

Entwicklungschancen des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main-Region und Hessen



gesundheitswirtschaft
rhein-main e.v.

Qualität und Wachstum für die Region

Entwicklungschancen des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main-Region und Hessen



gesundheitswirtschaft
rhein-main e.v.

Qualität und Wachstum für die Region





Netzwerken nach der medlounge „Gesundheitszentren“ 2010, Goethe-Universität, Frankfurt am Main



medlounge 2008 „Der Patient als Kunde?“ Fresenius, Bad Homburg



Parlamentarischer Abend 2009 im Hessischen Landtag



Aktionstage Diabetesvorsorge 2009 im Rathaus Offenbach



Standortportrait „Gesundheitsregion Rhein-Main“ 2012



Frühjahrstagung 2007 in der IHK Rheinhessen, Mainz



Gründungsveranstaltung 2006 in der IHK Frankfurt am Main



Frühjahrstagung 2008 in Frankfurt



Kontakte zwischen Wirtschaft und Politik in Wiesbaden



Rhein-Main gegen den Schlaganfall Auftakt in Wiesbaden 2010



Frühjahrstagung 2010 in der IHK Frankfurt am Main



Pressegespräch zur Studie „Fachkräfteentwicklung“ 2011

Vorwort

Immer mehr Menschen in Hessen und Rhein-Main sind bereit, für ihre Gesundheit, ihre Fitness und ein gutes Lebensgefühl Geld auszugeben. Das ist das Ergebnis der Studie „Entwicklungschancen des Zweiten Gesundheitsmarktes in Hessen und Rhein-Main“. Der Wachstumsmotor Gesundheitswirtschaft bezieht seine Energie also längst nicht mehr alleine aus Steuermitteln und Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Für die wirtschaftliche Entwicklung in Hessen und der Rhein-Main-Region ist das eine gute Nachricht, weil damit – trotz anhaltender Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen – die Gesundheitswirtschaft wächst. Und das bedeutet wiederum mehr Wohlstand, mehr Arbeitsplätze und nicht zu vergessen, auch mehr Gewerbesteuern für die Kommunen in Hessen und Rhein-Main.

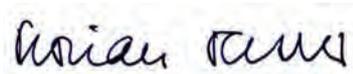
Der Begriff des „Zweiten Gesundheitsmarktes“ hat sich erst in den vergangenen Jahren entwickelt. Darunter versteht man alle gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Waren, die nicht von einer privaten oder gesetzlichen Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen oder durch Steuern finanziert werden (Erster Gesundheitsmarkt). Die Bedeutung dieses Marktes hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen, weil immer mehr Menschen bewusster mit ihrer Gesundheit umgehen und nicht nur Patient sein wollen. Hierfür reicht ihnen die Versorgung des Ersten Gesundheitsmarktes nicht aus und sie nutzen Dienstleistungen und Produkte, die der Gesunderhaltung oder ihrem Wohlbefinden dienen. Dazu zählen gesunde Ernährung ebenso, wie Sport, Wellness aber auch Schönheitsoperationen.

Die wirtschaftliche Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Bundesrepublik insgesamt zeigt sich darin, dass 2012 rund 14 Prozent der insgesamt rund 300 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben durch private Haushalte getragen wurden. In Hessen trug der Zweite Gesundheitsmarkt 2012 mit 5,56, in Rhein-Main mit 3,6 Milliarden Euro zur Wertschöpfung bei. Zwischen 2009 und 2012 wuchs der Markt in Hessen um 5,6 Prozent, in Rhein-Main um 17 Prozent. Die Zahl der Beschäftigten lag in Hessen bei 30.200, in Rhein-Main bei 28.300. Auch hier waren die Zuwächse in den vergangenen vier Jahren mit 7,1 Prozent in Hessen und 8,6 Prozent in Rhein-Main beachtlich. Mit einer Bevölkerungs- und Sozialstruktur, die im deutschlandweiten Vergleich überdurchschnittlich gebildet ist und vergleichsweise hohe Einkommen erzielt, ist der Zweite Gesundheitsmarkt auch für die Zukunft auf Wachstum programmiert.

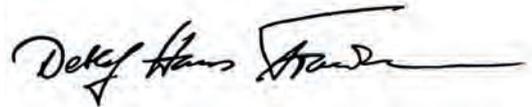
Der Zweite Gesundheitsmarkt bietet vor dem Hintergrund des demografischen Wandels vor allem in den Bereichen Leben im Alter, Gesundheit zu Hause, individualisierte Medizin, Pharma/Biotechnologie sowie Gesundheitstourismus vielfältige Anknüpfungspunkte zur Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen. Gleichzeitig zeigt die Studie aber auch, dass in vielen Bereichen erst noch die notwendigen Rahmenbedingungen für das Wachstum in diesem Wirtschaftssektor geschaffen werden müssen. Dies gilt unter anderem für Produkte und Dienstleistungen, die es Menschen ermöglichen, auch im Alter länger in ihrer eigenen Wohnung bleiben zu können.

Die Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main e.v. setzt sich deshalb dafür ein, dass die Potenziale des Zweiten Gesundheitsmarktes in Hessen und der Region künftig noch intensiver genutzt und stärker gefördert werden, damit sowohl alle Anbieter als auch die Patienten und Verbraucher von dieser Entwicklung profitieren können. Dazu vernetzen wir die Anbieter und Akteure des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes, zeigen mögliche Lösungswege auf und appellieren an die Politik, geeignete Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die Kräfte des Marktes sich in diesem Wachstumsfeld immer besser entfalten können.

Bei der Entwicklung und Förderung der Gesundheitswirtschaft sind vernetzte Strukturen und tragfähige Kooperationen – auch über die Ländergrenzen Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern hinweg – besonders wichtig. Diese Studie ist ein Beleg dafür. Sie entstand, weil langjährige Partner die Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main dabei unterstützten. Dazu zählen die Hessen Trade & Invest GmbH und die Industrie- und Handelskammern Frankfurt am Main, Rheinhes- sen und Kassel-Marburg, sowie die B. Braun Melsungen AG, für deren Unterstützung wir uns ganz herzlich bedanken. Ebenfalls bedanken wir uns bei Prof. Dr. Josef Hilbert und seine Mitar- beiter am INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK der Westfälischen Hochschule für die Erstellung dieser Studie.



Florian Gerster
Staatsminister a.D., Vorsitzender
Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main e.v.



Detlef Hans Franke
Geschäftsführender Vorstand
Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main e.v.

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
	Abbildungsverzeichnis/Tabellenverzeichnis	9
1	Megatrend Gesundheit: Orientierungsimperativ für Gesellschaft, Wirtschaft und Politik, auch jenseits des klassischen Gesundheitswesens	10
2	Die Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main-Region und Hessen	14
2.1	Methodische Vorgehensweise	14
2.2	Wirtschaftliche Bedeutung	16
2.3	Beschäftigungsrelevanz	18
3	Ausgewählte Handlungsfelder des Zweiten Gesundheitsmarktes	20
3.1	Privatfinanzierte elektive Leistungen	20
3.1.1	Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL	21
3.1.2	Mundgesundheitswirtschaft	24
3.1.3	Ästhetische Medizin	27
3.1.4	Komplementärmedizin und alternative Heilverfahren	30
3.2	Neue Wege der maßgeschneiderten Gesundheitsförderung	32
3.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement	36
3.4	Gesundheitsstandort Haushalt	41
3.5	Gesundheit als Freizeitaktivität: Gesundheitstourismus und Medical Wellness	47
4	Zusammenfassung	51
5	Literatur	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bereiche des Zweiten Gesundheitsmarkts	10
Abbildung 2: Abgrenzung der Rhein-Main-Region	14
Abbildung 3: Struktur der Gesundheitswirtschaft	15
Abbildung 4: Wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft nach Erstem und Zweitem Gesundheitsmarkt, Rhein-Main-Region und Hessen 2012	16
Abbildung 5: Wirtschaftliche Entwicklung des Zweiten Gesundheitsmarktes, Rhein-Main-Region und Hessen 2009-2012	17
Abbildung 6: Beschäftigte (Vollzeitäquivalente: sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ausschließlich geringfügig Beschäftigte) in der Gesundheitswirtschaft nach Erstem und Zweitem Gesundheitsmarkt, Rhein-Main und Hessen 2012	18
Abbildung 7: Entwicklung der Beschäftigten (Vollzeitäquivalente: sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ausschließlich geringfügig Beschäftigte) im Zweiten Gesundheitsmarkt Rhein-Main und Hessen 2009-2012.....	19
Abbildung 8: Entwicklung der Umsatzvolumina des zahnerhaltenden (obere Kurve) und des zahnersetzenden Leistungsbereichs (untere Kurve) in Mrd. Euro.	25
Abbildung 9: Plastische Chirurgie	29
Abbildung 10: Top 10 der CAM-Forschung laut PubMed Datenbank und Carstens-Stiftung	31
Abbildung 11: Tätigkeitsschwerpunkte dezidierter Biotechnologie-Unternehmen	34
Abbildung 12: Dezidierte Biotechnologie-Unternehmen und Mitarbeiter nach Bundesländern	35
Abbildung 13: Haus der Arbeitsfähigkeit mit Umgebung	37
Abbildung 14: Bedeutung von Gesundheitsförderung im Betrieb	38
Abbildung 15: Relative Veränderungen der Fehlzeiten 2000-2012	39
Abbildung 16: Abweichungen der AU-Tage in Branchen mit hohem Anteil an DAK-Versicherten vom DAK-Durchschnitt, AOK-Mitglieder 2012	39
Abbildung 17: Zugänge in die Erwerbsminderungsrente nach ausgewählten Diagnosen, Hessen 2012	40
Abbildung 18: Gesundheitstourismus-Interessenten nach Urlaubsform, 2007 und 2020	48
Abbildung 19: Anteil der Krankenhausfälle mit Sitz im Ausland in den einzelnen Bundesländern an allen Krankenhausfällen mit Wohnsitz im Ausland 2012	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigste IGeL	22
Tabelle 2: Steuerpflichtige und deren Lieferungen und Leistungen 2012 nach ausgewählten Bundesländern	26
Tabelle 3: Ranking der durchgeführten Eingriffe im Vergleich w/m	29

1 Megatrend Gesundheit: Orientierungsimperativ für Gesellschaft, Wirtschaft und Politik, auch jenseits des klassischen Gesundheitswesens

Die Leistungen und Aktivitäten der deutschen Gesundheitswirtschaft wurden und werden ganz wesentlich durch die Vorgaben des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) geprägt. Dieses fokussiert auf die Ziele, Aufgaben und Aktivitäten der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Deren Leistungen sollen dazu dienen „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (§1 SGB V). Sie „müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ und „sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§12, Satz 1, SGB V).

Die Orientierungen und Vorgaben des Sozialgesetzbuches bestimmen in Deutschland das Profil und die Umriss des Ersten Gesundheitsmarktes. Und sie fokussieren das Leistungsgeschehen dort auf wirkungsgeprüfte – und in zunehmendem Maße auch auf wirtschaftlichkeitsgeprüfte – Verfahren, Arzneimittel und Medizinprodukte, die kurative Medizin dominiert. Hier nämlich fällt der Nachweis der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit relativ leicht und hier ist es auch vergleichsweise einfach, eine Verständigung über das Maß des Notwendigen zu erzielen. Alle anderen gesundheitsbezogenen Produkte, Dienstleistungen und Verfahren haben es ungleich schwerer, im Regelwerk des SGB V anerkannt und erstattet zu werden und werden deshalb jenseits der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen – im sogenannten Zweiten Gesundheitsmarkt – gehandelt und finanziert.

In einer Zusammenfassung der üblichen Definitionen beschreibt der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) den Zweiten Gesundheitsmarkt als eine Zusammenfassung aller Leistungen, die nicht über die Vollversicherung der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen finanziert werden:

- » „Damit gehören einerseits private Zusatzversicherungen zum Zweiten Gesundheitsmarkt.
- » Andererseits sind sämtliche weiteren privat finanzierten Gesundheitsleistungen – ohne Abschluss einer Versicherung – hierunter zu fassen.“ (DIHK 2010: 3)
- » Des Weiteren zählen aber auch solche gesundheitsbezogenen Angebote und Aktivitäten dazu, die aus anderen Bereichen der Wirtschaft beschafft und finanziert werden, etwa das betriebliche Gesundheitsmanagement oder auch die gesundheitsfördernde und altengerechte Erneuerung von Wohnungen.



Abbildung 1:
Bereiche des Zweiten Gesundheitsmarktes

Quelle: eigene Darstellung in
Anlehnung an: BASY/Berger/
TU Berlin 2009: 10

Der so definierte Zweite Gesundheitsmarkt hat eine hohe wirtschaftliche Bedeutung und weist eine überdurchschnittliche Wachstumsdynamik auf. Nach den Forschungen des sog. Gesundheitssatellitenkontos, die vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie unterstützt werden, ist der Zweite Gesundheitsmarkt „zwischen den Jahren 2005 und 2012 um 29,8 Prozent auf 67,9 Mrd. Euro angestiegen. Dies entspricht mit 4,0 Prozent p. a. einem etwa halben Prozentpunkt stärkerem jährlichen Wachstum als im sog. Ersten Gesundheitsmarkt, ...“ (WIFOR/ TU Berlin/Berger 2013: 5).

Die Existenz und Entwicklung des Zweiten Gesundheitsmarktes wird oft unterschiedlich bewertet. Die einen sehen ihn als Innovationsmotor, andere freuen sich, dass das Konsum- und Investitionsverhalten sowohl von Bürgerinnen und Bürgern als auch von Investoren gesundheitsbezogenen Produkten, Aktivitäten und Gestaltungsfeldern mehr Aufmerksamkeit schenkt. Dritte befürchten, dies könne zu einer wachsenden Gesundheitsungleichheit, gar zu einer Mehrklassenmedizin führen. Unabhängig von solchen Grundsatzdebatten verdient der Zweite Gesundheitsmarkt vermehrt Aufmerksamkeit, weil sich in seiner Bedeutung und Dynamik mehrere Megatrends des sozialen und wirtschaftlichen Wandels spiegeln. Sie alle laufen darauf hinaus, dass das Interesse für das Thema Gesundheit in Gesellschaft, Wirtschaft und Politik steigt und dass sich dies auch in wachsendem Engagement und in steigenden Ausgaben für Gesundheit jenseits dessen niederschlägt, was durch die obligatorischen gesetzlichen und privaten Krankheits- und Gesundheitsversicherungen abgedeckt ist. Im Einzelnen sind hier vor allem die folgenden fünf Megatrends hervorzuheben:

Gesundheit wird für mehr und mehr Menschen zum Lifestyle: Dieser Trend beruht vor allem darauf, dass es eine stark wachsende Aufmerksamkeit dafür gibt, die eigene Gesundheit möglichst positiv zu beeinflussen. Gestützt auf eine breite Palette an gesicherten medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen wird mehr und mehr Menschen klar, dass Gesundheit keineswegs nur eine Zuständigkeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder anderen Gesundheitsprofis ist, sondern auch zu Hause, bei der Arbeit, im Alltag gemacht wird und durch eine gesundheitsfördernde Umgebung, aber auch durch ein gesundheitsförderndes eigenes Kümmern und Verhalten beeinflusst werden kann – und das selbst dann, wenn man spezifischen Risiken ausgesetzt ist oder sogar spezifische Dispositionen für bestimmte Krankheiten hat. Die Einsicht in die Machbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit von Gesundheit lässt das Interesse steigen, sich für Gesundheit zu engagieren – etwa durch eine entsprechende Lebensweise oder auch durch präventive gesundheitsbezogene Aktivitäten innerhalb und jenseits des Leistungskanons der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Gestützt wird diese Entwicklung zu Gesundheit als Lifestyle des Weiteren dadurch, dass es bei vielen Menschen einen Wertewandel gibt: Früher standen materielle Güter wie Autos oder Musikanlagen im Mittelpunkt der Kauf- und Konsuminteressen; mittlerweile haben immaterielle Präferenzen an Gewicht gewonnen. Gesundheit und ein gesundheitsbewusstes Leben sind vor allem für gut gebildete Bevölkerungsgruppen zu einem Gut geworden, für das sie auch bereit sind, Geld auszugeben (vgl. Bräuninger 2012: 6f., Goldschmidt/Hilbert 2009).

Wege und Instrumente zur besseren Gesunderhaltung und Heilung werden zunehmend klarer: Ein zweiter wichtiger Megatrend ist zu dem erstgenannten - der Machbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit von Gesundheit - überaus kompatibel, nämlich die immer besser werdende Entschlüsselung des Wissens darüber, was allgemein, aber auch auf Personengruppen und sogar auf einzelne Individuen bezogen hilfreich sein kann, um länger gesund zu bleiben oder um mit bestehenden (chronischen) Erkrankungen besser leben zu können. Allerdings werden viele der notwendigen Maßnahmen zu einer medizinisch und gesundheitswissenschaftlich fundierten Verhältnis-, Verhaltens- und auf das Individuum zielenden Prävention bislang nur zu Bruchteilen von den obligatorischen Gesundheits- und Krankenkassen finanziert. Und auch auf absehbare Zeit ist allenfalls mit kleinen Akzentverschiebungen in Richtung einer öffentlichen oder halböffentlichen Finanzierung zu rechnen. Auch dies macht verständlich, dass mehr und mehr Privatpersonen,

aber auch immer häufiger Unternehmen, Investoren und Gebietskörperschaften sich für eine Stärkung der präventiv ausgerichteten Medizin engagieren.

Das Interesse an Gesundheit wird durch den demografischen Wandel kräftig verstärkt: Mehr ältere Menschen, die wachsenden Anteile älterer Jahrgänge an der Gesamtbevölkerung sowie die parallel steigenden Zahlen von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen zu einem stark wachsenden Interesse an neuen und verbesserten Wegen der Gesunderhaltung und Heilung im Alter. Gleichzeitig führt der demografische Wandel in Deutschland – aber auch weltweit – dazu, dass Wirtschaft und Politik nach innovativen Ansätzen, Produkten und Dienstleistungen zum gesunden und aktiven Altern suchen. Bei der World Health Organization (WHO)¹ oder auch bei der EU setzt man beispielsweise auf das Konzept des „active ageing“. Gemeint ist damit „the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. It applies to both individuals and population groups.“ (WHO 2002: 12) In der Wirtschaft wird in den letzten Jahren Produkten und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt; als Sammelbegriff für einschlägige Aktivitäten wird in internationalen Zusammenhängen oft von „Silverconomy“, in Deutschland von „Seniorenwirtschaft“ gesprochen.

Wohnungen und Nachbarschaften werden zu Gestaltungsfeldern für eine bessere Gesunderhaltung und Heilung: Ein zentrales Gestaltungsfeld der „Silver Economy“ und des „Active Ageing“ sind die privaten Haushalte sowie die sie umgebenden Nachbarschaften. Zielsetzung ist hier, die Lebensbedingungen der alternden Menschen so barrierefrei und gesundheitsfördernd wie möglich zu gestalten. In Fachkreisen ist in diesen Zusammenhängen bereits vom „Quartiersmanagement“ und vom Entstehen eines „Gesundheitsstandorts Haushalt“ die Rede. Neben den Kommunen sind es insbesondere Unternehmen der Wohnungswirtschaft, die zu Aktivposten und Investoren für Sicherheit, Gesundheitsförderung und Kommunikation „vor Ort“, in der Wohnung und in der Nachbarschaft werden. Entsprechend aktive Kommunen engagieren sich dabei nicht nur, um lebenswerte und attraktive Städte zu schaffen, sondern auch, weil sie Pflegebedürftigkeit reduzieren und damit steigende Sozialhilfeausgaben vermeiden wollen.² Die Wohnungswirtschaft wird aktiv, um sich Ältere als verlässliche und solvente Mieter zu sichern.

Die absehbare Knappheit an Arbeitskräften motiviert Wirtschaftsunternehmen zum präventiven Gesundheitsmanagement: Am deutschen Arbeitsmarkt kann derzeit eine Gezeitenwende beobachtet werden. Ausgelöst durch den demografischen Wandel sowie durch die gute wirtschaftliche Entwicklung kommt es in vielen Wirtschaftsbranchen und in zahlreichen Regionen bereits heute zu Arbeitskräfteengpässen. Und die meisten Arbeitsmarktexperten rechnen damit, dass sich diese Probleme in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch verschärfen werden. Weitsichtige Unternehmen setzen vor diesem Hintergrund auf betriebliches Gesundheitsmanagement. Ziel dabei ist zum einen dafür zu sorgen, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten reduziert werden und dass Arbeitsplätze entstehen, auf denen auch Ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Menschen zum Erfolg des Unternehmens beitragen können. Zum anderen hofft man auch, durch ein anspruchsvolles betriebliches Gesundheitsmanagement für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer attraktiver zu werden. Ausgegangen sind entsprechende Aktivitäten von größeren Unternehmen; mittlerweile engagieren sich jedoch auch mittlere und kleinere Unternehmen verstärkt. Unterstützt werden sie dabei in vielen Regionen von den zuständigen Kammern und oftmals auch von Gesundheits- bzw. Krankenversicherungen. Die private Wirtschaft wird so zu einem Treiber und In-

¹ http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/

² Wenn Ältere pflegebedürftig werden und in eine stationäre Altenhilfe müssen, reichen deren Einkommen plus Pflegeversicherung sehr häufig nicht aus, um die anfallenden Kosten zu decken. In diesen Fällen muss die Sozialhilfe einspringen. Ein Vertreter der Stadt Dortmund rechnete am 5.6.2014 bei dem Klinikongress der MedEconRuhr vor, dass die Stadt Dortmund durch ihr Engagement beim Quartiersmanagement in signifikanter Größenordnung Sozialhilfe einspart.

vestor für Gesundheitsaktivitäten jenseits des Finanzierungs- und Leistungsportfolios des Ersten Gesundheitsmarktes und zu einem Aktivposten des Zweiten Gesundheitsmarktes.

Die skizzierten Megatrends sind zentrale Bausteine eines Gesamttrends, den Ilona Kickbusch (2006) schon Anfang dieses Jahrhunderts mit „Die Gesundheitsgesellschaft“ beschrieb und für dessen wegweisende Gestaltung sie für eine Strategie des „Health in all policies“ plädierte. Mittlerweile zeichnet sich jedoch ab, dass Gesundheit nicht nur eine zentrale Orientierung für viele Politikfelder sein sollte, sondern dass diese auch für den Lebens- und Arbeitsalltag vieler Menschen und für immer mehr Produkte und Dienstleistungen der Wirtschaft an Bedeutung gewinnt. Gesundheit wird zum umfassenden Orientierungsimperativ für immer mehr Produkte und Dienstleistungen – und dies auch in Bereichen, die traditionell nicht oder nur wenig mit dem Gesundheitswesen und dem Ersten Gesundheitsmarkt zu tun haben. Engagement und Finanzausgaben jenseits der Finanzströme der obligatorischen Sozialversicherungen, jenseits des Ersten Gesundheitsmarktes sind dabei nicht mehr wegzudenken, unerlässlich und wünschenswert. Es kommt nicht darauf an, den Zweiten Gesundheitsmarkt zu problematisieren, sondern so zu gestalten, dass mehr Gesundheit für möglichst viele Menschen entsteht. „Die Allgegenwärtigkeit der Gesundheit in der modernen Gesellschaft kann mit alten Denkmodellen nicht mehr ausreichend gefasst werden. Gesundheit ist nicht mehr nur Ergebnis anderer gesellschaftlicher Prozesse - sie ist selbst zur treibenden Kraft geworden. Mehr Gesundheit ist immer möglich. Gesundheit wird allgegenwärtig und das Gesundheitswesen selbst wird zum Nebenschauplatz.“ (www.ilonakickbusch.com/kickbusch/gesundheitsgesellschaft/index.php)

Gerade deshalb bietet der Blick auf den Zweiten Gesundheitsmarkt viele Chancen für eine Region. Die Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main e.v. hat das Institut Arbeit und Technik beauftragt, eine Studie zu den Entwicklungschancen des Zweiten Gesundheitsmarktes zu erarbeiten. Ziel der Studie ist es zum einen, die Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main Region quantitativ zu erfassen. Zum anderen sollen Entwicklungschancen insbesondere mit einem Ausblick auf Hessen identifiziert werden und im Rahmen der Studie zu konkreten Handlungsempfehlungen verdichtet werden. Hierzu wurden fünf Handlungsfelder einer näheren Analyse unterzogen:

- a) Ambulante und stationäre privatfinanzierte elektive Leistungen
- b) Neue Wege der maßgeschneiderten Gesundheitsförderung
- c) Betriebliches Gesundheitsmanagement
- d) Gesundheitsstandort Haushalt
- e) Gesundheit als Freizeitaktivität: Gesundheitstourismus/ Medical Wellness/ Gesundheitssport

Die Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Zweiten Gesundheitsmarktes sind in der Rhein-Main-Region optimal:

- » Der prognostizierte Bevölkerungsrückgang bis 2030 der heute rund 5,5 Mio. Einwohner (6 Mio. in Hessen) fällt mit -2,9 % geringer aus als in Hessen mit -4,9 %.
- » Das Bildungsniveau – gemessen an dem Anteil der Bewohner mit Fach- oder Hochschulabschluss – liegt in der Rhein-Main-Region bei 17,8 %, in Hessen bei 16,8 % und damit deutlich über dem deutschlandweiten Durchschnitt von 15,1 %.
- » Das BIP je Einwohner liegt in der Region mit 34.851 Euro deutlich über dem deutschlandweiten Wert von 31.702 Euro.
- » Der größte Flughafen Deutschlands, Frankfurt Airport, bietet nicht nur für die Logistik, sondern für den Gesundheitstourismus insgesamt gute Bedingungen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analysen präsentiert. Nach einer kurzen Darstellung von zentralen Trends für diesen Markt, erfolgt die Darstellung der quantitativen Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes. Anschließend werden die fünf einzelnen Handlungsfelder vorgestellt und näher analysiert. Abschließend erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Ergebnisse sowie Handlungsempfehlungen.

2 Die Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main-Region und Hessen

2.1 Methodische Vorgehensweise

Zur Ermittlung der Bedeutung des zweiten Gesundheitsmarktes wurde in einem ersten Schritt die regionale Abgrenzung der Rhein-Main-Region vorgenommen. Dieser konnten insgesamt 25 Kreise und kreisfreie Städte aus Bayern, Hessen sowie Rheinland-Pfalz zugeordnet werden.

Abbildung 2: Abgrenzung der Rhein- Main-Region

Quelle: http://www.gesundheitswirtschaft-rhein-main.de/die_initiative/die_gesundheitsregion/

Aschaffenburg, Stadt
 Aschaffenburg, Landkreis
 Miltenberg, Landkreis
 Darmstadt, kreisfreie Stadt
 Bergstraße, Landkreis
 Darmstadt-Dieburg, Landkreis
 Groß-Gerau, Landkreis
 Odenwaldkreis, Landkreis
 Frankfurt, Stadt
 Hochtaunuskreis, Landkreis
 Main-Taunuskreis, Landkreis
 Fulda, Landkreis
 Gießen, Landkreis
 Wetteraukreis, Landkreis
 Vogelsbergkreis, Landkreis
 Main-Kinzig-Kreis, Landkreis
 Limburg-Weilburg, Landkreis
 Mainz, kreisfreie Stadt
 Worms, kreisfreie Stadt
 Main-Bingen, Landkreis
 Alzey-Worms, Landkreis
 Offenbach, Landkreis
 Offenbach, kreisfreie Stadt
 Wiesbaden, kreisfreie Stadt
 Rheingau-Taunus-Kreis, Landkreis



Die Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft erfolgte entlang der Logik der IAT-Gesundheitswirtschaftszwiebel. In der Definition des Instituts Arbeit und Technik (siehe Grafik unten)

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

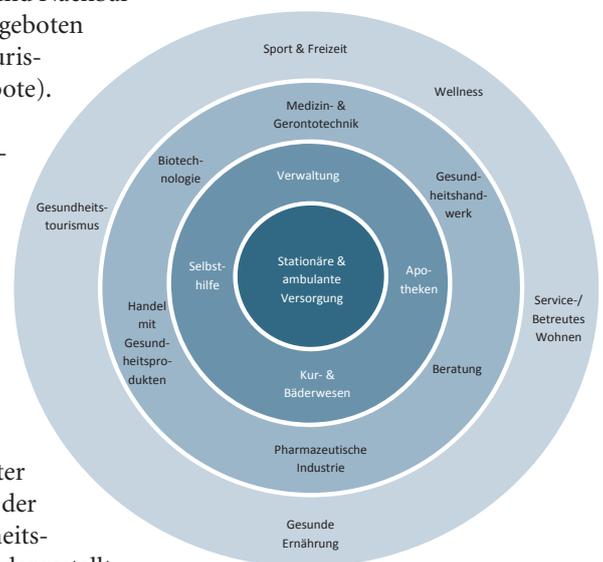
Zur Ermittlung der wirtschaftlichen Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Gesundheitswirtschaft wurden die jeweiligen Anteile der einzelnen Teilbereiche ermittelt. Diese Angaben wurden aus bereits vorhandenen Analysen, insbesondere dem Gesundheits-satellitenkonto, aber auch weiteren Studien³ gezogen. In die Berechnung und Schätzungen sind nur Daten der amtlichen Statistik eingeflossen.

Zur Berechnung der wirtschaftlichen Bedeutung wurden zum einen Sonderauswertungen aus der Umsatzsteuerstatistik für die gesundheitsbezogenen Wirtschaftszweige durch die Statistischen Landesämter Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen vorgenommen. Zur Abbildung der Bedeutung des zweiten Gesundheitsmarktes im klassischen Gesundheits- und Sozialwesen, der in der Umsatzsteuerstatistik nur unzureichend dargestellt wird, da viele der klassischen Gesundheitsanbieter nicht umsatzsteuerpflichtig sind, wurde auf Angaben der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zurückgegriffen. Diese Angaben wurden dann für die Region sowie für die anteilige Bedeutung des zweiten Gesundheitsmarktes disaggregiert.

Zur Ermittlung der Beschäftigungsrelevanz des zweiten Gesundheitsmarktes wurden Daten der Bundesagentur für Arbeit (Beschäftigtenstatistik) genutzt. Hier wurde auf die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie auf die geringfügig Beschäftigten zurückgegriffen, die wiederum mittels einer Sonderauswertung durch die Bundesagentur aufbereitet und zur Verfügung gestellt wurden. Nicht einbezogen sind damit Selbstständige, die für die Gesundheitswirtschaft eine hohe Bedeutung einnehmen, deren Quantifizierung jedoch nur durch verschiedene Datenquellen möglich ist. Bei diesen Datenquellen ist zudem häufig nur die Anzahl der Selbstständigen erfasst, nicht jedoch die erbrachte Arbeitszeit. Da jedoch zur Ermittlung des Anteils des zweiten Gesundheitsmarktes auf die Vollzeitäquivalente zurückgegriffen werden musste, war die Nutzung dieser Daten nicht möglich.

Abbildung 3:
Struktur der Gesundheitswirtschaft

Konzeption und
Darstellung: IAT



³ u.a. Kartte/Neumann 2007.

Mit den Angaben der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Voll- und Teilzeit sowie den geringfügig Beschäftigten wurden die Vollzeitäquivalente in der Gesundheitswirtschaft berechnet. Diese wurden anschließend den berechneten Umsatzzahlen gegenübergestellt (Umsatz je Vollzeitäquivalent), um so die jeweiligen Beschäftigtenanteile im Zweiten Gesundheitsmarkt zu berechnen.

Neben den quantitativen Analysen wurden 14 leitfadengestützte Expertengespräche mit ausgewählten Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft Rhein-Main durchgeführt⁴.

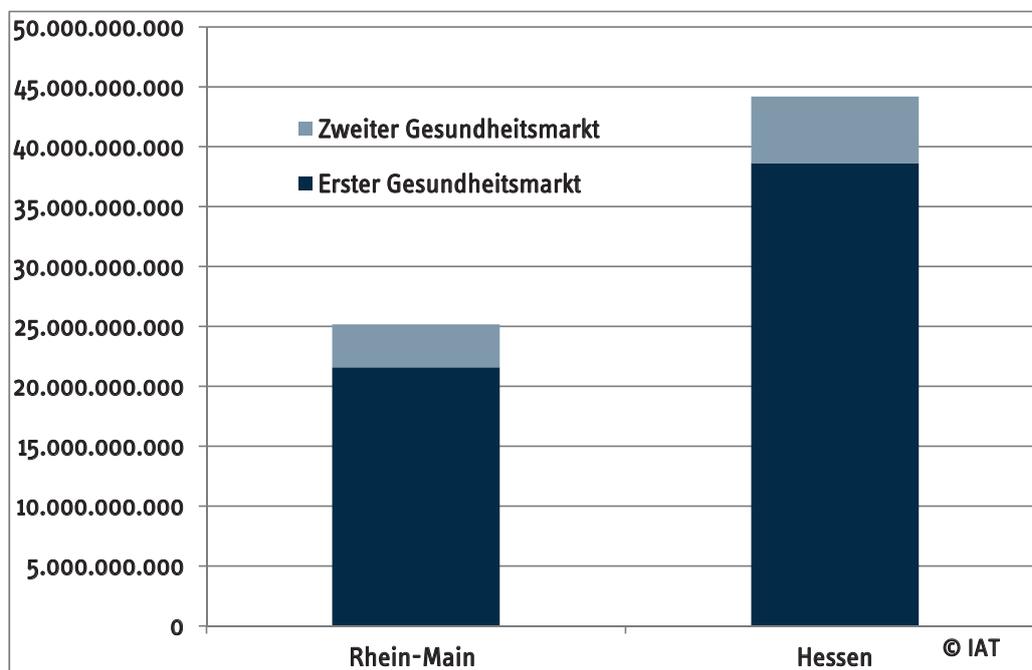
Zur Präsentation und Diskussion der Zwischenergebnisse wurde darüber hinaus ein Validierungsworkshop durchgeführt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren die Auftraggeber sowie die verschiedenen Expertinnen und Experten. Der Workshop fand am 16.05.2014 in Frankfurt am Main statt.

2.2 Wirtschaftliche Bedeutung

Wie eingangs bereits erläutert, konnte für Deutschland insgesamt die Bruttowertschöpfung für den Zweiten Gesundheitsmarkt auf 68 Mrd. Euro geschätzt werden (BMWI 2013). Dabei entfallen 41 Mrd. Euro auf den erweiterten Gesundheitsbereich, also Fitness, Wellness oder auch Ernährung und rund 27 Mrd. Euro auf den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (ebd: 9). Im Zweiten Gesundheitsmarkt wurden 2012 in der Rhein-Main Region rund 3,59 Mrd. Euro erwirtschaftet. Der Anteil an der Gesundheitswirtschaft insgesamt beträgt somit 14,3 %. In Hessen konnten 5,56 Mrd. Euro durch private Mittel in der Gesundheitswirtschaft umgesetzt werden, der entsprechende Anteilswert an der Gesundheitswirtschaft liegt bei 12,6 %.

Abbildung 4:
Wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft nach Erstem und Zweitem Gesundheitsmarkt, Rhein-Main-Region und Hessen 2012

Quelle: Umsatzsteuerstatistik, Statistische Landesämter Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz und VGR des Statistischen Bundesamtes sowie der Statistischen Landesämter des Bundes; Berechnung und Darstellung: IAT



⁴ Die Interviews wurden geführt mit Experten aus den Bereichen Gesundheitsindustrie, Tourismus, Gesundheitswesen, Biotechnologie, Krankenkassen und Kammern: Almut Boller, Herr Prof. Dr. Theo Dingermann, Dr. Anna C. Eichhorn, Thomas Erkert, Hans-Jörg Gittler, Manuel Gonzalez, Ronald Gundlach, Manfred Heckens, Katja Heiderich, Simone Köhler, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Frank Lucaßen, Prof. Dr. med. Henrik Menke und Katja Weigand.

Von den 3,59 Mrd. Euro, die im Zweiten Gesundheitsmarkt erwirtschaftet wurden, wurden 1,33 Mrd. Euro (37 %) in den Vorleistungs- und Zulieferbereichen, 1,48 Mrd. Euro (41 %) in den Kernbereichen sowie 783,6 Mio. Euro (21,8 %) in den gesundheitsrelevanten Randbereichen erwirtschaftet. In Hessen insgesamt spielt der Vorleistungs- und Zulieferbereich mit rund 2,84 Mrd. Euro (51 %) eine größere Rolle, 1,65 Mrd. Euro (29,7%) wurden in den Kernbereichen erwirtschaftet und rund, 1,07 Mrd. Euro (19,2%) in den gesundheitsrelevanten Randbereichen (vgl. Abbildung unten).

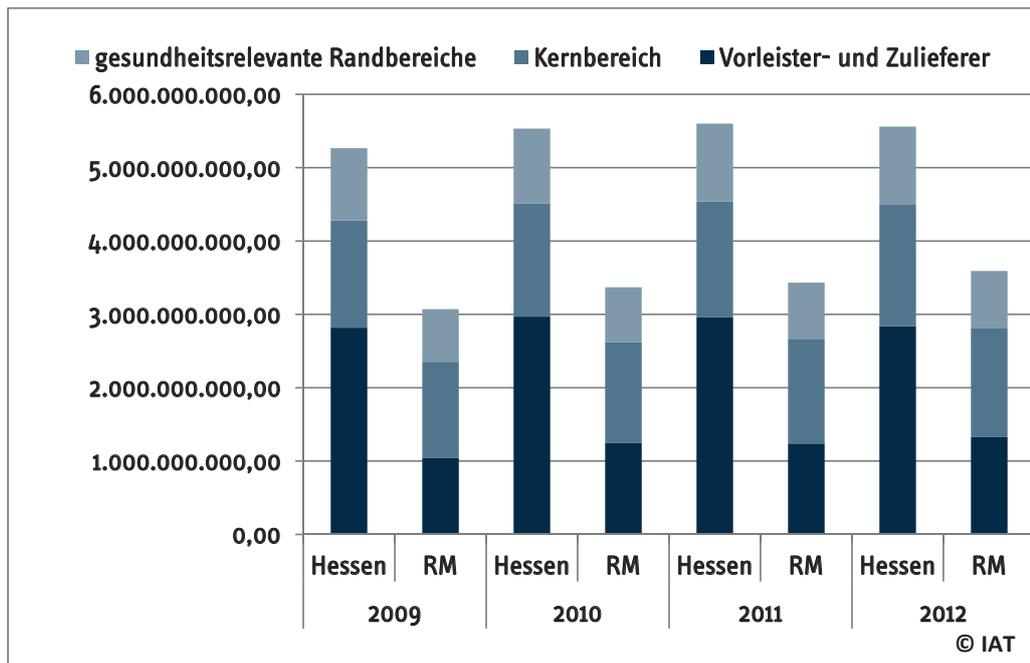


Abbildung 5:
Wirtschaftliche Entwicklung des Zweiten Gesundheitsmarktes, Rhein-Main-Region und Hessen 2009-2012

Quelle: Umsatzsteuerstatistik, Statistisches Landesämter Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz und VGR des Statistischen Bundesamtes sowie der Statistischen Ämter des Bundes, Berechnung und Darstellung: IAT

Die wirtschaftliche Entwicklung verlief in den letzten vier Jahren positiv:

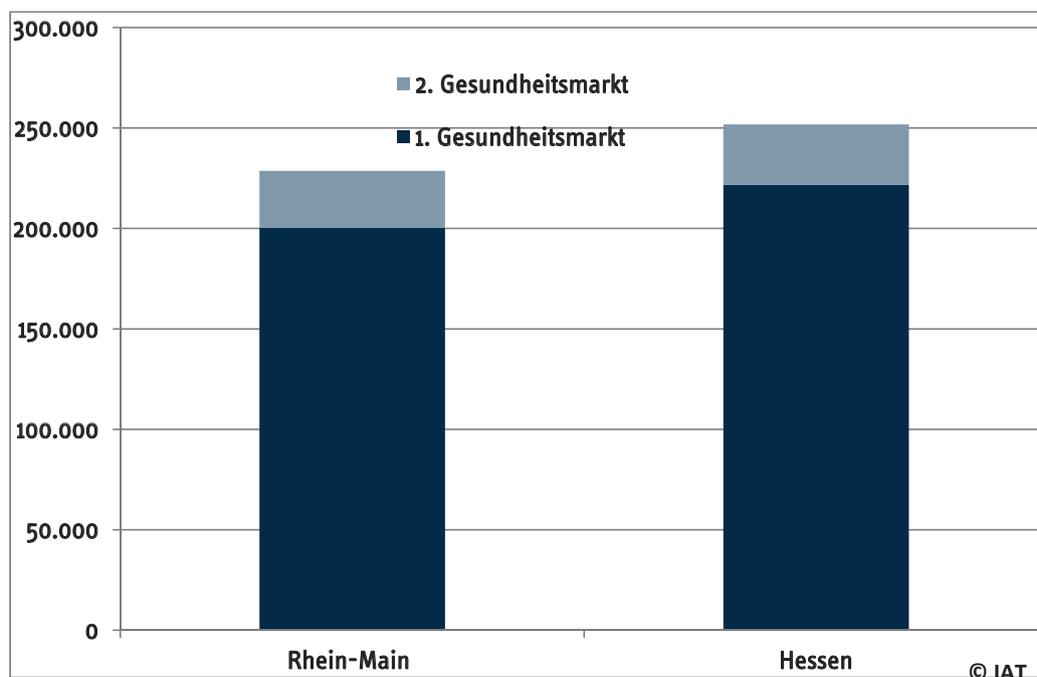
- » In der Rhein-Main-Region konnte der Zweite Gesundheitsmarkt überproportional um rund 520 Mio. Euro (17 %) hinzugewinnen. In Hessen beträgt das Wachstum im Zweiten Gesundheitsmarkt 5,6 %, ein Plus von 294,8 Mio. Euro. Ursächlich für das überproportionale Wachstum in der Rhein-Main-Region sind hohe Zuwächse in den Vorleistungs- und Zulieferbetrieben von 282,1 Mio. Euro.
- » In den Kernbereichen des Zweiten Gesundheitsmarktes konnte in Hessen ein Zuwachs von 191,7 Mio. (13,1 %) und in der Rhein-Main Region von 170,2 Mio. Euro (13 %) verbucht werden.
- » In den gesundheitsrelevanten Randbereichen wurden durch private Mittel Umsätze in Höhe von 81,2 Mio. (8,2 %) in Hessen bzw. 68,2 Mio. Euro (9,3 %) in der Rhein-Main-Region erwirtschaftet.

2.3 Beschäftigungsrelevanz

Im Bereich des Zweiten Gesundheitsmarktes arbeiten in der Rhein-Main Region 2012 28.345 Vollzeitäquivalente. In Hessen liegt der entsprechende Wert bei 30.184. Der Anteil an der Gesundheitswirtschaft insgesamt liegt bei 12,4 % für Rhein-Main bzw. 12 % für Hessen.

Abbildung 6:
Beschäftigte (Vollzeit-
äquivalente: sozial-
versicherungspflichtig
Beschäftigte und aus-
schließlich geringfü-
gig Beschäftigte) in der
Gesundheitswirtschaft
nach Erstem und Zwei-
tem Gesundheitsmarkt,
Rhein-Main und Hes-
sen 2012

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



Wie der Umsatz verlief auch die Beschäftigungsentwicklung in den letzten Jahren positiv. In der Rhein-Main Region sind zwischen 2009 und 2012 rund 2.250 Vollzeitäquivalente entstanden, ein Anstieg von 8,6%. Zurückzuführen ist das Wachstum auf ein Plus in den klassischen Kernbereichen, also den personalintensiven Dienstleistungsbereichen, denn hier sind insgesamt 1.160 Stellen (8,1 %) entstanden. In den Vorleistungs- und Zulieferbetrieben sind insgesamt rund 870 Stellen (12,7 %) und in den gesundheitsrelevanten Randbereichen rund 210 Stellen (4,3 %) entstanden.

Auch in Hessen verlief das Wachstum der Vollzeitäquivalente positiv, wobei das Wachstum mit rund 2.000 Stellen 7,1 % beträgt. Die größten Zuwächse sind hier in den Bereichen der Vorleistungs- und Zulieferbetriebe vorzufinden, mit einem Plus von 860 (12 %), gefolgt von den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft mit 780 Vollzeitäquivalenten (5 %) sowie den gesundheitsrelevanten Randbereichen mit 350 Stellen (6,5 %).

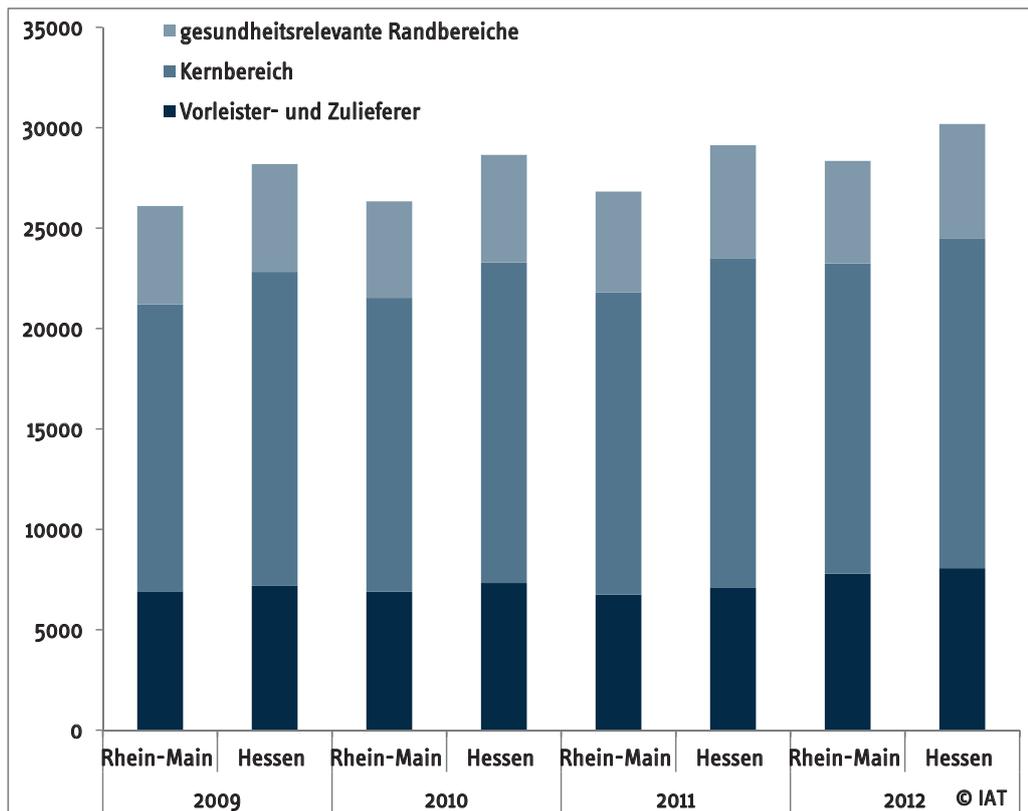


Abbildung 7:
Entwicklung der
Beschäftigten (Vollzeit-
äquivalente: sozial-
versicherungspflichtig
Beschäftigte und aus-
schließlich geringfügig
Beschäftigte) im Zwei-
ten Gesundheitsmarkt
Rhein-Main und Hes-
sen 2009-2012

Quelle: Beschäftigtenstatis-
tik, Bundesagentur für Arbeit,
Berechnung und Darstel-
lung: IAT

3 Ausgewählte Handlungsfelder des Zweiten Gesundheitsmarktes

3.1 Privatfinanzierte elektive Leistungen

Das folgende Kapitel widmet sich der Frage nach dem Stellenwert privat finanzierter elektiver Leistungen im Kontext des Zweiten Gesundheitsmarktes. Bei der Betrachtung dieser Thematik sind allerdings erhebliche Unschärfen in Kauf zu nehmen. Dies resultiert aus den Abgrenzungsschwierigkeiten, die bei dem Versuch auftreten, die Bereiche elektiv⁵ und nicht-elektiv sowie privat- bzw. versicherungsfinanziert⁶ zu differenzieren.

So wird in der Fachpresse festgestellt: „Die Unterteilung in elektive und nicht-elektive Leistungen ist eine theoretische Fiktion, die in der medizinischen Praxis nicht nachvollziehbar ist. Jede Abgrenzung wäre beliebig und führt zu nicht überschaubaren Brüchen.“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2007: 611) Beispiele für elektive Leistungen sind die Schönheitsoperation, der Wunschkaiserschnitt, aber auch die Operation beim Grauen Star (Katarakt), die zwar medizinisch notwendig, aber nicht zeitkritisch und der Zeitpunkt somit frei wählbar ist. Der Begriff elektiv findet im ambulanten Sektor kaum Anwendung, hier fallen fast alle über die Erstdiagnostik und Notfallintervention hinausgehenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen wie z.B. radiologische Anwendungen, Spritzen Therapie o.ä. in den Bereich der Elektivität, also der zeitlichen Planbarkeit. Die über die vertraglich abgesicherte Basisversorgung hinaus gehenden und privat zu finanzierenden Zusatzleistungen von niedergelassenen Vertragsärzten sind inzwischen unter dem Begriff „individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL“ geregelt. Im nicht-ärztlichen Bereich findet sich darüber hinaus ein weites Spektrum von Leistungen, die der Wiederherstellung oder dem Erhalt der Gesundheit dienen, dazu zählen z.B. therapeutische Leistungen (u.a. Physiotherapie, Hippotherapie), naturheilkundliche oder komplementär-medizinische Anwendungen (u.a. Homöopathie, TCM) sowie diverse Beratungsleistungen (u.a. Ernährung, Ergonomie).

In der Praxis schwer überschaubar sind inzwischen Tarife und Leistungsbündel nicht nur der privaten Krankenversicherungen (PKV), sondern auch der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), mit denen einige der o. g. Leistungen finanziert werden können. So ist eine Vielzahl von Kombinationen der GKV-Leistung mit ergänzenden Wahlтарifen, mit spezifischen PKV-Verträgen oder mit privaten Zusatzversicherungen durch sonstige Versicherungsunternehmen möglich. Mit Beschränkung des Blickwinkels auf den Zweiten Gesundheitsmarkt und damit auf Leistungen, die nicht durch die gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsträger abgesichert sind, ergibt sich ein breit gefächertes und äußerst unübersichtliches Leistungsspektrum ohne die Möglichkeit einer eindeutigen statistischen Absicherung⁷. Gemein sind den im Folgenden betrachteten Einzelbereichen, dass es sich um Wahl- bzw. Wunschleistungen handelt, die vom Gesetzgeber

⁵ Mit dem Begriff „elektiv“ bezeichnen Ärzte Eingriffe, die nicht wirklich dringend notwendig sind (Wahloperationen) bzw. Operationen, deren Zeitpunkt man fast frei wählen kann. Im Gegensatz dazu müssen Notoperationen sofort, dringliche Operationen innerhalb von 24 Stunden durchgeführt werden. Je nach Definition kann auch jede Operation, die nicht lebensrettend ist, als elektiv gelten. In diesem Fall wären auch Operationen wie das Einsetzen von Hüftgelenken oder Kniegelenken elektiv, da der Patient auch ohne diese Operation überleben kann, wenn auch mit eventuell schwerster Behinderung. (<http://www.med.de/lexikon/elektiv.html>)

⁶ Unter versicherungsfinanziert werden hier sowohl die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherungen als auch die der privaten Krankenversicherungen gefasst.

⁷ Die Abgrenzung ist auch finanzpolitisch bedeutsam, da medizinische Behandlungen zwar grundsätzlich von der Umsatzsteuer befreit sind, dies aber z.B. nicht für kosmetisch motivierte Behandlungen zutrifft. Somit sind z.B. Schönheitsoperationen, die Entfernung von Tätowierungen u.ä. voll umsatzsteuerpflichtig. (http://www.iww.de/aaa/rubrik/zusatzleistungen_vom_13.12.2013)

nicht zur medizinischen Standardversorgung gezählt werden und überwiegend privat bzw. durch eine private Zuzahlung finanziert werden. Gleichzeitig erfolgt eine Fokussierung auf solche Marktsegmente, die ein erhebliches Umsatzvolumen oder für die Zukunft eine hohe bzw. wachsende Nachfrage durch die Bevölkerung erwarten lassen. Damit erfolgte eine Beschränkung auf die folgenden Teilbereiche:

- » Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL
- » Zahngesundheitswirtschaft
- » Ästhetische Medizin
- » Komplementärmedizin, insbesondere Heilpraktikerleistungen

Mit Ausnahme der Zahngesundheitswirtschaft ist jeder dieser Einzelbereiche durch hohe Unübersichtlichkeit bei Umfang und Qualität der Angebote, aber auch hinsichtlich der Größe, Dynamik und Dauerhaftigkeit der Nachfrage gekennzeichnet, so dass die im Folgenden dargestellten Daten in der Regel eher Trendaussagen, z. T. mit Schlaglichtcharakter, sind und nicht als gesicherte Werte anzusehen sind.

3.1.1 Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL

In der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden Individuelle Gesundheitsleistungen als ärztliche Leistungen definiert, die „über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen“ und nur dann berechnet werden können, wenn „sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind“ (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Da sie damit aus der medizinischen Standardversorgung der Bevölkerung herausdefiniert sind, werden sie auch nicht durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Eingeschränkt wird das Selbstzahlerprinzip dadurch, dass in den Fällen, in denen eine privat bezahlte diagnostische IGe-Leistung einen krankhaften Befund ergibt, der Rechnungsbetrag rückwirkend von der Krankenkasse erstattet werden kann. Das trifft z.B. bei der Glaukom-Untersuchung, dem PSA-Test (die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens) bei Männern u. ä. zu. Zudem existieren private Zusatzversicherungen, die bestimmte IGe-Leistungen aus dem Bereich Prävention und Vorsorge absichern. Als erste stellte die DKV im Jahr 2000 einen solchen Versicherungstarif vor (Abrechnung aktuell 2000: 10). Diese Unübersichtlichkeit macht eine eindeutige statistische Trennung zwischen privatfinanzierten und versicherungsfinanzierten Leistungen fast unmöglich.

Auf Seiten der IGeL-Anbieter besteht offensichtlich nur geringes Interesse, Art und Ausmaß der ausschließlich privat getragenen individuellen Gesundheitsleistungen exakt zu beschreiben. Die Versuche, den privatfinanzierten Leistungsanteil von Vertragsärzten zu erfassen, sind bislang weitestgehend gescheitert⁸, so dass keine gesicherten Angaben über die Zahl der Anbieter, die Art und Häufigkeit bestimmter Leistungen oder die Umsätze gemacht werden können. Auch eine systematische Erfassung der individuellen Gesundheitsleistungen existiert bisher nicht (Schnell-Inderst et al. 2011: 128) und jede quantitative Annäherung beruht auf Hilfskonstruktionen, insbesondere auf den Schätzungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) im Rahmen der Befragung von GKV-Versicherten. Demnach haben „zwischen 19% und 53% der Versicherten schon einmal IGeL-Angebote bekommen, von denen dreiviertel (77 % bis 80 %) durchgeführt wurden. 16 % bis 19 % der Versicherten haben selbst IGeL nachgefragt. Die Augeninnendruckmessung als Einzelleistung ist über mehrere Studien hinweg die häufigste IGeL. Sie macht bis zu 40 % der Angebote aus. Ihr folgt die Sammelkategorie „Ultraschalluntersuchungen“, mit

⁸ Eine Studie der Universität Köln in Zusammenarbeit mit der Unternehmensberatung Frielingsdorf Consult und den Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) weist auf die geringe Rücklaufquote und Diskrepanzen zwischen den Zielgrößen und dem tatsächlichen Praxenumsatz hin, die auf die Unsicherheit der Ärzte im Umgang mit ihren sensiblen IGeL-Daten zurückgeführt werden (http://www.dov-online.de/online_magazin/detail.php?article_id=65).

bis zu 25% der Offerten. Des Weiteren werden oft Krebsfrüherkennungs- sowie Blut- und Labordiagnostik angeboten. Diese beiden Leistungen machen einen Großteil der Nachfrage aus (9,7% bis 14%).“ (Schnell-Inderst et al. 2011: 8)

Für die Angebotsseite zeigen die verfügbaren Daten und Schätzungen folgendes Bild: Im Jahre 1998 wurde das Konzept der individuellen Gesundheitsleistungen erstmalig von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgestellt, das Konzept enthielt einen Katalog mit rund 70 ärztlichen Leistungen⁹. Diese Liste umfasst inzwischen - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - ca. 350 gelistete Leistungen (WidO 2013; Zok 2013).

Auf Basis einer regelmäßigen Befragungsserie des WidO bei AOK-Versicherten kann von einem deutschlandweiten Umsatzwachstum der IGe-Leistungen von knapp unter 1 Mrd. Euro im Jahr 2004 auf 1,3 – 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2012 ausgegangen werden (WidO Monitor 2013; VZ Bundesverband e.V. (vzbv) 2012; MDS und GKV-Spitzenverband 2012). Damit ist der Umsatzanstieg bei IGe-Leistungen zwar erheblich, aber geringer als der Anstieg des Gesamtumsatzes in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Verglichen mit dem Gesamtumsatz in der vertragsärztlichen Versorgung liegt der mit IGe-Leistungen erzielte Umsatz bei einer Größenordnung, die etwa 4,5% des Umsatzes in der vertragsärztlichen Versorgung (Widmann-Mauz 2012) entspricht. Da auf der Anbieterseite aber sehr große Differenzen im Angebotsumfang bestehen, können IGeL auf einzelbetrieblicher Ebene einen bedeutend höheren Anteil am Umsatz und Erlös einer Einzelpraxis ausmachen. Tabelle 2 zeigt, dass allein die sieben häufigsten IGeL 74% an den gesamten IGe-Leistungen ausmachen. Mit Blick auf die Verteilung in den ärztlichen Fachgruppen wird deutlich, dass vor allem Augenärzte und Frauenärzte stark engagiert sind.

Tabelle 1:
Häufigste IGeL

Quelle: eigene Darstellung in
Anlehnung an: vzbv 2012

IGeL	Anteil
Ultraschalluntersuchungen	20 %
Glaukom-Vorsorgeuntersuchungen	16,2 %
Medikamente/Heil- und Hilfsmittel	11,5 %
Blutuntersuchungen/Laborleistungen	10,1 %
Ergänzende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen	9,9 %
PSA-Wert zur Prostatakrebsfrüherkennung	6,2 %
Hautkrebsvorsorge	4,4 %
Sonstige	26 %

Einer nicht repräsentativen Umfrage aus dem Jahr 2006 zufolge wurde mit IGe-Leistungen ein durchschnittlicher Jahresumsatz von rund 21.000 Euro pro niedergelassenem Arzt erwirtschaftet (Warnebler 2006). Regional zeigen sich keine signifikanten Unterschiede und Besonderheiten in der Inanspruchnahme (WidO 2012), so dass der Umsatz in Hessen (7,4% Bevölkerungsanteil/D) auf ca. 111 Mio. Euro geschätzt werden kann.

⁹ Siehe IGeL-Liste der KBV, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt im März 1998.

Nachgefragt werden IGeL in stärkerem Maße von Frauen als von Männern und von älteren Patientengruppen. Vor allem im Rahmen von ergänzenden Vorsorgeuntersuchungen zeigen sich Tendenzen, vermehrt auch Nicht-Kranke anzusprechen.

Grundsätzlich bleibt es dem Patienten überlassen, ob er eine IGe-Leistung annimmt bzw. einfordert oder nicht. Aufgrund des asymmetrischen Verhältnisses in der Arzt-Patientenbeziehung kann allerdings nicht immer von einer vollen Souveränität des „Gesundheitskunden“ ausgegangen werden. Kritik an IGeL zielt daher weniger auf die Finanzierungsform, sondern auf die unter Umständen belastenden Auswirkungen auf das Arzt-Patientenverhältnis, die mangelnde Patientenaufklärung und das z.T. tendenziöse Informationsverhalten (DMW 24/2012). Im Hintergrund steht die Befürchtung, Ärzte würden Patienten zu IGe-Leistungen überzeugen, deren medizinische Notwendigkeit fraglich ist. Etwa 50% der Befragten des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors gehen davon aus, dass IGeL medizinisch überflüssig sind, es den Ärzten dabei nur um das Geld gehe und dies das Arzt-Patient-Verhältnis belastet¹⁰. Die Entwicklung zur Ausweitung privatmedizinischer Leistungen für Kassenpatienten, um einen ergänzenden privaten Gesundheitsmarkt¹¹ aufzubauen, wird daher sowohl in der Welt der Gesetzlichen Krankenkassen als auch bei Verbraucherschützern und in Teilen der Ärzteschaft selbst durchaus kritisch gesehen.

GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN

Transparenz, Patientenaufklärung und Qualität sichern

Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitswesens. Eine Trübung dieses Verhältnisses kann weder im Sinne des Arztes noch des Patienten sein. Daher müssen die Patienten gut informiert und in die Lage versetzt werden, den Sinn und Nutzen von individuellen Gesundheitsleistungen zumindest ansatzweise einschätzen zu können. Trotz des vielfältigen Informationsangebotes kann die Versorgung des Patienten mit qualitativ hochwertigen und verständlichen Informationen nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Herausforderung besteht hier in der Sammlung und Verfügbarmachung der vorhandenen Informationen sowie in der Qualitätsbeurteilung z.B. mittels Selbstverpflichtung (vgl. Fürstenberg et al. 69ff. und 160 ff.; BÄK 2012, LAEKH: IGeL-Ratgeber „Selbst zahlen“).

Bessere Orientierungsangebote für den „Gesundheitsunternehmer“ Arzt

Mit der Ausweitung von privatfinanzierten Leistungen für Kassenpatienten rückt der Arzt immer weiter in die Nähe des gewerbetreibenden Dienstleisters und damit in eine haftungs- und steuerrechtliche Grauzone zwischen medizinischem Versorger und Verkäufer von medizinisch nicht notwendigen Gesundheitsleistungen. Da IGe-Leistungen steuerrechtlich unterschiedlich behandelt werden, bestehen hier bei vielen Ärzten immer noch relativ große Unsicherheiten (vgl. u.a. Dorrien 2013, Michels 2013), die durch Informationsangebote und Weiterbildungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte aufgefangen werden können.

¹⁰ Gesundheitsmonitor-Newsletter. Das Arztimage in der Bevölkerung: Im Schatten von „IGeL“ und „Zweiklassenmedizin.

In: Heier M, Marstedt G, Gesundheitsmonitor Newsletter. 2/2012. Gütersloh: Verlag Bertelsmann. Schuldzinski, Vogel 2007

¹¹ Als erste Consultingeinrichtung befasste sich die vom ehemaligen stv. HGF der KBV und Begründer des KBV-IGeL-Konzepts, Dr. Lothar Krimmel, gegründete MedWell AG (inzwischen ein Tochterunternehmen der DKV) seit dem Jahr 2000 ausdrücklich mit der Weiterentwicklung des IGeL-Konzepts zu einem „Zweiten Gesundheitsmarkt“ (Abrechnung aktuell – Ausgabe 12/2000: 10), inzwischen hat sich ein umfangreicher Beratermarkt rund um IGeL-Erbringung, -Abrechnung und -Vermarktung entwickelt. (<http://www.iww.de/aaa/archiv/selbstzahlerleistungen-der-igel-bekommt-rueckenwind-private-zusatzversicherung-fuer-gkv-versicherte-zu-igel-leistungen-f38102>)

IGeL als Umsetzungselement für Innovationen

Zu den IGeL-Leistungen zählen auch Leistungen, die zwar zur Früherkennung oder zur Krankenbehandlung geeignet sind, deren Nutzen aber durch den Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht (z. B. Akupunktur) oder bereits abschlägig beurteilt wurde (z. B. Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie gegen Krebs). Für solche Leistungen – vorausgesetzt, es ist sichergestellt, dass sie medizinisch nicht schaden – bestünde die Möglichkeit, sie als IGeL-Angebote transparent und begleitet durch eine anspruchsvolle Verbraucheraufklärung in den Verkehr zu bringen (vgl. Gerster 2008:24). Sicherlich wird es dann vielfältige Kritik geben, dass dies dem Ausbau einer Mehrklassenmedizin den Weg bereite; bei einem Verbot entsprechender Leistungsangebote ist jedoch mit dem Vorwurf zu rechnen, Menschen Heilungschancen zu nehmen. Außerdem wäre dann mit einer Auswanderung entsprechender Angebote ins Ausland oder gar in eine „Schattenmedizin“ zu rechnen. Beispiele für erfolgreiche Umsetzungen bilden Hautkrebsscreening und Akupunktur, beide wurden über Jahre als Selbstzahlerleistung erprobt und dann vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Regelversorgung integriert. (Ärztezeitung 17.02.2012).

3.1.2 Mundgesundheitswirtschaft¹²

Die Mundgesundheitswirtschaft wird hier unter zwei Aspekten betrachtet: der Entwicklung im Bereich der niedergelassenen Zahnärzte und dem der handwerklichen Zahntechniker.

Zahnärztliches Segment

Im Erstgenannten sind private (Zu-)Zahlungen vor allem in den Bereichen Zahnersatz und Prävention seit langem gängige Praxis und allseits akzeptiert (medNachrichten 2013: 2). Obwohl ein Teil der zahnärztlichen Leistungen als individuelle Gesundheitsleistung gelistet ist, wird seitens der zahnärztlichen Standesvertretung betont, dass es sich nicht um medizinisch unnötige Leistungen handelt, sondern um Maßnahmen, die zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Zahngesundheit medizinisch notwendig sind (s.u. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung¹³).

Im Vergleich zu den Gesamtausgaben im GKV Spektrum machen die Aufwendungen für Zahnarztleistungen (5%) und Zahnersatz (2% - ca. 3,2 Mrd. Euro) nur einen relativ geringen Teil aus. Private Zuzahlungen sind vor allem bei Zahnersatz die Regel und bewegen sich in einer Höhe von ca. 2 Mrd. Euro pro Jahr.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte hat eine Prognose zum Umsatzwachstum aller zahnerhaltenden Leistungsbereiche bis 2030 vorgelegt. Besonders auffällig ist dabei die weitere Zunahme des Anteils der selbst finanzierten Leistungen von deutschlandweit 29,6% (6,73 Mrd. Euro) auf 39,8% (10,76 Mrd. Euro). Für Hessen bedeutet dies einen Anstieg von ca. 498 Mio. Euro auf rund 792 Mio. Euro.

Trotz des Bedeutungsgewinns der Prävention wird sich aufgrund der Alterung der deutschen Bevölkerung der Anteil der Prothetik auch weiterhin auf einem konstant hohen Niveau bewegen (vgl. Abb. 1: Prognose des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ 2012)).

¹² Nach Klingenberg et al. 2012 umfasst die Mundgesundheitswirtschaft Praxen, zahntechnische Labore und Handel mit Mundpflegeprodukten, auch das Robert Koch-Institut verwendet den Begriff Mundgesundheit.

¹³ www.kzbu.de, www.zwp-online.info/de/zwpnews/dental-news/branchenmeldungen/keine-igel-bei-zahnaerzten

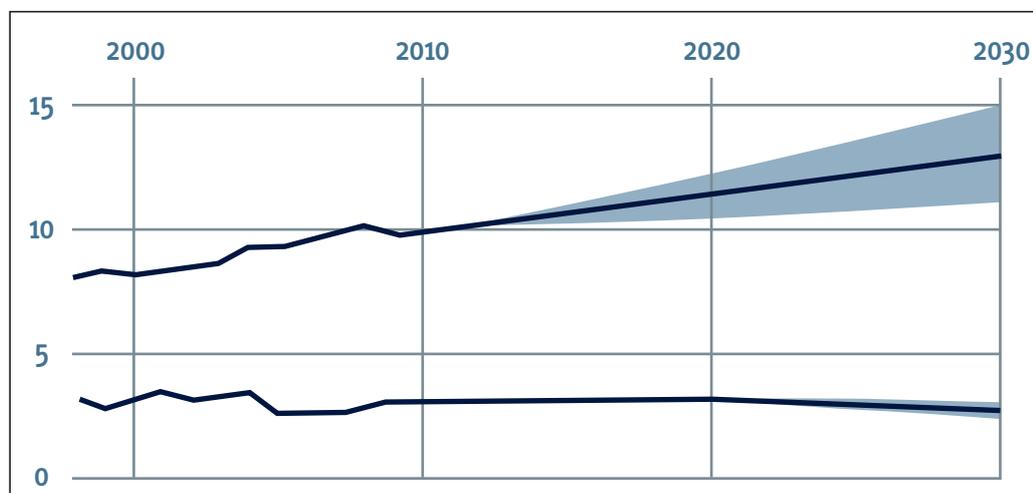


Abbildung 8: Entwicklung der Umsatzvolumina des zahnerhaltenden (obere Kurve) und des zahnersetzenden Leistungsbereichs (untere Kurve) in Mrd. Euro.

Enthalten sind auch die privat finanzierten Leistungen. Der blau dargestellte Korridor berücksichtigt ein jährliches Einkommenswachstum der Bevölkerung zwischen einem und drei Prozent.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Prognose des Instituts der Deutschen Zahnärzte (Klingenberg et al 2012)

GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN:

Mobilität:

Die steigende Zahl Älterer und Pflegebedürftiger erfordert neue Strategien und organisatorische Innovationen auch für die zahnärztliche Praxis (Benz 2012). Hier zeichnet sich vor allem ein Trend zur Ausweitung mobiler Behandlungsformen zur Versorgung der zunehmenden Zahl immobiler und pflegebedürftiger Patienten ab (Nitschke, Schulte 2012, Klingenberg 2012), für die neue Organisationskonzepte und Behandlungstechniken entworfen und Abrechnungsmodalitäten geklärt werden müssen.

Prävention:

Die präventive Zahnerhaltung hat im vergangenen Jahrzehnt erhebliche Fortschritte gemacht, hier ist Ausweitung der weiteren Umsetzung praxisgebundener wie mobiler Ansätze der Prävention notwendig, um diesen Trend zu verstetigen und weitere Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Zahntechnisches Segment:

Für das Zahntechnikerhandwerk ließ sich deutschlandweit seit dem gesundheitsreformbedingten Einbruch in den Jahren 2005/2006 wieder eine Zunahme von Betrieben und Beschäftigten beobachten (VDZI, vgl. Tab. 2). Das Zahntechnikerhandwerk in Hessen ist im Vergleich zu anderen Bundesländern wie Bayern stärker von größeren Betrieben geprägt, es kam jedoch in letzter Zeit zu vielen Betriebsgründungen, die zu einem hohen Anteil aus betriebsinternen Personalabbauprozessen und einer hohen Anzahl von älteren Gründern (Interview ZT-Innung Rheinland-Pfalz) resultiert. Im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stellt sich die Preis- und Einkommensentwicklung im ZT-Handwerk unterdurchschnittlich dar, die Zahntechniker in Rheinland-Pfalz sind davon noch weitaus stärker betroffen als die hessischen Zahntechniker (ebd.). Aufgrund der Abrechnungsmodalitäten – zahntechnische Leistungen werden nicht direkt vom Patienten gezahlt, sondern sind Bestandteil der Gesamtabrechnung durch den Zahnarzt – sind die zahntechnischen Umsatzanteile bereits in den o.a. Angaben des IDZ enthalten.

Tabelle 2:
Steuerpflichtige und deren Lieferungen und Leistungen 2012 nach ausgewählten Bundesländern

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Statistisches Bundesamt; Umsatzsteuerstatistik 2012.

Länder	Steuerpflichtige Anzahl	Lieferungen u. Leistungen 1 000 Euro
Wirtschaftszweig Nr.: 32.50.3 Zahntechnische Laboratorien		
Baden-Württemberg	1.025	709.133
Bayern	1.301	493.769
Hessen	515	452.536
Niedersachsen	654	336.237
Nordrhein-Westfalen	1.707	718.038
Rheinland-Pfalz	377	203.817
<i>Deutschland (alle Bundesländer)</i>	<i>7.384</i>	<i>3.928.189</i>

Die Herausforderungen für das zahntechnische Gewerbe liegen vor allem in dem wachsenden Konkurrenzdruck durch Billiganbieter aus dem In- und Ausland (Zahntechniker Innung R-P, HWK Frankfurt-Rhein-Main Konjunkturbericht 2013, www.iqz-online.de) sowie durch den wachsenden Innovationsdruck, der sich einerseits in hohen Investitionskosten für Maschinen und Geräte (neue Werkstoffe, neue Verfahren der Digitalisierung sowie CAD/CAM-Produktion) äußert und andererseits in Zukunft dazu führen kann, dass die handwerklichen Fähigkeiten zumindest im Standardsegment durch digitale Produktionsweisen (Digitalisierung und 3-D-Print) in der Zahnarztpraxis abgelöst werden (www.zwp-online.info, Roland Berger 2013). In der Folge wird eine steigende Wettbewerbsintensität im Zahntechnikerhandwerk erwartet, die möglicherweise mit einer Marktberreinigung einhergeht.

Dies trifft auch auf Hessen und noch stärker auf Rheinland-Pfalz zu. Hier wird seitens der Zahntechnikerinnung (Interview) auf Landesebene ein Konzentrationsprozess erwartet, von dem vor allem die Betriebe betroffen sind, die in der rein handwerklichen Produktionsweise verharren und weder über organisatorisches noch technologisches Innovationspotenzial verfügen.

Während die Lage vor allem in den ländlich strukturierten Gebieten schwieriger wird; beurteilt das handwerkliche Gesundheitsgewerbe¹⁴ in der Rhein-Main-Region die wirtschaftliche Lage insgesamt gut (HWK Frankfurt-Rhein-Main Konjunkturbericht 2013). Hier zeigt sich, dass sich die Rhein-Main-Region nicht nur aufgrund ihrer hohen Nachfragekraft, sondern auch aufgrund ihrer Attraktivität für Fachkräfte und die logistischen Vorteile deutlich vom Umland abhebt.

GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN:

Innovationsförderung:

Das Zahntechnikerhandwerk kann sich dem technologischen Wandel und den sich ändernden Marktbedingungen nicht verschließen, sondern muss durch gezielte Innovationsstrategien versuchen, seine Marktstellung soweit als möglich zu bewahren. Dies betrifft die strukturelle Ebene, (Nähe zum Endkunden, Integration in Zahnarztpraxen) ebenso wie die technologische Ebene, die den Einsatz innovativer Technologien und Werkstoffe (CAD/CAM, Nanotechnologien, 3-D Printing) erfordert.

¹⁴ Augenoptiker, Zahntechniker, Hörgeräteakustiker, Orthopädienschuhmacher, Orthopädietechniker

Kundenorientierung:

Auf der berufspolitischen Ebene kann – angesichts der Herausforderungen, die der demografische Wandel auch für die zahnmedizinische Versorgung darstellt – weiterhin darauf hingearbeitet werden, dass patientennahe Tätigkeiten in das Berufsbild integriert werden und vermehrt zahnarztunterstützende Tätigkeiten in enger Kooperation mit den Zahnmedizinern aufgenommen werden. Vor allem dort, wo die zahnärztliche Versorgung Versorgungsdefizite sieht, z.B. bei Älteren und Pflegebedürftigen (vgl. Breuer 2012, Interview ZT-Innung), können Kooperationsmodelle die Patientenversorgung verbessern und Alleinstellungsmerkmale im Vergleich zu Wettbewerbern generieren.

Schlaglicht: „Nebenbranchen“ der Schönheit in Hessen

- » Weiteres Handwerk - Friseur- und Kosmetiksalons in Hessen erwirtschafteten 2010 einen Umsatz von 505 Millionen Euro.
- » Kosmetikindustrie – Umsatz im Jahr 2010 etwa 1,5 Milliarden Euro (vor allem Hautcremes und Make-up).
- » Diätprodukte – Easy-Life in Frankfurt; Herbalife mit Deutschlandzentrale in Darmstadt.
- » Für Gesundheitspflege wendet jeder hessische Haushalt vier Prozent des monatlichen Nettoeinkommens auf. (Quelle FAZ 08.02.2013)

3.13 Ästhetische Medizin

Zum Gebiet der ästhetischen Medizin zählen alle medizinischen Behandlungen, die nicht sozial oder medizinisch indiziert sind, sondern ausschließlich eine körperliche Verschönerung zum Motiv haben. Bei diesen Behandlungen kann es sich sowohl um plastisch-chirurgische Eingriffe – die klassische Schönheitsoperation – als auch um andere wie z.B. minimalinvasive Verfahren z.B. Botox Injektionen handeln.

Detaillierte und verlässliche Übersichtsdaten zu Art und Umfang liegen weder auf Bundesebene noch auf Länder- oder regionaler Ebene vor, da ästhetische Medizin nicht Bestandteil einer amtlichen Statistik ist. In den Daten von Kammern und Fachverbänden lassen sich Hinweise finden, die allerdings nicht konsistent sind und hinsichtlich der Methoden, Erhebungsart und untersuchtem Gegenstand stark differieren. Trotz der insgesamt schlechten Informationslage lassen sich aufgrund der Aussagen von Akteurinnen und Akteuren in diesem Segment einige Rahmenbedingungen benennen, die allerdings nicht durch eingehende Untersuchungen abgesichert sind.

Die einzige verfügbare Marktstudie zum Thema ästhetisch-plastische Chirurgie in Deutschland wurde von der ACREDIS-AG (www.acredis.com), einer Gruppe von Spezialzentren für ästhetische Chirurgie mit Sitz in Zürich und deutscher Niederlassung in Frankfurt, im Jahr 2013 veröffentlicht. Demnach lag die Zahl der Anbieter für ästhetische Chirurgie 2012 bundesweit bei ca. 1.600-1.700 Ärzten, darunter bis zu 1.000 mit anderen Facharztausbildungen (HNO, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Dermatologie) oder ohne Facharztstitel, die etwa 160.000 bis 170.000 Operationen durchführten¹⁵. Das Marktvolumen in der ästhetisch-praktischen Chirurgie schätzt ACREDIS auf ca. 560 – 580 Mio. Euro pro Jahr, bezogen auf die hessische Bevölkerung entspräche dies einem Umsatz von ca. 37,7 Mio. Euro. Damit erreicht das Volumen in Deutschland

¹⁵ ACREDIS verweist darauf, dass in Medienberichten von Fachgesellschaften Operationszahlen von 400'000 bis 700'000 „Schönheitsoperationen“ genannt werden, allerdings keine Klarheit über das Zustandekommen dieser Zahlen besteht (ACREDIS 2013:4). Andere Schätzungen gehen von zwölf Millionen kosmetischen oder rekonstruktiven Operationen pro Jahr in Deutschland aus, mit einem Umsatz von fünf Milliarden Euro (Süddeutsche Zeitung vom 22. Mai 2010).

bei weitem nicht die Größenordnung anderer Staaten¹⁶, weist aber seit Jahren ein kontinuierliches Wachstum auf. Nach Angaben der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. (GÄCD) wurden im Jahr 2010 rund 117.000 Schönheits-Operationen und rund 134.000 Faltenbehandlungen mit sogenannten Fillern und Botulinumtoxin (Botox) durchgeführt (GÄCD 2012). Da neben dieser noch weitere Fachvereinigungen¹⁷ existieren, ist davon auszugehen, dass die Zahl der Operationen insgesamt eher über den von ACREDIS geschätzten Zahlen liegt. Da die Grenzen zwischen den Eingriffsarten (invasiv, minimalinvasiv) und Eingriffszwecken (Schönheit, Rekonstruktion, psychisch indiziert) nicht trennscharf abzugrenzen sind und die Wertigkeit der verfügbaren Informationen eher gering ist, lässt sich kaum eine eindeutige Aussage hinsichtlich der Anzahl und der Umsätze im Bereich der ästhetischen Medizin treffen.

Zuverlässig lässt sich seit mehr als zehn Jahren eine stetig wachsende Nachfrage nach ästhetisch-medizinischen Behandlungen beobachten (DGPÄC). Dr. Norbert Kania, Chefarzt der Novolinea Klinik in Frankfurt, geht sogar von einem 20- bis 30-prozentigen Wachstum pro Jahr aus (FAZ vom 08.02.2013). 2011/12 kam es allerdings zu einer temporären Stagnation, die vor allem den Bereich der Schönheitsoperationen betraf, während die Zahl der minimalinvasiven Eingriffe (Botox Unterspritzung u.ä.) weiterhin zugenommen hat (ACREDIS, FAZ vom 08.02.2013).

Nachfrager von ästhetisch motivierten medizinischen Behandlungen sind überwiegend Frauen (ca. 82%), allerdings ist der Männeranteil kontinuierlich gestiegen, zurzeit auf etwa 18% (ACREDIS, Fachgesellschaften). In der Betrachtung nach Alter der Patienten liegt die größte Gruppe zwischen 18 und 30 Jahren, es lässt sich jedoch ein steigender Anteil von 51- bis 60-jährigen Patienten beobachten (DGÄPC 2013). Über weitere soziale Differenzierungsmerkmale konnten keine Aussagen getroffen werden. Das in der Abbildung rechts angeführte Ranking zeigt die am häufigsten durchgeführten Eingriffe. In der räumlich differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass sich eine Ballung von Ärzten der Fachrichtung plastisch-ästhetische Chirurgie im Umfeld von Metropolen findet. Frankfurt steht hier bundesweit an dritter Stelle nach München und Düsseldorf (Arztuche KV-Hessen, DGÄPC, DGPRÄC). Dies wird jedoch weniger der Qualität der Leistungen als der Schwäche in der Vermarktung zugeschrieben (DGPRÄC).

Ein erhebliches Problem hat die Branche durch negative Berichterstattung und mangelnde Qualitätssicherung. Hierfür ist vor allem die Tatsache ausschlaggebend, dass jeder Arzt kosmetische Behandlungen durchführen darf, auch wenn er auf diesem Gebiet über keinerlei Erfahrungen verfügt. Hinzu kommt ein wachsender Markt für Billigangebote, VDÄPC-Vizepräsident Bruck spricht von „Lockvogel-angeboten zu Dumpingpreisen“ (VDÄPC 2010), so dass auch in Frankfurt inzwischen Fettabsauge-Flatrates oder „Botox to go“ (FAZ vom 04.05.2010) angeboten werden. Andererseits ist die Nachfrage relativ skandalresistent, so wirkte sich der Implantat Skandal um die französische Firma PIP (Poly Implants Prothèse) nur kurzfristig nachfragebremsend aus, der Implantathersteller Polytech aus Dieburg hat sogar davon profitiert¹⁸ und seinen Umsatz deutlich gesteigert (2012 Umsatz: 13 Mio. Euro., Tendenz 15 Mio. Euro).

Insgesamt kann von einer weiteren Marktausweitung ausgegangen werden, die jedoch deutlich unterhalb der oben genannten 20- bis 30-prozentigen Wachstumsrate liegt.

¹⁶ An weltweit erster Stelle liegen die USA, mit rund 1,7 Millionen kosmetischen Operationen in 2013. Deutschland liegt weltweit an achter Stelle. American Society of Plastic Surgeons Reports 15.1 Million Cosmetic Procedures in 2013; Marks Fourth Consecutive Year of Growth. 02/26/2014. (<http://www.plasticsurgery.org/news/past-press-releases/2014-archives/plasticsurgery-procedures-continue-steady-growth-in-us.html>)

¹⁷ So die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie, die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen, die Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, die Gesellschaft für ästhetische Chirurgie in Deutschland.

¹⁸ www.welt.de/wirtschaft/article13813826/Das-Geschaefit-mit-den-falschen-Bruesten.html

FRAUEN	MÄNNER
Laserchirurgische Eingriffe	Laserchirurgische Eingriffe
Liposuktion	Lidchirurgie
Lidchirurgie	Nasenkorrekturen
Ästhetische Phlebochirurgie	Ästhetische Phlebochirurgie
Mamma-Augmentation	Liposuktion
Nasenkorrekturen	Haarverpflanzung
Intimchirurgie	Ohrmuschelkorrekturen
Mamma-Reduktion	Tätowierungen (Entfernung)
Ohrmuschelkorrekturen	Stirnlift
Bauchdeckenplastik	Bauchdeckenplastik
Lippenkorrekturen	Mamma-Reduktion
Tätowierungen (Entfernung)	Facelift
Facelift	Lippenkorrekturen
Stirnlift	Genioplastik

Tabelle 3:
Ranking der durchgeführten Eingriffe im Vergleich w/m

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an GÖCD 2011. Die Hochrechnungen erfolgten entsprechend der „Leitlinie OP-Katalog“ der GÄCD. D.h., es wurden nur die satzungsgemäßen, fachbezogenen Operationen berücksichtigt.

GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN:

Vermarktung verbessern

Die Vermarktung des Standortes Rhein-Main kann, gerade auch im Hinblick auf spezifische Zielgruppen ausländischer Patienten, deutlich verbessert werden. Die Gesamtvermarktung sollte aus Gründen der Qualität, Seriosität und der Interdependenzen zwischen privat- und versicherungsfinanzierten Leistungen im Kontext des Gesamtangebotes der Plastischen Chirurgie erfolgen, wie sie das nebenstehende Schaubild der DGPRÄC zeigt.

Qualität sichern

Es müssen Maßnahmen und Regelungen gefunden werden, um die Qualität zu sichern und Angeboten durch unseriöse Anbieter entgegenzuwirken. Dies im Sinne der Patienten, aber auch um den Ruf der ästhetischen Medizin ins richtige Licht zu rücken und ihr Image aufzuwerten. Wichtigstes Instrument hierfür sind ein anspruchsvolles und transparentes Qualitätsmanagement sowie verlässliche Zertifizierungen. Als erster Fachverband hat die „Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e. V.“ (IGÄM) ein verbindliches Qualitätsmanagement für ihre Mitglieder eingeführt und nach DIN EN ISO 9001:2000 durch die DEKRA zertifizieren lassen und ein „Gütesiegel der IGÄM e. V.“ geschaffen (<http://www.igaem-online.de>).

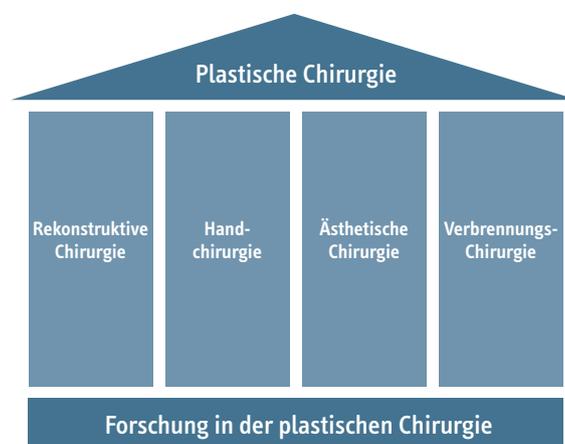


Abbildung 9:
Plastische Chirurgie

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: DGPRÄC

3.1.4 Komplementärmedizin und alternative Heilverfahren

Komplementärmedizin (z.B. Homöopathie, Akupunktur, Phytotherapie, Manuelle Medizin, Neuraltherapie, TCM) erfreut sich in vielen europäischen Ländern, aber vor allem in Deutschland sehr großer Beliebtheit und spielt auch in der hausärztlichen Versorgung eine immer größere Rolle¹⁹. Trotz der Gräben, die zum Teil zwischen der Schulmedizin und den alternativen Konzepten der Diagnose, Heilung und Gesunderhaltung bestehen, wachsen beide Bereiche vor allem in der ambulanten medizinischen Versorgung zusammen und ergänzen und befruchten sich gegenseitig²⁰.

Aufgrund der schlechten Datenlage sind auch hier kaum verlässliche Angaben über Häufigkeiten, Umfang und wirtschaftlicher Bedeutung möglich. Sowohl die Heilverfahren und -methoden als auch die Anbieterlandschaft auf dem Feld alternativer Heilmethoden sind sehr unübersichtlich. Ärztinnen und Ärzte, die komplementärmedizinische Angebote machen sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker stellen hier die größte und fachlich fundierteste Gruppe dar. Die Spannweite der Methoden reicht von Verfahren, die inzwischen auch bei vielen Schulmedizinern anerkannt sind (z.B. Akupunktur), bis zu medizinisch fragwürdigen Angeboten wie z.B. Reiki oder Therapeutic Touch (Schnurr 2013). Die gängigsten Methoden sind: Homöopathie, Akupunktur und manuelle Therapien (sanfte Chiropraktik, Osteopathie, Massage, energetische Arbeiten z.B. Akkupunktmassage, Kinesiologie, Schröpfmassagen). Gemein ist vielen der in diesem Umfeld angewendeten Verfahren der fehlende klinische Nachweis der Wirksamkeit, wie er für neue medizinische Verfahren für die Zulassung durch den G-BA notwendig ist. Heilpraktikerleistungen werden dementsprechend nur von sehr wenigen GKVen übernommen (zurzeit nur einige IKKs); Vertragsärzte, die alternative Heilmethoden anwenden, können diese z.T. mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnen (z.B. bei bestehenden Selektivverträgen). Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes führten im Jahr 2013 bundesweit 57.557 Ärztinnen und Ärzte eine Zusatzbezeichnung aus dem alternativmedizinischen Kontext²¹, im Jahr 2005 waren es nur 39.036 (GBE 2014²²).

Bei den privaten Krankenversicherungen sind Behandlungen durch Heilpraktiker immer häufiger Vertragsbestandteil, die PKVen haben im Jahr 2011 insgesamt 293,3 Mio. Euro für Heilpraktikerbehandlungen ausgegeben (Bundestagsdrucksache 2013).

Bundesweit praktizieren vorsichtig geschätzt 20.000 bis 40.000 Heilpraktiker, in Hessen ca. 2000. Räumliche Schwerpunkte sind nicht auszumachen, im Verhältnis zur Bevölkerungszahl gibt es in Ballungsgebieten eher weniger Heilpraktiker als im ländlichen Raum. Der Umsatz der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker in Hessen liegt zwischen 440 Mio. Euro und höchstens 1 Mrd. Euro pro Jahr (Union Deutscher Heilpraktiker (UDH), Schätzung).

Eine positive Einstellung gegenüber Heilpraktiker-Behandlungen zeigen heute fast 80% der Bevölkerung, Anfang der 1980er Jahre lag diese Quote bei 17%. 70% der Patienten sind Frauen, aber auch hier steigt der Männeranteil kontinuierlich. Die größte Nachfrage nach komplementärmedizinischen Behandlungen besteht in der Altersklasse von 40 – 50 Jahren, ältere Patienten sind alternativmedizinischen Methoden gegenüber meist weniger aufgeschlossen (Interview UDH).

¹⁹ Zu diesem Schluss kommt die im Rahmen des gleichnamigen EU-Projektes erstellte CAMBrella-Studie (<http://cambrella.eu/home.php?il=8&l=deu>) siehe auch: „Forschende Komplementärmedizin“ (Vol. 19 / Suppl. 2 / 2012)

²⁰ vgl. dazu auch „Schulmedizin und Komplementärmedizin: Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden“. In: Deutsches Ärzteblatt 2004; 101(19): A-1314 / B-1087 / C-1051

²¹ Akupunktur, Homöopathie, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Naturheilverfahren

²² www.gbe-bund.de. Tabelle: Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen (Zusatzbezeichnung). Am 18.06.2014 unter www.gbe-bund.de erstellt.

Komplementärmedizinische Angebote werden häufig in Ergänzung zur schulmedizinischen Therapie wahrgenommen oder durch schulmedizinische Methoden ergänzt. Die ausschließliche Nutzung alternativer Heilverfahren ist eher die Ausnahme. Die Motivation liegt, insbesondere bei der Nachfrage nach Naturheilverfahren, in der besseren Verträglichkeit und geringen Nebenwirkungen, die bei diesen Verfahren im Vergleich zur Schulmedizin und zu pharmazeutischen Arzneimitteln angenommen werden. Besonders aufgrund der zunehmenden Verordnung durch Ärzte hat die Verbreitung homöopathischer Arzneimittel in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Die Anzahl der homöopathischen Arzneimittel in Deutschland lag zuletzt bei 4.950, wobei 25% dieser homöopathischen Arzneimittel eine Zulassung besitzen und 75% nur registriert sind. Allerdings handelt es sich hier im Vergleich zur Zahl der schulmedizinischen Arzneimittel (mit Zulassung 38.968) weiterhin um einen Nischenmarkt (UDH 2014).

Ein ähnliches Bild liefert ein Blick auf die Forschungstätigkeit²³. Die folgende Grafik zeigt die Felder mit den häufigsten Forschungspublikationen im Bereich der „complementary and alternative medicine“ (CAM) im Fünf-Jahres-Zeitraum. Der Anteil von CAM Publikationen an allen erschienen medizinischen Artikeln liegt bei 3,7%, jedoch mit wachsender Tendenz über die Jahre (2011=5,9%) (www.cam-media-watch.de/?p=7402).

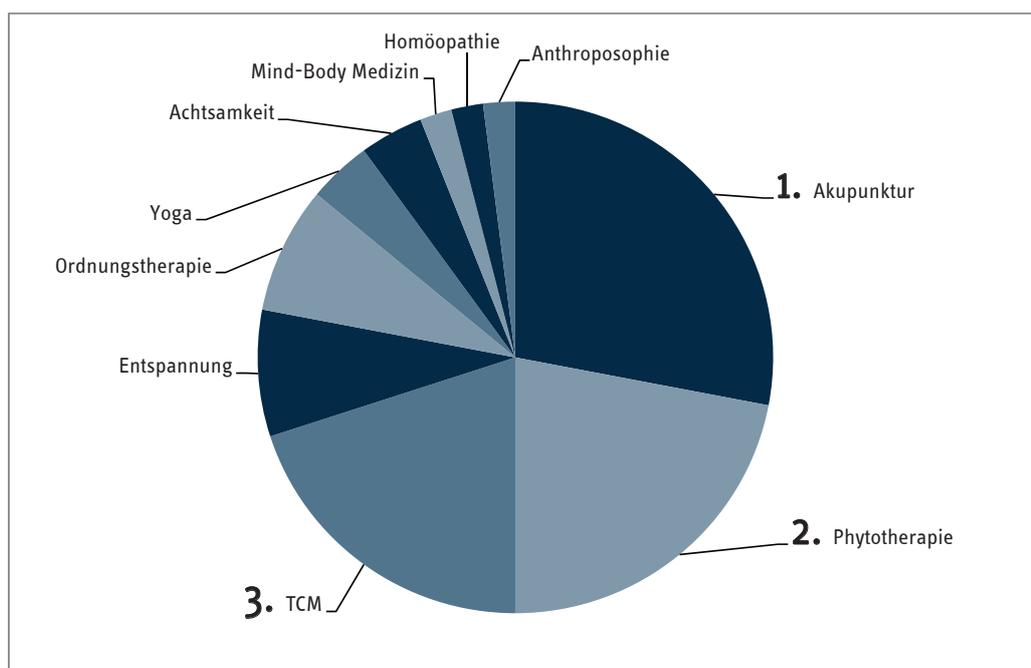


Abbildung 10:
Top 10 der CAM-Forschung laut PubMed Datenbank und Carstens-Stiftung

Quelle: eigene Darstellung
in Anlehnung an: www.cam-media-watch.de/?p=7402

So konnten z.B. durch Förderung der Karl und Veronica Carstens-Stiftung Modellprojekte durchgeführt werden (z.B. in Heidelberg, München, Kiel, Berlin, Essen usw.), die auch in erste akademische Strukturen (Forschergruppen, Institute, Stiftungsprofessuren o.ä.) mündeten (Albrecht 2013: 75).

Dennoch konstatiert die europaweite CAMBrella-Studie auch für Deutschland einen mit den Versorgungswünschen und den zukünftigen Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung begründeten Bedarf zum Ausbau der Forschung sowie zur Institutionalisierung und berufspolitischen Regulierung des zurzeit bestehenden komplementärmedizinischen Sammelsuriums.

²³ Vgl. www.carstens-stiftung.de/artikel/grundlagenforschung-in-der-homoeopathie.html.

GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN:

Förderung der Transparenz: Anbieter und Verfahren in Rhein-Main kommunizieren

Der Bereich der Komplementärmedizin ist ausgesprochen unübersichtlich; dies gilt sowohl für die zur Anwendung kommenden Verfahren und ihre wissenschaftliche Fundierung und Qualität als auch für die Anbieterlandschaft selbst. Eine transparentere und qualitätsorientiertere Darstellung von Verfahren und Anbietern könnte für die (potenziellen) Patienten von erheblichem Nutzen sein. Gefordert sind hier in allererster Linie die fachlichen Organisationen der Anbieterseite selbst; angestoßen und eingefordert werden können entsprechende Selbstregulierungsaktivitäten allerdings von außen, etwa durch Dialoge mit Gesundheitsregionen.

Stärkung der Forschung und Etablierung von komplementärmedizinischen Schwerpunkten
Forschung zur Komplementärmedizin wird an den medizinischen Fakultäten des Rhein-Main Gebietes nur wenig betrieben und steht immer im Zusammenhang mit bestimmten Indikationen, z.B. der Krebsforschung, wie an der Frankfurter Goethe-Universität. Ein Zentrum für komplementärmedizinische Verfahren, wie es sich etwa in Essen mit Hilfe der Karl und Veronica Carstens-Stiftung im Aufbau befindet, könnte zur Verbesserung der Wirkungsforschung, Transparenz und Qualitätssicherung beitragen und zudem qualitätsbasierte Konzepte zur weiteren Markterschließung entwickeln.

Zulassungskriterien anspruchsvoller und einheitlicher gestalten

Dringend erforderlich ist die deutschlandweite Angleichung der Zulassungsbedingungen für niedergelassene nicht-ärztliche Anbieter alternativer Heilverfahren (wie etwa Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker). Derzeit ist überwiegend zumindest die Anmeldung beim örtlichen Gesundheitsamt notwendig; in einigen Bundesländern – wie z.B. Baden-Württemberg – ist aber nicht einmal dieses der Fall. Anmeldepflicht und Qualifizierungsnachweis sind aber als Grundlage des Verbraucherschutzes zu betrachten und könnten Ausgangspunkt einer weiterführenden Qualitätsoffensive sein.

3.2 Neue Wege der maßgeschneiderten Gesundheitsförderung

Neue Wege der maßgeschneiderten Gesundheitsförderung zielen auf die individuelle Vorhersagbarkeit, Vermeidung und Behandlung von Erkrankungen bei einzelnen Patienten und Patientengruppen.

Der Fokus liegt dabei auf den individuellen, genombasierten Informationen von Patienten, die für die Entstehung von Krankheitsbildern sowie zielgenaue Behandlungsmöglichkeiten eine wesentliche Rolle spielen. Zum Einsatz kommen hierfür Verfahren und Technologien der Genomsequenzierung und Biomarker-Diagnostik, die seit der Entschlüsselung des menschlichen Genoms im Jahre 2001 stetig weiterentwickelt wurden. Dabei haben sich vor allem zwei unterschiedliche Trends herausgebildet:

- » Die individuelle Diagnostik, Prädiktion und Prävention von Krankheiten wie z.B. Alzheimer, Prostata- oder Mammakarzinomen kann dazu verhelfen, genetisch bedingte Dispositionen für bestimmte Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und – soweit möglich – durch zielgerichtete Präventionsmaßnahmen Krankheitsausbrüche zu verhindern oder zu verzögern.
- » Diagnostische Tests zur Feststellung der individuellen Wirksamkeit und Verträglichkeit von Arzneimitteln, wenn bereits eine Erkrankung vorliegt und Therapieentscheidungen getroffen werden müssen.

Stratifizierte Medizin und Companion Diagnostics

Aufgrund individueller genetischer Dispositionen sind Medikamente nicht bei allen Patienten gleich wirksam. Je nach genetischer Ausstattung kann ein Medikament, das sich in klinischen Studien für die größte Gruppe Betroffener als wirksam erwiesen hat, für kleinere Gruppen unwirksam (Non-Responder) sein oder Nebenwirkungen (adversed drug reaction-Responder) hervorrufen (Dingermann 2014). Die Einteilung von Patienten je nach Wirksamkeit und Verträglichkeit eines Medikamentes in verschiedene Subgruppen wird auch als „stratifizierte Medizin“ bzw. „stratifizierte Arzneimitteltherapie“ bezeichnet. Für Patienten erhöht sich damit die Wahrscheinlichkeit des Therapieerfolges und – durch die Vermeidung von Nebenwirkungen – auch die Lebensqualität. Auch Folge- und Pflegekosten können durch gezielte Therapieansätze vermieden werden und zu mehr Effizienz im Gesundheitswesen führen (Dingermann 2012; Bieber/Broich 2013). Die Höhe der Einsparungspotenziale lässt sich derzeit jedoch noch nicht quantifizieren (Stock/Sydow 2013).

Unter dem Stichwort „Companion Diagnostics“ wird eine personalisierte Diagnostik verstanden, die für die Verordnung bestimmter Arzneimittel verpflichtend – und dementsprechend Bestandteil des Ersten Gesundheitsmarktes – ist (Großhennig/Benda/Koch 2013). Derzeit sind in Deutschland diagnostische Tests für 35 zugelassene Arzneimittel erhältlich, dabei handelt es sich überwiegend um Medikamente zur Behandlung von Neubildungen, Aids/HIV, Epilepsie sowie Stoffwechselerkrankungen. Diagnostische Tests werden für neue Medikamente entwickelt, z.T. verlaufen die Entwicklungsprozesse von Diagnostikum und Therapeutikum auch parallel.

Bei 24 Medikamenten sind diagnostische Tests für deren Verordnung verpflichtend. Für 11 Arzneimittel werden diagnostische Tests empfohlen, damit ist die Durchführung der Tests letztendlich freiwillig und muss als eine Leistung des Zweiten Gesundheitsmarktes vom Patienten selbst finanziert werden. Allerdings konnte bisher mit diagnostischen Tests noch kein großer Durchbruch für die Patientenversorgung erzielt werden (Bieber/Broich 2013). Jedoch zeichnet sich ab, dass diagnostische Tests in den nächsten Jahren mehr und mehr zur Anwendung kommen werden: In den letzten zwei Jahren hat es in Deutschland eine Zulassungswelle gegeben, insgesamt sind 14 Tests neu auf den Markt gekommen bzw. als Pflichttest zugelassen worden. Während der Patientennutzen aufgrund diagnostischer Tests wächst, wird die Entwicklung von Medikamenten teurer und aufwändiger, da neue Arzneimittel nicht mehr als „Blockbuster“ für alle an einer bestimmten Erkrankung leidenden Patienten angeboten werden können, sondern für verschiedene Gruppen sogenannte „Niche-Buster“ als Alternativmedikamente entwickelt werden müssen.

Branchenstruktur der Biotechnologie in Deutschland, Hessen und der Rhein-Main-Region

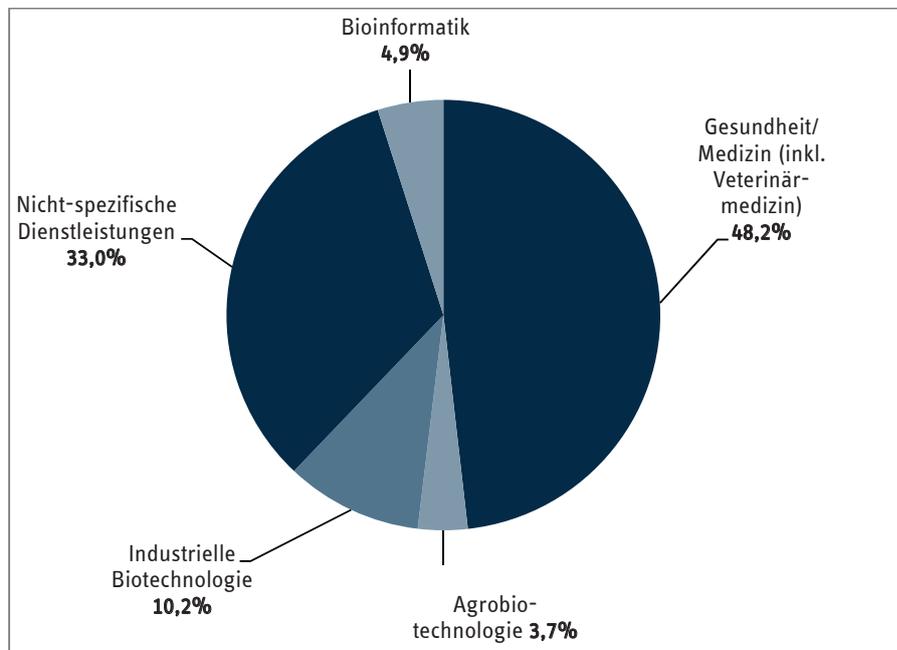
Neue Wege der maßgeschneiderten Gesundheitsförderung werden ganz wesentlich durch die Life Sciences und die gesundheitsbezogene (rote) Biotechnologie geprägt. Hierzu zählen insbesondere die Pharma- und Diagnostikindustrie mit Berührungspunkten zur IT- und Bioinformatik-Industrie. Die Biotechnologie gilt gemeinhin als Wachstumsmarkt. Im Jahr 2013 existierten in Deutschland insgesamt 570 dezidierte Biotech-Unternehmen, die 16.950 Mitarbeiter beschäftigten und Umsätze von 2,86 Mrd. Euro erzielten. Nach Jahren des Wachstums hat es bei den deutschen Biotech-Unternehmen im Jahr 2013 jedoch leichte Rückgänge bei den Beschäftigtenzahlen (-2,8 %) und Umsätzen (- 400 Mio. Euro) gegeben.

Innerhalb der Biotechnologie nehmen die 275 Unternehmen (48,2 %) der roten Biotechnologie den mit Abstand größten Anteil ein, gefolgt von nicht-spezifischen Dienstleistungs-Unternehmen und Zulieferern (vgl. Abbildung 11). Die anderen dezidierten Biotechnologie-Segmente Agartechnologie, Industrielle Biotechnologie sowie Bioinformatik besitzen im Vergleich zur roten Biotechnologie eine geringere Marktbedeutung. In der Diagnostikindustrie – als Teilbereich der

roten Biotechnologie - sind im Jahr 2013 deutschlandweit 77 Unternehmen tätig gewesen (Biotechnologie.de 2014). Im Vergleich zum Jahr 2012 konnte somit ein leichter Anstieg um vier neu gegründete Unternehmen im Diagnostiksegment verzeichnet werden.

Abbildung 11:
Tätigkeitsschwerpunkte
dezipierter Biotechnologie-Unternehmen

Quelle: eigene Darstellung in
Anlehnung an: Biotechnologie.de 2014



Gekennzeichnet ist die Biotechnologie-Branche von überwiegend klein- und mittelständischen Unternehmen mit maximal 50 Mitarbeitern. Im Diagnostik-Bereich sind überwiegend kleine und Start-up-Unternehmen tätig, die z.T. weniger als 10 bzw. 20 Mitarbeiter beschäftigen. In Zukunft immer wichtiger werden Kooperationen bzw. „One-to-One“-Partnerschaften zwischen Diagnostik- und Pharmaunternehmen, die parallel an der Entwicklung von Diagnostika und Therapeutika arbeiten (Ernst & Young 2013). Durch Kooperationen mit größeren Pharmafirmen bietet sich für kleine und Start-up-Unternehmen die Chance, die eigenen Produkte und Dienstleistungen – ggf. auch unter einem bekannten Markennamen – auf den Markt zu bringen und sich dort zu etablieren.

Wie sich die biotechnologischen Schwerpunkte in der Bundesrepublik verteilen, zeigt Abbildung 12. Vorreiter in der Biotechnologie sind vor allem die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg und Hessen. Im Ländervergleich ist Hessen eines der wenigen Bundesländer, die im Vergleich zum Vorjahr eine positive Beschäftigungsentwicklung in der Biotechnologie von 1.368 auf 1.480 Mitarbeiter verzeichnen konnten (Biotechnologie.de 2014). In Relation zu den Einwohnerzahlen ist Hessen sogar das Bundesland mit der höchsten Beschäftigung in der Biotechnologie (Hessen Agentur 2010: 47).

In Hessen sind insgesamt 34 dezidierte Unternehmen aus der Biotechnologie ansässig, im Bereich der roten Biotechnologie sind es 23 Unternehmen. Im rheinland-pfälzischen Teil der Rhein-Main-Region sind insgesamt 14 Biotechnologie-Unternehmen angesiedelt, davon sind 10 Unternehmen der roten Biotechnologie zuzuordnen (www.biotechnologie.de). Damit orientiert sich die rheinland-pfälzische Biotechnologie vorwiegend in und an der Rhein-Main-Region rund um Mainz. Im bayerischen Teil der Rhein-Main-Region sind keine Biotechnologie-Unternehmen ansässig, der Großteil der bayerischen Biotechnologie-Unternehmen ist im Südosten Bayerns verortet.

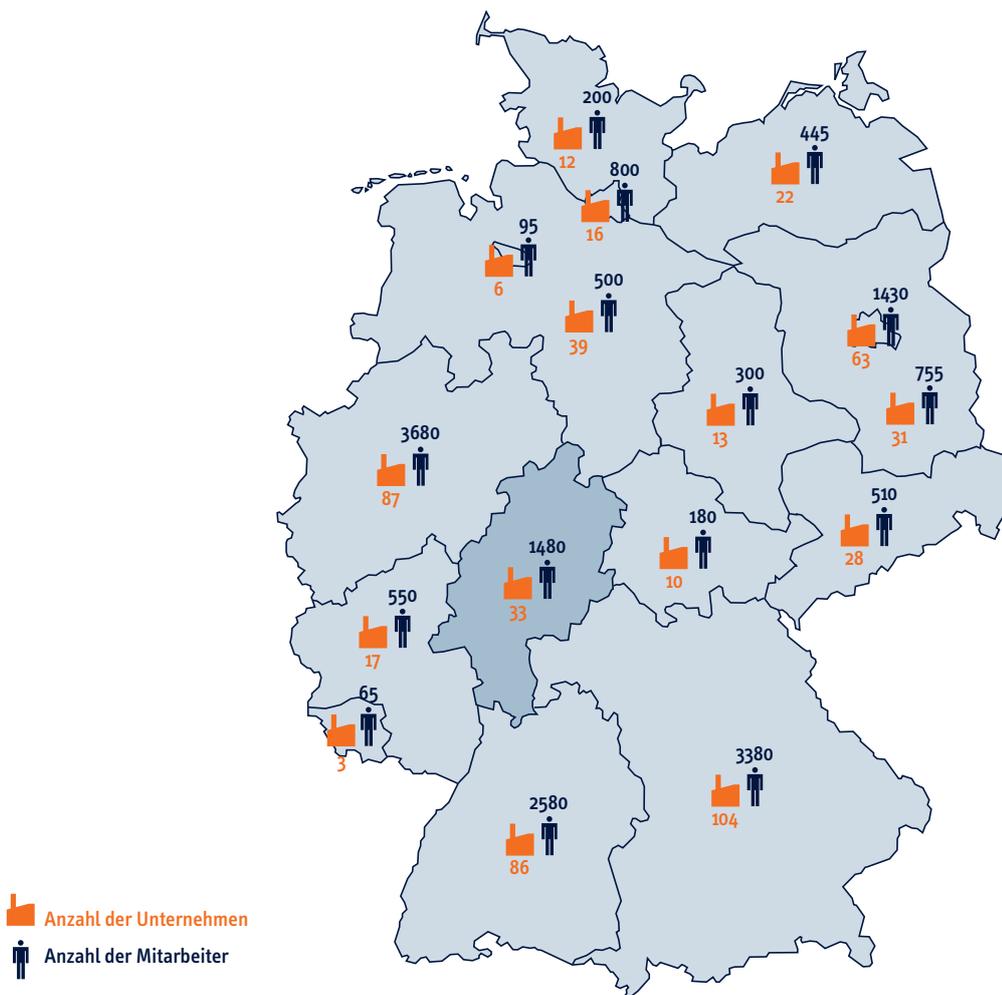


Abbildung 12:
Dezidierte Biotechnologie-Unternehmen
und Mitarbeiter nach Bundesländern

Quelle: eigene Darstellung in
 Anlehnung an: Biotechnologie.de 2014

Die von der Aktionslinie Hessen Biotech vorgelegten Zahlen zur Branchenstruktur unterscheiden sich aufgrund einer anderen Branchenabgrenzung von den zuvor genannten Unternehmenszahlen, die dem deutschlandweiten Portal Biotechnologie.de entnommen sind: Entlang der eigenen branchen-spezifischen Zuordnung zählt Hessen insgesamt mehr als 220 Biotech-Unternehmen mit rd. 19.500 Beschäftigten. Die Umsätze der hessischen Biotechnologie lagen zum letzten Erhebungszeitpunkt im Jahr 2009 bei rd. 5,2 Mrd. Euro, davon wurden rd. 81 % (4,2 Mrd. Euro) von Unternehmen der roten Biotechnologie erwirtschaftet (Hessen Agentur 2009).

Die Region um Frankfurt wird aufgrund der pharmazeutischen Tradition und der hohen Unternehmensdichte im Pharma-Bereich auch als die „Apotheke Deutschlands“ bezeichnet. Dementsprechend bietet sich rund um Frankfurt eine hervorragende Umgebung für die Entwicklung neuer Schwerpunktmärkte im Bereich der molekularen Diagnostik und stratifizierten Medizin sowie Gründungen, Ansiedlungen von kleinen und Start-up Unternehmen, die selbst auch entscheidend zur Wertschöpfung der Branche beitragen (Hessen Agentur 2011: 10). Insbesondere im Bereich der Biomarker-Diagnostik werden die hessischen Biotechnologie-Unternehmen als führend beschrieben (Hessen Agentur 2011:10). Von großer Bedeutung für die Marktentwicklung sind jedoch auch Kooperationen zwischen Biotechnologie-Unternehmen und Pharmafirmen, z.B. zur parallelen (Tandem-)Entwicklung von Diagnostika und Therapeutika oder als klassische Zulieferer. Rund 50 % der hessischen Biotechnologie-Unternehmen besitzt eigene Forschungskapazitäten, die eine hohe Innovationsfähigkeit in der Region erwarten lassen. Dabei ist klar, dass personalisierte Medizin in Bezug auf die Nachfrage kein eigener regionaler, sondern ein deutschlandweiter oder gar internationaler Markt ist. Der Region direkt zugute kommen die Umsätze, die mit Produkten und Dienstleistungen erzielt werden sowie Beschäftigungseffekte.

In Hessen haben sich einige biotechnische und pharmazeutische Initiativen und Cluster herausgebildet. Mit Blick auf die hessische Biotechnologie ist die Aktionslinie Hessen Biotech der Hessen Trade and Invest GmbH aktiv, die sich um die Unterstützung und Vernetzung ansässiger Firmen sowie Existenzgründungen im Bereich der Biotechnologie kümmert. In Frankfurt ist außerdem das Cluster Integrierte Bioindustrie ansässig mit Schwerpunkt in der Förderung von Projekten in der Industriellen Biotechnologie. Die Frankfurt Bio Tech Alliance e.V. hat es sich ebenfalls zur Aufgabe gemacht, die Vernetzung von Biotechnologie-Unternehmen zu unterstützen sowie als Interessenvertretung für die in Frankfurt und der Rhein-Main-Region ansässigen Unternehmen zu agieren. Darüber hinaus sind auch deutschlandweite Vereine in Frankfurt ansässig, wie die Deutsche Industrievereinigung Biotechnologie (DIB), die Vereinigung deutscher Biotechnologie-Unternehmen (VBU) oder die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE.

In Zukunft könnten sich die Aktionslinie Hessen Biotech und die Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main e.v. darin engagieren, die Errungenschaften der personalisierten Medizin in die Gesellschaft zu transportieren und das Thema bekannter zu machen. Wichtig sind auf der einen Seite die Sensibilisierung von Ärzten und Apothekern zum Nutzen empfohlener Tests, um einen höheren Verbreitungsgrad diagnostischer Tests zu erzielen, auf der anderen Seite sind Patienten eine wichtige Zielgruppe. Angesetzt werden könnte an konkreten Handlungsmöglichkeiten, z.B. über Brückenschläge zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Als Vorbild könnte die Aktion „1.000 Leben retten“ aus dem Ruhrgebiet dienen. Hierbei geht es darum, Menschen frühzeitig für das Thema „Darmkrebs“ zu sensibilisieren. Bereits 300 Unternehmen haben hierfür ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen Früherkennungstest angeboten, der Hinweise darauf gibt, ob ein erhöhtes Risiko vorliegt und eine Darmspiegelung zur Abklärung ggf. sinnvoll ist.

3.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Aufgrund des demografischen Wandels und dem damit einhergehenden Rückgang an Nachwuchskräften bei gleichzeitig längerem Verbleib der Mitarbeiter im Betrieb gewinnt das Thema Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zunehmend an Bedeutung. Unternehmen stellen somit ein steigendes Nachfragepotenzial im Zweiten Gesundheitsmarkt, indem sie sich stärker um die Gesundheit und Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiter aktiv bemühen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) umfasst nicht die Summe von einzelnen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, sondern bedeutet, dass die Prozesse und Strukturen so gestaltet sind, dass diese die Gesundheit der Mitarbeiter befördern. Gesundheitsförderung ist somit in die Managementstrategie des Unternehmens eingebunden. Badura und Hehlmann verstehen darunter „[...] die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben“ (Badura/Hehlmann 2003: 19). Ausgehend von dieser Sichtweise hat betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) den Anspruch, das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern, Gesundheitspotenziale der Mitarbeitenden zu stärken und Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (vgl. Luxemburger Deklaration 2007).

BGM-Maßnahmen zielen somit sowohl auf Veränderung in der Verhältnisprävention als auch der Verhaltensprävention und enden nicht am Werkstor, sondern sollten auch die Lebenswelt, also das persönliche Umfeld und die Familie miteinbeziehen. Ilmarinen hat die wichtigsten Aspekte einer ganzheitlichen Gesundheitsförderungsstrategie im Betrieb im „Haus der Arbeitsfähigkeit“ inklusive seiner Umgebung beschrieben.

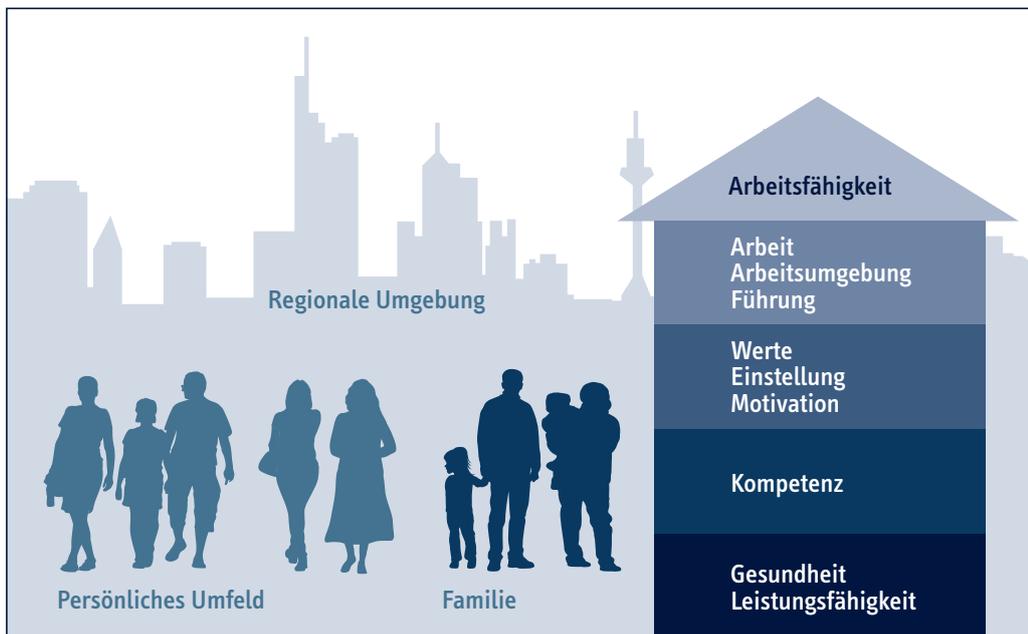


Abbildung 13:
Haus der Arbeitsfähigkeit mit Umgebung

Quelle: eigene Darstellung in
 Anlehnung an: Tempel/Ilmarinen 2013

Demnach werden die konkreten Maßnahmen zur Gesunderhaltung ergänzt um Maßnahmen zum Kompetenzerhalt, den passgenauen Arbeitseinsatz, körperliche und psychische Arbeitsanforderungen und insbesondere den Bereich „Management und Führung“.

Dieses strategisch ganzheitliche Vorgehen erscheint umso drängender, wenn man sich die Arbeitsbelastungen und die krankheitsbedingten Fehlzeiten und das vorzeitige Ausscheiden aus dem Berufsleben mittels der Erwerbsminderungsrente betrachtet.

Erfolgsversprechend sind Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zum einen, um die Mitarbeiter länger gesund zu erhalten. Zum anderen können Unternehmen durch die Einführung und das aktive Bewerben dieser Maßnahmen im Wettbewerb um Fachkräfte ihre Arbeitgeberattraktivität steigern. Die nachhaltige Etablierung von BGM-Maßnahmen kann dann dauerhaft zu einer Senkung des Krankenstands und damit zu Kosteneinsparungen durch geringere Lohnfortzahlungen, durch Erhöhung der Produktivität der zufriedenen und gesünderen Mitarbeiter und zu einer besseren Personalverfügbarkeit führen. Einige Studien kommen zu dem Ergebnis, dass der Return on Investment durch Einführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen zwischen 1:2 bzw. 1:5 liegt (Bonitz/Eberle/Lück 2007: 48; Walle 2012). Laut Schätzungen durch Schirmmayer (2012) beträgt das Marktvolumen für BGM und Arbeitsschutz zwischen 3,5 Mrd. Euro und 4,5 Mrd. Euro. Für Hessen kann somit ein Volumen von rund 310,3 Mio. Euro für das Jahr 2012 geschätzt werden²⁴. In Zukunft wird mit einem Volumenzuwachs von bis zu 5 Mrd. Euro in Deutschland gerechnet (ebd 72).

Die Mehrheit der Deutschen (86 %) sieht – laut der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GE-DA²⁵) (Kroll/Müters/Dragano 2011) keine oder nur geringe subjektiv wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit. Als häufigste Belastungen werden Arbeit unter Zeit- und Leistungsdruck (40,4%), Überstunden und lange Arbeitszeiten und -wege (34,6 %) sowie Lärm, Hitze und Kälte (34,2 %) genannt (ebd: 3). Auch, wenn nur rund 6 % Beeinträchtigungen durch

²⁴ Die Schätzung erfolgt entlang des Erwerbstätigenanteils Deutschland/Hessen.

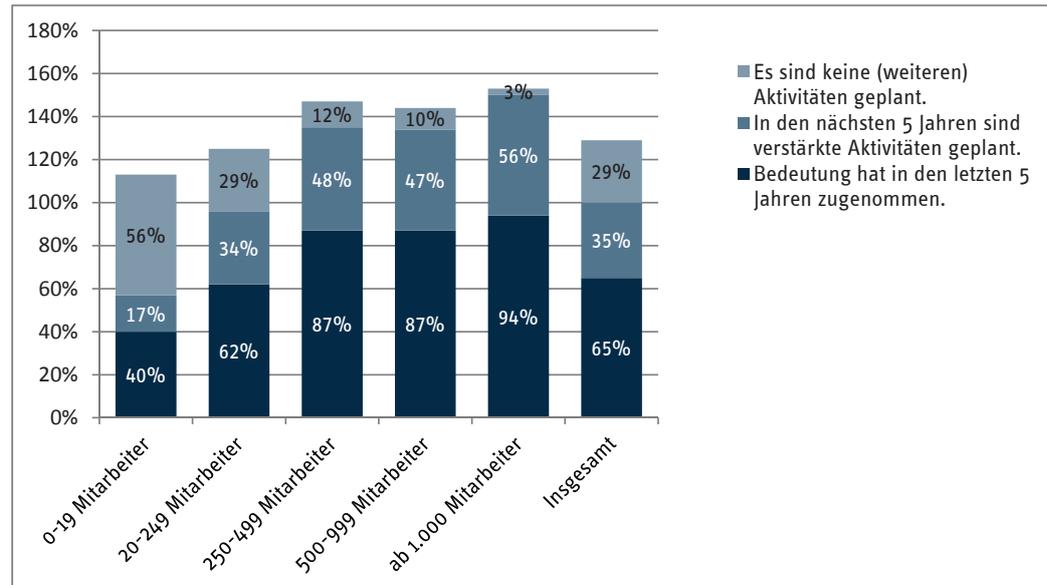
²⁵ Die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell wird durch das Robert-Koch-Institut durchgeführt. Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings wurden 2009/2010 rund 22.050 Frauen und Männer telefonisch befragt (Kroll/Müters/Dragano 2011: 3).

das Arbeitsklima als häufigste Arbeitsbelastung nennen, besteht hier ein hoher Zusammenhang zu der subjektiv gefühlten gesundheitlichen Belastung. Arbeitsklima, Führung und Management sind somit wichtige Stellschrauben im Rahmen von BGM.

In der aktuellsten Befragung des DIHK, in der 1.500 Unternehmen zum Stellenwert von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) befragt wurde, wird die zunehmende Bedeutung für Unternehmen deutlich.

Abbildung 14: Bedeutung von Gesundheitsförderung im Betrieb

Quelle: eigene Darstellung in
Anlehnung an: DIHK Unter-
nehmensbarometer (2013),
Befragung November 2013,
n=1.500



65 % der Unternehmen geben an, dass die Bedeutung in den letzten fünf Jahren zugenommen hat und immerhin noch 35 % planen auch in den nächsten fünf Jahren verstärkte Aktivitäten. Deutlich erkennbar ist in der Abbildung jedoch auch die nach wie vor unterrepräsentierte Beteiligung an BGM-Maßnahmen bei Kleinstunternehmen. So geben nur 40 % der Unternehmen mit unter 30 Mitarbeitern an, dass die Bedeutung von Gesundheitsförderung in den letzten fünf Jahren zugenommen hat und nur 17 % planen in den nächsten Jahren Maßnahmen. Gleichzeitig geben über die Hälfte der befragten Kleinstunternehmen an, keine weiteren Maßnahmen zu planen. Damit wird die wohl größte Herausforderung bei diesem Thema sichtbar, die Sensibilisierung von Kleinstunternehmen für das Thema Gesundheitsförderung.

Auch die Entwicklung der Fehlzeiten – hier am Beispiel der TK-Versicherten in Hessen zwischen 2000 und 2012 – bestätigen die überdurchschnittliche Zunahme von psychischen Erkrankungen. Seit 2006 gibt es einen enormen Zuwachs von rund 70 %.

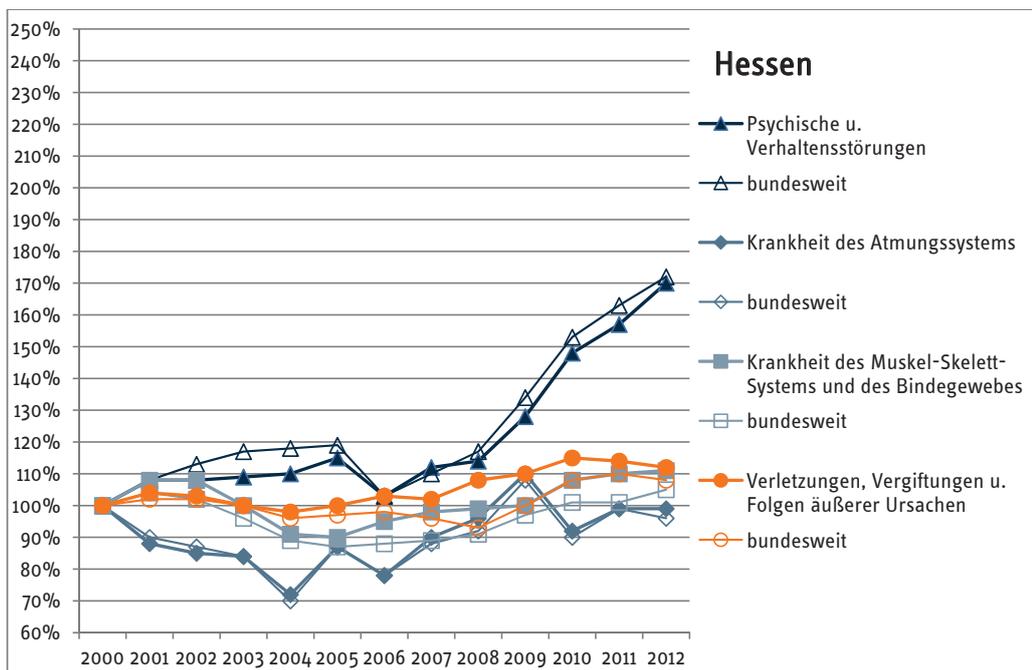


Abbildung 15: Relative Veränderungen der Fehlzeiten 2000-2012

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: TK-Report Hessen:14

Bei der Betrachtung unterschiedlicher Branchen ist festzustellen, dass es große Unterschiede zwischen den einzelnen Wirtschaftszweigen gibt. Besonders hohe psychische Belastungen gibt es bei DAK-Versicherten 2012 im Gesundheitswesen sowie in der Öffentlichen Verwaltung.

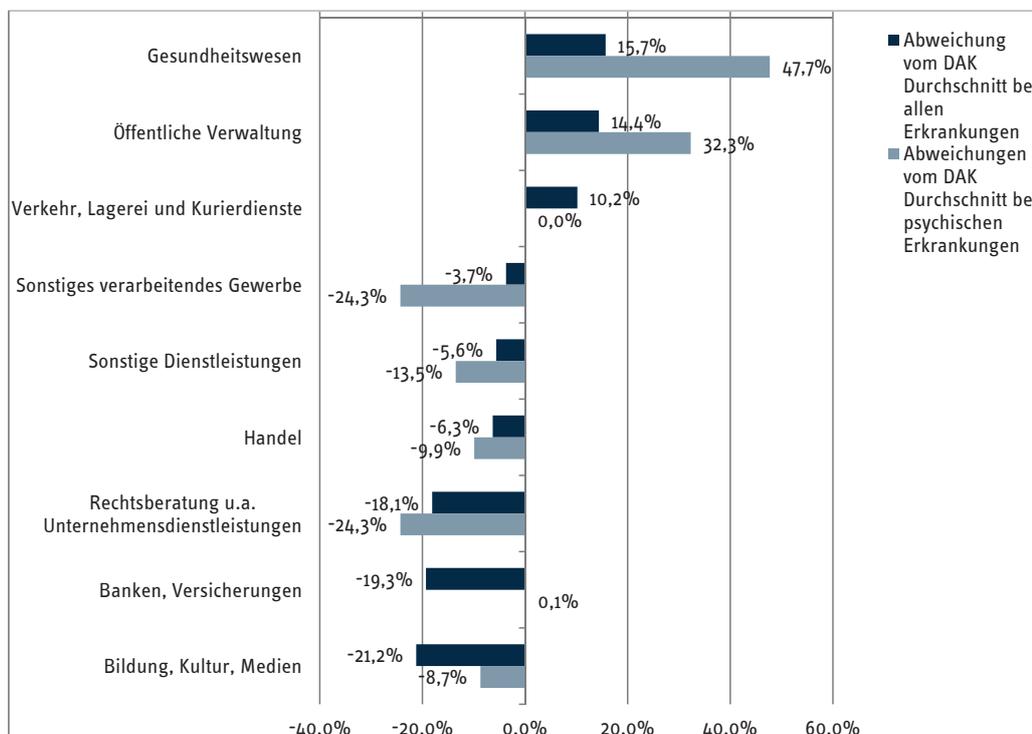


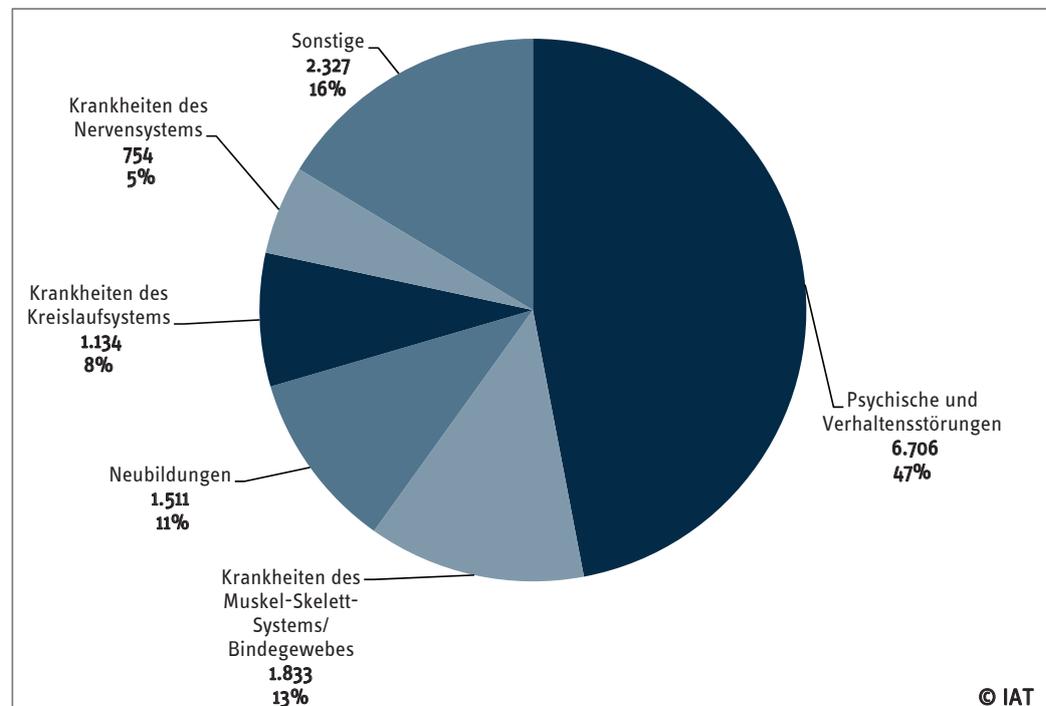
Abbildung 16: Abweichungen der AU-Tage in Branchen mit hohem Anteil an DAK-Versicherten vom DAK-Durchschnitt, AOK-Mitglieder 2012

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: AU-Daten der DAK Gesundheit 2012

Auch die Diagnosen, die zu einem vorzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben führen, zeigen deutlich die hohe Bedeutung psychischer Erkrankungen. Rund 47% der Zugänge in die Erwerbsminderungsrente sind hierdurch verursacht.

Abbildung 17:
Zugänge in die
Erwerbsminderungsrente nach
ausgewählten Diagnosen,
Hessen 2012

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Deutsche Rentenversicherung



In Hessen und der Rhein-Main-Region gibt es zahlreiche Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im Betrieb. Neben den wichtigen „Playern“, den Krankenkassen, die im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchführen, gibt es zahlreiche privatwirtschaftliche Unternehmen, die BGM-Maßnahmen anbieten. Häufig kooperieren diese auch mit den Krankenkassen. Neben diesen Anbietern gibt es aber auch weitere Akteure, die sich dem Themenfeld nähern:

Die Initiative „Gesunde Unternehmen Hessen“ – unter der Schirmherrschaft des Innenministeriums – hat das Ziel, Unternehmen und Kommunen zu sensibilisieren und bei der Einführung von Gesundheitsförderung zu unterstützen. Dabei bedient sie sich der TRIMMY-Gesundheitskampagne, um Mitarbeiter in den vier Aktionsfeldern „Gesunde Ernährung“, „Gesundes Miteinander“, „Gesunder Ausgleich“ und „Gesunder Arbeitsplatz“ aktiv zu unterstützen. Darüber hinaus wird eine Anbieterdatenbank von BGM-Anbietern aufgebaut. Partner sind der Deutsche Olympische Sportbund, der Olympiastützpunkt Hessen, der Landessportbund Hessen sowie die Sporthilfe Hessen (www.gesunde-unternehmen-hessen.de).

Das 2010 von der IHK Frankfurt am Main und neun weiteren Partnern ins Leben gerufene Demografie-Netzwerk FrankfurtRheinMain ist die zentrale Plattform für Fragen rund um den demografischen Wandel in Unternehmen und Kommunen der Region. Mittlerweile umfasst das Netzwerk 15 Partner, darunter Unternehmen, Kammern, Verbände und Kommunen. Auf verschiedenen Arbeitskreisen aufsetzend führt das Netzwerk den jährlichen Demografiekongress mit rund 500 Teilnehmern durch. Der im Netzwerk verankerte Arbeitskreis Gesundheit vernetzt unter Federführung der IHK Frankfurt am Main und des Berufsförderungswerks Frankfurt am Main gesundheitswirtschaftliche und -politische Akteure der Metropolregion und bietet mehrmals jährlich unterschiedliche Veranstaltungsformate zum Thema an.

Diese zwei Beispiele zeigen, dass viele Akteure in der Region die Chancen sehen, das Thema BGM weiter voranzutreiben. Als wichtigste Herausforderung ist dabei zu sehen, Kleinstunternehmen für das Thema zu gewinnen. Neben den Industrie- und Handelskammern sind somit die Handwerkskammern wichtige Multiplikatoren für dieses Thema.

Eine weitere Möglichkeit, um Unternehmen für dieses Thema zu gewinnen, sind Unternehmensplattformen, die einen ganz konkreten und praxisnahen Erfahrungsaustausch bieten. Bei den Rechercharbeiten zu dieser Studie konnte beobachtet werden, dass sich in der Region die Maßnahmen bisher weitgehend auf die einzelnen Betriebe beschränken. Unternehmensübergreifende Aktivitäten sind zumindest von außen nicht vorzufinden.

Als Beispielprojekt aus Niedersachsen kann hier das „Netzwerk KMU-Kompetenz: Gesundheit, Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement“ bezeichnet werden. Es ermöglicht einen branchenübergreifenden Erfahrungsaustausch und zielt auf Klein- und Kleinstunternehmen. Das Netzwerk ist im Rahmen der „Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)“ am Institut für Gesundheitsconsulting der AOK Niedersachsen verortet. „Ziel des Netzwerkes ist es, sich gegenseitig bei der Etablierung und Umsetzung einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur durch Gesundheitsmanagement zu unterstützen“ (<http://www.kmu-komp.de/>). Mittlerweile hat das Netzwerk über 110 Mitgliedsunternehmen aus Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern. Der Austausch erfolgt u.a. themenspezifisch innerhalb von Arbeitskreisen. „Produzierendes Gewerbe“ und „Alternde Belegschaften im Betrieb und Gesundheitsmanagement“ sind zwei Beispiele, die jeweils auf andere Zielgruppen in den Unternehmen ausgerichtet sind. Die Finanzierung des Netzwerkes erfolgt durch Unternehmensbeiträge.

Ein besonderer Fokus bei den Aktivitäten sollte auf die psychischen Erkrankungen und Belastungen gelegt werden. Als eine wichtige Komponente ist hier – neben Zeitdruck u.Ä. im Betrieb selbst – die Vereinbarkeit von Beruf und Familie anzusehen. Hierbei sind nicht nur die Betreuung von Kindern zu betrachten, sondern zunehmend auch die Betreuung von älteren und ggf. pflegebedürftigen Angehörigen.

3.4 Gesundheitsstandort Haushalt

Private Haushalte sind schon immer Standorte der Gesundheitspflege gewesen. Die Hilfeleistungen, die im Rahmen von Angehörigen oder auch der Selbsthilfe informell erbracht werden, reichen von dem Auskurieren geringfügiger Erkrankungen bis hin zur häuslichen Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Familienmitglieder. Die Veränderung der Haushaltsstrukturen mit steigenden Haushaltszahlen und einem Trend zu kleineren bzw. Single-Haushalten, in denen zu einem wachsenden Anteil ältere Menschen leben (Destatis 2012; Heinze/Hilbert/Paulus 2009), geht jedoch auch mit einem Nachlassen der informellen Unterstützungsnetzwerke einher. Auch wenn ältere Menschen weniger häufig im Verbund der Generationen leben, möchten viele doch so lange wie möglich bei guter Gesundheit selbständig in der eigenen Wohnung verbleiben können (Generali Altersstudie 2013). Die Veränderung des Krankheitsspektrums zu altersbedingten, chronischen und multiplen Erkrankungen, die sich mit dem Anwachsen der Gruppe der älteren und hochbetagten Menschen im demografischen Wandel einstellt, erhöht die Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe in der Gesellschaft.

Heute werden neue Unterstützungsinfrastrukturen benötigt, die familiäre Hilfen ergänzen oder ganz ersetzen können. Die Unterstützungsbedarfe älterer und gesundheitlich eingeschränkter Menschen im privaten Haushalt erstrecken sich auf vielfältige Bereiche des täglichen Lebens und gehen dabei über reine Gesundheitsdienstleistungen hinaus. Soziale und haushaltsnahe Dienstleistungen, eine barrierefreie, zumindest aber barrierearme und pflegerechte Wohnraumausstattung sowie der Einsatz intelligenter Technologien bilden Auffangstrukturen jenseits der direkten Gesundheits- und Krankenpflege, die es älteren Menschen ermöglichen, auch bei ge-

sundheitlichen Einschränkungen länger in ihrer Wohnung verbleiben zu können. Somit entstehen auch in Branchen, die nicht direkt mit der Primärversorgung in Berührung stehen und somit dem Zweiten Gesundheitsmarkt zugerechnet werden können, neue Märkte, die ihre Angebote am Erhalt von Gesundheit und Lebensqualität im Privathaushalt orientieren (Eberhardt/Fachinger 2010). Hierzu zählen insbesondere die Wohnungswirtschaft und Haustechnik, das Handwerk, die Sozialwirtschaft und verschiedene Anbieter aus dem Dienstleistungssektor. Auch gesundheitsbezogene Branchen wie Pharma und Medizintechnik (Henke/Troppens 2010) oder klassische Gesundheitsanbieter entwickeln innovative Angebote als Zusatzdienste und können so neue Geschäftsfelder erschließen. Nicht zuletzt sind in den Informations- und Kommunikationstechnologien neue Möglichkeiten entstanden, mithilfe derer ein Stückweit mehr Gesundheit in den Haushalt transportiert werden kann. Anbieter aus der Telekommunikations- und IT-Branche entwickeln die benötigte Hard- und Software und stellen als Provider Verbindungen, Netzwerke und Schnittstellenlösungen bereit. In Kombination mit Dienstleistungen findet eine Verzahnung der IuK-Branche mit anderen Branchen statt. Vom Hausnotruf über die Telemedizin bis hin zu technischen Assistenzsystemen können Gesundheits- und Unterstützungsdienstleistungen heute technisch vermittelt unter den Stichworten „eHealth“ und „Ambient Assisted Living“ in privaten Haushalten erbracht werden, die dem Haushalt als „drittem“ Gesundheitsstandort eine neue Qualität verleihen können. Mit dem Aufkommen und der breiten Nutzung neuer Devices, wie Smartphones oder Tablet PCs werden zunehmend auch mobile Lösungen entwickelt, die ganz flexibel innerhalb und außerhalb des Haushalts genutzt werden können („mHealth“).

Altersgerechte Wohnraumgestaltung

Eine Schlüsselrolle kommt jedoch der Wohnungswirtschaft zu, die durch Investitionen in barrierefreie und pflegerechte Wohnraumausstattungen sowie die Schaffung haustechnischer Voraussetzungen für die Vernetzung mit gesundheitsfördernden und unterstützenden Technologien oder für Sicherheitszwecke das Setting für den Haushalt als Gesundheitsstandort erst realisieren kann.

Derzeit hapert es jedoch noch an der altersgerechten – sprich barrierefreien – Grundausstattung von Wohnungen: deutschlandweit sind erst rd. 570.000 (5 %) Seniorenhaushalte barrierefrei (BMVBS 2011), nach Angaben des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) werden bis 2030 jedoch ca. 3 Mio. barrierefreie bzw. -arme Wohnungen benötigt (BMVBS 2011). Die Investitionskosten für altersgerechte Umbauten (BMVBS 2013) können sich - je nach baulichen Voraussetzungen und gewünschtem Ausstattungsgrad - in einer Spannweite von 2.000 bis 40.000 Euro bewegen. Bei moderat angesetzten Preisen zwischen 10.000 und 12.000 Euro pro altersgerechter Wohnung müssten bei Umbauten von 3 Mio. Wohnungen bis 2020 rd. 30 - 48 Mrd. Euro investiert werden. Die Finanzierung der altersgerechten Wohnungsumbauten könnte dabei in einem Mix aus privater Finanzierung durch die Wohnungswirtschaft (bzw. Haus- und Wohnungseigentümer) und öffentlicher Förderung (z.B. KfW) getragen werden. Auch Pflegekassen übernehmen einen Anteil der Kosten für pflegerechte Umbauten bei Vorliegen einer Pflegestufe in maximaler Höhe von 2.557 Euro. Von einer konzertierten Umbaustrategie profitieren können in erster Linie Unternehmen aus der Bauwirtschaft und dem Handwerk, die sich auf altersgerechte Umbauten spezialisiert haben. Und auch die Unternehmen der Wohnungswirtschaft profitieren von einer nachhaltigen Wertsteigerung ihrer Immobilien und erzielen Wettbewerbsvorteile durch altersgerechte Wohnraumgestaltung, die durch aufsetzbare Dienstleistungen oder Assistenzsysteme sogar noch Luft nach oben hat.

Assistenzsysteme im Haushalt

Ambient Assisted Living umfasst altersgerechte Assistenzsysteme, die in das soziale Umfeld und in das Wohnumfeld integriert werden, um die Lebensqualität von Menschen zu erhalten oder zu erhöhen. Insbesondere ältere und pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit Behinde-

rungen werden als Zielgruppe in den Blick genommen, jedoch richten sich assistierende Technologien zur Erhöhung des Wohnkomforts oder als gesundheitsbezogene Hilfen grundsätzlich an Zielgruppen in ganz verschiedenen Altersgruppen und unterschiedlichen Lebenssituationen (Eberhardt/Fachinger 2010). Differenziert werden können Lösungen anhand der vier Anwendungsfelder „Gesundheit und Pflege“, „Sicherheit und Privatsphäre“, „Haushalt und Versorgung“ sowie „Kommunikation und soziales Umfeld“. Das Anwendungsspektrum technischer Assistenzsysteme ist auch innerhalb der vier unterschiedlichen Teilbereiche, die jeweils eine Vielfalt von unterschiedlichsten Diensten umfassen können, sehr vielfältig. Anwendungsbeispiele neuer Technologien sind z.B. Hausnotrufsysteme, Monitoring- und Informationssysteme, barrierefreie Wohnraumgestaltung, Sturzsensoren in Bodenbelägen, intelligente Kleidung oder Service-Roboter (nach Klein 2010).

Die Verbreitung von Assistenztechnologien in Deutschland ist bisher gering, obwohl die Forschungsvorhaben auf dem Gebiet des Ambient Assisted Living von 2008 – 2013 durch die europaweite AAL Joint Programme sowie die angeschlossenen nationalen Förderprogramme (mit einem deutschlandweiten Fördervolumen von 45 Millionen Euro) gefördert werden und bereits eine Reihe von marktfähigen Anwendungen hervorgebracht haben. Dass derzeit noch kein funktionierender Markt für Ambient Assisted Living existiert, wird u.a. mit dem Fehlen von Geschäftsmodellen²⁶, einer fehlenden Standardisierung und Interoperabilität der Anwendungen sowie Finanzierungs- und Akzeptanzproblemen begründet (Fraunhofer IGD 2010).

Marktpotenziale werden aufgrund der unterschiedlichen Technologien und Zielsetzungen der am Markt befindlichen Assistenzsysteme über Modellierungen anhand von Szenarien (Fachinger et al. 2012) bzw. für einzelne Technologien (Fraunhofer IGD 2010) ermittelt. Schätzungen von Fachinger et al. zufolge kostet die (einmalige) Installation von Assistenzsystemen je nach Ausstattungsgrad und Wohnungsgröße zwischen 6.540 und rd. 12.075 Euro. Damit besitzt der Markt für assistierende Technologien bei der Ausstattung von 8,5 Mio. zugrunde gelegten Haushalten Umsatzpotenziale zwischen 40 und 87,2 Mrd. Euro (ebd.) Dem steht ein deutlich geringeres Nachfragepotenzial von bis zu 5 Mrd. Euro gegenüber (ebd.). Zur Schätzung des Nachfragepotenzials wurde die Zahlungsbereitschaft für Assistenzsysteme zugrunde gelegt, die bei der Mehrheit der Zielgruppe noch unter 20 Euro im Monat liegt.

Telemedizin

Die Telemedizin ist als Angebot mit direktem Gesundheitsbezug insbesondere für die Zielgruppe chronisch Erkrankter relevant. Die Überwachung von Vitalparametern – verbunden mit rechtzeitigen Gegenmaßnahmen – kann ganz entscheidend dazu beitragen, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Für die digitale Übermittlung von Gesundheitsdaten kommen telematische Übertragungswege zum Einsatz, die in Gesundheitseinrichtungen oder telemedizinischen Zentren ausgewertet werden. Neben dem Telemonitoring wurden bereits eine Reihe von telemedizinischen Dienstleistungen entwickelt und erprobt – das deutsche Telemedizinportal zählt derzeit 195 laufende Telemedizinprojekte (Deutsches Telemedizinportal 2014). Trotz der stetigen Entwicklung der technischen Möglichkeiten haben telemedizinische Angebote jedoch bisher keine durchschlagende Wirkung auf dem Ersten Gesundheitsmarkt gezeigt. Telemedizinische Leistungen sind bisher im Rahmen integrierter Versorgungsverträge als indikationsbezogene Zusatzleistungen, nicht aber als Regelleistungen erstattungsfähig oder sie sind für Selbstzahler erhältlich.

²⁶ Die Entwicklung neuartiger Geschäfts- und Finanzierungsmodelle für Ambient Assisted Living und eHealth ist in den letzten Jahren jedoch vorangetrieben worden, so dass eine positive Marktentwicklung zu erwarten ist (Fachinger et al. 2012; Gersch/Liesenfeld 2012).

Die fehlende Umsetzungsstrategie für den Ersten Gesundheitsmarkt hat zur Folge, dass sich ein breites Feld von Akteuren und Anbietern, Projekten und Diensten entwickelt hat, was eine Quantifizierung des Telemedizinmarktes erschwert. Gemeinhin werden der Telemedizin große Marktpotenziale zugeschrieben, doch beispielsweise gibt es zu den Umsätzen der Telemedizin in Deutschland kaum aktuelle und verlässliche Zahlen, so dass sich nur vage Aussagen treffen lassen. Schätzungen der Europäischen Kommission zufolge wird die Marktgröße des gesamten eHealth Marktes in Deutschland auf rd. 6,5 Mrd. Euro geschätzt (Deloitte 2011; EU Kommission Health Information Network). Für den Bereich der Telemedizin wird bis 2015 ein Wachstum von rd. 20 % erwartet (ebd.), während andere Experten von einem mäßigeren Wachstum von 10 % über einen längeren Zeitraum bis 2020 ausgehen. Die Schätzungen der Umsatzpotenziale differenzieren nicht zwischen Leistungen des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes.

Die Nutzerpotenziale der Telemedizin für den Zweiten Gesundheitsmarkt können ebenfalls über die Bereitschaft, selbst für Telemedizin aufzukommen, abgeschätzt werden. Einer Befragung unter 1.852 Patienten ergab, dass 72 % der Befragten telemedizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen würden, wenn diese erstattungsfähig wären. Lediglich 13 % würden jedoch selbst für telemedizinische Dienstleistungen aufkommen, dabei lag die Zahlungsbereitschaft der potenziellen Selbstzahler für telemedizinische Dienstleistungen bei der Mehrheit der Befragten bei max. 50 Euro pro Monat (Heinze/Naegele 2010).

Mobile Health (mHealth)

Die Nutzung mobiler Endgeräte wie Smartphones oder Tablet PCs durchdringt zunehmend die Lebenswelt von Menschen. Neben den klassischen Kommunikationsdienstleistungen nimmt die Nutzung von Applikationen („Apps“) einen großen Stellenwert ein. Auch gesundheitsbezogene Apps werden unter dem Stichwort Mobile Health („mHealth“) zunehmend zur Dokumentation sportlicher Leistungen, zur Überwachung des Gesundheitszustandes durch die Erfassung von Vitaldaten – z.T. auch ergänzt durch Sensoren –, als Erinnerungsfunktion zur Medikamenteneinnahme oder für das Abrufen von Gesundheitsinformationen genutzt.

Der Markt für Gesundheits-Apps spricht die größte Zielgruppe unter den diskutierten Technologien an. Gesundheitsbewusste, gesundheitlich eingeschränkte oder chronisch erkrankte Menschen finden ein nahezu unüberschaubares Angebot an Apps in den Kategorien „Gesundheit und Fitness“, „Medizin“ oder „Ernährung“. Insgesamt existieren derzeit weltweit 78.311 gesundheitsbezogene Apps mit einem enormen Wachstumspotenzial: von 2012 bis 2013 wurde in beiden erstgenannten Kategorien ein Anstieg der angebotenen Apps um rd. 40 % beobachtet (HealthOn 2013). Zwischen 2008 und 2010 wurden in Deutschland pro Jahr mehr als 100 Millionen Gesundheits-Apps heruntergeladen, allerdings mit einem eher gleich bleibenden Trend. Im Vergleich zu anderen Ländern ist der Anstieg der App-Nutzung als moderat zu beurteilen (PricewaterhouseCoopers 2012). Einige Anbieter von Gesundheits-Apps sind zugleich auch traditionelle Anbieter von Gesundheitsleistungen, z.B. Krankenkassen oder Pharmafirmen. Allerdings ist der Markt hinsichtlich der Anbieterinformationen und der Qualität noch sehr intransparent (mobilehealth 01/2014). Prognosen zu den Umsatzpotenzialen wurden bisher nur im Rahmen einer internationalen Studie erstellt (GSMA/Pricewaterhouse Coopers 2012). Dieser Prognose zufolge wird das Volumen des mHealth-Marktes bis 2017 weltweit auf 23 Milliarden US Dollar anwachsen, Europa wird mit 30 % der größte Marktanteil zugeschrieben.

Entscheidende Impulse für den Haushalt als Gesundheitsstandort und die Bezahlbarkeit der Leistungen können durch die Wohnungswirtschaft gesetzt werden. Die deutschlandweit ersten Ansätze und Investitionen in Richtung altersgerechte Wohnraumgestaltung in Verbindung mit Technik kamen auf Initiative des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe e.V. aus dem Frankfurter Raum. Inzwischen haben sich einige größere Wohnungsbaugesellschaften (z.B. die ABG Frankfurt Holding, die Nassauische Heimstätte, die Gemeinnützige Wohnungsgesell-

schaft mbH Hessen oder die Wiesbadener Wohnungsbaugesellschaft mit dem Geschäftsbereich „Leben und Wohnen im Alter – Lu-WiA“) auf den Weg gemacht, Teile ihres Wohnungsbestandes barrierefrei bzw. altengerecht umzubauen oder bieten Beratungen für einen altersgerechten Umbau von Bestandswohnungen an. Kommunale Initiativen, wie z.B. „Wiesbaden Barrierefrei“, bieten eine Anbieterübersicht, Informationen sowie Beratungen zum barrierefreien Wohnen. Mit der Marke „NH ProjektStadt“ der Nassauischen Heimstätte ist darüber hinaus ein leistungsfähiger Akteur ansässig, der sowohl den Ausbau altersgerechter und generationenübergreifender Wohnformen als auch die Planung und Gestaltung von Quartierslösungen anbietet.

Die Zielgruppe für altersgerechte Wohnungsumbauten, Assistenzsysteme und Telemedizin im Haushalt besteht zu einem großen Anteil aus älteren Menschen. Die Zahl der Haushalte, in denen mindestens eine Person über 65 Jahre lebten, lag im Jahr 2010 in Hessen bei 1,6 Mio. (Statistisches Landesamt Hessen 2014). Zur Schätzung der regionalen Marktpotenziale können verschiedene Szenarien angewendet werden. Dabei können Verbreitungsgrade zwischen 10%²⁷ und 20%²⁸ angenommen werden.

- » Bei einem Umbau von 10 % der Seniorenhaushalte und Umbaukosten von 10.000 Euro pro barrierefreie Wohnung könnten in Hessen insgesamt 1,6 Mrd. Euro erzielt werden, bei Umbaukosten von 12.000 Euro belaufen sich die Marktpotenziale auf 1,9 Mrd. Euro.
- » Ein altersgerechter Umbau von 20 % der Seniorenhaushalte würde bei Umbaukosten von 10.000 Euro pro Wohnung Marktpotenziale von rd. 3,2 Mrd. Euro eröffnen, bei Umbaukosten von 12.000 Euro pro wären es rd. 3,8 Mrd. Euro.

Des Weiteren können die Bedarfszahlen zugrunde gelegt werden, die das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA 2014) in einer Expertise für die Wüstenrot Stiftung ermittelt hat. Das KDA (2014: 13) geht für Hessen von einer Versorgungslücke von 79.000 barrierefreien bzw. –armen Wohnungen aus; würde diese gefüllt, bedeutete dies ein Investitionsvolumen von zwischen knapp 800 Mio. und knapp 950 Mio. Euro. Allerdings sind die Anforderungen an Barrierefreiheit/-armut recht anspruchsvoll. Im Lebens- und Modernisierungsalltag ist in der breiten Fläche mit niederschwelligeren Umbauanforderungen zu rechnen, die dann aber auch von mehr Wohnungseigentümern realisiert werden.

Eine hohe Investitionsbereitschaft von Wohnungsbaugesellschaften kann eine nachhaltige Aufwertung von Bestandswohnungen sowie - bei entsprechender Nachfrage - Wettbewerbsvorteile und gesicherte bzw. höhere Mieteinnahmen generieren. Um altersgerechte Umbauten in der Rhein-Main-Region und Hessen weiter zu verbreiten, sollten entsprechende Anreize für die Wohnungswirtschaft gesetzt und Kooperationsstrukturen mit benachbarten Branchen (weiter-) entwickelt werden.

Regionale Verbreitung von neuen Technologien in den Haushalten der Rhein-Main-Region und Hessen

In Zukunft wird es verstärkt darauf ankommen, Bewohnern ein integriertes Angebot an Barrierefreiheit, technischer Ausstattung mit Assistenzsystemen und Dienstleistungen zu bieten. Ansätze in dieser Richtung wurden in Frankfurt am Main bereits auf den Weg gebracht: Zur Erprobung der Marktfähigkeit von altersgerechten Assistenzsystemen wird in Frankfurt von der Wohnungsbaugesellschaft AGB Frankfurt Holding in Kooperation mit der Fachhochschu-

²⁷ Pessimistisches Szenario: rd. 10 % der Haushalte haben Interesse an altersgerechter Wohnraumgestaltung.

²⁸ Optimistisches Szenario: rd. 20 % der Haushalte haben Interesse an altersgerechter Wohnraumgestaltung, die Teilhabe ist für alle gesellschaftliche Gruppen möglich.

le Frankfurt am Main, dem Bezirksverband Frankfurt am Main des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), ansässigen Unternehmen für Sicherheitstechnik und dem House of IT ein Feldtest für Ambient Assisted Living Systeme durchgeführt, der sich auf eine Weiterentwicklung des Hausnotrufsystems stützt. Die Erweiterung besteht in einem sensorbasierten Notrufauslöser mittels Fallsensoren und Bewegungsmelder sowie Geräten zur Gefahrenanzeige, z.B. Rauch-, Kohlenmonoxid-, Temperatur- und Wassermelder. Ziel des Projekts ist es, die Akzeptanz und Bedarfe von verschiedenen Nutzergruppen zu ermitteln, um passgenaue Dienstleistungsangebote und neue Geschäftsmodelle für die Wohnungswirtschaft in Kooperation mit Dienstleistern zu entwickeln. Hausnotrufsysteme sind in der Region auch in der Fläche, z.B. im Leistungsportfolio der Wohlfahrtsverbände gut ausgebaut. Dabei wird auf individuelle, z.T. auch maßgeschneiderte Lösungen gesetzt, wobei einzelne Angebote miteinander kombiniert werden können. Nach Angaben von Experten sind die Kundenzahlen von Hausnotrufsystemen in den letzten Jahren gestiegen, was auch auf Preisreduzierungen bzw. kombinierbare Angebote zurückgeführt wird. Wird für Ambient Assisted Living eine monatliche Ausgabenbereitschaft von maximal 20 Euro zugrunde gelegt, könnte bei der Zielgruppe für Assistenzsysteme in Hessen ein jährliches Marktpotenzial von 38 Mio. bis maximal 76 Mio. Euro realisiert werden.

Das hohe Einkommensniveau in der Rhein-Main-Region bietet eine gute Ausgangslage, um auf die Vermarktung von Wohnkomfort mit Unterstützungsleistungen zu setzen. Ob aufgrund des Einkommensniveaus in der Rhein-Main-Region und Hessen auch eine höhere Zahlungsbereitschaft zu erwarten ist, könnte durch eine regionale Erhebung zielgenauer ermittelt werden. Hier könnten auch altersgruppenbezogene Unterschiede sowie Stadt-Land-Unterschiede untersucht und für die Vermarktung von Angeboten genutzt werden. Die Ergebnisse des Feldtests AAL werden ebenfalls Aufschluss über die regionalen Marktpotenziale von Assistenzsystemen im Haushalt geben können.

Ein signifikanter Ausbau der Telemedizin – wie im Versorgungsstrukturgesetz von 2012 zur Ergänzung der medizinischen Versorgung in unterversorgten Gebieten vorgesehen – ist in Deutschland bisher aufgrund politischer und struktureller Barrieren nicht möglich gewesen. Und auch in Hessen und in der Rhein-Main-Region ist kurzfristig nicht mit einem kräftigen Umsetzungssprung zu rechnen. Das rege Engagement der Wohnungswirtschaft beim Thema Barrierefreiheit bzw. -reduzierung eröffnet aber gute Aussichten, Telemedizin als Ergänzung zu Assistenztechnologien im Haushalt zu verbreiten. Damit dieses gelingen kann, könnte eine Plattform der Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main e.v. zum Austausch über Gestaltungsmöglichkeiten, -perspektiven, laufende und zukünftig mögliche Aktivitäten weiterhelfen. Wenn davon ausgegangen wird, dass 4 % der hessischen Bevölkerung an chronischen Erkrankungen leiden, für die Telemedizin eine sinnvolle Ergänzung darstellt, beläuft sich die Schätzung der jährlichen Marktpotenziale bei einer Selbstzahlerquote von 13 % und einer Ausgabenbereitschaft von maximal 50 Euro pro Monat auf etwa 36 Mio. Euro. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass Telemedizin einen größeren Verbreitungsgrad über integrierte Versorgungsverträge erzielen kann als auf dem Selbstzahlermarkt. Entscheidend für die Nachfrage nach neuen Technologien im Haushalt ist der individuelle Nutzen, den sich potenzielle Kunden von den Leistungen versprechen. Bei der Vermarktung von Assistenzsystemen kommt es darauf an, den Mehrwert der Angebote klar herauszustellen und auf eine simple Handhabung zu setzen. Um einen größeren Kreis potenzieller Nutzer zu erreichen, könnten sich Vermarktungsstrategien darauf konzentrieren, den Komfortzuwachs durch Assistenzsysteme stärker zu akzentuieren und individuell aufsetzbare Unterstützungs- und Gesundheitsdienstleistungen als Zusatzdienste anzubieten.

Quartiersgestaltung in der Rhein-Main Region und Hessen

Seit einigen Jahren wird sowohl von der Politik als auch von vielen Akteuren aus der Wirtschaft und Wissenschaft versucht, mit Quartiersmanagement die Lebensqualität vor allem älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger zu verbessern. Hierzu werden „vor Ort“ – vor allem in großstädti-

schen Nachbarschaften – Gemeinschafts-, Beratungs- und wechselseitige Unterstützungsaktivitäten organisiert. In vielen Fällen, etwa im sog. Bielefelder Modell, wird die Wohnungswirtschaft eigenständig aktiv, stimmt sich mit der Sozialwirtschaft (v.a. Pflege) ab und engagiert sich auch für die die Wohnungserneuerung und setzt dabei gelegentlich auch auf die Nutzung von IuK-gestützten Assistenzsystemen.

Angebote, die ein breites Spektrum an Produkten und integrierten Dienstleistungen aus einer Hand bieten können, finden in den letzten Jahren unter dem Stichwort „hybride Dienstleistungen“ zunehmend Beachtung. Für ein integriertes Leistungsportfolio rund um den Haushalt sind Kooperationen der Wohnungswirtschaft mit lokalen Anbietern aus der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Ernährungs- und Hauswirtschaft, der IT-Branche sowie Unternehmen der Haus- und Sicherheitstechnik gefragt. Im Testbetrieb können auf kleinräumiger Ebene des Quartiers mit kalkulierbarem Risiko Kooperationsbeziehungen aufgebaut und hybride Angebote erprobt werden, z.B. im Sinne einer Weiterentwicklung des Hausnotrufes zum Service-Ruf, der neben dem klassischen Notruf auch für die Buchung von Dienstleistungen genutzt werden kann. Fasst man die Schätzungen der Marktpotenziale für altersgerechte Wohnraumgestaltung und Ambient Assisted Living zusammen, ergibt sich in Abhängigkeit der jeweiligen Verbreitungsgrade eine Spanne von 1,63 Mrd. Euro bis zu 3,91 Mrd. Euro für den Haushalt als Gesundheitsstandort. Unter Berücksichtigung der möglichen Umsetzungspotenziale in der Telemedizin erhöhen sich die Marktpotenziale des Gesundheitsstandorts Haushalt geringfügig auf 1,67 Mrd. Euro bis zu 3,95 Mrd. Euro.

Quartiersbezogene Ansätze könnten auch auf die Bedarfslagen in den Randgebieten der Ballungszentren oder für ländliche Gebiete in der Rhein-Main Region und Hessen angepasst werden, um gesundheitsbezogenen bzw. infrastrukturellen Problemen zu begegnen. Quartiersmanagement kann jedoch mehr sein als ein infrastrukturelles Auffangnetz: Die Errichtung von Quartierszentren oder die entsprechende Öffnung von Einrichtungen, z.B. stationäre Alten- und Pflegeheime (Cafeterien und Kantinen) als Treffpunkte für Bürger sowie nachbarschaftliche und ehrenamtliche Hilfen fördern die Interaktion im Quartier, auch zwischen den Generationen.

Apps als Regionallotsen

Der Markt für Gesundheits-Apps ist aufgrund der deutschlandweiten Reichweite kein regionaler Markt. Allerdings sind einige App-Entwickler und Anbieter in der Region ansässig, darunter auch eine große Pharmafirma. Umsätze der Apps regional ansässiger Anbieter fließen dementsprechend wieder in die Region zurück und können zu (geringfügigen) Beschäftigungseffekten führen. Die Rhein-Main Region könnte davon profitieren, die Vorzüge und (Gesundheits- und Kur-)Angebote der Region in einer Regional-App zu präsentieren. Denkbar ist beispielsweise eine gesundheitsbezogene Ausrichtung mit Arzt- Klinik- oder Kur-Finder, sowie Informationen, Anlaufstellen und Hilfen zur Gesundheitsförderung oder für Notfälle. Auch quartiersbezogene Apps könnten das Dienstleistungsangebot (z.B. haushaltsnahe Dienstleistungen, Betreuungsdienstleistungen, Hol- und Bringdienste oder Treffs) in den Quartieren präsentieren und auf neue Technologien aufmerksam machen.

3.5 Gesundheit als Freizeitaktivität: Gesundheitstourismus und Medical Wellness

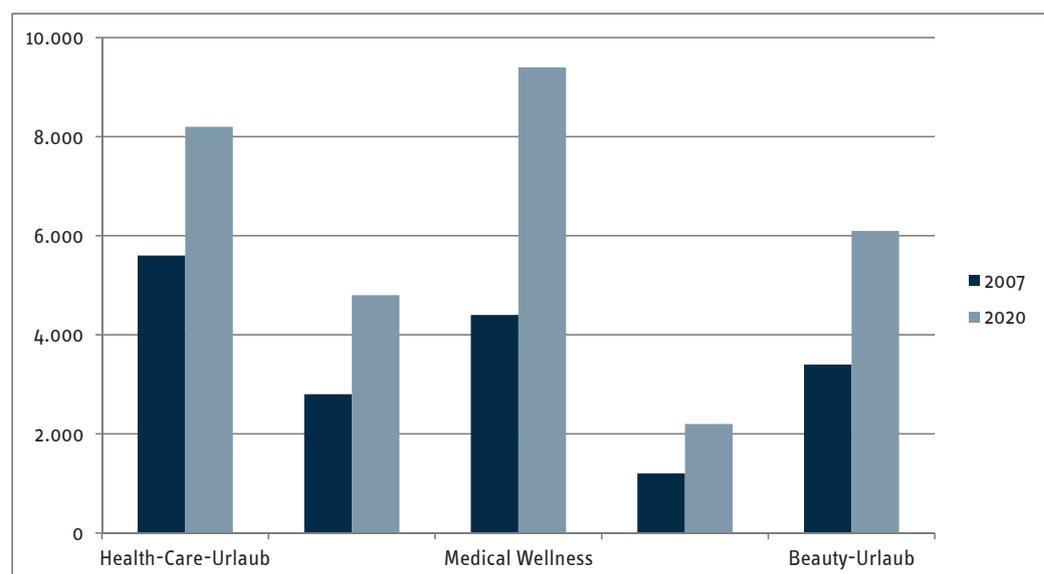
Auch im Tourismus und im Bereich Erholung und Wellness spielt das Thema Gesundheit mittlerweile eine wichtige Rolle: Laut Analyse der Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen ist für zwei Drittel der Deutschen das Motiv „Entspannung im Urlaub“ besonders wichtig; „konkret etwas für die Gesundheit im Urlaub tun“ erachten immerhin noch 35 % für bedeutsam. Der reine Gesundheitsurlaub ist in Deutschland aber immer noch ein Nischenmarkt, im Zeitraum von 2008 bis 2010 haben nur rund 7 % der Bevölkerung einen Gesundheitsurlaub, 6 % einen Wellnessurlaub und 5 % eine Kur im Urlaub (Urlaub mit Kuranwendungen) unternommen. Entge-

gen der bisherigen Erfahrungen wird dem Gesundheitstourismus jedoch ein großes Entwicklungspotenzial zugesprochen. Im Januar 2011 interessierten sich 22 % der Bevölkerung für einen Wellnessurlaub in den nächsten drei Jahren, 21 % für einen Gesundheitsurlaub und 16 % für eine Kur im Urlaub (Grimm/Winkler 2011). Die Gründe hierfür liegen insbesondere in dem wachsenden Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und der damit einhergehenden Bereitschaft, private Mittel für die eigene Gesundheit zu investieren. Dies gilt ganz besonders für die Gruppe der über 50-Jährigen (Generation „50plus“).

Für den Gesundheitstourismus existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen: Generell kann der Gesundheitstourismus als Oberbegriff für einen touristischen Aufenthalt mit dem Ziel der Wiederherstellung, Erlangung oder Erhaltung der Gesundheit an einem Bestimmungsort verstanden werden (Kaspar 1996). Zentrales Merkmal des Gesundheitstourismus ist die Inanspruchnahme von bestimmten gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (Rulle 2004). Innerhalb der letzten Jahre hat zudem eine erhebliche Ausdifferenzierung von unterschiedlichen Ausprägungsformen innerhalb des Gesundheitstourismus stattgefunden. Neben dem traditionellen Kurtourismus konnte sich der Wellnessurlaub am Markt etablieren. Eine noch junge Gesundheitstourismusform liegt zudem im Medical Wellness Urlaub begründet. Wenngleich noch keine abschließende Definition für Medical Wellness vorliegt, finden sich hierunter zusammenfassend Angebote, die der speziellen Gesundheitsförderung dienen und sich durch medizinische Betreuung auszeichnen. Dieser Urlaubsform werden zukünftig besondere Wachstumspotenziale zugesprochen. So wird sich die Zahl der Interessenten an einem Medical Wellness Urlaub einer Studie des Instituts für Freizeitwirtschaft zufolge zwischen 2007 und 2020 von knapp 4,5 Millionen auf über neun Millionen mehr als verdoppeln. Somit wird sich diese Urlaubsform zukünftig ebenfalls am Markt etablieren und eine Konkurrenz gegenüber dem traditionellen Gesundheitsurlaub darstellen. Die Anbieter im Bereich Medical Wellness und Gesundheitstourismus stammen sowohl aus dem klassischen Ersten Gesundheitsmarkt, also den traditionellen Rehaeinrichtungen und Kuranbietern, als auch aus dem klassischen Tourismusgewerbe, also Hotels, Fitnessanbieter oder Thermen.

Abbildung 18:
Gesundheitstourismus-Interessenten nach Urlaubsform, 2007 und 2020

Quelle: eigene Darstellung
in Anlehnung an: Institut für
Freizeitwirtschaft 2008



Betrachtet man den Gesundheitstourismus des Zweiten Gesundheitsmarktes (ohne die klassischen Rehaeinrichtungen), so kann man ein Umsatzvolumen im Jahr von rund 812,7 Mio. Euro für Hessen und rund 759,3 Mio. Euro für die Rhein-Main-Region abschätzen (Berechnungen

IAT auf Basis der Umsatzsteuerstatistik). Welche zusätzlichen Potenziale alleine durch die Kur- und Heilbäder generiert werden, ist in einer Studie des DWIF, die vom Heilbäderverband Hessen e.V. herausgegeben wurde, ermittelt worden:

Insgesamt 1.853,5 Mio. Euro werden in den Kurorten und Heilbädern umgesetzt, wobei 51 % auf das Gastgewerbe entfallen, 19,9 % auf den Einzelhandel und 28,4 % auf weitere Dienstleistungen. (dwif e.V. 2011: 6).

Durch die neue Marketingstrategie „Die neue Kur“ versucht der Heilbäderverband e.V., den Privatzahlermarkt anzuvisieren und sich stärker dem Bereich der Primärprävention zu öffnen. Ein wichtiges Themenfeld ist der Bereich der Erholung und Entspannung, insbesondere zur Vermeidung von Burn-Out und weiteren psychischen Erkrankungen. Damit gewinnt der Bereich – auch in Verbindung mit betrieblicher Gesundheitsförderung – enorm an Bedeutung. Mögliche Zielgruppen zur Ansprache sind somit nicht nur Privatkunden, sondern Unternehmen und Multiplikatoren, wie Kammern und Verbände. Dabei werden die Angebote stärker auf die Bedarfe von Kurzreisenden angepasst, da Selbstzahler zwar insgesamt häufiger verreisen wollen, aber kürzere Reisen wünschen. Für die Kur- und Heilbäder geht es somit zukünftig darum, noch stärker auf die Wünsche der Selbstzahler einzugehen. Dies wird jedoch – wie im Grundsatzpapier erläutert – nicht durch einen Preiswettbewerb gelingen, sondern kann nur durch einen Qualitätswettbewerb erfolversprechend sein.

Als gelungenes Kooperationsbeispiel aus einer anderen Region kann die Initiative Teuto50plus genannt werden. Hier haben sich Anbieter aus der Kurortregion OstWestfalenLippe (OWL) zusammengeschlossen, um gemeinsame Angebote sowohl zum Wandern, zur Erholung (Wellness) gezielt für die Gruppe der Seniorinnen und Senioren anzubieten und aktiv zu bewerben. Zudem werden auch gezielt indikationsspezifische Angebote vermarktet.

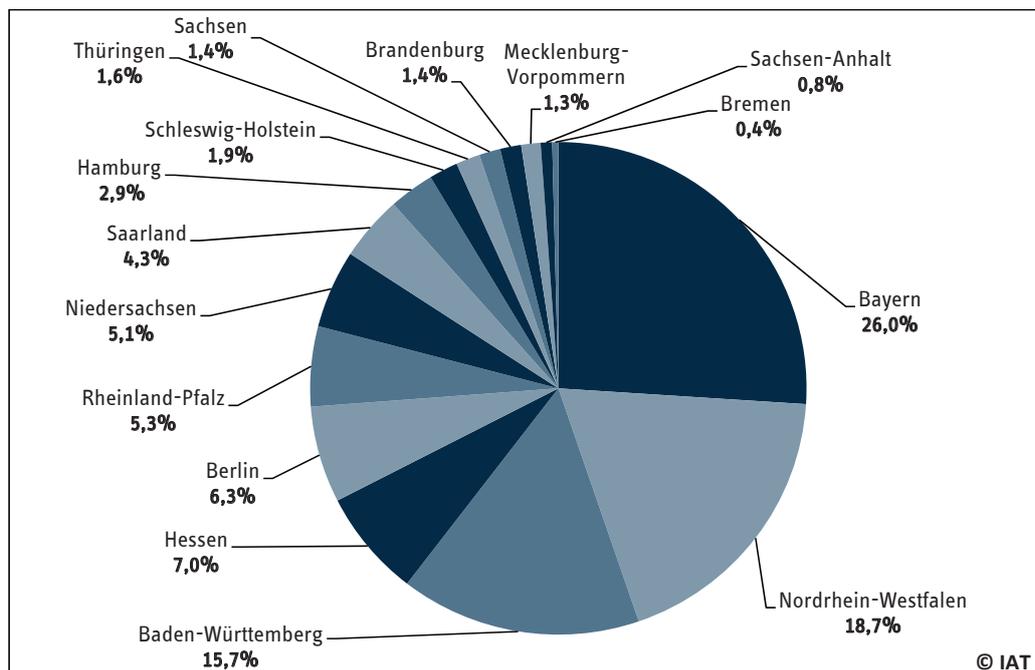
Während die ländlichen Regionen und Kurorte stärker die Bereiche Erholung in Kombination mit „natürlichen“ Erholungsangeboten, wie guter Luft, schöner Landschaft u.Ä. verbinden und aktiv bewerben, können die urbanen Destinationen ihre Angebote stärker in Kombination mit Kulturangeboten verbinden. Dies gilt auch für die Rhein-Main-Region, wo beides regional nah zusammenfällt. Als weitere Angebote sind hier medizinische Check-Ups z.B. für Führungskräfte denkbar, da von vielen Unternehmen dieses Angebot zukünftig nach Meinung vieler Experten weiter nachgefragt werden wird (BMWI 2011: 17).

Neben dem Engagement von Regionen, Einrichtungen und Hotels, Gesundheitstouristen zu gewinnen, ist die Behandlung von ausländischen Patienten unter dem Stichwort Patienten- bzw. Medizintourismus in deutschen Krankenhäusern ein weiterer Baustein der überregionalen Profilierung einer Gesundheitsdestination. Entsprechende rechtliche Grundlage für die Behandlung von Patienten aus dem Ausland stellt die 1998 in Kraft getretene 5. Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung dar, die es Krankenhäusern ermöglicht, die Behandlung von Patienten aus dem Ausland außerhalb ihres Krankenhausbudgets abzurechnen und somit zusätzliche Einnahmen zu erwirtschaften.

Insgesamt summierten sich die Krankenhausfälle mit Wohnsitz im Ausland im Jahr 2012 auf 87.705. Bei einer Fallzahl von insgesamt rund 19 Mio. Krankenhausfällen in Deutschland macht dies nur einen Anteil von 0,45 % aus, was verdeutlicht, dass es sich bei diesem Markt um eine kleine Nische für ausgewählte Krankenhäuser handelt. Dies gilt auch für das Bundesland Hessen, in dem im Jahr 2012 6.173 Krankenhausfälle mit Wohnsitz im Ausland behandelt wurden. Hessen liegt damit anteilmäßig auf dem vierten Platz, hinter Bayern, NRW und Baden-Württemberg.

Abbildung 19:
Anteil der Krankenhausfälle mit Sitz im Ausland in den einzelnen Bundesländern an allen Krankenhausfällen mit Wohnsitz im Ausland 2012

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Krankenhausentlassungsstatistik, Statistisches Bundesamt



Grundsätzlich lassen sich zwei Typen von Patienten unterscheiden, die sich außerhalb ihres eigenen Wohnlandes behandeln lassen: Diejenigen, die sich für eine elektive Behandlung bewusst in ein deutsches Krankenhaus begeben und solche, die beispielsweise als Touristen eine medizinische Akutbehandlung bei einem Aufenthalt in Deutschland benötigen. Im Falle der gezielten Auswahl von Deutschland als Behandlungsland liegen die Motivlagen der Patienten in der „Nicht-Verfügbarkeit der medizinischen Leistung“ im eigenen Land sowie in der Qualität sowie Preis dieser Leistung begründet (Lutze et al. 2010). Ein Blick auf die Diagnosen der ausländischen Behandlungsfälle verdeutlicht, dass es sich in vielen Fällen um Notfälle handelt, die eine sofortige Akutversorgung benötigen. In diesen Fällen profitieren deutsche Krankenhäuser von ausländischen Gasttouristen, ohne dafür selber die Ursache zu sein (vgl. Bandemer/Salewski/Schwanitz 2009). Gleichzeitig zeigt sich, dass aus bestimmten Herkunftsregionen – wie zum Beispiel den arabischen Ländern – der Großteil der Patienten mit der Absicht eines medizinischen Eingriffs nach Deutschland reist. So dominieren beispielsweise bei den Patienten aus Kuwait Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Neubildungen (Lutze et al. 2010).

In der Rhein-Main-Region hat sich das Medical Network Hessen darauf spezialisiert, gezielt ausländische Patientinnen und Patienten anzusprechen. Das Netzwerk koordiniert dabei den gesamten Aufenthalt des ausländischen Patienten von der Diagnose bis zur Rehabilitation. Netzwerkpartner sind Avadent Clinic Dr. Henrich & Coll, DKD Deutsche Klinik für Diagnostik, Fresenius SE, Hessischer Heilbäderverband, Kerckhoff Klinik, Kerckhoff Rehabilitations-Zentrum, Klinik Dr. Baumstark, Kur-Royal Day Spa, med call GmbH, Medico Services GmbH, Universitätsklinikum Frankfurt, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH.

In den nächsten Jahren wird die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Reise- und Erholungsangeboten weiter ansteigen. Die Gründe liegen nicht nur im demografischen Wandel, sondern auch in dem steigenden Gesundheitsbewusstsein vieler Menschen. Dabei werden nicht nur die klassischen Volkskrankheiten eine Bedeutung einnehmen, sondern insbesondere der Bereich der psychosozialen Gesundheit sowohl in der Primärprävention als auch in der Diagnostik, Versorgung und Rehabilitation. Die Ansprüche von Selbstzahlern sind dabei hoch, zumal der Wettbewerb zwischen den Anbietern sich nicht nur auf Deutschland beschränkt, sondern weit darüber hinausgeht. Für die Anbieter und Kurorte sind somit folgende Punkte für die weitere Entwicklung von entscheidender Bedeutung:

Barrierefreiheit: Sowohl urbane als auch ländliche Regionen stehen vor der Herausforderung, die infrastrukturellen Rahmenbedingungen für die älter werdende Gesellschaft weiter anzupassen. Insbesondere Kurorte sollten auf Barrierefreiheit achten. Dies gilt nicht nur für die klassischen Besucher von Kurorten, sondern auch für die Kundengruppe der anspruchsvollen Selbstzahler. In Bad Homburg ist hierzu bereits ein Projekt²⁹ gestartet, um die Mobilität älterer Menschen im öffentlichen Raum zu verbessern.

Qualität der Dienstleistungen: Selbstzahler sind sehr viel anspruchsvoller als klassische Kurbesucher und Patienten. Dies gilt sowohl für die angebotenen Produkte und Dienstleistungen selbst als auch für die Qualifizierung der einzelnen Mitarbeiter. Anbieter aus dem klassischen Tourismusbereich sollten bei gesundheitsbezogenen Angeboten professionelle Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen zur Unterstützung suchen. Gleichzeitig sollten Anbieter aus dem traditionellen Gesundheitsbereich, die sich dem Selbstzahlermarkt öffnen, sich stärker auf Kundenwünsche und Dienstleistungsarbeit fokussieren und sich hier auch durch Kompetenzen aus dem Tourismusbereich verstärken.

4 Zusammenfassung

Ergebnisse im Überblick

Die vorliegende Studie hat zum einen den Gesamtbereich des Zweiten Gesundheitsmarktes im Blick und untersucht zum anderen mit größerer Tiefenschärfe ausgewählte Teilbereiche. Dabei sollten nicht nur generelle Erkenntnisse über die Entwicklung in Deutschland erfasst werden, sondern es ging gerade auch darum, die Besonderheiten, die Stärken, Schwächen und Chancen für Hessen und für die Gesundheitsregion Rhein-Main zu erfassen. Mit Blick auf den Gesamtbereich des Zweiten Gesundheitsmarktes sind folgende zentrale Ergebnisse festzuhalten:

Der Zweite Gesundheitsmarkt in der Rhein-Main-Region ist ein großer und dynamischer Wirtschaftsfaktor. Hier arbeiten ca. 28.300 Beschäftigte und erzielen Umsätze in der Größenordnung von rund 3,59 Mrd. Euro. Für Hessen liegen die entsprechenden Werte bei rund 30.200 Beschäftigten sowie einem Umsatz von 5,56 Mrd. Euro. Des Weiteren zeichnet sich der Zweite Gesundheitsmarkt durch ein kräftiges Wachstum aus. In der Zeit von 2009 bis 2012 stiegen die Beschäftigung um 8,6 %, die Umsätze um 17 %. In Hessen gab es ein Wirtschaftsplus von 5,6 % und ein Beschäftigtenplus von 7,1 %. Mit einer Bevölkerungs- und Sozialstruktur, die im deutschlandweiten Vergleich überdurchschnittlich gebildet ist und vergleichsweise hohe Einkommen erzielt, ist der Zweite Gesundheitsmarkt auch für die Zukunft auf Wachstum programmiert.

Das Gewicht, die Dynamik und die Zukunftsfähigkeit des Zweiten Gesundheitsmarktes erklären sich vor allem daraus, dass es beim sozialen, wirtschaftlichen und wissenschaftlich-technischen Wandel einen Megatrend Gesundheit gibt. Die Alterung der Gesellschaft, der Wertewandel und das mit ihm steigende Gesundheitsbewusstsein wie auch die wachsenden medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse über die Machbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit von Gesundheit lassen diese zu einem Orientierungsimperativ für immer mehr Bereiche des Lebens- und Berufsalltags und zu einem integralen Bestandteil von immer mehr Produkten und Dienstleistungen werden – auch und gerade bei Angeboten jenseits der Leistungs- und Finanzströme der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen im Zweiten Gesundheitsmarkt.

²⁹ Das Projekt *namo – nahtlose, barrierefreie Informations- und Mobilitätsketten für ältere Menschen* – wird vom Bundesministerium für Bildung gefördert. Ziel ist die zielgruppengerechte Information über durchgängige zugängliche Reiseketten von Haus zu Haus durch die Entwicklung eines „elektronischen Reisebegleiters“.

Beim gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Austausch über den Stand der Entwicklung im Zweiten Gesundheitsmarkt wird oftmals verkürzt an Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), an ästhetische Chirurgie oder an alternative bzw. komplementärmedizinische Angebote gedacht. Die Analysen der vorliegenden Studie drängen dazu, den Zweiten Gesundheitsmarkt deutlich weiter zu denken. Ganz wichtige Impulse – auch mit hoher Umsatz- und Beschäftigungswirkung – werden auch und gerade von gesundheitsbezogenen Aktivitäten im Umfeld des Wohnens und in den Unternehmen und Betrieben der Wirtschaft erzielt bzw. stehen dort in Aussicht. Eine verlässliche Grundlage hierfür sind die starken Trends zum „Gesundheitsstandort Haushalt“ und zum „Quartiersmanagement“ sowie die Gezeitenwende am Arbeitsmarkt: Viele Anzeichen sprechen dafür, dass die Wohnungswirtschaft ihre Investitionen in barrierefreie, zumindest aber barrierearme und gesundheitsfördernde Wohnungen ausbaut und dass die Unternehmen der Wirtschaft sich vermehrt für gesundheitsverträgliche Arbeitsplätze und -bedingungen engagieren. Bemerkenswert an dieser Entwicklung ist, dass die Treiber und die finanzielle Basis für die letztgenannten Handlungsfelder des Zweiten Gesundheitsmarktes nicht private Konsuminteressen und -ausgaben, sondern Investitionen aus der Wirtschaft selbst sind.

Quantitative Beschreibungen der Bedeutung der einzelnen Teilbereiche des Zweiten Gesundheitsmarktes in Hessen und in der Rhein-Main-Region fallen außerordentlich schwer, da es dafür keine einheitliche und kontinuierliche Berichterstattung gibt. Gleichwohl sind in der vorliegenden Studie auf Basis der vorhandenen, zumeist bundesweit angelegten Untersuchungen sowie gestützt auf Experteninterviews ungefähre Schätzungen erstellt worden:

- » Der Bereich der elektiven und privat finanzierten Gesundheitsleistungen beläuft sich in Hessen auf deutlich über 1 Mrd. Euro pro Jahr; seine Zukunftsaussichten sind als moderat positiv anzusehen – moderat deshalb, weil die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt haben, dass sich dieser Bereich nur verhalten entwickelt und weil es keinen Grund für die Annahme gibt, dass mit einem Trendbruch zu rechnen sei.
- » Beim Gesundheitsstandort Haushalt sind die aktuellen Umsätze zwar noch eher bescheiden, jedoch wird für die kommenden Jahre mit kräftigen Wachstumsmöglichkeiten gerechnet. Ganz grob geschätzt könnten sie sich für die Rhein-Main-Region auf 200 Mio. Euro pro Jahr addieren.
- » Für Hessen werden die Ausgaben für das betriebliche Gesundheitsmanagement in einer fast ähnlichen Größenordnung, rund 310 Mio. Euro, eingeschätzt. Allerdings erfolgt hier ein Zusammenspiel mit den Aktivitäten der Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und Krankenversicherungen, deren Beiträge zu Prävention und zum Gesundheitsmanagement selbst aber erheblich niedriger liegen.
- » Beim Gesundheitstourismus – einer bereits lange etablierten und stark wachsenden Teilbranche des Zweiten Gesundheitsmarktes – gehören Hessen und die Rhein-Main-Region – von einigen Spitzendestinationen abgesehen – nicht zu den klassischen Anbieterregionen. Gleichwohl stellen der Gesundheitstourismus, Medical Wellness und Fitness in der Rhein-Main-Region mit knapp 760 Mio. Euro Jahresumsatz und in Hessen mit gut 810 Mio. Euro einen beachtlichen Wirtschaftsfaktor dar. Branchenkenner und -entwickler sind zuversichtlich, ihn mit innovativen Angeboten in Zukunft noch weiter steigern zu können. Eine vielversprechende Suchrichtung ist hier etwa der gesundheitsbezogene Kurzzeittourismus in Kur- und Heilbädern für Ältere aus großstädtischen Agglomerationen.

Im Vergleich zu den skizzierten „Riesen“ des Zweiten Gesundheitsmarktes sind die sich abzeichnenden neuen, lebenswissenschaftlich fundierten Wege der maßgeschneiderten Gesundheitsförderung deutschlandweit wie auch in Hessen bei Umsätzen und Beschäftigung eher bescheiden einzuschätzen. Gleichwohl wird ihnen für die Zukunft ein großes Potenzial attestiert. Insbesondere die Rhein-Main-Region hat hervorragende Aussichten dazu beizutragen und davon zu profitieren.

Stärken, Schwächen, Potenziale

Mit Blick auf Stärken, Schwächen und Potenziale Hessens und der Rhein-Main-Region im Zweiten Gesundheitsmarkt fällt zunächst auf, dass die generellen Gegebenheiten sich nicht grundlegend von denen in Deutschland insgesamt unterscheiden. Das ist bei einer so großen Region auch nicht anders zu erwarten. Bei genauerem Hinsehen zeigen sich dennoch Besonderheiten. Zu nennen sind vor allem:

- » Bei den Biotechnologien, den Lebenswissenschaften und den damit verbundenen neuen Wegen der maßgeschneiderten Gesundheitsförderung hat die Rhein-Main-Region überdurchschnittliche Potenziale. Eine vielversprechende Option, sie weiter auszubauen und bekannt zu machen, könnte darin bestehen, insbesondere solche Ansätze zu unterstützen, bei denen die Entdeckung von individuellen Risiken auch mit aussichtsreichen Präventions- und Behandlungsstrategien beantwortet werden kann.
- » Die Wohnungswirtschaft in der Untersuchungsregion gehörte zu den Pionieren der Entwicklung des Gesundheitsstandorts Haushalt und hat von Anfang an darauf gesetzt, zur Gesundheitsförderung und für die Betreuung Älterer daheim auch die modernen Informations- und Kommunikationstechniken zu nutzen. Im Zusammenspiel mit anwendungsorientierter Forschung, Entwicklung und Erprobung – die ebenfalls in der Region zu Hause sind – bieten sich hier Chancen für eine dynamische Entwicklung. Hilfreich wäre sicherlich eine Plattform, auf der Ansätze, Wege, Kooperationsmöglichkeiten, Geschäftsmodelle ausgetauscht und – wenn nötig – auch entwickelt werden können. Insbesondere Existenzgründer brauchen solche Orientierungs- und Kooperationsstrukturen, um ihre Entwicklungschancen auszuloten und durch partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen zu verbessern.
- » Bei den privat finanzierten elektiven Gesundheitsleistungen ist die Untersuchungsregion ebenfalls stark vertreten. Dies kann angesichts der überdurchschnittlich guten Einkommens- und Bildungsstrukturen nicht überraschen. Durch einen Ausbau von Transparenz und durch Verbesserungen bei der Entwicklung und Präsentation von Qualität kann hier mehr Aufmerksamkeit und Verbrauchervertrauen für einschlägige Angebote erzielt werden. Seitens einiger Organisationen der Anbieter, von Berufsverbänden und Kammern, aber auch von Verbraucherorganisationen sind hierfür schon vielversprechende Ansätze geschaffen worden. Aus der Region wurde des Weiteren angeregt, die in- und ausländische Vermarktung der starken regionalen Angebote zur plastischen Chirurgie auszubauen. Davon können dann auch die in der Region reichlich vorhandenen Angebote zur ästhetischen Chirurgie, die ja überwiegend privat finanziert werden, profitieren.
- » Beim betrieblichen Gesundheitsmanagement finden sich in der Untersuchungsregion vielfältige und avancierte Einzelaktivitäten, vor allem auch von größeren Unternehmen. Weitere Aktivitäten könnten in der Rhein-Main-Region und in weiteren hessischen Teilregionen Sinn machen.

- » Im Handlungsfeld Gesundheitstourismus, Medical Wellness und Gesundheitssport glänzt die Untersuchungsregion zwar überregional nur mit einigen ausgewählten Angeboten und Destinationen, gleichwohl ist dieser Bereich ökonomisch höchst relevant, ausbaufähig und chancenreich. Ein vielversprechendes Aktionsfeld für die Zukunft könnte sein, dass Kur- und Rehaeinrichtungen stärker auf Angebote für Selbstzahler setzen, ein Konzept, das vom Deutschen Heilbäderverband mit dem Begriff „Die neue Kur“ belegt wurde. Hier könnten Anbieter aus den Kur- und Heilbädern der Region wahrscheinlich dann besonders erfolgreich sein, wenn sie gezielt Angebote für Kunden aus den großen Ballungsräumen ausbauen. Kurzzeittouristische Angebote mit Gesundheitsbezug könnten genauso dazu gehören wie bessere Angebote für Reisende mit zu betreuenden Angehörigen.

Handlungschancen und ihre Adressaten

Welche Handlungschancen bieten die Ergebnisse der Studie und welche Akteure können welchen Beitrag dazu leisten, dass der Zweite Gesundheitsmarkt seine Wachstumspotenziale noch stärker entfaltet?

Dazu müssen drei Handlungsebenen genauer betrachtet werden.

Die **erste Handlungsebene** ist der Zweite Gesundheitsmarkt selbst. Hier spielen die klassischen Instrumente der Produktentwicklung und des Marketings eine entscheidende Rolle. Wenn immer mehr Menschen bereit sind, für Ihre Gesundheit, ihre Lebensfreude und ihr Aussehen Geld auszugeben, dann haben eine wohlhabende Metropolregion wie Rhein-Main und ein landschaftlich reizvolles Land wie Hessen viele Möglichkeiten und die besten Voraussetzungen, diese Vorteile in wirtschaftliche Erfolge umzumünzen. Voraussetzung dafür sind die Entwicklung marktfähiger Produkte, eine überzeugende Preispolitik und nicht zuletzt eine ausgefeilte Kommunikationsstrategie zur Vermarktung der Produkte.

Die **zweite Handlungsebene** ist der Bereich, in dem sich Angebote des regulierten Ersten Gesundheitsmarktes mit dem Zweiten Gesundheitsmarkt überschneiden. Ein Beispiel ist der Streit um Langzeit-Insulin. Zunächst entschied der Gemeinsame Bundesausschuss, dass die gesetzlichen Krankenkassen das Medikament nicht bezahlen müssten, weil es zwar für Patienten komfortabler, nicht aber wirksamer als herkömmliche Medikamente gegen Diabetes sei. Das Bundesgesundheitsministerium hob diese Entscheidung 2010 auf. Eine Alternative wäre es gewesen, die Patienten könnten selbst entscheiden, ob sie weiterhin mehrfach täglich herkömmliches Insulin spritzen wollen, oder ob sie bereit sind, für das bequemer einsetzbare Langzeitinsulin einen Aufschlag zu bezahlen. Vergleichbare Beispiele gibt es viele. Hier wäre es sinnvoll, mehr Fantasie darauf zu verwenden, Spielräume für souveräne Patientenentscheidungen zu treffen, anstatt auf der Veränderungsbremse zu stehen. Zu prüfen wäre auch, ob eine Öffnung der bislang weitgehend getrennten Systeme gesetzlicher und privater Krankenversicherungen zu einer Dynamisierung des Zweiten Gesundheitsmarktes beitragen könnte.

Die **dritte Handlungsebene** ist der regulierte Erste Gesundheitsmarkt selbst. Hier stellt sich die Frage nach der Aufnahmefähigkeit dieses durch gesetzliche Kranken-, Renten- und Pflegeversicherungen finanzierten Marktes für neue oder andere Leistungen. Viele Produkte und Dienstleistungen des Zweiten Gesundheitsmarktes stehen in einem engen Wechselverhältnis mit Aktivitäten und Angeboten des Ersten Gesundheitsmarktes. Allerdings sind viele Angebote des Zweiten Gesundheitsmarktes in ihren Entwicklungsperspektiven dadurch beeinträchtigt, dass unklar ist, ob, wann und unter welchen Bedingungen sie Eingang in den Leistungskatalog des Ersten Gesundheitsmarktes finden. Ganz besonders haben die Entwicklung der Telemedizin und der Markt für „Altersgerechte Assistenzsysteme für das selbstbestimmte Leben im Alter“ (AAL; „Ambient Assisted Living“) darunter gelitten. Sicherlich ist es nicht möglich, vorab zu bestimmen, welche Gesundheitsinnovationen wann von den Gesundheits- und Krankenversicherungen erstattungsfähig sein werden. Soweit zu den drei Handlungsfeldern.

Über viele Leistungen des Zweiten Gesundheitsmarktes wird mit Blick auf Transparenz und Qualitätsfragen kontrovers diskutiert. Dies gilt vor allem für privat finanzierte **elektive individuelle Gesundheitsleistungen**. Eine Antwort darauf kann der Ausbau und die Etablierung von Instrumenten für mehr Transparenz und Qualität sein, wie dies die Bundesregulierung plant.

Beim **betrieblichen Gesundheitsmanagement** geht ein innovativer Trend in Richtung Austausch und Zusammenarbeit zwischen den aktiven Unternehmen sowie zum Brückenschlag zu kommunalen und regionalen Initiativen. Als Best Practice dient der „Arbeitskreis Gesundheit“ des Demografienetzwerks FrankfurtRheinMain, der unter Federführung der Industrie- und Handelskammer Frankfurt am Main und des Berufsförderungswerks Frankfurt Unternehmen, Dienstleister und kommunale Akteure bei diesem wichtigen Personal- und Zukunftsthema zusammenbringt.

Beim **Gesundheitstourismus** läuft vieles auf Projektentwicklungen und Gemeinschaftsaktivitäten hinaus, die auf die Bedürfnisse und Interessen spezifischer Zielgruppen (vor allem Älterer) ausgerichtet sind. Als Treiber, Impulsgeber, Moderatoren und eventuell, auch als Organisatoren sind hier der Heilbäderverband und die Tourismusorganisationen angesprochen.

Bei Fragen nach neuen Wegen zur „**maßgeschneiderten Gesundheitsförderung**“ lag bislang das fachliche Schwergewicht auf Produktinnovationen, vor allem bei der Forschung und Entwicklung von neuen diagnostischen Möglichkeiten. Sollte der oben genannte Vorschlag aufgegriffen werden, die neuen diagnostischen Möglichkeiten mit Präventions- und Behandlungsmethoden zu verbinden, dann wäre bei der Forschung und Entwicklung auch ein Brückenschlag von der Produktinnovation zu Prozessinnovationen nötig. Erforderlich sind Systemlösungen, die neue Wege der Diagnostik mit Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten verbinden. Wie die dafür notwendigen Kooperationen und Verbünde geschaffen werden können, ist noch weitgehend Neuland. Möglicherweise könnte ein Weg darin bestehen, dass die Akteure aus den verschiedenen Kompetenzfeldern (Stakeholder) gemeinsam mit der Politik darauf einwirken, dass ein Forschungs- und Entwicklungsprogramm des Landes, eventuell unterstützt von Unternehmen der forschenden Arzneimittelindustrie, aufgelegt wird, um übergreifende Entwicklungsprojekte zu initiieren und zu fördern. Innovative Angebote zur maßgeschneiderten Gesundheitsförderung im Sinne von Systemlösungen zu begreifen und zu unterstützen, ist gerade auch für Unternehmensgründer und für Klein- und Mittelbetriebe eine immer wichtiger werdende Rückendeckung. Wenn nicht rechtzeitig Brücken zur Vermarktung und Nutzung gebaut werden, drohen hohe wirtschaftliche Risiken.

Wie kann die Entwicklung von den beteiligten Akteuren beschleunigt werden?

Die **Bundesregierung** muss die Rahmenbedingungen für mehr Wettbewerb im gesamten Gesundheitswesen schaffen. Der „Kontraktionszwang“ muss eingeschränkt, die Vertragsfreiheit zwischen Kostenträgern und Anbietern von Gesundheitsleistungen ausgebaut werden.

Die **Hessische Landesregierung** kann die Ergebnisse dieser Studie gezielt in die vorhandenen Instrumente der Wirtschafts- und Tourismusförderung einfließen lassen und damit die Entwicklung dieser Branchen beschleunigen.

Die **Organisationen der Wirtschaft und die Kammern** sollen Existenzgründungen verstärkt fördern und für die Berufe in der Gesundheitswirtschaft werben.

Die **Unternehmen** sollen das betriebliche Gesundheitsmanagement zu einer zentralen Aufgabe ihrer Unternehmenskultur machen.

Die **Kommunen** sollen sich – auch mit Hilfe von (kommunalen) Wohnungsunternehmen – an der Entwicklung eines gesundheitsorientierten Quartiersmanagements und einer Linderung medizinischer Unterversorgung im ländlichen Raum – etwa durch Bildung von Gesundheitszentren – beteiligen.

Viele der hier angesprochenen Handlungsempfehlungen können beschleunigt werden, wenn die gesundheitswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Akteure der Metropolregion eine **Koordinierungsstelle** etablieren und finanzieren, wie dies in anderen Metropolregionen wie zum Beispiel Rhein-Neckar oder anderen Bundesländern der Fall ist.

Die **Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main e.v.** wird sich neben ihrer Arbeit als Impulsgeber und Moderator für Aktivitäten zur gemeinschaftlichen Entwicklung des Zweiten Gesundheitsmarkts für die Schaffung und gemeinschaftliche Finanzierung einer solchen Koordinierungsstelle einsetzen, nachdem entsprechende Ermunterungen auch von einigen, der für die vorliegende Expertise interviewten Experten und Praktikern aus der Region kamen.

5 Literaturverzeichnis

Abrechnung aktuell Arztpraxis 2000: Der IGEL bekommt Rückenwind: Private Zusatzversicherung für GKV-Versicherte zu IGEL-Leistungen. Ausgabe 12/2000, S. 10. [www.iww.de/aaa/archiv/selbtzahlerleistungen-der-igel-bekommt-rueckenwind-private-zusatzversicherung-fuer-gkv-versicherte-zu-igel-leistungen-f38102, zuletzt abgerufen am 17.06.2014]

ACREDIS Zürich 2013: Schönheitschirurgie in Deutschland 2012. [www.acredis.com, zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Albrecht, H. 2013: Zur Lage der Komplementärmedizin in Deutschland. *Forsch Komplement-med* 2013; 20:73-77 (DOI: 10.1159/000347149)

American Society of Plastic Surgeons 2014: American Society of Plastic Surgeons Reports 15.1 Million Cosmetic Procedures in 2013; Marks Fourth Consecutive Year of Growth. [<http://www.plasticsurgery.org/news/past-press-releases/2014-archives/plastic-surgery-procedures-continue-steady-growth-in-us.html>, zuletzt abgerufen am 02.06.2014]

Ärztezeitung 2012: KV Hessen genervt vom „IGeL-Bashing“. [http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/igel/article/805209/kv-hessen-genervt-igel-bashing.html, zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Badura, B. / Hehlmann, T. 2003: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Heidelberg.

BÄK – Bundesärztekammer/ KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012: Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte. 2. Aufl. Berlin. [<http://www.igel-check.de>, zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Bandemer, S. von / Salewski, K. / Schwanitz, R. 2009: Die Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft: was kommt nach Medizintechnik und Pharmaindustrie? Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. *Forschung Aktuell*, Nr. 11/2009.

BASYS/ Berger/ TU Berlin 2009: Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Berlin.

Benz, C. 2012: Zahnmedizin bis 2030 – Trends und Prognosen. Aktuelle Zahlen des IDZ, des WiFOR und der KZBV. In: *BZB Juli/August 2012*. S. 12 – 14

Bieber, T./ Broich, K. 2013: Personalisierte Medizin. Zielsetzungen und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsbl* 2013 56:1468-1472.

Biotechnology.de 2014: Die deutsche Biotechnologie-Branche (2014). Berlin.

BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.) 2011: Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland. Leitfaden. Berlin.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2013: Altersgerecht umbauen – mehr Lebensqualität durch weniger Barrieren. Berlin.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2011: Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Forschungen Heft 147. Berlin.

Bonitz, D. / Eberle, G. / Lück, P. 2007: Wirtschaftlicher Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen. Ergebnisse einer Managementbefragung. AOK-Bundesverband (Hg.), Bonn.

Bräuninger, D. 2012: Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial. 7. November 2012. www.dbresearch.de

Breuer, U. 2012: Editorial von VDZI-Präsident Breuer in der Dentalzeitung 6/2012 zum Thema Mundgesundheit und zur zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung.

Bundestagdrucksache 2013: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten zum Thema „Komplementärmedizin – Forschung und Anwendung in Deutschland. Bundestagdrucksache 17/14377. [<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/143/1714377.pdf>, zuletzt abgerufen am 17.06.2014].

Bvitg – Branchenverband Gesundheits-IT 2014: Branchenbericht IT-Lösungen im Gesundheitswesen 2014. [<http://www.bvitg.de/marktuntersuchungen.html>, zuletzt abgerufen am 04.06.2014]

CAMBrella – pan-European research network for complementary and alternative medicine. Seventh Framework Programme (FP7) in January 2010. Topic: FP7-HEALTH-2009-3.1-3 Spiegel

Carstens-Stiftung 2013: Stand der Forschung: Grundlagenforschung in der Homöopathie. [<http://www.carstensstiftung.de/artikel/grundlagenforschung-in-der-homoeopathie.html>, zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Complementary and Alternative Medicine Coordination and support action Grant Agreement: No. 241951 [<http://cambrella.eu/home.php?>, zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Deloitte 2011: Telekommunikationsdienstleistungen von morgen – Vertikale Wachstumsstrategien auf dem Prüfstand. [http://www.connected-living.org/fileadmin/pdf/Deloitte_2c_

Telekommunikationsdienste_von_morgen._Vertikale_Wachstumsstrategien__auf_dem_Pruefstand_2c_2011.pdf, zuletzt abgerufen am 04.06.2014].

Destatis – Statisches Bundesamt 2012: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1, Reihe 3. Wiesbaden.

Deutsche Krankenhausgesellschaft 2007: Elektiv versus akut – eine praxisrelevante Unterscheidung. Ausgabe 7/2007:611.

Deutscher Orthopäden-Verband e.V. 2006: [www.dov-online/online_magazin/detail.php?article_id=65, zuletzt abgerufen am 18.06.2014].

DIHK – Deutscher Industrie- und Handelskammertag 2013: “An Apple a Day..” Gesundheitsförderung im Betrieb kommt an. Das DIHK-Unternehmensbarometer zur Gesundheitsvorsorge. Berlin.

Dingermann, T. 2012: Personalisierte Medizin: Ein Strategiewechsel. Forschung Frankfurt 1/2012. S. 43-46.

Dingermann, T. 2014: Stratifizierte Medizin: Schwierigkeiten und Chancen in der Versorgung. Monitor Versorgungsforschung 03/2014, S. 45-49.

Dorrien, E. von, Finanzamt Koblenz 2013: Umsatzsteuerpflicht bei IGeL: Unterschätztes Terrain (2013). In: Dtsch Arztebl; 110(31-32): A-1502 / B-1322 / C-1306

DWIF e.V. – Deutsches Wirtschaftswissenschaftliches Institut für Fremdenverkehr e. V. an der Universität München 2011: Heilbäder und Kurorte in Hessen. Wirtschaftsfaktor Tourismus. Hessischer Heilbäderverband (HG.), München.

Eberhardt, B. / Fachinger, U. 2010: Verbesserte Gesundheit durch Ambient Assisted Living aus globaler, regionaler und lokaler wirtschaftlicher Perspektive. In: Fachinger, U / Henke, K.-D. (Hg.): Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. Baden-Baden: Nomos, S. 33-59.

Ernst & Young 2013: Umdenken ... weiter denken, breiter denken. Deutscher Biotechnologie-Report 2013.

Fachinger, U. / Koch, H. / Braeseke, G. / Merda, M. / Henke, K.-D. / Troppens, S. 2012: Ökonomische Potenziale altersgerechter Assistenzsysteme. [http://partner.vde.com/bmbf-aal/Publikationen/studien/intern/Documents/VDE_PP_AAL_%C3%96kon.%20Potenziale_RZ_oB.pdf, zuletzt abgerufen am 04.06.2014]

FAZ – Frankfurter Allgemeine Zeitung 2013: Der Markt der Schönheit. Wer schön sein will, muss zahlen. Autor: J. Kern. [<http://www.faz.net/aktuell/rhein-main/der-markt-der-schoenheit-wer-schoen-sein-will-muss-zahlen-12056546.html>, zuletzt abgerufen am 17.06.2014]

Fraunhofer IGD – Institut für Graphische Datenverarbeitung 2010: Marktpotenziale, Entwicklungschancen, Gesellschaftliche, gesundheitliche und ökonomische Effekte der zukünftigen Nutzung von Ambient Assisted Living (AAL-)Technologien. Rostock, Darmstadt. [http://www.aal.fraunhofer.de/publications/urn_nbn_de_0011-n-1024464.pdf, zuletzt abgerufen am 04.06.2014]

Fürstenberg, T./ Katzenmeier, C./ Laschat, M./ Voigt, T. 2012: Untersuchungen zum Informationsangebot zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) - Studie im Auftrag der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, gefördert durch das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. Abschlussbericht. Berlin

GÄCD – Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. 2012: Neue Statistik der Schönheitsoperationen. Jahresstatistik 2010 für Behandlungs- und Operationszahlen.

Generali Zukunftsfonds (Hg.) / Institut für Demoskopie Allensbach 2013: Generali Altersstudie 2013. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Gersch, M. / Liesenfeld, J. (Hg.) 2012: AAL und E-Health Geschäftsmodelle. Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel und in sich verändernden Wertschöpfungsarchitekturen. Heidelberg: Gabler.

Gerster, F. / Afheldt, H. / Braun, D. / Föhr, H. / Fröhlich, E. / John-Ohnesorg, M. / Kellner, A. M. / Kurth, B.-M. / Schaich-Walch, G. / Walsken, E.-M. 2008: Wachstum und Gesundheit. Chancengleichheit, Wettbewerb und Konsumentensouveränität. FES Bonn [www.managerkreis.de, zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Goldschmidt, A.J.W. / Hilbert, J. 2009: Von der Last zur Chance – Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Goldschmidt, A.J.W. / Hilbert, J. 2009 (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche; Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management, Bd. 1., Wegscheid. S. 20-40

Grimm, B. / Winkler, K. 2011: Gesundheitsorientierte Urlaubsformen: Strukturen, Potenziale und Ansprüche. RA 2011 und RA 2010. FUR - Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e.V.: Kiel.

GSM / Pricewaterhouse Coopers 2012: Touching lives through mobile health. Assessment of the global market opportunity.

Hacke, D. 2012: „CAM-Forschungs-Ranking: Was wird in der Komplementärmedizin erforscht? Interview mit Daniela Hacke von der Carstens-Stiftung. [www.cam-media-watch.de/?p=7402, zuletzt abgerufen am 17.6.2014]

Handwerkskammer Frankfurt-Rhein-Main 2013: Konjunkturberichte I.-III. Quartal 2013
HealthOn 2014: Jede 23. App weltweit ist eine health-App. [<http://www.healthon.de/tag/medical-apps/>, zuletzt abgerufen am 04.06.2014]

Heinze, R. / Hilbert, J. / Paulus, W. 2009: Der Haushalt – ein Gesundheitsstandort mit Zukunft. In: Goldschmidt, A.J.W. / Hilbert, J. (Hg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, S. 772-800.

Heinze, R.G. / Naegele, G. (Hrsg.) 2010: „Ein Blick in die Zukunft. Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns“. Berlin

Henke, K.-D. / Troppens, S. 2010: Von der qualitativen zur quantitativen Erfassung der Gesundheitswirtschaft unter besonderer Berücksichtigung assistierender Technologien in der Gesundheits- und Pflegeversorgung. In: Fachinger, U / Henke, K.-D. (Hg.): Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. Baden-Baden: Nomos, S. 207 – 229.
Hessen Agentur 2011: Personalisierte Medizin in Hessen. Wiesbaden.

Hessen Agentur 2010: Struktur und Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Hessen. Wiesbaden.

Hessen Agentur 2009: Biotech in Hessen. Daten und Fakten. Wiesbaden

Ilmarinen J./ Tuomi, K. 2004: Past, present and future of work ability. In: Ilmarinen, J./ Lehtinen, S.: Past, present and future of work ability. People and Work, Research Reports 65. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, S. 1–25.

Informations- und Qualitätszentrum Zahntechnik (IQZ): „Zahnersatz aus dem Ausland kann Blei enthalten Gesundheitsrisiko für Patienten Zahntechniker – Innungen fordern Kontrollen und empfehlen Zahnersatz aus der Region“. Pressemitteilung des Informations- und Qualitätszentrums Zahntechnik. Esslingen: www.iqz-online.de

Informations- und Qualitätszentrum Zahntechnik (IQZ): Zahnersatz aus dem Ausland kann Blei enthalten Gesundheitsrisiko für Patienten Zahntechniker – Innungen fordern Kontrollen und empfehlen Zahnersatz aus der Region. Pressemitteilung des Informations- und Qualitätszentrums Zahntechnik. Esslingen. [www.iqz-online.de, zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Institut für Freizeitwirtschaft 2008: Der Gesundheitstourismus der Deutschen bis 2020. Marktchancen für Health-Care-, Anti-Aging-, (Medical-) Wellness- und Beauty-Urlaub. München: Institut für Freizeitwirtschaft.

Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2012: Selbstzahlerleistungen in der Praxis Hinweise zum seriösen IGeLn.

Kartte, J./ Neumann, K. 2007: Der Zweite Gesundheitsmarkt. Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen. Roland Berger Strategy Consultant.

Kickbusch, I. 2006: die Gesundheitsgesellschaft. <http://www.ilonakickbusch.com/kick-busch/gesundheitsgesellschaft/index.php>

Klingenberg, D. / Ostwald, D. A. / Daume, P./ Petri, M. / Micheelis, W. 2012: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030. IDZ Materialienreihe Band 33. Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV Kroll, L.E., Müters, S. Dragano, N. 2011: Arbeitsbelastungen und Gesundheit. Herausgeber: Robert-Koch-Institut, GBE-Kompakt 5/2011, Berlin.

LAEKH – Landesärztekammer Hessen 2012: „Selbst zahlen?“ – Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung legen überarbeiteten IGeL-Ratgeber vor. [<http://www.laekh.de/index-b-1090-7298.html>, zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Lutze, I. / Karmann, A. / Schoffer, O. 2010: Empirische Bestandsaufnahme zum Patientenimport im stationären Sektor. In: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2010): Statistik in Sachsen. 1/2010, S. 30-36.

Luxemburger Deklaration 2007: Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Im Internet unter: <http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Deklaration_09-12.pdf>, letztes Update: 05.09.2012, zuletzt abgerufen am 26.11.2013.

med.de – Medizinlexikon. [<http://www.med.de/lexikon/elektiv.html>; Stand: 17.06.2014]

medNachrichten 2013; Die Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung. Ausgabe 3 / 2013, S. 2; Deutsche Bank (Hrsg.)

Michels, R. 2013: Das wirtschaftliche Potenzial individueller Gesundheitsleistungen für die Praxis nutzen! In: Praxis Freiberuflerberatung 12-2013: 322 – 326.

Mobilehealth 01/2014: Transparenz und Datenschutz noch „mangelhaft“. S. 28-30

Müller, M. / Böhm, K. 2009: Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. Robert Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 45. Berlin.

Nitschke, I. / Schulte A. G. 2012: Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012). IDZ-Information Nr. 3/12

Perlitz, U. 2010: Telemedizin verbessert Patientenversorgung. [https://www.asklepios.com/upload/Telemedizin_verbessert_Patientenversorgung_2783.pdf, zuletzt abgerufen am 04.06.2014]

Pick, P. 2013: IGeL-Monitor – Bilanz nach einem Jahr. Statement von Dr. Peter Pick (GF des MDS) anlässlich des Pressegesprächs vom 20. März 2013.

Pricewaterhouse Coopers 2012: Emerging mHealth: Paths for growth. [<http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/studie-mhealth-der-gesundheitsmarkt-wird-mobiler--schneller-und-flexibler.jhtml>, zuletzt abgerufen am 04.06.2014]

Richter, S. / Rape, H. 2012: Wie sollen Kassenärzte mit individuellen Gesundheitsleistungen umgehen? Defizite und Vorschläge aus Patientensicht. DMW 24/2012, S. 1291-1296

Roland Berger Strategy Consultant 2013: Additive Manufacturing - A game changer for the manufacturing industry?. München, Foliensatz. Download unter: http://www.rolandberger.com/media/pdf/Roland_Berger_Additive_Manufacturing_20131129.pdf

Rulle, M. 2004: Der Gesundheitstourismus in Europa - Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien. München: Profil Verlag (Eichstätter Tourismuswissenschaftliche Beiträge, 4).

Schnell-Inderst, P. / Hunger, T. / Hintringer, K. / Schwarzer, R. / Seifert-Klauss, V. / Gothe, H. / Wasem, J. / Siebert, U. 2011: Individuelle Gesundheitsleistungen. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Band 113. DIMDI, Köln

Schirmmayer, L. 2012: Corporate Health. Wie groß ist das Potenzial für Gesundheitsdienstleister? In: Medical Fitness 5/2012, S. 70-73.

Schuldzinski, W. / Vogel, K. H. 2007: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – Randerscheinung oder relevanter Faktor im Gesundheitssystem? In: Böcken, J./ Braun, B./ Amhof, R. (Hrsg.) 2007: Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh. S. 201 – 216.

Statistisches Landesamt Hessen 2014: Gebäude und Wohnungen sowie Wohnverhältnisse der Haushalte. Bundesland Hessen am 9. Mai 2011. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt Hessen 2014: Umsatzsteuerstatistik 2012. Wiesbaden.

Stock, G. / Sydow, S. 2013: Personalisierte Medizin. Paradigmenwechsel in der Arzneimittelforschung und -therapie. Bundesgesundheitsbl 2013. 56: 1495-1501

Tempel, J. / Ilmarinen, J. 2013: Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. VSA Verlag Hamburg.

UDH – Bundesverband Union Deutscher Heilpraktiker 2014: Zahlen, Daten Fakten - rund um unseren Beruf. Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [http://www.udhhessen.de/content/udh_hessen/aktuelles/udh_meldungen/index_ger.html?nl={%24e3477/e3478/nl_letters10969}], zuletzt abgerufen am 17.06.2014]

VDÄPC – Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen 2010: VDÄPC warnt vor Lockangeboten in der Schönheitschirurgie. [www.vdaepc.de/assets/files/VDAEPC_PM4_Umfrage.pdf], zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Verdi 2013: Selbstzahler-Angebote beim Arzt bringen wenig. [www.gesundheitspolitik.verdi.de/themen/nachrichten/++co++87025878-9775-11e2-9672-52540059119e], zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

vzbv – Verbraucherzentrale Bundesverband 2012: Präsentation „Wie erleben Verbraucher IGeL?“ vom 15.10.2012. Berlin.

Walle, O. 2012: BGM in Deutschland – Status Quo, in: fitnessManagement international 2/2012, 68-72.

Warnebler, P. 2006: Wirtschaftliche Untersuchung zum IGeL- Markt. Hohe wirtschaftliche Bedeutung der IGeL- Leistungen steigt. In: Ärztepost 2006; 3; 22-23

World Health Organisation (WHO) (2002): Active ageing – a policy framework, Geneva.

WiDO 2013: Individuelle Gesundheitsleistungen. Ärzte kommen ihrer Aufklärungspflicht bei privat zu zahlenden Leistungen nur ungenügend nach. Pressemitteilung vom 20. März 2013. Berlin

WIFOR / TU Berlin / Berger 2013: Vom Gesundheitssatellitenkonto zur gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Hauptergebnisse des Forschungsprojektes des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) „Nutzung und Weiterentwicklung des deutschen Satellitenkontos zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung“. Berlin

Wüpper, G. 2013: Das Geschäft mit den falschen Brüsten. In: Die Welt. [www.welt.de/wirtschaft/article13813826/Das-Geschaeft-mit-den-falschen-Bruesten.html], zuletzt abgerufen am 18.06.2014]

Zok, K. 2013: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. WiDO-monitor 1/2013 2013

Studie im Auftrag der Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main e.v.
Gelsenkirchen, 20.06.2014

Die Autoren:

Denise Becka,
Michael Cirkel,
Elke Dahlbeck,
Prof. Dr. Josef Hilbert

Institut Arbeit und Technik

Munscheidstraße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon: 0209 1707-120
Telefax: 0209 1707-110
E-Mail: hilbert@iat.eu
www.iat.eu



Der Auftraggeber:**Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main
c/o FuP Marketing und Kommunikation**

August-Schanz-Straße 80

60433 Frankfurt am Main

Telefon: 069 954316-0

Telefax: 069 954316-25

info@gesundheitswirtschaft-rhein-main.de

www.gesundheitswirtschaft-rhein-main.de



**gesundheitswirtschaft
rhein-main e.v.**

Qualität und Wachstum für die Region

Die Partner:

Hessen Trade & Invest GmbH

Konradinallee 9
65189 Wiesbaden, Germany
Telefon: 0611 95017-85
info@htai.de
www.htai.de



Aktionslinie Hessen-Biotech

Ansprechpartner: Dr. Detlef Terzenbach
Telefon: 0611-95017-8613
Telefax: 0611-95017-58613
detlef.terzenbach@htai.de
www.hessen-biotech.de



B. Braun Melsungen AG

Carl-Braun-Straße 1
34212 Melsungen
Telefon: 05661 71-0
Telefax: 05661 71-4567
info@bbraun.com
www.bbraun.de



Industrie- und Handelskammer Frankfurt am Main

Börsenplatz 4
60313 Frankfurt am Main
Telefon: 069 2197-0
Telefax: 069 2197-1424
info@frankfurt-main.ihk.de
www.frankfurt-main.ihk.de



Industrie- und Handelskammer Kassel-Marburg

Kurfürstenstraße 9
34117 Kassel
Telefon: 0561 7891-0
Telefax: 0561 7891-290
info@kassel.ihk.de
www.ihk-kassel.de



Industrie- und Handelskammer für Rheinhausen

Schillerplatz 7
55116 Mainz
Telefon: 06131 262-0
Telefax: 06131 262-1113
E-Mail: Service@rheinhausen.ihk24.de
www.rheinhausen.ihk24.de





gesundheitswirtschaft rhein-main e.v.

Qualität und Wachstum für die Region

