
20 Jahre regionale Gesundheitswirtschaftsinitiativen: Stand und Perspektiven

1

Elke Dahlbeck und Josef Hilbert

1.1 Einleitung

Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich der Blick auf die Gesundheitsbranche erweitert. Wurde bis dahin Gesundheit nahezu ausschließlich als sozialpolitische Aufgabe gesehen, stieg nun die beschäftigungs-, wirtschafts- und strukturpolitische Aufmerksamkeit für die Entwicklungen in der Gesundheitsbranche. Insbesondere das Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) „Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ (1996) hat einen Paradigmenwechsel mit Sicht auf das Gesundheitswesen hin zu einer Gesundheitswirtschaft eingeläutet. Dort heißt es in Hinblick auf die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft:

„Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in einer entwickelten Volkswirtschaft dar. Es dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt mit seinen Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit den entsprechenden Wirkungen auf den Arbeitsmarkt bei. In anderen Bereichen des Wirtschaftslebens werden steigende Umsätze, Gewinne und Beschäftigtenzahlen als Erfolgsmeldung angesehen und kommen in die Schlagzeilen der Medien. Es überrascht daher, daß derartige Entwicklungen im Gesundheitswesen als personalintensiver Dienstleistungsbranche mit einem ausgeprägten Anteil an Hochtechnologieprodukten und mittelständischen Industriebetrieben in der Regel Kostenexplosion und Überangebot wahrgenommen werden. Sie verstärken den Ruf nach Reformen auch dann, wenn sich die Versorgung aufgrund des medizinischen Fortschritts verbessert.“ (SVR 1996, S. 211)

Teil dieses Perspektivenwechsels war auch, dass die Aufmerksamkeit von Wirtschaftsförderern und Regionalentwicklern für die Gesundheitswirtschaft erwachte. Während hier früher das Anwerben neuer Industrieansiedlungen im Mittelpunkt stand, stießen nun auch die endogenen Potenziale vor Ort auf verstärkte Beachtung.

9

Zwar werden personenbezogene Dienstleistungen, zu denen die Gesundheitsdienstleistungen zählen, nach dem Uno-actu-Prinzip vor Ort angeboten und konsumiert und eignen sich damit zunächst einmal nur eingeschränkt dazu, außerhalb der Region vermarktet zu werden. Jedoch haben sie insofern starke externe Effekte, da sie auf anspruchsvolle Vorleistungen oder auch Anwendungsfelder angewiesen sind; und diese können sowohl in der Region als auch außerhalb erstellt und bezogen werden. Eine Region, der es gelingt, eine gehobene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, kann erheblich davon profitieren, die dafür notwendigen Vorleistungen und Zulieferungen zu erstellen – etwa in der Forschung und Entwicklung, bei der Logistik oder in der Digitalisierung. Und darüber hinaus steigt auch die Aufmerksamkeit dafür, dass es Patientenwanderung geben kann und gibt, sprich, dass Patienten von außerhalb, ggf. sogar aus dem Ausland, Gesundheitseinrichtungen einer Gesundheitsregion aufsuchen und dort sowohl für eine bessere Auslastung als auch für Konsumnachfrage im Umfeld sorgen.

Die Gesundheitsbranche entwickelte sich damit zu einem wichtigen und hochattraktiven regionalwirtschaftlichen Innovations- und Gestaltungsfeld. Galt das Gesundheitswesen früher als Kostenfaktor für die Volkswirtschaft, wird die Gesundheitswirtschaft heute als Zukunftsbranche und als wichtiger Motor der Regionalentwicklung gesehen (Goldschmidt und Hilbert 2009). Die hohe volks- und regionalwirtschaftliche Bedeutung wird jedoch nicht nur aufgrund der Anzahl der Beschäftigten von deutschlandweit über 6,2 Mio. (vgl. Tabelle 1.1) deutlich. Dass die Gesundheitsbranche ein zentrales Fundament der Struktur- und Innovationspolitik geworden ist, wird auch darin ersichtlich, dass Gesundheit in den jeweiligen Innovationsstrategien der Bundesländer ein fester Bestandteil ist: denn in so gut wie jedem Bundesland ist Gesundheitswirtschaft als Cluster, Kompetenzfeld, Leitmarkt oder Wachstumsmarkt definiert und besonders hervorgehoben.

Im Folgenden wird zunächst die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft der vergangenen Jahre nachgezeichnet. Aufbauend darauf erfolgt ein kurzer Blick zur Entwicklung der Gesundheitsregionen in Deutschland. Anschließend daran wird ein Ausblick zu den Chancen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft als Motor der Regionalentwicklung aufgezeigt.

1.2 Entwicklung der Zukunftsbranche Gesundheitswirtschaft

Zu Beginn der Aktivitäten rund um die Gesundheitswirtschaft fehlten sowohl ein einheitliches Verständnis der Gesundheitswirtschaft, als auch quantitative Angaben über die wirtschaftliche Relevanz und Beschäftigungssituation. Das Gelsenkirchener Institut Arbeit und Technik (IAT) hat 1997 (vgl. Bandemer et al. 1997; Hilbert et al. 2002) ein sogenanntes „Zwiebelmodell“ für die Gesundheitswirtschaft entwickelt, welches die Größe und Interdependenz dieses Wirtschaftsbereichs verdeutlicht und damit eine Grundlage für ein einheitliches Verständnis von Gesundheitswirtschaft entwickelt.

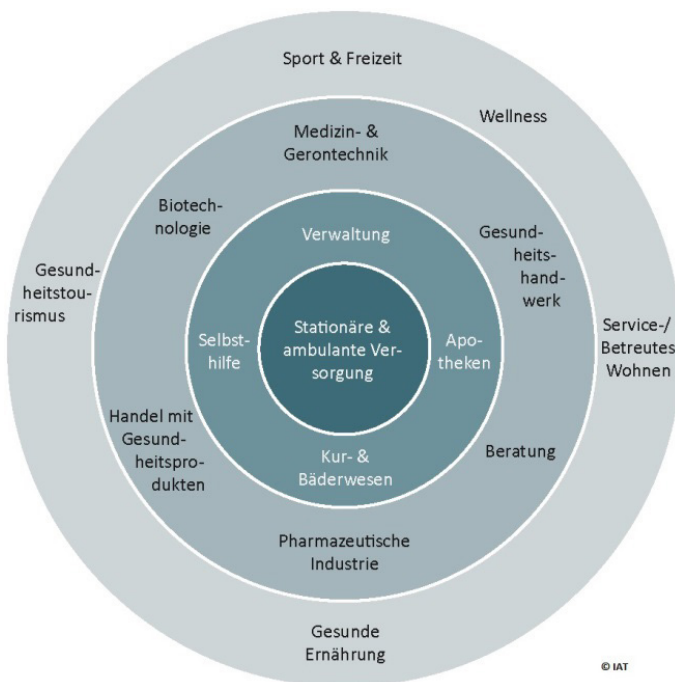


Abbildung 1.1 Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft
Quelle: IAT

- In dieser Definition zählen zum *Kernbereich* neben den Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die freien Arztpraxen, die Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe, Apotheken sowie stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.
- Die *Vorleistungs- und Zulieferindustrien* umfassen die so genannten Health Care Industries (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie), die Bereiche Forschung und Entwicklung, das Gesundheitshandwerk sowie den Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten.
- Den *Randbereichen und Nachbarbranchen* verdankt die „engere“ Gesundheitswirtschaft wesentliche Impulse durch die Verknüpfung mit den Angeboten aus anderen Bereichen des Dienstleistungssektors (Gesundheitstourismus, Wellness oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote)

Aufbauend auf dieser Definition hat sich in den vergangenen Jahren auch die Analyse zur wirtschaftlichen Bedeutung und Beschäftigungsrelevanz weiterentwickelt und vertieft. Erste Studien zur Bemessung der wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitsmarktes sowie zur zukünftigen Entwicklung wurden bereits Ende der 1990er Jahre erarbeitet (Bandemer et al. 1998; DIW 2001). Erkundende Arbeiten zur Ermittlung der quantitativen Bedeutung der regionalen Gesundheitswirtschaft wurden in Nordrhein-Westfalen (NRW) (MWMTV 1997; Schneider et al. 2000; FFG et al. 2001), in Schleswig-Holstein (dsn 2000), in Berlin (Henke et al. 2002) und in Bremen (BAW et al. 2003) auf den Weg gebracht. Zudem wurden erste quantitativ vergleichende Länder- und Regionalanalysen erstellt (Dahlbeck et al. 2004a und 2004b). Parallel zu diesen Analysen wurde durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder die Gesundheitsberichterstattung¹ weiterentwickelt, die damit dann eine wichtige Datengrundlage für die Beschreibung und Analyse der Gegebenheiten und Entwicklungstrends in der Gesundheitswirtschaft bildete und bis heute bildet.

Zur Bemessung der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft wurde vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) ein Projekt zur Erstellung eines Satellitenkontos Gesundheitswirtschaft etabliert (Henke et al. 2009). Hier wurden zum ersten Mal wichtige Eckwerte zum Aufkommen und zu der Verwendung der Gesundheitswirtschaft in Anlehnung an die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung aufgezeigt. Aufbauend darauf hat das

1 Hierbei sind insbesondere die Gesundheitspersonal- sowie die Gesundheitsausgabenrechnung zu nennen. (http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=-gast&p_aid=0&p_sprache=D)

BMWi ein weiteres Projekt zur Erstellung einer „Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung 2000-2014“ in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse der Studie liegen seit Anfang des Jahres 2016 vor (Schneider et al. 2016) und stellen einen wichtigen Baustein dar, um die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft der vergangenen Jahre nachzuzeichnen. Die folgende Tabelle zeigt ausgewählte Eckdaten aus der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung.

Tabelle 1.1 Kennzahlen der Gesundheitswirtschaft 2000/2008/2014

	Gesundheitswirtschaft			Veränderung
	2000	2008	2014*	Δ p.a (Ø) 2000-2014*
Bruttowertschöpfung in Mrd. Euro	177,1	229,1	279,1	3,3%
... <i>Anteil an Gesamtwirtschaft</i>	9,6%	10,3%	11,1%	+1,5pP
Exporte in Mrd. Euro	48,2	82,1	106,7	5,8%
... <i>Anteil an Gesamtwirtschaft</i>	7,2%	7,0%	7,4%	+0,3pP
Erwerbstätige in Mio.	4,9	5,5	6,2	1,8%
... <i>Anteil an Gesamtwirtschaft</i>	12,3%	13,5%	14,8%	+2,4 Pp

Quelle: Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung, Schneider et al. 2016, S. 38

* Das Jahr 2014 basiert teilweise auf prognostizierten Werten.

So beträgt die generierte Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft 2014 rund 279 Mrd. Euro. Der Anteil an der Gesamtwirtschaft liegt bei 11,1 %. Seit dem Jahr 2000 hat sich die Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft um 102 Mrd. Euro (57,6 %) erhöht (Schneider et al. 2016, S. 42). Dies entspricht einem jährlich durchschnittlichen Wachstum von 3,3 %. Auch das reale Wirtschaftswachstum, also die preisbereinigte Entwicklung der Gesundheitswirtschaft, ist nach Berechnungen der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung durchweg positiv und liegt im Durchschnitt bei 2,2 % und damit deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Wachstumsdurchschnitt von 1,3 %. Besonders hervorzuheben ist die geringere konjunkturelle Abhängigkeit der Gesundheitsbranche, denn auch in Phasen der Rezession hatte die Gesundheitsbranche, wie 2008/2009, nur minimale Rückgänge zu verzeichnen und wirkte damit in konjunkturellen Abschwungzeiten stabilisierend.

Die Exportwerte lagen 2014 in der Gesundheitswirtschaft bei rund 106,7 Mrd. Euro. Seit dem Jahr 2000 haben sich die Exportwerte von 48,2 Mrd. Euro in der

Gesundheitswirtschaft mehr als verdoppelt (+121 %). Der Großteil der Exporte wird durch die Medizintechnik und die Pharmaindustrie getragen. Der Anteil an der Gesamtwirtschaft lag 2014 bei 7,4 %. Dieser Wert ist im Vergleichszeitraum relativ konstant, mit der Ausnahme des Jahres 2009, als in Folge des generellen konjunkturellen Einbruchs die Exportwerte der Gesamtwirtschaft einbrachen und der Anteil der konjunkturell unabhängigeren Gesundheitswirtschaft auf 8,2 % anstieg.

Die Anzahl der Erwerbstätigen lag 2014 bei rund 6,2 Mio. Der Anteil der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft liegt mit 14,8 % oberhalb des entsprechenden Anteils der Bruttowertschöpfung von 11,1 %. Zurückzuführen ist dies auf den in den Kernbereichen hohen Anteil an personenbezogenen Dienstleistungen sowie dem dort überdurchschnittlich hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten. Seit dem Jahr 2000 hat sich die Anzahl der Erwerbstätigen um 1,3 Mio. (26,3 %) erhöht. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 1,8 %.

Mit der Weiterentwicklung des Gesundheitssatellitenkontos zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung können auch die Ausstrahleffekte der Gesundheitswirtschaft auf die Gesamtwirtschaft ermittelt werden. So generiert ein erwirtschafteter Euro in der Gesundheitswirtschaft mittels direkter, indirekter und induzierter Effekte 1,91 Euro Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft. Bezogen auf die Erwerbstätigen liegen die Multiplikatorwirkungen der direkten, indirekten und induzierten Effekte bei 1,7 und damit leicht unterhalb der wirtschaftlichen Ausstrahleffekte. Als Ursachen hierfür ist die hohe Anzahl an personenbezogenen Dienstleistungen in der Gesundheitswirtschaft zu nennen, die eine geringere Arbeitsproduktivität aufweisen als die Vorleister- und Zulieferindustrie.

Bezogen auf den Konsum von Gesundheitsgütern, als eine Größe der Verwendungsseite der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (in Anlehnung an die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung), ist zu konstatieren, dass für Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen 2014 rund 378 Mrd. Euro ausgegeben wurden. Hiervon wurden 301 Mrd. Euro im ersten und 76 Mrd. Euro im zweiten Gesundheitsmarkt konsumiert. Seit 2008 ist hier ein Wachstum von 23,3 % auszumachen. Dies entspricht einem jährlichen Plus von 3,9 %.

Die Berechnungen zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung liegen bislang nur auf Bundesebene vor. Derzeit sind die Statistischen Ämter der Länder dabei, ausgewählte Eckdaten hierfür auf Länderebene vergleichend zur Verfügung zu stellen (Dammers 2015). Bezogen auf die Beschäftigtendaten hat es hierzu in den letzten Jahren zahlreiche Forschungsstudien gegeben, sowohl auf Regionen- als auch Bundesebene.² Aufgeteilt auf die einzelnen Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft

2 Vgl. dazu beispielhaft: Schneider et al. 2016; Bogai et al. 2015; Dahlbeck und Hilbert 2008.

ergibt sich folgendes Bild: Nach der oben beschriebenen Abgrenzung arbeiteten in der Gesundheitswirtschaft 2015 6,2 Mio. Menschen, davon knapp 78 % in der ambulante und stationären Gesundheitsversorgung oder Altenhilfe, 10,4 % in Vorleistungs- und Zulieferbereichen, wie der Medizintechnik oder dem Handel mit Gesundheitsprodukten, und 2,8 % in den gesundheitsbezogenen Randbereichen.

Welche Höhe die Beschäftigungsrelevanz der Gesundheitswirtschaft für einzelne Länder mittlerweile einnimmt, wird in der folgenden Abbildung, die den Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zeigt, deutlich.

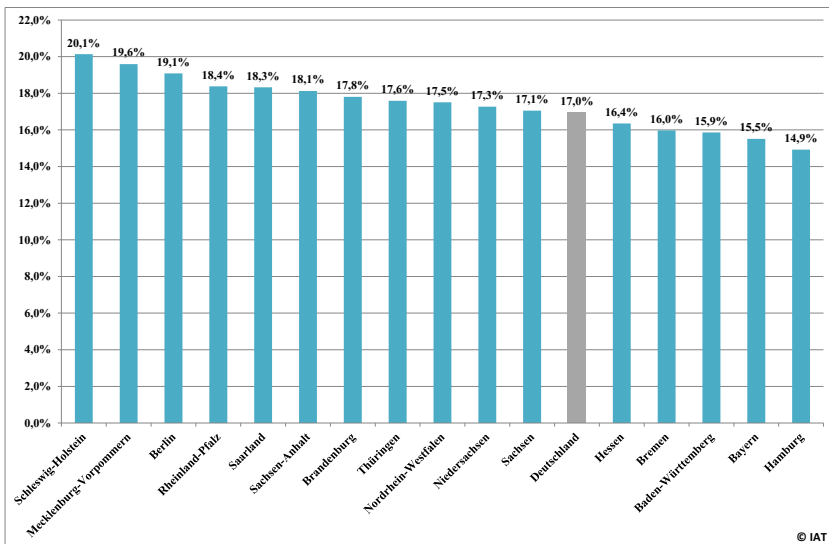


Abbildung 1.2 Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft 2015

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Berechnung: IAT

In Schleswig-Holstein arbeitet mittlerweile jeder fünfte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft, in Hamburg ist es jeder Siebte. Der bundesweite Anteil liegt bei 17 %. Deutschlandweit geht damit jedes sechste sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnis auf die Gesundheitswirtschaft zurück.

Die in den letzten Jahren fortentwickelten Datengrundlagen spiegeln deutlich die regionalwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft wider. Neben

den quantitativen Analysen zur regionalen Gesundheitswirtschaft lag ein wichtiger Fokus der anwendungsorientierten Gesundheitswirtschaftsforschung allerdings auch auf der Analyse inhaltlicher Schwerpunktbildungen sowie der damit verbundenen „Governance“-Strukturen³. Ziel war und ist es häufig, regionale Entwicklungsstrategien zu erarbeiten.

1.3 Entstehung und Entwicklung der Gesundheitsregionen

Die positiven Wachstumseffekte in der Gesundheitswirtschaft bei einer oft gleichzeitig rückläufigen Bedeutung traditioneller industrieller Branchen haben viele Regionen dazu bewogen, sich für die Weiterentwicklung der regionalen Gesundheitswirtschaft zu engagieren. Nicht zuletzt in strukturschwachen Gebieten, wie z. B. im Ruhrgebiet oder in Mecklenburg-Vorpommern, wurde die Gesundheitswirtschaft als wichtige Chance erkannt, den Strukturwandel aktiv zu gestalten. Doch nicht nur dort, sondern auch in prosperierenden Regionen haben sich Akteure zusammengefunden, um sich als Gesundheitsregion zu positionieren.

Anstoßend bei den Initiativen waren auf kommunaler oder regionaler Ebene oftmals Wirtschaftsförderer, in den Bundesländern bei den Landesregierungen zumeist die Verantwortlichen für Wirtschafts- und Strukturpolitik. Während auf kommunaler und regionaler Ebene Initiativen und Netzwerke eher durch das Engagement regionaler Akteure im Rahmen eines „Bottom-up“-Prozesses entstanden, wurde in vielen Bundesländern Gesundheitswirtschaft als Innovations- und Zukunftsfeld definiert und damit in die Struktur- und Clusterpolitik des Landes integriert. Damit einher ging ein Strategieprozess, der in vielen Fällen „top-down“ durch die jeweilige Landespolitik gesteuert wurde. Für die operative Umsetzung wurde häufig ein Clustermanagement etabliert. Die jeweiligen Cluster- oder Netzwerkmanagements werden hierbei unterschiedlich finanziert. Während sich regionale Initiativen häufig zu Vereinen zusammenschließen und die Grundfinanzierung durch Mitgliedsbeiträge stellen, erfolgt auf Landesebene die Finanzierung – zumindest für einen befristeten Anschubzeitraum – durch öffentliche Mittel. Darüber hinaus werden von vielen Netzwerken Drittmittel eingeworben, somit wird unter dem Strich eine „Mischfinanzierung“ aus privaten und öffentlichen Mitteln realisiert.

3 Worunter die Institutionen und Mechanismen zu verstehen sind, die sich um die Entwicklung, Steuerung, Regulierung und Wirkungsbeobachtung der regionalen Gesundheitswirtschaft kümmern.

Ein idealtypisches Beispiel für eine „Bottom-up“-Gesundheitsregion ist Ostwestfalen-Lippe (OWL). Hier engagieren sich bereits seit Mitte der 1990er Jahre Akteure aus der Region, um die Gesundheitswirtschaft unternehmensübergreifend strategisch weiterzuentwickeln. 1996 startete die Wirtschaftsentwicklungs- und Marketinggesellschaft der Stadt Bielefeld (WEGE) eine Veranstaltungsreihe zum Thema „Wirtschaftsfaktor Gesundheit. Chancen für den Standort Bielefeld.“ Im Rahmen der Veranstaltung sollte gemeinsam mit Expertinnen und Experten diskutiert werden, „[...],welche Innovations- und Entwicklungspotenziale für die Gesundheitswirtschaft zu erkennen sind und wie diese für die Standortentwicklung der Stadt Bielefeld genutzt werden können.“ (WEGE 1996, S. 1)

Anknüpfend an die Ergebnisse dieser Veranstaltung wurde das Institut Arbeit und Technik (IAT) beauftragt, eine Studie zur „Marktbeobachtung und Produktentwicklung: Entwicklungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Bielefeld“ zu erarbeiten. Die Studie beinhaltete sowohl die Bemessung der quantitativen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft als auch die qualitative Analyse ausgewählter Handlungsfelder und aufbauend darauf die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die Region (Bandemer et al. 1997). Eine der zentralen Empfehlungen war der Aufbau eines Kompetenzzentrums sowie die stärkere Zusammenarbeit Bielefelds mit der Region Ostwestfalen-Lippe.

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen haben sich 1999 rund 30 Akteure zusammengeschlossen und das Zentrum für Innovationen in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (ZIG OWL) gegründet. Das ZIG versteht sich als Netzwerk-Dienstleister für seine Partner und ist zentraler Ansprechpartner für die Regionalentwicklung in OWL (Borchers et al. 2009) und hat seine Arbeitsschwerpunkte in den Bereichen Vernetzung, Informations- und Wissenstransfer, Projektentwicklung sowie der Vermarktung der Gesundheitsregion OWL.⁴ Die Finanzierung der Netzwerkagentur für OWL erfolgt aus privaten wie aus öffentlichen Mitteln. Einen großen Sockel und ein langfristig stabile Basis bilden die Mitgliedsbeiträge der mittlerweile 37 Mitglieder. Zudem erhält das ZIG – wie die fünf weiteren NRW-Gesundheitsregionen (Köln/Bonn, Ruhrgebiet, Münsterland, Südwestfalen und Aachen) – in bescheidenem Maße Unterstützung im Rahmen des Clustermanagements Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen; honoriert wird damit, dass das ZIG landesweit eine Themenpatenschaft zu Fragen der „Vernetzten Versorgung“ wahrnimmt. Und last but not least gelang es dem ZIG in den letzten Jahren immer wieder, zusammen mit Partnern aus Wissenschaft und Praxis öffentlich geförderte Entwicklungs- und Erprobungsprojekte einzuwerben; ein Beispiele hierfür ist etwa das Projekt „Reha der Zukunft – Brückenschläge“, in dem

4 <http://www.zig-owl.de/ueber-uns/netzwerkagentur/>

es darum ging, neue Wege der patientenorientierten Zusammenarbeit zwischen der Akutmedizin im Ruhrgebiet und den stationären Reha-Angeboten in OWL zu entwickeln und zu erproben.

Das Profil der Region Ostwestfalen-Lippe hat sich in den vergangenen 20 Jahren weiter geschärft und baut auf den besonderen regionalen Stärken und Traditionen auf (vgl. Borchers et al. 2009):

- Mit den v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel und dem Evangelischen Johanneswerk hat Bielefeld besondere Kompetenzen in der Versorgung und Betreuung chronisch kranker und hilfebedürftiger Menschen.
- Insbesondere in den Bereichen Epilepsie (Bethel) sowie Kardiologie und Stoffwechselerkrankungen (Herz- und Diabeteszentrum in Bad Oeynhausen, welches auch Vorreiter im Bereich der Telemedizin ist), verfügt die Region über ausgewählte Spitzenmedizin.
- Eine besondere Tradition liegt in den 21 Kur- und Heilbädern. Damit stellt OWL die meisten stationären Angebote an Rehabilitation und Prävention in NRW.
- Die Region verfügt über nachhaltig gewachsene Strukturen in der Quartiersentwicklung für ein selbstbestimmtes Leben und versteht sich im Hinblick auf den Gesundheitsstandorts Haushalt als Vorreiterregion – sowohl bezogen auf den Einsatz neuester Technologien, als auch auf unterstützende niedrigschwelliger Dienstleistungen für ein längeres Leben in den eigenen vier Wänden.
- Darüber hinaus ist die Region ein wichtiger Forschungs-, Wissenschafts- und Qualifizierungsstandort. Neben der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld bietet die Fachhochschule Bielefeld eine akademische Lehrerausbildung für Pflege- und Gesundheitsberufe an. Zudem bildet die Fachhochschule der Diakonie in Bethel Fach- und Führungskräfte aus. Mit dem Europäischen Zentrum für universitäre Studien in OWL besteht in Bad Meinberg bereits seit zehn Jahren die Senioren-Universität, die ein privates, von den älteren Studierenden selbst finanziertes akademisches und durch die Universität Bielefeld zertifiziertes Bildungsangebot für interessierte Menschen ab 50 Jahren bietet.⁵
- In jüngster Zeit – etwa seit 2015 – profiliert sich die Gesamtregion OWL als ehrgeiziger Kompetenzträger einer digitalisierten Wirtschaft. In diesem Kontext engagiert sich das ZIG zunehmend als Plattform für die Entwicklung, Erprobung und Umsetzung von Gesundheits- und Versorgungslösungen, die sich auf digitalisierte Techniken stützen.

5 Die Seniorenuniversität wurde vom ZIG entwickelt und dieses erhielt dabei eine Unterstützung durch das Land NRW.

Das ZIG engagiert sich auch über die eigene Region hinaus. So hat es etwa den Beginn des Clustermanagements „Gesundheitswirtschaft NRW“ maßgeblich mitgeprägt. Zwischen 2008 und 2010 stellte das ZIG OWL das NRW-Clustermanagement und konnte seine Erfahrungen mit den anderen fünf Gesundheitsregionen in NRW austauschen (vgl. Borchers et al. 2009; Meier 2009) und weiterentwickeln.

Während die Initiative zur Gesundheitsregion in Ostwestfalen-Lippe durch die regionalen Akteure aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft getragen wurde, ist sie in anderen Regionen und Bundesländern stark von Seiten der Politik – also „top-down“ – forciert worden. So wurde in Schleswig-Holstein bereits im Jahr 2000 eine Gesundheitsinitiative durch die Landesregierung gestartet. Schleswig-Holstein war damit eines der ersten Bundesländer, das die Gesundheitswirtschaft für sich entdeckte. In den Jahren 2000-2005 widmeten sich nach und nach nahezu alle Bundesländer dem Thema Gesundheitswirtschaft. Berlin-Brandenburg, Nordrhein-Westfalen sowie Mecklenburg-Vorpommern starteten in diesem Zeitraum ihre Initiativen. Für die Entwicklung einer „Clusterstrategie“ wurden dazu in diesen Ländern Masterpläne oder Entwicklungskonzepte erarbeitet, die nicht nur die wirtschaftliche und beschäftigungspolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft hervorheben sollten, sondern den Akteuren aus Politik, Verbänden, Wirtschaft und Wissenschaft einen strategischen Handlungsrahmen bieten konnten (vgl. dazu auch Dahlbeck et al. 2012; MGSFF NRW 2004/2005; Heinze et al. 2006) Von besonderer Bedeutung war dabei, dass in nahezu allen Ländern ressortübergreifende Steuerungsgruppen – zumeist bestehend aus den für die Gesundheitswirtschaft zuständigen Ressorts Gesundheit, Wirtschaft und Wissenschaft – entstanden, die die Initiativen begleiteten. Während z. B. in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin-Brandenburg zur Umsetzung des Masterplans ein „Clustermanagement“ eingerichtet wurde, hatte NRW bis zum Jahr 2008 zunächst darauf verzichtet. Hier entstanden während dieses Zeitraums gleichwohl weitere regionale Initiativen, wie die MedEcon Ruhr im Ruhrgebiet, die HealthRegion CologneBonn in der Region Köln/Bonn, die Gesundheitsregionen Aachen, Münsterland sowie die Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen. Mittlerweile sind Gesundheit und Life Sciences oder Gesundheitswirtschaft wichtige, nicht mehr wegzudenkende Bestandteil in den jeweiligen Innovationsstrategien der Länder.

Die Strategien und Ziele von Gesundheitsregionen sind nicht immer klar definiert und beschrieben. Auch fehlt bisher eine klare und von allen geteilte Definition darüber, was eine Gesundheitsregion auszeichnet. Fachlich reicht die Schwerpunktsetzung

- von den Bereichen Prävention/Gesundheitsförderung, wie z. B. bei den Gesunde-Städte-Netzwerken,

- der besseren Vernetzung gesundheitsbezogener Akteure auf kommunaler Ebene (Niedersachsen und Bayern, vgl. Bödeker et al. in diesem Band),
- der Entwicklung und Umsetzung einer populationsorientierten sektorübergreifenden Versorgung (vgl. Hynek et al. in diesem Band),
- über die Entwicklung ausgewählter Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft (z. B. Medizintechnik in der Region Nürnberg/Erlangen),
- bis hin zu Ansätzen, welche die gesamte Breite der Gesundheitswirtschaft im Blick haben (z. B. Ruhrgebiet).

Einen ersten Überblick über die bereits Ende der 1990er Jahre zahlreich bestehenden regionalen Initiativen bieten Hilbert und Ittermann 1998, Hilbert et al. 2002 sowie Dahlbeck et al 2004a. Einen innovationsorientierten Zugang zur Systematisierung der Aktivitäten von Gesundheitsregionen bieten in diesem Band Stahlecker et al.

Nach Angaben von Dostal/Dostal (2013) gibt es derzeit 101 Gesundheitsregionen, von denen rund die Hälfte (46) auf Initiativen von öffentlichen Regional- und Wirtschaftsförderungen zurückgeht (Dostal und Dostal 2013, S. 55). Im Rahmen einer Befragung von 541 Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft wurden neun Typen von Gesundheitsregionen definiert:

- Typ 1: Profilierung als Gesundheitstouristische Destination, bei Dostal/Dostal heißt dies: Region/Stadt mit aktiver spezifischer Vernetzung mit Gesundheitstourismus (einschließlich der Landschaft) für Gäste und Wohnbevölkerung;
- Typ 2: Sicherstellung der Versorgung, ausreichender Versorgungsangebote, bei Dostal/Dostal heißt dies: Vorhandensein von Versorgungsangeboten (Daseinsvorsorge) für die Wohnbevölkerung;
- Typ 3: Profilierung als Standort für Einrichtungen und Unternehmen, bei Dostal/Dostal heißt dies: (vernetzte) Region/Stadt mit wirtschaftlicher Bedeutung der Gesundheitsbranche (einschließlich Forschung);
- Typ 4: Optimierung der Versorgung „vor Ort“, bei Dostal/Dostal heißt dies: Region/Stadt mit aktiver Vernetzung der Gesundheitsangebote (in der Regel bezogen auf den ersten Gesundheitsmarkt) für die Wohnbevölkerung;
- Typ 5: Prävention ausbauen, bei Dostal/Dostal heißt dies: Vernetzung zur Gesundheitsförderung/Prävention für die Wohnbevölkerung;
- Typ 6: Eine Plattform schaffen, bei Dostal/Dostal heißt dies: Netzwerk von Akteuren im Gesundheitswesen;
- Typ 7: Eine Kurregion profilieren, bei Dostal/Dostal heißt dies: mehrere Kurorte in einer Region/Kurort;
- Typ 8: Gemeinschaftswerbung, bei Dostal/Dostal heißt dies: Marketing- bzw. Werbebegriff (ohne erkennbare Umsetzung);

- Typ 9: Clusterpolitik auf Länderebene und auf kommunaler Ebene; bei Dostal/Dostal heißt dies: Bundesland, Bezirk, Region, Landkreis (geografisches Einzugsgebiet allgemein/Stadt, lokales Einzugsgebiet allgemein).

Dieser ambitionierte Versuch, einen strukturierten Überblick über Gesundheitsregionen zu erhalten, stellt einen wichtigen Fortschritt bei der Analyse und Systematisierung von Gesundheitsregionen dar. Gleichwohl bleibt eine Menge an Fragen übrig: So sind die aufgeführten Typen weder eindeutig definiert und klar voneinander abgrenzbar, noch bietet die dort aufgeführte Breite der Themen in allen Fällen Transparenz über angestrebte Ziele und Strategien der Regionen und Städte.

Um einen weiteren Zugang zur Systematisierung und Charakterisierung von Gesundheitsregionen zu erlangen, wird im Folgenden der Versuch unternommen, die Hauptzielsetzungen zu konkretisieren, die in Gesundheitsregionen eine Rolle spielen. Die nachfolgende Systematisierung beruht nicht auf flächendeckenden Erhebungen, sondern auf Erkenntnissen, die die Autoren dieses Beitrages in über 15 Forschungs-, Entwicklungs- und Beratungsprojekten in und mit Gesundheitsregionen sammeln konnten:

1. *Mehr Gesundheit und Lebensqualität*: Prioritär hat Gesundheitswirtschaft dafür Sorge zu tragen, die Gesundheit und die Lebensqualität der Menschen zu erhalten bzw. zu erhöhen. Im Rahmen von Gesundheitsregionen geht es darum, die Gesundheitsangebote den regionalen Bedarfen anzupassen und diese optimal auf die Bedürfnisse der Patienten hin auszurichten sowie für gesunde Lebensverhältnisse und ein gesundes Verhalten zu sorgen. Gesundheit ist demnach ein Querschnittsbereich, der immer im Zusammenhang mit weiteren sozialen Aspekten – wie Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus, Migrationshintergrund und Lebensraum – betrachtet werden muss.
2. *Stärkung der Wirtschaftsdynamik „vor Ort“*: Die zweite Zielkategorie von Gesundheitswirtschaft ist die Generierung von Wirtschafts- und Beschäftigungseffekten (in der Region). Praktisch schlägt sich diese Zielsetzung etwa
 - in Aktivitäten zur Vermarktung der Gesundheitsangebote einer Region außerhalb derselben, also v. a. im Einwerben von Gastpatienten,
 - in der Ansprache von ansiedlungswilligen Unternehmen,
 - in gesundheitswirtschaftsbezogenen Maßnahmen zur Gründungsförderung oder auch
 - in Aktivitäten zum Ausbau von einschlägigen Forschungs-, Entwicklungs- und Transfereinrichtungen nieder.
3. *Mehr Arbeitsplätze mit besseren Arbeitsbedingungen*: Ende der 1990er, Anfang der 2000-Jahre stand bei den vielen regionalen Aktivitäten zur Gesundheits-

wirtschaft im Vordergrund, Arbeitsplätze zu schaffen, um so Arbeitslosigkeit zu dämpfen. Aufgrund der veränderten Arbeitsmarktlage müssen sich viele Gesundheitseinrichtungen mittlerweile eher darum kümmern, Arbeitskräfte zu halten und neu zu gewinnen. Eine wichtige Stellschraube hierzu ist, die Arbeitsbedingungen der in einer Region ansässigen Gesundheitseinrichtungen nachhaltig zu verbessern. In einem ganzheitlichen Verständnis (vgl. z. B. Tempel und Ilmarinen 2013) geht es also um gute Arbeitsbedingungen, eine ausreichende Qualifizierung und einen passgenauen Arbeitseinsatz, eine auf die Mitarbeiter und die Patienten orientierte Arbeitsorganisation und ebensolche Arbeitsabläufe sowie um Maßnahmen und Instrumente zur direkten Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Damit entsprechende Ansätze gelingen, kann regionale Zusammenarbeit zwischen Betrieben, aber auch mit Gewerkschaften und Berufsorganisationen hilfreich sein.

Mit Schwerpunktsetzungen innerhalb dieses Zieltriangels haben sich viele Regionen in den letzten Jahren aufgestellt und Strategien für deren Umsetzung entwickelt. Eine sehr scharfe Einordnung der Regionen ist nicht einfach und außerdem auch zeitlichen Schwankungen unterworfen. Im Austausch mit zwei ausgewählten Gesundheitsregionen zeigte sich jedoch, dass die Triangel als Orientierungs- und Verortungsinstrument sehr hilfreich ist. Eine probeweise Einordnung der Mitgliedsregionen des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen durch die Autoren des vorliegenden Beitrags ergab, dass die deutliche Mehrheit der Regionen entlang der Achse „Wirtschaftsdynamik“ einerseits und „Gesundheit/Lebensqualität“ andererseits einzuordnen sind. Erkennbar wurde aber auch, dass arbeitsbezogene Fragestellungen – vor allem mit Blick auf die Arbeitsbedingungen – bei einigen Regionen eine deutliche Schwerpunktsetzung erfahren. Allerdings handelt es sich hier erst um Aktivitäten aus der jüngeren Vergangenheit.

Im Folgenden sollen vier wichtige Zukunfts- und Handlungsfelder von Gesundheitsregionen – „Neue Versorgungsformen“, „Arbeit und Qualifizierung“, „Internationalisierung“ sowie „Haushalt als Gesundheitsstandort“ – kurz dargestellt werden:

Neue Versorgungsformen: Neue Versorgungsformen wie beispielsweise integrierte Versorgungskonzepte, Disease-Management-Programme oder Hausarztmodelle zielen darauf ab, die Grenzen zwischen den verschiedenen Sektoren im Gesundheitswesen zu überwinden und somit für die Patienten eine bessere und wirksamere Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Ziel ist, eine schnittstellenarme oder -freie Versorgung sicherzustellen. Obwohl integrierte Versorgungsmodelle bereits seit dem Jahr 2000 möglich sind, sind Modelle, in denen auch die Vergütungsstrukturen grundlegend verändert wurden, also nicht mehr auf Einzelleistungen basieren, sondern an Qualität und Outcome orientiert sind, nach wie vor eine Seltenheit

(Hildebrand et al. 2009, S. 155). Ein Grund ist darin zu sehen, dass die Organisation solcher Modelle sehr komplex ist und der Abstimmung vieler Akteure bedarf, deren finanzielle Risiken jedoch sehr unterschiedlich verteilt sind. Das wohl bekannteste Beispiel für ein populationsbezogenes integriertes Versorgungssystem ist das Modellprojekt „Gesundes Kinzigtal“ (vgl. Hynek et al. in diesem Band).

Arbeit und Qualifizierung: Fragen zur Arbeit und Qualifikation spielten in den Anfangsjahren der Entstehung von Gesundheitsregionen nur eine untergeordnete Rolle. Dies hat sich allerdings geändert: spätestens seitdem breitflächig deutlich wurde, dass auf die Gesundheitswirtschaft massive Fachkräfteengpässe zukommen – und zwar sowohl bei den Ärztinnen und Ärzten als auch im Pflegebereich und in anderen Gesundheitsfachberufen.

Die Ursachen für die drohenden Engpässe werden oft im demografischen Wandel, sprich in der Alterung und Schrumpfung der Gesellschaft, gesehen. In letzter Zeit wird aber immer mehr erkannt, dass auch die Arbeitsbedingungen eine Rolle spielen. Die Arbeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist häufig schlecht organisiert, oft belastend, wird meistens schlecht bezahlt und wenig wertgeschätzt (Evans et al. 2012; Bräutigam et al. 2014). Die Folge ist, dass die Attraktivität der Arbeitsplätze im Gesundheitssektor sinkt und sich potenziell interessierte Arbeitskräfte nach Arbeitsmöglichkeiten in anderen Wirtschaftsbereichen oder im Ausland umsehen.

In einigen deutschen Gesundheitsregionen wird vor diesem Hintergrund intensiv an Strategien zur Fachkräftesicherung gearbeitet. Eine große Rolle dabei spielt der Versuch, Arbeitskräfte aus dem Ausland anzuwerben oder seit letztem Jahr (2015) gezielt Flüchtlinge, die einen Gesundheitsberuf in ihrem Herkunftsland ausgeübt haben, schnellst möglichst in den Gesundheitsarbeitsmarkt zu integrieren. In Neubrandenburg in Mecklenburg-Vorpommern wurde eine Service-Stelle, ein sogenanntes „Health and Care Office“ durch Förderungen des Landes etabliert. Flüchtlinge mit Erfahrungen in Gesundheitsberufen werden nach der Kompetenzerfassung gezielt in Greifswald oder Neubrandenburg untergebracht. Hier werden neben Sprachkursen und kulturellen Angeboten (Stadtführung, Einführung in die Bibliothek) sowie Anpassungsqualifizierungen, Besuche in Ärztehäusern und Krankenhäusern angeboten. Ziel ist eine langfristige Integration in Mecklenburg-Vorpommern. Eingebunden sind hierbei die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenhausgesellschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern.⁶

Noch weiter ausbaufähig sind Bemühungen, die Arbeitsorganisation in gesundheitsbezogenen Einrichtungen in Hinblick auf die Passgenauigkeit des Arbeits-

6 http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/911287/mecklenburg-vorpommern-integration-qualifizierten-fluechtlingen.html

einsatzes der jeweiligen Beschäftigten sowie auf einen möglichen Technikeinsatz weiter zu optimieren. Eine aktuelle empirische Studie des IAT zur Digitalisierung in der Welt der Krankenhäuser zeigt, dass hier digitale Techniken zwar sehr dicht vertreten sind und auch intensiv genutzt werden. Gleichzeitig wird aber auch klar, dass es noch massive Probleme bei der Vernetzung und Koordination der vielfältigen Einsatzfelder gibt.

Parallel zu den umrissenen Aktivitäten erfolgt ein Um- und Ausbau von Qualifizierungsangeboten (Evans et al. 2012). Besondere Aufmerksamkeit erhalten in diesem Zusammenhang neue Möglichkeiten der akademischen Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Hebammenwesen). Als Teil der Gesundheitswirtschaftsaktivitäten in NRW wurde in Bochum eine öffentliche Hochschule für Gesundheit gegründet, die insbesondere bei Studierenden auf ein überwältigendes Interesse gestoßen ist. Die Herausforderung hier wird in Zukunft sein, ausreichend Arbeitsplätze für die neu eingeführten Qualifikationen bereitzustellen.

Internationalisierung: In der Gesundheitswirtschaft findet der größte Teil der Aktivitäten auf der quartiersbezogenen, lokalen und regionalen Ebene statt. Allerdings ist bereits jetzt erkennbar, dass sich die lokale und regionale Prägung zwar nicht grundlegend ändern, aber dennoch deutlich relativieren wird. Neben dem Trend der Schwerpunktbildung ist auch mit einem Bedeutungsgewinn der internationalen Zusammenarbeit zu rechnen (Bandemer et al. 2009).

Die Gründe für Letzteres sind vielfältig; enorme Schubkraft für eine stärkere Internationalisierung kommt daher, dass in großen Ländern wie China, Brasilien, Indien, Russland, der Türkei, aber auch in Teilen des arabischen Raums und etlichen Schwellenländern ein stark wachsendes Interesse an einer besseren Medizin und Gesundheitsversorgung zu beobachten ist und nicht zuletzt deshalb auf den Ausbau der internationalen Gesundheitszusammenarbeit gesetzt wird. Bei den Aktivitäten im Bereich der Internationalisierung geht es um mehr als den Export von Waren und Gütern aus den industriellen Vorleistungsbereichen, sondern um Wissens- transfer, Forschungsverbünde sowie den Export von Gesundheitsdienstleistungen, wie in der folgenden Auflistung deutlich gemacht wird:

- den Export von pharmazeutischen und medizinischen Produkten;
- die Kooperation in der Forschung und Entwicklung, etwa bei klinischen Studien im Pharmabereich oder in der Medizintechnik;
- die Zusammenarbeit bei der Behandlung von Patienten, was auch das Einwerben von Patiententouristen beinhaltet;

- die Mitwirkung an der Entwicklung, der Finanzierung und am Bau medizinischer Infrastrukturen – etwa bei Kliniken, mobilen Gesundheitsinfrastrukturen oder bei der Medizintechnik;
- die gemeinsame Entwicklung von integrierten Versorgungsstrukturen – ausgehend von vorhandenen Erfahrungen in den jeweiligen Ländern können Systemlösungen gefunden werden, deren Module dann jeweils für die Bedarfe des interessierten Landes miteinander verknüpft werden können;
- die Zusammenarbeit bei der Qualifizierung, die von der Übernahme ausgewählter Aus- und Weiterbildung in ganz speziellen Kompetenzbereichen (etwa: Wie wird ein Hausnotrufsystem betrieben?) bis hin zu kompletten Ausbildungs- und Studiengängen reichen kann.

Gesundheitsstandort Haushalt: Fortschritte bei der Gesunderhaltung und Heilung, aber auch Verbesserungen beim Leben mit chronischen Krankheiten sowie bei der Betreuung Pflegebedürftiger lassen sich mittel- und langfristig nur erreichen, wenn beides, die Gesundheitskompetenzen wie die gesundheitsbezogenen Handlungsmöglichkeiten von Bürgern und von Patienten und denjenigen, die mit ihnen zusammenleben, erhöht werden können. Für die Realisierung der quasi weltweit geteilten Maxime „ambulant vor stationär“ ist dies eine unerlässliche Voraussetzung – gerade mit Blick auf die steigende Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen.

In Fachkreisen lassen sich unterschiedliche Ansätze zur Stärkung der Gesundheit in privaten Haushalten ausmachen (Heinze et al. 2011 oder auch Fachinger und Henke 2010). Zu nennen sind vor allem:

- finanzielle Anreize für pflegende Angehörige, Freunde oder Bekannte, etwa aus der Pflegeversicherung oder später bei den Rentenansprüchen;
- Aufbau von Infrastrukturen und Hilfsangeboten in Stadtteilen und Nachbarschaften (Quartiersmanagement);
- barrierefreie und gesundheitsgerechte Modernisierung von Wohnungen und Häusern;
- Förderung von generationsübergreifenden Wohnformen;
- Nutzung der modernen Informations- und Kommunikationsmedien (IuK), zum einen zur Patienteninformation und -begleitung, zum anderen zur Überwachung des Gesundheitszustandes („Telehealthmonitoring“) und zur Verbesserung von Notruf- und Notfallinterventionsmöglichkeiten.

Vor allem das letztgenannte Handlungsfeld – oft ist von Telemedizin, E-Health oder Ambient (oder, im neueren Sprachgebrauch: Active) Assisted Living (AAL) die Rede – stieß sowohl in der Forschungspolitik auf Bundes- und Länderebene

wie auch bei Gesundheitsregionen auf große Aufmerksamkeit und mündete in zahllosen Aktivitäten und Projekten. In Bremen etwa lag für mehrere Jahre der Hauptschwerpunkt der Bremer Wirtschaftsförderung im Handlungsfeld Gesundheit bei Gestaltungsprojekten zur Nutzung der IuK-Technologien für mehr Gesundheit daheim.

Wenngleich sich zahlreiche neue Ansätze zur Stärkung des Gesundheitsstandsorts Haushalt in Pilotprojekten bewährt haben, gibt es große Probleme, sie auch in der Breite zu realisieren, wofür eine Vielzahl an Ursachen verantwortlich ist. Hierzu zählen u. a. die mangelnde Akzeptanz seitens der Nutzerinnen und Nutzer, technische Hürden und Probleme bei der Finanzierung (für einen Überblick am Beispiel Telehealth und Telecare siehe Merkel und Enste 2015, Merkel et al. 2016). Letzteres ist insbesondere mit Blick auf Deutschland hervorzuheben. Hier zeigt sich, dass sich die zuständigen Instanzen der deutschen Gesundheitspolitik (u. a. der Bewertungsausschuss für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab) sehr schwer damit tun, telemedizinische Leistungen als erstattungsfähig anzuerkennen. Für Zurückhaltung bei der Umsetzung sorgt aber auch, dass die „Macher vor Ort“ bei der Kommunikation über Innovationsprojekte manchmal die technischen Möglichkeiten mehr in den Vordergrund stellen als den konkreten Patientennutzen. Für zukünftige Gestaltungsarbeiten tun Gesundheitsregionen sicher gut daran, E-Health, Telemedizin und AAL nicht als Selbstzweck, sondern als Mittel zur Verbesserung von Versorgungslösungen darzustellen.

1.4 Wirkungen regionaler Gesundheitswirtschaftsaktivitäten

In den letzten Jahren konnten – wie vorne aufgeführt – die hohe volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft auf die Gesamtwirtschaft ermittelt werden. Auch wurden in zahlreichen Masterplänen, Entwicklungskonzepten usw. die Aktivitäten regionalen Initiativen unterstützt und begleitet. Eine umfangreiche Evaluation über die langfristigen Aus- und Wechselwirkungen regionaler Gesundheitsnetzwerke steht jedoch noch aus. Mit der Begleitforschung zum BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft: Fortschritt durch Forschung und Innovationen“ (vgl. Stahlecker et al. in diesem Band) wurden hierzu wichtige erste Erkenntnisse geliefert. Allerdings können auch im Rahmen dieser Begleitforschung keine belastbaren Aussagen über langfristige und nachhaltige Wirkungen der Gesundheitsregionen erzielt werden. Eine Ausnahme bildet hier das „Gesunde

Kinzigtal“, bei dem von Beginn an eine langfristige Evaluation integriert wurde (vgl. Hynek et al. in diesem Band).

Gestützt auf Eindrücke aus der Zusammenarbeit mit einigen Gesundheitsregionen und unterfüttert durch einige wenige empirische Informationen wollen die Autoren dieses Beitrags dennoch einige Hypothesen zu Wirkungen wagen. Sie sind als Startpunkt für eine vertiefende Befassung gedacht und deshalb ganz explizit als erste und vorläufige Orientierungen zu betrachten.

Gesundheitsregionen haben zum Paradigmenwechsel von „Gesundheit als Belastung für die Wirtschaft“ zu „Gesundheit als Zukunftsbranche“ beigetragen. Zwar kamen die Initialimpulse hierfür aus der Wissenschaft, jedoch haben sie erst durch Aktivitäten auf der regionalen Ebene an Durchsetzungskraft gewonnen. Niedergeschlagen hat sich dies v. a. in der Struktur-, Technologie- sowie Innovationspolitik. Es gibt kein Bundesland, in dem die Gesundheitswirtschaft nicht als Kompetenzfeld, Cluster oder Zukunftsfeld definiert und in den jeweiligen Innovationsstrategien enthalten ist. Auch die Auslobung der BMBF-Zukunftswettbewerbe „Gesundheitsregionen der Zukunft“ (2009/2010) sowie „Gesundheitsregionen von morgen“ (2013/2014) – analog zu dem „Spitzencluster-Wettbewerben“ – zeigt die enorme Bedeutung der Branche für das Innovationsgeschehen in Deutschland.

Gesundheitsregionen sind eine wichtige Ressource für komplexe Innovationsprojekte. In etlichen Regionen gelangen kooperativ angelegte Erneuerungen und es wurde deutlich, dass Gesundheitsregionen eine ansonsten nicht zur Verfügung stehende Triebkraft und Plattform waren und oft auch im operativen Innovationsgeschäft eine Koordinations-, Moderations- und (formative) Evaluationsrolle wahrnahmen. Gesundheitsregionen wurden zu einer Bereicherung und Stärkung der Innovationslandschaft.

Allerdings wurde in den letzten Jahren auch deutlich, dass der Innovationskraft der Regionen Grenzen gesetzt sind. „Ins Stottern“ gerät die Innovationsarbeit von Gesundheitsregionen v. a. dann, wenn es um Umsetzungsfragen, um die Diffusion geht. Dies liegt zum einen an den häufig sehr kurzen Projektförderphasen, in denen es noch nicht gelingt, Zulassungen für die Versorgung zu erhalten oder auch ein tragfähiges Finanzierungsmodell auf den Weg zu bringen. Zum anderen liegt dies aber auch an der Akteurskonstellation der Branche selbst: So verlangsamt das Aushandeln der verschiedenen Interessenslagen im Rahmen der Selbstverwaltung die Verbreitung von Innovationen, dies gilt sowohl für die Einführung von Produktinnovationen, als auch bei der Optimierung von Prozessinnovationen (z. B. der Delegation ärztlicher Leistungen im ländlichen Raum).

In Gesundheitsregionen steckt eine große Schubkraft für die Entwicklung und Umsetzung von integrierten Versorgungsstrukturen. Die Breite dieser Kraft zeigte sich 2016 bei der Ausschreibung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bun-

desausschuss, bei der es um „Neue Versorgungsformen“ ging. Hier sind kooperativ angelegte, auf regionaler Ebene entwickelte Anträge in einem Ausmaß eingegangen, das alle Erwartungen übertraf. Das dort insgesamt beantragte Fördervolumen belief sich auf 880 Millionen Euro und überstieg die tatsächlich zur Verfügung stehende Fördersumme um ein Vielfaches.⁷

Bei Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft stoßen Gesundheitsregionen auf Interesse. In einer schriftlichen Befragung von 232 Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg, die das IAT im Rahmen der Evaluationsarbeiten des „Masterplans Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg sowie seiner Strukturen“ im Auftrag der gesundheitswirtschaftsbezogenen Ressorts der Länder Berlin und Brandenburg 2012 (Dahlbeck et al. 2012) durchgeführt hat⁸, hielten knapp 60 % der Unternehmen die in der Region laufenden Masterplanarbeiten für ihr Unternehmen für wichtig oder sogar sehr wichtig. Interessant ist, dass die Einschätzung der Masterplanarbeit und des Clustermanagements noch höher ausfällt, wenn nicht nach der Relevanz für das eigene Unternehmen, sondern nach der für die Region gefragt wird. Hier antworteten immerhin 83,6 % mit „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Und auch bei der Frage nach konkreten Wünschen an das Clustermanagement für die zukünftige Arbeit in der Gesundheitsregion wurde deutlich, dass ein hohes Interesse am Ausbau von Vernetzungsmöglichkeiten besteht; bei immerhin 40 % geht dies sogar soweit, dass sie auf konkrete Projektentwicklungen hoffen.

7 www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/647/. Sobald eine Liste der geförderten Projekte vorliegt, kann analysiert werden, ob und welche Gesundheitsregionen in diesem Kontext ihre fachlichen, organisatorischen und moderativen Kompetenzen zur Geltung bringen konnten. Und vielleicht lässt sich dann auch ausmachen, was die Bedingungen für gute Aussichten bei der Suche nach neuen Versorgungslösungen sind.

8 Die Befragung erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. Zum einen wurden 1.700 Unternehmen schriftlich postalisch angeschrieben. Zum anderen wurden noch einmal rund 1.100 Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg via Email aufgefordert, sich an der Online-Befragung zu beteiligen. Die Befragung lief im Frühjahr 2012.

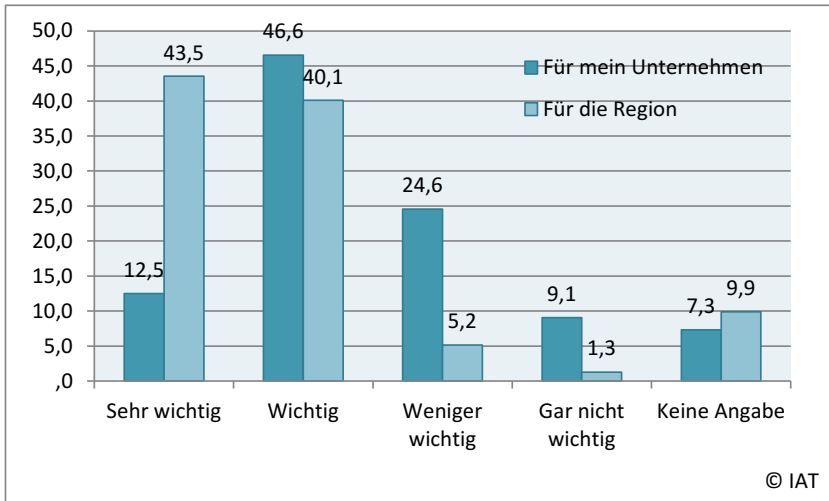


Abbildung 1.3 Relevanz eines Masterplans für das Unternehmen/Einrichtungen und die Region (n=232), Angaben in Prozent

Quelle: IAT

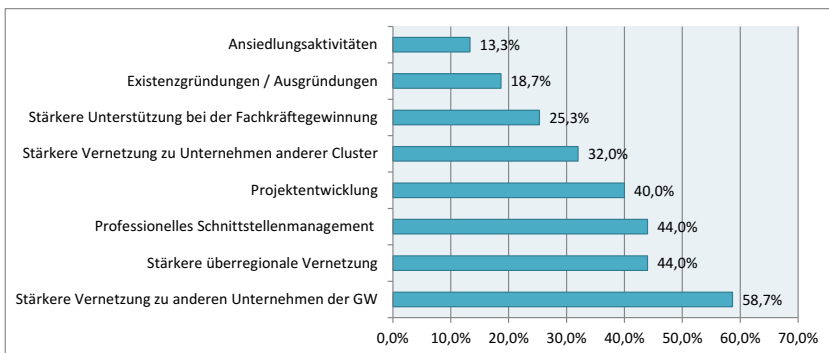


Abbildung 1.4 Wünsche an das Clustermanagement für weitere Angebote (n=75, Mehrfachantworten möglich)

Quelle: IAT

1.5 Zusammenfassung und Ausblick: Gesundheitsregionen vor dem Durchstarten?

Deutschland hat einen Paradigmenwechsel erlebt, der allerdings noch unvollendet ist. Heute wird bei der Suche nach der Zukunft der Gesundheit nicht mehr so häufig und nicht mehr so erschrocken an die Höhe wirtschaftlichen Kosten gedacht, sondern es wird verstärkt gesehen, dass Gesundheit ein Zukunftsbranche ist, die sowohl für die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen als auch für den Arbeitsmarkt sowie für wirtschaftliche Entwicklung Vorteile bringen kann. Gesundheitsregionen sind ein operatives Standbein dieses Paradigmenwechsels. Die Zukunft der Gesundheitswirtschaft braucht mehr patientenorientierte Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und Unternehmen einer versäulten Anbieterlandschaft hinweg, aber auch zwischen den Gesundheitsanbietern und dem vor- und nachgelagerten Bereich, gerade auch der gesundheitsbezogenen Forschung und Entwicklung.

Zusammenarbeit über Sektorgrenzen hinweg ist etwas, das der deutschen Gesundheitswirtschaft „traditionell“ schwerfällt. Gesundheitsregionen haben gezeigt, dass sie eine, vielleicht die wichtigste Plattform dafür sein können, die notwendige Schritte für mehr Zusammenarbeit zu initiieren, zu moderieren und zu organisieren und zur evaluieren. Sie sind so dabei, zu einem neuen Akteur der Governance im Innovationsfeld der Gesundheitswirtschaft zu werden und stoßen dabei – gerade auch in der Branche selbst – auf hohes Interesse und auf beachtliche Akzeptanz. Allerdings darf die Wirkung von Gesundheitsregionen nicht überschätzt werden. Bislang haben sie lediglich an vielen Einzelfällen gezeigt, dass mit Blick auf mehr Patientenorientierung und auf Zukunftsfähige neue Produkte und Dienstleistungen eine kooperationsbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft möglich ist; eine breitflächige Wende in diese Richtung steht noch aus.

Mit Blick in die Zukunft ist keine sichere Prognose über die Weiterentwicklung der Gesundheitsregionen möglich. Nach den Aufbruchsjahren zu Beginn des letzten Jahrzehnts kamen Jahre der harten und oft ermüdenden Arbeit an und in den Innovationsbaustellen. Dabei hat sehr geholfen, dass es immer wieder Förderprogramme seitens der Bundes- und Landespolitik gab, die den Regionen Gestaltungs- und Profilierungsmöglichkeiten boten. Hier zeigte sich, dass starke Gesundheitsregionen von einem guten Zusammenspiel mit der Politik profitieren können. Für die Zukunft wird es deshalb bedeutsam sein, mit der Politik Wege zu finden, die Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort zu stärken. Weitere Förderprogramme könnten dafür nützlich sein; auszukurdschaften wäre ferner, ob und wie Gesundheitsregionen auch bei der Regulierung der Gesundheitspolitik auf dezentraler Ebene stärker eingebunden werden könnten. Die Übergabe von Regu-

lierungsaufgaben an nicht-staatliche Akteure ist im deutschen Gesundheitswesen eine bekannte und – wenigstens im Grundsatz – bewährte Strategie. Bei neuen Aufgaben – etwa der Integration von Migranten in die Gesundheitsarbeitsmärkte – könnten im Zusammenspiel zwischen Politik und Regionen erste Schritte in eine solche Richtung gegangen werden.

Die Zukunft der Gesundheitsregionen hängt aber nicht nur von der Politik auf Bundes- und Landesebene ab, sie wird auch von den Gesundheitsregionen selbst mitgestaltet. Zum einen können sie sich weiter dadurch profilieren, dass sie ihre Innovationspotenziale und ihre konkreten Innovationsleistungen klarer zeigen, besser transparent machen. Dieses als Gemeinschaftsprozess möglichst vieler Gesundheitsregionen zu organisieren, das ist sicher eine wichtige Aufgabe der Interessenvertretungen der Gesundheitsregionen, also vor allem des Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (vgl. Hilbert et al. in diesem Band) das dabei die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren suchen kann, etwa dem „Gesunde Städte Netzwerk“ und dem Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK).

Zum anderen gibt es für Gesundheitsregionen auch vielfältige Möglichkeiten, sich im Verbund mit den eigenen Mitgliedern weiter zu stärken. Systematisiert nach analysierten Handlungsmöglichkeiten von Verbänden (vgl. Hilbert et al. in diesem Band) fängt dies an mit Aktivitäten zur wechselseitigen Selbstvergewisserung der eigenen Anliegen und zum wechselseitigen Austausch. Mit Kaminabenden und mit repräsentativen Empfängen, Veranstaltungen und sogar Kongressen haben viele Gesundheitsregionen hier oft positive Erfahrungen gemacht, die sich allerdings noch verbreitern und vertiefen lassen. Dies geht weiter mit dem Bereitstellen von exklusiven Dienstleistungen für Mitglieder, also etwa dem Transport von Kommunikationsbotschaften in Publikationen, der Eröffnung von Zugängen zu politischen Entscheidungsträgern oder zu vielversprechenden potentiellen Kooperationspartnern oder Kunden. Auch hier gibt es zahlreiche ermutigende Vorerfahrungen, die auf Aufarbeitung, Vertiefung und Verbreiterung warten. Und „last but not least“ kann auch versucht werden, die Zusammenarbeit mit Dritten weiter auszubauen und sich so zu stärken. Dass es hier in Richtung Politik gute Anknüpfungspunkte gibt, wurde bereits herausgearbeitet. Bei der Zusammenarbeit mit Bürgerinnen und Bürgern, die eine hohe Affinität zu Gesundheitsthemen haben, und mit Patientenorganisationen scheint aber noch viel Luft nach oben zu sein. Auch hier gab es allererste Mut machende Brückenschläge, jedoch noch keinen systematischen Aufbau von nachhaltigen Kooperationsstrukturen.

Sicherlich wird die Zukunft der Gesundheitswirtschaft durch ein komplexes System von Institutionen und Strukturen bestimmt. Die Entstehung und Arbeit der Gesundheitsregionen zeigt jedoch, dass es innerhalb dieses oft kaum zu überschauenden Systems durchaus Gestaltungsmöglichkeiten gibt. Insbesondere

auf der regionalen Ebene, bei der Suche nach den überfälligen Brückenschlägen zwischen den verschiedenen Säulen des Gesundheitswesens sowie nach besserer Zusammenarbeit bei den mehr und mehr geforderten komplexen Innovationen ergab und ergibt sich hier ein „Window of Opportunity“. Ob es zu nachhaltigen und messbaren Veränderungen bei der Verbesserung der Gesundheit kommt, kann durch die Arbeit von Gesundheitsregionen beeinflusst werden und ist am Ende der „Lackmustest“ für ihre Zukunftsfähigkeit.

Literatur

- Bandemer, S. v., Hartmann, A., Hilbert, J., & Langer, D. (1997). *Marktbeobachtung und Produktentwicklung: Entwicklungspotentiale der Gesundheitswirtschaft in Bielefeld, Geschäftsbereich 2, Wirtschaftsfaktor Gesundheit*. Bielefeld: WEGE.
- Bandemer, S. v., Hilbert, J., & Schulz, E. (1998). Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales? Szenarien und Ansatzpunkte der Beschäftigungsentwicklung bei gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten. In G. Bosch (Hrsg.), *Zukunft der Erwerbsarbeit: Strategien für Arbeit und Umwelt* (S. 412-435). Frankfurt: Campus-Verlag.
- Bandemer, S. v., Breipohl, W., & Mavis-Richter, C. (2009). Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft. In A. J. W. Goldschmidt & J. Hilbert, J. (Hrsg.), *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche* (S. 858-888). Wegscheid: Wikom.
- BAW Institut für Wirtschaftsförderung/NIW Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung/Basys (2003). *Die regionalwirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen*. Studie im Auftrag des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremens.
- Bogai, D., Thiele, G., & Wiethöfer, D. (2015). *Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsmotor*. IAB-Bibliothek, 355, Nürnberg. Bielefeld: Bertelsmann-Verlag.
- Borchers, U., Iseringhausen, O., Meier, B., & Wolters, P. (2009). Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe. Strukturen und Strategien für eine innovative Regionalentwicklung. In A. J. W. Goldschmidt & J. Hilbert, J. (Hrsg.), *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche* (S. 584-596). Wegscheid: Wikom.
- Bräutigam, C., Evans, M., Hilbert, J., & Öz, F. (2014). *Arbeitsreport Krankenhaus: eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Arbeit und Soziales: Arbeitspapier, Nr. 306.
- Dahlbeck, E., Hilbert, J., & Potratz, W. (2004a). Gesundheitswirtschaftsregionen im Vergleich. In *Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2003/2004* (S. 82-102). Gelsenkirchen.
- Dahlbeck, E., Fretschnner, R., Hilbert, J., & Potratz, W. (2004b). *Gesundheitswirtschaft in Dortmund: Bestandsaufnahme und Perspektiven*; Expertise im Auftrag der Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung Dortmund. Manuskript. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik.
- Dahlbeck, E., & Hilbert, J. (2008). *Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich*. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 06/2008.

- Dahlbeck, E., Dörpinghaus, S., & Hilbert, J. (2012). *Evaluation des Masterplans „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ sowie der Strukturen zur Umsetzung des Masterplans, Gutachten und Materialband im Auftrag der für die Gesundheitswirtschaft zuständigen Ressorts der Länder Berlin und Brandenburg*. Gelsenkirchen: IAT.
- Dammers, D. (2015). Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen 2008-2013. In *Statistisches Monatsheft Rheinland-Pfalz* 11/2015, S. 1039-1047.
- DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2001). *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union*. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.
- Dostal, A., & Dostal, G. (2013). *Gesundheitsregionen und -städte in Deutschland. Befragung von Entscheidern des Gesundheitsmarktes im Spannungsdreieck von Daseinsvorsorge, Gesundheitstourismus, und Wirtschaftsförderung*. Vilsbiburg.
- dsn Projekte 2000: Die Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holstein. Potenziale und Chancen aus wirtschaftspolitischer Sicht. Expertise für das Ministerium für Wirtschaft, Technologie, und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein, Kiel.
- Evans, M., Hilbert, J., Kluska, D., & Öz, F. (2012). Scheitert die Zukunft der Gesundheit an der Arbeit? Empirische Befunde zur Bewertung des Arbeitsalltags in den Gesundheitsberufen und ihre Bedeutung für die Arbeitsgestaltung. In J. Bovelet & A. Holzgreve (Hrsg.), *Klinik – Struktur – Versorgung* (S. 63-81). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Fachinger, U., & Henke, K.-D. (Hrsg.) (2010). *Der private Haushalt als Gesundheitsstandort: Theoretische und empirische Analysen*. Baden-Baden: Nomos.
- FFG – Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./ IAT-Institut Arbeit und Technik/ MHH – Medizinische Hochschule Hannover (2001). *Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt NRW*. Studie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Goldschmidt, A. J. W., & Hilbert, J. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche*. Wegscheid: Wikom.
- Heinze, R., Hilbert, J., Dahlbeck, E., Potratz, W., & Helmer-Denzel, A. (2006). *Masterplan: Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2010*. Bochum / Gelsenkirchen: In WIS / Inst. Arbeit und Technik.
- Heinze, R. G., Naegele, G., & Schneiders, K. (2011). *Wirtschaftliche Potentiale des Alters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Henke, K.-D., Mackenthun, B., & Schreyögg, J. (2002). *Gesundheitsmarkt Berlin. Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung*. Eine Untersuchung im Auftrag der IHK Berlin.
- Henke, K.-D., Neumann, K., & Schneider, M. (2009). *Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland*. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Kurzfassung des Abschlussberichts, 16. November 2009. Berlin: BMWi.
- Hilbert, J., & Ittermann, P. (1998). *Innovationsbranche Gesundheit und Soziales. Kommunale und regionale Ansätze für mehr Wachstum und Beschäftigung*. Bericht gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung.
- Hilbert, J., Fretschner, R., & Dülberg, A. (2002). *Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Gesundheitswirtschaft*. IAT-Dokument, Gelsenkirchen.

- Hildebrand, H., Richer-Reichhelm, M., Trojan, A., Glaeske, G., & Hesselmann, H. (2009). Die hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf von Systemlösungen. In *Sozialer Fortschritt*, 58 (7), S. 154-160.
- Meier, B. (2009). Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen – Strukturen und Innovationen durch Clustermanagement fördern. In A. J. W. Goldschmidt & J. Hilbert (Hrsg.), *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche* (S. 566-583). Wegscheid: Wikom.
- Merkel, S., & Enste, P. (2015). Barriers to the diffusion of telecare and telehealth in the EU: a literature review. In *Institution of Engineering and Technology: IET International Conference on Technologies for Active and Assisted Living (TechAAL)*, London, 5 Nov. 2015: conference proceedings (S. 6 ff.).
- Merkel, S., Enste, P., Hilbert, J., Chen, K., Chan, A. H.-S., & Kwon, S. (2016). Technology acceptance and aging. In S. Kwon (ed.), *Gerontechnology: research, practice, and principles in the field of technology and aging* (chapter 16, S. 335-349). New York: Springer.
- MGSFF – Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2005) (Hrsg.). *Masterplan Gesundheitswirtschaft 2.0. Düsseldorf*.
- MGSFF – Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2004) (Hrsg.). *Masterplan Gesundheitswirtschaft 1.0. Düsseldorf*.
- MWMTV – Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand, Technologie und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen (1997). *Health Care aus Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf*.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (1996). *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Baden-Baden.
- Schneider, M., Ostwald, D.A., Karmann, A., Henke, K.-D., & Braeseke, G. et al. (2016). *Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2000-2014*. Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Schneider, M., Hofmann, U., & Biene-Dietrich, P. (2000). *Gesundheitsökonomische Basisdaten für Nordrhein-Westfalen*. Gutachten für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Tempel, J., & Ilmarinen J. (2013). *Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen*. VSA-Verlag, Hamburg.
- WEGE – Wirtschaftsentwicklungs- und Marketinggesellschaft der Stadt Bielefeld (1996). „*Wirtschaftsfaktor Gesundheit. Chancen für den Standort Bielefeld*. Dokumentation zur Veranstaltung am 25.10.1996, Bielefeld.

Kontakt

Elke Dahlbeck, Institut Arbeit und Technik, Munscheidstr. 14,
45886 Gelsenkirchen
Email: dahlbeck@iat.eu

Josef Hilbert, Institut Arbeit und Technik, Munscheidstr. 14,
45886 Gelsenkirchen
Email: hilbert@iat.eu



<http://www.springer.com/978-3-658-06625-3>

Gesundheitswirtschaft als Motor der
Regionalentwicklung

Dahlbeck, E.; Hilbert, J. (Hrsg.)

2017, X, 272 S. 24 Abb., 18 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-06625-3