

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheit

Diplomarbeit

Analyse gesundheitswirtschaftlicher Potenziale am Beispiel der „Gesundheitsregion Weserbergland^{plus}“

Tag der Abgabe: 08. Juli 2009

Vorgelegt von: Yvonne Michelsen



Betreuender Prüfer: Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp (HAW Hamburg)

Zweite Prüferin: Prof. Christiane Deneke (HAW Hamburg)

Zusammenfassung

Aktuell wird auf Bundes- und Länderebene sowie im Regionalmanagement verschiedener Landkreise intensiv über regionale Gesundheitswirtschaft diskutiert. Unter anderem geht es um die Entwicklung und Implementierung innovativer Versorgungskonzepte auf regionaler Ebene. Ferner geht es für viele Regionen um die Einwerbung von Fördermitteln zu diversen Zwecken. Diese Vorhaben werden vor allem unter dem allgemeinen Begriff „Gesundheitsregion“ geplant und umgesetzt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema auf einer regionalen Ebene. Es wird aufgezeigt, was gesundheitswirtschaftliche Potenziale einer (Gesundheits-)Region sein können und wie sie darstellbar sind.

Die in der Theorie angenommenen gesundheitswirtschaftlichen Potenzialfaktoren werden im regionalen Kontext am Beispiel der Gesundheitsregion Weserberglande^{plus} untersucht. Es handelt sich um eine Region, die im Zuge eines kooperativen, regionalen Entwicklungsvorhabens das Ziel beschreibt, Gesundheitsregion zu sein. Die regionale Analyse beschränkt sich dabei auf eine Auswahl von gesundheitswirtschaftlichen Bereichen. Da es in der Literatur keinen Konsens über festgeschriebene gesundheitswirtschaftliche Potenziale gibt, erfolgten parallel zur Standortanalyse leitfadengestützte Expertengespräche. Die nach inhaltsanalytischen Verfahren ausgewerteten Interviews geben die Annahmen über gesundheitswirtschaftliche Potenziale auf einer Mesoebene wieder.

Im Ergebnis zeigen sich die Mehrdimensionalität des Themas Gesundheitswirtschaft und die unterschiedliche Betrachtungsweise von dem, was als gesundheitswirtschaftliches Potenzial beschrieben wird. Verdeutlicht wird u.a., dass Kooperationen und Vernetzungen auf verschiedenen Ebenen und zwischen verschiedenen Bereichen zur Potenzialentwicklung maßgeblich beitragen.

Schlüsselwörter: Gesundheitsregion, Gesundheitswirtschaft, Potenzial-Analyse, Regionalmanagement

Abstract

Currently there is an intensive discussion about health economic on a regional level in Federal Government and federal state authorities as well as in regional administrative districts. One point is the development and implementation of innovative supply concepts on regional level. Another is the procurement of appropriation for diverse purposes. These projects are mainly planned and transposed under the term “*Health Region*”.

This paper deals with the topic on a regional level. It is shown which health economical potentials can be found in region and how they are presentable.

The in theory presented health economical potentials is examined in the ‘health region’ “*Weserbergland^{plus}*”. In course of a cooperative and regional development project, this region aims to be health region. The analysis concentrates on an election of different health economic sectors.

Consistent health economical potentials are not recorded in literature. Therefore expert interviews, based on methods of qualitative research, were conducted additionally to the location study. The interviews were content-analytically evaluated and offer assumptions about the health economical potential on a meso level.

In conclusion the multi dimension of the topic health economic and the different approaches are shown, inter alia that cooperation and networking on different levels and between different divisions is important. These aspects contribute to the development of potential.

Key words: health region, health economic, potential-analyses, regional management

Inhaltsverzeichnis

I	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
II	TABELLENVERZEICHNIS.....	V
1	EINLEITUNG & HINTERGRUND.....	1
1.1	GESUNDHEITSWIRTSCHAFT ALS THEMA DER REGIONALENTWICKLUNG	1
1.2	HINTERGRUND ZUR REGIONALEN ENTWICKLUNGSKOOPERATION WESERBERGLAND ^{PLUS} ...	2
2	DIE POTENZIAL-ANALYSE UNTER DEM ASPEKT DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT	4
2.1	DEFINITION: POTENZIAL-ANALYSE	4
2.2	POTENZIAL-ANALYSE ALS INSTRUMENT DER REGIONALENTWICKLUNG	4
2.3	PERSPEKTIVWECHSEL VOM GESUNDHEITSWESEN ZUR GESUNDHEITSWIRTSCHAFT	5
2.3.1	Der Begriff des ‚erweiterten‘ Gesundheitssystems	5
2.3.2	Aspekte des wirtschaftlichen Handelns	6
2.3.3	Veränderungen in den (privaten) Gesundheitsausgaben.....	7
2.4	WERTSCHÖPFUNG IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT	9
2.4.1	Wertschöpfung durch Vernetzungen von Wettbewerbern.....	12
2.4.2	Mehrwert durch sektorenübergreifende Leistungsintegration	13
2.5	GESUNDHEITSREGIONEN IM KONZEPTIONELLEN WANDEL	14
2.5.1	Ziele und Potenziale aktuell geförderter Gesundheitsregionen	15
2.5.2	Besonderer Stellenwert ländlicher (Gesundheits-)Regionen	16
2.6	SCHLUSSFOLGERUNGEN AUS DEM ZWEITEN KAPITEL.....	17
3	DIE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IM WESERBERGLAND^{PLUS}	18
3.1	METHODIK ZUR POTENZIALDATENERFASSUNG	18
3.2	REGIONALE STRUKTUREN DER LANDKREISE	19
3.3	DEMOGRAPHISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE MERKMALE DER REGION	20
3.3.1	Ausbildungsbereiche in der Gesundheitswirtschaft.....	21
3.3.2	Qualifizierung im Weserbergland ^{plus}	23
3.3.3	Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung.....	23
3.4	REGIONALE WERTSCHÖPFUNGSMERKMALE.....	24
3.4.1	Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft.....	27
3.4.1.1	<i>Ambulante Versorgungsbereiche</i>	27
3.4.1.2	<i>Stationäre Versorgungsbereiche</i>	29

3.4.1.2.a Krankenhäuser	31
3.4.1.2.b Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen	37
3.4.2 Vorleister- und Zulieferindustrie im Weserbergland ^{plus}	40
3.4.3 Randbereiche und Dienstleistungen mit gesundheitswirtschaftlichem Bezug	43
3.5 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER REGION WESERBERGLAND ^{PLUS}	46
4 ANALYSE GESUNDHEITSWIRTSCHAFTLICHER POTENZIALE ANHAND SYSTEMATISCHER EXPERTENINTERVIEWS	49
4.1 INTENTION DER INTERVIEWS UND METHODISCHES VORGEHEN	49
4.1.1 Auswahl der Experten	49
4.1.2 Vorbereitung und Durchführung der Interviews	50
4.1.3 Auswertungsmethode	50
4.2 ERGEBNISSE	51
4.2.1 Gesundheitswirtschaft aus Sicht der Experten	51
4.2.1.1 Akteure	51
4.2.1.2 Gesundheitswirtschaft	52
4.2.1.3 Kritik	53
4.2.1.4 Perspektivwechsel	54
4.2.2 Bedeutung einzelner Aspekte von Gesundheitswirtschaft	54
4.2.2.1 Kooperation und Vernetzung	54
4.2.2.2 Qualität und Wirtschaftlichkeit	56
4.2.2.3 Spezialleistungen	57
4.2.2.4 Internationalisierung	57
4.2.3 Gesundheitswirtschaftliche Potenziale in Bezug zur Gesundheitsregion	58
4.2.3.1 Regionale Gesundheitswirtschaftsaspekte	58
4.2.3.2 Gesundheitswirtschaft und Metropolen	59
4.2.3.3 Gesundheitswirtschaft im ländlichen Raum	60
4.2.3.4 Einfluss der (Regional-)Politik	61
5 ABSCHLIEBENDE BETRACHTUNG DER ARBEITSERGEBNISSE	62
5.1 DISKUSSION DER INTERVIEWERGEBNISSE	62
5.2 FAZIT UND EMPFEHLUNGEN ZUM WESERBERGLAND ^{PLUS}	66
6 LITERATUR & SONSTIGE QUELLEN	69
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	75
ANHANGSVERZEICHNIS	76

I Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft.....	10
Abbildung 2: Das Weserbergland ^{plus}	19
Abbildung 3: Berufsschulen im Gesundheitswesen im Weserbergland ^{plus}	21
Abbildung 4: Ausbildungsbetriebe im Weserbergland ^{plus}	22
Abbildung 5: Beschäftigte im Apotheken 2008.....	29
Abbildung 6: Anteil an der Gesamtversorgung durch die Fachgebiete des stationären Krankenhaussektors im Weserbergland.....	33
Abbildung 7: Bettenanteil der Fachgebiete in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen des Weserberglandes.....	38
Abbildung 8: Betriebe im Gesundheitshandwerk 2008.....	41

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgaben nach Leistungsbereichen.....	9
Tabelle 2: Gesundheitswirtschaftliche Bruttowertschöpfung Erwerbstätiger im Weserbergland.....	25
Tabelle 3: Zahnärzte im Weserbergland ^{plus}	29
Tabelle 4: Merkmale Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen.....	30
Tabelle 5: Umsatz im Randbereich der Gesundheitswirtschaft 2006.....	43

1 Einleitung & Hintergrund

1.1 Gesundheitswirtschaft als Thema der Regionalentwicklung

Strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen nehmen auf verschiedene Bereiche der regionalen Gesundheitsversorgung sowie auf die regionalen Wirtschaftsstrukturen Einfluss. Regionen müssen sich auf zeitkonforme - unter Berücksichtigung, dass das Gesundheitswesen als Wirtschaftszweig gesehen wird auch ‚marktkonforme‘ - Versorgungslösungen einstellen. Sie sind gewissermaßen gezwungen sich mit den Entwicklungen des Gesundheitswesens zu bewegen (vgl. CLAUSSEN 2005: 266).

HEINY und KLIPSTEIN von der Financial Times schrieben hierzu bereits 2006: *„Mit Fördergeldern, Masterplänen und [...] Projektbüros versuchen die Regionen, Cluster zu bilden. Es geht dabei nicht nur um Gesundheit, es geht um Standortpolitik.“* (URL: Financial Times, 2009, zitiert nach HEINY & KLIPSTEIN 2006: FDT-Poster).

Es scheint beinahe, als ob sich einzelne Regionen und Bundesländer im aktuellen Diskurs um das Thema ‚Gesundheitswirtschaft‘ zwangsläufig als Region mit gesundheitswirtschaftlichen Potenzialen definieren müssen. Möglicherweise ist es eine Methode als regionaler Wirtschaftspartner ernst genommen zu werden. Faktum ist, dass das Thema ‚Gesundheit‘ von Bedeutung für die Regionalplanung bzw. -entwicklung, die Wirtschaftsförderung und den Erhalt von Arbeitsplätzen ist. Die Onlineausgabe der Financial Times führt unter der Überschrift *„Gesundheitsregionen auf einen Blick“* (URL: Financial Times, 2009) eine eigene Rubrik über die ‚Gesundheitsregionen‘ in Deutschland. Die Regionen stützen sich auf eine kontextbezogene Analyse der Standortdaten aus der regionalen Gesundheitswirtschaft und entwickeln aus ihren Möglichkeiten Versorgungskonzepte und Marketingstrategien (vgl. ebenda; FDT-Poster). Bislang erscheint in der Literatur dennoch kein einheitlicher Konsens darüber, welches Vorgehen zur Erstellung einer gesundheitswirtschaftlichen Potenzial-Analyse notwendig ist bzw. was als gesundheitswirtschaftliches Potenzial Gültigkeit besitzt.

Entsprechend lautet die Fragestellung dieser Diplomarbeit: *„Was sind gesundheitswirtschaftliche Potenziale und wie können sie im regionalen Kontext erfasst und interpretiert werden?“*

Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist es, anhand der Region Weserbergland^{plus} beispielhaft aufzuzeigen, was gesundheitswirtschaftliche Potenziale der regionalen Gesundheitsbereiche sein können bzw. wie sie sich darstellen.

Die Zielsetzungen einer Region unter dem Titel ‚Gesundheits(wirtschafts)region‘ weisen viele Facetten auf. Auf der einen Seite steht die Bevölkerung, die von gesundheitsförderlichen Regionen als Ort des Lebens und Wohnens profitieren sollte. Andererseits könnten Patienten mit einer

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit ausschließlich die männliche Form verwendet, wenn Personengruppen gemeint sind. Die Benutzung der männlichen Form ist als wertneutral anzusehen und impliziert gleichzeitig die weibliche Form.

gut aufgestellten regionalen Gesundheitsversorgung effizient behandelt werden, auch in weniger gut besiedelten Gebieten. Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit durch Vernetzung und sektorenübergreifende Leistungsintegration der Gesundheitsinstitutionen sind dabei ein wichtiges Thema. Sie dienen nicht allein einer lückenlosen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Gesundheitswirtschaftliche Netzwerke bzw. sogenannte Cluster dienen ebenfalls der regionalen Wirtschaftsförderung. Die Gesundheitswirtschaft wird somit zu einem bedeutenden Instrument regionalpolitischer Prozesse¹.

Die hier vorliegende Arbeit ist in fünf Abschnitte gegliedert.

Einleitend befasst sich die Arbeit mit der Beschreibung der Regionalen Entwicklungskooperation Weserbergland, aus deren Zusammenarbeit im späteren Zeitverlauf das Ziel entstand zu einer Gesundheitsregion Weserbergland^{plus} zu werden. Zum vertiefenden Verständnis werden im zweiten Abschnitt die Themen Potenzial-Analyse, Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsregion erläutert.

Der dritte Abschnitt befasst sich mit der Analyse der gewählten Beispielregion. Zum methodischen Vorgehen bei der Erstellung der Standortsanalyse orientiert sich die Verfasserin an Arbeiten anderer wissenschaftlicher Autoren, die zum Thema Gesundheitsregion und Gesundheitswirtschaft angefertigt wurden. Besonderes erwähnt werden müssen in diesem Zusammenhang die Autoren bzw. Herausgeber entsprechender Literatur RÜTTEN, GLAHN, HILBERT und das Niedersächsische Institut für Wirtschaftsforschung (NIW). Die Region Weserbergland wurde anhand von Sekundärdaten beschrieben und untersucht.

Der vierte Abschnitt beinhaltet die Methodik und Ergebnisse der parallel geführten Experteninterviews. Sie sollen eine Einschätzung der Experten zur Stellung der Gesundheitswirtschaft im regionalen Kontext abbilden. Hieraus werden sich die gesundheitswirtschaftlichen Potenziale auf einer Mesoebene ableiten. Mittels anerkannter Auswertungsmethoden aus der qualitativen Sozialforschung, basierend auf den inhaltsanalytischen Verfahren von MAYRING, wurden die Interviews ausgewertet.

Die Diskussion der Ergebnisse dieser Gespräche, mit dem Versuch einer Einschätzung über das, was als gesundheitswirtschaftliches Potenzial beschrieben werden kann, wird im fünften Abschnitt thematisiert. Abschließend sollen die gewonnen Erkenntnisse auf die Gesundheitsregion Weserbergland^{plus} übertragen werden und zu Handlungsempfehlungen führen.

¹ Die erfolgreiche Vermarktung von Regionen, unabhängig vom Projektziel der Regionalentwicklung, ist umso wichtiger je ärmer eine Region ist. Als ein Ziel steht die Einwerbung von Fördermitteln im Vordergrund (vgl. Thiede 2009: 23).

1.2 Hintergrund zur Regionalen Entwicklungskooperation Weserbergland^{plus}

Die Regionale Entwicklungskooperation² Weserbergland bestand zum Gründungszeitpunkt 1999 aus drei Landkreisen. Hierzu zählten *Hameln-Pyrmont*, *Schaumburg* und *Holzminden*. Begründet wurde die Kooperationsvereinbarung von Seiten der Kooperationspartner mit einem stärker werdenden Wettbewerbsdruck, ausgelöst durch die zunehmend dominantere Entwicklung der Nachbarkreise *Region Hannover*, *Braunschweig* und *Göttingen*³. Keiner der drei Kreise hatte zuvor in vergleichbarer Form zusammengearbeitet, so dass das Projekt REK-Weserbergland einen Pilotcharakter besaß (vgl. Geschäftsstelle REK Weserbergland 2001: 13).

Im ersten Entwicklungskonzept, aus dem Jahr 2001, war das Thema ‚Gesundheitswesen‘ bereits eines von drei „*Themenkorridore*“ (ebenda: 9). Besonderes erwähnt wurden die Bereiche ‚medical Wellness‘⁴, Gesundheitsförderung und Prävention. Die gesundheitspezifischen Angebote sollten regionstypisch sowie identitätsfördernd sein (vgl. ebenda).

Im Jahr 2006 schloss sich der Landkreis *Nienburg (Weser)* der REK an. Diese Veränderung hatte eine Aktualisierung des Entwicklungskonzeptes und eine Namensänderung zur Folge. Aus der REK-Weserbergland wurde die ‚REK-Weserbergland^{plus}‘⁵. Im Fortschreibungskonzept für den Entwicklungszeitraum von 2007 bis 2013 wird u.a. thematisiert, dass bislang viele regionale Potenziale nicht wie geplant genutzt wurden. Als Begründung wurde die allgemein schlechte regionale Wirtschaftslage herangezogen, verbunden mit einem steigenden Kostendruck auf die öffentlichen Träger der REK (vgl. Lenkungsgruppe REK Weserbergland plus 2007: 6).

Die Konsequenz einer eher negativen Bilanz war eine „*Straffung der Handlungsfelder*“ (Lenkungsgruppe REK Weserbergland plus 2007: 9). Als Ergebnis sieht die REK aktuell folgende Zielvisionen für den kooperativen Entwicklungsprozess der Regionen vor:

Die Profilierung des REK-Gebiets als

- *Gesundheitsregion*“ und
- „*Energierregion*“ sowie

² Zur vereinfachten Darstellung wird der Name „Regionale Entwicklungskooperation“ im Folgenden mit den offiziellen Abkürzungen *REK* oder *REK-Weserbergland* bezeichnet.

³ Zusätzlich gefördert wurde der Zusammenschluss durch eine 2001 neu entstandene Strukturierung auf Regionalebene. Sie führte zu einer Ablösung der bis dahin gültigen Zuteilungen von Regionen zu Regierungsbezirken. Damit verbunden war eine veränderte Vergabe von regionalen Fördergeldern, zu deren Vorteilsträgern u.a. die oben genannten Landkreise gehörten (vgl. Geschäftsstelle REK Weserbergland 2001: 13).

⁴ In einer gemeinsamen Erklärung beziehen sich die Verbände und Vertreter der Kur- und Badeorte, der Wellness und Prävention auf den Begriff ‚Wellness‘. Sie definieren Wellness als ‚Medical Wellness‘ und ordnen ihr sieben Kernanforderungen zu. Um ‚Medical Wellness‘ im Sinne der oben genannten Verbände zu praktizieren, müssen die folgenden Anforderungen erfüllt sein: (1) ärztliche Leitung, (2) ärztliche Verfügbarkeit, (3) Qualifikation der Mitarbeiter, (4) Integrative Konzepte, (5) auf Nachhaltigkeit zielende Angebote, (6) hohe Einrichtungs- und Ausstattungsqualität und (7) ein dokumentiertes Qualitätsmanagement. (vgl. Deutsche Heilbäderverband e.V. 2008: 1)

⁵ Das ‚plus‘ dient als Zusatz für den neu hinzugekommenen Landkreis Nienburg (Weser). Alle vier Landkreise sind sowohl strukturell als auch politisch sehr unterschiedliche (vgl. URL: Landkreise Hameln-Pyrmont, Holzminden, Schaumburg, Nienburg (Weser), 2009)

- den Erhalt und die „Sicherung der ländlichen Strukturen“
(Lenkungsgruppe REK Weserbergland^{plus} 2007: 10)

Für die konzeptionelle Ausarbeitung der drei Zielvisionen wurden wieder spezifische Arbeitsgruppen tätig. In der Auftaktveranstaltung für die Gesundheitsregion im Juni 2008 stand die Reflektion der bisherigen Schritte im Mittelpunkt. Resultat des Treffens war ein Konsens zum weiteren strategischen Vorgehen und die Verabschiedung eines Zeitrasters zur Erstellung eines ‚Masterplans‘. In themenspezifischen Workshops diskutierten die Teilnehmer Ideen und Inhalte zu den Bereichen Ernährung, Bewegung und Arbeitsplatz im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung. Als Querschnittsthema wurden der Gesundheitstourismus behandelt sowie eine damit verbundene gesundheitswirtschaftliche Potenzial-Analyse bzw. das Erstellen eines Gesundheitswirtschaftsclusters besprochen. Nach inhaltlicher Auswertung der Workshops entstand ein charakteristisches Bild von der Gesundheitsregion Weserbergland^{plus} (siehe Anhang I), das mit den Vorstellungen und Wünschen der Teilnehmer abgeglichen wurde.

Ferner wurden 2008 die ersten richtungweisenden, förderstrategischen Schritte im Bereich ‚gesunde Arbeitsplätze‘ eingeleitet. Die Wünsche und Vorstellungen zum Thema ‚gesunde Arbeitsplätze‘ bilden neben anderen Themen das Grundgerüst für einen ‚Masterplan Gesundheitsregion Weserbergland^{plus}‘. Dieser Masterplan dient gleichzeitig als Förderantrag, der auf eine finanzielle Unterstützung durch das Land Niedersachsen abzielt. Der Antrag wurde für ein ‚Regionalbudget⁶‘ bei der N-Bank Hannover eingereicht. In dem Antrag⁷ wurden die Themenbereiche ‚Betriebliches Gesundheitsmanagement‘, ‚Gesundheitswirtschaft‘ im Sinne eines regionalen Verbundes von Unternehmen aus der Vorleister- und Zuliefer-Industrie, ‚Gesundheitstourismus‘ sowie ‚Gesundheitsförderung der Bevölkerung durch Ernährung und Bewegung‘ unter dem Dach Gesundheitsregion zusammengefasst. Inhaltlich stellt der Antrag einen Ablaufplan für die nächsten Projektschritte in der Region Weserbergland^{plus} dar.

Es gab bis zu diesem Zeitpunkt kein Konzept für eine Gesundheitsregion, das die gesundheitsrelevanten Trends und Entwicklungsmöglichkeiten für die Region entsprechend bündelt und im Sinne einer gesundheitswirtschaftlichen Potenzial-Analyse oder Machbarkeitsstudie darstellt.

⁶ Das Regionalbudget ist ein Förderansatz für die regionale Wirtschaftspolitik in ‚Gemeinschaftsaufgabe‘ von Bund und Ländern zur ‚Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur‘ (GRW). Das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr und die N-Bank Hannover (niedersächsische Förderbank) geben die entsprechenden Förderinformationen für die Regionen im Raum Niedersachsen weiter und beraten diese bezüglich diverser Antragstellungen. Die Antragstellung für entsprechende regionale Projekte wird ebenfalls über die N-Bank Hannover abgewickelt. Gefördert werden insbesondere strukturschwache Regionen der Länder. Die Bedingungen und das genaue Procedere zur Förderung legen Bund und Länder jährlich in einem gemeinsamen Rahmenplan fest. (vgl. URL: BMWI-Regionalpolitik, Dez. 2008)

⁷ Bislang unveröffentlichtes Dokument und als Quelle im Anhang nicht verfügbar.

2 Die Potenzial-Analyse unter dem Aspekt der Gesundheitswirtschaft

2.1 Definition: Potenzial-Analyse

Die Potenzial-Analyse ist ein Mittel, das sowohl in der Personal- als auch in der Organisationsentwicklung bzw. -wirtschaft eingesetzt wird. Ebenso ist sie ein Instrument in der Regionalentwicklung, Städteplanung oder im Marketing. Das Wort ‚Potenzial‘ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie ‚Vermögen‘ oder ‚Kraft‘ (vgl. URL: Stichwort „Potenzial-Analyse“ in MEYERS-Lexikon, 2009). Im Allgemeinen wird anhand des Potenzials die Gesamtstärke jener Mittel eingeschätzt, die zur Erreichung eines bestimmten Zwecks verwendet werden sollen. Diese Mittel oder Möglichkeiten können sich zum Einen auf die Leistungsfähigkeit eines bestimmten Wirtschaftszweigs beziehen. Zum Anderen verweisen sie auf die leistungsorientierten Fähigkeiten einer Person oder Personengruppe (vgl. ebenda). In Folge dessen ist die Potenzial-Analyse in erster Linie eine deskriptive Statistik, die auf eine bestimmte Fähigkeit hin untersucht wird. Ferner werden Potenziale mit der Stärke von Kraftfeldern und mit Energiepotenzialen verbunden (vgl. DROSDOWSKI 1990: 625).

2.2 Potenzial-Analyse als Instrument der Regionalentwicklung

Die definitorische Erläuterung des Begriffs ‚Potenzial-Analyse‘ beinhaltet, dass entwicklungsfähige Potenziale in verschiedenen Wissenschaftszweigen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden können. Kontextbezogen geht es um Potenzial-Analysen, die eine wirtschaftliche Leistungsbeurteilung zum Ziel der Regionalentwicklung haben und in Bezug zum Gesundheitswesen stehen.

Seit Anfang 2000 beschäftigen sich Experten in Deutschland zunehmend mit der Analyse des gesundheitswirtschaftlichen Potenzials von Regionen und Unternehmensnetzwerken (vgl. RÜTTEN 2000: 183-207; HILBER 2002; ZEICHHARDT & VOSS 2009: 259). Meistens umfassen diese Analysen regionale Kerndaten, wie die Bevölkerungsentwicklung und die gesundheitliche Basisversorgung. Darüber hinaus werden die Bereiche der regionalen Gesundheitswirtschaft einer genauen Betrachtung und Beurteilung unterzogen (vgl. GLAHN 2007: 90ff.). Ihre Ergebnisse können für die regionale Entwicklung auf unterschiedliche Weise nutzbar gemacht werden. Ihrer ursprünglichen Idee nach zielen sie auf die Sicherstellung der gesundheitsrelevanten Basisversorgung, auf die Implementierung von präventiven Angeboten und auf Gesundheitsförderung ab (vgl. RÜTTEN 2000: 189-192). Aktuell bezweckt die Vielzahl der Potenzial-Analysen nicht primär die Sicherstellung der Basisversorgung einer Region, sondern die Förderung der wirtschaftlichen Regionalentwicklung (vgl. URL: Financial Times, 2009; Thiede 2009: 23). Die sogenannte Gesundheitswirtschaft bildet keinen ‚freien Markt‘, wie etwa der Lebensmittel- oder Automobilmarkt. Dennoch ist das

Marktpotenzial ausreichend, um das Gesundheitswesen in das Blickfeld regionalwirtschaftlicher Potenzial-Analysen zu rücken (vgl. CLAUSSEN 2005: 264).

2.3 Perspektivwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

Gesundheitswesen, Gesundheitssystem, Gesundheitsmarkt und Gesundheitswirtschaft sind Begriffe, die in der Literatur immer häufiger nebeneinander verwendet werden. Sie lassen sich nur schwer voneinander differenzieren bzw. eindeutig definieren.

Die Ursache könnte in einem generellen Definitionsproblem begründet liegen. Hierfür spricht die allgemein stark ausgeprägte Definitionsvielfalt des Gesundheitsbegriffs (vgl. BIRCHER & WEHKAMP 2006: 50-53) und die synonyme Verwendung verschiedener Gesundheitsbegriffe. Der Begriff Gesundheitssystem z.B. wird in der Literatur oftmals synonym mit dem Terminus Gesundheitswesen verwendet⁸ (vgl. Stichwort „Gesundheitswesen“ in PREUSKER 2006), ebenso wie die Begriffe Gesundheitswirtschaft synonym für Gesundheitsmarkt steht (vgl. GLAHN 2007).

Eine andere Ursache für ein Definitionsproblem ist, dass es eine Veränderung im Verständnis über das ‚Gesundheitswesen‘ im Allgemeinen gibt. Das Gesundheitswesen, unter dem Aspekt des sozialen oder karitativen Prozesses der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, wandelt sich und wird mehr als Wirtschaftsprozess bzw. als Gesundheitswirtschaft gesehen und akzeptiert. NEFIODOW⁹ sieht in der Fortentwicklung des Gesundheitswesens große Produktivitäts- und Wachstumsreserven. Das Gesundheitswesen in seiner traditionellen Form wird sich als Wirtschaftszweig etablieren (NEFIODOW 2006: 53-57).

2.3.1 Der Begriff des ‚erweiterten‘ Gesundheitssystems

HILBERT, FRETSCNER und DÜLBERG treffen eine Unterscheidung zwischen dem traditionellen und dem erweiterten Gesundheitssystembegriff. De facto bezeichnen sie diese Unterscheidung als elementar für die moderne Gesundheitssystemforschung (vgl. HILBERT et al. 2002: 3). Ihrer Differenzierung nach besteht im traditionellen Gesundheitswesen eine institutionelle Trennung, die die ärztlichen Dienstleistungen im stationären und ambulanten Versorgungsbereich in den Mittelpunkt stellt. Sie werden durch die nichtärztlich-medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen nach ärztlicher Verordnung unterstützt (vgl. ebenda). In der modernern oder erweiterten Sichtweise auf das Gesundheitssystem verflechten sich wirtschaftlich handelnde Gesundheitsbetriebe und das soziale Gesundheitswesen untereinander sowie mit anderen Wirtschaftsbereichen (vgl. HILBERT et

⁸ In diesem Arbeitskontext kommt es maßgeblich auf den Erkenntnisgewinn an, der durch eine Klärung der Begriffe ‚Gesundheitswirtschaft‘ und ‚Gesundheitswesen‘ bzw. ‚Gesundheitssystem‘ erreicht wird. Auf eine weitere Differenzierung der Begriffe ‚Gesundheitswesen‘ und ‚Gesundheitssystem‘ wird daher verzichtet (eigene Anmerkung).

⁹ NEFIODOW nimmt in seinen Arbeiten Bezug auf die 1926 begründete Theorie der „langen Wellen“ von NIKOLAI KONDRATIEFF. Entsprechend befindet sich die Menschheit in der Aufschwungwelle der Gesundheitswirtschaft, dem sechsten Kondratieff (NEFIODOW 2006).

al. 2002: 3). In dieser Theorie werden auch die öffentlichen bzw. sozialen Gesundheitsdienstleistungen als wirtschaftsproduktive Faktoren erkannt (vgl. ebenda: 4). Praktisch übergangslos wandelt sich hierbei der traditionelle Gesundheitssystembegriff zur Gesundheitswirtschaft. Die Autoren verwenden den Begriff ‚Gesundheitswirtschaft‘ synonym mit dem erweiterten Gesundheitssystembegriff (vgl. ebenda).

Andere Autoren kommen zu ähnlichen Schlussfolgerungen und bestätigen den erweiterten Gesundheitssystembegriff. Zur Begründung wird der Strukturwandel herangezogen, der sich aufgrund der demographischen Entwicklung ergibt. Unter dem Druck, die Versorgung auch in weniger dicht besiedelten Gebieten sicherzustellen bzw. effizient zu gestalten, scheint ein Umdenken vom traditionellen zu einem erweiterten Gesundheitswesen unumgänglich (vgl. CLAUSSEN 2005: 266).

2.3.2 Aspekte des wirtschaftlichen Handelns

Das öffentliche Gesundheitswesen ist ein Infrastrukturbereich, der zunehmend zum beliebten „Anlagefeld privater Investoren“ wird (CLAUSSEN 2005: 266). Es sieht sich mit dem (Teil-) Privatisierungsdruck konfrontiert. Im Zuge kostendämpfender Maßnahmen, fehlender Investitionen in Einrichtungen und in eine fortschrittliche Medizintechnik sowie durch veränderte Entgeltsysteme, wird der Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit, Versorgungsqualität und hochkarätiger Beschäftigung immer stärker (vgl. Bundesärztekammer 2007: 13). Die Tendenz zunehmend nicht-öffentliche Anbieter mit öffentlichen Versorgungsleistungen zu betrauen, wird u.a. mit dem staatlichen, Ziel wirtschaftlich zu handeln und Kosten zu sparen, gerechtfertigt (vgl. HAJEN 2008: 98; 180). In diesem Kontext, geht es in der Gesundheitsökonomie auch um die Ausgaben der öffentlichen Leistungsträger, die auf das Notwendige beschränkt werden sollen¹⁰. Die Allokation¹¹ der Mittel ist ein viel diskutiertes Thema und wird aus rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet (vgl. ebenda: 15). Von Leistungsträgern und Leistungserbringern wird durch die Gesetzgebung wirtschaftliches Handeln in ihrer Arbeit verlangt, denn es werden in allen Bereichen erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven vermutet. Die Gesundheitswirtschaft bemüht sich daher um die Entwicklung ökonomischer Instrumente, die eine kostengünstigere Krankenbehandlung und gewinnbringende Gesundheitsversorgung ermöglichen, ohne ethisch verwerflich zu sein (vgl. ebenda: 99 ff).

Die Einführung verschiedener Wettbewerbselemente lässt die Leistungserbringer¹² einerseits in einer veränderten Konkurrenzsituationen zueinander auftreten und fordert andererseits eine Vernetzung (vgl. GERLINGER 2002: 30). Darüber hinaus gewinnen Wirtschaftsinstrumente wie Qualitäts-

¹⁰ Ein in diesem Zusammenhang viel diskutiertes Schlagwort ist die Rationierung von Leistungen bzw. von finanziellen Mitteln, die zur Leistungserbringung benötigt werden. Hierin begründet sich ebenfalls die teilweise Privatisierung des öffentlichen Gesundheitssektors (vgl. HAJEN 2008: 99)

¹¹ Allokation ist die Verteilung knapper Ressourcen oder Produktionsfaktoren, wie Arbeit oder Kapital (vgl. HAJEN et al. 2008: 15).

¹² Welche Akteure im Einzelnen zu den Leistungserbringern zählen, kann unter Punkt 2.4 nachgelesen werden.

management- und Zertifizierungs-Konzepte als Wettbewerbsfaktoren entscheidend an Bedeutung (vgl. ebenda; RÜEGG-STÜRM 2009: 183).

In der öffentlichen Gesundheitsversorgung, die auch nach gesundheitswirtschaftlichen Aspekten der größte und umsatzstärkste Bereiche ist (vgl. 2.4), geht es weniger um preislich orientierte Wettbewerbe zwischen Gesundheitsdienstleistern als vielmehr um Qualitätswettbewerbe. Der Wettbewerb gestaltet sich außerdem um versorgungsorientierte Vertragsabschlüsse zwischen Leistungsträgern (PKV und GKV) und –erbringern (Krankenhäuser, Arztpraxen etc.). Sie erfolgen nach rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten, da sich die Vertragsabschlüsse z.B. durch reduzierte Versorgungskosten rechnen sollen (vgl. GERLING 2002: 30).

Zertifizierte und gut dokumentierte Qualität, Leistungsintegration und ein breites Serviceangebot durch (er-)weiterte Vertragsabschlüsse sind demnach entscheidende Benchmarks, mit denen sich Leistungsanbieter und Leistungsträger messen. Der informierte Patient¹³ wird sich letztendlich für die ihm erträglichste oder einfachste Lösung entscheiden (vgl. GLAHN 2007: 42 ff.), da auch er zunehmend wirtschaftlich denken muss (siehe Punkt 2.3.3). Attraktive Prämien der Krankenkassen für einen bestimmten Behandlungsweg und Selbstverantwortung werden belohnt und bieten Anreize zum gesundheitswirtschaftlichen Handeln (vgl. CLAUSSEN 2005: 266).

2.3.3 Veränderungen in den (privaten) Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgabenseite¹⁴ in Deutschland präsentierte sich 2007 mit einem Gesamtvolumen von rund 253 Milliarden Euro. Gemessen am Brutto-Inlands-Produkt entsprach das einem Anteil von 10,4 Prozent (vgl. URL: GBE-Bund₁; 2009). Die Gesundheitsausgaben¹⁵ orientieren sich an der Summe der Leistungen, die Deutschland aufbringt, um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, zu erhalten oder wiederherzustellen (vgl. URL: GBE-Bund₅, 2009).

90 Prozent der deutschen Bundesbürger sind zur Sicherstellung ihrer individuellen gesundheitlichen Versorgung in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Sie finanziert den Hauptteil (rund 60,8 Prozent) der Ausgaben für gesundheitliche Leistungen (vgl. HAJEN 2008: 117; 128). Die Leistungen werden dabei in verschiedene Bereiche unterteilt¹⁶. In keinem Bereich sind Leistungen ein-

¹³ Sowohl für den Leistungsanbieter als auch für die Leistungsträger wird der zunehmend besser informierte Patient zu einem wichtigen Wettbewerbsfaktor. In dem Augenblick in dem er sich für oder gegen einen bestimmten ‚Leistungsweg‘ entscheiden kann, ist er Konsument und „aktiver Experte seiner Gesundheit“ (GLAHN 2007: 42).

¹⁴ Zur Beschreibung der jeweiligen gesundheitsspezifischen Strukturen in einem Land werden die immer gleichen Indikatoren herangezogen. Sie beziehen sich unter anderem auf die Gesundheitsausgabenrechnung. Es handelt sich dabei um ein internationales Bewertungsinstrument, das eine Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedsländern der Organization for Economic Co-operation and Development herstellt. Die Gesundheitsausgabenrechnung wird international als System of Health Account oder kurz als SHA bezeichnet (vgl. OECD 2000: 23 ff).

¹⁵ 94% der Gesundheitsausgaben werden in Deutschland für die Krankenbehandlung und die Krankheitsforschung ausgegeben (vgl. Statistisches Bundesamt 2006: 191 ff.)

¹⁶ Die Unterteilung erfolgt nach einem öffentlichen und einem erweiterten Leistungsbereich. Mehr Informationen dazu liefert die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Internetseite: www.gbe-bund.de unter der Rubrik ‚Kosten, Ausgaben, Finanzierung‘.

geschlossen, die nicht unmittelbar der Gesunderhaltung dienen. Dies können medizinische, paramedizinische und pflegerische Leistungen sein. Das Bundesministerium beruft sich dabei auf die fehlende ‚medizinische Notwendigkeit‘¹⁷ dieser Leistungen. Bei der Betrachtung der Ausgaben für diverse Leistungen werden im Zeitverlauf unterschiedliche Entwicklungen deutlich (vgl. URL: GBE-Bund₁, 2009). Diese Entwicklungen können ebenfalls als Dokument gesehen werden, das den Perspektivwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft beschreibt. In einem Zeitraum von sechs Jahren ist zu beobachten, dass der Anteil an privaten Gesundheitsausgaben um rund zwei Prozent - von 11,6 Prozent im Jahr 2000 auf 13,6 Prozent im Jahr 2006 - anstieg, während sich die Gesundheitsausgaben, gemessen am BIP, insgesamt um nur 0,2 Prozent steigerten (vgl. URL: GBE-Bund₁, 2009). Es gibt unterschiedliche Erklärungen für eine solche Veränderung. Ein Grund ist die generell zunehmende Bereitschaft der Menschen für das individuelle Wohlbefinden Zeit, Mühe und Geld zu investieren, erklären. Insbesondere die Ausgaben privater Haushalte zum Zweck der Gesundheitsförderung weisen ein enormes Wachstum von knapp 43 Prozent auf (vgl. HORX 2006: 2). Gesundheit oder Gesundsein wird weniger als Schicksal betrachtet, sondern mehr aus einer internalisierenden Perspektive heraus gesehen. Entsprechend wird sie als selbst aufgebaute Ressource verstanden¹⁸ (vgl. KICKBUSCH 2006: 35; ILLING 2009: 37). Entsprechend wird es den Menschen bei ihrer Berufs- und Wohnortwahl immer wichtiger, die strukturellen Bedingungen so vorzufinden, dass die eigene Gesundheit nicht gefährden sonder im Idealfall sogar gefördert wird. Dazu gehört auch, dass im Bedarfsfall der Zugang zu optimaler Gesundheitsversorgung vorhanden und schnell zugänglich ist.

Die Veränderung zeigt sich auch an den angestiegenen privaten Kostenübernahmen bei medizinischen Leistungen¹⁹, die von den Krankenkassen im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit nicht erstattet werden müssen (vgl. RÜEGG-STÜRM et al. 2009: 183). In der gesundheitswirtschaftlichen Wertschöpfungskette nehmen diese Leistungen aufgrund steigender Nachfragetendenzen einen wichtigen Platz ein (vgl. ILLING 2009: 26 ff.; HERMES 2005: 39-40). Angesichts anhaltender Budgetierungen, Reformen und Gesetzesänderungen im öffentlich finanzierten Gesundheitswesen sind die steigenden privaten Gesundheitsinvestitionen einerseits nicht ausschließlich freiwillig motiviert (vgl. RAMMING 2007: 4-5). Andererseits eröffnen diese Veränderungen vielen Anbietern die

¹⁷ Die GKV-finanzierten Leistungen folgen dem Prinzip der ‚medizinischen Notwendigkeit‘. Der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) berät über zu finanzierende Leistungen aufgrund einer medizinischen Indikation bzw. Notwendigkeit (vgl. GLAHN 2007: VI). Experten meinen, dass es an diesem Punkt zu einer Verschiebung von Leistungen kommt. Leistungen verschieben sich vom ersten, GKV-finanzierten Markt auf den zweiten und dritten, selbstfinanzierten Gesundheitsmarkt. Demnach finden sich viele Leistungen, die aus Kostengründen aus dem GKV-Leistungskatalog ausgegliedert wurden, im zweiten Gesundheitsmarkt wieder (vgl. ILLING 2009: 26 ff.; HERMES 2005: 39-40).

¹⁸ Als Privatausgaben entfallen 52 Prozent auf die Gesundheitsförderung, 24 Prozent auf den allgemeinen Gesundheitsschutz und 14 Prozent werden für die Früherkennung von Krankheiten verwendet (vgl. URL: GBE-Bund₁, 2009).

¹⁹ Die Privatinvestitionen können als ‚medizinische Komfort-Leistungen‘ bezeichnet werden (RÜEGG-STÜRM 2009).

Chance, ehemals öffentlich finanzierte Gesundheitsleistungen²⁰ neu oder in anderer Form für Selbstzahler anzubieten. Für viele Gesundheitsunternehmer sind sie bereits ein Teil ihrer Existenzsicherung.

2.4 Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft

Die Aspekte der Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft ergeben sich u.a. aus dem bereits beschriebenen Perspektivwechsel im Gesundheitsbereich. Durch das Zusammentreffen der Abnehmer von Gesundheitsleistungen und Gütern mit Leistungserbringer und Produzenten von diesen Gesundheitsgütern wird die Wertschöpfungskette aktiviert. Anhand der Ausgaben kann dargestellt werden, in welchem Maß die einzelnen Leistungsbereiche beteiligt sind (Tabelle 1).

Art der Einrichtung / Leistungsbereich (öffentliche und erweiterte Leistungsbereiche)	2006 in Mio. €	Anteil in v. H. für 2006	2007 in Mio. €	Anteil in v. H. für 2007
Ausgaben insgesamt	244.917	100	252.751	100
Gesundheitsschutz	1.883	0,77	1.883	0,75
Ambulante Einrichtungen	118.618	48,43	124.440	49,23
Arztpraxen	36.462	30,74	38.438	30,89
Zahnarztpraxen	15.757	13,28	16.375	13,16
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	7.163	6,04	7.494	6,02
Apotheken	34.727	29,28	36.359	29,22
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	15.469	13,04	16.199	13,02
Ambulante Pflege	7.436	6,27	7.935	6,38
Sonstige ambulante Einrichtungen	1.605	1,35	1.640	1,32
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	90.220	36,84	91.772	36,31
Krankenhäuser	63.888	70,81	64.646	70,44
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	7.415	8,22	7.731	8,42
Stationäre/teilstationäre Pflege	18.917	20,97	19.396	21,13
Rettungsdienste	2.597	1,06	2.676	1,06
Investitionen	8.740	3,57	8.771	3,47
Forschung	2.940	1,20	2.941	1,16
Ausbildung	1.431	0,58	1.435	0,57

Tabelle 1: Ausgaben nach Leistungsbereichen

Quelle: URL: GBE-Bund₁, Mai 2009

²⁰ Beispielhaft sind die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die überwiegend in der ambulanten Versorgung zum Tragen kommen. In einer Arztpraxis sind IGeL-Angebote meist aufwendige Vorsorgeuntersuchungen mit Spezialmessgeräten oder teuren Laboruntersuchungen, die (noch) nicht in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen sind (vgl. SCHULDZINSKI & VOGEL 2007: 201-216). Sie werden hauptsächlich als zusätzliche Vorsorgeleistungen dokumentiert. Besonders Patienten mit einem höheren Schichtindex, die sowohl subjektiv als auch objektiv für relativ gesund befunden werden können, beanspruchen die IGeL. Dies gibt wiederum einen Hinweis darauf, dass nicht jeder Patient im Stande ist, ‚Komfort-Leistungen‘ privat (vgl. ebenda: 214).

Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsprozessen laufen die Prozesse in der Wertschöpfungskette weniger linear ab (vgl. AMELUNG 2009: 10). Insbesondere im Kernbereich (s.u.) gehen die Leistungserbringer eine zeitlich begrenzte Partnerschaft mit den Empfängern von Leistungen ein. Sie ist begrenzt auf die Zeit der Behandlung bzw. Leistungserbringung entsprechend des Uno-Aktu-Prinzips²¹. Zudem laufen verschiedene Prozessstufen häufig parallel zu einander und involvieren gleichzeitig mehrere Leistungserbringer (vgl. ebenda). Anhand des ‚Zwiebelmodells der Gesundheitswirtschaft‘ vom *Institut für Technologie und Arbeit* (Abb. 1) werden die Leistungserbringer der sogenannten Wertschöpfungskette in vier bzw. drei Bereiche unterteilt. Diese Aufteilung erfolgt gemäß ihrer gedachten Stellung im Wertschöpfungsprozess (vgl. CLAUSSEN 2005: 265).

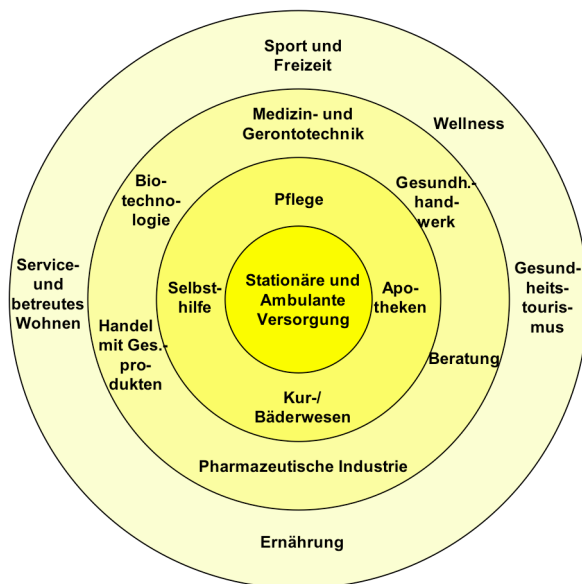


Abbildung 1: Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft

Quelle: eigene Darstellung nach HILBERT, FRETSCNER, DÜLBERG 2002

Mit dem Eintritt des Patienten in den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft beginnt die Wertschöpfung. Dieser Nukleus bezieht sich auf die stationäre und ambulante Versorgung. Der ambulante Bereich umfasst dabei ca. 49 Prozent der Gesundheitsausgaben²²; der stationäre Bereich 36 Prozent (2007). Die größten Ausgaben innerhalb der einzelnen Versorgungsbereiche verzeichnet der Krankenhaussektor mit 70 Prozent. In Abstand folgt die ambulante Versorgung durch die Arztpraxen und Apotheken (siehe auch Tabelle 1). Darüber hinaus stellt der Kernbereich den personalintensivsten Bereich dar. Bei insgesamt 4,3 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen, sind

²¹ Produktion und Absatz der Leistung erfolgen zeitgleich.

²² Im Vergleich zum Vorjahr sind die prozentualen Ausgaben gesunken. Insgesamt stiegen jedoch die Pro-Kopf-Ausgaben um 3,4 Prozent, ebenso wie der Anteil der privaten Ausgaben um 1,8 Prozent (vgl. URL: GBE-Bund, 2009).

über 80 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten und stationären Patientenversorgung eingesetzt²³ (vgl. Statistisches Bundesamt 2008: 253).

Der dritte Ring umfasst nach dem Zwiebelmodell die Bereiche Health-Care-Industry und den (Fach-) Einzel- und Großhandel. HILBERT et al. beschreiben diesen Bereich als Vorleister- und Zulieferindustrie für den Kernbereich. Es handelt sich also weniger um Dienstleistungen, als vielmehr um Produkterzeugnisse, Forschung, Entwicklung und Patente für Gesundheitsgüter bzw. Produkte (HILBERT et al. 2002: 4).

HILBERT et al. erweitern die Wertschöpfung um einen vierten Bereich, auf den das Statistische Bundesamt verzichtet. In diesem vierten Bereich werden die artverwandten Dienstleistungsbranchen erfasst (vgl. HILBERT et al. 2002: 5). Sie befriedigen die Nachfrage der Menschen nach ‚mehr Gesundheit‘ und verfolgen umfassendere Ziele als einfach *„einen kranken Patienten bloß gesund zu machen.“* (zitiert nach LUHMANN 2002 und AMELUNG 2007 in AMELUNG et al. 2009: 11). Der Definition HILBERTS et al. folgend bieten diese Dienstleistungen ideale Verknüpfungspunkte zum Gesundheitswesen. Die Wellness-Tourismusbranche lässt sich z.B. gut mit medizinischen Dienstleistungen für Selbstzahler verbinden, indem sich Anbieter aus dem traditionellen Gesundheitswesen über die Tourismusbranche vermarkten lassen können. Ein breites Angebot an Sportstätten und Erholungsmöglichkeiten sind von Vorteil und fließen in die präventiven Aspekte der Gesundheitsversorgung mit ein (vgl. ebenda: 5).

Die Wertschöpfung wird stark beeinflusst durch den demographischen Wandel. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes geht davon aus, dass sich die Bevölkerung in Deutschland in den nächsten 20 Jahren von den heute ca. 82 Millionen Menschen auf geschätzte 77 Millionen reduzieren wird (vgl. URL: GBE-Bund₂, 2009). Hinzu kommt, dass in Deutschland die durchschnittliche Lebenserwartung um zwei Jahre pro Dekade steigt (vgl. ILLING 2009: 58). Der Anteil an pflegebedürftigen und multimorbiden, chronisch erkrankten Menschen wird sich erhöhen²⁴. Zusätzlich verändern sich die Erkrankungsformen der Menschen. Insbesondere Formen der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen werden zunehmen. Dazu zählen Depressionen und Essstörungen, die sich z.B. in Adipositas²⁵ äußern (vgl. AMELUNG et al. 2009: 10). Dies wiederum zieht stei-

²³ Das Gesundheitswesen in der Beschreibung des Statistischen Bundesamtes nimmt elf Prozent des Arbeitsmarktes in Deutschland ein und stellt einen weitaus größeren Beschäftigungsmarkt dar als manch andere Wirtschaftsbranchen (vgl. URL: BMBF, 2009). Generell nicht erfasst sind Anbieter aus den Bereichen der Wellness-Dienstleistungen, die Erholungs-, Sport- und Freizeitindustrie sowie die gesamte Tourismusbranche (vgl. Statistisches Bundesamt 2008, S. 253)

²⁴ Insgesamt entfallen auf die Altersgruppe 65-85 Jahre 37,3 Prozent der Krankheitskosten auf die Frauen, auf die Männer 30,2 Prozent (vgl. URL: GBE-Bund₃, 2009).

²⁵ Adipositas und ihre Folgeerkrankungen werden auch ohne eine zugrunde liegende psychische Erkrankung zunehmen (vgl. AMELUNG et al. 2009: 10)

gende Behandlungskosten nach sich, aber auch einen erhöhten Bedarf an Medizinforschung und (hoch)qualifizierten Arbeitskräften²⁶.

Mit der Nachfrage nach immer neuen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsangeboten, entwickelt sich die Wertschöpfungskette weiter. Cluster²⁷ aus verwandten Branchen des Gesundheitswesens, wie z.B. die Fitness-, Wellnessbranche und dem Kernbereich der evidenzbasierten, hochmodernen und -qualitativen Grundversorgung, bestimmen zunehmend die Ausgaben- und Produktionsdynamik unseres Gesundheitssystems. Immer deutlicher wird dabei die Wichtigkeit von Kooperationen und Vernetzungen der Akteure in den verschiedenen Gesundheitsbereichen, die dennoch gleichzeitig im Wettbewerb zu einander stehen.

2.4.1 Wertschöpfung durch Vernetzungen von Wettbewerbern

Die Vernetzung der Leistungsanbieter untereinander sowie der Abschluss von diversen Kooperationsvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern sind wesentliche Zielsetzungen der aktuellen Gesundheitspolitik (vgl. AMELUNG 2009: 11). Diese Zielsetzungen existieren neben dem ebenso politisch gewollten wie wirtschaftlich ambitionierten Wettbewerb im Gesundheitswesen und werfen somit einen Widerspruch auf.

„Obwohl für Netzwerke, zumindest aus einer Gouvernanceperspektive, die kollaborative Zusammenarbeit zwischen den Akteuren kennzeichnend ist, bleiben Wettbewerbsmomente auf verschiedenen Ebenen erhalten, ja wird Wettbewerb als Option von den Akteuren im Netzwerk sogar explizit mitgeführt.“ (AMELUNG et al. 2009: 16)

Der Kooperationsstatus innerhalb eines Netzwerks²⁸ wird von den beteiligten Partnern in wiederkehrenden Markttests überprüft. Nicht selten werfen diese Überprüfungen eine Nachverhandlung der Kooperationsbeziehungen auf (vgl. AMELUNG et al. 2009: 16). Schließlich können die beteiligten Netzwerker parallel zu ihrer Partnerschaft an einer andern Stelle auch konkurrierende Wettbewerber sein. In den Entscheidungen für oder gegen ein Netzwerk spiegeln sich besonders die wirtschaftlich geprägten Denkansätze im Gesundheitswesen wieder.

Die Vernetzung und/oder Kooperation in der Gesundheitswirtschaft wird in zwei Arten unterschieden:

Horizontale Kooperation und Vernetzung existieren bei Unternehmen gleicher Versorgungsstufen oder wenn Unternehmen eines Unternehmensverbundes zusammenarbeiten. Hierbei besteht die

²⁶ Bezogen auf den Arbeitsmarkt beklagt sowohl die Ärzteschaft ebenso wie die Pflege bereits heute einen Personalmangel, (vgl. SCHWEIGHART 2008: 12). Die Rede ist vom Fachkräftemangel. Der Wettbewerb um (hoch-)qualifizierte junge Erwerbstätige bekommt einen höheren (wirtschaftlichen) Stellenwert im Gesundheitswesen.

²⁷ Zur Erklärung des Clusterbegriffs siehe Punkt 2.4.1.

²⁸ Nach neuen theoretischen Ansätzen der Netzwerkforschung bestehen Netzwerke *„aus sozialen Beziehungen und Interaktionen, die von mehreren - d.h. mehr als zwei - Organisationen mit Blick auf den zwischen ihnen bestehenden dauerhaften Beziehungszusammenhang koordiniert werden. Die beteiligten Organisationen bleiben dabei selbständig“* (zitiert nach WINDELER 2005 in SIEGEL et al. 2009: 226).

Möglichkeit, dass Unternehmen fusionieren und Monopole bilden, beispielsweise Krankenhäuser untereinander (vgl. HAJEN 2008: 201-202).

Vertikale Kooperation und Vernetzung existieren, wenn Unternehmen unterschiedlicher Versorgungsstufen zusammenarbeiten. Dabei kann es sich um eine Vernetzung bzw. Integration von sowohl vor- als auch nachgelagerten Stufen handeln (Rückwärts- und Vorwärtsintegration), beispielsweise Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren oder Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen (vgl. ebenda: 203).

Kooperation und Vernetzung wird aus rein ökonomischer Sichtweise aufgrund ihrer synergetischen Effekte vorteilhaft für die Partner bzw. Wettbewerber bewertet. Die moderne Wirtschaftswissenschaft spricht insbesondere im regionalwirtschaftlichen Kontext von Clusterbildung²⁹ (vgl. SCHULER 2008: 17). Die Partner arbeiten als Spezialisten für einen Bereich zusammen. Der Effekt ist die Produktion hochqualitativer Waren und Dienstleistungen. Durch die Arbeits- und Produktionskostenteilung entstehen ‚WIN-WIN-Situationen‘, von denen der Kunde ideell durch optimale Preise und beste Qualität profitieren soll. Innerhalb des Clusters wird außerdem eine hohe Innovationsfähigkeit der Partner erwartet (vgl. ebenda: 20-21, HAJEN 2008 201-205).

2.4.2 Mehrwert durch sektorenübergreifende Leistungsintegration

Unter der Vernetzung wird im gesundheitswirtschaftlichen Kontext häufig eine Integration von Leistungen zum Zweck der Kostenreduzierung verstanden. In der Gesundheitspolitik wird sie im Hinblick *„Unter-, Über- und Fehlversorgung im deutschen Versorgungssystem“* (GREB & STEGMÜLLER 2009: 97) diskutiert. Durch die Integration von stationären und ambulanten Leistungserbringern und auch durch Kooperationsabschlüsse zwischen pharmazeutischer Industrie, Leistungserbringern und Trägern sollen finanzielle Einsparungen getroffen werden. Ferner zielen sie darauf ab, die o.g. Versorgungsprobleme zu beseitigen (vgl. URL: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009).

Im Sinne von Vernetzung und Kooperation orientiert sich die sektorenübergreifende Leistungsintegration in Deutschland am amerikanischen Prinzip des ‚Managed Care‘. AMELUNG und HESSINGER bezeichnen es als einen „Instrumentenkasten“ (zitiert nach AMELUNG 2006 & 2007 in HESSING 2009: 54), der dem Perspektivwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft eine antreibende Dynamik verleihen soll (vgl. ebenda). Die identifizierten Instrumente beziehen sich auf

- selektive Vertragsabschlüsse zwischen Trägern und Leistungserbringern,
- integrierte Leistungserbringung in Form von integrierter Versorgung (s.u.) und

²⁹ *„Cluster findet man, wenn Netzwerke unter räumlichen Aspekten betrachtet werden.“* (SCHULER 2009: 17) Cluster beziehen sich auf Zusammenschlüsse von verschiedenen Unternehmen mit gleichen Marktinteressen (vgl. ebenda: 18ff.). Aus dem Englischen übersetzt bedeutet es Haufen, Gruppe oder Schwarm (vgl. Eichborn 1981: 162).

- die Anwendung von Managementinstrumenten, z.B. Qualitätsmanagement und Behandlungsstandardisierung.

(vgl. ebenda)

Aus Kunden- oder Patientensicht verhelfen die Versorgungsstrukturen zu einer quasi ‚grenzenlosen‘ bzw. sektorenfreien Versorgung und Betreuung. Für die Leistungserbringer und -träger bedeutet dies den Beginn einer *„industriellen und kontinuierlichen Behandlungskette“* (sinngemäß zitiert nach HESSINGER 2009: 54). In diesem Sinne können *„Gesundheitsnetzwerke [...] - metaphorisch gesprochen - als Fischernetze dienen, um besonderes dicke Fische zu fangen und so auch unter den vermeintlichen Vorgaben der Kostensenkung gewinnbringend zu arbeiten.“* (SCHUBERT & VOGD 2009: 45)

Flächendeckende Netzwerkstrukturen im regionalen Kontext können demnach durchaus ein Argument dafür sein, von einem gesundheitswirtschaftlichen Potenzial auszugehen.

2.5 Gesundheitsregionen im konzeptionellen Wandel

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Gesundheitsregionen in Deutschland wird folgendes deutlich: Ähnlich wie bei dem Perspektivwechsel vom Gesundheitswesen hin zur Gesundheitswirtschaft ist es zu einer Veränderung in der Sichtweise von Gesundheitsregionen gekommen. Sie zeigt sich in einem Entfernen oder eher noch im ‚Nichterfüllen‘ der ursprünglich stark sozial geprägten Idee von einer Gesundheitsregion. Der Ansatz ‚gesunde Region‘ findet seinen Ursprung jedoch in der Idee der Weltgesundheitsorganisation, gesunde Lebensverhältnisse zu schaffen. Bezeichnend hierfür sind Projekte bzw. Initiativen wie das ‚Gesunde-Städte-Netzwerk‘ oder das ‚Regions for Health Network‘.

Diese Initiativen werden zusammengefasst unter dem ‚Investment for Health‘-Ansatzes. Er orientiert sich an den epidemiologischen Studien der WHO, die zur Identifizierung der ‚sozioökonomischen Determinanten‘ durchgeführt wurden. Determinanten, die einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitsstatus eines Individuums und einer Gesellschaft haben können (vgl. RÜTTEN 2000: 183-187). Die Rolle der WHO kann wie folgt wiedergegeben werden:

„The European Office for Investment for Health and Development aims to provide an evidence-based, systematic and accountable approach to the full integration of social and economic determinants of health into development strategies of countries in the WHO European Region.“

(URL: WHO-Europa, 2009)

In Regionen sollten krank machende Determinanten wie *„Armut, Arbeitslosigkeit, sozialer Ausschluss, Machtlosigkeit und schlechte Wohnverhältnisse“* (RÜTTEN 2000: 185) nicht zu einer *„Gesamtconstellation ungesunden Lebens“* (ebenda) werden. Durch Gesundheitsförderung und -aufklärung können gesunde Lebensverhältnisse entstehen (vgl. ebenda: 186).

Der im Jahr 2000 erschienene Aufsatz *„Herausforderung »Gesunde Region Westsachsen«* von ALFRED RÜTTEN beschreibt exemplarisch die Idee und Entstehung einer ‚gesunden Region‘. Er

moniert in seinen Ausführungen das Vorgehen der regionalen Entscheidungsträger und kritisiert insbesondere die „medizinische Lobby“ (RÜTTEN 2000: 201) Es gehe den Parteien nicht um die Gesundheit der regionalen Bevölkerung, sondern lediglich um die eigene Absicherung und Wahrung der eigenen Interessen (vgl. ebenda). Im Jahr 2000 waren die Vorgaben der Wirtschaftsförderung und der Gesundheitspolitik laut RÜTTEN nicht geprägt von Vernetzung und Integration. Ebenso wenig waren Gesundheitsförderung und die Förderung der Bürgerbeteiligung ernsthaft förderwürdige Themen in der Politik. Die zentralen Forderungen der WHO-Ottawa-Charta, die durch den regionalen ‚Investment for Health‘-Ansatz in ihrer Umsetzung deutliche Fortschritte machen würden, seien so nicht realisierbar gewesen (vgl. ebenda).

Die Ziele oder Ideen für die Gesundheitsregionen der WHO differenzieren sich stark von den heutigen Visionen der Bundesregierung Deutschland. In Abgrenzung zum sozialen Engagement, zu Bürgerinitiativen und gesundheitlicher Chancengleichheit sind die Ziele der ‚neuen‘ Gesundheitsregionen eher auf Produktivität und Wirtschaftsförderung ausgerichtet.

2.5.1 Ziele und Potenziale aktuell geförderter Gesundheitsregionen

Eine eindeutige Definition des Begriffs ‚Gesundheitsregion‘ ist in der Fachliteratur, aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzungen nicht auszumachen. Landkreise, Städte und Stadtstaaten, die sich mit dem Thema ‚Gesundheitsregion‘ befasst haben, definieren den Begriff an den Primärzielen, die durch eine Implementierung des Konzeptes ‚Gesundheitsregion‘ erreicht werden sollen (vgl. URL BMBF₁, 2009).

Das weite Definitionsspektrum spiegelt sich auch in dem 2007 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung ausgeschriebenem bundesweiten Wettbewerb ‚Gesundheitsregionen der Zukunft‘ wider. Von den teilnehmenden Regionen wurde die Bildung oder das Aufzeigen von „Innovationspotenzialen entlang der gesamten Wertschöpfungskette der Gesundheitswirtschaft“ verlangt (BMBF 2008: 1). Als Grundlage, nicht aber als starre Definition von Gesundheitsregion, bezieht sich die Ausschreibung auf das Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft von HILBERT et al. (vgl. BMBF 2008: 1 ff.). Insgesamt 85 Regionen folgten der Wettbewerbsausschreibung und stellten ihre gesundheitswirtschaftlichen Potenziale auf unterschiedliche Weise dar. Von den Wettbewerbern kamen 20 Regionen in die erste Förderrunde (vgl. URL: BMBF, 2009).

Der Anreiz für die Regionen, an dem Wettbewerb teilzunehmen, offenbart ebenfalls eine finanzwirtschaftliche Orientierung, denn der Wettbewerb wurde mit insgesamt 40 Millionen Euro Fördergeldern ausgestattet. Die verbleibenden zwei Gewinnerregionen können über einen Zeitraum von vier Jahren ihre regionalen Gesundheitsprojekte mit staatlichen Subventionen weiterentwickeln und umsetzen. In der Realisierungsphase müssen die Konzepte der Gewinnerregionen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Fünfzigprozentige Eigenbeteiligung durch Akteure der Region
- Forschungsprojekte, die zu innovativen und marktfähigen Produkt- und Prozessinnovationen führen
- einschlägige wissenschaftliche und strukturelle Vorleistungen zur Umsetzung des Konzepts
- Einbindung der relevanten Akteure
- Koordinierender und rechtsfähiger Träger der Gesundheitsregion

Neben der Vernetzung und Integration von unterschiedlichen Leistungsbereichen ist die überregionale Ausstrahlung der gesundheitsregionalen Potenziale von Bedeutung (vgl. URL: BMBF, 2009). Die beiden Gewinnerregionen zeichnen sich durch einen Schwerpunkt im Bereich Medizintechnik aus.

2.5.2 Besonderer Stellenwert ländlicher (Gesundheits-)Regionen

Ländliche Regionen sind aus mehreren Gründen vom demographischen Wandel im besonderen Maß betroffen (vgl. SCHWEIGHART 2008: 13). Dabei lässt sich feststellen, dass ländliche Regionen

- einen geringeren Anteil von Kindern und Jugendlichen im Alter von unter 18 Jahren aufweisen (vgl. NIW 2007: 27).
- Bevölkerungsverluste durch hohe Abwanderungsraten von Menschen im erwerbsfähigen Alter zu beklagen haben (vgl. Schweighart 2008: 13; NIW 2007: 20-21).
- insbesondere Frauen im Altern von 18 bis 30 Jahre durch Abwanderung verlieren (vgl. Schweighart 2008: 13).
- von Menschen im Rentenalter (65 Jahre und älter) dominierend bewohnt werden bzw. über Zuzüge von Personen dieser Altersgruppe verfügen (vgl. NIW 2007: 21).

Die Gründe für eine solche Entwicklung sind unterschiedlich. Maßgeblich hängen sie mit einer schlechten Infrastruktur, einem Mangel an Arbeitsplätzen und kulturellen Angeboten sowie mit weiten Wegen zu Bildungsinstitutionen zusammen. Insbesondere im Gesundheitsbereich leidet eine Vielzahl ländlicher Regionen an einer schlechteren Versorgung mit privaten Dienstleistungen und Waren (vgl. SCHWEIGHART 2008: 13). Experten für Raumplanung und Regionalentwicklung empfehlen den Regionen hierzu ein komplettes Umdenken, welches sich auf den Umbau der gegebenen Infrastrukturen konzentriert. In der Gesundheitsversorgung wird insbesondere auf das ‚Zentrale-Orte-Konzept‘ gesetzt. In erster Linie geht es um die Sicherstellung der Daseinsfürsorge für die Bevölkerung. Regionale Zentren sollen über die eigene Gemeindepopulation hinaus auch die Bevölkerung weiterer Gemeinden verflechtend mitversorgen (vgl. SPANGENBERG 2008: 14-15).

Aus gesundheitswirtschaftlicher und regionalpolitischer Sicht lohnen sich Kooperationen. Durch die gemeinsam organisierten örtlichen Strukturen werden Synergien generiert, die einzelne regionale Stärken bzw. Potenziale fördern und Schwächen ausgleichen (vgl. SEELHOFF 2008: 23).

2.6 Schlussfolgerungen aus dem zweiten Kapitel

Das öffentliche Gesundheitswesen kann zusammen mit der Gesundheitsindustrie und dem Markt der Selbstzahlerleistungen (siehe Punkt 2.3.1; 2.4) unter dem Begriff Gesundheitswirtschaft zusammengefasst werden. Diese Vielfalt der Bereich zeigt, dass Wirtschaft im Gesundheitswesen oder Gesundheitswirtschaft nicht alleine vom sozialen Gesundheitswesen wider gespiegelt wird. Entsprechend dieser Annahme ist sie als fester Bestandteil des deutschen Sozial- und Wirtschaftsystems zu sehen. Schlussfolgernd könnte Gesundheitswirtschaft wie folgt definiert und verstanden werden:

„Gesundheitswirtschaft umfasst jede wirtschaftliche Leistung der Gesunderhaltung und Krankheitsversorgung. Sie ist uneingeschränkt als volkswirtschaftliche Leistung zu verstehen, zu fördern und zu erbringen.“ (eigene Definition in Anlehnung an GLAHN 2007: 18)

Der hiesige Sozialstaat ermöglicht gleichzeitig die Sicherung der Gesundheit und einen uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen nach dem aktuellen Stand der Forschung. Die Sicherung und der Zugang für alle Mitglieder der Gesellschaft ist im Sinne der Gesundheitswirtschaft (vgl. GLAHN 2007: 31).

Darüber hinaus ist die Gesundheitswirtschaft von eindeutiger ‚Public Health‘-Relevanz. Dies lässt sich u.a. aus der Beobachtung schließen, dass die Zunahme des bevölkerungsweiten Altersdurchschnitts mit einer Zunahme des Versorgungsbedarfs sowie der Gesundheits- und Sozialausgaben verbunden ist (siehe Punkt 2.4). Eine selbstbewusste und informierte Gesellschaft³⁰ mit einem stärkeren Gesundheitsbewusstsein stellt veränderte Ansprüche an das Gesundheitssystem (siehe Punkt 2.3.3; KICKBUSCH 2006: 38). Alle Faktoren zusammen fordern eine weitere Entwicklung in der Gesundheits-, Medizin- und Versorgungsforschung, welche wiederum kostenintensivere Behandlungs- und Versorgungsformen generiert und eine Veränderung des Finanzierungssystems quasi erzwingt. Gleichzeitig entsteht durch sie eine Nachfrage nach Leistungen und Produkten, deren Kosten der Patient als Selbstzahler trägt. Letztendlich fördern die genannten Aspekte den Bedarf nach qualifizierter Beschäftigung im Gesundheitswesen und haben eine wichtige Bedeutung für den Arbeitsmarkt.

Diese Aspekte in der Gesundheitswirtschaft werden von Regionen aufgegriffen und für die eigene Standortentwicklung genutzt. Inwieweit diese Aspekte als Potenzial für eine regionale Gesundheitswirtschaft verstanden und dargestellt werden können, soll in den folgenden Kapiteln herausgearbeitet werden.

³⁰ Diese Aussage gilt für den größten Teil der westeuropäischen Gesellschaft, wie der deutschen Bevölkerung (eigene Anmerkung).

3 Die Gesundheitswirtschaft im Weserbergland^{plus}

3.1 Methodik zur Potenzialdatenerfassung

Orientierend an den theoretischen Grundlagen des zweiten Kapitels, werden für die Potenzialanalyse die folgenden Bereiche aufgrund ihrer Stellung als gesundheitswirtschaftliche Wertschöpfungsmerkmale bzw. Standortfaktoren untersucht:

- die regionalen Strukturen in Bezug auf Demographie, Wohnen, Arbeiten, Bildung und Verkehr (vgl. RÜTTEN 2000: 186-187; CLAUSSEN 2005)
- die regionalen Leistungsangebote im Bereich der medizinischen Versorgung (vgl. GLAHN 2007: 98)
- die regionalen Leistungsangebote für spezifische Versorgungsleistungen sowie zur Behandlung spezieller bzw. besonderer Gesundheitsstörungen
- die medizinische und gesundheitswissenschaftliche Forschung und Entwicklung (vgl. GLAHN 2007: 98)
- die medizinische und sonstige Gesundheitsindustrie (vgl. ebenda)

Die Reihenfolge, anhand derer die einzelnen Potenzialdaten der Region vorgestellt werden, orientiert sich am Zwiebelmodell von HILBERT et al. (siehe Punkt 2.4). Im Folgenden wird auf Aggregatdaten des statistischen Landesamtes und andere Daten zurückgegriffen, die primär für einen anderen Zweck erhoben wurden. In der Recherche und Ausarbeitung der Daten greift die Autorin auf

- den URL-Online-Service und Publikationsservice des Niedersächsischen Landesbetriebs für Statistik und Kommunikation,
- Daten aus dem Regionalmonitor 2007 und 2008 des Niedersächsischen Instituts für Wirtschaftsforschung,
- Internetpräsentationen, vereinzelt Telefonauskünften und Emailkorrespondenzen mit Leistungsanbietern der regionalen Gesundheitswirtschaft,
- jüngste Qualitätsberichte und Jahresfinanzberichte der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen bzw. der jeweiligen Träger³¹,
- Branchenauskunft der zuständigen Industrie- und Handelskammer Hannover sowie der Handwerkskammern Hannover und Hildesheim,

zurück.

Sofern Standortdaten vergleichbar sind, werden sie als Referenz ins Verhältnis zum Landes- und / oder Bezirkswert gesetzt.

³¹ Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 135 b SGB V beziehen sich auf das Jahr 2006. Reha- und Vorsorge-Einrichtungen haben nur bedingt Qualitätsberichte ausgewiesen. Die Jahresfinanzberichte wurden aus dem elektronischen Verzeichnis des Bundesanzeigers bezogen. Auch sie sind nur zum Teil mit vollständigen Umsatz- und Strukturdaten veröffentlicht.

3.2 Regionale Strukturen der Landkreise

Als Weserbergland wird im Allgemeinen der niedersächsische Teil des Mittelgebirgszugs zwischen Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen bezeichnet. Die Region nach dem gleichnamigen Flusslauf ‚Weser‘ begründet. Geographisch liegen die Landkreise der Weserbergland^{plus}-Region im süd-westlichen Teil von Niedersachsen. Sie gehören zu der Bezirksregion Hannover (URL: Das Weserbergland, 2009). In der Kooperationsstruktur der regionalen Entwicklungskooperation umfassen die vier Landkreise 131 Gemeinden (Abb. 2). Wie einleitend unter Punkt 1.1 bereits erwähnt, bezeichnen sich die Landkreise in dieser Kooperationsgemeinschaft als Weserbergland^{plus}.

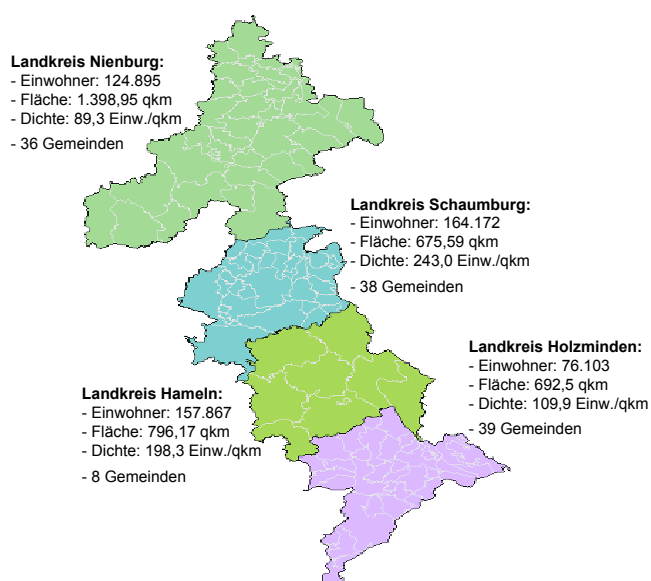


Abbildung 2: Das Weserbergland^{plus}

Quelle: eigene Darstellung MCON 2009, Datengrundlage LSKN-Online, Tabelle Z1000014, Stand 2007

Das Weserbergland^{plus} verfügt über einen hohen Anteil an Landwirtschafts- und Waldflächen (Geschäftstelle REK Weserbergland 2001: 14). Im regionalen Analysereport des Niedersächsischen Instituts für Wirtschaftsförderung sind alle vier Landkreise dem ländlichen Raum zugeordnet (vgl. NIW 2008: XVII-XVIII). Dabei zählen die Landkreise Nienburg und Schaumburg zum Mittelwesergebiet und die Landkreise Hameln-Pyrmont und Holzminden zur Oberweser (vgl. ebenda).

Die eher geringe Einwohnerdichte von zusammen rund 145 Einwohnern pro Quadratkilometer Fläche (siehe Anhang II) bestätigt den ländlich geprägten Charakter der Region (vgl. NIW 2008: 3). Aufgrund der hohen Bewaldung, dem Mittelgebirge und der Weser ist das Weserbergland überregional bekannt als naturnaher Erholungsraum mit Kur- und Heilbäder-Ortschaften³² (URL: Weserbergland-Tourismus, 2009).

³² Mehr zu den Kur- und Bäderorten der Region in Punkt 3.4.3.

Durch eine S-Bahn-Anbindung und diverse Nahverkehrszüge sind alle Landkreise mit den öffentlichen Verkehrsmitteln im halb- oder stündlichen Takt direkt zu erreichen. Mit dem Flugzeug können die Flughäfen der niedersächsischen Städte Hannover, Paderborn oder Münster/Osnabrück angeflogen werden. Von dort aus gibt es öffentliche Verkehrsverbindungen in die Gemeinden der Landkreise des Weserberglands (vgl. ebenda). Hameln-Pyrmont ist dabei nahezu vollständig und die beiden Kurorte in Schaumburg sind gänzlich über eine S-Bahnanbindung mit einer Direktverbindung zum bzw. vom Flughafen Hannover verbunden. Für den Kraftverkehr ist die Region mit einer Straßenverkehrsinfrastruktur ausgestattet, die in Bezug auf die Autobahnanbindung nicht flächendeckend ist. Einzig der Landkreis Schaumburg ist direkt über eine Autobahn zu erreichen. Sie verläuft durch Schaumburg von Osten nach Westen bzw. umgekehrt. Alle anderen Landkreise sind über Schnell- bzw. Hauptverkehrsstraßen mit einander bzw. den nächstgelegenen Autobahnen verbunden.

3.3 Demographische und sozioökonomische Merkmale der Region

Die Weserbergland^{plus}-Region ist von einem vergleichsweise starken Bevölkerungsrückgang betroffen, der u.a. mit einem generellen Rückgang der Zuwanderungsraten zusammenhängt (vgl. NIW 2008: 12 ff.). Sie erklärt sich aus einer schlechten Arbeitsmarktlage im ländlichen Raum. Besonders kritisch wird die Lage für die Landkreise Holzminden und Hameln-Pyrmont eingeschätzt. Im niedersächsischen Landesvergleich haben diese beiden Landkreise anhaltend den höchsten Bevölkerungsverlust zu verzeichnen (vgl. NIW 2007: 29).

Dem Niedersächsischem Institut für Wirtschaftsforschung und dem statistischen Landesamt nach, besteht eine signifikante Überalterung im gesamten Weserbergland. Dies drückt sich in dem niedrigen Anteil junger erwerbstätiger Menschen sowie dem zugleich höheren Anteil an älteren Erwerbstätigen und Ruheständlern aus (vgl. NIW 2007: 20-23; URL: LSKN-Online: Tabelle Z1010111, 2009). Entsprechend ist der Anteil an Kindern und jungen Menschen im Weserbergland eher gering. Dies wirkt sich auf die Betreuungs- und Bildungsangebote im Bereich der frühkindlichen Erziehung, Betreuung und Bildung aus³³. Generell stellt sich die diesbezügliche Situation in den ländlichen Räumen Niedersachsens schlechter dar, als in den Städten und Metropolregionen (vgl. NIW 2008: 115). Folgerichtig erstreckt sich der demographische Wandel auch auf die allgemeine und berufliche Bildung bzw. Ausbildung sowie auf den Hochschulbereich.

³³ Die detaillierte Beschreibung der frühkindlichen Erziehung, Betreuung und Bildung durch Kindergärten, Vorschulen sowie Grundschulen und andere Erziehungs- und Schulungseinrichtungen kann in dieser Arbeit nicht geleistet werden. Die Autorin macht jedoch darauf aufmerksam, dass dies ebenfalls wichtige Themen für eine positive regionale Entwicklung sind. Dies gilt sowohl aus ökonomischen als auch aus gesundheitswissenschaftlichen Gesichtspunkten (vgl. RÜTTEN 2000). Eine flächendeckende und förderliche Infrastruktur in diesen Bereichen wirkt sich letztendlich positiv auf das Arbeitskräftepotenzial einer Region aus, unabhängig von der Branche (NIW 2008).

Ferner lässt sich anhand der niedersächsischen Pflegestatistik errechnen, dass zusammengenommen 10.785 Pflegebedürftige in der Region leben (siehe Anhang II). Auf 1.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter kommen 58 Pflegebedürftige, die in einer Pflegeeinrichtung leben. In der ambulanten Pflege sind es knapp 33 Personen. Das Weserbergland verfügt somit über mehr (hoch)betagte Pflegebedürftige als das für Niedersachsen durchschnittlich der Fall ist. Bezogen auf dieselbe Vergleichsgröße von 1.000 Personen älter oder gleich 65 Jahre leben 49 Pflegebedürftige in Heimen und 34 Pflegebedürftige werden durch einen Pflegedienst versorgt (vgl. LSKN 2009: 10; 17).

3.3.1 Ausbildungsbereiche in der Gesundheitswirtschaft

Auszubildende mit gesundheitswirtschaftlichem³⁴ Bezug in ihrem Berufsbild sind zu 18,1 Prozent im Weserbergland vertreten. 82,6 Prozent davon machen eine Ausbildung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen. Auszubildende haben über 30 Möglichkeiten die jeweiligen Berufe an Schulen zu erlernen. Die meisten Möglichkeiten bieten die Landkreise Hameln-Pyrmont (n = 12) und Schaumburg (n = 13). Den größten Anteil decken die beruflichen Schulen im Bereich der Kranken- und Altenpflege³⁵ ab (Abb. 3). Die Schulen für Ausbildungsberufe aus dem Bereich der Kranken- und Gesundheitspflege sowie Pflegehilfe und Hebammen bzw. Entbindungspfleger sind an regionale Krankenhäuser angliedert. Keines der Krankenhäuser wird in Form einer rein öffentlichen Trägerschaft betrieben (vgl. LSKN₁ 2009: 5-6).

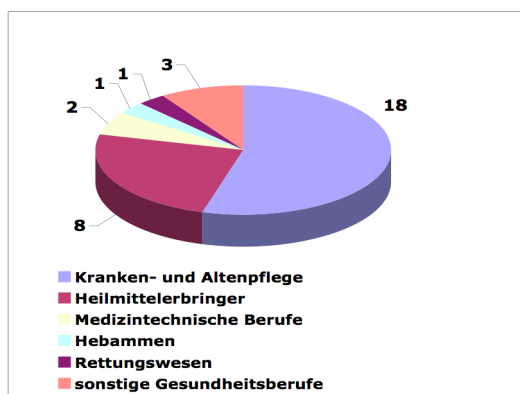


Abbildung 3: Berufsschulen im Gesundheitswesen im Weserbergland^{plus}

Quelle: LSKN₁ 2008; URL: Kultusministerium 2009

³⁴ Die Bereiche ‚Medizin-, Meß-, Steuer- und Regelungstechnik sowie Optik‘, ‚Forschung und Entwicklung‘, ‚Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung‘, das ‚Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen‘ sowie ‚Kultur, Sport und Unterhaltung‘ werden in der amtlichen Statistik jeweils zusammengefasst dargestellt. Entsprechend können die Angaben auch einen Anteil von Auszubildenden enthalten, die nicht in der Gesundheitswirtschaft tätig sind (eigene Anmerkung).

³⁵ Es befinden sich sechs Schulen für Kranken- und Gesundheitspflege, eine Hebammenschule und sechs Schulen für Altenpflege im Landkreis. Darüber hinaus bieten die verschiedenen Schulträger in den Landkreisen Ausbildungen für Krankenpflegehilfe, Pflegehilfe und Altenpflegehilfe an.

Darüber hinaus bieten zwei private Schulträger im Landkreis Schaumburg ein besonders vielfältiges Ausbildungsangebot für Gesundheitsberufe an. Die Struktur der beiden Schulen ist dabei homogen auf den Berufschwerpunkt der Heilmittelerbringer³⁶ ausgerichtet. Zusammen decken sie nahezu 100 Prozent dieser Ausbildungsbereiche im Weserbergland ab. Die Ausbildung zum Pharmazeutisch-Technischen- oder Chemisch-Technischen-Assistenten kann nur in einer der beiden Schulen absolviert werden (vgl. URL: Niedersächsisches Kultusministerium, 2009).

Betriebe, die in Gesundheitshandwerksberufen ausbilden (Abb. 4) lassen sich in drei der vier Landkreise ermitteln. Die Berufsschulen, die für den theoretischen Teil der Ausbildung verantwortlich sind, befinden sich nicht in den entsprechenden Landkreisen (siehe Anhang III).

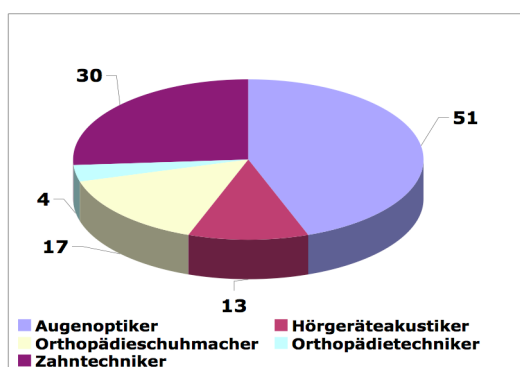


Abbildung 4: Ausbildungsbetriebe im Weserbergland^{plus}

Quelle: Handwerkskammern Hannover und Hildesheim, *Zahlenspiegel 2008*

Unter den Auszubildenden des Weserberglandes entsteht somit ein Arbeitskräftepotenzial in der Gesundheitswirtschaft von 105 Personen pro 10.000 Erwerbstätige. Dieser Wert liegt 30,5 Personen unter dem niedersächsischen Durchschnitt (vgl. URL: LSKN-Online, Tabelle Z70G3218, 2009). Insbesondere in den Dienstleistungsbereichen aus dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, im Sport- und Kulturgewerbe und in sonstigen Dienstleistungsbereichen hat das Weserbergland ähnlich hohe Ausbildungszahlen wie der Rest Niedersachsens (vgl. ebenda). Die Auszubildenden insgesamt werden ebenfalls in der Bruttowertschöpfung der gesundheitswirtschaftlichen regionalen Arbeitskraft erfasst. Mit einem Unterschied von knapp 31 Auszubildenden pro 10.000 Erwerbstätige (s.o.) weniger, zeigt sich für diesen Bereich des Gesundheitssektors ein nahezu ebenso großes Ausbildungspotenzial wie im Rest des Landes.

³⁶ Hierzu gehören Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen, Masseur und medizinische Bademeister.

3.3.2 *Qualifizierung im Weserbergland^{plus}*

Die Mittelweser-Region, entsprechend auch die Landkreise Schaumburg und Nienburg, hat im landesweiten Vergleich die geringste Quote von hochqualifizierten Beschäftigten. Die Oberweser, mit Holzminden und Hameln-Pyrmont, positioniert sich im Vergleich zum sonstigen ländlichen Raum auf einem Spitzenplatz (vgl. ebenda: 111).

Begründet ist die vergleichsweise hohe Quote möglicherweise u.a. durch die Hochschule für Angewandte Wissenschaften und Kunst in Holzminden. Sie bietet Studiengänge aus dem Bereich des Bau- und Architekturwesens, des Ingenieurwesens, dem Management- und Wirtschaftsbereich sowie dem Sozialwesen. Die Hochschule wird getragen von den Landkreisen Hildesheim, Göttingen und Holzminden. Insgesamt hat Holzminden 860 Studenten (vgl. URL: HWAK-Holzminden, 2009).

Ein weiteres Qualifizierungspotenzial beinhalten die Weserbergland AG und Wirtschaftsakademie Weserbergland. Die Weserbergland AG ist ein innovatives Unternehmensnetzwerk zur Wirtschaftsförderung der Region, mit Geschäftssitz in Hameln. Sie bindet drei der vier Landkreise der Weserbergland^{plus}-Region in ihr Netzwerk ein (vgl. URL: WBL-AG, 2009). Das Thema Gesundheitswirtschaft spielt, den Interntauftritten zur folge, für die AG bislang keine Rolle.

Die Wirtschaftsakademie ist ein Zusammenschluss der vier Volkshochschulen der Landkreise. Sie wird von den Volkshochschulen und von der REK-Weserbergland^{plus} getragen. Für Unternehmen und Beschäftigte verschiedener Wirtschaftszweige bietet die Akademie „maßgeschneiderte Weiterbildungen“ (URL: Wirtschaftsakademie, 2009) an. Auf der Angebotsseite finden sich derzeit 48 Schulungsseminare, verteilt auf sieben Schulungsbereiche. Im Schulungsbereich „Gesundheitsprävention“ werden für das Jahr 2009 keine Kurse angeboten (vgl. URL2: Wirtschaftsakademie, 2009). 2008 wurden insgesamt drei Kurse in Nienburg angeboten. Zwei bezogen sich dabei auf die berufliche Gesundheitsförderung. Ein Kurs fand zum Thema „Veränderte Versorgungsstrukturen in der ambulanten und stationären Pflege“ statt (ebenda).

3.3.3 *Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung*

Wesentliche Informationen über den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung liefern die regionalen Sterbedaten (vgl. BEAGLEHOLE et al. 1997: 38). Im Jahr 2007 wurden für die vier Landreise zusammen 6.400 Todesfälle gemeldet. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Regionen mit den jeweils unterschiedlichen Bevölkerungsgrößen herstellen zu können, wurden die Sterbeziffern in der Statistik auf 10.000 bzw. 100.000 Lebende bezogen (vgl. LSKN₂ 2009: 4) Dabei können für die Region Weserbergland Unterschiede im Landesvergleich und bezirksregionalen Vergleich festgestellt werden.

Während in Niedersachsen rund 103 Todesfälle auf 10.000 Einwohner³⁷ kamen, starben in der Bezirksregion Hannover durchschnittlich zwei Personen mehr. In Hameln-Pyrmont dagegen erhöht sich die Zahl auf rund 125 Personen. In Holzminden sind es sogar 137 verstorbene Personen pro 10.000 (vgl. ebenda: 16-18, 20). Durchschnittlich sterben in den Landkreisen der Weserbergland-^{plus}-Region 122 Menschen pro 10.000 Einwohner. Lediglich in der Altersgruppe der 75-jährigen und älteren Personen konnten Unterschiede in der Anzahl der Sterbefälle ausgemacht werden (siehe Anhang IV). In den Landkreisen des Weserberglandes sterben durchschnittlich mehr Personen in dieser Altersgruppe je 10.000 Einwohner als im Rest des Landes.

Die Todesursachen der Weserbergländer unterscheiden sich ebenfalls bei bestimmten Erkrankungen vom Rest Niedersachsens. Insbesondere Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen weichen von den Landeswerten ab (siehe Anhang IV)³⁸.

Ein weiterer Kernindikator für eine positive (gesunde) Entwicklung einer Region ist die Arbeitsmarktsituation (vgl. NIW 2008: 27). Das Weserbergland zählt zu einer Region, deren Bevölkerung in negativer Weise von dem Indikator ‚Arbeitslosigkeit‘ betroffen ist. Häufig bedingt Arbeitslosigkeit und / oder ökonomische Unsicherheit ein höheres Erkrankungsrisiko für diejenigen, die davon betroffen sind (vgl. RÜTTEN 2000: 185). Die Arbeitslosenstatistiken und die Zahlen derer, die als ‚erwerbsfähige Hilfebedürftige‘ gelten, wurden u.a. für das Weserbergland sehr ausführlich in dem aktuellen Regionalbericht der NIW ausgewertet. Hierbei zeigt sich deutlich, dass insbesondere die Landkreise Hameln-Pyrmont und Holzminden *„überdurchschnittlich hohe soziale Probleme“* (NIW 2008: 37) haben. Auf 100 Erwerbstätige kommen durchschnittlich 12-14 Menschen, die vom Arbeitslosengeld II leben. Tatsächlich gehört der Landkreis Hameln-Pyrmont mit zu den Landkreisen in Niedersachsen, welche die höchste Arbeitslosenquote aufweisen (vgl. ebenda: 30).

Inwieweit die überdurchschnittlich hohen Sterbeziffern der Region Weserbergland^{plus} und die überdurchschnittlich hohen sozialen Probleme im Zusammenhang stehen, kann in dieser Arbeit nicht überprüft werden.

3.4 Regionale Wertschöpfungsmerkmale

Arbeitskraft

Die Bruttowertschöpfung der Weserbergländer liegt 2006 anteilig bei knapp sechs Prozent von der Bruttowertschöpfung im übrigen Niedersachsen (URL: LSKN-Online, Tabelle K9990221, 2009). Der Bereich Landwirtschaft nimmt in der Bruttowertschöpfung den kleinsten Anteil ein, sie befindet sich im Landesdurchschnitt von 1,6 Prozent. Der Dienstleistungsbereich mit den Segmenten

³⁷ Niedersachsen liegt leicht über dem Bundesdurchschnitt von 100,5 Verstorbenen pro 10.000 Einwohner im Jahr 2007 (vgl. URL: GBE-Bund, 2009).

³⁸ Dieser Abschnitt soll lediglich einen kurzen Überblick über den anzunehmenden Gesundheitszustand der Bevölkerung geben. Auf eine Errechnung des mittleren Sterbealters wurde daher verzichtet.

Gastverkehr, Verkehr und Handel fällt, mit vier Prozent unter unterdurchschnittlich aus (vgl. ebenda). Der Bereich der öffentlichen und privaten Dienstleistungen³⁹ liegt hingegen mit einem Anteil von 24,6 Prozent der Bruttowertschöpfung um 1,3 Prozent über dem Landeswert.

Die Bruttowertschöpfung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten mit gesundheitsrelevantem Bezug liegt 2006 bei ca. 10,7 Prozent. Die Berechnung der Tabelle 2 bezieht sich auf die folgenden Gesundheitsdienstberufe:

- Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
- Medizin-, Mess-, Steuer- und Regelungstechnik, Optik
- Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen
- Apotheken, Facheinzelhandel mit medizinischen Artikeln
- Forschung und Entwicklung im Bereich Natur- und ähnlichen Wissenschaften
- Sozialversicherung u. Arbeitsförderung
- Gesundheitswesen (Anhang V)
- Sozialwesen (Anhang V)
- Erbringung von Sportdienstleistungen
- Sonstige Dienstleistungen

Region	Bruttoinlandsprodukt 2006 insgesamt in Mio. Euro	Bruttowertschöpfung z. H. 2006 in Mio. Euro	BIP-Anteil des "Gesundheitssektors" 2006	BIP-Anteil des "Gesundheitssektors" 2006 in Prozent	Bruttowertschöpfung z. H. des "Gesundheitssektors" 2006 in Mio. Euro
Weserbergland ^{plus}	11.388	10.270	1.331	11,7	1.100
Hamelnd-Pyrmont	4.092	3.690	521	12,7	470
Holzminden	1.689	1.523	153	9,1	38
Nienburg (Weser)	2.589	2.335	281	10,9	254
Schaumburg	3.018	2.722	375	12,4	338

Tabelle 2: Gesundheitswirtschaftliche Bruttowertschöpfung Erwerbstätiger im Weserbergland

Quelle: Berechnung nach eigener Zusammenstellung, Datengrundlage LSKN-Online, Stand 2006

Laut statistischem Landesamt Niedersachsen arbeiten niedersachsenweit 803 pro 10.000 Erwerbstätige in einem mit Gesundheitswirtschaft assoziierten Beruf⁴⁰. In den Landkreisen des Weserberglands sind es dagegen durchschnittlich rund 870 pro 10.000 Erwerbstätige. Die meisten davon stammen aus dem Landkreis Hamelnd-Pyrmont (1.107/10.000 Erwerbstätige), gefolgt vom Landkreis Schaumburg (957/10.000 Erwerbstätige). Der Landkreis mit den geringsten Erwerbstätigen-

³⁹ Zu den öffentlichen und privaten Dienstleistungen werden in der Landesstatistik die Wirtschaftszweige ‚L bis P‘ gezählt, wobei unter dem Buchstaben ‚N‘ der Bereich Gesundheit-, Veterinär- und Sozialwesen gefasst ist (siehe Anhang V).

⁴⁰ Auf Bundesebene arbeitet jeder neunte in einem mit Gesundheitswirtschaft assoziierten Beruf (vgl. URL: Destatis, 2009)

zahlen aus der Gesundheitsbranche ist Nienburg (Weser) mit 699 Erwerbstätigen je 10.000. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2007 (eigene Berechnung, siehe Anhang VI). Anhand welcher Berufsgruppen sich das gesundheitswirtschaftliche Arbeitsmarktpotenzial im Einzelnen aufteilt, kann in der Einzelaufstellung der Berufsgruppen im ‚Anhang VII‘ nachvollzogen werden.

Unternehmen

Im Weserbergland weisen 1.230 Unternehmen⁴¹, Betriebe und Organisationen nach dem Zwiebelmodell von HILBERT et al. (siehe Punkt 2.4) einen Bezug zur Gesundheitswirtschaft auf. Wird die Zahl auf den Kernbereich und den Vorleistungs- und Zulieferbereich beschränkt, reduziert sich die Anzahl auf 564 Unternehmen. Die Angaben beziehen sich auf die Umsatzsteuerstatistik 2006 des Niedersächsischen Statistikamts. Der prozentuale Anteil von Unternehmen im Kernbereich, im Bereich der Vorleister- und Zulieferindustrie und im Randbereich der Gesundheitswirtschaft befindet sich hier leicht über dem Landeswert. Zusammengenommen beträgt ihr Anteil an den Wirtschaftszweigen insgesamt 7,35 Prozent. Damit liegt das Weserbergland über dem Landeswert Niedersachsens, der 7 Prozent beträgt (siehe Anhang VIII). Das Weserbergland ist mit einem Anteil von knapp vier Prozent am Gesamtumsatz und mit 6,5 Prozent der Unternehmen an der niedersächsischen Gesundheitswirtschaft beteiligt. Zu berücksichtigen ist bei der Darstellung der steuerbaren Umsätze, dass Einrichtungen wie Krankenhäuser, Arztpraxen und Heilmittelerbringer im Bezug auf medizinische Leistungen umsatzsteuerbefreit sind. Gleiches gilt für die sozialen Leistungen von Einrichtungen wie Schulen. Die Umsätze aus dem Kernbereich sind daher anhand der Umsatzsteuer nicht repräsentativ abbildbar.

Die Umsatzsteuerstatistik lässt allerdings für einen Großteil der Branchen aus der Vorleister- und Zulieferindustrie sowie für den Randbereich das Ausmaß Umsatzleistungen der regionalen Gesundheitswirtschaft erkennen (vgl. SCHNEIDER et al. 2003: 66).

Der Anteil des steuerbaren Umsatzes aus der Gesundheitswirtschaft beträgt im Bereich der Vorleister- und Zulieferindustrie⁴² 20,6 Prozent im Weserbergland. Für Niedersachsen insgesamt beträgt dieser Anteil 36,31 Prozent. Im Randbereich weist das Weserbergland einen überdurchschnittlichen Umsatzwert von 13,36 Prozent auf. Besonders beeindruckend ist hierbei die Umsatzleistung aus dem Bereich Wellness und Beauty. Er trägt mit über 60 Millionen Euro steuerbarem Umsatz einen Anteil von 82,7 Prozent am Gesamtumsatz des Randbereiches bei. Im Vergleich dazu nimmt die Umsatzleistung dieses Bereichs landesweit 64 Prozent ein (siehe Anhang VIII).

⁴¹ Exklusive Tourismusbranche und Gastgewerbe.

⁴² Exklusive Industrie und Herstellung pharmazeutischer Produkte. Diese werden ausschließlich für den Gesamtbereich Niedersachsen abgebildet. Explizit für die Landkreise des Weserberglandes unterstehen diese Daten der Geheimhaltung durch das statistische Landesamt Niedersachsen.

3.4.1 *Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft*

Wie in 2.4 bereits erwähnt, werden zum Kernbereich die medizinisch-ambulanten und -stationären Versorgungsbereiche gezählt, inklusive dem Pflege⁴³-, Kur- und Rehabilitationssektor sowie der Bereich der Apotheken und die übrigen Heilmittelerbringer.

Das Kur- und Bäderwesen wird entgegen der Einteilung von HILBERT et al. nicht mit im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft vorgestellt. Viele Leistungen dieses Sektors fallen aufgrund zahlreicher Budgetierungen und Zuzahlungsverpflichtungen in den Randbereich. Leistungen dieses Bereiches werden zunehmend als medical Wellness-Angebote verkauft (siehe Punkt 1.2). Die Beschreibung dieses Bereiches wird daher unter Punkt 3.4.3 erfolgen.

Aufgrund der Fülle der Daten und des zur Erstellung dieser Arbeit vorgesehenen Zeitrahmens ist es hier nicht möglich, jeden Unternehmensbereich im Detail vorzustellen. Die Auswahl wird sich im Kernbereich auf den Krankenhaussektor sowie den stationären Vorsorge- und Rehabilitationsbereich beziehen. Der ambulant-ärztliche und zahnärztliche Versorgungsbereich sowie die Apothekenversorgung werden weniger ausführlich vorgestellt.

3.4.1.1 *Ambulante Versorgungsbereiche*

Wie erwähnt teilt sich der ambulante Versorgungsbereich in verschiedene Bereiche, von denen in der Folge nur eine Auswahl beschrieben wird.

Im ambulant ärztlichen Bereich sind 773 Ärzte tätig, das entspricht einem Anteil von rund 39,2 Prozent der gesamten Ärzteschaft im Weserbergland. Davon arbeiten über 93,4 Prozent als niedergelassene Ärzte, die Übrigen sind angestellte Ärzte. 68,4 Prozent der ambulanttätigen Ärzte sind männlich. Fachärzte mit der Berufsbezeichnung ‚Allgemeinmediziner‘ sind die am stärksten vertretene Ärztegruppe mit 265 Personen. Sie arbeiten zu knapp 97 Prozent als selbständig niedergelassene Ärzte. Unter den angestellten Medizinern bilden Ärzte ohne Facharztbezeichnung die größte Gruppe mit 41 Prozent (siehe Anhang IX). Laut der Bedarfsplanung⁴⁴ der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen verfügt die gesamte Region über eine annähernd lückenlose medizinische

⁴³ Einrichtungen und Unternehmen des Pflegesektors, können in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden. Angaben zum Umfang und Art der Einrichtungen können den entsprechenden Pflegestatistiken des Niedersächsischen Statistikamts entnommen werden. Die Autorin recherchierte hierzu, dass von den 135 Alten- und Pflegeheimen über 100 in unterschiedlicher Trägerschaft sind (vgl. URL: LSKN-Online, Tabelle K2803001, 2009). Ebenso kann der Bereich der Heilmittelerbringer nicht abgebildet werden. Die Rechercheergebnisse aus dem Verzeichnis der ‚Gelben Seiten‘, der ‚Industrie- und Handelskammer Hannover‘ sowie der unterschiedlichen Berufsverbände variieren stark. Zu diesem Bereich kann daher keine präzise Aussage gemacht werden. Auf das Verzeichnis der gesetzlich zugelassenen Heilmittelerbringer in der Region erhielt die Autorin keinen Zugriff. Das statistische Landesamt Niedersachsen führt hierzu keine entsprechende Statistik. Sie werden unter Vorbehalt der Richtigkeit dieser Angaben im Anhang VII als Berufsgruppe mit aufgeführt.

⁴⁴ Die Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte soll eine Über- bzw. Unterversorgung mit Fachärzten in einem regionalen Kontext vorbeugen. Der Planungsbedarf errechnet sich aus dem „Verhältnis der Zahl der Einwohner zur Zahl der zugelassenen Vertragsärzte in einem bestimmten Planungsbereich“ (URL: GBA₁, 2009). Weitere vertiefende Literatur zur Struktur und dem Vergütungssystem im ambulant ärztlichen Sektor bietet HAJEN 2008 in Gesundheitsökonomie Kapitel 6.

Versorgung durch niedergelassene Kassenärzte. Diese Angaben lassen sich nur auf die zulassungsbeschränkten Facharztbereiche beziehen (vgl. URL: KVN, 2009).

Allgemein wird eine 100-Prozent-Versorgung für den ländlichen Raum in der Gruppe der Hausärzte angenommen, wenn ein Hausarzt auf 1.474 Einwohnern kommt. Im Vergleich zwischen den einzelnen Landkreisen ist Hameln-Pyrmont mit 575 bis 781 Einwohnern pro Arzt am Besten versorgt. Schaumburg und Holzminden sind mit jeweils 718 bis 851 Einwohnern pro Arzt versorgt. Nienburg (Weser) hat die geringste Versorgungsdichte bei 910 bis 1608 Einwohnern pro Arzt (vgl. SCHWEIGHART 2008: 12-13, Stand 2006). Drei der interviewten Experten weisen daraufhin, dass die derzeitige ‚100-Prozentige Versorgung‘ im Weserbergland nicht von Dauer sein wird. Bereits heute zeichnet sich die regionale Ärzteschaft durch einen hohen Altersdurchschnitt aus. Nachwuchskräfte für die Praxen der älteren Ärzte fehlen. Sie fordern eine stärkere Vernetzung und Zentralisierung der niedergelassenen Ärzte in den ländlichen Regionen des Weserberglandes (siehe Punkt 4.2.3.3). Aktuell ist für den Landkreis Schaumburg die Zulassungsbeschränkung für einen Nervenarzt aufgehoben worden. Im Landkreis Nienburg gibt es freie Arztsitze für einen Kinderarzt und fünf Hausärzte (vgl. URL: KVN, 2009).

Darüber hinaus konnten in der Region acht Medizinische Versorgungszentren⁴⁵ (MVZ) ermittelt werden (siehe Anhang X). Fünf befinden sich im Landkreis Holzminden, eines im Landkreis Nienburg, eines im Landkreis Schaumburg und eines im Landkreis Hameln-Pyrmont, in Bad Münder. Bis auf ein MVZ im Landkreis Holzminden befinden sich alle weiteren in Trägerschaft eines lokalen Krankenhausbetreibers. Zwei Krankenhausträger teilen sich die Trägerschaft für ein MVZ und halten jeweils 50 Prozent der Anteile (vgl. Evangelisches Krankenhaus Holzminden gGmbH / ProDiako 2008: o.S.).

Die regionale Versorgung mit Zahnärzten unterliegt seit 2007 keiner Bedarfsplanung mit Zulassungssperrung (vgl. URL: GBA₂, 2009). Die Zahnärztliche Versorgung in der Region Weserbergland stellt sich wie in Tabelle 3 abgebildet dar.

⁴⁵ Von MVZ's wird in der Zukunft ein hohes gesundheitswirtschaftliches Potenzial ausgehen. An der Schnittstelle zum Krankenhaus kann von einer hohen Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgegangen werden. Geräte werden gemeinsam genutzt und Doppeluntersuchungen vermieden (vgl. HAJEN 2008: 142).

Region	gesamt:	Davon				
		Praxen	ohne zahn- ärztliche Tätigkeit	Zahnärzte in unselbständiger Stellung	davon kieferor- thopädische Praxen	davon oral- chirurgische Praxen
Land Niedersachsen	7243	5382	1032	829	232	59
Weserbergland^{plus}	436	338	61	37	14	0
Hameln-Pyrmont	139	111	20	8	4	0
Holzminden	53	37	6	10	2	0
Nienburg	101	81	11	9	3	0
Schaumburg	143	109	24	10	5	0

Tabelle 3: Zahnärzte im Weserbergland^{plus}

Quelle: Zahnärztekammer 2008/2009, Statistik auf Anfrage erhalten

Im Weserbergland gibt es zum Jahresende 2008 insgesamt 149 Apotheken. Laut Apothekenkammer arbeiten 1053 dauerhaft Beschäftigte in den Apotheken (siehe Anhang IX). Nicht mit einbezogen sind Auszubildende und Praktikanten (Abb. 5). 2006 erwirtschaften 139 Apotheken einen Gesamtumsatz von 242,5 Mio. Euro, was einem Anteil von 6,6 Prozent der Apothekenumsätze von Niedersachsen entspricht (siehe Anhang VIII), bei einem Beschäftigungsanteil von 5,8 Prozent (vgl. URL LSKN-Online, 2009, Tabelle K70G3031).

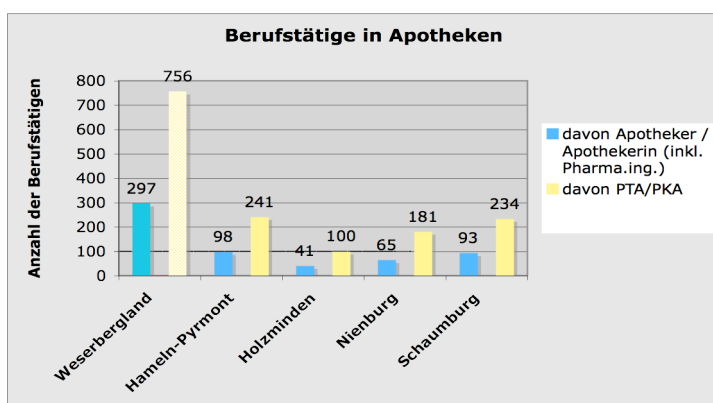


Abbildung 5: Beschäftigte im Apotheken 2008

Quelle: Apothekenkammer, Stand 2008

3.4.1.2 Stationäre Versorgungsbereiche

Für den stationären Versorgungsbereich, bestehend aus Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, ergeben sich diverse betriebswirtschaftliche und strukturelle Unterschiede.

Die Vergütung basiert für Krankenhäuser auf dem Prinzip der Fallpauschalen nach dem System der Diagnoses Related Groups (DRG). Hierbei ergeben Hauptdiagnosen zusammen mit Nebendiagnosen und Komplikationen den Schweregrad einer Erkrankung. Zusammen mit dem ökonomischen Ressourcenaufwand für alle Behandlungsfälle entsteht der sogenannten Case Mix Index (CMI).

Der Einsatz medizintechnischer Großgeräte, aufwendige Operationen mit z.B. Implantateinsätzen oder komplexe Behandlungsabläufe haben einen höheren CMI als eine beispielsweise einfache Geburt. Aus dem CMI errechnet sich später das Entgelt, das ein Krankenhaus für seine Leistung erhält. Je höher der CMI einer Klinik bzw. einer Fachabteilung desto mehr Entgelte erzielt sie. Bis 2009 wurden außerdem zwischen den Krankenhäusern und Bundesländern landesspezifische Basisfallwerte ausgehandelt, durch die regionale Besonderheiten berücksichtigten sollten (vgl. HAJEN 2008: 192-196)⁴⁶.

Für Rehabilitationseinrichtungen gestaltet sich das Vergütungssystem anderes. Es ist durch eine ‚monistische‘ Finanzierung gekennzeichnet. Alle Leistungsartenkosten, inklusive Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen, werden auf der Basis von Pflegesätzen erstattet. Die Pflegesatzverhandlungen erfolgen zwischen Kostenträgern (Rentenversicherung und GKV) und Einrichtungsbetreibern. Pro Patient erhält die Einrichtung einen Tagespflegesatz (vgl. BORGES et al. 2007: 13)

Weitere wichtige Merkmale zu Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen lassen sich der Tabelle 4 entnehmen.

Parameter	Krankenhäuser	Rehabilitationseinrichtungen
Trägerschaft (erste Nennung ist die bundesweit häufigste Form)	Öffentlich/Freigemeinnützig/Privat	Privat/Freigemeinnützig/Öffentlich
Versorgungsplanung/-steuerung	Länder, Regulär durch den Krankenhausplan	Dezentral, durch unterschiedliche Kostenträger
Planungssicherheit der Leistungserbringer	Bedingt durch den KH-Plan	Nicht gegeben
Haupteinweiser	Niedergelassene Ärzte	Rehabilitationsträger
Finanzierung	Dual	Monistisch
Vergütung <i>Betriebskosten</i> <i>Investitionskosten</i>	DRG-Fallpauschalen <i>DRG-Fallpauschalen</i> <i>Länderförderung KHG</i>	Pflegesätze <i>Pflegesätze</i> <i>Pflegesätze</i>
Preisfindung	Kalkulation auf Ist-Kostenbasis	Unbekannt
Investitionsstau	Sehr hoch	Hoch
Kostenträger	GKV, PKV	GRV, GKV
Wichtigste Finanzierungsquellen	Förderung nach KHG, Fremd-/Eigenfinanzierung	Fremd-/Eigenfinanzierung

Tabelle 4: Merkmale Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen

Quelle: Borges, Hofmann, Zimolong 2007

Um den stationären Versorgungsbereich im Weserbergland in Bezug auf die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen detailliert darzustellen, verwendet die Autorin objektive Parameter,

⁴⁶ Für weitere Informationen zum DRG-Entgeltesystem der Krankenhäuser kann die offizielle Internetseite des Institut für das Entgeltesystem im Krankenhaus (InEK) besucht werden: www.g-drg.de.

wie z.B. fachspezifische Versorgungsschwerpunkte, die anhand der Betten- und Fallzahlen gemessen werden. In der Summe ergeben sich zur Darstellung und Analyse die folgenden Indikatoren:

- Personalstärke
- Trägerschaft, Art und Anzahl der Krankenhäuser
- Jahresumsätze
- Stationäre Behandlungs- und Prozedur- Fallzahlen
- Bettenkapazität
- Öffentlichkeit & Kommunikation
- Kooperation & Besonderheiten
- Erreichbarkeit

3.4.1.2.a Krankenhäuser

2007 beschäftigte der Krankenhaussektor 3.832 Menschen im Weserbergland. Er ist somit der größte Beschäftigungssektor innerhalb der regionalen Gesundheitswirtschaft (siehe Anhang VII). Insgesamt verfügt die Region Weserbergland^{plus} über 16 Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag nach §3 Abs. 3 Nds. KHG und §108 Nr. 2 SGB V. Sechs Krankenhäuser befinden sich im Landkreis Hameln-Pyrmont, fünf im Landkreis Schaumburg, drei im Landkreis Holzminden und zwei im Landkreis Nienburg (siehe Anhang XI). Zu berücksichtigen ist, dass das *Krankenhaus St. Georg* eine ausgegliederte Einrichtung des *Badhildiskrankenhauses* in Bad Pyrmont, Landkreis Hameln-Pyrmont, darstellt. Sie verfügt ausschließlich über Kapazitäten zur internistischen Versorgung. Beide Häuser gemeinsam stellen die Grundversorgung sicher (vgl. Ev. Bathildiskrankenhaus Bad Pyrmont gGmbH 2008: o.S.). Die fachliche Ausrichtung der einzelnen Häuser kann dem Anhang XI entnommen werden.

Sechs Krankenhäuser sind Fachkliniken (siehe Anhang XI). Sechs Krankenhäuser verfügen über Intensivstationen. Darunter zwei sogenannte ‚Stroke Unit‘-Abteilungen, zur Versorgung neurologischer intensivpflichtiger Notfälle (vgl. Qualitätsberichte Ev. Bathildiskrankenhaus Bad Pyrmont gGmbH & Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf 2006).

Vier Krankenhäuser befinden sich in privater und eines in teilprivater⁴⁷ und teilöffentlicher Trägerschaft. Elf Kliniken befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Darunter gehören sechs Häuser dem diakonischen Träger *ProDiako gGmbH* an. Die *ProDiako* ist der Träger mit den meisten Krankenhäusern im Weserbergland. Ein Krankenhaus befindet sich in öffentlicher Trägerschaft (siehe Anhang XI). Lediglich für elf Krankenhäuser konnten Umsatzdaten ermittelt werden⁴⁸. Sie

⁴⁷ Das sich in teilprivater Trägerschaft befindende Krankenhaus gehört zu 49 Prozent der Klinikette Sana-AG mit 40 Kliniken bundesweit und einem jährlichen Umsatz von 946 Millionen Euro (vgl. URL: Sana-AG, 2009).

⁴⁸ Die Umsatzdaten beziehen sich auf das Jahr 2007. Sie wurden den Jahresfinanzberichten der Häuser entnommen, sofern diese im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht wurden. Ein Teil der Daten wurde im persönlichen Telefon-

erwirtschaften zusammen einen Jahresumsatz von rund 230,5 Millionen Euro (siehe Anhang XI). Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft verfügt nicht über Umsatzdaten der Kliniken, konnte jedoch Auskünfte über die Erlöse aus den erbrachten Leistungen nach Fallzahlen der Kliniken nennen. Demnach erwirtschafteten die Kliniken des Weserberglandes 2008 einen Gesamterlös von 247,7 Millionen Euro⁴⁹ (siehe Anhang XII).

Alle Krankenhäuser im Weserbergland werden dem Niedersächsischen Versorgungsbereich 2⁵⁰ zugerechnet. Die Kliniken halten im vollstationären Sektor des Versorgungsbereichs 2, bei einer Bettenkapazität von 2.289 Betten, anteilig 20,23 Prozent. Zusammengenommen stellen sie pro 1.000 Einwohner 4,4 Betten (eigene Berechnungen, Datengrundlage: Niedersächsisches Sozialministerium 2008: 14-15; Anhang II). Für den entsprechenden ‚Versorgungsbereich 2‘ sind im Durchschnitt ca. 5,4 Betten pro 1.000 Einwohner vorgesehen. Im Landesdurchschnitt beträgt die Bettendichte 5,16 Betten pro 1.000 Einwohner (vgl. Niedersächsisches Sozialministerium, 2008: 31).

Die Bettenauslastung auf Kreisebene ergibt für das Weserbergland einen durchschnittlichen Wert von rund 77 Prozent Bettenauslastung in allen Häusern. Die Häuser des Weserberglandes befinden sich sowohl unter dem Durchschnitt des Versorgungsgebiets als auch unter dem Durchschnitt Niedersachsens von 81,1 Prozent (vgl. eigene Berechnungen, Datenbasis Tabelle K4000211, Stand 2007; siehe Anhang XXII).

In der Verteilung der Betten für die Fachdisziplinen ergibt sich folgendes Bild: in den Fachgebieten Neurologie (42 Prozent der Betten im Versorgungsgebiet 2) und Psychosomatik (ca. 44 Prozent der Betten im Versorgungsgebiet 2) stellt das Weserbergland die meisten Betten innerhalb des Versorgungsgebiets zur Verfügung (vgl. Niedersächsisches Sozialministerium 2008: 14-15). Beim Vergleich der einzelnen Fachgebiete können weitere Versorgungsschwerpunkte im Weserbergland identifiziert werden, die sich auf Gebiets- und Landesebene darstellen lassen (Abb. 6).

gespräch von den Geschäftsführungen der Kliniken erfragt. Sie unterliegen der Geheimhaltung und können daher nicht explizit für ein Haus ausgewiesen werden. Die fehlenden Angaben beziehen sich auf die Fachkliniken. Aus Datenschutzgründen war eine Herausgabe der Umsatzdaten nicht möglich (siehe Anhang XI).

⁴⁹ Das entspricht etwas mehr als die Hälfte von dem, was die Medizinische Hochschule Hannover als Betriebserträge ausweist (vgl. URL: MHH, 2009).

⁵⁰ Der Versorgungsbereich 2 umfasst die Region Hannover, inklusive Stadt Hannover, die Landkreise Diepholz und Hildesheim sowie die Landkreise der Weserbergland^{plus}-Region.

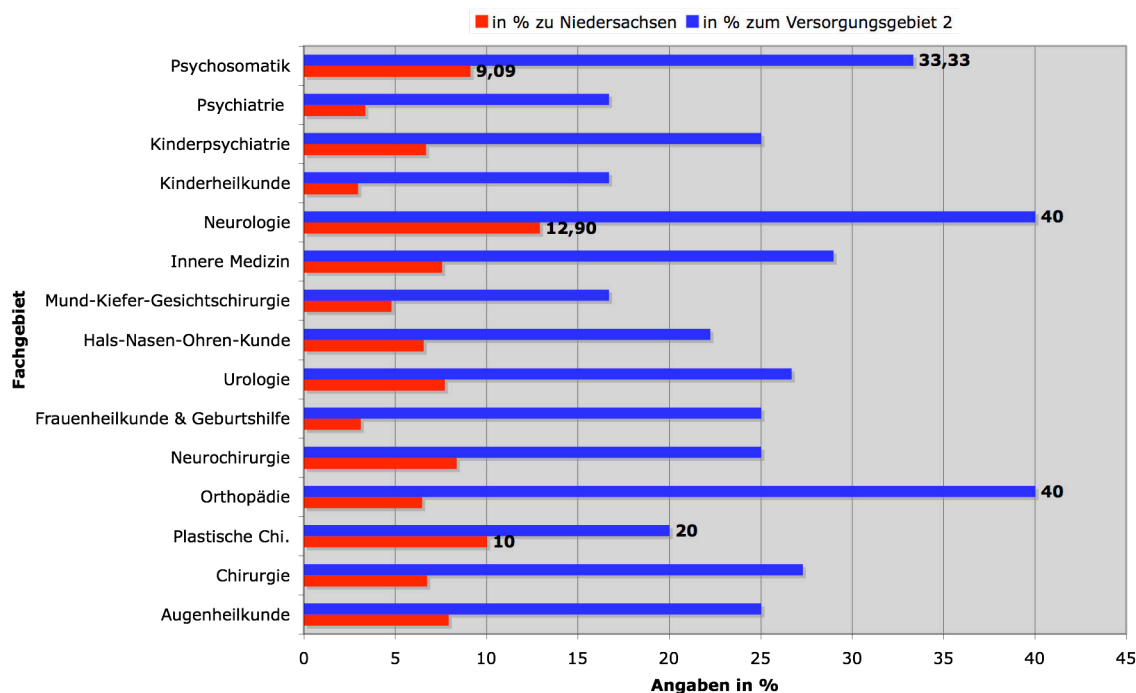


Abbildung 6: Anteil an der Gesamtversorgung durch die Fachgebiete des stationären Krankensektors im Weserbergland

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage Niedersächsische Krankenhausplan 2008

Insgesamt werden in Krankenhäusern 80.005 stationäre Fälle⁵¹ dokumentiert (siehe Anhang XIII). Die meisten Fallzahlen (über 20.000 Fälle) werden im *Kreis Krankenhaus Hameln* im Landkreis Hameln-Pyrmont erbracht. Mit 443 Betten ist es das größte Krankenhaus der Region (siehe Anhang XI).

In den Fachgebieten ‚Innere Medizin‘ und ‚Allgemeinchirurgie‘ sowie ‚Frauenheilkunde und Gynäkologie‘ werden die meisten Fallzahlen erbracht (siehe Anhang XIII)⁵². Obwohl die Neurologie, Orthopädie und Psychosomatik im Gebiets- und Landesvergleich einen Schwerpunkt unter den Fachgebieten bilden, haben sie einen eher geringen Anteil am Gesamtvolumen der Fallzahlen (siehe Anhang XIII).

Insgesamt gibt es im Weserbergland im Bereich internistische Medizin zwei Kliniken mit einem hämatologisch-onkologischen Schwerpunkt, zwei mit einem kardiologischen Schwerpunkt, jeweils eine Klinik mit einem gastroenterologischen, nephrologischen und gerontologischen Schwerpunkt (siehe Anhang XIII). Fünf Kliniken bezeichnen ihre internistische Abteilung mit ‚Innere Medizin‘

⁵¹ Die Angabe der Fallzahlen bezieht sich auf das DRG-Abrechnungssystem der Krankenhäuser (siehe Punkt 3.4.1.2).

⁵² Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Untersuchung der Strukturierten Qualitätsberichte der Kliniken aus dem Berichtsjahr 2006. Die Ergebnisse zu den Kliniken werden im Einzelnen in einer Exceltabelle aufgeführt. Sie kann aufgrund ihres hohen Seitenumfanges nicht als papierbasierter Anhang der Arbeit angefügt werden. Als elektronische Datei in Form einer CD-Rom wird sie dieser Arbeit beigelegt. Darüber hinaus werden die Qualitätsberichte im Literaturverzeichnis zitiert. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit wird daher auf einen Quellenkurzbeleg im Text verzichtet (eigene Anmerkung).

(29,8 Prozent aller Fälle). Von den elf Kliniken, die über internistische Betten verfügen, ist in zehn Kliniken die Diagnose Herzschwäche einer der Hauptgründe für einen stationären Aufenthalt. Bei sieben Kliniken ist die (Intensiv-)Medizinische Überwachung ohne Messung des Blutdruckes in der Lungenarterie und des zentralen Venendruckes als Prozedurfall die am häufigsten genannte Maßnahme.

Im sechsmal vertretenen Fachbereich ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘ (12,5 Prozent aller Fälle) ist als häufigste Diagnosen die ‚normale Geburt‘ beschrieben, welches dementsprechend auch die höchste Prozedurfallzahl darstellt. Als Erkrankungsart werden am häufigsten Gebärmuttererkrankungen diagnostiziert und operativ behandelt. Darüber hinaus sind für vier Kliniken Brustkrebserkrankungen ein wichtiges Thema. Drei verfügen über eigene Brustzentren.

Im Fachbereich Chirurgie sind die Diagnosen und Prozeduren komplexer. Sechs von neun Kliniken mit chirurgischer Abteilung spezifizieren die Fachabteilung nicht weiter. Sie werden als Abteilung ‚Chirurgie‘ oder ‚Allgemeinchirurgie‘ geführt. 12,9 Prozent aller chirurgischen Fälle beziehen sich auf diesen Bereich. Entsprechend kommen Patienten mit den unterschiedlichsten Einweisungsgründen in die Klinik. Drei Kliniken bilden einen Schwerpunkt in der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie und zwei im Bereich Orthopädie (siehe Anhang XIII). Die Hauptdiagnosen variieren stark. In der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie sind Ober- und Unterschenkelbrüche sowie Sprunggelenks- und Knieverletzungen die häufigsten Diagnosen. Operative Therapien, wie das Richten eines Bruchs mit einem Hilfsmittel und Arthroskopien (Gelenkspiegelungen), waren die häufigsten Prozeduren. In der Orthopädie sind Hauptdiagnosen Gelenkverschleiß an Hüfte und Knie. Während die eine orthopädische Klinik hauptsächlich operative Therapien⁵³ durchführt, ist die häufigste Prozedur in der anderen Klinik eine konservative Therapie mit Spritzen und physikalischen Anwendungen. Drei haben ihren Schwerpunkt in der Viszeral- und Abdominalchirurgie (siehe Anhang XIII). Hauptsächlich sind Patienten mit den Diagnosen Gallensteine, Leistenbruch, akute Blinddarmentzündung und Arterienverkalkung aufgenommen worden. Entsprechende Operationen zur Beseitigung dieser Beschwerden waren die häufigsten Therapien. Die Weserberglandkliniken verfügen darüber hinaus noch über je eine Fachabteilung für Neurochirurgie, Handchirurgie, plastische und ästhetische Chirurgie und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. In Ihnen wird jeweils nur ein kleiner Anteil an Fallzahlen erbracht (vgl. Anhang XIII).

Das Fachgebiet Urologie wird in drei von vier Kliniken als Belegarztabteilung geführt. Fachbereiche wie Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) und Augenheilkunde sind ebenfalls Belegarztabteilungen in den Kliniken. Das *Kreiskrankenhaus Hameln* ist die einzige Einrichtung, die den Fachbereich Urologie nicht als Belegabteilung führt. Ferner ist es das einzige Krankenhaus, das eine pädiatrische Station führt. Eine weitere Ausnahme, im Bereich Augenheilkunde, bildet die *Augenklinik*

⁵³ Einsetzen eines künstlichen Hüft- oder Knie-Gelenkes (Total-Endo-Prothese = TEP).

Stadthagen, die mit insgesamt sieben Betten die einzige Fachklinik ihrer Art im Weserbergland ist. Laut Qualitätsbericht 2006 behandelt sie trotz ihrer geringen Größe über 840 stationäre Fälle. Ebenfalls einzigartig als Fachkliniken sind die Psychiatrie- und Psychosomatik (s.o.) sowie die Kinderpsychiatrie im *Albert-Schweitzer-Therapeutikum* (siehe Anhang XIII).

Neun Krankenhäuser bieten Ausbildungsmöglichkeiten für verschiedene, mit der Gesundheitswirtschaft verbundene, Berufe in einer dem Krankenhaus angegliederten Berufsschule an (vgl. Niedersächsisches Sozialministerium 2008: 28). Sechs Kliniken kooperieren als akademisches Lehrkrankenhaus mit der *Medizinischen Hochschule Hannover* und sind somit in Forschung und Lehre involviert. Das *Badhildiskrankenhaus* in Bad Pyrmont kooperiert außerdem mit der *Chinesischen Universität in Wuhan*. Ein Austausch zur Forschung und Lehre im Bereich Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) findet statt. Das *Krankenhaus Charlottenstift* hat das sogenannte *Jule Johle Institut* gegründet, welches von der Bahlsenstiftung gefördert wird. Auch hier finden Forschung und Lehre zur Traditionellen Chinesischen Medizin und zu Praktiken aus der Naturheilkunde und anthroposophischen Lehre, als Ergänzung zur westlichen Schulmedizin, statt. Insgesamt beschäftigen sich acht Kliniken mit alternativen Heilmethoden aus dem Bereich der Akupunktur, Akupressur, TCM und Naturheilkunde.

Sieben Kliniken verfügen über die Berechtigung zur *ambulanten Versorgung von Patienten durch Krankenhausärzte nach §116 SGB V*. Vier Häuser haben einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenkasse zur *Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V*, alle in unterschiedlichen Schwerpunkten. Das *KKH Hameln* (Onkologie), *KH Lindenbrunn* (Schlafapnoe) und *KKH Stadthagen* (Hüft- und Knie-TEP) haben einen IV-Vertrag mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse. Die *Augenklinik Stadthagen* hat für Augenbehandlungen mit diversen GKV'n Versorgungsverträge abgeschlossen. Die Krankenhäuser *KKH Stadthagen* und das *Ev. Krankenhaus Holzminden* nehmen an der *Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V* teil. Beide mit der Schwerpunktversorgung von Brustkrebspatientinnen. Die Mittelweserkliniken Nienburg Hoya Stolzenau verfügen über ein innovatives Versorgungskonzept durch die Gründung einer Teleportalklinik⁵⁴ im Haus Stolzenau (siehe Anhang XIV). Die Krankenhäuser sind allerdings überwiegend über Kooperationen innerhalb der eigenen Trägerschaft.

Alle Häuser verfügen über regionale Kooperationspartner im ambulanten und stationären Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Zum großen Teil sind die Krankenhäuser innerhalb eines Landkreises mit einander vernetzt. Die Vernetzung zu Krankenhäusern außerhalb des eigenen Landkreises ist hingegen eher gering. Alle Krankenhausträger verfügen über weitere Einrichtungen aus der Gesundheitswirtschaft. Sie haben entweder Medizinische Versorgungszentren (siehe Punkt 3.4.1.1) gegründet oder andere Zentren und Institute für die spezielle Versorgung von Patienten, darunter

⁵⁴ Teleportalklinik im Sinne von telemedizinischen Arbeitsabläufen für effektive, kosten- und zeitsparende Behandlungsprozesse.

drei Brustzentren⁵⁵. Beide neurologischen Kliniken haben zusätzlich Rehabilitationsbetten. Die *Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf* ist die größte neurologische Fachklinik Deutschlands (vgl. URL: NKHO, 2009). Ihr Schwerpunkt liegt auf der Behandlung von Schwerverletzten und Schlaganfallpatienten⁵⁶. Der Schwerpunkt in Haus *Lindenbrunn* konzentriert sich auf Schlaganfallpatienten, die eine Störung des Sprach-Hörzentrums erlitten haben. Der Klinik angeschlossen ist ein regionales Aphasiezentrum (vgl. URL: Lindenbrunn, 2009).

Der Indikator ‚Öffentlichkeit & Kommunikation‘ wurde unterschieden nach Internetpräsenz ‚ja oder nein‘ und ‚URL-Endung‘ sowie der Anzahl und Art der Sprachen, in der die Internetseite dargestellt werden kann. Nach JUSZCZAK ist die Überprüfung dieser Indikatoren ein wichtiges Kriterium, um festzustellen, wie sich eine Klinik nicht nur deutschen und deutschsprachigen Patienten, sondern auch internationalen Patienten bzw. Kunden präsentiert (JUSZCZAK 2007: 19).

Keine der Kliniken verfügt über eine internationale URL-Endung wie ‚com‘ oder ‚net‘. Zwei der Kliniken verfügen über einen multilingualen Internetauftritt. Das *Krankenhaus Charlottenstift*⁵⁷ verfügt über eine deutsch- und englischsprachigen Internetauftritt (vgl. URL: KH Charlottenstift, 2009). Das *Krankenhaus Bethel* lässt seinen deutschsprachigen Internetauftritt zusätzlich in englisch, russisch und polnisch übersetzten (vgl. URL: KH Bethel, 2009). Die Internetseite des *Kreiskrankenhauses Hameln* ist auf der Seite des Fachbereichs Plastische Chirurgie in zwei Sprachen (russisch und englisch) übersetzt (vgl. URL: KKH-Hamel, 2009).

Alle Kliniken verfügen über elektronische Anfahrtsbeschreibungen, die den Patienten bzw. Kunden auf der jeweiligen Klinikinternetseite zur Verfügung stehen. Einen Abholservice, wie er bei den Rehabilitationskliniken angeboten wird (siehe Punkt 3.4.1.2.b), stellt keine der Kliniken bereit.

⁵⁵ Neben den oben bereits genannten verfügt das Kreiskrankenhaus Hameln über ein zertifiziertes Brustzentrum. Somit sind in drei von vier Landkreisen Brustzentren an regionalen Krankenhäusern angeschlossen.

⁵⁶ Die Fallzahlleistung der NKHO beträgt 2006 864 stationäre Fälle. Unbekannt ist, wie hoch die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in der Klinik ist (vgl. Strukturierter Qualitätsbericht „Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf“ 2006: o.S.). Bei Behandlung Schwerverletzter mit anschließender Rehabilitationsphase, kann davon ausgegangen werden, dass die Patientenverweildauer höher ausfällt als durchschnittlich. In Niedersachsen beträgt die Verweildauer für Reha-Kliniken durchschnittlich 24,5 Tage (vgl. URL: GBEBund, 2009)

⁵⁷ Das Krankenhaus ist als einziges von der WHO mit einem internationalen Zertifikat als ‚Gesundheitsförderndes Krankenhaus‘ ausgezeichnet worden. Dies könnte u.a. ein Grund dafür sein, dass die Internetseite in englischer Sprache verfügbar ist (vgl. URL: KH Charlottenstift).

3.4.1.2.b Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen

Der stationäre Rehabilitations⁵⁸- und Vorsorgebereich im Weserbergland bietet 2.080 Menschen einen Arbeitsplatz. Dieser Bereich beschäftigt weniger Menschen als der ambulante und stationäre Pflegesektor im Weserbergland (siehe Anhang VII). Die Trägerstruktur der Kliniken entspricht dem bundesweiten Trend zur Privatisierung (vgl. BORGES et al. 2007: 5). Im Weserbergland^{plus} befinden sich die Einrichtungen zu über 42 Prozent in privater Trägerschaft (vgl. URL: LSKN-Online, Tabelle M4002101, 2009). In der Region Weserbergland^{plus} gibt es 19 Reha-Einrichtungen, davon 18 in den beiden Landkreisen Schaumburg und Hameln-Pyrmont, darunter Hameln-Pyrmont mit 14 Kliniken und Holzminden mit einer (vgl. ebenda).

Bei insgesamt 130 Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag im Land Niedersachsen können die Weserbergland^{plus}-Landkreise mit 19 Einrichtungen 14,6 Prozent der Versorgung decken. Im Versorgungsbereich 2 der Krankenhausstatistik entspricht dies einem Drittel der gesamten Einrichtungskapazität für Reha-Kliniken. Bezogen auf den Raum Niedersachsen füllt die Weserbergland^{plus}-Region 18,4 Prozent der gesamten Bettenkapazität aus. Der Landkreis Hameln-Pyrmont allein deckt mit 2155 Reha-Betten 57 Prozent des gesamten Versorgungsgebiets 2 ab (vgl. URL: LSKN-Online, Tabelle M4002101, 2009).

Eine Bewertung hinsichtlich fachspezifischer Diagnosekriterien der Reha-Kliniken wie bei den Krankenhäusern kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfolgen. Es gibt für Rehabilitationseinrichtungen keine Verpflichtung zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten. Eine Auflistung von Diagnosefallzahlen auf Landkreisebene wird von den Statistischen Landesamt nicht geführt, so dass nicht nachvollzogen werden kann, welches hauptsächlichen Diagnosearten in den Reha-Kliniken behandelt werden. Als Vergleichskriterium kann die Bettenkapazität pro 1.000 Einwohner herangezogen werden. Die Weserbergland^{plus}-Region verfügt mit 6,15 Betten pro 1.000 Einwohner über eine überproportional hohe Bettendichte. Der Landeswert liegt bei 2,24 Betten pro 1.000 Einwohner (vgl. Niedersächsisches Sozialministerium 2008: 36). Die durchschnittliche Bettenauslastung ist im Gebiets- und Landesvergleich ebenfalls überdurchschnittlich hoch. Sie beträgt ca. 86,1 Prozent. (vgl. eigene Berechnungen, Datenbasis LSKN-Online: Tabelle Z4002022, 2009).

Nach der Definition des statistischen Landesamts werden die Einrichtungen danach unterschieden, „ob sie einen Versorgungsvertrag nach §111 SGB V (auch nur für Teile der Einrichtung) mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen haben oder nicht.“ (LSKN₁ 2008: 6) Neben den angegeben 19 Kliniken sind die Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf und das Krankenhaus Lindenbrunn im Landkreis Hameln-Pyrmont nach §108 SGB V als Krankenhaus zugelassen (s.o.). Sie verfügen neben der akutmedizinischen Versorgung über neurologische und geriatrische

⁵⁸ Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen wird in Folge mit ‚Reha‘ abgekürzt.

Reha-Kapazitäten (vgl. URL: NKHO, 2009; Lindenbrunn, 2009). Details zu den Kliniken wurden in 3.4.1.2.a beschrieben.

Die Klinik im Landkreis Holzminden ist eine Einrichtung zur Rehabilitation für Männer mit Suchterkrankungen. Sie ist nicht als Klinik zur medizinischen Rehabilitation nach §111 SGB V zugelassen (vgl. URL: Neuesland, 2009). Drei weitere Kliniken im Landkreis Hameln-Pyrmont sind ebenfalls nicht zur medizinischen Rehabilitation nach §111 SGB V zugelassen⁵⁹. Die weitere Analyse der Kliniken bezieht sich ausschließlich auf die Kliniken, die von öffentlichen Kostenträgern nach §111 SGB V zugelassen sind oder solche, die sich in einer Trägerschaft eines öffentlichen Kostenträgers befinden (n = 4). Die prozentuale Verteilung der Betten in den verschiedenen Fachbereichen dieser Kliniken im Vergleich zum Versorgungsgebiet 2 und zu Niedersachsen kann Abbildung 7 entnommen werden. Die Reha-Kliniken des Weserbergland^{plus} decken zu 100 Prozent den rehabilitativen Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie den Bereich Neurologie für das gesamte Versorgungsgebiet ab.

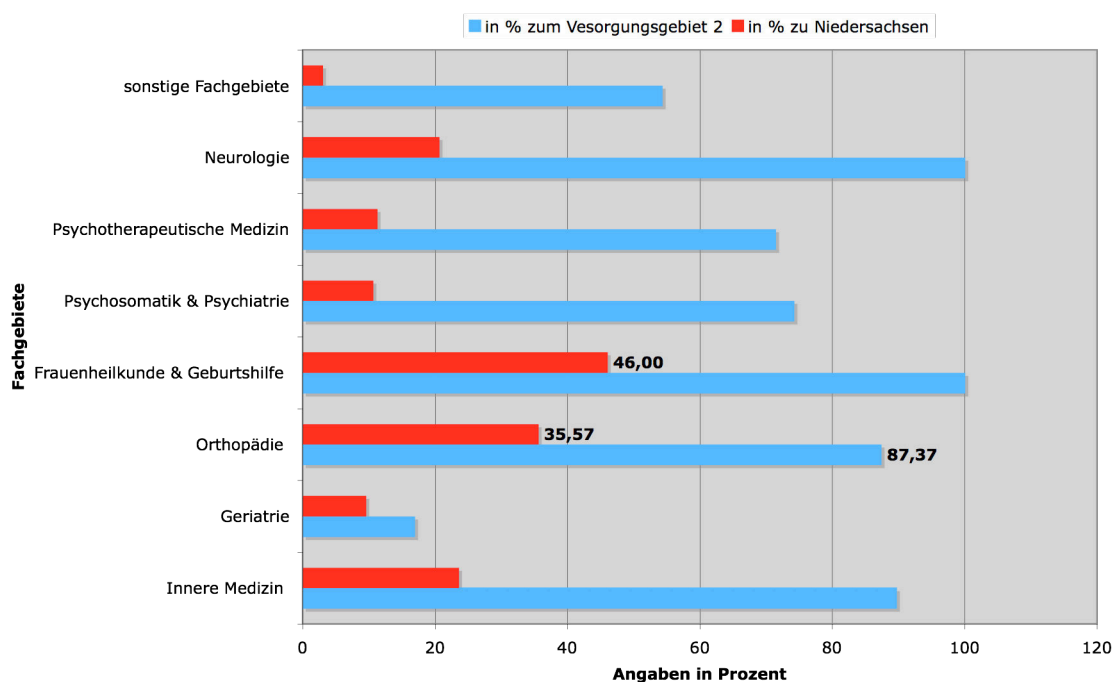


Abbildung 7: Bettenanteil der Fachgebiete in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen des Weserberglandes

Quelle: eigene Berechnung, Datenbasis LSKN₁ 2008, LSKN₃ 2009

Innerhalb der Weserbergland^{plus}-Region sind orthopädische Reha-Betten mit 53,8 Prozent der dominierende Schwerpunkt, davon befinden sich 55,6 Prozent im Landkreis Hameln-Pyrmont. Im Landkreis selbst ist der Fachbereich Orthopädie mit knapp 45 Prozent der Betten ebenfalls dominierend. Der Fachbereich Innere Medizin ist mit 24,6 Prozent der zweitstärkste Fachbereich in

⁵⁹ Auf Nachfragen der Autorin in einer telefonischen Recherche bestätigten zwei der drei Einrichtungen, dass die stationäre medizinische Rehabilitation nach §111 SGB V für ihre Häuser nicht zuträfen. Die Kriterien zur Zulassung nach §111 SGB V sind nicht erfüllbar. Das dritte Sanatorium gab hierzu keine Auskunft (eigene Anmerkung).

Bezug auf die Bettenanzahl. Hameln-Pyrmont stellt 67,8 Prozent der Betten (vgl. LSKN₁ 2008: 17; LSKN₃ 2009: 55-58, eigene Berechnungen).

In Bad Pyrmont kann eine gemischte Spezialisierung der Kliniken festgestellt werden, mit der Tendenz zur Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates. Vier von acht Kliniken in Bad Pyrmont beziehen sich in ihren Leistungsangeboten auf die Rehabilitation von Osteoporose, orthopädische Erkrankungen wie Arthrose oder Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen und auf rheumatische Erkrankungen (siehe Anhang XIV). Bei den genannten Erkrankungsformen – wie Osteoporose, Arthrose, Rheuma - handelt es sich um Störungen, die gehäuft im Alter auftreten. Darüber hinaus sind häufiger Frauen als Männer betroffen. Insbesondere bei Osteoporose und Arthrose ist dies der Fall. Auf die Behandlung von Frauenerkrankungen ist jedoch allein die Klinik *Der Fürstenhof* im Weserbergland^{plus} explizit ausgerichtet (siehe ebenda). Zwei Kliniken beziehen sich in ihren Angeboten eher auf die allgemeinen Zivilisationskrankheiten, wie Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems oder der endokrinen Organe, und sprechen damit stärker internistische Patienten an (siehe ebenda).

Ein weiterer Schwerpunkt ist die *Psychosomatische Klinik* mit über 180 Betten in Bad Pyrmont. Sie befindet sich in privater Trägerschaft der Klinikette *Allgemeine Holspitalgesellschaft AG* (AHG-AG). Die *AHG-AG* hat sich mit ihren Häusern hauptsächlich auf die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen spezialisiert. Der Konzern hat bundesweit 45 Kliniken und erwirtschaftet einen Jahresumsatz von 157 Millionen Euro (vgl. URL: AHG, 2009). Die Kette ist die zweitgrößte Trägerin von Reha-Einrichtungen in der Region.

In Bad Münster tendiert die Spezialisierung zur Rehabilitation von Personen mit bösartigen Krebserkrankungen. Eine Besonderheit bietet dabei die Einrichtung der privaten Klinikette *Mediclin-AG*. Sie ist die größte Trägerin in der Region mit einem Gesamtjahresumsatz von 457 Millionen Euro (siehe Anhang XIV). Die *Mediclin Deister Weser Klinik* ist auf die (kombinierte) Rehabilitation psychosomatischer und onkologischer Erkrankungen ausgerichtet. Für Patienten mit einer psychosomatischen Erkrankung verfügt die Klinik über einen IV-Vertrag mit der *AOK*. Dadurch ist es möglich, dass die Klinik auch Patienten mit einer akutstationären Krankenhauseinweisung aufnehmen und behandeln darf. In Bad Münster unterhält die *Mediclin* ebenfalls eine Seniorenresidenz. Den Senioren ist es möglich, alle Angebot der Reha-Klinik zu nutzen.

Innerhalb eines Umkreises von 500 Metern befinden sich noch eine weitere Reha-Klinik, ein MVZ, ein Dialysezentrum, ein Hospiz und das Krankenhaus *Deister Süntel Klinik*. Diese Einrichtungen befinden sich ausnahmslos in der Trägerschaft der freigemeinnützigen Gesellschaft *AWO-Gesundheitsdienstleistungen gGmbH*. Die Ausrichtung der *AWO-Klinik* deckt neben der Rehabilitation von Menschen mit Magendarm- und Krebserkrankungen auch die Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Niere ab. Zur internistischen Ausrichtung der Fachklinik des Trägers *AWO* sowie zu den anderen Einrichtungen vor Ort, ist die Reha-Klinik ergänzend. Die zahlreichen verti-

kalen Kooperationsstrukturen konzentrieren sich auf die eigenen Einrichtungen. Eine weitere Kooperation besteht zum Transplantationszentrum der *Medizinischen Hochschule Hannover*, mit dem Schwerpunkt auf nierentransplantierten Patienten.

Die vier Kliniken im Landkreis Schaumburg sind, ähnlich wie Bad Pyrmont, auf die Rehabilitation von orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen ausgerichtet. Zweitstärkstes Fachgebiet ist die medizinische Rehabilitation bei internistischen Erkrankungen. Die *Klinik Niedersachsen* stellt als einzige Reha-Klinik im Landkreis Betten für den Fachbereich Neurologie auf (vgl. LSKN₃ 2007: 58).

Einige Klinikträger unterhalten weitere Einrichtungen im Gesundheitswesen, wie z.B. Pflegeheime oder ambulante Rehabilitationspraxen (s.o., siehe Anhang XIV). Der überwiegende Teil der Kliniken kooperiert mit verschiedenen Akteuren aus dem regionalen Gesundheitswesen. Hierzu zählen Arztpraxen und Krankenhäuser im Umkreis. Acht Kliniken in Hameln-Pyrmont kooperieren mit dem *Staatsbad Bad Pyrmont*. Fünf Kliniken haben Verträge zur *Integrierten Versorgung nach §140 a-d SGB V* mit gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen. Drei Kliniken kooperieren mit der *Medizinischen Hochschule Hannover*, darunter fungieren zwei als akademische Lehrkrankenhäuser der Hochschule (siehe ebenda).

Alle beschriebenen Kliniken verfügen über einen eigenen Internetauftritt. Keine der Internetseiten erhielt eine internationale URL-Adresse wie ‚com‘ oder ‚net‘. Zwei Kliniken haben eine multilinguale Internetseite. Eine Internetseite lässt sich in Englisch übersetzen, die andere in Niederländisch. Eine mehrsprachige Informationsauswahl über die einzelnen Kliniken lässt sich bei drei Einrichtungen auf der Seite des Trägers abrufen, wobei die klinikeigene Internetseite nicht übersetzt werden kann. Alle übrigen Internetauftritte waren in deutscher Sprache aufgemacht (siehe ebenda).

Im Kriterium ‚Erreichbarkeit‘ sind alle Kliniken bestrebt darin, ihren Patienten die Anreise durch ‚webbasierte‘ Wegbeschreibungen zu erleichtern. Fünf Kliniken bieten sogar einen Abholservice vom örtlichen Bahnhof an, zwei geben Auskunft über den örtlichen Personennahverkehr. Eine Klinik gibt keine Anreisebeschreibung.

3.4.2 Vorleister- und Zulieferindustrie im Weserbergland^{plus}

Der Bereich der Vorleister- und Zulieferindustrie setzt sich in dieser Arbeit aus dem Gesundheitshandwerk, Facheinzel- und -großhandel, Versicherer im Gesundheitswesen⁶⁰ sowie pharmazeutischer und medizintechnischer Industrie, Forschung und Entwicklung zusammen. Ohne den Bereich pharmazeutische Industrie setzt dieser Gesundheitswirtschaftszweig im Jahr 2006 122 Millionen Euro um. Das sind rund 2,25 Prozent des branchenspezifischen Gesamtumsatzes von Niedersach-

⁶⁰ Nicht Sozialversicherungsträger

sen. Alle Unternehmen können als Klein- und Mittelständige Unternehmen bezeichnet werden. Die meisten davon fallen in den Bereich der Kleinunternehmen mit weniger als 20 Mitarbeitern (vgl. SCHNEIDER et al. 2003: 53).

Von der Anzahl der Betriebe ausgehend ist die Gesundheitshandwerksbranche im Weserbergland die größte Sparte aus dem Bereich der Vorleister- und Zulieferindustrie. Laut der Statistik des Landesbetriebs für Statistik und Kommunikation sind es 2006 106 steuerpflichtige Unternehmen mit einem Umsatzvolumen von 41,4 Millionen Euro (siehe Anhang VIII). Die Handwerkskammern Hannover und Hildesheim zählen für die vier Landkreise im Jahr 2008 156 Betriebe im Gesundheitshandwerk (Abb. 8).

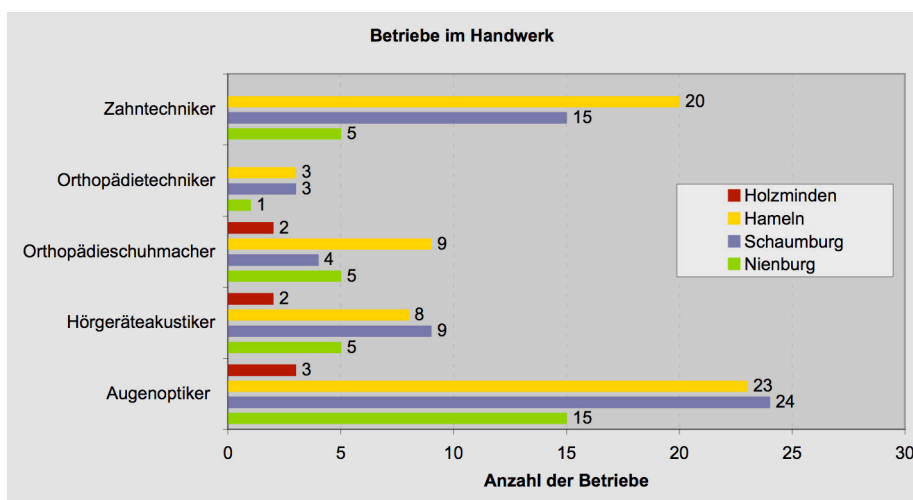


Abbildung 8: Betriebe im Gesundheitshandwerk 2008

Quelle: Anhang XVI; HWK Hannover, Zahlenspiegel 2008

Die medizintechnische Industrie ist mit insgesamt fünf Unternehmen vertreten. Ihre Umsatzstärke kann aus Gründen der Geheimhaltung nicht ermittelt werden (siehe Anhang VIII). Zusammen mit dem Handwerk sind über 350 Menschen in diesem Bereich tätig. Besonderes hervorstechend im Bereich Medizintechnik ist das Unternehmen *Krömker Medizintechnik* mit Sitz in Bückeburg, Landkreis Schaumburg. 2006 gewann es den Innovationspreis Niedersachsen für den Bau einer transportablen Intensivstation (vgl. URL: Krömker, 2009).

Einen anzahlmäßig wesentlich kleineren Bereich als das Handwerk bildet der Facheinzel- und Großhandel mit 51 Unternehmen. Dieser Zweig ist mit einem Jahresumsatz von 58,8 Millionen Euro dennoch umsatzstärker. Nach der Wirtschaftszweigesystematik der Industrie- und Handelskammer befinden sich 2008 69 Unternehmen in dieser Sparte der regionalen Gesundheitswirtschaft des Weserberglandes. Der Facheinzelhandel nimmt mit medizinischen und orthopädischen Artikeln den größten Anteil (50,7 Prozent) ein, ist aber mit lediglich 26,8 Prozent am Gesamtumsatz dieser Sparte beteiligt. 39,1 Prozent der Unternehmen erwirtschaften ihren Umsatz durch den Großhandel mit medizinischen, orthopädischen, labortechnischen, pharmazeutischen und sonstigen Produkten (siehe Anhang XV). Ihr Anteil am Gesamtumsatz beträgt über 70 Prozent. Sonstige Unternehmen

beziehen sich auf Handelsvertretungen, sie können anhand der Umsatzsteuerstatistik nicht zugeordnet werden (siehe Anhang VIII).

Das Versicherungsgewerbe mit 32 umsatzsteuerpflichtigen Gewerben ist mit unter drei Prozent am Gesamtumsatz beteiligt. Es kann nicht spezifisch dem Bereich Gesundheitswirtschaft zugeordnet werden und wird daher nicht weiter beschrieben. Die Bereiche Forschung und Entwicklung (FuE) mit 31 Unternehmen sind mit über acht Prozent am Gesamtumsatz der Vorleister- und Zulieferindustrie beteiligt (siehe Anhang VIII). Sie sind eng mit dem Bereich der pharmazeutischen Industrie verbunden (vgl. SCHNEIDER et al. 2003: 51ff).

Der Bereich pharmazeutische Industrie bzw. Herstellung ist der umsatzstärkste Bereich in Niedersachsen und am stärksten in der Region Hannover vertreten. Dennoch wird dieser Bereich aufgrund seiner KMU⁶¹-Struktur als wenig beschäftigungsintensiv bewertet (vgl. SCHNEIDER et al. 2003: 65-66). Laut Umsatzsteuerstatistik gab es 2006 im Weserbergland 12 umsatzsteuerpflichtige Unternehmen aus diesem Bereich. Das entspricht einem Anteil von ca. 12,8 Prozent von Niedersachsen (siehe Anhang VIII). Die Industrie- und Handelskammer Hannover erfasst 2008 elf Unternehmen. Wie unter Punkt 3.4 bereits angemerkt, werden keine Umsatzdaten für diesen Bereich durch das statistische Landesamt veröffentlicht. Dennoch konnten über den elektronischen Bundesanzeiger in fünf Unternehmen die Umsatzdaten und in acht weiteren Betrieben die Mitarbeiterzahlen ermittelt werden. Die meisten Unternehmen befinden sich im Landkreis Hameln Pyrmont (siehe Anhang XVI).

Größter Arbeitgeber, nach aktuellem Kenntnisstand, ist die *Hameln Pharma Group* mit über 500 Arbeitsplätzen (siehe Anhang XVI). Die *Hameln Pharma Group* mit Sitz in Hameln bündelt als Holding-Gesellschaft drei Unternehmen, die jeweils für Herstellung und Produktion pharmazeutischer Artikel, Vertrieb der eigenen Produkte und Dokumentation sowie Zulassung der Konzernprodukte zuständig sind. Nach eigenen Angaben ist sie ein wachsendes Unternehmen, mit Expansionsbewegung in das europäische Ausland. Die Firma verfügt über zwei Niederlassungen in der EU (vgl. URL: Hameln-Group, 2009). Der umsatzstärkste Konzern ist die *Dr. Paul Lohmann GmbH KG* mit einem Jahresumsatz von über 69 Millionen Euro (vgl. Dr. Paul Lohmann GmbH KG (Hrsg.) 2008: o.S.). Ihr Schwerpunkt liegt in der Herstellung von Spezialsalzen, die in der Lebensmittelindustrie, in der pharmazeutischen Industrie und in der technischen Industrie eingesetzt werden. Das Unternehmen gehört der *Firmengruppe Lohmann* an. Zu der Gruppe zählt ebenfalls der wesentlich kleinere Konzern *Lohmapharm* (vgl. URL: Lohmann, 2009; siehe Anhang XVI).

Sofern die Unternehmen über einen eigenen Internetauftritt verfügen, über Kooperationspartner und Referenzen Auskunft geben, hat zum derzeitigen Kenntnisstand nur ein Unternehmen Kooperationspartner aus der regionalen Gesundheitswirtschaft des Weserberglandes. Die SLE-Germany

⁶¹ KMU steht für Klein- und Mittelständische Unternehmen (vgl. SCHNEIDER et al. 2003: 65).

kooperiert im Weserbergland, indem sie als Großhändler mit medizintechnischen Artikeln Unternehmen wie die Sana-AG und Röhn-AG beliefert (siehe Punkt 3.4.1.2; vgl. URL: SLE-Germany, 2009).

3.4.3 Randbereiche und Dienstleistungen mit gesundheitswirtschaftlichem Bezug

Das Hauptaugenmerk dieses Arbeitsabschnitts richtet sich auf die gesundheitswirtschaftlichen Potenzialfaktoren, die sich für das Weserbergland aus dem Bereich Tourismus, Kur- und Bäderwesen ergeben. Dieser Bereich erwirtschaftet zusammen 22,36 Prozent vom steuerbaren Umsatz innerhalb der regionalen Branchen der Gesundheitswirtschaft (Tabelle 5). 5,25 Prozent aller Beschäftigten aus der Gesundheitswirtschaft sind in diesem Bereich tätig (siehe Anhang VII, eigene Berechnung). Besonderes stark und im landesweiten Vergleich überdurchschnittlich zeigt sich der Bereich Wellness und Beauty (siehe ebenda). In den Landkreisen befinden sich insgesamt 23 Fitness- und Sportstudios sowie 58 Bäder (siehe Anhang XVII).

Einrichtungen aus dem Randbereich der Region Weserbergland ^{plus}	Anzahl	Umsatz insgesamt in 1.000 Euro	In % von der Gesundheitswirtschaft
Gesamt	961	136.306	22,36
Hotellerie & Beherbergung	277	63.279	46,42
Sportgewerbe	109	12.611	9,25
<i>davon Herstellung von Sportgeräten</i>	5	•	•
Wellness & Beauty	575	60.416	44,32

Tabelle 5: Umsatz im Randbereich der Gesundheitswirtschaft 2006

Quelle: eigene Berechnung siehe Anhang VIII, Datengrundlage Landesbetrieb für Statistik und Kommunikation Niedersachsen

Das Weserbergland wird überregional als Erholungsgebiet mit zahlreichen Freizeitsportmöglichkeiten für Aktivurlaub und Wellnessangeboten⁶² für Gesundheitstouristen⁶³ beworben (vgl. URL: Weserbergland-Tourismus, 2009). Die wohl attraktivsten Reiseziele für alle Touristen sind nach den jüngsten Statistiken die Landkreise Hameln-Pyrmont mit rund 27.600 Ankünften 2008 und Schaumburg mit rund 17.700 Ankünften 2008 (vgl. LSKN 2009: 10). In Hameln-Pyrmont sticht die Stadt Hessisch Oldendorf mit einem Gästezuwachs von 145,8 Prozent hervor (vgl. ebenda). Weitere beliebte Reiseziel sind die Kurorte und Bäder dieser beiden Landkreise (vgl. ebenda; S. 9ff.).

Bad Münster und Bad Pyrmont befinden sich im Landkreis Hameln-Pyrmont, Bad Eilsen und Bad Nenndorf im Landkreis Schaumburg. Bad Münster verfügt über Heilquellen, Bad Eilsen über ein

⁶² Bäder, Saunen, Thermen und sonstige als gesundheitsförderliche Maßnahmen beschriebene Angebote, auch aus dem Bereich der ambulanten offenen Badekur (vgl. URL: Weserbergland-Tourismus, 2009; SGB V § 23).

⁶³ „Gesundheitstouristen (GT) sind demnach Urlauber, deren primäres Reisemotiv ‚Gesundheit & Wohlbefinden‘ darstellt, und die gezielt gesundheitsfördernde Angebote in Anspruch nehmen. Konkret geht es ihnen darum, Krankheiten und Leiden zu lindern oder eine sehr spezifische risikogruppenbezogene Prävention zu betreiben.“ (QUACK 2008, S. 10)

Schlamm- und Schwefelheilbad, Bad Pyrmont und Bad Nenndorf jeweils über Mineral- und Moorheilbäder (siehe Anhang XVIII). Bad Pyrmont und Bad Nenndorf gehören außerdem zu den Niedersächsischen Staatsbädern. Zusammen erwirtschafteten sie 2007 einen Jahresumsatz von 27,7 Millionen Euro und beschäftigten 371 Personen, ohne Geschäftsführer und Auszubildende (vgl. Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsgesellschaft mbH 2008: o.S.; Niedersächsisches Staatsbad Nenndorf Betriebsgesellschaft mbH 2008: o.S.).

Dem Staatsbad Bad Pyrmont angehörige Unternehmen sind die Klinik *Der Fürstenhof*, das Gesundheitszentrum *Königin-Luise-Bad*, das betriebliche Gesundheitszentrum *Phoenix Activell*, die *Hufeland-Therme* sowie die Hotels *Steigenberger Bad Pyrmont* und *Hotel Fürstenhof* (vgl. Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsgesellschaft mbH 2008: o.S.). In Bad Nenndorf gehören die *Rheuma-Klinik*, das *Gästehaus Edelweiß*, das ambulante Sport- und Reha-Zentrum *MedFit*, das *Wincklerbad* sowie die *Landgrafen-Therme* zum Staatsbad. Beide Staatsbäder verzeichneten 2007 einen Umsatzanstieg in den Reha-Kliniken. Hingegen sanken bei beiden die Umsatzerlöse in den Thermen (vgl. Niedersächsisches Staatsbad Nenndorf Betriebsgesellschaft mbH 2008: o.S.). Beide Standorte stellen eine sinkende Nachfrage nach Angeboten für ambulante Kurgäste fest. Zurückgeführt wird dies u.a. auf eine schlechte Vermarktung des Kurortes Bad Nenndorf und auf die sinkende ärztliche Verordnung von Kuren (vgl. Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsgesellschaft mbH 2008: o.S.; Niedersächsisches Staatsbad Nenndorf Betriebsgesellschaft mbH 2008: o.S.). Positiv bewertet für die eigene Wirtschaftslage werden von beiden Orten die Kooperationen mit regionalen und überregionalen Partnern sowie Vertragsabschlüsse mit Krankenkassen (vgl. ebenda).

Salzhemmendorf im Landkreis Holzminden ist nach den örtlichen Angaben ein staatlich anerkannter Kurort mit Solekurbetrieb. Dieser wird als solcher allerdings nicht in der Auflistung der niedersächsischen Kurbetriebe vom Niedersächsischen Wirtschaftsministerium aufgeführt (vgl. URL: Niedersächsisches Wirtschaftsministerium, 2009). Salzhemmendorf verfügt über die *Ith-Sole-Therme*, in der Heilmittel nach ärztlicher Verordnung erbracht werden. Die Therapeuten der Therme haben eine Kassenzulassung und können GKV-Patienten behandeln. Darüber hinaus gibt es ein breites Angebot für Selbstzahler. Die Therapieleistungen sind auf die Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates ausgerichtet. Bei der Heilquelle handelt es sich um eine Schwefel-Sole-Quelle (vgl. URL: Ith-Sole-Therme, 2009).

Die staatlich anerkannten Kurorte und Bäder der Region Weserbergland wurden 2008 in einer Studie des Europäischen Tourismus Instituts (ETI) untersucht. Die Bewertung der Kurorte erfolgte nach unterschiedlichen Kriterien (vgl. QUACK 2008, S. 4ff.). Entsprechend wurden Ranggruppen,

Qualitätskategorien und Strategietypen gebildet und bewertet⁶⁴. Unter die ‚Gewinner‘ kamen die Orte, die sich bei mindestens einer von drei Strategietypen in den Rang der TOP 3 oder in der Spitzengruppe bei den Qualitätskategorien platzierte (vgl. QUACK 2008, S.18ff.). In der abschließenden Gesamtbewertung positionierte sich Bad Pyrmont unter den Gewinnern in der ‚Spitzengruppe‘ (zweitbestes Ergebnis). Bei der Bewertung nach einzelnen Strategietypen erreicht der Kurort im Strategiefeld ‚Gesundheitstourismus‘ einen ‚TOP 3-Platz‘. Bad Münden kamen ebenfalls unter die Gewinner, als ‚Spitzengruppe‘ für den Strategietyp ‚Gesundheitstourismus‘. Im übrigen positionierte sich der Ort auf einem ‚Verfolgerplatz‘ (vgl. ebenda, S. 56). Im Vergleich der Heilbäderarten erreichten beide Kurorte bei den Mineral- und Moorheilbädern einen Spitzengruppenplatz (ebenda, S. 59). Die beiden anderen Kurorte erreichten keine TOP- oder Spitzengruppenplatzergebnisse.

Zum Thema Gesundheitstourismus in den Kur- und Bäderregionen äußerte sich das ETI in ihrem Untersuchungsergebnis wie folgt:

„[...] der Anteil der „echten“ Gesundheitstouristen in Heilbädern und Kurorten ist sehr gering. Die große Mehrheit der privaten Übernachtungsgäste in Heilbädern und Kurorten versteht sich als Erholungstouristen.“ (QUACK 2008, S. 14)

Inwieweit die Kurorte und Bäder des Weserberglands gesundheitswirtschaftliches Potenzial durch Gesundheits- oder Erholungstouristen generieren, kann derzeit nicht mit Sicherheit bestimmt werden. Das Niedersächsische Statistikamt erfasst zwar die Aufenthalte von in- und ausländischen Touristen in Reha-Kliniken⁶⁵ in Kurorten⁶⁶. Die Statistik lässt sich jedoch nicht auf den regionalen Zuschnitt vom Weserbergland^{plus} anpassen und ist daher nicht repräsentativ für die Region abbildbar.

⁶⁴ Zur Vertiefung siehe „Quack, H.-D./Europäisches Tourismus Institut (Hrsg.): „Vergleichende Qualitätsbewertung (VQB) von Heilbädern und Kurorten aus (gesundheits-)touristischer Sicht“, Kurzfassung länderübergreifender Untersuchungsergebnisse, Universität Trier GmbH, 2009“; Download unter www.eti.de/cgi-bin/cms

⁶⁵ Das Statistische Landesamt in Niedersachsen definiert Vorsorge- und Reha-Kliniken in der Statistik wie folgt: Reha-Kliniken sind „*Beherbergungsstätten unter ärztlicher Aufsicht ausschließlich oder überwiegend für Kurgäste. Hierzu zählen auch Kinderheilstätten, Rehabilitations- oder ähnlicher Krankenhäuser (Fachabteilungen anderer Krankenhäuser)*.“ (LSKN₄ 2009: 7)

⁶⁶ Die Reiseregion Weserbergland-Süd-niedersachsen weist im Bereich *Vorsorge- und Reha-Kliniken* 2008 eine Gästezahl von 49.096 Personen aus, darunter 255 ausländische Gäste (vgl. URL: LSKN-Online, Tabelle K7350226, 2009). Zur Reiseregion zählen neben Schaumburg, Holzminen und Hameln-Pyrmont auch andere Landkreise außerhalb der Weserbergland^{plus}-Region. Nienburg wird ebenfalls nicht im Zuschnitt Weserbergland-Süd-niedersachsen erfasst. Dieser Landkreis gehört zum Zuschnitt Mittelweser. Für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen wurden im Jahr 2008 keine Besucherzahlen dokumentiert (vgl. LSKN₄ 2009: ff.).

3.5 Stärken und Schwächen der Region Weserbergland^{plus}

Eine erste zusammenfassende Bewertung der vorgestellten Analyse lässt sich anhand einer Darstellung der Stärken und Schwächen in Bezug zu den regionalen Strukturen und Einrichtungen durchführen.

Die Verkehrsinfrastruktur der Landkreise und Orte durch Nahverkehrszüge und S-Bahnen ist sowohl für die regionale Bevölkerung als auch für Besucher der Region positiv zu bewerten. Ebenso, wie der patientenorientierte Abholservice einiger Reha-Kliniken (siehe Anhang XIV). Beides kann die An- und Abreise von außerregionalen Patienten erleichtern und fördert die Mobilität der Bevölkerung. Ungünstig hingegen ist die geringe infrastrukturelle Vernetzung durch Autobahnen. Diese ist sowohl für Besucher des Weserberglandes als auch für die erwerbstätige und anwohnende Bevölkerung der Region ein erheblicher Nachteil. Kurze und schnelle Versorgungs- und Dienstwege sind stark beeinträchtigt.

Als Stärke präsentiert sich das Arbeitskräftepotenzial in Bezug auf Berufe, die mit der Gesundheitswirtschaft assoziiert werden. Im Bereich der Ausbildung präsentiert sich das Weserbergland als vielfältig und im zahlenmäßigen Vergleich nahezu gleichauf mit Niedersachsen. Bezug nehmend auf das Verhältnis der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt zeigt sich das Weserbergland sogar überdurchschnittlich zum Landeswert (siehe Punkt 3.4). Im Bereich der Qualifizierungsmöglichkeiten zeigt die Region durch verschiedene Projekte Entwicklungspotenziale auf. Nachteilig ist allerdings, dass die dafür verantwortlichen Einrichtungen bislang nur wenig auf den Bereich Gesundheitswirtschaft ausgerichtet sind (siehe Punkt 3.4.3).

In der sonstigen bevölkerungsstrukturellen Entwicklung des Weserberglands spiegelt sich eine Problematik vieler ländlichen Regionen wider (siehe Punkt 2.5.2). Der zahlenmäßige Verlust der Bevölkerung sowie der signifikante Altersanstieg der Erwerbstätigen werden sich in Zukunft voraussichtlich auf das Arbeitskräftepotenzial bzw. die daraus resultierende Bruttowertschöpfung negativ auswirken⁶⁷. Die bereits heute hohe Arbeitslosenquote in der Region könnte sich verstärken (siehe Punkt 3.3.3).

In den gesundheitswirtschaftlichen Unternehmens- und Umsatzstrukturen zeigt das Weserbergland für den Kernbereich eine mit dem Landeswert vergleichbar stark Unternehmensdichte auf. Der Kernbereich im Weserbergland erbringt fast 14 Prozent mehr umsatzsteuerpflichtige Leistungen als der Rest der niedersächsischen Gesundheitswirtschaft. Die Vorleister- und Zulieferindustrie des Weserberglands ist im Gegensatz dazu unterdurchschnittlich im Hinblick auf Unternehmensdichte und Umsatzstärke (vgl. Anhang VIII). Im Randbereich der Gesundheitswirtschaft präsentiert sich

⁶⁷ Regionen definieren ihre Standortattraktivität für Unternehmen jeder Branche zunehmend über das sogenannte Humankapital ihrer Region (vgl. NIW 2008: 109). Anreize müssen geschaffen werden, um Fachkräfte in strukturschwachen Regionen zu halten bzw. ein zu werben.

insbesondere der Bereich Beauty- und Wellness als besonderes umsatzstark (siehe Punkt 3.4; Anhang VIII). Bezüglich der Kurregionen des Weserberglands wird, nach derzeitigem Kenntnisstand, von einem gesundheitswirtschaftlichen Potenzial ausgegangen, dass auf den Bereich Gesundheitstourismus bzw. Wellnesstourismus inländischer Gäste zugeschnitten ist. Inwieweit dieses weiter auf den europäischen und/oder internationalen Raum zu übertragen ist, kann nicht Bestimmtheit gesagt werden.

Im ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich zeigt sich die flächendeckende Versorgung als positives Merkmal. Allerdings besteht ein dringender Handlungsbedarf im Sinne einer Zentralisierung der ambulant-medizinischen Kapazitäten. Mit dem Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren und Gesundheitseinrichtungen unternimmt das Weserbergland erste Schritte in Richtung stärkere Vernetzung und zeigt sich in der Lage, vorhandenes gesundheitswirtschaftliches Potenzial zu stärken. Der Aufbau von Kommunikationsnetzen z.B. in Form von Telemedizin, die sich speziell dazu eignen Diagnose- und Behandlungswege abzukürzen oder über weite Distanzen zu ermöglichen, sind für die künftige Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung wünschenswert und nach Angaben der REK-Partner ein angestrebtes Ziel.

Im Krankenhaussektor und Rehabilitationsbereich der stationären Versorgung bleibt letztendlich die Frage nach einer abschließenden, bewertbaren Umsatzleistung offen.

Im Bereich der Schwerpunktbildung weist das Weserbergland bei einer ersten Betrachtung des Krankenhaussektors einiges Potenzial auf (siehe 3.4.2.1.a). Bei der Darstellung der Fallzahlenverteilung relativiert sich diese erste Einschätzung, insbesondere für den Fachbereich Neurologie. Obwohl die *Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf* bundesweit die größte Fachklinik ist (vgl. URL: NKHO, 2009), deckt das gesamte Fachgebiet in diesem Bereich weniger als fünf Prozent der Fälle ab. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die durchschnittliche Patientenverweildauer in Anbetracht der Schwere der Verletzungen und aufgrund einer anschließenden Rehabilitation, überdurchschnittlich hoch ist. Wie stark das neurologische akutmedizinische Fachgebiet tatsächlich ist, kann letztlich nur anhand der Bettenauslastung in diesem Bereich geklärt werden. Hierzu fehlen die entsprechenden Kennzahlen von der Klinik.

Der Bereich Innere Medizin, insbesondere mit dem Schwerpunkt Kardiologie, ist am stärksten ausgeprägt in der gesamten Region. Innerhalb des chirurgischen Fachgebietes fällt die höchste Fallzahlenleistung auf den Bereich Allgemeinchirurgie, deren Diagnose- und Behandlungsspezifikationen sehr unterschiedlich sind (siehe Punkt 3.4.1.2.a).

Insgesamt weisen die Krankenhäuser ein generelles Kooperations- und Netzwerkverhalten auf, sowohl für vertikale als auch für horizontale Verbindungen. Innerhalb der letzten vier Jahre zeigen sich bei den Einrichtungen strukturelle Veränderungen und ein generelles Modernisierungsverhalten. Besonders die Trägerwechsel, beginnend mit dem Verkauf der Nienburger Kreiskrankenhäuser an die *Röhn-AG* (vgl. Strukturierter Qualitätsbericht der Mittelweserkliniken 2006) bis zur jüngsten

Entwicklung mit dem Verkauf der Schaumburger Kreiskrankenhäuser und dem *Krankenhaus Bethel* an die *Pro Diako* (siehe Anhang XI), weisen auf strukturelle Veränderungen in der regionalen Gesundheitswirtschaft hin. Dieser Wandel im Krankenhaussektor bietet evtl. auch Ansatzmöglichkeiten, um sich als Region mit anderen medizinischen Schwerpunkten neu zu positionieren und zu präsentieren.

Der stationäre Rehabilitationsbereich zeigt sich in Bezug auf seine Bettenauslastung und Bettenkapazität deutlich stärker als der Krankenhaussektor. Die Schwerpunkte der stationären Einrichtungen sind eindeutiger, harmonisieren aber nur bedingt mit den Schwerpunkten der Krankenhäuser.

Innerhalb des Landkreises Hameln-Pyrmont lässt sich eine intensive Vernetzung zwischen den Krankenhäusern, Reha-Kliniken sowie Kur- und Bädereinrichtungen feststellen. Diese Vernetzung lässt sich auch bei einzelnen Einrichtungen mit Sitz in Schaumburg und Hameln-Pyrmont feststellen. Besonders auffällig bei der Analyse war die diesbezüglich fehlende Vernetzung der Landkreise Holzminden und Nienburg mit den sonstigen Einrichtungen des untersuchten Kernbereiches in der Region Weserbergland^{plus} sowie mit den medizinischen Bäderanstalten der Kurorte. Zurückzuführen ist die fehlende Kooperation wahrscheinlich auf die räumliche Entfernung zwischen den Standorten, die dazukommende eher mangelhafte Verkehrsinfrastruktur sowie die generell unterschiedlichen Landkreistypen⁶⁸. Ferner fällt die fehlende Vernetzung der psychosomatischen Reha-Kliniken untereinander auf sowie die fehlende Schnittstelle zu den beiden psychiatrischen/psychosomatischen Fachkrankenhäusern. Eine Kooperation dieser Einrichtungen könnte dieses Fachgebiet als weiteren Schwerpunkt verstärken (siehe Punkt 3.4.1.2. a).

Kooperationen und Vernetzungen zwischen den Unternehmen aus dem Bereich der Vorleister- und Zulieferindustrie unter einander oder zu den Bereichen aus dem Kern- oder Randbereich im regionalen Kontext konnten kaum ermittelt werden. Aus einem kooperativen Netzwerk könnten die Bereiche u.a. von einem Einsparungspotenzial profitieren, da sich Transportwege verkürzen und so Ressourcen geschont werden.

Darüber hinaus kann der umsatzstarke und forschungsintensive Bereich der Vorleister- und Zulieferindustrie nicht abschließend bewertet werden. Die Datenbasis ist hierfür zu gering. Die Unternehmen des Weserberglandes nehmen mit über 12 Prozent Anteil an dem gesamten Vorleister- und Zulieferbereich. Ihr Beitrag zur Umsatzstärke und die tatsächliche Beschäftigungsgröße dieses Bereichs bedürfen weiterer Untersuchungen.

⁶⁸ Schaumburg und Hameln-Pyrmont werden aufgrund ihrer Kurorte klassischerweise mit dem Begriff ‚Gesundheit‘ assoziiert. Holzminden und Nienburg (Weser) fehlen diese Attribute. In diesen Landkreisen könnten eher Industrie- und Landwirtschaft vermutet werden. Allen gemein sind die Nähe zur Weser und der ländliche, naturnahe Raum.

4 Analyse gesundheitswirtschaftlicher Potenziale anhand systematischer Experteninterviews

4.1 Intention der Interviews und methodisches Vorgehen

Die zuvor durchgeführte Analyse ausgewählter gesundheitswirtschaftlicher Potenziale im regionalen Kontext fand anhand der Beispielregion Weserbergland^{plus} statt. Die Intention der im Folgenden dargestellten Befragung ist die Herausarbeitung gesundheitswirtschaftlicher Potenziale auf einer Mesoebene⁶⁹. Sie sollen zur Klärung der Frage „*Was sind gesundheitswirtschaftliche Potenziale und wie lassen sie sich im regionalen Kontext darstellen und interpretieren?*“ beitragen. Die Befragung wurde mit der Methode der systematischen Experteninterviews⁷⁰ durchgeführt, unter Zuhilfenahme eines qualitativen Leitfragebogens und offenen Fragen (siehe Anhang XIX). Die Ergebnisse der Interviews sind auf jede Region anwendbar und beziehen sich nicht explizit auf die Beispielregion Weserbergland^{plus}. In der Schlussbetrachtung dieser Arbeit werden sie dann im Kontext zur Beispielregion dargestellt und interpretiert (siehe Kapitel 5).

4.1.1 Auswahl der Experten

Bezogen auf die vorliegende Arbeit wurden Experten als Personen definiert, die sich aufgrund ihrer aktuellen beruflichen Position mit den Themen Gesundheitswirtschaft, Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik auseinandersetzen. In ihrer beruflichen Funktion verkörpern sechs Interviewte Nicht-Regierungs-Organisationen oder Körperschaften auf niedersächsischer Landesebene. Zwei Interviewte vertraten Körperschaften auf niedersächsischer Bezirksebene und ein Experte ist im Kontext zur regionalen Entwicklungskooperation zu sehen. In ihren Funktionen bilden die Experten unterschiedliche Wissensschwerpunkte. Interviewt wurden Experten, die sich thematisch und beruflich mit

- der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung,
- dem stationären Rehabilitations- und Krankenhausbereich,
- der ambulanten Rehabilitation in Form der offenen Badekur,
- dem Bereich der Sicherstellung der Patientenversorgung und -versicherung,
- dem Apotheken- und Gesundheitsprodukthandel,
- der Gesundheitswirtschaft auf landesministerial Ebene,

befassen.

⁶⁹ Das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik bilden die Makroebene. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Kammern und Verbände bilden die Mesoebene. Auf der Mikroebene befinden Leistungsanbieter und die Leistungsnachfrager. Alle Bereiche sind mit einander verflochten, die Übergänge sind fließend (vgl. Schwartz 2003: 523).

⁷⁰ Charakteristisch für das ‚systematische Experteninterview‘ (vgl. BOGNER & MENZ 2005: 37) ist die Teilhabe des Interviewers am exklusiven Expertenwissen, dass vordergründig aus der praktischen Tätigkeit des Experten entstammt. Typisch für die systematische Expertenbefragung ist ein multimethodischer Ansatz, die sogenannte Triangulation (vgl. ebenda: 40).

Insgesamt wurden neun Personen⁷¹ interviewt. Die durchschnittliche Berufsdauer der Befragten in der jeweiligen Position liegt bei rund 9,7 Jahren⁷². Alle Interviewten bekleiden Führungspositionen, sieben sind Geschäftsführer. Eine der interviewten Personen ist weiblich.

4.1.2 Vorbereitung und Durchführung der Interviews

In der Vorbereitungsphase wurden geeignete Interviewfragen formuliert. Sie orientieren sich an der theoretischen Abhandlung dieser Arbeit (siehe Kapitel 2; Punkt 3.1). Beeinflusst wurden die Fragen durch die Vorstellungen bzw. Ideen der Akteure der Gesundheitsregion Weserbergland^{plus} (siehe Punkt 1.2; Anhang I). Der Interviewleitfaden enthält sechs Fragen, die entsprechend der Interviewsituation leicht modifiziert und bei Bedarf durch vertiefende Fragen ergänzt wurden (siehe Anhang XIX).

Zur Vorbereitung auf das Interview erhielten die Experten per Email ein kurzes Exposé zur Idee der vorliegenden Arbeit und des Interviews⁷³. Im Durchschnitt dauerte jedes Interview 70 Minuten. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet, um wichtige Aussagen im Originalton zu bewahren. Ein handschriftliches Protokoll wurde angefertigt, um so während des Interviews Aussagen gesondert fest zu halten, die der Befragten besonders wichtig erschienen. Am Ende wurden die Experten gebeten Angaben zu ihrer Person zu machen (siehe Punkt 4.1.1).

Zeitnah nach jedem Interview wurde ein Gedächtnis- bzw. Ambienteprotokoll⁷⁴ angefertigt. Mitschriften wurden abgetippt, mit den Tonbandaufnahmen abgeglichen und ggf. ergänzt oder korrigiert.

4.1.3 Auswertungsmethode

Die Interviews wurden anonymisiert ausgewertet. Die Anonymisierung wurde nicht nach einer bestimmten Methode durchgeführt. Angaben zu Personen, Orten oder speziellen Einrichtungen⁷⁵ wurden mit ‚XXX‘ verfremdet, sofern sich, nach Ansicht der Autorin, ein Zusammenhang zwischen der interviewten Person und der Aussage schließen lassen könnte. Wenn ein Experte eine Aussage mit der eigenen Einrichtung in Verbindung brachte, wurde der Einrichtungsname durch ‚wir‘ oder ‚unsere Einrichtung‘ ersetzt. Die Transkripte wurden mit fortlaufenden Seitenzahlen und

⁷¹ Zwei der neun Interviews waren Probeinterviews, sog. Pretests. Die Interviewten wurden von ihrem Probestatus nach dem Interview in Kenntnis gesetzt. Da die Interviewten wertvolle Themenbeiträge lieferten, wurden sie mit in die Auswertung aufgenommen.

⁷² Die längste Berufserfahrung hat ein Experte mit 18 Jahren, die kürzeste mit 3 Jahren. Im statistischen Mittelwert arbeiten die Personen durchschnittlich 9,67 Jahre. Der Median der Zahlengruppe beträgt 9 Jahre (siehe Anhang XX)

⁷³ Aufgrund der wiederholten Nachfragen nach einer Eingrenzung des Themas, Seitens der Experten, erwies sich die Vorabinformation zum Interview als unumgänglich.

⁷⁴ In der qualitativen Sozialforschung werden diese Protokolle auch als Postskriptum bezeichnet (vgl. LAMNEK 2005: 391).

⁷⁵ Außer den Ländern Deutschland, Niedersachsen, Weserbergland oder Einrichtungen, die als generelles Beispiel für die Erklärung eines Zusammenhang herangezogen wurden, z.B. VW, Opel oder Fixis-Windeln etc.

Zeilennummern versehen. Die jeweilige Interview- und Zeilennummer machen die Interviewquelle für verwendete Zitate nachvollziehbar.

Das Auswertungsschema, nachdem das Textmaterial bearbeitet wurde, lehnt an die im LAMNEK beschriebenen Methoden zur Auswertung qualitativen Forschungsmaterials an (vgl. LAMNEK 2005: Kapitel 8 & 10). Die Autorin modifizierte die Technik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring entsprechend ihrer eigenen Vorgehensweise.

In den Einzelauswertungen der Interviews wurden themenrelevante Aussagen verschiedenen Kategorien (siehe Anhang XXI) zugeordnet. Die Kategorien mit ihren charakteristischen Inhalten (Subkategorien) konnten in drei übergeordnete Punkte (Themenkomplexe) zusammengefasst werden (siehe Punkt 4.2.1 ff)

4.2 Ergebnisse

Die Ergebnisse strukturieren sich anhand der folgenden Themenkomplexen, die hier jeweils als Unterpunkte vorgestellt werden. Die vorgestellten Ergebnisse bilden die Meinungen und Ansichten der befragten Experten ab.

4.2.1 Gesundheitswirtschaft aus Sicht der Experten

4.2.1.1 Akteure

Alle Experten verfügen aus ihrer Sicht über gesundheitswirtschaftliche Kompetenzen, mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Einer der Experten sieht sich selbst nicht in die Prozesse der Gesundheitswirtschaft involviert, zählt jedoch die Akteure, welche er in seiner beruflichen Funktion vertritt, zur Gesundheitswirtschaft hinzu. Fünf der Befragten sehen ihre gesundheitswirtschaftliche Kompetenz in einer koordinierenden und ggf. beratenden Aufgabe. Drei der Experten sind als Unternehmer unmittelbar in die gesundheitswirtschaftliche Wertschöpfungskette eingebunden.

Zu den Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft werden von den meisten Interviewten diejenigen Organisationen und Leistungserbringer gezählt, wie HILBERT et al. sie im ‚Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft‘ bereits vorgestellt haben (siehe Punkt 4.2). Der Umstand, dass ein Akteur aus seiner Tätigkeit ein Einkommen erwirtschaftet, ist ein Indikator für die Zugehörigkeit zur Gesundheitswirtschaft.

„Sobald jemand damit Geld erwirtschaftet, dass er die Gesundheit des anderen beeinflusst, ist das Gesundheitswirtschaft.“ (Interview 1_02; 332-333)

Vier Experten orientieren sich bei der Beschreibung von Akteuren der Gesundheitswirtschaft sehr an denjenigen Akteuren und Einrichtungen, die Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Bereiche, die in dieses Segment nicht hineinpassen werden von einem

Experten auch nicht als Ziel oder Inhalt der Gesundheitswirtschaft gesehen, wie z.B. Akteure aus dem Wellness- und Sportbereich.

Weiter wird von zwei Experten eingeräumt, dass sich nicht jeder der Leistungserbringer zur Gesundheitswirtschaft zugehörig fühlt. Vor allem jene, die ihren Beruf mit einem bestimmten Ethos verbinden, würden diese Einordnung eher kritisieren oder sogar ablehnen.

„Arzt sein hat mit Gesundheitswirtschaft nichts zu tun. (Interview 1_02; 334) [...] Die Ärzte wollen helfen, deshalb sind sie Arzt geworden.“ (Interview 1_02; 338)

„Der Apotheker ist Heilberufler und Kaufmann. [...] der Heilberuf wird oft vergessen von der Politik.“ (1392) aber „Die heilberufliche Komponente ist das wirtschaftliche Herzstück einer Apotheke [...].“ (Interview 2_04; 1440)

4.2.1.2 Gesundheitswirtschaft

Die gegenseitige Abhängigkeit von Gesundheitswirtschaft und Politik stellt ein Spannungsfeld dar, welches von den Befragten unterschiedlich bewertet wird. Die politischen Organe zeichnen als Entscheidungsträger vor, welche Ausmaße wirtschaftspolitische Entscheidungen im Gesundheitssektor einnehmen. Alle Experten geben an, dass die Gesundheitswirtschaft maßgeblich von den Tätigkeiten der Akteure beeinflusst und geformt wird. Auffällig ist, dass sich die Betrachtungsweise von Gesundheitswirtschaft sehr eng an der beruflichen Stellung des jeweiligen Experten orientiert.

Zum Einem stellen sich die Experten unter Gesundheitswirtschaft die traditionsgemäße Sicherstellung der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung vor.

„Für uns ist wichtig, [...] die Versorgung der Versicherten wirklich sicherzustellen und das möglichst umfassend [...].“ (15), denn „Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit sind definiert in §12 des SGB V und das ist auch unser Maßstab.“ (Interview 1_01; 30-31)

„Wir sind da natürlich interessiert, dass die Rahmenbedingungen so sind, dass [...] das Feld so bestellt ist, dass für die Bevölkerung eine ausreichende Versorgung sichergestellt werden kann.“ (Interview 2_03; 1342-1343)

Gesundheitswirtschaft wird dennoch mit einem Markt in Verbindung gebracht, der sich aus der größten Gruppe der Nachfrager generiert, den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.

„Im System der GKV gibt es ein knallhartes Wirtschaftssystem, das vorgibt, was in die Grundversorgung mit hinein gehört. 90 Prozent der Bevölkerungen gehören in dies Marktsegment, damit ist es das größte“ (Interview 2_01; 663-665)

Die Gesundheitswirtschaft stellt für die Experten auch ein Segment dar, das sowohl für einzelne Akteure als auch für Regionen ein Marktvolumen mit erheblichem Verkaufspotenzial in sich birgt. Sie setzt sich aus dem gesetzlich definierten Kernbereich und dem zweiten Gesundheitsmarkt, der den Selbstzahlern überlassen ist, zusammen. Sie sehen Gesundheitswirtschaft als „vielschichtigen Bereich“ mit einem „erheblichen Markt- und Finanzvolumen“ und einem Segment, dass eine „Vielzahl von Arbeitsplätzen zur Verfügung stellt, die ortsgebunden sind“ (Interview 2_05; 1684-1686).

Gesundheitswirtschaft ist ausnahmslos „*alles das, was mit der Vermengung der Gesundheitsinteressen des Einen der (Nachfrager) und den Wirtschaftsinteressen des Anderen (Anbieter) zu tun hat.*“ (Interview 1_02; 321-323). Darüber hinaus ist sie mit finanziellen Anreizen verbunden, die die Gefahr beinhalten, dass Akteure ausschließlich die Kostenminimierung und Gewinnmaximierung fokussieren.

„[...] *alle [...] die Geld machen wollen, machen was mit Gesundheit. [...] Wellness, Pflege, Medizin/-technik. Da steckt die Kohle drin.*“ (Interview 2_06; 1994-2000)

4.2.1.3 Kritik

Kritisiert werden von fünf Experten die politischen Entscheidungen, die vermeintlich Einfluss auf die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nehmen. Die Experten befürchten, dass bestimmte, von der Politik initiierte Rahmenvorgaben eben diese Versorgung gefährden. Erwähnt werden in diesem Zusammenhang Vertragsabschlüsse zwischen verschiedenen Akteuren, Bedarfsrichtlinien zur Versorgungsplanung, wettbewerbsrechtliche Änderungen, Unterschiede in der Subventionierung unterschiedlicher Bereiche und ein Rückgang von qualifizierten Arbeitskräften aus dem gesundheitlichen Grundversorgungsbereichen.

„*Das bezieht sich sicherlich auch auf Verträge, die man günstiger gestalten kann. Da beschwehren wir uns auch, dass wir von der Politik nicht genügend Möglichkeiten bekommen.*“ (Interview 1_01; 67-68)

„*Wenn einer Apotheke durch diese Versandapotheken das wirtschaftliche Standbein entzogen wird [...] dünnt sich die Versorgung immer weiter aus. (Interview 2_04; 1059-1060) Der Patient sollte, auch im Anspruch des Staates, sofort versorgt werden.*“ (Interview 2_04; 1064)

Vier Befragte kritisieren die Verwendung des Marktbegriffs, insbesondere im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Gesundheitswirtschaft funktioniere zwar nach „*ähnlichen Gesichtspunkten wie ein Markt*“ (Interview 2_07; 2333), tatsächlich sei er aber so stark reguliert, dass Anbieter auf die ‚Bedürfnisse‘ der Nachfrager unfreiwillig im nur begrenzten Maße eingehen könnten. Es gibt „*Fallzahlbeschränkungen*“ und „*festgelegte Preise*“, die den „*Markt aufdiktieren*“ (Interview 2_06; 2008).

Potenzielle Nachfrager wiederum sind durch Reform- und Rationierungsprozesse im Gesundheitssektor stark verunsichert. Der Bedarf bzw. das Interesse an bestimmten Leistungen ist nach wie vor da. Für den Wechsel von ehemals solidarisch finanzierten Leistungen in ein Zu- und Selbstzahlerbereich, fehlt das Verständnis. Die mangelnde Transparenz und Aufklärung bezüglich der Strukturen der Gesundheitswirtschaft auf Seiten der Nachfrager geht letztlich zu Lasten der Anbieter.

„[...] *wo die Versicherten meinen, dass die Krankenkassen aus der Historie heraus diese Anwendungen bezahlen müssen, sind die Portmonees geschlossen.*“ (Interview 2_02; 940-941)

4.2.1.4 Perspektivwechsel

Für alle Interviewten steht die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft im engen Zusammenhang mit

- a) dem politischen Willen, durch Sparmaßnahmen und Zuzahlungsverpflichtungen bei der Krankenbehandlung eine Umstrukturierung des öffentlichen Gesundheitswesens zu erreichen;
- b) dem demographischen Wandel, der eine andere Nachfrage generiert, die sich nicht nur auf die Pflege hochbetagter Menschen erstreckt, sondern auch auf Menschen, insbesondere die „jungen Alten (Interview 2_07; 2101)“, die Gesundheitsförderung durch Sport, Vorsorge und Wellness betreiben und bereit sind, in ihre Gesundheit zu investieren;
- c) dem Bedarf an einer hochtechnisierten und modernen Medizin, die neue Versorgungsformen und hochqualifiziertes Personal fordert.

4.2.2 Bedeutung einzelner Aspekte von Gesundheitswirtschaft

4.2.2.1 Kooperation und Vernetzung

Die Experten unterscheiden zwischen unterschiedlichen Kooperationsformen. Vor allem die unter Punkt 2.4.1 beschriebenen vertikalen Kooperationen und Vernetzungen werden häufig erwähnt. Ein Experte beschreibt diese mit dem Begriff der „Rückwärtsintegration“ (Interview 2_02; 987-988). Ein Patient wird kontrolliert durch die Versorgungskette der Gesundheitswirtschaft geführt. Der Zusammenschluss unterschiedlicher Akteure wird als notwendiger Prozess gesehen, um sich den Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft anzupassen. Sinnvolle Kooperation und Vernetzungen von Akteuren werden von der Politik unterstützt, z.B. durch finanzielle Anreize in Form von Subventionen.

„Unser System, in dem wir sind, macht denjenigen, der das durchführt, ökonomisch erfolgreich.“ (Interview 2_02; 1009)

Die Experten sprechen in den Interviews vor allem Beispiele von Vernetzung und Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, der stationären Rehabilitation und Pflegeeinrichtungen sowie der ambulanten Leistungserbringern aus Pflege und Medizin und der Hotellerie bzw. der Freizeitwirtschaft an. Die Möglichkeiten sind extrem vielfältig. Außerdem wurden Universitäten und Hochschulen als wichtige Kooperationspartner in der Gesundheitswirtschaft hervorgehoben.

„[...] dass die Bereiche ein stärker vernetztes Denken zusammen bringen. [...] nicht nur die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung mit Bettenauslastung, Bettenverteilung, Ausstattung mit Großgeräten oder die Professorenstelle, Hörsäle und irgendwelche Institute [...].“ (Interview 2_05; 1696-1700).

„Das A und O ist hier die Qualitätssicherung und ein Know-How-Transfer in andere Einrichtungen sowie Kooperationen mit anderen Organisationen und Verbänden.“ (Interview 2_02; 1099-1101)

Im Vordergrund von Kooperationen und Vernetzungen steht die Verwirklichung einer speziellen Idee. Sie entwickelt sich aus einem Ressourcenbedarf heraus. Beispielhaft hierfür sind Angebote für eine Spezialleistung in einem regionalen Kontext. Bestimmte Vertragsformen, wie z.B. die ‚Integrierte Versorgung‘ der Krankenkassen sind für eine erfolgreiche Vernetzung nicht entscheidend.

„Das attraktivste Beispiel ist ein Gesundheitszentrum direkt neben dem Krankenhaus. Da kommen ein Altenheim rein und sieben Arztpraxen. Alle Ärzte sind Spezialisten, die dann mit dem Krankenhaus kooperieren werden“ (Interview 2_01; 865-868)

Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen [...] kooperieren dann mit den Hotels und gehen durch die Zimmer und helfen den älteren Badegästen bei der Morgentoilette. (Interview 2_02; 1001; 1006)

Im zweiten Schritt ist das gegenseitige Vertrauen bzw. das ‚untereinander Bekanntsein‘ maßgeblich. Es muss die Arbeit für alle beteiligten erleichtern und zu einer „Win-Win-Situation“ (Interview 2_06; 2285) führen. Das heißt, sie muss auch wirtschaftliche Anreize in Form von Kostensparnissen und Effizienzsteigerungen bieten. Raum für Selbständigkeit und Entscheidungsfreiheit wird von den Experten ebenfalls als wichtiger Punkt angesprochen. Trotzdem gehen die Experten davon aus, dass Kooperationen in Zukunft nicht ausschließlich freiwillig erfolgen werden. Als Indikator hierfür werden die gesetzlichen Anreizstrukturen genannt, die Krankenhäusern gestatten, Kassenarztsitze aufzukaufen und niedergelassene Spezialisten in sogenannten MVZ's anzusiedeln. Krankenkassen ermöglichen sie selektive Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Fitnesscentern, pharmazeutischen Produktherstellern u.w.m. abzuschließen.

„In Wahrheit ist es so, dass es einen Zwang geben wird sich zusammenzuschließen.“ (Interview 2_01; 678)

Als weitere Form der Kooperation und Vernetzung wird die Vereinigung von verschiedenen oder gleichen Akteurbereichen beschrieben, die unter der Geschäftsführung eines Trägers wahrgenommen werden. Aus Expertensicht besteht eine Bedrohung darin, dass Monopolstrukturen aufgebaut werden. Besonders hervorgehoben wird die Entwicklung von Klinikketten. Nur noch wenige Ketten würden sich auf einen Gesundheitswirtschaftssektor bewegen. Der Trend geht dahin, die „gesamte Sparte in der Versorgungskette zu bedienen“ (sinngemäß: Interview 2_02; 2086). Allerdings werden sie, in einem regionalen Kontext, auch als große Arbeitgeber gesehen. Aus Sicht eines Experten kann es einem Träger z.B. auch nicht negativ angelastet werden, wenn dieser durch seine betriebswirtschaftlichen Strukturen eine optimale Versorgung der Patienten garantieren kann.

„Wenn der Verkauf an einen privaten Krankenhausträger die günstigere Versorgungsentscheidung ist, dann sollte das positiv bewertet werden. Wir wollen den Wettbewerb, wir brauchen den auch um Höchstleistungen zu bringen. Kooperationen und Vernetzungen beleben auch den

Wettbewerb, aber es sollte nicht soweit gehen, dass sich auf einmal Monopole aufstellen.“ (Interview 1_01; 287-291)

4.2.2.2 Qualität und Wirtschaftlichkeit

Qualität und Wirtschaftlichkeit sind von allen Experten als Aspekte der Gesundheitswirtschaft eingebracht worden. Sie werden vor allem im Kontext mit dem Wettbewerb zwischen Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft gesehen. Aufgrund der gesundheitspolitischen und daher auch wirtschaftlichen Strukturen in Deutschland gibt es im Kernbereich keinen Wettbewerb um den Preis einer Leistung. Der Wettbewerb orientiert sich an qualitativen Aspekten der Leistungserbringung.

„Kein Markt [...], der sich über den Preiswettbewerb definiert. Bei uns findet ein Qualitätswettbewerb statt.“ (Interview 2_07; 2380)

In einem Preiswettbewerb mündet ausschließlich der Selbstzahlerbereich, insbesondere in der medizinischen ambulanten Versorgung, nimmt der Preiswettbewerb um gesundheitliche Dienstleistungen zu. Angesprochen werden in diesem Zusammenhang die IGeL-Leistungen, ambulante Rehabilitation, Kur- und medizinische Wellnessangebote sowie weitere alternative Heilpraktiken. Die Experten empfehlen, dass die Qualität auch in diesen freifinanzierten Dienstleistungsbereichen oberste Priorität haben muss. Worin sich die Qualität eines Gesundheitswirtschaftsbereichs im Einzelnen ausdrückt, wird aus den Interviews nicht deutlich. Den Interviews kann entnommen werden, dass Qualität von sieben Experten mit (hoch)qualifiziertem Personal, von vier Experten mit Patientenzufriedenheit und von vier Experten mit Qualitätssicherung mittels Zertifizierungen bzw. Standardisierung in Verbindung gebracht wird. Darüber hinaus wird der Qualitätsaspekt von den Experten jeweils mit Wirtschaftlichkeit in Verbindung gesetzt.

„Der Wirtschaftlichkeitsbegriff soll ja auch das ausgewogene Verhältnis von Leistung und Qualität widerspiegeln.“ (Interview 2_07; 2635-2667)

Wirtschaftlichkeit wird mit einer kostendeckenden Leistungserbringung verbunden. Vor allem im regionalen Kontext erstreckt sie sich auf die Vermeidung von Über- und Unterkapazitäten und ist auf eine Optimierung der Leistungserbringung konzentriert. In der öffentlichen Gesundheitsversorgung ist die Konzentration regionaler Kapazitäten auf die flächendeckende Basisversorgung ein wichtiger Aspekt.

„Wir definieren den Begriff Wirtschaftlichkeit als XXX noch etwas weiter [...], es muss sich also nicht alles in Euro und Cent ausdrücken.“ (Interview 2_07; 2321-2323)

Für drei Experten ist Wirtschaftlichkeit bei privaten Unternehmen eng mit den Gewinninteressen der Akteure verbunden. Sie richten ihre Kapazitäten und Ressourcen entsprechend nicht allein danach aus kostendeckend zu arbeiten, sondern gewinnmaximierend. Entsprechend investieren sie in Projekte und Strukturen nur dann, wenn diese lukrativ erscheinen.

Unabhängig von der Trägerschaft wird nach Expertenmeinung wirtschaftliche Leistungserbringung durch eine Vernetzung unterschiedlicher gesundheitswirtschaftlicher Sektoren erreicht.

4.2.2.3 Spezialleistungen

Alle Experten sind sich einig, dass Akteure sich um Schwerpunkte in der Leistungserbringung bemühen müssen. Sie müssen außerdem die jeweilige Spezialisierung transparent machen.

Klar muss dann sein, ich habe nur diesen Bereich und kann mich nicht noch auf Hüften konzentrieren. Auf gar keinen Fall alles, denn alles ist nichts! (Interview 1_01; 240-241)

„Jeder konzentriert sich auf das Hauptgeschäft. Das Stichwort heißt ‚Spezialisierung‘. (Interview 2_02; 1032)

Beispiele wurden von den Experten am häufigsten in Bezug auf Dienstleistungsschwerpunkte bei der Behandlung eines spezifischen gesundheitlichen Problems genannt. Angesprochen wurden sehr unterschiedliche Beispiele von Gesundheitsdienstleistungen in differenzierten medizinischen Fachgebieten. Leistungserbringer sollten unabhängig vom Angebot einer Dienstleistung auf die Art der Leistungserbringung achten. Besondere Kommunikations- und Kooperationsformen benannten die Experten als wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Spezialisierung. Vier der Experten nannten im Zusammenhang mit Spezialisierung medizintechnische Projekte, z.B. in Form von „e-health“ bzw. Telemedizin. Die moderne medizintechnische Ausstattung ist zu einem wichtigen Erfolgsfaktor in der Gesundheitswirtschaft geworden. Für die Erbringung von Spezialleistungen ist sie de facto verpflichtend.

„Telemedizin eröffnet z.B. unheimlich viele Möglichkeiten. (Interview 1_02; 437) Aber Telemedizin ist auch nicht mehr so innovativ wie es mal war. Inzwischen liefern alle modernen Geräte digitale Bilder.“ (Interview 1_02; 452)

„E-health-Projekte sind enorme Forschungsprojekte, in denen so etwas weiterentwickelt wird und natürlich werden die Bundesfördermittel dafür kriegen.“ (Interview 2_06; 2048-2050)

4.2.2.4 Internationalisierung

Internationalisierung ist aus Sicht von sechs Experten zu weit gefasst. *„Erst einmal liegt Europa vor der Tür.“ (Interview 2_02; 1037)*

Die europaweite Ausrichtung von Akteuren wird mit den Themen Ausbildung und Qualifizierung im Gesundheitswirtschaftssektor und Medizintourismus in Verbindung gebracht. Letzteres spielt nach Ansicht der Experten nur dann eine Rolle, wenn sich ein Akteur auf eine bestimmte Leistung spezialisiert hat. Diese Leistung muss soviel Potenzial besitzen, dass sie genügend ausländische Patienten mit entsprechender Nachfrage anzieht. Die Mühen und Kosten einer Reise müssen für die Zielgruppe eine untergeordnete Rolle spielen. Die Zielgruppe muss aktiv angesprochen werden, was einen enormen Marketingaufwand bedeutet. Förderliche Aspekte sind ein überregionaler Bekanntheitsgrad bei besonderer fachlicher oder persönlicher Reputation. Sie können das Marketing erleichtern. Trotzdem bleibt der Aufwand für einen Akteur *„exorbitant hoch“ (Interview 2_07;*

2521) und bedeutet „*viele Investitionen und sehr gute Kontakte*“ (Interview 1_02; 444). Gesundheitstourismus wird von einem Experten als ein „*Puzzleteil*“ (Interview 2_05; 1165) von vielen in der Gesundheitswirtschaft beschrieben. Diese Beschreibung trifft auch annähernd auf die Ansichten der anderen Experten zu. Sie sind sich einig, dass der Gesundheitstourismus für keinen Akteur einen Anlass zur alleinigen strategischen Ausrichtung bietet.

„*Das sind Nischen, aber keine Strategie, auf die Momentan aufgebaut werden kann.*“ (Interview 2_02; 1076)

„*Es gibt für uns auf dem Sektor Gesundheitstourismus kein Potenzial.*“ (Interview 2_03; 724)

Eine weitere Relevanz hat die europaweite Ausrichtung in Bezug auf Ausbildung und Qualifizierung. Zwei unterschiedliche Meinungen wurden dazu konkretisiert. Zum Einen wird die Ansicht vertreten, dass Deutschland von den Ausbildungsstandards einiger EU-Nachbarländer profitieren könnte. Das hätte zur Folge, dass sich der befürchtete Fachkräftemangel im Gesundheitssektor relativieren könnte. Pflegekräfte und Ärzte wären nach europäischen Standards ausgebildet, ein leichter Fachkräfteaustausch zwischen den EU-Ländern wird angenommen.

Die andere Gruppe Experten befürchtet, dass es nicht zu einem Fachkräfteaustausch kommt, sondern eher zu einem „*Export von Fachkräften aus Deutschland*“ (sinngemäß Interview 1_02; 507) und einem Import von günstigen Fachkräften aus den osteuropäischen Ländern.

„*Leistungserbringer rekrutieren ihre Mitarbeiter aus dem Osten. Sie sind bei gleicher Leistung günstiger.*“ (Interview 1_01; 250)

Beides wird negative Auswirkungen für die Qualität der gesundheitswirtschaftlichen Dienstleistung in Deutschland haben. Die Arbeitsplatzqualität ist durch veränderte Gehaltsstrukturen gefährdet und die Versorgungsqualität kann bei hohen Abwanderungsraten von Fachkräften nicht mehr gewährleistet werden.

4.2.3 Gesundheitswirtschaftliche Potenziale in Bezug zur Gesundheitsregion

4.2.3.1 Regionale Gesundheitswirtschaftsaspekte

Eine stimmige regionale Struktur und eine gemeinsame Ausrichtung der Ziele ist für alle Experten der ausschlaggebende Faktor, um gesundheitswirtschaftliche Potenziale aufbauen und darstellen zu können. Im Mittelpunkt eines jeden Konzepts sollte allerdings die gemeinsame Zielsetzung stehen.

Sechs von neun Experten waren sich einig, dass die Einhaltung eines Ziels zur regionalen Entwicklung oder Darstellung gesundheitswirtschaftlicher Potenziale nur mit Hilfe einer fachlich kompetenten Koordinierung möglich ist, unabhängig um welche Region es sich handelt. Diese Koordinierung wurde unterschiedlich beschrieben, mit dem Ergebnis, dass es hierzu einer fachkompetenten Person oder eines Teams bedarf.

Sie stimmen überein, dass die Aspekte der Kooperation und Vernetzung der Akteure untereinander (siehe Punkt 4.2.2.1), die Qualität und Wirtschaftlichkeit (siehe Punkt 4.2.2.2) sowie ein gewisses Maß an Spezialisierung (siehe Punkt 4.2.2.3) als Basis für eine regionale Gesundheitswirtschaft vorhanden sein müssen. Außerdem muss die flächendeckende Versorgung mit den Akteuren aus dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft gegeben sein. Vier Experten bemerkten dies im Zusammenhang mit dem Weserbergland.

„Aus unserer Sicht kann die Region damit werben, dass sie noch überall genügend Ärzte haben. Es gibt keine weißen Flecken.“ (Interview 1_02; 429-430)

„Wir wollen wettbewerbsfähig tragbare Strukturen, wir wollen, dass sich die soziale Verträglichkeit und Wirtschaftlichkeit in solchen z.B. Gesundheitsregionen ausdrückt und sie muss unter qualitativen Aspekten hochwertig sein.“ (Interview 1_01; 79-81)

Die letztendliche Spezifikation einer Region als Gesundheitsregion ist anhand ihrer strukturellen Gegebenheiten festzulegen. Die Experten beziehen sich hierbei auf die grundlegende Unterscheidung von Anbietern und Angeboten einer Metropolregion zu einer ländlichen Region.

Wichtig ist, dass eine Region sich auf ihre Stärken und darstellbaren Aktivitäten besinnt. XXX ist z.B. ein Onkologiestandort, XXX ist stark in der Osteoporoseversorgung. Solche Dinge müssen transparent dargestellt werden. (Interview 2_05; 1115-1117)

4.2.3.2 Gesundheitswirtschaft und Metropolen

Bei einer Metropolregion gehen die Experten davon aus, dass eine hohe Dichte von Anbietern aus der Gesundheitswirtschaft existiert. Sie weisen als ein gesundheitswirtschaftliches Cluster ein hohes Potenzial an umsatzstarken Akteuren auf.

„Man kann, ohne ins Detail zu gehen, über den Daumen gepeilt sagen, dass sich der Ausgabenblock für also auf 26 Mrd. EUR (+/-) beläuft. Das ist ein nicht unerhebliches Marktvolumen. Die XXX hat da erheblichen Anteil dran.“ (Interview 2_05; 1677-1678)

Aus Sicht der Wissenschaft entsprechen sie einer Hochleistungsmedizin. Das heißt, eine solche Gesundheitsregion weißt neben einer flächendeckenden Grund- und Regelversorgung ein hohes Innovationspotenzial im Bezug auf Medizintechnik, Forschung und Entwicklung sowie hochqualifizierte Arbeitskräfte und umfassende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten aus der Gesundheitsbranche auf. Die Metropolen verfügen außerdem über eine Verkehrsinfrastruktur, die eine gute Erreichbarkeit der regionalen Potenzialträger gewährleistet.

„[...] eine Landeshauptstadt. Sie bindet viel medizinisches Potenzial an sich und kann sich im Wettbewerb der Gesundheitswirtschaft ganz anderes präsentieren.“ (Interview 1_01; 227-228)

Weniger relevant für Gesundheitsregionen einer Metropole scheinen die Aspekte einer natürlichen Umgebung, eine gesunde Bevölkerung oder gesundheitsförderliche Netzwerke zu sein. Diese fehlende Perspektive bildet für einige Experten Anlass zur Kritik.

„Städte wie Köln, Hamburg, Düsseldorf haben in der ersten Assoziation nicht viel mit Gesundheit zu tun. Diese Städte stehen für Verkehr, Lärm, Abgase und schlechte Luft. Hier entsteht

Stress und die Bevölkerung lebt auf engstem Raum.“ (Interview 2_01; 818-820) Bezogen auf den Aspekt der Hochleistungsmedizin, der hat im ersten Augenblick gefühlt nichts mit Gesundheitsregion zu tun. Die wenigsten Menschen brauchen eine hochspezielle Versorgung.“ (Interview 2_01; 826-828)

4.2.3.3 Gesundheitswirtschaft im ländlichen Raum

Die Erwartungen an eine Gesundheitswirtschaft im ländlichen Raum unterscheiden sich von denen für eine Metropole. Ihre Darstellung ist erheblich komplexer. Im Ergebnis kommt es ebenfalls auf eine flächendeckende Grund- und Regelversorgung mit Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft an. Ländliche Regionen profitieren im Gegensatz zu Metropolregionen von einer natürlichen Umgebung, aus der sich gesundheitswirtschaftliches Potenzial ziehen lässt. Solche Gesundheitsregionen sind mit Wald-, Berg- und Küstenregionen assoziiert. Sie verfügen über die traditionellen Attribute von Kurorten. Diese Aspekte wurden von sechs Experten als gesundheitswirtschaftliches Potenzial für das Weserbergland beschrieben.

Reine Gesundheitsregionen, dass sind wohl für die meisten Menschen so etwas wie Luftkurorte, Nordsee, Moorbäder, Quellen etc. (Interview 2_01; 815-816)

Das oberste Ziel einer ländlichen Gesundheitsregion ist die Gesunderhaltung der Bevölkerung. Die Haupterwartung an eine regionale Gesundheitswirtschaft im ländlichen Raum, ist die Entwicklung einer entsprechenden regionalen Infrastruktur, die ein solches Ziel wahren kann.

In vielen ländlichen Regionen ist diese gesundheitswirtschaftliche Infrastruktur im Hinblick auf Vernetzung und Kooperation sowie in ihrer Qualität, Wirtschaftlichkeit und Spezialisierung verbesserungswürdig. Als weiteren Nachteil sehen die Experten das Fehlen vernünftiger Verkehrsverbindungen, wenig kulturelle Angebote und, in Bezug auf Bildung, Qualifikation und Arbeitsplätze, zu wenig Perspektiven.

„Das Problem ist doch Folgendes: Ich möchte als Arzt eine vernünftige ‚Work-Life-Balance‘. (Interview 1_02; 384) Wenn es solche Strukturen auf dem Land nicht gibt [...]dann ist das nicht attraktiv für qualifizierte Facharbeitskräfte. Fakt ist, wer die Wahl hat, geht in die Stadt.“ (Interview 01_2; 386)

Acht Experten waren der Meinung, dass diese Situation auch oder sogar im besonderen Maße auf das Weserbergland zu trifft.

Diese Gesundheitsregionen stehen in einem ganz anderen Wettbewerb und müssen gucken, wie sie sich positionieren. (Interview 1_01; 270-271)

Nichts ist schlimmer für eine Region, wenn die Entwicklung totgeschwiegen wird. (Interview 2_05; 1938)

Aus Sicht der meisten Experten wird besonderes von ländlichen Regionen erwartet, dass sie ihre gesundheitswirtschaftlichen Strukturen sinnvoll in Netzwerken organisieren und innerhalb der Region an einer gemeinsamen Positionierung arbeiten.

4.2.3.4 Einfluss der (Regional-)Politik

Die politischen Entscheidungsträger sind maßgeblich am Erfolg oder am Scheitern der gesundheitswirtschaftlichen Ausrichtung einer Region beteiligt. Fünf der Interviewten sind der festen Überzeugung, dass die Entscheidung von Seiten der Politik, sich für das Thema Gesundheitswirtschaft zu interessieren und auf Regionen anzuwenden, in dem Trendgedanken des Themas Gesundheit begründet liegt.

„Gesundheit ist ‚in‘ und bringt Geld für eine Kommune, so wird gerechnet.“ (Interview 2_06; 2304)

Zwei Interviewte vermuten, dass Politik und Wirtschaft der Theorie des Konjunkturforschers KONDRATIEFF folgen und sie mit den Themen Biotechnologie, Gesundheitswissenschaft und psychosoziale Gesundheit einen weiteren Wirtschaftszweig bzw. Markt eröffnen.

Alle Experten sind sich sicher, dass insbesondere ländliche Regionen versuchen, über das Thema Gesundheitswirtschaft ihre regionale Situation zu verbessern. Zum Einen soll die Abwanderung der ländlichen Bevölkerung verhindert werden, zum Anderen soll ein attraktives Feld für Akteure entstehen und somit Unternehmen und Fachkräfte ansprechen. Wettbewerbsausschreibungen und Fördergelder für gesundheitswirtschaftliche Projekte erhöhen den Anreiz, das Thema Gesundheitswirtschaft als Marketinginstrument für eine überregionale Ausstrahlung zu benutzen. Diese Meinung teilten fünf der Befragten.

„Insofern ist das Thema Gesundheitsregion ein Marketinginstrument.“ (Interview 2_05; 1979)

Tendenziell lässt sich die generelle Meinung der Experten folgendermaßen wiedergeben. Als grundsätzliche Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des Themas sind sowohl die aktive Beteiligung der lokalen Akteure als auch das Engagement der politischen Instanzen notwendig. Sie müssen in einem gemeinsamen Netzwerk integriert sein. Konkurrenzdenken und Neidsituationen zwischen den Beteiligten wirken hemmend für die Entwicklung gesundheitswirtschaftlicher Regionalprojekte. Die politische Unterstützung ist auch notwendig, um die private Wirtschaft zu motivieren an einem gemeinsamen Projekt zu arbeiten.

„Die Regionen oder Gemeinden müssen kooperieren, die Bürgermeister gemeinsam überlegen wo ist ein strategisch günstiger Ort um eine Basisversorgung zu implementieren. Nicht mehr nur aus der Gemeindesicht heraus argumentieren und entscheiden, sondern vernetzt und übergeordnete Strukturen schaffen.“ (Interview 2_03; 700-703)

„Sie müssen auch die politische Unterstützung an ihrer Seite haben. Gerade in der Anfangsphase, wird es sich nicht von alleine tragen.“ (Interview 2_05; 1808-1809)

5 Abschließende Betrachtung der Arbeitsergebnisse

5.1 Diskussion der Interviewergebnisse

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, theoretisch angenommene Potenzialfaktoren (Kapitel 2), die sich auf ausgewählte Bereiche der regionalen Gesundheitswirtschaft beziehen, am Beispiel des Weserberglandes aufzuzeigen (Kapitel 3). Es handelt sich um eine Region, die im Zuge eines kooperativen, regionalen Entwicklungsvorhabens das Ziel beschreibt, Gesundheitsregion zu sein und die regionale Gesundheitswirtschaft als ein Cluster zu fördern (Kapitel 1).

Da es in der Literatur zum Thema keinen Konsens über festgeschriebene Potenziale gibt, fanden parallel zur Standortanalyse Expertengespräche statt (Kapitel 4). Die Gestaltung des Interviewleitfadens wurde vom theoretischen Aufbau der Arbeit sowie von den Wünschen und Ideen der Partner der REK-Weserbergland^{plus} beeinflusst. Andersherum nahmen die Gespräche auch Einfluss auf das weitere Recherchevorgehen zur Erstellung des dritten Kapitels. Die Diskussion der Interviewergebnisse orientiert sich an der Ausgangsfragestellung, was gesundheitswirtschaftliche Potenziale im regionalen Kontext sind. Entsprechend findet sie nicht vor dem Hintergrund statt, spezifische Empfehlungen für Regionen auszusprechen, die sich mit dem Gedanken tragen, die ‚eigene‘ Gesundheitswirtschaft auf ihre Potenzialstärke hin zu überprüfen. Aufgrund der unterschiedlichen Expertisen war es möglich, differenzierte Betrachtungsweisen, Einschätzungen und Ansätze zum Thema und zu der Fragestellung zu erhalten. Mit den Ergebnissen werden so die theoretischen Kenntnisse in dieser Arbeit bezüglich gesundheitswirtschaftlicher Potenziale überprüft, bestätigt und erweitert. Die gewonnen Erkenntnisse sollten somit auf andere Regionen anwendbar sein und sich bei weiteren Analysen bestätigen. Das hierzu ausgewählte methodische Instrument der Experteninterviews erweist sich für die Fragestellung als sinnvoll. Zur Diskussion lassen sich wesentliche Punkte feststellen.

HILBERTS et al. Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft verifiziert sich durch die Interviews insofern, als dass alle in ihm angesprochenen Bereiche tatsächlich als Bestandteil der Gesundheitswirtschaft wahrgenommen werden (siehe Punkt 4.2.1.1, 2.4). In ihren jeweiligen Eigenschaften sind sie sehr differenziert dargestellt oder bewertet worden, wodurch jeder gesundheitswirtschaftliche Bereich eine andere Gewichtung erhält. Die Mehrdimensionalität von Gesundheitswirtschaft bestätigt sich.

Ebenfalls zeigt sich, dass die verschiedenen Wirtschaftsbereiche, mit ihren jeweiligen Fähigkeiten, im Zentrum der regionalen Gesundheitswirtschaft stehen können. Sie sind daher keine starren Ebenen über- oder untereinander stehender Strukturen, wie es in HILBERTS Modell dargestellt ist. Dennoch, obwohl sich die Ebenen verschieben können, kann nicht geschlussfolgert werden, dass die Wertschöpfung nicht im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft beginnt. Insbesondere die Freizeit-

industrie ist durch ihre Entwicklungen und Fortschritte stärker oder offensichtlicher in den Kernbereich - also im Ansatz der Wertschöpfungskette - involviert als dies noch vor einigen Jahren der Fall war.

Die Entstehung der Interviews stellt dennoch eine Momentaufnahme dar. Sie ist geprägt durch Reformen im Gesundheitswesen und aktuelle Wirtschaftförderprozesse. Gesundheitspolitisch und wirtschaftlich erwünschte und zum Teil erzwungene Maßnahmen betreffen die berufliche Situation der Interviewten oder derer, dessen Interessenvertreter sie sind. Darüber hinaus sind sie ebenso an regionalwirtschaftlichen Prozessen interessiert und u.a. unmittelbar durch ihre Arbeit beteiligt. Die im Ergebnis aufgezeigten Potenziale orientieren sich merklich an diesen Prozessen. Die Behauptung, dass es bislang keinen einheitlichen Konsens darüber gibt, in welche politische Richtung Gesundheitswirtschaft steuert, kann anhand ihrer Aussagen und Einschätzungen unterstrichen werden. Aus der unterschiedlichen Interpretation von Gesundheitswirtschaft formuliert sich in der Folge, was als gesundheitswirtschaftliches Potenzial in einer Region beschrieben werden kann.

Die Ergebnisse lassen keinen Schluss darüber zu, dass ein bestimmter Behandlungsschwerpunkt mehr oder weniger gesundheitswirtschaftliches Potenzial besitzt. Gesundheitswirtschaftliches Potenzial kann auch nicht durch spezifische Einrichtungen bzw. Einrichtungsgrößen bestimmt werden. Es geht vielmehr um Eigenschaften der regionalen Gesundheitswirtschaft, die aufgrund ihrer strukturellen und qualitativen Fähigkeiten entstehen. Das Primärziel der regionalen Gesundheitswirtschaft ist es auch nicht, solche Standortfaktoren und Schwerpunkte zu erschaffen, wenn diese nicht vorhanden sind. Sind sie andererseits vorhanden, müssen sich diese Einrichtungen und Schwerpunkte nach bestimmten Kriterien positionieren, damit sie als Potenzial akzeptiert werden.

An dieser Stelle sollte kein Missverständnis entstehen. Da das hier vorgestellte Thema die Frage nach gesundheitswirtschaftlichen Potenzialen im Kontext einer Region zu beantworten versucht, erweisen sich andere Potenzialfaktoren als einflussreicher. Entsprechend konzentrierten sich die Interviews nicht explizit auf die Frage nach speziellen Potenzialen einer Einrichtung und Institution, was in den Antworten widerspiegelt. Hochspezielle Versorgungs-, Forschungs- und Entwicklungszentren sowie andere wissenschaftliche Institutionen der ‚Gesundheitsbranche‘ können, aufgrund ihrer meist ausgewiesenen Innovationsfähigkeit und teilweise auch Investitionsfähigkeit, förderlich für die Entwicklung nutzbarer Ressourcen sein. Dies lässt sich auch auf den regionalen Kontext beziehen. Darüber hinaus gibt es insbesondere in der Krankenbehandlung medizinische Spezifikationen, die über ein finanzwirtschaftlich höheres Potenzial verfügen. Diese Potenzialfähigkeiten müssen dennoch mit dem Gedanken betrachtet werden, wem sie nützen soll bzw. wer ihr gesundheitswirtschaftliches Potenzial beurteilen soll.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich theoretisch für **jede** Region gesundheitswirtschaftliches Potenzial erschließen lässt. Grundvoraussetzung bei den Standortfaktoren ist eine flächendeckende medizinische und pflegerische Basisversorgung mit dem entsprechenden Arbeitskräftepotenzial und einer

attraktiven Infrastruktur⁷⁶ zum Wohnen, Leben und Arbeiten. Auffällig hieran ist, dass diese Faktoren für eine Metropole nicht in Frage gestellt werden, sondern vorausgesetzt sind. Für eine ländliche Region jedoch ist dies ein Potenzialfaktor, der zunächst mittels einer Analyse bestätigt werden muss. Das geht aus der besonderen Stellung ländlicher Räume hervor, wie unter Punkt 2.5.2 beschrieben wurde.

Jede Region muss, insbesondere aus Sicht der ‚öffentlichen Gesundheitswirtschaft‘, einen Schwerpunkt bilden, der aus den örtlichen Einrichtungen und Strukturen hervorgeht. Er muss deutlich darstellbar sein und könnte auch als Kern einer gesundheitswirtschaftlichen Entwicklung auf regionaler Ebene dienen. Ein weiteres Potenzial der Region ist es daher Einrichtungen vorzuweisen, die homogene bzw. sich ergänzende leistungsspezifische Schwerpunkte bilden und erweiternd für die Basisversorgung sind. Die Spezialisierung sollte sich in das Gesamtbild der Region stimmig einfügen können und die strukturelle Identität widerspiegeln⁷⁷. Durch kooperative Verbindungen zwischen den einzelnen gesundheitswirtschaftlichen Akteuren werden fehlende Leistungsarten ergänzt. Gesundheitswirtschaftliches Potenzial wird ebenso über sektorenübergreifende Netzwerke im regionalen Kontext definiert. Die Fähigkeit einer regionalen Gesundheitswirtschaft ein gesundheitswirtschaftliches Cluster zu bilden ist ein Potenzialfaktor.

Die qualitativ hochwertige Leistungserbringung, Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung, die Entwicklung neuer Leistungsbereiche, z.B. Medizin-/Gesundheitstourismus, Aufbau spezieller Versorgungseinrichtungen, Implementierung neuer technischer Versorgungsformen, Beteiligung an Forschungsvorhaben, Ansiedlung hochqualifizierter Arbeitskräfte etc. sind Möglichkeiten, die sich im Idealfall als Ergebnis aus den bestehenden Potenzialfaktoren weiter entwickeln werden. Sie erhöhen die Innovations- und Investitionskraft des Gesundheitswirtschaftsclusters und sind die Benchmarks, an denen sich die Regionen messen.

Im Resultat ist dennoch festzustellen, dass das größte gesundheitswirtschaftliche Potenzial einer Region, aus der Fähigkeit gezogen wird die gesundheitliche Versorgung der regionalen Bevölkerung sicherzustellen. Warum diese Fähigkeit von solch entscheidender Bedeutung ist, lässt sich anhand des demographischen Wandels erklären, der alle Bereiche des Lebens und Wirtschaftens betrifft. Besonders spüren ländliche Regionen die negativen Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung, welches mit dramatischen Konsequenzen für die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung verbunden wird. Erklärbar ist somit, dass eine Region dann über gesundheitswirtschaftli-

⁷⁶ Das heißt Schulen, Bildung, Kultur, Sportflächen, Verkehrsanbindungen etc.

⁷⁷ Zur Konkretisierung: Eine Region mit einer Einrichtung zur medizinischen Schwerpunktversorgung für Erkrankungen der Lunge ist als Region für diesen Schwerpunkt nur dann glaubwürdig, wenn die strukturellen Gegebenheiten diesen unterstützen. Mögliche Assoziation wäre „saubere Luft, saubere und gesunde Lungen.“ Gelingt eine solche Übertragung nicht, dann besteht die Gefahr, eine ‚hohle Marketingblase‘ zu erzeugen. Zwar verfügt dann die einzelne Einrichtung über ein gesundheitswirtschaftliches Potenzial durch einen Schwerpunkt, nicht aber die Region.

ches Potenzial verfügt, wenn sie durch entsprechende Arbeitskraftressourcen und Leistungskapazitäten verfügt, die die Versorgungsvoraussetzungen erfüllt.

Die politische Unterstützung und die Mitwirkungsbereitschaft der Träger regionaler Gesundheitswirtschaft sind als unverzichtbares Instrument zu sehen, um die Entwicklung vorhandener gesundheitswirtschaftlicher Potenziale voranzutreiben. Ihre Arbeit muss unter einem gemeinsamen und vor allem eindeutigen Ziel stehen. Sie muss hauptamtlich und koordinierend begleitet werden. Aus den Interviews bestätigt sich das, was RÜTTEN als ‚Investitionslogik des Wirtschaftssystems‘ beschreibt (vgl. RÜTTEN 2000: 187). Zwischen den Entscheidungsträgern darf es keine Diskrepanz bei kurz-, mittel- und langfristigen Zielen geben. Das Engagement der Beteiligten hängt entsprechend von den politischen Rahmenbedingungen ab.

Die Interviews weisen aber nicht nur explizit auf die Bedeutung des Zusammenspiels von Politik und Gesundheitswirtschaft hin, sondern auch auf ihre Probleme. Insbesondere der Marketingaspekt des Themas Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsregion sollte kritisch hinterfragt werden. Die politische Aktualität des Themas verleitet zu vorschnellen Konzeptvorstößen und Marketingkampagnen der Regionen. Die Entwicklung strukturschwacher Regionen⁷⁸ mit Hilfe von Bundes- und EU-Projektfördergeldern wird durch regionale Vertreter vorangetrieben. Dies geschieht auch, ohne dass die Vertreter ausreichend Kenntnis über richtungweisende und repräsentativ darstellbare Kernkompetenzen der Region bezüglich des Projektthemas haben. Das Scheitern regionaler Entwicklungsprojekte ergibt sich in der Folge aus dem fehlenden Konsens von politischen Vertretern, beteiligten Akteuren und der Bevölkerung über die Ziele und den zeitlichen, finanziellen und repräsentativen Rahmen. Dieser Diskussion schließt sich eine weitere Frage an, die in der vorliegenden Arbeit nicht gestellt war. Dennoch soll sie aufgrund ihrer Aktualität nicht unerwähnt bleiben.

„Welchem Wettbewerbs- und Marketingdruck sehen sich vor allem ländliche Regionen ausgesetzt, die sich mit dem Thema ‚Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsregion‘ vor dem ‚Vergessenwerden‘ und ‚Aussterben‘ bewahren wollen?“

Entsprechend wird zu klären sein, wie sich Regionen nach - im zeitlichen Bezug gesehen - dem Trendthema Gesundheitsregion positionieren. Es wird zu klären sein, ob Gesundheitsregionen auch nachhaltig dazu geeignet sind, qualifizierte Nachwuchskräfte zu rekrutieren, zu halten und Innovationsprozesse im Gesundheitswesen anzuregen oder Versorgungsformen zu generieren, die es einer Bevölkerung im strukturschwachen Raum ermöglicht, trotzdem gesundheitlich versorgt zu sein und darüber hinaus weitere Abwanderungen zu verhindern.

RÜTTENS Aufsatz zum Pilotprojekt ‚Gesunde Region Westsachsen‘ findet letztlich insbesondere dahingehend Bestätigung, dass ähnliche von ihm formulierte Aspekte durch anhaltende Aktualität gekennzeichnet sind. Selbst wenn sich also eine Region in der Lage sieht, über eine gewisse An-

⁷⁸ Ein Thema, welches ebenfalls in der aktuellen Tagespresse diskutiert wird (Thiede 2009: 23).

zahl gesundheitswirtschaftlicher Kapazitäten zu verfügen, so erschließt sich das eigentliche Potenzial erst daraus, dass die Kapazitäten in die Lage versetzt werden, die vorhandene Infrastruktur als gemeinsame Ressource zu begreifen und zu nutzen sowie Politik und Wirtschaft als fördernde Lobby zu integrieren. Gelingt es nicht politische, wirtschaftliche und bevölkerungsorientierte Interessen auf einen ‚Nenner‘ zu bringen, werden solche regionalen Konzepte schon in ihrer Entstehung scheitern. Im Ergebnis verliert damit die Ausgangsfrage „*Was sind gesundheitswirtschaftliche Potenziale*“ an Gewicht. Die Frage lautet vielmehr: „*Wer beurteilt oder definiert gesundheitswirtschaftliches Potenzial und in welchem Rahmen und zu welchem Zweck geschieht dies?*“

5.2 Fazit und Empfehlungen zum Weserbergland^{plus}

Rückblickend auf die Ergebnisse der Arbeit lassen sich die Schlussfolgerungen von der Mesoebene auf die Mikroebenen - in diesem Fall das Weserbergland - beziehen. Für das Weserbergland ergibt sich, dass die Region über ein weites Spektrum Standortfaktoren mit gesundheitswirtschaftlichen Potenzialen verfügt. Mit den zur Verfügung gestellten Daten lässt sich das Weserbergland nicht als Gesundheitsregion darstellen, die durch Hochleistungsmedizin oder innovative telemedizinische Netzwerkstrukturen auffällt. Die meisten gesundheitswirtschaftlichen Potenzialfaktoren wiesen die Landkreise Hameln-Pyrmont und Schaumburg auf. Im Bereich Kur und Bäder, in der stationären Rehabilitation und im Bereich Wellness, Sport und Fitness sind großflächig Kapazitäten vorhanden. Zusammen mit dem Krankenhaussektor stellen sie das größte Arbeitskräftepotenzial dar, welches ebenfalls auf den Ausbildungsbereich übertragbar ist. Das Weserbergland^{plus} insgesamt zeigt sich allerdings auch als strukturschwache Region, die alle Attribute und Probleme des ländlichen Raums widerspiegelt.

Problematisch im Arbeitsverlauf zeigte sich die teilweise geringe und selektierte Datenlage zur Region Weserbergland^{plus}. Es fehlen zitierbare und aktuelle Angaben für viele der untersuchten Bereiche. Die Umsatzleistungen der Weserbergland-Krankenhäuser konnten nur zu knapp 69 Prozent abgebildet werden. Die Kenntnisse über die Umsatzleistung der Reha-Einrichtungen sind noch geringer und wurden daher nicht abgebildet. Die Datenlage insgesamt ist zurückzuführen auf generell fehlende Datenbestände in den amtlichen Statistiken und den sonstigen Berufsorganisationen. Ferner ist sie begründet durch die nur teilweise vorhandene Auskunftsbereitschaft einzelner Einrichtungen und auf die Verpflichtung der Autorin, Informationen aus Datenschutzgründen vertraulich zu behandeln. In diesem Zusammenhang sind einige Daten, die in parallel laufenden Projekten des Weserberglandes erhoben werden, für diese Arbeit nicht verwendet worden. Die Kenntnisse zu Kooperationen und Vernetzungen sowie deren Möglichkeiten zur Erweiterung beschränken sich auf die Angaben der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser aus 2006, Jahresfinanzberichten und anderer internetbasierter Angaben der untersuchten Einrichtungen. Die Informationen sind kritisch zu bewerten. Der auf Freiwilligkeit basierende Teil in den Krankenhausqualitätsbe-

richten und die Jahresfinanzabschlüsse diverser Einrichtungen beinhalten selektierte Informationen zu den Einrichtungen. Die Internetveröffentlichungen sind bezüglich ihres Informationsgehaltes heterogen.

Letztlich weisen die untersuchten gesundheitswirtschaftlichen Bereiche auf Kooperations- und Vernetzungsstrukturen hin. Es ist also von einer grundsätzlichen Kooperationsbereitschaft der gesundheitswirtschaftlichen Einrichtungen vor Ort auszugehen. Damit besteht Grund zur Annahme für weiteres Vernetzungspotenzial. Allerdings bedarf es weiterer Nachforschungen in diese Richtung, um verifizieren zu können, welches Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenzial die Region durch kooperative Vernetzungen generiert. Dies kann z.B. Form einer Aktionsforschung erfolgen. Parallel zur Projektentwicklung werden Akteure der regionalen Gesundheitswirtschaft involviert und Partner an dem Vorhaben Beteiligt.

Strukturelle Veränderungen, die im besonderen Maße den regionalen Krankenhaussektor durch diverse Trägerwechsel betreffen (siehe Anhang XI; Punkt 3.4.1.2.a), sind aus finanzwirtschaftlicher Sicht vorerst positiv zu bewerten. Die öffentlichen Träger sind finanziell entlastet worden. Investitionen in den Krankenhaussektor haben in Nienburg zu neuen Aufbau- und Ablaufstrukturen geführt, die zu einer höheren Bettenauslastung und einer effizienteren Patientenversorgung in den Krankenhäuser geführt hat (vgl. Mittelweserkliniken Nienburg Hoya Stolzenau 2008). Ähnlich strukturelle Veränderungen sind für die öffentlichen Krankenhäuser im Landkreis Schaumburg geplant (vgl. URL: Pressemeldung 16.12.2008, 2009). Inwieweit sie das Projektvorhaben Gesundheitsregion Weserbergland^{plus} beeinflussen, ist aktuell nicht absehbar.

Denkbar für eine bessere Vernetzung auf der Ebene der regionalen Gesundheitswirtschaft, wäre die Implementierung eines gemeinsamen Datenpools zum Thema Gesundheitswirtschaft im Weserbergland oder eines Forums. Ein ähnlicher Datenpool⁷⁹ zur ‚Daseinsvorsorge im demografischen Wandel‘ wird derzeit in einem anderen REK-Projekt entwickelt und angelegt. Eine weitere Überlegung, die der Region zur Konkretisierung des Projektziels Gesundheitsregion / Gesundheitswirtschaft dienlich sein kann, ist die Erstellung eines Gesundheitsberichtes für die Region. Dieser sollte in Zusammenarbeit mit den örtlichen Gesundheitsämtern koordiniert und erstellt werden. Er würde explizit Aufschluss nicht nur über die demographische, sondern auch die gesundheitliche Lage der Bevölkerung geben sowie Ressourcen und Bedürfnisse besser darstellen.

Abschließend zeigt sich am immensen Zeit- und Organisationsaufwand eines solchen Projektes, dass eine einzelne Studie im zeitlimitierten Rahmen einer Diplomarbeit, nicht den Anspruch der Vollständigkeit erfüllen kann. Sie kann lediglich Tendenzen und Richtungen aufweisen. Es bedarf weiterer Projektschritte und Studien, um in diesem Zuge die Recherchearbeiten abzuschließen. Informationen der REK-Weserbergland^{plus} zur Folge, sind die Projektträger dabei einen erneuten

⁷⁹ GIS-Datenbank

Landesfördermittelantrag zur ‚Gesundheitsregion-Weserbergland^{plus}‘ inhaltlich zu überarbeiten (siehe Punkt 1.2). Eine wesentliche konzeptionelle Veränderung hat zur Folge, dass das Thema ‚Gesundheitstourismus‘⁸⁰ keine Rolle in der weiteren Projektplanung spielt. Alle anderen Themen, wie in Punkt 1.2 genannt bleiben bestehen.

⁸⁰ Das Thema Gesundheitstourismus wurde in einem anderen Arbeitskontext vertiefend durch die Autorin bearbeitet und in Form eines ausführlichen Berichtes der REK-Weserbergland^{plus} zur Verfügung gestellt. Im Ergebnis zeigte sich, dass ein genereller Gesundheitstourismus in der Region nicht auszuschließen ist. Die Chancen diesen Bereich europaweit oder international zu vermarkten bedarf jedoch einen immensen Arbeitsaufwand und die Durchführung weiterer empirischer Untersuchungen. Der anschließende Mehrwert durch eine Internationalisierungsstrategie bleibt dennoch unbestimmt.

6 Literatur & sonstige Quellen

Literatur

- Beaglehole, R./Bonita, R./Kjellström, T.: „Einführung in die Epidemiologie“, Übersetzung aus dem Englischen Pause, A., Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1997
- Bircher, J./Wehkamp, K.-H.: „Das ungenutzte Potenzial der Medizin: Analyse von Gesundheit und Krankheit zu Beginn des 21. Jahrhunderts“, 1. Auflage, rüffer & rub Sachbuchverlag, Zürich 2006
- BMBF (Hrsg.): „Leitfaden für Antragsskizzen zur Konzeptentwicklung im Wettbewerb ‚Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation‘“, publiziert i.A. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, Abt. Gesundheitsforschung, Berlin 22.02.2008
- Borges, P./Hofmann, O./Zimolong A.: „Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation“, Aktualisierung 2007, GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (Hrsg.), Düsseldorf 2007
- Bundesärztekammer (Hrsg.): „Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland: Folgen für die ärztliche Tätigkeit“, enka-druck, Berlin 2007
- Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): „Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung“, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2005
- Claussen, W.: „Gesundheit vor Ort – ein Thema für die Raumplanung?“, Raumplanung, Jahrgang 2005, Heft 123, S. 264-268
- Eichborn, R. v.: „Der Grosse Eichborn: Wirtschaft, Recht, Verwaltung, Verkehr, Umgangssprache“, Englisch-Deutsch, S. 162, 1. Auflage, Siebenpunkt Verlag, Burscheid 1981
- Gerlinger, T.: „Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel“, Nr. P02-204, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 2002
- Glahn, W.: „Prosperität statt Offenbarungseid: Soziale Gesundheitswirtschaft“, Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH Heidelberg / München / Berlin und MedizinRecht.de Verlag Frankfurt, 2007
- Greß, S./Stegmüller, K.: „Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte – eine systematische der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklungen“, S. 91-102, in Vernetzungen im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation, Amelung / Sydow / Windeler (Hrsg.), Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2009
- Grether, T.: „Klinikketten verzahnen ambulante und stationäre Versorgung“ S. 10-13 & „Keine Fusion, nur Kooperation“ S. 14-17, in die Gesundheitswirtschaft Nr. 4, 2. Jahrgang, Bibliomed-Verlag, Melsung / Berlin 2008
- Handwerkskammer Hannover (Hrsg.): „Zahlenspiegel 2008: Das Handwerk im Bezirk der HWK Hannover in Zahlen“, Verfasserin R. Colberg, Hannover 2008
- Hajen, L./Paetow, H./Schumacher, H.: „Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxis“, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2008
- Hermes, K.: „Medical Wellness: Wellnesskonzepte aus den USA in Deutschland“, Ökotrophologische Forschungsreihe Bd. 7, Herausgeber: BWL-Fachprojekt des Fachbereichs Ökotrophologie an der HAW Hamburg, Verlag Dr. Rüdiger Martienß, Schwarzenbek 2005
- Hilbert, J./Fretschnner, R./Dülberg, A.: „Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft“ Gelsenkirchen 2002
- Horx, M.: „Szenario Gesundheit 2010: Hybridmärkte, kaufmännische Ärzte und der neuen Kunden-Patient“, Zukunftsletter: Megamarkt Gesundheit, Horx, M. (Hrsg.), Verlag für die Deutsche Wirtschaft AG und des Zukunftsinstituts, Bonn 2006
- Illing, T.: „Gesundheitstourismus und Spa-Management“, Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München 2009

- Juszczak, J.: „Internationale Patienten in deutschen Kliniken: Ansätze zur Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland“, Schriftreihe des Fachbereichs Wirtschaft Sankt Augustin, Bd. 8, Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg, Sankt Augustin 2007
- Kickbusch, I.: „Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für die Politik und Gesellschaft“, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg 2006
- Lamnek, S.: „Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch“, 4., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz Psychologie Verlags Union, Basel 2005
- Nefiodow, L. A.: „Der sechste Kondratieff - Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigten im Zeitalter der Information“, 6. Auflage, Rhein-Sieg Verlag, Sankt Augustin 2006
- Niedersächsisches Staatsbad Nenndorf Betriebsgesellschaft mbH (Hrsg.): „Jahresabschluss Geschäftsjahr 2007“, Verfasser P. Kraatz & K.-A. Schiller, Bad Nenndorf/Helmstedt 2007, publiziert im e-Bundesanzeiger 2008
- Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.): „Niedersächsischer Krankenhausplan 2008“, 23. Fortschreibung, Hannover 2008
- NIW -Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung- (Hrsg.): „Regionalmonitoring Niedersachsen: Regionalreport 2008“, Positionierung und Entwicklungstrends ländlicher und städtischer Räume, Verf. Jung, H.-U., Hannover 2008
- NIW -Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung- (Hrsg.): „Regionalmonitoring Niedersachsen: Regionalreport 2008“, Positionierung und Entwicklungstrends ländlicher und städtischer Räume, Verf. Jung, H.-U., Hannover 2007
- Preusker, U. K.: „Lexikon Gesundheitsmarkt: Die Gesundheitsbranche – Stichworte und Hintergrundbeiträge“, Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH Heildelberg / München / Berlin und MedizinRecht.de Verlag Frankfurt, 2006
- Quack, H.-D./Europäisches Tourismus Institut (Hrsg.): „Vergleichende Qualitätsbewertung (VQB) von Heilbädern und Kurorten aus (gesundheits-)touristischer Sicht“, Kurzfassung länderübergreifender Untersuchungsergebnisse, Universität Trier GmbH, 2009
- Ramming, Joachim: „Integrierte Gesundheitsversorgung als Aktionsparameter: Das Krankenhaus im Wettbewerb“, Eine ökonomische Analyse am Beispiel indikationsbezogener Komplexpauschalen in bevölkerungsarmen Regionen, Dissertation, Universität Bayreuth, 2006/2007
- Rügg-Stürm, J./Tuckermann, H./Bucher, S./Merz, J./Arx, W. von: „Management komplexer Wertschöpfungsprozesse im Gesundheitswesen: Vernetzung beginnt in der Organisation“ S. 181-210, in Vernetzungen im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation, Amelung / Sydow / Windeler (Hrsg.), Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2009
- Schneider, M. et al.: „Entwicklungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Niedersachsen: Gutachten für das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr“, NIW & BASYS (Hrsg.), Hannover 2006
- Schroder J./Zweifel, P.: „Managed-Care-Konzepte und Lösungsansätze: ein internationaler Vergleich aus schweizerischer Sicht“ S. 149-166, in Vernetzungen im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation, Amelung / Sydow / Windeler (Hrsg.), Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2009
- Schuldzinski, W./Vogel, K.-H.: „Individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL): Randerscheinung oder relevanter Faktor im Gesundheitssystem“, in Gesundheitsmonitor, Böcken / Braun / Amhof (Hrsg.), Verlag Bertelsmann Stiftung, Güterloh 2007
- Schuler, J.: „Clustermanagement: Aufbau und Gestaltung von regionalen Netzwerken“, Verlag Wissenschaft & Praxis, Dr. Brauner GmbH, Sternenfels 2008
- Schwartz, F. W. (Hrsg.): „Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen; Gesundheit fördern-Krankheit verhindern“, 2., bearbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Urban & Fischer, München 2003
- Schweighart J.: „Die große Herausforderung“, S. 12-13, in Land-In-Form - Magazin für Ländliche Räume, Deutsche Vernetzungsstelle Ländliche Räume (Hrsg.), Heft 4.2008, Kettler Verlag, Bönen/Westfalen 2008

Seelhoff, I.: „Schleswig Holstein: Wo Gesundheit und Markt zusammentreffen“, S. 23, in Land-In-Form - Magazin für Ländliche Räume, Deutsche Vernetzungsstelle Ländliche Räume (Hrsg.), Heft 4.2008, Kettler Verlag, Bönen/Westfalen 2008

Sozialgesetzbuch (SGB): „SGB V: gesetzliche Krankenversicherung, 32. Auflage, Beck-Texte im DTV, München 2005

Spangenberg, M.: „Auch die Raumordnung ist gefragt“, S. 14-15, in Land-In-Form - Magazin für Ländliche Räume, Deutsche Vernetzungsstelle Ländliche Räume (Hrsg.), Heft 4.2008, Kettler Verlag, Bönen/Westfalen 2008

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): „Datenreport 2006: Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland“, in Kooperation mit Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Verlag Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden 2006

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): „Datenreport 2008: Der Sozialbericht für Deutschland“, in Kooperation mit Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung und der Gesellschaft sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen, Verlag Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden 2008

Dokumente & Berichte

Deutscher Wellness-Verband e.V. et al. (Hrsg.): „Medical Wellness: gemeinsame Erklärung bzw. Letter of Intent“, Stand September 2008

Dr. Paul Lohmann GmbH KG (Hrsg.): „Jahresabschluss zum Geschäftsjahr vom 01.01.2007 bis 31.12.2007“, Verfasser Dittmer & Ammermann, Hannover/Emmerthal 2008, publiziert im e-Bundesanzeiger 2008

Ev. Bathildiskrankenhaus Bad Pyrmont gGmbH /ProDiako (Hrsg.): „Jahresabschluss zum Geschäftsjahr vom 01.01.2007 bis zum 31.12.2007“, Verfasser C. Eppmann & M. Wermker, Hannover/Bad Pyrmont 2008, publiziert im e-Bundesanzeiger 2008

Ev. Krankenhaus Holzminden gGmbH /ProDiako (Hrsg.): „Jahresabschluss zum 31. Dezember 2007“, Verfasser H.-M. Johannsen, Hannover/Holzminden 2008, publiziert im e-Bundesanzeiger 2008

Klinik Niedersachsen (Hrsg.): „Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2007“, Verfasser Schiller, H. et al., Bad Nenndorf 2007

Krankenhaus Charlottenstift Stadtoldendorf GmbH (Hrsg.): „Jahresabschluss zum Geschäftsjahr vom 01.01.2007 bis zum 31.12.2007“, Verfasser Opitz, S., Stadtoldendorf 2008, publiziert im e-Bundesanzeiger 2009

LSKN₁ -Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen- (Hrsg.): „Gesundheitswesen 2006“, Statistische Berichte Niedersachsen, LSKN-Schriftreihenvertrieb, Hannover 2008

LSKN -Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen- (Hrsg.): „Gesetzliche Pflegeversicherung: Ergebnisse der Pflegestatistik 2007“, Statistische Berichte Niedersachsen, LSKN-Schriftreihenvertrieb, Hannover 2009

LSKN₁ -Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen- (Hrsg.): „Schulen des Gesundheitswesens“ Stand: 15.11.2008, Statistische Berichte Niedersachsen, LSKN-Schriftreihenvertrieb, Hannover 2009

LSKN₂ -Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen- (Hrsg.): „Gestorbene 2007 nach Todesursachen, Unfallkategorien, Geschlecht und Altersgruppen“ Statistische Berichte Niedersachsen, LSKN-Schriftreihenvertrieb, Hannover 2009

LSKN₃ -Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen- (Hrsg.): „Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen“ Stand: 31.12.2007, Statistische Berichte Niedersachsen, LSKN-Schriftreihenvertrieb, Hannover 2009

LSKN₄ -Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen- (Hrsg.): „Gäste und Übernachtungen im Reiseverkehr“, Stand: Dezember 2008, Statistische Berichte Niedersachsen, LSKN-Schriftreihenvertrieb, Hannover 2009

MediClin Deister Weser Kliniken (Hrsg.): „Qualitätsbericht Reha 2007: MediClin Deister Weser Kliniken Bad Münster“, Verfasser Huber A. et al., Bad Münster, Offenbach, Köln 2008

Mittelweser Kliniken GmbH Nienburg Hoya Stolzenau: „Lagebericht für das Geschäftsjahr vom 01. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2007“, Verfasser Papenfuß, Nienburg 2008, publiziert im e-Bundesanzeiger 2008

Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsgesellschaft mbH: „Jahresabschluss zum 31. Dezember 2007“, Verfasser H.-H. Blome, Bad Pyrmont 2008, publiziert im e-Bundesanzeiger 2008

Scholz, B.: „Wirtschaftliche Bedeutung der Kurorte in Deutschland steigt weiter: Deutscher Heilbäderverband unterstützt Bundesministerin Ulla Schmidt bei Umsetzung eines neuen Präventionsgesetzes“ Pressemitteilung vom 30.01.2009 in „Die Kur“, Bonn 2009

Strukturierte Qualitätsberichte gemäß §137 SGB V Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 für das Berichtsjahr 2006 der Krankenhäuser: Kreiskrankenhaus Hameln; Ev. Badhildiskrankenhaus und St. Georg Bad Pyrmont; Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf; Deister-Süntel-Klinik Bad Münster; Krankenhaus Lindenbrunn; Krankenhaus Charlottenstift; Ev. Krankenhaus Holzminden; Albert-Schweitzer-Therapeutikum; Kreiskrankenhaus Stadthagen; Kreiskrankenhaus Rinteln; Burghofklinik; Krankenhaus Bethel; Augenklinik Stadthagen

Thiede, M.: „Auf der Suche nach Gemeinsamkeit- Im Heimatland des deutschen Meisters“, Sonderteil: Metropolregionen Hannover-Braunschweig-Göttingen-Wolfsburg, in Süddeutsche Zeitung Nr. 132, S. 23, 12. Juni 2009

Weserbergland-Tourismus (Hrsg.): „Erfolgreiche Bilanz der Tourismussaison 2008“ Presse-Info 26.11.2008, Jahreshauptversammlung des Weserbergland Tourismus e.V., Hameln 2008

Weser-Rehaklinik der BfA (Hrsg.): Qualitätsreport 2004: Weser-Rehaklinik Bad Pyrmont“, Verfasser Holme, M. & Fricke, G., publiziert durch die Bundesanstalt für Angestellte, Bad Pyrmont 2005

Internetquellen (URL)

Ärztezeitung-Online: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/?sid=518927, Meldung vom 18.10.2008, letzter Zugriff 13.06.2009

AHG: <http://www.ahg.de/AHG/Service/GoogleMapDev/index.html>, letzter Zugriff 27.02.2009

Augenklinik: <http://www.augenklinik-stadthagen.de/augenklinik/index.htm>, letzter Zugriff 13.06.2009

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung): <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1845.php>, letzter Zugriff 02.05.2009

BMBF₁ (Bundesministerium für Bildung und Forschung): <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/2172.php> letzter Zugriff 19.06.2009

Destatis: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/12/PD07__504__23621,templateId=renderPrint.psml, letzter Zugriff 12.06.2009

Financial Times: <http://www.ftd.de/unternehmen/gesundheitswirtschaft/:Alle%20Gesundheitsregionen%20Blick/138094.html>, letzter Zugriff, 19.06.2009

G-BA₁ (Gemeinsamer Bundesausschuss): <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/aerzte/>, 02.06.2009

G-BA₂ (Gemeinsamer Bundesausschuss): <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/zahnaerzte/>, 02.06.2009

GBE-Bund: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=2650140&p_sprache=D&p_knoten=TR3600, Regionale Unterschiede in der Sterblichkeit, letzter Zugriff 22.04.2009

GBE-Bund₁: <http://www.gbe-bund.de/>, letzter Zugriff 23.01.2009; siehe: Ausgaben, Kosten, Finanzierung, Gesundheitsausgabenrechnung, Tabelle (ad hoc) Gesundheitsausgaben mit unterschiedlichen Variablen, Zeitreihe

GBE-Bund₂: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=48355497&p_sprache=D&p_knoten=TR700, letzter Zugriff 22.01.2009; siehe Bevölkerungsstand, Tabelle (ad hoc) Bevölkerungsprognose, 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung

GBE-Bund₃: <http://www.gbe-bund.de/>, letzter Zugriff 26.01.2009; siehe Ausgaben, Kosten, Finanzierung, Gesundheitsausgabenrechnung, Tabelle (ad hoc) Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht in Deutschland

GBE-Bund₄: <http://www.gbe-bund.de/>, letzter Zugriff 11.02.2009, siehe Krankheiten/Gesundheitsprobleme, Tabelle (ad hoc) Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten

GBE-Bund₅: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_fid_anzeige?p_fid=8818&p_fund_typ=DQM&p_sprachkz=D&p_prot=3&p_uid=gast&p_aid=74191077, 22.04.2009

GBE-Bund₆: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=2&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_32&D.001=7&D.923=29027, letzter Zugriff 13.06.2009

Hameln-Group: http://www.hameln-group.com/hameln_group/geschichte.php, letzter Zugriff 10.06.2009

HAWK-Holzminden: <http://www.hawk-hhg.de/hochschule/110737.php>, letzter Zugriff 28.04.2009

Ith-Sole-Therme: http://www.ith-sole-therme.de/index_is_ok.html, letzter Zugriff 25.05.2009

KH Bethel: <http://www.krankenhaus-bethel.de/>, letzter Zugriff 07.06.2009

KH Charlottenstift: <http://www.charlottenstift.de>, letzter Zugriff 07.06.2009

KKH Hameln: <http://www.kreiskrankenhaus-hamelnde/kliniken/plastchir/>, letzter Zugriff 07.06.2009

Krömker: <http://www.kroemker-medtec.de/oem.html>, letzter Zugriff 14.06.2009

KVN (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen): http://www.kvn.de/kvn/content/internet/kvs/hauptgeschaefsstelle/024/09/content_html?stelle=hauptgeschaefsstelle&idd1=024&idd2=09, 02.06.2009

Landkreise Hameln-Pyrmont, Holzminden, Schaumburg, Nienburg (Weser): http://www.schaumburg.de/page/page_ID/33?PHPSESSID=bdaf645da7d63ba90a3c9a0eda655f80, <http://www.lk-nienburg.de/internet/index.php?/internet/page.php?site=266&typ=2>, <http://www.hameln-pyrmont.de/index.phtml?mNavID=1.100&sNavID=315.397&La=1>, <http://www.landkreis-holzminden.de/staticsite/staticsite.php?menuid=244&topmenu=16&keepmenu=inactive>, letzter Zugriff 19.06.2009

Lindenbrunn: <http://www.krankenhaus-lindenbrunn.de/lindenbrunn/index.htm> & <http://www.krankenhaus-lindenbrunn.de/therapie/sprachtherapie/aphasie-regionalzentrum/index.htm>, letzter Zugriff 11.06.2009

Lohmann: <http://www.lohmann-chemikalien.de/index.php/lohmann-gruppe.html>, letzter Zugriff 14.06.2009

LSKN-online: <http://www1.nls.niedersachsen.de/statistik>: Tabelle K9990212, letzter Zugriff 23.02.2009; Tabelle M4002101, letzter Zugriff 14.04.2009; Tabelle Z4002022, letzter Zugriff 12.06.2009; Tabelle Z1000014, letzter Zugriff 23.02.2009; Tabelle Z1010111, letzter Zugriff 13.05.2009; Tabelle Z70G3218, letzter Zugriff 22.05.2009; Tabelle K9990221, letzter Zugriff 01.03.2009; Tabelle K70G3031, letzter Zugriff 26.05.2009

MHH: <http://www.mh-hannover.de/daten-zahlen.html>, letzter Zugriff 16.06.2009

Neuesland: <http://www.neuesland.net/cms/therapie/aufnahme.html>, letzter Zugriff 14.06.2009

Niedersächsisches Kultusministerium: http://www.mk.niedersachsen.de/master/C977621_N9473190_L20_D0_I579.html, letzter Zugriff 09.06.2009

NKHO: <http://www.nkho.de/>, letzter Zugriff 11.06.2009

Pressemeldung 16.12.2008: <http://www.cdu-kreistagsfraktion-schaumburg.de/page2/Zwischen-seiteKrankenhaus.htm>, letzter Zugriff 12.06.2009

Sana-AG: <http://www.sana.de/wir-ueber-uns/finanzen/top-6-kennzahlen.html>, letzter Zugriff 07.06.2009

SLE-Germany: <http://sle-germany.de/index.php?id=53>, letzter Zugriff

Weserbergland-AG: <http://www.weserberglandag.de/weserbergland/impressum.php>, letzter Zugriff 23.04.2009

Weserbergland-Tourismus: <http://www.weserbergland-tourismus.de/>, letzter Zugriff 14.06.2009

Wirtschaftsakademie: <http://www.wa-wbl.de/main/pages/ueber-uns.php> & <http://www.wa-wbl.de/main/pages/angebote.php>, letzter Zugriff 28.04.2009

WHO-Europe: <http://www.euro.who.int/socialdeterminants>, letzter Zugriff 02.06.2009

Eidesstattliche Erklärung

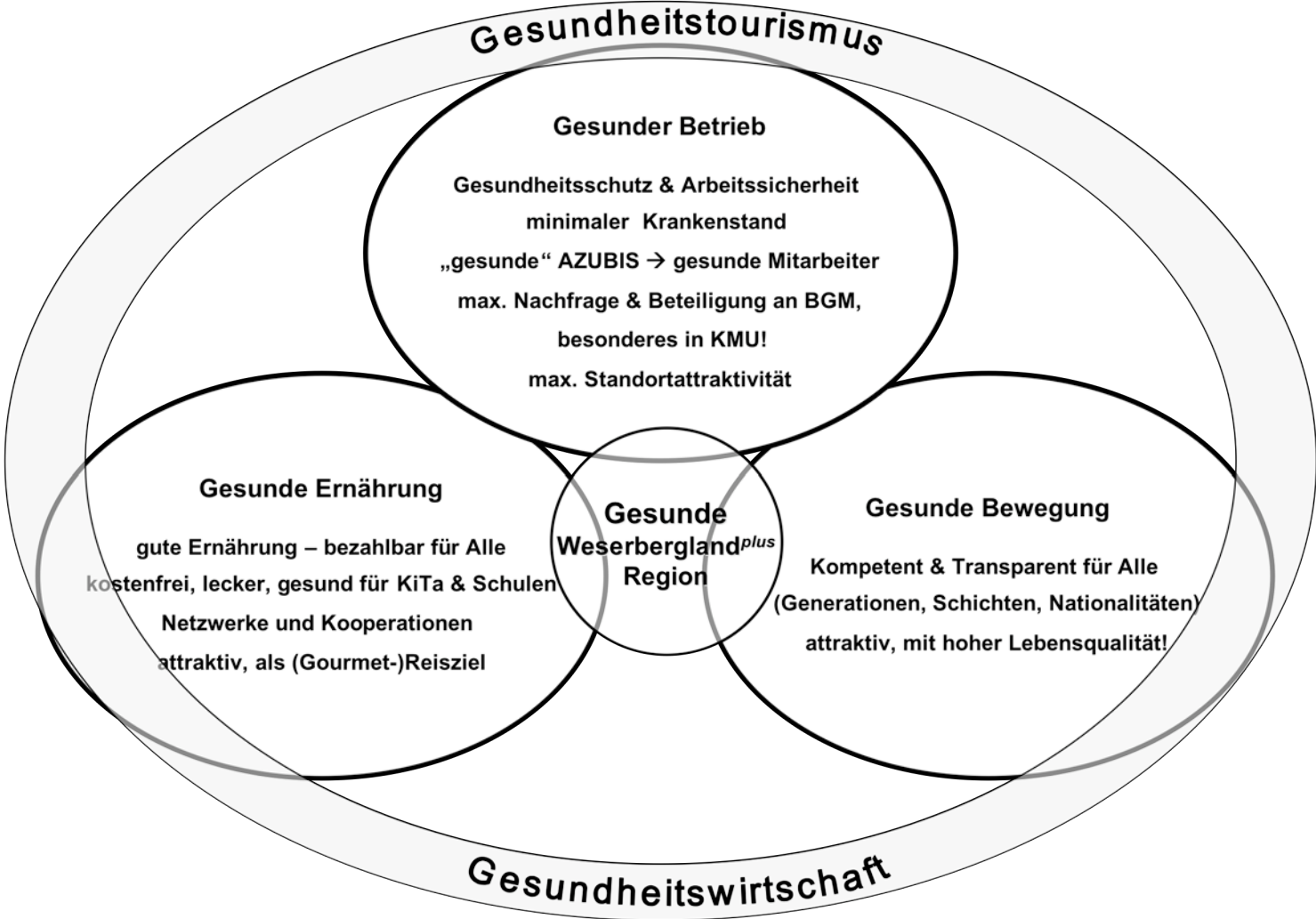
Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe von Quellen kenntlich gemacht.

Yvonne Michelsen

Anhangsverzeichnis

Anhang I:	Zieldreieck: Gesundheitsregion Weserbergland ^{plus}	1
Anhang II:	Demographie im Weserbergland ^{plus}	2
Anhang III:	Emails Handwerkskammern Hannover & Hildesheim.....	3
Anhang IV:	Sterbefälle im Weserbergland ^{plus}	5
Anhang V:	Wirtschaftszweige im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen.....	6
Anhang VI:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.....	7
Anhang VII:	Beschäftigte in der regionalen Gesundheitswirtschaft.....	8
Anhang VIII:	Umsatzsteuerstatistik.....	9
Anhang IX:	Ärztestatistik der Region.....	10
Anhang X:	Medizinische Versorgungszentren.....	11
Anhang XI:	Krankenhäuser im Weserbergland ^{plus}	12
Anhang XII:	Erlösdaten der Kliniken.....	14
Anhang XIII:	Fallzahlenverteilung nach stationären Fachgebieten.....	15
Anhang XIV:	Reha- und Vorsorgeeinrichtungen Weserbergland ^{plus}	16
Anhang XV:	Vorleister- und Zulieferindustrie im Weserbergland ^{plus}	19
Anhang XVI:	Email Handwerkskammer Hildesheim.....	21
Anhang XVII:	Sport- und Bäderkarte.....	22
Anhang XVIII:	Übersicht zu den Kur- und Heilbädern.....	23
Anhang XIX:	Interviewleitfaden.....	24
Anhang XX:	Auswertungstabelle.....	26
Anhang XXI:	Auswertungskategorien & Codes für die Experteninterviews.....	27
Anhang XXII:	CD-Rom.....	31
	- KH-Auswertung; Tabelle 1 bis 5	
	- elektronischer Anhang zu VII	
	- elektronischer Anhang zu VIII	
	- elektronischer Anhang zu XIV	

Vision: Gesundheitsregion Weserbergland^{plus}



Quelle: eigene Abbildung

Demographische Lage im Weserbergland^{plus}

Datenquelle	Bezug: Tabelle K1000014						Bezug: Tabelle Z1000014	eigene Berechnung
Landkreise/Region	Bevölkerung insgesamt	Veränderung im Vergleich zu 2004; in %	Männer	Männeranteil in %	Frauen	Frauenanteil in %	Fläche in qkm	Einwohner pro qkm
Hameln-Pyrmont	156937	97,3	75592	48,2	81345	51,8	796,2	197,1
Holzminden	75388	94,6	36850	48,9	38538	51,1	692,5	108,9
Nienburg (Weser)	124208	98,6	61575	49,6	62633	50,4	1398,9	88,8
Schaumburg	163323	98,2	79298	48,6	84025	51,4	675,6	241,7
Weserbergland plus	519856	97,5	253315	48,7	266541	51,3	3563	146
durchschnittliche Größe der Landkreise im Weserbergland plus (stat. Mittelwert)	129964	97,2	63329	48,8	66635	51,2	891	159

Quelle: LSKN-Online, Bevölkerung und Katasterfläche in Niedersachsen, Tabellen K1000014, Stand 31.09.2008 & Z1000014, Stand 31.12.2007
eigene Zusammenstellung, eigene Berechnungen

Datenquelle:	Pflegestatistik 2007					Bezug: Tabelle K1000111	eigene Berechnungen
Landkreise/Region	Pflegeheim	pro 1000 EW => 65 Jahre	Pflegedienste	pro 1000 EW => 65 Jahre	Zusammen	Einwohner	pro 1000 EW => 65 Jahre
Hameln-Pyrmont	1930	53	1374	37	3304	37559	88,0
Holzminden	972	52	651	35	1623	18648	87,0
Nienburg (Weser)	1439	57	1002	39	2441	25588	95,4
Schaumburg	2576	71	841	23	3417	36830	92,8
Weserbergland plus (eigene Berechnungen)	6917	58,3	3868	32,6	10785	118625	90,9

Quellen: LSKN-Online, Bevölkerung nach Altersjahren in Niedersachsen, Tabelle K1000111, Stand 31.12.2007;
LSKN (Hrsg.): "Gesetzliche Pflegeversicherung: Ergebnisse der Pflegestatistik 2007", Hannover, Feb. 2009

Email Handwerkskammer Hannover, 6. Mai 2009

Von: XXX
Betreff: WG: Berufsschulen für Gesundheitshandwerker
Datum: 6. Mai 2009 13:36:26 MESZ
An: XXX@web.de

Hallo Frau Michelsen,

folgende Beschulungsstandorte sind für den Bezirk der Handwerkskammer Hannover vorgesehen:

Orthopädienschuhmacher, Zahntechniker & Augenoptiker:
Alice-Salomon-Schule, Schule für Gesundheit und Soziales
Kirchröder Str. 13, 30165 Hannover,
Telefon: 05 11 XXX
Fax:0511 XXX

Hörgeräteakustiker:
Landesberufsschule für Hörgeräteakustiker
Bessemmerstr. 3
23562 Lübeck
Tel.: 0451-XXX

Orthopädiemechaniker:
BBS ME (Metall/Elektro)
Lavesallee14, 30169 Hannover
Tel.: 0511 XXX
Fax: 0511 XXX

Für den Landkreis Holzminden bitte ich Sie die Handwerkskammer Hildesheim anzusprechen, da dieser nicht zum Bezirk der Handwerkskammer Hannover gehört.

Mit freundlichen Grüßen

H.-J. H.

Handwerkskammer Hannover
Berliner Allee 17
30175 Hannover

Telefon: 0511 XXX
Fax: 0511 XXX
Internet: www.hwk-hannover.de

Email: Handwerkskammer Hildesheim, 30. April 2009

Von: XXX@HWK-Hildesheim.de
Betreff: Ihre Anfrage vom 28.04.09
Datum: 30. April 2009 15:51:49 MESZ
An: XXX@web.de

Sehr geehrte Frau Michelsen,

vielen Dank für Ihre Anfrage. Es gibt in unserem Landkreis Auszubildende der Berufe Zahntechniker, Orthopädieschuhmacher-/mechaniker, Augenoptiker und Hörgeräteakustiker.

Die Beschulung ist folgendermaßen organisiert:

Augenoptiker, Orthopädieschuhmacher & -techniker: Berufsschule: Hannover
Hörgeräteakustiker: Berufsschule: Lübeck
Orthopädiemechaniker: Berufsschule: BBS ME Hannover
Zahntechniker Berufsschule: Hannover + Göttingen für

Auf unserer Homepage (www.hwk-hildesheim.de) finden Sie in unserem Lehrstellenatlas eine Übersicht aller ausbildungsberechtigten Betriebe nach Berufen gegliedert.

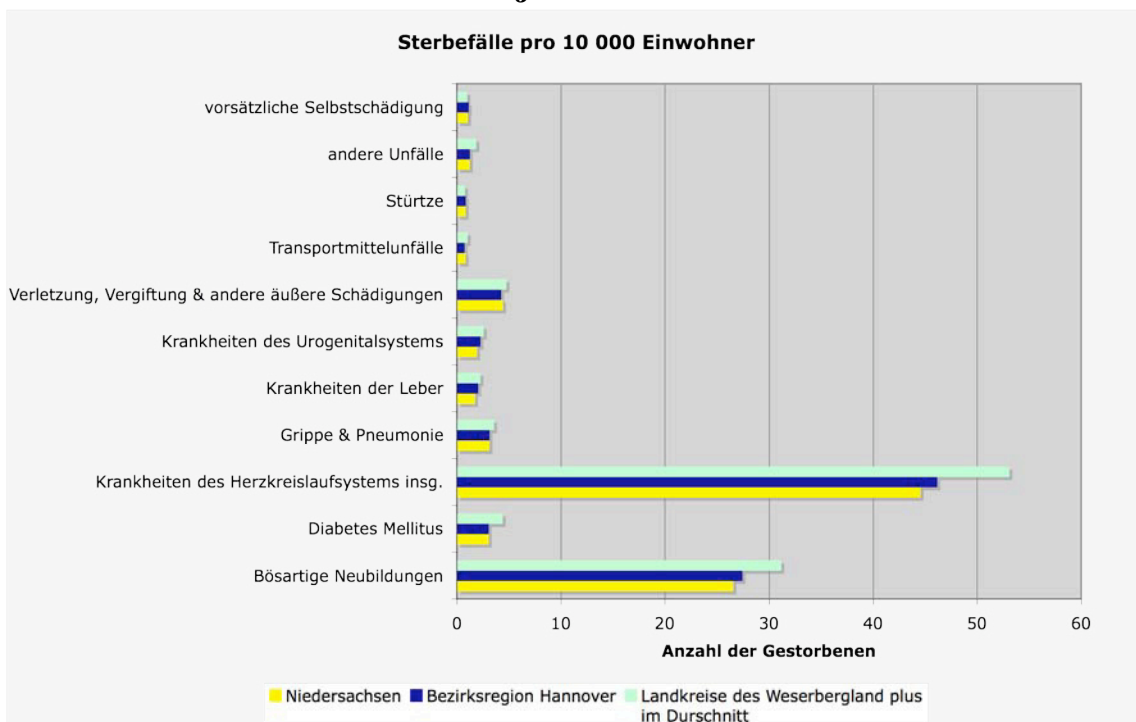
Viel Erfolg bei Ihrer Diplomarbeit!

Freundliche Grüße,

B. H.
XXX
Handwerkskammer Hildesheim - Südniedersachsen
Braunschweiger Straße 53
31134 Hildesheim

Telefon 05121 162-0
Telefax XXX
Internet: www.hwk-hildesheim.de

Sterbefälle nach Todesursachen je 10 000 Einwohner



Eigene Berechnungen, Datenstand 2007

Quelle: Landesbetrieb für Statistik und Kommunikation Niedersachsen 2009: „Gestorbene 2007 nach Todesursachen, Unfallkategorien, Geschlecht und Altersgruppen“

Sterbefälle nach Altersgruppen je 10 000 Einwohner

Landkreis / Region	Einwohner	Insgesamt	0 bis 1	1 bis 15	15 bis 30	30 bis 45	45 bis 60	60 bis 75	75 und älter
Niedersachsen	7971684	103,1	0,3	0,2	0,7	2,2	8,7	24,9	66,2
Hannover	2156841	107,3	0,4	0,2	0,7	2,3	8,8	25,4	69,5
Weserbergland	523037	122,4	0,4	0,1	0,8	2,3	8,8	27,8	82,2
Hameln-Pyrmont	157867	120,9	0,4	0,1	0,6	2,4	9,2	28,8	87,2
Holzminden	76103	139,6	0,4	0,1	0,4	3,3	11,0	30,7	94,3
Nienburg	124895	115,2	0,6	0,2	1,3	2,1	7,4	27,8	76,5
Schaumburg	164172	112,5	0,4	0,1	0,7	1,9	8,3	25,6	75,9

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage LSKN-Online: Tabelle K1102041; Tabelle K1000014, Stand 2007; erstellt am 21.04.2009

N	Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen
NA	Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen
85	Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen
85.1	Gesundheitswesen
85.11	Krankenhäuser
85.11.1	Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken sowie Vorsorge- und Rehabilitationskliniken)
85.11.2	Hochschulkliniken
85.11.3	Vorsorge- und Rehabilitationskliniken
85.12	Arztpraxen (ohne Zahnarztpraxen)
85.12.1	Arztpraxen für Allgemeinmedizin und Praxen von praktischen Ärztinnen und Ärzten
85.12.2	Facharztpraxen (ohne Arztpraxen für Allgemeinmedizin)
85.13	Zahnarztpraxen
85.13.0	Zahnarztpraxen
85.14	Gesundheitswesen, anderweitig nicht genannt
85.14.1	Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten
85.14.2	Massagepraxen, Praxen von medizinischen Bademeisterinnen und Bademeistern, Krankengymnastikpraxen, Praxen von Hebammen und Entbindungspflegern sowie von verwandten Berufen
85.14.3	Heilpraktikerpraxen
85.14.4	Sonstige selbstständige Tätigkeiten im Gesundheitswesen
85.14.5	Krankentransport- und Rettungsdienste
85.14.6	Sonstige Anstalten und Einrichtungen des Gesundheitswesens
85.2	Veterinärwesen
85.20	Veterinärwesen
85.20.1	Tierarztpraxen
85.20.2	Sonstige selbstständige Tätigkeiten im Veterinärwesen
85.20.3	Anstalten und Einrichtungen des Veterinärwesens
85.3	Sozialwesen
85.31	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
85.31.1	Jugendwohnheime
85.31.2	Erziehungsheime
85.31.3	Altenwohnheime
85.31.4	Altenheime
85.31.5	Altenpflegeheime
85.31.6	Heime für werdende Mütter sowie Mütter oder Väter mit Kind
85.31.7	Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege Behinderter
85.31.8	Wohnheime für Behinderte
85.31.9	Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
85.32	Sozialwesen, anderweitig nicht genannt
85.32.1	Tagesstätten (ohne Kinderkrippen, Kindergärten, Kinderhorte und Jugendzentren)
85.32.2	Kinderkrippen und außerhäusliche Kinderbetreuung, anderweitig nicht genannt
85.32.3	Jugendzentren und Häuser der offenen Tür
85.32.4	Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen
85.32.5	Sonstige soziale Beratungsstellen
85.32.6	Ambulante soziale Dienste
85.32.7	Organisationen der freien Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe
85.32.8	Unterstützungskassen
85.32.9	Sonstiges Sozialwesen, anderweitig nicht genannt

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort in Niedersachsen

Stand 2007

Niedersachsen Region Berufsabschnitte insg. 37	A - Q Ins- gesamt einschl. ohne Angabe	Beschäftigte pro 10000 Einwohner	In der Gesundheitswi- rtschaft tätige pro 10000 Beschäftigte	A + B Land u. Forst, Tierh., Fisch.	C - F Prod. Gewerbe	G - I Handel Gastgew. Verkehr	J - Q Sonstige Dienst- leist- ungen	L + Q Öffentl. Verwalt. und Exterri- toriale	M - P Öffentl. und private Dienstl.	Z ohne Angaben
	0 Niedersachsen									
Bevölkerung (Tabelle K1000014) Stand 2007	7971684									
Beschäftigte insgesamt	2356527	2956		37081	765586	566270	987197	155546	484650	393
Gesundheitsberufe	189162	237	803	38	612	10016	178490	3141	173788	6
Hannover										
Bevölkerung (Tabelle K1000014) Stand 2007	2156841									
Beschäftigte insgesamt	686545	3183		6157	190174	171505	318663	45601	147830	46
Gesundheitsberufe	56436	262	822	2	195	2941	53298	998	51646	-
Weserbergland plus										
Bevölkerung (Tabelle K1000014) Stand 2007	523037									
Beschäftigte insgesamt	133179	2546		2035	47487	28203	55441	9196	29573	13
Gesundheitsberufe	12154	232	913	2	46	654	11452	211	11149	-
Hameln-Pyrmont										
Bevölkerung (Tabelle K1000014) Stand 2007	157867									
Beschäftigte insgesamt	45515	2883		632	13449	8717	22715	2992	11578	2
Gesundheitsberufe	5038	319	1107	2	18	250	4768	82	4615	-
Holzminen										
Bevölkerung (Tabelle K1000014) Stand 2007	76103									
Beschäftigte insgesamt	19353	2543		254	9458	3526	6112	1319	3271	3
Gesundheitsberufe	1382	182	714	-	10	82	1290	58	1219	-
Nienburg (Weser)										
Bevölkerung (Tabelle K1000014) Stand 2007	124895									
Beschäftigte insgesamt	31120	2492		746	11731	7670	10967	1937	6046	6
Gesundheitsberufe	2176	174	699	-	11	139	2026	35	1989	-
Schaumburg										
Bevölkerung (Tabelle K1000014) Stand 2007	164172									
Beschäftigte insgesamt	37191	2265		403	12849	8290	15647	2948	8678	2
Gesundheitsberufe	3558	217	957	-	7	183	3368	36	3326	-

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage Landesbetrieb für Statistik und Kommunikation Niedersachsen (LSKN-Online): Tabelle M70F3551, erstellt Mai 2009

Sofern nicht anderes gekennzeichnet ist die Datengrundlage der Landesbetrieb für Statistik und Kommunikation Niedersachsen, Tabelle K70G3031
Datenstand 2007, eigene Zusammenstellung; Angaben pro Kopf

	Weserbergland plus	Landkreis Hameln-Pyrmont	Landkreis Holzminden	Landkreis Nienburg (Weser)	Landkreis Schaumburg
Beschäftigte nach Berufs und Einrichtungsart					
KERNBEREICH GESUNDHEITSWESEN					
Gesundheitswesen	11268	5120	1289	1755	3104
<i>davon einzelne Bereiche des Gesundheitswesens (Angaben können von den LSKN-Daten abweichen)</i>	7729	4118	525	644	2442
Stationärer Versorgungsbereich	5912	3524	295	246	1847
Beschäftigte in Krankenhäuser mit und ohne Hochschulkliniken sowie Vorsorge- und Rehabilitationskliniken 1)	3832	2099	287	246	1200
<i>davon Pflegebeschäftigte</i>	2204	1185	223	172	624
<i>davon ärztliche Beschäftigte</i>	523	237	64	74	148
<i>sonstige Beschäftigte</i>	957	529	°	°	428
Beschäftigte in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken 1)	2080	1425	8	^	647
<i>davon Pflegebeschäftigte</i>	400	284	°	^	116
<i>davon ärztliche Beschäftigte</i>	197	129	8	^	60
<i>sonstige Beschäftigte</i>	1483	1012	°	^	471
Ambulanter Versorgungsbereich	1817	594	230	398	595
Niedergelassene Ärzte, auch in Anstellungsverhältnis 4)	773	274	111	156	232
Zahnärzte, auch in Anstellungsverhältnis 4)	436	139	53	101	143
Nicht-ärztliche gesundheitsrelevante Berufe in der Heilmittel und Pflegeversorgung 2)	608	181	66	141	220
Sozialwesen	8999	3073	958	1910	3058
<i>davon einzelne Bereiche des Sozialwesens</i>	6853	1673	967	1913	2300
ambulante Pflege- und Altenversorgung	2571	573	422	591	985
<i>davon Pflegeberufe 5)</i>	1968	344	377	411	836
<i>davon nicht-ärztliche medizinische Berufe 6)</i>	94	24	8	40	22
<i>FH-/Uni-Pflegewirte</i>	16	10	1	1	4
<i>davon sonstige Beschäftigte 7)</i>	493	195	36	139	123
stationären Pflege- und Altenversorgung	3688	1100	545	728	1315
<i>davon Pflegeberufe 5)</i>	926	344	171	182	229
<i>davon nicht-ärztliche medizinische Berufe 6)</i>	236	63	27	48	98
<i>FH-/Uni-Pflegewirte</i>	54	2	4	1	47
<i>davon sonstige Beschäftigte 7)</i>	2472	691	343	497	941
Apotheken 4)	1053	339	141	246	327
<i>davon Apotheker / Apothekerin</i>	289	97	39	64	89
<i>davon Pharmazieingenieur / -ingenieurin</i>	8	1	2	1	4
<i>davon PTA/PA 3)</i>	756	241	100	181	234
Gesetzliche Sozialversicherungsträger	1510	614	110	334	452
Bildung, Lehre, Ausbildung	2069	929	224	260	656
Hochschulen und Tertiärbildungsbereich	213	33	58	°	122
Erwachsenenbildung	774	486	72	°	216
Auszubildende in Gesundheitsberufen	1082	410	94	260	318
VORLEISTER- UND ZULIEFERINDUSTRIE					
Industrie, Handel, Handwerk, Forschung/Entwicklung und Beratung	958	690	68	220	147
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	°	°	°	°	^
Forschung und Entwicklung in Naturwissenschaften und ähnlichen Wissenschaften	583	527	56	^	°
Herstellung med. Geräte und orthopädischer Vorrichtungen	375	163	12	53	147
RANDBEREICHE DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT					
Freizeit, Sport, Wellness und Tourismus	1429	786	182	223	592
Sport	291	93	20	78	100
Hotellerie & Beherbergung	1018	497	110	77	334
Sonstige Tätige im Gesundheitswesen 8)	120	196	52	68	158

1) LSKN-Online: Tabelle K2802031; Tabelle M4003023; Tabelle K4000312; Tabelle M4000301; Tabelle K4000311, Datenstand 2007

2) darin eingeschlossen sind, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, medizinische Fußpflege, Hebammen/Entbindungspfleger, Heilpraktiker Daten-Recherche: Gelbe Seiten 03.02.2009

3) inkl. Assistenten, ohne Praktikanten und Auszubildende

4) Daten der Berufskammern: Bundesärztekammer 2009, Bundeszahnärztekammer 2009, Bundesapothekerkammer 2009

5) Alten- und Krankenpflege, inkl. Kinderkrankenpfleger und Pflegehelfer

6) nicht ärztliche-medizinische Berufe inkl. Heilpädagogen und -pfleger

7) sonstige Beschäftigte mit gesundheitsrelevanten Tätigkeitsbezug, auch ohne Berufsabschluss

8) Genauere Angaben über Branche nicht verfügbar

° = Daten unterliegen der Geheimhaltung

^ = entfällt, weil nicht Vorhanden

Hinweis: Die Tabelle befindet sich zusätzlich als elektronische Datei im Anhang XXII

Umsatzsteuerstatistik 2006; Quelle: Landesbetrieb für Statistik und Kommunikation Niedersachsen, Fachgebiet 335
o. Tabellenummer, eigene Zusammenstellung
(ohne Steuerpflichtige mit Umsätzen unter 17 500 €)

Wirtschaftssystematik		Niedersachsen		Weserbergland ^{plus}					
		Steuerpflichtige	Steuerbarer Umsatz	Steuerpflichtige	in % von NDS	Steuerbarer Umsatz	in % von NDS		
		Anzahl	1 000 €	Anzahl		1 000 €			
A-O	Bereich	Wirtschaftszweige insgesamt		267 156	474 676 468	16 744	6,27	19 535 515	4,12
		Kernbereich (o. Hochschuleinrichtungen)		4 879	7 206 592	309	6,33	361 073	5,01
N	85	Gesundheitswesen		2 803	3 462 026	168	5,99	118 574	3,42
NA	851	Gesundheitswesen		2 803	3 462 026	168	5,99	118 574	3,42
NA	8511	Krankenhäuser		183	2 750 508	14	7,65	74 422	2,71
NA	85111	Krankenhäuser (ohne Uni-,Vorsorge-,Rehakliniken)		122	2 409 302	6	4,92	•	•
NA	85112	Hochschulkliniken		4	119 593	--	--	--	--
NA	85113	Vorsorge- und Rehabilitationskliniken		57	221 613	8	14,04	•	•
NA	8512	Arztpraxen (ohne Zahnarztpraxen)		735	103 063	44	5,99	2 784	2,70
NA	85121	Arztpraxen für Allgemeinmedizin und prakt.Ärzte		431	30 742	29	6,73	1 342	4,37
NA	85122	Facharztpraxen (o. Praxen für Allgemeinmedizin)		304	72 321	15	4,93	1 199	1,66
NA	8513	Zahnarztpraxen		1 001	361 090	62	6,19	23 381	6,48
NA	8514	Gesundheitswesen, anderweitig nicht genannt		884	247 365	48	5,43	17 987	7,27
NA	85141	Praxen für psychologische Psychotherapie		134	10 089	6	4,48	•	•
NA	85142	Massagepraxen, Krankengymnastikpraxen usw.		202	26 549	13	6,44	1 652	6,22
NA	85143	Heilpraktikerpraxen		68	4 830	4	5,88	•	•
NA	85144	Sonst.selbständ. Tätigkeiten im Gesundheitswesen		416	36 871	19	4,57	761	2,06
NA	85145	Krankentransport- und Rettungsdienste		31	33 613	4	12,90	•	•
NA	85146	Sonst. Anstalten und Einr. des Gesundheitswesens		33	135 412	2	6,06	•	•
GA	523	Pharmazie, Fach-Eh.mit med.Art.usw.(i.Verkaufsr.)		2 047	3 666 007	139	6,79	242 499	6,61
GA	5 231	Apotheken		2 047	3 666 007	139	6,79	242 499	6,61
MA	803	Hochschulen u.a.Bild.einrichtg.d.Tertiärbereichs		29	78 559	2	6,90	•	•
MA	80308	Hochschulen, Fachakademien, Schulen d.Gesundheitswesen		15	10 049	--	--	--	--
MA	80305	Universitäten		8	59 494	--	--	--	--
MA	80306	Allgemeine Fachhochschulen		6	9 016	2	33,33	•	•
		Vorleister- und Zuliefererindustrie		4 435	4 979 032	237	5,34	112 334	2,26
		Handwerk		2 022	2 624 885	111	5,49	41 382	1,58
DL	331	Maschinenbau, inkl. Zahntechnik und Hörgeräteakustik		1 103	1 171 717	62	5,62	29 291	2,50
DL	332	H.v.Mess-, Kontroll-, Navigat.-u.ä.Instrum.u.Vorr.		193	1 230 016	2	1,04	•	•
DL	33401	Herstellung von augenoptischen Erzeugnissen		62	•	3	4,84	•	•
GA	52493	Augenoptiker		664	223 152	44	6,63	12 091	5,42
		Handel		909	1 833 093	51	5,61	58 761	3,21
GA	5146	Einzelhandel mit pharmazeut.,medizin.u.orthopäd.Erzeugnissen		323	1 364 450	18	5,57	43 015	3,15
GA	5 232	Einzelhandel mit med.und orthopädischen Artikeln		586	468 643	33	5,63	15 746	3,36
		Industrie /industrielle Herstellung		94	12 149 050	12	12,77	•	•
DG	244	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen		94	6 074 525	12	12,77	•	•
DG	2441	Herstellung von pharmazeutischen Grundstoffen		5	71 066	--	--	--	--
DG	2442	Herstellung von pharmaz.Spezialit.u.sonst.pharmaz.Erzeugn.		89	6 003 459	12	13,48	•	•
		Forschung und Entwicklung		794	263 836	31	3,90	9 279	3,52
KA	731	Forschg.u.Entwicklg.i.B.Natur-u.ä.Wissenschaften		740	250 335	29	3,92	7 420	2,96
KA	732	Forschg.und Entwicklg.i.B.Geisteswissenschaften		54	13 501	2	3,70	1 859	13,77
		Beratung und Sicherung		616	257 218	32	5,19	2 912	1,13
JA	66	Beratungswirtschaft verbundenes Versicherungsgewerbe		24	168 837	--	--	--	--
JA	672	Beratungswirtschaft verbundenes Versicherungsgewerbe verbund.Tätigkeiten		592	88 381	32	5,41	2 912	3,29
		Randbereiche		9 525	1 528 065	684	7,18	73 027	4,78
OA	926	Sportgewerbe		1 935	548 838	109	5,63	12 611	2,30
DN	364	davon Herstellung von Sportgeräten		54	66 767	5	9,26	•	•
OA	9302	Wellness & Beauty*		7 590	979 227	575	7,58	60 416	6,17
		Gesamt		18 839	13 713 689	1 230	6,53	546 434	3,98
		ges. ohne den Kernbereich		16 007	10 173 104	1 060	6,62	427 860	4,21
		In % von Wirtschaftszweigen insg.		7,05	2,89	7,35		2,80	
		In % ohne den Kernbereich		5,99	2,14	6,33		2,19	
		Differenzsumme		1,06	0,75	1,02		0,61	
		Kernbereich in Prozent von Gesundheitswirtschaft		25,90	52,55	25,12		66,08	
		Vorleister- und Zuliefererindustrie in Prozent von Gesundheitswirtschaftzw.		23,54	36,31	19,27		20,56	
		Randbereich in Prozent von Gesundheitswirtschaftzw.		50,56	11,14	55,61		13,36	
		Kernbereich in Prozent von Wirtschaftszweigen insg.		1,83	1,52	1,85		1,85	
		Vorleister- und Zuliefererindustrie in Prozent von Wirtschaftszweigen insg.		1,66	1,05	1,42		0,58	
		Randbereiche in Prozent von Wirtschaftszweigen insg.		3,57	0,32	4,09		0,37	

* Kosmetiksalons, Frisöre, Sauna, Solarien, Bäder, Fitnesscenter, Massagen etc.

Hinweis: Die Tabelle befindet sich zusätzlich als elektronische Datei im Anhang XXII

Ärzte im Weserbergland^{plus}

Gebiet	Gesamtzahl (Summe aller ärztlichen Tätigkeiten, aller Bereiche)			davon 'Ambulant / Praxis											
				Ärzte gesamt				ndgl. Ärzte				Angest. Ärzte			
	m	w	gesamt	m	w	gesamt	in Prozent v. Gesamt	m	w	gesamt	in Prozent	m	w	gesamt	in Prozent
kein Gebiet	225	294	519	22	41	63	12,14	16	22	38	60,32	6	20	26	41,27
prakt. Arzt	10	12	22	11	10	21	95,45	11	10	21	100,00	0	0	0	0,00
Anästhesiologie	32	25	57	6	4	10	17,54	6	4	10	100,00	0	0	0	0,00
Arbeitsmedizin	3	6	9	1	0	1	11,11	1	0	1	100,00	0	0	0	0,00
Augenheilkunde	22	7	29	22	7	29	100,00	22	6	28	96,55	0	1	1	3,45
Chirurgie	34	12	46	10	3	13	28,26	10	3	13	100,00	0	0	0	0,00
Orthopädie	14	3	17	14	1	15	88,24	14	1	15	100,00	0	0	0	0,00
Plast.Chirurgie	2	0	2	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
Orthop.u.Unfall	33	2	35	14	0	14	40,00	14	0	14	100,00	0	0	0	0,00
Rheumachir.	2	0	2	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
Gefäßchirurgie	3	1	4	1	0	1	25,00	1	0	1	100,00	0	0	0	0,00
Unfallchirurgie	20	1	21	2	1	3	14,29	2	1	3	100,00	0	0	0	0,00
Kinderchir.	1	0	1	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
Visceralchir.	11	0	11	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
Gynäkologie	61	61	122	30	35	65	53,28	30	31	61	93,85	0	4	4	6,15
Gynäk. Onkolog.	2	0	2	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
HNO	23	9	32	14	7	21	65,63	14	5	19	90,48	0	2	2	9,52
Haut-u.Geschl.	15	9	24	11	6	17	70,83	11	6	17	100,00	0	0	0	0,00
Allgemeinmed.	275	104	379	198	67	265	69,92	195	62	257	96,98	4	4	8	3,02
Innere Medizin	134	51	185	54	15	69	37,30	55	9	64	92,75	0	7	7	10,14
Lungenheilkunde	2	1	3	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
Angiologie	4	4	8	4	3	7	87,50	3	1	4	57,14	0	0	0	0,00
Endokrinologie	1	0	1	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
Gastroenterol.	23	0	23	9	0	9	39,13	9	0	9	100,00	0	0	0	0,00
Hämat/Onkologie	9	5	14	3	3	6	42,86	3	2	5	83,33	0	1	1	0,00
Kardiologie	27	6	33	8	2	10	30,30	8	2	10	100,00	0	0	0	0,00
Nephrologie	14	5	19	11	5	16	84,21	11	4	15	93,75	0	1	1	6,25
Pneumologie	2	1	3	2	0	2	66,67	2	0	2	100,00	0	0	0	0,00
Rheumatolog/IM	10	5	15	5	0	5	33,33	5	0	5	100,00	0	0	0	0,00
Kinderheilkunde	26	19	45	16	9	25	55,56	16	9	25	100,00	0	0	0	0,00
KinderheilkJuge	2	5	7	1	3	4	57,14	1	2	3	75,00	0	1	1	25,00
Neuropädiatrie	3	1	4	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
KindJuPsych.PT	2	2	4	1	1	2	50,00	1	1	2	100,00	0	0	0	0,00
Labormedizin	1	3	4	1	1	2	50,00	1	1	2	100,00	0	0	0	0,00
Mikrobiologie	4	0	4	1	0	1	25,00	1	0	1	100,00	0	0	0	0,00
Mu.Ki.Ges.Chir	3	0	3	3	0	3	100,00	3	0	3	100,00	0	0	0	0,00
Nervenheilkunde	12	3	15	5	2	7	46,67	5	2	7	100,00	0	0	0	0,00
Neurochirurgie	7	2	9	2	0	2	22,22	1	0	1	50,00	0	0	0	0,00
Neurol.+Psych.	19	9	28	5	0	5	17,86	6	0	6	120,00	0	0	0	0,00
Nuklearmedizin	3	0	3	1	0	1	33,33	1	0	1	100,00	0	0	0	0,00
Öfftl.Gesundh.	12	6	18	0	1	1	5,56	0	1	1	100,00	0	0	0	0,00
Pathologie	3	1	4	2	0	2	50,00	2	0	2	100,00	0	0	0	0,00
Phys/Reha.Med.	35	13	48	7	3	10	20,83	7	3	10	100,00	0	0	0	0,00
Physiologie	0	1	1	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
Psychiatrie	6	6	12	2	4	6	50,00	2	3	5	83,33	0	0	0	0,00
Psych./Psyther.	9	4	13	2	3	5	38,46	1	2	3	60,00	0	0	0	0,00
Psychother.Med.	10	13	23	4	6	10	43,48	5	8	13	130,00	0	0	0	0,00
Psychosom. Med.	3	0	3	1	0	1	33,33	1	0	1	100,00	0	0	0	0,00
Diagn.Radiolog.	11	2	13	4	0	4	30,77	4	0	4	100,00	0	0	0	0,00
Radiologie alt	9	2	11	4	1	5	45,45	4	1	5	100,00	0	0	0	0,00
Transfusionsmed	1	0	1	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
Urologie	29	2	31	15	0	15	48,39	15	0	15	100,00	0	0	0	0,00
Summe nach Geschlecht ge	1250	722		529	244			520	202			10	41		
Summe keine Geschlechtertrennung			1972	773			39,20			722	93,40			51	6,60

Quelle: eigene Berechnungen, Datenbasis: Ärztekammer Niedersachsen, Stand 31.12.2008

MVZs im Weserbergland

Standort	Bezeichnung	Ärzte	Fachrichtungen	Anzahl der Fachrichtungen	Träger	Umsatz	Gewinn/Verlust
Nienburg	MVZ Management GmbH Niedersachsen	3	Urologie Anästhesie	1 2	Röhn-AG	427,6	-4265,3
Bad Münder	MVZ Bad Münder	4	Allgemeinmedizin Nephrologie Kardiologie	2 1 1	AWO Gesundheitsdienstleistung GmbH	k.A.	k.A.
Holz Minden	Gesundheitszentrum Holz Minden	7	Urologie Innere Med Kardiologie Allgemeinmedizin	1 2 2 2	Gesundheitszentrum gbr	k.A.	k.A.
	MVZ Holz Minden	6	Chirurgie Gynäkologie Radiologie	2 2 2	ProDiako: eva. KH Holz Minden	k.A.	k.A.
	MVZ Böntalstraße Holz Minden	4	Allgemeinmedizin Chirurgie Orthopädie	2 1 1	ProDiako: eva. KH Holz Minden	k.A.	k.A.
	MVZ Nordstraße in Holz Minden	4	Orthopädie Psychiatrie Gynäkologie Kinder- und Jugendmedizin	1 1 1 1	Charlottenstift GmbH	k.A.	k.A.
	MVZ Sollingstraße Holz Minden GmbH	3	Gastroenterologie Anästhesie	2 1	ProDiako: eva. KH Holz Minden & Charlottenstift GmbH	k.A.	k.A.
Schaumburg/ Bückeburg	MVZ am Krankenhaus Bethel	3	Innere Med Allgemeinmedizin	2 1	Stiftung Krankenhaus Bethel	k.A.	k.A.

Quelle:

URL: MVZ-Röhn

http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/medizinische_versorgungszentren_1.php?isfilter=true&kliniksuche=&bl=Niedersachsen&kliniksartierung=plz&plz=,02.06.2009

URL: Gesundheitszentrum <http://www.gesundheitszentrum-holz Minden.de/>, 02.06.2009

URL: AWO <http://www.awogsd.de/>, 02.06.2009

URL: MVZ-KVN http://www.kvn.de/kvn/content/internet/kvs/goettingen/03/03/home_html?idd1=03&idd2=03&stelle=goettingen, 02.06.2009

PDF: Rundbriefe der Kassenärztlichen Vereinigung Hannover vom 06/08 & 10/08 zur Bekanntgabe über Vertagsarzt-niederlassungen im Zulassungsbezirk Hannover:

www.kvn.de/kvn/content/internet/kvs/hannover/03/03/A_E_Zul_2008_06.pdf

www.kvn.de/kvn/content/internet/kvs/hannover/03/03/A_E-Zul_2008_Nov.pdf

Kliniken im Weserbergland^{plus}

Hameln-Pyrmont

<i>Name:</i>	Kreiskrankenhaus Hameln*	Ev. Badhildeskrankenhaus & KH St. Georg*	Deister-Weser-Klinik	Krankenhaus Lindenbrunn	Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf*
<i>Träger</i>	51% Gesundheitseinrichtungen Hameln GmbH / 49% Sana-AG	Pro Diako gGmbH	AWO-Gesundheitsdienste gGmbH	Verein zur Betreuung von Schwerbehinderten e.V.	Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e.V.
<i>Art</i>	Akutkrankenhaus	Akutkrankenhaus	Fachkrankenhaus	Fachkrankenhaus	Fachkrankenhaus
<i>Betten 1)</i>	443	301	65	94	120
<i>Schwerpunkte nach Fallzahlen</i>	Kardiologie (3587 Fälle) und Gynäkologie (3438 Fälle)	Badhildis: Orthopädie (1755) und Allgemeinchirurgie (1864 Fälle) St. Georg: Innere Medizin (3172)	Kardiologie (1405 Fälle) Onkologie (409 Fälle) Nephrologie (264 Fälle)	Neurologie und neurologische Früh-Reha (935 Fälle)	Neurologie
<i>Fallzahlen</i>	20499	9588	1259	1233	865
<i>Umsatz p.a.</i>	62.114.000 Euro	42.078.000 Euro	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
<i>Mitarbeiter</i>	1.100	611	Keine Angaben	400	400

Holzminden

<i>Name:</i>	Krankenhaus Charlottenstift*	Ev. Krankenhaus Holzminden*	Albert-Schweitzer-Therapeutikum
<i>Träger</i>	Krankenhaus Charlottenstift Stadtoldendorf GmbH	Pro Diako gGmbH	Albert-Schweitzer-Familienwerke e.V.
<i>Art</i>	Allgemeinkrankenhaus	Akutkrankenhaus	Fachkrankenhaus
<i>Betten 1)</i>	102	202	21
<i>Schwerpunkte nach Fallzahlen</i>	Traditionelle Chinesische Medizin und Naturheilkunde für Innere Medizin und Chirurgie (ca. je 50% der Fälle)	Kardiologie und allg. Innere Medizin (3822 Fälle) Gynäkologie & Geburtshilfe (1814 Fälle)	Kinder- und Jugendpsychiatrie
<i>Fallzahlen</i>	3703	8340	122
<i>Umsatz p.a.</i>	9.918.000 Euro	19.041.000 Euro	Angaben vertraulich: Daten in der Gesamtumsatzdarstellung enthalten
<i>Mitarbeiter</i>	198	410	49

Nienburg (Weser)

<i>Name:</i>	Mittelweserkliniken Nienburg Hoya Stolzenau in Nienburg*	Mittelweserkliniken Nienburg Hoya Stolzenau in Stolzenau
<i>Träger</i>	Röhn-AG	
<i>Art</i>	Akutkrankenhaus	

Betten 1)	243	70
Schwerpunkte nach Fallzahlen	Kardiologie und Gastroenterologie (3114 Fälle) Unfall- und Wiederherstellungschirurgie (1483 Fälle)	Gastroenterologie und Kardiologie (1840 Fälle) Teleportalklinik für Nienburg
Fallzahlen	8777	2743
Umsatz p.a.	37.075.000 Euro	
Mitarbeiter	537	

Schaumburg

Name:	Klinikum Schaumburg: Kreiskrankenhaus 2)	Kreiskrankenhaus Rinteln 2)	Krankenhaus Bethel 2)	Burghofklinik	Augenklinik Stadthagen
Träger	Landkreis Schaumburg GmbH		Stiftung Krankenhaus Bethel / Pro Diako	Burghofklinik GmbH & Co. KG	Augenklinik Stadthagen GmbH
Art	Akutkrankenhaus	Akutkrankenhaus	Akutkrankenhaus	Fachkrankenhaus	Fachkrankenhaus
Betten 1)	198	156	166	101	7
Schwerpunkte nach Fallzahlen	Innere Medizin: Gastroenterologie und Kardiologie (3415 Fälle) Chirurgie (2645 Fälle), insbesondere Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	Innere Medizin: Kardiologie und Gastroenterologie (2929 Fälle)	Chirurgie (3276 Fälle) drunter Unfall- und Wiederherstellungschirurgie (1457 Fällen) Geburtshilfe & Frauenheilkunde (2309 Fällen)	Psychiatrie & Psychosomatik	Augenheilkunde
Fallzahlen	8173	5129	7718	1042	814
Umsatz p.a.	Angaben vertraulich: Daten in der Gesamtumsatzdarstellung enthalten			Keine Angaben	Keine Angaben
Mitarbeiter	460	400	420	Keine Angaben	14

Quellen:

Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß §137 SGB V Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 für das Berichtsjahr 2006

Jahresfinanzabschlussberichte für das Geschäftsjahr 2007 der Krankenhäuser:

Gesundheitseinrichtungen Hameln GmbH; Ev. Bathildiskrankenhaus Bad Pyrmont gGmbH; Krankenhaus Charlottenstift Stadtoldendorf GmbH; Evangelisches Krankenhaus Holzminden gGmbH; Mittelweserkliniken Nienburg Hoya Stolzenau GmbH in Nienburg; publiziert im elektronischen Bundesanzeiger, 2008. www.ebundesanzeiger.de

1) Sozialministerium Niedersachsen: Niedersächsischer Krankenhausplan, Hannover 2008

2) Für die drei Kliniken wurde zum Jahresbeginn eine Fusion mit der Pro Diako gGmbH beschlossen. Beide Kreiskrankenhäuser haben einen Verlust von ca. 6 Millionen Euro in 2007 erwirtschaftet. Krankenhaus Bethel ,0' Euro. Die Pro Diako plant die Zusammenlegung der drei Häuser und einen Neubau mit 400 Betten und 20.000 Fallzahlen pro Jahr (vgl. URL: Pressemeldung 16.12.2008, 2009; http://www.cdu-kreistagsfraktion-schaumburg.de/page2/Zwischenseite_Krankenhaus.htm, letzter Zugriff 12.06.2009)

* Akademisches Lehrkrankenhaus der Hochschule Hannover

Auswertung der vereinbarten Erlöse nds. Krankenhäuser nach Region

alle Angaben sind ohne Gewähr

Hinweise:

- Die vorliegenden Daten basieren auf den gerundeten Vereinbarungsdaten des Jahres 2008.
Gerundet auf 1000 EUR
- Das veränderte Erlösbudget enthält die Erlöse aus den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten.
- Die Erlöse aus den Individualentgelten setzen sich zusammen aus den vereinbarten Erlösen der Bereiche E3.1 (fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG), E3.2 (Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) und E3.3 (tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG)

Landkreis	verändertes Erlösbudget	Erlöse aus Individualentgelten	Erlöse aus Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
Hameln-Pyrmont	96.545.000,00 €	16.166.000,00 €	200.000,00 €
Holzminden	29.986.000,00 €	85.000,00 €	0,00 €
Nienburg	37.269.000,00 €	218.000,00 €	2.000,00 €
Schaumburg	67.180.000,00 €	53.000,00 €	26.000,00 €
Zusammen	230.980.000,00 €	16.522.000,00 €	228.000,00 €

© Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

Betreff: Ihre Anfrage "Umsatzdaten zu den Krankenhäusern"

An: XXX@web.de

Datum: 15.06.09 10:27:44 Uhr

Sehr geehrte Frau Michelsen,

bezugnehmend auf Ihre Anfrage vom 11. Juni 2009 übersende ich Ihnen gern die gewünschte Auswertung.

Die Auswertung basiert auf den der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft vorliegenden Vereinbarungsdaten der niedersächsischen Krankenhäuser. Eine genaue Aussage zu den Umsatzdaten ist uns leider nicht möglich. **Des Weiteren bitte ich Sie, zu beachten, dass ich die Daten aufgrund der geringen Datenbasis in den einzelnen Landkreisen auf volle Tausend Euro gerundet habe.**

Ich hoffe, dass ich Ihnen behilflich sein konnte und wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg bei Ihrer Diplomarbeit.

Mit freundlichen Grüßen
S. St.

--

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V.
Postfach 44 49
30044 Hannover

Quelle: Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V., Stand 2008/2009

Weserbergland plus

Fachabteilungen	Fachabteilungen WBL	Fachabteilungen in Prozent	Aufgestellte Betten	Betten in Prozent	Fallzahlen	Fallzahlen in Prozent
Insgesamt	51	100	2289	100	80005	100
Augenheilkunde	3	5,88	13	0,57	1064	1,33
Chirurgie	9	17,65	617	26,96	20818	26,02
<i>Allgemeinchi.</i>					10338	12,92
<i>Unfallchi.</i>					4845	6,06
<i>Viszeral- & Abd.-Chi.</i>					4568	5,71
<i>Handchirurgie</i>					659	0,82
<i>Plastische Chi.</i>	1	1,96	18	0,79	408	0,51
Orthopädie	2	3,92	69	3,01	2245	2,81
Neurochirurgie	1	1,96	46	2,01	1165	1,46
Frauenheilkunde & Geburtshilfe	6	11,76	157	6,86	10031	12,54
Urologie	4	7,84	31	1,35	2113	2,64
Hals-Nasen-Ohren-Kunde	6	11,76	20	0,87	1332	1,66
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1	1,96	7	0,31	227	0,28
Innere Medizin	11	21,57	882	38,53	33096	41,37
<i>allg. Innere Medizin</i>					23878	29,85
<i>Kardiologie</i>					4983	6,23
<i>Endokrinologie/Nephrologie</i>					264	0,33
<i>Gastroenterologie</i>					1597	2,00
<i>Onkologie & Hämatologie</i>					2076	2,59
<i>Geriatric</i>					298	0,37
Neurologie	4	7,84	258	11,27	3832	4,79
<i>Neurologische Früh-Reha</i>					566	0,71
Kinderheilkunde	1	1,96	28	1,22	2354	2,94
Kinderpsychiatrie	1	1,96	21	0,92	122	0,15
Psychiatrie & Psychosomatik	1	1,96	101	4,41	1042	1,30

Quelle: eigene Berechnung, eigene Darstellung, Datengrundlage Niedersächsische Sozialministerium 2008; Strukturierte Qualitätsberichte gemäß §137 SGB V Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 für das Berichtsjahr 2006 der Krankenhäuser:

- Kreiskrankenhaus Hameln
- Ev. Badhildiskrankenhaus und St. Georg Bad Pyrmont
- Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf
- Deister-Süntel-Klinik Bad Münder
- Krankenhaus Lindenbrunn
- Krankenhaus Charlottenstift
- Ev. Krankenhaus Holzminden
- Albert-Schweitzer-Therapeutikum
- Kreiskrankenhaus Stadthagen
- Kreiskrankenhaus Rinteln
- Burghofklinik
- Krankenhaus Bethel
- Augenklinik Stadthagen

Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach §111 SGB V bzw. Einrichtungen in Trägerschaft einer Körperschaft des öffentlichen Rechts im Weserbergland^{plus}

Nr.	Ort	Klinikname	Krankenhausart	Träger	Mitarbeiter	Bettenkapazität	Fachrichtung	Öffentlichkeit / Kommunikation	Zielgruppe	Finanzen	Kooperationen	Erreichbarkeit	Qualität	Was fehlt	Internet-Quellen:			
		Als Reha-Klinik nach §111 SGB V zugelassen bzw. eine Körperschaft des öffentlichen Rechts (KÖP)					Schwerpunkt	Zugang zur Internetpräsenz	Multilingualität	Behandlungszahlen	Diagnosen	Ausrichtung	Umsatz		Zertifikate			
1	Bad-Pyrmont	Klinik "Der Fürstenhof" des Staatsbad Bad Pyrmont	Klinik für Rehabilitation und Prävention	Ö/P	100	146	Innere Medizin (50 Betten) Orthopädie (50 Betten) Frauenheilkunde & Geburtshilfe (46 Betten)	URL-Endung .de	nein	k.A.	k.A.	Entzündliche rheumatische Erkrankungen Gynäkologische (ASH) Erkrankungen Orthopädische Erkrankungen (ASH) Stoffwechselerkrankungen Osteoporose und andere Knochenkrankheiten	Staatsbad: 17,47	Kooperation mit Staatsbad Pyrmont	unklar	ISO 9001:2000	QM-Bericht mehr Info generell	http://www.klinik-der-fuerstenhof.de/
2	Bad-Pyrmont	Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund Klinik Weser	Klinik für Rehabilitation und Prävention	KÖR	k.A.	253	Orthopädie mit Schwerpunkt Wirbelsäulenerkrankungen	URL-Endung .de sehr informative Internetseite	nein mit Einschränkungen Auftritt über die DRV ist Multil.	3534	84% Rest Gelenke	Wirbelsäule (AR), Bewegungsapparat, Gelenke	k.A.		gute Anfahrtsbeschreibung aus allen Himmelsrichtungen kostenfreier Bahnaholservice	Qualitätssicherung der DRV	aktueller QM-Bericht	http://www.klinik-weser.de/
		Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-																
3	Bad-Pyrmont	Therapiezentrum Branswiek Therapiezentrum Friedrichshöhe	Klinik für Rehabilitation und Prävention	KÖR	k.A.	308	Orthopädie	URL-Endung .de	nein mit Einschränkungen Auftritt über die DRV ist Multil.	k.A.	k.A.	Orthopädische Erkrankungen (AR) Chronische Schmerzkrankungen Entzündliche rheumatische Erkrankungen Unfall- und Verletzungsfolgen (AR) Stoffwechselerkrankungen Osteoporose	vertraulich		knapp Anfahrtsbeschreibung aus allen Himmelsrichtungen	Qualitätssicherung der DRV	QM-Bericht mehr Info generell	http://www.therapiezentrum-bad-pyrmont.de/interne.htm http://www.therapiezentrum-bad-pyrmont.de/internet/lva-schwerpunkt-klinikum-bad-pyrmont/pyrmon-infomns/HTML/index
4	Bad-Pyrmont	AHG Psychosomatische Klinik Bad Pyrmont	Klinik für Rehabilitation und Prävention / Fachklinik	P	k.A.	184	Psychosomatik & Psychiatrie	URL-Endung .de	nein	k.A.	k.A.	alle Formen von Essstörungen Depressionen Ängste Zwangsstörungen Posttraumatische Belastungsstörungen Funktionelle und somatoforme Störungen Tinnitus Persönlichkeitsstörungen Psychosomatische Störungen im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen	Konzernumsatz: 157 Mio Euro	Kooperation MHH Fortbildungsinstitut für Klinische Verhaltenstherapie e.V.	gute Anfahrtsbeschreibung aus allen Himmelsrichtungen Hinweis auf DBahn-Portal	k.A.	OM-Bericht Multilig. Webseite	http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Bad_Pyrmont/
5	Bad-Pyrmont	DAK-Fachklinik "Haus Weserland"	Klinik für Rehabilitation und Prävention / Fachklinik	KÖR	k.A.	192	Innere Medizin	URL-Endung .de	nein	k.A.	k.A.	ASH: akutem Herzinfarkt/akutem Koronarsyndrom Ballondilatation und verwandten Prozeduren, vor allem bei KHK-Erstdiagnose Bypassoperation Herzklappenoperation Gefäßoperation akuten Hirndurchblutungsstörungen (ohne wesentliche Restsymptomatik) Reha s.o.	k.A.		gute Anfahrtsbeschreibung aus allen Himmelsrichtungen	ISO 9001:2000 DGPR-Zertifikat	QM-Bericht mehr Info generell Multilig. Webseite	http://www.dak.de/content/dakleistungen/weserland.html

6	Bad-Pyrmont	Klinik Dr. Otto Buchinger	Klinik für Rehabilitation und Prävention	P	k.A.	95	Sonstige Fachbereiche/ Prävention und Vorsorge von "Zivilisationserkrankungen"	URL-Endung .de sehr informative Seite	Deutsch & Englisch	k.A.	k.A.	Stoffwechselerkrankungen Herz-Kreislaufkrankungen Krankheiten des Verdauungssystems Hautkrankheiten Erkrankungen des Bewegungsapparats Atemwegserkrankungen Erschöpfungszustände und einfache psychosomatische Störungen	k.A.	Ärzteforum	gute Anfahrtsbeschreibungen aus allen Himmelsrichtungen kostenpflichtiger Bahnabholservice	k.A.	QM-Bericht fehlt	http://www.buchinger.de/lan-g-de
7	Bad-Pyrmont	m&i Fachklinik Bad Pyrmont	Klinik für Rehabilitation und Prävention	P	223	358	Innere Medizin (58 Betten) Orthopädie (300)	URL-Endung .de sehr informative Seite	Deutsch & Niederländisch	3673	Fälle chr. Polyarthritiden 390 Implantaten 883 Arthrose des Kniegelenks 363 Arthrose des Hüftgelenks 359 Rückenschmerzen 299	Orthopädie/Traumatologie Unfallchirurgie Innere Medizin/Rheumatologie Orthopädische Onkologie	k.A.		gute Anfahrtsbeschreibungen aus allen Himmelsrichtungen kostenfreier Bahnabholservice	ISO 9001:2000	QM-Bericht	http://www.fachklinik-bad-pyrmont.de/
8	Bad Münden	MediClin Deister Weser Kliniken	Klinik für Rehabilitation und Prävention	P	50 (laut Qualitätsbericht)	163	Innere Medizin (68 Betten) Psychosomatik (95 Betten)	URL-Endung .de sehr informative Seite	nein	1900	> 60% Psychosomatik & Depression Rest Onkologie	Psychosomatik Verhaltensstörungen Onkologie Gastroenterologie	Konzernumsatz : 456,8 Mio Euro	diverse überregionale Kooperationen mit anderen Kliniken IV-Verträge mit GKV	gute Anfahrtsbeschreibungen aus allen Himmelsrichtungen Hinweis auf Bahn und ÖPNV	DEGE-MED ISO 9001:2008 plus	Übersetzung der Webseite in Englisch	http://www.deister-weser-kliniken.de/
9	Bad Münden	AWO: Rehabilitationsklinik Bad Münden	Klinik für Rehabilitation und Prävention	F	k.A.	140	Innere Medizin	URL-Endung.de	nein	k.A.	k.A.	Onkologie Urologie Nephrologie, z.B. ASH nach Transplantation	k.A.	Trägerinterne Vernetzung große neurologische Fachklinik in DE stationäre Krankenhausbetten Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH regionales Aphasiezentrum besondere Betreuung von Patienten mit Sprachstörungen nach Apoplex in Zusammenarbeit mit	unklar	k.A.	QM-Bericht mehr Info generell http://www.awogsd.de/	
10	Hessisch Oldendorf	Berufsgenossenschaftliche Sonderstation der NKHO	Klinik für Rehabilitation und Prävention / Fachklinik	F	400	100	Neurologie	URL-Endung.de	nein	k.A.	k.A.	Schwerunfallverletzte berufliche Wiedereingliederung	k.A.	MHH regionales Aphasiezentrum besondere Betreuung von Patienten mit Sprachstörungen nach Apoplex in Zusammenarbeit mit	dirket am Bahnhof	IQMG KTQ DGNR	QM-Bericht der Rehaabtl. Neurologische in Klinik Hessisch Oldendorf http://www.nkho.de/	
11	Krankenhaus Lindenbrunn	Coppenbrügge	Klinik für Rehabilitation und Prävention / Fachklinik	P	400	91	Neurologie (59 Betten) Geriatric (32 Betten)	URL-Endung .de	nein	k.A.	k.A.	Neurologische und geatrische Rehabilitation Logopädie nach Apoplex	k.A.	Aphasiezentrum besondere Betreuung von Patienten mit Sprachstörungen nach Apoplex in Zusammenarbeit mit	gute Anfahrtsbeschreibungen aus allen Himmelsrichtungen	QS-Reha	QM-Bericht der Rehaabtl. http://www.krankenhaus-lindenbrunn.de/lindenbrunn/index.htm	
12	Bad Eilsen	Bückenberg-Klinik	Klinik für Rehabilitation und Prävention	P	k.A.	145	Innere Medizin (5 Betten) Orthopädie (140 Betten)	URL-Endung .de	nein	k.A.	k.A.	?	vertraulich	IV-Verträge mit der Barmer-Ersatzkasse	gute Anfahrtsbeschreibungen aus allen Himmelsrichtungen kostenfreier Bahnabholservice	ISO 9001:2000	QM-Bericht mehr Info generell http://www.bueckenberg-klinik.de/	
13	Bad Eilsen	Rehazentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover	Klinik für Rehabilitation und Prävention	KÖR	k.A.	365	Innere Medizin (127) Orthopädie (238)	URL-Endung .de	nein mit Einschränkungen Auftritt über die DRV ist Multil.	k.A.	k.A.	Orthopädische Erkrankungen (Rhea und ASH) internistische und rheumatologische Erkrankungen	k.A.	Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH	knappe Anfahrtsbeschreibungen aus allen Himmelsrichtungen	Qualitätssicherung der DRV	QM-Bericht mehr Info generell http://www.rz-bad-eilsen.de/	

14	Bad Nenndorf	Klinik Niedersachsen	Klinik für Rehabilitation und Prävention	P	k.A.	280	Innere Medizin (20 Betten) Neurologie (50 Betten) Orthopädie (210 Betten)	URL-Endung .de sehr informative Seite	nein	3765,5	87% Orthopädie, die meisten ASH	Orthopädie; Reha nach Hüft- und Knie-TEP Neurologie Innere Medizin - Angiologie - Rheumatologie	8.1 Mio	diverse überregionale Kooperationen mit anderen Kliniken IV-Verträge mit GKV	gute Anfahrtsbeschreibung aus allen Himmelsrichtungen Hinweis auf Bahn und ÖPNV	ISO 9001:2000 IQMP-Reha KTQ-Reha	Übersetzung der Webseite in Englisch	http://www.klinikniedersachsen.de/
15	Bad Nenndorf	Rheuma-Klinik Staatsbad Bad Nenndorf	Klinik für Rehabilitation und Prävention / Fachklinik	P	131	229	Innere Medizin (89 Betten) Orthopädie (140 Betten)	URL-Endung .de sehr informative Seite	nein	k.A.	?	Orthopädie Rheuma	7.1 Mio	diverse überregionale Kooperationen mit anderen Kliniken IV-Verträge mit der Barmer-Ersatzkasse	gute Anfahrtsbeschreibung aus allen Himmelsrichtungen kostenfreier Bahnabholservice	ISO 9001:2000 Service Qualität Niedersachsen		http://www.staatsbadnenndorf.de/

AHB = Anschlussheilbehandlung
AR = Anschluss-Reha

Quellen: Landesbetrieb für Statistik und Kommunikation Niedersachsen 2007, Verzeichnis der Krankenhäuser und Rehakliniken
Jahresfinanzberichte aus dem elektronischen Bundesanzeiger: <https://www.ebundesanzeiger.de>
Berichte von: Klinik Niedersachsen; Rheuma-Klinik Staatsbad Bad Nenndorf; Staatsbad Bad Pyrmont mit Klinik 'Der Fürstenhof'; Konzernberichte: AHG Psychosomatische Klinik Bad Pyrmont; Mediclin Deister Weser Klinik

Hinweis: Die Tabelle befindet sich zusätzlich als elektronische Datei im Anhang XXII

Handelsunternehmen nach Wirtschaftszweigen

		Weserbergland	in Prozent	Hameln-Pyrmont	Holzminden	Nienburg (Weser)
Wirtschaftszweige-systematik IHK	Unternehmensart	Anzahl	69=100%			
5232	EH m medizinischen und orthopädischen Artikeln	35	50,72	12	6	4
5146	GH m med., ortho. Artikeln, Laborbed., pharmaz. Prod. und sonstiges	27	39,13	10	1	6
5118	HV v pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und sonstiges	7	10,14	3	2	--

Quelle: Industrie- und Handelskammer Hannover, Stand 2008,
auf Anfrage erhalten

Pharmazeutische Herstellung und Industrie

Landkreis	Beschreibung	Mitarbeiter	Umsatz	Gewinn
Hameln				
Dreluso Pharmazeutika GmbH	kleine Kapitalgesellschaft GF: Dr. Elten / Dr. Köhler	5	k.A.	k. A.
Pharmadrug Production GmbH	weltweit operierendes Unternehmen mit Hauptsitz in HH & Wümlingen	15	k.A.	k.A.
hameln groups gmbh	zweitumsatzstärkstes Unternehmen in Hameln- Pyrmont und großer Arbeitgeber in der GW, Firmensitze in der EU	508	53505011,57	1527254,82
<i>hameln rds gmbh hameln pharma plus gmbh hameln pharmaceuticals gmbh</i>	<i>Forschung/Doku/Zulassung Vertrieb eigener Produkte Herstellung</i>			
Logocos Cosmetic Herstellungs- zwei von drei Unternehmen der Lohmann-Unternehmensgruppe	Gewinnstärkstest Unternehmen 2007 Marktführer in der Herstellung von Speziaalsalzen	226 466	18815672,79 78179858,42	4600455,14 1426514,69
<i>Dr. Paul Lohmann GmbH KG LOMAPHARM</i>	<i>Umsatzstärkstes Unternehmen in Hameln-Pyrmont</i>	365 101	69.052.311,52 9.127.546,90	1.338.719,87 87.794,82
D & D	k.A.	3	k.A.	k.A.
Nienburg				
"Friho-Handels-GmbH"	Führt die Homann-Medical	k.A.	k.A.	k.A.
Homann-Medical GmbH & Co.KG	Pflasterhersteller	k.A.	k.A.	k.A.
Sanum Kehlbeck GmbH & Co KG		k.A.	k.A.	k.A.
Memoplast GmbH		k.A.	k.A.	k.A.
Holz Minden				
Institute Dr. Schrader Internationale GmbH	Forschung und Entwicklung von pharmazeutischen & kosmetischen Produkten	56	k.A.	k.A.

Quelle: Industrie- & Handelskammer Hannover, Wirtschaftszweigesystematik, Stand 2008
Daten auf Anfrage erhalten

Email-Kontakt zur Handwerkskammer Hildesheim vom März 2009

Von: XXX@HWK-Hildesheim.de
Betreff: AW: Betriebe und Berufe im Gesundheitshandwerk
Datum: 13. März 2009 09:14:34 MEZ
An: XXX@haw-hamburg.de

Betreff: AW: Betriebe und Berufe im Gesundheitshandwerk

Guten Tag Frau Michelsen,

heute kann ich Ihnen die Zahlen der Betriebe für den Landkreis Holzminden mit Stand 31. Dezember 2008 zusenden:

Orthopädieschuhmacher (5)

Orthopädietechniker (1)

Zahntechniker (1)

Augenoptiker (7)

Hörgeräteakustiker (0)

Kosmetiker (14)

Freundliche Grüße

B.S.

XXX

Handwerkskammer Hildesheim-Süd-niedersachsen
Braunschweiger Straße 53
31134 Hildesheim

Telefon: 05121 162-0

Telefax: 05121 XXX

www.hwk-hildesheim.de

Sport-, Fitness- und Erholung im Weserbergland^{plus}

Kur- und Heilbäder in der Weserbergland^{plus}-Region

Kurort	Art und Funktion des Bade- und Kurbetriebs
<p>Bad Eilsen ca. 2400 Einwohner 850 Betten zur Gastunterbringung 3 Badeärzte 6 Gebietsärzte mit den Fachrichtungen Innere Medizin in der Ausrichtung Rheumatologie, Orthopädie/Sportmedizin, Röntgenologie</p>	<p>Schlamm- und Schwefelheilbad Stärkste Schwefelquelle Mitteleuropas Heilanzeigen für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems Erkrankungen des Bewegungssystems & rheumatische Störungen Psychosomatische Störungen</p>
<p>Bad Nenndorf ca. 10 618 Einwohner 5 Badeärzte 20 Gebietsärzte</p>	<p>Mineral- und Moorheilbäder Sportlich Ambitioniert Erkrankungen des Bewegungssystems & rheumatische Störungen Erkrankungen der Atemwege Psychosomatische Störungen</p>
<p>Bad Pyrmont ca. 23 000 Einwohner 18 Badeärzte mit unterschiedlicher Fachrichtung 37 Gebietsärzte mit allen gängigen Fachrichtungen</p>	<p>Mineral- und Moorheilbäder Hochspezialisierte Frauenklinik Erkrankungen wie oben Bad Eilsen Erkrankungen der Atemwege Frauenkrankheiten Verdauungssystemstörungen Erkrankungen im Kindesalter</p>
<p>Bad Münder ca. 18 600 Einwohner keine Auskunft zu Ärzten Ausrichtung im Reha- und Klinik-Bereich Orthopädie und Psychosomatik</p>	<p>Heilquellen Erkrankungsschwerpunkte wie oben Bad Eilsen und Bad Pyrmont Hautkrankheiten</p>

Quelle: eigene Zusammenstellung nach dem Deutschen Heilbäderverband: <http://www.deutscherheilbaederverband.de/cms/>, letzter Zugriff 07.06.2009

Interviewleitfaden:

Allgemeiner Hinweis: Die Fragen können entsprechend der Interviewsituation leicht modifiziert sein.

1. Gesundheitswirtschaft, was bedeutet bzw. umfasst dieser Begriff für Sie?
 - a. Angebote**
 - b. Strukturen**
 - c. Anbieter und Nachfrager**
 - d. Prozesse**

2. Welche Auswirkungen hat der „Wachstumsmarkt Gesundheit“ auf die Wettbewerber aus einer Region?
 - a. Sozialer Aspekte von Gesundheitswirtschaft**
 - b. Monetäre Aspekte**
 - c. Organisatorische und/oder strukturelle Änderungen**

3. Was wären aus Ihrer Sicht, sowohl notwendige wie auch wünschenswerte gesundheitswirtschaftliche Potenziale einer Region?
 - a. Wertschöpfungsprozesse/Wertschöpfungskette**
 - b. Was sind gesundheitswirtschaftliche Potenziale**
 - c. (Erfolgs-)Faktoren, die eine Rolle spielen**

4. Welche Rolle spielt die europäische oder internationale Ausrichtung des Gesundheitssektors für Regionen?
 - a. Ist „Gesundheitstourismus“ (auch) relevant?**

5. Welche Rolle spielen Kooperationen und/oder Vernetzungen der Akteure aus der Region?

6. **Nach allem was Sie mir grade geschildert haben:** Warum ist es für verschiedene Regionen scheinbar so wichtig geworden, die jeweiligen ‚eigenen‘ Gesundheitswirtschaftspotenziale öffentlichkeitswirksam darzustellen und mit welchen Konflikten ist das evtl. auch verbunden?
 - a. kritische Betrachtung der Gesundheitswirtschaft**

Interview-Nr.	Ort und Datum
Interviewbeginn	Interviewende

Vielen Dank für Ihre Zeit und das Interview

Befragung:

Art der Einrichtung/Institution: amb. & stat. Gesundheitsdienstleistungen
Sicherstellung der amb. Gesundheitsversorgung
Sicherstellung der stat. Gesundheitsversorgung
Versicherungsleistung
Gesundheitsindustrie & -handel
Gesundheitshandwerk
Ausbildung & Qualifizierung
Gesundheitstourismus
Sonstiges

Zahl Mitarbeiter in der Institution:

Größe des Einzugsgebietes (Ebene):

Zielgruppe (Größe & Art):

Persönliche Daten: Geschlecht (m/w)
Berufliche Funktion
Berufsdauer

Postskriptum:

Auswertung: Befragungsteil/sonstige Infos aus den Postskriptum und Interviews

Art der Einrichtung		Größe der Einrichtung					Einschätzungen zur Gesundheitswirtschaft Infos aus den Interviews und Postskriptum		Personendaten			Gesprächs auer
Branche	Schwerpunkt	Mitarbeiter	Einzugsgebiet	Art der Zielgruppe	genaue Bezeichnung falls gegeben	Größe der Zielgruppe	höchstes Entwicklungspotenzial	höchster Entwicklungsbedarf	Geschlecht	berufliche Funktion	Berufsjahre in der jetzigen Funktion	in Stunden
Ärztevertretung	Sicherstellung der amb. Versorgung Sicherstellung der stat. Versorgung	36	Niedersachsen/Mittelweser	Mitglieder	Ärzte	2000	FuE Medizin- & Biotechnologie Gesundheitsforschung und -lehre beratende Dienstleistungen	amb. Versorgungsbereich Pflege	männlich	GF	18	0,83
Versicherung	Sicherstellung der stat. Versorgung	22	Niedersachsen	Mitglieder	GKV		beratende Dienstleistungen Pflege	amb. Versorgungsbereich stat. Versorgungsbereich	weiblich	Referent/-in	13	1,17
Kur und Reha	Gesundheitstourismus amb. & stat. Gesundheitsdienstleistungen	200	Niedersachsen/Deutschland	Kunden Patienten		60000	stat. Versorgungsbereich Reha/Vorsorge/Kur Pflege Pharmazeutische Industrie beratende Dienstleistungen	Pharmazeutische Industrie FuE Medizin- & Biotechnologie Gesundheitsforschung und -lehre beratende Dienstleistungen	männlich	GF	8	2
Ärztevertretung	Sicherstellung der amb. Versorgung Sicherstellung der stat. Versorgung	80	Südniedersachsen	Mitglieder	Ärzte	3500	FuE Medizin- & Biotechnologie Gesundheitsforschung und -lehre	Reha/Vorsorge/Kur Pflege	männlich	GF	10	1,17
Gesundheitsdienstleistungen	amb. & stat. Gesundheitsdienstleistungen	4000	Nord-Südniedersachsen	Patienten		k.A.	stat. Versorgungsbereich amb. Versorgungsbereich Pflege Integrierte Versorgungsleistungen	Integrierte Versorgungsleistungen	männlich	GF	6	1,25
Gesundheitsdienstleistungen	amb. & stat. Gesundheitsdienstleistungen Sonstiges/Gesundheitsindustrie- & Handel	k.A.	Niedersachsen/Deutschland	Patienten		k.A.	FuE Medizin- und Biotechnologie	Pflege	männlich	GF	3	1,25
Wirtschaft & Politik	Kernbereich/Gesundheitsindustrie & handel	k.A.	Niedersachsen	Sonstige	Regionen & Unternehmen	k.A.	FuE Medizin- und Biotechnologie Gesundheitsforschung und -lehre beratende Dienstleistungen	stat. Versorgungsbereich Reha/Vorsorge/Kur	männlich	ABL		1,17
Apothekervertretung	Sicherstellung der amb. Versorgung Sicherstellung der stat. Versorgung	k.A.	Niedersachsen	Mitglieder	Apotheker	k.A.	beratende Dienstleistung		männlich	GF		1
Ärztevertretung	Sicherstellung der amb. Versorgung Sicherstellung der stat. Versorgung		Niedersachsen	Mitglieder	Ärzte	30000			männlich	GF		1,17

Gesundheitsforschung und -lehre = 3
 Pflege = 3
 stat. Versorgungsbereich = 2
 amb. Versorgungsbereich = 1
 Reha/Vorsorge/Kur = 1
 Integrierte Versorgung = 1
 Missing = 1
 von 10 Antwortmöglichkeiten
 wurden 8 Antwortmöglichkeiten genannt von 9 Interviewten.

amb. Versorgungsbereich = 2
 stat. Versorgungsbereich = 2
 Reha/Vorsorge/Kur = 2
 beratende Dienstleistung = 1
 Pharmazeutische Industrie = 1
 FuE Medizin- & Biotechnologie = 1
 Integrierte Versorgung = 1
 Missing = 1
 von 10 Antwortmöglichkeiten
 wurden 8 Antwortmöglichkeiten genannt von 9 Interviewten.

weiblich = 1
 männlich = 8

GF = 7
 ABL = 1
 Referent = 1

Median= 9,67
 Median=1,17
 Mittelwert=1,23

THEMENKOMPLEX	KATEGORIE (& Ausprägungen)	SUBKATEGORIE N	EXEMPLARISCHE AUSSAGEN
Gesundheitswirtschaft aus Sicht der Experten	Gesundheitswirtschaft (Definitionen zur Gesundheitswirtschaft. Bedeutung und Aufgaben aus der Sicht des Experten.)	Aufgaben der GW	„Für uns ist wichtig, [...] die Versorgung der Versicherten wirklich sicherzustellen und das möglichst umfassend [...].“ (15)
		Bedeutung der GW	„Es bedeutet für uns als Unternehmen, dass wir die in unserem Unternehmen zugefassten Einrichtungen [...] unter rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten führen.“ (2318-2319) „Gesundheitswirtschaft ist a) vielschichtig b) hat ein erhebliches Volumen [...] und c) stellt eine Vielzahl von Arbeitsplätzen zur Verfügung, die ortsgebunden sind.“ (1684-1686)
	Kritik (Kritische Äußerungen zu Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft. Kritische Äußerungen zum Anbieter-Nachfrager-Aspekt in der Gesundheitswirtschaft; zur Reglementierung des Marktes durch z.B. Preisdiktate.)	Kritik gegen Akteuren der GW	„Die wollen nur ihren Sicherstellungsauftrag erfüllt sehen. [...] Was will man damit anfangen? Nichts kann man mit solchen Leuten anfangen!“ (1874) „Wenn man Gesundheitswirtschaft definiert, nehmen wir allerdings Abstand zu diesem sogenannten Wellnessbereich, den manche damit subsumieren.“ (10)
		Gesundheitspolitik	[...] es werden teilprivate Kliniken geschlossen, weil sie nach dem Bedarfsplan her über sind, nur damit in einem öffentlichen Krankenhaus die Betten gefüllt sind. [...] Da gibt es so viele Ungerechtigkeiten in der Gesundheitswirtschaft. (2062-2064) Integrierte Versorgungsverträge: “[...] wenn einer ein Vertrag will, dann macht der das. Ob da nun der Staat Geld reinpumpt oder nicht. Das ist unehrlich. (2288-2289) „Der finanzielle Rahmen, sicherlich ein wichtiger Aspekt. Es wäre sehr schade, wenn es der alleinige wäre und dieser die Güte und Qualität einer ausreichenden Versorgung definieren würde.“ (1352-1353)
		Begrenzungen des Marktes	„Wir haben nicht die Möglichkeit alle Leistungen die wir erbringen, gegenüber den Kostenträgern abzurechnen.“ (2373-2374) „[...] wo die Versicherten meinen, dass die Krankenkassen aus der Historie heraus diese Anwendungen bezahlen müssen, sind die Portmonees geschlossen.“ (940-941) „Der Apotheker soll quasi immer das gleiche Geld verdienen, egal wie teuer das Medikament im Einkauf ist.“ (1157-1558)
	Akteure (Akteure werden benannt, die Teil der Gesundheitswirtschaft sind.)	Einrichtungen, Dienstleister und sonstige Bereiche der GW	Ärztenschaft, Pflege, Reha, Heil- und Hilfsmittelerbringer und sonstige Aktive. Pharma, Wissenschaft, Medizintechnik, Industrie (sinngemäß verschiedene)
		Akteure, die sich selber nicht als Teil der GW sehen	„Arzt sein hat mit Gesundheitswirtschaft nichts zu tun. [...] Die Ärzte wollen helfen, deshalb sind sie Arzt geworden.“ (334-338) „Der Apotheker ist Heilberufler und Kaufmann. [...] der Heilberuf wird oft vergessen von der Politik.“ (1392) aber „Die heilberufliche Komponente ist das wirtschaftliche Herzstück einer Apotheke [...].“ (1440)

		Rolle des Experten / GW-Kompetenz	„Im Moment sind wir kein Mitspieler auf dem Gesundheitsmarkt. Wir koordinieren lediglich die Leistungen für unsere Mitglieder.“ (366-367) „Ich argumentiere aus rein unternehmerischer Sicht.“ (2697)
	Perspektivwechsel (Das Gesundheitswesen wird als ein sich verändernder Sektor wahrgenommen.)	Leistungsbezogen	„Die Zeiten in denen IGeL umstritten waren sind vorbei. (351) [...] Arzt und Patient sind daran gewöhnt, dass es Leistungen gibt, die außerhalb der Chipkarte abgerechnet werden.“ (353) „Mehr Menschen nehmen mit höheren Anspruch Leistungen entgegen oder beanspruchen Leistungen die von immer weniger Menschen finanzieren werden.“ (2672)
		Politisch bezogen	„[...] Überlegungen und [...] Aktivitäten in diese Richtung, die Krankenhäuser zu einem zentralen Klinikum zusammenzulegen. Das ist ein Ausfluss der Diskussion, die wir hier eben ja schon geführt haben unter dem Stichwort Rationierung und Rationalisierung.“ (1366-1367)
		Interessenfokussiert	„Patienten haben ja den Anspruch, dass alle Leistungen direkt vor der Haustür erbracht werden.“ (2511) „Die Menschen gehen nicht mehr zur Kur, die Menschen machen Wellness.“ (617)
Bedeutung einzelner Aspekte der Gesundheitswirtschaft		Kooperation & Vernetzung (Merkmale vertikaler und horizontaler Kooperationen und Vernetzungen.)	Ziele
	Finanzielle Aspekte		Das sind Versorgungsketten [...]. Die sparen ja selber auch viel Geld dadurch, dass Doppeluntersuchungen vermieden werden. (1003-1005)
	Vorteile von Kooperation & Vernetzung		„Es macht Sinn nach Vernetzungsmöglichkeiten zu suchen [...] Wettbewerb fördernd.“ (554-555)
	Nachteile von Kooperation & Vernetzung		„[...] bilden einzelne Kooperationen. Da könnten dann wiederum Interessenkonflikte entstehen, wenn ein Träger z.B. alles an sich reißen will.“ (868-869) Große Zentralversorger fischen den kleinen die Patienten weg. (sinngemäß 174)
	Qualität & Wirtschaftlichkeit (Betrifft die Leistungserbringung in besonderem Maße. Sie müssen sich einem Qualitätswettbewerb stellen und Standort- sowie Strukturentscheidungen aus rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten treffen.)	Qualifikation	„Organisationen mit viel Know-How und Qualifikation.“ (484)
		Wettbewerb	„Da wird mehr von uns gefordert. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass der ärztliche Bereich zunehmend im Wettbewerb steht.“ (1267) „Kein Markt [...], der sich über den Preiswettbewerb definiert. Bei uns findet ein Qualitätswettbewerb statt.“ (2380)
		Qualitätssicherung	„[...] qualitative Aspekte die einen Mehrwert in einem Unternehmen abbilden. [...] Insofern sind die dann auch im Rahmen von Balance-Score-Card-Vereinbarungen [...] bewertet. (2324-2328)
		Patientensicherheit	„Qualität: Da ist die Apotheke in der Rolle des Verbraucherschützers.“
		Wirtschaftlichkeit	„Im Sprachgebrauch heißt Wirtschaftlichkeit auch immer den Kostenspareffekt.“ (2634-2635)

			„Kosten und Doppeluntersuchungen zu meiden.“ (191-192)
		Ressourcenoptimierung	„Wir wollen den Wettbewerb, wir brauchen den auch um Höchstleistungen zu bringen.“ (289) „Synergien schaffen und Kapazitäten zusammenführen.“(753)
	Spezialleistungen (Die Bedeutung einer Spezialisierung eines Akteurs auf eine bestimmte Leistung bzw. Krankheit)	Behandlungsschwerpunkte	„Für elektive Dinge ist es so wichtig eine Spezialisierung hin zu bekommen. (106) Gerade bei der Hochleistungsmedizin, die wir hier haben, müssen wir unsere Ressourcen optimieren.“ (108) „Jeder konzentriert sich auf das Hauptgeschäft. Das Stichwort heißt ‚Spezialisierung‘. (1032)
		Technologie	„Ich denke auch im Hinblick auf Telemedizin gibt es positive Entwicklungen. Der Patient wird nicht mehr verlegt, weil die Versorgung zum Patienten kommt.“ (218-219)
		Spezialisten	„Alle Ärzte sind Spezialisten, die dann mit dem Krankenhaus kooperieren werden.“ (866-867) „Es gibt hier [...] im Bereich der Transplantationsmedizin für [...] Spezialisten. Die bekommen Patienten von weit her.“ (1744-1745)
	Internationalisierung (Aspekte, die sich aus einer internationalen Ausrichtung ergeben)	Medizintourismus	„Gesundheitstourismus, dass sind Nischen, keine Strategie, auf die im Moment aufgebaut werden kann.“ (1077) „Der Aufwand ist exorbitant hoch.“ (2522)
		Fachkräftegewinnung	„Die Anstrengungen vieler Wettbewerber und auch unsere Anstrengungen richten sich durchaus ins Ausland, um dort qualifizierte ärztliche Mitarbeiter zu gewinnen.“ (2600-2601)
		Abwanderung von Fachkräften	Das Gut Medizin wird weiter abwandern. (514)
		Arbeitsplatzqualität	Die Gehaltsstruktur der Leistungserbringer liegen in Osteuropa ca. 20 Prozent unter der unsrigen. (1041-1042) Fehlende Standards (sinngemäß 258 verschiedene)
	Gesundheitswirtschaftliche Potenziale im kontextuellen Bezug zur Gesundheitsregion	Regionale Gesundheitswirtschaftsaspekte (Wie zeigt sich die Gesundheitswirtschaft im regionalen Kontext und worin unterscheiden sich die Regionen im Bezug auf Gesundheitswirtschaft)	Basis für GW
		Differenzierungen	Die eine ist eher Zuwendung beton und die andere eher technisch. Eine grundsätzliche Ausrichtung. (460-461) „Gesundheitsregionen müssen berücksichtigen, was sie für eine Infrastruktur haben. Es gibt da also völlig unterschiedliche Aspekte die beachtet werden sollten, wenn man eine Region entwirft. Auf dem Land gibt es Krankenhäuser der Grundversorgung, nicht der Maximalversorgung. (689-691)“ Es kommt immer darauf an, was bietet man an und passt das zu der Region. (1885)
GW: Metropole		Hochleistungsm	„Die Hochleistungsmedizin in Deutschland bietet sicherlich einiges an Potenzial.“ (272-

<i>(Gesundheitsregionen in einer Metropole)</i>	edizin	273) <i>Hochleistungsmedizin, das sind Industrieabteilungen, Medizintechnik, Biotechnologie, Forschung (sinngemäß 1667)</i>
	Contra-Metropole	<i>Gesundheitsregion ist kein Thema, was den Städten obliegt. (sinngemäß verschiedene)</i>
	Pro-Metropole	<i>Da liegt alles zentral bei einander. In einer Stadt sind die Wettbewerber präsent (sinngemäß 173)</i> <i>„[...] zwei unterschiedliche Perspektiven: Ich bin Krank und ich brauche ein medizinische Versorgung, dann ist die Hochleistungsmedizin der ausschlaggebende Faktor.“ (833-835)</i>
<i>GW: ländlicher Raum (Gesundheitsregionen im ländlichen Raum)</i>	Erwartung	<i>„Da geht es dann wieder um die Spezialisierung von kleineren Regionen: eine spezielle Versorgung für eine spezielle Klientel.“ (234-235)</i>
	Transparenz	<i>„Nachfrager würde geholfen werden, wenn mehr Transparenz geschaffen würde. Eine Marke die etabliert wird, sollte in der Region dem Verbraucher ein übersichtliches Programm bieten.“ (154-155)</i>
	Profit	<i>Regionen profitieren von der natürlichen Umgebung, die Gesundheit ausstrahlt. (sinngemäß verschiedene)</i>
	Gefahren	<i>Schlechte Infrastruktur, kein attraktives Lebensumfeld, zu wenig Dynamik, keine Transparenz und Repräsentanz nach Außen (sinngemäß verschiedene)</i>
<i>Regionalpolitik (Einfluss und Bedeutung der politischen Entscheidungsträger im Bezug auf Prozesse der regionalen Gesundheitswirtschaft)</i>	Politische Unterstützung	<i>„Da müssen die Städte mitarbeiten, die müssen es auch wollen. Die Politik und das Gremium, das da mit in einer Entscheiderposition sitzt. (2198-2199)“</i>
	Marketing	<i>„Da steckt der Marketingaspekt dahinter, eine bestimmte Landschaft oder einen bestimmten Bereich, also eine Topographie, als gesundheitsförderliche, dem Menschen zu gewandte Region zu vermarkten und attraktiv zu machen.“ (2697-2699)</i>
	Regionale Ziele	<i>„Wir müssen deutlich machen, dass es lediglich um eine gemeinsame Ausrichtung der Politik geht, dass es noch nicht darum geht, wer hier was bezahlen muss. Die politische Unterstützung für eine wirtschaftliche Entwicklung muss da sein und dann macht auch die private Wirtschaft mit.“ (1923-1925)</i> <i>Zielgruppen ansprechen, mehr Tourismus, mehr Arbeit, mehr Menschen (verschiedene)</i>
	Umsetzung	<i>„Man kann sagen, es muss ein Kern an gesundheitswirtschaftlicher Kompetenz vorhanden sein, welcher Art auch immer. Ein Kern, um den sich etwas entwickeln kann und Leute, die bereit sind, daraus etwas zu machen.“ (1732-1733)</i>
	Bedeutung von GW	<i>Gegen Abwanderung / für Zuwanderung: „[...] da muss eine Persönlichkeit sein, die vor Ort ist. Der muss was Außergewöhnliches machen oder mal was Außergewöhnliches gemacht haben.“ (2169-2170)</i> <i>Finanzielle Unterstützung</i>

Inhalte CD-Rom

- KH-Auswertung; Tabelle 1 bis 5
- elektronischer Anhang zu VII
- elektronischer Anhang zu VIII
- elektronischer Anhang zu XIV