AktivRegion SCHLEI-OSTSEE

Konzept zum Ausbau des Gesundheitsstandortes Schleswig und der Region Schlei-Ostsee

Gutachten vorgelegt von

Prof. Dr. Roland Trill, Fachhochschule Flensburg

"Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts."

Arthur Schopenhauer (1788 - 1860)

ZUKUNFTSprogramm Ländlicher Raum
Investition in Ihre Zukunft

LEADER

Gefördert mit Mitteln der Europäischen Union im Rahmen von ELER

Oktober 2012

Vorwort

Dem Verfasser ist während der Recherchen bewusst geworden, dass er mit den Ergebnissen nicht alle Leser wird zufrieden stellen können. Zu groß waren die Differenzen bezüglich der Einschätzung der Potenziale der Region. Bereits bei der Wahrnehmung des Ist-Zustandes waren wesentliche Unterschiede zu vermerken. Dieses Gutachten stellt den Versuch dar, die Thematik objektiv und unter Einbeziehung externer Quellen nachvollziehbar aufbereiten zu wollen.

Der Autor sieht diese Ausarbeitung als Chance für die untersuchte Region, vielleicht hinsichtlich einer Neuorientierung sogar als eine der letzten. Er wünscht sich eine offene und vorurteilsfreie Diskussion. Sie ist notwendig, da Sachverhalte unterschiedlich gewürdigt und bewertet werden können.

An dieser Stelle soll allen gedankt werden, die sich für die Gespräche Zeit genommen haben. Ohne diese Gespräche hätte der Verfasser kein zutreffendes Bild erhalten können.

Der Autor hat bei der Ausformulierung darauf verzichtet, Gesprächsteilnehmer mit wörtlichen Zitaten anzuführen. Dies stärkt den Vertrauensschutz der Befragten.

Zur besseren Lesbarkeit des Gutachtens möchte ich abschließend folgende Hinweise geben:

- Die Quellen werden jeweils als Fußnoten in ausführlicher Art und Weise aufgeführt. Ein Suchen in einem Quellenverzeichnis wird dadurch überflüssig.
- Auf die weiblichen Formen wird nur aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

Flensburg, den 20.10.2012

Prof. Dr. Roland Trill

Management-Summary

Die Region hat Potenzial, sich zu einem gesundheitstouristischen Standort zu entwickeln – sie ist es noch nicht! Die Ausgangsposition ist im Vergleich mit anderen Regionen ungünstiger, da wesentliche Erfolgsfaktoren erst entwickelt werden müssen. Hierzu zählen die Spezialisierung (möglichst die Herausarbeitung von Alleinstellungsmerkmalen), die Vernetzung von touristischen und Gesundheits-dienstleistern sowie die intra- und interkommunale Kommunikation.

Da die Gesundheitsdienstleister der Akutversorgung wenig bis gar kein Interesse an diesem Segment gezeigt haben, verbleiben der Region die Angebotsbereiche:

- Wohlfühl-Tourismus (nur etwas „mehr“ Koordination als heute notwendig)
- Wellness- und (Primär-)Präventions-Tourismus (Ausgestaltung der Region als Zentrum der Alternativmedizin und angrenzender Bereiche (Spiritualismus; Mystizismus).

Durch die aktive (geplante) Verknüpfung von

- Gesundheit
- Tourismus
- Natur und
- Technologie

lassen sich Angebote erarbeiten, die tragfähig sein sollten. Eine besondere Rolle bezüglich der Gesamtsicht der Region wird die Stadt Schleswig spielen. Sie wird als wenig attraktiv bewertet.

Der Aufbau dieser Angebote wird bis zu drei Jahren Zeit benötigen. Jetzt müssen die Entscheidungen getroffen werden, und zwar in Form eines tragfähigen Gesamtkonsenses aller Gruppen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aktivregion Schlei-Ostsee 10
Abbildung 2: Übersicht über den Gesundheitsmarkt 11
Abbildung 3: Aufteilung des Gesundheitstourismus 15
Abbildung 4: Angebotsfelder des Gesundheitstourismus 16
Abbildung 5: „Kurorte“ in Schleswig-Holstein 18
Abbildung 6: Erwartungen an einen Medical-Wellness-Urlaub 23
Abbildung 7: Gegenüberstellung Medical Wellness und Kur 24
Abbildung 8: Altersaufbau 2030 32
Abbildung 9: Verbreitung des betrieblichen Gesundheitsmanagements 41
Abbildung 10: Erwarteter Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis 2030 . 42
Abbildung 11: Anpassungsprozesse im Gesundheitsmarkt 43
Abbildung 12: Anzahl chronischer Erkrankungen 50
Abbildung 13: Interessenten an Urlaubsformen 59
Abbildung 14: Wachstumspotenziale 59
Abbildung 15: Angebotssparten im neuen Gesundheitstourismus 61
Abbildung 16: Treiber des neuen Gesundheitstourismus 62
Abbildung 17: Gesundheitstouristische Interessenspotenziale 63
Abbildung 18: Entwicklung des Wellness-Marktes 64
Abbildung 19: Erwartete Marktentwicklung 65
Abbildung 20: Erwartete Entwicklungsrichtungen 66
Abbildung 21: Behandlungsbezogene Anwendungen 70
Abbildung 22: Telemedizinische Anwendungen im „engeren Sinne“ 71
Abbildung 23: Grundmodell einer SWOT-Analyse 81
Abbildung 24: Globale Entwicklung des Gesundheitstourismus 87
Abbildung 25: Schritt für Schritt zum Vermarktungskonzept 92
Abbildung 26: Kernelemente aktiver Marketingmaßnahmen 93
Abbildung 27Abb.: ABC-Analyse: Sales Pipeline 93
Abbildung 28: Segmente des Gesundheitstourismus 95
Abbildung 29: Kundenerwartungen an Urlaubsprodukten 96
Abbildung 30: Angebotssegmente eines Gesundheitstourismus in der Region 99
Abbildung 31:Gesundheitstourismus heute und morgen 107
Abbildung 32: Handlungsfelder einer erfolgreichen Positionierung
im Gesundheitstourismus 108

Inhaltsverzeichnis

1. Auftrag 7

2. Vorgehen 10

3. Begriffserläuterungen 11

3.1 Gesundheitsmarkt 11

3.2 Gesundheitstourismus 14

3.2.1 Erscheinungsformen 14

3.2.2 Zielgruppen 25

3.3.3 Die Rolle der Kostenträger 27

3.3 Gesundheitsstandort 28

4. Trends 31

4.1 Trends im Gesundheitswesen 31

4.1.1 Demographischer Wandel 31

4.1.2 Arbeitskräftemangel 34

4.1.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement 37

4.1.4 Gesundheitswesen/Gesundheitsmarkt 2020 42

4.2 Trends bei den Erkrankungen 49

4.3 Trends beim Gesundheitstourismus 58

4.4. Trends bei Technologien 67

5. Gesundheitsversorgung im Zielgebiet 75

5.1 Überregional 75

5.2 Für die Bevölkerung der Region 76

5.2.1 Stationär 76

5.2.2 Ambulant 79

6. SWOT-Analyse 80

6.1 SWOT-Analyse als Methode 80

6.2 SWOT für den Gesundheitstourismus in der Untersuchungsregion 81

6.3 Einzelaspekte 89

7. Geschäftsfelder 90

7.1 Gesamtbetrachtung 90

7.2. Spezifische Empfehlungen 94

8. Handlungsfelder 98

8.1 Erfolgsfaktoren 98

8.2 Signale 100

8.3 Netzwerke 101

8.4 Treiber 104

8.5 Zusammenfassung 106

Anlagen

1. Auftrag

Mit Schreiben vom 22 Februar 2012 erhielt der Unterzeichner den Auftrag, ein „Konzept zum Ausbau des Gesundheitsstandortes Schleswig und der Region Schlei-Ostsee „ vorzulegen. Ziel dieses Konzeptes soll es sein, die Potenziale der beschriebenen Regionen hinsichtlich gesundheitswirtschaftlicher Aktivitäten zu erfassen und zu bewerten. Besonderer Wert wird auf die Feststellung gelegt, in wie weit der Gesundheitstourismus zur nachhaltigen Stärkung der Region schon heute beiträgt bzw. in der Zukunft beitragen kann.

Auf Grund einer Stärken-Schwächen/Chancen und Risikoanalyse (SWOT) sollen gegebenenfalls Geschäftsfelder identifiziert werden und in ein Gesamtkonzept überführt werden. Hinsichtlich der Chancen und Risiken sind die in deutschen Gesundheitswesen zu erwartenden Trends zu beschreiben und den Stärken und Schwächen der Region gegenüber zu stellen.

Die Ausarbeitung erfolgt ergebnisoffen! Auftraggeber und Auftragnehmer waren sich darin einig, dass gegebenenfalls auch eine negative Empfehlung am Ende der Analyse stehen könnte.

Am Beginn des inhaltlichen Teils stehen Begriffserläuterungen hinsichtlich der Begriffe Gesundheitsmarkt, Gesundheitstourismus und Gesundheitsstandort. Insbesondere das gemeinsame Verständnis des letztgenannten Begriffs ist fundamental für den weiteren Fortgang dieser Ausarbeitung. Das Verständnis des Begriffs „Gesundheitsstandort“ war bei den Gesprächsteilnehmern oft diffus. Hier wird er verstanden als

„**eine Stadt/eine Region, deren gesundheitliches Angebot überregional (>50km) Beachtung und Nachfrage findet sowie zu einer zusätzlichen erheblichen Wertschöpfung in der Stadt/Region führt**.“

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Distanz von 50 km eine Festlegung des Autors darstellt.

Es folgt die Entwicklung eines Szenarios, wobei diesem die Trends im Gesundheitswesen (strukturell, prozessual), Trends hinsichtlich der veränderten Indikationen (Veränderung von Krankheitsbildern), Trends beim Gesundheits-tourismus sowie technologische Trends insbesondere in Bezug auf die Verbreitung von eHealth-Technologien in der nahen Zukunft zugrunde liegen.

Hinsichtlich der vorgenommenen Abgrenzung eines Gesundheitsstandortes wird das Angebot im Zielgebiet (Stadt Schleswig/Region Schlei-Ostsee) analysiert, wobei die Versorgung der Bevölkerung im Zielgebiet nur eine untergeordnete Rolle einnehmen wird.

Es folgt eine SWOT-Analyse, die als Grundlage dafür dienen wird potenzielle Geschäftsfelder zu identifizieren und zu beschreiben.

Bevor konzeptionelle Vorschläge abgeleitet werden können, erfolgt zunächst Sammlung von Anforderungen, die neue Angebote erfüllen müssen, wollen sie Erfolg haben. Es handelt es sich in erster Linie um die Kriterien, die bei der Ausarbeitung von Geschäftsmodellen Relevanz haben. Hierbei wird der Gesundheitstourismus noch einmal gesondert betrachtet, da er seitens der Auftraggeber im besonderen Fokus steht.

Am Schluss werden Empfehlungen für aus Sicht des Autors notwendige Handlungsfelder zusammengestellt.

Als Anlagen sind dieser Stellungnahme weitere Informationen zu der behandelten Thematik beigefügt, die zum vertiefenden Studium empfohlen werden können.

Aussagen zu rein touristischen Komponenten erfolgen nur dort, wo sie in einem inhaltlichen Kontext zum Gesundheitstourismus stehen. Es handelt sich nicht um eine Ausarbeitung zum Tourismus der untersuchten Region!

Am Anfang dieser Stellungnahme steht eine Management Summary, in der die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst werden.

Diesem Auftrag vorausgegangen sind jahrelange Diskussionen (der Verfasser kann sie bis ins Jahr 2008 zurückverfolgen), in wie weit man den Gesundheitstourismus in der untersuchten Region stärken kann. Auf dieses Ziel waren lokalpolitische Aktivitäten ausgerichtet, die sich u. a. im Rahmen der Aktivregion Schlei-Ostsee niedergeschlagen haben. Von Bedeutung für den Diskussionsprozess war auch eine Bürgerinitiative in Schleswig (Zukunftswerkstatt,) die dafür Sorge getragen hat, dass dieses Thema über Jahre auf der Agenda blieb.

Dieser Diskussionsprozess muss als eher unstrukturiert und sehr interessens-gesteuert bezeichnet werden. Es verwundert nicht, dass die unterschiedlichen Auffassungen nicht zu einer Deckung gebracht werden konnten. Dieses Gutachten ist nun ein Versuch (der letzte?), diese Diskussion zu objektivieren und zu einem Ende zu führen.

Wie der Titel dieser Stellungnahme deutlich macht, stehen im Fokus die Stadt Schleswig sowie die Region Schlei-Ostsee. Diese beiden Regionen sind Bestandteil der Aktivregion, zu der daneben noch das Amt Haddeby, das Amt Südangeln, das Amt Süderbrarup, das Amt Kappeln-Land, das Amt Geltinger Bucht sowie die Stadt Kappeln gehören. Insgesamt erstreckt sich diese Aktivregion über 982qm und zählt fast 99.000 Einwohner.

Die nachstehende Abbildung zeigt die gesamte Aktivregion. Wenn diese Ausarbeitung sich auch nur auf die beiden beschriebenen räumlichen Bereiche bezieht, so sind die Aussagen durchaus auf die gesamte Aktivregion zu übertragen.

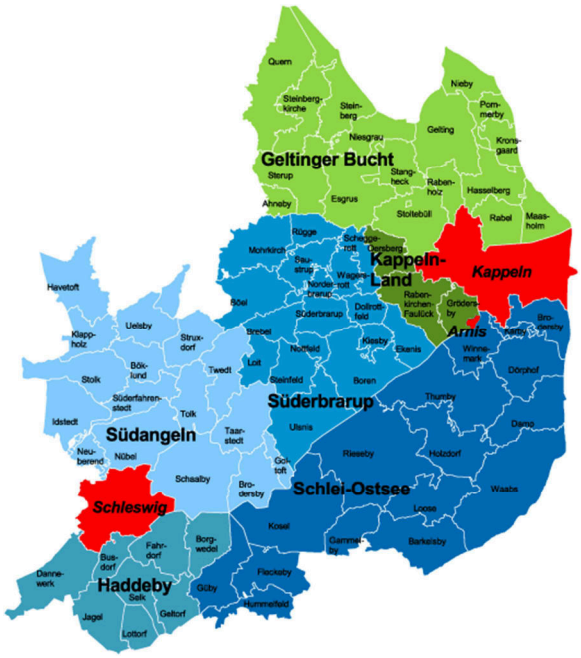


Abbildung 1: Aktivregion Schlei-Ostsee

2. Vorgehen

Dem vorliegenden Konzept liegen folgende Erfassungsinstrumente zu Grunde:

- Interviews mit Vertretern von Gesundheits-, gesundheitstouristischen sowie touristischen Leistungsanbietern im Untersuchungsfeld.
- Experteninterviews.
- Analyse der Webseiten und sonstiger Veröffentlichungen der genannten Anbieter in der untersuchten Region.
- Literatur- bzw. Internetrecherchen bezüglich der im Gesundheitswesen Deutschlands zu erwartenden Trends.

Insgesamt wurden im Zeitraum von April bis August 2012 35 Interviews geführt.

3. Begriffserläuterungen

3.1 Gesundheitsmarkt

Der Gesundheitsmarkt fasst alle Anbieter von und Nachfrager nach Gesundheitsleistungen zusammen. Konkreter wird diese Aussage durch die nachstehende Abbildung. [1]

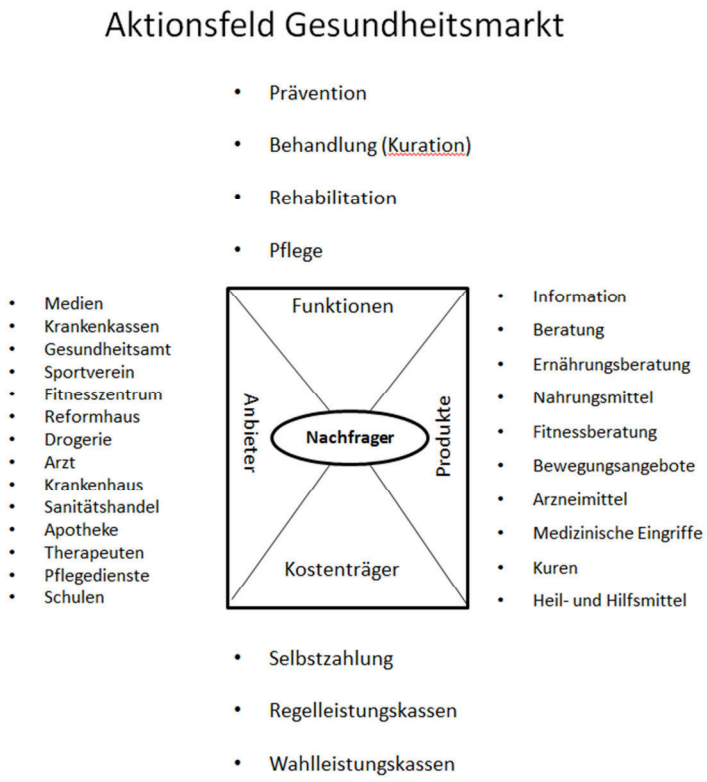


Abbildung 2: Übersicht über den Gesundheitsmarkt

Die angebotenen Sach- und Dienstleistungen werden nach der Art der Finanzierung in den Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt unterschieden:

Der Erste Gesundheitsmarkt

Der Erste Gesundheitsmarkt umfasst die so genannte Regelversorgung und beinhaltet die erstattungsfähigen Leistungen der medizinischen Behandlung

[1] Oberender, P., Hebborn, A., Zerth, J.: Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart 2002, S. 175.

sämtlicher Indikationen nach ICD-10. Diese werden durch die GKV und die PKV getragen.

Die traditionell gewachsenen und etablierten Versorgungs- und Vergütungsstrukturen bringen jedoch eine Reihe verschiedener (strukturbedingter) Probleme und Investitionshemmnisse mit sich.

Durch die duale Finanzierung der Krankenhäuser kommt es zu einer Trennung von Investitionen und laufendem Betrieb. Im Zusammenhang mit dem Investitionsstau der Länder resultieren mangelnde Anreize zur Übernahme des unternehmerischen Risikos im Bereich der stationären medizinischen Versorgung.

Darüber hinaus führt vor allem die sektorale Gliederung der Versorgung, insbesondere an den Schnittstellen der einzelnen Versorgungsbereiche, zu zum Teil erheblichen Effizienzverlusten und mitunter zu Versorgungsdefiziten. Durch unterschiedliche Rahmenbedingungen wird ein Wettbewerb zwischen dem ambulanten und stationären Sektor verhindert und führt innerhalb der Finanzierungsstrukturen zu Verzerrungen der ökonomischen Anreizstrukturen der beteiligten Akteure. Es entsteht die Gefahr der Orientierung an partikulären Einzelinteressen statt einer patientenorientierten Versorgung. Weiter ist die sektorale Gliederung hinderlich im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen, den anstehenden demografischen Herausforderungen sowie technologiegetriebenen Veränderungen, welche ein anderes Ausmaß an Koordination und Kommunikation benötigen und ermöglichen. Darüber hinaus wird die Einführung von Innovationen, wie z.B. dem Telemonitoring, verhindert, da sich hier die Verbesserungspotenziale insbesondere in der sektorübergreifenden Realisierung zeigen.

In den letzten Jahren wurden von dem Gesetzgeber besondere Versorgungsformen initiiert, welche als Innovationsoptionen gelten sollten. Die hiermit verbundenen Strukturveränderungen zielen im Wesentlichen darauf ab, den Effizienz- und Qualitätsverlusten zu begegnen, die aufgrund unzureichender Abstimmung und Koordination vor allem an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer

Versorgung, der Akutbehandlung und der Rehabilitation sowie der Pflege bestehen. Besondere Versorgungsformen sind: Modellvorhaben (§§ 63-56 SGB V), Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V), besondere ambulante Versorgung (§ 73c SGB V), strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f-g SGB V) sowie die Integrierte Versorgung (§ 140 a-d SGB V). Die Vergütung erfolgt überwiegend im Rahmen der Gesamtvergütung, jedoch zeichnet sich eine zunehmende Bedeutung ergebnis- bzw. erfolgsorientierter Vergütungsformen ab.

Der Zweite Gesundheitsmarkt

Der Zweite Gesundheitsmarkt umfasst gesundheitsbezogene Angebote, die vornehmlich privat finanziert werden. Es handelt sich um Produkte und Dienstleistungen rund um das Thema Gesundheit, wie z.B.: Wellness-Reisen und Fitness-Angebote.

Die möglichen Erlösstrukturen des Zweiten Gesundheitsmarktes lassen sich nach der Quelle des Erlösstroms (direkt, indirekt) sowie nach der Art der Erlöse (fix, variabel) unterteilen:

- Direkte Erlöse: der Empfänger der Leistung ist identisch mit demjenigen, der die Zahlungung leistet (Beispiel: Wellnessangebote)
- Indirekte Erlöse: eine erbrachte Leistung wird nicht direkt mit dem Empfänger derselben abgerechnet (Beispiel: Vermittlungsprovisionen seitens der Leistungserbringer an die Betreiber von Serviceagenturen im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen)
- Fixe Erlöse: nutzungsunabhängig, folglich nicht mit dem Ausmaß der Inanspruchnahme einer Leistung geknüpft (Beispiel: Flatrates, Pauschalen, Grundgebühren)
- Variable Erlöse: nutzungsabhängig, folglich erfolgt die Entgeltung nach der Anzahl vorgenommener Transaktionen (Beispiel: Mitgliedsbeiträge für Fitnesseinrichtung)

In der Praxis werden vielfach Produkte und Dienstleistungen an den Schnittstellen zwischen beiden Märkten angeboten. Folglich kommt es auch bei der Erlösgenerierung zu Mischformen. Beispiele wären: Zuzahlungs-, Premium-, Anspar- und Umlagenmodelle sowie die Selbstbeteiligung. [2]

Die Bedeutung des Gesundheitsmarktes auch hinsichtlich der Beschäftigung zeigt die nachstehende Tabelle.

Beschäftigte im Gesundheitswesen, u.a. nach Art der Beschäftigung und Berufen in 1.000:[3]

Berufe	Jahr (absteigend)										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Berufe im Gesundheitswesen insgesamt	4.115	4.180	4.274	4.358	4.390	4.420	4.463	4.540	4.632	4.738	4.829
Gesundheitsdienstberufe	2.233	2.272	2.315	2.398	2.442	2.474	2.509	2.572	2.623	2.700	2.751
soziale Berufe	258	279	294	308	318	332	347	378	391	420	431
Gesundheitshandwerker	139	140	139	144	144	140	139	139	140	143	146
sonstige Gesundheitsfachberufe	92	94	93	93	92	96	95	95	94	99	101
andere Berufe im Gesundheitswesen	1.393	1.395	1.433	1.415	1.394	1.378	1.373	1.356	1.384	1.375	1.400

Die Tabelle wurde am 14.08.2012 21:28 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

3.2 Gesundheitstourismus

3.2.1 Erscheinungsformen

„Gesundheitstourismus umfasst alle Aktivitäten von Personen, die zur Förderung/Erhaltung der Herstellung / Wiederherstellung ihres körperlichen, mentalen und / oder sozialen Wohlbefindens an Orte außerhalb ihres gewohnten Umfeldes reisen und sich dort länger aufhalten.“[4]

[2] Vgl. http://www.wiwiss.fu-berlin.de/institute/abv/gersch/ressourcen/E-Health/Gersch-Lindert-Schroeder_2010_Erloes-_und_Verguetungsmodelle_im_Gesundheitswesen.pdf

[3] http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=49070672&nummer=85&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=57511494

[4] http://www.qualitaet-im-gesundheitstourismus.de/fileadmin/images/ext/Projekt/Projektendbericht.pdf

Die folgende Abbildung zeigt die Einordnung des Gesundheitstourismus in andere Felder des Tourismus.[5]

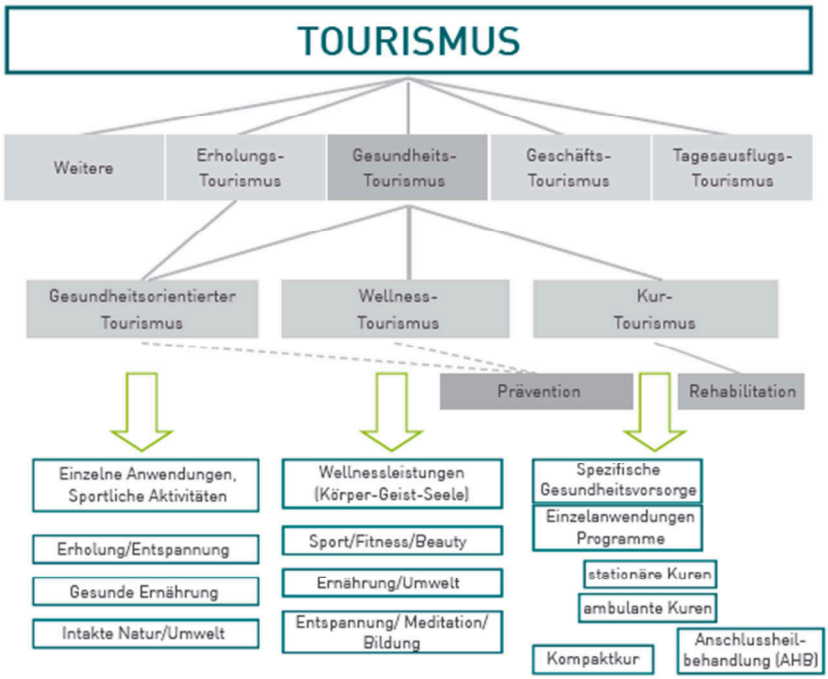


Abbildung 1: Aufteilung des Gesundheitstourismus, eigene Darstellung Prof. Ulrike Fergen, Baltic College, in Anlehnung an Nahrstedt, erweitert.

Abbildung 3: Aufteilung des Gesundheitstourismus

Die hohe Bedeutung dieses Zweigs des Tourismus wird durch die Aussage unterstützt, dass 36 % der Deutschen es im Urlaub als besonders wichtig empfinden, auch etwas für ihre Gesundheit zu tun.

Der Gesundheitstourismus wird dadurch charakterisiert, dass Gesundheitsanbieter und touristische Anbieter ein gemeinsames Angebot machen. Die Anwendungsbereiche sind sehr breit gefächert, wie die nachstehende Abbildung ausweist.

[5] ebenda

Abbildung 4**:** Angebotsfelder des Gesundheitstourismus

Die Ausprägungen sollten nun kurz hinsichtlich ihres Inhalts aufgeführt werden.

Kur

Die Kur, also eine Präventiv- bzw. Rehabilitationsmaßnahme, ist eine komplexe ärztlich geleitete Übungsbehandlung zur Vor- und Nachsorge und für geeignete chronische Krankheiten und Leiden. Eine kurative Behandlung (Kur) findet im Rahmen eines notwendigen individuellen, lebenslangen Gesundheitsprogramms statt und ist von mindestens drei Wochen Dauer. Der Begriff „Kur" wird nicht nur für die Angebote außerhalb des Systems der sozialgesetzlichen Leistungsträger benutzt, sondern auch als Oberbegriff und Synonym für das Geschehen am Kurort. Der Gesetzgeber hat den Begriff Kur deshalb durch „Präventivmaßnahme" bzw. „Rehabilitationsmaßnahme" ersetzt, beispielsweise im Bundesurlaubsgesetz.

Die gesetzlichen Grundlagen für eine Kur sind im Fünften Buch Sozialgesetzbuch für „medizinische Vorsorgeleistungen" in den Paragraphen § 23 und § 24 und für

„Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ in den Paragraphen § 40 und § 41 geregelt.

Kururlaub

Der Begriff „Kur” wird oft missverständlich oder falsch verwendet, z.B. als „Kururlaub”. Die Kur ist eine Gesundheitsmaßnahme, während der Urlaub Freizeit, Erleben und Erholen bedeutet. Die Kur erfordert aktive Mitarbeit, während ein Urlaub (Kururlaub) passiv erfolgt. Menschen, die eigenen Urlaub und eigene Finanzmittel für eine Kur einbringen, sind in besonderem Maße motiviert, aus diesem Einsatz ein Maximum an Gesundheit zu erhalten. Der Kururlaub existiert zwar im allgemeinen Sprachgebrauch, meint aber eigentlich den Wellnessurlaub. Bei diesem kann man sich entspannen. Bei einer Kur handelt es sich um eine Maßnahme, einen Gesundheitszustand wieder herzustellen. De facto ist der Kururlaub nicht existent, allerdings gibt es dem Begriff nach eine hohe Anbieterstruktur für den “klassischen Kururlaub”.

Die folgende Abbildung zeigt entsprechende Einrichtungen in Schleswig-Holstein.

Abbildung 5: „Kurorte“ in Schleswig-Holstein[6]

Ambulante Kur

Die ambulante Kur ist eine offene Badekur. Sie ist eine Maßnahme von mindestens dreiwöchiger Dauer, die nach der Gesundheitsreform alle drei Jahre gewährt und teilweise durch einen Kostenträger getragen wird. Der Gast kann Aufenthaltsort, Unterkunft und Reisezeit individuell wählen.

Da die Kassen durch die ambulanten Kuren im Vergleich zur stationären Kur Geld einsparen, ist es hier wesentlich einfacher eine Bewilligung zu bekommen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten des Badearztes sowie 90% der Kosten für die Kuranwendungen abzüglich eines Eigenanteils in Höhe von 10,00 €. Eine ambulante Vorsorgekur wird bei nachgewiesenen Risikofaktoren verordnet, wenn diese durch eine Kur beseitigt oder positiv beeinflusst werden können (z.B. bei Übergewicht,

[6] http://www.sh-gesundheit.de/fileadmin/downloads/Kurorte-SH.pdf

Bluthochdruck oder rezidiven Schmerzzuständen des Stütz- und Bewegungsapparates).

Medizinische Rehabilitation

bzw. medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation bedeutet im umfassenden Sinne, chronisch Kranken die Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erhalten oder wieder zu ermöglichen bzw. einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gesellschaft zu sichern. Dabei reicht es nicht aus, die Krankheitssymptome zu beseitigen, wenn deren Ursachen nicht geklärt und beseitigt werden. Im Heilbad wird der Mensch als Einheit aus Körper, Geist und Seele angesprochen.

Das Ziel der Eingliederung bzw. der Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft soll durch fachgerechte ambulante Vorsorge und medizinische Rehabilitation erfolgen, wie sie nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse gefordert und dem stationären Bereich der Kurorte auch bereits weitgehend gehandhabt werden.

Die medizinische Rehabilitation ist sozialmedizinisch von der früheren beruflichen Rehabilitation zu unterscheiden, die heute Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben heißt. Im deutschen Gesundheitswesen werden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation von der medizinischen Akutbehandlung unterschieden. Gesetzliche Grundlage für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist insbesondere § 26 SGB IX. Die medizinische Rehabilitation gehört auch zur sogenannten Anschlussheilbehandlung.

Gesundheitsurlaub

Beim Gesundheitsurlaub oder auch gesundheitsorientiertem Tourismus handelt es sich um einen stark durch gesundheitliche Beweggründe motivierten Aufenthalt, der seltener krankheitsmotiviert ist. Er gehört, nach der Anfang aufgeführten Definition, nicht zum Gesundheitstourismus im engeren Sinne.

Beim Gesundheitsurlaub wird ein hoher Anspruch auf Erlebnisqualität und Eventcharakter sowie auf medizinisch-therapeutische Kompetenz gelegt.
Der Kunde ist meist Selbstzahler und die Aufenthaltsdauer beim Gesundheitsurlaub ist variabel (sie liegt meist unter drei Wochen). Gesundheit und somit auch Gesundheitsurlaub wird als ganzheitliche Körperpflege verstanden, in der sowohl dem äußerlichen, als auch dem innerlichen Aspekt des Menschen Aufmerksamkeit geschenkt wird und zwar zumindest zeitweise unter professioneller, therapeutischer Anleitung.

Die Komponenten Erlebnis, Freizeitqualität, Genießen sowie das Teilhaben an „trendigen Aktivitäten" gehören ebenso dazu wie die Abgrenzung zum Leidensdruck des „Kranken". Im engeren Sinne zeichnet sich der Gesundheitstourist dadurch aus, dass sein Motiv beim Gesundheitsurlaub ganz überwiegend darin besteht, gesundheitsorientierte Aktivitäten zu unternehmen.

Wellness-Tourismus

Laut dem Oxford-Dictionary gehört das Wort Wellness seit spätestens 1654 zum englischen Sprachgebrauch und bezeichnet den Zustand guter Gesundheit, ganz im Gegensatz zu Illness, welche die Krankheit beschreibt. In seiner heutigen Bedeutung handelt es sich um ein Kunstwort, welches von dem amerikanischen Arzt und Autor Kenneth H. Cooper als Komposition aus den Begriffen „Well-Being" und „Fitness" abgeleitet worden ist. Seitdem der Begriff Wellness existiert, hat er an Bedeutung durch das ständig wachsende Bedürfnis nach Entspannung einerseits und Aktivitäten und Erlebnis andererseits zugenommen. Experten sind sich einig, dass es sich bei Wellness um einen ganzheitlichen Prozess handelt, der Körper, Seele und Geist umfasst. Wellness im engeren Sinne basiert auf einem klaren Verantwortungsgefühl für die Gesundheit in eigener Sache und für umfassende Lebensqualität.

Wellness bezeichnet damit die Kombination aus subjektivem Wohlbefinden und wissenschaftlich gesicherter, gesunder Lebensweise. Die Wellness-Angebote in den Heilbädern und Kurorten, die sich seit Jahren stets größerer Beliebtheit erfreuen, zielen überwiegend auf körperlichen Genuss, Lebensrezeptur, Lebensstiltherapie

und ein Bemühen um ganzheitliches Wohlempfinden. Im europäischen Wellness-Modell wird der ganzheitliche Denkansatz einer Lebensstiltherapie in der Verbesserung des körperlichen Leistungsvermögens gesehen, der seelischen Belastbarkeit und geistigen Beweglichkeit, in der positiven Arbeitseinstellung und einem harmonischen Privatleben in Einklang mit der Umwelt.

Die sehr inflationäre Verwendung des Begriffs Wellness lässt die Tourismusbranche zu neuen Wortschöpfungen greifen, wie z.B. „Wellfit" oder „WellVital". Zwischen den Begriffsdeutungen der Wellness-Fachleute und der Wahrnehmung durch den Bürger bestehen allerdings zum Teil erhebliche Unterschiede. Die Anbieter vermuten nur oder glauben oft nur zu wissen, was der Gast meint, versteht oder konkret will.[7]

Die Vielzahl, sicher nicht einmal abschließend, der Anwendungen, die unter Wellness subsumiert werden, zeigt die folgende Zusammenstellung.

Aerobic	Kosmetikberatung
Akupressur	Kleopatra-Milchöl-Bad
Algenbehandlung	Kneipp-Kur
Aqua-Balancing	Lymphdrainage
Aromatherapie	Lasertherapie
Atemtherapie	LaStone-Therapie
Autogenes Training	Liquid Sound
Ayurveda	Lomi-Lomi-Massage
Bach-Blüten-Therapie	Muskelentspannung nach Jacobsen
Bio-Norm-Diät	Maniküre
Blütenbäder	Massage
Body-Wrapping	Methode „Atkins"
Brigitte-Diät	Molke-Kur
Callanetics	Null-Diät
Cardio-Boxing	Nordic Walking
Eiweiß-Shake-Diät	Obst-Fasten
Elektro-Lipolyse	Pediküre
Ernährungsberatung	Peeling
Fango	Power Walking

[7] Vgl. http://www.informationen-reise.de/gesundheitstourismus

Farblichttherapie	Qi Gong
Farb-und Stilberatung	Rasul-Bad
Feldenkrais	Reduktionsdiät
Feng Shui	Reiki
Fitnesstraining an Geräten	Rohkost-Diät
Friss die Hälfte	Rolfing
Fünf Tibeter	Rückenschule
Fußreflexzonenmassage	Schrothkur
F. X. Mayr-Kur	Shiatsu
Gesichtspflege/Hautreinigung	Thai Chi
Hair Styling	Trennkost
Heilfasten	Trinkkur
Heubad	Typberatung
Hot-Stone-Massage	Vapozon
Hydrojet	Wassergymnastik
Kartoffeldiät	Yoga
Kleopatra-Milchöl-Bad	Zilgrei

Medical-Wellness

Hört man den Begriff Medical-Wellness, so denkt man sofort an die Begriffe „Wellness“ und „Spa“ und es stellt sich die Frage nach dem Unterschied. Die Bereiche Wellness und Medical-Wellness können tatsächlich nicht ohne weiteres separat voneinander betrachtet werden, aber ebenso wenig lassen sie sich eindeutig zueinander abgrenzen.

Medical-Wellness beinhaltet verschiedene Synergieeffekte von Wellness und der Schulmedizin und damit von ärztlich kompetenter Beratung. In der Kombination erzielt Medical-Wellness Behandlungen im gesundheitlichen Bereich und lässt Optionen für primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen. Dort wo die Medizin an Grenzen stößt oder keine „Zuständigkeit“ beansprucht. Setzen mehr oder weniger alternative Verfahren ein.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass Medical-Wellness mit einer höherwertigen Qualität zu verbinden ist, die über die Qualität von Wellness hinausgehen soll. Qualität setzt sich dabei aus einer Geisteshaltung und einer klar

festgelegten Dienstleistung und Norm, die prüfbar ist, zu einem Produkt zusammen. Die Geisteshaltung beschäftigt sich mit der subjektiven Frage eines Individuums, was es möchte, das heißt, die Anforderungen die jeder persönlich an eine Dienstleistung oder an ein Produkt stellt.

Die Erwartungen an einen Medical-Wellness-Urlaub zeigt die folgende Abbildung[8].

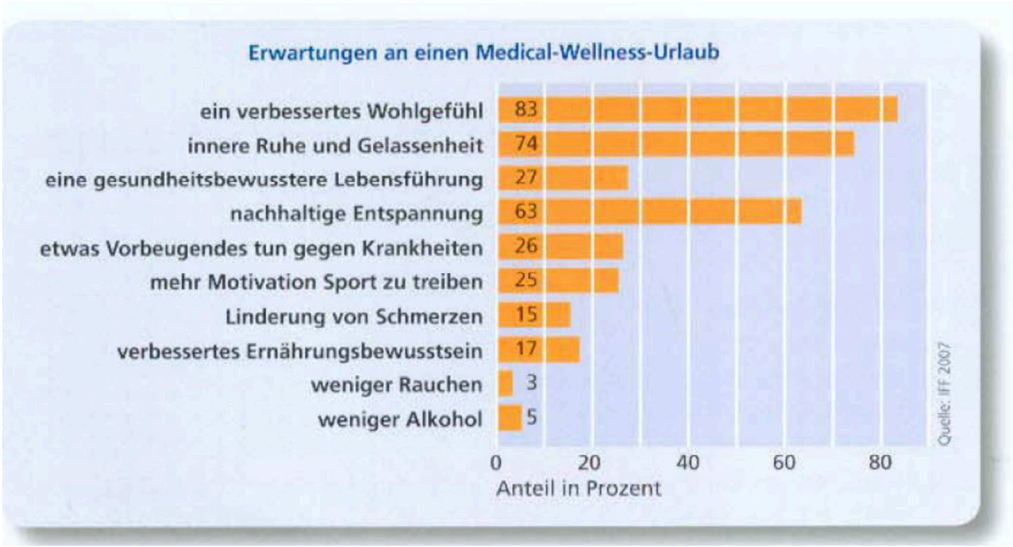


Abbildung 6: Erwartungen an einen Medical-Wellness-Urlaub

Medical Wellness ist somit als eine Präventionsmaßnahme zu werten!

An dieser Stelle ist der Präventionsbegriff einzuführen, da es inhaltliche Überschneidungen zu den vorgenannten, mehr aus touristischer Sicht geprägten, Begriffen gibt.

A) Primäre Prävention (= Gesundheitsförderung nach §20 a-c SGB V) setzt ein, bevor eine Schädigung oder Krankheit eintritt, und sucht nach den Ursachen und Risikofaktoren, die dazu führen können. Sie richtet sich meist an die gesamte Bevölkerung oder eine bestimmte Gruppe. Zu ihr gehören Maßnahmen, die Krankheiten vermeiden, wie z.B. Impfungen, Aufklärungsmaßnahmen über die

[8] Vgl. http://www.ff-freizeitwirtschaft.de/pdf/wachstumswelt.pdf

gesundheitsschädigenden Wirkungen des Rauchens und Aufklärungskampagnen zu sexuell übertragbaren Krankheiten.

B) Sekundäre Prävention (=Früherkennung nach §25 SGB V) soll Krankheiten frühzeitig erfassen, damit sich der Verlauf nicht verschlimmert oder chronifiziert und richtet sich eher an das Individuum. Beispiele sind die Krebsfrüherkennung und auch Fruchtwasseruntersuchungen bei Schwangerschaften.

C) Tertiäre Prävention (= Rückfallvermeidung) setzt bei Krankheitszuständen an, deren Ablauf nur im Schweregrad, nicht aber grundsätzlich beeinflusst werden kann und ist eng mit der Rehabilitation gekoppelt. Zu ihr zählt auch die Verminderung von Folgeproblemen und negativen Begleiterscheinungen.

Eine Gegenüberstellung der Eigenschaften von Medical-Wellness und den „klassischen Angeboten“ (hier: Kur) macht die Unterschiede und damit auch die damit verbundenen Erwartungen des Kunden deutlich.

Abb. 6: Abgrenzungskriterien zwischen Wellness und Kur / Rehabilitation

Abgrenzungs-kriterium	Medical Wellness	Kur-/ Reha Tourismus
Gästeart	Gesunde und Kranke	Kranke
Motive	Primärprävention, Gesundheitsförderung, Heilung und Linderung von Krankheiten	Heilung, Linderung, sekundäre und tertiäre Prävention
Ziele	Allgemeines Wohlbefinden, gesundheitsbewusster Lebensstil	Vom Arzt mit dem Patienten spezifisch definiert
Beanspruchte Angebote	Bewegung, Ernährung, Entspannung, Gesundheitsbildung	Medizinische Betreuung steht im Vordergrund
Entscheid	Eigeninitiative/ Freiwilligkeit	Ärztliche Einweisung, Genehmigung durch Krankenkassen
Aufenthaltsdauer	Oft nur ein Wochenende oder 1-2 Wochen	Meist mindestens 3 Wochen
Finanzierung	Vorwiegend Selbstzahler	Mehrheitlich über Grund- und Zusatzversicherung

Quelle: Institut Arbeit und Technik (IAT)

Abbildung 7: Gegenüberstellung Medical Wellness und Kur[9]

[9] http://www.qualitaet-im-gesundheitstourismus.de/fileadmin/images/ext/Projekt/Projektendbericht.pdf

Für die Attraktivität einzelner Maßnahmen seitens der Anbieter dürfte auch die durchschnittliche Zeit eine Rolle spielen, die der Kunde/Gast in der Destination verbleibt. Während es beim Wellness Urlaub 4 – 7 Tage sind, umfasst der Gesundheitsurlaub i.d.R. bis zu drei Wochen (Tendenz der Aufenthaltsdauer zurückgehend).

3.2.2 Zielgruppen

Bezüglich der Zielgruppen ist eine Erweiterung gegenüber dem klassischen Gesundheitstourismus festzustellen. Diese besonders bezüglich des Wellness und Medical-Wellness Tourismus interessanten Zielgruppen lassen sich bezüglich ihrer Motive wie folgt umschreiben:

a) Silvermarket: 50 +:

- Mit zunehmendem Alter rücken medizin-therapeutische Angebote in den Vordergrund
- Gesund altern
- Intensives und aktives Erleben
- Sanfter Sport
- Finanzielle Möglichkeiten, derartige Angebote privat zu finanzieren.

b) Frauen ab 40:

- Sich verwöhnen lassen
- Forever Young (Anti-Aging)
- Etwas für Körper und Seele tun
- Esoterik und Beratung
- Finanzielle Spielräume ebenfalls vorhanden

Hinzu kommt zukünftig vermehrt die Zielgruppe der 20 bis 50-jährigen mit gehobenen Einkommen, die folgende Erwartungen hegen:

- Alltagsstress abbauen und fit für den Job sein *(‚Fit for Biz')*
- Wieder belastbarer werden
- Etwas für Körper und Seele tun
- Aktiv und vital die Freizeit verbringen
- Erlebnisqualität und Event

Insbesondere die erstgenannte Kundengruppe findet sich bereits im Konzept für die Region Ostsee-Fjord-Schlei (2009) wieder (Best-Ager und anspruchsvolle Genießer). Insofern ist es schlüssig, dort für diese Gruppe folgende Themen zu besetzen (die Aktivitäten in Dickschrift haben einen wenigstens mittelbaren Bezug):

- Naturerlebnis
- Kultur-und Stadt
- **Radfahren**

- **Wandern**
- Gärten
- Strand und Baden
- **Wassersport**

Zukünftig sollte der Gesundheitsaspekt verstärkt und explizit formuliert in diesen Positionierungen aufgenommen werden, wenn sich die Region tatsächlich als Gesundheitsstandort positionieren möchte.

3.3.3 Die Rolle der Kostenträger

Präventionsaktivitäten spielen für die Kostenträger immer noch eine untergeordnete Rolle, wie die nachstehende Tabelle[10] zeigt. Mit einem mittelfristigen Anstieg ist zu rechnen. Ein Indiz dafür könnte die Diskussion über ein Präventionsgesetz sein.

Einnahmen und Ausgaben	Jahr (absteigend)				
	1994	2000	2005	2010	2011
Ausgaben insgesamt	117,38	133,70	143,81	175,99	179,61
darunter Leistungen insgesamt	111,07	125,94	134,85	164,96	168,74
Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	2,20	2,70	2,38	2,39	2,36
Ambulante Kuren	.	0,11	0,09	0,07	0,06

Urlauber, die Erholung und präventive Gesundheitsanwendungen kombinieren wollen, können mit einer finanziellen Förderung rechnen: Der Zuschuss der gesetzlichen Krankenkasse beträgt im Regelfall bis zu 150 Euro, wenn Reisende an einem Präventionsprogramm zu den Themen Bewegung, Entspannung und Ernährung wie etwa einem Nordic-Walking-Kurs teilnehmen. Ein Beispiel mag dies illustrieren: Die AOK Vorteilsreisen. Die AOK bietet in Kooperation mit dem Reiseveranstalter GPS Reisen Fit- und Wohlfühlreisen an - immer inklusive zusätzlicher attraktiver Gesundheitsprogramme und Extras am Zielort.

Hinsichtlich von Präventionskursen haben Versicherte folgende Möglichkeiten:

[10] Die Tabelle wurde am 18.08.2012 15:58 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

Erstattungen

Innerhalb eines Jahres können zwei Kurse aus verschiedenen Handlungsfeldern gefördert werden. Hierzu muss eine Teilnahme von mindestens 80% nachgewiesen werden und die Kursleiter müssen im Besitz eines gültigen Zertifikates sein. Grundsätzlich werden 80% der Teilnahmegebühren, jedoch maximal 75/ 150 € pro (Kombi)Kurs erstattet.

Kostenloses Angebot

Einige Krankenkassen bieten zusätzlich eigene Kurse an, bei denen lediglich eine geringe Zuzahlung geleistet werden muss oder die, bei regelmäßiger Teilnahme, komplett kostenlos sind.

Vergünstigungen im Fitnessstudios

Aufgrund von Verträgen zwischen Fitnessstudios und Krankenkassen gibt es für die Versicherten auch hier die Möglichkeit Geld zu sparen. So kann z.B. die Aufnahmegebühr entfallen oder aber ein kostenloser Monat bei dem Abschluss eines 6-monatigen Vertrages angeboten werden.

3.3 Gesundheitsstandort

Der Begriff „Gesundheitsstandort“ ist nicht allgemeingültig definiert. Eine Interpretation, dort wo Gesundheitsdienstleister angesiedelt seien, wäre auch ein Gesundheitsstandort, ist zu beliebig. Um Trennschärfe zu erlangen, hat der Verfasser mit Bezug zum Untersuchungsfeld eine eigene Definition getroffen:

Gesundheitsstandort:

Eine Stadt/Region, deren gesundheitliches Angebot überregional (>50 km) Beachtung und Nachfrage findet sowie zu einer zusätzlichen erheblichen Wertschöpfung in der Stadt/Region führt.

Eine wichtige Nebenbedingung ist es dabei, dass es ich um gemeinsame Angebote der Tourismus- sowie der Gesundheitswirtschaft handelt.

Schleswig-Holstein bezeichnet sich als Gesundheitsstandort. Damit soll ausgedrückt werden, dass Schleswig-Holstein die Gesundheitswirtschaft als eigene Kernkompetenz einschätzt. Als Elemente des Gesundheitsstandortes Schleswig-Holstein werden genannt:[11]

- Kernbereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung
  mit den Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Pflegeeinrichtungen, Praxen der nichtärztlichen medizinischen Berufe
- Vorleistungs- und Zulieferindustrie
  Health Care Industries (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie), Gesundheitshandwerk, Handel mit med. und orthopädischen Produkten
- Rand- und Nachbarbereiche des Gesundheitswesens
  Gesundheits- und Wellnesstourismus, gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote, Aspekte der gesunden Ernährung
- zusätzlich: Wissenschafts- und Forschungseinrichtungen
  in Kooperation mit Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. Unternehmen der Gesundheitswirtschaft an innovativen Entwicklungen im Gesundheitsbereich

Wie sich andere Gesundheitsstandorte darstellen ist in der Anlage 5 dargestellt. Vergleicht man diese Elemente des Gesundheitsstandorts Schleswig-Holstein mit dem zu untersuchenden Standort Schleswig/Schlei-Ostsee so fällt auf, dass wesentliche Elemente fehlen. Das Untersuchungsfeld weist für die Bevölkerung eine qualitativ hochstehende Versorgung auf, es fehlen aber die Industrie sowie die Wissenschafts- und Forschungseinrichtungen. Es darf aber zum aktuellen Zeitpunkt nicht außer Betracht bleiben, dass die Exzellenz eines Gesundheitsstandorts auch

[11] Vgl. auch u.a. http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de/html/pdf/ifg_studie2005.pdf und business-on.de, 01.10.2008, Wiesbadens Stärken als Gesundheitsstandort ausbauen

Industrie anziehen könnte bzw. war auch zu prüfen, ob die Untersuchungsregion durch Wissenschaftseinrichtungen angereichert werden könnte.

Besser geeignet als der (vorgegebene) Begriff „Gesundheitsstandort“ wäre aus Sicht des Verfassers der der „Gesundheitsregion“. Hierzu gibt es in Deutschland Vorbilder, die zu einem Benchmarking herangezogen werden könnten.
Die in Deutschland entstehenden Gesundheitsregionen zielen ab auf:

- gesundheitlich-medizinisches Innovationsmanagement
- Verbesserung der gesundheitlichen Lebensqualität
- Versorgung in den Regionen
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in den gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Unternehmen
- sowie entsprechende Netzwerkbildung und Informationsaustausch

Laut des Projektes: „Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland (April 2011)“ des Deutschen Tourismusverband e.V., das vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie initiiert und finanziell unterstützt wurde, gibt es in Deutschland rund 60 Gesundheitsregionen unterschiedlicher Größe, z.B. Gesundheitsregion Rostock, Gesundheitstourismus in der Metropolregion Bremen-Oldenburg, Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft/Südwestfalen.

Die Ausrichtung erfolgt auf Ebene der Landkreise oder des Bundeslandes sowie auf Ebene der Wirtschaftsförderungsregionen. Gesundheitsregionen entstehen auf Initiative von Medizin, Wissenschaft und/oder Gesundheitswirtschaft.[12]

Von diesen Gesundheitsregionen sind aktuell 19 im Netzwerk deutscher Gesundheitsregionen (NDGR e.V.) organisiert.[13]

[12] vgl. Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland (April 2011)“ des Deutschen Tourismusverband e.V. und unterstützt vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
[13] Vgl. http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/?L=0%252529

Hauptziel des NDGR e.V. ist es, bundesweit die Zusammenarbeit der Gesundheitsregionen zu stärken und gemeinsam die Potenziale und Entwicklungschancen der Gesundheitswirtschaft zu nutzen

4. Trends

4.1 Trends im Gesundheitswesen

4.1.1 Demographischer Wandel

Der Begriff „demografischer Wandel“ beschreibt die Veränderung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung.

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die absolute Anzahl der über 60-Jährigen von heute 18,4 Millionen auf 26,3 Millionen im Jahre 2030 ansteigen. Als Ursachen hierfür können einerseits die ständig steigende Lebens-erwartung, die in erster Linie im medizinischen Fortschritt begründet ist und andererseits das Heranwachsen der geburtenstarken Jahrgänge der 60-er Jahre angeführt werden.

Diese Entwicklung wird sich aller Voraussicht nach fortsetzen, in dem insbesondere die Anzahl der Hochbetagten in Zukunft weiter erheblich anwächst. Der Anteil der Menschen ab 80 Jahren, der um 1900 erst rund 0,5 % der Bevölkerung ausmachte und gegenwärtig auf 3,6 % (2,9 Millionen Menschen) gestiegen ist, dürfte bis 2020 auf 6,3 % und bis 2050 auf etwa 11 % weiter steigen.[14]

[14] Vgl. Statistisches. Bundesamt, http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide

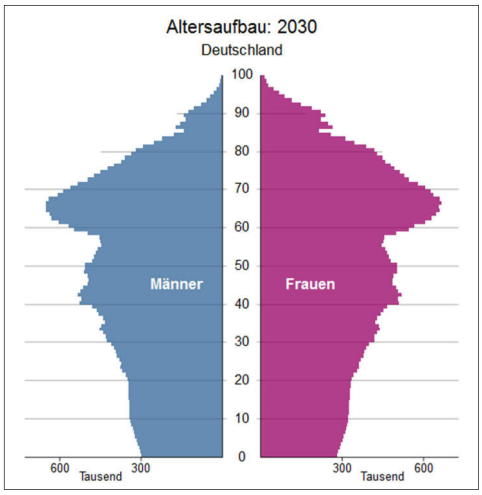


Abbildung 8: Altersaufbau 2030

Diese Entwicklung ist insbesondere bezüglich des zu erwartenden Anstiegs der Pflegebedürftigen sowie des damit verbundenen volkswirtschaftlichen Aufwands von großem Interesse.

Im Jahr 2008 wurden erstmals Vorausberechnungen zur Zahl der in Krankenhäusern stationär behandelten Patienten sowie die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von der amtlichen Statistik veröffentlicht. Diese Daten wurden auf der Basis der Analysen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundeslandes und der Länder aktualisiert. Für die vorliegenden Vorausberechnungen wurde die „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“ herangezogen.

Pflegebedürftigkeit betrifft überwiegend ältere Menschen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen könnte daher in Zukunft von der zahlenmäßigen Entwicklung der Menschen im hohen Alter abhängen.

Die Vorausberechnungsvariante basiert auf der Annahme, dass die Geburtenhäufigkeit bei 1,4 Kindern/ Frau konstant ist, ein Anstieg der Lebenserwartung Neugeborener bis 2060 auf 85 J. (Männer) und 89,2 J. (Frauen) und ein Auswanderungssaldo von + 100.000 Personen/ Jahr vorliegt.

Jahr 2009: Anzahl der 60-Jährigen und Ältere: 21,2 Mio.
(25% der Gesamtbevölkerung)

Jahr 2030: Anzahl der 60-Jährigen und Ältere; 28,5 Mio.
(37% der Gesamtbevölkerung)

Dies entspricht einer Zunahme von 34,5 % (+ 7,3 Mio.).

Jahr 2050:Anzahl der 60-Jährigen und Ältere: 40 % der Gesamtbevölkerung

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Altersgruppen vom Jahr 2009 bis zum Jahr 2050.[15]

Tabelle 1: Bevölkerung Deutschlands in den Altersgruppen mit erhöhtem Krankheits- und Pflegerisiko 2009 bis 2050

Bevölkerung im Alter von ... bis unter ... Jahren	2009	2020	2030	2050
		Anzahl in 1 000		
Insgesamt	81 735	79 914	77 350	69 412
darunter				
60 – 70	9 197	10 911	12 572	9 541
70 – 80	7 839	7 628	9 479	8 159
80 – 90	3 656	5 086	4 929	7 905
90 und mehr	477	922	1 488	2 319
		Veränderung gegenüber 2009 in %		
Insgesamt	–	– 2,2	– 5,4	– 15,1
darunter				
60 – 70	–	18,6	36,7	3,7
70 – 80	–	– 2,7	20,9	4,1
80 – 90	–	39,1	34,8	116,2
90 und mehr	–	93,3	211,9	386,0

Aufgrund der beschriebenen demographischen Alterung ist in Zukunft, trotz insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahlen, mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen bzw. der Anzahl der Patienten im Krankenhaus zu rechnen.

[15] Statistisches Bundesamt: Amtliche Statistik

Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist jedoch nicht nur von der demographischen Entwicklung abhängig. Gründe wie gesunde Ernährung, wenig körperlich belastende Arbeit und steigender Wohlstand sind Faktoren, welche dazu führen könnten, dass Menschen in Zukunft länger und gesünder leben.

4.1.2 Arbeitskräftemangel

Der Gesundheitsmarkt ist ein sehr personalintensiver Bereich. Er hat hohe volkswirtschaftliche Bedeutung. Fehlen Mitarbeiter, droht eine schlechtere Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen. Und genaue diese Gefahr ist für Deutschland absehbar. Davor sollen aber einige kurze Bemerkungen die Bedeutung dieses Arbeitsmarktes illustrieren.

Deutschlandweit sind 14,1% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitsmarkt tätig. In Schleswig Holstein sind es 16,8%. Mit diesem Anteil nimmt Schleswig Holstein die Spitzenposition in Deutschland ein. Die Beschäftigung im Gesundheitsmarkt ist regional nicht gleichmäßig verteilt, sondern besitzt lokale Schwerpunkte. Der Kreis Schleswig-Flensburg befindet sich, verglichen mit anderen Kreisen bzw. kreisfreien Städten (in Schleswig-Holstein), im Mittelfeld.

Die Beschäftigung im Gesundheitsmarkt hat sich in den letzten 10 Jahren (2000-2010) stetig positiv entwickelt. In diesem Zeitraum stieg die Zahl der Beschäftigten um 16,4%, das sind in absoluten Zahlen 18.100 zusätzliche Beschäftigte. Der Anteil im Vergleich mit anderen Branchen ist weit überdurchschnittlich, da in Schleswig Holstein die Gesamtbeschäftigtenzahl stagnierte.[16]

Durch den Wandel der Gesundheitswirtschaft vom Kostentreiber zum Wachstumsmotor kann langfristig nur weiteres Wachstum generiert werden, wenn auch in Zukunft Fachkräfte für diese personalintensive Branche zur Verfügung stehen. In der PwC Studie von 2010[17] wurde das ärztliche und nicht-ärztliche

[16] vgl. Institut für Arbeitsmarkt-Berufsforschung IAB) ; Volker Kotter: Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein Leit- und Zukunftsbranche für den Arbeitsmarkt, IAB-Regional 1/2011

[17] vgl. zu den folgenden Abschnitten insbesondere http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/fachkraeftemangel-stationaerer-und-ambulanter- bereich-bis-zum-jahr-2030.jhtml

Personal in ambulanten und stationären Einrichtungen analysiert, um Handlungsempfehlungen für die Zukunft ableiten zu können.

Es zeichnet sich ein dramatischer Personalmangel bei Ärzten und im nicht-ärztlichen Bereich in den Jahren 2020 bis 2030 ab. Der Fachkräftemangel ist größer als erwartet. Wird nicht eingegriffen, werden sich die Wartezeiten beim Hausarzt bis 2030 verdoppeln. Krankenschwestern werden dann in der Woche ca. 60 Stunden arbeiten müssen, damit die Versorgungsqualität nicht absinkt.

Jahr	Ärztemangel	Mangel an Pflege- und nicht-ärztlichen Fachkräften	Summe
2020	56.000	140.000	196.000
2030	165.000	800.000	965.000

Bis 2030 wird die Personallücke auf fast eine Millionen Menschen ansteigen. Diese Unterversorgung ist in erster Linie auf die demografische Entwicklung zurückzuführen. Außerdem gehen immer mehr Fachkräfte in den Ruhestand, ohne dass deren Stellen mit Nachwuchskräften besetzt werden können.

Es wird ein Pflegenotstand im Krankenhaus erwartet. Im Jahr 2030 fehlen in den Kliniken voraussichtlich über 400.000 Krankenschwestern.

Nicht nur bei Ärzten und Pflegekräften ist mit einer Unterdeckung zu rechnen. Es wird prognostiziert, dass im Jahr 2030 auch mehr als 200.000 Arzthel-ferinnen und über 45.000 Laborkräfte fehlen werden.

Ohne Zuwanderung aus dem Ausland kann dieser Notstand kaum bewältigt werden. Jedoch müssten sich die Arbeitsbedingungen verbessern und eine angemessene Bezahlung vorliegen. Doch mehr Geld wird es für das Gesundheitssystem insgesamt nicht geben…

Es wird bis 2030 ein volkswirtschaftlicher Schaden von 35 Milliarden Euro durch den dramatischen Personalmangel bzw. die nicht besetzten Stellen eintreten.[18]

Ansatzpunkte könnten in einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen liegen, u.a. muss die Vereinbarkeit von Familie und Beruf neu definiert werden. So wäre es sinnvoll, Betreuungsmöglichkeiten für Kinder zu schaffen, um auch das Fachkräftepersonal bei Frauen besser auszuschöpfen.

Der Staat und die Arbeitgeber müssen auf eine Verlängerung der effektiven Lebensarbeitszeit hinwirken. Dafür müssen besonders im Pflegebereich Arbeitsabläufe optimiert werden, um gesundheitsbedingte Frühverrentungen und Arbeitsunfähigkeiten so weit wie möglich zu vermeiden.

Gegenwärtig beschäftigt das deutsche Gesundheitswesen die Diskussion um den Mangel von Hausärzten, insbesondere in ländlichen Bereichen. Eine globale Betrachtung dieser Problematik ist nicht zielführend. Deutlich wird dies u.a. daran, dass rein rechnerisch (nach den Vorgaben der Kassenärztliche Vereinigung) Schleswig-Holstein sehr gut versorgt ist, aber dennoch in vielen ländlichen Bereich frei werdende Kassensitze nicht wieder besetzt werden können. Gründe dafür liegen (abgesehen von der zu groben Rasterung der Versorgungsgebiete) in

- der Vergütung
- der fehlenden Infrastruktur im ländlichen Bereich (auch für die Familie des Arztes)
- der fehlende Anerkennung/Wertschätzung durch Politik und Gesellschaft
- einer zeitaufwendige Tätigkeit (u.a. Hausbesuche; weite Entfernungen)
- der Rolle des Hausarztes als „Einzelkämpfer“ (so genanntes Brain Drain)
- der Tatsache, dass Absolventen nicht in die Versorgung gehen (z.B. lukrative Positionen in der Industrie oder der Beratung annehmen)
- der Abwanderung ins Ausland

[18] http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/index.jhtml

- der Erhöhung des Anteils weiblicher Medizinstudierenden von 36 % (1996) auf 42 % (2009) – mit steigender Tendenz.

Die letztgenannte Entwicklung muss bedacht werden, da Frauen zum Teil andere Ansprüche an ihren Arbeitsplatz haben (Flexibilität; Teilzeitarbeit usw.). Dies ist von Gemeinden zu berücksichtigen, die auch für Frauen in der Niederlassung attraktiv sein wollen.

4.1.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Der Arbeitsmarkt in Deutschland ist durch folgende Entwicklungen gekennzeichnet:

- die Zahl der jungen Menschen wird abnehmen
- die Zahl der Älteren wird weiter zunehmen

Verantwortlich dafür sind folgende Faktoren:

- höhere Lebenserwartung
- deutliche Zunahme der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2030, wenn die so genannte Babyboom Generation das Rentenalter erreicht
- niedrige Geburtenrate
- geringe Zuwanderung
- relevant hohe Auswanderungsquote

Vor diesem Hintergrund ergeben sich die folgenden Herausforderungen für die Sozialpolitik, aber insbesondere auch für die Unternehmen selber:

- Wachsende Ansprüche an die Einrichtungen der gesetzlichen Alterssicherung
- Verstärkte Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen
- Verschiebung des Altersquotienten, damit verbunden die Neujustierung hinsichtlich der materielle Sicherung des Sozialsysteme
- Abnehmende Zahl von (qualifizierten) Arbeitskräften).

In Zukunft wird es Berufe und Tätigkeiten geben, bei denen selbst die altern(s)gerechte Gestaltung an Grenzen stoßen wird. Es ist hier eher unwahrscheinlich, dass die Menschen bis zum Renteneintrittsalter arbeiten. Deshalb ist die Gestaltung von Berufsverläufen unternehmens- und branchenübergreifend eine wichtige Aufgabe, der sich die Sozialpartner stellen müssen. Gesellschaft und Politik müssen die notwendigen Rahmenbedingungen dafür schaffen.

Arbeit ist nicht nur als Einkommensquelle, sondern künftig auch Quelle von Gesundheit, Wohlbefinden und Zufriedenheit zu sehen.

In Zukunft werden erhöhte Anforderungen an die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention gestellt. Ebenfalls berührt werden die Personalpolitik der Unternehmen sowie Strategien zur Weiterbildung ihrer Mitarbeiter.

Die Unternehmen sind also aufgefordert, ein betriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen!

Als betriebliches Gesundheitsmanagement wird die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel verstanden, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern.[19] Hierbei ist eine ganzheitliche Betrachtung des Mitarbeiters notwendig, um eine übermäßige Belastung der Gesundheit am Arbeitsplatz zu erkennen, Lösungsansätze abzuleiten und dadurch die Ressourcen der Mitarbeiter aufrecht zu erhalten. Hierzu zählen bspw. die Schaffung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen, die Persönlichkeitsförderung, die Verbesserung der individuellen Gesundheitssituation sowie die allgemeine Steigerung der Arbeitszufriedenheit (Stress!) im Unternehmen. Wirtschaftlich gesehen zielen die Maßnahmen des Gesundheitsmanagement vor allem darauf ab, die durch Arbeitsausfall entstehenden Kosten zu senken. Dazu ist es notwendig, die Leistungsbereitschaft und die Gesundheitsquote zu erhöhen, das heißt insbesondere krankheitsbedingte Fehlzeiten sollten vermieden bzw. verringert werden.

Um das Gesundheitsmanagement realisieren zu können, sind unternehmensinterne Aktivitäten denkbar wie bspw. Betriebssport, Rückengymnastik, Suchtberatung usw. Zunehmend finden sich aber auch externe Angebote für Unternehmen. Hier ist der so genannte Medical-Check bislang der am meisten kommunizierte Ansatz. Hierbei werden Mitarbeiter von Unternehmen außerhalb des Unternehmens (z.B. im Rahmen eines Klinikums) untersucht und es werden präventive Maßnahmen mit den Mitarbeitern abgestimmt und vereinbart. Bisher konzentrieren sich diese Maßnahmen auf den Managementbereich. In Anbetracht des zu erwartenden Fachkräftemangels wird zukünftig eine Ausweitung auch auf gewerbliche Mitarbeiter zu erwarten sein. Insbesondere Großunternehmen haben für diese Fragestellung zunehmend Sensibilität entwickelt, so dass dies ein für ein

[19] Vgl. Wattendorff, F., Wienermann, E., Betriebliches Gesundheitsmanagement, 2004, http:/wa.uni-hannover.de/wa/arbeitsschwerpunkt/Gesundheitsmanagement.pdf

Unternehmen in der Gesundheitsbranche interessantes Geschäftsfeld sein kann bzw. werden könnte.

Gesundheitsmanagement ist aber nicht nur eine Herausforderung für Großunternehmen, sondern auch für Klein-und Mittelbetriebe. Allerdings sind deren finanziellen Möglichkeiten eingeschränkt, so dass überbetriebliche, auf die Gesundheit ausgerichtete Angebote gefordert werden. Ein solches Angebot ist dem Autor in Deutschland bisher nicht bekannt. Hieraus könnte sich eine neue Zielgruppe für die untersuchte Destination ableiten lassen.

Unternehmen werden sich in Zukunft den wirtschaftlichen Herausforderungen auf globalisierten Märkten mit älteren Belegschaften stellen müssen. Wenn sie erfolgreich bleiben wollen, müssen sie die Zukunftsausgabe lösen, ihre Produktivität, Qualität und ihr Innovationstempo synchron mit dem Erhalt der physischen und psychischen Arbeitsfähigkeit der Belegschaft zu sichern und auch zu steigern.

Die körperliche und seelische Gesundheit der Beschäftigten bilden wichtige Ressourcen für Unternehmen und müssen konsequent erhalten werden. Ziel ist eine langfristige Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Unternehmen. Dafür sollten die betrieblichen Aktivitäten Gewicht auf die Prävention und nicht auf kurativen Maßnahmen liegen.

Verbreitung Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Im IGA-Report 20 ›Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement‹ wurden 500 Betriebe unterschiedlicher Größenklassen dazu befragt, ob sie Betriebliches Gesundheitsmanagement gegenwärtig durchführen, als Projekt abgeschlossen haben oder planen, in den nächsten zwölf Monaten einzuführen. Auf diese Frage gibt insgesamt mehr als jeder dritte Betrieb an, gegenwärtig Betriebliches Gesundheitsmanagement durchzuführen (36 %).

	50–99 Mitarbeiter	100–199 Mitarbeiter	200–400 Mitarbeiter	Alle Betriebe
BGM wird durchgeführt	35 %	30 %	47 %	36 %
BGM wird nicht durchgeführt	64 %	69 %	49 %	63 %
Projekt bereits abgeschlossen	0 %	1 %	3 %	1 %

Abbildung 9: Verbreitung des betrieblichen Gesundheitsmanagements[20]

Wie die Abbildung verdeutlicht, haben viele der Unternehmen die Aufgabe noch nicht begonnen. Dies liegt u.a. auch daran, dass sich insbesondere kleinere Unternehmen inhaltlich von dieser Herausforderung überfordert fühlen.

Aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagement lassen sich für die Untersuchungsregion zwei Sichtweise ableiten:

- bei der Planung neuer Angebote muss bedacht werden, dass diese auch zukünftig von qualifizierten Mitarbeitern geleistet werden können (also: Betriebliches Gesundheitsmanagement für die eigenen Mitarbeiter gleich „mitdenken“)

- Unternehmen benötigen ein Coaching des Prozesses, ggf. mit Abschnitten, die in einer gesundheitstouristischen Destination verbracht werden. Sofern es gelingt, für diese Unternehmen attraktive Pakete zu schnüren und einen entsprechenden Vertriebskanal aufzubauen, dürfte ein Wachstumspotenzial existieren.

[20] vgl. Bechmann, Jäckle, Lück, Herdegen: Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), IGA-Report Chroniker in der Arbeitswelt

4.1.4 Gesundheitswesen/Gesundheitsmarkt 2020

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ist einer der Katalysatoren für beschleunigte Anpassungsprozesse im Gesundheitsmarkt.[21]

In den nächsten 10 Jahren wird es mehr Veränderungen im Gesundheitsmarkt geben als in den 50 Jahren davor. Denn angesichts der kritischen Staatsver-schuldung werden die Gesundheitsausgaben der Industrieländer in den heutigen Strukturen nicht länger finanzierbar sein. Der Kostendruck wird als Katalysator wirken und Anpassungsprozesse im Gesundheitswesen beschleunigen.

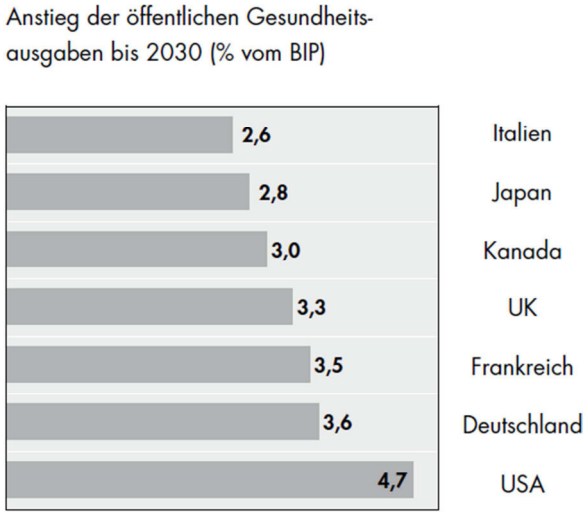


Abbildung 10: Erwarteter Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis 2030

Der Internationale Währungsfonds schätzt, dass die Gesundheitsausgaben bis 2030 ohne signifikante Systemänderungen in Europa um weitere 3 Prozentpunkte gegenüber dem BIP steigen könnten.

In der Vergangenheit war das Wachstum der Gesundheitsausgaben hauptsächlich durch medizinischen Fortschritt und neue Diagnosemöglichkeiten getrieben. In der kommenden Dekade wird die Demographie zu einem weiteren wichtigen Kostentreiber.

[21] Soweit keine weiteren Angaben erfolgen, beziehen sich die Ausführungen auf die Studie von BAIN: http://www.bain.de/data/8case737bbedfd5817ddcbacfbed473ceb9a494cfbda69ccec6b7887ac6b77cddbfa7b3848cc4777ac4cfb7c5.pdf

Vier grundlegende Anpassungsprozesse bestimmen den Gesundheitsmarkt von morgen.

Der weltweit stattfindende Umbau der Gesundheitssysteme verbindet sich mit den modernen Möglichkeiten der Datenverarbeitung, Vernetzung und mobilen Kommunikation. Hinzu kommt eine Veränderung im Kräftegleichgewicht der Marktteilnehmer: Patienten und Versicherer werden mächtiger, die Handlungs- und Gestaltungsfreiheit der Ärzte wird eingeschränkt.

Es lassen sich folgende grundlegende Prozesse identifizieren:

Abbildung 11: Anpassungsprozesse im Gesundheitsmarkt

Die vier Anpassungsprozesse sollen aufgrund ihrer grundsätzlichen Wichtigkeit für alle auf die Zukunft ausgerichteten Projekte im Gesundheitsmarkt kurz umrissen werden.

Prozess 1: Der Engagierte Patient

Der Kunde steht 2020 vermehrt im Mittelpunkt. Selbstzahlende, informiert entscheidende Patienten werden von der Ausnahme zur Regel. Die Patientenkommunikation- und -segmentierung wird zu einem kritischen Erfolgsfaktor. Dies führt im Einzelnen zu folgenden Erwartungen:

- **Zunahmen von Eigenbeteiligungen**: Zur Senkung der Kostenbelastung der Versichertengemeinschaft und der öffentlichen Haushalte wird vermehrt auf Zuzahlungen und Zusatzversicherungen gesetzt werden. Hiermit wird versucht, ein Kostenbewusstsein zu entwickeln.
- **Entwicklung einer Patienten Connectivity**: Durch Gesundheitsportale, Krankheitsblogs und Selbsthilfegruppen informieren sich Patienten selbstständig. In den USA gibt es populäre Plattformen wie „WebMD“ oder „PatientsLikeMe“ mit Millionen täglicher Besucher. Die Qualität der Informationen wird stetig besser, die Suche weiter vereinfacht.
- Der Dialog zwischen Arzt und Patient ändert sich, da Patienten sich ein eigenes Urteil über ärztliche Leistungen und notwendige Medikationen oder Eingriffe bilden
- **Zunahme mobiler Gesundheitsapplikationen (m-Health):** Smartphones und darauf laufende Apps sind eine relativ neue, sich rasant entwickelnde Hilfe für Patienten (z.B. Kalorienzähler, Glukose-Rechner, Medikamenteneinnahmeerinnerung). Auch Pharmafirmen haben in Gesundheits-Apps investiert (z.B. Diabetes-App, Morbus Crohn- Tagebuch). Es ist wahrscheinlich, dass viele Apps von Pharma- & Medizintechnik-Unternehmen sowie Versicherern finanziert werden, die sicherstellen möchten, dass Medikamente genommen und Behandlungen konsequent durchgeführt werden.
- Personal Health Record (PHR): Die persönliche Gesundheitsakte basiert auf einer durch den Nutzer selbst erstellten elektronischen Sammlung persönlicher Fitness- und Gesundheitsdaten. Diese können zu wertvollen Datenquellen für die behandelnde Ärzte werden. Bislang ist das Anlegen

aufgrund meist manueller Dateneingabe recht mühsam. Zukünftig sollen Patientendaten elektronisch aus den EMR-Systemen *(*Electronic Medical Record System) von Kliniken, Ärzten und Laboren in PHR-Systeme überführt werden können.

Prozess 2: Die Datenrevolution

Elektronisch verfügbare und vergleichbare Real-Life-Patientendaten werden die Messung des tatsächlich erzielten Erfolges der medizinischen Behandlung unterstützen und hieraus Schwachstellen im Gesundheitswesen identifizieren und ärztliche Erfahrungen zu bündeln (in diesem Zusammenhang ist an die Anstrengungen seitens des AQUA-Instituts zu erinnern, die Externe Qualitäts-sicherung auf die sektorübergreifenden Versorgungsfomen auszuweiten).

- Elektronische Patientenakten
- Elektronische Behandlungsleitlinien: Die Entwicklung optimierter Behandlungsleitlinien wird durch die ePA und durch Comparative Effectiveness- Studien beschleunigt. Im Krankenhaus werden hierdurch zukünftig sowohl die Entscheidungen der Ärzte und Pfleger geleitet, als auch die Behandlungswege dokumentiert und die Versicherungsunter-lagen gesammelt.
- Ärzteportale: Sie werden zur Information und zum Austausch unter den Ärzten genutzt. Die Akzeptanz und die Nutzung solcher Webseiten ist bereits signifikant und wächst rapide. Die deutsche Website „Coliquio.de“ (ausschließlich fachlicher Austausch von Ärzten) hatte 08/2011 30.000 Mitglieder, Anfang 2012 bereits 40.000. Der U.S.- Marktführer Medscape (Bereitstellung der medizinischen Informationen auch auf dem Smartphone möglich) registriert 700.000 Nutzer.

Prozess 3: Die integrierte Behandlung

Durch die integrierte Behandlung sollen Rationalisierungspotenziale freigesetzt und die Effektivität der Behandlung durch eine übergreifende Betreuung der Patienten verbessert werden. Hierfür sind unter anderem neue Honorarstrukturen notwendig, um Anreize für kostenbewusstes Handeln bei Ärzten und Kliniken zu schaffen.

- **Netzwerke:** Durch das Bilden von Netzwerken (Ärzte, Kliniken, Reha-Zentren) sollen Mehrfachuntersuchungen und –diagnosen vermieden werden. Das Netzwerk übernimmt eine Art Gesamtverantwortung und leitet den Patient effizienter durch die Behandlung. Das Honorar stellt sich z.B. durch Kopfpauschalen oder leistungsbezogene Einsparver-gütungen dar.
- **Gesundheitsmanagement:** Die Begleitung der Patienten durch ihre Krankheit soll den Behandlungserfolg verbessern. Ziel ist es, eine an die Krankheit angepasste Lebensweise zu fördern sowie die protokollgerechte Behandlung sicherzustellen (Medikamenteneinnahme, Diagnostik). Der Fokus liegt auf Chronikern und Hochkostenpatienten, um hier die Kosten zu senken und die Qualität zu steigern, insbesondere durch die Vermeidung von Notfallaufnahmen und stationären Behandlungen. Die bislang eine geringe Kosteneffektivität aufweisenden Disease Management Programme (DMP) sollen durch evidenzbasierte Konzepte und den Einsatz kostengünstiger, patientenfreundlicher Telemedizin optimiert werden.
- **Honorarstrukturen:** Zukünftig sollen Ärzte ganz oder teilweise nach dem Erfolg der Arbeit bezahlt werden, z.B. durch an den Behandlungserfolg geknüpfte Prämien, Kopfpauschalen oder durch die Beteiligung an erzielten Einsparungen. Die Ausgestaltung und Umsetzung wird sich wahrscheinlich sehr langwierig und komplex gestalten (hierzu sei an das Stichwort „Pay per Performance“ erinnert).

Phase 4: Die gesundheitsökonomische Innovation

Trotz ausdifferenzierter Gesundheitssysteme in den Industrienationen gibt es weiterhin einen hohen Bedarf an Innovationen. Doch gleichzeitig sind die Hürden für bahnbrechende Innovationen so hoch wie nie zuvor. Zukünftig werden Einblicke in die molekulare und genetische Ebene pathologischer Geschehnisse eine personalisierte Medizin mit sicheren Behandlungen für kleingliedrige Patientensegmente ermöglichen. Durch restriktive Erstattungsrichtlinien der Versicherer werden Gut-Genug-Produkte gefördert und Präparate mit zweifelhaftem Kosten-Nutzen-Verhältnis ausgeschlossen.

- **Stockende Produkt-Pipeline:** Bis 2014 laufen Medikamentenpatente mit einem Umsatz von ca. 80 Mrd. US-Dollar aus. Gleichzeitig kommen aus der Forschung und Entwicklung immer weniger neue Medikamente, um diese Lücke zu füllen. Die Anzahl der Medikamentenzulassungen pro Jahr ist seit Mitte der 90er Jahre um fast die Hälfte gesunken. Neben den höheren Zulassungshürden ist vor allem das in der Forschung bereits erreichte hohe medizinisch-technische Niveau für eine schwere und teure Entwicklung verantwortlich. Der Trend der Forschung geht daher in Richtung kleinteiligerer Medizintechnik.
- **Kosten-Nutzen-Bewertung:** Künftig werden die Erstattungsrichtlinien der Versicherer durch Unterstützung von Instituten (NICE in Großbritannien, IQWiG in Deutschland) stärker an Kosten-Nutzen-Erwägungen ausgerichtet sein. Die Institute überprüfen die Medikamente auf ihren Nutzen und ihre Wirtschaftlichkeit anhand von Comparative Effectiveness-Studien sowie durch Auswertungen von elektronischen Patientenakten.
- **Personalisierte Medizin:** Genetische Profile sowie genauere Kenntnisse auf molekularer Ebene (Proteine, Metabolien, …) haben zu neuen Diagnoseansätzen geführt. In Verbindung mit der elektronischen Patientenakte werden Ärzte zukünftig genaue Kenntnisse über die individuell auftretende Krankheitsausprägungen, Nebenwirkungen und das

Zusammenwirken verschiedener Präparate haben. Dies führt zu einem vermehrten Einsatz von Medikamenten, die bei klassischen Tests versagen, jedoch für eine Minderheit von Patienten wirksam sind. Folglich werden weniger Blockbuster-Präparate, dafür jedoch insgesamt eine breitere Palette an Pharmazeutikern auf dem Markt sein. Pharmafirmen werden Produkte häufiger mit einem begleitenden Diagnostikum oder einer alternativen Stratifizierungsmethode entwickeln.

Was bedeuten diese Trends nun für die Leistungsanbieter? Beispielsweise sollen nachfolgend einige der erwarteten Konsequenzen auf der Ebene eines Krankenhaus aufgezeigt werden.

- Krankenhäuser werden weiterhin versuchen, Personal- und Sachkosten zu optimieren
- Sie werden versuchen, die Patientenbindung durch attraktive Angebote sowie eine patientenfreundliche Infrastruktur zu erhöhen (= Kundenorientierung)
- Chancen zu Zusammenschlüssen und zur Zentrenbildung werden verstärkt genutzt, regionale Netzwerke werden von Krankenhäusern aktiv mitgestaltet
- Standardisierte Behandlungsprotokolle werden implementiert, die elektronischen Vernetzungsmöglichkeiten werden massiv vorangetrieben
- Krankenhäuser werden zu Anbietern telemedizinischer Dienstleister und Treiber der Entwicklung von eHealth-Lösungen
- Sie werden sich neue Vergütungsstrukturen vorbereiten

Offenkundig werden zukünftig drei generelle Trends das Gesundheitswesen stark beeinflussen:

- Netzwerke
- Technologie sowie
- Effizienzdenken.

Auf diese Punkte verstärkten Wert zu legen, dürfte auch für die Gesundheitsdienstleister in der Untersuchungsregion nachvollziehbar sein. Sie werden bei der Diskussion über die Stärken und Schwächen in der Region eine wichtige Rolle spielen.[22]

4.2 Trends bei den Erkrankungen

Faktoren, die zu einer erhöhten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führen können, sind die veränderte Demographie sowie ein sich veränderndes Indikationsspektrum (Faktoren, die wie sich zeigen wird, nicht unabhängig betrachtet werden können). Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung dieser Faktoren, werden sie hier etwas ausführlicher ausgeführt.

Das Spektrum der Krankheiten in Deutschland hat sich in den letzten Dekaden quantitativ von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen stark verschoben. Gerade Menschen mit hohem und sehr hohem Alter sind durch die chronischen und meist irreversiblen Krankheiten charakterisiert, die eine medizinische Behandlung in aller Regel bis ans Ende des Lebens erfordern. Meist nehmen diese Krankheiten in ihrem Schweregrad mit zunehmendem Alter zu, das heißt, das Gesamtbild dieser chronischen Erkrankungen verschlechtert sich.

Unter chronischen Krankheiten werden Krankheiten verstanden, die entweder Ergebnis eines länger andauernden Prozesses degenerativer Veränderung somatischer oder psychischer Zustände sind oder die dauernde somatische oder psychische Schäden oder Behinderung zur Folge haben. Heilt eine Krankheit nicht

[22] Eine interessante Betrachtung des Gesundheitsmarkts in Österreich zeigt dessen Dynamik; siehe Anlage 5

aus oder kann die Krankheitsursache nicht beseitigt werden, kommt es zur Chronifizierung.

Funktionsausfälle können im Alter wesentlich schlechter kompensiert werden als bei jüngeren Menschen. Bei der Beurteilung der verschiedenen chronischen Erkrankungen ist unter anderem zu berücksichtigen, dass die Funktionseinschränkungen nicht alle Organe und Gewebe gleichförmig betreffen.

Die Häufigkeit von chronischen zeigt die folgende Abbildung.

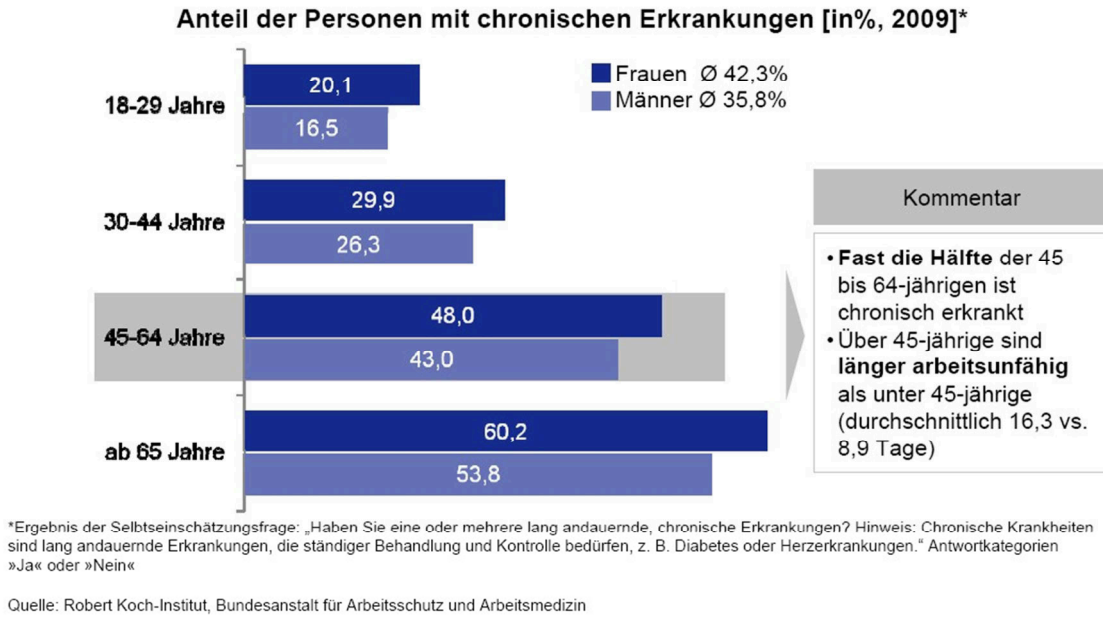


Abbildung 12: Anzahl chronischer Erkrankungen

Zurzeit finden sich bei zwei Drittel aller Todesursachen chronische Erkrankungen. Das Nebeneinander von verschiedenen Krankheiten beim älteren Menschen, die gleichzeitig oder auch zeitlich versetzt auftreten und vielfach zu den chronischen Krankheiten gehören – die Multimorbidität – ist ein bekanntes Charakteristikum des älteren Menschen. Zu den häufigen chronischen Erkrankungen bei Älteren gehören Diabetes mellitus, hoher Blutdruck, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, cerebrale Erkrankungen (insbesondere die Ischämien) und die große Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems führten im Jahr 2005 in Deutschland zu 367.361 Todesfällen; bei fast jedem zweiten Deutschen (ca. 45 %) wurde der Tod durch eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems ausgelöst. Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen damit weiter unverändert die Liste der Todesursachen an. Infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen starben insbesondere ältere Menschen: Fast 91 % der Verstorbenen waren über 65 Jahre alt. Ein zunehmendes Problem ist dabei die in Deutschland wie in anderen westlichen Industrieländern stetig wachsende Zahl chronisch herzkranker Patienten. Derzeit leiden ca. 1,8 Millionen Deutsche an chronischer Herzinsuffizienz, jährlich kommen 200.000 bis 300.000 Patienten hinzu.

Im Jahr 2002 wurden im deutschen Gesundheitssystem 35,4 Milliarden Euro für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgewendet; das sind 15,8 % aller Krankheitskosten (223,6 Milliarden Euro). Neben die direkten Krankheitskosten treten oft Einschränkungen in der Lebensqualität der Patienten und teilweise erhebliche indirekte Kosten. So ermittelte das Statistische Bundesamt für das Jahr 2004 3,4 Millionen verlorene Lebensjahre und über 400.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre.

Laut Angaben der Deutschen Diabetes-Stiftung (DDS) sind aktuell über 7 Millionen Menschen in Diabetes-Behandlung, weitere ca. 3,5 Mio. wissen nichts von ihrer Erkrankung. Jeden Tag kommen etwa 1.000 Betroffene dazu – zunehmend in jüngerem Alter und bedauerlicherweise auch immer mehr Jugendliche. Die Steigerung ist auf falsche Ernährung und ungesunde Lebensweise zurückzuführen. Aktuelle Studien zeigen, dass die Gesundheitskosten für Menschen mit Diabetes fünfmal so hoch liegen wie für Menschen ohne Diabetes. Diabetes schränkt vielfach auch die berufliche Belastbarkeit ein. Zahlreiche Folgeerkrankungen treten mit erhöhtem Risiko auf.

Gleichzeitig besteht bei Diabetes mellitus wie bei kaum einer anderen chronischen Erkrankung die Möglichkeit, durch eine gute Einstellung des Blutzuckers und eine gesunde Lebensweise die Folgen der Erkrankung zu mildern, ein normales Leben zu führen und die Kosten nahezu auf diejenigen eines Durchschnittspatienten zurückzuführen.

Bluthochdruck und Diabetes mellitus sind die wichtigsten Risikofaktoren für den Schlaganfall. Der Schlaganfall ist in Deutschland nach verschiedenen Herzerkrankungen und Lungen-/Bronchialtumoren mit 15 % aller Todesfälle die fünfthäufigste Todesursache. Zudem stellt er die häufigste Ursache für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter dar. Den als repräsentativ geltenden Berechnungen des Erlanger Schlaganfallregisters zufolge, kommt es pro Jahr in Deutschland zu 150.000 Neuerkrankungen und ca. 50.000 Rezidivschlaganfällen, sodass pro Jahr eine Gesamtzahl von etwa 200.000 Schlaganfällen zu versorgen ist.

Durch die überlebenden Patienten (bei ca. 20 % bis 30 % führt der akute Schlaganfall zum Tode) kommt es in Deutschland zu einer Prävalenz der Schlaganfallkranken mit ihren Spätfolgen in der Größenordnung von 500.000 Patienten, die zu jedem Zeitpunkt zu versorgen sind. Bei ca. 40 % der Überlebenden kommt es zu schweren chronischen Folgeschäden.

Gefäßerkrankungen und Herzkreislauferkrankungen werden zunehmend als Risikofaktoren für die Demenz vom Alzheimer-Typ erkannt.

Im Rahmen der Alterserkrankungen nimmt die Demenz eine besonders ausgeprägte Rolle ein. Während die Prävalenzraten im Alter von 65-69 Jahren bei 1,5% (bei Männern) bzw. 1,3% (bei Frauen) liegen, steigen sie in der Altersgruppe von 75-79 Jahre bereits auf 5,6 bzw. 6,8 % an. In der Altersgruppe von 85-89 haben bereits 17,9% der Männer bzw. 23,1% der Frauen Demenz. Bei den 95-99jährigen steigen die Häufigkeit auf 29,7 bzw. 38,0% an.[23]

Die Demenz kann in unterschiedlichen Erscheinungsformen auftreten, wobei die Alzheimer-Demenz mit 50% die größte Häufigkeit aufweist. Die vaskuläre Demenz (ausgelöst durch Durchblutungsstörungen) macht 15% der an Demenz Erkrankten aus, während Mischformen (vaskulär bzw. neurogenerativ) mit 30% zu Buche schlagen.

[23] DZNE (Frank Jessen) , Bonn, Demenz-Report(Ziegler/Dobelhammer 2009, zitiert nach Welt am Sonntag, Nr 22 vom 27.Mai 2012, Seite 53)

Mit zunehmender Demenz nimmt die Pflegebedürftigkeit zu. Im Endstadium ist eine stationäre Versorgung die Regel. Im Kontext mit dieser Erkrankung wird immer wieder darauf hingewiesen, dass so lange die Versorgung im häuslichen Umfeld erfolgt die körperliche und seelische Belastungen der Betreuenden sehr hoch sind und gesundheitstouristische Angebote hier neben dem Erkrankten auch den Betreuenden adressieren sollten. Diese Angebote nehmen in letzter Zeit zu. So werden sie beispielsweise von der Alzheimer-Gesellschaft angeboten. Grundsätzlich können diese Angebote in allen Regionen entwickelt werden, in denen ambulante bzw. stationäre Pflegedienste tätig sind. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass entsprechende touristische Angebote für den Betreuer zur Verfügung stehen. Diese müssen auf die Belastungssituationen abgestellt werden.

Das Institut für Gesundheitssystem Forschung in Kiel rechnet für die durch Demenz verursachten Behandlungs- und Pflegekosten mit Gesamtkosten bis 35 Milliarden Euro pro Jahr. Bedingt durch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur werden die Zahlen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter zunehmen. Bis zum Jahr 2050 wird mindestens mit einer Verdoppelung, wenn nicht Verdreifachung der Zahl der Demenzkranken gerechnet.

Im Jahr 2020 werden schätzungsweise weltweit 15 Millionen Menschen neu an Krebs erkranken. Damit würde die Neuerkrankungsrate gegenüber 2000 um 50 % steigen. Hauptgrund für diesen Anstieg: Es gibt immer mehr alte Menschen. Krebs ist zu einem großen Teil auf eine defekte Fehlerkorrektur der Erbsubstanz zurückzuführen: Je älter der Mensch wird, desto unzuverlässiger arbeitet dieses Reparatursystem und umso wahrscheinlicher wird es, an Krebs zu erkranken. Wenn die derzeitigen Raucherquoten und die oft ungesunde Lebensweise unverändert bleiben, wird die Zahl der Krebsneuerkrankungen in Zukunft sogar noch höher sein. [24](Quelle: WHO 2003)

[24] WHO 2003

Die altersstandardisierten Inzidenzraten für Deutschland nach der Schätzung des Robert-Koch-Instituts in Berlin liegen für Frauen und für Männer etwas über dem Durchschnitt der EU.[25]

In den letzten Jahrzehnten ist ein deutlicher Anstieg bei Allergien zu verzeichnen. Dieser Trend ist weltweit und insbesondere in den Industrienationen zu erkennen. Untersuchungen in den 90er Jahren zeigten beispielsweise bereits einen Anstieg beim Heuschnupfen der Erwachsenen innerhalb von 10 Jahren um 70%.

In Europa sind inzwischen ca. 30% der Bevölkerung von Allergien betroffen. Man schätzt, dass im Jahre 2020 fast jeder vierte Deutsche an einer Allergie erkrankt sein wird. Besonders besorgniserregend ist die Situation bei den Kindern. Hier gehören Allergien bereits zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Insgesamt leiden in Deutschland 2% bis 5% der Kinder an einem vom Arzt festgestellten Bronchial-asthma, jedoch mehr als doppelt so viele Kinder klagen über die Symptome

Die allergischen Krankheitsbilder sind in Form und Ausprägung sehr unter-schiedlich und können verschiedene Organe betreffen. Das Immunsystem macht plötzlich gegen eigentlich harmlose Umweltstoffe oder Nahrungsmittel mobil und entwickelt eine Überreaktion. Bei den atopischen Krankheitsbilden (u. a.: Heuschnupfen, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Nahrungsmittelallergien) spielt die Vererbung eine wichtige Rolle. Über die Ursachen der Entwicklung der Allergien gibt es bislang keine gesicherten Erkenntnisse, jedoch verschiedene Hypothesen, wie zum Beispiel, dass Umweltfaktoren, die Haustierhaltung, der Verzehr von exotischen Früchten oder auch das nahezu keimfreie Aufwachsen der Kinder dafür verantwortlich sein könnten.

Abgesehen von den volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Allergien entstehen, handelt es sich oft um Erkrankungen, die die Lebensqualität des Betroffenen stark einschränkten, die zu Komplikationen führen und die vor allem einen chronischen Verlauf nehmen können.

[25] **http://www.medfuehrer.de/Krebs-Onkologen-Haematologen/Haeufigkeit-von-Krebserkrankungen/Statistiken.html**

Eine Heilung ist durch die klassische Schulmedizin noch nicht erreichbar. Durch eine 2 – 3 Jahre dauernde Hypersensibilisierung kann ein gewisser Heilungsprozess einsetzen. Der Erfolg ist jedoch ungewiss.

Neue Biophysikalische Methoden (Bioresonanz, Elektroakupunktur, u. ä.) werden als nicht wissenschaftlich begründet strikt abgelehnt. Hierbei besteht jedoch die Möglichkeit, Allergien in ca. 80% der Fälle wirklich zu löschen. Voraussetzung ist hierfür zum einen eine fundierte Ausbildung des Arztes und zum anderen eine strikte Einhaltung der Vorgaben. So beschränkt sich die Behandlung nicht nur auf den Patienten selber, sondern sein gesamtes familiäres Umfeld muss an der Ernährungsumstellung für eine gewisse Zeit lang teilhaben. Jedoch gibt es auch Fälle, bei denen selbst die Bioresonanz an ihre Grenzen stößt. Weiter wird an einer Schluckimpfung für Kinder gearbeitet, die eine Art Beschäftigungstherapie für das „unterforderte“ Immunsystem darstellt. Dazu nutzten Forscher einen Cocktail aus Bakterientrümmern. Dies ist bereits als alternatives Heilmittel zur Unterstützung der Darmflora zugelassen.

Darüber hinaus gibt es die Anti-Ige-Impfung. Je weniger IGE im Körper vorhanden ist, desto geringer ist folglich auch die Gefahr einer allergischen Reaktion.[26]

Im Rahmen der Diskussion für den Standort „Schleswig“ spielte die Inkontinenz, insbesondere von der Bürgerinitiative angesprochen, eine wiederkehrende Rolle. Ihr wird daher der nächste Abschnitt gewidmet.

Die International Continence Society (ICS) definiert Harninkontinenz als ein Leiden, verursacht durch jede Form eines unkontrollierten Harnabgangs. Laut öffentlichen Statistiken leiden durchschnittlich 8 % der Bevölkerung an Inkontinenz. Hinzu kommt eine nicht definierte Dunkelziffer, da über das Thema Harninkontinenz nur ungern gesprochen wird. Die Statistik ist daher nicht vollständig. Viele Menschen wissen daher auch gar nicht, welche Hilfsmittel es gibt und wo Hilfe zu holen ist.

Inkontinenz wird von Person zu Person unterschiedlich erlebt. Schon eine ganz geringe Form von Inkontinenz kann sehr belastend sein und zu sozialer Isolierung

[26] **http://www.zhkplus.de/berichte/allergien.shtml**

führen. Harninkontinenz wird typisch für ein Frauenproblem gehalten, was jedoch nur bedingt richtig ist. Bei jüngeren Menschen sind in der Tat mehr Frauen davon betroffen als Männer. Im fertilen Alter sind somit 10-15 % der Frauen inkontinent, und bei den Männern nur 5 %. Bei Menschen über 70 Jahren gleicht sich dieser Unterschied jedoch fast wieder aus.[27]

Inkontinenz kann in unterschiedlichen Formen auftreten:[28]

- Belastungsinkontinenz
- Dranginkontinenz
- Mischinkontinenz
- Blasenentleerungsstörungen
- Stuhlinkontinenz

Da in Schleswig-Holstein bereits Inkontinenz-Zentren an Krankenhäusern existieren (Kiel und Neumünster) und darüber hinaus beim Schlei-Klinikum kein Interesse besteht ein solches zu entwickeln (d. h. ein solches, das überregionale Wirkung entfalten soll), wird dieser Gedanke im weiteren Verlauf nicht weiter vertieft. Eine Übersicht über derartigen Zentren in anderen Bundesländern gibt die Anlage 2.

Die Wirkungen von chronischem Stress sind mittlerweile umfänglich untersucht. Hierbei wurde festgestellt, dass chronischer Stress Auswirkungen auf folgende Krankheitsbilder bzw. Lebensbereiche haben kann:

- Immunsystem
- Herzkreislaufsystem
- Muskulatur
- Verdauung
- Stoffwechsel
- Schmerz
- Sexualität

[27] Vgl. http://www.abena.de/Default.aspx?ID=5595
[28] Vgl. **htt**p://www.innocept.de/pdf/InkontinenzRatgeber.pdf

Die Ursachen für chronischen Stress liegen in erster Linie im Arbeitsumfeld der Betroffenen. Es ist von daher auch unter Beachtung der durch Arbeitsausfall entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten nachvollziehbar, dass in den letzten Jahren vermehrt Angebote zur Reduzierung dieses Belastungssyndroms (in diesem Kontext taucht auch der Begriff „Burn-Out“ auf) entwickelt wurden. Vor diesem Hintergrund erhält auch das betriebliche Gesundheitsmanagement einen höheren Stellenwert. Hier liegt die Motivation der Unternehmen insbesondere darin, qualifizierte Mitarbeiter im Unternehmen gesund zu erhalten, was insbesondere bei dem zu erwartenden Fachkräftemangel in Deutschland einige Brisanz beinhaltet.[29]

Wirklich, er war unentbehrlich!
Überall wo was geschah, zu dem Wohle der Gemeinde,
er war tätig, er war da.
Schützenfest, Casinobälle, Pferderennenpreisgericht,
Liedertafel, Spritzenprobe, ohne ihn da ging es nicht,
ohne ihn war nichts zu machen, keine Stunde hatt`er frei.
Gestern als sie ihn begruben war er richtig auch dabei.
(Wilhelm Busch)[30]

Ein relativ kleiner Anteil von Risikofaktoren (Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht, erhöhte Cholesterinwerte, Bluthochdruck) verursacht einen Großteil der chronischen Erkrankungen. Falsche Ernährung und Bewegungsmangel sind die häufigsten Ursachen. Folglich ist es sehr wichtig, schon im Kindergarten ein Verständnis für gesunde, salz- und zuckerarme Ernährung sowie ausreichend Bewegung zu vermitteln.

Chronische Krankheiten hängen oftmals mit einem geringen Bildungsniveau zusammen. Daher kommen diese bei sozial schwächeren Menschen häufiger vor.[31]

[29] Granig, Peter/Nefiodow Leo A. (Hrsg.), Gesundheitswirtschaft –Wachstumsvotum im 21. Jahrhundert Wiesbaden 2011, S. 185 ff.); vgl. dazu auch die Ausführungen in 4.1.3 dieser Ausarbeitung

[30] Diese Zitat mag als Hinweis dafür gesehen werden, dass Stress nicht erst eine Erscheinung der modernen Welt ist …

[31] http://www.stern.de/gesundheit/world-health-summit-auf-dem-weg-in-eine-chron isch-kranke-zukunft-1611936.html

4.3 Trends beim Gesundheitstourismus

Der Gesundheitstourismus zählt zu den langfristigen Wachstumsmärkten im deutschen Tourismus. Kein touristischer Markt hat sich in den letzten 5 Jahren so dynamisch entwickelt.

Glaubt man den Markt- und Trendforschern kann der Gesundheitstourismus in den nächsten Jahrzehnten zu den entscheidenden Konjunkturmotoren der Tourismusbranche gehören. Destinationen und Betriebe betreten allerdings oft erst Neuland in diesem höchst attraktiven, aber sogleich stark umkämpften Markt.

Die Fähigkeit, Alleinstellungsmerkmale (und damit erkennbar zu sein!) aufzubauen, wird im Wettbewerb entscheidet sein.

Aufgrund der Verlagerungen hat sich der Begriff des „Neuen Gesundheitstourismus“ geprägt. Er ist noch in einer frühen Marktphase, da es noch immer deutlich zu wenig regionale Netzwerke gibt, die Kooperationen von medizinisch-therapeutischen und touristischen Anbietern ermöglichen und unterstützen. Neben den bisher bekannten Angebote werden neue Innovationen treten, wie beispielsweise Selfness-Urlaub (Lebensberatung und Personal-Coaching im Urlaub). Destinationen sind aufgefordert, derartige Innovationen zu entwickeln – immer gemeinsam von Tourismus und Gesundheitswirtschaft.

Die Eigenvorsorge des Individuums zum Erhalt der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit wird weiter an Bedeutung gewinnen.

Die Potenziale werden auch den nachstehenden Abbildungen deutlich.

Interessenten für gesundheitsorientierte Urlaubsformen

Volumen des Zukunftspotenzials gesundheitsorientierter Urlaubsformen 2010 - 2012

	plane ziemlich sicher		kommt generell in Frage	
	Mio.	%	Mio.	%
Gesundheitsurlaub	3,0	4,7	6,8	10,5
Kur im Urlaub	2,5	3,8	6,0	9,3
Wellnessurlaub	3,6	5,5	8,7	13,5
Fitnessurlaub	1,4	2,1	4,2	6,5

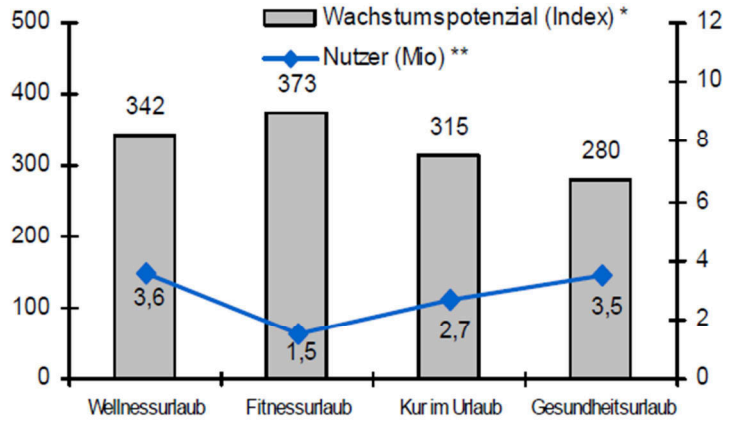
*Frage: „Welche dieser Möglichkeiten, Urlaub zu machen, planen Sie **innerhalb der nächsten drei Jahre** (also 2010, 2011 oder 2012) ‚ziemlich sicher' zu nutzen? Und welche kommen für Sie **in den nächsten drei Jahren** ‚generell in Frage'? (Listenvorlage mit 28 Urlaubsformen; Mehrfachnennungen möglich)*

Basis: Bevölkerung (64,8 Mio.)

Quelle: FUR, RA 2010

Abbildung 13: Interessenten an Urlaubsformen

Wachstumspotenziale in allen Segmenten: ca. 3 mal mehr Interesse



** Anzahl der Interessenten (2010 - 2012) im Vergleich zum aktuellen Nachfragevolumen (100 = Anzahl der Nutzer 2007 - 2009)*

***Urlaubsform gemacht 2007 – 2009; Basis: Bevölkerung (64,8 Mio.)*

Quelle: RA 2010 + eigene Berechnungen

RA ReiseAnalyse 2010

Martin Lohmann: Nachfrage Gesundheitstourismus; 2. Juni 2010 Seite 12

Abbildung 14: Wachstumspotenziale

Der neue Gesundheitstourismus wird gespeist durch:

- Den demographischen Veränderungen (neuen Altersanforderungen; Indikationen)
- den Wertewandel (Lebensstilen, Bedürfnislagen)

Der neue Gesundheitstourismus zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- Er gehört künftig zum Angebot fast jeder Urlaubsdestination - Sicherheit, Komfort und Barrierefreiheit gewinnen vor allem bei der wachsenden Zielgruppe der Älteren an Bedeutung und werden als wichtige Angebotsbestandteile nachgefragt.
- Er wird zunehmend differenzierter - für Anbieter ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten der Spezialisierung auf Subthemen und für die Ausbildung von Alleinstellungsmerkmalen (z.B. nach Indikatoren).
- Er ist zunehmend medizinisch-therapeutisch abzusichern. Messbare Ergebnisse und Wirkungsnachweise sind gefragt, reine Wohlfühlangebote verlieren zusehends an Bedeutung.
- Er wird indikationsorientierter. Die Primärprävention wird deutlich medizinischer. Sie wird langfristig in ihrer Bedeutung von den indikationsbezogenen Angebotssparten der Sekundär-und Tertiärprävention abgelöst.
- Er wird nachhaltiger – Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitschecks sowie Coachingangebote mit dem Ziel der langfristigen Lebensstiländerung bzw. des Entgegenwirkens von Altersbeschwerden, -krankheiten und Attraktivitätsverlust werden immer bedeutender.
- Er fordert neue Kombinationen und Paketangebote, die über den Aufenthalt hinausgehen. Gesundheitliche Mehrwerte aus dem Urlaub werden in das Wohnumfeld übertragen.

- Er braucht starke Anbieternetzwerke zwischen professionellen Gesundheitsdienstleistern und dem Tourismus, um den vielfältigen Anforderungen der Gäste gerecht werden zu können.
- Er benötigt zielgruppenspezifische Vertriebswege abseits der klassischen, touristischen Marketingkanäle - veränderte Interessenlagen und wandelndes Kommunikationsverhalten schaffen neue Orte der Kommunikation, die eine zielgerichtete Ansprache ermöglichen.[32]
- Seine Chancen liegen an den Schnittstellen von Gesundheitswirtschaft, Medizin und Kommunikationstechnologie

Sechs Angebotssparten werden den „neuen Gesundheitstourismus“ ausmachen.

Angebotssparten im Gesundheitstourismus mit fließenden Grenzen

		Angebotssparten	Motivation/ Ziel aus Kundensicht	Beispiele	Anbieterrelevanz
nicht indikationsorientiert (Diagnose nicht relevant)	I	Primärprävention	Krankheitsvermeidung, Gesundheitserhaltung, Kompetenzen für gesundheitsfördernde Lebensweise	Vorbeugung bspw. durch Ernährung, Sport, Wellness	sämtliche medizinisch/touristische Anbieter mit Qualifikationsanforderungen nach Leitfaden Prävention der Krankenkassen
	II	Leistungsfähigkeit	Erreichung eines leistungsdefinierten Ziels	Resilienzerhöhung (Widerstandskraft gegen Krankheiten) durch Meditation, Marathontraining	Anbieter mit medizinisch und/oder psychologisch-therapeutischem Bereich
	III	Attraktivität	Erhöhung der Attraktivität	Dermabrasion, Chemical Peeling	Anbieter mit medizinisch-therapeutischem Bereich
Indikationsorientiert (Diagnose relevant)	IV	Sekundär-/ Tertiärprävention	Früherkennung, Verhinderung der Verschlimmerung oder des Wiederauftretens einer Erkrankung	Einführung in das Joggen bei Bluthochdruck Chronische Erkrankungen	medizinisch-therapeutische Einrichtungen mit Programmleitung, in Kooperation mit touristischen Anbietern
	V	Rehabilitation	Wiederherstellung der Gesundheit	nach Eingriffen, Anschlussreha nach Unfall	medizinisch-therapeutische Einrichtungen
	VI	Heilung und Linderung	Behandlung einer Erkrankung	Patientenreise in spezialisierte Klinik	medizinisch-therapeutische Einrichtungen

Quelle: PROJECT M & KECK MEDICAL 2011

Abbildung 15: Angebotssparten im neuen Gesundheitstourismus[33]

[32] Vgl.http://www.deutschertourismusverband.de/fileadmin/Mediendatenbank/PDFs/Branchenreport_Gesundheitsregionen_Gesundheitsinitiativen.pdf

[33] Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland (April 2011)“ des Deutschen Tourismusverband e.V. und unterstützt vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie

Insgesamt vier Markttreiber forcieren die Entwicklung eines „Neuen Gesundheitstourismus“:

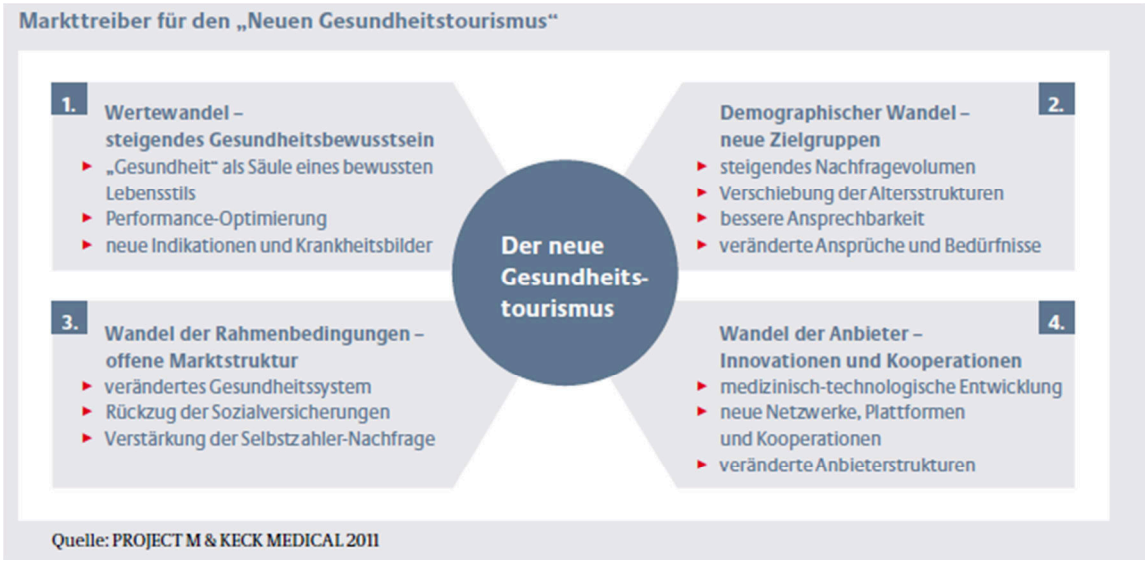


Abbildung 16: Treiber des neuen Gesundheitstourismus

In wie weit die Destinationen insbesondere die unter 4. genannten Fähigkeiten haben werden, wird für deren Erfolg entscheidend sein. Hierauf wird bei der Betrachtung der Region Schleswig/Schlei-Ostsee zurück zu kommen sein.

Aufgrund der erwarteten kurzfristigen Bedeutung des Themas „Wellness/Medical-Wellness“ sollen hierzu noch einige gesonderte Aussagen folgen. Zur Wiederholung hier noch einmal wesentliche Eigenschaften:

- Wellness ist moderne Form des Gesundheitstourismus , die körperliche und seelische Entspannung, verwöhnen lassen und Kraft tanken miteinander verbindet.
- Es geht dabei es um die (Wieder-) Herstellung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens durch (Kurzzeit-) Aufenthalte in einem Zentrum für Gesundheitstourismus.

- Der Ort kann sowohl ein klassischer Kurort, ein Badeort oder ein spezielles Hotel sein.

Die folgende Abbildung zeigt die Veränderungen bis 2007, die sich aber weiter fortgesetzt haben.

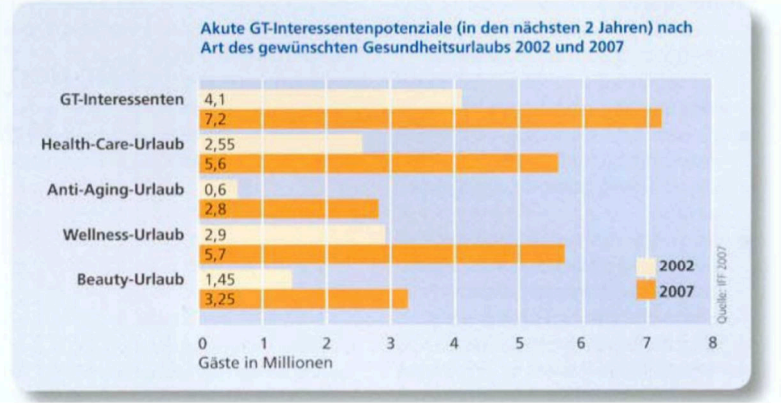


Abbildung 17: Gesundheitstouristische Interessenspotenziale[34]

Der Wellnessmarkt boomt und wandelt sich – von einem passiven hin zu einem aktiven Verhalten der Teilnehmer.

[34] **http://www.ff-freizeitwirtschaft.de/pdf/Wachstumswelt.pdf**

Abbildung 18: Entwicklung des Wellness-Marktes[35]

In wie weit die Phase 3 bereits erreicht ist, kann nicht mit Bestimmtheit ausgesagt werden.[36]

Aus der Unübersichtlichkeit des Marktes heraus entstehen neue Marken mit entsprechendem Wettbewerb. Es werden Kooperationen und Netzwerke zur Schaffung einheitlicher Qualitätsstandards gebildet (Zertifizierung und Gütesiegel).

Dieser Abschnitt soll abgeschlossen werden mit einem Blick auf die erwartete Marktentwicklung in den kommenden Jahren.

[35] **http://www.ff-freizeitwirtschaft.de/pdf/Wachstumswelt.pdf**

[36] http://www.potsdam.ihk24.de/linkableblob/1077118/.1./data/Lorenz_Wellness-_und_Gesundheitstourismus-data.pdf;jsessionid=3AFC3C0EF4FA08B8F7319842DE649158.repl1

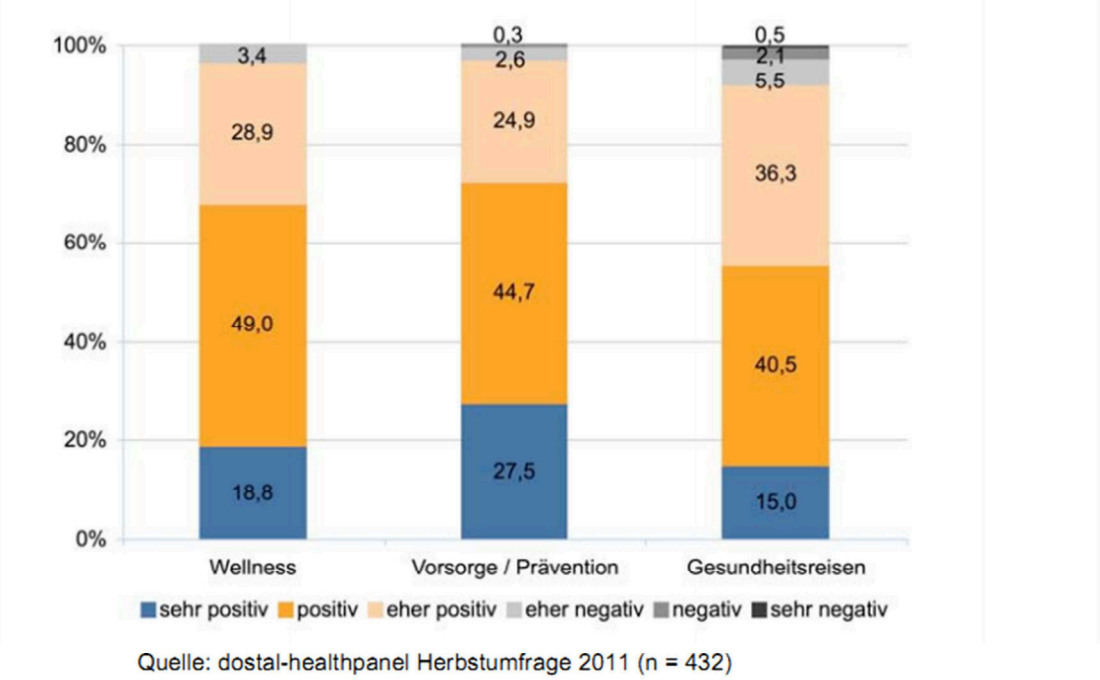


Abbildung 19: Erwartete Marktentwicklung[37]

Immerhin 67,8% der Befragten sehen bei Wellness sehr positive oder positive Tendenzen. Bei präventiven Angeboten ergibt sich gar eine Einschätzung von 72,2%, während die Gesundheitsreisen mit 55,5,% etwas zurückliegen.

Auch hinsichtlich der Marktentwicklungsrichtungen bestätigt sich ein Trend zu „mehr“ Wellness und Gesundheitsreisen aufgrund von Netzwerkstrukturen und durch selbstzahlende Private. Im Bereich (medizinischer) Prävention und Vorsorge wird den Kostenträgern eine Entwicklungskraft durch neue Produkte zugetraut. Auch dieses Segment kann für einen Gesundheitsstandort von Interesse sein, wenn es gelingen sollte, attraktive „Pakete“ zu schnüren.

[37] Dostal/Dostal: Potenziale im Zweiten Gesundheitsmarkt: Wellness, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsreisen, Vilsbiburg 2011, S. 33

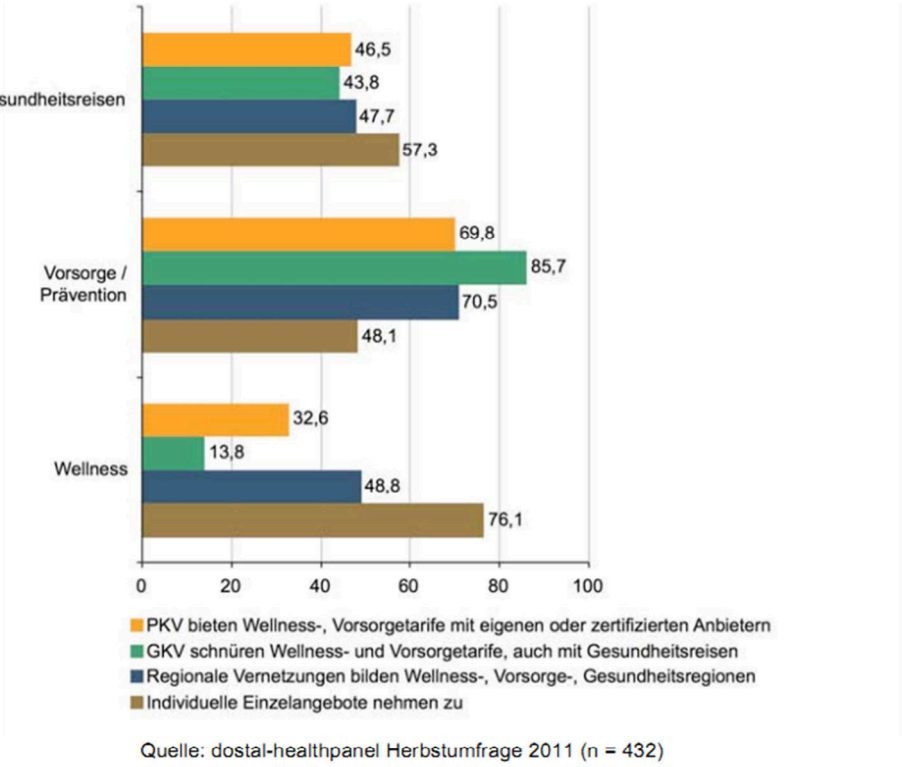


Abbildung 20: Erwartete Entwicklungsrichtungen[38]

Grundsätzlich ist der Bereich des Gesundheitstourismus ein attraktiver Markt (gemessen am Marktpotenzial und am Marktwachstum). Allerdings verlangt er nach Fähigkeiten, die in den Destinationen noch zu entwickeln sein werden. Es ist also eine Grundsatzentscheidung, sich diesem Thema öffnen zu wollen. Welche Fähigkeiten hierzu besonders wichtig sind und in wie weit die untersuchte Region diese Fähigkeiten besitzt oder sie entwickeln kann wird im weiteren Verlauf der Ausarbeitung deutlich werden. Der nächste Gliederungspunkt ist den Technologien vorbehalten. Sie spielen nicht nur als Vertriebskanal in der Zukunft eine immer wichtiger werdende Rolle, z.B. als Instrument der Kundenbindung.

[38] Dostal/Dostal: Potenziale im Zweiten Gesundheitsmarkt: Wellness, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsreisen, Vilsbiburg 2011, S. 41

4.4. Trends bei Technologien

Ohne den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien wird die qualifizierte und effiziente Versorgung in den europäischen Gesundheitswesen zukünftig nicht mehr gesichert werden können, so formuliert es die Europäische Kommission. Dies wird schnell einsichtig, wenn man die Erwartungen der Menschen an das Gesundheitswesen (Qualität, Mobilität, Sicherheit, Selbstständigkeit) einerseits mit den gegenwärtigen Strukturen (z. B. wird dies am Problem der Versorgung chronisch Kranker in ländlichen Räumen deutlich) und den nicht mehr zu steigernden Mitteln für das Gesundheitswesen (bei weiter voranschreitendem medizinischen Fortschritt) versucht in Einklang zu bringen. Neue Versorgungsmodelle müssen effiziente Kommunikationsstrukturen aufweisen.

Von der WHO werden unter dem Begriff „eHealth“ alle Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen subsummiert die es ermöglichen, digitale medizinische Informationen unabhängig von Zeit und Ort zu speichern, abzurufen, zu verändern und auszutauschen. Besondere Beachtung wird dabei zukünftig der Rolle des Konsumenten (Bürger; Patient) geschenkt, da er zu einem aktiven Partner im Gesundheitswesen (zunächst in den Industrieländern) werden wird.

Die eHealth-Anwendungen lassen sich in drei große Gruppen einteilen:

- Datenbanken
- Portale
- Telemedizin

Die Deutschen Gesellschaft für Telemedizin subsummiert unter dem Begriff der „Telemedizin“:

„die Erbringung konkreter medizinischer Dienstleistungen in Überwindung räumlicher Entfernungen durch Zuhilfenahme moderner Informations- und Kommunikationstech-nologien.“ [39] Zu nennen sind also beispielsweise

[39] Deutsche Gesellschaft für Telemedizin 2009

- die Auslieferung / Erbringung von medizinischen Dienstleistungen, sowie
- die Überbrückung der örtlichen und oder zeitlichen Entfernung der beiden beteiligten Akteure durch den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnologie

Telemedizin ist ein Wachstumsmarkt. Die EU-Kommission schätzt die Entwicklung des Marktpotenzials für Telemedizin auf 11,3 Mrd. Euro im Jahr 2014 (im Jahr 2006 lag es bei 4,7 Mrd. Euro)! SAP und Accenture errechneten durch den Einsatz von eHealth-Technologien eine jährliche Einsparung für Deutschland von 400 Mio. Euro.

Basis fast aller Anwendungen ist ein leistungsfähiger Internetzugang. Anwendungen werden zunehmend mobil, wie die folgenden Zahlen verdeutlichen:

- Zunahme der Mobilfunkverträge in Deutschland pro 100 Einwohner: 2000 = 59; 2010 = 134
- Datenvolumen im deutschen Mobilfunk: 70 Mio. Gbyte
- Zunahme der Internetnutzer: 2000 = 24 Mio./ 2010 = 134 Mio.

Es wäre falsch, wenn man die Zurückhaltung der Ärzte in der Diskussion um die eCard verallgemeinern würde. Die Akzeptanz für informationstechnische Lösungen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Seitens der Ärzteschaft werden die nachfolgend aufgelisteten Vor- und Nachteile mit dem Einsatz der IKT (Informations- und Kommunikationstechnologien) verknüpft.[40]

Vorteile:

- Leichtere Verfügbarkeit von hochwertigen Daten für die klinische Forschung (70,9%)
- Verbesserte Koordination von Therapien (69,1%)
- Verringerung von Behandlungsfehlern (66,0)
- Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Patientenversorgung (67,1%)

[40] Studie des Beratungsunternehmens Accenture Ende 2011, befragt wurden: > 3700 Ärzte in 8 Ländern, darunter 500 in Deutschland

- Verbesserung der Genauigkeit von Diagnosen (66,8%)
- Verbesserter Zugang zu medizinischen Leistungen (66,7%)

Nachteile:

- Keinen oder sogar negativen Einfluss auf die Verringerung unnötiger Untersuchungen (43,6%)
- Zweifel, ob der Zugang zu Therapien durch IT besser werde (43,0%)
- Bedenken, ob dadurch mehr Behandlungserfolge erzielt würden (39,2%)

Während Telemedizin als konkrete medizinische Dienstleistung verstanden wird, fokussieren die sonstigen eHealth-Applikationen auf Prozesse, die mit der Patientenbehandlung in einem engen Zusammenhang (aber selber keine Behandlung darstellen) stehen, der Bereitstellung von Informationen oder der Forschung beziehungsweise der Gesundheitsberichterstattung dienen. Zur Verdeutlichung und Abgrenzung von telemedizinischen Leistungen werden diese nachfolgend aufgeführt.

- Behandlungsbezogene Anwendungen
  - Telekommunikation
    - eArztbrief
    - eÜberweisung
      - eÜberweisung
      - eKrankenhaus-Einweisung
    - eVerordnung
      - eRezept
      - eHilfsmittel
      - Weitere Verordnungen KV
    - eMeldung
    - eAntrag
      - Kostenübernahmeantrag
      - Verlängerungsantrag
    - eAbrechung
      - Ambulante Abrechnung
      - Stationäre Abrechnung
      - BG-Verfahren
  - Teledokumentation
    - Notfalldaten
    - Med. Basisdokumentation
    - Verordungsdokumentation
    - Medikationsdokumentation
    - Patientenselbstdokumentation
    - Leistungskostendokumentation
    - eEPA
    - EGA
    - Elektr. Krankheitsregister
  - Telekooperation
    - Versicherungsdatenabgleich
    - Einweiserportal
    - Behandlungsmanagement

Abbildung 21: Behandlungsbezogene Anwendungen

Als telemedizinische Anwendungen im engeren Sinne können die folgenden Anwendungen bezeichnet werden:[41]

- Telekonsil
- Telezweitmeinung
- Telebefundung
- Teleradiologie
- Telepathologie
- Telechirurgie
- Teledermatologie
- Teleneurologie
- Telepsychiatrie
- Telesomnologie
- Telephalmologie

Abbildung 22: Telemedizinische Anwendungen im „engeren Sinne“

Einige der aufgeführten Verfahren werden nun genauer erläutert, Hintergrund ist ihre Eignung im Rahmen von gesundheitstouristischen Angeboten. Der Verfasser ist der Auffassung, dass sie sogar zur Schaffung von Alleinstellungsmerkmalen geeignet sind.

Die beiden Begrifflichkeiten der „Telekonsultation“ und der „Telezweitmeinung“ werden in der Literatur nicht eindeutig voneinander abgegrenzt, so dass diese unter dem Begriff der „Telekonsultation“ zusammengefasst werden.

Als „Telekonsultation“ bezeichnet man die fallbezogene Beratung des behandelnden Arztes mit einem Fachkollegen unter Zuhilfenahme elektronischer Medien, wie digitaler Röntgenbilder oder eines EKG. Grundlage eines Telekonsils ist daher die digitale Bereitstellung medizinischer Daten des Patienten sowie telemedizinischer

41 Um einen Überblick über den Bereich eHealth zu bekommen, sind zu empfehlen: Trill, Roland (Hrsg.) (2009): Praxisbuch eHealth. Von der Idee zur Umsetzung., Stuttgart : Kohlhammer; Trill, Roland (2007): eHealth in Deutschland 2006 – 2015, Eigenverlag Gemini Executive Search

Untersuchungsmethoden. Der Patient und seine Erkrankung stehen im Mittelpunkt einer solchen Beratung, zu dessen Behandlung der behandelnde Arzt seinen Fachkollegen um eine Zweitmeinung (second opinion) oder einen konsiliarischen Rat bittet.

Mit dem Verfahren der „Telekonsultation“ kann somit durch den behandelnden Arzt medizinische Expertise über beliebige räumliche Distanzen und gegebenenfalls auch zeitlich asynchron für die Behandlung des Patienten zurate gezogen werden.

Das Verfahren der „Telekonsultation“ wird bisher überwiegend in Flächenstaaten mit einer geringen Bevölkerungs- und Arztdichte sowie einer schlechten Infrastruktur eingesetzt. In Deutschland hat sich die Telekonsultation insbesondere für die Hinzuziehung von medizinischer Expertise zu Nachtzeiten oder die Einbeziehung des Hintergrunddienstes, ohne dass dieser physisch präsent sein muss, durchgesetzt.

Denkbar wäre hier eine Anbindung des in der Gesundheitsdestination tätigen Arztes mit dem Hausarzt des Patienten. Beide könnten eine gemeinsame Datenplattform nutzen. Sie könnte bei zukünftigen Aufenthalten wieder wertvolle Dienste leisten.

Beim Verfahren der „Teleradiologie“ handelt es sich um ein klassisches Beispiel der Telemedizin. Es kann in nahezu allen Arbeitsfeldern der diagnostischen Radiologie eingesetzt werden. Technisch gesehen handelt es sich hierbei um den Transport digitaler Bilder über das Internet, die mit radiologischen Verfahren erstellt worden sind.

Die Hauptanwendungsgebiete der Teleradiologie sind:

- die Telekonsultation wie beispielsweise die Doppelbefundung eines Röntgenbildes durch zwei räumlich getrennte Radiologen innerhalb des Mammografie-Screenings und der damit verbundenen Second-Opinion,
- die teleradiologische Verknüpfung räumlich getrennter Krankenhäuser oder Praxen,

- der digitale Versand radiologischer Bilder in der Facharztpraxis oder dem Krankenhaus zur Fernarchivierung und
- die radiologische Primärbefundung durch einen Teleradiologen, der zwar gemäß § 1 der deutschen Röntgenverordnung für die gesamte Röntgen-untersuchung verantwortlich ist, sich aber nicht am Ort der Patienten-untersuchung befindet.

Als „Teleüberwachung“ oder „Telemonitoring“ bezeichnet man ein telemedizinisches Verfahren, bei der je nach Erkrankungsbild spezifische Vitalparameter beziehungs-weise Biosignale durch den Arzt oder das Pflegepersonal über eine räumliche Distanz hinweg überwacht werden.

Der erste Bereich beinhaltet die Überwachung physiologischer Parameter, bei der körpernahe Sensoren kontinuierlich indikationsrelevante Vitalparameter wie beispielsweise den Blutdruck, den Puls oder das EKG des Patienten erfassen. Die ermittelten Daten werden zunächst in digitaler Form an eine Basisstation übermittelt und von dort aus an ein Telemedizinzentrum weitergeleitet, wo die Daten erfasst und von einem Arzt oder dem medizinischem Fachpersonal ausgewertet werden.

Einen weiteren Anwendungsbereich des Telemonitorings stellt die umfassende Kommunikation zwischen den medizinischen Leistungserbringern und den Patienten, unter der Zuhilfenahme modernster Kommunikationstechnologien, wie beispielsweise eine interaktive Betreuung im Sinne eines Disease-Remote-Monitoring beziehungsweise Case-Managements, dar.

Damit verknüpft sind die Erwartungen, dass diese Technologie die Qualität der medizinischen Versorgung (insbesondere bei chronisch kranken Menschen in dünn besiedelten Gebieten ebenso erhöhen wird, wie sie zu einer erhöhten Kosteneffizienz beitragen wird (z. B. durch die Vermeidung unnötiger Transporte oder Krankenhauseinweisungen).

Auch an dieser Stelle fällt es leicht, sich eine Weiterversorgung des Gastes auf dem Gebiet der Prävention nach dessen Abreise vorzustellen. Wo die Technologie

vorgehalten wird, spielt mittlerweile keine Rolle mehr. Wichtiger ist der Servicegedanke für den Gast und dessen Arzt.

Im Gegensatz zu den Verfahren der Telekonsultation sowie der Telebefundung ist der Patient bei der Teleüberwachung direkt als Akteur beteiligt.

Die Einsatzgebiete der Teleüberwachung in der medizinischen Praxis sind aufgrund der zunehmenden Verkleinerung der Aufzeichnungsgeräte (Mobile Devices) und moderner Übertragungs- und Kommunikationstechnologien (UMTS, Bluetooth) vielfältig, wodurch sich eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten und Geschäftsmodelle ergeben, von denen einige im Folgenden skizziert werden.

- Überwachung von Biosignalen
  Die bekannteste Anwendung ist hierbei die Überwachung des EKG des Patienten mit Hilfe einer am Körper getragenen Mess- und Analyseeinheit, die auf Anforderung des Patienten oder bei einem kritischen Ereignis automatisch das EKG an ein Telemedizinzentrum überträgt. Eine aktuelle Studie der Taunus BKK belegt eindrucksvoll, dass durch die telemedizinische Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten kürzere Verweildauern, eine niedrigere Re-Hospitalisierungsrate und geringere Krankenhauskosten (bis zu 70%) erreicht werden konnten. Weitere Anwendungsbeispiele sind die Langzeitüberwachung des Blutdrucks oder der Pulsfrequenz sowie die Aufzeichnung von EMG und ENG.
- Überwachung von Blutzuckerwerten
  Diabetiker müssen in der Regel mehrmals am Tag und regelmäßig gesundheitsbezogene Parameter, wie beispielsweise Blutzucker, Gewicht, Körperfett, Aktivität, Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung und EKG, messen. Mit geeigneten Messgeräten besteht die Möglichkeit die ermittelten Werte automatisch, beispielsweise über eine Bluetooth-Schnittstelle, an eine einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte (eEPA) oder die elektronische Gesundheitsakte (EGA) des Patienten zu übertragen. Der behandelnde Arzt kann über das Internet auf die Datenbasis zugreifen und

diese für individuelle Therapieempfehlungen sowie deren Anwendungs- und Erfolgsüberwachung nutzen.

- Standortüberwachung des Patienten
  Mikrosensoren in der Wohnung des Patienten oder in Pflegeeinrichtungen ermöglichen es, den Standort von verwirrten oder temporär desorientierten Patienten in Echtzeit zu ermitteln.[42] Der Einsatz von Mikrosensoren zur Standortüberwachung oder zum Verhaltensmonitoring sind in der Praxis Bestandteil des Ambienten Assisted Livings (AAL).

Neben diesen Anwendungen könnte auch der Aufbau einer Gesundheitsakte (Datenbank) als Service für den Gast/Kunden eine diskutable Geschäftsidee abgeben. Diese würde auch in der Destination gepflegt werden. Dort säße ggf. auch der Diskussionspartner des Kunden.

Der Einsatz moderner Technologien eröffnet den Destinationen neue Möglichkeiten. Sie sollten nicht nur im Rahmen des eigenen Netzwerks zum Einsatz kommen.

Allerdings ist die Entwicklung entsprechender Angebote in der untersuchten Region – wenigstens – kurzfristig nicht umsetzbar. Dem Verfasser ist während der Gespräche kein Partner begegnet, der diese Herausforderung in absehbarer Zeit bewältigen könnte.

5. Gesundheitsversorgung im Zielgebiet

5.1 Überregional

Gegenwärtig weist das Schlei-Klinikum Schleswig SKSL in den Feldern Kinder-und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie sowie Psychosomatische-, Psychotherapeutische Medizin einen überregionalen Bezug aus. Eine Zunahme stationären Plätze ist in diesen Gebieten in der Zukunft eher unwahrscheinlich.

[42] vgl. Haas 2006, S. 525-526

Ebenfalls eine überregionale Anziehungskraft übt die Ostseeklinik Damp aus, u.a. durch ihre auch örtliche Konzentration mit der angeschlossenen Rehabilitations-klinik.

Die Ostseeklinik Damp weist im Landeskrankenhausplan Schleswig-Holstein (2010-2015) die folgenden Daten aus:

Ostseeklinik Damp:
Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus; 354 Planbetten in den Disziplinen Orthopädie, Innere Medizin, Neurologie sowie Neurochirurgie. Die Klinik betreibt Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Physiotherapie.

Angegliedert an die Klinik findet sich ein Zentrum für Präventivmedizin, welches unter anderem im Gebiet „Betriebliches Gesundheitswesen“ [43] tätig ist. Der Standort ist, auch im Bereich „Damp-Touristik“, weitgehend autonom. Eine Änderung steht – wenigstens bei kurzfristiger Betrachtung – nicht im Raum.

5.2 Für die Bevölkerung der Region

5.2.1 Stationär

Der Krankenhausplan Schleswig Holsteins 2010-2015 weist für das Schlei-Klinikum folgende Zahlen aus:

- Schlei-Klinikum MLK:

Versorgungstufe: Schwerpunktversorgung; 356 vollstationäre Planbetten sowie 5 Tagesklinik- und Teilstationäre Plätze.
Die Plätze verteilen sich auf die Disziplinen Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Mund-, Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Urologie. Die Tagesklinischen bzw. Teilstationären Plätze beziehen sich auf die Dialyse.

[43] vgl. Punkt 4.1.3 dieser Ausarbeitung

- Schlei-Klinikum Schleswig SKSL:

Versorgungstufe: Fachkrankenhaus; 269 vollstationäre Planbetten sowie 35 tagesklinische und teilstationäre Plätze.
Die Betten verteilen sich auf die Kinder-und Jugendpsychiatrie, die Psychiatrie sowie die Psychosomatische-, Psychotherapeutische Medizin. Die Tagesklinischen bzw. Teilstationären Plätze beziehen sich auf die Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Tagesklinik für Psychiatrie.

Mit dem Neubau der Klinik bekommt Schleswig ein hoch-modernes Klinikum, das der Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen sehr gut abdecken wird. Ein hoher medizinischer Standard kann unterstellt werden. Die HELIOS-Gruppe steht in dem Ruf, sehr gute Medizin zu praktizieren. Ein Indiz dafür mag sein, dass sich die Gruppe als Vorreiter in der externen Qualitätssicherung in Deutschland positioniert hat.

Nach Auskunft der Verantwortlichen wird es keine auf die überregionale Versorgung ausgerichteten Angebote geben. Eine Ausnahme könnte die Klinik für Neurologie werden. Sie hat 53 Betten inklusive einer zertifizierten Stroke Unit mit 6 Betten und einer Station mit 15 Betten für die neurologische Frührehabilitation. Ein Schwerpunkt der Abteilung ist die Versorgung von Patienten mit einem Schlaganfall, für die in Zusammenarbeit mit der HELIOS Rehaklinik Damp ein integriertes Konzept verwirklicht wurde. Für akute Schlaganfälle steht rund um die Uhr eine moderne, nach den Anforderungen der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft zertifizierte Spezialstation mit 6 Betten (Stroke Unit) mit einem Facharzt für Neurologie sowie den notwendigen diagnostischen Maßnahmen wie Sonographie und CT bzw. Kernspintomographie zur Verfügung. Für sehr schwere akute Krankheitsbilder stehen im Klinikum zusätzlich zwei Intensivstationen bereit.

Im Anschluss an die Phase A der Akutbehandlung steht die Frührehabilitationsbehandlung (Phase B) auf derselben Ebene des Krankenhauses für eine rasche Weiterbehandlung zur Verfügung. Diese Abteilung besteht aus 15 Betten in speziellen Überwachungszimmern auf einer Station mit besonders

geschulten und erfahrenen Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten. Die weitere Rehabilitation der Patienten in den Phasen C und D kann im Anschluss in der HELOS Rehaklinik Damp erfolgen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Abteilung ist die Behandlung von Menschen mit Multipler Sklerose. Diese findet sowohl in der Schleswiger Abteilung statt, wo sich auch die Spezialambulanz für Multiple Sklerose befindet, als auch in der angeschlossenen Fachabteilung in der HELIOS Ostseeklinik Damp. Die Neurologie versorgt darüber hinaus eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Menschen mit Epilepsie. Dies geschieht nicht nur stationär, sondern auch in unserer Spezialambulanz für Anfallserkrankungen.

Es ist wenig wahrscheinlich, dass diese Abteilung im kurzfristigen Bereich eine überregionale und damit wertschöpfende Wirkung für die Region wird.

Seit 2011 betreibt das Malteser St. Franziskus-Hospital (Flensburg) die geriatrische Tagesklinik auf dem Gelände des Schlei-Klinikums Schleswig (Stadtfeld) an. Bis zu diesem Zeitpunkt erfolgte auch die Versorgung Schleswiger Bürger von Flensburg aus.

Die geriatrische Tagesklinik wurde in den Krankenhausplan in Schleswig-Holstein aufgenommen, um wohnortnah geriatrische Patienten aus Schleswig teilstationär betreuen zu können.

Das Diakoniewerk in Kropp hat zwei städtische Einrichtungen der Altenpflege übernommen. Eine Zeitlang war es im Gespräch, dass das Diakoniewerk am Standort „Auf der Freiheit“ eine weitere Einrichtung dieser Art eröffnen würde. Durch die Unklarheiten bezüglich der weiteren Entwicklung des Standorts sind diese Planungen gegenwärtig nicht mehr aktuell. Durch eine auf die Entwicklung ausgerichtete Planung und deutliche Zeichen der Ernsthaftigkeit ließen sich diese Pläne – nach intensiver Prüfung – durchaus wieder reaktivieren. Es würde den Standort „Auf der Freiheit“ sicher aufwerten, wenn eine Senioreneinrichtung im Premiumsegment dort platziert werden könnte.

Sofern sich ein Trend langfristig bestätigen sollte, dass zunehmend ältere Menschen aus der Region wieder in die Stadt ziehen möchten, werden weitere Kapazitäten geschaffen werden müssen.

5.2.2 Ambulant

Die Versorgung im niedergelassenen Bereich kann gegenwärtig noch weitgehend als gesichert angesehen werden. Allerdings macht die Altersstruktur der Ärzte Sorgen, so dass in der nahen Zukunft mit Engpässen, insbesondere im Hausarztbereich gerechnet werden muss.

Die Altersstruktur der Ärzteschaft unterscheidet sich vom Landesdurchschnitt, da es weniger jüngere (<40J.) und mehr ältere Ärzte in der Region gibt (26% 40-49-Jahre (SH 29%), 37,1% > 60 Jahre (SH 31,5%)). [44]

Je geringer der Versorgungsgrad, umso mehr Patienten muss der einzelne Arzt versorgen. Gerade in ländlichen Gebieten bedeutet dies u. U. lange Wege und Wartezeiten für Patienten. Oft erschwert ein ausgedünnter Öffentlicher Nahverkehr die Erreichbarkeit und macht dadurch zunehmende Hausbesuche durch den Arzt erforderlich. Zunehmende Fahrzeiten und Arbeitszeiten seitens der Hausärzte sind die Folge. Diese Faktoren schlagen bei einer steigenden Multimorbidität der Patienten und dem damit einhergehenden permanenten und ansteigenden Behandlungsbedarf besonders zu Buche.

Auf der einen Seite steht ein steigender Bedarf an Hausärzten (älter werdende Bevölkerung, Zunahme chronischer Erkrankungen). Gleichzeitig geht die Anzahl der an einer Niederlassung im ländlichen Bereich interessierten Ärzte zurück. Ein Wettbewerb um Ärzte ist die Folge.

Das bereits angesprochen „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ fokussiert allein auf die Vergütung, in dem Hausärzte diesbezüglich besser gestellt werden sollen, wenn sie (für einen bestimmten Zeitraum) im ländlichen Raum praktizieren. Diese Sichtweise reduziert

[44] Die Zahlen wurden freundlicher Weise vom Leiter der KV-Geschäftsstelle des Kreises Schlewig/Flensburg zur Verfügung gestellt.

die Motivation der Ärzte (Absolventen) auf nur einen Faktor. Es sollten zusätzliche Instrumente entwickelt werden, um insbesondere Absolventen der Medizin eine Tätigkeit im ländlichen Raum attraktiv zu gestalten. Ansatzpunkte könnten die nachstehenden Handlungsfelder geben:

- Schnelle Integration in die Gemeinde
- Hilfe bei der Aufbau einer Existenz und eines für die Familie geeigneten Umfelds
- Bereitstellung geeigneter Praxisräume
- Schaffung einer vernetzten Versorgungsstruktur
- Hilfe bei der Investition in moderne Infrastruktur (Telemedizin)

Neben den „klassisch“ niedergelassenen Ärzte versorgen zwei Medizinische Versorgungszentren (MVZ) die Bevölkerung in Kappeln.

Im niedergelassenen Bereich ist aufgrund der geschilderten Situation mit einer Arbeitsverdichtung bei den Ärzten zu rechnen. Auch durch neue Versorgungsstrukturen (neue Berufsbilder, alte Berufsbilder mit neuem Zuschnitt) und dem Einsatz neuer Konzepte (mobil, Zweigpraxis u.a.) scheinen die Probleme kurzfristig nicht vollständig lösbar. Es ist unwahrscheinlich, dass niedergelassene Ärzte weder die Treiberfunktion bei gesundheitstouristischen Dienstleistungen einnehmen, noch wesentliche Versorgungsleistungen in deren Rahmen übernehmen können.

6. SWOT-Analyse

6.1 SWOT-Analyse als Methode

Um die Chancen einer Umsetzung einer Geschäftsidee (eines zukünftigen Angebots) zu erfassen, zu bewerten und zu visualisieren, greift man auf das Instrument der

SWOT-Analyse zurück (deutsch: Stärken-Schwächen/Chancen-Risiken-Analyse zurück). Die folgende Abbildung verdeutlicht die genannten Dimensionen.[45]

Abbildung 23: Grundmodell einer SWOT-Analyse

Im weiteren Verlauf der Betrachtung erfolgt zunächst eine Abschätzung der Chancen und Risiken sowie der Stärken und Schwächen bezüglich des Gesundheitstourismus. Danach werden Einzelaspekte gewürdigt, die im Rahmen der Gespräche thematisiert, die aber als Randthemen wahrgenommen wurden.

6.2 SWOT für den Gesundheitstourismus in der Untersuchungsregion

Der Gesundheitstourismus ist und bleibt ein Wachstumsmarkt. Er ist daher für viele bisher touristisch geprägte Regionen attraktiv. Hieraus ergibt sich eine Konkurrenz-situation, in der nur der „Starke“ überleben wird.

Gesundheit wird für den Bürger ein immer wichtiger werdendes Gut, für das er bereit ist zu bezahlen – ohne auf die Solidarsysteme des Ersten Gesundheitsmarktes zu vertrauen. Allerdings ist zu erwarten, dass die Kostenträger das Feld der Prävention zukünftig mit Finanzierungsangeboten stärker bedienen werden.

[45] Tourismuskonzept 2009

Auch die Demographie, gekoppelt mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen kann als Treiber nach einer höheren Nachfrage nach gesundheitstouristischen Leistungen wahrgenommen werden. Der Arbeitskräftemangel wiederum wird die Unternehmen „zwingen“, ein Betriebliches Gesundheitsmanagementaufzubauen. Hier entwickelt sich ein neuer Markt innerhalb des Gesundheitstourismus.

eHealth-Anwendungen lassen sich auch im gesundheitstouristischen Bereich sinnvoll einbinden, können sogar – bei kurzfristiger Realisierung – zu einem Alleinstellungs-merkmal werden. So ist es denkbar, dass Patienten im Anschluss an eine präventive Maßnahme weiter telemedizinisch aus der Region versorgt werden.

Hierzu ist neben dem Einverständnis des Patienten (Kunden) auch das des behandelnden Hausarztes notwendig. Wie die Ausführungen zum Bereich Telemedizin gezeigt haben, sind die dazu notwendigen Investitionen überschaubar. Die Geräte zur Messung von Vitalwerten werden mittlerweile kostengünstig angeboten. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Kosten vom Kunden selber getragen werden, nimmt tendenziell zu.

Abschließend seine in der nachstehenden Tabelle die Chancen und Risiken noch einmal übersichtlich zusammengestellt. Das Bild stellt sich tendenziell positiv dar.

Chancen	Risiken
• Zunahme der Kostenübernahme für präventive Maßnahmen • Demografie: Zunahme chronischer Erkrankungen • steigende Bereitschaft, aktiv für die eigene Gesundheit tätig zu werden • zunehmende Bereitschaft von Unternehmen, in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu investieren, da Arbeitskräftemangel droht • Entwicklung von eHealth-Technologien	• Konkurrenzsituation regional/überregional • Wirtschaftskrise bremst Bereitschaft zur Finanzierung von Maßnahmen seitens der privaten Haushalte • Arbeitskräftemangel • Inflationsängste

Es folgt nun eine Diskussion der Schwächen der Region – immer in Relation zum Anspruch, „Gesundheitsstandort“ sein zu wollen.

Der wichtigste (potenzielle) Gesundheitsdienstleister in der Region ist die Helios-Gruppe (Privater Krankenhausträger; -www.helios-kliniken.de). Die Gruppe betreibt das Schlei-Klinikum in Schleswig sowie die Ostseeklinik in Damp mit angeschlossener Rehabilitationsklinik sowie präventiven und touristischen Angeboten. Insbesondere im Bereich der hochwertigen-Akutmedizin ist die Region auf die Mitwirkung der Helios-Kliniken angewiesen, will man Gesundheitstourismus für akut (insbesondere chronisch) kranke Menschen insbesondere Sekundär- oder Tertiärprävention anbieten. Hierzu gibt es seitens der Kliniken bezüglich des Standortes Schleswig eine sehr deutliche Positionierung. Man ist – wenigstens mittelfristig - nicht daran interessiert, gesundheitstouristische Angebote am Standort Schleswig einzurichten. Auch vom Angebot der Kette am Standort Damp (die Marke Damp-Touristik wird auch unter dem Dach der Helios-Gruppe zunächst weiter geführt) sind keine nachhaltigen Wirkungen für die Untersuchungsregion hinsichtlich der gemeinsamen

Entwicklung von Angeboten zu erwarten. Nach Auskunft der Verantwortlichen wird die Damp-Touristik weiter aktiv sein und ihr touristisches Angebot, insbesondere im Bereich der präventiven Maßnahmen, ausweiten. Man ist sich durchaus darüber im Klaren, dass die Qualität der bisherigen Unterbringungsmöglichkeiten dort verbessert werden muss.

Es darf erwartet werden, dass in die Ferienhaussiedlung bezgl. der Anhebung auf ein zeitgemäßes Niveau investiert werden wird. Ebenso ist bereits die Neugestaltung des Schwimmbades in Angriff genommen worden. Es ist davon auszugehen, dass es nach wie vor die Unternehmenspolitik sein wird, weitgehend autark Gäste bzw. Patienten am Standort Damp zu versorgen.

Ein weiteres Feld, dem sich die Damp-Touristik intensiver zuwenden wird, ist das des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Bereits jetzt werden Kurse von größeren Unternehmen für ihre Mitarbeiter gebucht, um sich einen Check-Up zu unterziehen bzw. präventiv an der Gesunderhaltung der Mitarbeiter mitzuwirken. Hier hat ein Anbieter wie Damp erhebliche Vorteile gegenüber der kleinteiligen Aufstellung der touristischen Anbieter in der Region, da man in der Lage ist, Pakete aus einer Hand zu entwickeln und auf dem Markt zu platzieren.

Die Helios-Kliniken werden für die Region ein wichtiger Gesprächspartner bleiben, es ist aber nicht anzuraten auf die Unterstützung bzw. das Antreiben dieser Entwicklung durch die Helios-Gruppe zu vertrauen.

Das touristische Konzept der Region beinhaltet als einer der Zielgruppen den so genannten „Best Ager“. Hier ergibt sich eine Überschneidung zu den Zielgruppen gesundheitstouristischer Angebote. Von daher dürfte für diese Gruppe ein bereits vorhandener Vertriebskanal genutzt werden können.

Im Rahmen der „ Integrierten Entwicklungsstrategie für die Lokale Aktionsgruppe (LAG) Aktivregion Schlei-Ostsee“ (aktualisierte Version 2011) taucht der Gesundheitstourismus als selbständiges Aktionsfeld nicht auf. Im Rahmen des Punktes 4.4 „Tourismus“ wird ein Ausbau des Natur-, Kultur- und Gesundheitstourismus aber empfohlen.

Dem regionalen Tourismuskonzept für die lokale Tourismusorganisation der Region Ostsee-Fjord-Schlei (2009) sind einige interessante Anmerkungen zu entnehmen, die auch Wirkung hinsichtlich des Gesundheitstourismus entfalten könnten. So lassen sich einige der dort genannten Urlaubsmotive[46] direkt oder indirekt mit dem Gesundheitsmotiv verbinden. Es sind dies insbesondere folgende Motive:

- etwas für die Gesundheit tun (35%)
- leichte sportliche Aktivitäten (36%)
- Zeit für einander haben (66%)
- Ausruhen, Faulenzen (62%)
- Abstand vom Alltag (84%)

(in Klammern: die prozentuale Häufigkeit der Nennung)

Die auf den Seiten 49 und 50 aufgeführten Aktivitäten von gesundheitlicher Relevanz spielen gegenwärtig in der Zielregion allerdings noch eine untergeordnete Rolle. So nennen bspw. nur 2% der befragten Gäste den Besuch von Kur- bzw Gesundheits- sowie Wellnesseinrichtungen als eine urlaubsrelevante Aktivität. Auch die Aktivität „Joggen/Walken/Nordic-Walking“ ist mit 13% unterrepräsentiert. Hier zeigt sich, verglichen mit dem bereits skizzierten allgemeinen Trend, ein Entwicklungspotenzial. Dieses besteht nicht nur hinsichtlich der quantitativen Verfügbarkeit, sondern ebenso hinsichtlich der vorgefundenen Qualität der Angebote. So stellt die Zufriedenheit der Übernachtungsgäste hinsichtlich der Kur,- Gesundheits- und Wellnessangebote mit einer Bewertung von 2,8 (Schulnoten) das Schlusslicht der Zufriedenheitsskala (= Qualitätsproblem) dar. Positiver sieht es in Bezug auf die indirekt zuzuordnenden Gesundheitsaktivitäten hinsichtlich der Radfahrmöglichkeiten bzw. der Wandermöglichkeiten aus. Diese beiden führen mit 1,6 bzw. 1,7 (Schulnoten) die Zufriedenheitsskala an.[47]

[46] vgl. S.48

[47] Regionales Tourismuskonzept Aktivregion Schlei, 2009, S.53

Die Unterkünfte (das gewerbliche Beherbergungsangebot) sind sehr kleinteilig strukturiert. 2009 lag die durchschnittliche Betriebsgröße bei 31 Betten. Dies ist im Vergleich zu anderen Destinationen unterdurchschnittlich. Diese Tatsache wird unter anderem dafür verantwortlich gemacht, dass Gruppenreisen (Busreisen) in der Zielregion unterrepräsentiert sind.

Der Region ist ein Potenzial auf dem Gebiet der aktiven Gesundheitsförderung nicht abzusprechen. Dafür sprechen folgende Angebote:

- „Entschleunigen“ bei „Bewegung im Freien zu Wasser und an Land“
- Ausgebautes Radwegenetz (Ochsenweg, Wikinger-Friesenweg) (andere mit Verbesserungspotenzial)
- Walking-Wegenetz
- Laufwege, Laufveranstaltungen
- Segeln, Surfen, Rudern, Kanusport
- Gesunde Ernährung erlernen

Insgesamt muss man der Region bisher aber bescheinigen, dass Gesundheits-tourismus im eigentlichen Sinne nicht stattfand.

Gesundheit spielte bisher eine “Nebenrolle“, kam eher zufällig und nicht im Rahmen koordinierter Angebote zum Tragen. Dass es einige wenige Angebote in Schleswig (Wellness/Medical-Wellness) und der Region (Kneipp) gibt, schmälert diese Aussage nicht. Die folgende Abbildung zeigt welche Entwicklungsschritte vor der Region liegen würden, sofern man den Weg zu einem „Gesundheitsstandort“ einschlagen und ein ernsthafter Konkurrent für bereits am Markt befindliche Regionen werden will

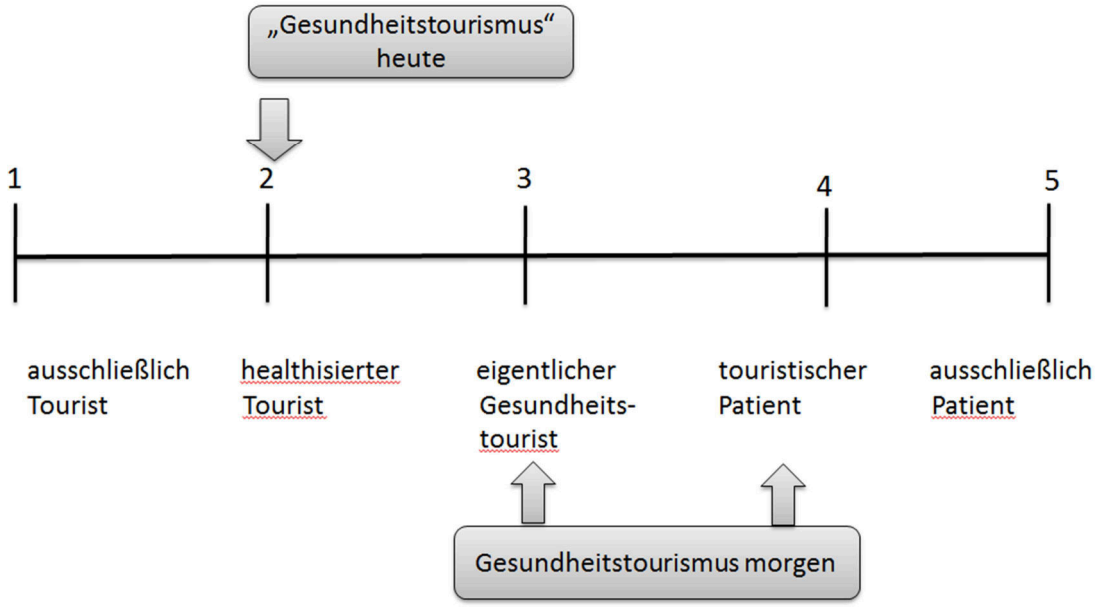


Abbildung 24: Globale Entwicklung des Gesundheitstourismus

Eine Aufzählung der Schwächen ist ohne einen kurzen Kommentar zur Stadt Schleswig nicht vollständig. Die Stadt könnte sich einerseits als eigenständiger Anbieter etablieren, zum anderen ist eine Stadt (Einkaufserlebnis; Gastronomie) immer auch ein Faktor bei der Entscheidung für eine Destination.

Schleswig hat sich bisher als kultur-touristische Destination entwickelt, was aufgrund des Angebots auch folgerichtig war. Allerdings muss die Stadt darüber hinaus als wenig attraktiv eingestuft werden. Vielleicht ist das auch ein Grund dafür, dass der Tagestourismus das Standbein der Stadt ist. Es ist schon bezeichnend, wenn Bewohner der Region aufgrund der mangelnden Attraktivität an „ihrer“ Stadt vorbei zum Einkaufen lieber nach Flensburg, Husum oder Eckernförde fahren. In den vergangenen Jahren wurden, nach Auffassung des Autors, auch wenige Fortschritte gemacht, die Anziehungskraft zu erhöhen. Ein Beleg mag sein, dass es nicht gelungen ist, die positive Wirkung der Landesgartenschau für einen nachhaltigen Fortschritt zu nutzen.

Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass auch in Schleswig ein hochwertiges Hotelangebot fehlt. Für die Entwicklung des Gesundheitstourismus scheint dieses

aber zwingend erforderlich. Ohne eine Attraktivitätsoffensive der Stadt wird es sehr schwer werden, Investoren aber auch Gäste für die Stadt und damit die Region (Abstrahlungseffekt) dauerhaft zu begeistern.

Die Zusammenstellung von Stärken und Schwächen zeigt (rein zahlenmäßig betrachtet) ein Übergewicht bei den Schwächen. Dies sollte aber nicht dazu verleiten, die Geschäftsidee global ad acta zu legen.

Stärken	Schwächen
• Natur/Naturpark Schlei • Kulturtourismus recht erfolgreich • Vertriebskanäle zur Zielgruppe teilweise vorhanden • Gute Versorgung im Bereich der Akutmedizin	• Keine Koordination Stadt/Region • Fehlenden Identifikation mit dem Ziel • Fehlende Netzwerke • Akutklinik ohne Interesse in diesem Segment außerhalb von Damp • Wenige vorzeigbare Best Practice-Beispiele • Kein Treiber bisher hervor-getreten • Finanzschwäche der öffentlichen Hand • Fehlendes Vertrauen von Investoren in das Entwicklungskonzept • Trennung von Tourismusorganisation in der Stadt und der Region • Kleinteiligkeit der Unterbringungsmöglichkeiten • Fehlen hochwertiger Unterkünfte (Best Ager) • Geringe Attraktivität der Stadt

Eine zukünftig wichtige Rolle könnte der Naturpark Schlei spielen, der allerdings bisher das Thema Naturerlebnis mit gesundheitlichen Aktivitäten und Angeboten nicht oder nur indirekt verbindet.

Ziel der Einrichtung des Naturparks Schlei war die Stärkung der Region als attraktiven Lebens-, Erholungs-, Natur- und Wirtschaftsraum. Trägerverein ist der Naturpark Schlei e.V. In Verbindung mit dem noch zu erwähnenden Konzept „therapeutischer Landschaften“ kann er zu einer besonderen Stärke der Region ausgebaut werden.

6.3 Einzelaspekte

a) Aus- und Weiterbildung

Nach Auskünften des Schlei-Klinikums wird die Krankenpflegeschule weiter betrieben werden. Für die Akquise von zukünftigen Mitarbeitern wird man sich in erster Linie um Klinikgruppen interne Vernetzungen kümmern. Insofern ist eine Initiative des Krankenhausträgers nicht zu erwarten, weitere Ausbildungsberufe in Schleswig zu etablieren.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es in Deutschland einen Trend zur Akademisierung von Gesundheitsberufen gibt. So wird zum Beispiel gegenwärtig an der Fachhochschule Flensburg über einen Bachelorstudiengang hinsichtlich der Ausbildung von MTA-L nachgedacht. Weitere Gesundheitsberufe werden folgen (entsprechende Diskussionen zum Thema Pflege, Pflegemanagement usw. werden gegenwärtig geführt).

Da Schleswig kein Hochschulstandort ist und dem Unterzeichner auch keine Überlegung bekannt sind, dass die im Lande im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Fachhochschulen (Flensburg, Kiel, Lübeck und Westküste) beabsichtigen, Studiengänge an andere Standorte zu verlegen, sollte dieser Gedanke nicht weiter verfolgt werden. Auch andere Anbieter von Aus-, Fort- und Weiterbildungen (WAK, IHK, aber auch die Ärztekammer) haben ihr Angebot an einigen Standorten zentralisiert. Es ist auch hier keine Tendenz erkennbar, diese oder Teile davon nach

Schleswig zu verlegen. Vor diesem Hintergrund müssen die Möglichkeiten, zusätzliche Ausbildungsgänge in Schleswig (z.B. in den Gebäuden des Standortes Hesterberg) zu etablieren eher negativ eingeschätzt werden.

b) Behindertenhotel

Im Rahmen der Bürgerinitiative wurde ebenfalls darüber diskutiert, ein Behindertenhotel zu bauen bzw. vorhandene Einrichtungen umzugestalten. Es dürfte unstrittig sein, dass bundesweit ein entsprechender Bedarf existiert. Es muss aber an dieser Stelle auch die Frage gestellt werden, warum diese Zielgruppe gerade nach Schleswig kommen sollte. Gibt es Angebote, die Schleswig hier von anderen Regionen abheben (eventuell die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie, wenn es im geistig Behinderte geht)? Den angestrebten Gesundheitsstandort Schleswig/Schlei-Ostsee über diese Zielgruppe zu positionieren, dürfte allerdings nicht mehrheitsfähig sein. Von daher bliebe es Privatinvestoren (oder Wohlfahrts-einrichtungen) überlassen, ein solches Hotel vorzuhalten.

7. Geschäftsfelder

7.1 Gesamtbetrachtung

Am Beginn dieses Abschnitts soll die Region in ihrer gegenwärtigen Situation an den Anforderungen gemessen werden, die der Prüfung eines Geschäftsmodells zugrunde liegen. Und man kann den Aufbau eines gesundheitstouristischen Angebots durchaus als ein Geschäftsmodell wahrnehmen.

Kriterien für erfolgversprechende Geschäftsmodelle	Eindrücke in der Region SL
ein auf die Bedürfnisse der Kunden ausgerichtetes außergewöhnliches und sich abgrenzendes Konzept	Bisher kaum erkennbar
ein ausreichend großes Markt	Markt ist da, wie ausgeführt, teilweise schon besetzt oder aufgeteilt
Vorhandensein einer Marktreife mit schneller Profitabilität	Keine Marktreife in bis zu 3 Jahren (Vertrauen aufbauen, regionale Egoismen abbauen, …)
ein neuartiges Angebot (nicht nur kopieren)	Neuartigkeit ev. in Kombination von Gesundheit und Kultur
nachhaltige Wettbewerbsvorteile	Bisher nicht erkennbar, auch keine Überzeugung in der Region vorhanden, es fehlt ein Gesamtkonzept
ein kompetentes Managementteam mit entsprechender Anbindung und Kompetenzen	Es gibt kein zuständiges Management, nur verteilte Kompetenzen

Dass vor diesem Hintergrund dennoch Chancen einer erfolgreichen Markteinführung bestehen, soll nun ausgeführt werden. Allerdings sind zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen notwendig.

Die Entwicklung gesundheitstouristischer Angebote muss unter dem Primat der Kundenorientierung stehen. Hierunter versteht man den Anspruch, die kundenseitigen Bedürfnisse (die Bedarfe) durch den Dienstleister zu erfüllen zu wollen. Im Bereich des Gesundheitstourismus trifft der Kunde hier sowohl auf den Gesundheitsdienstleister (Arzt, Therapeut usw.) als auch den touristischen Dienstleister (Unterkunft, Verkehr, Ernährung).

Nur wenn das Gesamtpaket „stimmt“, d.h. die Erwartungen des Kunden erfüllt oder besser übererfüllt werden (man spricht dann von Kundenbegeisterung), wird der Kunde erneut in der Region diese oder ähnliche Leistungen in Anspruch nehmen. Die

Kundenbindung setzt somit also eine durch den Kunden positiv erlebte Kunden-orientierung des Angebotes voraus.

Abbildung 25: Schritt für Schritt zum Vermarktungskonzept[48]

Die Region steht bezüglich des Gesundheitstourismus auf der Stufe 1. Es muss davor gewarnt werden bereits in Vertriebsaktivitäten einzutreten bevor das Angebot entwickelt und evaluiert wurde. Verlorene Kunden zurück zu gewinnen, ist viel aufwändiger als die Erstkundengewinnung.

[48] Evobis (Hrsg.): Handbuch zur Businessplan-Erstellung, München 2011, , S 61

Abbildung 26: Kernelemente aktiver Marketingmaßnahmen[49]

Es hilft bei der Bewertung des Reifegrads, wenn man einen Rollenwechsel vornimmt, sich im hier vorliegenden Falle, in die Rolle eines „Gesundheitstouristen“ versetzt.

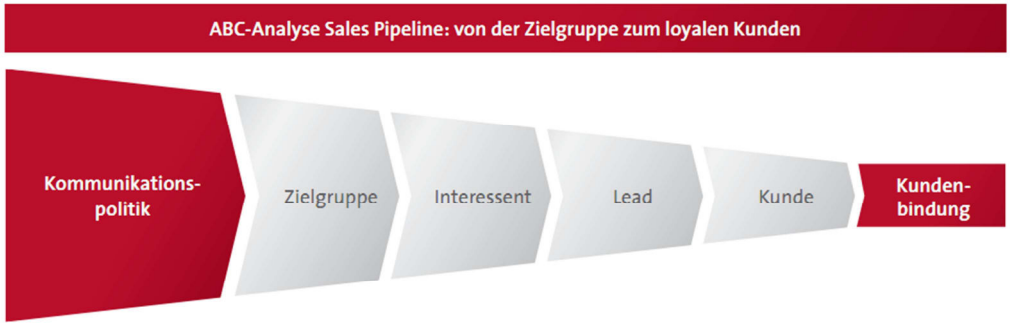


Abbildung 27Abb.: ABC-Analyse: Sales Pipeline[50]

Hieran wird die Bedeutung der genauen Zielgruppendefinition deutlich. Neben den Best Agern sollten die Frauen ab 40 sowie die jüngeren, finanzstarken Bürger (bei ihnen steht das „Fit-Bleiben“ im Vordergrund) in die Segmentierung aufgenommen

[49] Evobis (Hrsg.): Handbuch zur Businessplan-Erstellung, München 2011, ,, S. 68
[50] Evobis (Hrsg.): Handbuch zur Businessplan-Erstellung, München 2011, ,, S. 77

werden.

7.2. Spezifische Empfehlungen

An dieser Stelle seien die wesentlichsten Merkmale des „innovativen Gesundheitstourismus“ wiederholt.

- Er ist zunehmend medizinisch-therapeutisch abzusichern. Messbare Ergebnisse und Wirkungsnachweise sind gefragt, reine Wohlfühlangebote verlieren zusehends an Bedeutung.
- Er wird indikationsorientierter. Die Primärprävention wird deutlich medizinischer. Sie wird langfristig in ihrer Bedeutung von den indikationsbezogenen Angebotssparten der Sekundär-und Tertiärprävention abgelöst.
- Er wird nachhaltiger – Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitschecks sowie Coachingangebote mit dem Ziel der langfristigen Lebensstiländerung bzw. des Entgegenwirkens von Altersbeschwerden, -krankheiten und Attraktivitätsverlust werden immer bedeutender.
- Er fordert neue Kombinationen und Paketangebote, die über den Aufenthalt hinausgehen. Gesundheitliche Mehrwerte aus dem Urlaub werden in das Wohnumfeld übertragen.

Projekt „Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland“

Gesundheitstourismus i.w.S.	Beispiele	Motivation und Ziel
1 Urlaub für gesunde Personengruppen mit gesundheitlichen Mehrwerten	→ Familienurlaub an der See (Abhärtung, Reizklima) → Wellness- und Genussurlaub → Aktiv- und Sporturlaub	→ klassische Urlaubsmotivation → keine primäre gesundheitliche Zielsetzung → Gesundheit als Mehrwert
2 Urlaub für gesundheitlich eingeschränkte Personengruppen	→ barrierefreier Urlaub für Personen mit Mobilitätseinschränkungen → betreuter Urlaub für chronisch Kranke und Angehörige	→ klassische Urlaubsmotivation → spezialisierte gesundheitliche Versorgung am Urlaubsort entsprechend Einschränkung
3 Primär gesundheitsorientierte Reiseformen bzw. Angebotssparten	Ohne Indikation: → Primärprävention → Leistungsfähigkeit → Attraktivität Indikationsbezogen: → Sekundär- und Tertiärprävention → Rehabilitation → Heilung und Linderung	→ klar definierte medizinisch-therapeutisch geprägte Motivation und Zielsetzung

Quelle: PROJECT M & KECK MEDICAL 2011

Abbildung 28: Segmente des Gesundheitstourismus

Mit Bezug zur vorstehenden Abbildung dürften für die Region folgende Angebotssegmente bedienbar sein:

- Wohlfühltourismus
- Wellness-Tourismus (incl. Medical- Wellness)
- Präventiv Tourismus (Primär-Prävention)

Beim Wohlfühltourismus werden die Zielgruppen gezielt mit auf sie zugeschnittenen Angeboten angesprochen. Der Schritt von heutigen, eher zufällig entstehenden Angeboten, zum Wohlfühltourismus dieser neuen Prägung ist die Koordination der jeweiligen Anbieter. Ein Blick auf die nachstehende Graphik belegt, dass die Region die Punkte 2 und 4 weit umfänglich erfüllen dürfte.

Die Umsetzung des Wellness-Tourismus ist in Grenzen möglich, obwohl eine systematische Zusammenarbeit mit den „klassischen“ Gesundheitsdienstleistern aus den vorgenannten Gründen eher unwahrscheinlich ist. Es ist aber hier, und das gilt in gleichem Maße für den folgenden Punkt, an eine Spezialisierung im alternativ-medizinischen Bereich vorstellbar. Die angesprochenen Zielgruppen dürften hinsichtlich dieser Behandlungsmethoden eine relativ hohe Offenheit aufweisen.

Gerade in Verbindung mit der Schlei und dem Erbe der Wikinger ließen sich erfolgversprechende Angebote entwickeln (z.B. im Zusammenhang mit einem Bad „Auf der Freiheit“ mit einem Brückenschlag über die Schlei hinweg). Es ist zu vermuten, dass insbesondere die Gruppe der Frauen über 40 eine starke Affinität entwickeln könnten. Wie die folgende Abbildung aber auch verdeutlicht, dürften höhere Anstrengungen zur Erfüllung der Kundenerwartungen notwendig werden.

Der Präventiv-Tourismus wird sich aufgrund der Situation in der Region auf die primäre Prävention konzentrieren müssen. Die im vorgenannten Abschnitt geäußerten Annahmen gelten auch hier. Wichtig ist es zu betonen, dass immer eine koordinierte Leistung (ein Paket) erbracht werden muss.

Abbildung 29: Kundenerwartungen an Urlaubsprodukten[51]

[51] http://www.innovativer-gesundheitstourismus.de/fileadmin/user_upload/pdf/N_I_T_Trends_100602.pdf

In den Gesprächen wurde auch angesprochen, in wieweit Schleswig versuchen sollte einen der häufig mit Gesundheitsstandorten verknüpften Titel wie beispielsweise Heilbad, Heilklimatischer Kurort, Luftkurort usw. zu erlangen, beziehungsweise in wie weit diese Titel beitragen würden, neue Kundengruppen anzusprechen. Nach Auffassung des Unterzeichners bedarf es dieser Titel nicht (ganz abgesehen von den Auflagen, die mit der Erlangung dieser Titel verbunden sind) denn in der Region geht es wie ausgeführt um Angebotsmerkmale wie Natur, Ruhe, Aktivität, Entspannung usw. Für die anzusprechenden Zielgruppen, z.B. den „Best-Ager“, dürfte ein Label wie „Naturpark Schlei“ (wie es bereits existiert), wirkungsvoller sein. Allerdings müssten im Rahmen dieses Konstrukts die gesundheitsorientierten Angebote stärker herausgearbeitet werden.

Von besonderer Relevanz ist und bleibt das Naturerlebnis. Hier existiert bereits der Naturpark Schlei, der nachhaltig weiter entwickelt werden sollte. Dabei ist das Konzept der „Therapeutische Landschaften“ zu berücksichtigen.

Als „Therapeutische Landschaften“ werden Landschaften verstanden, die mit physischer, mentaler oder spiritueller Heilung assoziiert werden (Schlei, Wikinger). Therapeutische Landschaften werden aufgrund ihrer symbolischen Bedeutung vornehmlich mit imposanten Naturlandschaften, spirituellen Landschaften oder ästhetisch ansprechenden traditionellen Kurlandschaften assoziiert. Unter der Voraussetzung, dass nicht nur der kurativ-therapeutische Nutzen einer Landschaft, sondern ebenso die salutogene Bedeutung von Landschaften und Naturschutzmaßnahmen erkannt und gefördert wird, kann das Konzept der Therapeutischen Landschaften – vor allem in Kombination mit den Konzepten einer nachhaltigen Regionalentwicklung – als wichtige Grundlage auch zur Entwicklung von Gesundheitslandschaften oder Gesundheitsregionen dienen.

Als idealtypisch gelten Landschaften mit überdurchschnittlicher Dichte an folgenden Merkmalen:[52]

- Wohlbefinden steigernde Landschaftselemente

[52] vgl. http://natgesis.bfn.de/natgesis_landschaft-gesund.html

- spezifische Gesundheitseinrichtungen wie Institutionen zur Prävention und Rehabilitation
- reichhaltige Naturerlebnis- und Gesundheitsangebote
- geprüfte Beherbergungseinrichtungen
- spirituelle Zentren
- Heilbäder, Mineralbrunnen, Kur- und Erholungsorte
- Barrierefreiheit

Therapeutische Landschaften stellen also eine Vernetzung von gesundheitsfördernden Landschaftserlebnissen im Zusammenwirken mit gesundheitstouristischen Einrichtungen dar. Hier wird offenkundig, welche Rolle sie in einem sich entwickelnden Gesundheitsstandort „Schleswig/Schlei“ spielen könnten.[53]

Abschließend soll davor gewarnt werden, die Bedeutung ausländische Kunden im Gesundheitstourismus zu überschätzen. Die Nähe zu Dänemark dürfte wenige Wertschöpfungspotenziale eröffnen, da sich dort gegenwärtig ein eigenständiger Markt entwickelt.

8. Handlungsfelder

8.1 Erfolgsfaktoren

Die Erfolgsfaktoren um neue Angebote im Gesundheitstourismus positionieren zu können, lassen sich wie grob folgt zusammenfassen:

- Spezialisierung und Profilbildung
- Managementkompetenz in den Feldern Qualitäts-,Netzwerk-, sowie Innovationsmanagement
- Interkommunale Kooperation.

Zur Spezialisierung kann auf das Vorgesagte zurückgegriffen werden.

[53] http://www.gesundheitslandschaft-vulkaneifel.de/DE/Wissen/Therapeutische-Landschaften.php

Fasst man den Gesundheitsgedanken mit den bisher vermarkteten Stärken zusammen, ergibt sich ein für die dargestellten Zielgruppen stimmiges Bild. Als neue Zielgruppe sollten Klein- und Mittelbetriebe hinsichtlich des „Betrieblichen Gesundheitswesens“ mit ins Kalkül gezogen werden. Hierzu sind aber Fähigkeiten notwendig (z. B. muss die Frage der Unterkunft befriedigend geklärt werden), die noch zu entwickeln sein werden. Hierzu eine Bedarfsanalyse vorzunehmen, könnte ein erster Schritt sein.

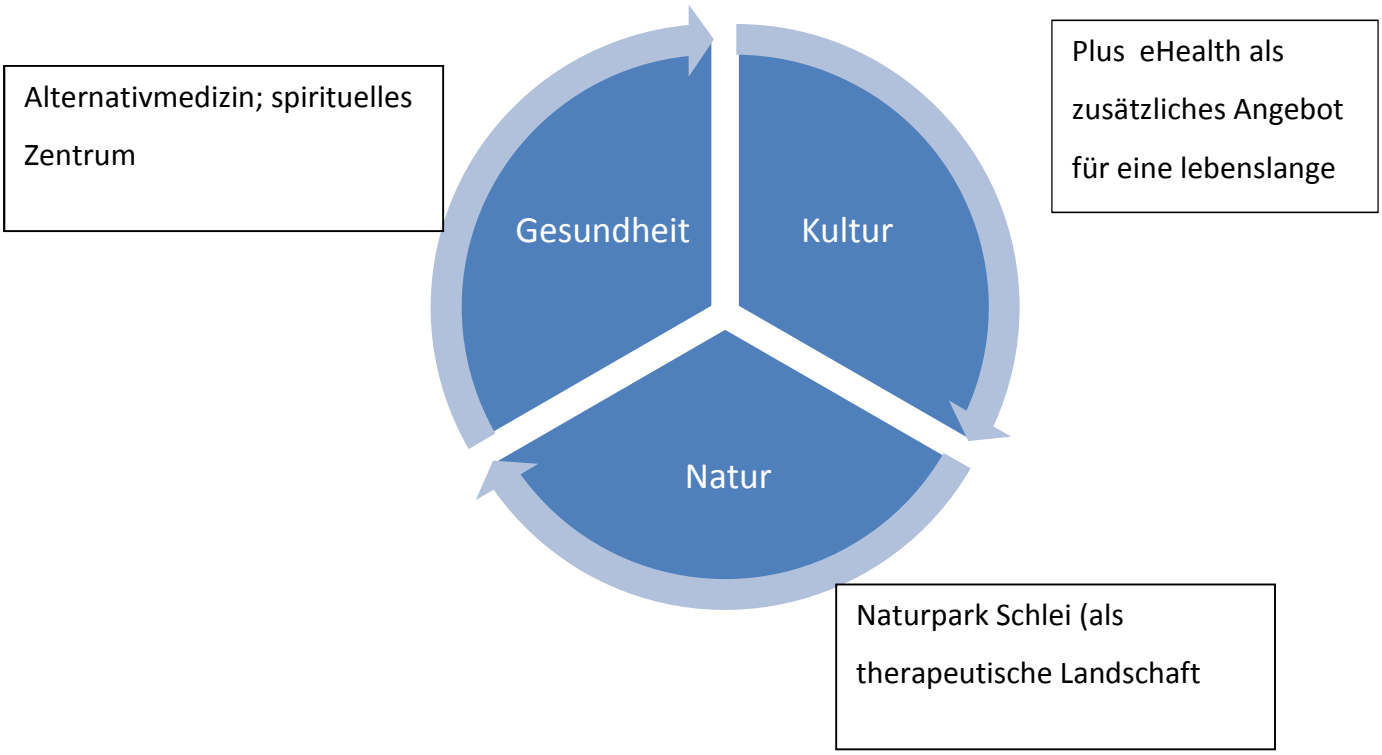


Abbildung 30: Angebotssegmente eines Gesundheitstourismus in der Region

Dieses Angebot schafft die Integration von Geist, Seele und Körper!

In der Abbildung wurde der Faktor eHealth als Innovation hinzugefügt, da er tatsächlich heute noch zu einem Alleinstellungsmerkmal führen könnte. Die Region würde dem Gast eine so genannte Gesundheitsakte anbieten, die ihm helfen kann, sein eigenes Gesundheitsmanagement aktiv zu betreiben. Diese Akte muss nicht selber entwickelt werden. Sie wird auf dem Markt angeboten. Wie aus den vorn

ausgeführten Trends erkennbar, wird mit dieser Form des personalisierten Gesundheitsmanagements in den kommenden Jahren gerechnet. Hier vfrühzeitig aktiv zu werden, könnte ein zusätzliches (heute noch: nice to have) Verkaufsargument sein, auf jeden Fall den Gast neugierig machen.

In der folgenden Tabelle wird der Versuch gewagt, eine Zuordnung von Angebotsgruppen zu den erwähnten Zielgruppen vorzunehmen.

Zielgruppen --------> Urlaubsformen	Best-Ager	Frauen > 40	Junge Vermögene	KMU
Wohlfühlurlaub	**++**	**++**	**++**	**-**
Wellness-Urlaub	**+**	**++**	**+**	**-**
Präventionsurlaub	**+**	**+**	**++**	**++**

Insbesondere bei den Klein- und Mittelbetrieben (KMU) handelt es sich um eine mittelfristig erwartete Nachfrage.

8.2 Signale

Wie vorn ausgeführt, stellt die geringe Attraktivität der Stadt Schleswig eine Schwäche bei der Entwicklung marktfähiger Angebote dar. Um Vertrauen in nachhaltige Ausrichtung der Region zu geben, sollte die Stadt deutliche Signale setzen, um diese Situation zu verbessern.

Die Entwicklung gesundheitstouristischer Angebote für die Stadt Schleswig muss zukünftig die Schlei in den Mittelpunkt stellen. Als Standort für Angebote bietet sich „ Auf der Freiheit“ an, wo auch die geplante Therme angesiedelt sein sollte. Die von einem Investor vorgestellte Konzeption, auf dem Gelände neben einem Hotel auch Seniorenwohnungen anzubieten, medizinische Einrichtungen und auch ein Kloster „zur Einkehr“ bauen zu wollen, sind Gedanken, die in die richtige Richtung gehen.

Insbesondere das Hotel ist notwendig, um eine qualitativ hochwertige Unterbringung zu ermöglichen.

Die gegenwärtige Diskussion um die Renovierung bzw. den Neubau des Stadtbades sollte dazu führen, will man den Gedanken des Gesundheitstourismus zukünftig stärker in die Entscheidungsprozesse einfließen lassen, dieses auch auf dem Gelände „Auf der Freiheit“ zu bauen. Hierbei sollte die Nähe zur Schlei genutzt werden, indem eine Öffnung zum Ufer erfolgt. Schleswig als „ Wikingerstadt“ könnte diese Marke auch im gesundheitstouristischen Umfeld stärker nutzen. So wäre beispielsweise eine „Klammer“ vom Bad „Auf der Freiheit“ zum Wikingerdorf Haitabu sicher gut darstellbar. Diese könnte z.B. unter der Überschrift „Wikinge-rbad“ hergestellt werden. Die Verlagerung des Bades wäre ein wichtiges Signal, eine Weichenstellung der Politik von hoher Aussagekraft.

Dem Unterzeichner liegt ein Gutachten zum Hotelbau „Auf der Freiheit“ vor, in dem ein Hotel mit ca.150 Betten und einem Auslastungsgrad von 65% als ökonomisch tragfähig eingeschätzt wird. Ein solches Hotel ist, will man diesen Standort als gesundheitstouristisches Zentrum Schleswigs ausbauen, unverzichtbar!

Nicht überprüfen kann dann der Unterzeichner, wie stabil das Investitionskonzept der Investoren „Auf der Freiheit“ tatsächlich ist. Es wäre wünschenswert, wenn der eingeschlagene Weg unter Beteiligung der Gesundheitswirtschaft weiter gegangen werden könnte.

8.3 Netzwerke

Es handelt sich beim Gesundheitstourismus um einen wachsenden Markt mit, wie dargestellt, positiven Erfolgsaussichten. Der Gesundheitstourismus entwickelt sich allen halben und es gibt bereits Destinationen/Regionen/Anbieter, die ihre Geschäftsfelder entwickelt und abgesteckt haben. Um erfolgreich sein zu können, sollte versucht werden, eine Markenbildung zu entwickeln. Hierbei darf zukünftig nicht mehr in kommunalen Grenzen gedacht werden, sondern die interkommunale Kooperation sollte vermehrt nicht nur regional, sondern auch thematisch bedacht werden.

Dies bedeutet, gemeinsame Kooperationen im Bereich Qualitätssicherung, Vertrieb, Forschung und Entwicklung sowie Qualifizierung zu entwickeln. Letztgenannter Punkt erscheint von besonderer Bedeutung, da die Mitarbeiter in dem gesundheitstouristisch ausgerichteten Unternehmen beide Facetten hinsichtlich der Kundenorientierung „leben müssen“. Das Schlagwort „der Patient als Gast!“ mag diese Aussage illustrieren.

Mit der Zunahme der Angebote wird sich der Qualitätswettbewerb intensivieren, in dem nur die Destination erfolgreich sei wird, die zielgerichtete Investitionen in die Struktur-und Prozessqualität vornimmt. Durch die Kooperation der Anbieter untereinander (Netzwerke als Erfolgsfaktor) und mit wissenschaftlichen Organisationen und Einrichtungen kann es gelingen, Trends frühzeitig zu erkennen und in marktgerechte Angebote umzusetzen. Die Einbindung solcher Überlegungen in so genannte Geschäftsmodelle ist daher unverzichtbar (zum Vorgehen siehe vorn).

Der Erfolg der zukünftigen Entwicklung in der Region wird davon abhängen, in wie weit es gelingen kann, gesundheitstouristische Netzwerke zu etablieren und lebendig zu erhalten. Hierzu sind Aktivitäten notwendig, die unter die Überschriften Netzwerkidentität, Netzwerkkultur, Netzwerkkommunikation sowie Netzwerkmanagement zusammen zu fassen sind. Auf Grund der Bedeutung dieser Netzwerke sollen die Aktivitäten weiter differenziert dargestellt werden:

Netzwerkidentität:

A) Entwicklung gemeinsamer Visionen und Entwicklungsziele sowie Ableitung von Handlungsfeldern

B) Rasches Herbeiführen von schnellen Erfolgen und ihrer Kommunikation

C) Einbindung von Schlüsselpartnern, die dem Netzwerk ein positives Image geben

D) Regelmäßige binnen-gerichtete Kommunikation, Durchführung von gemeinsamen Veranstaltungen die dem Netzwerk Bedeutung geben.

Netzwerkkultur:

A) Dokumentation von Zielvereinbarungen und regelmäßiger Erfolgskontrolle der vereinbarten Ziele und Verantwortlichkeiten

B) Vereinbarung konkreter Maßnahmenpläne

C) Transparenzschaffung durch klare Strukturen und Regelsysteme (ggf. Satzung)

D) Entwicklung von Fähigkeiten zur qualitativ hohen Zusammenarbeit der Netzwerkpartner mit klarer und kommunizierter Aufgabenverteilung

E) Selbstverpflichtung der einzelnen Partner

Netzwerkkommunikation:

A) Kommunikation zur Aufrechterhaltung der Transparenz durch abgestimmte Informationsflüsse

B) Schaffung und Nutzung von gemeinsamen Informations - und Kommunikationsplattformen, insbesondere Einbindung von den Social Media.

Netzwerkmanagement:

A) Einrichtung eines Treibers, einer zentralen Institution mit Vertrauen bei den Netzwerkpartnern

B) Verknüpfung der Netzwerkstrukturen mit den Organisationsstrukturen der Partner

C) Schaffung einer langfristig abgesicherten Finanzierungsbasis, unabhängig von öffentlichen Förderungen (Nachhaltigkeit)

D) Herausbildung eines festen Kernes, der auch personenunabhängig für die Kompetenzweitergabe bzw. Multiplikation sorgt

E) Laufende Evaluation auf Basis definierter und kommunizierter Erfolgskriterien.

Die Gespräche in der Region (sowohl in der Stadt Schleswig als auch in der Region Schlei-Ostsee) haben dem Unterzeichner den Eindruck vermittelt, dass ein derartiges Netzwerk bisher nicht besteht. Hinsichtlich der interkommunalen Kommunikation gibt es Kommunikationsstränge, die im Rahmen der Aktivregion für den Aufbau genutzt werden könnten. Darüber hinaus sind die Gesundheitsdienstleister im Kreis Schleswig-Flensburg in die Gesundheitsregion Nord (Gesundheitsregion Nord e.V.) integriert, wobei gesundheitstouristische Aktivitäten auch dort noch nicht im Mittelpunkt des Interesses stehen. Diese Basis könnte aber intensiver als in der Vergangenheit genutzt werden, indem sich die hier betrachtete Region als Treiber gemeinsamer Aktivitäten im Gesundheitstourismus versteht und diese Rolle zukünftig ausfüllt.

8.4 Treiber

Es sind kurzfristig grundlegende Entscheidungen zu treffen. Ausgehend von der Einsicht noch kein „Gesundheitsstandort“ zu sein, muss der in die Entwicklung zu investierende Aufwand mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen abgeglichen werden. Auch muss davor gewarnt werden, kurzfristige Ergebnisse zu erwarten. Allein der Aufbau der notwendigen Netzwerke wird einige Monate benötigen. Der „Klebstoff“ in diesen Netzwerken heißt „Vertrauen“ – und dieses muss sich entwickeln.

In jedem Fall muss eine Person, ein Gremium oder eine Organisation das Thema „Entwicklung der gesundheitstouristischen Region Schleswig/Schlei-Ostsee“ als vordringliche Aufgabe annehmen, nicht als Add-on zu bisherigen Aktivitäten. Der Verfasser hat in der folgenden Tabelle seine Einschätzung dokumentiert, wer als Treiber in Frage käme. Hierbei wird ein Zeithorizont von drei Jahren zugrunde gelegt.

Treiber der Entwicklung	Einschätzung bzgl. der Umsetzbarkeit/Verfügbarkeit
Krankenhausträger	nein
Niedergelassene Ärzte	nein
Tourismus	Eventuell ja, falls die notwendigen Schritte gegangen werden
Politik	Eher nein, wenn die Unterschiede der Vergangenheit weiter „gepflegt“ werden
IHK, Verbände	Potenziell denkbar, aber mit Unparteilichkeit schwer vereinbar

Der gangbarste Weg wäre eine Ansiedlung beim Tourismus, der dafür zusätzliche Mittel benötigen würde. Um aber die angesprochenen „Angebotspakete“ schnüren zu können, sollte es ein Gremium geben, in dem auch die Gesundheitskompetenz vertreten sein sollte. Um arbeitsfähig zu sein, sollte man ein Gremium von insgesamt drei bis vier Teilnehmern einsetzen, es mit einer Zielvereinbarung (inklusive der notwendigen Befugnisse und Verantwortlichkeiten) ausstatten und dann ungestört drei Jahre arbeiten lassen. Aufgaben wären u.a.:

- Die Entwicklung der Netzwerke, auch Vernetzung außerhalb der Region
- Die Entwicklung von Konzepten
- Die Produktentwicklung
- Die Ausarbeitung von Marketingkonzepten

Da die weitreichende Bedeutung dieser Aufgabe deutlich geworden sein sollte, wäre diese Gruppe als Beratungsorgan auch bei anderen Planungen hinzuzuziehen.

In der Gruppe sollten also vertreten sein:

- Tourismus
- Gesundheit
- Stadt Schleswig
- Region Schlei-Ostsee

8.5 Zusammenfassung

Die vorliegende Stellungnahme kann nur Vorschläge und Empfehlungen formulieren. Die Umsetzung setzt den (einheitlichen) Willen aller Beteiligten voraus! Nur wenn dieser vorhanden sein wird und die Stadt bzw. Region einer gemeinsamen Vision folgen, wird sich Erfolg einstellen können. Trotz allem bleibt, wie bei jeder Entscheidung, ein Risiko. Ist diese Identifikation der Beteiligten nicht herzustellen, sollte von der Entwicklungsmaßnahme Abstand genommen werden.

Der ausschließlich medizinorientierte Gesundheitstourismus wird für die Region im kurz-und mittelfristigen Bereich keine nachhaltigen Bedeutung gewinnen. Nach Aussagen der Helios-Kliniken sollen derartige Angebote am Standort Schleswig nicht entwickelt werden. Ohne die Unterstützung des Klinikums erscheint dieser Ansatz nicht verfolgenswert.

Wohlfühltourismus, Wellness-Toursmus und (eingeschränkt) Präventions-Tourismus sind vorstellbar. Die Region scheint insbesondere hinsichtlich von Mystizismus und Spiritualität gute Startchancen zu haben. In der Region scheint es eine ansehnliche Anzahl von Anbietern der Alternativ-Medizin zu geben (keine Berührungsängste!). Es könnte gelingen, einige davon im Schleswiger Zentrum anzusiedeln.

Die folgende Abbildung zeigt die grundsätzliche Herausforderung, wenn es um eine erfolgreiche Positionierung im Markt des Gesundheitstourismus geht.

Es sollte, wenn auch kurzfristig gemeinsame Angebote aus den genannten Gründen kaum realisierbar erscheinen, das intensive Gespräch mit allen Gesundheitsanbietern der Region gesucht werden. So kann es gelingen, Einzelne zu integrieren und gegebenenfalls mittelfristig die Anzahl der gemeinsamen Angebote deutlich auszuweiten. Hierbei muss den Gesundheitsdienstleistern anhand von Geschäftsmodellen verdeutlicht werden, dass der Gesundheitstourismus ihnen neue Erlösquellen erschließen kann (was innerhalb des Ersten Gesundheitsmarktes wenig wahrscheinlich sein wird).

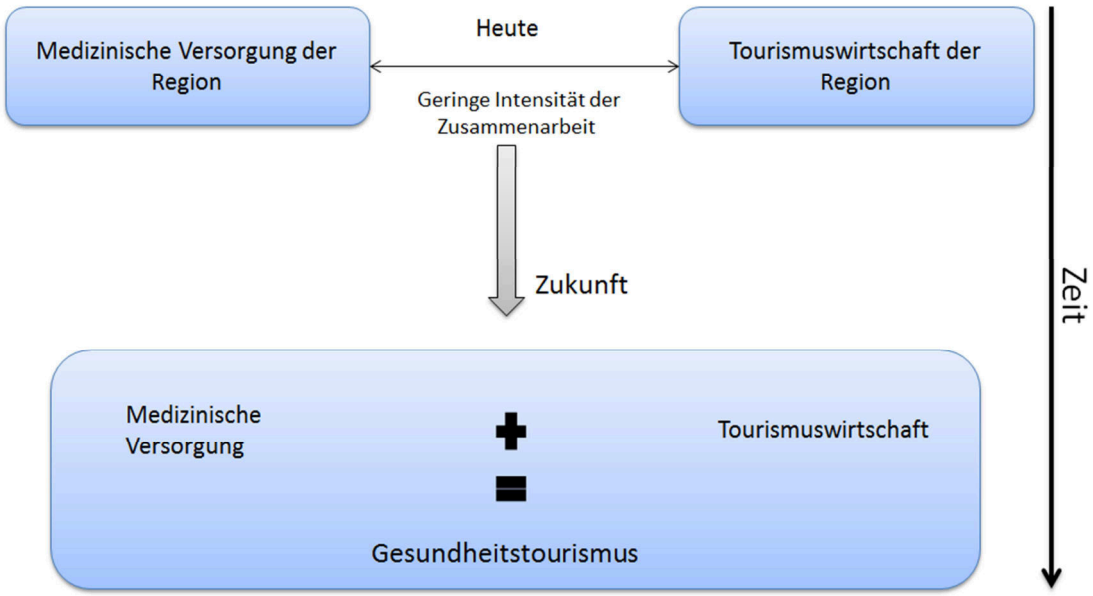


Abbildung 31:Gesundheitstourismus heute und morgen

In dieser Ausarbeitung konnten regionale und überregionale Potenziale identifiziert werden, ebenso konnten Hinweise auf mögliche integrative Produkte heraus gearbeitet werden. Hieraus sollten sich regionale Wertschöpfungsketten entwickeln lassen, die die Untersuchungsregion zu einem Gesundheitsstandort (siehe Definition im ersten Teil dieser Ausarbeitung) werden lassen könnte.

Problematisch ist es, dass bisher kein Sektor übergreifendes und auch Regionen übergreifendes Netzwerk existiert. Tourismus und Gesundheitswirtschaft stehen weiterhin isoliert nebeneinander. Die Region Schlei-Ostsee und die Stadt Schleswig haben nach Auffassung des Unterzeichners die möglichen Potenziale einer Zusammenarbeit noch nicht annähernd erkannt und ausgeschöpft. So wundert es nicht, dass organisatorische sowie technische Systeme nicht existieren und auch gegenwärtig nicht im Aufbau zu sein scheinen, die als Infrastruktur einer erfolgreichen zukünftigen Zusammenarbeit dienen könnten. Auch die Qualifikation von Menschen im Schnittgebiet von Tourismus und Gesundheitswirtschaft ist bisher nur rudimentär, d.h. in einzelnen Projekten, sichtbar. Diese Handlungsstränge zusammen zu führen, verlangt nicht nur ein nach einem starken Engagement der

beteiligten Unternehmen, sondern auch Investitionen seitens der Öffentlichen Hand. Sie könnten als Signal eines neuen Verständnisses, eines neuen Weges wahrgenommen werden und notwendiges Vertrauen schaffen. Privatinvestoren warten auf solche Signale. Auf Grund der Belastungen der öffentlichen Kassen durch größere Investitionsprojekte (z.B. Stadt Schleswig) fällt es allerdings nicht leicht daran zu glauben, dass diese Investitionssicherheit in kurzer Zeit hergestellt werden kann.

Die abschließende Abbildung kann als eine Agenda der in Angriff zu nehmenden Aufgaben verstanden werden, wenn sich die Region für den Aufbau (nicht Ausbau) des Gesundheitsstandortes Schleswig/Schlei-Ostsee entschieden hat!

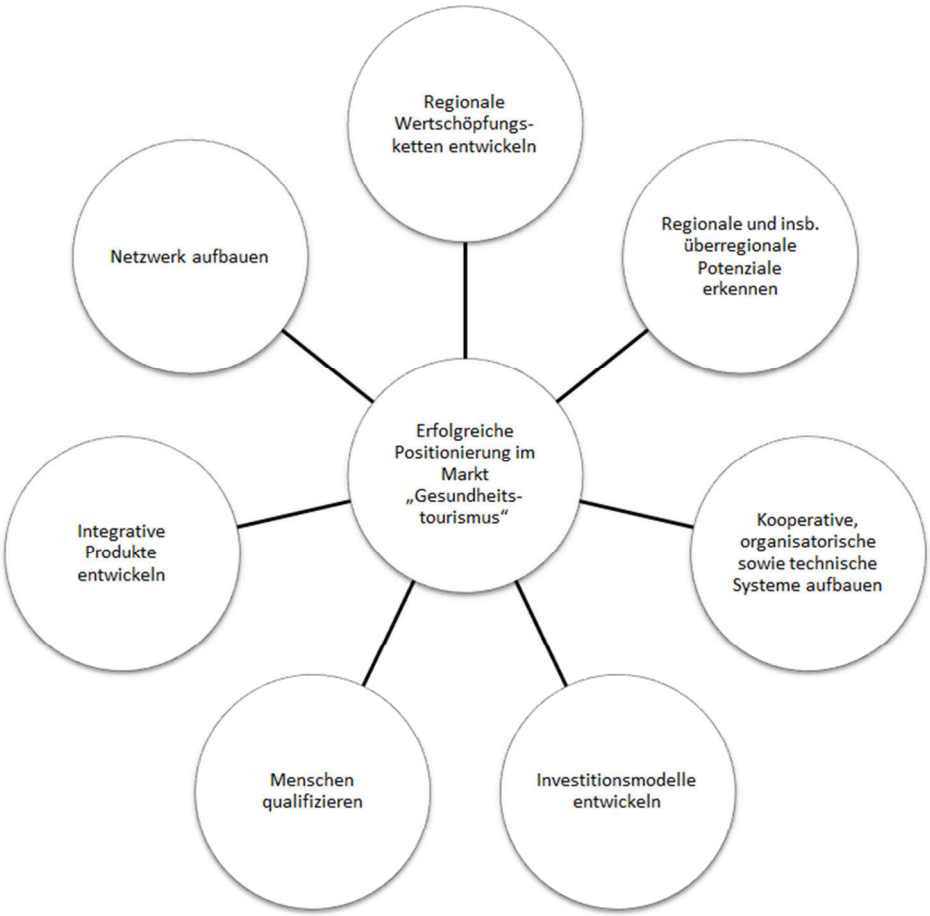


Abbildung 32: Handlungsfelder einer erfolgreichen Positionierung im Gesundheitstourismus

Anlage 1: Organisationen des Gesundheitstourismus

- **Deutscher Tourismusverband**

  http://www.deutschertourismusverband.de/themen/gesundheitstourismus.html

- **Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie**

  http://www.bmwi.de/DE/Themen/tourismus.html

- **Kompetenzzentrum GT SH**

  http://www.sh-gesundheit.de/kompetenzzentrum.html

- **Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR) e. V.**

  Umfasst 19 Mitgliedsregionen.

  Weitere Informationen siehe Hompage oder unter Punkt 4.1.

  http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/

- **Gesundheit Schleswig-Holstein/Gesundheitsinitiative**

  Die Landesregierung arbeitet gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Ärzte und Krankenhäuser, mit Krankenkassen, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, wissenschaftlichen Einrichtungen, Kammern und Verbänden daran, die Kompetenzen und Qualitäten des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein weiter auszubauen.

  → Verzahnung der Gesundheitswirtschaft mit der Gesundheitsversorgung

  Die Federführung für die Initiative hat das Gesundheitsministerium.

  http://www.schleswig-holstein.de/Gesundheit/DE/Gesundheitsland/Gesundheitsinitiative/gesundheitsinitiative_node.html

- **Gesundheitsregion Nord**

  http://www.gesundheitsregionnord.de/de/region/geographie/index.php

- **Wellness-Hotels Deutschland GmbH, Düsseldorf**

  Qualitäts- und Marketingverbund, derzeit *(Stand 18.08.2012)* 50 Hotels der 4- und 5-Sterne-Kategorie; seit 2005 machen DEHOGA und IHA die Grundzüge dieser Qualitätskriterien zum Maßstab für die offizielle Definition eines Wellness-Hotels

  www.w-h-d.de

- **Deutscher Wellnessverband e.V., Düsseldorf**

  Zertifizierung von Hotels, Clubs, Thermen, Bädern; wird bei Hotels in den Kategorien „Exzellent“, „Sehr gut“ und „Gut“ verliehen; Mecklenburg-Vorpommern hat für die landesweite Zertifizierung dieses Siegel genutzt

  www.wellnessverband.de

- **Wellness im Kurort**

  Gütesiegel des Deutschen Heilbäderverbandes e.V.; 10 geforderte Qualitätskriterien müssen erfüllt werden

  www.wellness-im-kurort.info

- **WellVital Bayern**

  Qualitätssiegel für Orte und Hotels; Unterscheidung der Angebote nach der Ausrichtung: Aktiv, Relax, Schlank, Mental, Beauty, Kur, Spezial; Kriterien zu Infrastruktur, Service, Kulinarisches, Wellness-Angebote, Kundenbindung

  www.wellvital.by

- **Wellness-Stars Baden-Württemberg**

  Qualitätssiegel für Hotels; Zusatz „medical“ für gesundheitstouristische Angebote, Zusatz „Therme“ für Thermal- und Mineralbäder sowie öffentliche Bäder

  www.wellness-stars.de

- **Balance. Best of Spa Schleswig-Holstein**

  “Premium“-Marken-Verbund von Büsum, Damp, St. Peter-Ording und Westerland/ Sylt, Zertifiziert werden Wellness-Einrichtungen und Hotels

  www.balance-aus-dem-meer.de

- **Bildungswerk für Wellness und Gesundheit**

  Schulungszentrum für Wellness- und Gesundheitsqualifizierung

  www.wellness-bildungswerk.de
- **Institut für Tourismus- und Bäderforschung in Nordeuropa GmbH (N.I.T.), Kiel**

  www.NIT-Kiel.de
- **Gesundheitsregion Köln-Bonn; Benchmarking Award**
- http://www.health-region.de/cms/gesundheitsregion/startbahn-gruenderwettbewerbemed/158-countdown-fuer-den-benchmark-awardmed-nrw-laeuft-.html

Anlage 2: Kontinenzzentren - Bundesweit

Baden-Württemberg

- **Kontinenz-Zentrum Villingen-Schwenningen**

  Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH,

  Gebäude K, Röntgenstr. 20, 78054 Villingen-Schwenningen

  Internet: http://www.klinikumvs.de/pages/1024.htm

Bayern

- **Kontinenz-Zentrum Nürnberg**

  Klinikum Nürnberg Nord, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg

  Internet: www.kontinenzzentrum-nuernberg.de

- **Kontinenz-Zentrum am Klinikum Coburg**

  Klinikum Coburg, Ketschendorfer Str. 3, 96450 Coburg,

  Internet: www.klinikum-coburg.de

Berlin

- **Kontinenz-Zentrum am St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin**

  St. Hedwig-Krankenhaus, Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin

  Internet: www.deutsches-beckenbodenzentrum.de

- **Kontinenz-Zentrum am Franziskus-Krankenhaus**

  Franziskus-Krankenhaus Berlin, Budapester Straße 15-19, 10787 Berlin

  Internet: http://www.berliner-kontinenzzentrum.de

Brandenburg

- **Kontinenz-Zentrum in Bad Saarow**

  Helios-Klinikum Bad Saarow, Pieskower Str. 33, 15526 Bad Saarow

  Internet: www.helios-kliniken.de/badsaarow

- Kontinenz-Zentrum in Schwedt

  Kontinenz-Zentrum am Asklepios-Klinikum Uckermark Auguststraße 23

  16303 Schwedt

  Internet:

  http://www.asklepios.com/klinik/default.aspx?cid=716&pc=0402&did5=214160

Bremen

- **Interdisziplinäres Kontinenz-Zentrum Bremen**

  Interdisziplinäres Kontinenz-Zentrum Bremen im Klinikum Links der Weser, Senator-Weßling-Str. 1,28277 Bremen

  Internet: http://www.gesundheitnord.de/235.html

Hamburg

- **Kontinenz-Zentrum AKA Hamburg**

  Allgemeines Krankenhaus Altona (AKA), Paul-Ehrlich-Straße 1, 22763 Hamburg

  Internet: http://www.ak-altona.lbk-hh.de

Hessen

- **Kontinenz-Zentrum am Klinikum Kassel**

  Klinikum Kassel GmbH, Mönchebergstr. 41-43, 34125 Kassel

  Internet: http://www.klinikum-kassel.de/kliniken/gyn/

Mecklenburg-Vorpommern

- **Kontinenz-Zentrum Helios-Kliniken Schwerin**

  Helios-Kliniken Schwerin, Wismarsche Str. 397, 19049 Schwerin

  Internet: http://www.helios-kliniken.de/klinik/schwerin.html

NRW

- **Kontinenz-Zentrum am Universitätsklinikum Münster**

  Universitätsklinikum Münster, Albert-Schweitzer-Str. 33, 48149 Münster

  Internet: http://urologie.klinikum.uni-muenster.de

- **Kontinenz-Zentrum Heilig-Geist-Köln**

  Heilig-Geist-Krankenhaus Köln, Initiative Beckenboden,

  Graseggerstr. 105, 50737 Köln-Longerich

  Internet: http://www.initiative-beckenboden.de

Rheinland-Pfalz

- **Kontinenz-Zentrum am Klinikum Ludwigshafen**

  Klinikum Ludwigshafen/Rhein Bremserstr. 79, 67063 Ludwigshafen/Rhein

  Internet: http://www.kontinenzzentrum-lu.de, http://www.klilu.de

Sachsen

- **Kontinenz-Zentrum am Klinikum Pirna**

  Klinikum Pirna GmbH, Struppener Straße 13, 01796 Pirna

  Internet: www.Klinikum-Pirna.de

Sachsen-Anhalt

- **Kontinenz-Zentrum Aschersleben-Staßfurt**

  Kreiskliniken Aschersleben-Staßfurt, Eislebener Str. 7a, 06449 Aschersleben

  Internet: http://www.kkl-as.de

  Quelle: spezial-harninkontinenz.de

  http://www.special-harninkontinenz.de/kontinenzzentren/sachsen-anhalt/

  Kontinenz-Aschersleben-Stassfurt-id63291.html

Anlage 3: Messen in Deutschland für Beauty, Gesundheit, Wellness (Auswahl)

Messen in Deutschland für Beauty, Gesundheit, Wellness

Das Thema Gesundheit wird im deutschen Messewesen flächendeckend angeboten. Mit Ausnahme des Saarlands findet in jedem Bundesland mindestens eine Gesundheitsmesse statt. Insgesamt listet ExpoDataBase durchschnittlich pro Jahr um die 125 Messen und Ausstellungen zu dem Themenbereich, überwiegend mit regionalem Einzugsbereich. Eine Gesundheitsmesse mit besonders hohem Besucheraufkommen ist die bewusst leben, Ausstellung für Umwelt, Natur, Gesundheit und Wellness die im Rahmen der Verbraucherausstellung infa in Hannover organisiert wird. Der Ausstellungsverbund zieht jährlich über 190.000 Besucher in die niedersächsische Hauptstadt.

Die weltweit führende Gesundheitsmesse für Fitness, Wellness und Gesundheit ist die FIBO, die bis 2012 noch in Essen durchgeführt wird und ab 2013 an den Standort Köln wechselt. Über 50.000 Besucher interessieren sich für das umfangreiche Angebot der internationalen Gesundheitsmesse.

Die global führende Gesundheitsmesse der Bio-Familie ist die BioFach - Weltleitmesse für Bio-Produkte in Nürnberg. Rund 2.400 Aussteller aus 90 Ländern präsentieren Bio-Lebensmittel und sonstige Naturwaren, aber auch der Bereich des Ökolandbau und Vermarktung wird auf dieser Gesundheitsmesse mit abgedeckt.

Die BEAUTY INTERNATIONAL DÜSSELDORF, ist die Nr. 1 Messe für Kosmetik-, Nail-, Fuß- und Wellness-Profis. Aussteller aus 21 Ländern präsentieren sich hier jedes Jahr einem reinen Fachpublikum und können über 47.000 Fachbesucher begrüßen.

Quelle: expodatabase.de, Messen in Deutschland für Beauty, Gesundheit, Wellness

http://www.expodatabase.de/messen-deutschland/beauty-gesundheit-wellness/

Messebeispiele:

infa balance - Messe für Gesundheit und Wellness

Die infa balance findet seit 1997 jährlich (bis 2011 als „Bewusst leben“) in Hannover auf dem Messegelände statt. Es werden folgende Sektoren angesprochen: Gesundheit, Wellnessprodukte, Wellnessreisen und -hotels, Fitness, gesunde Ernährung, Bionahrungsmittel, Naturtextilien, Gesundheitsschuhe, Naturkosmetik, alternative Energien, Schulmedizin und Naturheilkunde, Krankenkassen, Physiotherapeuten

Die Messe ist regional und an Privatbesucher aus allen Schichten und Altersgruppen, aus einem Umkreis von ca. 150 km gerichtet. Im Jahr 2011 nutzten 114 Aussteller die Messe infa balance als Präsentationsplattform. Mit ihrem Angebot belegten die Aussteller eine Gesamtnettofläche von 2.946 qm. 205.713 Besucher besuchten die infa balance, um sich über Neuheiten und Trends zu informieren.

Quelle: expodatabase.de, infa balance
http://www.expodatabase.de/messe/bewusst-leben-ausstellung-fuer-umwelt-natur-gesundheit-und-wellness-21791.html

FIBO - Internationale Leitmesse für Fitness, Wellness & Gesundheit

Die FIBO, seit 1991 als Gastveranstaltung in Essen, wechselt ab kommendem Jahr (2013) nach Köln.

Mit 65.800 Besuchern (Vorjahr 58.100) registrierte der Veranstalter Reed Exhibitions erneut ein sattes Plus von 13,2 Prozent. Insgesamt 612 Aussteller aus 35 Nationen (Vorjahr: 581 - plus 5,3 Prozent) zeigten aktuelle Trends, Produkte sowie Trainings- und Therapieformen aus dem Fitness-, Wellness- und Gesundheitsmarkt. Die FIBO übertraf damit die hochgesteckten Erwartungen, die im Vorfeld geäußert worden waren.

Quelle: fibo.de, Abschlussbericht 2012,
http://www.fibo.de/abschlussbericht_2012_1483.56.html

Anlage 4: Beispiele für Gesundheitsregionen/Schleswig-Holstein und Nachbar-Bundesländer

Schleswig-Holstein

Zahlen, Daten und Fakten

- Einwohner → 2,8 Mio.
- Beschäftigte im Gesundheitsbereich →140.000
- Krankenhäuser → 78 an 94 Standorten mit 14.800 Betten
- Patientinnen und Patienten pro Jahr → 570.000
- Ärztinnen und Ärzte insgesamt → 10.495, davon 5.113 im stationären Bereich
- Einwohner/innen je Arzt/Ärztin → 269,9
- Unternehmen zur Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Erzeugnissen → 58 Unternehmen, 5.150 Beschäftigte, Umsatz 1,6 Mrd. €, davon 78 Prozent im Ausland
    - In dieser Gruppe sind 4,44 Prozent aller Beschäftigten im verarbeitenden Gewerbe tätig (bundesweit 1,54 Prozent) und erzielen 5,12 Prozent des Gesamtumsatzes des verarbeitenden Gewerbes (bundesweit 1,05 Prozent)
- Pharmazeutische Erzeugnisse → 22 Unternehmen, 7.600 Beschäftigte, Umsatz 2,4 Mrd. €, davon 29,2 Prozent im Ausland
    - In dieser Gruppe sind 6,28 Prozent aller Beschäftigten im verarbeitenden Gewerbe tätig (bundesweit 2,11 Prozent) und erzielen 7,65 Prozent des Gesamtumsatzes (bundesweit 2,45 Prozent).
- Von den 30 größten Arbeitgebern in Schleswig-Holstein kommen zehn aus den Bereichen Gesundheitswesen/Gesundheitswirtschaft und beschäftigen über 30.000 Menschen.

- Das Universitätsklinikum ist mit 10.670 Mitarbeitern der größte öffentliche Arbeitgeber in Schleswig-Holstein und eine der drei größten Universitätskliniken in Deutschland.
- Schleswig-Holstein setzt schon seit langem auf den Zukunftsmarkt Gesundheit → Gesundheitsinitiative (http://www.schleswig-holstein.de/Gesundheit/DE/Gesundheitsland/Gesundheitsinitiative/gesundheitsinitiative_node.html)

Es gibt zurzeit folgende Leitprojekte in S.-H.:

- Schleswig-Holstein ist Vorreiter bei der elektronischen Gesundheitskarte: Die bundesweiten Tests für die Einführung haben im Dezember 2006 in Flensburg begonnen.
- Mit dem Projekt „Faszination Operieren“ wird ein OP-Forum für Medizintechnik, medizinische Versorgung, Forschung, Lehre und Ausbildung realisiert. Das OP-Forum soll in Lübeck entstehen.
- Die Gesundheitsinitiative und der Heilbäderverband Schleswig-Holstein e. V. haben gemeinsam die Initiative ergriffen, den Gesundheitstourismus neu auszurichten. Ziel ist es, gesundheitsorientierte Programme in hoher nachgewiesener Qualität zu einem schleswig-holsteinischen Markenzeichen auszubauen.
- Unter dem Dach der Gesundheitsinitiative haben Politik, Krankenkassen, Kliniken und Ärztinnen und Ärzte das Netzwerk „Betrifft Brust“ gegründet. Es bündelt alle schleswig-holsteinischen Programme zur Brustgesundheit.
- Im Projekt „eHealth for Regions“ wird gemeinsam mit Partnern im Ostseeraum die grenzüberschreitende Nutzung der Telemedizin weiterentwickelt.

Quelle: http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/gesundheitsinitiative-schleswig-holstein/?L=0%252529

Hamburg

- In der Gesundheitswirtschaft arbeitet jeder achte Hamburger Beschäftigte
- So waren im Jahr 2007 rund 105.000 Menschen im Bereich Gesundheitswirtschaft beschäftigt – davon allein 30.000 in den Hamburger Krankenhäusern

Zahlen, Daten und Fakten

- Fläche →755,264 km²
- Einwohner → 1.777.373 (Stand 30. November 2008)
- Anzahl der Krankenhäuser → 51 Kliniken mit 683 Betten pro 100.000 Einwohnern
- Beschäftigte im Gesundheitsbereich →100.000
- Pflegeeinrichtungen → 177 (353 ambulante Pflegedienste mit 8.900 Mitarbeitern, 16.630 stationäre Plätze in Alten- und Pflegeheimen)
- Beschäftigungswachstum → zwischen 5% und 10%
- Niedergelassene Ärzte/ärztliche Psychotherapeuten →über 3.256 (Stand 2007)
- Niedergelassene Zahnärzte → 1.451 (Stand 2007)
- psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten → 683
- Qualitativ und strukturell ergibt sich folgendes Bild:
- Der Versorgungsgrad mit medizinischen Leistungen ist in Hamburg sowohl stationär als auch ambulant hoch
- Im Jahr 2007 kamen rund 28 % der hamburgischen Krankenhausfälle aus dem Umland und weiter entfernt liegenden Regionen. Davon kamen 25 % aus dem direkten Umland (17 % aus Schleswig-Holstein, 8 % aus Niedersachsen) und weitere 3 % aus anderen Bundesländern und dem Ausland. Dies spiegelt die Attraktivität des Medizinstandortes Hamburg und seine Versorgungsfunktion für die gesamte Metropolregion wider
- Ein Netz von Schwerpunktpraxen und Spezialpraxen (z. B. Onkologie, Diabetes, Schmerztherapie, Rheumatologie) ist auf die Behandlung von

schweren Erkrankungen spezialisiert und bis weit über die Grenzen Hamburgs hinaus nachgefragt

- Die Vertragsarztdichte in Hamburg hat relativ stetig zugenommen. Im Jahr 2007 kamen 541 Einwohnerinnen bzw. Einwohner auf eine Ärztin bzw. einen Arzt. Hamburg hat mit Berlin und Bremen die höchsten Arztdichten in Deutschland (Quelle: BSG, Basisinformationen zur Gesundheit, 2009)
- Bemerkenswert für den Standort Hamburg ist die Dichte namhafter Krankenversicherer mit Sitz in Hamburg
- Zudem profitiert die Gesundheitswirtschaft Hamburg in besonderem Maße von der gemeinsam von Hamburg und Schleswig-Holstein getragenen Strategie für das „Life Science Cluster Nord“ und der Life Science Region Hamburg und Schleswig-Holstein:
- Im März 2009 hat die Freie und Hansestadt Hamburg gemeinsam mit der Handelskammer Hamburg in einem Public-Private-Partnership-Projekt die Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH gegründet, an der beide Gesellschafter je zur Hälfte beteiligt sind. Diese Gesellschaft wird das Zentrum der Aktivitäten zur Stärkung der Hamburger Gesundheitswirtschaft bilden. Ihre Aufgabe als operative Einheit ist, gemeinsam mit den Hamburger Akteuren der Gesundheitswirtschaft die selbige in Hamburg zu fördern, Projekte zu initiieren und zu managen, Netzwerkarbeit voranzutreiben und so langfristig die Gesundheitsversorgung Hamburgs zu optimieren.
- Hamburg blickt auf eine langjährige und erfolgreiche Kooperation sowie auf gewachsene Handelsbeziehungen seiner Gesundheitswirtschaft zum Ausland zurück. Dies gilt sowohl für den Export von Medizinprodukten und -geräten und Gesundheitsdienstleistungen als auch für die Behandlung von Patientinnen und Patienten aus dem Ausland in Hamburger Krankenhäusern sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und medizinischem Fachpersonal.

Quelle: http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/gesundheitswirtschaft-hamburg/?L=0%252529

Mecklenburg-Vorpommern

Zahlen, Daten und Fakten

- Fläche → 23.200 km²
- Einwohner → 1,7 Mio. (Stand 12/2006)
- Küstenlänge → 1.700 km Ostseeküste
- Binnenseen → 2.028
- Inseln → u. a. Rügen, Usedom, Hiddensee, Poel, Riems, Halbinsel Fischland-Darß-Zingst
- Anzahl der Kliniken → 35 Krankenhäuser, 67 Rehakliniken, rund 12.000 Betten
- Kurorte →58 staatlich anerkannte Kur- und Erholungsorte
- Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft → rund 87.000, in der Saison rund 110.000
- Hauptgestaltungsfelder gesundheitliche Prävention → Gesundheitstourismus, Rehabilitation, Ernährung, Seniorenwirtschaft
- Komplemetärfelder →Biotechnologie, Hochleistungsmedizin und Forschungsschwerpunkte, Neue Versorgungsformen
- Universitäten → Rostock, Greifswald
- Hochschulen → Wismar, Stralsund, Neubrandenburg
- Besonderheiten → Kuratorium für Gesundheitswirtschaft, Masterplan Gesundheitswirtschaft MV 2010, Projektbüro Gesundheitswirtschaft bei der BioCon Valley® GmbH, Nationale Branchenkonferenzen Gesundheitswirtschaft, Medical Wellness Kongress
- Ortsgebundene Heilmittel → u. a. Sole, Moor, Kreide, Meerwasser (Anwendungen: bspw. Thalasso, Kneipp, Klimatherapie)

- Das Land M.-V. verfügt über die natürlichen Wettbewerbsvorteile eines reizarmen Klimas und der intakten Landschaften von der Ostsee bis zur Seenplatte.
- Zum anderen gehört der Gesundheits- und Wohlfühlsektor des Landes mit seinen (Wellness-)Hotels sowie den 35 Krankenhäusern und 67 Rehabilitationskliniken zu den modernsten und leistungsfähigsten in Europa. Schon heute arbeiten landesweit 87.000 Menschen in der Branche, davon 61.000 im Kernbereich der Versorgung von kranken Menschen.
- Im Jahr 2004 fiel der politische Entschluss, voll auf die Gesundheitswirtschaft zu setzen und sich dauerhaft als Gesundheitsland Nr. 1 in Deutschland zu etablieren. Seit 2005 gibt das Kuratorium Gesundheitswirtschaft mit Ministern, Hochschuldirektoren, Staatssekretären, Unternehmern, Kassen und anderen Akteuren die strategische Richtung vor. Seit März 2006 existiert ein offizieller Masterplan, der per Beschluss des Landtages durch ein eigens eingerichtetes BioCon Valley®-Projektbüro Gesundheitswirtschaft umgesetzt wird.
- Mit 1 Mio. € Jahresbudget und zusätzlichen Projektmitteln managen die Gesundheitswirtschafts-Netzwerker bei BioCon Valley® den Strukturwandel. Ziel ist es, regionale Wertschöpfungsketten zu schaffen, die es vorher so nicht gab. In einem Kompetenznetz Orthopädie versorgt die Region etwa in- und ausländische Patienten mit neuen Hüftgelenken – von der Herstellung der Implantate bis zur Reha. In einem deutschlandweit einzigartigen Gemeinschaftsprojekt von BioCon Valley® und der Universität Greifswald erhebt das Transfer-Netzwerk Community Medicine bevölkerungsbezogene Gesundheitsdaten, um die gewonnenen Forschungsergebnisse für die Entwicklung neuer Produkte und Serviceangebote im Gesundheitswirtschaftsbereich nutzbar zu machen.
- Eine Bilanz des Erreichten wird alljährlich auf der „Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft“ in Rostock-Warnemünde gezogen

Nächster Termin am: 24./25.April 2013

(http://www.konferenz-gesundheitswirtschaft.de/)

Quelle: http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/gesundheitsland-mecklenburg-vorpommern/?L=0%252529

Bremen

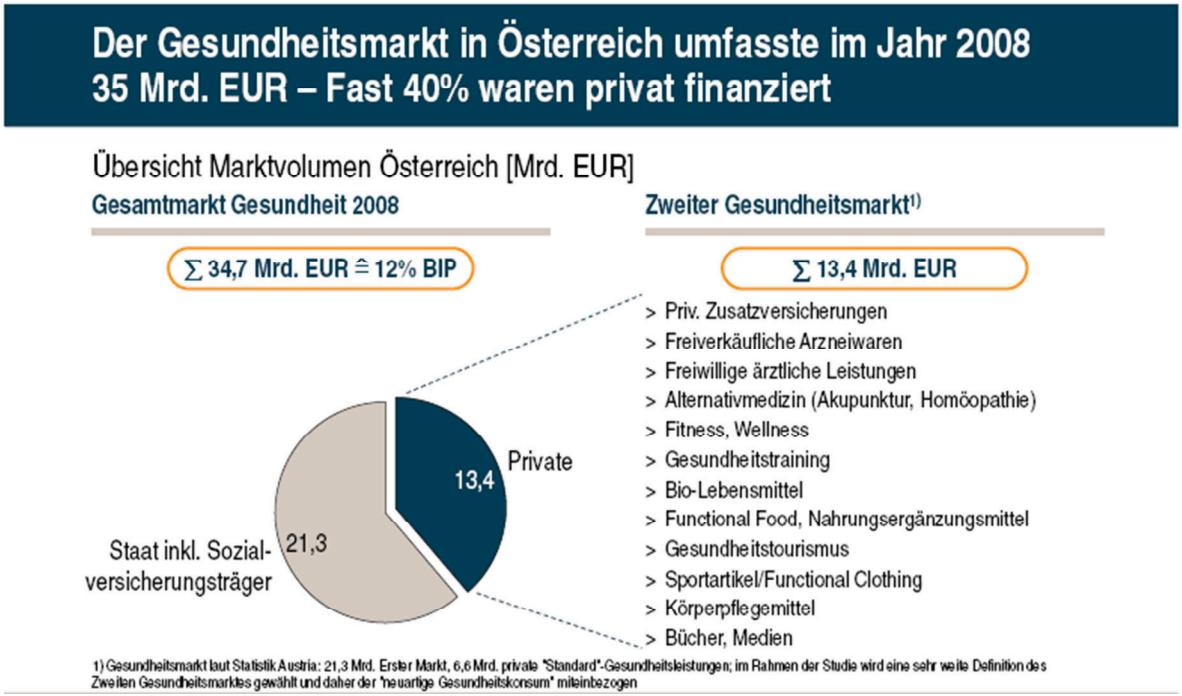
- Mensch im Mittelpunkt
- In den Krankenhäusern und zahlreichen Pflegediensten Bremens kommt jeder dritte Patient aus dem Umland
- Zahlen, Daten und Fakten
- Fläche → rund 404 km²
- Einwohner → 660.000
- Anzahl der Krankenhäuser →14
- Praktizierende Ärzte → rund 3.300
- Praktizierende Zahnärzte → rund 510
- Pflegeeinrichtungen → 86 (stationär), 116 (ambulant)
- Beschäftigte in der Gesundheitsbranche → rund 49.000, davon 39.500 (Kernbereich)
- Wissenschaft und Forschung →Schwerpunkte in Public Health, Informatik,
- Künstliche Intelligenz, Bildgebende Verfahren, Lebensmitteltechnologie, Pflege- und Gesundheitsmanagement
- Kompetenzzentrum für Klinische Studien
- Bremer Kooperation mit Fujitsu Siemens
- In Sachen Gesundheit ist Bremen nicht nur fürsorglich, sondern auch fortschrittlich. Hier werden medizinische Innovationen für ganz Deutschland erprobt. Kurze Wege und enge Netzwerke machen Bremen zur prädestinierten Testregion. Die Einführung des Brustkrebsscreening ist nur ein Beispiel. Nicht ohne Grund gehört die Entwicklung mobiler Gesundheitssysteme neben der digitalen Radiologie zu den Stärken in der „Mobile City“ Bremen. Im Rahmen eines Gesundheitsnetzes Onkologie sind

Bremer Krankenhäuser schon jetzt mit niedergelassenen Ärzten, Apotheken und Laboreinrichtungen verbunden. Mit Entwicklungen künstlicher Intelligenz, beispielsweise intelligenten Rollstühlen, etabliert sich die Hansestadt auch als Zentrum für Robotik. Darüber hinaus ist in Bremen ein weltweit führendes Forschungszentrum auf dem Gebiet der computerunterstützten bildbasierten Diagnostik und Therapieplanung beheimatet. Dies sind nur zwei Beispiele, die Bremen als Wissenschaftsstandort ausweisen. Mit seiner Universität und den fünf Hochschulen genießt die Stadt einen internationalen Ruf. Ein hohes Forschungsniveau, anerkannte breite Kompetenzfelder und Praxisbezug zeichnen den Standort aus.

- Bremen wird die Weiterentwicklung innovativer Produkt- und Prozesslösungen in den Bereichen E-Health/Mobile Anwendungen, Telemedizin und deren Verbindung mit zukunftsträchtigen Pflegekonzepten weiter vorantreiben und sich mit dem Schwerpunkt „Das Zu Hause als Gesundheitsstandort“ etablieren. Dabei wird die Integration der Konzepte des generationengerechten Wohnens eine ebenso bedeutende Rolle spielen, wie die Entwicklung neuer Dienstleistungen unter Berücksichtigung der Marktbedürfnisse.

Quelle: http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/gesundheitsstandort-bremen/?L=0%252529

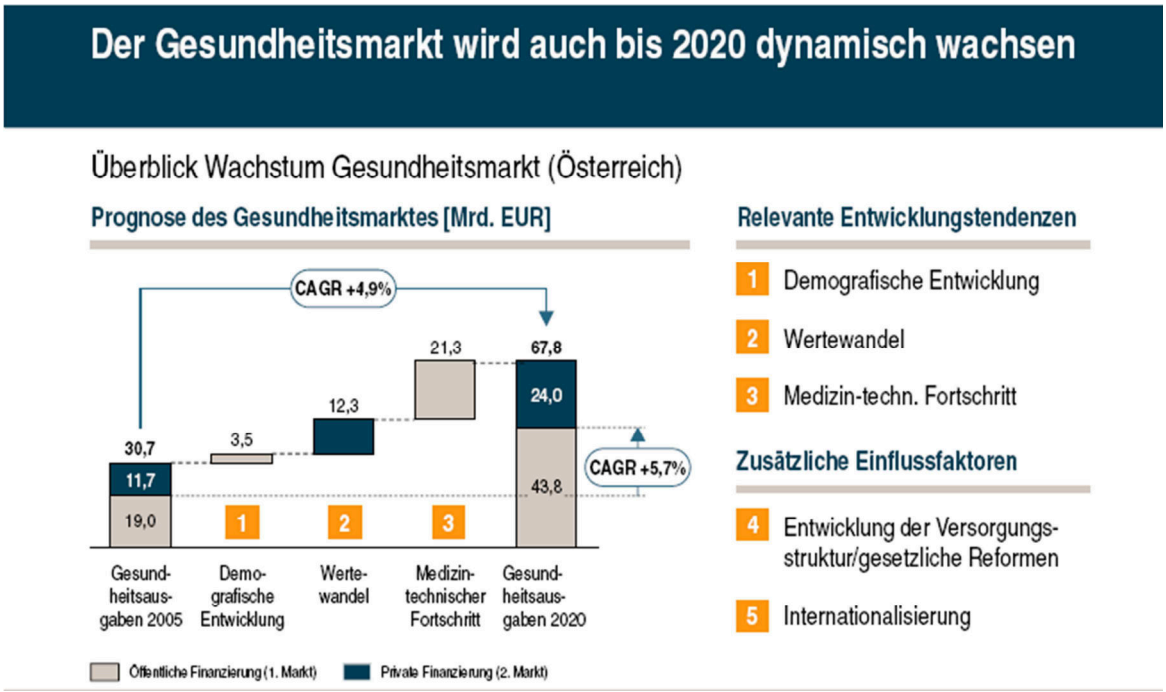
Anlage 5: Zukunftsmarkt Gesundheit & Wellness in Österreich (Beispiel)



Veränderungen in den Jahren 2002 - 2008

- Teilmärkte in den letzten Jahren annähernd gleich stark gewachsen
  - Erster Gesundheitsmarkt: +4,2%, Zweiter Gesundheitsmarkt: +4,6%
- Besonders starkes Wachstum:
  - Bio-Lebensmittel: +21,5%, Fitnessstudio: +9,5%, Gesundheitstourismus: +5,5%
- Durch Wachstum im Gesundheitsmarkt = Schaffung neuer Arbeitsplätze: +2,3%

Veränderungen des Gesundheitsmarktes bis 2020



- **1 Demographische Entwicklung**: Kosten 1. Gesundheitsmarkt = +3,5 Mrd. €
- **2 Wertewandel:**

  → Umsatzwachstum 2. Gesundheitsmarkt = +12,3%

→ Portfolio wird ausgeweitet:

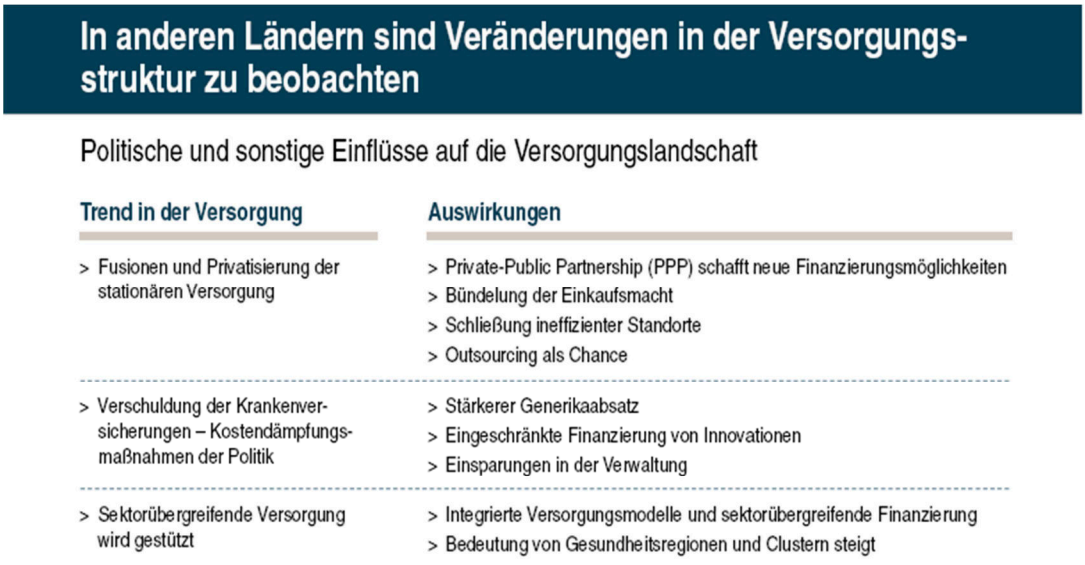
- **3 Medizin-Technischer Fortschritt:**

  → Steigerung der Gesundheitsausgaben *(1. Markt)* um 1% über der BIP-Steigerung

- **4 Versorgungsstrukturen und Reformen:**

- **5 Internationalisierung:**

  Chancen bieten die östlichen Nachbarländer sowie der Mittlere und Ferne Osten



In anderen Ländern sind Veränderungen in der Versorgungs-struktur zu beobachten

Politische und sonstige Einflüsse auf die Versorgungslandschaft

Trend in der Versorgung	Auswirkungen
> Fusionen und Privatisierung der stationären Versorgung	> Private-Public Partnership (PPP) schafft neue Finanzierungsmöglichkeiten > Bündelung der Einkaufsmacht > Schließung ineffizienter Standorte > Outsourcing als Chance
> Verschuldung der Krankenver-sicherungen – Kostendämpfungs-maßnahmen der Politik	> Stärkerer Generikaabsatz > Eingeschränkte Finanzierung von Innovationen > Einsparungen in der Verwaltung
> Sektorübergreifende Versorgung wird gestützt	> Integrierte Versorgungsmodelle und sektorübergreifende Finanzierung > Bedeutung von Gesundheitsregionen und Clustern steigt

Quelle: Studie von Roland Berger, 08/2009,

http://www.rolandberger.at/media/pdf/Roland_Berger_Zukunftsmarkt_Gesundheitsmarkt_20090825.pdf

Kontaktdaten des Verfassers:

Prof. Dr. Roland Trill

Fachhochschule Flensburg

Fachgebiet Krankenhausmanagement & eHealth

Kanzleistraße 91 – 93

D 24943 Flensburg

Tel. 0461 805 1473

trill@fh-flensburg.de

www.fh-flensburg.de/eHealth