

Gesundheitswirtschaft in Bremen

**Studie im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales des Landes Bremen**

Josef Hilbert/Elke Dahlbeck/ Sandra Dörpinghaus/Michael Cirkel

Gelsenkirchen, 5. November 2010

1. Einleitung	3
2. Die quantitative Bedeutung der Gesundheitswirtschaft Bremen	4
2.1. Gesundheitswirtschaft – Definition und Abgrenzung	4
2.2. Beschäftigungsrelevanz und wirtschaftliche Bedeutung	5
3. Zukunftsfelder Bremens: Ausgangslage und Situation	19
3.1. Stationäre Versorgung	19
3.2. Ambulante Versorgung	27
3.3. Life Sciences und Medizintechnik	30
3.4. Wohnen im Alter/Haushalt als Gesundheitsstandort	36
3.5. Gesundheitswissenschaftliche Forschung	44
3.6. Arbeit und Qualifizierung	47
3.7. Netzwerke, Kommunikation und Kooperation	53
4. Handlungsempfehlungen	58
4.1. Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft Bremens: Profilierung durch Exzellenzen im stationären Bereich	58
4.2. Ausbau von integrierten patientenorientierten Versorgungsmodellen: stärkere intersektorale Zusammenarbeit	60
4.3. Schnellere Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse: Systematische Kooperation für ein umsetzungsorientiertes Innovationsmanagement	63
4.4. Anpassung an neu entstehende Qualifikationsbedarfe: Bremen als Modellstandort für neue Bildungsangebote	66
4.5. Alter erleben in Bremen: AAL meets SONG	69
5. Zusammenfassung	70
6. Literatur	75

1. Einleitung

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremens hat das Institut Arbeit und Technik (IAT) beauftragt, eine Studie „Gesundheitswirtschaft in Bremen“ zu erstellen. Ziel der Studie ist es, mittels einer kurzen Analyse die quantitative Bedeutung der Gesundheitswirtschaft zu erfassen. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt aber darauf, wichtige bremische Schwerpunkte zu identifizieren und möglichst praxisnahe Handlungsempfehlungen für ausgewählte Zukunftsfelder zu generieren. Die Studie soll somit Hinweise und Anstöße geben, um die bremische Gesundheitswirtschaft zu stärken und damit die Lebensqualität der Bevölkerung zu erhöhen sowie Beschäftigungs- und Wirtschaftseffekte zu generieren.

Da der Schwerpunkt der Studie auf der Identifizierung und Analyse inhaltlicher Schwerpunkte sowie der Generierung von Handlungsempfehlungen liegt, konnte im Rahmen des methodischen Vorgehens für die quantitative Analyse lediglich eine Auswertung von Sekundärstatistiken erfolgen. Zur Identifizierung der inhaltlichen Schwerpunkte sowie von Handlungsempfehlungen wurden neben Literatur- und Internetrecherchen 32 face-to-face Interviews und sechs Telefoninterviews mit ausgewählten Expertinnen und Experten der Gesundheitswirtschaft Bremen durchgeführt. Die Interviewdauer betrug in den meisten Fällen etwa 60 – maximal 120 Minuten. Die Interviews wurden jeweils protokolliert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Für eine aktivierende Studie wurde vor endgültigem Abschluss der Arbeiten ein Workshop mit den Interviewpartnerinnen und -partnern durchgeführt. Ziel des Workshops war es, die Ergebnisse mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu diskutieren und gemeinsam konkrete Vorschläge – möglichst in Form von Projekten – zu definieren. Der Vorteil eines solchen Vorgehens wurde darin gesehen, dass so zum einen die Ergebnisse noch einmal von den Akteuren vor Ort reflektiert werden konnten und zum anderen der Praxistransfer nachhaltig gesichert werden konnte.

Das IAT möchte sich an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich bei allen Expertinnen und Experten für ihre Teilnahmebereitschaft, die große Auskunftsfreude und Offenheit sowie die hilfreichen Anregungen und Informationen in den Interviews sowie beim Workshop bedanken.

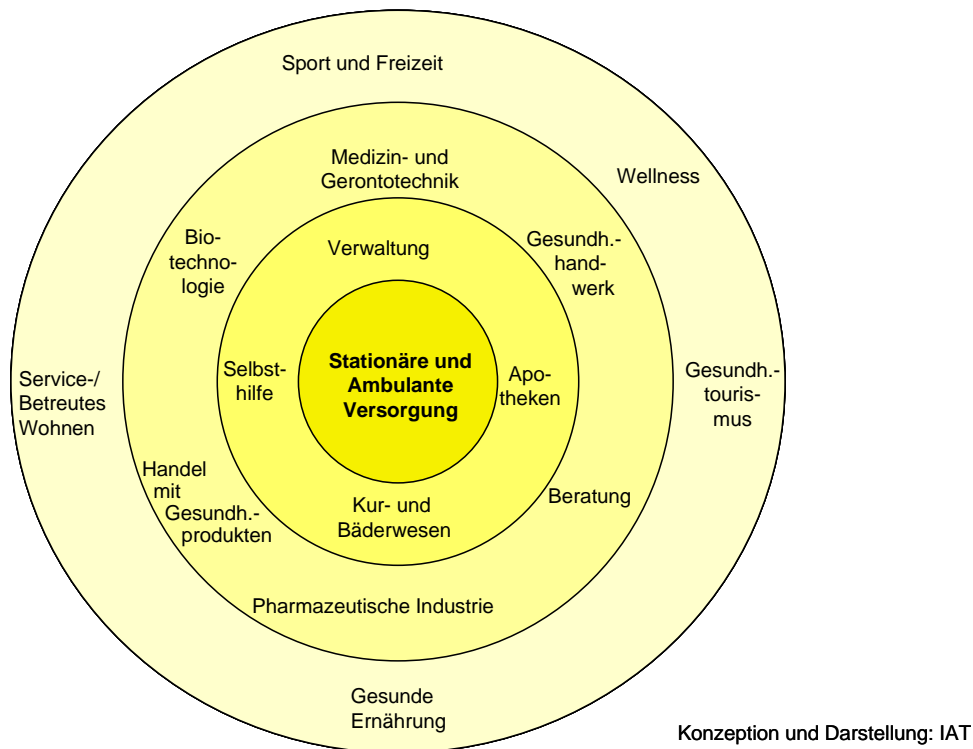
2. Die quantitative Bedeutung der Gesundheitswirtschaft Bremen

2.1. Gesundheitswirtschaft – Definition und Abgrenzung

Seit einigen Jahren werden verstärkt die Chancen rund um die Gesundheitsbranche für die regionale Entwicklung betrachtet, ein Ansatz, dem auch die vorliegende Studie folgt. Das Gesundheitswesen wird demnach nicht länger als eindeutig abgegrenzter Sektor zur Gesundheitsproduktion gesehen, der ökonomisch betrachtet vor allem Kosten verursacht, sondern als dynamische Wirtschaftsbranche mit einer erheblichen Bedeutung für das regionale Innovationsgeschehen. Diese Branche, die weit mehr als die klassischen Bereiche der Gesundheitsversorgung umfasst, wird mit dem Begriff „Gesundheitswirtschaft“ beschrieben. Unter dem Begriff Gesundheitswirtschaft werden demnach das klassische Gesundheitswesen, die Vorleistungs- und Zulieferbranchen sowie die damit verbundenen Randbereiche und Nachbarbranchen zusammengefasst:

- *Der Kernbereich:* Neben den Krankenhäusern, Kliniken, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zählen zu den Unternehmen und Einrichtungen des Kernbereiches die ambulanten Arzt- und Zahnarztpraxen, die Praxen der nicht-ärztlichen medizinischen Berufe, Apotheken sowie die Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege. Schließlich gehören zu diesem Sektor die Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung (Krankenkassen, Gesundheitsbehörden etc.).
- *Die Vorleistungs- und Zulieferindustrien:* Zu den Vorleistungs- und Zulieferindustrien zählen neben den sog. Health Care Industries (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie) das Gesundheitshandwerk sowie der Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten. Die Vorleistungs- und Zulieferindustrien stellen den Leistungsanbietern und Patienten Arzneimittel, technische Hilfsmittel und Geräte zur Verfügung, die dazu beitragen sollen, Krankheiten zu verhindern, schnell und zuverlässig zu diagnostizieren, zu heilen oder ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen erträglicher zu machen.
- *Gesundheitsrelevante Randbereiche und Nachbarbranchen:* In der Verknüpfung gesundheitsbezogener Dienstleistungen mit den Angeboten aus anderen Wirtschaftsbereichen liegt ein großes Potenzial für die Gesundheitswirtschaft. Solche Brückenschläge helfen, das Angebots- und Leistungsspektrum auszubauen und neue Finanzierungsquellen zu erschließen. Beispiele für die Verknüpfung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Nachbarbranchen stellen der Gesundheitstourismus oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote dar.

Abbildung 1: Das Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft



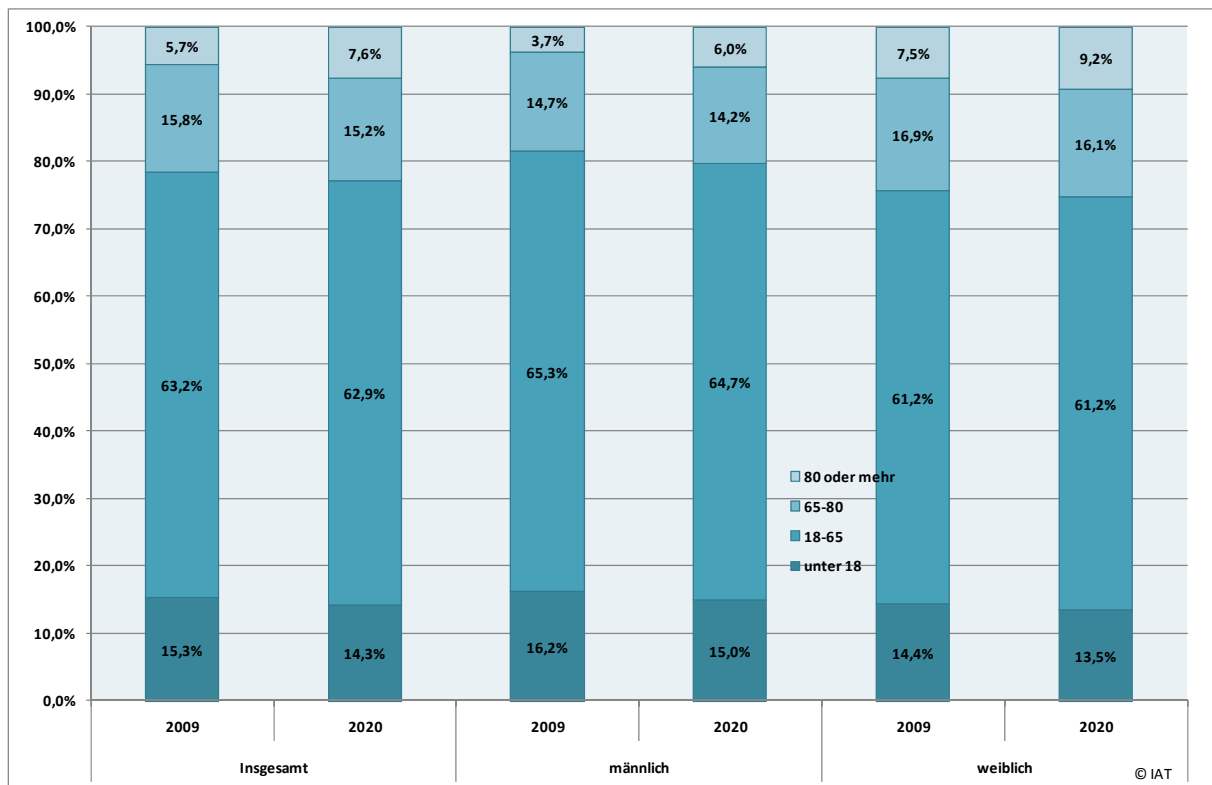
Wesentliche Grundlage dieses Modells ist die Abkehr von der sektoralen Abgrenzung und die Sicht auf die Wertschöpfungsketten. Das Denken und die Gestaltung von Prozessen in Wertschöpfungsketten fördern die Entwicklung von Systemlösungen und ermöglichen die Ausschöpfung von innovativen Potenzialen durch die Kooperation verschiedener Disziplinen, Branchen und Bereiche. Sie stellen aber zugleich erhebliche Anforderungen an die Moderation der Zusammenarbeit und an das Schnittstellenmanagement. Nur eine reibungslose und von allen Beteiligten akzeptierte Abstimmung und Koordination im Rahmen von Netzwerk- und Clusterbildung kann Reibungsverluste minimieren und die erwünschten Effekte hinsichtlich Ressourcenschonung und Synergienutzung bei der Erarbeitung neuer, gemeinsamer Lösungen erzielen.

2.2. Beschäftigungsrelevanz und wirtschaftliche Bedeutung

Bevölkerungsstand und -entwicklung: Alterung der Bevölkerung bei etwa konstanter Bevölkerungsanzahl in der Stadt Bremen – Aber: Rückgänge in Bremerhaven

Im Land Bremen lebten Ende 2009 661.700 Menschen, davon 547.700 (82,8 %) in der Stadt Bremen und 114.000 (17,2 %) in Bremerhaven. 48,7 % der bremischen Bevölkerung ist männlich, 51,3 % weiblich.

Abbildung 2: Bevölkerungsstand und Bevölkerungsprognose 2020, Land Bremen



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen 2010. Berechnung und Darstellung: IAT

Im Gegensatz zu vielen anderen Regionen Deutschlands wird das Land Bremen bis zum Jahr 2020 nur von einem marginalen Bevölkerungsrückgang von etwa -0,8 % betroffen sein. Während die Stadt Bremen sogar ein leichtes Bevölkerungsplus von 0,7 % erwarten kann, wird sich die Bevölkerung in Bremerhaven insgesamt wohl um 8 % reduzieren. Gleichzeitig wird die Alterung der Bevölkerung weiter zunehmen:

- Der Anteil der unter 18-Jährigen fällt von insgesamt 101.136 (15,3 %) auf 93.620 (14,3 %). Dies entspricht einem Rückgang von 7.516 (-7,4 %).
- Der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter sinkt von derzeit 418.275 (63,2 %) leicht auf 413.098 (62,9 %). Der Rückgang beträgt somit 5.177 (-1,2 %).
- Der Anteil der Personen von 65 bis 80 Jahre sinkt von derzeit 104.667 (15,8 %) auf 99.787 (15,2 %). Damit sinkt die Bevölkerung dieser Altersgruppe um 4.880 (-4,7 %).
- Gleichzeitig nimmt die Anzahl der hochaltrigen Generation 80+ überdurchschnittlich zu. Von heute 37.638 wird diese Altersgruppe absolut um 12.552 auf 50.190 (+33,3 %) zunehmen. Damit steigt der Anteil der Hochaltrigen von heute 5,7 % auf 7,6 %. Eine besonders hohe Wachstumsdynamik wird dabei von der älteren männlichen Generation ausgehen, denn die Anzahl der Männer im Alter über 80 Jahren wird von heute 12.078 auf

19.433 zunehmen. Dies entspricht einem prozentualen Wachstum von 60,9 %. Damit ist in dieser Gruppe die höchste Wachstumsdynamik zu erwarten.

Die Zunahme von älteren und insbesondere von hochaltrigen Menschen wird Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser u.a. durch einen Anstieg von Demenzkranken und multimorbiden Menschen vor neue Herausforderungen stellen. Bei der Entwicklung von neuen Lösungen müssen dabei auch kulturelle Aspekte berücksichtigt werden, denn auch die Nachfrage von älteren Menschen mit Migrationshintergrund wird aufgrund des soziodemografischen Wandels weiter ansteigen.

Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft: Hohe Beschäftigungsrelevanz der Altenhilfe, der ambulanten Versorgung und ganz besonders der stationären Versorgung.

Im Jahr 2009 arbeiteten nach der oben aufgeführten Definition 48.323 Menschen in der Gesundheitswirtschaft Bremen. Die Mehrheit der Menschen arbeitet im klassischen Gesundheitswesen, also in der stationären und teilstationären (27,3 %) oder aber in der ambulanten Versorgung (23,7 %). Eine weitere hohe Beschäftigungsbedeutung kommt der stationären und ambulanten Altenhilfe mit 22,5 % zu. Allein in diesen drei Bereichen arbeiten mehr als 35.500 Menschen (73,5 %). Weitere Beschäftigungsträger sind die Gesundheitsverwaltung sowie die Versicherungen mit insgesamt 4.848 Beschäftigten (10 %), die Apotheken mit 2.190 (4,5 %) sowie die Medizin- und Gerontotechnik und das Gesundheitshandwerk mit 2.060 (4,3 %). Weniger Bedeutung kommt den gesundheitsrelevanten Randbereichen, also den Bereichen Sport, Freizeit, Wellness (1,3 %) und Gesundheitstourismus (0,9 %) zu.

Tabelle 1: Gesamtbeschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Bereichen, Land Bremen 2009

	Beschäftigte	Anteile in Prozent
Stationäre und teilstationäre Versorgung	13.211	27,3%
Ambulante Versorgung	11.443	23,7%
Stationäre und ambulante Altenhilfe	10.880	22,5%
Verwaltung/ Versicherung	4.848	10,0%
Apotheken	2.190	4,5%
Medizin- und Gerontotechnik, Gesundheitshandwerk	2.060	4,3%
Handel mit Gesundheitsprodukten	1.442	3,0%
Sport und Freizeit, Wellness	626	1,3%
Private Forschung	622	1,3%
Gesundheitstourismus	420	0,9%
Sonstige Bereiche	263	0,5%
Pharmazeutische Industrie	171	0,4%
Bildung, Ausbildung	147	0,3%
Gesundheitswirtschaft	48.323	100,0%

Quelle: Beschäftigtenstatistik, Bundesagentur für Arbeit, u.a.¹
 Berechnung und Darstellung: Institut Arbeit und Technik

Von den 48.323 Beschäftigten gehen 83,2 % einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach, 11,5 % arbeiten als ausschließlich geringfügig Beschäftigte und 5,3 % sind selbstständig.

¹ Weitere Quellen: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Zentralverband des Deutschen Handwerks, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes.

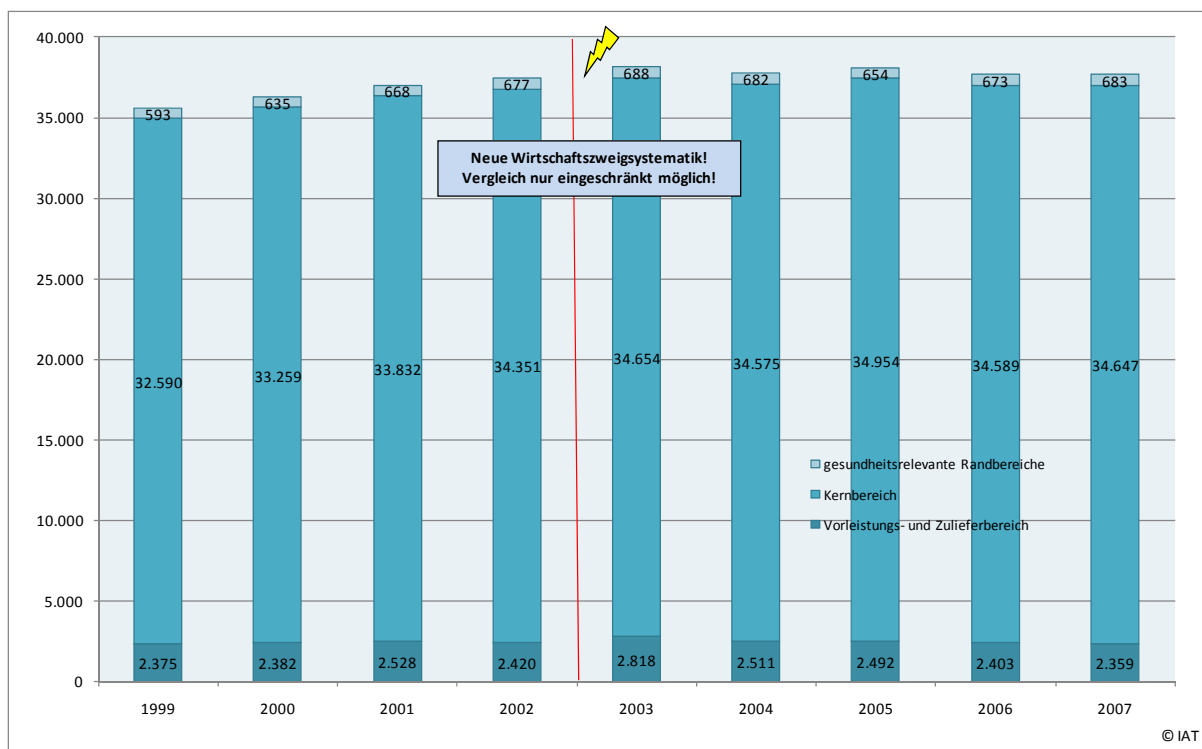
Tabelle 2: Gesamtbeschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Beschäftigungsart, Land Bremen 2009

	Beschäftigte	Anteile in Prozent
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	40.211	83,2%
...Vorleistungs- und Zulieferbereich	3.566	7,4%
...Kernbereich	35.804	74,1%
...gesundheitsrelevante Randbereiche	841	1,7%
geringfügig Beschäftigte	5.550	11,5%
...Vorleistungs- und Zulieferbereich	521	1,1%
...Kernbereich	4.432	9,2%
...gesundheitsrelevante Randbereiche	597	1,2%
Selbstständige	2.562	5,3%
...an der KV teilnehmende psycholog. Psychotherapeuten	254	0,5%
...an der KV teilnehmende Vertragsärzte	1.299	2,7%
...Niedergelassene Zahnärzte	437	0,9%
...Gesundheitshandwerker	214	0,4%
...Heilpraktiker	185	0,4%
...Apotheker	173	0,4%
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	48.323	100,0%

Quelle: Beschäftigtenstatistik, Bundesagentur für Arbeit, u.a. vgl. Fußnote 1
 Berechnung und Darstellung: Institut Arbeit und Technik

Beschäftigungsentwicklung: Positive Effekte zwischen 1999 und 2003, danach auf konstantem Niveau, seit 2008 wieder ein positiver Trend erkennbar.

Abbildung 3: Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, Land Bremen 1999-2007



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

Aufgrund einer Änderung in der Wirtschaftszweigsystematik zwischen 2002 und 2003 sowie zwischen 2007 und 2008 ist die Betrachtung über den Zeitverlauf nur eingeschränkt möglich².

- Die Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen 1999 und 2003 verlief positiv. Insgesamt stieg die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten während dieses Zeitraums von 35.557 auf 37.029 um fast 1.900 (5,3 %), davon allein im Kernbereich um 1.762. Ursächlich hierfür waren Zugewinne in der Altenhilfe, den Krankenhäusern, Krankenversicherungen, Facharztpraxen sowie den Apotheken. Beachtet

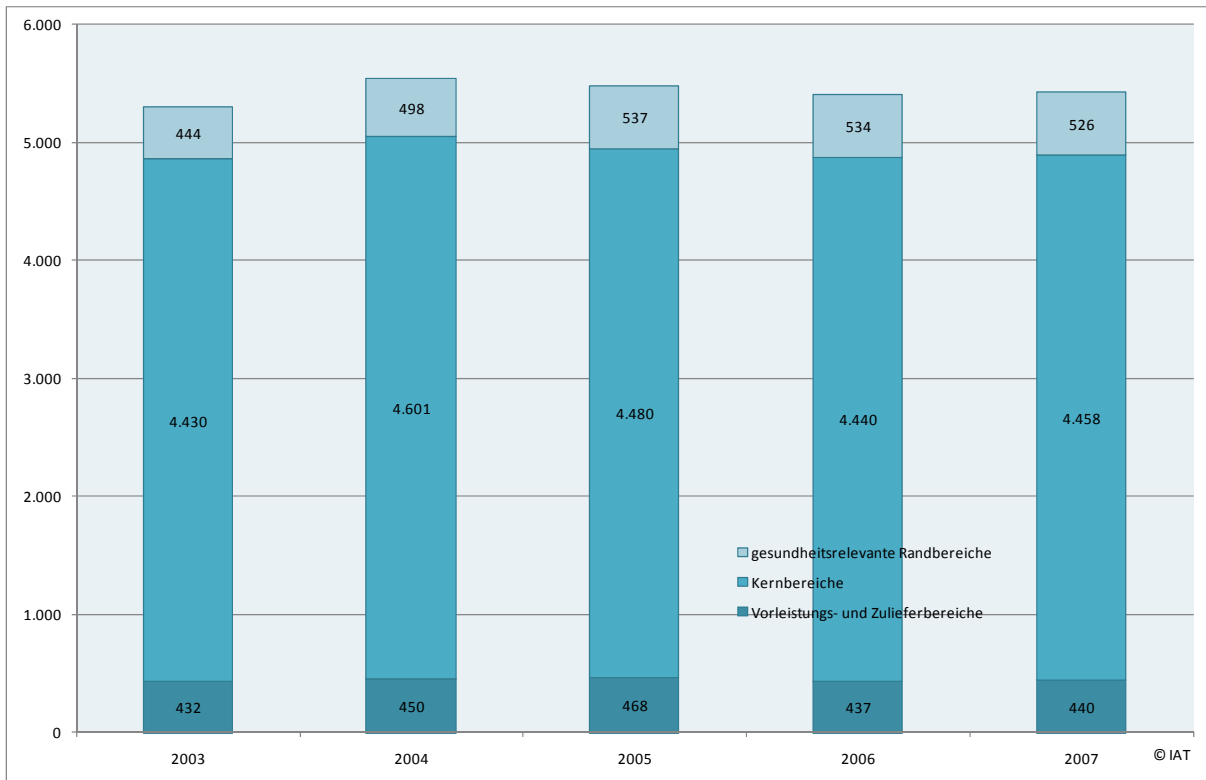
² Die Wirtschaftszweigsystematik ab 2003 weist die Augenoptiker aus, die zuvor nicht mitberücksichtigt werden konnten. Aus diesem Grund ist der „Sprung“ im Bereich der Vorleistungs- und Zulieferindustrien zwischen 2002 und 2003 von 2.420 und 2.818 zu erklären. Die Änderungen der Wirtschaftszweige zwischen 2007 und 2008 sind so gravierend, dass ein Vergleich in der Gesundheitswirtschaft insgesamt gar nicht mehr darstellbar ist. Aus diesem Grund werden die Jahre 2008 und 2009 gesondert dargestellt.

werden muss bei der Beschäftigungsentwicklung jedoch, dass es sich hierbei um „Kopfzahlen“ handelt. Inwieweit Vollzeitstellen möglicherweise durch Teilzeitstellen ersetzt wurden, kann hier nicht beurteilt werden.

- Die positive Entwicklung der vorherigen Jahre konnte zwischen 2003 und 2007 nicht weiter geführt werden. Insgesamt kam es zwischen 2003 und 2007 zu einem leichten Beschäftigungsrückgang von 470 (-1,2 %). Die Rückgänge sind durch Beschäftigungsverluste im Vorleistungs- und Zulieferbereich zu erklären, während die Entwicklung im Kernbereich konstant verlief. Betroffen von den Rückgängen waren die Augenoptikerbranche mit Verlusten von 178 (knapp -50 %) sowie die Zahntechnischen Labore. Hier sank die Beschäftigung um fast 20 % um 147 Beschäftigte.

Beide Entwicklungen entsprechen dem deutschlandweiten Trend. So kam es mit Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 und des darin enthaltenen Wegfalls der GKV-Zuzahlungen für Brillen zu einem starken Umsatz- und Beschäftigungseinbruch in der Augenoptikerbranche. Mittlerweile konnte sich die Branche auf den Privatzahlermarkt einstellen und die Entwicklung hat sich stabilisiert. Seit 2006 sind die Beschäftigungszahlen sowohl deutschlandweit als auch in Bremen wieder leicht positiv (ZVA 2009). Die Entwicklung bei den Zahntechnikern ist zum einen durch einen in den letzten Jahren stetigen Rückgang an GKV-Leistungen zu erklären, zum anderen befindet sich die Zahntechnikerbranche durch den technischen Fortschritt in einem enormen Industrialisierungsprozess mit gleichzeitig zunehmenden internationalen Wettbewerb. Dies hat zur Folge, dass Zahntechniker dem Wettbewerb mit den industriell erzeugten Produkten nicht standhalten können und sich in Zukunft wohl stärker von der Fertigung der Produkte auf die individuelle Anpassung und Reparatur fokussieren (Rudolph / Wassermann 2003: 57-61).

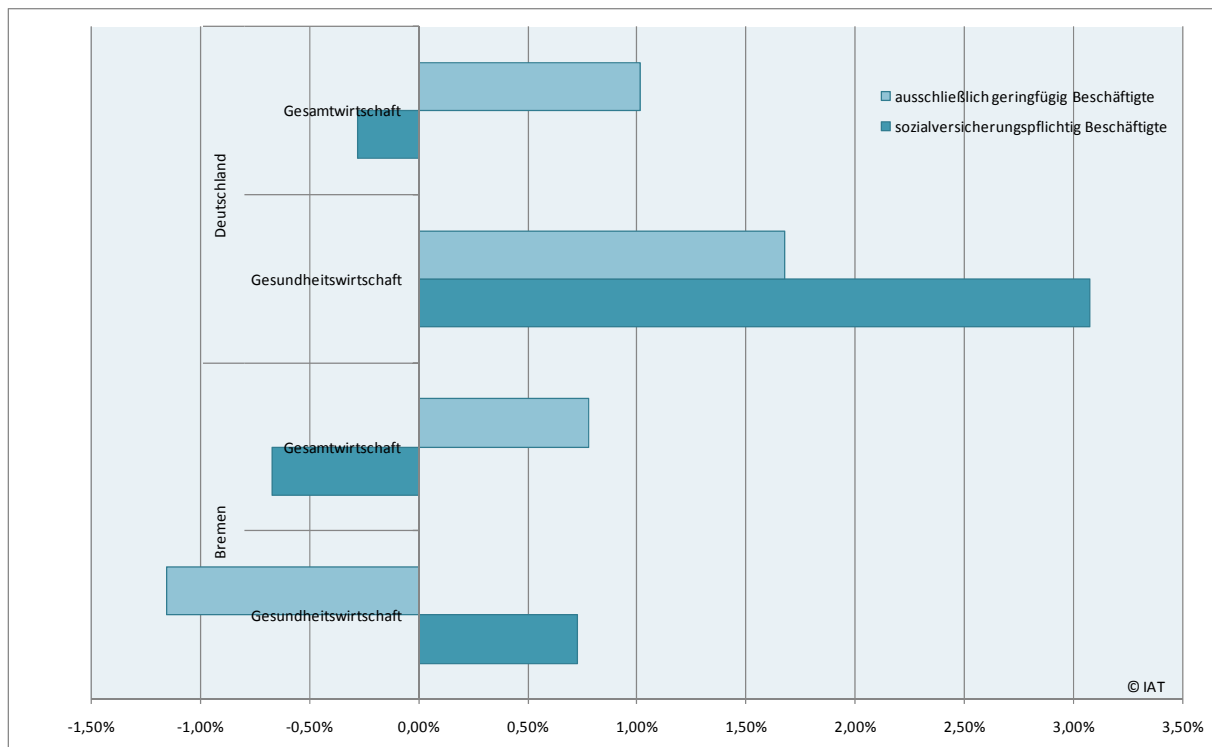
Abbildung 4: Entwicklung der ausschließlich geringfügig Beschäftigten, Land Bremen 2003-2007



Quelle: Beschäftigtenstatistik, Bundesagentur für Arbeit, Berechnung und Darstellung: Institut Arbeit und Technik

Die Anzahl der ausschließlich geringfügig Beschäftigten hat sich zwischen 2003 und 2007 von 5.307 auf 5.425 um 118 (1,2 %) erhöht. Der Entwicklungsverlauf ist in den letzten Jahren somit relativ konstant.

Abbildung 5: Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und ausschließlich geringfügig Beschäftigten in der Gesundheits- und Gesamtwirtschaft 2008/2009, Bremen und Deutschland im Vergleich.



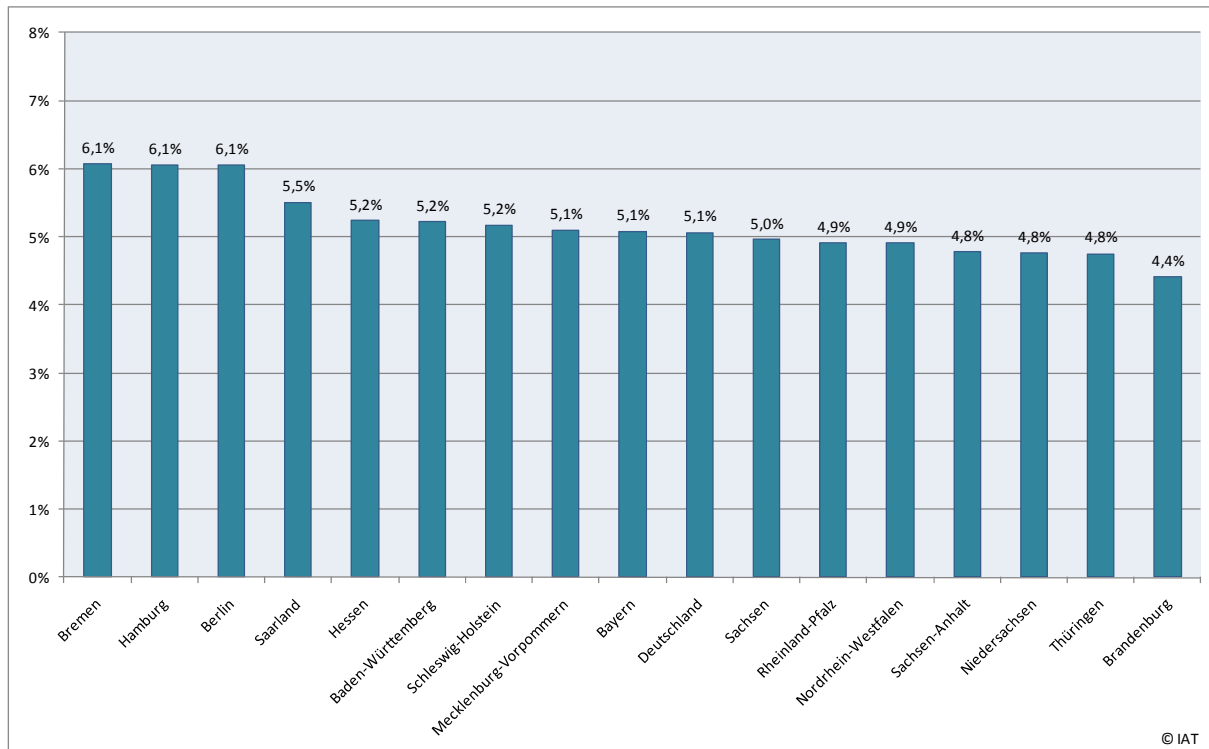
Quelle: Beschäftigtenstatistik, Bundesagentur für Arbeit, Berechnung und Darstellung: Institut Arbeit und Technik

Nach den geringen Beschäftigungsverlusten zwischen 2003 und 2007 scheint sich die Beschäftigung in Bremen wieder zu stabilisieren. So ist die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen 2008 und 2009 immerhin um 0,7 % auf insgesamt 40.211 angestiegen. Im Gegensatz dazu ist bei den Mini-Jobs ein Rückgang von 1,2 % auszumachen. Insgesamt sind hier 65 Jobs verloren gegangen. Damit verläuft die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft gegen den bremischen gesamtwirtschaftlichen Trend, wo ein Rückgang der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um - 0,7 % auszumachen und ein Plus bei den Mini-Jobs um 0,8 % zu verzeichnen ist.

In Deutschland verläuft die Entwicklung jedoch dynamischer. Insgesamt kam es zwischen 2008 und 2009 in Deutschland zu einem Plus bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von immerhin 3,1 %, bei den ausschließlich geringfügig Beschäftigten beträgt das Wachstum 1,7 %. Ursächlich hierfür sind Beschäftigungsgewinne in der Altenhilfe.

Bremen – das Oberzentrum auch in Sachen Gesundheit für das niedersächsische Umland

Abbildung 6: Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an der Bevölkerung, Bundesländervergleich 2009

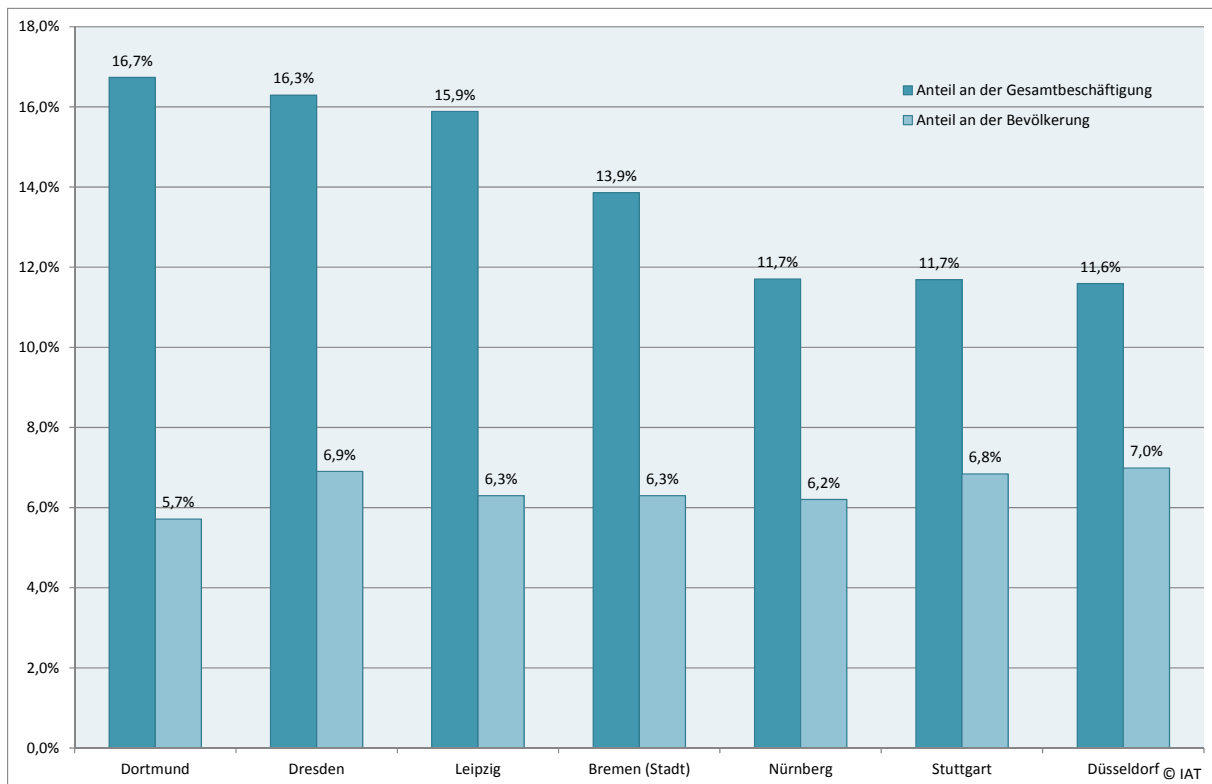


Quelle: Beschäftigtenstatistik, Bundesagentur für Arbeit; Bevölkerungsfortschreibung Statistisches Bundesamt. Berechnung und Darstellung: Institut Arbeit und Technik.

Die Bedeutung Bremens als Oberzentrum für Gesundheitsleistungen für die in Niedersachsen liegende Umgebung wird anhand des Anteils der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an der Bevölkerung deutlich. Bremen sowie die beiden anderen und größeren Stadtstaaten Hamburg und Berlin liegen mit 6,1 % ganz vorne. Die hohe Bedeutung von bremischen Gesundheitsangeboten für das Umland wird im Verlauf der Studie weiter thematisiert werden. Brandenburg als strukturschwaches und dünn besiedeltes Flächenland ist mit einem Anteil von 4,4 % im Bundesländervergleich Schlusslicht.

Aufgrund der Funktion als Stadtstaat ist es hilfreich, einen Vergleich Bremens mit anderen Städten durchzuführen. Aus diesem Anlass wurde für die Stadt Bremen ein Vergleich mit anderen Städten – etwa derselben Größenordnung – durchgeführt.

Abbildung 7: Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft und der Bevölkerung, Städtevergleich 2009



Quelle: Beschäftigtenstatistik, Bundesagentur für Arbeit; Bevölkerungsfortschreibung Statistisches Bundesamt. Berechnung und Darstellung: Institut Arbeit und Technik.

Abbildung 7 zeigt den Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie an der Gesamtbevölkerung. Dortmund weist mit 16,7 % den höchsten Anteil an Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen Beschäftigten auf, Bremen liegt mit 13,9 % im Mittelfeld, Düsseldorfs Anteil liegt bei 11,6 %. Damit wird erkennbar, dass die Gesundheitswirtschaft in allen Regionen eine ganz wichtige beschäftigungspolitische Relevanz einnimmt. Bei der Betrachtung von Anteilswerten besteht jedoch immer die Gefahr, dass die Bezugsgröße - in diesem Fall die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt - gering ist und die Anteilswerte der Gesundheitswirtschaft dadurch überdurchschnittlich hoch sind. Dies ist natürlich in strukturschwächeren Regionen oder Städten der Fall, denn aufgrund der nach wie vor bestehenden flächendeckenden Gesundheitsversorgung nimmt diese dann eine übergeordnete Rolle ein. Aus diesem Grund wird hier zusätzlich der Anteilswert an der Wohnbevölkerung betrachtet. Düsseldorf hat hierbei mit 7 % den höchsten Anteil, gefolgt von Dresden und Stuttgart. Bremen, Leipzig und Nürnberg liegen in etwa auf einem Niveau von 6,3 % (Nürnberg 6,2 %), Dortmund bildet mit 5,7 % das Schlusslicht der betrachteten sieben Städte.

Die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft Bremens liegt bei etwa 2,4 Mrd. Euro

Die Quantifizierung der wirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft besonders auf regionaler Ebene ist mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Angaben der Bruttowertschöpfung³ liegen leider nicht für die Gesundheitswirtschaft insgesamt vor. Hier kann nur auf die Daten des Wirtschaftszweigs des Gesundheits-, Veterinär-, und Sozialwesens zurückgegriffen werden. Damit ist jedoch lediglich der Hauptteil des Kernbereichs abgedeckt. Aus diesem Grund wird zusätzlich die Umsatzsteuerstatistik verwendet. Hier besteht jedoch das Problem, dass lediglich umsatzsteuerpflichtige Unternehmen erfasst werden und damit ein Großteil der Einrichtungen und Unternehmen aus dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft somit nicht berücksichtigt werden. Damit ist jedoch ein - annäherungsweise - realistisches Bild für den Vorleistungs- und Zulieferbereich sowie die gesundheitsrelevanten Randbereiche möglich.

Für eine erste Einschätzung der wirtschaftlichen Bedeutung der bremischen Gesundheitswirtschaft wird zudem auf die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Die Gesundheitsausgabenrechnung erfasst alle privat und durch die gesetzliche Versicherung finanzierten Gesundheits- und Pflegeleistungen. Da diese Angaben nur auf Bundesebene ausgewiesen werden, kann hier nur eine grobe Schätzung - mittels des Bevölkerungsquotienten Deutschland/Bremen von 123,9 erfolgen⁴. Deutschlandweit lagen die Gesundheitsausgaben bei insgesamt 263,2 Mrd. Euro. Damit ergibt sich für Bremen ein Näherungswert von geschätzt 2,1 Mrd. Euro.

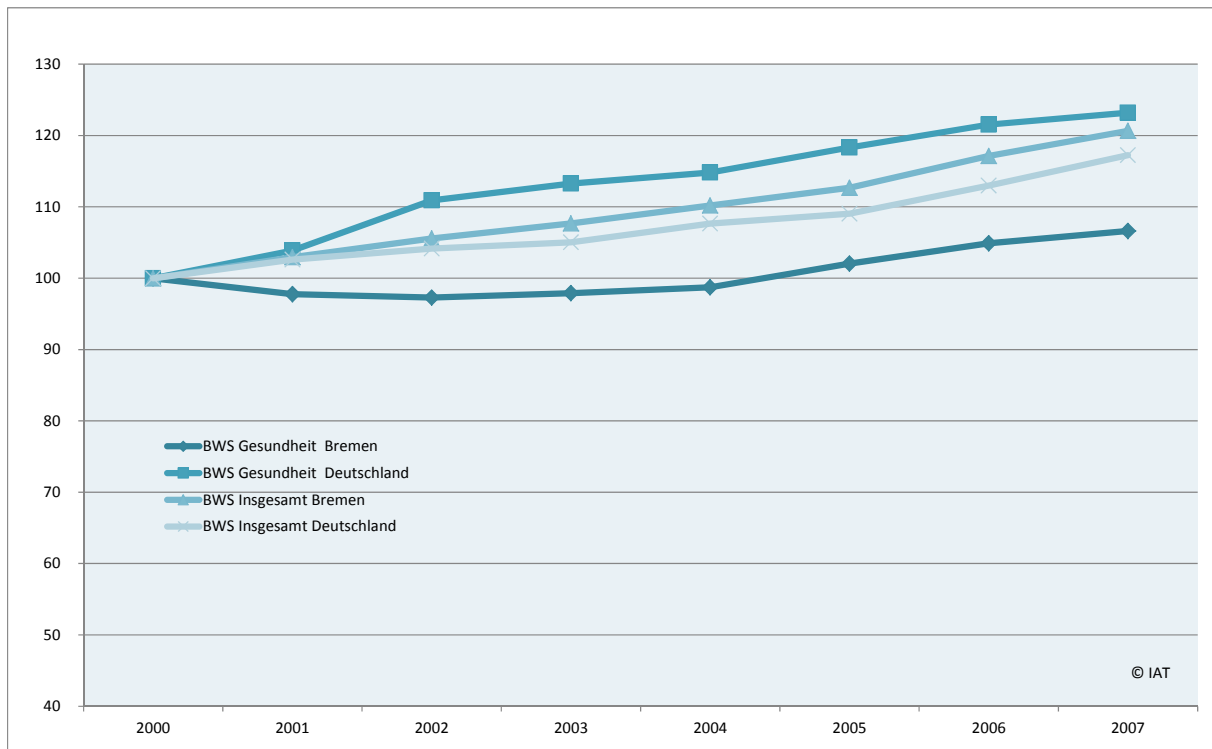
Die Bruttowertschöpfung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen betrug 2007 1,5 Mrd. Euro, insgesamt konnten im Land Bremen 24 Mrd. Euro erwirtschaftet werden. Im Vergleich zur Entwicklung der Bruttowertschöpfung insgesamt (17 %) ist die Bruttowertschöpfung im Gesundheitsbereich bundesweit in den letzten Jahren stärker angestiegen (23 %). In Bremen liegt das Wachstum der Bruttowertschöpfung zwischen 2000 und 2007 insgesamt bei 21 %, im Gesundheitsbereich bei knapp 7 %. Im Vergleich zum Jahr 2000, für das für das Land Bremen eine ausführliche Untersuchung und Analyse der regionalwirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Auftrag des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales erarbeitet wurde (BASYS / BAW / NIW 2003: 26), hat sich die Bruttowertschöpfung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen somit von 1,4 Mrd. Euro auf 1,5 Mrd. Euro erhöht. Der Verlauf ist folgendermaßen zu beschreiben: Zwischen dem Jahr 2000 und 2002

³ Die Bruttowertschöpfung ist eine Kennzahl der Entstehungsrechnung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Sie ergibt sich aus dem Gesamtwert der im Produktionsprozess erzeugten Waren und Dienstleistungen abzüglich des Wertes der Vorleistungen.

⁴ Dieser Vorgehensweise ist nur eine erste Annäherung. Klar ist, dass hier regionale Disparitäten nicht berücksichtigt werden können.

ist in Bremen ein leichter Rückgang im Gesundheitsbereich zu verzeichnen, während in Deutschland die Entwicklung ansteigt. Nach 2002 steigt auch die Wertschöpfung im Gesundheitsbereich in Bremen wieder an, bleibt jedoch bis zum Jahr im Jahr 2007 unterhalb der deutschlandweiten Entwicklung.

Abbildung 8: Entwicklung der Bruttowertschöpfung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen sowie Insgesamt, Bremen und Deutschland im Vergleich, Index 2000=100.



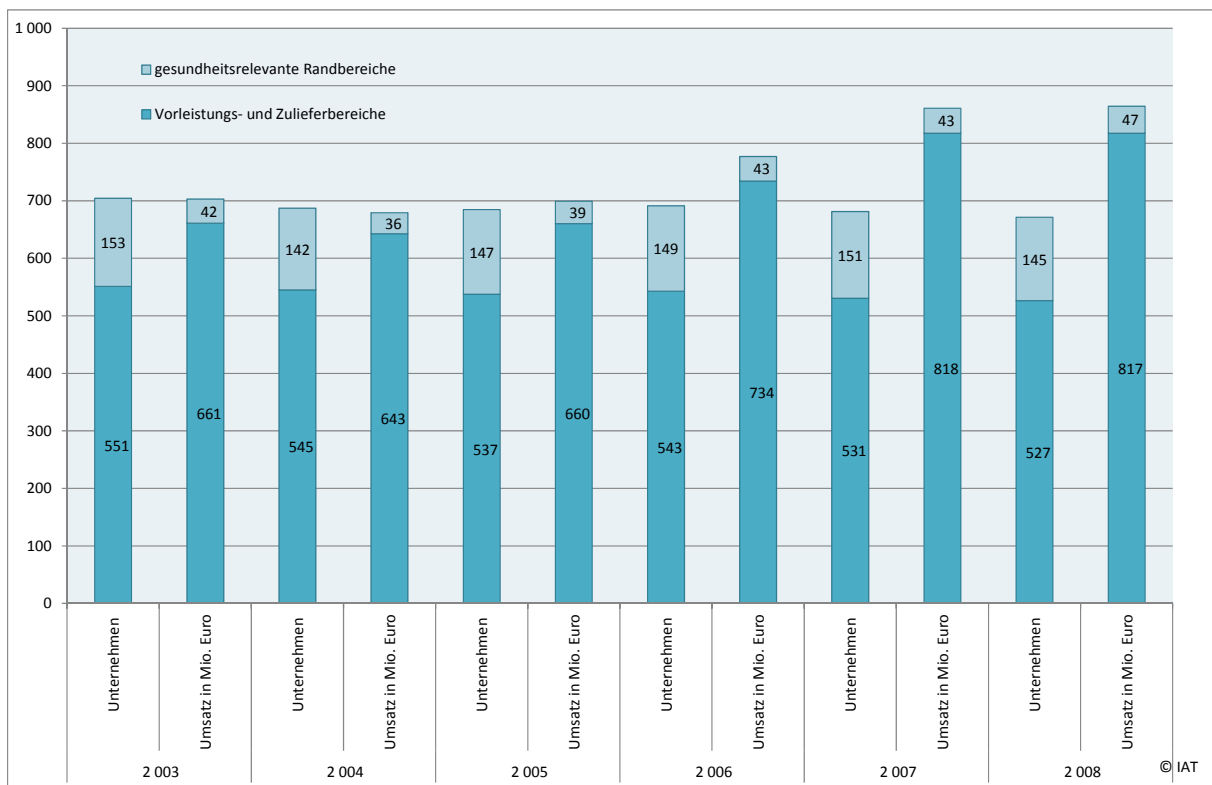
Quelle: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder und des Bundes 2009
Berechnung und Darstellung: Institut Arbeit und Technik

Der Umsatz in den Vorleistungsbereichen (incl. Apotheken⁵ sowie anteilig Softwareunternehmen⁶) sowie in den gesundheitsrelevanten Randbereiche liegt im Jahr 2007 bei insgesamt 864 Mio. Euro. Rechnet man diese zu den etwa 1,5 Mrd. Euro hinzu, kommt man annäherungsweise zu einem Umsatzvolumen von 2,4 Mrd. Euro.

⁵ Da die Bruttowertschöpfung im Gesundheits- Veterinär- und Sozialwesen die Apotheken nicht enthält, wurden diese den Vorleistungsbereichen zugeschlagen, während diese aufgrund der hohen Beratungstätigkeit dem Kernbereich zugeschlagen werden.

⁶ Aufgrund der hohen Bedeutung der gesundheitsrelevanten Softwareentwicklung wurde diese in die Berechnung der wirtschaftlichen Bedeutung miteinbezogen. Berücksichtigt wird diese jedoch nicht bei der Berechnung der Beschäftigten, da hier ein Vergleich mit anderen Regionen ansonsten nicht möglich ist. Dieser Bereich macht hierbei insgesamt etwa 39,9 Mio. Euro aus.

Abbildung 9: Entwicklung von steuerpflichtigen Unternehmen und deren Umsatz in den Vorleistungsbereichen und gesundheitsrelevanten Randbereichen, Land Bremen 2003-2008



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen. Berechnung und Darstellung: Institut Arbeit und Technik.

- In den Vorleistungs- und Zulieferindustrien hat sich die Unternehmensanzahl von 551 auf 527 reduziert (-4,5 %). Gleichzeitig ist der Umsatz von 661 auf 817 Mio. Euro angestiegen (23,6 %).
- Im Bereich der gesundheitsrelevanten Randbereiche ist ein Rückgang der Unternehmen von 153 auf 145 (-5,4 %) zu verzeichnen. Gleichzeitig stieg der Umsatz von 42 auf 47 Mio. Euro (23 %).

Bremen wird im Gegensatz zu vielen anderen Regionen insgesamt nicht mit einem Bevölkerungsrückgang konfrontiert. Die Alterung der Gesellschaft und hier die Zunahme der Hochaltrigen – innerhalb der männlichen Bevölkerung – wird die Nachfrage nach Dienstleistungen für das Leben im Alter weiter erhöhen und verändern. Bereits heute arbeiten in der Gesundheitswirtschaft 48.300 Menschen, davon der überwiegende Anteil im klassischen Gesundheitswesen sowie der Altenhilfe. Die Krankenhäuser sind hierbei überdurchschnittlich bedeutsam für die Beschäftigung. Die Beschäftigungsentwicklung verlief im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung deutlich günstiger, auch wenn das Niveau zwischen 2003

und 2007 in etwa gleich blieb. Seit 2008 ist wieder eine positive Entwicklung erkennbar. Auch in Zukunft ist damit zu rechnen, dass die personenbezogenen Dienstleistungen besonders im Bereich der Altenhilfe weiter an Bedeutung gewinnen werden. Bremen nimmt als Oberzentrum auch in Sachen Gesundheit eine wichtige Funktion für das niedersächsische Umland ein. Die wirtschaftliche Entwicklung ist in den letzten Jahren positiv, bleibt jedoch hinter der deutschlandweiten Entwicklung zurück. Für 2008 kann die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft auf etwa 2,4 Mrd. Euro geschätzt werden.

3. Zukunftsfelder Bremens: Ausgangslage und Situation

3.1. Stationäre Versorgung

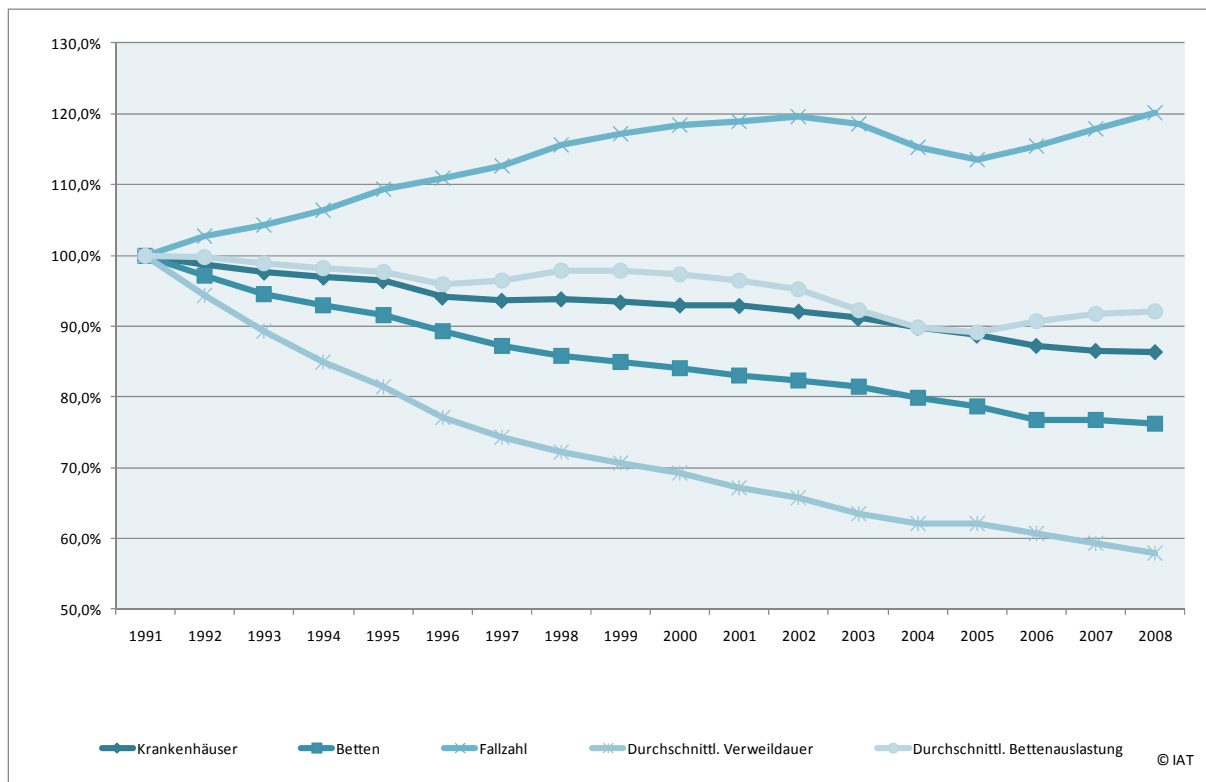
Ausgangslage

Der deutsche Krankenhausesektor befindet sich seit einigen Jahren im Wandel und sieht sich mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Bedingt durch den demografischen Wandel sowie gesundheitspolitischer Rahmengesetzgebungen, die das primäre Ziel verfolgen, den Krankenhausesektor mit seinem hohen Anteil an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen zu reformieren und Einspar- und Effizienzeffekte zu erzielen⁷, kam es in den vergangenen Jahren zu erheblichen Veränderungen im Krankenhausmarkt, die sich durch folgende Kennziffern skizzieren lassen:

- Rückläufige Entwicklung der Einrichtungen und aufgestellten Betten,
- steigende Fallzahlen,
- eine stark sinkende Verweildauer und
- dadurch bedingt eine rückläufige Bettenauslastung.

⁷ Exemplarisch sind an dieser Stelle das Fallpauschalengesetz aus dem Jahre 2002 mit der Einführung des Finanzsystems der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs), das GKV Modernisierungsgesetz (2003) und das GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) zu nennen.

Abbildung 10: Entwicklung zentraler Krankenhauskennziffern in Deutschland 1991-2008



Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Vor diesem Hintergrund zeichnen sich im Krankenhausmarkt neue Trends ab, die in die Richtung gehen, eine verstärkte Profil- und Schwerpunktbildung zu betreiben, die Überwindung der strikten Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor durch vermehrte Kooperationen voranzubringen sowie Leistungen außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten.

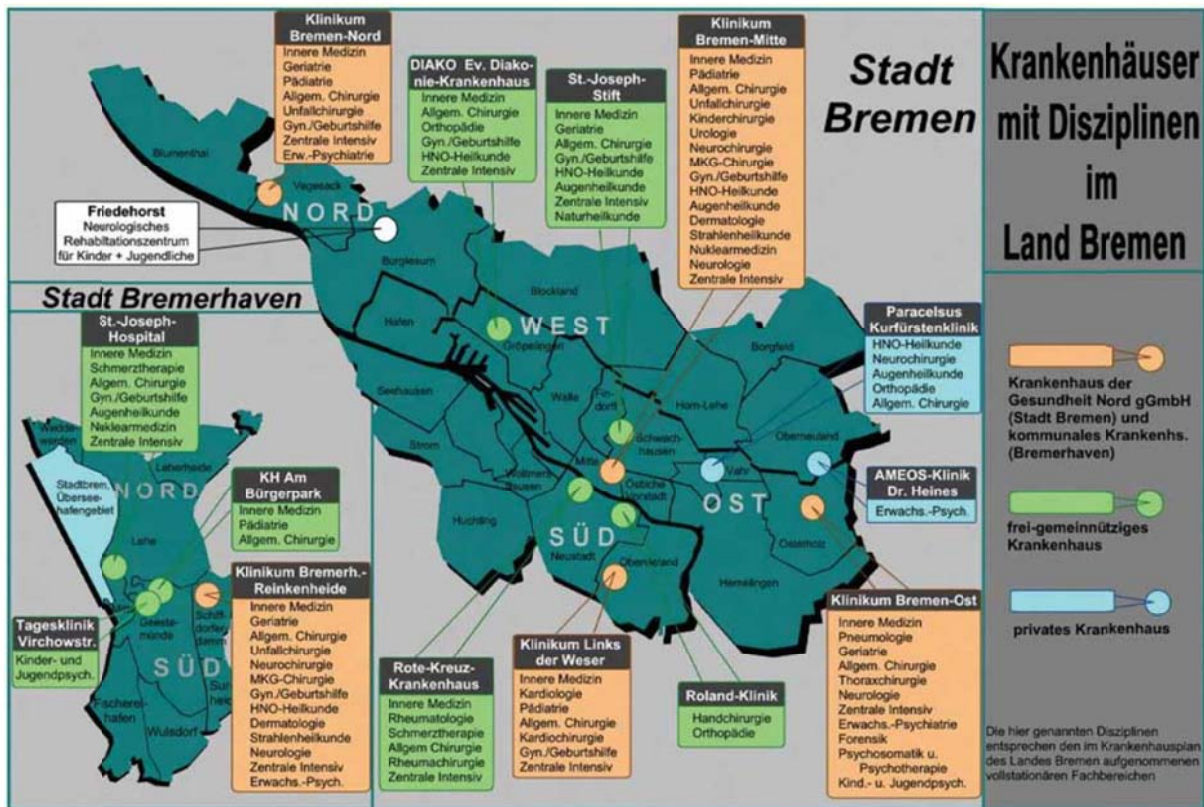
Situation in Bremen

Die Krankenhauslandschaft im Land Bremen umfasst insgesamt 14 Kliniken, hiervon befinden sich zehn in der Stadt Bremen sowie vier in Bremerhaven. Eine Besonderheit der bremischen Krankenhauslandschaft stellen die beiden Klinikverbände Gesundheit Nord (GENO) (Klinken Mitte, Ost, Nord und dem Klinikum Links der Weser) und die Kooperationsgemeinschaft der Freien Kliniken Bremen (DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus, Krankenhaus St. Joseph-Stift, Roland-Klinik und Rotes Kreuz Krankenhaus) dar. Mit Blick auf die Trägerschaft der Häuser bleibt festzuhalten, dass mit sieben Häusern der Großteil in freigemeinnütziger Form betrieben wird, weitere fünf in öffentlicher Trägerschaft und zwei in privater Trägerschaft (Statistisches Landesamt Bremen 2009).

Gesamt gesehen decken die Krankenhäuser im Land Bremen bis auf wenige Ausnahmen, wie einige Transplantationen, die gesamte Versorgungskette ab. Erste Spezialisierungen der

Krankenhäuser sind bereits erfolgt, die Schwerpunktbildung kann und sollte in Bremen aber noch weiter vorangetrieben werden (vgl. hierzu Kapitel 4.1).

Abbildung 11: Übersicht der Krankenhäuser im Land Bremen



Quelle: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2009b

Der Entwicklungsverlauf der letzten Jahre zeichnet sich auch in Bremen – entsprechend den Bundestrends – durch eine rückläufige Zahl an Einrichtungen, Bettenzahlen und Liegenzeiten bei gleichzeitigem Anstieg der Patientenzahlen aus. Gab es im Jahr 1995 im Land Bremen noch 6.955 aufgestellte Betten, hat sich diese Anzahl bis zum Jahr 2008 schrittweise auf 5.336 Krankenhausbetten (-23,3 %) reduziert. Im gleichen Zeitraum ist jedoch die Fallzahl der vollstationär behandelten Patienten in den Bremer Krankenhäusern von 179.777 um 9,3 % auf 196.553 (2008) gestiegen. Die durchschnittliche Bettenauslastung in Bremen liegt mit 77,8 % im Jahr 2008 – und trotz des sehr geringen Verweildauerdurchschnittes von 7,7 Tagen – geringfügig über dem Bundesdurchschnitt von 77,4 %.

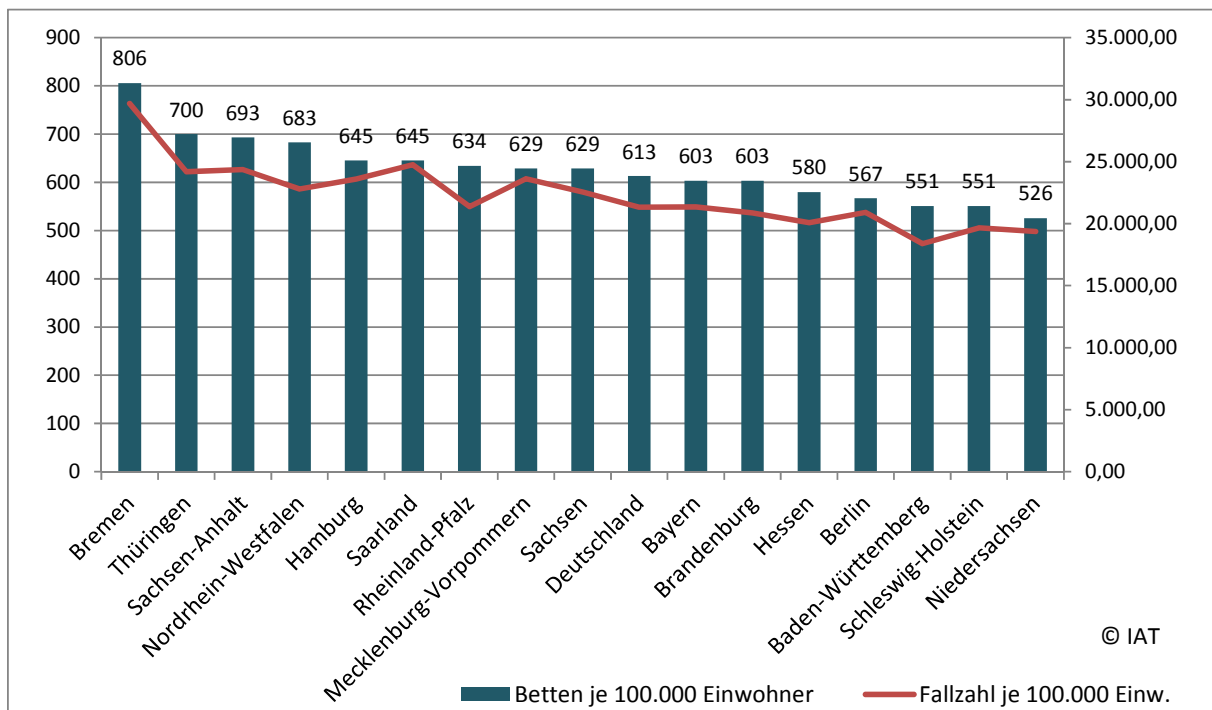
Tabelle 3: Ausgewählte Krankenhausindikatoren im Vergleich, 2008

	Land Bremen	Deutschland
Betten je 100.000 Einwohner	806	613
Fälle je 100.000 Einwohner	29.686	21.334
Durchschnittl. Verweildauer	7,7 Tage	8,1 Tage
Durchschnittl. Bettenauslastung	77,8%	77,4%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Herausragendes Merkmal der bremischen Krankenhauslandschaft ist die hohe Anzahl von 806 aufgestellten Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner, im Vergleich hierzu liegt der Bundesdurchschnitt gerade einmal bei 613. Und auch im Bereich der Fälle pro 100.000 Einwohner nimmt Bremen mit 29.686 Fällen im Jahr 2008 ebenfalls deutschlandweit die Spitzenposition ein.

Abbildung 12: Betten und Fallzahlen je 100.000 Einwohner im Vergleich, 2008



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berechnung und Darstellung: IAT

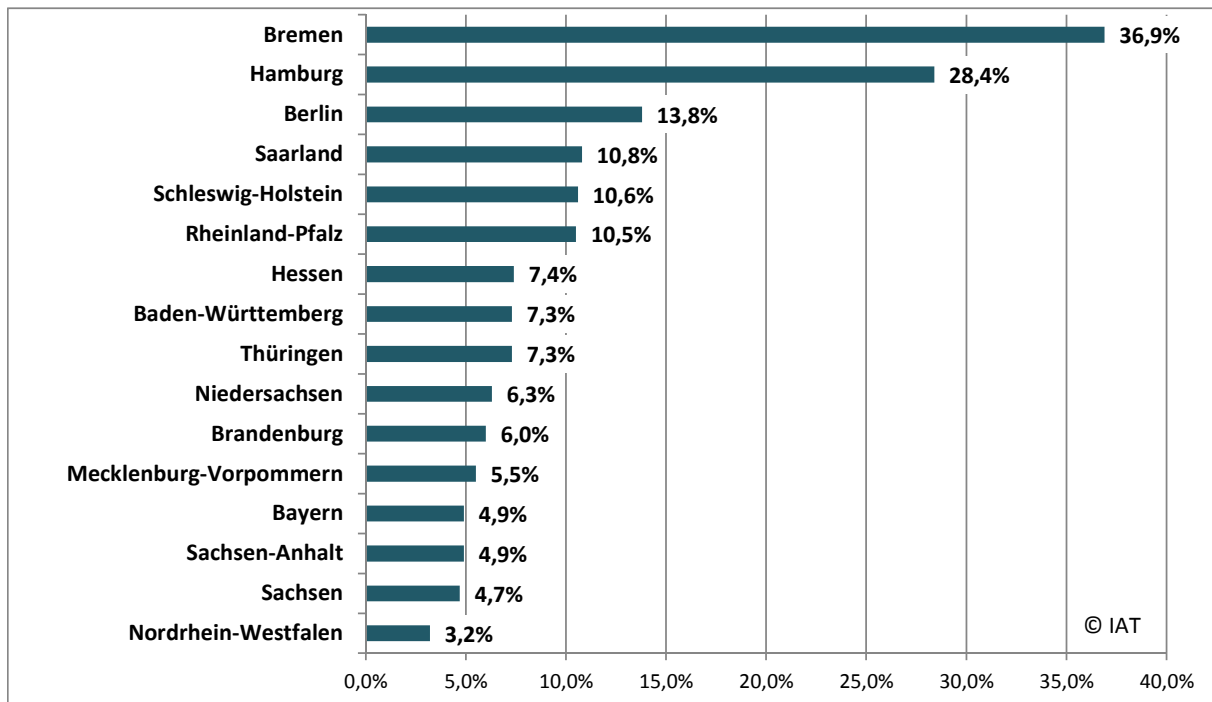
Anhand dieser Indikatoren zeigt sich, dass die Krankenhäuser Bremens die Gesundheitsversorgung der Bremer Einwohnerinnen und Einwohner sicherstellen und darüber hinaus eine wichtige Rolle der Krankenhausversorgung auch über die Landesgrenzen hinweg einnehmen.

Ein Blick auf die Patientenzuwächse der Bremer Krankenhäuser bestätigt dieses Bild weiterhin: Von den im Jahr 2007 insgesamt in den Krankenhäusern Bremens behandelten 196.660 Fällen, hatten 123.584 ihren Wohnsitz auch im Land Bremen (65 %) und 73.076 (35 %) stammten nicht aus dem Land. Besondere Zugewinne erzielen die Bremer Krankenhäuser aus dem direkten Umland (Niedersachsen), hier wird die Funktion Bremens als Oberzentrum auch in der stationären Versorgung sichtbar. Patienten mit Wohnsitz im Ausland spielten mit 341 Patienten – vornehmlich aus den östlichen Ländern Europas – hingegen eine eher untergeordnete Rolle. Zudem ließen sich auch 11.708 Bremer außerhalb von Bremen behandeln. Dies berücksichtigt, erreicht das Land Bremen immer noch einen Netto-„Patientenimport“ von 61.368 Fällen im Jahr 2007 und weist damit die höchste Versorgungsquote auswärtiger Patientinnen und Patienten in Deutschland auf (vgl. Abbildung 13).⁸ Diese zu halten und mit der Weiterentwicklung der bestehenden Angebote sogar noch auszubauen, sollte oberstes Ziel Bremens in Bezug auf die Krankenhausentwicklung sein. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass es trotz der bedeutenden Zuwanderungen von Patienten aus Niedersachsen bisweilen keine Abstimmung mit dem Land Niedersachsen im Sinne einer gemeinsamen Krankenhausplanung gibt.⁹

⁸ Krankenhausentlassungsstatistik, Sonderauswertung Forschungsdatenzentrum 2010, eigene Berechnung und Darstellung. Vgl. hierzu auch: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales: Bremer Krankenhäuser im Dreistromland (2008a) sowie Patientenwanderungen und Versorgungsindizes (2008b).

⁹ Hierbei ist anzumerken, dass eine Abstimmung und Planung mit dem Land Niedersachsen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nicht von Bremen alleine gestaltet werden, sondern nur gemeinsam mit Niedersachsen geschehen kann und sich dies derzeit aufgrund der unterschiedlichen Planungsinstrumente der beiden Länder als schwierig erweist.

Abbildung 13: Anteil Patienten aus anderen Bundesländern an der Gesamtfallzahl 2006 in %



Quelle: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2008b: 7, Darstellung: Institut Arbeit und Technik

Als besondere Versorgungsschwerpunkte mit überregionaler Bedeutsamkeit wurden im Rahmen einer Studie des BAW Instituts für regionale Wirtschaftsförderung GmbH zusammen mit der Firma Güse MediConsult folgende Leuchttürme identifiziert (vgl. Güse / Meuer / Stenke 2005):

- Pharmakologie am Klinikum Bremen-Mitte/HTA-Zentrum der Universität Bremen,
- Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst,
- Klinikum für Neurologie und Neurochirurgie Reinkenheide,
- Neurologie am Klinikum Bremen-Ost,
- Klinik für medizinische Geriatrie im Klinikum Bremen-Nord und
- Rheumazentrum im Roten Kreuz Krankenhaus.

Im Kontext der Weiterentwicklung der bremischen Krankenhauslandschaft spielt auch die Gestaltung des Übergangsmanagement zwischen den einzelnen Sektoren – von der Prävention bis zur Rehabilitation und Pflege – eine bedeutende Rolle. Hinweise darauf, dass an der Schnittstelle zwischen der stationären Versorgung und der ambulanten bzw. häuslichen Versorgung bundesweit noch Verbesserungsbedarfe bestehen, liefert das Beispiel des Vereins „Ambulante Versorgungslücken“. Gegründet wurde der Bremer Verein im Jahr 2009 von Elsbeth Rütten mit dem Ziel, auf bestehende Lücken in der nachstationären Versorgung aufmerksam zu machen, wenn Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt kurzzeitig

hauswirtschaftliche (oder pflegerische) Unterstützung benötigen. So erhalten Patienten für den Fall, dass dieser Hilfebedarf weniger als ein halbes Jahr andauert, weder Unterstützung der Krankenkasse noch der Pflegekasse. In einem Modellprojekt mit der AOK Bremen/Bremerhaven und zwei Bremer Kliniken soll untersucht werden, ob und in welchem Umfang nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiterer Bedarf an ambulanten pflegerischen oder unterstützenden Leistungen besteht (www.ambulante-versorgungsluecke.de). Damit wird deutlich, dass Bremen dieses bundesweit bestehende Problem nicht nur erkannt hat, sondern aktiv angeht und hier innovativ an Lösungen gesucht wird, die dann auch überregional vermarktet werden können.

Die Schaffung von Transparenz und somit auch die Forcierung des Wettbewerbs im Krankenhaussektor hat in Bremen eine große Bedeutung und trägt ihrerseits dazu bei, die hohen Zuwachsraten an Patientinnen und Patienten zu erreichen und Bremens besondere Stellung der Krankenhausversorgung zu stärken. Der Krankenhauswegweiser ist ein Informationsangebot der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales und umfasst neben allgemeinen Hinweisen rund um den Krankenhausaufenthalt auch Informationen über die vorhandenen Krankenhäuser und ihre Versorgungsangebote – sowohl im Internet als auch als Broschüre (www.krankenhauswegweiser.bremen.de). Darüber hinaus haben Patientinnen und Patienten mithilfe des neu gestarteten Bremer Krankenhausspiegels die Möglichkeit, sich über die Behandlungsverfahren sowie Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser zu informieren. Hierzu haben sich die 14 Bremer Krankenhäuser¹⁰ zusammengeschlossen, die Ergebnisse der jährlichen unabhängigen Qualitätsprüfungen der externen Qualitätssicherung ihrer Einrichtungen – zunächst für zehn Behandlungsverfahren wie z.B. Brustkrebsoperationen, Einsatz von Herzschrittmachern oder Gelenkersatz – zu veröffentlichen. Interessierte und Patienten können anhand von Ampelfarben die Ergebnisse der Kliniken mit Resultaten aus anderen Bundesländern bzw. auf Bundesebene vergleichen. Im Laufe des Jahres soll der Krankenhausspiegel zudem um Qualitätsaussagen weiterer Behandlungsverfahren erweitert sowie um Ergebnisse von Patientenbefragungen ergänzt werden (www.bremer-krankenhausspiegel.de).

Die Krankenhauslandschaft im Land Bremen spielt aber nicht nur unter Versorgungsaspekten eine bedeutende Rolle, sondern ist darüber hinaus ein wichtiger Wirtschafts- und Beschäftigungsträger. Insgesamt ist das Krankenhauspersonal im Verlauf der letzten Jahre konstant geblieben und lag Ende des Jahres 2008 bei 12.047 Beschäftigten, dies entspricht einem Lohnsteueraufkommen von rund 30 Millionen Euro im Jahr. Der gesamte Umsatz der Bremer Krankenhauslandschaft liegt etwa bei 700 Millionen Euro pro Jahr (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2009b). Die Bedeutung der Krankenhäuser wurde

¹⁰ Der Krankenhausspiegel geht auf Initiative der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und der Bremer Krankenhausgesellschaft zurück, in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale Bremen, der Ärztekammer Bremen, der Unabhängigen Patientenberatung Bremen, der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, der Techniker Krankenkasse und der hkk Erste Gesundheit. Vorbild ist der Hamburger Krankenhausspiegel.

bereits 1995 in einem Gutachten des Progress-Instituts deutlich. Hier wurde geschätzt, dass die indirekte Beschäftigungswirkung des Krankenhaussektors 50% ausmacht (BASYS / BAW / NIW 2003: 31).

Kritisch gesehen wird in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Krankenhäuser Bremens aufgrund der schlechten Haushaltslage des Landes über weniger Ressourcen und somit eine geringere Investitionskraft verfügen als Einrichtungen anderer Länder. Mit Blick auf die Innovationskraft der Bremer Häuser ist hingegen zu konstatieren, dass v.a. im Themenfeld Pflege intensive Bemühungen bestehen, Innovationen in Forschung und Praxis voranzubringen. Zudem liefen im Frühjahr 2010 rund 59 klinische Studien zur Erprobung neuer Verfahren oder Medikamente mit Beteiligung von Bremer Krankenhäusern, insbesondere in den Bereichen Onkologie, Erkrankungen des blutbildenden Systems, Herz-Kreislauf, Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie neurologische Erkrankungen.

Ein Trend, der in Bremen mit großer Sorge beobachtet und wahrgenommen wird, ist die Entwicklung der Arztlizenzen wie auch des Pflegenachwuchses. So wird in aktuellen Analysen der Krankenhausgesellschaft der drohende Ärztemangel an den Bremer Kliniken deutlich gesehen. Bereits jetzt hat Bremen ohne medizinische Fakultät Probleme in der Rekrutierung von neuen Ärzten, besonders in gefragten Bereichen wie der Anästhesie oder der Chirurgie. Problematisch sehen viele Akteure der Branche aber die Überlegung, eine medizinische Fakultät in Oldenburg zu errichten, denn in Konkurrenz um medizinisches Fachpersonal könnte Bremen in einem Umfeld vom attraktiveren Standort wie Oldenburg, Hamburg oder Hannover das Nachsehen haben (Ärzte Zeitung 2010). Neben den Ärzten steht auch das Pflegepersonal in den Suchbemühungen der Krankenhäuser. Hinzu kommt, dass im Februar 2010 gerade einmal 45 Gesundheits- und Krankenpfleger im Land Bremen bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet waren und somit die „Arbeitsmarktreserven“ nahezu erschöpft sind (vgl. Isfort / Weidner et al. 2010: 34). Das Land hat dieses Problem bereits lange erkannt und informiert Interessenten z.B. mit einer Broschüre über Pflegeberufe (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2003). Zudem versucht das Land mit zahlreichen Aktivitäten das Ziel, die Attraktivität des Berufes weiter zu verbessern, zu erreichen. So hat Bremen bereits 2005 als erstes Bundesland eine Berufsordnung Pflege erlassen. Zudem wurden die Krankenhäuser unterstützt, innovative Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, um somit auch für die Arbeitnehmerinnen attraktivere und familienfreundlichere Arbeitszeiten zu ermöglichen.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation liegt der Fokus im Land Bremen auf der Frührehabilitation als Teil der Krankenhausbehandlung. Hierzu wurden innerhalb der letzten Jahre in diversen Einrichtungen Bettenkapazitäten zur interdisziplinären Frührehabilitation sowie speziell zur geriatrischen Frührehabilitation aufgebaut bzw. umgewidmet (Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2006). Aus diesem Grund spielen auch große stationäre Rehabilitationseinrichtungen im Land Bremen bisweilen eher eine untergeord-

nete Rolle. Ausnahme ist die Stiftung Friedehorst, die neben Einrichtungen für ältere und behinderte Menschen und einem Berufsförderungswerk auch ein Neurologisches Reha- bilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unterhält. Aktuell wird darüber hinaus von der Residenz-Gruppe Bremen die Residenz-Reha-Klinik gebaut, welche mit 200 Betten in den Bereichen Kardiologie, Orthopädie sowie Geriatrie ab Anfang 2011 den Betrieb in Bremen aufnehmen soll. Darüber hinaus existiert eine hohe Anzahl an ambulanten Reha- bilitationseinrichtungen, die sowohl im Bereich der Prävention als auch der Rehabilitation tätig sind. Vor dem Hintergrund, dass der Gesundheitsstandort Haushalt in Zukunft an Be- deutung gewinnen wird, kommt sowohl der Vernetzung von Angeboten der stationären und ambulanten Rehabilitation sowie der Etablierung von mobilen Rehabilitationsmöglichkeiten zu Hause eine Relevanz zu. In diese Richtung zielt auch das Projekt „Ambulante Rehabilitati- on“ (ARE) des Neurologischen Rehabilitationszentrums Friedehorst gGmbH zusammen mit der avantro GmbH, welches im Rahmen des Ideenwettbewerbs Gesundheitswirtschaft „Ge- sund und selbstständig – zu Hause leben“ gefördert wird.

3.2. Ambulante Versorgung

Ausgangslage

Die Zukunft der ambulanten gesundheitlichen Versorgung zeichnet sich mehr und mehr durch ein Spannungsverhältnis zwischen steigender Nachfrage durch eine älter werdende Gesellschaft auf der einen Seite und Versorgungsengpässen aufgrund eines Rückgangs der Arztzahlen auf der anderen Seite aus.

Ein kontinuierlich steigendes Durchschnittsalter – insbesondere der Vertragsärzte – weist darauf hin, dass ein Großteil der derzeit praktizierenden Ärztinnen und Ärzte zeitnah ersetzt werden muss. Gleichzeitig zeigt der Blick auf die Studierenden- sowie Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin, dass die Basis an jungen neuen Ärzten stetig abnimmt und die große Zahl an Abgängen in den nächsten Jahren nicht ersetzt werden kann. So liegt der prognos- tizierte Ersatzbedarf an Hausärzten zwischen 2007 und 2017 bei 27.338 Ärzten, bei den Fachärzten sogar bei 31.820 (Kopetsch 2007).

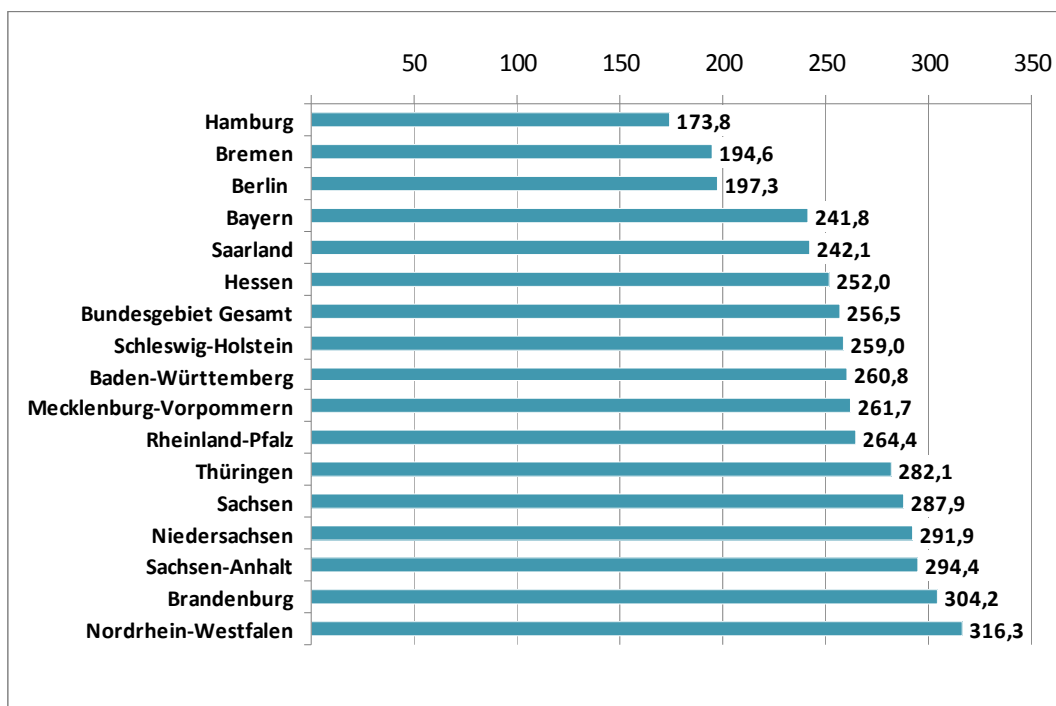
Bereits heute sehen sich insbesondere dünn besiedelte, ländlich gelegene Regionen mit gro- ßen Problemen der Praxisnachfolge und der ausreichenden Versorgung – sowohl mit Allge- meinmedizinern wie auch mit Fachärzten – konfrontiert. Vor diesem Hintergrund wird es in Zukunft darauf ankommen, neue Versorgungsmodelle und Formen zu finden, die die ge- sundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger langfristig sicherstellen. Hierzu zählen neu etablierte Modelle wie die Bildung medizinischer Versorgungszentren genauso wie neue Kooperationsmodelle und Zusammenschlüsse der Ärzte untereinander wie auch sektoren-

übergreifend mit Krankenhäusern und anderen Anbietern. Und auch die Debatte um eine neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Situation in Bremen

Ende des Jahres 2008 waren im Land Bremen 3.401 berufstätige Ärztinnen und Ärzte tätig, hiervon 1.607 ambulant bzw. in freier Praxis. Hieraus ergibt sich eine – für Stadtstaaten repräsentative – hohe Arztdichte im Land Bremen. Ein berufstätiger Arzt versorgt in Bremen im Schnitt 194,6 Einwohner, diese Quote liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 265,5 Patienten pro Arzt und wird nur noch von Hamburg übertroffen.

Abbildung 14: Arztdichte im Bundesvergleich, 2008



Quelle: Bundesärztekammer. Darstellung: Institut Arbeit und Technik

Insgesamt ist somit für das Land Bremen eine flächendeckende Versorgung mit Haus- und Fachärzten zu konstatieren. Mehr noch: als Stadtstaat übernimmt Bremen eine bedeutende Metropolfunktion für das Umland. So versorgt das dichte Bremer Ärztenetz nicht nur Patienten aus dem Bundesland Bremen, sondern leistet darüber hinaus auch einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen, wo die Arztdichte – insbesondere bei den Fachärzten – deutlich schlechter ist. Bisweilen gibt es aber keine systematische Zusammenarbeit zwi-

schen Bremen und Niedersachsen beispielsweise bei der Planung der Ärztesitze und auch die Überweisungen der Patienten von niedersächsischen Hausärzten zu Bremer Fachärzten erfolgen auf individueller Basis.

Bremen verfügt über eine lange Kultur in der Patientenberatung. Bereits im Jahr 1998 wurde die „Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen“ (UPB) gegründet und berät, informiert und unterstützt Patientinnen und Patienten beispielsweise bei der Arztsuche, bei Fragen zu gesetzlichen Vorgaben, bei Problemen mit den Ärzten oder den Kostenträgern etc. Durch die breite Finanzierungs- und Unterstützungsbasis des Vereins¹¹ ist dieser in die Gesundheitswirtschaftslandschaft Bremens gut eingebunden. Zusätzlich zum UPB gibt es in Bremen seit dem Jahre 2007 eine Beratungsstelle der Unabhängigen Beratungsstelle Deutschland (UPD) im Rahmen des gleichnamigen Modellprojektes sowie die Verbraucherzentrale Bremen. Orientierung bei der Suche nach Spezialisten bietet Patientinnen und Patienten darüber hinaus das Bremer Ärztesuchportal, ein Gemeinschaftsprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KV Bremen, der Ärztekammer Bremen und bremen.online (http://www.bremen.de/gesundheit_und_soziales/aerztesuche)). In Zukunft sollte in Bremen verstärkt daran gearbeitet werden, die Abstimmung und Koordination der Patientenberatung in Bremen zu verbessern, da ansonsten die Gefahr der Doppelstrukturen durch die zwei Patientenberatungsstellen, die Verbraucherzentrale sowie die zusätzlichen Pflegestützpunkte besteht. Denkbar ist beispielsweise eine gemeinsame Anlaufstelle als Einstieg für die Patienten und der Aufbau einer übergreifenden Organisationsstruktur mit Ansprechpartnern für die jeweiligen Fragen, Probleme oder Unterstützungsbedarfe.

Entsprechend der hohen Arztdichte und Transparenzbemühungen im Land Bremen ist die subjektive Zufriedenheit der Bremer Bürgerinnen und Bürger mit ihrer Gesundheitsversorgung durch die Ärzte sehr hoch. Laut aktuellem Gesundheitsbarometer 2009 ist die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Hamburg am höchsten, dicht gefolgt von Bremen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (Ernst&Young 2009).

Auch im Bereich der neuen Versorgungsformen wurden im Land Bremen erste Schritte bereits gegangen. Hierzu zählen insbesondere Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen im Land und Ärzten, die darauf abzielen, die Versorgungsqualität für Patienten zu verbessern, Steuerungsmechanismen zu etablieren sowie neue Kooperationen auf den Weg zu bringen, unter anderem:

- der Abschluss von Verträgen zu Disease-Management-Programmen (DMP) als strukturierte Behandlungsprogramme in den Indikationsgebieten Asthma, Brustkrebs, Diabetes und Koronare Herzkrankheiten;

¹¹ Mitglieder des Vereins sind die Senatorin für Gesundheit und Soziales des Landes Bremen, der Magistrat Bremerhaven, die Ärztekammer Bremen, die Krankenhausgesellschaft, die Krankenkassen im Land Bremen, die Zahnärztekammer Bremen und die Psychotherapeutenkammer Bremen.

- integrierte Versorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und Ärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationsanbietern sowie
- die Errichtung von sechs Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Bremen sowie zwei weiteren in Bremerhaven.

Die ambulante medizinische Versorgung im Lande Bremen wird durch eine flächendeckende Apothekerlandschaft ergänzt, welche zur Sicherstellung der Versorgung mit Medikamenten und sonstigen medizinischen und pflegerischen Bedarfsgütern in der Region beiträgt.

Ende des Jahres 2008 lag die Anzahl der Apotheken im Land Bremen bei 176, hierunter 173 öffentliche Apotheken sowie drei Krankenhausapotheken. Insgesamt waren 2008 1.500 Beschäftigte in den Bremer Apotheken tätig, davon 487 Apothekerinnen und Apotheker, 618 Praktikanten, Assistenten und Pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) sowie 405 Helfer, Pharmazeutisch-Kaufmännische Assistenten (PKA) oder Sonstige. Die Beschäftigtenzahl konnte trotz einem geringfügigen Rückgang der Apothekenanzahl in den letzten Jahren kontinuierlich gesteigert werden. Die Bremer Apotheken erwirtschafteten im Jahr 2008 einen Jahresumsatz von knapp 294 Millionen Euro (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes).

Den Großteil des Umsatzes erzielen die deutschen Apotheken nach wie vor mit dem Verkauf von verordneten Arzneimitteln, daneben nehmen Dienstleistungen, Beratungstätigkeiten sowie Over-the-counter (OTC)-Produkte einen eher geringen Anteil am Gesamtumsatz der Apotheken ein.

Zum Versand von rezeptpflichtigen Arzneimitteln innerhalb Bremens und Bremerhavens und somit mit dem Ziel der flächendeckenden Medikamentenversorgung der Bürgerinnen und Bürger haben sich im „gesundheitsnetzbremen“ auf Initiative der Hirsch Apotheke mehrere Bremer Apotheken zusammengeschlossen. Darüber hinaus werden mithilfe diverser Kooperationspartner aus dem gesamten Gesundheitswesen wie beispielsweise Pflegedienste, HomeCare, Optiker, Sanitätshäuser und Paritätisches Versorgungsnetz zusätzliche Dienstleistungen und Beratungsleistungen angeboten (www.gesundheitsnetzbremen.de).

3.3. Life Sciences und Medizintechnik

Ausgangslage

Lebenswissenschaften (Life Sciences) werden das 21. Jahrhundert maßgeblich mitprägen, denn sie liefern das Verständnis über lebende Organismen und ökologische Systeme. Der Erkenntnisfortschritt ist enorm schnell, entsprechend hoch ist die Innovationsdynamik in

dieser Branche. Aufgrund des demografischen Wandels wird die Nachfrage weiter steigen. Lebenswissenschaften bieten somit sowohl für die Grundlagenforschung als auch für die Anwendung ein großes Potenzial für neue Arbeitsplätze.

Da es nach wie vor keine einheitliche Definition und klare Abgrenzung der Life Sciences gibt, sind Angaben über das Umsatz- und Beschäftigungsvolumen für diese Branche insgesamt kaum vorhanden. Eine Annäherung zur Ermittlung der Bedeutung von Life Sciences kann somit lediglich über Teilbranchen, wie z.B. der Biotechnologie oder der Medizintechnik erfolgen.

Die Entwicklung im Bereich der *Biotechnologie* ist in den letzten Jahren trotz der konjunkturellen Krise stabil. Demnach betrug die Zahl der Beschäftigten im Jahr 2009 über 30.000 in 531 Unternehmen und der Umsatz entsprach mit zwei Milliarden Euro ebenso wie die Höhe der Forschungsaufwendungen mit einer Milliarde Euro den Werten des Vorjahres. Die Zahl der Gründungen in diesem Bereich ist gegenüber den Vorjahren sogar leicht angestiegen, während nur eine geringe Anzahl an Insolvenzen zu verzeichnen war, so dass sich die Biotech-Branche insgesamt als sehr stabil darstellt (biotechnologie.de 2010).

Quantitativ weitaus bedeutender ist die *Medizin- und Gerontotechnik*. Hier arbeiteten 2009 bundesweit etwa 252.000 Menschen. 2008 erwirtschafteten die 13.200 Unternehmen etwa 23,7 Mrd. Euro. Aufgrund der hohen Exportabhängigkeit der Branche war hier die Wirtschaftskrise deutlicher zu spüren, die Branche konnte sich jedoch schnell erholen. Für die Zukunft erwartet das Aachener Kompetenzzentrum Medizintechnik und die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im Bereich der Medizintechnik eine zunehmende Bedeutung der Zell- und Biotechnologie, medizinische Informations- und Kommunikationstechnologien, Mikrosystemtechnik und Nanotechnologie. Diese Technologien bieten den Schlüssel zu den wichtigsten Zukunftstrends: Computerisierung, Miniaturisierung und Molekularisierung. Zudem wird eine deutliche Zunahme der Bedeutung von Kooperationsmodellen zwischen Krankenhäusern und Medizintechnikunternehmen erwartet. Als besonders bedeutsam werden die Ausrichtung auf nachfrageorientierte Innovationen für die Gesundheitsversorgung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur integrierten Problemlösung eingeschätzt. Kennzeichnend für Life Science Unternehmen seien zudem eine überdurchschnittliche Wachstumsdynamik, eine hohe Forschungsintensität, kurze Innovationszyklen und gute Zukunftsaussichten (BMBF 2005a).

Situation in Bremen

Laut biotechnologie.de (2010) gab es in Bremen 2009 acht Unternehmen im Bereich der eng gefassten Biotechnologie mit etwa 90 Mitarbeitern (ebd.: 8). Wie auch im Bund ist die Medizin- und Gerontotechnik quantitativ weitaus bedeutender. In dieser Branche arbeiteten 2009 über 2.000 Beschäftigte.

Die Schwerpunkte der Life Sciences Unternehmen in Bremen liegen im Bereich der Massenspektrometrie und der Entwicklung von Software für die (bildbasierte) Medizin. In Bremen sind einige - zum Teil weltweit bedeutende - Unternehmen aus dem Life Science Bereich zu finden, wie z.B. die Bruker Daltonik GmbH oder die Thermo Fisher Scientific GmbH für den Bereich analytischer Systeme. Ein großer Erfolg konnte dieses Jahr durch die Ansiedlung der Europazentrale von dem amerikanischen Unternehmen NuVasive, einem Spezialisten für die Entwicklung, Produktion und den Vertrieb von Implantaten und Instrumenten für die Wirbelsäulenchirurgie verbucht werden. Darüber hinaus gibt es Unternehmen aus der Software und Laborausstattung sowie die Bego GmbH im Bereich der Dentaltechnik oder zwei außerordentlich erfolgreiche spin-offs der Fraunhofer Institute MEVIS und IFAM:

- die MeVis Medical Solutions AG als global tätiger Hersteller von Softwareprodukten für die bildbasierte Medizin, insbesondere für die diagnostische Radiologie.
- die Bio-Gate Bioinnovative Materials GmbH, die auf die antibakterielle Ausstattung von Materialien und Oberflächen mit Nanosilberpartikeln spezialisiert ist.

Neben den beiden Großunternehmen existiert eine Vielzahl kleinerer aber durchaus innovativer Unternehmen u.a. aus den Bereichen Softwareentwicklung für Medizin und Pflege. Zur besseren Vernetzung haben sich mittlerweile mehr als 20 große und kleine Unternehmen im Unternehmensverband „Life Sciences Bremen“ zusammengeschlossen. Nach Aussagen des Unternehmensverbandes „Life Science Bremen“ konnten diese Unternehmen in den letzten Jahren enorme Wachstumsraten sowohl hinsichtlich des Umsatzes als auch der Beschäftigung verwirklichen. So erwirtschafteten die Unternehmen des Verbandes einen Gesamtumsatz von insgesamt einer halber Mrd. Euro und beschäftigten 1.200 Mitarbeiter.

Bremen verfügt über eine hervorragende Forschungs- und Wissenslandschaft im Bereich der Medizintechnikforschung, die von Seiten des Landes aktiv gefördert wird. So ist die Medizintechnikforschung als Bestandteil der Gesundheitswissenschaftlichen Forschung (vgl. Kapitel 3.5) einer von sechs interdisziplinär besetzten Schwerpunkte, die zu Exzellenzen ausgebaut werden sollen. Besonders drei Bereiche sind in Bremen herausragend (vgl. Senatorin für Bildung und Wissenschaft 2009):

- *Computerunterstützung in der bildbasierten Medizin:* Das Fraunhofer-Institut für Bildgestützte Medizin MEVIS ist ein international vernetztes Forschungs- und Entwicklungszentrum für Computerunterstützung in der bildbasierten Medizin. Der Fokus der Arbeiten liegt auf den Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Gehirns, der Leber, Lunge und auf Krebserkrankungen. MEVIS kooperiert in einem weltweiten Netz von wissenschaftlichen Partnern und Institutionen. Enge Kooperationen bestehen innerhalb Bremens zur Universität Bremen (Physik der MR-Bildgebung) und zur Jacobs-Universität (Modellierung und Simulation) im Rahmen von Stiftungsprofessuren. In enger Kooperation mit der MEVIS Medical Solutions AG konnte eine qualitätsgesicher-

te Innovationskette von der Grundlagenforschung über klinische Prototypen bis hin zu zertifizierten Medizinprodukten etabliert werden.

- *Intelligente Assistenzsysteme*: Inhaltliche Schwerpunkte der Arbeiten des Schwerpunktes „Sichere Kognitive Systeme“ des Deutschen Zentrums für Künstliche Intelligenz (DFKI) GmbH ist die Entwicklung intelligenter Assistenzsysteme, wie z.B. die Entwicklung von Joystick gesteuerten Rollstühlen für Menschen mit physischen oder psychischen Einschränkungen (Niebling 2010). Zudem wurde eine 60 m² großes Bremen Ambient Assisted Living Lab, eine alters- und behindertengerechte Wohnung in den Projekträumen des DFKI Bremen eingerichtet. Ziel ist es, die Alltagstauglichkeit der technischen Möglichkeiten abzuschätzen. Darüber hinaus ist Prof. Krieg-Brückner als Leiter des Schwerpunktes auch im Sonderforschungsbereich 8 „Spatial Cognition“ der Universität Bremen beteiligt. Auch das Institut für Automatisierungstechnik (iat) im Bereich Robotik beschäftigt sich seit Jahren mit der Erforschung und Entwicklung von intelligenten Rollstühlen und der Entwicklung von Lenkarmen.

Hinzu kommt eine Vielzahl von Akteuren aus Forschung und Wissenschaft in universitären und außeruniversitären bzw. überregional geförderten Forschungseinrichtungen, die auf verschiedenen Gebieten Forschungs- und Entwicklungsprojekte mit dezidierten Anwendungsbezügen zu den Life Sciences aufweisen, wobei in jüngster Zeit biokompatible Materialien/Implantate und neurotechnologische Fragestellungen im Vordergrund stehen:

- Das Institut für Mikrosensoren, -aktuatoren und -systeme (IMSAS) konzentriert die Forschungs- und Entwicklungsaktivität im Bereich der biomedizinischen Systeme auf implantierbare telemetrische Sensoren, Strömungssensoren und Sensornetzwerke.
- Das Institute for Biochemical Engineering, IU Bremen (Mitglied der Netzwerkinitiative Industrielle Biotechnologie Nord (IBN)).
- Der Fraunhofer Innovationscluster Multifunktionelle Materialien und Technologien (MultiMat) – u.a. zur Erforschung und Entwicklung von Dosiersystemen und bewuchshemmenden Oberflächen von Implantaten - an dem mehrere Bremer Einrichtungen und Unternehmen beteiligt sind, ist am Bremer IFAM (Fraunhofer Institut für Fertigungstechnik und Materialforschung) angesiedelt (<http://www.fraunhofer.de/institute-einrichtungen/innovationscluster/MultiMat.jsp>).
- Im Fachbereich Produktionstechnik der Universität Bremen wird im Fachgebiet Biokeramik zur Entwicklung innovativer Materialien für den Einsatz in der Medizintechnik geforscht (bone tissue engineering, medical implants).

- Neurotechnologische Fragestellungen z.B. zur Entwicklung von Neuroprothesen werden im Zentrum für Kognitionswissenschaft (ZKW) der Universität Bremen bearbeitet.
- Im Zentrum für Informations- und Kommunikationstechnologie (ikom) als Teil des Technologiezentrums für Informatik (TZI) werden intelligente mobile Systeme für die Anwendung in der Medizin entwickelt (Biomonitoring- und Assistenzsysteme für die Telemedizin/Teleambulanz, drahtlose Kommunikation zwischen medizinischen Geräten, Entwicklung von entscheidungsunterstützenden Systemen).
- Das Kompetenzzentrum Klinische Studien Bremen (KKSB) als Teil des Health Technology Assessment-Zentrums der Universität Bremen berät und unterstützt Entwickler oder Firmen bei der Planung und Durchführung von klinischen Studien für Medizintechnik und Kombinationen aus technischen und pharmazeutischen Therapiekonzepten.
- Auf Seiten der Biowissenschaften besteht mit der „Biohanse“ (www.biohanse.de) ein Zusammenschluss der Universitäten und Hochschulen in Bremen und Bremerhaven, er versteht sich als „Akademischer Verbund von Biotechnologen und damit als Plattform für die in Bremen und Bremerhaven vertretenen angewandten Biowissenschaften“ (ebenda) und als Einrichtung des Austausches und Know-how Transfers zwischen Wissenschaft und Wirtschaft.

Die Analyse zeigt, dass es vor allem in der Analytik, der Softwareentwicklung im Bereich der (bildgebenden) Medizin und Pflege und der technischen Assistenzsysteme sehr gute Voraussetzungen für die weitere Entwicklung dieser Branche gibt. Mit den Studiengängen Chemie, Physik, Biologie, Mathematik und Informatik, Medizintechnik gibt es an der Universität Bremen und der Hochschule Bremerhaven hervorragende Forschungsaktivitäten und Studienangebote.

Voraussetzung dafür sind jedoch verstärkte Entwicklungskooperationen zwischen der Universität, den Hochschulen und den Unternehmen, denn diese sind nach einer Untersuchung von Capgemini aus dem Jahre 2004 ausbaufähig. Optimierungsbedarf besteht nach deren Ansicht vor allem im Bereich des Technologietransfers bei gleichzeitiger Fokussierung auf gemeinsame Schwerpunkte (Capgemini 2004: 7). Die Ergebnisse können aufgrund der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung geführten Interviews auch heute noch bestätigt werden. Auch hier wurden von den Akteuren aller Ebenen insbesondere die Verbesserung des Know-how Transfers und der Aufbau von Clusterstrukturen, die an inhaltlichen Schwerpunkten ausgerichtet sind, als Optimierungsbedarf benannt.

Ein wichtiger Schritt wurde auf Seiten der Unternehmen mit der Gründung des LifeSciences Verbandes unternommen. Ziel ist es, die Transparenz und den Austausch zu erhöhen. Für

eine erhöhte Innovationsdynamik und die Sicherung des Transfers, sollte der nächste Schritt der verstärkte Austausch mit der Wissenschaft sein.

Ein möglicher Ansprechpartner hierfür wäre z.B. das Kooperationszentrum Medizin unter Einbindung des Health Technology Assessment-Zentrums. Mit dem Kooperationszentrum Medizin wurde an der Universität Bremen der Versuch unternommen, Angehörige der Universität mit Bezug zu medizinischen Fragestellungen zusammen zu führen, um den Kontakt zu, und den Transfer in die Kliniken und die Unternehmen zu verbessern. Zu den ca. 100 Mitgliedern zählen Chemiker, Biologen, Biochemiker, Physiker, Juristen, Ingenieure sowie ca. ein Drittel der Chefarzte an den Bremer Krankenhäusern. Das Kooperationszentrum Medizin ist eng auf die Verknüpfung mit den Kliniken bezogen und hat eine stark medizinisch orientierte Ausrichtung. Seine Leitung und Gremien sind rein ehrenamtlich besetzt und es verfügt über keine eigene Personalausstattung. Deswegen kann seitens des Zentrums zurzeit nur versucht werden, in einzelnen Nischenbereichen Akzente zu setzen und dann daran zu arbeiten, dass diese in der Wirtschaft „vor Ort“ aufgegriffen werden – sei es indem bestehende Unternehmen dadurch profitieren oder sei es, dass es zu Ausgründungen kommt. Dennoch könnte das Zentrum unter Einbindung des health Technology Assessment-Zentrums als eine Keimzelle für den Auf- und Ausbau eines Clusters Life Sciences dienen, da wesentliche Bereiche – Hochschul- und Medizinlandschaft – hier bereits an einem Tisch sitzen. Beispiele wie der „TBB – Technologiebroker Bremen“ oder das Technologie-Zentrum Informatik und Informationstechnik (TZI) belegen eindrucksvoll, dass eine professionell gemanagte Einrichtung mit ähnlichen Aufgabestellungen durchaus eindrucksvolle Erfolge vorweisen kann. So wurden beispielsweise aus dem TZI seit seiner Gründung 14 Unternehmen mit inzwischen rund 250 Beschäftigten ausgegründet.

Exkurs: Ernährungswirtschaft

Auch wenn die Ernährungsindustrie kein Gegenstand dieser Untersuchung war, sind die Bezüge zum Thema Life Sciences und Gesundheitswirtschaft sowohl von unternehmerischer wie auch von Hochschuleseite (z.B. Institut für Lebensmitteltechnologie und Bioverfahrenstechnik oder das Life-Science-Institut der Hochschule Bremerhaven) unverkennbar.

Im Land Bremen und darüber hinaus in der gesamten Metropolregion Bremen-Oldenburg ist die Ernährungswirtschaft einer der wichtigsten Wirtschaftszweige. Bedeutende Unternehmen dieser Branche z.B. die Nordmilch AG, Frosta AG, Kellogg Deutschland GMBH oder die „Deutsche See“ GmbH sind in Bremen bzw. Bremerhaven ansässig. Die Aufgabe, Kooperationen zu unterstützen, Know-how Transfer zu organisieren und Vernetzungen von Unternehmen und Wissenschaft aufzubauen, kommt dem in Vechta ansässigen „Clustermanagement Agrar- und Ernährungswirtschaft der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten e.V.“ (CEMBO) zu.

Neuere Trends in der Ernährungsforschung (vgl. Fretschner et al. 2006) thematisieren zurzeit den Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit. Die angesprochenen Trends zielen dabei auf die Entwicklung und Vermarktung von Lebensmitteln, die einen gesundheitlichen Zusatznutzen versprechen. Zu dieser Lebensmittelgruppe werden Nahrungsergänzungsmittel, Nutraceuticals, funktionelle Lebensmittel und das Spektrum der personalisierten Ernährung gezählt (vgl. Menrad 2003). Derzeit werden z.B. bereits am ttz Bremerhaven in einem Projekt ALGAFOOD der Einsatz von Nordseealgen in Molkereiprodukten für Verbraucher mit spezifischen Nahrungsdefiziten entwickelt und erprobt¹². In diesen Bereichen werden zukunftssträchtige Potenziale gesehen, falls es gelingt, die vorhandenen Potenziale in dieser Richtung zu bündeln: „Deutliche Schwachstellen des Innovationssystems an der Schnittstelle von Gesundheit und Ernährung in Deutschland betreffen die Wissensbildung in öffentlichen Forschungseinrichtungen sowie KMU der Lebensmittelindustrie, den Aufbau von akteursübergreifenden Wissens- und Kompetenznetzwerken, die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die wirtschaftliche Verwertung des bestehenden Wissens. Darüber hinaus haben sich bislang noch keine inhaltlichen oder räumlichen Cluster für Innovationsaktivitäten in diesem Feld in Deutschland gebildet“ (ebenda).

3.4. Wohnen im Alter/Haushalt als Gesundheitsstandort

Ausgangslage

Der Anteil der älteren Bevölkerung wird in Deutschland bis zum Jahr 2050 deutlich ansteigen. Waren im Jahr 2001 noch 24 Prozent der Bevölkerung 60 Jahre und älter, so werden es im Jahr 2050 etwa 37 Prozent sein. Der Anteil der über 80-Jährigen wird sich von knapp vier Prozent im Jahr 2001 auf gut zwölf Prozent im Jahr 2050 verdreifachen, die Gesamtbevölkerung wird zurückgehen. Gleichzeitig wird sich auch der Anteil an älteren Menschen mit Migrationshintergrund ansteigen. Dieser Prozess der demografischen Alterung wirkt sich in dreifacher Hinsicht aus: So wird die absolute Zahl älterer Menschen steigen, der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung wird sich deutlich erhöhen und die Anteile sowie die Zahl hochaltriger Menschen wird deutlich zunehmen. Dabei zeichnet sich der Trend ab, dass die Menschen nicht nur immer älter werden, sondern ihren Lebensabend auch bei immer besserer Gesundheit verbringen. Dennoch ist vor allem das höhere Lebensalter von Krankheit – in der Regel sogar von Multimorbidität – und von krankheits- und altersbedingten Funktionseinschränkungen gekennzeichnet. Hinzu kommen, häufig für die subjektive

¹² <http://www.ttz-bremerhaven.de/de/dienstleistungen/bioverfahrenstechnik-lebensmitteltechnologie/projekte-bioverfahrenstechnik-lebensmitteltechnologie/300-algeafood.html>.

Lebenssituation belastender als körperliche Einschränkungen empfundene, Effekte sozialer Segregation und Vereinsamung.

Für die konkrete Situation vor Ort ergeben sich daraus nicht nur Probleme in der Bewältigung der zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger, sondern auch aus dem wachsenden Bedarf an individuell sehr unterschiedlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen rund um die eigenständige Lebensführung. Diese reichen von der baulichen Anpassung der Wohnung über die Unterstützung bei alltäglichen Tätigkeiten der Haushaltsführung bis zur sozialen Aktivierung und Inklusion.

Angesichts der schon heute in vielen Regionen erfahrbaren Schere zwischen zunehmendem Pflege- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen und finanziellen oder personellen Engpässen bei der Sicherstellung der Versorgung wird in Zukunft der Einsatz technischer Hilfsmittel und technik-basierter Assistenzsysteme an Bedeutung gewinnen.

Situation in Bremen

Bremen geht die Herausforderungen des demografischen Wandels bereits seit Jahren aktiv an und sichert somit nicht nur eine gute Versorgung für das Leben im Alter in Bremen, sondern nutzt die sich aus dem demografischen Wandel ergebenden Chancen, indem neue Angebote auf die sich veränderte Nachfrage geschaffen und vermarktet werden. Die Besonderheit Bremens ist darin zu sehen, dass das Themenfeld ganzheitlich betrachtet wird und in die vorhandenen Strukturen und Tradition – wie z.B. den in Bremen vorhandenen Quartiersansatz – sukzessive integriert wurde und weiter wird. Auch von Seiten des zuständigen Referates „Ältere Menschen“ des Ressorts Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird das Thema ganzheitlich – vom Leben Zuhause bis hin zum Leben in z.B. stationären Pflegeheimen betrachtet. Ziel Bremens ist es, die Angebotspalette zwischen einfachen Unterstützungsleistungen für Zuhause sowie ambulanten und stationären Pflegeleistungen so zu erweitern, dass möglichst individuelle und passgenaue Dienstleistungen angeboten werden können.

Die Basis hierfür bietet ein umfangreiches Angebot an Beratungsleistungen und Informationsstellen:

- Eine bremische Besonderheit stellen die 17 wohnortnahen Dienstleistungszentren (DLZ) dar. Gefördert durch die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bieten diese unentgeltlich Beratungen rund um das Thema Alter an. Darüber hinaus vermitteln die DLZ jährlich rund 3.000 Nachbarschaftshilfen für den Haushalt und anderen Unterstützungsleistungen. Zum Teil werden auch Gruppentreffs, Angehörigengruppen und gemeinsame Mittagessen angeboten, so dass die DLZ auch einen gesellschaftlichen Treffpunkt im Quartier bilden.

- Der gemeinnütziger Verein kom.fort e.V. bietet sowohl für Privatsuchende als auch für gewerblich Interessierte, wie z.B. Handwerker eine umfassende Beratung und auch Fortbildungen zum Thema Wohnen für das Alter und Barrierefreiheit. In einer Ausstellung kann man zudem konkrete Wohnbeispiele selber „anfassen“ und ausprobieren. In Zusammenarbeit mit den kommunalen Wohnberatungsstellen berät kom.fort auch über Finanzierungsmöglichkeiten für eine mögliche Wohnraumanpassung (www.kom-fort.de).

Darüber hinaus gibt es in Bremen z.B. noch drei Pflegestützpunkte, die Demenzberatungsstelle (DIKS) sowie die Help-Line für pflegende Angehörige. Bei der Erstellung von Informationsmaterial zur Altenhilfe wird von Seiten des Landes darauf geachtet, dieses mehrsprachig zu erstellen, um auch Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen.

Tabelle 4: Personal und Pflegebedürftige im Land Bremen

	Land Bremen			
	2001	2003	2005	2007
ambulante Pflegeeinrichtungen am 15.12.				
Zugelassene Pflegedienste	128	116	116	113
Personal insgesamt	2.836	2.974	3.025	3.150
Pflegebedürftige insgesamt	5.028	5.373	5.892	5.927
stationäre Pflegeeinrichtungen am 15.12.				
Zugelassene Pflegeheime	76	79	86	90
Verfügbare Plätze in Pflegeheimen	5.118	5.548	6.167	6.491
Personal insgesamt	3.871	4.475	4.718	4.909
Pflegebedürftige insgesamt	4.934	5.411	5.715	6.001
Pflegegeldempfänger/innen von ausschließlich Pflegegeld am 31.12.				
Pflegegeldempfänger insgesamt	8.749	8.162	8.699	8.758
Pflegebedürftige (Leistungsempfänger/innen) insgesamt				
Leistungsempfänger insgesamt	18.711	18.946	20.306	20.686

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Pflegestatistik

Im Land Bremen existierten Ende des Jahres 2007 113 ambulante Pflegedienste, davon 89 in der Stadt Bremen und 24 in Bremerhaven. 60 % lagen in privater Trägerschaft, 40% sind freigemeinnützig. Insgesamt waren 3.150 Menschen in der ambulanten Pflege beschäftigt, welche 5.927 Pflegebedürftige versorgt haben (Statistisches Landesamt Bremen 2009: 197). Dabei kann über die letzten Jahre hinweg eine leicht rückläufige Entwicklung der Anzahl der Dienste bei steigender Zahl von Pflegenden pro Pflegedienst beobachtet werden, die auf einen Konsolidierungsprozess der privaten Anbieter hin zu größeren und wettbewerbsfähigeren Einheiten schließen lässt. Im Bundesländervergleich weist Bremen mit einer durchschnittlichen Anzahl von 52,5 Pflegebedürftigen je ambulanten Pflegedienst den zweithöchsten Wert hinter Berlin auf (Statistisches Bundesamt 2009a: 7). Auch die Anzahl der Beschäf-

tigten ist zwischen 1999 und 2007 um 314 (11,1%) gestiegen. Für die Folgejahre ist mit einer weiteren Ausweitung der Beschäftigten wie auch der Anzahl der Pflegebedürftigen zu rechnen.

In der stationären Altenpflege gab es Ende 2007 90 Pflegeheime mit 6.491 Plätzen – hierunter 79 in der Stadt Bremen und 11 in Bremerhaven. Mit 64,4 % ist die Mehrheit in freige-meinnütziger Hand, 35,6 % werden privatwirtschaftlich geführt. Obwohl die Kapazitäten in den stationären Pflegeeinrichtungen nicht ausgelastet sind, wurden in den vergangenen Jahren neue Einrichtungen geschaffen. Zwischenzeitlich wurden dadurch so schlechte Auslastungsquoten erzielt, dass es zu Insolvenzen kam. So lag die durchschnittliche Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen je Pflegeheim in Bremen bei 66,7 und damit deutlich unterhalb der Stadtstaaten Hamburg mit 82,4 und Berlin 74,4. Für die kommenden Jahre wird mit einem steigenden Bedarf an stationären Pflegeplätzen gerechnet, aber auch mit einem Überangebot an Plätzen, da die Erwartungen der Investoren die demografische Entwicklung überschätzen, ebenso wie mit einer weiteren Ausweitung der Beschäftigung (2007 4.909 Beschäftigte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe). Ein Teil der Pflegeheime hat sich auf bestimmte Personengruppen spezialisiert, wie z.B. Pflegebedürftige mit Behinderungen, junge Pflegebedürftige oder Wachkoma- und MRSA-Patienten. Auch Menschen mit Migrationshintergrund werden z.B. durch Errichtung von Dolmetscherpools sowie der „interkulturellen quartiersnahen Öffnung“ von Häusern gezielt angesprochen. Zudem liegt ein Schwerpunkt Bremens auf der Demenzversorgung, die auch in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird. Im Rahmen der Landesinitiative Demenz „LinDe“ werden Leitlinien für die Demenzversorgung in Heimen, Konzepte für die Betreuung von Demenzkranken im Krankenhaus konzipiert und Fortbildungsangebote für Ärzte und Pflegenden entwickelt und angeboten.

Bremen zeichnet sich durch eine zunehmende Tendenz zur Leistungsdiversifizierung und alternativen Wohnformen aus. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen weiten ihr Angebotsspektrum aus und bieten auch alternative Unterstützungsmöglichkeiten wie Kurzzeitpflege, Service-Wohnen, betreute Hausgemeinschaften oder Wohngruppenkonzepte an. Und auch die ambulanten Dienste erweitern ihre Angebote z.B. um ambulant betreutes Gemeinschaftswohnen, häusliche Nachtpflege, hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Wohnen mit Service etc. Zusätzlich ist in Bremen in den letzten Jahren eine dynamische Entwicklung alternativer Wohnformen insbesondere bei Wohngemeinschaften Älterer zu beobachten, wengleich diese quantitativ bisweilen eine eher geringe Bedeutung haben. Hohe Aufmerksamkeit erhielt die „Alten-WG“ von dem ehemaligen Bürgermeister Bremens Henning Scherf, der durch seine Prominenz alternative Lebensformen (in Bremen) publik gemacht hat. Hindernisgründe für die Einrichtung von Alten-WGs sind unterschiedliche Interessen und Vorstellungen der potentiellen Bewohner, Finanzierungsprobleme aber auch begrenzte räumliche Möglichkeiten in Bremen für barrierefreies Wohnen im Alter.

Vor dem Hintergrund der konstatierten steigenden Vielfalt und Angebotsdifferenzierungen in der Altenhilfe und mit dem Ziel der Schaffung von Transparenz ist als Nachfolgeregelung zum Bremer Heimgesetz das Bremische Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeG) entstanden. Zentraler Unterschied ist der weiter gefasste Anwendungsbereich, der neben den Pflegeeinrichtungen auch die neuen Wohnformen und das Service-Wohnen mit einer Anzeigepflicht belegt. Ziel ist es, die Transparenz der existierenden Wohnformen sicherzustellen und mögliche Fehlentwicklungen zu vermeiden. So soll dem „Etikettenschwindel“ entgegengewirkt werden und Wohnformen, die heimähnliche Strukturen aufweisen identifiziert werden (vgl. Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2010c).

Bremen hat sich in den vergangenen Jahren durch zahlreiche regionale und auch überregional bekannte Projekte und innovative Modellvorhaben einen Namen gemacht, um die Lebensqualität Älterer im Quartier zu verbessern:

- *„Aufsuchende Altenarbeit – Hausbesuche“*: Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales fördert in zwei Stadtteilen aufsuchende Hausbesuche, um den Zugang zu älteren Menschen im Quartier zu verbessern und vor allem auch die zu erreichen, die von (potentieller) Isolation betroffen sind. Das Projekt wird vom Freundeskreis der Familie e.V. und einem Dienstleistungszentrum der Paritätischen Gesellschaft für Soziale Dienste GmbH durchgeführt. Die wissenschaftliche Evaluation übernimmt das Zentrum für Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen.
- *„Haus im Viertel“ und Stadtteilhäuser*: Ein zentraler Akteur, wenn es um die Umsetzung von innovativen Konzepten und zukunftsfähigen Ideen rund um das Thema Versorgung im Alter geht, ist die Bremer Heimstiftung (BHS). Die BHS hat sich von einem klassischen Anbieter der stationären Altenpflege zum Anbieter vielfältiger sozialraum- und gemeinwesenorientierter Wohn- und Betreuungsmodelle für ältere Menschen weiterentwickelt. Beispiele sind die vorbildlichen Projekte mit Quartiersbezug wie z.B. das „Haus im Viertel“¹³ oder die verschiedenen Stadtteilhäuser. Das „Haus im Viertel“ bietet Wohnen mit Service mitten in einem beliebten Stadtviertel. Gesellige Treffen, Nachbarschaftshilfen, ein Restaurant sowie die Angebote im Stadtviertel, wie Konzerte u.a. bieten nicht nur Sicherheit (z.B. durch einen Pflegestützpunkt) sondern sichern ein geselliges Zusammenleben.
- *Soziales Neu gestalten (SONG)*: Im Rahmen des Projektes „Haus im Viertel“ hat sich die BHS mit drei weiteren Modellprojekten, dem Evangelischen Johanneswerk e.V., der Caritas-Betriebsführung- und Trägergesellschaft mbH sowie der Stiftung Liebenau in dem Netzwerk SONG¹⁴ zusammengeschlossen. Weitere Partner sind die Bertels-

¹³ <http://www.bremer-heimstiftung.eu/virthos/virthos.php?/H%E4user/Haus+im+Viertel>

¹⁴ http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/prj_72947.htm

mann-Stiftung für die Koordination und die Bank für Sozialwirtschaft AG, welche über Finanzierungsmöglichkeiten von Modellvorhaben berät. Ziel des Netzwerkes ist es, die gesammelten Erfahrungen aus den langjährigen Modellvorhaben gemeinsam zu reflektieren und breitenwirksame, zielgruppenspezifische Rahmenbedingungen für quartiersbezogene Wohnangebote und Leistungen zu definieren, zu entwickeln und sozialpolitische Anforderungen zu generieren (SONG 2009). Sprecher des Netzwerkes ist Alexander Künzel, Vorsitzender des Vorstands der BHS, der in dieser Funktion bundesweit nicht nur für das Thema aufmerksam machen kann, sondern Lösungen aus Bremen aktiv bewirbt.

- *„Zuhause im Quartier“*: Im Rahmen des im Ideenwettbewerb „Gesund und selbstständig – zu Hause leben“ geförderten Projekts haben der Bremer Pflegedienst und der mobile Sozial- und Pflegedienst vacances GmbH mit der Gewoba für ihre Mieter das zusätzliche Serviceangebot „saluto“ geschaffen. Grundlage des Modellprojektes ist die Entwicklung einer zentralen Koordinierungsstelle unter der Bezeichnung „meinZuhause“, über die die Mieter der Gewoba als Pilotanwender Dienstleistungen rund um die Themen Haushalt, Gesundheitsversorgung und Prävention beziehen können. In Form der „Rund-um-Versorgung“ werden so alle benötigten Leistungen aus einer Hand bezogen, zudem gibt es speziell zusammengestellte Servicepakete wie etwa Unterstützungsleistungen im Falle einer Krankenhausaufnahme. Das Angebot richtet sich zwar nicht ausschließlich an ältere Mieter, ist aber von seiner Ausrichtung auf diese Zielgruppe hin angelegt (www.mein-zuhause.info).
- *Familien- und Quartierszentrum Neue Vahr Nord (FQZ)*: Einen stärker generationenübergreifenden Ansatz bietet das FQZ, eine Gemeinschaftseinrichtung, die Austausch, Begegnung, Beschäftigung, Bildung, Beratung und Integration fördern will und Einrichtungen von der Kinderbetreuung bis zur Pflege umfasst.

Darüber hinaus bemühen sich die vielen Akteure rund um das Thema Wohnen im Alter, die Transparenz der vorhandenen Angebote zu erhöhen und somit betroffene Personen, aber auch die Wirtschaft und Verbände über Ihre Angebote zu informieren:

- Einen sehr guten Überblick über vorhandene Beratungsmöglichkeiten und Angebote gibt der Wegweiser „Älter werden in Bremen“, der von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales sowie der Seniorenvertretung und dem Seniorenbüro gemeinsam herausgegeben wird.
- Die in der „Arbeitsgemeinschaft der Wohnungswirtschaft Bremen – haven“ zusammengeschlossenen 13 Wohnungsunternehmen im Land Bremen haben in Kooperation mit weiteren Akteuren z.B. der Bremer Heimstiftung, dem Bremer Mieterverein, dem Landesbehindertenbeauftragten und verschiedenen Senatsressorts ein gemeinsames Informationsportal aufgebaut. Mit diesem Portal soll es gelin-

gen, Nutzer und Wohnung passgenau zueinander zu bringen, d.h. es werden nicht nur barrierefreie Wohnungen gelistet, sondern auch Wohnungen, die nur barrierearm sind. Zudem sollen über die Beteiligung des Wohnungs- und Grundeigentümergevereins „Haus & Grund“ auch private Vermieter Zugang zu dem System bekommen und so das Angebot im Sinne der Nutzer ausgeweitet werden.

- In der „Fachkommission Wohnen im Alter“ kommen Wohnungswirtschaft, soziale Dienstleister, Wissenschaft und die beiden Senatressorts Bau und Soziales zusammen und begleiten gemeinsame Projekte und Kooperationen, v.a. Angebote, die ältere Mieter im bestehenden Wohnungsbestand unterstützen und halten (d.h. Nachbarschaftstreffs, Dienstleistungen der großen Wohnungsunternehmen gemeinsame mit Pflegedienstleitern u.a.).

Auf der Anbieterseite hat auch das Bremer Handwerk Schritte in Richtung seniorenorientierter Angebote getan. Mit dem Projekt „Zukunftsfaktor Mensch - Handwerk im demografischen Wandel“ geht es in Kooperation mit der Hochschule Vechta um Fragen der Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Handwerksbetriebe und ihre alternden Beschäftigten. Bereits 2006 hat die Akademie des Handwerks an der Unterweser mit Unterstützung des Handwerkszentrums Oberhausen der Kammer Düsseldorf ein Projekt zur Qualifizierung von Handwerkern für die Belange des barrierefreien und seniorenorientierten Bauens durchgeführt. Allerdings scheinen sich diese Projekte nicht nachhaltig niedergeschlagen zu haben, da sich in den Bremer Handwerksportalen und Handwerkerverzeichnissen¹⁵ keine Informationen zum Thema Barrierefreiheit, seniorenorientiertes Bauen o.ä. finden lassen. Auch die Suchkriterien in den Handwerkerverzeichnissen von Kammer und Innungen erlauben es nicht, Barrierefreiheit o.ä. Begriffe als Selektionskriterium anzugeben.

Auch wenn Bremen im Bereich der Zusammenarbeit zwischen Wohnungswirtschaft und Pflegedienstleistern bundesweit Maßstäbe setzt, ist anzumerken, dass auch in Bremen der Bestand an barrierefreiem Wohnraum für den zukünftig steigenden Bedarf nicht ausreichend sein wird. So verfügt der größte Anbieter – die Gewoba – gerade einmal über 450 barrierefreie Wohnungen. Zwar können im Rahmen der allgemeinen Wohnraumförderung beim Bau oder Kauf eines Eigenheimes oder einer Eigentumswohnung sowie beim Erwerb einer Altimmobilie zinsvergünstigte Darlehen gewährt werden. Zudem sind Zusatzdarlehen z.B. für schwerbehinderte Menschen möglich. Dies wird aber wohl für die Zukunft nicht ausreichen, um den Anpassungsbedarf zu decken. Auch wenn dies ein bundesweites Problem ist und nicht nur auf Bremen zutrifft, sollte sich das Land und die beteiligten Akteure über gemeinsame Lösungen verständigen, damit auch sozial schwächer gestellte Ältere in Zukunft über eine barrierefreie Wohnung und einen barrierefreien Wohnungszugang verfügen können.

¹⁵ Vgl. u.a. www.handwerkbremer.de; www.hwk-bremen.de; www.malerinnung-bremen.de; www.kreishandwerkerschaft-bremerhaven.de

Auch auf Seiten der Forschung ist das Land mit seinen starken pflegewissenschaftlichen Schwerpunkten sehr gut aufgestellt. Namentlich können hier das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, sowie an der Hochschule Bremen das Zentrum für Pflegeforschung und Beratung (ZePB), Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie (IPG) und das Institut für Qualität und Case Management (IQC) genannt werden. Trotz der bundesweiten bis internationalen Ausrichtung dieser Forschungseinrichtungen existiert in den genannten Einrichtungen ein ausgeprägter Bezug zum Standort Bremen, der sich zum einen in „bremenspezifischen“ Projekten (z.B. IPG: Aufbau eines medizinischen Wundzentrums im Land Bremen; ZePB: Evaluation des Projektes "Aufsuchende Altenarbeit/Hausbesuche"; IQC: Mitarbeiter/innen, Bewohner/innen und Angehörigenbefragung der AWO Bremen; IPP: Zuhause im Quartier) äußert, zum anderen in der Mitarbeit und z.T. Mitgliedschaft (IPP) in regionalen Gremien wie z.B. der Netzwerkinitiative Gesundheitswirtschaft Nordwest e.V..

Darüber hinaus gibt es in der bremischen Forschungslandschaft herausragende Kompetenzen im Bereich Technik für mehr Lebensqualität im Alter. Technik sowohl im Haushalt als auch zur Unterstützung der professionell oder informell Pflegenden wird zwar immer noch häufig abgelehnt, ihre Akzeptanz ist aber dennoch gestiegen, zumindest sobald ersichtlich ist, dass die Technik nicht als Selbstzweck oder unter Rationalisierungsgründen eingesetzt wird, sondern die Pflegenden entlastet und ihnen mehr Zeit im Umgang mit den Patienten verschafft. Diese unter dem Stichwort Ambient Assisted Living (AAL) zusammengefassten Technologien werden auch in Bremen aufgegriffen und erprobt. So entwickelte das Institut für Automatisierungstechnik der Uni Bremen das Assistenzsystem "Friend" (Freund) – bestehend aus einem Rollstuhl, einem Roboterarm, einer Handprothese und Kameras, der z.B. gelähmten Armen mehr Selbständigkeit bieten soll. Darüber hinaus gibt es das Bremen Ambient Assisted Living Lab (BAALL) des zum Deutschen Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI GmbH) gehörenden Robotics Innovation Center (RIC) der Universität Bremen (vgl. <http://robotik.dfki-bremen.de>) oder das Technologie-Zentrum Informatik und Informationstechnik (TZI), das mit dem Schwerpunkt Mobile Lösungen an zukunftsfähigen Technologien forscht, die zur Bewältigung des demografischen Wandels beitragen können (www.tzi.de). Der Schwerpunkt wird hier auf eine nutzerorientierte und ausbaufähige technische Infrastruktur gelegt, die an die sich im Altersverlauf ändernden Bedürfnisse der Bewohner angepasst werden kann.

Softwaregestützte Unterstützung wird aber auch durch bremische Unternehmen – wie z.B. durch atacama mit maßgeschneiderten Softwarelösungen für Pflegedienste geliefert.

Experten für die technische Seite der Zukunftsbranche Ambient Assisted Living und -Working für ältere Menschen befinden sich allerdings nicht nur in Bremen, sondern auch in Oldenburg am Oldenburger OFFIS – Institut für Informatik. Mit dem Projekt InterOFFIS (Intelligentes Leben, Wohnen und Arbeiten im Alter) und der Demonstrations- und Laborwohnung

IDEAAL (Integrated Development Environment for AAL) wurden bereits frühzeitig Assistenzsysteme für ältere Menschen in der häuslichen Umgebung erprobt und die Möglichkeiten und Herausforderungen von assistierenden Technologien aufgezeigt (www.offis.de). Mit dem Verein OFFIS-TZI, einer Kooperation der beiden größten Forschungsinstitute für Informations- und Kommunikationstechnologien in der Metropolregion Bremen-Oldenburg, existiert hier eine beispielhafte Kooperations- und Transferstruktur, um Ergebnisse aus der Forschung zeitnah in die Unternehmen und zur praktischen Anwendung zu bringen.

Die größte Herausforderung für ein erfolgreiches Altern liegt in der Integration der in Bremen vorhandenen quartiersbezogenen Vorhaben für ein Leben im Alter und den ebenfalls vorhandenen technischen Innovationen im Bereich der AAL-Forschung. Dies wird in Kapitel 4.5 näher erläutert.

3.5. Gesundheitswissenschaftliche Forschung

Ausgangslage

Die Gesundheitswirtschaft ist nicht nur eine sehr personalintensive Branche, sondern sie zählt auch zu den wissens- und technologieintensiven Wirtschaftsbereichen. Medizinische oder medizintechnische Fortschritte, soziale und technische Innovationen z.B. in der Arzneimittelversorgung oder bei der Betreuung zu Hause lebender älterer Menschen oder die Entwicklung von IT-Software zur optimierten bildgebenden Diagnostik und Therapieunterstützung, zur Sicherung der Pflegequalität sind ohne wissenschaftliche Forschungs- und Entwicklungsleistungen nicht möglich. Eine zentrale Basis der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft bilden hierfür die Universitäten, Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen im Land Bremen. Die Sicherung des hohen Qualitätsstandards in Forschung und Lehre sowie die Förderung und Intensivierung der Kooperationsbeziehungen zwischen Wissenschaft und Wirtschaft sind zentrale Voraussetzungen, um neue Impulse für die Entwicklung des Gesundheitsstandortes Bremen zu setzen und somit maßgeblich die Lebensqualität der Bevölkerung zu erhöhen und wirtschaftliche und beschäftigungsrelevante Effekte zu generieren.

Situation in Bremen

Bremen verfügt über sieben Universitäten oder Hochschulen mit insgesamt 30.900 Studierenden. Mit knapp 17.000 Studierenden ist die Universität Bremen die größte Hochschuleinrichtung des Landes, gefolgt von der Hochschule Bremen. Die Apollon-Hochschule für Gesundheitswirtschaft GmbH sowie die Jakobs Universität sind in privater Hand. Da es sich in

der Gesundheitswirtschaft – in der eingangs beschriebenen Definition - um eine sehr breite Branche handelt, kommen viele Fachbereiche der einzelnen Hochschulen mit ihren Studienangeboten mit Gesundheit in Berührung. Hier eine kleine Auswahl:

- Für die Vorleistungs- und Zulieferbereiche sind u. a. die Studiengänge Biologie, Chemie und Informatik bedeutsam, etwa wenn es um neue diagnostisch-analytische Verfahren (z. B. Massenspektrometrie) oder um die Softwarelösungen für das Pflegemanagement (vgl. Kapitel 3.3) geht.
- Für den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft sind die Fachbereiche der Human- und Gesundheitswissenschaften, v. a. Pflegewissenschaften, Public Health und Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsökonomie sowie des Fachbereiche des Sozialwesens, des Pflege- und Gesundheitsmanagement, des International Health and Social Care Management von Bedeutung. Daneben spielen jedoch auch die Sozial- und Wirtschaftswissenschaften eine Rolle.
- Auch für die gesundheitsrelevanten Randbereiche gibt es Berührungspunkte, z.B. beim Internationalen Studiengang Angewandte Freizeitwissenschaft oder auch Tourismusmanagement, die beide von der Hochschule Bremen vorgehalten werden.

In Bremen gibt es keine medizinische Fakultät mit einer eigenständigen Ärzteausbildung. Gleichwohl konnte sich die gesundheitsbezogene Forschungs- und Entwicklungslandschaft in Bremen auch ohne medizinische Fakultät hervorragend entwickeln und verfügt heute über überregional und auch international sichtbare Schwerpunktsetzungen.

Mit der Neuausrichtung des Wissenschaftsplan 2010 im Jahr 2007 wurden von Seiten des Landes sechs interdisziplinäre Ausbauswerpunkte definiert, darunter auch der Schwerpunkt Gesundheitswissenschaften. Ziel des Landes ist es, die einzelnen Schwerpunkte sukzessive zur Exzellenz auszubauen.

Der Schwerpunkt Gesundheitswissenschaft im Land Bremen zeichnet sich durch die Medizintechnikforschung (vgl. Kapitel 3.3) sowie die Epidemiologie, Public Health und Gesundheitsversorgungsforschung aus. Folgende Forschungsinhalte prägen die bremische Forschungslandschaft ganz besonders:

- *Epidemiologie und Präventionsforschung*: Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) ist eines der ältesten Epidemiologie-Institute Deutschlands und assoziiertes Mitglied der Leibnitz-Gemeinschaft. Die Beantragung für die Evaluation durch den Wissenschaftsrat für eine „Vollaufnahme“ ist erfolgt. Das BIPS hat zum Ziel, Ursachen für Gesundheitsstörungen zu identifizieren und neue Konzepte zur Krankheitsvorbeugung zu entwickeln. Dafür forscht das BIPS derzeit in ins-

gesamt vier Abteilungen mit den Schwerpunkten „Biometrie und EDV“, „Epidemiologische Methoden und Ursachenforschung“, „Prävention und Evaluation“ sowie „Klinische Epidemiologie“. Grundlage für den in seiner thematischen Breite und Vollständigkeit in Deutschland einzigartigen Risikofaktorenansatz ist die herausragende epidemiologische Methodenkompetenz des BIPS. Zudem betreibt das BIPS eine der weltweit größten pharmakoepidemiologischen Forschungsdatenbanken auf der Basis von Krankenkassendaten und baut als epidemiologisches Methoden-Zentrum federführend gemeinsam mit dem Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig sowie den Universitäten Niedersachsen und Hamburg ein Rekrutierungszentrum Nord-West im Rahmen der geplanten großen prospektiven epidemiologischen Kohortenstudie auf dem Gebiet großer Volkskrankheiten in Deutschland („Nationale Kohorte“) auf (Auskünfte Senatorin für Bildung und Wissenschaft). Neben internationalen und bundesweiten Projekten bearbeitet das BIPS auch bremische Projekte. Dies gilt z.B. für den Bereich Ernährung. In einem geht es um Ernährung für Kinder, wo in und für KITAs Ernährungskonzepte entwickelt, evaluiert und in Form von Empfehlungen weitergegeben werden konnten. Gleiches gilt auch für das Projekt „Besser essen und leben im Alter, selbstverantwortlich aber sicher!“, in dem ein Instrument zur Überprüfung und Veränderung der Ernährung und Bewegung im Alter entwickelt wurde. Zielgruppe waren hier ältere Menschen aus Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial Benachteiligten und Personen mit Migrationshintergrund.

- *Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung*: Überregionale Bedeutung hat sich in der Gesundheitsforschung auch das Zentrum für Sozialpolitik (ZES) erwerben können. Neben der Versorgungsforschung und der Gesundheitssystemforschung sind hier wichtige Schwerpunkte die Pflege- und Gesundheitsökonomie, die Versorgungsforschung, Arzneimittellandwendungsforschung sowie das betriebliche Gesundheitsmanagement.
- *Versorgungs- und Pflegeforschung*: Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen forscht zu Fragen der Versorgungsforschung, der evidenzbasierten Gesundheitsförderung, der interdisziplinären Alters- und Pflegeforschung bis hin zur Entwicklung und Evaluation von innovativen Ausbildungskonzepten für die Pflege.
- *Health-Technology-Assessment*: Das Interdisziplinäre Zentrum für Health Technology Assessment (HTA-Zentrum) ist eine wissenschaftliche Einrichtung der Fachbereiche Mathematik/Informatik sowie Rechtswissenschaften der Universität Bremen. Hier kooperieren das Kompetenzzentrum für Klinische Studien, das Institut für Klinische Pharmakologie, die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, das Institut für Gesundheit- und Medizinrecht und das Zentrum für Sozialpoli-

tik. Das HTA-Zentrum bearbeitet Aufträge wie HTA-Berichte und Nutzenbewertungen institutioneller Auftraggeber.

Es ist in Bremen gelungen, die gesundheitswissenschaftlichen Forschungserkenntnisse auch in die Praxis zu transferieren. So gibt es sowohl von Seiten des BIPS zahlreiche Kooperationsprojekte mit bremischen Einrichtungen zur Prävention insbesondere im Bereich Ernährung z.B. bei Kindern und bei älteren Menschen. Darüber hinaus bietet aber z.B. auch das für Bremen herausragende Handlungsfeld „Wohnen im Alter“ für die beteiligten Forschungsinstitutionen viele Kooperationsmöglichkeiten, wie z.B. im Projekt Saluto (vgl. Kapitel 3.4), welches vom ipp der Universität Bremen begleitet wird, so dass der Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis sichergestellt und ausgebaut wird.

3.6. Arbeit und Qualifizierung

Ausgangslage

Die Gesundheitswirtschaft zeichnet sich durch einen hohen Anteil an personenbezogenen Tätigkeiten aus, die sehr personalintensiv sind und gleichzeitig hohe Kompetenzen der Mitarbeiter erfordern. Aus diesem Grund hat die Verfügbarkeit von ausreichend und hinreichend qualifizierten Arbeitskräften einen hohen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland und ist darüber hinaus zentraler Faktor zur Realisierung weiterer Wirtschafts- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft. Eine starke Bildungslandschaft auf der einen und eine hohe Attraktivität der Berufe des Gesundheitswesens auf der anderen Seite sind somit bedeutsam für die Zukunftsfähigkeit der Branche.

Entgegen der Voraussetzungen besteht im Gestaltungsfeld „Arbeit und Qualifizierung“ in der Gesundheitswirtschaft noch erheblicher Nachholbedarf. So ist die Entwicklung der Zahl der Studierenden der Humanmedizin sowie die Entwicklung der Schülerzahlen in der Pflegeausbildung seit Jahren rückläufig (vgl. Kopetsch 2007; Isfort / Weidner et al. 2010), gleichzeitig wollen immer mehr Absolventen nicht in den gewählten Berufen arbeiten oder denken – wie exemplarisch in der Pflege – aufgrund der hohen Arbeitsbelastungen über einen Berufsausstieg nach (Hasselhorn et al. 2005).

Hieraus ergeben sich für die Gesundheitswirtschaft eine Reihe von Aufgaben, welche in die Richtung gehen, die Arbeitsbedingungen in zentralen Berufen der Gesundheitswirtschaft nachhaltig zu verbessern, um diese wieder attraktiver für den Nachwuchs zu gestalten und in diesem Kontext auch über neue Zusammenarbeiten und Aufgabenteilungen zwischen Medi-

zin und Pflege nachzudenken. Aber auch der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Bildungsmöglichkeiten kommt eine hohe Bedeutung zu.

Situation in Bremen

Das Land Bremen verfügt über eine sehr gute Qualifikationslandschaft, die den Bereich der Gesundheits-, Pflege- und Sozialwissenschaften als einen wichtigen Schwerpunkt für das Land erkannt hat und in diesen Feldern eine aktive Nachwuchsausbildung und -förderung betreibt (Senatorin für Bildung und Wissenschaft in Bremen 2007). Hierzu stehen mit der Universitäten Bremen und der Jacobs Universität, den beiden Hochschulen Bremen und Bremerhaven sowie der Apollon-Hochschule der Gesundheitswirtschaft gute Studienmöglichkeiten – besonders in den Bereichen Gesundheitswissenschaften wie auch Pflegewissenschaften – zur Verfügung. Darüber hinaus werden beispielsweise mit dem Studiengang Medizintechnik an der Hochschule Bremerhaven weitere Bereiche der Gesundheitswirtschaft abgedeckt.

Eine medizinische Fakultät ist hingegen in Bremen nicht vorhanden, welches sich mit Blick auf die Rekrutierung von Nachwuchsärzten insbesondere im Krankenhaussektor als nachteilig erweist. Zwar fungieren die Bremer Krankenhäuser als akademische Lehrkrankenhäuser der Universität Göttingen, für die Zukunft sollte aber zusätzlich darüber nachgedacht werden, die Attraktivität des Bremer Standortes für Ärzte weiter zu erhöhen, um auch ohne medizinische Fakultät in Konkurrenz mit anderen Standorten um immer weniger junge Ärzte attraktiv zu bleiben. Dies geht in die Richtung, Kooperationen mit Göttingen auszuweiten, um beispielsweise auch Promotionsvorhaben für Nachwuchsärzte in Bremen zu ermöglichen oder aber über das Praktische Jahr hinaus weitere Teile der klinischen Ausbildung in Bremen vorhalten zu können. Mit den habilitierten Chefärzten an den Krankenhäusern bestehen für Letztgenanntes auch gute Umsetzungsmöglichkeiten ohne eine medizinische Fakultät. Denkbar ist auch die Öffnung und der Ausbau des Public Health Schwerpunktes für Medizinstudenten, um auch Teile der akademischen Mediziner Ausbildung in Bremen anbieten zu können.

Für die rund 450 in Bremen und Bremerhaven ansässigen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bietet das Land Bremen folgende Aus- und Weiterbildungsinstitute:

- Bremer Psychoanalytische Vereinigung e.V.
- Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung
- NIVT Norddeutsches Institut f. Verhaltenstherapie e.V.
- Psychoanalytisches Institut Bremen e.V.

Darüber hinaus bestehen beispielsweise mit dem Norddeutsche Institut für Kurzzeittherapie (NIK) oder dem Bremer Institut für systemische Therapie und Supervision spezialisierte Weiterbildungsträger zur Verfügung.

In den Gesundheitsfachberufen werden in Bremen zudem folgende Ausbildungen angeboten:

Tabelle 5: Ausbildung in Gesundheitsfachberufen im Land Bremen

Gesundheits- und Krankenpflege (Krankenpflege)
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Kinderkrankenpflege)
Altenpflege
Hebammen und Entbindungspfleger
Logopädie
Physiotherapie
Medizinisch-technische Assistentin / Medizinisch-technischer Assistent Radiologie oder Laboratorium
Pharmazeutisch-technische Assistentin/Pharmazeutisch-technischer Assistent
Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in
Rettungsassistent/in
Podologen (geplant)

Quelle: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales
<http://www.soziales.bremen.de/detail.php?gsid=bremen69.c.2324.de>

Insbesondere die Pflegeausbildung steht vor dem Hintergrund des drohenden Fachkräftemangels qualifizierter Pflegefachkräfte im Fokus zahlreicher bundesweiter Reformbemühungen und Modellprojekte. Bisweilen werden in den Berufen Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger im Land Bremen rund 837 Ausbildungsplätze an fünf Standorten angeboten:

Tabelle 6: Ausbildungskapazitäten in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Land Bremen, 2006

	Ausbildungs- kapazität	Ausbildungs- zahl	Auslastung in %
Integratives Bildungszentrum am Klinikum Bremen Mitte	240	214	89,2 %
Integratives Bildungszentrum am Klinikum Bremen Ost	210	157	74,8 %
Krankenpflegeschule am Klinikum Bremer- haven-Reinkenheide	120	79	65,8 %
Krankenpflegeschule St. Josefs Hospital	60	46	76,7 %
Bremer Krankenpflegeschule der freigemein- nützigen Krankenhäuser	207	169	81,6 %
GESAMT	837	665	79,5 %

Quelle: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2010b: 39

Zwar übersteigt die Nachfrage an Bewerbern bisweilen noch die angebotenen Plätze, jedoch zeigt sich anhand Tabelle 6 auch, dass im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 2006 nicht alle Plätze belegt werden konnten.

Zusätzlich dazu belaufen sich die Ausbildungskapazitäten in der Altenpflegeausbildung auf 150 Plätze im Jahr 2009. Auffällig und zugleich Kritikpunkt einiger Akteure in Bezug auf die Ausbildungskapazitäten im Altenpflegebereich ist, dass der Anteil der Umschüler den der Erstauszubildenden mittlerweile deutlich übersteigt. Zwar ist die Ausrichtung einer paritätischen Aufteilung zwischen Erstauszubildenden und Umschülern mit der Zielsetzung, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen jungen Nachwuchskräften und erfahrenen Umschülern zu schaffen auf den ersten Blick erstrebenswert, gleichzeitig ist diese Bestrebung jedoch mit einem hohen Durchschnittsalter der Pflegekräfte verbunden.

Tabelle 7: Ausbildungskapazitäten in der Altenpflege in Bremen

	Erstauszubildende					Umschüler/innen				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Bremer Heimstiftung	18	18	20	18	14	22	9	19	6	9
Wirtschafts- und Sozialakademie der Angestelltenkammer	8	8	8	7	0	8	18	18	24	31
Institut für Berufs- und Sozialpädagogik	8	11	9	11	13	12	11	14	34	15
Stiftung Friedehorst	8	11	9	10	14	6	11	22	6	13
Betreuungs- und Pflegedienstleistungsgesellschaft Bremerhaven	8	8	8	8	10	16	16	20	16	11
AWO Bremerhaven	-	-	-	16	8	-	-	-	8	12
GESAMT	50	56	54	70	59	64	65	93	94	91

Quelle: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2010b: 6

Die Diskussion um die Reform der Pflegeberufe geht seit Jahren in die Richtung, die Trennung der drei Ausbildungszweige in der Alten-, Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zugunsten eines integrierten bzw. generalistischen Ausbildungskonzeptes zu überwinden. Bereits zwischen Mai 2000 und September 2003 hat Bremen einen Modellversuch zur „Integrierten Pflegeausbildung“ mit einer zweijährigen gemeinsamen Ausbildung sowie einer anschließenden einjährigen Spezialisierung erprobt, welcher frühe Impulse für die Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeberufe gegeben hat (Görres et al. 2005). Eine Zusammenfassung und Auswertung der vielen in den letzten Jahren gelaufenen Modellprojekte an Pflegeschulen zur Reformation der Pflegeausbildung ist aktuell durch das Bremer Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) erfolgt. Hierzu wurden aus den evaluierten Modellprojekten Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung abgeleitet und Empfehlungen zur zukünftigen Entwicklung der Pflegeausbildung gegeben.

Auch die Debatte um Professionalisierungstendenzen im Pflegebereich wird in Bremen offen aufgegriffen. So prüfen sowohl die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales sowie die Senatorin für Bildung und Wissenschaft des Landes Bremen derzeit die Voraussetzungen für mögliche Varianten einer Errichtung von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen an den Bremer Hochschulen.

Zur Deckung des Bedarfs an hochqualifizierten und fachspezifisch spezialisierten Fachkräften der Gesundheitswirtschaft gewinnt neben der Erstausbildung auch die (berufsbegleitende) Weiterqualifizierungs- sowie Fortbildungslandschaft in den diversen Berufen des Gesundheitswesens zunehmend an Bedeutung. In Zukunft wird es darauf ankommen, eine Vielzahl an Möglichkeiten für diejenigen Personen zu schaffen, die bereits in der Gesundheitswirtschaft tätig sind, wobei insbesondere der Durchlässigkeit der Angebote und der Berücksichtigung unterschiedlicher Vorkenntnisse ein hoher Stellenwert zukommt.

- In der Diskussion um die Reform und zukünftige Ausgestaltung der Pflegeausbildung stehen unterschiedliche Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für verschiedene Qualifikationsniveaus im Fokus der Diskussion und werden auch im Land Bremen offen aufgegriffen.
- Das Land Bremen zeichnet sich insbesondere durch Weiterqualifizierungsmöglichkeiten im Bereich der Palliativ Care für Ärzte und Pflegekräfte sowohl im Weiterbildungsbereich aber auch – als eines der ersten Länder – im Hochschulbereich aus.
- Die berufsbegleitende Qualifizierung von Gesundheitsfachleuten für Führungs- und Managementaufgaben der Gesundheitswirtschaft in den Bereichen Gesundheitsökonomie, Gesundheitslogistik und Gesundheitstourismus ist Ziel der privaten Apollon-Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Als einzige Hochschule mit dem Fokus auf die Gesundheitswirtschaft und guten Voraussetzungen am Standort soll Bremen in Zukunft als Modellstadt bzw. Pilotprojekt für Gesundheit dienen. Geplant ist ein Kooperationsprojekt mit ca. 120 Unternehmen in Bremen, die sich der Apollon-Hochschule als Führungskräfte-Akademie bedienen, erste Ansätze existieren bereits mit der AOK Niedersachsen (Weser Kurier 2010).

Eine aktuelle Untersuchung des IPP hat gezeigt, dass Pflegeberufe über ein schlechtes Image bei Schülerinnen und Schülern verfügen und somit nur auf geringfügiges Interesse bei der möglichen Berufswahl stoßen: nur 1,9 % der Jungen und 10,4 % der Mädchen aus allgemeinbildenden Schulen können sich vorstellen, in der Pflege zu arbeiten. Ein gänzlich anderes Bild zeigt sich jedoch bei solchen, die bereits in der Pflege tätig sind: 94,4 % der Auszubildenden würden den Pflegeberuf erneut wählen (Görres et al. 2010). Hier wird deutlich, dass im gesellschaftlichen Diskurs noch erheblich daran gearbeitet werden muss, die öffentliche Darstellung und das Image der Pflege zu verbessern. Darüber hinaus kann ein frühzeitiger Kontakt zwischen Schülerinnen und Schülern und tätigen Pflegekräften dazu beitragen, ein positives Bild der Pflege zu generieren und Interesse zu wecken.

Neben der Weiterentwicklung im Bildungsbereich existieren in Bremen auch in diesem Feld zahlreiche Bemühungen, um die Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen essentiell zu verbessern und insbesondere das Berufsbild Pflege wieder attraktiver zu gestalten:

- Der Bremer Senat hat die Themen „gesellschaftliche Anerkennung der Pflege“ sowie „Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe“ als wichtige Themen erkannt und als Eckpunkte für die zukünftige Weiterentwicklung festgeschrieben (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2009). Eine durch den Senat initiierte Imagekampagne ist durch die Broschüre „Berufe mitten im Leben“ bereits angelaufen.
- Das Bremer Verbundprojekt „Beruf und Familie“ als Informations-, Beratungs- und Vernetzungsportal mit rund 90 Mitgliedsunternehmen berät Unternehmen in Fragen einer Personalpolitik zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, zusätzlich finden regelmäßige Informationsveranstaltungen zum Thema statt.
- Das Land Bremen unterstützt aktiv Akutkrankenhäuser sowie Pflegeeinrichtungen bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch die Etablierung von innovativen Arbeitszeitmodellen in der Pflege. Hierzu wurden beispielsweise in dem zwischen 2006 und 2008 in Bremen gelaufenen Projekt „Innovative Arbeitszeitmodelle für die ambulante und stationäre Pflege“ (INAP) im Rahmen eines Pilotprojektes Wege aufgezeigt und erprobt, die Arbeits(zeit)organisation für alle Beteiligten zu optimieren (Platzkoster/Zimolong 2008).

3.7. Netzwerke, Kommunikation und Kooperation

Ausgangslage

Regionalökonomische Analysen verweisen immer wieder auf Branchencluster, regionale Netzwerke oder "Kompetenznetze" als Motor regionaler Entwicklung. Dies wird auch durch die neuere Innovationsforschung untermauert, die Modernisierungs- und Wachstumschancen schon länger nicht mehr in einzelnen "Schlüsseltechnologien" sieht, sondern in der Verknüpfung unterschiedlicher Technologien und darauf ausgerichteter Dienstleistungen. Kommunikation und Kooperation als erster Schritt zur Bildung eines funktionierenden Netzwerkes entsteht nicht automatisch, sondern benötigt Unterstützung zwischen den im Bereich der Gesundheitswirtschaft so unterschiedlichen Akteuren aus Wirtschaft, Wissenschaft, Verbänden, Kammern, Kassen oder der Politik und den dort vorherrschenden kulturellen Hintergründen.

In vielen Regionen Deutschlands wurden von unterschiedlichen Akteuren Netzwerke z.B. in Form von Vereinen gegründet. Ziel dieser Netzwerke ist es, Synergien durch Kooperationen zwischen verschiedenen Einrichtungen entlang der Wertschöpfungskette in einer Region zu nutzen. Das operative Geschäft übernehmen dabei häufig Clustermanagements. Ziel des Clustermanagements ist es, durch eine optimierte Prozesssteuerung Innovationen freizusetzen. Dazu gehört es, den (wissenschaftlichen) Dialog über branchenspezifische Trends zu

moderieren, Leitprojekte zu entwickeln und zu unterstützen sowie die Kommunikation nach innen und außen zu organisieren.

Während es sich bei diesem Ansatz des Clustermanagements um einen „bottom-up-Ansatz“ handelt, bei dem die regionalen Akteure, also z.B. Unternehmen sich zusammenschließen und vernetzen, versteht sich Clusterpolitik - also die Förderung eines Clusters im Rahmen der regionalen Strukturpolitik - als „top-down-Ansatz“¹⁶. Häufig laufen diese Prozesse parallel. Dies bedeutet, dass sich Unternehmen aus der regionalen Gesundheitswirtschaft in einem Verein zusammenschließen. Die Finanzierung verläuft dann über Unternehmensbeiträge, die üblicherweise nach Größe oder Umsatz gestaffelt sind. Als Anschubfinanzierung werden diese regionalen Initiativen jedoch auch von Seiten der Strukturpolitik gefördert. Damit sehen sich die Akteure des Clustermanagements auch häufig einer Doppelrolle zwischen Vertretern der regionalen Akteure sowie der Landespolitik ausgesetzt, wenn regionale und landespolitische Interessen stark divergieren. Aufgabe des Clustermanagements ist es dann, die Balance zwischen den Akteursebenen zu wahren.

Viele der lokalen, regionalen oder landesweiten Initiativen oder Vereine zur systematischen Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft haben sich seit Anfang 2008 im Verein Netzwerk Deutscher Gesundheitsregionen (NDGR e.V.) zusammengeschlossen. Ziel des NDGR e.V. ist es, durch die Kooperation und den thematischen Austausch sich als Gesundheitswirtschaftsstandort zu profilieren und somit Lebensqualität zu erhöhen und Beschäftigungseffekte und wirtschaftliche Impulse zu generieren und die Gesundheitswirtschaft nach innen und außen zu präsentieren. Insgesamt 19 Regionen haben sich dem Verein angeschlossen, auch das Land Bremen ist als Gründungsmitglied im Verein vertreten.

Situation in Bremen

Das Land Bremen hat bereits Anfang der Jahrtausendwende begonnen, die strategische Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft anzugehen. Die Gesundheitswirtschaft wurde als eines der Innovationsfelder für Bremen identifiziert und systematisch ausgebaut. Dazu wurde eigens eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe eingerichtet. Hier arbeiten Vertreterinnen und Vertreter der zuständigen Ressorts Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Federführung); Wirtschaft und Häfen, Bildung und Wissenschaft, der Senatskanzlei sowie der Wirtschaftsförderungen Bremen GmbH (WFB) und Bremerhavener Gesellschaft für Investitionsförderung und Stadtentwicklung mbH (BIS) zusammen (Richter 2010: 12). Unter der Dachmarke „Bremen – Zukunftsmarkt.Gesundheit“ wird die Gesundheitswirtschaft in-

¹⁶ Vgl. dazu grundlegend Porter 1990, Terstriep 2008.

nerhalb und außerhalb Bremens vermarktet (Senator für Wirtschaft und Häfen: 44-45). Die Umsetzung wird dabei von der WFB übernommen.

Ein wichtiges Zukunftsfeld wird im Bereich „Zuhause als Gesundheitsstandort“ gesehen, da sich unter diesem Thema viele vorhandene Kompetenzen Bremens fokussieren lassen (Senator für Wirtschaft und Häfen: 44-45). Zu diesem Anlass hat die WFB den Ideenwettbewerb „Gesund und selbstständig – zu Hause leben“ gemeinsam mit der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ausgelobt. Ziel des Wettbewerbs war es, die unterschiedlichen Akteure rund um das Thema Wohnen im Alter - z.B. Pflegedienstleister - Wohnungswirtschaft - technische Assistenzsysteme - in Rahmen eines Projektes zu vernetzen, um so neue Lösungen für ein eigenständiges und besseres Leben im Quartier zu ermöglichen. Es konnten vier Projekte ausgewählt werden, die im Rahmen dieses Wettbewerbs gefördert werden (Richter 2010: 6-11):

- *Zuhause im Quartier*: Die Projektpartner sind vacances – Mobiler Sozial- und Pflegedienst GmbH, der Bremer Pflegedienst GmbH sowie das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP).
- *Service-Software für Bewohner von Seniorenresidenzen*: Mobile Research-Center kooperieren hier mit der Bremer Heimstiftung und der IGEL GmbH.
- *A Case 4 care*: Hier arbeiten die atacama Software GmbH mit der hkk Bremen, dem Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser, der Seniorenberatung des Landkreis Rotenburg, dem mobilen Sozial- und Pflegedienst vacances GmbH, dem Bremer Pflegedienst und dem Pflegenetz Heilbronn sowie dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) zusammen.
- *ARE – Ambulante Rehabilitation*: Als Kooperationspartner haben sich hier das Neurologische Rehabilitationszentrum Friedehorst gGmbH und die avantro GmbH zusammengeschlossen.

Darüber hinaus wird ein weiteres Projekt gefördert:

- *Vita Care – Sicher Wohnen im Alter*: Dieses präventive Konzept zur Erhaltung der Selbstständigkeit im Alter wird von der Hanseatischen Software-Entwicklungs- und Consulting GmbH koordiniert und gemeinsam mit der Hauskrankenpflege Andrea Hugo bearbeitet.

Mit dem Ideenwettbewerb wurde ein wichtiger Schritt in Richtung nachhaltige Kooperation und Vernetzung angestoßen. Die Herausforderung für die Zukunft wird aber sein, die Akteure aus Wirtschaft, Wohlfahrtsverbänden, Wissenschaft sowie Politik noch stärker zusammenzubinden.

Besonders für den Bereich „Gesund (zu Hause) Altern“ ist eine verstärkte Kooperation insbesondere zwischen den freigemeinnützigen Anbietern und den privatwirtschaftlichen Akteuren, aber auch zwischen Wissenschaft und Wirtschaft aus diesem Bereich sinnvoll. Dies scheint umso wichtiger, da in Bremen Einigkeit darüber besteht, dass der Fokus genau auf dieses Themenfeld sowohl für die Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft in Bremen als auch als überregionales Aushängeschild gerichtet werden soll. Darüber hinaus bietet es sich an, den Brückenschlag von Bremen nach Oldenburg mit den dort vorhandenen Kompetenzen im Bereich Ambient Assisted Living zu nutzen.

Diese Brücke könnte in Zukunft von dem im Mai dieses Jahres gegründeten Verein Gesundheitswirtschaft Nordwest e.V. – eine Netzwerkinitiative von Unternehmen in der Metropolregion Bremen-Oldenburg – aufgebaut werden. Insgesamt 36 Unternehmen und Einrichtungen gehören zu den Gründungsmitgliedern, mittlerweile ist die Mitgliedszahl auf 40 angestiegen. Der Unternehmensverein hat sich zum Ziel gesetzt, die Vernetzung besonders über die Sektoren hinweg in der Region voranzutreiben. Als wichtige Themen wurden u.a. neue Versorgungsformen, aber auch das Thema Gesund (zu Hause) älter werden oder aber der Gesundheitstourismus definiert¹⁷. Um Doppel- und Parallelstrukturen zu vermeiden, ist die Wirtschaftsförderung Bremen, welche federführend die gesundheitswirtschaftlichen Aktivitäten des Landes leitet, auch Mitglied im Verein Gesundheitswirtschaft Nordwest.

Neben der internen Kooperation ist für die Weiterentwicklung Bremens darüber hinaus auch entscheidend, wie sich Bremen nach außen im Wettbewerb und/oder in Kooperationen mit anderen Gesundheitsregionen präsentiert. Hier ist Bremen auch nach außen bereits sichtbar vertreten. Innerhalb der Aktivitäten im Netzwerk Deutscher Gesundheitsregionen e.V. (NDGR) hat Bremen die Federführung der Fokusgruppe „Zuhause als Gesundheitsstandort“ übernommen. Hier bietet sich die Möglichkeit, Bremen mit seinen Stärken sichtbar zu vertreten und durch die Kooperation mit anderen Regionen innovative Lösungen für ein besseres Leben im Alter zu finden. Auch an der Fokusgruppe zu dem für Bremen wichtigen Themenfeld „Neue Berufe“ ist Bremen im Rahmen des NDGR aktiv beteiligt. Hier geht es darum, Kompetenzentwicklung zwischen Medizin, Pflege und therapeutischen Gesundheitsberufen mit Blick auf neue Berufsbilder neu zu diskutieren.

Darüber hinaus bieten Veranstaltungen, die auch überregionale Anziehungskraft haben, die Möglichkeit, Bremen nach innen und nach außen zu vermarkten. Bremen kann da bereits heute auf bedeutende Veranstaltungen verweisen:

¹⁷http://www.handelskammer-bremen.ihk24.de/servicemarken/branchen/Gesundheitswirtschaft/Netzwerk_GesundheitNordwest.jsp

- *Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege*:¹⁸ Mit über 4.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern feierte das Symposium dieses Jahr sein 20. Jubiläum. Ziel des Workshops ist die Vermittlung neuester Forschungserkenntnisse u.a. in den Bereichen Anästhesie und Notfallmedizin. Verantwortlich für das wissenschaftliche Programm ist Prof. Dr. med. Kuckelt, die organisatorische Leitung übernehmen die Bremer Messe und die WFB.
- *Bremer Pflegekongress und Deutscher Wundkongress*¹⁹: Die beiden Veranstaltungen werden in Bremen gemeinsam unter einem Dach ausgerichtet. In diesem Jahr lagen die Schwerpunkte des Pflegekongresses auf der onkologischen Pflege, Palliative Care, Ethik und Kommunikation, Qualifizierungskonzepte sowie regionale Versorgungskonzepte. Der Kongress wird von der Messe Bremen mit der WFB ausgerichtet.
- *APOLLON Symposium der Gesundheitswirtschaft*: Nach dem mit 150 Besuchern erfolgreichen ersten Symposium mit dem Thema „Chance und Auftrag der Gesundheitswirtschaft“, richtet die Apollon Hochschule dieses Jahr Ende Oktober bereits zum zweiten Mal ein ganztägiges Symposium aus. Schwerpunktthema dieses Jahr ist die Vernetzung, Titel der Veranstaltung ist „Ein Markt in Bewegung – erfolgreich austauschen und vernetzen“. Parallel zu den Fachbeiträgen bietet die Branchenbörse den Besuchern den ganzen Tag Gelegenheit, sich auszutauschen und zu vernetzen.
- *Life Science Forum*: Der Unternehmensverband LifeScience Bremen e.V. veranstaltet gemeinsam mit der WFB und der BIS alle acht Wochen ein Branchentreffen. Hier präsentieren sich Bremer Firmen sowie geladene Gäste. Ziel des Treffs ist zum einen die Transparenz innerhalb der bremischen LifeScience Branche zu erhöhen. Auf der anderen Seite sollen dadurch neue Initiativen und Impulse für mögliche Zukunftsfelder aufgetan werden.
- *Regionalkonferenz Gesundheitswirtschaft Nordwest*: Am 19. August diesen Jahres fand die erste Regionalkonferenz Gesundheitswirtschaft Nordwest für die Metropolregion Bremen-Oldenburg in Bad Zwischenahn statt. Ziel der Veranstaltung war es, den in diesem Jahr gegründeten Verein Gesundheitswirtschaft Nordwest sowie die definierten Themenfelder und den in Auftrag gegebenen Kompetenzatlas Gesundheitswirtschaft Bremen - Oldenburg vorzustellen.
- *Jobmesse und Fachsymposium „G-win Zukunftsberufe Gesundheit“*: Im November diesen Jahres organisiert die WFB im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales eine Jobmesse für Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft. Ergänzt wird die Messe durch ein Fachsymposium „Zukunftsberufe Gesundheit“.

¹⁸ <http://www.intensivmed.de>

¹⁹ www.bremer-pflegekongress.de

- *Wissen, Sprache, Technik – Pflege verbindet*: Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) richtet gemeinsam mit der WFB und atacama Software GMBH sowie dem NDGR e.V. und dem IAT eine Pflegefachtagung zu dem Thema Integration von Pflege und IT-Lösungen. Die Veranstaltung ist für Anfang Dezember geplant.

4. Handlungsempfehlungen

4.1. Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft Bremens: Profilierung durch Exzellenzen im stationären Bereich

Krankenhäuser in Deutschland stehen unter einem sehr hohen Effizienz- und Wettbewerbsdruck. Dies führt dazu, dass sie sich immer mehr darum bemühen,

- ihre Prozesse effizienter zu gestalten,
- die Qualität der Ergebnisse zu verbessern,
- sich auf Leistungsbereiche zu fokussieren, in denen sie überdurchschnittlich gut aufgestellt sind,
- mit anderen Krankenhäusern zu kooperieren oder sogar zu Verbänden zusammenzuschließen, um fachliche und betriebswirtschaftliche Synergien zu generieren,
- innovative Angebote zu entwickeln, um neue Geschäftsfelder zu erschließen sowie
- sich für die Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen zu engagieren.

Die bremische Krankenhauslandschaft hat diese Modernisierungsansätze bereits seit langem aufgegriffen; dies gilt sowohl für die frei-gemeinnützigen Krankenhäuser als auch für die Öffentlichen. Ein ganz wichtiger Schritt war der Zusammenschluss der vier kommunalen Häuser zu einem Verbund Gesundheitsregion Nord (GENO) sowie der Zusammenschluss von vier frei-gemeinnützigen Krankenhäusern zur Kooperationsgemeinschaft der Freien Kliniken. Damit besteht die Voraussetzung, Profilbildung und Vernetzung zu entwickeln, Schwerpunktbildung auszubauen und Synergien zu heben. Diese Perspektive wird auch als eine zentrale Geschäftsrichtung im Krankenhausplan des Landes Bremen erklärt und als Instrument zur Zukunftssicherung der regionalen Krankenhauslandschaft erkannt. Es gilt – mit Ausnahme der Disziplinen Allgemeine Chirurgie sowie Innere Medizin zur Sicherung der regionalen Notfallversorgung – Doppelungen zu vermeiden, Mehrfachvorhaltungen zu überprüfen und ggf. abzubauen sowie in den verbleibenden Schwerpunkten die Qualität und Effizienz weiter zu steigern.

Die Erneuerung der bremischen Krankenhauslandschaft im erklärten Sinne hat in den letzten Jahren bereits eine große Rolle gespielt. Allerdings sind nach Ansicht aller der für die vorlie-

gende Expertise interviewten Expertinnen und Experten noch weitergehende Anstrengungen unerlässlich, um die Krankenhäuser nachhaltig zukunftsfähig zu machen. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass einige Häuser noch erhebliche betriebswirtschaftliche Probleme haben. Ein weiterer besteht darin, dass es der Krankenhauslandschaft mittel- wie langfristig gelingen muss, für Patienten von außerhalb wie schon in der Vergangenheit attraktiv zu bleiben – trotz wachsender Konkurrenz aus dem Umland.

Für die Patienten ist vor diesem Hintergrund zunächst vor allem die klare Erkennbarkeit, Qualität und Transparenz der Bremer Krankenhauslandschaft und ihrer Profile von Bedeutung. Dabei kann die Öffnung der Krankenhäuser als Gesundheitszentrum im Quartier, wie dies bereits im Bereich des Wohnens im Alter und der Pflege geschehen ist, eine entscheidende Rolle spielen. Massagen, Kochkurse, Lesungen usw. sind denkbar, um über die Gesundheitsdienstleistungen hinaus, den Menschen das Krankenhaus als Zentrum für Gesundheit näher zu bringen. Ein erster Ansatz ist z.B. am Klinikum Ost mit dem Kulturensemble im Park bereits vollzogen. Hier werden u.a. interdisziplinäre Veranstaltungsreihen zwischen Kunst und Wissenschaft geboten.²⁰

Perspektivisch dürfte darüber hinaus an Gewicht gewinnen, dass die Krankenhausangebote auch mit den vor- und nachgelagerten Angeboten am Wohnort der auswärtigen Patienten besser abgestimmt werden.

Aus diesem Grund kann den bremischen Krankenhäusern und ihren Verbänden nur geraten werden, sich im Rahmen der Netzwerkaktivitäten der Gesundheitswirtschaft im niedersächsischen Umland einzubringen und dort nach Wegen der Zusammenarbeit zur integrierten Ansprache und Versorgung zu suchen. Bei der patienten- und nutzerorientierten Integration von Versorgungsangeboten in der großen Fläche – Bremen und Umland – kann die Telemedizin im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle spielen – sei es beim Prozessmanagement in und über Einrichtungen hinweg oder sei es bei konkreten medizinischen Leistungen. In den Überlegungen vieler Kostenträger spielt etwa die telemedizinische Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten eine große Rolle, da mittlerweile unbestritten ist, dass diese nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch zu erheblichen Effizienzsteigerungen führt. Es ist damit zu rechnen, dass in den kommenden Jahren in Deutschland mehrere Zentren für die Telemedizin entstehen. Der technologisch wie versorgungsbezogen ehrgeizigen und kompetenten Gesundheitslandschaft Bremen stünde es gut an, sich um die Ansiedlung eines Zentrums für angewandte Telemedizin zu kümmern und dadurch seine überregionale Bedeutung als Gesundheitsregion zu stärken. Mit dem Zentrum für Informations- und Kommunikationstechnologie (ikom) der Universität Bremen im TZI gibt es bereits auf Seiten der Forschung, Entwicklung und Technologietransfer in den Bereichen Telekommunikation und ehealth bestehende Ressourcen. Diese Kompetenzen könnten dabei miteingebunden werden.

²⁰ Vgl. <http://www.klinikum-bremen-ost.de/internet/kbo/de/ueber-uns/kulturensemble/index.html>

Bei den interviewten Praktikern herrscht großer Zuversicht, dass der in Bremen eingeschlagene Kurs zur Modernisierung der Krankenhauslandschaft bereits innerhalb der nächsten Jahre erfolgreich sein wird.

4.2. Ausbau von integrierten patientenorientierten Versorgungsmodellen: stärkere intersektorale Zusammenarbeit

Integrierte Versorgungsmodelle haben zum Ziel, die Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Gesundheitssektoren zu überwinden und somit zum einen die Patientenversorgung qualitativ zu verbessern und zum anderen durch optimiertes Ausschöpfen von Effizienzreserven wirtschaftlicher zu arbeiten. Unter dem Stichwort „Managed Care“ sind diese Modelle in den USA bereits seit langem etabliert. Der Sachverständigenrat definiert Managed Care in seinem Gutachten von 2009 als

„ein Versorgungssystem, das die Leistungserbringung und Finanzierung in unterschiedlichem Ausmaß zusammenfasst. Dabei sieht es ein prospektiv pauschalisiertes Finanzierungssystem vor. Managed Care verfolgt die Ziele, Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer regionalen, Outcome-orientierten Gesundheitsversorgung zu integrieren, sowie deren Effizienz u.a. durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug zu verbessern. In der Umsetzung werden selektives Kontrahieren und die Etablierung von Managementstrukturen bei Kostenträgern und Leistungserbringern eingesetzt. Die Arztwahl kann in unterschiedlichen Maße eingeschränkt sein, Instrumente wie Gatekeeping, Disease Management, Case Management, Qualitätsmanagement, Leitlinien und utilization review kommen in verschiedenen Umfang zur Anwendung“ (SVR 2009: 754).

Obwohl integrierte Versorgungsmodelle bereits seit 2000 möglich sind und durch das GVK-Modernisierungsgesetz 2004 sogar durch eine Anschubfinanzierung eine erhöhte Dynamik erhalten haben, sind Modelle, in denen auch die Vergütungsstrukturen grundlegend verändert sind – also nicht mehr auf Einzelleistungen, sondern qualitäts- und somit outcomeorientiert sind - nach wie vor eine Seltenheit (Hildebrandt et al. 2009: 155). Die Ursachen dafür sind vielfältig. Eine Hauptursache ist jedoch darin zu sehen, dass die Organisation solcher Modelle sehr komplex ist und das Risiko für die einzelnen Akteure sich auch sehr unterschiedlich darstellt.

Ein bekanntes Beispiel eines populationsbezogenen integrierten Versorgungssystems ist das Modellprojekt „Gesundes Kinzigtal“, welches im Folgenden kurz dargestellt werden soll (vgl. auch SVR 2009: 676-677 und Siegel/Stößel/Geßner 2009: 223-235):

Der seit 2005 bestehende Vertrag zur Integrierten Versorgung wurde zwischen der AOK (mittlerweile auch LKK) Baden-Württemberg und der Managementgesellschaft „Gesundes Kinzigtal“ GmbH geschlossen und läuft bis zum Jahr 2015. Die Gesellschaft der GmbH ist zu zwei Dritteln ein lokales Ärz-

tenetz und zu einem Drittel wird diese von einer Hamburger Beratungsgesellschaft gehalten. Hauptziel des Netzwerkes ist es, eine im Vergleich zur Regelversorgung wirtschaftlichere Versorgung bei zumindest gleicher Versorgungsqualität aufzubauen. Durch eine bessere Schnittstellenorganisation, eine Verringerung der Morbidität von chronisch Kranken sowie günstigeren Konditionen beim Einkauf externer Produkte soll die Versorgung effizienter werden. Das Netz ist mit Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, den ambulanten und stationären Pflegedienstleistern, den Psychotherapeuten, Apotheken, Heilmittelerbringern sowie den sozialen und kommunalen Diensten breit gespannt und bietet damit ein umfassendes Angebot über die verschiedenen Sektoren hinweg. Bei der Konzipierung des Netzwerkes wurde darauf geachtet, die Anreize für die einzelnen Akteure so zu setzen, dass mögliche negative Entwicklungen, die bei anderen Managed Care-Modellen beobachtet wurden, wie die Risikoselektion, die Unterversorgung älterer oder chronisch Kranker und eine Überversorgung von gesunden Patienten - bereits im Vorfeld vermieden werden. Folgende Punkte kennzeichnen Kinzigtal:

- Die Managementgesellschaft übernimmt die Geschäftsführung und die Koordination des Netzwerkes.
- Die Wahl der Gesundheitsdienstleister für die teilnehmenden Versicherten wird nicht eingeschränkt. Die Versicherten erhalten keine finanziellen Anreize zur Teilnahme. Der Anreiz soll ausschließlich aus der Qualität der Angebote erzeugt werden.
- Die Vergütung folgt der üblichen Leistungsvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Als Messgröße zur Finanzierung werden alle AOK und LKK Mitglieder herangezogen, nicht nur die Teilnehmer(-innen). Die tatsächlichen Leistungen werden virtuellen Leistungen einer morbiditätsadjustierten Vergleichspopulation gegenübergestellt. Die Einsparungen werden zwischen Kostenträger und GmbH geteilt. Die GmbH nutzt diese Mittel dann für Präventionsangebote oder aber für die Prozessoptimierung (z.B. Case Manager).
- Mit Gesundheitszielvereinbarungen soll der Patient stärker in den therapeutischen Prozess miteingebunden werden. Ziel ist es, die compliance zu erhöhen. Ein Patientenbeirat berät die GmbH und einem Ombudsmann/-frau wird im Netzwerk Mitspracherechte gewährt.
- Darüber hinaus zielt die Kooperation darauf, durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit bürokratische Hürden und ansonsten üblicherweise durchgeführte Kontrollen zwischen Gesundheitsdienstleistern und den Kostenträgern abzubauen und somit auch hier die Effizienz der gemeinsamen Arbeit zu steigern.
- Eine begleitende Evaluation prüft die wirtschaftlichen Effekte des Modells. Weitere Prüfkriterien sind z. B. Fehlentwicklungen, wie z.B. ein mögliches Auftreten von Über- oder Unterversorgung oder aber die Verbesserung der Versorgung durch Präventionsmaßnahmen. Da alle beteiligten Gesundheitsanbieter elektronisch miteinander vernetzt sind, können so die Verlaufsdaten der teilnehmenden Patienten analysiert werden. Darüber hinaus wird auch die Zufriedenheit der Patienten im Längsschnitt durch Befragungen gemessen. Die erhobenen Daten werden dann Vergleichsgrößen gegenübergestellt.

Am Modell Kinzigtal wird deutlich, dass mit Einführung von Managed-Care-Modellen auf die regionalen Gesundheitsakteure neue Aufgaben und Herausforderungen zukommen. Es findet eine Verlagerung der Planungshoheit von der Bundes- und Landesebene auf die regionale Ebene statt, was unter dem Begriff des „regional health governance“ (Dahlbeck/Evans/Potratz 2009) subsumiert werden kann. Diese neuen Herausforderungen für die regionalen Akteure bedürfen jedoch einer gemeinsamen Wissensbasis, aber auch einer Plattform, auf der mögliche Gewinne und Verluste durch Einführung von sektorübergreifender Versorgung geregelt werden kann. Ein grundsätzliches Vertrauen der Akteure untereinander ist dafür ganz entscheidend.

Auch Bremen sollte neue Wege für eine optimierte und sektorübergreifende Versorgung angehen. Um einen wichtigen Schritt in diese Richtung zu gehen, wäre es sinnvoll, mit regionalen indikationsspezifischen Modellen zu starten. Ein erster Schritt könnte im Bereich der psychiatrischen Versorgung erfolgen, denn psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahren stark zugenommen und Prognosen gehen davon aus, dass dieser Trend weiter anhalten wird. Ziel der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ist es, die psychiatrische Versorgung stärker in Richtung Patientenorientierung hin zu optimieren. Dazu wurden im Landes-Psychiatrieplan 2010 Leitgedanken formuliert, die als Grundlage für Gespräche mit den beteiligten Akteuren dienen sollen. Als derzeit (bundesweit) grundsätzliche Herausforderungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung wurden u.a. folgende Punkte ermittelt (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2010a: 7-10):

- die starke Trennung des ambulanten und stationären Sektors mit getrennten Budgets verschiedener Kostenträger.
- eine zunehmende Fragmentierung der Leistungsangebote durch Selektivverträge zwischen einzelnen Kassen und Leistungsanbietern.
- eine zu geringe Öffnung der verschiedenen Disziplinen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie untereinander.
- eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung in der psychiatrischen Versorgung.
- eine neue Form der Hospitalisierung und dadurch bedingt Stigmatisierung trotz verkleinerter Wohnformen und Kliniken.
- Die Verbesserung der Qualitätssicherung durch Umsetzung von Leitlinien sowie eine Bewertung der Kosten und Nutzen der Maßnahmen.

Langfristig wäre es wünschenswert, eine Versorgung „aus einer Hand“ (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2010a: 7) zu entwickeln, da aus Patientensicht Behandlungskontinuität und Behandlungserfolg eng zusammenliegen.

Das Modell könnte sich an das regionale Psychiatriebudget, welches im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein) von den Kassen mit den Gesundheitsdienstleistern vereinbart wurde,

anlehnen. Die Vergütung erfolgt im Rahmen der kollektiven Gesamtvergütung, d.h. es besteht volle Flexibilität bei der Behandlung durch die zwei Psychiatrien (Krankenhaus Itzehoe und Glücksstadt). Hier muss jedoch angemerkt werden, dass die ambulanten Leistungen durch die psychiatrische Institutsambulanz geleistet werden und somit eine Trennung von ambulanten und stationären Sektor nicht besteht. Damit können mögliche aufkommende Interessenskonflikte zwischen stationären und ambulanten Anbietern natürlich erst gar nicht entstehen. Erste Erfahrungen des Regionalbudgets bestätigen eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. Ökonomische Vorteile haben sich bisher noch nicht gezeigt.

Zum Aufbau eines Regionalbudgets sollte Bremen versuchen, alle Akteure von vorne herein mit ins Boot zu holen. Dabei kann man auf bereits gemachte Erfahrungen in bestehenden Netzwerken z.B. im Rahmen von Selektivverträgen zurückgreifen.²¹ Zur Überwindung der Fragmentierung wäre es jedoch von vorneherein sinnvoll, die wichtigsten Vertreter des Landes einzubinden. Dies wären somit die beteiligten Kostenträger, die beteiligten Kliniken und niedergelassenen Ärzte und Therapeuten sowie die Kassenärztliche Vereinigung.

4.3. Schnellere Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse: Systematische Kooperation für ein umsetzungsorientiertes Innovationsmanagement

Die hohe überregionale und internationale Reputation der bremischen Forschungslandschaft stützt sich ganz stark auf die Grundlagenforschung. Dies gilt sowohl für die Medizintechnik- und LifeScience-Forschung als auch für die Epidemiologie-, Public Health- und Gesundheitsversorgungsforschung. Diese Schwerpunkte der Bremer gesundheitsrelevanten Forschung haben sich in den letzten Jahren hervorragend entwickelt und genießen in einschlägigen wissenschaftlichen Fachkreisen größtenteils eine sehr hohe Anerkennung. Darüber hinaus ist es an etlichen Stellen auch gelungen, Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung für anwendungs- und praxisrelevante Aktivitäten zu nutzen.

Im Verlauf der Interviews und Expertengesprächen für die vorliegende Expertise wurde mehrfach angeregt, dass die im Grundsatz erfolgreichen Ansätze der Bremer Forschungs- und Entwicklungspolitik im Hinblick auf die Praxis- und Anwendungswirkungen noch weiter ausgebaut und systematisiert werden sollten. Dabei sollte sowohl angestrebt werden, die in Bremen vorhandene Expertise für die Versorgungslandschaft im Land selbst besser fruchtbar zu machen als auch sich verstärkt darum zu kümmern, dass Erkenntnisse aus der Forschung schneller von der Praxis generell, also auch über Bremen hinaus aufgenommen werden kön-

²¹ So arbeiten z.B. in dem Projekt „Rückzugsräume“ die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste e.V. (GAPSY) mit zehn Nervenärzten und einer Apotheke zusammen. Ziel des mit der AOK Bremen und Bremerhaven sowie der hkk abgeschlossenen Vertrages ist es, eine ambulante wohnortnahe Akutversorgung anzubieten und somit stationäre Aufenthalte zu vermeiden. vgl. auch: <http://www.gapsy.de/rueckzug1.html>

nen. Nach Ansicht der Verfasser der vorliegenden Expertise – gestützt auf Anregungen aus der Praxis wie von einzelnen Wissenschaftlern – bieten sich dafür v. a. zwei Ansatzpunkte:

- *Innovationsorientiertes Versorgungsdesign für Bremen:* Die hervorragende Bremer Gesundheitsforschung nutzt ihr Wissen, um Bremen bei der Weiterentwicklung seiner Versorgungsstrukturen zu unterstützen. Dabei steht eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung im Sinne eines „Managed Care“ (vgl. SVR 2009, siehe Kap. 4.2.) als Fernziel am Horizont, dem man sich möglicherweise schrittweise, v.a. über die Entwicklung, Erprobung und Umsetzung neuer integrierter Versorgungsstrukturen nähern kann. Die Entwicklung integrierter Versorgungsstrukturen muss auf die spezifischen Bedarfe „vor Ort“ (Populationsorientierung) zugeschnitten sein und sollte die Nutzer- und Patientenorientierung an die erste Stelle setzen. Gelingt es, die einschlägige Bremer Forschung für das Design, die Umsetzung und Evaluierung wegweisender Versorgungslösungen zu nutzen, profitiert davon nicht nur die Bremer Bevölkerung, sondern das dabei entwickelte Know-how, die organisatorischen, technischen und kommunikativen Lösungen werden national wie international auf Interesse und Nachfrage stoßen. Das Design von Versorgungsstrukturen ist nämlich derzeit wie auch in den kommenden Jahren weltweit eines der ganz großen Themen der Gesundheitswirtschaft. Die Bremer Gesundheitsforschung ist optimal positioniert, um hier fachliche Inputs zu liefern. Es ist eine Aufgabe der Bremer Gesundheitswirtschaftspolitik geeignete Strukturen zu finden, um diese fachliche Expertise für Bremen besser abzurufen.
- *Von der innovativen Exzellenz zum wegweisenden Management von Innovationsstraßen:* Bremen hat bereits gute Erfahrungen damit gemacht, in Sachen Gesundheit nicht nur auf isolierte neue Produkte, Verfahren und Dienstleistungen zu setzen, sondern auch an ihre möglichst zügige Anwendung zu denken. Dies war u. a. auch ein Hintergrund für die Entstehung eines Zentrums für klinische Studien sowie für den Aufbau einer interdisziplinären HTA-Forschung. Für die Zukunft drängt sich auf, die Bremer Forschungslandschaft noch stärker als bisher als Teil eines systematischen Innovationsmanagements zu verstehen und zu profilieren. Für erfolgreiche Innovationen in der Gesundheitswirtschaft genügen heute keineswegs mehr nur wegweisende neue Produkte, Verfahren oder Dienstleistungen und erfolgreiche klinische Tests. Daran anknüpfend sind gesundheitsökonomische Bewertungen gefragt wie auch Strategien zur zügigen und breiten Anwendung. Nicht selten gelingt dies nur, wenn für die jeweils in Frage kommenden Innovationen auch noch ein politisches und wirtschaftliches Marketing betrieben werden. Zum Teil kann dies sogar so weit gehen, dass auch im Umfeld des eigentlichen Innovationsgeschehens noch für Anpassungen gesorgt werden muss (Man denke hier etwa daran, was alles nötig ist, um telemedizinische Anwendungen in den

Haushalten von Patienten zu Verfügung zu stellen.) In Bremen sind alle Bausteine vorhanden, um sich als die Innovationsstraße für die Umsetzung von Erkenntnissen aus der nicht-medizinischen Gesundheitsforschung zu etablieren und zu profilieren. Damit dies jedoch gelingen kann, ist ein Managementinstrumentarium dafür zu entwickeln, wie aussichtreiche Produkte, Dienstleistungen und Erfahrungen rechtzeitig identifiziert werden können und dann zügig durch die nachfolgenden Etappen der Innovationsstraße begleitet werden können. Gefordert sind hierfür mehrere Akteure und Institutionen – zum einen die Einrichtungen des Forschungstransfers an den Hochschulen, zum anderen auch die Bremer Wirtschaftsförderungen und der Verein Gesundheitswirtschaft Nordwest e.V., darüber hinaus – zumindest bei einigen Fragestellungen - auch Politik und Verwaltung. Sie sollten sich im Dialog darauf verständigen, wo es in der Wissenschaftslandschaft viel versprechende Ansätze für praktische Umsetzungen gibt und – ausgehend von dem umrissenen Verständnis einer Innovationsstraße – Schritte, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten erarbeiten, um den Innovationsprozess zu beschleunigen.

Die Überlegungen zum Management von Innovationsstraßen lassen sich an einem Beispiel erläutern: Bremen hat sich im Wissenschaftsbereich wie auch durch praktisches Gestalten viele Grundlagen erarbeitet, um beim Zukunftsthema „Der Haushalt als Gesundheitsstandort“ bundesweit eine hervorragende Rolle zu spielen. Zusammen mit einschlägigen Aktivitäten an der Universität Oldenburg verfügt die Metropolregion über eine Fülle von ganz wesentlichen sozialen und organisatorischen Innovationskompetenzen, um bei diesem Thema in Zukunft auch weit über Bremen hinaus eine führende Rolle zu spielen. Allerdings haben die entsprechenden Akteure auch lernen müssen, dass es eine Fülle von Innovationshemmnissen gibt. Vor diesem Hintergrund wäre es nahe liegend, anhand des oben umrissenen Idealtypus einer Innovationsstraße herauszuarbeiten, wie und wo Akteure aus Bremen und aus der Metropolregion aktiv werden können, um die Innovationshemmnisse anzugehen und zu überwinden. Neben Maßnahmen zum Brückenschlag zwischen den technischen Innovationen auf der einen Seite und den sozial-organisatorischen auf der anderen (Stichwort: SONG meets AAL, vgl. Kap. 4.5) können dann Aufgaben wie ein verstärktes, auch bundesweites Marketing für die Kompetenzen aus der Metropolregion ebenso in das Blickfeld kommen wie die Notwendigkeit, bei der Politik und bei den Kostenträgern verstärkt auf Entscheidungen darüber zu drängen, wann welche Leistungsangebote mit einer Erstattung oder Unterstützung durch die Krankenkassen oder öffentliche Mittel rechnen können.

4.4. Anpassung an neu entstehende Qualifikationsbedarfe: Bremen als Modellstandort für neue Bildungsangebote

Für die Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche stellt die Verfügbarkeit von ausreichendem und qualifiziertem Personal eine Schlüsselressource dar. Im Land Bremen existiert bereits ein hervorragendes Portfolio der Bildungsmöglichkeiten für die nicht-humanmedizinischen Gesundheitsberufe. Insbesondere die Studienmöglichkeiten Gesundheits- und Pflegewissenschaften stellen einen der Schwerpunkte in der Hochschullandschaft dar.

Zentrales Ziel zur weiteren Profilierung des Bildungsstandortes Bremens sollte darin bestehen, die bestehenden Angebote auch über die Grenzen des Landes bekannter zu machen und zu vermarkten sowie die Qualifikationsmaßnahmen miteinander zu verknüpfen und um weitere Potenzialbereiche der Gesundheitswirtschaft zu ergänzen. Konkret könnte sich Bremen beispielhaft folgendermaßen weiterentwickeln und auszeichnen:

- *Einarbeitung und Berücksichtigung aktueller Trends der Gesundheitswirtschaft* zur Sicherung der Innovationsfähigkeit und Qualität in den bestehenden Qualifikationsmaßnahmen: Hierzu gehören etwa der verstärkte Technikeinsatz im Gesundheitswesen, eine zunehmend an Bedeutung gewinnende Kommunikationsfähigkeit sowie auch das sektorübergreifende Denken und Handeln.
- *Etablierung neuer Bildungsangebote im Hochschulbereich*: Die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen wie der Pflege aber auch therapeutischen Berufen (Physio-, Ergo- und Logotherapie) wird mit einer bundesweiten Zunahme an Studienmöglichkeiten einhergehen. In diesem Feld hat das Land Bremen mit der gut aufgestellten Hochschullandschaft hervorragende Möglichkeiten, sich als Bildungsstandort mit europaweit anschlussfähigen Studienangeboten zu positionieren. Bedeutend sein wird dabei, die Konkurrenz der Hochschulen untereinander zugunsten mehr Kooperationen und gemeinsamen Initiativen zu überwinden.
- *Schaffung von Bildungsmöglichkeiten für neue Berufsbilder der Gesundheitswirtschaft*: Im Bereich neuer Berufe für das Gesundheitswesen besteht in Deutschland noch großer Forschungs- und Entwicklungsbedarf. Bremen hat die Möglichkeiten, sich durch den Aufbau entsprechender Bildungsangebote als Modellstandort für die Einführung neuer Studienangebote zu profilieren. Denkbar wären vor dem Hintergrund der deutlichen Zunahme älterer Menschen Angebote im Bereich „Alter erleben in Bremen“. Aber auch die Überwindung der sektoralen Trennung zugunsten einer integrierten Versorgung (Managed Care) wird mit einem neuen Bedarf an Qualifizierung einhergehen. Gleichzeitig würde die Entwicklung von Bildungsangeboten in diesen Feldern die bremischen Schwerpunkte der Gesundheitswirtschaft unterstützen. Genutzt werden könnte beispielsweise die aktuelle Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zum

Thema "Entwicklung von beruflichen und hochschulischen Weiterbildungsangeboten und Zusatzqualifikationen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme - QuAALi" (<http://www.bmbf.de/foerderungen/14749.php>). Selbst wenn Bremer Bewerber bei dieser Ausschreibung nicht reüssieren sollten, bleibt zu prüfen, ob sich einschlägige Bremer Universitäts- und Hochschuleinrichtungen, ggf. in Zusammenarbeit mit Akteuren aus der Universität Oldenburg, nicht im skizzierten Sinne engagieren sollten.

- *Modellprojekt „Neue Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung im Gesundheitswesen“*: Einher mit der Etablierung neuer Berufe im Gesundheitswesen und dem drohenden Fachkräftemangel in Medizin und Pflege geht die Diskussion um eine neue Arbeitsteilung zwischen den Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufen. Die Thematisierung einer neuen Arbeitsorganisation im Gesundheitswesen als Modellprojekt im Land Bremen könnte neue Impulse in die derzeitige Diskussion bringen sowie gleichzeitig Profit und Aufmerksamkeit für die Gesundheitswirtschaft im Land Bremen schaffen.
- *Öffnung der Hochschulen und berufsbildenden Schulen für neue Zielgruppen*: Relevant sein wird, wie es in Zukunft gelingt, Bildungsangebote des Gesundheitswesens stärker an den Bedürfnissen des Arbeitsmarktes anzupassen. Hierbei kommt der Durchlässigkeit der Angebote – sowohl horizontal innerhalb der Berufsbilder, als auch vertikal zwischen den Berufsfeldern – eine hohe Bedeutung zu. Durch eine Öffnung der Qualifikationsangebote hin zur modulartigen Weiterbildung sowie (Teil-) Akademisierungen können sowohl diejenigen erreicht werden, die bereits in einem Gesundheitsberuf vorqualifiziert sind, als auch Angebote für niedrig Qualifizierte und Quereinsteiger geschaffen werden. Für die Fachkräftesicherung ist es zudem von Bedeutung, dass die Angebote auch berufsbegleitend wahrgenommen werden können. Eine enge Vernetzung mit der Praxis – wie derzeit von der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft pilotartig betrieben – ist zudem von erheblichem Vorteil.
- *Einrichtung einer Professur für Pflegeinformatik*: Bremer Wissenschaftseinrichtungen aber auch Akteure aus der Praxis engagieren sich stark für eine Modernisierung der Pflege und arbeiten dabei auch daran, moderne Informations- und Kommunikationstechnik zu nutzen. Die Nutzung dieser modernen Organisations- und Managementwerkzeuge steht in der Pflegebranche, aber auch in vielen anderen Teilen des Gesundheitswesens noch am Anfang und wird in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnen. Mit der Einrichtung einer Professur für Pflegeinformatik könnte sich Bremen als Vorreiter in diesem Trend zeigen; profitieren könnten davon nicht nur die Forschung und Entwicklung und insbesondere die Unternehmen vor Ort, die in diesem Bereich Kompetenzen aufweisen, sondern auch Bremen als Aus- und (v. a.) Weiterbildungsstandort, der überregionale Nachfrage anzieht.

Im Zusammenhang mit den skizzierten Vorschlägen zur Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Qualifizierungslandschaft Bremens wurde im Projektverlauf mehrfach die Frage

aufgeworfen, ob sich ein entsprechendes Engagement für das Land Bremen ökonomisch rechnen, also zumindest mittel- und langfristig positive Beiträge zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte in Bremen erbringen kann. Eine exakte, auf Daten und quantitativen Szenarien oder gar Prognosen gestützte Antwort auf diese Frage ist im Rahmen der hier vorliegenden Studie aus Ressourcengründen nicht möglich. Auf Basis von Plausibilitätsüberlegungen soll aber dennoch eine richtungsweisende Antwort gegeben werden. Sie basiert auf folgenden Überlegungen:

1. Bremen ist stark durch die Gesundheitswirtschaft geprägt und profitiert kräftig und nachhaltig nicht nur im Hinblick auf die Lebensqualität der Bevölkerung, sondern auch wirtschaftlich und damit auch bei den öffentlichen Finanzen. Will Bremen diese Position halten, sollte die Bremer Gesundheitswirtschaft bei der Weiterentwicklung der Angebote auf Qualität, Effizienz und Innovation setzen. Dies ist nur mit Unterstützung von Bildung und Forschung möglich. Investitionen in diesen Bereichen zahlen sich, sofern sie in der Wirtschaftspraxis ankommen, in der Sicherung und dem Ausbau der Leistungsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft nieder.
2. In den nächsten Jahren ist mit gravierenden Personalengpässen in vielen Gesundheitsberufen zu rechnen, nicht zuletzt auch bei der Pflege. Experten vermuten, dass die Personalprobleme in den größeren Städten und an Standorten mit einem großen Qualifizierungsengagement noch am geringsten sein werden. Ein hohes Engagement in der Ausbildung ist für Bremen mithin die beste Versicherung gegen den drohenden Arbeitskräftemangel und damit einer der wichtigsten Ansatzpunkte zur nachhaltigen Sicherung der überregionalen Bedeutung des Gesundheitsstandorts Bremen.
3. Gut und akademisch qualifiziertes Personal ist eine der wichtigsten Ressourcen für ein vitales Existenzgründungsgeschehen in der Gesundheitswirtschaft. Die Zukunft der Gesundheitswirtschaft – insbesondere auch in den heute nicht oder kaum von Krankenkassen finanzierten Gestaltungsfeldern (z. B. Medical Wellness oder Service Wohnen) – wird vermutlich von Existenzgründern entscheidend mitgeprägt werden. Hierfür gibt es etwa viele Anzeichen in dem Businessplan-Wettbewerb Startbahn-MedEcon.²² Schon in den letzten Jahren war die Gesundheitswirtschaft eine der stärksten Stützen für das Existenzgründungsgeschehen in Deutschland, viel spricht dafür, dass ihre Bedeutung in den kommenden Jahren noch zunehmen wird.
4. Die Stärken des Gesundheitsqualifizierungsstandorts Bremen bei den nicht-humanmedizinischen Berufen können auch private Investitionen anziehen. So haben bereits private Hochschulen (Jacobs-Universität und Apollon) entsprechende Angebote in Bremen aufgebaut. Mittel- und langfristig wird das Vorhandensein einschlägiger Qualifikationen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Standortentscheidungen von

²² <http://p110813.typo3server.info/>

privaten F&E-Unternehmen sowie von einschlägig ausgerichteten Dienstleistungs- und Industrieunternehmen für den Standort Bremen nach sich ziehen (wie etwa heute schon bei Atacama der Fall).

Unter dem Strich lassen sich mithin viele Überlegungen mobilisieren, die dafür sprechen, dass Bremen von der Weiterentwicklung seiner Qualifizierungslandschaft (mit Schwerpunkt auf den nicht-humanmedizinischen Gesundheitsberufen mittel- und langfristig kräftig profitieren kann. Die Überlegungen, die diese Annahme stützen, ließen sich durch ökonomische Modellrechnungen, Szenarien und Prognosen sicherlich noch deutlich erhärten. Noch wichtiger aber ist, dass zwischen der Gesundheitsbranche einerseits und den Qualifizierungsanbietern andererseits der Austausch darüber ausgebaut wird, welche Qualifikationen wahrscheinlich tragfähig sind und wo Zweifel angebracht sind. Von einem solchen Dialog könnten beide Seiten profitieren: Die einen erahnen, was in Zukunft an neuen Qualifizierungen für welche Aufgaben genutzt werden könnte, die anderen erhalten einen stark Impuls für ihre Praxisorientierung.

4.5. Alter erleben in Bremen: AAL meets SONG

In den oben dargestellten Zukunftsfeldern Bremens wurde deutlich, dass Bremen bereits hervorragende Initiativen, Projekte, aber auch schon konkrete marktreife Lösungen im Bereich „Gesund Zuhause altern“ vorweisen kann. Herausragende Stärke in den bremischen Angeboten und Projekten ist der Quartiersbezug, der eine wohnortnahe und individuell angepasste Lösung sicherstellt. Die Diversifikation der Angebote entspricht damit der Nachfrage und den Bedarfen der Einwohner je nach ihrer Lebenslage und Lebenssituation. Diese Variationsbreite sollte weiter gestützt und durch Moderation der verschiedenen Akteure und begleitende Projekte seitens des Landes und der Kommune vorangetrieben und konzeptuell abgesichert werden. Mit dem ganzheitlichen Ansatz „Alter erleben in Bremen“ schafft Bremen nicht nur passgenaue Angebote für die eigene Bevölkerung, sondern erhöht auch die Attraktivität als Tourismusstandort für eine alternde Gesellschaft. Darüber hinaus konnte aufgezeigt werden, dass durch Kooperationen zwischen z.B. Pflegedienstleistern und Softwareherstellern sich die in Bremen ansässigen Unternehmen neue Geschäftsfelder erschließen können. Damit kann auch der Wirtschaftsstandort Bremen nachhaltig gestärkt werden.

Bei der Analyse kristallisierten sich einige Punkte heraus, die Bremen aktiv angehen sollte, um das Themenfeld weiter voranzutreiben:

- *Barrierefreien Wohnraum ausbauen*: Eine Angebotslücke scheint in erster Linie die Versorgung mit barrierefreiem bzw. weitgehend barrierefreiem Wohnraum zu sein. Hier könnten Maßnahmen der Wohnraumanpassung durch eine entsprechende Ergänzung der Wohnbauförderung schneller vorangebracht werden.

- *Einbindung von Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen:* Die bisherigen Aktivitäten der quartiersbezogenen Modellprojekte gehen häufig von Seiten der Pflegedienstleister aus und beziehen z.B. die Wohnungswirtschaft mit ein. Auch wenn bereits einige andere Einrichtungen und Berufsgruppen involviert sind, sollten weitere Akteure, wie die ambulanten Ärzte vor Ort - insbesondere die Hausärzte - sowie die Apotheken u.a. stärker mit einbezogen werden.
- *Verhinderung von Parallelstrukturen:* Bei den bremischen Aktivitäten fällt auf, dass es bisher nur wenig Kooperationen zwischen den privaten und freigemeinnützigen Trägern im Bereich der Pflegedienstleister gibt. Beide Seiten geben aber wichtige Impulse für den weiteren Ausbau für ein besseres Wohnen im Alter. Auch wenn die Konkurrenzsituation zwischen den Trägern beachtet werden muss, sollten hier Synergien zwischen den hervorragenden Aktivitäten genutzt werden. Ein wichtiger Akteur für die Moderation dieses Prozesses wäre z.B. die Wirtschaftsförderung.
- *AAL meets SONG:* Mit SONG weist Bremen ein überregional funktionierendes und bekanntes Netzwerk auf. Dieser quartiersbezogene Ansatz stützt sich auch in Bremen stark auf die personenbezogenen Dienstleistungen. Das Ziel, eine altersgerechte Umwelt zu schaffen, in der Selbstbestimmung, Lebensqualität, Teilhabe und Gesundheit die umfassenden Zielgrößen sind, wird sich jedoch nicht ohne Produktivitäts- und Effizienzsteigerungen erreichen lassen. Die Weiterentwicklung, Erprobung und letztlich auch Akzeptanzsteigerung unterstützender Technologien bei den Älteren und bei den professionellen Helfern kann ein erfolgreicher Weg sein. Aus diesem Grund sollte auf die auf Seiten der Forschung im Land vorhandenen AAL-Kompetenzen zurückgegriffen werden. Mit dem DFKI und dem Institut für Automatisierungstechnik der Universität Bremen stehen u.a. zwei kompetente Partner bereit, hier Lösungen zu erarbeiten und somit für Bremen einen wichtigen Schritt in Sachen „Gesund zu Hause altern“ zu gehen. Dabei sollte auch die Brücke in Richtung Oldenburg geschlagen werden, um auch die dort vorhandenen Stärken zum Thema AAL für Bremen nutzbar zu machen. Die mit dem Verein Gesundheitswirtschaft Nordwest e.V. etablierten Strukturen in dieser Region sollten dafür genutzt werden.

5. Zusammenfassung

Bremen nimmt als Oberzentrum eine wichtige Funktion für das niedersächsische Umland ein. Im Gegensatz zu vielen anderen Regionen wird es auch in Zukunft wohl insgesamt nicht mit einem Bevölkerungsrückgang konfrontiert. Die Alterung der Gesellschaft und die überdurchschnittliche Zunahme der Hochaltrigen – besonders in der männlichen Bevölkerung – wird die Nachfrage nach Dienstleistungen für das Leben im Alter weiter erhöhen und zunehmend verändern. Bereits heute arbeiten in der Gesundheitswirtschaft

48.300 Menschen, davon der überwiegende Anteil im klassischen Gesundheitswesen sowie in der Altenhilfe. Die Krankenhäuser sind hierbei überdurchschnittlich bedeutsam. Die wirtschaftliche Entwicklung ist in den letzten Jahren positiv, bleibt jedoch hinter der deutschlandweiten Entwicklung zurück. Für 2008 kann ein Umsatz von etwa 2,4 Mrd. Euro geschätzt werden. Die Beschäftigungsentwicklung verlief im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung deutlich günstiger, auch wenn das Niveau zwischen 2003 und 2007 in etwa gleich blieb. Seit 2008 ist wieder eine positive Entwicklung erkennbar.

Auch in Zukunft ist damit zu rechnen, dass die personenbezogenen Dienstleistungen aufgrund des sozio-demografischen Wandels, besonders im Bereich der Altenhilfe weiter an Bedeutung gewinnen werden. In der Analyse und den Handlungsempfehlungen wurde deutlich, dass das Thema „Alter erleben in Bremen“ sich wie ein roter Faden durch die Handlungsfelder zieht. Ursächlich hierfür ist nicht nur die alternde Gesellschaft, sondern vielmehr die bundesweit bekannten und herausragenden Kompetenzen in diesem Bereich auf Seiten der Forschung, bei kommunalen, frei-gemeinnützigen sowie privaten Gesundheitseinrichtungen und bei privaten Unternehmen aus den Vorleistungs- und Zulieferbereichen. Damit deckt Bremen einen Großteil der Wertschöpfungskette in diesem Bereich ab. Ein weiterer Vorteil ist darin zu sehen, dass Bremen sich auch institutionell bereits frühzeitig sehr gut aufgestellt hat. Mit der Etablierung der ressortübergreifenden Arbeitsgruppe und der Einbindung der Wirtschaftsförderung als koordinierende Stelle sind nicht nur alle wichtigen Ressorts von Seiten der Politik involviert und Verantwortlichkeiten definiert. Mit der Etablierung des Vereins Gesundheitswirtschaft Nordwest e.V. in diesem Jahr haben sich nun auch mehr als 40 Einrichtungen über Wissenschaft, Kostenträger, Apotheken, Krankenhäuser, Softwarehersteller usw. zusammengefunden, um die Gesundheitswirtschaft in der Metropolregion Bremen-Oldenburg aktiv weiter zu entwickeln. Neben der Koordination nach innen ist es Bremen auch gelungen, sich durch die Einbindung in den NDGR e.V. sowie durch herausragende Veranstaltungen nach außen überregional in Sachen Gesundheitswirtschaft zu vermarkten. Mit den vorhandenen Strukturen und klaren Verantwortlichkeiten stehen somit viele engagierte Akteure der Bremer Gesundheitslandschaft parat, die Gesundheitswirtschaft nachhaltig weiterzuentwickeln.

Bremen hat das Thema „Altern erleben in Bremen“ bereits seit langem als Leitthema aufgegriffen. Es sollte auch seine weiteren Aktivitäten im Bereich der Gesundheitswirtschaft unter diesem Leitbild für Bremen bündeln und strategisch danach ausrichten:

1. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich hat Bremen nicht nur eine ausreichend hohe, sondern auch eine qualitativ hochwertige Versorgung. Bremen übernimmt dabei aber auch die Gesundheitsversorgung von Teilen des Umlandes, was z.B. durch eine positive Nettoimportquote bei den Krankenhausfällen deutlich

wird. Eine verstärkte Kooperation mit dem Umland könnte durch die Nutzung von Telemedizin, z.B. durch die Ansiedlung eines Zentrums für angewandte Medizin sinnvoll sein. Dies stärkt nicht nur Bremens Position in der umliegenden Versorgungslandschaft, sondern kann auch durch eine stärkere Patientenorientierung in einer alternden Gesellschaft den Betroffenen mehr Lebensqualität bringen. Zudem gibt es auch Hoffnungen, durch Prozessoptimierung die Versorgungseffizienz zu steigern.

2. Für eine aus Patientensicht nahtlose Versorgung sollte Bremen seine Bemühungen weiter in Richtung patientenorientierte und integrierte Versorgung ausdehnen. Erste Modellversuche sind in anderen Regionen bereits erfolgreich gestartet. Bremen könnte sich deutschlandweit als erste größere Region mit integrierten Versorgungsstrukturen etablieren. Für einen ersten indikationsspezifischen Aufschlag bietet sich die psychiatrische Versorgung an, denn psychische Erkrankungen nehmen an Bedeutung zu. Die Herausforderung dabei wird sein, alle Akteure frühzeitig in diesen Prozess miteinzubinden.
3. Bremen hat sich seit Jahren das Themenfeld "Gesund Zuhause Altern" auf die Fahnen geschrieben und hat mit seinem quartiersbezogenen Ansatz für ein besseres Leben im Alter bundesweit Maßstäbe gesetzt. Um diese hervorragenden Voraussetzungen noch weiter zu profilieren, sollte Bremen seine Kompetenzen besser bündeln. Erfolgreiche Modellprojekte laufen sowohl von Seiten der privaten als auch von Seiten freigemeinnütziger Anbieter. Diese Modelle sollten besser integriert werden. Darüber hinaus sollte der Bereich der quartiersbezogenen personenbezogenen (Pflege-)Dienstleistungen mit den vorhandenen technischen Kompetenzen - insbesondere auf Seiten der Forschung (aber auch Erprobung) - im Bereich des Ambient Assisted Living verknüpft werden. Mit der Verbindung dieser beiden Leuchttürme hat Bremen die Chance, sich weiter nach innen und außen mit dem Thema zu profilieren.
4. Bremen kann mit der MEVIS AG, Bruker Daltonik GmbH, Thermo Fisher Scientific GmbH oder aber im Bereich des Zahntechnikerhandwerks mit der BEGO GmbH & Co KG sowie zahlreichen Softwarefirmen mit Gesundheitsbezug auf zum Teil weltweit agierende Unternehmen verweisen. In Zukunft sollte auch darauf geachtet werden, den Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis noch weiter auszubauen. Mit dem Life Science Verband und dem Life Science Forum wurde dafür ein wichtiger Schritt in Richtung Vernetzung und Transparenz geleistet. Darüber hinaus bietet es sich in Bremen als wichtiger Standort der Ernährungsindustrie an, Verknüpfungen zwischen LifeScience, Gesundheit und Ernährung weiter ausfindig zu machen und zu verstärken.
5. Die gesundheitswissenschaftliche Forschung Bremens ist nicht nur deutschlandweit sondern international bekannt. Mit den Universitäten und Hochschulen sowie dem

BIPS, dem ZeS, dem IPP u.a. auf Seiten der Epidemiologie und Präventionsforschung, der Versorgungsforschung, Gesundheitssystemforschung, Public Health und Pflegeforschung sowie dem Fraunhofer MEVIS und dem DFKI u.a. im Bereich der Softwareentwicklung für die bildgebende Diagnostik und Therapieunterstützung sowie die künstliche Intelligenz ist es in Bremen gelungen, nicht nur herausragende Grundlagenforschung zu etablieren, sondern diese Erkenntnisse auch in Teilen in die Praxis zu transferieren. Während dies bei einigen Bereichen, wie z.B. bei Fraunhofer MEVIS und der MEVIS AG oder auch dem BIPS hervorragend gelungen ist, sollte der Praxistransfer noch weiter in den Blickpunkt genommen und ausgebaut werden. Für die Entwicklung, Erprobung und Umsetzung eines innovationsorientierten Versorgungsdesigns sollte die Bremer Forschungslandschaft ihre Expertise nutzbar machen und diese wissenschaftlich begleiten. Im Sinne einer Innovationsstraße könnten die Forschungseinrichtungen ihre Expertise nutzen, um z.B. im Bereich Haushalt als Gesundheitsstandort einen „Idealtypus“ einer Innovationsstraße - also von der Entwicklung über die Erprobung bis zur Umsetzung - zu entwickeln. Dieser sollte dann genutzt werden, um mögliche Innovationshemmnisse aufzuspüren und diesen frühzeitig entgegenzuwirken.

6. Bremen bietet mit seinen Universitäten und Hochschulen eine außergewöhnlich gute Qualifikationslandschaft auf. Die bundesweiten Trends über die Diskussion von neuen Berufsbildern, einer neuen Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflege und der Nachwuchssicherung werden in Bremen nicht nur aufgegriffen, sondern es wird gemeinsam nach Lösungen gesucht. Mit vielen der in Bremen erprobten Modelle, z.B. zu einer integrierten Pflegeausbildung, ist Bremen bundesweit Vorreiter. Dies gilt sowohl für den Bereich der Qualifizierung als auch für den Bereich der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Mit seinen hervorragenden Kompetenzen sollte Bremen sich in Zukunft auf die Entwicklung einer neuen Arbeitsteilung im Gesundheitswesen und den sich daraus ergebenden Bildungsbedarf und die Schaffung entsprechender Bildungsangebote konzentrieren. Aufgrund der sich ändernden Versorgungsstrukturen wird es zu einer Anpassung von bestehenden Berufsbildern, aber auch zu neuen Bedarfen kommen. Mit der Einrichtung einer Professur für Pflegeinformatik würden nicht nur die neuen technischen Anforderungen im Pflegebereich erforscht und gelehrt werden, dieser Schwerpunkt passt auch hervorragend in die Bremer Unternehmenslandschaft und würde somit eine wichtige Brücke in Richtung Nachwuchssicherung und Fachkräfterekrutierung für ansässige Unternehmen bieten. Bremen ist mit seinen Forschungs- und Qualifizierungskapazitäten prädestiniert, sich hier bundesweit einen Namen zu machen und weiter zu profilieren. Dabei wird es darauf ankommen, sich für neue Zielgruppen zu öffnen und durchlässige Zugänge zu schaffen, so dass die Angebote

berufsbegleitend wahrgenommen oder auch von Quereinsteigern genutzt werden können.

6. Literatur

Abendblatt vom 18. Januar 2010: „Roboterarm hilft Gelähmten im Alltag“.

Ärzte Zeitung (2010): Bremer Kliniken sehen die Entwicklung der Arztzahlen mit großer Sorge. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/597823/bremer-kliniken-sehen-entwicklung-arztzahlen-grosser-sorge.html.

Backhaus, C. (2009): Branche mit Zukunft. In: Wirtschaft in Bremen, 12/2009.

BASYS / BAW / NIW (2003): Die regionalwirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen. Studie für den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen.

Bertelsmann Stiftung (2006): Handlungsempfehlungen des Beirates "Leben und Wohnen im Alter" der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Bioregio STERN Management GmbH / Capgemini Deutschland GmbH (Hrsg.) (o.J.): Synergien entdecken und realisieren: Kooperationen zwischen Biotechnologie- und Medizintechnikunternehmen. Stuttgart.

Biotechnologie.de (2010): Eine Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung: Die deutsche Biotech-Branche 2010. Berlin.

Braun, B. / Larisch, J. (2009): Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen. Im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen. Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremens. Bremen.

Bremer Investitionsgesellschaft (2008): Zukunftsstrategie-Gesundheitswirtschaft; Bremen: www.bigbremen.de/sixcms/media.php/120/Zukunftsstrategie_Gesundheitswirtschaft.pdf.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2010): Ideen. Innovation. Wachstum. Hightech-Strategie 2020 für Deutschland. Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2008): Bundesbericht Forschung und Innovation 2008. Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2007): Aktionsplan Medizintechnik 2007-2008 – Bestandteil der Hightech-Strategie der Bundesregierung. Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2005): BioRegionen in Deutschland. Starke Impulse für die nationale Technologieentwicklung. Berlin.

- Capgemini (2004): Medizintechnik – Potentiale im Land Bremen. Bericht an die BIA Bremer Innovationsagentur GmbH. Capgemini Deutschland GmbH.
- Clustermanagement Ernährungswirtschaft in der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten (CEMBO) (Hrsg.). (o.J.): Herausforderungen der Ernährungsbranche. Ergebnisbericht zur Vorbereitung des Clustermanagements Ernährungswirtschaft in der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten.
- Dahlbeck, E. / Evans, M. / Potratz, W. (2009): Gesundheitswirtschaft als Triebfeder regionaler Strukturpolitik. In: Hilbert, Josef / Goldschmidt, Andreas J. W. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, S. 716-728.
- Ernst&Young (2009): Gesundheitsbarometer 2009. Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland.
- Fankhänel, S. (2008): Nutri-Senex - Bessere Ernährung für Senioren in Europa. In: „Ernährung“ 2008/2:137–139. Springer Gesundheits- und Pharmazieverlag.
- Freie Hansestadt Bremen (2010): Ältere werden in Bremen. Ein Wegweiser nicht nur für ältere Menschen. 2010/2011 in Kooperation mit der Seniorenvertretung und dem Seniorenbüro Bremen.
- Fretschner, R. / Hesecker, H. / Hilbert, J. / Pientka, L. (2006): Ernährung im Alter: wirtschaftliche, ernährungswissenschaftliche und medizinisch-geriatriische Aspekte einer gesunden Ernährung im Alter, Studie im Auftrag des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW. Düsseldorf, Gelsenkirchen.
- Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (2002): Studie 50plus – Mehr als nur eine Generation. Fakten, Einstellungen, Trends, Nürnberg.
- Gesundheitswirtschaft.info (2005): Die Gesundheitswirtschaft in Bremen. Gesundheitswirtschaft.info 10/2005.
- Görres, S. / Bomball, J. / Schwanke, A. et al. (2010): Imagekampagne der Pflegeberufe auf der Grundlage empirische gesicherter Daten – Einstellung von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Projektbericht im Auftrag des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege. Bremen.
- Görres, S. / Krippner, A. / Stöver, M. / Bohns, S. (2005): Pflegeausbildung von morgen - Zukunftslösungen heute: Das Modellprojekt Integrierte Pflegeausbildung in Bremen im Diskurs - wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen. Lage: Verlag Hans Jabobs.

- Güse, H.-G. / Meurer, P. / Stenke, G. (2006): Identifizierung regionaler Innovationspotenziale der Gesundheitswirtschaft. BAW.kompakt 6/2006. Bremen.
- Güse, H.-G. / Meurer, P. / Stenke, G. (2005): Identifizierung von Versorgungsleuchttürmen mit besonderen gesundheitswirtschaftlichen Potential. Gutachten im Auftrag der Bremer Innovations-Agentur GmbH. Bremen: BAW Institut für regionale Wirtschaftsforschung / Güse mediConsult GmbH.
- Hasselhorn, H.-M. / Müller, B.H. / Tackenberg, P. / Kümmerling, A. / Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsaussieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund / Berlin / Dresden: Wirtschaftsverlag N. W. Verlag für neue Wissenschaft.
- Hesse, K. / Hoffmann, C. / Thiele, S. (2002). Änderungen der Struktur der Nachfrage nach Nahrungs- und Genußmitteln privater Haushalte und deren Bedeutung für die Ernährungs- und Agrarwirtschaft Schleswig-Holsteins. Institut für Ernährungswirtschaft und Verbrauchslehre der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Forschungsbericht im Auftrag der Stiftung Schleswig-Holsteinische Landschaft.
- Hildebrand, H. / Richer-Reichhelm, M. / Trojan, A. et al. (2009): Die hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf von Systemlösungen. In: Sozialer Fortschritt 7/2009. Köln.
- Institut Danone Ernährung für Gesundheit e.V. (Hrsg.) (2007): Entzündung – und kein Ende? Einfluss von Ernährung und Lebensstil auf Entstehung und Verlauf chronischer Erkrankungen. Tagungsdokumentation des neunten Journalistenworkshops am 28/ 29. Juni 2007 in Basel.
- Ipp (2009): Ipp info 08. Alter, Wohnen und Technik. Institut für Public Health und Pflegeforschung. Universität Bremen.
- Isfort, M. / Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation in der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln.
- Katzer, D. (2010): Regionalbudgets – Patentrezepte zur Überwindung sektoraler Abgrenzung? Folienvortrag im Rahmen der Veranstaltung „Vernetzte Gesundheit“ am 19./20. Januar in Kiel.
- Kopetsch, T. (2007): Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung: Daten, Fakten, Trends. 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Foliensatz.

- Menrad, K. (2003): Die Zukunft von Functional Food aus der Perspektive der Wissenschaft, Abstract. o.O.
- Netzwerk Soziales Neu Gestalten (2009): Lebensräume zum Älterwerden – Für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerkes: Soziales Neu Gestalten (SONG). Gütersloh.
- Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft Arbeit und Verkehr (2009): Projektbüro „eHealth.Niedersachsen“: eHealth.Niedersachsen. Hannover.
- Nüssler, N. C. / Schmidt-Schönthal, C. / Nüssler, A. K. / Langrehr, J. M. / Kaiser, U. / Neuhaus, P. / Lohmann, R. (2006): Mehr Wiederaufnahmen nach Krankenhausentlassung am Freitag. In: Deutsches Ärzteblatt 103(14): A 927–32.
- Platzköster, C. / Zimolong, A. (2008): inap – Innovative Arbeitszeitmodelle für Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht. GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Düsseldorf.
- Porter, Michael E. (1990): The Competitive Advantage of Nations. New York.
- Rammer, C. / Köhler, C. / Niggemann, H. (2008): Innovationsbericht 2008. Innovationsverhalten der Unternehmen in der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten. Studie im Auftrag des Senators für Wirtschaft und Häfen der Freien Hansestadt Bremen und der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten e.V. Mannheim: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW).
- Richter, F. (2010): Bericht der Wirtschaftsförderung Bremen GmbH 2009. Bremen.
- Rudolph, W. / Wassermann, W. (2003): Das Zahntechnikerhandwerk zwischen Gesundheitspolitik und Markt. Problemstudie zur Entwicklung einer Branche des Gesundheitshandwerks im Auftrag des Rationalisierungs- und Innovationszentrums der Deutschen Wirtschaft und der Hans-Böckler-Stiftung, Eschborn, Düsseldorf.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens (2009): Kooperation und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache 16/6339.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen (2010a): Landes-Psychiatrieplan Bremen 2010.

- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen (2010b): Mitteilung des Senats an die Bremische Bürgerschaft vom 20. April 2010: Fachkräftemangel in der Altenhilfe in Bremen und Bremerhaven. Große Anfrage der Fraktion der CDU. Bremen
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen (2010c): Föderalisierung des Heimrechts. Entwurf für eine bremische Nachfolgeregelung zum bestehenden Heimgesetz „Gesetz zur Sicherstellung der Rechte von Menschen mit Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsbedarf in unterstützenden Wohnformen“ (Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz, BremWoBeG). Bremen.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen (2009a): Bericht – Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven 2009. Bremen.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen (2009b): Krankenhäuser im Land Bremen. Verzeichnis und Wegweiser. Bremen.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen (2008a): Bremer Krankenhäuser im „Dreistromland“. Patientenströme aus dem Ems-Weser-Elbe-Gebiet in die Krankenhäuser des Landes Bremen. Daten und Analysen für die Jahre 2004-2006. Bremen.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen (2008b): Patientenwanderungen und Versorgungsindizes. Bundesländer im Vergleich 2001-2006. Bremen
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen (2007): Altenplan für die Stadtgemeinde Bremen. Bremen.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen (2006): Krankenhausplan des Landes Bremen 2006-2009. Bremen.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2003): Pflege; Berufe mitten im Leben. Bremen.
- Senatorin für Bildung und Wissenschaft (2009): Aktionsplan Medizintechnik. Erfassung von Förderaktivitäten der Bundesländer. Schreiben der Senatorin für Bildung und Wissenschaft Bremen vom 29.04.2009 an das Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bremen.

Senatorin für Bildung und Wissenschaft (2007): Wissenschaftsplan 2010. Bremen und Bremerhaven – Neufassung 2007. Bremen.

Senatorin für Bildung und Wissenschaft (2005): Gesundheitsforschung. Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten im Land Bremen. Bremen

Senatorin für Bildung und Wissenschaft in Bremen (2003): Wissenschaft im Land Bremen: Ein Streifzug. Bremen.

Senatorin für Wirtschaft und Häfen des Landes Bremen (o.J.): Strukturkonzept Land Bremen 2015. Bremen.

Siegel, A. / Stöbel, U. / Geßner, R. (2009): Kooperation und Wettbewerb im integrierten Versorgungssystem „Gesundes Kinzigtal“. In: Amelung, V. / Sydow, J. / Windeler, A. (Hg.) (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Kohlhammer. Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2009): Grunddaten der Krankenhäuser 2008. Wiesbaden.

Statistisches Landesamt Bremen (2009): Statistisches Jahrbuch 2009. Bremen.

Terstriep, Judith (2008): Cluster Management - Status Quo & Perspektiven. In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2007, S. 60-70.

Verband der Life Sciences-Unternehmen des Landes Bremen (O.J): Life Sciences Bremen. Bremen.

Weser Kurier (2010): Bremen soll Pilotprojekt werden. <http://www.weserku-rier.de/Artikel/Bremen/Wirtschaft/201096/Geplant+ist+eine+Modellstadt++fuer+Gesundheit.html>

Weserreport vom 30.05.2010. „Sicher und gut versorgt im eigenen Zuhause“.

Zentralverband der Augenoptiker (2009): Branchenbericht 2008. April 2009.