

Rainer Fretschner / Rolf G. Heinze / Josef Hilbert

**Die Gesundheitswirtschaft – ein Wirtschaftscluster im
Stress, aber mit guten Aussichten**

Bochum/Gelsenkirchen im Februar 2003

Die Gesundheitswirtschaft – ein Wirtschaftscluster im Stress, aber mit guten Aussichten

Wirtschaftscluster – was ist das?

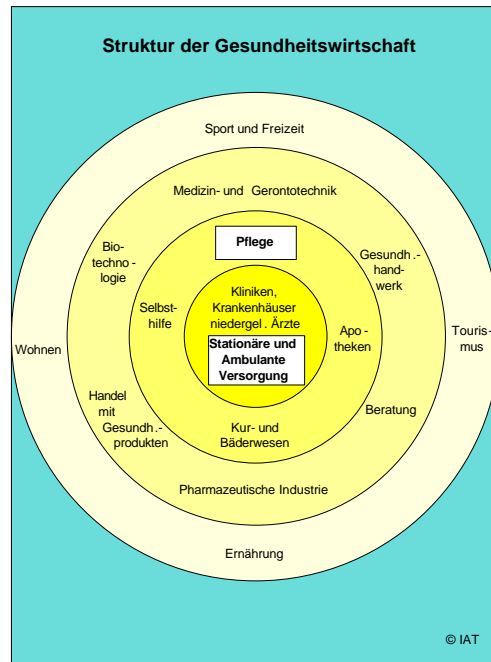
Wenn es um die zukünftige Neuausrichtung der Strukturpolitik geht, werden oftmals Wirtschaftscluster und regionale Netzwerke als Stichworte genannt. Im Clusterkonzept wird empfohlen, die eigenen regionalen Stärken zu bündeln und zu vernetzen um somit die noch schlummernden Innovationspotentiale zu entfalten. Das Stichwort Cluster wird in letzter Zeit von vielen Politikberatern aufgegriffen und vermarktet. Gleichwohl bleiben im Hinblick auf die Konkretisierung dieses Konzeptes viele Fragezeichen, da auf der Anwendungsebene nicht immer deutlich wird, welche Branchen oder Unternehmen denn genau zu einem Cluster zu zählen sind und welche nicht. Ausgangspunkt für einen Clusteransatz ist zunächst eine Stärken/Schwächen-Analyse der vorhandenen regionalwirtschaftlichen Potentiale, Aktivitäten und Entwicklungstrends. Daran anknüpfend wird dann nach Mitteln und Wegen gesucht, wie das innovations- und wachstumsorientierte Zusammenspiel von Wirtschaft, Wissenschaft und Politik in ausgewählte und besonders vielversprechenden Gestaltungsfeldern in den jeweiligen Regionen verbessert werden kann. In den meisten Fällen wird dabei an bereits vorhandene Schwerpunkte angeknüpft, die bereits vorhanden sind, in Ausnahmefällen wird aber auch der Versuch unternommen, ohne vorhandene Substanz neue Entwicklungen anzustossen. „Das Clusterkonzept beinhaltet in seinem Kern die Aussage, dass es spezifische Teilsysteme wirtschaftlicher Interaktion gibt, diese Teilsysteme regionale Spezialisierungsmuster hervorbringen und diese Spezialisierungsmuster ein Ausdruck der spezifischen regionalen Innovationssysteme sind“ (Kujath/Dybe 2000: 9; vgl. Rehfeld/Baumer/Wompel 2000 sowie bereits die Beiträge in Bullmann/Heinze 1997).

Clusterorientierte regionalwirtschaftliche Strategien sind keineswegs völlig neu, sondern können weltweit seit Jahrzehnten studiert werden. Als Beispiele seien nur genannt: Messer aus Solingen oder aus jüngster Zeit das „Medical Valley“ in Erlangen/Nürnberg oder die „BioTech Region“ um München. Hier zeigen sich langjährige Spezialisierungen mit einer nachhaltigen Kumulation von Fachwissen und Marktzugängen, die zu einem regionalen Qualitäts- und Wettbewerbsvorsprung führen. Innovationsstrategien müssen sich deshalb notwendigerweise mit räumlichen Gegebenheiten, kulturellen Milieus, der Bildungs- und Forschungsinfrastruktur und anderen Voraussetzungen auseinandersetzen. Diese Aussage galt schon früher für erfolgreiche Wirtschaftsregionen und sie gilt aufgrund der zunehmenden strategischen Bedeutung des Wissens immer stärker; die historisch gewachsenen Beziehungen zwischen Universitäten, Forschungseinrichtungen und der Wirtschaft sind in eine „neue Phase geraten, als neuartige wechselseitige Abhängigkeiten zwischen ihnen entstanden sind“ (Weingart 2001: 191; vgl. auch Reich 2002).

Eine gut informierte Strukturpolitik muss sich also auf abstimmungs- und kooperationsorientierte Handlungsweisen konzentrieren, da sich Cluster jeweils sektorspezifisch in organisations- und personenbezogenen Netzwerken organisieren und auf einer gewachsenen Struktur von Betrieben (incl. Zulieferern und Dienstleistern, Forschungs- und Bildungseinrichtungen) basieren. Es ist aufgrund der jeweiligen spezifischen Bedingungen in den einzelnen Branchen jedoch schwierig, verallgemeinerbare *best-practice-Lösungen* für eine erfolgreiche Clusterstrategie zu entwickeln. Zentrales Erfolgskriterium scheint jedoch zu sein, dass es gelingt, eine dauerhafte Vermittlung zwischen den verschiedenen Kulturen von Wirtschaft, Wissenschaft, Wirtschaftsförderung etc. herzustellen.

Cluster in der Gesundheitswirtschaft

Das „Clusterkonzept“ wird in jüngster Zeit oft auf dem Wachstumsmarkt der Medizintechnik und der Gesundheitswirtschaft allgemein verwandt. Hier scheint sich eine „Zukunftsbranche“ zu entwickeln, die sowohl für Beschäftigungsimpulse im Gesundheits- und Sozialwesen als auch in den klassischen Industrie- und Dienstleistungsbereichen sorgen kann. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Gesundheitssektor existiert ein immenses und (trotz Gesundheitsreform) zukünftig wahrscheinlich weiter wachsendes Nachfragevolumen für gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen. Erst wenn man die Verflechtungen des Gesundheitssystems mit anderen Wirtschaftssektoren sieht, wird allerdings der produktive Charakter der Gesundheitswirtschaft richtig deutlich. Gerade in den politischen Debatten der letzten Jahre und auch heute noch findet dieser Aspekt zu wenig Beachtung und rückt erst langsam in das Blickfeld sowohl gesundheits- und sozialpolitischer als auch strukturpolitischer Debatten, ohne dass wir es in der Bundesrepublik bislang geschafft hätten, die Verflechtungen systematisch für einen Beschäftigungsausbau zu nutzen (vgl. Heinze/Streeck 2000 und Heinze 2002). Für die clusterorientierte Argumentation soll deshalb ein erweiterter Gesundheitssystembegriff zu Grunde gelegt werden, der sich in idealtypischer Form mit dem folgenden „Zwiebelmodell“ darstellen lässt:



Dieses Clustermodell orientiert sich nicht an der traditionellen Unterscheidung von Prävention, Kuration und Rehabilitation, sondern es ordnet die Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gemäß ihrer Stellung entlang der entsprechenden Wertschöpfungsketten. Aus der Graphik wird deutlich, dass die Gesundheitswirtschaft neben den personalintensiven Dienstleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung auch die kapital- und technologieintensiven Vorleistungs- und Zulieferindustrien sowie die Randbereiche und Nachbarbranchen mit ausgeprägten gesundheitlichen Bezügen umfasst. Ende der 90er Jahre legte das Statistische Bundesamt erstmals eine Analyse der Gesundheitswirtschaft vor, die nicht nur die gesundheitsbezogenen Arbeitsplätze in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung berücksichtigte, sondern – ausgerichtet an einem Cluster-Ansatz – auch vor- und nachgelagerte Branchen (wie etwa die pharmazeutische Industrie oder die Medizin- und Gerontotechnik) sowie die Nachbarbranchen des Gesundheitswesens in die Betrachtung einbezog. Das Ergebnis: In der deutschen Gesundheitswirtschaft waren Mitte der 90er Jahre gut vier Millionen Menschen beschäftigt (vgl. Statistisches Bundesamt 1998 sowie Fretschner 2002 und Fretschner/Grönemeyer/Hilbert 2002). Der Anteil an der Gesamtbeschäftigung betrug damit 11,2%. In Vollzeitäquivalente umgerechnet betrug die Zahl der Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft ca. 3,5 Millionen Arbeitsplatzeinheiten; dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbeschäftigung von 10,8%.

In einer breit angelegten Studie zum Thema Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW hat das Institut Arbeit und Technik in Kooperation mit anderen Forschungseinrichtungen eine Bestandsaufnahme der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in diesem Bundesland vorgelegt. Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, lässt die Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen – bereits Ende der 90er Jahre – mit rund einer Million Beschäftigten andere Wirtschaftssektoren weit hinter sich. Darüber hinaus wird auch deutlich, dass in den kommenden Jahren mit einem erheblichen Beschäftigungsausbau zu rechnen sein wird. Selbst wenn eine anspruchseinschränkende Gesundheitsreform verabschiedet wird, die Gesundheitsanbieter weiter rationalisieren und die Menschen nicht bereit sind, mehr private Mittel für die Angebote der Gesundheitswirtschaft auszugeben, ist in den nächsten 15 Jahren mit einem Beschäftigungswachstum von +70.000 Arbeitsplätzen zu rechnen. Rund die Hälfte dieser Arbeitsplätze wird im Bereich der Altenhilfe und –pflege entstehen.

Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen 1998		
Insgesamt	Ca. 957.280	100%
Gesundheits- und Arbeitsschutz	11.055	1,2%
Ambulante Gesundheitsversorgung	373.081	39,0%
Stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung	362.351	37,9%
Krankentransporte/Rettungsdienste	10.500	1,1%
Verwaltung	Ca. 50.000	5,2%
Ausbildungsstätten und Forschungseinrichtungen	Ca. 10.000	1,0%
Vorleistungs- und Zulieferindustrien	113.293	11,8%
Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens	Ca. 27.000	2,8%
Quelle: IAT/FfG/MHH 2001		

Auch wenn diese Zahlen verdeutlichen, dass die Branche im Prinzip auf Wachstum programmiert ist, so gilt es demnach davor zu warnen, dass Wachstum und Beschäftigung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft „Selbstläufer“ sein werden. Vielmehr müssen sie durch aktivierende Entwicklungsstrategien in der Gesundheitswirtschaft selbst und in der Gesundheitspolitik befördert werden. Die Gesundheitspolitik vermittelt zwar immer wieder den Eindruck, sie sei der wichtigste und ausschlaggebende Faktoren für die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft, jedoch übersieht dies, dass die für den Ausbau der Leistungen, für Wachstum und Beschäftigung erforderlichen Innovationsleistungen „vor Ort“ in den Unternehmen und Einrichtungen der Regionen erbracht werden müssen (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002). Aber auch von sich heraus kann sich das endogene Potential

einer Region in zukunftsfähigen Wachstumsfeldern zumeist nicht entfalten; oftmals sind externe Hilfestellungen notwendig, um Innovationen voranzubringen.

Was macht das Cluster Gesundheitswirtschaft erfolgreich?

Noch bis in jüngster Zeit gab es Vorbehalte gegenüber dem Cluster Gesundheitswirtschaft, weil dieses nicht als Wirtschaftsbereich, sondern als sozialpolitischer Ballast gesehen wurde. Mittlerweile hat jedoch an vielen Orten ein Paradigmenwechsel stattgefunden und die Gesundheitswirtschaft ist zu einem Top-Thema der regionalen Wirtschaftsentwicklung geworden. In Nordrhein-Westfalen gilt dies für das Ruhrgebiet und für Ostwestfalen-Lippe. Im Ruhrgebiet spielt die Gesundheitswirtschaft im Rahmen der Kompetenzfeldwirtschaft eine große Rolle und es schließen sich die großen strukturpolitischen Akteure zu einer Gemeinschaftsinitiative zusammen, die Themen wie Spitzenmedizin, Gesundheitsförderung, Qualifizierung oder Mittelstandsförderung bearbeitet wird. In Ostwestfalen-Lippe ist die Gesundheitswirtschaft ein Themenschwerpunkt der OWL-Marketing-Initiative, die von den Kommunen und der Wirtschaft gemeinsam getragen wird. Darüber hinaus haben führende Gesundheitsunternehmen aus der Region ein Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft gegründet, dem sowohl Krankenhäuser und Kliniken (z.B. Bethel) als auch Gesundheits- und Medizintechnikhersteller (z.B. der Krankenhausbettenhersteller Stieglmeyer) angehören.

Im Rahmen eines Kongresses „Gesundheitsmetropolen“ wurde in Hamburg Anfang 2003 darüber debattiert, was wichtige Erfolgsvoraussetzungen für Gesundheitswirtschaftsregionen sind. Dabei schälten sich vor allem die folgenden Faktoren heraus (vgl. Preusker 2003):

- Ein überdurchschnittlicher Besatz an Einrichtungen und Unternehmen über das gesamte Spektrum der Gesundheitswirtschaft hinweg ist unerlässlich, um eine Region als Gesundheitswirtschaftsregion auszuweisen.
- Der politische Wille zur Förderung der regionalen Gesundheitswirtschaft muss sowohl bei den politischen Akteuren als auch bei den Unternehmen und Einrichtungen vorhanden sein.
- Zentrale Institution zur Koordinierung der unterschiedlichen Aktivitäten sind hilfreich bei der Bündelung und Vernetzung vorhandener Potentiale.
- Wissenstransfer sowie die Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis tragen dazu bei, die Innovationskraft der Unternehmen und Einrichtungen zu stärken und damit Wettbewerbsvorteile zu realisieren.
- Ein attraktives Standort-Marketing muss die Prozesse der Positionierung und Profilierung aktiv begleiten und die regionale Gesundheitswirtschaft sowohl nach innen als auch nach außen vermarkten.

LITERATUR

- Bullmann, U. / Heinze, R.G. (Hg.), 1997: Regionale Modernisierungspolitik: Nationale und internationale Perspektiven, Opladen.
- Fretschner, R., 2002: Das Märchen von Hase und Igel: Dienstleistungspolitik im Zeitalter der Neuen Ökonomie, in: A. Hartmann / H. Mathieu (Hg.), Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie, Berlin, S. 131ff.
- Fretschner, R. / Grönemeyer, D. / Hilbert, J., 2002: Die Gesundheitswirtschaft – ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie, in: IAT-Jahrbuch 2002, Gelsenkirchen, S. 33ff.
- Heinze, R.G., 2002: Die Berliner Räterepublik: Viel Rat – Wenig Tat?, Wiesbaden.
- Heinze, R.G. / Streeck, W., 2000: Institutionelle Modernisierung und Öffnung des Arbeitsmarktes: Für eine neue Beschäftigungspolitik, in: J. Kocka / C. Offe (Hg.), Geschichte und Zukunft der Arbeit, Frankfurt/New York, S. 234ff.
- Hilbert, J. / Fretschner, R. / Dülberg, A., 2002: Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft, Gelsenkirchen.
- Institut Arbeit und Technik / Forschungsgesellschaft für Gerontologie / Medizinische Hochschule Hannover, 2001: Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen, eine Studie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Kujath, H.J. / Dybe, G., 2000: Vorbemerkung, in: G. Dybe, Hoffnungsträger Wirtschaftsc-
luster, Berlin, S. 7ff.
- McK, 2002: Wissen H. 01, Schwerpunkt „Cluster“.
- Preusker, U., 2003: Regionalen Gesundheitsmärkten gehört die Zukunft, in: Klinik Manage-
ment aktuell Nr. 80, Februar 2003, S. 57f.
- Rehfeld, D. / Baumer, D. / Wompe, M., 2000: Regionalisierte Strukturpolitik als Lernprozess,
Gelsenkirchen.
- Reich, R.R., 2002: The Future of Success: Wie wir morgen arbeiten werden, München.
- Statistisches Bundesamt, 1998: Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden.
- Weingart, P., 2001: Die Stunde der Wahrheit? Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik,
Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft, Weilerswist.