano GmbH* in Rüdersdorf machen den Großteil der pharmazeutischen Industrie in Brandenburg aus.

Altana ist gegenwärtig ein international agierendes, hochprofitables, wachsendes Chemie- und Pharmaunternehmen. Im Pharmasektor ist es vor allem in den Bereichen Magen-Darm, Atemwege und seit kurzem Onkologie tätig. *Altana Pharma* hat in den letzten Jahren massiv in den Ausbau des Standortes Oranienburg investiert und produziert dort eine Vielzahl von Medikamenten. Das Magen-Mittel Pantoprazol ist jedoch das mit Abstand wichtigste Medikament von *Altana* (mit 1,36 Mrd. Euro 58 % des Gesamtumsatzes von *Altana Pharma* im Jahre 2005). Hier wird auch für die nächsten Jahre noch ein deutliches Wachstum erwartet; allerdings sieht sich *Altana* in den USA und in Europa bereits 2009 respektive 2010 vor einem Patentverlust für dieses wichtige Produkt, was den Umsatz deutlich reduzieren dürfte.

Die pharmazeutische Industrie war der wichtigste Exporteur Brandenburgs. Sie hat einen Anteil von zehn Prozent an der gesamten brandenburgischen Wareneinfuhr eingenommen, die in 2004 den Rekordwert von nahezu 5,5 Milliarden Euro erreichte.

Produktionswert von 88,4 Mio. €, vgl. Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006a).

⁹¹ Altana Geschäftsbericht 2005.

Entwicklung

Vorhersagen zur Entwicklung der Pharmabranche in Brandenburg sind allein schon deswegen nicht möglich, weil es eine Branche nahezu nicht gibt: Die weitere Entwicklung hängt daher zunächst einmal ganz unmittelbar von der Entwicklung des *Altana*-Standortes in Oranienburg und dieser wiederum von der Umsatzstärke des Medikamentes Pantoprazol ab. Chancen für *Altana* und die Neuansiedlung von Unternehmen bieten sich aber aufgrund der starken Biotechnologie in der Region Berlin-Brandenburg.

7.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Ein weltweit tätiges, forschendes pharmazeutisches Unternehmen mit einem aktuellen Blockbuster-Medikament, hohen Entwicklungskompetenzen für feste Medikamentenformen und umfangreichen Produktionskapazitäten • Nähe zur Berliner Forschungslandschaft und zum Gesundheitsmarkt • Nähe zu Berlin-Brandenburger Biotech-Unternehmen für Kooperationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr wenige Firmen, hohe Abhängigkeit von <i>Altana</i> in Oranienburg; <i>Altana</i> wiederum ist in hohem Maße abhängig von seinem Blockbuster Pantoprazol (der in Oranienburg produziert wird). • Vorrangig im engeren Berliner Verflechtungsraum angesiedelt • Zu geringe Vernetzung der Innovationsbereiche/Forschung (z. B. Biotechnologie/Pharma) mit ‚Endverbrauchern‘ (->Clinical Research Centres in Brandenburg) • Wenig stimulierende bundesweite Marktsituation
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmabranche in Brandenburg = weitere Entwicklung <i>Altana</i> • Profitieren von starker Position der Biotechnologie in der Region • Stärkung als FuE-Standort • Wachsender Weltmarkt 	<ul style="list-style-type: none"> • Dämpfung der Binnennachfrage aufgrund von Sparmaßnahmen in der GKV • Pharmabranche in Brandenburg = weitere Entwicklung <i>Altana</i>, sehr unsicher, da kleine Pipeline und unsichere Zukunft des Unternehmens • Weiterer Abbau des Produktionsstandorts Deutschland: Verlagerung der Produktion von Standardprodukten in Entwicklungs- und Schwellenländer

8 Biotechnologie

8.1 Allgemeine Entwicklung

Gemessen an der Anzahl von Biotech-Unternehmen ist Deutschland, nachdem es im Jahr 1999 diesbezüglich erstmals das Vereinigte Königreich übertraf, im weltweiten Vergleich hinter den USA der zweitwichtigste Standort.⁹² Rund 19 % aller Biotech-Kernunternehmen⁹³ in Europa waren im Jahr 2004 in Deutschland angesiedelt.

Allerdings variiert die Anzahl der Biotech-Unternehmen in Deutschland je nach Abgrenzung: Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 2004 insgesamt 1.208 Biotech-Unternehmen. Von diesen wurden 572 als Biotech-Kernunternehmen eingestuft. Hiervon waren wiederum (hochgerechnet) 538 Unternehmen auch operativ tätig (die restlichen Unternehmen waren noch nicht operativ tätig oder z. B. infolge von Finanzierungsschwierigkeiten operativ ruhend). Der pharma-relevanten „roten Biotechnologie“ wurden hiervon 421 Kernunternehmen zugerechnet. Die Zahl 346 bezieht sich auf Biotech-Kernunternehmen nach der engeren

⁹² Deutsche Industrievereinigung Biotechnologie (2005: 5).

⁹³ Für eine datenbasierte Bestandsaufnahme der pharmazeutischen Biotechnologie sind unterschiedliche Begriffsabgrenzungen zu berücksichtigen. Bereits für den übergeordneten Begriff der Biotechnologie existiert keine einheitlich akzeptierte Definition. Viele Erhebungen beziehen sich auf die Biotech-Branche insgesamt, d. h., sie erfassen nicht nur die „rote Biotechnologie“, die sich mit human- und veterinärmedizinischen sowie pharmazeutischen Entwicklungs- und Anwendungsstrategien befasst, sondern auch die „grüne Biotechnologie“ (insbesondere Pflanzen- und Lebensmittelbiotechnologie) und die „graue Biotechnologie“ (Bioverfahrenstechnik in der Industrie und im Umweltschutz). In Deutschland sind ungefähr zwei Drittel der Biotech-Unternehmen der hier interessierenden „roten Biotechnologie“ zuzurechnen. Nicht alle Unternehmen, die in der Biotechnologie tätig sind, sind ausschließlich dieser Branche zuzurechnen. Das Statistische Bundesamt unterscheidet zwischen Biotech-Kernunternehmen, Ausrüstern, Kombinationen aus beiden, größeren Life Sciences-Unternehmen sowie Beratern und Finanzdienstleistern, die im Bereich Biotechnologie tätig sind. Die OECD differenziert nach „dedizierten Biotechnologie-Unternehmen“, deren wesentliches Unternehmensziel die Anwendung biotechnologischer Verfahren zur Herstellung von Gütern oder zu FuE-Zwecken ist, und nach Unternehmen, bei denen die Biotechnologie nur einen Teil des Geschäfts- und Tätigkeitsfeldes ausmacht (z. B. Pharma- und Chemieunternehmen) (biotechnologie.de 2006, S. 6 f.).

Definition der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young, die seit einigen Jahren einen Biotechnologie-Report für Deutschland erstellt; die Angabe umfasst neben der „roten“ auch die anderen Bereiche der Biotechnologie.⁹⁴ Eine Befragung im Auftrag des BMBF ergab, dass am Ende des Jahres 2005 in Deutschland 480 dedizierte Biotech-Unternehmen tätig waren und sich weitere 59 Unternehmen (z. B. Pharma- und Chemieunternehmen) in der Biotechnologie engagierten⁹⁵.

Von den dedizierten Biotech-Unternehmen widmet sich der überwiegende Teil (rd. 83 %) dem Bereich Gesundheit/Medizin.⁹⁶

Die dedizierten Biotech-Unternehmen hatten im Jahr 2005 rd. 13.000 Beschäftigte. In der gesamten Biotech-Branche waren knapp 24.000 Beschäftigte tätig, so dass ein hoher Anteil der Beschäftigten auf die Unternehmen entfällt, bei denen die Biotechnologie nur einen Teil des Geschäfts- und Tätigkeitsfeldes ausmacht, wie z. B. Pharma- und Chemieunternehmen. Folglich sind – gemessen an ihren Beschäftigtenzahlen – die dedizierten Biotech-Unternehmen in Deutschland relativ klein. Die Befragung im Auftrag des BMBF ergab für 2005, dass rd. 88 % der dedizierten Biotech-Unternehmen weniger als 50 Mitarbeiter und fast 41 % sogar weniger als zehn Mitarbeiter hatten. Dass die deutsche Biotech-Branche noch sehr jung ist, zeigt das durchschnittliche Alter dieser Firmen von nur knapp sieben Jahren (Ende 2005); die Hälfte von ihnen wurde zwischen den Jahren 1997 und 2001 gegründet.⁹⁷

Der Umsatz, den die 346 Biotech-Unternehmen (gemäß der Abgrenzung von Ernst & Young) im Jahr 2004 in Deutschland erzielten, betrug 1,03 Mrd. €⁹⁸ Die Erhebung im Auftrag des BMBF ergab für das Ende des Jahres 2005 einen Umsatz der 480 dedizierten Biotech-Unternehmen in Höhe von rd. 1,54 Mrd. €, dem FuE-Aufwendungen in Höhe von 714 Mio. € gegenüberstanden.⁹⁹ Der Umsatz der roten Biotech-Firmen beträgt damit geschätzte 1,28 Mrd. €¹⁰⁰

Die Daten zum Umsatz und zur Beschäftigtenzahl deuten auf eine unterdurchschnittliche Unternehmensgröße bzw. einen geringeren „Reifegrad“ der Biotech-Unternehmen in Deutschland auch im Vergleich zu anderen

⁹⁴ Ernst & Young (2005: 10, 22, 132).

⁹⁵ Hierbei wurden auch diejenigen in Deutschland tätigen Unternehmen erfasst, die sich im Mehrheitsbesitz eines ausländischen Mutterkonzerns befinden.

⁹⁶ biotechnologie.de (2006: 9, 13).

⁹⁷ biotechnologie.de (2006: 9 f).

⁹⁸ Deutsche Industrievereinigung Biotechnologie (2005. 5); eigene Berechnungen.

⁹⁹ Biotechnologie.de (2006: 12).

¹⁰⁰ Kalkuliert aus dem Gesamtumsatz und multipliziert mit dem Anteil der roten Biotech-Firmen an allen Biotech-Firmen in Deutschland (83 %).

Ländern hin: Während ein Biotech-Kernunternehmen in Deutschland im Jahr 2004 durchschnittlich 29 Mitarbeiter beschäftigte, waren es im europäischen Durchschnitt 40 und in den USA 130 Mitarbeiter. Auch der durchschnittliche Umsatz je Unternehmen liegt in Deutschland unter den entsprechenden Vergleichswerten für Europa und die USA. Das Statistische Bundesamt berichtet jedoch, dass die Entwicklungstendenz in der Biotech-Branche in Deutschland unverkennbar zu größeren wirtschaftlichen Einheiten gehe.¹⁰¹ Zwischen 1997 und 2000 kam es zu einem regelrechten Gründungsboom, der zu einem starken Anstieg der Anzahl der Biotech-Kernunternehmen führte. Seit dem Jahr 2001 ist die Anzahl der Neugründungen rückläufig.¹⁰² Je nach Abgrenzung des Unternehmensbegriffs hat dies zu einer verhaltenen Zunahme der Gesamtzahl an Biotech-Kernunternehmen geführt (Statistisches Bundesamt)¹⁰³ oder gar zu einer leichten Abnahme (Abbildung 20).

Die Finanzierungssituation hat sich für die Biotech-Kernunternehmen in Deutschland in den Jahren 2004 und 2005 wieder merklich verbessert¹⁰⁴. Im Jahr 2004 konnte neben einem Börsengang erstmals wieder Eigenkapital über Kapitalerhöhungen in einem beachtlichen Umfang aufgenommen werden. Das Volumen der Wagniskapitalfinanzierung stieg geringfügig an. Insgesamt waren im Jahr 2005 rund 44 % der dedizierten Biotech-Firmen in Deutschland wagniskapitalfinanziert und 35 % der dedizierten Biotech-Firmen haben öffentliche Fördermittel erhalten.¹⁰⁵

Mit Blick auf den FuE-Output der „roten Biotechnologie“, gemessen an den Patentanmeldungen zu Arzneimitteln mit biotechnologischem Bezug, steht die Biotech-Branche in Deutschland im internationalen Vergleich gut da: Ihr Anteil an der Gesamtanzahl der Patente lag mit 11 % im Jahr 2004 höher als die Anteile Japans, des Vereinigten Königreichs und Frankreichs.¹⁰⁶ Der weitaus größte Anteil entfiel mit 45 % auf die USA. Im Vergleich zum Jahr 1995 konnten die Biotech-Unternehmen in Japan ihren Anteil am stärksten erhöhen.

¹⁰¹ Statistisches Bundesamt (2005: 22).

¹⁰² Statistisches Bundesamt (2005: 19).

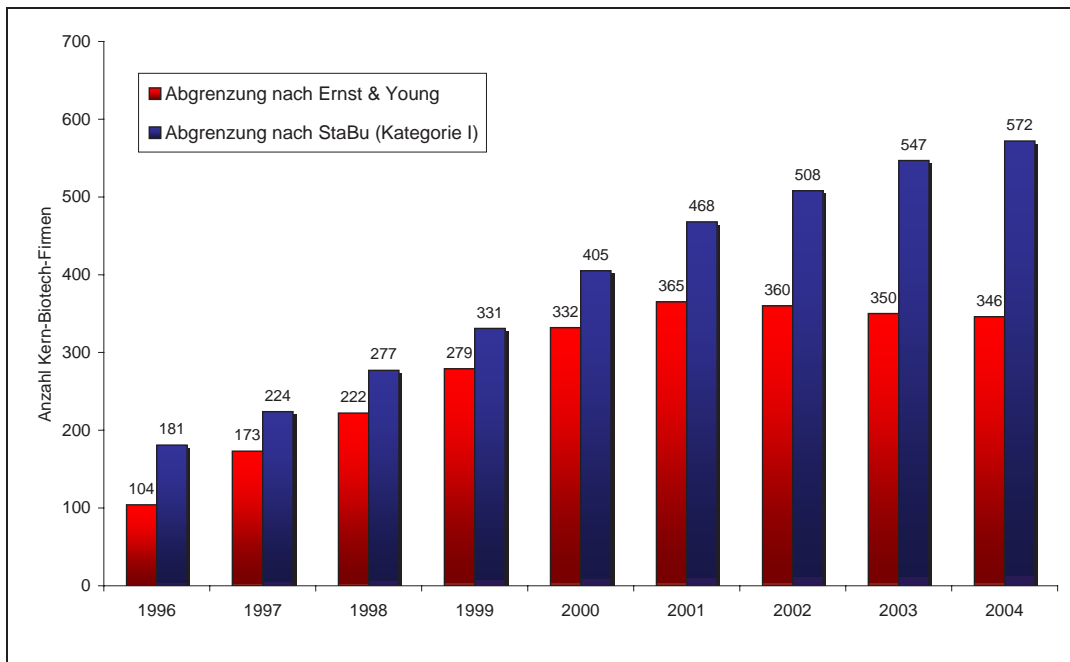
¹⁰³ Hierbei gilt zu berücksichtigen, dass in den Zahlen des Statistischen Bundesamtes auch nicht operativ tätige Unternehmen enthalten sind.

¹⁰⁴ Ernst & Young (2005: 104).

¹⁰⁵ biotechnologie.de (2006: 12).

¹⁰⁶ Deutsches Patentamt gemäß Deutsche Industrievereinigung Biotechnologie (2005: 6).

Abbildung 20: Anzahl der Biotech-Kernunternehmen in Deutschland, 1996-2004



Quellen: Ernst & Young (2005: 10); Statistisches Bundesamt (2005: 19); eigene Berechnungen

Ein wesentlicher Indikator für den (zukünftigen) FuE-Output ist die Anzahl der in der Entwicklung befindlichen Wirkstoffe. Die Anzahl der in der Entwicklung befindlichen Wirkstoffe der Biotech-Kernunternehmen in Deutschland hat im Jahr 2004 gegenüber den beiden Vorjahren nochmals deutlich zugenommen. Dabei gelingt es den Firmen zunehmend, an mehreren Wirkstoffen gleichzeitig zu arbeiten und auf diese Weise eine Art Wirkstoffportfolio aufzubauen, mit dem das Entwicklungsrisiko stärker diversifiziert werden kann.¹⁰⁷

Ein weiterer entscheidender Faktor für junge Bio- bzw. Gentechnologie-Unternehmen sind die Existenz und der Zugang zu sog. innovativen Clustern, also die räumliche Konzentration innovativer Aktivitäten. Innovative Cluster repräsentieren häufig ein komplexes, vielfach verzweigtes Netzwerk unterschiedlicher Bereiche, die sämtlich zum – nicht zuletzt auch marktlichen – Erfolg einer Innovation beitragen. Dazu zählen angesehenen Universitäten und vielfältige Dienstleistungsbereiche wie Rechtsberatung, Marktforschung, Rekrutierungsdienste sowie Wagnisfinanzierung. Räumliche Nähe, die häufige persönliche und informelle Kontakte ermöglicht, gilt als wichtige Voraussetzung, um vor allem die zukünftige Entwicklung von Technik und Märkten in frühen Marktphasen besser abschätzen zu können.

¹⁰⁷ Ernst & Young (2005: 30, 35).

Mögliche Formen von Kooperationen und neuer Arbeitsteilung zwischen den großen und kleinen Unternehmen im Bereich der Biotechnologie reichen von Lizenzierungen über einmalige Gemeinschaftsprojekte bis zu einer dauerhaften Forschungszusammenarbeit und Anteilsbeteiligungen bzw. der Forschungsfinanzierung durch die Großunternehmen. Während die kleineren Biotech-Unternehmen über komparative Vorteile insbesondere in den ersten Phasen des FuE-Prozesses verfügen, liegen die Stärken der großen Firmen vor allem in den kapitalintensiven Aufgaben wie den späteren Entwicklungsphasen der klinischen Forschung und der Vermarktung. Gleichzeitig setzen sie ihre Aktivitäten in den FuE-Bereichen fort, in denen sie über komparative Vorteile verfügen, speziell im systematischen, automatisierten Screening und in der kombinatorischen Chemie.

Die aktuell verfügbaren Erhebungen zeigen, dass es den Biotech-Unternehmen in Deutschland zunehmend gelingt, ihre Geschäftstätigkeit durch Kooperationen mit anderen Unternehmen¹⁰⁸ zu stärken. Die Auswertungen von Ernst & Young haben für das Jahr 2004 einen starken Anstieg der Anzahl kommerzieller Kooperationen ergeben, wobei sich die Vereinbarungen in einem größeren Ausmaß auf Produktentwicklung, Marketing und Vertrieb bezogen. Dies spricht für eine größere Marktnähe der Wirkstoffentwicklungen.

Insgesamt konnte sich die Biotech-Branche in Deutschland trotz erschwerter Rahmenbedingungen seit dem Ende des Börsenbooms im Jahre 2001 relativ gut behaupten. Die rückläufigen Entwicklungen der letzten Jahre bei Beschäftigung und FuE-Aktivitäten werden eher positiv als Teil einer notwendigen, die Branche insgesamt stärkenden Konsolidierung gesehen (vgl. Ernst & Young 2005, S. 19); diese betrifft vielfach die weniger profilierten Unternehmen, während zahlreiche Unternehmen auch für den Zeitraum zwischen 2002 und 2004 von durchaus positiven Entwicklungen berichteten (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 45). Im europäischen Vergleich fiel der Rückgang der Beschäftigung im Jahr 2004 in Deutschland geringer aus, der Umsatzzuwachs größer, und während sich die betrieblichen Verluste in Deutschland insgesamt verringerten, erhöhten sie sich auf europäischer Ebene. Allerdings stand die Schrumpfung der FuE-Aufwendungen der Biotech-Unternehmen in Deutschland im Gegensatz zur gesamteuropäischen Entwicklung (Ernst & Young 2005, S. 22).

¹⁰⁸ Unter Kooperationen werden in diesem Zusammenhang kommerzielle Vereinbarungen verstanden, die sich wahlweise auf eine längerfristige Zusammenarbeit, auf zeitlich und inhaltlich abgegrenzte Dienstleistungen (Auftragsforschung oder Auftragsproduktion) sowie auf Lizenzen beziehen können; vgl. Ernst & Young (2005: 80). Insbesondere für die etablierten Pharma-Unternehmen stellen sog. Einlizenzierungen eine attraktive Form der Kooperation mit Biotech-Unternehmen dar, weil diese ihnen ermöglicht, fixe FuE-Kosten in variable Kosten zu verwandeln.

Entwicklung

Auch die neuesten Daten für das Jahr 2005 bestätigen eine weiterhin positive Entwicklung der Branche in Deutschland (Ernst & Young 2006). Aufgrund der zunehmend besser gefüllten Produktpipelines der Unternehmen, den hervorragenden Standortbedingungen in den großen Biotechnologie-Clustern in Deutschland, der sich verbessernden Finanzierungssituation und des insgesamt wachsenden Markts ergeben sich für die Biotechnologie in Deutschland erhebliche Wachstumschancen.

8.2 Situation in Brandenburg

Unternehmen

Wie für Deutschland insgesamt so liegen auch für Brandenburg keine einheitlichen Zahlen zur Anzahl der Biotechnologiefirmen vor: Während es nach Angaben des Biotechnologie-Reports im Jahr 2005 insgesamt 64 Unternehmen waren, kommt die aktuelle Befragung des BMBF für den selben Zeitraum auf 30 dedizierte Biotech-Unternehmen.¹⁰⁹

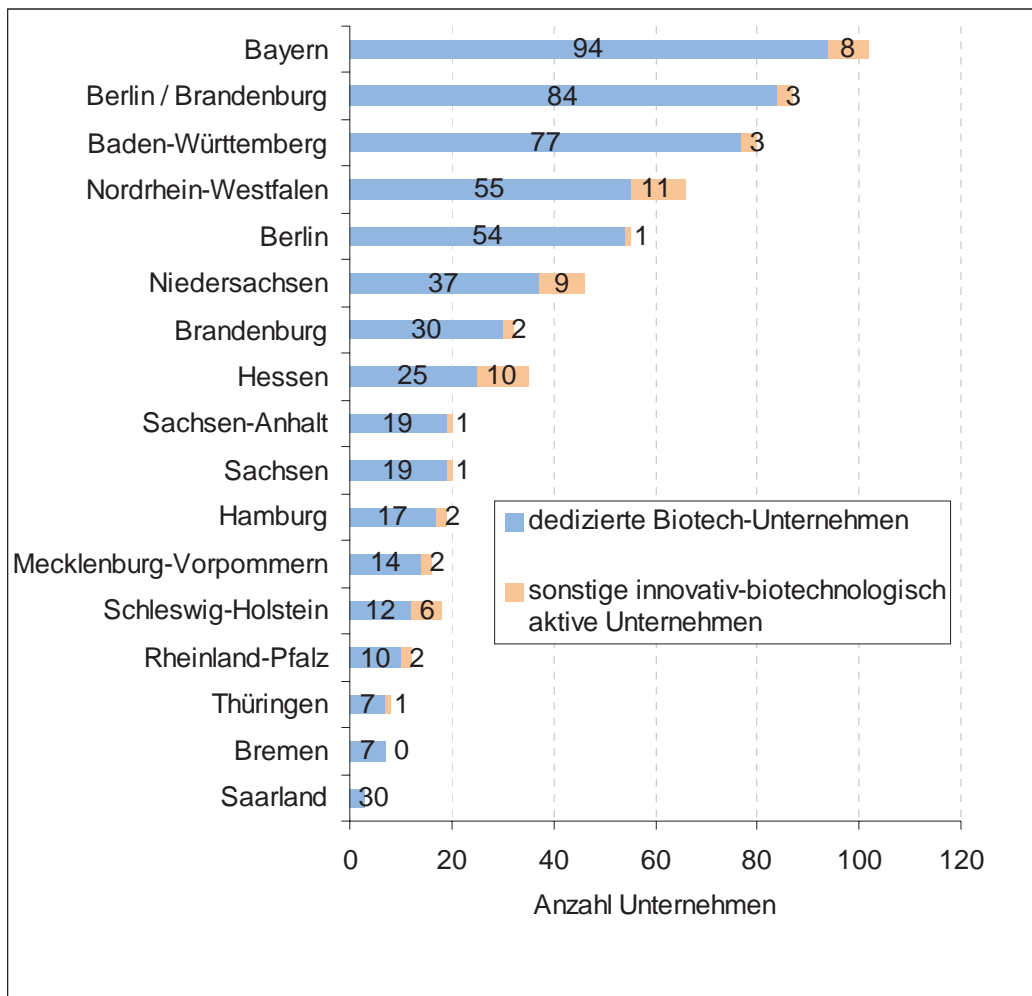
Eine Analyse der regionalen Verteilung der Biotechnologiefirmen in Brandenburg zeigt, dass die Clusterbildung gelungen und die Mehrzahl der Firmen im engeren Berliner Verflechtungsraum angesiedelt ist.

Im bundesweiten Vergleich wird deutlich, dass Brandenburg zwar mehr dedizierte Biotech-Unternehmen aufweist als viele andere Bundesländer; allerdings ist der Abstand zu den führenden Ländern Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen deutlich. Erst im Verbund mit Berlin erreicht Brandenburg als Bio-Region mit 84 dedizierten Unternehmen eine Größe, die es bundesweit zu einer der bedeutendsten Biotechnologieregionen macht (vgl. Abbildung 21).

Richtet man den Fokus auf die ‚roten‘ Biotech-Unternehmen in Brandenburg, zeigt sich, dass die Anzahl der Beschäftigten in den letzten Jahren um 24 % und die Anzahl der Unternehmen gar um 67 % angestiegen ist (vgl. Abbildung 22): Im Jahr 2005 hatten die 50 Brandenburger biomedizinischen Unternehmen 754 Beschäftigte. Eine Hauptquelle für Neugründungen Brandenburger Biotechnologie-Unternehmen sind weiterhin die Berliner Universitäten.

¹⁰⁹ Eine Erhebung des Statistischen Bundesamtes kommt für das Jahr 2004 in Brandenburg auf 36 Biotech-Kernunternehmen und 43 Biotech-Firmen insgesamt; vgl. dazu Statistisches Bundesamt (2005: 18).

Abbildung 21: Biotechnologieunternehmen in Deutschland nach Bundesländern



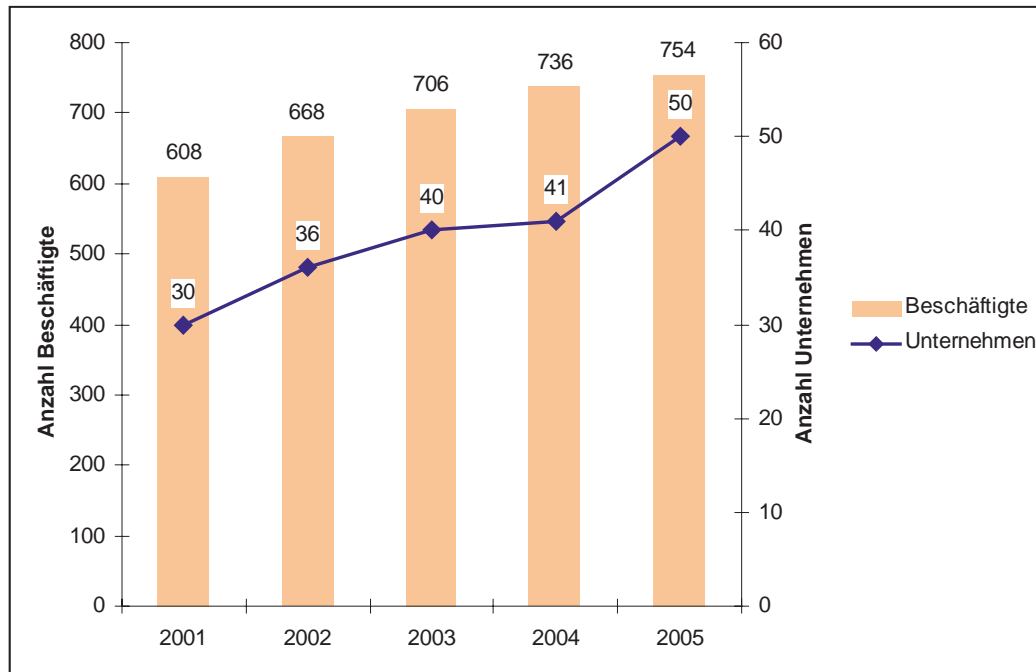
Quelle: biotechnologie.de (2006: 15)

Die Brandenburger Biotech-Unternehmen sind sehr stark international ausgerichtet: Lediglich 8 % der Geschäftsführer von Biotech-Unternehmen geben an, für den lokalen Markt tätig zu sein, 41 % konzentrieren sich auf den deutschen Markt, die andere Hälfte auf den Weltmarkt.¹¹⁰

Zwar liegen keine Angaben zur Anzahl der Unternehmen nach Beschäftigtengrößenklassen vor; die durchschnittliche Anzahl von Beschäftigten pro Unternehmen ist allerdings von 20 im Jahre 2001 auf 15 im Jahre 2005 zurückgegangen. Dies zeugt von einem aktiven Gründungsgeschehen, ist aber auch ein Indiz dafür, dass es bisher in der brandenburgischen Biomedizintech-Branche – anders als in anderen Bereichen der Biotechnologie – kaum Beschäftigungswachstum und damit Reifung im Unternehmensbestand gibt.

¹¹⁰ Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2005b: 54).

Abbildung 22: Anzahl und Beschäftigte der Brandenburger Biomedizin-Unternehmen 2001-2005



Quelle: Sonderauswertung durch BioTOP

Umsatz

Detaillierte Umsatzzahlen für Biotechnologiefirmen in Brandenburg liegen nicht vor. Nimmt man den o. g. Umsatz von 1,54 Mrd. € für die Biotechnologieunternehmen in Deutschland als Ausgangspunkt und rechnet diesen Wert überschlägig auf Brandenburg herunter, so ergibt sich für die ‚roten‘ Biotechnologiefirmen in Brandenburg ein Umsatz von etwa 67,9 Mio. €.¹¹¹ Allerdings muss bei dieser Überschlagsrechnung berücksichtigt werden, dass es in Brandenburg noch überdurchschnittlich viele ‚entwickelnde‘ Unternehmen mit sehr geringen oder keinem Umsatz und nur weniger produzierende Biotechnologie-Unternehmen gibt. Auch kommt der Umsatz gegenwärtig überwiegend von Diagnostika-Herstellern. Entsprechend differenziert ist auch die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage durch die Unternehmen: 38 % der Geschäftsführer von Biotech-Firmen schätzen ihre wirtschaftliche Lage als gut/sehr gut ein, 43 % als befriedigend und knapp ein Fünftel als schlecht/sehr schlecht.¹¹²

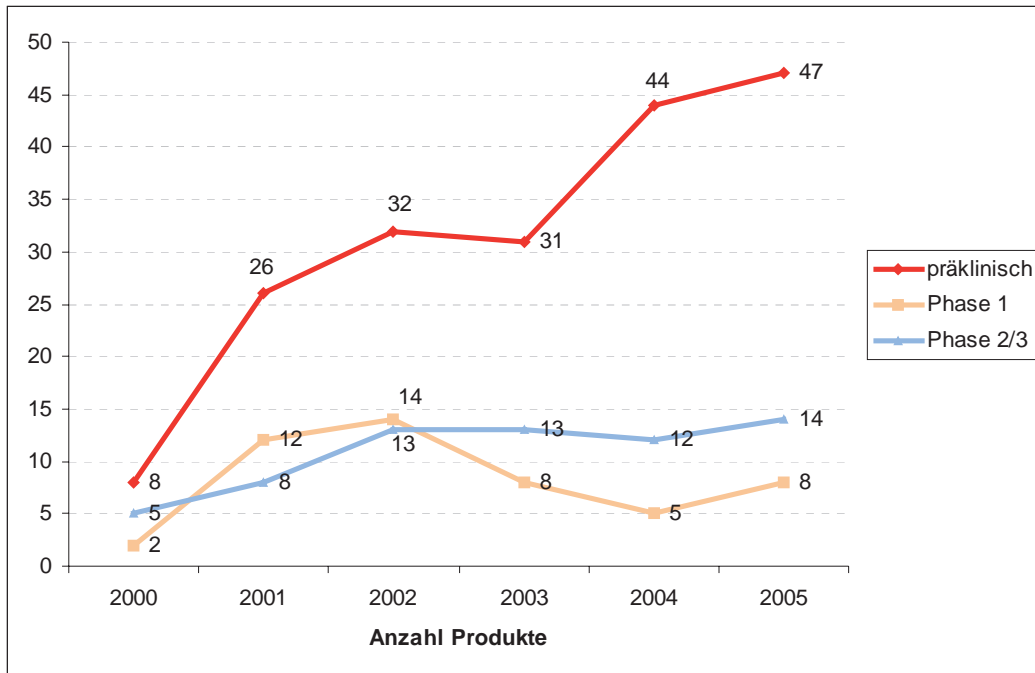
¹¹¹ Diese Zahl ergibt sich aus einem Brandenburger Anteil an den Biotechnologiefirmen in Deutschland in Höhe von rund 6,3 % und – entsprechend der Daten von Biotop – einem Anteil der ‚roten‘ Biotechnologiefirmen an allen Biotechnologiefirmen in Höhe von rund 70 %.

¹¹² Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2005b: 53).

Produkte in der klinischen Prüfung

Insgesamt haben 25 Unternehmen in der Region Berlin-Brandenburg¹¹³ 68 Produkte in präklinischen und klinischen Prüfungen (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23: Produkte in der klinischen Prüfung



Quelle: BioTOP (2006: 32)

In allen Bereichen der klinischen Forschung konnte damit die Anzahl der Projekte gegenüber dem Vorjahr gesteigert werden. Ein Wirkstoff wurde im Jahr 2005 zugelassen.

Finanzierung

Auch Brandenburger Biotech-Unternehmen sind weitgehend mischfinanziert: Zum Eigenkapital kommen klassische Darlehen und Fördermittel.

Im Beobachtungszeitraum wurden insgesamt 115 Mio. Euro Eigenkapital in die regionale Biotechbranche investiert (+20 Mio. im Vergleich zum Vorjahr; vgl. Ernst & Young 2006: 35), allerdings vorrangig durch den Börsengang von Jerini. Auf dem VC-Markt ist weiterhin eine Stagnation zu verzeichnen.

Insgesamt wird aber auch für Brandenburg noch immer ein genereller Investitionsstau und Schwächen v. a. bei der Start-up-Finanzierung konstatiert. Venture Capital-Unternehmen und Banken (nach Absicherung über

¹¹³ Eigenständige Daten für Brandenburg liegen nicht vor.

die Bürgschaftsbank Brandenburg) fokussieren sich vorrangig auf die Wachstumsfinanzierung von Unternehmen.

Chancen für die Unternehmensgründung ergeben sich deshalb vorrangig durch den bundesweit agierenden High-Tech-Gründerfonds, das BMBF Förderprogramm GoBio für die Preseed-Phase (mit allerdings nur geringe Fördermöglichkeiten für Brandenburg). Eine weitere wichtige Rolle spielen neue Fonds der regionalen Beteiligungsgesellschaften IBBeteiligungsgesellschaft und BC Brandenburg Capital.

Infrastruktur

Brandenburg und Berlin verfügen mit insgesamt neun Life-Sciences-Parks über eine sehr gut ausgebaute Infrastruktur für die Ansiedlung von Unternehmen (vgl. Abbildung 24).

Diese Biotechnologie-Parks bieten nicht nur eine vergleichsweise günstige Forschungs- und Produktions-Infrastruktur für die einzelnen Unternehmen. Sie fördern durch ihre räumliche Konzentration auch unmittelbar die formellen und informellen Kooperationsbeziehungen zwischen den Unternehmen und damit die Innovations- und Leistungsfähigkeit der Branche insgesamt.

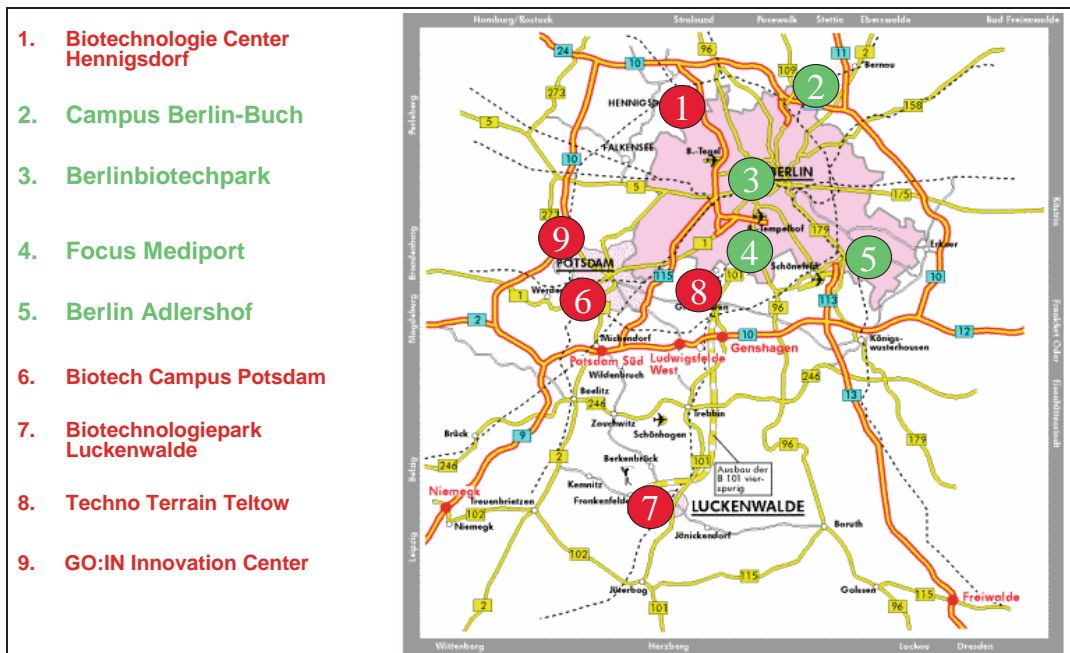
Forschungslandschaft

Brandenburg verfügt über eine vielfältige Forschungslandschaft im Bereich der Biotechnologie. So gibt es an der FH Lausitz einen Bachelor- und Masterstudiengang ‚Biotechnologie‘ und einen Studiengang Biosystemtechnik/Bioinformatik an der FH Wildau. An der Universität Potsdam gibt es biowissenschaftliche und biochemische Studiengänge.

Aufgrund der Tatsache, dass es in Brandenburg keine eigenständige Universitätsmedizin gibt, ist auch die entsprechende universitäre Forschung im Bereich der ‚roten‘ Biotechnologie nicht sehr stark ausgeprägt. Allerdings gibt es außeruniversitäre Forschungseinrichtungen wie etwas das Fraunhofer Institut für Biomedizinische Technik in Nuthetal, das Max-Planck Institut für Kolloid- und Grenzflächenforschung in Golm oder das GKSS in Teltow.

Betrachtet man die Region Berlin-Brandenburg jedoch als Ganzes, so kommen nicht nur eine Vielzahl von biowissenschaftlichen, biochemischen und verfahrenstechnischen Studiengängen und Forschungseinrichtungen hinzu. Durch die Charité Universitätsmedizin Berlin sowie eine Vielzahl von außeruniversitären Forschungseinrichtungen (z. B. Leibniz-Institut für Molekulare Pharmakologie, Max-Delbrück Centrum für Molekulare Medizin in Berlin-Buch) wird auch der spezifisch biomedizinische Schwerpunkt mit teilweise direkter Anbindung an die klinische Forschung abgedeckt.

Abbildung 24: Life Sciences-Parks in Berlin-Brandenburg



Quelle: ZAB

Kooperationen

Auch Biotech-Unternehmen aus der Region Berlin-Brandenburg sind in den letzten Jahren eine Vielzahl von Kooperationen mit nationalen und internationalen Partnern eingegangen.¹¹⁴ Zugleich gibt es im Bereich der ‚roten‘ Biotechnologie wie auch in der Biotechnologie insgesamt in der Region Berlin-Brandenburg eine Vielzahl von wissenschaftlichen Netzwerken, die für die regionale Innovationsfähigkeit von großer Bedeutung sind. Eigenständige formalisierte Netzwerke in Brandenburg bestehen hingegen nicht.

Entwicklung

Die Biotechnologie in Brandenburg verfügt im Verbund mit der Biotechnologie in Berlin erhebliche Wachstumschancen. Das Cluster hat mittlerweile eine kritische Größe erreicht, die für die Etablierung eines Clusters notwendig ist. Das Cluster verfügt über ein zentrales, professionelles Management, es gibt eine Vielzahl von Netzwerken zwischen den Firmen und von Unternehmen und Forschungseinrichtungen. Außerdem besteht eine hohe Verfügbarkeit von qualifizierten Fachkräften und eine gut ausgebaute Infrastruktur sowie eine unmittelbare Kundennähe in Gestalt der Berliner Universitätsmedizin. Lediglich eine weiterhin angespannte Finan-

¹¹⁴ Vgl. BioTOP (2006: 32).

zierungssituation könnte sich dämpfend auf das Branchenwachstum auswirken.

Entsprechend wird die Umsatzentwicklung in der Brandenburger Biotech-Branche sehr positiv gesehen: Kein Unternehmen rechnet mit sinkenden Umsätzen, 11 % mit konstanten und 89 % mit steigenden Umsätzen.¹¹⁵

Auch hinsichtlich der Beschäftigtenentwicklung geben sich die Unternehmen optimistisch: 60 % der Unternehmen gehen in den nächsten beiden Jahren von einem Personalzuwachs aus, bis 2010 gar von einer Verdoppelung der Beschäftigtenzahlen.¹¹⁶

¹¹⁵ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005b: 54).

¹¹⁶ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005b: 55).

8.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Biotech-Region eines der bedeutendsten Cluster in Deutschland • Starkes, überdurchschnittliches Wachstum der Biomedizinischen Unternehmen in Brandenburg • Gut gefüllte Produktpipeline • Etwa ein Dutzend Netzwerke in den Schwerpunktbereichen der Biotechnologie • Sehr gut ausgebaute Forschungslandschaft • Sehr gut ausgebaute Infrastruktur • Hohe Verfügbarkeit qualifizierter Fachkräfte • Deutschland- und weltweit positives Branchenumfeld 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaum Förderung von Biotech-Firmen zur Durchführung von Phase I/II-Studien • Vorrangig Kleinfirmen, nur im Diagnostikbereich größere Unternehmen • Übergewicht entwickelnder im Ggs. zu produzierenden Firmen • Geringe Binnennachfrage • Hohe Markteintrittsbarrieren • Zu geringe Vernetzung der Innovationsbereiche/Forschung (z. B. Biotechnologie/Pharma) mit ‚Endverbrauchern‘ • Angespante finanzielle Lage vieler Unternehmen, kaum Risikokapital • Brandenburg alleine: keine kritische Größe, abhängig von Berliner Entwicklungen, insbesondere auch im Bereich der klinischen Forschung • Kaum Wachstums-/Beschäftigungsimpulse durch Biotechnologie außerhalb des e.V.
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Wachsender Weltmarkt • Gemeinsam mit Berlin zu einer international konkurrenzfähigen Biotech-Region zu werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Angespante Finanzierungssituation

9 Gesundheitstourismus

9.1 Allgemeine Entwicklung

Unter dem Oberbegriff „Gesundheitstourismus“ verbirgt sich eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Angebote. Die Abgrenzung zu anderen Urlaubskategorien wie Freizeit-, Fitness- und Erholungsurlaub fällt häufig schwer; allgemein verbindliche Definitionen und Strukturen, die bei Gästen für Klarheit bzgl. der zu erwartenden Einrichtungen und Angebote sorgen können, gibt es nicht.¹¹⁷

Eine Definition von Gee & Fayos-Sola (1997) verbindet das Ziel der Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens mit der Anwendung spezifischer Mittel, wie z. B. der gesunden Ernährung und medizinischer Anwendungen,¹¹⁸ und zeigt zugleich, wo die Definitionsprobleme liegen: in der Abgrenzung des Gesundheitsbegriffs (hier: Fokus auf das körperliche Wohlbefinden) und die Beschränkung auf spezifische Instrumente (hier z. B. Ernährung und medizinische Anwendungen).

Lohmann / Winkler (2005) unterscheiden in ihrer recht breit gefassten Definition vier gesundheitsorientierte Urlaubsformen (vgl. Tabelle 29), eine Definition, die schon deshalb relevant ist, weil sie einer bedeutenden empirischen Erhebung zum Reiseverhalten der Deutschen zugrunde liegt.

¹¹⁷ Vgl. auch Rulle (2004: 29). Was es gibt, ist eine Vielzahl von Definitions- und Zertifizierungsansätzen (Deutscher Wellness Verband unter www.wellnessverband.de, „Wellness-Hotels-Deutschland“ unter www.wellnesshotel.de) sowie länderspezifische Initiativen, u. a. die ‚Wellness Stars‘ in Baden-Württemberg (www.wellness-stars.de) und als Vorreiter „Well-Vital“ in Bayern, das vom Bayerischen Tourismusverband zusammen mit dem Bayerischen Heilbäderverband und dem Bayerischen Hotel- und Gaststättenverband im Jahr 2000 entwickelt wurde.

¹¹⁸ Ihre Definition von Gesundheitstourismus lautet: „Tourism associated with travel to health spas or resort destinations where the primary purpose is to improve the traveller’s physical well-being through a regimen of physical exercise and therapy, dietary control, and medical services relevant to health maintenance.“ Vgl. Gee, Fayos-Sola (1997: 381).

Tabelle 29: Merkmale von vier gesundheitsorientierten Urlaubsformen

Fitnessurlaub	Wellnessurlaub	Gesundheitsurlaub	Kur im Urlaub
Schwimmen (81 %)	Verwöhn- und Schönheitsangebote (72 %)	Gesund Essen und Trinken (77 %)	Klassische Kurangebote (89 %)
Aerobic / Gymnastik (80 %)	Kontakt zu anderen Menschen (71 %)	Gesundes Klima, natürliche gesunde Umgebung (79 %)	Medizinische Betreuung (82 %)
Sportarten wie Mountainbiking / Radfahren (78 %)	perfekter Rundum-Service (62 %)	medizinische Betreuung (57 %)	Gesundes Klima, natürliche gesunde Umgebung (74 %)
Tennis/Golf (76 %)		Kurs- und Informationsangebote (57 %)	Kontakt zu anderen Menschen (69 %)
Wandern (69 %)			Individuelle Beratung durch Experten (67 %)
Sauna (69 %)			

Quelle: Frage: „Was gehört Ihrer Meinung nach zu einem ...-urlaub unbedingt dazu?“ Basis: Interessenten für die jeweilige Urlaubsform, Quelle: RA 1999, zit. nach Lohmann, M., Winkler, K. (2005: 14)

Zum Kernbereich des Gesundheitstourismus gehört sicherlich die Kur im Urlaub. Diese unterscheidet sich von der klassischen Kur vor allem dadurch, dass sie nicht sozialversicherungsfinanziert, sondern privat finanziert ist. Kurtourismus findet i. d. R. in hochprädikatisierten Orten mit ihrer traditionellen Bindung an naturräumliche Determinanten (Moor, Wasser etc.) statt. Hauptmotive für den Kurtourismus sind die Prävention und die Kurbehandlung. Kururlaube sind i. d. R. durch eine längere Verweildauer geprägt.

Bei den Wellness-Urlaubern steht zunächst einmal der ‚Verwöhn-Aspekt‘ im Vordergrund. Allerdings gibt es auch hier Tendenzen, den Wellness-Begriff enger zu fassen und ihn mehr an den Kur- und Gesundheitsurlaub i. e. S. anzunähern. Nach Rulle¹¹⁹ sollte es sich bei Wellness-Urlauben nicht um reine Wohlfühl- oder Schönheitsurlaube handeln, sondern um gesundheitswissenschaftlich und medizinisch fundierte Angebote. Diese Tendenz wird von dem vergleichsweise neuen Trend innerhalb des Gesundheitstourismus aufgegriffen, der mit dem Schlagwort „Medical-Wellness“ bezeichnet wird. Der erst Anfang 2006 gegründete „Deutscher Medical Wellness Verband“ arbeitet zusammen mit dem TÜV Rheinland an einem Qualitätssiegel „Medical Wellness“.¹²⁰

¹¹⁹ Rulle, M. (2004) Der Gesundheitstourismus in Europa – Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien. München, Profil Verlag: 14.

¹²⁰ „Medical Wellness bezeichnet einen mehrdimensionalen, dynamisch-systematischen Prozess in Richtung einer aktiven Herstellung eines ganzheitli-

Stand

Betrachtet man zunächst die gesundheitstouristische Infrastruktur i. e. S.¹²¹, so gab es in Deutschland im Jahr 2005 328 Heilkurorte.¹²² Zu den gesundheitstouristischen Einrichtungen gehören neben Rehabilitationskliniken¹²³ auch Wellness-Hotels sowie entsprechend ausgestattete Bäder und Thermen¹²⁴. Über die Anzahl der Einrichtungen für den Gesundheitstourismus in Deutschland gibt es schon allein aufgrund der o. g. Abgrenzungsschwierigkeiten keine genauen Zahlen: Die Angaben reichen von aktuell 55 vom Deutschen Wellness Verband geprüften und zertifizierten Wellnesshotels¹²⁵ über 103 ‚ausgewählte Wellnesshotels‘ im Führer ‚Wellnesshotels zum Wohlfühlen‘ im Jahr 2004 über 190 Wellness-Hotels in der Suchmaschine „Wellnessfinder“¹²⁶ bis hin zu 266 Wellness-Adressen im Katalog „Meine 333 Besten“.¹²⁷

Auch die Erfassung der Nachfrage nach gesundheitstouristischen Angeboten gestaltet sich aufgrund der Abgrenzungsprobleme recht schwierig. Nach Angaben der Deutschen Tourismuszentrale haben die Deutschen im Jahr 2004 etwa 5,9 Mio. Gesundheitsreisen im Inland unternommen. Das entspricht rund 7,7 % aller Inlandsurlaubsreisen.¹²⁸ Die Reiseanalyse 2005 hingegen identifiziert für das Jahr 2004 zwar 4,9 Mio. Urlaubsreisen (7,5 % aller Urlaubsreisen), die von den Befragten *unter anderem auch* als Gesundheitsreise¹²⁹ eingestuft wurden, aber nur etwa 2,1 Mio. Reisen (3,2 % aller Urlaubsreisen), die von den Befragten *in erster Linie* als Gesundheitsurlaub bezeichnet wurden.¹³⁰

Gesundheitsurlauber i. e. S. und Kururlauber sind im Durchschnitt deutlich überwiegend älter als 60 Jahre, während der Anteil dieser Altersgruppe an

chen individuellen Wohlbefindens im Kontext wissenschaftlich gesicherter gesundheitsfördernder bzw. medizinischer Faktoren.“ www.dmwv.de am 24.04.06.

¹²¹ D.h. ohne allgemeine Sport- und Fitness-Angebote.

¹²² Heilkurortverzeichnis Inland des Bundesministeriums für Inneres (Stand August 2005; ergänzt um Burg in Brandenburg), Download unter www.bmi.bund.de am 25.04.06.

¹²³ Vgl. dazu Kapitel 3.

¹²⁴ Vgl. dazu www.wellnessverband.de/thermen/verbrauchertipps.php.

¹²⁵ Vgl. dazu www.wellnessverband.de/hotellerie/hotels/hotelliste.php (Stand: 25.04.06).

¹²⁶ Vgl. dazu www.wellnessfinder.de (Stand: 25.04.06).

¹²⁷ Angaben zit. nach Dorn-Petersen, H. (2005).

¹²⁸ Deutsche Zentrale für Tourismus (2005).

¹²⁹ Hier ist von Gesundheitsreisen i.w.S. die Rede. Eine Unterscheidung nach Gesundheitsreisen i. e. S., Kurreisen, Wellnessreisen und Fitnessreisen war hier nicht möglich.

¹³⁰ Lohmann, M., Winkler, K. (2005: 16).

den Fitness- und Wellness-Urlaubern in den Jahren 2002 bis 2004 nur 21 % bzw. 30 % ausmachte.¹³¹

Mehr als die Hälfte der 2,1 Mio. Gesundheitsurlaube (55,5 %) wurden im Inland verbracht (alle Urlaubsreisen: 30,8 %). Ausländische Hauptreiseziele sind Tschechien (7,9 % aller Gesundheitsurlaube), Polen (7,5 %) und Ungarn (7,1 %). Hauptreiseziel für den Gesundheitsurlaub innerhalb Deutschlands ist Bayern (20,5 %), gefolgt von Niedersachsen (6,6 %), Mecklenburg-Vorpommern (5,7 %), Schleswig-Holstein (5,5 %) und Baden-Württemberg (4,8 %).¹³²

Insgesamt wurden 2004 von deutschen Urlaubern rund 1,9 Mrd. € für Gesundheitsurlaubsreisen ausgegeben, das entspricht pro Kopf-Ausgaben von 927 €. ¹³³ Angaben zum Gesamtumsatz des Gesundheitstourismus in Deutschland liegen allerdings nicht vor.

Entwicklung

Für den Bereich des Gesundheitstourismus wird – basierend auf der Entwicklung der letzten Jahre – überwiegend eine positive Entwicklung prognostiziert (vgl. Abbildung 25).

Allerdings zeigt die Graphik auch, dass die Zeit des großen Wachstums vorbei zu sein scheint; bei den Fitnessurlaubsreisen wird sogar mit einem leichten Rückgang gerechnet.¹³⁴

Besondere Wachstumschancen innerhalb des Wellness-tourismus werden dabei für Medical-Wellness-Angebote erwartet, auch wenn konkrete Zahlen für den deutschen Markt noch nicht vorliegen.

Aber auch bei diesen vergleichsweise moderaten Wachstumserwartungen handelt es sich keinesfalls um einen Selbstläufer; auch werden aufgrund des hohen Wettbewerbsdrucks in diesem Bereich nicht alle Anbieter gleichermaßen von dem erwarteten Wachstum profitieren: Die Erarbeitung klar abgegrenzter, qualitativ hochwertiger Produkte mit einem eindeutigen Produktnutzen, Investitionen in die notwendige Infrastruktur, die ebenso breite wie zielgruppengerechte Kommunikation dieser Angebote und die nachhaltige Sicherung der Produktqualität bieten die größten Wachstumschancen, sind jedoch schwierig und werden viele potenzielle Anbieter überfordern. Demgegenüber bietet ein bewusst breit gefasster Begriff des Gesundheitstourismus zwar auf den ersten Blick mehr Anbietern die Mög-

¹³¹ Lohmann, M., Winkler, K. (2005: 20).

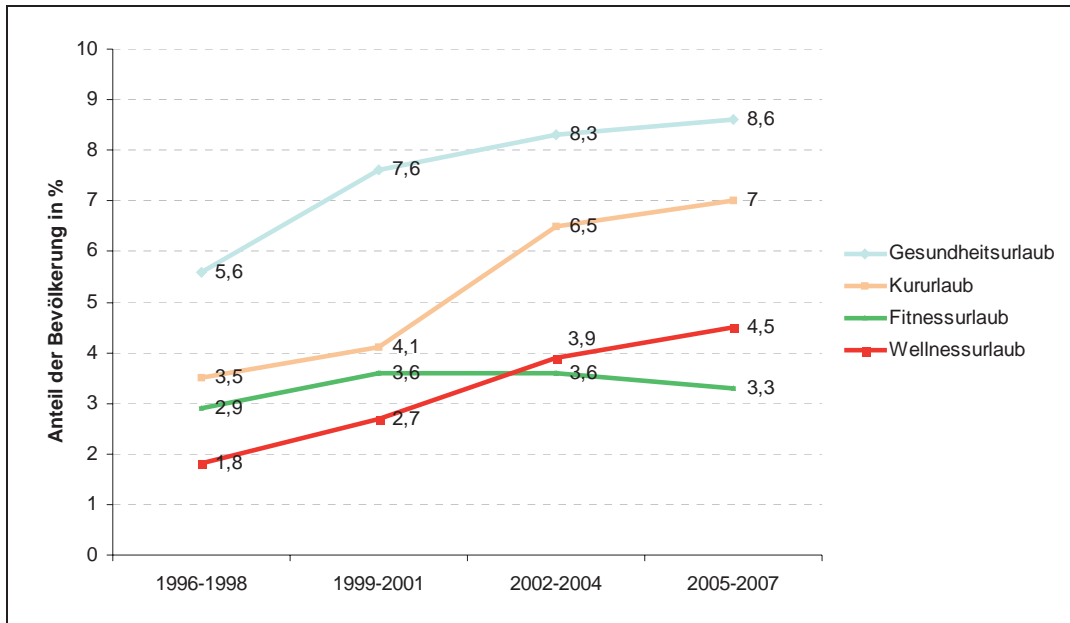
¹³² Lohmann, M., Winkler, K. (2005: 17).

¹³³ Lohmann, M., Winkler, K. (2005: 17).

¹³⁴ Lohmann, M., Winkler, K. (2005: 12).

lichkeit, an dem Gesundheitsboom zu partizipieren; langfristig besteht jedoch die Gefahr, das Produktkonzept zu verwässern und damit für den Kunden unattraktiv zu machen. ¹³⁵

Abbildung 25: Entwicklung der Nachfrage nach gesundheitsorientierten Urlaubsformen



Quelle: Lohmann/Winkler (2005: 12)

Eine Bedrohung des Wachstums des Gesundheitstourismus in Deutschland geht von den wachsenden – und teilweise von deutschen Krankenkassen auch schon finanzierten – Angeboten v. a. in Osteuropa (Tschechien, Polen, Ungarn) aus.

Prägend für die weitere Entwicklung des Gesundheitstourismus in Deutschland könnte auch sein, dass die beiden Bereiche des privat finanzierten Gesundheitstourismus und des sozialversicherungsfinanzierten Rehabilitationssektors sich mehr und mehr einander annähern: So haben seit kurzem einige gesetzliche Krankenkassen Vereinbarungen mit Tourismusanbietern (z. B. TUI Vital) geschlossen, nach denen bestimmte gesundheitstouristische Angebote in Wellnesshotels von der Krankenkasse bezuschusst werden. Diese Hotels haben es entsprechend verstärkt mit Gästen zu tun, bei denen ein akuter medizinischer Behandlungsbedarf nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden kann. Auf der anderen Seite bieten Rehabilitationskliniken vermehrt Angebote für privat zahlende Gäste/Patienten an, deren Bedürfnisse im Rahmen des sozialversiche-

¹³⁵ Vgl. dazu auch Lohmann/Winkler (2005: 25).

rungsrechtlich abgedeckten Leistungskatalogs nicht mehr bedient werden können. Diese Verwischung der Grenzen ist nicht immer problemfrei: Von Seiten der Wellnesshotels können sich nicht nur faktische Versorgungsdefizite, sondern auch unmittelbar rechtliche Probleme ergeben.¹³⁶

Eine genauere Analyse der Umfrageergebnisse und Gespräche mit Inhabern von allgemeinen touristischen Einrichtungen (Wellnesshotels) zeigen zudem deutlich, dass es sehr enge Grenzen für Synergieeffekte gibt, weil die beiden Zielgruppen nur sehr schwer in einem für die Tourismusbetriebe attraktiven Geschäftsmodell nachhaltig gewonnen werden können: Die „gesunden Gesundheitsorientierten“ sowie die Mehrheit der Personen, die rehabilitative Leistungen ausschließlich privat finanzieren, präferieren nicht den Kontext einer durch Akut-Rehabilitanden geprägten Betreuung in einer Rehabilitationseinrichtung. Die am Wellnesskonzept orientierten Hotels sehen Probleme, die Betreuung gesundheitlich erheblich beeinträchtigter Gäste, die kontinuierlichen medizinischen Rehabilitationsbedarf haben, in ihren laufenden Betrieb zu integrieren, nicht zuletzt, weil die auf Wellness eingestellten „gesunden“ Gäste einen anderen Kontext für ihren Aufenthalt erwarten.

Als tragfähiges Geschäftsmodell wird die Angliederung von Wellnesshotels an Rehabilitationskliniken gesehen mit einer klaren Trennung der Anlagen von Hotel und Klinik, wobei das medizinische Potenzial der Klinik für die Gäste des Hotels, die ihre Rehabilitation privat finanzieren, genutzt werden kann. Das heute bereits erfolgreiche Modell von Hotels mit der Ansprache von gesundheitsbewussten (gesunden) Gästen durch ein gesundheitsförderliches Ergänzungsangebot (Ernährung, Bewegung, Stress) bleibt davon unberührt.

9.2 Situation in Brandenburg

Stand

Der Tourismus insgesamt ist für Brandenburgs Wirtschaft von großer Bedeutung: Im Jahr 2004 wurden durch 135 Mio. touristische Aufenthaltstage ein Bruttoumsatz von 3,25 Mrd. € und Einkommenseffekte von 1,61 Mrd. € erzielt. In Bezug gesetzt zum durchschnittlichen Pro-Kopf-Volkseinkommen in Brandenburg bedeutet dies, dass der Lebensunterhalt von rund 115.000 Brandenburgern durch den Tourismus bestritten werden kann.¹³⁷ Der Tagestourismus ist für rund 78 % der Aufenthaltstage und

¹³⁶ Etwa im Hinblick auf das Heilberufsgesetz.

¹³⁷ Vgl. dazu Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2006: 13). Geschätzt werden etwas mehr als 50.000 tatsächliche Arbeitsverhältnisse, vgl. dazu IfT (2005: 8).

rund zwei Drittel des Bruttoumsatzes verantwortlich. Etwa 94 % aller Gäste kommen aus dem Inland, 19 % alleine aus Berlin. Bundesweit hat Brandenburg bei den Übernachtungen einen Marktanteil von knapp 3 %.

Nach einem deutlichen Anstieg der Übernachtungen in den gewerblichen Betrieben in den Jahren 1993-2001 verharret die Anzahl der Übernachtungen seitdem bei etwa 8,5 Mio. Aufgrund des hohen nationalen wie internationalen Wettbewerbsdrucks wird auch für die kommenden Jahre insgesamt kein Wachstum der gewerblichen Übernachtungen erwartet.¹³⁸

Besonderes Interesse kommt daher auch in Brandenburg ausgewählten Teilsegmenten der Tourismusbranche – wie dem Gesundheitstourismus – zu, die noch Wachstum versprechen.

Hinsichtlich der gesundheitstouristischen Infrastruktur verfügt Brandenburg gegenwärtig neben den gesundheitsrelevanten Erholungsräumen für den Gesundheitstourismus über acht Kurorte (2,5 % der 328 deutschen Kurorte), zwölf Erholungsorte sowie eine attraktive Bäder- und Thermenlandschaft mit fünf Thermen mit eindeutiger Wellness- und Gesundheitsausrichtung.

Die Kur- und Erholungsorte verzeichnen insgesamt gut ein Viertel aller gewerblichen Übernachtungen im Land Brandenburg,¹³⁹ auch ihre Auslastung liegt deutlich über dem Brandenburger Durchschnitt. Im Gutachten zur Entwicklung des Gesundheitstourismus in Brandenburg aus dem Jahre 2001 ist von lediglich vier Hotels die Rede, die sich uneingeschränkt auf die Bedürfnisse von Gesundheitsurlaubern eingerichtet haben (Zur Bleiche, Kurhotel Ledge, Kurhotel Schloss Rühstädt, Radisson Bad Saarow). Unter Berücksichtigung von Hotels mit besonderen Wellness-, Fitness-, Beauty- und Physiotherapieangeboten werden insgesamt 14 Hotels genannt. Aktuellere Erhebungen dazu gibt es nicht, Experten¹⁴⁰ rechnen jedoch gegenwärtig mit maximal 20 Hotels mit einem gesundheitstouristischen Angebot.

Der Gesundheitstourismus (Gesundheitsurlaub, Wellness- und Fitnessreisen) hatte im Jahr 2001/02 in Brandenburg mit 1,4 Mio. Übernachtungen einen Gästeanteil von 2,0 % und einen Umsatz von 94 Mio. € (ca. 5,5 % des Gesamtumsatzes). Ein Vergleich mit anderen Bundesländern zeigt, dass in Brandenburg die Erholungsurlauber und die Aktivurlauber stark

¹³⁸ Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2006a: 32).

¹³⁹ Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Statistik zur Übernachtungen im Reiseverkehr im Land Brandenburg nach Gemeindegruppen (in Beherbergungsstätten mit 9 und mehr Gästebetten).

¹⁴⁰ Interview MASGF.

überrepräsentiert sind, während der Gesundheitstourismus unterrepräsentiert ist.¹⁴¹

Erhebungen zur Anzahl der im Gesundheitstourismus Beschäftigten liegen nicht vor. Geht man jedoch von rund 55.000 Beschäftigten im Tourismus insgesamt aus und legt den o. g. Umsatzanteil des Gesundheitstourismus am touristischen Gesamtumsatz in Höhe von 5,5 % zugrunde, so ergibt sich eine Zahl von rund 3.000 direkt im Gesundheitstourismus Beschäftigten.

Entwicklung

Generell bietet sich für den Gesundheitstourismus in Brandenburg die Möglichkeit, an dem moderaten Wachstum des Gesundheitstourismus in Deutschland zu partizipieren. Ansatzpunkte für dieses Wachstum sind insbesondere die Kurorte, die umfassend sanierte Bäderlandschaft und das noch nicht ausgeschöpfte Nachfragepotenzial aus Berlin.

Um die Wachstumschancen des Gesundheitstourismus speziell in Brandenburg beurteilen zu können, fehlt es allerdings weitgehend an belastbarem Datenmaterial. Zudem ist die Brandenburger Gesundheitstourismus-Branche noch sehr klein und Brandenburg als spezifische Destination für den Gesundheitstourismus im Vergleich zu den schon etablierten Wettbewerbern weitgehend unbekannt. Außerdem drängen gegenwärtig weiter neue Anbieter im In- und Ausland auf den Markt, die den Konkurrenzdruck auf Brandenburg erhöhen.

Wachstumschancen bieten sich deshalb vor allem dann, wenn in enger Kooperation von Hotels und Rehabilitationskliniken oder anderen qualifizierten medizinischen Leistungserbringern gezielt Angebote für besondere Zielgruppen entwickelt und vermarktet werden können. Insbesondere der Rückgang im Bereich der klassischen Heilverfahren für chronisch Kranke bietet hier ein Marktpotenzial.

¹⁴¹ Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2006a: 28 f.). Eine Aufspaltung auf die beiden Reisearten ist nicht möglich.

9.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Umfassend sanierte Bäderlandschaft • Gesundheitsrelevante Erholungsräume für den Gesundheitstourismus • Kurorte als Ansatzpunkte für regionale Clusterbildung 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine validen Daten zur Bedeutung des Gesundheitstourismus für Brandenburg • Weitere Marktentwicklung unklar • Geringe spezifische Kapazitäten für gesundheitstouristische Beherbergung und Gastronomie, bisher noch keine entwickelten Cluster • Kaum spezifisch Brandenburger Gesundheitstourismus-Angebote • Allgemeine Bedingungen (Ortsbild; innerörtliche Verkehrssituation) • Markeninflation im Gesundheitstourismus • Geringer Bekanntheitsgrad Brandenburgs als gesundheitstouristische Destination • Schwierige Marktsegmentierung
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Leichtes Marktwachstum erwartet • Nicht ausgeschöpfte Nachfrage aus Berlin • Zielgruppenspezifische Angebote • Der neue Einstieg renommierter Reiseveranstalter in den Gesundheitstourismus • Enge Kooperation mit Anbietern aus dem Kernbereich (Medical Wellness) 	<ul style="list-style-type: none"> • schwache Basis zur Beurteilung der Entwicklungschancen des Gesundheitstourismus • Attraktivitätsverlust durch Verwässerung des Angebotsprofils • Hoher Wettbewerbsdruck (Qualität und Preis) im Gesundheitstourismus (national und international) • Wellness zuhause

10 Zusammenfassende Darstellung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg

Im Rahmen dieser Expertise konnte ein Umsatz der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg in Höhe von rund 5,1 Mrd. € identifiziert werden. Der Umsatzanteil der wichtigsten Teilbranchen des Kernbereichs allein beträgt rund 86 % des Gesamtumsatzes der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg (Tabelle 30). Allerdings konnten nicht für alle Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft Umsatzzahlen identifiziert werden. Schon die Quellenangaben zur Tabelle machen deutlich, dass eine einheitliche, abgestimmte Erfassung der Umsatzzahlen für die Gesundheitswirtschaft auf Landesebene nicht vorliegen und deshalb häufig nur geschätzt werden können.

Der Vergleich mit den aufgrund des Umsatzes der Gesundheitswirtschaft in Deutschland insgesamt für Brandenburg erwarteten Umsätzen zeigt weiter, dass die tatsächlichen Umsätze meist niedriger sind als die erwarteten. Lediglich in der Biotechnologiebranche übersteigen die tatsächlichen die erwarteten Umsätze. Bezieht man die Umsätze auf das jeweilige Bruttoinlandsprodukt (BIP) des Jahres 2004¹⁴², ergibt sich für Brandenburg ein Anteil der hier erfassten Gesundheitswirtschaft am BIP in Höhe von 10,6 % (Deutschland: 11,2 %)

Insgesamt waren in Brandenburg rund 96.000 Menschen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt, davon rund 90 % im Kernbereich und allein ein gutes Viertel in den Krankenhäusern (Tabelle 31). Dieser Wert entspricht ca. 71 % dessen, was aufgrund der Anzahl der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland insgesamt für Brandenburg aufgrund seines Anteils an der deutschen Bevölkerung erwartet werden konnte. Damit waren in Brandenburg schätzungsweise 9,5 % aller Erwerbstätigen (bzw. ohne Gesundheitstourismus: 9,2 %) in der Gesundheitswirtschaft tätig. In Deutschland insgesamt waren es dagegen 10,8 % (ohne Gesundheitstourismus).

Diese im Vergleich zum Bundesdurchschnitt niedrigeren Beschäftigungszahlen und insbesondere die deutlich niedrigeren Umsatzzahlen können zum Teil durch unterschiedliche Datengrundlagen erklärt werden.

¹⁴² Deutschland: 2215,65 Mrd. €, Brandenburg: 48,53 Mrd. €, Online-Abfrage unter www.destatis.de.

Tabelle 30: Verteilung des Umsatzes der Gesundheitswirtschaft in Mio. Euro

	Deutschland*	Brandenburg (erwartet)	Brandenburg (Erhebung)
Kernbereich	185.900	5.786	4.430
Krankenhäuser	60.432	1.881	1.497 ¹
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	7.270	226	191 ²
Stationäre/teilstationäre/ambulante Pflege	24.543	764	482 ³
Arztpraxen	34.576	1076	758 ⁴
Zahnarztpraxen	16.286	507	398 ⁵
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	6.994	218	166 ⁶
Apotheken	31.809	990	814 ⁷
Sonstige ambulante Einrichtungen	1.604	50	50**
Rettungsdienste	2.386	74	74**
Vorleistungs- und Zulieferindustrien, Handwerk, Einzelhandel	61.500	1.914	675
Biotechnologie	1.278	40	68 ⁸
Medizintechnik (WZ 33.10>20 MA)	12.400	386	100 ⁹
Medizintechnik (WZ.33.10 < 20 MA, WZ 33.40.1)			96 ¹⁰
Pharma	30.500	949	94 ¹¹
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	17.322	539	317 ¹²
Gesundheitstourismus			31¹³
Gesamt	247.400	7.700	5.136

Quelle: eigene Darstellung

* Daten des Kernbereichs aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Gesundheitsausgaben 2004; ad-hoc-Tabelle im Internet: ww.gbe-bund.de; Medizintechnik (nur WZ 33.10): Statistisches Bundesamt (2006a); Biotechnologie: Daten für das Jahr 2005 nach biotechnologie.de (2006); Pharma: Daten für 2004; Statistisches Bundesamt (2006a)

**Für Brandenburg liegen keine eigenen Daten vor; daher wurden die erwarteten Werte übernommen.

¹ Erlösbudget i. S. d. Krankenhausentgeltgesetzes

² eigene Schätzung auf Basis der veröffentlichten Fallzahlen und der durchschnittlichen Fallkosten der GKV

³ eigene Schätzung auf Basis der Anzahl der Pflegebedürftigen in Brandenburg gem. der Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik (2005c), der Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland (inkl. Pflegegeld), des Einwohneranteils von Brandenburg an der deutschen Bevölkerung und dem Kostenniveau der stationären Pflege im Vergleich zu Deutschland gem. Pflegestatistik 2003

⁴ eigene Schätzung auf Basis der von der KV veröffentlichten Arzzahlen und dem Umsatzzahlen des ZI

⁵ eigene Schätzung auf Basis der Leistungsausgaben der GKV für die zahnärztliche Behandlung je Mitglied für das Jahr 2004 (Quelle: KV 45), multipliziert mit der Anzahl der GKV-Mitglieder in Brandenburg des Jahres 2004 (Quelle: KM 6) und multipliziert mit einem Faktor 1,68 zur Berücksichtigung von Nicht-GKV-Umsätzen. Dieser Faktor ergibt sich aus dem Anteil der GKV-Ausgaben an den Gesamtausgaben für zahnärztliche Leistungen gemäß der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes

⁶ eigene Schätzung analog Fn. 5

⁷ eigene Schätzung für das Jahr 2004 auf Basis der Apothekerzahlen und Umsatzangaben der ABDA für Brandenburg

⁸ eigene Schätzung gem. Umsatzangaben für die Biotechnologie in Deutschland gem. der Erhebung des BMBF 2006 und dem Anteil der ‚roten‘ Biotechfirmen in Brandenburg an allen Biotechfirmen in Deutschland gem. BioTOP (2006)

⁹ gem. Angaben in des LDS für das Jahr 2004 für Firmen des WZ 33.10 (>20 MA)

¹⁰ gem. Angaben der ZAB für Medizintechnikunternehmen mit weniger als 20 MA für das Jahr 2004 und Angaben des LDS (2006b) für die augenoptische Industrie für das Jahr 2005

¹¹ gem. Angaben des LDS für den WZ 24.42 für das Jahr 2005 Medizintechnikunternehmen

¹² eigene Schätzung gem. LDS (2005e), WZ 33.1 und WZ 52.3, abzüglich der o. g. Umsätze der Medizintechnik und der Apotheken

¹³ gem. Angaben im Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2006a)

Allerdings gibt es auch inhaltliche Erklärungen für diese vergleichsweise geringere wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, die in der Tendenz auch in einer anderen Erhebung bestätigt wird.¹⁴³

Gerade im so beschäftigungswirksamen Krankenhaussektor weist Brandenburg ein vergleichsweise niedriges Versorgungsniveau auf: Bezogen auf die Anzahl der Einwohner gab es 2004 weniger Betten je 1.000 Einwohner (6,1 in Brandenburg vs. 6,4 in Deutschland); und je Bett gab es in Brandenburg nur 1,37 Vollkräfte (Deutschland: 1,52). Die Vertragsarzt-dichte ist mit 1,22 Ärzten je 1.000 Einwohner die niedrigste in Deutschland. Umsatzrelevant ist weiter, dass die Fallkosten in der Krankenhausversorgung zu den niedrigsten in Deutschland gehören.

Im Vorleistungs- und Zulieferbereich macht sich bemerkbar, dass es in Brandenburg – von *Altana* und *medphano* abgesehen – so gut wie keine Pharmaindustrie und – abgesehen von der augenoptischen Industrie am Standort Rathenow – keine gewachsene Medizintechnik gibt. Lediglich in der vergleichsweise jungen Biotechnologiebranche verfügt Brandenburg daher über identifizierbare Wachstumspotenziale.

Trotz seiner im Bundesvergleich geringen Größe ist gerade der Kernbereich für die wirtschaftliche Entwicklung im äußeren Entwicklungsraum von großer Bedeutung: 70 % der für Krankenhäuser in Brandenburg vereinbarten Erlöse entfallen auf Krankenhäuser im äußeren Entwicklungsraum. Auch die anderen Teilbranchen des Kernbereichs erzielen wegen der hohen Bedeutung der Binnennachfrage einen überwiegenden Anteil ihrer Umsätze im äußeren Entwicklungsraums. Auch hinsichtlich der Beschäftigungswirkung ist v. a. der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft für den äußeren Entwicklungsraum von Bedeutung: Hier zählen die Einrichtungen des Gesundheitswesens – allen voran die Krankenhäuser – häufig zu den wichtigsten Arbeitgebern und erzeugen durch ihre Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen (Instandhaltung, Energie, Wasser etc.) erhebliche regionale Umsatz- und Beschäftigungseffekte. Auch der Gesundheitstou-

¹⁴³ Dahlbeck, E., Hilbert, J., Potratz, W. (2004).

rismus trägt zu Umsatz und Beschäftigung vor allem im äußeren Entwicklungsraum bei.

Tabelle 31: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland und Brandenburg

	Brandenburg		Brandenburg (erwartet)**
Kernbereich	86.727	90 %	117.241
Krankenhäuser	25.809	27 %	33.613
Vorsorge-/ Rehabilitationseinrichtungen	3868	4 %	4.949
Stationäre/teilstationäre Pflege	10.838	11 %	16.277
Ambulante Pflege	6.865	7 %	6.318
Arztpraxen	11.000	11 %	20.728
Zahnarztpraxen***	7.948	8 %	10.457
Praxen sonstiger medizinischer Berufe*	3.107	3 %	6.256
Apotheken****	3.428	4 %	5.198
Sonstige ambulante Einrichtungen	965	1 %	965
Rettungsdienste*	1.850	2 %	1.432
Verwaltung**	6.629	7 %	6.629
Gesundheitsschutz (ÖGD, sonstige Einrichtungen)*	1.245	1 %	1.245
Sonstige Einrichtungen*	3.175	3 %	3.175
Vorleistungs- und Zulieferindustrien/ Gesundheitshandwerk /-einzelhandel	6.166	6 %	14.566
Vorleistungs- und Zulieferindustrien	3.773	4 %	9.275
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	2.393	2 %	5.291
Gesundheitstourismus	3.000	3 %	3.000
Gesamt	95.893	100 %	134.807

Quelle: vgl. die einzelnen Kapitel; außer: * Zusammenstellung MASGF; **Geschätzt aus Bundesdaten (Gesundheitspersonalrechnung) anhand des Brandenburger Anteils an der deutschen Bevölkerung; *** geschätzt aus der Anzahl der zugelassenen Zahnärzte in Brandenburg (Quelle: KZVB) und der durchschnittlichen Anzahl der Beschäftigten in Zahnarztpraxen in den ostdeutschen Bundesländern (Quelle: KZBV 2005); **** geschätzt aus der Anzahl der öffentlichen Apotheken in Brandenburg (Quelle: ABDA) und der durchschnittlichen Anzahl der Beschäftigten in öffentlichen Apotheken (Quelle: ABDA)

Anders sieht dies für die Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrien aus; sie sind – auch aufgrund der engen Beziehungen zu Universitäten, Forschungseinrichtungen und Kunden – vorwiegend im engeren Verflechtungsraum angesiedelt.

Um diese aus unterschiedlichen Quellen stammenden und teilweise geschätzten Werte mit Daten aus einer einheitlichen Datenquelle abzugleichen, wurde die Statistik der Bundesagentur für Arbeit für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und geringfügig Beschäftigte herangezogen (Tabelle 32). Diese Statistik umfasst keine Beamten und Selbstständigen. Für den Gesundheitstourismus und die Biotechnologie liegen in dieser Statistik keine spezifischen Daten vor. Der Bereich der ambulanten sozialen Dienste umfasst nicht nur die hier relevanten ambulanten Pflegedienste, sondern auch weitere Dienste; diese Daten können aber nicht weiter aufgeschlüsselt werden.

Tabelle 32: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und geringfügig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland und Brandenburg 2005

	Anzahl Beschäftigte		Anzahl Beschäftigte je 1.000 Einwohner		Anteil BRB/ D
	Deutsch- land	Branden- burg	Deutsch- land	Branden- burg	
Kernbereich	3.360.221	83.173	40,7	32,4	80 %
Krankenhäuser	1.138.567	28.820	13,8	11,2	81 %
Krankenhäuser	950.329	28.820	11,5	11,2	97 %
Hochschulkliniken	188.238	0	2,3	0,0	0 %
Vorsorge- und Rehabilitationskliniken	119.655	2.811	1,5	1,1	75 %
Pflege	539.715	13.334	6,5	5,2	79 %
Altenpflegeheime	342.991	6.669	4,2	2,6	62 %
Ambulante soziale Dienste	196.724	6.665	2,4	2,6	109 %
Arztpraxen	528.427	10.916	6,4	4,3	66 %
Zahnarztpraxen	274.943	6.255	3,3	2,4	73 %
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	214.400	5.068	2,6	2,0	76 %
Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten	10.412	146	0,1	0,1	45 %
Massagepraxen	122.957	2.373	1,5	0,9	62 %
Heilpraktikerpraxen	5.554	72	0,1	0,0	42 %
Sonstige selbstständige Tätigkeiten im Gesundheitswesen	75.477	2.477	0,9	1,0	105 %
Apotheken	190.509	4.216	2,3	1,6	71 %
Krankentransport- und Rettungsdienste	40.491	2.099	0,5	0,8	167 %

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

(Fortsetzung Tabelle 32)

	Anzahl Beschäftigte		Anzahl Beschäftigte je 1.000 Einwohner		Anteil BRB/ D
	Deutsch-land	Branden-burg	Deutsch-land	Branden-burg	
Verwaltung/Ausbildung	267.385	8.253	3,2	3,2	99 %
Krankenversicherungen, private	41.175	462	0,5	0,2	36 %
Gesetzliche Krankenversicherung	144.902	3.975	1,8	1,5	88 %
Knappschaftliche Krankenversicherung	7.316	1.118	0,1	0,4	491 %
Öffentliche Verwaltung auf dem Gebiet Gesundheitswesens	19.138	776	0,2	0,3	130 %
Berufsakademien, Fachakademien, Schulen des Gesundheitswesens	24.290	942	0,3	0,4	125 %
Organisationen des Gesundheitswesens	30.564	980	0,4	0,4	103 %
Sonstige Anstalten und Einrichtungen des Gesundheitswesens	46.129	1.401	0,6	0,5	98 %
Vorleistungs- und Zulieferindustrien / Handel	423.294	6.885	5,1	2,7	52 %
Pharmaindustrie	128.959	575	1,6	0,2	14 %
Herstellung von pharmazeutischen Grundstoffen	22.826	0	0,3	0,0	0 %
Herstellung von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen	106.133	575	1,3	0,2	17 %
Medizintechnik	184.183	4.579	2,2	1,8	80 %
Herstellung von elektromedizinischen Geräten und Instrumenten	27.003	460	0,3	0,2	55 %
Herstellung von medizintechnischen Geräten	49.255	605	0,6	0,2	39 %
Herstellung von orthopädischen Erzeugnissen	21.555	542	0,3	0,2	81 %
Zahn technische Laboratorien sowie Herstellung von Einrichtungen und Ausstattungen dafür	66.940	1.707	0,8	0,7	82 %
Herstellung von augenoptischen Erzeugnissen	19.430	1.265	0,2	0,5	209 %
Groß- und Einzelhandel	110.152	1.731	1,3	0,7	50 %
Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen	40.298	512	0,5	0,2	41 %
Großhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf	25.563	147	0,3	0,1	18 %
Großhandel mit Dentalbedarf	7.157	64	0,1	0,0	29 %
Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln	37.134	1.008	0,5	0,4	87 %
Gesamt	3.783.515	90.058	45,9	35,1	76 %

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Stand: 30.06.2005, eigene Berechnungen

Insgesamt arbeiten in den ausgewiesenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft 90.058 sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte; bezogen auf die Bevölkerung erreicht die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft damit rund 76 % des Bundesniveaus. Ein besonders hohes Beschäftigungsniveau ist bei der Herstellung von augenoptischen Erzeugnissen (209 % des Bundesniveaus), den Krankentransport- und Rettungsdiensten (167 %), der öffentlichen Verwaltung im Gesundheitswesen (130 %) und den Berufsakademien, Fachakademien, Schulen des Gesundheitswesens (125 %) zu verzeichnen. Eine Ausnahmesituation gibt es im Bereich der knappschaftlichen Krankenversicherung (491 % des Bundesniveaus).

Entwicklung von Umsatz und Beschäftigung

Die Erwartungen hinsichtlich der Umsatzentwicklung innerhalb des so bedeutenden Kernbereichs sind unterschiedlich: Immerhin fünf der 12 im Rahmen der Fachkräftestudie befragten Krankenhäuser rechnen mit einem leichten Umsatzanstieg in den nächsten beiden Jahren, drei Krankenhäuser rechnen mit konstanten und vier mit leicht sinkenden Umsätzen. Die Rehabilitationseinrichtungen erwarten hingegen ausschließlich konstante bis leicht sinkende Umsätze, und bei den Pflegeheimen halten sich steigend und sinkende Umsatzerwartungen in etwa die Waage. Lediglich die ambulanten Pflegedienste rechnen deutlich überwiegend mit leicht steigenden Umsätzen.¹⁴⁴ Eine Prognose für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist nicht möglich.

Hinsichtlich der Beschäftigungsentwicklung erwarten die Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegedienste/-heime bis 2010 insgesamt einen Abbau von rund 3,7 % aller Stellen.¹⁴⁵ Dabei gibt es allerdings regional und branchenspezifisch recht unterschiedliche Erwartungen: So wird in der Planungsregion Uckermark ein Abbau um 7 % erwartet, während es in der Planungsregion Spreewald-Lausitz nur 2,1 % sind. Und während die 14 befragten Krankenhäuser mit einem Rückgang um 11,4 % rechnen, erwartet die ambulante Pflege einen Anstieg um 12,8 %. Auch im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung wird insgesamt eher mit einem Rückgang der Beschäftigung gerechnet.

Auf insgesamt deutlich niedrigerem Umsatzniveau als der Kernbereich sticht im Bereich der Vorleistungs- und Zulieferindustrie insbesondere die Biotechnologie-Branche hervor: Dort rechnet kein Unternehmen mit sinkenden Umsätzen, 11 % mit konstanten und 89 % mit steigenden Umsät-

¹⁴⁴ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005: 70).

¹⁴⁵ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005: 76).

zen.¹⁴⁶ 60 % der Unternehmen gehen in den nächsten beiden Jahren von einem Personalzuwachs aus, bis 2010 gar von einer Verdoppelung der Beschäftigtenzahlen.

Auch die innovativen Unternehmen der Medizintechnik haben gute Chancen, am Wachstum des Weltmarkts für medizintechnische Produkte zu partizipieren; ausländische Anbieter werden dagegen zunehmend die Umsätze von Anbietern standardisierter Produkte zu drücken versuchen. In der Pharmabranche hängt die weitere Umsatzentwicklung kurz- und mittelfristig ganz entscheidend von der Entwicklung *Altana*s und dem Medikament Pantoprazol ab. Hier können bis zum Ablauf des Patentschutzes durchaus noch Umsatzsteigerungen erwartet werden.

Im Gesundheitstourismus haben die wenigen Brandenburger Anbieter Chancen, von einem vergleichsweise niedrigen Umsatzniveau aus am allgemein erwarteten moderaten Marktwachstum partizipieren zu können. Ein bedeutenderes Wachstum ist allerdings erst dann zu erwarten, wenn – nach einer vorherigen Analyse der bestehen Nachfragepotenziale – die Angebotsstrukturen ausgebaut und zusätzliche spezifisch gesundheitstouristische Angebote entwickelt und vermarktet werden.

¹⁴⁶ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005: 54).

11 Förderung der Gesundheitswirtschaft in anderen Bundesländern

Eine Vielzahl von Bundesländern hat in den letzten Jahren mehr oder weniger umfangreiche Bestandsaufnahmen zur Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in den jeweiligen Ländern und Maßnahmenpläne zu ihrer weiteren Förderung entwickelt. Einige haben dies – gleichsam als erste Fördermaßnahme – sehr öffentlichkeitswirksam getan, andere – wie etwa in Baden-Württemberg – haben es nicht weiter publik gemacht, um sich nicht „in die Karten schauen zu lassen“.

Im Folgenden werden die Förderaktivitäten von vier Bundesländern näher beleuchtet, die sich in diesem Bereich besonders hervorgetan haben: Schleswig-Holstein, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen. Bei dieser Untersuchung sollen folgende Fragen geklärt werden:

- Wie wird die Gesundheitswirtschaft von anderen Wirtschaftsbereichen abgegrenzt?
- Welche Konzepte liegen der Förderung der Gesundheitswirtschaft in den Ländern zugrunde, und welches Vorgehen wurde von den Ländern zur Erarbeitung eines Förderkonzepts für die Gesundheitswirtschaft gewählt?
- Welche Ziele werden von den anderen Ländern verfolgt?
- Welche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft sind geplant oder wurden bereits ergriffen?
- Welche Auswirkungen sind von diesen Entwicklungen/Fördermaßnahmen auf die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg zu erwarten?
- Welche Erfahrungen haben die Länder bisher bei der Umsetzung ihrer Förderkonzepte gemacht?

11.1 Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft

In dem den Aktivitäten in **Schleswig-Holstein** zugrunde liegenden Gutachten aus dem Jahr 2000 wird grundsätzlich unterschieden zwischen den Industrien der Gesundheitswirtschaft und den Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft. Zu den Industrien gehören die Medizintechnik, die Pharma- und die Ernährungsindustrie sowie die Bio- und die Umwelttechnologie. Zu den Dienstleistungen gehören der institutionelle Rahmen,

Krankendienste, Naturheilverfahren/ganzheitliche Therapieformen, Vorsorge/Rehabilitation, Senioren/Pflege, Wellness (als Teilbereich der Freizeit- und Tourismuswirtschaft), betriebsinterne Gesundheitsdienste, Beratung und Entwicklung.

In dem den Aktivitäten in **Berlin** zugrunde liegenden Gutachten aus dem Jahre 2002 wird unterschieden zwischen der Industrie (mit den Branchen Pharmazie, Medizintechnik, und Biotechnologie), dem Handwerk mit den unterschiedlichen Gewerken, dem Handel mit den Apotheken und dem pharmazeutischen Großhandel sowie dem öffentlichen und privaten Dienstleistungssektor mit den Segmenten stationäre und ambulante Versorgung, Rettungs- und Krankentransportwesen, Services im Business-to-Customer- und im Business-to-Business-Bereich, Forschung und Lehre, Krankenversicherungen, Behörden und Verbände im Gesundheitswesen. Diese Gliederung lehnt sich sehr stark an die allgemein verwendete Gliederung der Wirtschaftszweige (gemäß NACE Code) an. Dies mag ein Grund dafür sein, dass der Bereich Gesundheitstourismus nicht näher betrachtet wird. Aber auch der Bereich Pflege ist in den Berliner Vorarbeiten nicht enthalten.

Den beiden neueren Masterplänen von **Mecklenburg-Vorpommern** und **NRW** wird das schon eingangs dargestellte Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft zugrunde gelegt. Allerdings gibt es in Nordrhein-Westfalen eine enge Verknüpfung und Überschneidung mit dem Bereich Seniorenwirtschaft, der Landesinitiative Seniorenwirtschaft und dem damit verbundenen Aktionsprogramm Pflege NRW.

Trotz der vielfältigen Verwendung des Begriffes Gesundheitswirtschaft gibt es also gegenwärtig noch immer keine klare Definition, geschweige denn eine einheitliche statistische Erfassung dieser Branche. Insbesondere in den Randbereichen entstehen naturgemäß Abgrenzungs- und Erfassungsprobleme, wie etwa beim Gesundheitstourismus. Aber auch die Pflege wird – wohl wegen ihrer sozialrechtlichen Verortung und der Struktur der finanziellen Anreizsysteme in der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung – nicht immer zur Gesundheitswirtschaft gezählt, sondern bestenfalls der ‚Seniorenwirtschaft‘ zugeordnet. Die große inhaltliche Interdependenz zwischen medizinischer Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege spricht jedoch dafür, auch die Pflege zur Gesundheitswirtschaft zu zählen.

11.2 Vorgehen und Konzepte

Die Basis für die Analyse der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für das Land **Berlin** war die Studie zur Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Auftrag der IHK Berlin.¹⁴⁷ Darin werden neben den Beschäftigungs- und Umsatzeffekten der Gesundheitswirtschaft auch die einzelnen Bereiche der Gesundheitswirtschaft näher untersucht, eine Stärken-Schwächen-Analyse des Gesundheitsmarktes Berlin durchgeführt und erste Ziele und Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft in Berlin definiert.

Für das Cluster Gesundheitswirtschaft wurde ein Entwurf für einen übergreifenden Masterplan „Gesundheitsregion Berlin 2005-2015“ formuliert und im November 2005 der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Erarbeitung der Teilmasterpläne erfolgte im Wesentlichen durch die Technologiestiftung Berlin (TSB), Berlin Partner GmbH, die Kammern und Unternehmensverbände, die Investitionsbank Berlin sowie die zuständigen Senatsverwaltungen. Für die Entwicklung des Masterplans „Gesundheitsregion 2005-2015“ wurde eine ressortübergreifende Steuerungsgruppe der Staatssekretäre für Wirtschaft (federführend), für Gesundheit und für Wissenschaft sowie des Chefs der Staatskanzlei eingerichtet. Die Gesamtkoordination von mehr als 100 beteiligten Organisationen, Verbänden und Unternehmen soll durch eine Steuerungsgruppe unter Leitung von Prof. Günter Stock erfolgen, dem eine Lenkungsgruppe beigegeben ist, und deren Geschäftsstelle bei der Technologiestiftung Berlin (TSB) GmbH angesiedelt sein soll. Seit Anfang 2006 ist Brandenburg in die Entwicklung der Masterpläne eingebunden. Dies findet seinen Niederschlag auch in der Besetzung der entsprechenden Gremien.

In **Schleswig-Holstein** hat die Förderung der Gesundheitswirtschaft eine hohe politische Bedeutung und eine langjährige Tradition. Initialzündung für die Förderung der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein war die Regierungserklärung von Ministerpräsidentin Simonis am 10. Mai 2000, in der ein „Schwerpunkt Gesundheitswirtschaft“ proklamiert wurde. Im selben Jahr folgte die Veröffentlichung einer Expertise zu den „Potentialen und Chancen der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“. Im Jahr 2001 kam es dann zur Gründung der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein mit (Stand 2003) einem Initiativkreis Gesundheit (Vorsitz: Ministerpräsidentin, Minister/-innen der fachlich betroffenen Ressorts, hochrangige Akteure der Gesundheitswirtschaft), einem Lenkungsausschuss (Staatssekretärebene) sowie Projektgruppen für die verschiedenen Leitprojekte (mehr als 150 Repräsentanten der Gesundheitswirtschaft sowie Vertreter der Landesregierung in 10 Projektgruppen). Seit dem 01.06.2005 liegt die

¹⁴⁷ Henke, K.-D., Mackenthun, B., Schreyögg, J. (2002).

Federführung innerhalb des Initiativkreises bei dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren. Der Initiativkreis tritt zweimal jährlich zusammen.

Noch nicht ganz so lange aktiv wie in Schleswig-Holstein, aber ebenfalls von hoher politischer Bedeutung ist die Förderung der Gesundheitswirtschaft in **Mecklenburg-Vorpommern**. Einer der ersten Kristallisationspunkte war eine Studie aus dem Jahre 2003.¹⁴⁸ Die Förderung der Gesundheitswirtschaft war Gegenstand vielfältiger parlamentarischer Diskussionen und Entscheidungen.¹⁴⁹ Zum 01.03.2004 wurde ein Koordinierungsbüro Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern in Rostock/Warnemünde bei der BioCon Valley® GmbH eingerichtet. Auf einer entsprechenden Homepage (www.gesundheitswirtschaft-mv.org) werden die entsprechenden Aktivitäten und Einrichtungen (Beirat, Kuratorium und Projektgruppen) dargestellt. Im knapp 40-köpfigen Kuratorium sitzen unter anderem Vertreter der Landesregierung, Industrie- und Handelskammern, Kassen und Unternehmer. Im Auftrag dieses Kuratoriums wurde der Masterplan „Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2010“ erarbeitet, der im März 2006 an Ministerpräsident Ringstorff übergeben wurde. Ergänzt wird dieser Masterplan durch die Landestourismuskonzeption Mecklenburg-Vorpommern 2010 aus dem Jahre 2004 und den Masterplan zur künftigen Sicherung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern vom 30.06.2005.¹⁵⁰

In **Nordrhein-Westfalen** wurde eine Erklärung „Standortfaktor Gesundheitswesen als Beschäftigungsmotor sichern und entwickeln“ von der 6. Landesgesundheitskonferenz NRW schon im Jahr 1997 veröffentlicht. Ansätze zur Förderung der Gesundheitswirtschaft gab es zunächst auf regionaler Ebene. So wurde im Ruhrgebiet im Jahre 2003 von vier regionalen Partnern mit Unterstützung des Gesundheits- und des Wirtschaftsministeriums der Verbund „MedEcon Ruhr: Gesundheit – Wirtschaft – Innovation“ (www.medeconruhr.de) gegründet. Im Jahre 2004 wurde dann auch eine eigenständige Koordinierungsstelle eingerichtet. Zentrales Gremium der Gemeinschaftsinitiative MedEcon Ruhr ist das MedEcon-Projektteam, welches sich aus Vertretern der vier regionalen Partner, den Landesministerien, der MedEcon-Koordinierungsstelle sowie den kommunalen Partnern aus der Region zusammensetzt. Umfangreiche Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitswirtschaft gibt es zudem in der Region Ostwestfalen-Lippe mit dem Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirt-

¹⁴⁸ „Zukunftsbranche Gesundheitswirtschaft: zur wirtschaftlichen und beschäftigungspolitischen Entwicklung in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft, des Tourismus / Gesundheitstourismus sowie der Ernährungswirtschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern“.

¹⁴⁹ Z. B. DS LT MV 4/1240 vom 09.06.2004, PIPr LT MV 4/19 vom 10.09.2003.

¹⁵⁰ DS LT MV 4/1774.

schaft (ZIG). Aufbauend auf diesen regionalen Aktivitäten wurde der erste Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW 1.0 von Ministerpräsident Steinbrück am 10.09.2004 im Rahmen des Forums ‚Gesundheit-Wirtschaft-Innovation NRW I‘ der Öffentlichkeit vorgestellt. Es folgten weitere landesweite und regionale Veranstaltungen zur Abstimmung und Ausarbeitung dieses Masterplanes unter Beteiligung zahlreicher Akteure der Gesundheitswirtschaft. Im Ergebnis konnte der Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW 2.0 wiederum von Ministerpräsident Steinbrück am 01.03.2005 im Rahmen des Forums ‚Gesundheit-Wirtschaft-Innovation NRW II‘ der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Das Thema „Gesundheitswirtschaft“ und ihre staatliche Förderung war mehrfach Gegenstand parlamentarischer Diskussionen (Plenarprotokoll 13/134 10.11.2004 S.13076-13087). Als Kommunikationsplattform wurde ein Internetportal eingerichtet (www.gesundheitswirtschaft.nrw.de), das alle innovativen Projekte in Nordrhein-Westfalen erfasst und somit eine Vernetzung ermöglichen soll. Neben der Geschäftsstelle Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW hat die Landesregierung eine Interministerielle Arbeitsgruppe auf Abteilungsleitungsebene und eine Projektgruppe Gesundheitswirtschaft NRW eingerichtet, in der unter der Federführung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie die Staatskanzlei, das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit, das Ministerium für Wissenschaft und Forschung und das Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz eng zusammenarbeiten. Im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW gibt es (Stand: 01.02.2006) ein Referat III 10, das sich mit wirtschaftlichen Fragen des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft befasst. Mittlerweile liegt der Fokus der Aktivitäten wieder stärker auf regionaler Ebene, insbesondere in den Regionen Ruhr und Ostwestfalen-Lippe.

Zusammenfassung und Bewertung

Hinsichtlich des Vorgehens hat sich damit ein Grundmuster herauskristallisiert, das mit Abwandlungen in den vier Ländern beobachtet werden kann:

- Beauftragung einer Studie und anschließende Entwicklung eines Masterplans
- Zentrale Steuerung durch Ministerpräsidenten/-präsidentin (außer Berlin)
- Einrichtung einer zentralen Geschäftsstelle
- Steuerungsgremium / Lenkungsausschuss (auf Staatssekretärebene)
- Politische Diskussion im Parlament
- Gründung von korporatistisch besetzten Projektgruppen und Beiräten

Unterschiede zwischen den Ländern bestehen – schon aufgrund ihrer flächenmäßigen Größe und Bevölkerungsdichte – in dem Ausmaß, in dem verschiedenen Regionen des Landes eine eigenständige Bedeutung beigemessen wird. Während dies etwa in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern kaum der Fall war, spielten regionale Bestrebungen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein eine dominierende Rolle.

Weiter ist eine unterschiedliche Gewichtsverteilung zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren zu beobachten: Während in Berlin v. a. gesellschaftliche Akteure die treibenden Kräfte hinter der Förderinitiative sind (IHK als Auftraggeber eines Gutachtens), wurde der Prozess in Mecklenburg-Vorpommern ganz wesentlich durch die staatliche Wirtschaftsförderung betrieben.

Ein Dilemma besteht offensichtlich zwischen dem Streben nach innovativen, stringenten Förderkonzepten auf der einen Seite und der Mobilisierungs- und Umsetzungsfähigkeit der Maßnahmen auf der anderen Seite. Während Ersteres eine eher kleine, schlagkräftige Institution verlangt, setzt Letzteres häufig die frühzeitige und intensive Einbindung einer Vielzahl von Teilnehmern voraus. Hier gilt es in der weiteren Entwicklung eine Balance zu finden, die vor allem durch ein professionell besetztes und hauptamtlich tätiges Entwicklungsbüro gewährleistet werden kann.

11.3 Ziele und Schwerpunkte der Fördermaßnahmen

Mit der Förderung der Gesundheitswirtschaft werden in den hier untersuchten Ländern häufig eine Vielzahl von Zielen verfolgt.

Mit dem Vorschlag für einen Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg werden für die Region **Berlin-Brandenburg** die folgenden strategischen Ziele verfolgt:

- „Berlin und Brandenburg werden zu dem innovativen und leistungsstärksten Zentrum der Gesundheitswirtschaft in Deutschland.“
- Schaffung eines positiven Investitionsklimas für „Gesundheit“
- Gesundheit als wesentlicher Schwerpunkt der Wirtschaftsförderung
- Stärkung der regionalen Netzwerke zwischen Berlin und Brandenburg im Bereich der Gesundheitswirtschaft
- Förderung von Forschung, Aus- und Fortbildung
- Stärkung der Spitzenmedizin (mit dem Kern Charité)
- Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung
- Etablierung von Leuchtturm-/Leitprojekten

- Ausrichtung aller politischen Prozesse und Entscheidungen auf die strategischen Ziele des Masterplanes Gesundheit
- Förderung der Transparenz und Qualität in der Gesundheitswirtschaft

Weiter wurden zwölf Handlungsfelder definiert: Gesundheitswissenschaften; Lehre / Ausbildung / Weiterbildung; Transparenz und Steuerung, Marke / Messen / Kongresse, Biotechnologie und Biomedizin (Verweis auf separaten Masterplan); Medizintechnik/Telemedizin (Verweis auf separaten Masterplan); Weiterentwicklung von Technologiestandorten; Modernisierung und Optimierung der Gesundheitsversorgung; Prävention und Gesundheitsförderung; Verlängerung und Stärkung der Wertschöpfungsketten; Länder Berlin und Brandenburg als Gesundheitsunternehmer; Export von "Gesundheit" und "Patiententourismus".

Im Abschlussbericht zur ersten Phase der Gesundheitsinitiative in **Schleswig-Holstein** werden folgende Ziele für die Gesundheitswirtschaft definiert:

- Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft sichern und schaffen und die Wettbewerbsfähigkeit des Gesundheitsstandorts weiter stärken.
- Verbesserung der Gesundheitsversorgung
- Effizientere Leistungserbringung im Gesundheitswesen, um Kosten zu senken
- Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen steigern

Die Gesundheitsinitiative selbst hat zum Ziel:

- die Zusammenarbeit der Akteure zu verbessern;
- Wachstumsdefizite und Hindernisse zu identifizieren und Vorschläge zur Überwindung zu erarbeiten und umzusetzen;
- ungenutzte Potenziale u. a. durch Vernetzung und Bündelung vorhandener Ressourcen zu erschließen sowie
- ausgewählte Leitprojekte zu entwickeln und zur Umsetzung zu führen.

In der ersten Phase (2001-2005) wurde mit insgesamt 11 Leitprojekten begonnen (Medizintechnik-Campus, Forum Life Sciences, Gesundheits- und Wellness-tourismus in Urlaubsorten, Modellregion „Natürlich Erleben“, Qualitätsgemeinschaft medizinischer Rehabilitation in Schleswig-Holstein, Elektronischer Patientenausweis / Gesundheitskarte, Grenzüberschreitende medizinische Versorgung, Internet-Portal für die Akteure im Gesundheitsbereich, Etablierung einer Wellness- und Gesundheitsmesse, Internationale Vermarktung, Zukunftsdialog Gesundheit).

Erklärtes Ziel des Masterplanes Gesundheitswirtschaft **Mecklenburg-Vorpommern** 2010 ist es, das Land zum Gesundheitsland Nr. 1 in

Deutschland zu machen. Dies soll unter anderem durch eine Fokussierung auf den Bereich der Gesundheitsprävention erfolgen.

Insgesamt soll der Masterplan dazu beitragen,

- Mecklenburg-Vorpommern als wettbewerbsfähigen und attraktiven Standort der Gesundheitswirtschaft weiter zu etablieren und als solchen nach innen und außen zu positionieren;
- Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft zu mobilisieren und dafür die zentralen Gestaltungsfelder zu benennen und zu gewichten;
- die dazu notwendige (institutionelle) Entwicklungsinfrastruktur zu schaffen;
- die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung in MV durch eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Laut Masterplan sollen in Mecklenburg-Vorpommern folgende Hauptgestaltungsfelder im Vordergrund stehen: die Gesundheitsprävention, der Gesundheitstourismus (insbesondere ‚Medical Wellness‘ und Angebote für die Generation ‚50-plus‘), die Rehabilitation (mit deutlichen Schnittmengen mit der Prävention und den ‚Medical Wellness‘-Angeboten), eine gesunde Ernährung (um die Ressourcen des Agrarlandes Mecklenburg-Vorpommern optimal nutzen zu können) sowie die Seniorenwirtschaft.

Als wichtige Komplementärfelder werden die Biotechnologie, die Hochleistungsmedizin sowie die neuen Versorgungsformen genannt.

Mit dem Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW 2.0 werden in **Nordrhein-Westfalen** sieben Ziele verfolgt:

- NRW als Standort mit überdurchschnittlich hoher Lebensqualität
- Modellregion für innovative Ansätze zur Erneuerung des Gesundheitswesens, für mehr Qualität und Effizienz
- Mobilisierung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung
- Positionierung als internationaler Exporteur von gesundheitsbezogenen Technologien, Produkten und Dienstleistungen
- Top-Standort für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und Steigerung der Attraktivität für Neugründungen und Neuansiedlungen
- Positive Wachstumsimpulse und Schaffung zusätzlicher attraktiver Arbeitsplätze

Weiter wurden 17 strategische Handlungsfelder definiert, u. a. die Modernisierung der gesundheitlichen Versorgung durch neue Versorgungsformen, die Modernisierung von Krankenhäusern, Gesundheitsförderung und

Prävention, Wellness, Biotechnologie, Medizintechnik und Telematik. Diesen 17 strategischen Handlungsfeldern wurden insgesamt 58 Handlungsfelder zugeordnet; für das strategische Handlungsfeld „Modernisierung der gesundheitlichen Versorgung durch neue Versorgungsformen“ sind dies etwa:

- Disease Management Programme weiterentwickeln
- Neue Spielräume für eine Integrierte Versorgung nutzen
- Grundlagen für eine Integrierte Versorgung
- Schwerpunktthema der Landesgesundheitskonferenz nutzen

Neben diesen Handlungsfeldern wurden bisher 10 Leitprojekte identifiziert und umgesetzt. Die Auswahl dieser Leitprojekte erfolgt durch die interministerielle Arbeitsgruppe Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW. Zu diesen Leitprojekten gehört etwa das Projekt „Konzertierte Aktion gegen Brustkrebs“ und das Projekt „Vernetzung regionaler Akteure und Unternehmen des Bereiches Life Science /Gesundheitswesen“.

Zusammenfassung und Bewertung

Neben den generellen wirtschafts- und standort-/regionalpolitischen Zielen wie Wachstum und Beschäftigung, einer effizienteren Leistungserbringung im Kernbereich des Gesundheitswesens sowie der Steigerung von Unternehmensneugründungen und –ansiedlungen in den wachstumsträchtigen Branchen Biotechnologie/Medizintechnik und Gesundheitstourismus werden auch gesundheitspolitische Ziele (z. B. Mobilisierung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung, Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen) aufgeführt. Die Abgrenzung von Ober- und Unterzielen, Handlungsfeldern und Maßnahmen ist häufig nicht sauber und erschwert daher die Zuordnung der einzelnen Elemente zueinander. Auch das Verhältnis zwischen den einzelnen Zielen ist häufig nicht klar definiert, so dass Widersprüche nicht auszuschließen sind.

Schon aufgrund der Breite der Zielsetzungen zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der Ziele und Schwerpunkte in den verschiedenen Ländern. Dies geht nicht nur auf Kosten eines klaren gesundheitswirtschaftlichen Profils (am deutlichsten ist ein klares Profil noch in Mecklenburg-Vorpommern formuliert); insbesondere im Bereich der Ansiedlung von Unternehmen der Biotechnologie und Medizintechnik sowie des Gesundheitstourismus treten die Bundesländer in eine unmittelbare Standortkonkurrenz zueinander.

Wird die Förderung der Gesundheitswirtschaft vor allem als Wirtschaftsförderung und nicht als Gesundheitsförderung begriffen, so gilt es, die zu fördernden Unternehmen auch in den Mittelpunkt der Maßnahmen zu

stellen. Die Durchsicht der o. g. Ziele zeigt, dass dies nicht überall durchgängig gelungen ist.

11.4 Fördermaßnahmen

Für jedes der strategischen Handlungsfelder wurden im Vorschlag für den Masterplan Gesundheitsregion **Berlin-Brandenburg** die beteiligten Akteure, bis zu drei Ziele, bis zu neun Maßnahmen und für jede Maßnahme die federführende Einrichtung und der Zeithorizont benannt (kurz: bis 2008, mittel: bis 2010; langfristig: bis 2015). Diese Maßnahmen lassen sich weitgehend den folgenden Kategorien zuordnen:

- Marketing / Information (z. B. Einrichtung eines Internetportals, Durchführung von Messen, Kongressen)
- Networking, Koordination (z. B. Stärkung und Ausbau von Netzwerken zw. Wissenschaftlern und Produktion sowie zwischen Herstellern und Nutzern)
- Forschung / Wissensbeschaffung (z. B. Konzeptentwicklungen, Bestandsaufnahmen etc.)
- Qualifikation (z. B. Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts der Weiterbildung zum medizinischen Präventions- und Wellnessanwender unter Einbeziehung der Ergo- und Physiotherapie)
- Finanzierung (z. B. Ausbau spezialisierter Beratungskapazitäten zur gezielten Nutzung verschiedener Förderprogramme)
- Qualitätssicherung (z. B. Schaffung eines Berliner Qualitätsstandards ("Gütesiegel Gesundheit") auf Grundlage einer patientenorientierten wissenschaftlichen Evaluation)
- Leuchtturmprojekte (z. B. Bewerbung der Charité um das Projekt "Voll-digitalisiertes Krankenhaus")

In der zweiten Phase seit 2005 konzentriert sich die Gesundheitsinitiative **Schleswig-Holstein** auf drei Schwerpunkte:

- Initiierung eines gesundheitspolitischen Zukunftsdialoges
- Initiierung und Unterstützung von ausgewählten Leitprojekten
- Entwicklung einer Marketing- und Profilierungsstrategie für Schleswig-Holstein als Gesundheitsland

Mit dem gesundheitspolitischen Zukunftsdialog will das Gesundheitsministerium zusammen mit den Akteuren des Gesundheitswesens Szenarien für die weitere Entwicklung der medizinischen Versorgungssysteme (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante und integrierte

Versorgung) in Schleswig-Holstein erarbeiten und daraus Handlungsempfehlungen ableiten.

Für die zweite Phase ab 2005 sind bisher fünf Leitprojekte geplant: Brustgesundheit Schleswig-Holstein; Protonentherapie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein; Faszination Operieren; Elektronische Gesundheitskarte Schleswig-Holstein; Gesundheitstourismus.

Gerade im Bereich des Gesundheits- und Wellness-tourismus werden vom Heilbäderverband Schleswig-Holstein (als Koordinationsstelle für den Bereich Gesundheitstourismus) eine Vielzahl von Aktivitäten vorangetrieben. Die hohe Bedeutung des Gesundheits- und Wellness-tourismus hat auch in der Landestourismuskonzeption ihren Niederschlag gefunden: Allerdings steht als Kernkompetenz der Erholungsurlaub weiterhin im Vordergrund.

Schließlich sollen mit einer Marketing- und Profilierungsstrategie die Wettbewerbsvorteile Schleswig-Holsteins als Gesundheitsland gegenüber anderen Regionen deutlicher herausgestellt und vermarktet werden, etwa durch eine Präsenz auf Messen und Kongressen (z. B. dem Hauptstadtkongress 2006) und durch eine zentrale Internetplattform (www.gesundheit.schleswig-holstein.de).

Im Masterplan für **Mecklenburg-Vorpommern** werden zunächst jeweils für die o. g. Hauptgestaltungsfelder und Komplementärfelder 4-6 sog. ‚strategische Linien‘ definiert. Diese enthalten häufig Maßnahmen zur Vernetzung zwischen Einrichtungen, zu gemeinsamen Forschungsprojekten (z. B. Marktforschung), zum gemeinsamen Marketing sowie zur Verbesserung des Austauschs zwischen Forschung und Praxis.

Neben diesen für die Haupthandlungs- und Komplementärfelder spezifischen Maßnahmen werden fünf zentrale Maßnahmenbereiche definiert, die gemeinsam die sog. ‚unterstützende Managementinfrastruktur‘ für die Förderung der Gesundheitswirtschaft insgesamt darstellen. Bei diesen fünf Maßnahmenbereichen handelt es sich um:

- Netzwerkmanagement (Networking, Schaffung einer gemeinsamen Informationsplattform, Projektmanagement und –monitoring)
- Finanzierung (Grundfinanzierung von Start-up-Unternehmen, Finanzierung der Kooperationskosten zwischen Unternehmen, z. B. durch eine Stiftung oder einen Venture Capital Fonds)
- Marketing (insbesondere abgestimmtes, überregionales Marketing, auch durch Messen und Kongresse)
- Qualitätsmanagement (z. B. Zertifizierung von Unternehmen, ‚Wellness-Siegel‘: www.wunderbare-wellnesswelten.de)

- Qualifizierung (Schaffung neuer Berufsbilder/Weiterbildungsangebote, z. B. „Fachkraft im Wellness-tourismus“)

Erste Maßnahmen gab es vor allem in den Bereichen Netzwerkmanagement, Marketing und Qualitätsmanagement. So wurde das Koordinationsbüro Gesundheitswirtschaft eingerichtet und eine einheitliche Internetplattform für das Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern etabliert (www.gesundheitsland-mv.de).

Zur Sicherstellung der Finanzierung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft wurde diese (allerdings ohne Kernbereich) im Regionalen Förderprogramm des Landes für 2006 und damit im Vierunddreißigsten Rahmenplan der „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ für den Zeitraum 2005 bis 2008 (BT DS 15/5141) verankert.

In **Nordrhein-Westfalen** zeigt sich ein vergleichbarer Kanon an Maßnahmen, wobei dort schon eine Vielzahl von konkreten Einzelprojekten in den einzelnen Handlungsbereichen formuliert sind. Unterhalb der Landesebene gibt es in Nordrhein-Westfalen eine Reihe von regionalen Initiativen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft, etwa in der Region Ostwestfalen-Lippe (mit dem Schwerpunkt Gesundheitstourismus) oder der Region Bonn (mit Schwerpunkten im Bereich Life Sciences / Medizintechnik).

Zusammenfassung und Bewertung

Die Darstellung zeigt, dass es nicht nur bei den Zielen und Handlungsfeldern, sondern auch bei den zur Förderung der Gesundheitswirtschaft eingesetzten Instrumenten eine große Übereinstimmung zwischen den vier Ländern gibt: In Ermangelung von Handlungsmöglichkeiten zur – grundsätzlich sinnvollen – umfassenden Stimulierung der Nachfrage nach Leistungen und Produkten der Gesundheitswirtschaft konzentriert man sich auf ein Standortmarketing und die Unterstützung der Anbieter. Im Mittelpunkt dieser Unterstützungsleistungen steht dabei – wie in anderen Bereichen der Wirtschaftsförderung auch – das Instrument des Netzwerk- oder auch Clustermanagements. Dieses Instrument hat sich in anderen Branchen schon als erfolgversprechend erwiesen; auch sprechen eine Reihe von grundsätzlichen Überlegungen für den Einsatz dieses Förderinstruments. Ein Beleg für die Eignung dieses Instruments zur Förderung der Gesundheitswirtschaft steht allerdings noch aus.

11.5 Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft in Brandenburg

Aufgrund der Breite der Förderansätze sowohl hinsichtlich ihrer Ziele als auch der zu ihrer Erreichung eingesetzten Mittel ergeben sich nicht nur unweigerlich Überschneidungen zwischen den Fördermaßnahmen der

Länder, sondern vor allem in den auf externe Nachfrage angewiesenen Bereichen auch eine unmittelbare Konkurrenzsituation.

Aufgrund der engen Verflechtungen zwischen **Berlin** und Brandenburg sind unmittelbare Auswirkungen der Berliner Entwicklungen und Fördermaßnahmen im Bereich der Gesundheitswirtschaft und die Brandenburger Gesundheitswirtschaft zu erwarten. Entsprechend ist es nur folgerichtig, dass gegenwärtig auch unter Beteiligung von Akteuren aus Brandenburg ein gemeinsamer Vorschlag für einen Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg entwickelt wird.

Von besonderer Relevanz für die Gesundheitswirtschaft in Brandenburg sind v. a. die Bemühungen **Schleswig-Holsteins** um eine nationale wie internationale Profilierung als Gesundheitsland sowie der besondere Fokus auf den Bereich des Gesundheitstourismus (mit dem Schwerpunkt „Medical Wellness“). Hier könnte eine unmittelbare Konkurrenzsituation zu Entwicklungen in Brandenburg entstehen.

In die selbe Richtung zielen Maßnahmen in **Mecklenburg-Vorpommern und Ostwestfalen-Lippe**, wo jeweils die Schwerpunkte Gesundheitstourismus / Wellness verstärkt ausgebaut werden sollen. Gerade **Nordrhein-Westfalen** hat von den hier betrachteten Ländern noch das Potenzial, im Bereich Medizintechnik / Biomedizin in Konkurrenz zu Brandenburg (bzw. der Region Berlin-Brandenburg) zu treten.

11.6 Umsetzungserfahrungen

Berlin hat bisher keine Umsetzungserfahrungen, da sich der Masterplan noch in der Abstimmungsphase befindet. Allerdings existieren schon eine Reihe von Fördermaßnahmen, die in diesem Masterplan zusammengefasst werden, wie z. B. die Förderung der Medizin- und Biotechnologie (durch BioTOP und TSBmedici). Die Landesregierung **Schleswig-Holstein** hat zu den Leitprojekten der ersten Phase einen Zwischenbericht (2003/04) und einen Abschlussbericht (2004/05) veröffentlicht. Im Abschlussbericht wird zusammenfassend konstatiert, dass die erste Phase erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Dabei wird überwiegend die Umsetzung der Leitprojekte beschrieben. Eine qualitative Evaluation findet im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Gesundheitsinitiative statt, nicht jedoch im Hinblick auf die politisch-strategischen Zielsetzungen. Die Konzepte zur Förderung der Gesundheitswirtschaft in **Mecklenburg-Vorpommern** sind ebenfalls noch zu neu, als dass hier schon Umsetzungserfahrungen hätten gesammelt werden können. Zu jedem der 17 strategischen Handlungsfelder im Masterplan von **Nordrhein-Westfalen** gibt es ein kurzes Kapitel zum Stand der Umsetzung und zu den Perspektiven. Allerdings handelt es sich auch hier weitgehend um eine Prozessevaluation der bisherigen Umsetzung von Maßnahmen und nicht um eine

Überprüfung der Ober-/Ergebnisziele (Wachstum, Beschäftigung, Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung etc.) des Masterplans. Gerade die Ansiedlung der Biotechnologie in Nordrhein-Westfalen zeigt jedoch, wie eine lokale, nicht aufeinander abgestimmte Förderkonkurrenz die Bildung international konkurrenzfähiger Biotechnologie-Cluster behindern kann.

Zusammenfassung und Bewertung

Eine Bewertung der Effektivität und Effizienz der Förderung der Gesundheitswirtschaft aus den bestehenden Ansätzen ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum möglich; dazu ist der Ansatz, die Gesundheitswirtschaft in einer Region als Ganzes zu fördern, noch zu neu. Die Überzeugung der Sinnhaftigkeit einer solchen Förderung speist sich daher eher aus theoretischen Überlegungen¹⁵¹, erfolgreichen Beispielen aus anderen Branchen und z. T. positiven Erfahrungen etwa in der Förderung der Biotechnologie im Rahmen des BioRegio-Projekts des BMBF. Demgegenüber stehen eine Vielzahl von Beispielen, in denen kooperative Fördermaßnahmen gar nicht erst zustande kamen oder weitgehend im Sande verliefen, insbesondere dann, wenn es bei den zu behandelnden Themen um die Frage der Verteilung knapper Ressourcen ging. Vor allem Knieling et al. (2001) haben auf die Restriktionen einer kooperativen Regionalplanung aufmerksam gemacht, die auch bei der Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg von Bedeutung sein können (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33: Restriktionen kooperativer Planung

Institutioneller Rahmen	Akteurskonstellation	Einstellungen und Verhaltensmuster der Akteure
<ul style="list-style-type: none"> • Dominanz der Ordnungsfunktion • Kollektivgutcharakter der Branchenförderung • Asymmetrie der Kosten-Nutzen-Verteilung • Institutionalisierte Lokalismus • Fehlende Tauschmasse • Formalisierte Verfahren • Schwache Ressourcenausstattung der Branchenförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Große Akteurszahl • Heterogene Interessenstrukturen der beteiligten Akteure • Mit der Branchenförderung konkurrierende Akteure 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlendes Regional-/ Branchenbewusstsein • Kompetitive politische Kultur in der Branche/Region • Feindliche Akteursorientierung • Distanziertes Verhalten beteiligter Behörden • Selbstverständnis der Branchen-/ Regionalplanung („Plänemachen“, Ordnungsaufgaben)

Quelle: adaptiert nach Knieling, J. Fürst, D. Danielzyk, R. (2001)

¹⁵¹ Vgl. hierzu die Literatur zu Formen der mesokorporatistischen Steuerung und zum Cluster-Management sowie aktuell zu sog. korporatistischen Steuerungsansätzen vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, (2005).

12 Stand der Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg

Begreift man die Gesundheitswirtschaft tatsächlich als ‚Wirtschaft‘, so stellt ihre Förderung eine „Wirtschaftsförderung“ im bekannten Sinne dar. Darunter wird allgemein eine Vielzahl von staatlichen Maßnahmen subsumiert, mit denen das Ziel verfolgt wird, die Rahmenbedingungen für unternehmerische Aktivitäten in einer bestimmten Region zu verbessern.

Mit der Verbesserung der Rahmenbedingungen für Unternehmen wird wiederum eine Vielzahl von weiteren Zielen verfolgt, insbesondere die Erhöhung des regionalen Wirtschaftswachstums und eine damit einhergehende Verbesserung der regionalen Beschäftigungssituation. Wirtschaftsförderung zielt darauf ab, die Absatzchancen der Unternehmen in einer Region zu verbessern, zusätzliche Betriebe in der Region anzusiedeln sowie die bereits in der Region tätigen Unternehmen zu unterstützen.

Angesichts ihres regionalen Bezugs kann Wirtschaftsförderung auch als Synonym für Standortpolitik betrachtet werden. Beide zielen darauf ab, unternehmensrelevante Standortfaktoren so zu gestalten bzw. zu verbessern, dass es Unternehmen in der betreffenden Region ermöglicht wird, langfristige Rentabilität im internationalen Wettbewerb zu erreichen, so dass ihre Wertschöpfung am betreffenden Standort stattfindet – mit entsprechend positiven Auswirkungen auf das regionale Wirtschaftswachstum, Beschäftigung und Wohlstand der Bevölkerung in der Region.

Im Folgenden soll für die drei Bereiche der Gesundheitswirtschaft dargestellt werden, welche Förderziele dort gegenwärtig verfolgt werden, welche Institutionen an dieser Förderung beteiligt sind und welche Instrumente ihnen vorrangig zur Verfügung stehen.

12.1 Förderung des Kernbereichs

12.1.1 Ziele

Das Ziel der Unternehmen/Leistungserbringer im solidarisch finanzierten Kernbereich der Gesundheitswirtschaft ist grundsätzlich nachfrageseitig definiert: Die Gesundheit der Versicherten gilt es zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern (§ 1 SGB V). Behinderten oder von der Behinderung Bedrohten sind Leistungen zu gewähren, um ihre Selbstbe-

stimmung und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 SGB IX). Pflegebedürftigen soll geholfen werden, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Dabei müssen die Unternehmen darauf achten, dass die von ihnen erbrachten Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§12 Abs. 1 SGB V).

Entsprechende Zielformulierungen finden sich denn auch in den Rechtsgrundlagen auf Landesebene für die Förderung der einzelnen Teilbranchen des Kernbereichs (z. B. LKG, LPflegeG).

Eine Erhöhung des regionalen Wirtschaftswachstums und die Schaffung von Arbeitsplätzen in der Region sind im Kernbereich keine unmittelbaren Ziele der Förderpolitik. Sie ergeben sich aus ordnungspolitischer Sicht mittelbar aus den Fördermaßnahmen, die auf eine Erhöhung der Versorgungseffizienz abzielen, sowie unter Berücksichtigung der übergeordneten sozial- und gesundheitspolitischen Ziele.

12.1.2 Institutionen

Das **Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF)** ist im Kernbereich insbesondere zuständig für die Krankenhausplanung und –förderung, die stationäre Rehabilitation sowie für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Mit dem Land Berlin wird die Krankenhausplanung gemäß einer Vereinbarung auf Staatssekretäresebene aus dem Jahre 1991 vertieft abgestimmt.

An der Krankenhausplanung und der Ausgestaltung des Krankenhausinvestitionsprogramms wirken in jedem Versorgungsgebiet gebildete Konferenzen (**Gebietskonferenzen**¹⁵²) und die **Landeskonferenz für Krankenhausplanung** (Landeskonferenz) unter Vorsitz des MASGF mit.¹⁵³

¹⁵² Der Gebietskonferenz gehören als Mitglieder an: die Landkreise und kreisfreien Städte des Versorgungsgebietes, auch soweit sie nicht zugleich Krankenhausträger sind, mit je einer Vertreterin bzw. einem Vertreter; die freigemeinnützigen, privaten und anderen Träger der Krankenhäuser im Versorgungsgebiet mit je einer Vertreterin bzw. einem Vertreter; die Krankenkassen im Versorgungsgebiet einschließlich des Landesausschusses der privaten Krankenversicherung.

¹⁵³ Der Landeskonferenz gehören als Mitglieder an: das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium, die Landeskrankengesellschaft Brandenburg e. V., die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung, die kommunalen Spitzenverbände im Lande.

Die **Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KV)** ist eine Körperschaft des Öffentlichen Rechts. In ihr sind die Vertragsärzte des Landes Brandenburg zusammengeschlossen. Die KV hat für die ambulante ärztliche Versorgung in Brandenburg den Sicherstellungsauftrag gem. § 75 SGB V. Sie übernimmt federführend u. a. die vertragsärztliche Zulassung und Bedarfsplanung, schließt Versorgungsverträge, regelt die Abrechnung und Honorarverteilung für die vertragsärztlichen Leistungen. Ihre Mitglieder berät sie u. a. in juristischen und betriebswirtschaftlichen Fragen.

Die **Krankenkassen** schließen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung mit der KV u. a. Verträge zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und zur Honorarverteilung. Sie schließen darüber hinaus Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Leistungserbringern im Rahmen der GKV. Als **Pflegekassen** schließen sie zur Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags gem. §§ 12, 69 SGB XI Verträge mit Leistungserbringern im Rahmen der Pflegeversicherung. Außerdem haben sie gem. § 12 Abs. 2 SGB XI sicherzustellen, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen.

Im **Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen** stellen die KV und die Krankenkassen gemeinsam fest, ob eine Über- oder Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich gegeben ist.

Die **Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. (LKG)** repräsentiert die Krankenhäuser im Land Brandenburg, die Mitglieder in der LKG sind. Sie wirkt unter anderem als Verhandlungspartner in den für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung zuständigen Landesgremien mit und ist Vertragspartner der Verbände der Krankenkassen in Brandenburg für krankenhausesbezogene Grundlagenverträge und Rahmenvereinbarungen. Neben ihren gesetzlichen Aufgaben betreibt sie Öffentlichkeitsarbeit und berät die Krankenhäuser u. a. in Fragen der Krankenhausplanung und -förderung, in betriebswirtschaftlichen und juristischen Fragen sowie im Bereich der Qualitätssicherung und der EDV.

Im **Landespflegeausschuss**¹⁵⁴ gem. § 4 LPflegeG berät das zuständige Ministerium in Fragen der Sicherstellung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur.

¹⁵⁴ Im Landespflegeausschuss sind vertreten gem. § 2 Landespflegeausschussverordnung: die Pflegekassen, der MDK, die Pflegeeinrichtungen, das MASGF, das Landesamt für Soziales und Versorgung, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die kommunalen Spitzenverbände, der Landesbehindertenbeirat, der Seniorenbeirat, der Psychiatriebeirat, die Verbände der Pflegeberufe, der DGB, ver.di und die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg.

Die **Investitionsbank des Landes Brandenburg** (ILB) ist die zentrale Förderbank des Landes Brandenburg. Ihr Kerngeschäft ist die Förderung öffentlicher und privater Investitionsvorhaben. Neben Darlehen, Zuschüssen, Bürgschaften und Beteiligungen bietet sie Existenzgründern, Unternehmen, Investoren und Privatpersonen darüber hinaus Beratungen zu allen Fragen der Förderung.

12.1.3 Instrumente

Neben den oben schon allgemein beschriebenen Maßnahmen werden nun zentrale Maßnahmen zur Förderung der Krankenhäuser, der Rehabilitationseinrichtungen, des ambulanten niedergelassenen Bereiches und der Pflege gesondert dargestellt.

Maßnahmen zur Förderung von Krankenhäusern

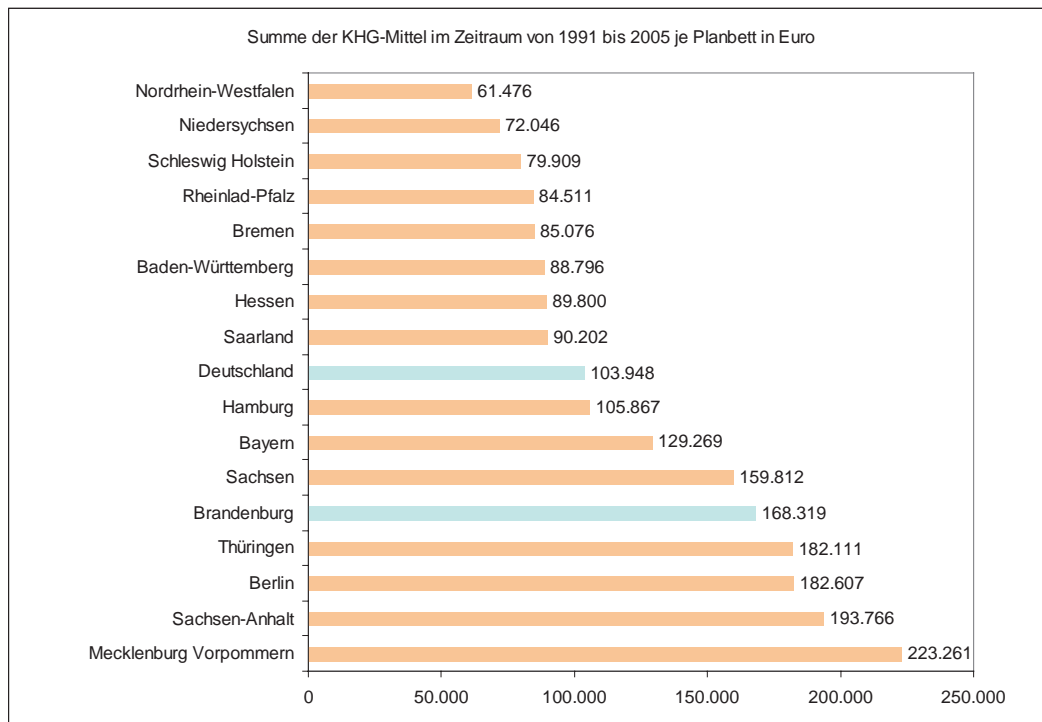
Die wirtschaftliche Sicherheit von Krankenhäusern soll gem. § 4 KHG dadurch gesichert werden, dass 1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie 2. leistungsgerechte Erlöse für ihre Leistungen erhalten. Da die Ausgestaltung des Vergütungssystems grundsätzlich nicht in der Hand der Bundesländer liegt, ist das zentrale Instrument zur Förderung der Krankenhäuser in Brandenburg die Krankenhausfinanzierung des Landes. Brandenburger Plankrankenhäuser gehören mit 168.319 € je Planbett von 1991-2005 zu den am stärksten geförderten Krankenhäusern. Der Mittelzufluss hat in den letzten Jahren jedoch deutlich nachgelassen und lag im Jahr 2004 bei 97,7 Mio. € (2002: 158,9 Mio. €). Der Großteil dieses Investitionsbetrages stammt aus Haushaltsmitteln des Landes Brandenburg. 25,8 Mio. € haben die Kostenträger als Investitionszuschläge beigesteuert.

Allerdings verzeichnet Brandenburg auch den stärksten Rückgang an Pauschalmitteln bundesweit¹⁵⁵.

Im Rahmen des bis 2004 durchgeführten zehnjährigen Investitionsprogramms nach Art. 14 GSG wurde in zwei Fällen die Möglichkeit des Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GSG genutzt und die Benutzerbeiträge für den Kapitaldienst von Darlehen eingesetzt. Diese Darlehen wurden von den geförderten Krankenhäusern bei der ILB aufgenommen. Der Gesamtumfang dieser beiden Fälle beträgt rund 150 Mio. €. Weitere derartige Fälle sind nicht vorgesehen.

¹⁵⁵ Bruckenberger, E. (2002).

Abbildung 26: Summe der KHG-Mittel von 1991 bis 2005 je Planbett in €



Quelle: DKG (2006)

Ausgleichsleistungen nach § 18 LKGBbg wurden bisher nicht zur Förderung der Umstellung von Krankenhäusern auf andere Aufgaben eingesetzt.

Für öffentliche und freigemeinnützige Träger gibt es noch die Möglichkeit der Förderung des Krankenhausbaus im Rahmen der KfW-Infrastrukturprogramme. Inwieweit diese auch zur Finanzierung im Kernbereich genutzt wurden, konnte nicht untersucht werden.

Maßnahmen zur Förderung der Rehabilitationseinrichtungen

Die stationäre Rehabilitation unterliegt nur sehr eingeschränkt einer staatlichen Steuerung auf Landesebene.

Eine Bedarfsplanung und Konzeptentwicklung für die Rolle der Rehabilitationseinrichtungen in Brandenburg findet schon in Ermangelung entsprechender gesetzlicher Grundlagen nicht statt. Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen muss bei Abschluss oder Kündigung eines Versorgungsvertrags mit einer Rehabilitationseinrichtung lediglich das Einvernehmen mit dem MASGF anstreben.

Auch zu einer Förderung der Investitionskosten für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen findet sich im Bundesrecht nur das grundsätzliche

Verbot der Förderung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG).

Im Bereich der Medizinischen Rehabilitation besteht ein Rehakoordinierungskreis von MASGF, Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen und den gesetzlichen Versicherungsträgern der Region Berlin-Brandenburg zur gegenseitigen Information und für Absprachen die medizinische Rehabilitation betreffende Angelegenheiten.

Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung von Ärzten

Gemäß §§ 73 Abs. 2, 75, 105 SGB V sowie gem. § 2 der Satzung der KV Brandenburg hat diese „die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und dabei entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern.“¹⁵⁶ Zu diesen Maßnahmen gehört u. a.

- die Gewährung von Umsatzgarantien in sog. Sicherstellungspraxen und
- die Übernahme von freierwerbenden Arztpraxen durch die KV als Eigenrichtungen gem. § 105 SGB V zur befristeten Besetzung mit angestellten Ärztinnen und Ärzten.

Die Finanzierung dieser Maßnahmen soll soweit als möglich mit der Vergütung aus dem Honorarverteilungsmaßstab/ Honorarverteilungsvertrag verrechnet werden. Der Mehrbedarf soll aus einem Sicherstellungsfonds finanziert werden, der sich wiederum aus Rückstellungen der KV, vertraglichen Zuweisungen der Krankenkassen und Mitteln Dritter speisen soll.

Weiter plant die KV Brandenburg eine Reorganisation der Notfall- und Bereitschaftsdienste, um Belastungen unter den Ärzten gleichmäßiger zu verteilen. Eine Verbesserung der Wegepauschalen für Hausbesuche soll ebenfalls dazu beitragen, die ambulante ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen attraktiver zu machen.

Zusätzlich plant die KV Maßnahmen, um "...die Liebe zum Arztberuf wecken und junge Kollegen nach Brandenburg holen". Dazu sollen Informationsaktivitäten sowie Maßnahmen zur Förderung von Praktika für Medizinstudenten aus anderen Bundesländern (insb. Berlin) gehören.¹⁵⁷ Über den Umsetzungsstand dieser Maßnahmen ist jedoch gegenwärtig nichts bekannt.

¹⁵⁶ Präambel des Sicherstellungsstatuts der KV Brandenburg i. d. F. vom 16.03.2005; KV Brandenburg (2005).

¹⁵⁷ KV Brandenburg (2006b).

Daneben gibt es vereinzelte Aktivitäten von Kommunen zur Bereitstellung von Räumen für niederlassungswillige Ärzte (z. B. Casekow).¹⁵⁸

Maßnahmen zur Förderung des Aufbaus der Pflegeinfrastruktur

Gemäß § 3 Abs. 1 Landespflegegesetz (LPflegeG) wirken das Land, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Träger der Pflegeversicherung unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bei der Sicherstellung einer leistungsfähigen, wirtschaftlichen und zahlenmäßig ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur eng zusammen. Gemäß LPflegeG ist das Land verantwortlich für die Sicherstellung der voll- und teilstationären pflegerischen Versorgungsstruktur einschließlich der Kurzzeitpflege.

Dazu soll das zuständige Ministerium die Versorgungssituation beobachten und analysieren und ggf. geeignete Maßnahmen zur Beseitigung oder Verhinderung von Versorgungsdefiziten ergreifen. Ausdruck dieser Marktbeobachtung ist der Landespflegeplan, der zum letzten Mal im Jahre 1999 aktualisiert wurde. Der Pflegeversicherungsbericht wurde nach einmaligem Erscheinen im Jahre 1997 in den Folgejahren nach dem Willen des Landtags nicht fortgeführt.¹⁵⁹ Eine über die gesetzliche Pflegestatistik hinausgehende aktuelle und umfassende Bestandsaufnahme und Pflegebedarfsplanung liegt nicht vor.¹⁶⁰

Instrumente zur Angebotssteuerung sind in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen; das liegt vor allem an der Zulassungsvorschrift des § 72 SGB XI, nach der jede qualitätsgesicherte Pflegeeinrichtung einen Anspruch auf Zulassung zum Pflegemarkt hat.

Ein Instrument des Landes ist die – den Grundsätzen einer Marktsteuerung jedoch grundsätzlich zuwider laufende und deshalb nur in Ausnahmefällen zu rechtfertigende – Möglichkeit zur objektorientierten Investitionskostenfinanzierung durch das Land. Gem. der Pflegeinvestitionsverordnung (PflInvV) können nur Maßnahmen gefördert werden, die in den Landespflegeplan und in den o. g. Investitionsplan nach § 4 LPflegeG aufgenommen worden sind. Zur Umsetzung der Pflegeinvestitionsförderung wurde vom Land Brandenburg im Jahre 1996 das Investitionsprogramm Pflege (IVP) aufgelegt. Bis zum Programmende im Jahre 2006 wurden durch das IVP 186 Altenpflegeeinrichtungen mit 11.845 geförderten Pflegeplätzen geschaffen. Diese Baumaßnahmen wurden mit insgesamt 1,2 Mrd. € gefördert, davon 550 Mio. € vom Bund, 500 Mio. € vom Land,

¹⁵⁸ MASGF (2005a: 78).

¹⁵⁹ Plenarprotokoll 3/42 des Brandenburgischen Landtags vom 20.09.2001.

¹⁶⁰ Vgl. aber MASGF (2005a).

21 Mio. € von den Kreisen/Kreisfreien Städten und 137 Mio. € von den Trägern.

Nach Auslaufen des IVP gibt es keine weitere Investitionskostenförderung des Landes für Altenpflegeeinrichtungen mehr. Allerdings besteht hier wie im Krankenhausbereich eine Möglichkeit der Förderung von öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern durch die o. g. KfW-Infrastrukturprogramme.

12.1.4 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Nachholfinanzierung „Deutsche Einheit“ im Krankenhausbau und Pflegeheimbau • Vielfältige Potenziale (Gremien) zur Konzeptentwicklung; straffe Besetzung der Landeskonferenz für Krankenhausplanung • Abgestimmte Krankenhausplanung mit Berlin • Gemeinsamer Reha-Koordinationskreis mit Berlin 	<ul style="list-style-type: none"> • Wachstum und Beschäftigung sind nicht Ziel der Fördermaßnahmen im Kernbereich • Anreizstruktur der Pflegekassen integrationsfeindlich • Konzeptentwicklungspotenziale kaum genutzt • Ausschluss des Kernbereichs aus gewerblichen Förderprogrammen • Auslaufen des IVP • Keine aktuelle, umfassende Marktbeobachtung im Pflegebereich • Ausschluss von Heilberufen aus ERP-Förderung • KV bisher nicht in der Lage, gegen Unterversorgung geeignete Maßnahmen zu ergreifen • Datengrundlage für Planung, Überwachung, Steuerung häufig ungenügend
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • GA-Förderung Clustermanagement • Abgestimmte Förderung mit Berlin • Bessere Nutzung des Konzeptentwicklungspotenzials 	<ul style="list-style-type: none"> • Investitionslücken im Kernbereich wg. mangelnder Kapitalmarktfähigkeit der Unternehmen und zu geringer Markttransparenz

12.2 Förderung der Vorleistungs- und Zulieferindustrie

12.2.1 Ziele

Bei der Förderung im Bereich der Zulieferindustrie handelt es sich um Wirtschaftsförderung im klassischen Sinne. Entsprechend ist es ihr ausdrückliches Ziel, „die Bedingungen für Investitionen, Wachstum und Beschäftigung in Brandenburg“ zu verbessern.¹⁶¹ Dazu sollen u. a. die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen gestärkt, die Branchenkompetenzen ausgebaut, die Innovationskraft der Brandenburger Wirtschaft gestärkt und das Wirtschaftsimage des Landes verbessert werden.

Die Wirtschaftsförderung in Brandenburg wurde Anfang 2006 neu ausgerichtet. Nach dem Grundsatz „Stärken stärken – Wachstum fördern“ soll die Förderung künftig sektoral und räumlich konzentriert werden. Dazu wurden insgesamt 16 Branchen-Kompetenzfelder festgelegt (u. a. Luftfahrttechnik, Ernährungswirtschaft sowie – im Zusammenhang mit diesem Gutachten besonders bedeutsam – Biotechnologie/Life Sciences und Tourismus). Zu jedem Kompetenzfeld wurden Standorte ermittelt, an denen sich räumliche Schwerpunkte der jeweiligen Branche herausgebildet haben.

Unternehmen in diesen Branchen erhalten eine besondere Förderung im Rahmen der GA-Gewerbeförderung (GA-G, s. u.). Weiter soll die Zusammenarbeit der Unternehmen in Netzwerken durch das Instrument des GA-Clustermanagements gefördert werden. Schließlich soll für jedes Branchenkompetenzfeld eine Branchenstrategie erarbeitet werden.

Ergänzend zu dem neuen Wirtschaftsförderungskonzept gibt es ein neues Landesinnovationskonzept¹⁶², welches insbesondere die Zusammenarbeit mit Berlin, die Förderung der technologieorientierten Unternehmensgründung und –ansiedlung sowie den Ausbau und die Weiterentwicklung des Technologietransfers zum Gegenstand hat.

12.2.2 Institutionen und Instrumente

Das **Ministerium für Wirtschaft** (MW) sieht die Schwerpunkte seiner Arbeit und der ihm nachgeordneten Einrichtungen in der Ansiedlung neuer Unternehmen im Land, in der gezielten Förderung von Innovationen, von

¹⁶¹ Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2006b).

¹⁶² Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (o. J.).

neuen Technologien und Medien sowie von der wirtschaftsnahen Infrastruktur.

Das Ministerium ist federführend bei der Erstellung der Wirtschaftsförderungskonzepte. Darüber hinaus ist das Wirtschaftsministerium aktiv bei der Unterstützung vermehrter Existenzgründungen im Land Brandenburg, bei der Unternehmensbegleitung in Industrie, Mittelstand, Handwerk, freien Berufen und der Dienstleistungswirtschaft, bei der Unterstützung von Unternehmen beim nationalen und internationalen Marktzugang sowie in der Energie- und Ordnungspolitik. Das Ministerium übt die Verwaltungsaufsicht über die Industrie- und Handelskammern, die Handwerkskammern und die Ingenieurkammer des Landes Brandenburg aus und ist für Gewerbe- und Wettbewerbsrecht zuständig.

Die **Zukunftsagentur Brandenburg GmbH (ZAB)** ist die – durch eine institutionelle Förderung des Landes teilfinanzierte – Wirtschaftsförderungsagentur des Landes Brandenburg. Sie berät und betreut Existenzgründer, Unternehmer und Investoren, koordiniert Genehmigungsverfahren, vermittelt Seed-, Beteiligungs- und Risikokapital, beteiligt sich an Messen und fördert die Einbindung mittelständischer Unternehmen in regionale Netzwerke. Insbesondere übernimmt die ZAB die Ansprache potenzieller Netzwerkmitglieder im Rahmen des GA-Clustermanagements, bietet administrative Leistungen und stellt einen Netzwerkkoordinator. Für den Bereich der Zulieferindustrie (Pharma, Medizintechnik, Biotechnologie) ist ein eigenständiges Branchenteam ‚Life Sciences‘ zuständig.

Speziell für den Bereich der Biotechnologie gibt es neben der ZAB noch die **BioTOP Berlin-Brandenburg**. Ziel ist es, durch Vernetzung aller relevanten Akteure die regionalen Aktivitäten in der Biotechnologie zu koordinieren und konkrete Projekte zu initiieren, um Berlin-Brandenburg als Kompetenzzentrum für Biotechnologie zu einem weltweit führenden Standort zu entwickeln. BioTOP wird in der gleichnamigen Trägerschaft durch die Länder Berlin und Brandenburg betrieben. Die Wahrnehmung der rechtlichen Verantwortung gegenüber Dritten erfolgt über TSB Berlin. Zu den Aufgaben von BioTOP gehören u. a. die Unterstützung bei technologieorientierten Neugründungen, die Initiierung und Realisierung von Forschungsverbänden und Netzwerken, die Unterstützung bei der Finanzierung innovativer Projektvorhaben, die Vermittlung von Experten aus allen Fachdisziplinen, die Konzeption und Organisation von Veranstaltungen sowie die Öffentlichkeitsarbeit für den Biotechnologiestandort.

Die **Industrie- und Handelskammern** des Landes (jeweils in den Kammerbezirken Cottbus, Frankfurt/Oder und Potsdam) vertreten als Selbstverwaltungsorgane die Interessen ihrer Mitglieder und bieten diesen vielfältige branchenspezifische Informations- und Beratungsangebote an.

Die **ILB** hat vielfältige und umfangreiche Förderprogramme für die gewerbliche Wirtschaft. Das bedeutendste Instrument ist die GA-Gewerbe-

Förderung (als Zuschuss) mit 286 Zusagen und einem Zusagevolumen von rund 304 Mio. € im Jahre 2004 sowie Darlehen im Rahmen der Gründungs- und Wachstumsfinanzierung (GuW) mit 284 Zusagen und einem Zusagevolumen (Darlehen) von rund 32 Mio. €¹⁶³ Daneben gibt es eine Vielzahl von Programmen zur Technologieförderung, z. B. Forschung und Entwicklung von KMU (Zuschuss, 130 Zusagen und 17,4 Mio. € Zusagevolumen) und Forschung und Entwicklung – Große Richtlinie (Zuschuss, 2 Zusagen und 2,7 Mio. € Zusagevolumen).

Ein Blick in der GA-Gewerbe-Förderrichtlinien zeigt, dass Unternehmen des Kernbereiches wie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nicht durch GA-Gewerbe-Zuschüsse gefördert werden können; und auch von der GuW-Förderung sind ärztliche Heilberufe ausgeschlossen.

Die BC Brandenburg Capital GmbH (ein Tochterunternehmen der ILB) unterstützt wachstums- und innovationsorientierte Unternehmen bei der Finanzierung aller Phasen der Unternehmensentwicklung in Form von Beteiligungskapital. Sie agiert als Management- und Holdinggesellschaft für ihre Fondsgesellschaften. Dieses sind die KapitalBeteiligungsgesellschaft für das Land Brandenburg mbH, Seed Capital Brandenburg GmbH, BC Venture GmbH, BC Mezzanine GmbH sowie der Risikokapitalfonds der Sparkassen des Landes Brandenburg. Die Fondsgesellschaften werden ohne eigenes Personal geführt. Insgesamt werden derzeit Beteiligungen an rund 70 kleinen und mittleren Unternehmen mit Schwergewicht auf dem Technologiebereich gehalten. Insgesamt werden drei Unternehmen aus dem Bereich Life Sciences gefördert: zwei Unternehmen aus dem Bereich der Biotechnologie und ein Unternehmen aus dem Bereich der Medizintechnik. Allerdings haben zwei dieser Unternehmen ihren Sitz in Berlin.¹⁶⁴ Das Fondsvolumen lag 2003 bei etwa 50 Mio. €. Die **Bürgschaftsbank** ist als Selbsthilfeeinrichtung der mittelständischen Wirtschaft in Brandenburg tätig. Ihre Aufgabe ist es, Existenzgründern, kleinen und mittelständischen Unternehmen sowie Angehörigen Freier Berufe bei fehlenden banküblichen Sicherheiten Kreditfinanzierungen zu ermöglichen.

¹⁶³ Investitionsbank des Landes Brandenburg (2005: 44).

¹⁶⁴ www.bc-capital.de/port/index.htm

12.2.3 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Biotechnologie/Life Sciences als eines von 16 Branchenkompetenzfeldern der Brandenburger Wirtschaftsförderung • Förderkooperation mit Berlin (gemeinsamer Masterplan, BioTOP etc.) • Fokussierung der Förderung auf Schwerpunktbereiche • Vielfältige Beratungsmöglichkeiten für Vorleistungs- und Zulieferunternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Eigenkapitalförderung v. a. im Bereich der Biotechnologie • Überschneidungen /Schnittstellen im Beratungsangebot • Bisher noch keine koordinierende Institution für die Medizintechnik • Förderlücken von Biotechnologiefirmen bei klinischer Forschung
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • GA-Förderung Clustermanagement • Abgestimmte Förderung mit Berlin • Förderung durch MedTecNet 	<ul style="list-style-type: none"> • Investitionslücken im Kernbereich wg. mangelnder Kapitalmarktfähigkeit der Unternehmen

12.3 Förderung des Gesundheitstourismus

Die Förderung des Gesundheitstourismus liegt an der Nahtstelle der beiden zuvor beschriebenen Bereiche, da hier Unternehmen sowohl aus dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (insb. Rehabilitationskliniken) als auch gewerbliche Unternehmen (z. B. Hotels) gesundheitstouristische Produkte und Dienstleistungen anbieten.

12.3.1 Ziele

Wie oben schon dargestellt, gehört auch der (Gesundheits-)Tourismus zu den im Rahmen des neuen Wirtschaftsförderkonzepts des Landes besonders förderungswürdigen Bereichen. Entsprechend gelten für den Gesundheitstourismus auch die darin aufgeführten Ziele. Darüber hinaus wurden in der Landestourismuskonzeption als Hauptziele der Tourismuspolitik die Erschließung neuer überregionaler Märkte und die Saisonverlängerung definiert.

12.3.2 Institutionen

Akteure

Für den Tourismus insgesamt ist im **Ministerium für Wirtschaft** ein eigenes Referat zuständig.

Speziell mit gesundheitstouristischen Fragen beschäftigt sich im **Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie** das Referat für Kur- und Bäderwesen.

Andere Ministerien wie etwa das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, das Ministerium für Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr und das Ministerium für Landwirtschaft, Umweltschutz und Raumordnung leisten ebenfalls Beiträge zur Förderung des Tourismus in Brandenburg.

Der **Brandenburgische Kurorte- und Bäderverband e. V.** unterstützt das Marketing der Brandenburgischen Kurorte.

Die **Industrie- und Handelskammern** bieten besondere Beratungsleistungen für Unternehmen der Tourismusbranche an und geben u. a. den Konjunkturbericht Tourismus heraus.

Die 1998 durch das Land Brandenburg gegründete und geförderte **Tourismus Marketing Brandenburg GmbH** (TMB) hat die Aufgabe, die tou-

rismusbezogenen Vermarktungsaktivitäten für das Land Brandenburg zu entwickeln und zu bündeln. Gesellschafter sind hier u. a. die Industrie- und Handelskammern.

Während die TMB das touristische Außenmarketing des Landes verantwortet, ist der **Tourismusverband Land Brandenburg e. V.** (LTV) für das touristische Binnenmarketing zuständig. Er unterstützt und vertritt damit die Reisegebiete politisch auf Landesebene und kümmert sich um die Qualitätsoffensive bei den Touristik-Anbietern im Land.

Neben dem Landesverband sind die Reisegebietsverbände für die überbetriebliche Produktentwicklung in ihrer Region verantwortlich.

Der **Hotel- und Gaststättenverband Brandenburg e. V.** übernimmt die klassischen Aufgaben eines Unternehmerverbandes, darunter auch die Qualitätssicherung.

Die **LASA** fördert – etwa im Rahmen der INNOPUNKT-Kampagne – qualifizierende Maßnahmen in verschiedenen Wirtschaftszweigen, u. a. auch in der Gesundheitswirtschaft.

Die **ILB** bietet auch im Bereich des Tourismus vielfältige Fördermöglichkeiten. Allerdings verfügt sie nicht über fachlich spezialisierte Berater für den (Gesundheits-) Tourismusbereich.¹⁶⁵

12.3.3 Instrumente

Auch im Bereich des Gesundheitstourismus gibt es eine Vielzahl von Fördermaßnahmen.

Koordination / Networking

Die Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitstourismus sind gegenwärtig auf eine Vielzahl von Förderinstitutionen verteilt und häufig nur informell koordiniert.

Im Jahr 2006 soll – basierend auf der GA-Förderung-Clustermanagement – ein **Netzwerk „Gesundheit und Wellness“** gegründet werden. Dieses Netzwerk soll u. a. die gesundheitstouristische Marktforschung, Strategieentwicklung, Produktentwicklung und Qualitätsverbesserung übernehmen und die Fördermaßnahmen und –institutionen besser koordinieren.

¹⁶⁵ Vgl. dazu Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2006a: 20).

Planung/ Konzepte/Gutachten

Eine zentrale Voraussetzung zur Förderung des Gesundheitstourismus in Brandenburg ist die Erstellung entsprechender Förderkonzepte. Neben dem schon erwähnten neuen allgemeinen Wirtschaftsförderungskonzept sind hier insbesondere die Fortschreibung der Landestourismuskonzeption 2006-2010 des Ministeriums für Wirtschaft sowie der Marketingplan 2006 der TMB von Bedeutung. In beiden Konzepten gehört der Gesundheitstourismus aufgrund seiner vergleichsweise geringen wirtschaftlichen Bedeutung und Potenzials nicht zu den Schwerpunktthemen¹⁶⁶, entsprechend liegt eine ausgearbeitete Konzeption zur Förderung des Gesundheitstourismus in Brandenburg zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vor.

Marketing

Grundlage für das Marketing ist der o. g. von der TMB herausgegebene und vom Land finanziell geförderte Marketing-Plan 2006. Das Marketing soll grundsätzlich themenbezogen organisiert werden. Der Gesundheitstourismus gehört entsprechend seiner Rolle im Landestourismuskonzept in diesem Marketingplan nicht zu den umsatzstarken Schwerpunkt- und Business-to-business-Themen, sondern lediglich zu den Verstärkungsthemen, die sich an nicht ganz so große Zielgruppen richten. Dennoch sind eine Reihe von Marketing-Maßnahmen geplant, etwa durch die Präsenz auf Messen (z. B. ITB), durch Veranstaltungen (z. B. Landestourismustag) und die Pressearbeit. Geplant ist außerdem die Erstellung eines Angebotsflyers „Wellnessangebote“ (geplanter Erscheinungstermin: Oktober 2006). Zudem finden sich auf der Homepage www.reiseland-brandenburg.de und der Homepage des Kurorte- und Bäderverbandes (www.kurorte-land-brandenburg.de) spezifische gesundheitstouristische Angebote.

Qualifizierungsmaßnahmen

Um die Qualifikation der Beschäftigten im Gesundheitstourismus zu verbessern, wurde u. a. von 1998 bis 1999 unter Mitwirkung des Brandenburgischen Bäderverbandes die Qualifizierungsmaßnahme „Assistent für Gesundheitstourismus“ entwickelt, die mit ca. 109 Tsd. € aus ESF- und Landesmitteln gefördert wurde. Ab 2002 wurde über das Innopunkt-Projekt des Arbeitsministeriums „Fit for Future“ die Beratung und Qualifizierung von 30 Unternehmen im Wellnesstourismus aus dem ESF und aus Landesmitteln gefördert. Damit wurden 19 Arbeitsplätze geschaffen und über 300 in ihrem Bestand gesichert.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Zu den Schwerpunktthemen gem. dem Marketingkonzept gehören der Wasser-, Rad-, Kulturtourismus sowie der Familienurlaub. Vgl. TMB (2005: 30).

¹⁶⁷ Pressemeldung des MASGF vom 09.06.2004.

Im April 2006 hat das MASGF im Rahmen des INNOPUNKT-Programms einen Ideenwettbewerb zum Thema „Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft – Chancen nutzen“ ausgeschrieben. Im September 2006 sollen die ausgewählten Projekte vorgestellt werden.¹⁶⁸

Finanzierung

Zur finanziellen Förderung des (Gesundheits-)Tourismus gibt es zum einen die GA-Förderung der gewerblichen Wirtschaft (GA-G), die sich auf den Ausbau bestehender Angebote konzentriert. Im Hinblick auf die Besonderheiten des Gesundheitstourismus muss allerdings berücksichtigt werden, dass z. B. Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nicht gefördert werden können. Zudem gibt es in Brandenburg eine Festlegung, grundsätzlich nur den Ausbau bestehender (gesundheits-) touristischer Angebote zu fördern.

Daneben kann der Tourismus auch durch die GA-Förderung Infrastruktur (GA-I) gefördert werden. Für die GA-I-Förderung gab es in Brandenburg im Jahre 2004 43 Zusagen mit einem Zusagevolumen (Zuschuss) von 80,3 Mio. €. Allerdings dürfen gesundheitstouristisch relevante Objekte wie Kurhäuser und Bäder im Rahmen der GA-I nicht gefördert werden.

Venture Kapital ist im Bereich des Gesundheitstourismus nicht von Bedeutung, allerdings können auch Unternehmen im Bereich des Gesundheitstourismus Bürgschaften erhalten.

¹⁶⁸ Bekanntmachung des MASGF vom 05.04.2006.

12.3.4 Stärken / Schwächen, Chancen / Risiken

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • TMB als engagierter Koordinator • Gut ausgearbeitete Rahmenkonzepte für Tourismus • Fokussierung der Förderung des Gesundheitstourismus auf bestehende Schwerpunkte • Qualifizierungsprogramme 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein etabliertes Konzept zur Förderung des Gesundheitstourismus • Gesundheitstourismus kein ausdrücklicher Förderschwerpunkt in der Landestourismuskonzeption • Mangelnde Koordination, unklare Zuständigkeiten für die Förderung des Gesundheitstourismus • Datengrundlage für Planung, Überwachung, Steuerung häufig ungenügend
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • GA-Förderung Clustermanagement und Netzwerk „Gesundheit und Wellness“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Investitionslücken im Kernbereich wg. mangelnder Kapitalmarktfähigkeit der Unternehmen • Zunehmender Wettbewerbsdruck durch Förderung des Gesundheitstourismus in anderen Bundesländern /Ausland

13 Entwicklung der Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg

13.1 Ordnungspolitische Grundlagen der Förderung

Vor dem Hintergrund der oben schon beschriebenen sehr umfassenden Zieldimensionen der Förderung der Gesundheitswirtschaft und dem damit verbundenen breiten Maßnahmespektrum lassen sich für die politische Entscheidungsebene lediglich unverbindliche ordnungspolitische Grundsätze formulieren.

Hierzu zählt insbesondere die Maßgabe, dass Förderungsmaßnahmen die Wettbewerbskräfte der Unternehmen stärken sollen, anstatt sie in dauerhafte Abhängigkeit von externer Unterstützung zu bringen („Subventionstropf“).

Um konkrete ordnungspolitische Leitlinien für die Förderung der Gesundheitswirtschaft zu formulieren, bedarf es eines differenzierteren Blicks auf markt- und branchenspezifische Eigenheiten dieses Wirtschaftsbereichs. Der übergeordnete Förderansatz und die Auswahl der einzelnen Fördermaßnahmen sind auf diese Eigenheiten abzustimmen und können entsprechend sehr unterschiedlich ausfallen, da z. B. Märkte in unterschiedlichem Ausmaß dem internationalen Wettbewerb ausgesetzt sind oder sich Branchen in unterschiedlichen technologischen Entwicklungsstadien befinden.

Für die Wirtschaftsförderung in der Gesundheitswirtschaft bietet sich eine erste grundlegende Differenzierung mit Blick auf die in Kapitel 2 unterschiedenen Anbieterbereiche an: den medizinisch-pflegerischen Kernbereich einerseits und den Vorleistungs- und Zulieferbereich (Medizintechnik, Pharmaindustrie, Biotechnologie) andererseits. Während die Anbieter des Kernbereichs auf der Grundlage national organisierter sozialer Sicherungssysteme auf weitgehend abgeschotteten Märkten agieren, befinden sich die Unternehmen des Vorleistungs- und Zulieferbereichs überwiegend in einem internationalen Wettbewerb.

Dieser internationale Wettbewerb und die Orientierung am globalen Markt erzeugen prinzipiell einen sehr starken Effizienzdruck auf die Unternehmen des Vorleistungs- und Zulieferbereichs, die kontinuierlich über ihre Parameter Preis, Qualität und Innovation bemüht sein müssen, rentabel zu bleiben, um nicht zum Marktaustritt gezwungen zu werden. Im Hinblick auf das Ziel, das Wirtschaftswachstum zu fördern, besteht die primäre

Funktion des Staates in der Rolle des „Wettbewerbshüters“, das heißt, er geht gegen wettbewerbseinschränkendes Verhalten der Unternehmen vor und bemüht sich um einheitliche („faire“) Wettbewerbsregeln für alle Marktteilnehmer. Die Wettbewerbspolitik wird häufig jedoch nicht zur Wirtschaftsförderung gezählt, weil sie idealerweise überregional organisiert ist.

Die Wirtschaftsförderung auf regionaler Ebene hat im Bereich der Vorleistungs- und Zulieferunternehmen der Gesundheitswirtschaft praktisch keine Möglichkeiten, die (Wettbewerbs-)Bedingungen auf den relevanten Absatzmärkten zu beeinflussen. Ihr wesentlicher Ansatzpunkt sind daher die regionalen Märkte für Produktionsfaktoren (Faktormärkte) mit dem Ziel, die Attraktivität der (eher) immobilen Faktoren so zu erhöhen, dass sie in der Lage sind, mobileres Produktionskapital zu attrahieren bzw. bereits vorhandenes Produktionskapital in der Region zu halten. Das bedeutet konkret z. B., das regionale Potenzial an qualifizierten Arbeitskräften zu fördern. Gerade in Branchen mit höherwertiger Technologie und wissensintensiver Produktion ist die Verfügbarkeit qualifizierten Personals ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für die Rentabilität von Unternehmen und damit letztlich für die Entscheidung, an welchem Ort Wertschöpfung stattfindet.

Maßnahmen der Wirtschaftsförderung, die auf Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie abzielen, beziehen sich somit idealerweise auf den regionalen Arbeitsmarkt und auf die regionale Bildungsinfrastruktur. Darüber hinaus eröffnen sich durch die zunehmende Arbeitsteilung und Spezialisierung von Unternehmen Förderungsmöglichkeiten im Bereich des sog. „Clustermanagements“. Vorteile einer räumlichen Konzentration von Unternehmen, die mit ihrem jeweiligen Spezialisierungsprofil unterschiedliche Wertschöpfungsbereiche abdecken (z. B. Forschung, Finanzierung, Vermarktung) können durch Maßnahmen der regionalen Wirtschaftsförderung schneller und weitergehend erschlossen werden. Dies trifft insbesondere auf innovative, junge Branchen zu. Der BioRegion-Wettbewerb in den 90er Jahren wird überwiegend als gelungenes Beispiel dafür angesehen, die Potenziale einer clusterbezogenen regionalen Wirtschaftsförderung zu erschließen.

Das Beispiel der Biotechnologie verdeutlicht schließlich, dass sich regionale Wirtschaftsförderung neben dem Arbeitsmarkt und dem Bildungsbereich unter bestimmten Voraussetzungen auch auf die Finanzierung unternehmerischer Aktivitäten beziehen kann. Die ordnungspolitische Grundlage einer solchen Förderung ist die Annahme, dass der marktliche Wettbewerb allein keine ausreichende Finanzierung von Grundlagenforschung in vergleichsweise „jungen“ Technologiebereichen wie der Biotechnologie hervorbringen kann. Ansatzpunkte für eine Förderung neuer Technologien, auch und gerade auf regionaler Ebene, ist die Finanzierung von Grundlagenforschung im Rahmen der öffentlichen Bildungs- und Forschungsinfrastruktur, aber auch die (rechtlichen) Voraussetzungen des

Technologietransfers in den Marktbereich, zu denen die Bereitstellung von Risikokapital gezählt werden kann.

Unter der Bedingung einer weitgehenden Abschottung vom internationalen Wettbewerb sind für eine Wirtschaftsförderung des medizinisch-pflegerischen Kernbereichs andere ordnungspolitische Grundlagen heranzuziehen. Während im Vorleistungs- und Zulieferbereich Tatbestände des Marktversagens nur in spezifischen Bereichen von Bedeutung für die Förderansätze sind (Bsp. Risikokapital), ist der Marktwettbewerb im Bereich der Kernleistungen weitgehend außer Kraft gesetzt und findet lediglich in stark regulierter Form statt („managed competition“). Dies lässt sich teilweise mit Marktversagen begründen (z. B. hinsichtlich von Vorhaltekapazitäten in der stationären medizinischen Versorgung), teilweise mit bestimmten sozial- und gesundheitspolitischen Zielen (z. B. in Bezug auf den Krankenversicherungsschutz in der Bevölkerung).

Es ist erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland, die Voraussetzungen für mehr Wettbewerb im Gesundheitsbereich zu schaffen. Bereits vor Jahren wurde die freie Kassenwahl für die Versicherten eingeführt; heute wird versucht, mehr Vertragswettbewerb zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zu organisieren. Diese Aktivitäten dienen letztlich der Förderung der Gesundheitswirtschaft mit Blick auf das Wachstumsziel. Allerdings finden sie überwiegend auf überregionaler Ebene statt. Für die regionale Wirtschaftsförderung hingegen hat die weitgehende Marktabschottung im Kernbereich der medizinisch-pflegerischen Leistungen im Wesentlichen zwei Konsequenzen:

- Erstens fällt ein intensiver, globaler Wettbewerb in seiner Funktion als Erzeuger von Effizienzdruck und Wirtschaftswachstum weitgehend aus. Damit wird die Effizienz von Produktion bzw. Gesundheitsversorgung zu einem stärker unmittelbaren Ziel der Förderung der Gesundheitswirtschaft. Eine Beschränkung auf die klassische, überwiegend reaktive Wettbewerbspolitik (Kartellrecht, Missbrauchskontrolle) ist unzureichend. Voraussetzungen für eine effiziente Produktion, die auf funktionsfähigen Märkten durch Wettbewerbsdruck erfüllt werden, wie z. B. Managementkompetenz, erfordern unter diesen Bedingungen zusätzliche marktexterne Impulse. Eine Politik der Förderung der Gesundheitswirtschaft sollte daher zum Ziel haben, solche Impulse hervorzubringen, z. B. im Rahmen der Bildungsinfrastruktur.
- Zweitens hat die Förderpolitik die sozial- und gesundheitspolitischen Ziele, die der starken Marktregulierung zugrunde liegen, zu beachten. Dies betrifft insbesondere die Nachfrageseite bzw. die Versicherten- und Patientenpräferenzen, z. B. im Hinblick auf den Zugang zu medizinischen Leistungsangeboten. Sie müssen expliziter Bestandteil der Förderpolitik sein; ihnen kann nicht ausschließlich mittelbar über eine Erhöhung der anbieterseitigen Wettbewerbsintensität entsprochen

werden, weil sich die Präferenzen der Leistungsempfänger nur eingeschränkt offenbaren.

13.2 Mögliche Ziele und Maßnahmen zur Gestaltung der Förderung der Gesundheitswirtschaft

Bevor darauf eingegangen wird, mit welchen Zielen und Maßnahmen die Gesundheitswirtschaft gefördert werden könnte, gilt es, die Förderung der Gesundheitswirtschaft selbst zu (re-) organisieren. Dabei könnten vier Ziele leitend sein, denen entsprechende Ansätze zur Zielerreichung zugeordnet werden. Die aus diesen Möglichkeiten ausgewählten Empfehlungen finden sich in der einleitenden Zusammenfassung zu dieser Expertise.

Ziel I: Aufbau einer integrierten, auf die Gesundheitswirtschaft abgestimmten Förderstruktur unter weitgehender Nutzung bestehender Strukturen und Ressourcen

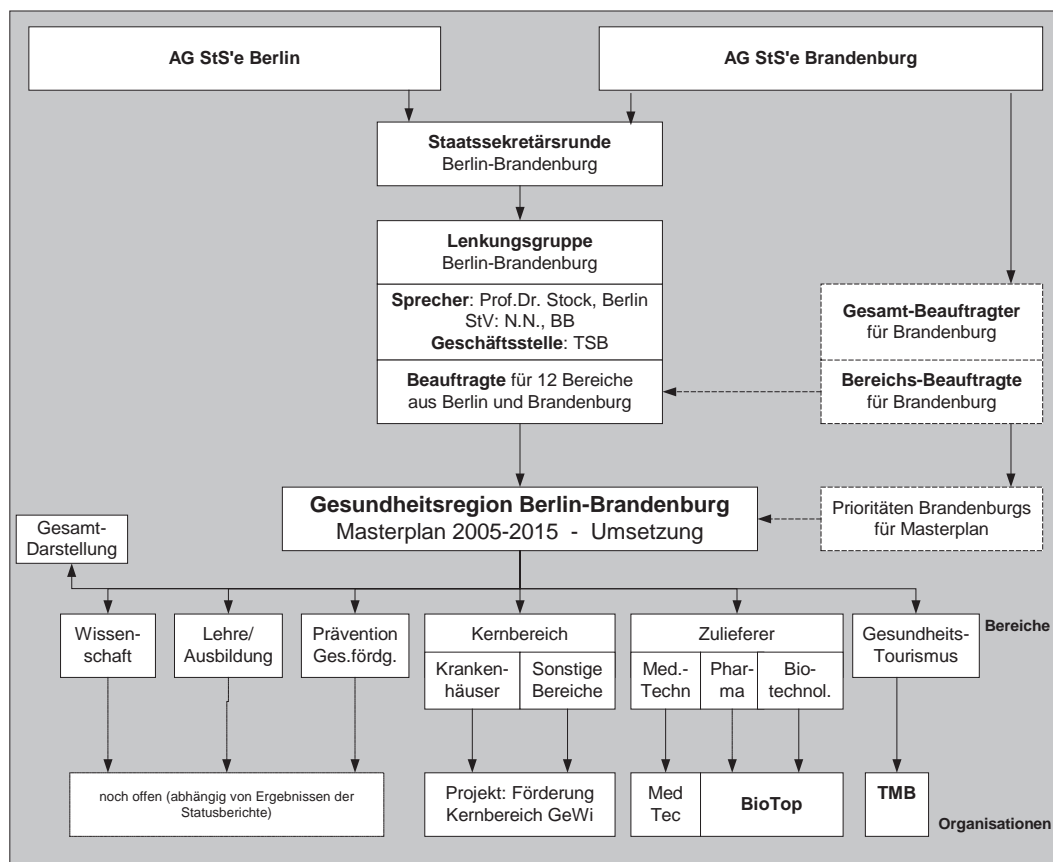
Wie Kapitel 12 gezeigt hat, ist die Förderung schon im Land Brandenburg auf eine Vielzahl von Einrichtungen verteilt. Der angelaufene Prozess der Förderintegration mit Berlin erhöht die Anzahl der Förderinstitutionen weiter und schafft insgesamt eine Vielzahl von Überschneidungen in den Zuständigkeitsbereichen. Die Gesamtkoordination von mehr als 100 beteiligten Organisationen, Verbänden und Unternehmen soll durch eine Steuerungsgruppe unter Leitung von Prof. Günter Stock erfolgen, dem eine Lenkungsgruppe beigegeben ist, und deren Geschäftsstelle bei der Technologiestiftung Berlin (TSB) GmbH angesiedelt sein soll.

Der Vorschlag für den Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg ist ganz überwiegend aus dem Berliner Kontext formuliert worden. Für die Beauftragten des Landes Brandenburg in der Lenkungsgruppe und in den zwölf Arbeitsgruppen sollte eine Abstimmung darüber erfolgen, welche Brandenburger Spezifika bei der Prioritätenfindung berücksichtigt werden sollten. Sechs Felder des Vorschlags für den Masterplan haben für Brandenburg eine hervorgehobene Bedeutung:

- Wissenschaft,
- Lehre und Ausbildung,
- Prävention und Gesundheitsförderung,
- Kernbereich der Versorgung, insbesondere Krankenhauswirtschaft,
- Zulieferer-Industrie, inklusive Weiterentwicklung von Technologiestandorten,
- Gesundheitstourismus.

Am weitesten entwickelt sind die Organisationsstrukturen und die Instrumente der Wirtschaftsförderung im Bereich der Zulieferer. Insbesondere für den Bereich der Biotechnologie wurde in den vergangenen Jahren erfolgreich Clustermanagement von der Organisation BioTop (TSB), die gemeinsam von Berlin und Brandenburg unterhalten wird, geleistet. Nach diesem Muster sollte eine ähnliche Arbeitsgruppe für den Bereich Medizintechnik errichtet werden, die administrativ bei der TSB (z. B. TSBmedici) aufgehängt wird, deren strategische Lenkung aber über ein gemeinsam von Brandenburg und Berlin besetztes Gremium erfolgt. Dabei muss geklärt sein, wie in diesem Bereich auf der operativen Ebene Brandenburger Spezifika berücksichtigt werden. Die Förderung der Pharmaindustrie sollte aufgrund der vergleichsweise geringen Bedeutung dieser Branche in die Biotechnologie-Förderung integriert werden. Zentrale Aufgabe dieser Arbeitsgruppen ist das Clustermanagement inklusive des Lobbyings für diese Bereiche sowie die Koordinierung der für diesen Bereich branchenübergreifend tätigen Banken und Förderinstitutionen. Die entsprechende Organisationsstruktur ist in Abbildung 27 dargestellt.

Abbildung 27: Förderung der Gesundheitswirtschaft – Organisationsstruktur



Quelle: IGES

Die Wahrnehmung der analogen Aufgaben des Clustermanagements sowie des Lobbyings für den Gesundheitstourismus sollte der TMB (Tourismus Marketing Brandenburg) übertragen werden. Die Übertragung auf eine rein brandenburgische Organisation ist zweckmäßig, weil dieser Bereich nahezu ausschließlich für Brandenburg relevant ist. Unabhängig von dieser Aufgabe sind die Aktivitäten zur Förderung des „Patiententourismus“ zu sehen: Hier sollen Patienten, insbesondere aus dem Ausland, für die Behandlung in regionalen Krankenhäusern gewonnen werden. Dafür existiert bereits mit der NBMC (Network for Better Medical Care Berlin) eine Organisation, für die Brandenburger Krankenhäuser prüfen sollten, inwieweit eine Beteiligung ökonomisch sinnvoll ist.

Für den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, insbesondere die Krankenhauswirtschaft, liegen entsprechende Erfahrungen mit den modernen Instrumenten der Wirtschaftsförderung bisher praktisch nicht vor. Das resultiert nicht zuletzt aus der historisch gewachsenen Form der Investitionsförderung in der Krankenhauswirtschaft. Auch für die sonstigen Felder des Kernbereichs (ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflege) gibt es bisher keine Erfahrungen. Deshalb wird vorgeschlagen, die neuen Aktivitäten vor dem Aufbau organisatorischer Strukturen zunächst im Rahmen eines *Projekts* zu entwickeln. Die strategische Lenkung sollte unter der Federführung des MASGF Brandenburg durch die AG der Staatssekretäre in Brandenburg erfolgen. Aufgabe des Projekts ist die Förderung der neuen Methoden des Clustermanagements, insbesondere ansetzend bei den größeren Unternehmen der Krankenhauswirtschaft im Lande Brandenburg. Das Projekt sollte auf einen mittleren Zeitraum ausgelegt sein und mit speziell qualifizierten Mitarbeitern ausgestattet sein.

Drei Bereiche des Vorschlags für den Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg werden in dieser Expertise nicht näher bearbeitet, weil hier bisher kaum empirische Grundlagen zur Verfügung stehen: Wissenschaft, Ausbildung und Lehre sowie Prävention. Ob hier eine besondere organisatorische Verankerung der Förderung notwendig ist, sollte erst nach Erstellung von drei entsprechenden Statusberichten entschieden werden (s. u. Ziel II).

In Berlin wurden in den vergangenen Jahren mit zwei Organisationen Erfahrungen gesammelt, die sich schwerpunktmäßig mit der „Förderung der Gesundheitsförderung“ befasst haben: Gesundheitsstadt Berlin e.V. und auf gesetzlicher Grundlage die Landesgesundheitskonferenz Berlin. Analoge Organisationen existieren für Brandenburg nicht. Im Zusammenhang mit dem Statusbericht zum Thema Prävention sollte geklärt werden, inwieweit die Schaffung entsprechender, ggf. korrespondierender Organisationen für Brandenburg produktiv ist.

Der Vorschlag für einen Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg rückt die Entfaltung von Aktivitäten in den zwölf ausgewähl-

ten Bereichen in den Vordergrund. Darüber darf nicht außer Acht bleiben, dass ein wesentlicher Beitrag zur Förderung der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg darin liegt, dass die beteiligten Akteure - alle Bereiche übergreifend - den Willen zum Ausdruck bringen, dieses politische und wirtschaftliche Ziel zu verfolgen. Es bedarf eines eigenen Teilprogramms im Masterplan, das sich mit der übergreifenden Darstellung befasst. Hier sind insbesondere die Aufgaben der Spitzen der Politik sowie der führenden Unternehmer und der überregional renommierten Wissenschaftler und Ärzte zu sehen.

Ziel II: Entwicklung eines abgestimmten Förderkonzepts für die Gesundheitswirtschaft und Integration in bestehende Förderkonzepte

Sowohl für die Gesundheitswirtschaft insgesamt als auch für ihre Teilbranchen sollten abgestimmt zwischen den verschiedenen Förderinstitutionen und den betroffenen Unternehmen Konzepte zur Förderung der Gesundheitswirtschaft entwickelt werden. Diese Konzepte sind sowohl mit den schon bestehenden Konzepten in Brandenburg (Wirtschaftsförderungskonzept, Landestourismuskonzept, Innovationskonzept etc.) als auch mit den Konzepten, die ursprünglich in Berlin (Masterpläne für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg sowie für die Biotechnologie und die Medizintechnik) entwickelt wurden, abzustimmen bzw. in diese zu integrieren.

Wesentlich dabei ist, dass sich ein Konzept zur Förderung der Gesundheitswirtschaft schon in den Zielsetzungen eindeutig an den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft orientiert und ihr unternehmerischen Handeln fördert.

Dabei sollte dem Fokus auf die spezifischen Brandenburger Förderinteressen Vorrang eingeräumt werden gegenüber einer möglichst vollständigen Behandlung denkbarer oder anderweitig vorgegebener gesundheitswirtschaftlicher Handlungsfelder.

Zudem hat sich im Verlauf der Erstellung dieser Expertise gezeigt, dass die Datengrundlagen für die Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg in vielen Bereichen noch unzureichend sind. Diese sind als Vorbereitung für eine weitere Planung zu verbessern.

Strategische Ansätze:

- Datengrundlagen für die Förderung verbessern und Marktbeobachtung intensivieren.
 - Abforderung der Daten, zu denen das Land nach § 303 f SGB V einen Zugang hat (MASGF)

- im Hinblick auf den erwarteten erheblichen Beschäftigungsrückgang eine Studie zur Personalentwicklung in der Krankenhauswirtschaft durchführen (MASGF)
- eine Marktanalyse für den Bereich der Pflege durchführen unter besonderer Berücksichtigung von demographischer Entwicklung und Pflegequalität (MASGF)
- Angebotsstrukturen und Nachfragepotenzial für den Gesundheitstourismus in Brandenburg untersuchen; dazu Gesundheitstourismus zum Bestandteil der Gästebefragung 2007 machen (TMB)
- Bestandsaufnahme der Forschungskapazitäten der Brandenburger Krankenhäuser (MASGF zusammen mit dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur)
- Versorgungsbereichsübergreifende Prognose für den Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen (MASGF)
- Bestandsaufnahme der Forschungskapazitäten der Brandenburger Krankenhäuser (MASGF zusammen mit dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur)
- Statusberichte für die Bereiche Wissenschaft, Ausbildung und Lehre sowie Prävention (Entwicklungspotenzial in Brandenburg, Darstellung des Potenzials im Kontext der Region Berlin-Brandenburg, Empfehlung zur Förderung aus dem Kontext der Gesundheitswirtschaft)
- Förderkonzepte für die verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft entwickeln, insbesondere
 - Erweiterung der Berliner Masterpläne für Biotechnologie und Medizintechnik auf Brandenburg (BioTOP, ZAB)
 - Entwicklung eines eigenständigen Konzeptes für die Entwicklung des Kernbereiches der Gesundheitswirtschaft (MASGF)
 - Entwicklung eines eigenständigen Konzeptes für die Entwicklung des Gesundheitstourismus in Brandenburg (TMB)
 - Entwicklung eines geriatrischen Versorgungskonzepts für Brandenburg (MASGF, Geriatrienetz Brandenburg)

Ziel III: Überprüfung und Abstimmung des Förderportfolios für die Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft führt einerseits Branchen zusammen, die aus Förderperspektive bisher weitgehend voneinander getrennt waren oder noch gar nicht gezielt gefördert wurden (Bsp. Gesundheitstourismus). Andererseits entstehen durch die Kooperation mit Berlin Überschneidungen im Maßnahmenportfolio der Förderinstitute. Zudem haben die Untersuchungen im Rahmen dieser Expertise gezeigt, dass an einigen Stellen

(z. B. Venture Capital für Biotechnologie-Unternehmen) Förderbedarfe sind, die durch die gegenwärtigen Instrumente nicht oder nicht in genügendem Umfang befriedigt werden können.

Strategischer Ansatz:

Zur Verbesserung dieser Situation sollten Vertreter der verschiedenen Förderinstitutionen (ZAB, Berlin Partner, TSB), die Banken (ILB, IBB samt Beteiligungsgesellschaften), der Politik (zuständige Ministerien) und der Gesundheitswirtschaft unter Federführung der Beauftragten für Transparenz und Steuerung ein Konzept für eine möglichst effektive, effiziente und transparente Förderung im Bereich Gesundheitswirtschaft erarbeiten und umsetzen.

Ziel IV: Effizientes Umsetzungs- und Erfolgscontrolling für die Förderung der Gesundheitswirtschaft

Bisher konnte noch in keinem Bundesland gezeigt werden, dass die konzentrierte Förderung der Gesundheitswirtschaft dazu beitragen konnte, Wachstum und Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft zu fördern. Allerdings sprechen eine Reihe von guten Gründen dafür, dass dies der Fall ist. Aufgrund dieser Unsicherheit ist es dringend notwendig, die Umsetzung und den Erfolg der Fördermaßnahmen möglichst zeitnah zu überprüfen.

Strategische Ansätze:

Die Entwicklung und Umsetzung dieses Projektcontrollings sollte durch den Gesamtbeauftragten für die Gesundheitswirtschaft in der Region Berlin-Brandenburg (Prof. Stock) in Zusammenarbeit mit den Handlungsfeldbeauftragten erfolgen. Das Controlling der Brandenburg-spezifischen Aktivitäten sollte durch den Gesamtbeauftragten für Brandenburg erfolgen.

13.3 Mögliche Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft

Das oberste Ziel der Förderung der Gesundheitswirtschaft ist es, die Beschäftigung in diesem Wirtschaftsbereich zu steigern oder zumindest zu stabilisieren. Daraus ergeben sich im Wesentlichen drei Unterziele:

- die Steigerung der Nachfrage nach Produkten und Leistungen der Gesundheitswirtschaft;
- die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit bestehender Anbieter;
- die Steigerung von Ansiedlungen / Neugründungen.

Mögliche Maßnahmen zur Förderung der Krankenhauswirtschaft

Die Krankenhauswirtschaft ist mit Abstand der wichtigste Sektor der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg. Damit die Entwicklungschancen genutzt und die Risiken beherrscht werden können, ist insbesondere die Leistungsfähigkeit der großen Unternehmen der Krankenhauswirtschaft zu stärken, in dem ihre Entwicklung zu regionalen Dienstleistungskernen der Gesundheitswirtschaft und angrenzender Bereiche unterstützt wird.

Die Krankenhauswirtschaft war in der Vergangenheit durch eine hohe Regulierungsdichte und ein Vergütungssystem charakterisiert, dass ökonomische Ineffizienzen begünstigte. Hier hat sich mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems ein grundlegender Wandel ergeben. In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber zusätzlich den Gestaltungsspielraum der Krankenträger erweitert. Das bezieht sich sowohl auf die Organisationsstrukturen (Gründung von Medizinischen Versorgungszentren) wie auch auf den Abschluss von speziellen Verträgen (zur integrierten Versorgung) zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern. Damit haben die Krankenhäuser neue Möglichkeiten erhalten, sich im Wettbewerb zu profilieren. Das setzt jedoch voraus, dass das Management der Krankenhäuser über entsprechendes unternehmerisches Potenzial verfügen bzw. vom Eigentümer entsprechende Entscheidungskompetenzen erhalten hat. Die Förderung des unternehmerischen Potenzials der großen Dienstleistungskerne der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg wird für das wirksamste Instrument der Förderung erachtet.

Die Situation vieler Brandenburger Krankenhäuser ist durch die große Nähe zu den großen Krankenhausbetrieben in Berlin charakterisiert. Viele Berliner Krankenhäuser verfügen über ein hohes Forschungs- und Entwicklungspotenzial, an der Spitze die alles überragende Charité. Mit der Privatisierung verschiedener Häuser in Berlin verändert sich sukzessive die Qualität des Managements nicht nur der privatisierten Häuser, sondern auch der Häuser anderer Träger in der Stadt. Die Brandenburger Krankenhäuser im näheren und mittleren Umfeld von Berlin können sich durch eine Verbesserung ihres Managements davor bewahren, dass erhebliche Teile ihrer Nachfrage auf Berliner Krankenhäuser übergehen. Deshalb muss das Ziel verfolgt werden, dass die Qualität und Effizienz der Brandenburger Krankenhäuser das gleiche Niveau behält wie die Berliner Krankenhäuser und dass dieser Sachverhalt nach außen deutlich dargestellt wird.

Die großen Krankenhausunternehmen können durch folgende Aktivitäten bei der Sicherung ihrer Nachfrage und der Entwicklung ihrer Leistungsfähigkeit unterstützt werden:

- Abgestimmtes Marketing für die großen Krankenhäuser als Dienstleistungskerne und Positionierung im Wettbewerb mit den Berliner Häusern (MASGF, ZAB)

- Aufstellen eines Entwicklungsplans für die Förderung „Klinische Forschung“ (MASGF, Ministerium für Wissenschaft)
- Förderung regionaler Cluster und Vervollständigung der Wertschöpfungsketten in Brandenburger Krankenhäusern (ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflege, Clustermanagement)
- Stärkung des Potenzials für ambulante Versorgung in den medizinischen Dienstleistungszentren (Clustermanagement, LKB)
- Weitere betriebswirtschaftliche und unternehmerische Qualifizierung des Krankenhausmanagements (MASGF; LASA)
- Förderung der Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser durch die Entwicklung und Umsetzung innovativer Finanzierungsmodelle (MASGF, ILB)
- Bei der Privatisierung von Krankenhäusern öffentlicher Träger sollten ausreichend Maßnahmen zur Sicherung des Standorts und der regionalen Wirtschaftskraft getroffen werden (MASGF)
- Qualitätsoffensive „Stationäre Versorgung“ (MASGF, LKB)
- Verbesserung und ggf. Ausbau des stationären Versorgungsangebotes v. a. in den Bereichen Onkologie und Kardiologie (MASGF, KH-Träger)
- Integrierte Vollversorgungsmodelle etablieren (MASGF)
- Förderung von Modellprojekten zur versorgungssektorenübergreifenden Telemedizin mit dem Krankenhaus als zentralem Dienstleistungskern (MASGF)
- Etablierung der Krankenhäuser als Zentren für eine versorgungsbereichsübergreifende geriatrische Versorgung (MASGF, Geriatrienetz Brandenburg)
- Schaffung von mehr unternehmerischen Freiräumen für Krankenhäuser durch Flexibilisierung der Krankenhausplanung (MASGF)

Mögliche Maßnahmen zur Förderung der weiteren Bereichen des Kernbereichs

Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit von Rehabilitationskliniken durch

- Unterstützung bei der Durchsetzung von Verträgen für die fachspezifische ambulante und stationäre akutmedizinische Behandlung (Clustermanagement)
- Förderung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ in Abstimmung mit den Krankenkassen und Pflegeheimen (Clustermanagement)
- Förderung der Anbindung von Rehabilitationseinrichtungen an Krankenhäuser (z. B. im Rahmen von IV-Verträgen, Clustermanagement)

- Förderung der Entwicklung von Medical-Wellness-Angeboten zusammen mit Wellness-Hotels und anderen Leistungserbringern (Clustermanagement)

Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung durch

- Konzentration der ambulanten medizinischen Versorgung, insbesondere im ländlichen Bereich (Clustermanagement)
- Einbindung von Krankenhäusern in die ambulante medizinische Versorgung (Clustermanagement)
- Überwachung der KV-Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (MASGF)
- Umfassende Erprobung von Modellprojekten zur Optimierung der Arbeitsteilung zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal (z. B. Gemeindeschwester, MASGF)

Der Bereich der Pflege ist im Kernbereich derjenige Sektor, der am stärksten durch Marktmechanismen gesteuert wird und am wenigsten staatlicher Steuerung unterliegt.

Um die Markttransparenz für Anbieter und Nachfrager von Pflegeleistungen zu erhöhen, sollte das MASGF eine Erhebung zum Stand und zur Entwicklung des quantitativen und qualitativen Versorgungsniveaus in der Pflege durchführen.

Zudem sollte die Pflege in ein übergreifendes geriatrisches Versorgungskonzept eingebunden werden (vgl. die entsprechenden Ausführungen in den Empfehlungen für die Krankenhauswirtschaft).

Mögliche Maßnahmen zur Förderung des Vorleistungs- und Zulieferbereichs

- Clustermanagement auch im Medizintechnikbereich (TSB/BioTOP)
- Stärkung der Absatzmöglichkeiten der Vorleistungs- und Zulieferindustrie durch Unterstützung der Unternehmen im Marketing und Vertrieb (MW, MedTecNet, ZAB)
- Stärkung der Ansiedlung und Neugründung von Unternehmen durch Fortführung des Standortmarketings unter verstärkter Einbindung von bestehenden Unternehmen (MW, ZAB, TSB)
- Verstärkte Bereitstellung von Eigenkapital bzw. Stimulierung der Bereitstellung von Eigenkapital durch VC-Firmen (ILB; ZAB)
- Förderung der Medizintechnik durch Telematik-Modellprojekt (mit Krankenhäusern als Dienstleistungskern, MASGF)

Mögliche Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitstourismus

- Clustermanagement (TMB)
- Datengrundlagen zur qualifizierten gesundheitstouristischen Infrastruktur und zur Nachfrage nach gesundheitstouristischen Angeboten in Brandenburg schaffen (TMB)
- Landesmarketing für den Gesundheitstourismus ausbauen (TMB)
- Konzentration der finanziellen Förderung auf die bestehenden Kur- und Erholungsorte, um die Entstehung lokaler / regionaler Cluster für Gesundheitstourismus zu fördern und eine Zersplitterung der Angebote aufgrund lokaler Standortkonkurrenz zu verhindern (MW)

Literaturverzeichnis

- Altana (2006) Geschäftsbericht 2005. Online-Version.
- biotechnologie.de (2006) Die deutsche Biotechnologie-Branche 2006. Biotechnologie.de, Berlin.
- BioTOP (2006) Biotech Report Berlin-Brandenburg 2005/2006. BioTOP, Berlin.
- Bruckenberger, E. (2002) Investitionsoffensive für Krankenhäuser? Manuskript.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005) Zur Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich. BMBF, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (o. J.) Statistiken KG 2/KG 5, 2004. Manuskript
- Bundesministeriums für Inneres (2005) Heilkurortverzeichnis Inland (Stand August 2005). Manuskript.
- Bundesregierung (2006) Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG) vom 24.05.2006. Manuskript.
- Deutsche Industrievereinigung Biotechnologie (2005) BioTech 2005. Die wirtschaftliche Bedeutung von Biotechnologie und Gentechnik in Deutschland. DIB, Frankfurt/M.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006) Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung in den Bundesländern – Stand: Januar 2006. Manuskript.
- Deutsche Zentrale für Tourismus (2005) Zahlen, Daten, Fakten zum Inlandstourismus. Manuskript.
- Deutscher Bundestag (2005) Vierunddreißigster Rahmenplan der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ (GA) für den Zeitraum 2005 bis 2008. Bundestags-Drucksache 15/5141.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2005) Die Medizintechnik am Standort Deutschland – Chancen und Risiken durch technologische Innovationen, Auswirkungen auf und durch das nationale Gesundheitssystem sowie potentielle Wachstumsmärkte im Ausland. DIW, Berlin.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. DIW, Berlin.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2005) Krankenhaus Barometer – Umfrage 2005. DKI, Düsseldorf.
- Dorn-Petersen, H. (2005) Regionale Schwerpunkte im deutschen Wellnessland. Manuskript.

- Dsn (2000) Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein – Potenziale und Chancen aus wirtschaftspolitischer Sicht – eine Expertise. Kiel.
- Enquête-Kommission Demographischer Wandel (2002) Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Bundestags-Drucksache 14/8800.
- Ernst & Young (2005) Kräfte der Evolution. Deutscher Biotechnologie-Report 2005. Ernst & Young, Mannheim.
- Fretschner, R., Grönemeyer, D., Hilbert, J. (2002) Die Gesundheitswirtschaft – ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie. In. IAT Jahrbuch 2001/2002, 33-47.
- Fretschner, R., Grönemeyer, D., Hilbert, J. (2002) Die Gesundheitswirtschaft – ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie. In. IAT Jahrbuch 2001/2002, 33-47.
- Gee, Ch., Fayos-Sola, E. (Hrsg. 1997): International tourism: a global perspective. Madrid: World Tourism Organization.
- Heinze, R.G., Hilbert, J., Dahlbeck, E., Helmer-Denzel, A., Potratz, W. (2006) Masterplan Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2010. Manuskript.
- Henke, K.-D., Mackenthun, B., Schreyögg, J. (2002) Gesundheitsmarkt Berlin– Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung, Nomos-Verlag, Baden-Baden.
- Henke, K.-D., Cobbers, B., Georgi, A., Schreyögg, J. (2006) Die Berliner Gesundheitswirtschaft. Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung.
- Ift (2005) Marktforschung Brandenburg 2004/04. Zentrale Ergebnisse und wichtigste Empfehlungen für das touristische Marketing im Land Brandenburg. Potsdam/Köln.
- Investitionsbank des Landes Brandenburg (2005) Geschäftsbericht 2004. ILB, Potsdam.
- Investitionsbank des Landes Brandenburg (2006) GA-Förderung der gewerblichen Wirtschaft (GA-G) – Richtlinie (Stand: 2/2006).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006) Zahlen, Daten, Fakten Medizinische Versorgungszentren. Download unter <http://www.kbv.de/themen/7178.html>.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2006) KZBV Jahrbuch 2005. KZBV, Köln.
- Klose, J., Uhlemann, Th., Gutschmidt, S. (2003) Ärztemangel - Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die ärztliche vertragsärztliche Versorgung. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.
- Knieling, J., Fürst, D., Danielzyk, R. (2001) Warum „kooperative Regionalplanung“ leicht zu fordern, aber schwer zu erreichen ist. In: DISP 145: 41-50.
- Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme ("Rürup-Kommission") (2003) Nachhaltigkeit in der Finanzierung

der Sozialen Sicherungssysteme. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Kruse, E., Knappe, F., Schulz-Nieswand, F. W., Schwartz, Wilbers, J. (2003) Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Expertise im Auftrag der AOK Baden-Württemberg. Manuskript.

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2006a) Versorgungssituation in Brandenburg. Planungsblatt Typ 1 zur Feststellung/Berechnung des Versorgungsgrades nach Kreisen/Planungsbereichen. KV Brandenburg, Potsdam.

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2006b) Pressemitteilung der KV am 30.05.06: Aktuell im Gespräch mit Dipl.-Med. Andreas Schwark, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg. KV Brandenburg, Potsdam

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2005) Statut über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg i. d. F. vom 16.03.2005. Manuskript.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2004) KBV Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2004.

Klauber J., Robra, B. P., Schellschmidt, H. (Hg., 2005) Krankenhaus-Report 2005. Aktuelle Beiträge, Trends und Statistiken. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006a) Verarbeitendes Gewerbe sowie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden im Land Brandenburg 2005. Produktion ausgewählter Erzeugnisse. Statistische Berichte E I 5-j/05. LDS, Potsdam.

Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006b) Verarbeitendes Gewerbe sowie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden. Betriebsergebnisse und Auftragseingangsindex im Land Brandenburg 2005. Statistische Berichte E11-j/05. LDS, Potsdam.

Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2006c) Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg für den Zeitraum 2005-2030. Statistische Berichte A I 8 – 05. LDS, Potsdam.

Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005a) Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Land Brandenburg 2004. Statistische Berichte A IV 2-j/04. LDS, Potsdam.

Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005b) Stationäre Behandlung in Krankenhäusern sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Land Brandenburg 2004. Statistische Berichte A IV 9-j/04. LDS, Potsdam.

Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005c) Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegeleistungen im Land Brandenburg 2003. Statistische Berichte K VIII 1 – 2j/03. LDS, Potsdam.

- Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005d) Sozialhilfe im Land Brandenburg 2004. Statistische Berichte K I 1-j/04. LDS, Potsdam.
- Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2005e) Umsätze und ihre Besteuerung im Land Brandenburg 2003. L IV 1 – j/03. LDS, Potsdam.
- Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (2004) Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Brandenburg 2003. K VIII 1-2 j/03. LDS, Potsdam.
- Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (o. J.) Statistik zu Übernachtungen im Reiseverkehr im Land Brandenburg nach Gemeindegruppen (in Beherbergungsstätten mit 9 und mehr Gästebetten). Online-Abfrage Stand: 24.03.2006.
- Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. (2005) Brandenburg in der Statistik. Online-Abfrage Stand: 23.09.2005
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2005) Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW. Version 2.0. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Landesregierung Schleswig-Holstein (2004) Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein – stark und zukunftsfähig. Eine Zwischenbilanz (Stand: August/September 2004). Manuskript.
- Landesregierung Schleswig-Holstein (2005) Leitprojekte der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein (Abschlussbericht Juli/August 2005). Manuskript.
- Landtag Brandenburg (2001) Plenarprotokoll 3/42 des Brandenburgischen Landtags vom 20.09.2001.
- Landtag Brandenburg (2002) Zur Versorgung mit Leistungen der Pflegeversicherung im Land Brandenburg. Landtags-Drucksache 3/5102.
- Landtag Brandenburg (2005) Bericht der Landesregierung: Demographischer Wandel in Brandenburg – Erneuerung aus eigener Kraft. Ursachen und Folgen – Strategien und Handlungsfelder, Projekte und Maßnahmen. 2. Bericht der Landesregierung zum demografischen Wandel. Landtags-Drucksache 4/1291.
- Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2003) Plenarprotokoll des Landtags 4/19 vom 10.09.2003.
- Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2004) Antrag der Fraktionen von SPD und PDS: Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern - Gesundheitswirtschaft als Zukunftsbranche entwickeln. Landtags-Drucksache 4/1240 vom 09.06.2004
- Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2005) Masterplan zur künftigen Sicherung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Landtags-Drucksache 4/1774.
- Landtag Schleswig-Holstein (2001) Bericht der Landesregierung – Ministerpräsidentin: Wellness- und Gesundheitstourismus – Standort Schleswig-Holstein. Landtags-Drucksache 15/1349.

- Landtag Schleswig-Holstein (2003) Bericht der Landesregierung – Ministerpräsidentin: Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein. Landtags-Drucksache 15/2552.
- Lohmann, M., Winkler, K. (2005) Gesundheitsreisen. Wellness, Fitness und Kur. F.U.R., Kiel, S. 16.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005a) Gesund alt werden – Soziale und gesundheitliche Lage älterer Menschen im Land Brandenburg, Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichtserstattung Nr. 4, MASGF, Potsdam.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005b) Brandenburger Fachkräftestudie. Entwicklung der Fachkräftesituation und zusätzlicher Fachkräftebedarf. MASGF, Potsdam.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005c). Krankenhausbericht 2005. Zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg. MASGF, Potsdam.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2005d) Gesund alt werden - Soziale und gesundheitliche Lage älterer Menschen im Land Brandenburg. MASGF, Potsdam.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (1999). Landespflegeplan – Teil A. In: Amtsblatt für Brandenburg. 10. Jg., Nr. 51. S.1222
- Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2005) Wer? Was? Für wen? Ein Leitfaden für Existenzgründer, Unternehmer und Investoren im Land Brandenburg. Ministerium für Wirtschaft, Potsdam
- Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2006a) Fortschreibung der Landestourismuskonzeption Brandenburg 2006-2010. Ministerium für Wirtschaft, Potsdam.
- Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (2006b) Neuausrichtung der Brandenburger Wirtschaftsförderung. Manuskript.
- Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (o. J.) Landesinnovationskonzept 2006. Ministerium für Wirtschaft, Potsdam.
- Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg (o. J.) Landesinnovationskonzept Brandenburg 2006. Ministerium für Wirtschaft, Potsdam.
- OECD Health Data.
- Reiners, H. (2005) Die Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen: In dünn besiedelten Regionen gibt's keine Wahl bei medizinischer Versorgung. Die Situation in Brandenburg. Soziale Sicherheit 2005/12, 395-399.
- Ressortübergreifende Steuerungsgruppe der Staatssekretäre der Länder Berlin und Brandenburg für Wirtschaft, für Gesundheit und für Wissenschaft sowie der Chefs der Senats- bzw. Staatskanzlei (2006) Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ Manuskript.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2006) Neuinvestitionen des Landes in Krankenhäusern für eine gute und sichere medizinische Ver-

- sorgung. Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen. RWI, Essen.
- Rulle, M. (2004) Der Gesundheitstourismus in Europa – Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien. Profil Verlag, München.
- Schräder, W. F., Dudey, S. (2001) Instrumente zur Sicherstellung der stationären Versorgung nach Einführung von DRGs. In: Arnold, M., Litsch, M., Schellschmidt, M. H. (Hrsg.) Krankenhausreport 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart, S. 285-294.
- Schräder, W. F., Jacobs, K. (2003) Wettbewerb als Motor der Integration. In: Arnold, M., Klauber, J., Schellschmidt, H. (Hrsg.) Krankenhausreport 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart, S. 103-112.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Gutachten 2005 - Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Bundestags-Drucksache 15/5670.
- Sondergutachten 1996: Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Nomos, Baden-Baden.
- Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, Investitionsbank Berlin, IHK zu Berlin, Berlin Partner GmbH, TSB Technologiestiftung Innovationszentrum Berlin (2005) Masterplan zur Entwicklung Berlins zu einem Kompetenzzentrum für Medizintechnik 2005-2010 Manuskript.
- Statistisches Bundesamt (2005a) 4. Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Statistisches Bundesamt, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005b) 4. Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005c) Statistisches Jahrbuch 2005. Statistisches Bundesamt, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005d) Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Fachserie 12 Reihe 6.1.2 – 2004, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005e) Fachserie 4, Reihe 4.2.1. Produzierendes Gewerbe. Beschäftigte, Umsatz und Investitionen der Unternehmen und Betriebe des Verarbeitenden Gewerbes sowie des Bergbaus und der Gewinnung von Steinen und Erden 2003. Fachserie 4 Reihe 4.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006a) Produzierendes Gewerbe. Beschäftigte, Umsatz und Investitionen der Unternehmen und Betriebe des Verarbeitenden Gewerbes sowie des Bergbaus und der Gewinnung von Steinen und Erden 2004. Fachserie 4 Reihe 4.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006b) Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3 2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2006c) Gesundheitswesen Grunddaten der Krankenhäuser 2004, Fachserie 12 / Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Landesamt Berlin (2006) Krankenhäuser in Berlin 2004. Teil II Diagnosen. Berlin.
- Technologie Stiftung Brandenburg (o. J.) Jahresbericht 2004. Technologiestiftung Brandenburg, Potsdam.
- Tourismus Marketing Brandenburg (2005) Marketing-Plan 2006. Manuskript.
- TSB Technologiestiftung Innovationszentrum Berlin, Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, Investitionsbank Berlin, Berlin Partner GmbH, IHK zu Berlin, IPAL GmbH (2005) Masterplan zur Entwicklung Berlins zu einem Kompetenzfeld für Biotechnologie und Biomedizin. Manuskript.
- Verband deutscher Rentenversicherungsträger (2005) Rentenversicherung in Zahlen 2005. VDR, Frankfurt.
- Verband forschender Arzneimittelhersteller (2005) Statistics 2005. Die Arzneimittelindustrie in Deutschland. VFA, Berlin.
- Wirtschaftsministerium Mecklenburg-Vorpommern (2003) Zukunftsbranche Gesundheitswirtschaft: zur wirtschaftlichen und beschäftigungspolitischen Entwicklung in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft, des Tourismus / Gesundheitstourismus sowie der Ernährungswirtschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Wirtschaftsministerium, Schwerin.
- Wirtschaftsministerium Mecklenburg-Vorpommern (2004) Landestourismuskonzeption Mecklenburg-Vorpommern 2010. Wirtschaftsministerium, Schwerin.
- Zenker, M. (2005) Investitionshilfen und befristete Anstellungen sollen (Haus-)Ärzte locken. Soziale Sicherheit 12/2005, S. 390-394.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (2003) Kostenstrukturanalyse 2003.

Herausgeber:

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Frauen des Landes Brandenburg**

Öffentlichkeitsarbeit

Heinrich-Mann-Allee 103

14473 Potsdam

www.masgf.brandenburg.de

Erarbeitet von:

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

Wichmannstr. 5

10787 Berlin

Tel. 030-230 80 90

iges@iges.de; www.iges.de

Lektorat: Evelyn Teschner

Titelgestaltung: Arne-Design, Briesen

Druck: sd:k Satz Druck GmbH

Auflage: 500

August 2006