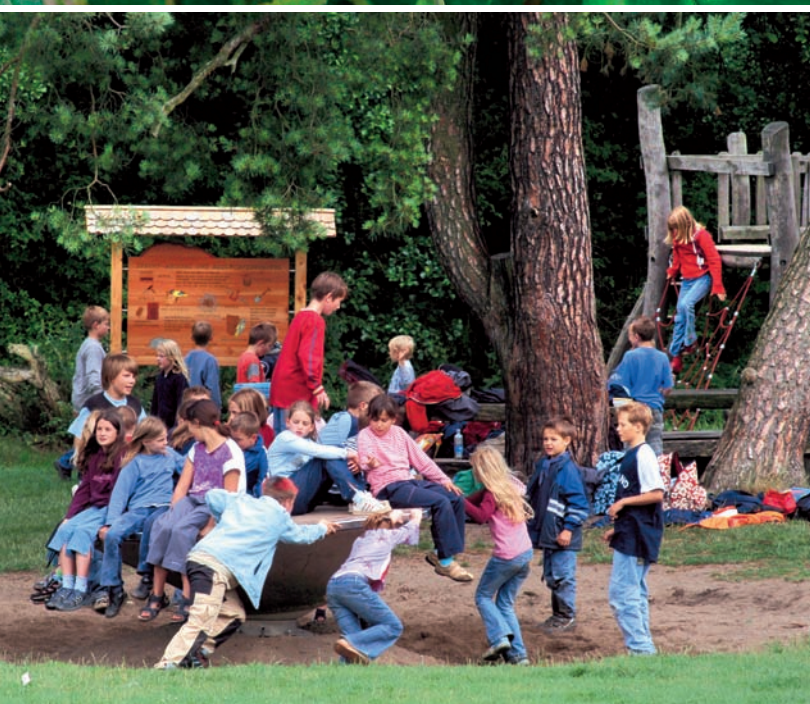


Innovative Prävention zwischen Medizin und Lifestyle

Impulse zur Gestaltung der Gesundheitsregion Ruhr

 metropol Ruhr



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds
für Regionale Entwicklung



Ministerium für
Wirtschaft, Mittelstand
und Energie des Landes
Nordrhein-Westfalen

NRW



Regionalverband Ruhr

Innovative Prävention zwischen Medizin und Lifestyle

Impulse zur Gestaltung der Gesundheitsregion Ruhr

Herausgeber:

Regionalverband Ruhr

Kronprinzenstraße 35

45128 Essen

Telefon: 0201 2069-0

Internet: www.rvr-online.de

Projektpartner:

Regionalverband Ruhr (RVR)

Rheinisch-Westfälisches Institut

für Wirtschaftsforschung (RWI)

Institut Arbeit und Technik (IAT)

Dipl.-Ing. Wiebke Claussen – Projektberatung

Projektförderung:

Ziel 2-Programm, Ministerium für Wirtschaft,

Mittelstand und Energie NRW (MWME)

Dieses Projekt wird von der
Europäischen Union kofinanziert

Essen, Januar 2009



Regionalverband Ruhr

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Die Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung – Eine Herausforderung für viele Akteure	9
2. Marktvolumen und Strukturen im Präventionsmarkt – Herausforderungen und Chancen für die Metropole Ruhr	21
2.1 Volumen und Strukturen im Präventionsmarkt – Erste Annäherungen	21
2.2 Analyse der Nachfrageseite	28
2.3 Arbeitsmarkteffekte und quantitative Entwicklungsszenarien	39
3. Trends, modellhafte Projekte und Aktivitäten in der Metropole Ruhr	55
4. Merkmale neuer Geschäftsmodelle und Kooperationsformen im Präventionsmarkt	87
5. Ergebnisse in der Zusammenschau: Stärken-Schwächen-Analyse des Präventionsmarktes Metropole Ruhr	91
6. Gestaltungsansätze zur Entwicklung des Präventionsmarktes Ruhr	97
7. Literatur	101



Vorwort

In den vergangenen Jahren war in den öffentlichen Debatten immer wieder vom Gesundheitsmarkt die Rede. Die gesundheitspolitische „Wende zur Prävention“ in der jüngsten Zeit rückt insbesondere Produkte und Dienstleistungen in den Fokus, die der Gesunderhaltung und der Gesundheitsförderung dienen und so dazu beitragen, die Lebens- und Arbeitsverhältnisse gesünder zu gestalten und die Ressource „Gesundheit“ im Lebensalltag der Bevölkerung zu stärken. Das Spektrum der Leistungen, ihrer Anbieter und der anvisierten Zielgruppen ist überaus vielfältig und reicht von medizinisch geprägten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) über „klassische“ Angebote etwa im Rahmen von Herzsportgruppen oder Rückenschulungen bis hin zu medizinisch orientierten Wellnessleistungen und exklusiven Check-up-Angeboten. Gesunde Menschen werden ebenso angesprochen wie erkannte Risikopatienten sowie Menschen mit spezifischen Vorerkrankungen. So ist es nicht weiter verwunderlich, dass in diesem Zusammenhang auch immer öfter von einem Präventionsmarkt die Rede ist.

Gibt es tatsächlich einen Präventionsmarkt? Wie stellt sich dieser für die Metropole Ruhr dar? Ist es für die Gesundheitsregion Metropole Ruhr bzw. ihre Leistungserbringer sinnvoll, auf den Präventionsmarkt zu setzen und ihn systematisch zu erschließen? Wenn ja, was sind geeignete Ansatzpunkte? Diesen Fragen ging das Projekt „PrävEcon Ruhr“ im Zeitraum 2006-2008 nach.

Untersuchungen zum Themenfeld Prävention beziehen sich meist darauf, wie Zielgruppen besser erreicht und die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen verbessert werden können. Das Projekt PrävEcon Ruhr betrachtet Prävention und Gesundheitsförderung aus einer anderen Perspektive: die der Leistungsanbieter sowie ihrer spezifischen Strategien zur Erschließung des Feldes. Damit soll auch eine Informationslücke in der Debatte um die Zukunftspotenziale der Gesundheitswirtschaft in der Metropole Ruhr geschlossen werden.

Darüber hinaus leistet „PrävEcon Ruhr“ einen bedeutenden Beitrag, um die Clusterstrategie des Landes zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in der Teilregion Metropole Ruhr zu präzisieren. Aus dieser Perspektive stellt sich die Frage, wo sich Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung, ausgehend von der gesundheitswirtschaftlichen Versorgungskette, eigentlich verorten lassen und welchen Beitrag sie zur Realisierung eines „Clusters Gesundheitswirtschaft“ leisten können. Zusammenfassend fokussierten die Ziele des Projektes „PrävEcon Ruhr“ darauf,

- die zentralen Entwicklungs- und Innovationstrends im Feld „Prävention und Gesundheitsförderung“ herauszuarbeiten,
- Anbieterstrategien, Innovationsfelder und -hemmnisse zur Erschließung des Präventionsmarktes in der Region aufzuzeigen,
- Ansatzpunkte zu definieren, um das bislang ungenutzte wirtschaftliche Potenzial auf dem Präventionsmarkt zu mobilisieren und

- diese über die vorhandenen Strukturen und Kooperationen (v. a. MedEcon Ruhr / RVR) in die Breite zu transferieren,
- gemeinsam mit einschlägigen Akteuren der Ruhr-Region Anknüpfungspunkte zur Weiterentwicklung und Vermarktung der bereits vorhandenen Angebotsstrukturen zu ermitteln und umzusetzen.

Zentral für den gewählten Projektansatz war die Tatsache, dass im Themenfeld „Prävention und Gesundheitsförderung“ verschiedene Perspektiven und Zielbereiche miteinander verstrickt sind:

- Aus **gesundheitspolitischer Perspektive** können durch eine Ausweitung der Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung lokale und regionale Gesundheitsräume entwickelt und ein Beitrag für mehr Lebensqualität geleistet werden. Gesundheitsdienstleistungen unterliegen derzeit einem Funktionswandel von der reinen *Gesundheitsversorgung* zur *Gesundheitsförderung*. Die Vermeidung von Erkrankungen, das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken sowie der Umgang mit chronischen Krankheiten haben in den vergangenen Jahren einen nachhaltigen Bedeutungsschub erlangt. Prädiktive und personalisierte Leistungselemente erfahren angesichts des medizinisch-technologischen Fortschritts in Forschung und Versorgung eine Aufwertung. Aufgabe einer modernen Gesundheitsversorgung ist nicht länger nur die erfolgreiche Bekämpfung von „Krankheit“, sondern die Bereitstellung von Gesundheitsangeboten, die die Ressource „Gesundheit“ im Lebensalltag der Bevölkerung stärken (vgl. Kickbusch 2006). Voraussetzung hierfür ist jedoch eine möglichst hohe Transparenz, Erreichbarkeit und Finanzierbarkeit der Leistungen für möglichst breite Bevölkerungsschichten. Vor allem bildungs- und einkommensschwache Bürger können derzeit nur bedingt von einem Ausbau innovativer Präventionsangebote profitieren.
- Aus **regionalwirtschaftlicher Perspektive** können Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur Gesundheitsräume entwickeln, sondern auf neuen Wegen der Struktur-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik den Wachstumsfaktor „Gesundheit“ entlang der vorhandenen Kompetenzen systematisch erschließen. Vorhandene Angebote sollen gestärkt und neue Produkte und Dienstleistungen etabliert werden mit dem Ziel, nachhaltige Beiträge für die Versorgungs-, Lebens- und Standortqualität zu leisten. Von innovativen Gesundheitsangeboten wird erwartet, dass sie regionalökonomisch wirksam werden und dazu beitragen, auch die privat finanzierte Nachfrage auszubauen und zusätzliche Geschäftsfelder, Arbeitsplätze und Einkommen zu schaffen. Allerdings gibt es hierzu bei den Akteuren vor Ort noch eine Menge Fragen, da Prävention und Gesundheitsförderung primär als *gesundheitspolitisch regulierte* Felder mit wenigen Gestaltungsspielräumen wahrgenommen werden.

- **Aus gesundheitswirtschaftlicher Perspektive** geraten somit insbesondere potenzielle Geschäftsfelder, die Erschließung neuer Einnahmequellen und Produktangebote, Innovationsstrategien und -hemmnisse der Anbieter ins Blickfeld. Ziel ist es, die Nachfrage privater Haushalte nach Gesundheitsleistungen als privatem Konsumgut und die Nachfrage der Unternehmen, die in Gesundheitsleistungen für ihre Mitarbeiter/-innen investieren, zu erschließen. Der gezielten Initiierung, Koordinierung und Organisation von Innovationspartnerschaften zur Mobilisierung der vorhandenen Entwicklungspotenziale im Präventionsmarkt kommt in diesem Zusammenhang eine herausragende Bedeutung zu. Darüber hinaus liegt bislang kaum Wissen darüber vor, welche Innovationsfelder, -strategien und -akteure zu einer Entwicklung und Verbreitung von Präventionsangeboten beitragen.

Insgesamt kann das Cluster Gesundheitswirtschaft durch eine stärkere Vernetzung der Segmente der Gesundheitswirtschaft (Kernbereich, Vorleister- und Zuliefererbranchen sowie die Rand- und Nachbarbereiche) sowie durch eine Unterstützung des Innovations- und Technologietransfers *in die Versorgungsstrukturen* gestärkt werden. Das Thema Prävention ist derzeit in verschiedenen Gestaltungsfeldern angesiedelt und muss aus einer integrierten Perspektive der Gesundheitspolitik, der regionalen Wirtschaftspolitik sowie der Innovations- und Technologieförderung betrachtet werden. Ein zentrales Projektergebnis in diesem Zusammenhang ist, dass Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung häufig „neben der Spur“ konzipiert werden. Eine systematische Einbindung in die Versorgungsprozesse findet nur selten statt.

Die Aktivierung des Nachfragepotenzials wird in den kommenden Jahren insbesondere davon abhängen, ob es gelingt, innovative Dienstleistungen durch die Verstärkung der Zusammenarbeit der Akteure entwickeln und auf Dauer etablieren zu können. Die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit durch Innovationstransfer sowie die zielgruppenspezifische Koordination, Vernetzung und Vermarktung von Produkten und Dienstleistungen der Prävention und Gesundheitsförderung sind hier die wesentlichen Herausforderungen der Zukunft. Wenn es gelingt, Prävention und Gesundheitsförderung als integrierten Bestandteil einer Clusterstrategie in der Gesundheitswirtschaft zu behandeln, kann die Wettbewerbsfähigkeit der Angebote gesteigert, die Nachfrage erhöht und die Zahl der produktiven Arbeitsplätze in diesem Bereich in den nächsten Jahren ausgebaut werden. Für das Ruhrgebiet ist der Ausbau von Angeboten der „Prävention und Gesundheitsförderung“ von besonderer Bedeutung:

- Aus der prognostizierten Krankheitslast sowie der demografischen Entwicklung resultieren für die Metropole Ruhr erweiterte und neue Herausforderungen und Bedarfe in der regionalen wie lokalen Gesundheitsversorgung.
- Die Metropole Ruhr hat die Gesundheitswirtschaft als regionales Kompetenzfeld definiert und bewirbt sich mit anderen bundesdeutschen Gesundheitsregionen um den Titel „Gesundheitsregion der Zukunft“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF]).

Damit zielt die Metropole Ruhr darauf, sich national wie international als innovative Gesundheitsregion zu etablieren. Kaum ein Gestaltungsfeld in der Gesundheitswirtschaft ist besser geeignet, diesen Anspruch auch nachzuweisen, als der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.

- Die Region zeichnet sich durch eine hohe Dichte gesundheitswirtschaftlicher Anbieter und Akteure aus. Die Metropole Ruhr verfügt durch ihre Vielfalt präventiver Kompetenzen und bereits vorhandene Netzwerkbeziehungen über hervorragende Ausgangsbedingungen, um Innovationspartnerschaften zum Ausbau präventiv orientierter Gesundheitsangebote in den kommenden Jahren weiter zu fördern. Das wichtigste Ziel ist daher eine verbesserte Integration von Angeboten der Prävention und Gesundheitsvorsorge. Mit dem Gesundheitswirtschaftsnetzwerk MedEcon Ruhr e. V. ist darüber hinaus eine geeignete Plattform für das „Matching“ sowie die Projekt- und Angebotsentwicklung in der Region etabliert.

Unter Fachleuten ist unstrittig, dass vom Ausbau präventiver Angebote und Dienstleistungen in den nächsten Jahren sowohl deutliche Impulse für die Lebensqualität der Bevölkerung als auch für die Wirtschaft zu erwarten sind. Während in anderen Wirtschafts- und Kompetenzfeldern seit längerer Zeit offensiv daran gearbeitet wird, Innovationen voranzutreiben und diese in der Breite zu verankern, wurden die wirtschaftlichen Potenziale des Feldes "Prävention und Gesundheitsförderung" in der Vergangenheit eher stiefmütterlich behandelt. Das Projekt „PrävEcon Ruhr“ und der vorliegende Endbericht möchten vor diesem Hintergrund einen Beitrag zum Dialog leisten sowie Impulse zur weiteren Entwicklung des Themenfeldes geben.

Um sich dem Präventionsmarkt in der Metropole Ruhr zu nähern, wurde sowohl die Nachfragerseite als auch die strategische Einschätzung der Anbieter untersucht. Dazu wurden Daten der amtlichen Statistik analysiert und eigene Erhebungen durchgeführt. Somit stützt sich die Untersuchung auf folgende empirische Grundlagen:

- Repräsentative Befragung von über 1.000 Personen in der Metropole Ruhr (Kap. 2.2),
- Shift-share-Analyse der Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft (Kap. 2.3),
- Szenarien zur Entwicklung der Konsumausgaben privater Haushalte für Gesundheitspflege auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (Kap. 2.3),
- ausführliche Gespräche mit Anbietern von Präventionsleistungen in der Metropole Ruhr (18 leitfadengestützte Interviews und 16 weitere Expertengespräche, Kap. 3 und 4).

Damit ist die vorliegende Studie bundesweit die erste, die die Entwicklung des Präventionsmarktes sowohl auf der Anbieter- als auch der Nachfragerseite untersucht.

1. Die Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung – Eine Herausforderung für viele Akteure...

Unter *Prävention* sind generell krankheitsvorbeugende Maßnahmen und gesundheitsfördernde Aktivitäten sowie Maßnahmen, die der Wiederherstellung der Gesundheit dienen, zu verstehen. Diese richten sich überwiegend an Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Störungen und Krankheit. **Primärprävention** bezeichnet in diesem Zusammenhang die Verminderung von (Teil-) Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Das Ziel ist hierbei die Reduzierung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten. In der Public-Health-Forschung findet sich zudem die Unterscheidung zwischen *individueller Verhaltensprävention* und *sozialer/kontextorientierter Verhältnisprävention*. Die Veränderung gewohnter Verhaltensweisen mit dem Ziel, negative Auswirkungen (durch Sport, Fitness, Ernährung, Entspannung, Stressabbau, Vermeidung von Sucht- und Genussmitteln etc.) zu vermeiden, zählt zur individuellen Verhaltensprävention. Maßnahmen hingegen, die auf soziostrukturelle und räumliche Gegebenheiten zielen, z. B. die gesundheitsfördernde und/oder -erhaltende Gestaltung des Arbeitsplatzes, zählen zur Verhältnisprävention (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [SVRKAIG], 2005). Angebote und Dienstleistungen der Primärprävention richten sich vorwiegend an die gesunde Bevölkerung sowie an potenzielle Risikogruppen.

Die *Sekundärprävention* bezieht sich demgegenüber auf die Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühtherapie. Sekundärprävention bezeichnet seit jüngster Zeit auch die Verhinderung des Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses (z. B. eines zweiten Myokardinfarkts nach überstandenerm Erstinfarkt). Der Begriff der *Tertiärprävention bzw. der Rehabilitation* umfasst sowohl die wirksame Verhütung bzw. Verzögerung einer manifesten Erkrankung als auch die Verhinderung bzw. Milderung bleibender Funktionseinbußen. Die Förderung und der Aufbau von individuellen Fähigkeiten und Ressourcen sowie gesundheitsförderlichen Strukturen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen, wird demgegenüber als *Gesundheitsförderung* bezeichnet.

Die Bewegung der Gesundheitsförderung (vgl. WHO-Charta von Ottawa 1986) hob die Bedeutung der Salutogenese hervor. Über die Vermeidung von Risikofaktoren und die Prävention von Krankheiten (pathogenetischer Ansatz) hinaus gelte es, die Faktoren und Ressourcen zu unterstützen, die Menschen gesund erhalten (Salutogenese). Als wesentliche Größe gesunder und produktiver Lebens- und Arbeitsbedingungen wird dabei das „Kohärenzgefühl“ hervorgehoben¹. Demnach können Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl, die sich in

¹ Antonovsky 1997, BzGA 2001, Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 67ff.

einer für sie verstehbaren, beeinflussbaren und sinnhaften Welt bewegen, Stressoren in einen großen Zusammenhang einordnen und besser abpuffern. Sie bleiben auch unter hohen Belastungen eher gesund.

Die Wachstumsperspektiven im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich vor allem auf die folgenden *Entwicklungstrends* zurückführen:

- (1) „Gesund sein“ und „gesund bleiben“ sind Werte, die sich in der Bevölkerung wachsender Bedeutung erfreuen. Zunehmend mehr Menschen verstehen Prävention als ein selbst zu gestaltendes Handlungsfeld und sind bereit, hierfür auch verstärkt private Mittel zu investieren. In den kommenden Jahren ist daher mit einer steigenden Nachfrage nach entsprechenden Angeboten zu rechnen. „Prävention und Gesundheitsförderung“ ist aus dieser Perspektive ein Wachstumsmarkt, den es für das Ruhrgebiet zu erschließen gilt.
- (2) *Der wirtschaftliche Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung ist in der Fachwelt unumstritten.* Auch wenn derzeit kaum praktisch handhabbare Methoden vorliegen, die diesen Nutzen in Form von Wirtschaftlichkeitsberechnungen für Betriebe nachweisen, wird in zahlreichen Studien auf die wirtschaftlichen Folgen krankheitsbedingter Arbeitsausfälle für Unternehmen hingewiesen. Betriebe und Unternehmen werden in Zukunft vor allem mit Blick auf den demografischen Wandel verstärkt ein Interesse daran entwickeln, in präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen am Arbeitsplatz zu investieren. Gesundheit ist aus betrieblicher Perspektive ein zentraler Bestandteil des Humankapitals. Die Stärkung der Primärprävention zielt im betrieblichen Kontext vor allem auf die Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung indirekter Krankheitskosten (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [SVRKAIG], 2005, S. 24).
Aktuelle Studien in verschiedenen Wirtschafts- und Tätigkeitsbereichen verweisen sowohl auf den Anstieg der arbeitsbedingten psychischen und physischen Belastungen insbesondere im Dienstleistungssektor, als auch auf Defizite der Umsetzung und Verbreitung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aus Sicht der befragten Beschäftigten (vgl. MWA 2005: notiert in NRW. Arbeitswelt 2004. Belastungsfaktoren Bewältigungsformen Arbeitszufriedenheit).
- (3) Gerade auch mit Blick auf die *demografische Entwicklung* werden gesundheitsfördernde und präventive Angebote in den nächsten Jahren zunehmend an Bedeutung gewinnen. Der Wunsch, in einer "Gesellschaft des langen Lebens" auch bis ins hohe Alter möglichst aktiv zu sein, lässt deutliche Impulse für den Ausbau entsprechender Angebote erwarten. Dies umfasst insbesondere Angebote und Dienstleistungen, die das "Älter werden im Betrieb" unterstützen.

- (4) *Der medizinisch-technische Fortschritt* mit neuen Möglichkeiten der Früherkennung (Diagnostik), der frühzeitigen Intervention und der Rehabilitation schafft neue Angebote und wird die Nachfrage in diesem Bereich weiter stärken.
- (5) Die Gesundheitspolitik setzt derzeit gezielt auf den *Ausbau präventiver und rehabilitativer Maßnahmen vor Ort*. Die "Kur vor Ort" bzw. die "wohnnah Rehabilitation" sowie der Auf- und Ausbau „integrierter medizinischer Versorgungszentren“ sind Beispiele hierfür.
- (6) Aufgaben der Regionalentwicklung, wie die Weiterentwicklung des Emscher Landschaftsparks oder auch die Masterplanung für die Metropole Ruhr können gezielt mit dem Aufbau präventionsorientierter Infrastruktur verbunden werden. Gesundheitsfördernde Infrastruktur, Stadt- und Landschaftsgestaltung kann zu Kristallisationspunkten *gesundheitsorientierter Freizeitgestaltung* werden.

Das Innovationsgeschehen und die Entwicklung neuer Präventionsangebote sind geprägt durch:

- den Strukturwandel im Gesundheitsversorgungssystem,
- neue aus dem soziodemografischen Wandel resultierende Bedarfe,
- das Entstehen eines zweiten Gesundheitsmarktes/Selbstzahlermarktes und
- die Umsetzung des therapeutischen, gesundheitswissenschaftlichen und medizinisch-technologischen Fortschritts.

Der Perspektivwechsel von der kurativen Hochleistungsmedizin und der „Blaulichtmedizin“ zu integrierten Versorgungsnetzen sowie zur gesunderhaltenden Medizin ist heute schon eingeleitet. Unterstützt wird er durch den medizinisch-technischen und den gesundheitswissenschaftlichen Fortschritt und seine Implementierung im Versorgungsnetz, dessen Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zunehmend verschwimmen. Die amerikanischen National Institutes of Health (NIH) kennzeichnen eine moderne Gesundheitspolitik durch den sogenannten „4 P-Ansatz“: Sie muss prädiktive, personalisierte, präventive, partizipative Leistungselemente umfassen (NIH 2008). Prävention ist daher nicht mehr als vierte Säule der Gesundheitsversorgung oder in komplementären Anwendungen verortbar. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung werden miteinander verzahnt, in integrierte Versorgungskonzepte eingebunden und systematisch in allen Segmenten der Gesundheitsversorgung entwickelt.

Auf der Nachfrageseite unterstützt insbesondere der soziodemografische und soziokulturelle Wandel (d. h. die Alterung der Bevölkerung, Ausbildung individualisierter Lebensstile und Entwicklung von Indikationen) das steigende Interesse am Thema Gesundheit und Gesundheitsleistungen. Auch als Folge reduzierter staatlicher und kassenfinanzierter Gesund-

Leistungen nehmen die gesundheitliche Eigenverantwortung und Gesundheitsförderung in Eigeninitiative zu. Aus dem Leistungskatalog der Sozialversicherungsträger ausgegliederte Leistungen werden so zu privat finanzierten Gesundheitsleistungen.

Notwendig ist zudem eine Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen auf aktuelle sowie prognostizierte epidemiologische Bedarfe. Die Hauptkrankheitsbilder im Ruhrgebiet sind Herz-Kreislauferkrankungen, Neubildungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen (LDS NRW 2006). Von Übergewicht und Adipositas ist laut Schuleingangsuntersuchung mehr als jedes 10. Kind, zum Zeitpunkt der Schulentlassung mehr als jeder 5. Jugendliche betroffen – mit steigender Tendenz (LÖGD 2007). In NRW ist der Anteil der adipösen 6-jährigen Kinder von 3,9 % (1996) auf 4,8 % (2004) angestiegen. Im Ruhrgebiet gelten 5,5 % der 6-jährigen Kinder als adipös (LÖGD Gesundheitsberichterstattung / kommunale Indikatoren 03_57_02_2004). Mit Blick auf die epidemiologischen Präventionsbedarfe werden lebensweltorientierte und demografiesensible Gesundheitskonzepte an Bedeutung zunehmen, die setting-orientierte und zugehende Gesundheitsdienste mit einschließen. Zur Vermeidung künftiger Krankheiten und zur Unterstützung einer gesundheitsfördernden Lebensführung müssen Präventionsmaßnahmen bereits im Kindergarten und in der Grundschule stattfinden. Aber auch das Setting „betriebliches Gesundheitsmanagement“ muss an den epidemiologischen Bedarfen ansetzen. Im Zuge der Zunahme chronischer Erkrankungen wird die wohnortnahe Versorgung chronischer Erkrankungen an Bedeutung zunehmen und der Haushalt als „dritter Gesundheitsstandort“ neben der stationären und der ambulanten Versorgung erschlossen.

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheitschancen ist in den vergangenen Jahren immer wieder dargestellt worden (SVR 2007). Er ist in einer Region wie dem Ruhrgebiet virulent. In einer Piloterhebung des LÖGD (LÖGD 2006) wird deutlich, dass sich die gesundheitliche Lage und die soziale Lage der Bevölkerung im Ruhrgebiet deutlich von NRW-Vergleichswerten abhebt. Die Lebenserwartung im Ruhrgebiet weist klare (und innerregional noch auffallendere) Unterschiede gegenüber dem Landesdurchschnitt von NRW auf. So weicht z. B. die Lebenserwartung von Männern in Gelsenkirchen um -2,7 Lebensjahre vom Landesdurchschnitt ab. Große Unterschiede gibt es auch bei der Säuglingssterblichkeit. Sie liegt im Ruhrgebiet 10 % über dem Landesdurchschnitt und differiert in Gelsenkirchen sogar um 17 % vom NRW-Vergleichswert. Primärprävention muss sich daher besonders auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ausrichten. Dieser Zusammenhang spielt beim Thema Kindergesundheit eine überaus bedeutende Rolle.

Abbildung 1: Prognose inzidenter Fälle in NRW 2004 – 2025

	Männer	Frauen
Krebslokalisationen	+ 34 %	+ 17 %
Myokardinfarkt	+ 61 %	+ 43 %
Demenzen	+ 88 %	+ 41 %

Quelle: LÖGD 2007

Im Zuge des demografischen Wandels wird das Thema „Gesundheitsförderung und gesunde Lebensführung bei chronischen Erkrankungen“ an Bedeutung gewinnen. Künftig ist mit einem Zuwachs bei den chronischen und den geriatrischen Erkrankungen sowie mit einer Überlappung verschiedener Krankheitsbilder (Multimorbidität) zu rechnen. Dies wird neue Anforderungen an Akutversorgung, insbesondere aber an Rehabilitation und die ambulante Versorgung chronisch kranker Menschen stellen. Angesichts der Zunahme multimorbider Krankheitsbilder kann durchaus kritisch hinterfragt werden, wie tragfähig zukünftige Versorgungskonzepte sein werden, die auf spezifische Krankheitsbilder zugeschnitten sind. Das Thema Gesundheit und Alter wird unter der doppelten Perspektive „gesund altern“ und „gesundes Alter“ an Bedeutung zunehmen (MAGS 2007), denn durch eine gesundheitsorientierte Freizeitgestaltung und Lebensführung lassen sich bereits in frühen Jahren Erkrankungen im Alter vermeiden oder positiv beeinflussen. Zugleich zeigen Ergebnisse der Analysen zur Prävention im Alter, dass die Lebensqualität der Menschen erhöht und zugleich Kostensparnisse bewirkt werden können (Kruse 2006; Alterssurvey – DZA 2005).

Gesundheit wird vermehrt als privates Konsumgut nachgefragt. Gesundheit als Ausdruck von Leistungsfähigkeit, Erfolgsorientierung und Vitalität wird zum Lifestyle-Motiv. Dies reicht von gesundheitsorientierten Lifestyleprodukten über Gesundheitstourismus, Gesundheitscoaching zur Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz hin zu einem gesundheits- und fitnesorientierten Lebensstil, der zur Voraussetzung für Erfolg in Beruf und Privatleben propagiert wird. Um bis ins hohe Alter Schönheit, Vitalität und Jugendlichkeit zu erhalten, werden kosmetische und ästhetische Veränderung des Körpers und Lifestyledrogen zunehmend nachgefragt – zum Teil mit fragwürdigem Erfolg. Die Konsumausgaben privater Haushalte für Gesundheitspflege, Prävention, Wellness und Lebensqualität nehmen mit steigendem Alter und Einkommen zu. Einrichtungen aller Branchen versuchen von diesem Gesundheitstrend zu profitieren, und Selbstzahlerleistungen nehmen in traditionellen Gesundheitseinrichtungen an Bedeutung zu. Seit Jahren steigt in der Bevölkerung aber auch das Interesse an ganzheitlich ausgerichteten komplementärmedizinischen und naturheilkundlichen Therapieangeboten. Chronisch kranke Personen suchen hier, häufig nach langer Odyssee der Anwendung verschiedener schulmedizinischer Therapien, Linderung ihrer Beschwerden.

Angesichts der skizzierten Herausforderungen und Themen ist es nicht weiter verwunderlich, dass die Entwicklung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung ein Themenfeld für viele Akteure ist. Im PräVEcon Ruhr-Projekt wurden folgende Akteurstypen identifiziert, die in unterschiedlicher Weise den Präventionsmarkt zu erschließen versuchen:

- traditionelle Gesundheitseinrichtungen (niedergelassene Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und Einrichtungen der Rehabilitation, Physiotherapie etc.),
- neue ambulante, wohnortnahe Rehabilitationseinrichtungen,
- Träger der Sozialversicherungen,
- Unternehmen aus dem Bereich der sog. Life Technologies (v. a. Medizintechnik, Biomedizin, Biotechnologie),
- die Fitness- und Wellnessbranche,
- „klassische“ Sportvereine vor Ort,
- das Handwerk sowie
- Akteure der Immobilienwirtschaft.

Präventionsleistungen werden in Einrichtungen aus dem Kernbereich, dem Zulieferer- und Vorleistungsbereich sowie den Randbereichen und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft entwickelt. Prävention ist als Gestaltungsfeld damit nicht einem Bereich der Gesundheitswirtschaft exklusiv zuzuordnen, sondern Angebote der „Prävention und Gesundheitsförderung“ lassen sich entlang der gesamten Wertschöpfungskette der Gesundheitswirtschaft verorten. Die Einrichtungen nutzen die Entwicklung und Einbindung von Präventionsleistungen in ihr Portfolio vor allem, um:

- durch die Ausweitung des Angebotsspektrums neue Einnahmen und Kundengruppen zu erschließen,
- Versorgungs- und Wertschöpfungsketten zu verlängern und Zuweiserstrukturen aufzubauen,
- sich durch Präventionsleistungen von der Konkurrenz abzuheben,
- Prävention als Marketinginstrument zur Profilbildung, Kundenakquise und Kundenbindung zu nutzen,
- betriebswirtschaftliche Effekte (Auslastung der Anlagen, niedrigere Krankenstände, Kosteneinsparungen etc.) zu erzielen.

Die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten der Prävention folgt damit recht unterschiedlichen Motiven: Von der Diversifizierung der Geschäftsfelder über eine stärkere Wertschöpfungs- und Prozessorientierung, der Qualitätsentwicklung bis hin zu Aspekten der Kundenbindung sowie der Markenbildung. Die traditionellen Gesundheitseinrichtungen, die Angebote zwischen Gesundheitsförderung, Prävention und Wellness in ihr Portfolio einbinden, versuchen vor allem sich einen Zugang zum sog. zweiten Gesundheitsmarkt zu erschließen. Aufgrund eines intensivierten Wettbewerbs lässt sich eine Polarisierung der Anbieter- und Leistungsstrukturen zwischen „Filialisierung“ und ausgewählten „Premium“-Einrichtungen feststellen. Qualitätssicherung, Premium-Class-Angebote und neue Koopera-

tionen um „Medical Wellness“ unterstützen den Prozess der Markenbildung. Die beschriebenen Anbieter handeln im Präventionsmarkt entsprechend der nachfolgend aufgeführten Entwicklungsstrategien:

Traditionelle Gesundheitseinrichtungen reichern ihr Portfolio mit Präventionsmedizin, ganzheitlicher Gesundheitsförderung, alternativen Therapieverfahren, Gesundheits-Check-Ups, Wellness und Lifestyle an. Insbesondere größere Einrichtungen wollen sich zu Gesundheitsunternehmen mit umfassenden, die traditionellen Sektoren (ambulant/stationär) überschreitenden Dienstleistungsangeboten entwickeln und sich aktiv auf den Gesundheitsmärkten positionieren. In den traditionellen Gesundheitseinrichtungen sichern die Sozialversicherungsträger noch das Gros der Umsätze. Verstärkt prägt aber ein Finanzierungsmix das Umsatzgeschehen. Der Anteil präventionsbezogener Selbstzahlerleistungen beläuft sich in den befragten Einrichtungen derzeit auf ca. 5-15 %. Die Einrichtungen setzen jedoch darauf, diese Selbstzahlerleistungen mit der Zielgruppe privater Haushalte und Unternehmen auszuweiten.

Die **Sozialversicherungsträger** engagieren sich ebenfalls verstärkt in Präventionsmaßnahmen, insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, aber auch die Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungen, die in der Metropole Ruhr auf eine besondere Tradition zurückblicken können. Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung tragen dazu bei, sich gegenüber der Konkurrenz auf dem Versicherungsmarkt abzusetzen und sich als *Gesundheitsunternehmen* zu vermarkten. Präventiv-orientierte Gesundheitsangebote leisten somit einen zentralen Beitrag zur Kundenbindung.

Ein weiterer Treiber präventiv-orientierter Gesundheitsdienste ist der medizinisch-technologische Fortschritt. Insbesondere die sog. **Life Technologies** greifen den Trend zur Prävention auf und orientieren sich auf Vorbeugung, frühzeitiges Erkennen von Erkrankungen sowie die Kontrolle von Vitalparametern. Die zentralen Innovationsfelder mit einem ausgesprochenen Präventionsbezug in der Medizintechnologie sind:

- die Miniaturisierung (bspw. Entwicklung minimal-invasiver chirurgischer Technologie und der Nanomedizin und von Nanopartikeln),
- die Molekularisierung (bspw. Zelltherapie, regenerative Medizin und „Tissue Engineering“, die Entwicklung biomedizinischer Wirkstoffe, die Entwicklung prädiktiver Biomarker, Tests zur Bestimmung genetischer Profile von Patienten),
- die Personalisierung und Prädiktion (diagnostische Vorsorgeprogramme, neue bildgebende Verfahren und In vitro-Diagnostik, bspw. Testkits zur Diagnose der Prädisposition genetisch bedingter chronischer Krankheiten),
- die Computerisierung (bspw. Telemedizin und Telematik),
- die Vernetzung der Gesundheitsdienstleister durch IT-gestützte Technologien,
- die Entwicklung von Techniken und Unterstützungsleistungen im häuslichen Bereich („MedTech goes home care“ und „Ambiance assisted living“).

Der **Wellness- und Fitnessbranche** werden in den kommenden Jahren weiterhin gute Entwicklungen prognostiziert. Allerdings sucht die Wellnessbranche durch qualitätsgesicherte Angebote und Profilbildung von Einrichtungen eine neue Orientierung in einem zunehmend von Wettbewerb gekennzeichneten Markt. Ein Trend von körperlicher zu geistiger und seelischer Fitness und Leistungsfähigkeit ist erkennbar. Ein weiterer Trend ist der von Wellness (im Sinne von Wohlfühlangeboten) hin zu Selfness, d. h. einem Mix aus körperlichem Wohlbefinden und gezielter Selbstmotivation. In diesem Zusammenhang wird das Thema Gesundheitserleben als sinnstiftendes und Gemeinschaftserlebnis an Bedeutung gewinnen.

In den vergangenen Jahren hat sich an der Schnittstelle von Medizin und Lifestyle ein zweiter Gesundheitsmarkt entwickelt (BBE, 2005; Illing, 2003, Roland Berger Strategy Consultants 2007, Kartte 2008), in dem sich sowohl traditionelle Gesundheitseinrichtungen als auch branchenfremde Anbieter zu positionieren versuchen: Gesundheitsakteure wie Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, therapeutische Anbieter bis hin zu Rehabilitationseinrichtungen verlängern durch Angebote der Präventionsmedizin, Komfortleistungen und Wellness ihre Wertschöpfungsketten und entwickeln in diesen Bereichen neue Geschäftsfelder. Auf der anderen Seite erweitern nicht-medizinische Dienstleister (z. B. Hotelketten, Freizeitbäder und Thermen, Daily Spas) durch Vernetzung mit medizinischen Leistungserbringern vor Ort und Integration ihrer medizinisch-evidenzbasierten Dienste ihr Angebot. Auch wenn eine einheitliche Definition dieses neuen Dienstleistungssegmentes jenseits des Trendbegriffs „Medical Wellness“ bislang nicht existiert², so lassen sich dennoch Gemeinsamkeiten in den Zugängen zu dem Themenfeld beschreiben:

- Methodisch basieren die Angebote auf der Verbindung präventiver, therapeutischer, beratender, edukativer und selbstorganisatorischer Elemente in der Zusammenführung fachärztlicher Kompetenz und High-Tech-Medizin, alternativen Heilverfahren und Wohlfühlleistungen mit Erlebnischarakter, v. a. in den Feldern Bewegung, Entspannung und Ernährung. Im Fokus des neuen Dienstleistungstypus steht nicht die Heilung im engeren Sinne, sondern die Steigerung der Lebensqualität, des subjektiven Wohlbefindens, des ressourcenorientierten Umgangs mit der individuellen Gesundheit sowie die Begleitung im Umgang mit chronischen Erkrankungen.
- Die Dienstleistungsentwicklung folgt dem eingangs skizzierten Perspektivwechsel von einem segmentiert-funktionalen zu einem integriert-ganzheitlichen Gesundheitsverständnis. Zur Zielgruppe gehören sowohl Menschen mit Vorerkrankungen, z. B. Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruckerkrankungen,

² Ein erster übergreifender Definitionsversuch wurde 2007 im Rahmen des „1. Medical-Wellness Kongress“ (Berlin) vorgestellt: „Medical Wellness beinhaltet gesundheitswissenschaftlich begleitete Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität und des subjektiven Gesundheitsempfindens durch eigenverantwortliche Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Motivation zum gesundheitsbewussten Lebensstil.“ (Oberösterreich Tourismus 2007, www.dmww.de).

als auch all jene, die unter stressbedingten Beschwerden leiden. Die Dienstleistung wird häufig durch multiprofessionelle Teams erbracht, bestehend aus Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Diätköchen und Heilmasseuren.

- Im Gegensatz zu klassischen Kurangeboten bieten sog. „Medical-Wellness“-Angebote die Möglichkeit, diese als Tages- oder Kurzzeiturlaub leichter in den Alltag zu integrieren und maßgeschneiderte, individualisierte Leistungsprogramme nach Bedarf zusammenzustellen. Evidenzbasierung und Qualitätssicherung sind integrale Bestandteile der Angebote mit dem Ziel, eindeutig zu trennen zwischen „passiver“ Wellness (im Sinne der Schönheits- und Körperpflege) und „aktiver“ Medical Wellness, mit eng auf die physischen und psychischen Gesundheitsressourcen bezogenen Angeboten für Bewegung, Fitness und gesunde Ernährung. „Medical Wellness“ kann nicht als bloße Medikalisierung von Wellness verstanden werden; vielmehr stehen die Synergien durch die Zusammenführung evidenzbasierter medizinischer Leistungen und traditioneller Wellness im Mittelpunkt.

Gesundheitsförderung und Prävention werden zunehmend auch in neue Settings hineingetragen und mit traditionellen Gesundheitsdienstleistern vernetzt. Unternehmen setzen betriebliches Gesundheitsmanagement um. Kindergärten und Schulen engagieren sich in Gesundheitsförderungsprojekten. Das häusliche Wohnumfeld wird zum „dritten Gesundheitsstandort“ entwickelt. Indem sich bislang getrennte Gesundheitsmärkte aufeinander zu bewegen und die Leistungserstellung in den Betrieben vermehrt durch multiprofessionelle Teams erfolgt, entsteht auch neuer Weiterbildungsbedarf. Hier wird in den kommenden Jahren insbesondere die qualitätsgesicherte Aus-, Fort- und Weiterbildung rund um Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung gewinnen.

Es sind zumeist Betriebe aus dem Bestand, die Präventionsleistungen in ihr Leistungsspektrum einweben, neue Geschäftsmodelle entwickeln und Kooperationen mit Akteuren aus anderen Segmenten der Gesundheitsbranche eingehen. Diese neuen Geschäftsmodelle weisen nachfolgende Merkmale auf:

- Integration der Leistungsbereiche entlang der Versorgungskette,
- Kombination verschiedener Leistungssegmente,
- Technologiebasierung,
- Qualitätssicherung und Evidenzbasierung,
- Trägervielfalt,
- Orientierung auf Risikogruppen,
- Erschließung privater Nachfrage / Mobilisierung privater Mittel,
- Beitrag zur Stadt- und Standortentwicklung.

Verschiedene Geschäftsmodelle zeichnen sich durch spezifische Schwerpunkte und Profile aus, in denen die Technologiebasierung (z. B. ein Zentrum für Präventionsmedizin), die Mobilisierung privater Mittel (wie ein Gesundheits- und Wellnesszentrum mit Hotelleistungen)

oder Qualitätssicherung und Evidenzbasierung (bspw. ein Gesundheits- und Reha-Fitness-Zentrum an einem Krankenhaus) im Vordergrund stehen können. Zum Teil werden Neugründungen – wie die ambulanten Reha-Zentren – von etablierten Einrichtungen vorgenommen. Neuansiedlungen wie beispielsweise „Medicos.AufSchalke“ sind derzeit jedoch die große Ausnahme. Die Leistungsanbieter versuchen insbesondere die private Selbstzahlergruppe der Unternehmen durch Angebotspakete betrieblichen Gesundheitsmanagements und Präventionsmedizin anzusprechen. Auf Seiten der Anbieter herrscht aber eine große Unsicherheiten darüber, wie neue Angebote im 1. und im 2. Gesundheitsmarkt entwickelt und umgesetzt und wie der Selbstzahlermarkt (private Selbstzahler und Unternehmen) erschlossen werden kann. Neue Präventionsangebote entstehen bisher meist in „trial and error“-Prozessen. Sie werden neben dem Tages- und dem Kerngeschäft entwickelt. Insbesondere bei den kleinen und mittelgroßen Anbietern im Bestand spielt die systematische Marktforschung, wie und mit welchen Präventionsangeboten der „Patient/Kunde“ erfolgreich erreicht werden kann, bislang eine geringe Rolle.

Städte und Gemeinden haben in der Vergangenheit bei der Entwicklung präventionsbezogener Initiativen häufig eine wichtige Rolle gespielt. Beispiele dafür sind die Initiativen „Essen forscht und heilt“ und „Kur vor Ort“ in Essen, Aktivitäten in den Mitgliedsstädten des WHO-Gesunde-Städte-Netzwerkes und des WHO-Age friendly Cities-Netzwerkes, die Gründung von Gesundheitshäusern, Sport- und Gesundheitszentren. Schulen und Kindergärten entwickeln im Zuge der Sicherung und Profilbildung von Schulstandorten und der Ganztagsbetreuung Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Als Träger der Wirtschaftsförderung unterstützen Städte und Kreise ebenfalls Aktivitäten zur Entwicklung von Gesundheitsstandorten. Die Zukunft wird v. a. in Projekten privat-öffentlicher Zusammenarbeit gesehen. Kontaktforen und Fachveranstaltungen können noch stärker als bisher genutzt werden als Brücken zwischen Akteuren aus den verschiedenen Segmenten der Gesundheitswirtschaft und neue Projektaktivitäten und Innovationen befördern. Wohnungsunternehmen bzw. die Immobilienwirtschaft engagieren sich im barrierefreien Umbau von Wohnungen, der Installation von Hausnotrufsystemen oder haushaltsbezogenen Diensten, um einen möglichst langen Verbleib und die selbstständige Lebensführung älterer Menschen in ihrer vertrauten Wohnung zu unterstützen. Ziel ist es, die Kosten des Unternehmens für Wohnungswechsel, Instandsetzung und Leerstände zu reduzieren.

Neue Präventionsangebote werden häufig als **Verbundprojekte** realisiert und neue Märkte in Kooperationen aus verschiedenen Sektoren, Disziplinen, Berufssparten und Branchen der Gesundheitswirtschaft erschlossen. An diesen Verbundprojekten sind Einrichtungen quer durch alle Branchen der Gesundheitswirtschaft, aus dem Kernbereich, dem Zuliefererbe- reich, aber auch den Randbereichen und Nachbarbranchen beteiligt und bringen ihre jeweils spezifische Kompetenz ein. Der Nutzen von Kooperationen wird dann gesehen, wenn Imageverbesserungen, Kosteneinsparungen und höhere Einnahmen erzielt werden können.

Obwohl in der Region immer mehr Kooperationsverbände und anwendungsorientierte Praxisforschungsprojekte entstehen, sind sie bisher noch die Ausnahme.

Gestützt auf den Erklärungsansatz der Innovationsgenerationen und den Reifegrad von Märkten befindet sich das Innovationsgeschehen rund um das Themenfeld „Prävention und Gesundheitsförderung“ in der Metropole Ruhr derzeit im Umbruch von „temporären Verbundaktivitäten“ zu „Entwicklungspartnerschaften“ (Rothwell 1993).

Die spezifische Struktur des Präventionsmarkts im Ruhrgebiet resultiert vor allem aus der montanindustriellen Vergangenheit (Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit) und aus dem forcierten demografischen Wandel. Es gibt einige Kompetenzbereiche, aber keine Marktführer oder „Clusterkerne“. Insgesamt ist der Präventionsmarkt sehr kleinteilig und zersplittert und erschwert dadurch den Kunden eine klare Marktorientierung³. Allerdings wandelt sich der Markt in den letzten Jahren verstärkt vom Anbieter- zum Nachfragermarkt. Die Grenzen zwischen Prävention / Akutmedizin / Reha / Wellness / Lifestyle verschwimmen und lösen sich auf. Erster und zweiter Gesundheitsmarkt bewegen sich aufeinander zu; damit nähern sich auch Wellnessanbieter und Gesundheitseinrichtungen – aus unterschiedlichen Richtungen kommend – einander an. Im Fitness- und Wellness-Bereich wird das Leistungsportfolio z. T. mit medizinischen Angeboten angereichert. Qualitätssicherung, medizinische Evidenz und Ausrichtung auf die spezifischen Bedarfe von Risikogruppen werden wichtiger. Auf der anderen Seite werden medizinisch-therapeutische Leistungen von traditionellen Gesundheitseinrichtungen durch Wohlfühlangebote, Serviceausrichtung und Komfortelemente angereichert. In diesem Rahmen entstehen neue Kooperationsformen verschiedener Träger quer durch alle Teilbereiche und Branchen der Gesundheitswirtschaft.

Das Angebotsspektrum weitet sich aus. Es entstehen Vielklassen-Angebote von „McFit“ bis zur „Premium-Class-Prävention“, Personal Trainern und Gesundheitscoaches, die auf ganz individuelle Wünsche eingehen. Im privat finanzierten zweiten Gesundheitsmarkt nehmen Marketingaktivitäten stark an Bedeutung zu. Erforderlich sind daher konsequente Profilierung, Kundenbindung und Serviceorientierung bei der Produktentwicklung. Die traditionellen Gesundheitseinrichtungen richten sich auf das Nebeneinander verschiedener Einnahmequellen aus (traditionelle Kostenträger und Selbstzahler).

Insgesamt entsteht ein „neuer“ Dienstleistungsmix zwischen Präventionsmedizin, Gesundheitsförderung, betrieblichem Gesundheitsmanagement, alternativen Therapieverfahren, Gesundheits-Check-Ups, Wellness, Freizeit und Lifestyle.

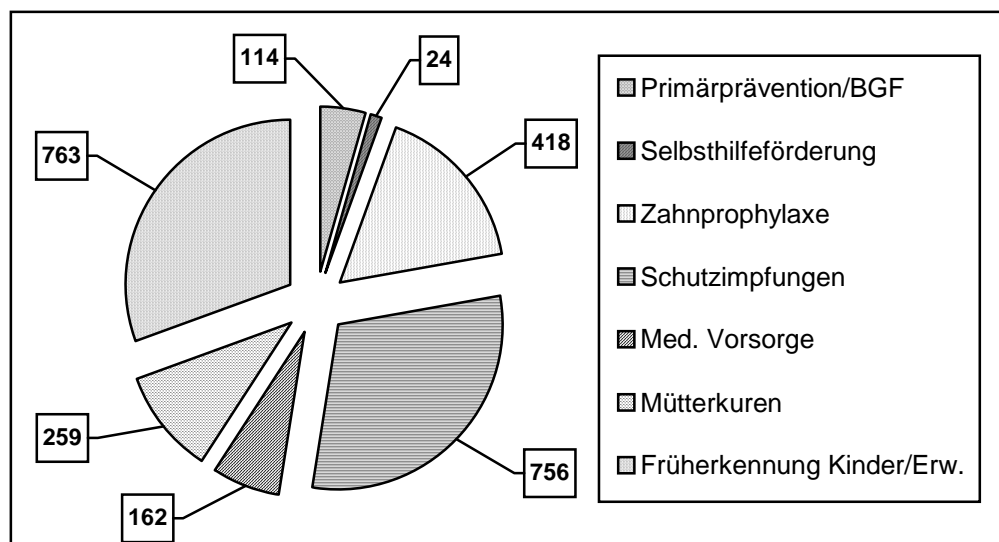
³ Das inflationäre Wachstum und die Vielfalt der Anbieter und Angebote auf dem Präventionsmarkt – bei gleichzeitiger Schwierigkeit, im Bedarfsfall geeignete, zugängliche und erschwingliche Angebote zu finden – und die mangelnde Transparenz der Angebotsqualität wurde in der Befragung auch von den Nachfragern bemängelt.

2. Marktvolumen und Strukturen im Präventionsmarkt – Herausforderungen und Chancen für die Metropole Ruhr

2.1 **Volumen und Strukturen im Präventionsmarkt – Erste Annäherungen**

Der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes zufolge werden von aktuellen Gesundheitsausgaben in Höhe von 245 Mrd. € (2006) in Deutschland rund 9,3 Mrd. oder 3,8 % für „Prävention und Gesundheitsschutz“ verwendet. Damit ist in diesem Leistungsbereich gegenüber 2005 ein überdurchschnittlicher Anstieg der Ausgaben zu verzeichnen. Ursächlich hierfür ist unter anderem die Zunahme der Ausgaben für Früherkennungsmaßnahmen (z. B. Krebserkrankungen) sowie für Präventionsleistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Die wichtigsten Kostenträger im Bereich „Prävention und Gesundheitsschutz“ sind die gesetzlichen Krankenkassen (40,6 %), gefolgt von der öffentlichen Hand (23,5 %). Die gesetzlichen Sozialversicherungsträger tragen insgesamt 56 %, private Haushalte und private Organisationen tragen 10,3 % und Arbeitgeber 8,4 % der Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsschutz. 52 % der Präventionsausgaben werden dabei für Gesundheitsförderung, 24 % für allgemeinen Gesundheitsschutz und 14 % für die Früherkennung von Krankheiten verwendet (Destatis 2007).

Abbildung 2: Präventionsausgaben der GKV in 2003



Auf der Grundlage des Bevölkerungsquotienten Deutschland / Ruhrgebiet können die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz im Ruhrgebiet auf ein Volumen von 500 bis 750 Mio. € angesetzt werden.

Die Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), als wichtigstem Ausgabenträger für Prävention und Gesundheitsschutz, können nach Leistungsarten weiter differenziert werden. Nach GKV-interner Berechnung wendeten die GKV in 2003 für Präventionsleistungen insgesamt 2,6 Mrd. € auf. Früherkennung bei Kindern und Erwachsenen und Schutzimpfungen stellten dabei mit je 760 Mio. € die größten Posten dar, gefolgt von Zahnprophylaxe, Mütterkuren, medizinischer Vorsorge und der Förderung von Selbsthilfegruppen. Und auch Primärprävention/betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V ist ein verhältnismäßig kleiner Bereich (GKV-Statistik KJ 1 zitiert nach Stuppardt 2005).

Seitdem sich die gesetzlichen Krankenkassen wieder in Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V engagieren dürfen⁴, haben sie die Ausgaben für Primärpräventionskurse, Setting-Maßnahmen und betriebliche Gesundheitsförderung von 43,1 Mio. € in 2000 auf 232 Mio. € in 2006 stetig ausgeweitet und damit die vom Gesetzgeber empfohlene Ausgabe von 2,74 € je Versichertem nahezu ausgeschöpft (MDS 2006, 15). Die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen in der Primärprävention (§ 20 Abs. 1 SGB V) sind von 122,1 Mio. € im Jahr 2004 um 25 % auf 152,2 Mio. € in 2005 angestiegen (GKV-Statistik KJ 1, Stand vom 15.06.05 und 04.09.06). Die Ausgaben für Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 2 SGB V) der gesetzlichen Krankenkassen sind von 25 Mio. € in 2003 auf 32,6 Mio. € in 2006 angestiegen (GKV-Statistik KJ 1, Stand vom 15.06.05 und 04.09.06, MDS 2008, S. 69).

In der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes belaufen sich die Aufwendungen Privater und von Arbeitgebern für „Prävention und Gesundheitsschutz“ in 2005 insgesamt auf ein Volumen von 1,68 Mrd. € oder 18,7 % der Gesundheitsausgaben (Destatis 2007). Das Gesamtvolumen der Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz von Arbeitgebern und Privaten in NRW umfasst nach Berechnungen des LIGA etwa ein Volumen von 370 Mio. € (2005) und hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Die Ausgaben der Arbeitgeber für Prävention und Gesundheitsschutz werden in NRW für 2005 auf etwa 165 Mio. € (Wachstum 2000 bis 2005: + 8,6 %) und die Privater auf 203 Mio. € veranschlagt (mit einem Wachstum zwischen 2000 und 2005 von + 41 %) (LÖGD 2008). Auf der Grundlage des Bevölkerungsquotienten kann das Ausgabevolumen Privater und der Arbeitgeber im Ruhrgebiet auf etwa 120 Mio. € in 2005 geschätzt werden.

⁴ In einer Kampagne wurde die gesundheitsfördernde Wirkung der Präventionskurse der Kassen in Frage gestellt und mit Blick auf den Freizeitwert dieser Kurse und die Verschwendung von Versicherungsgeldern kritisiert. Daraufhin wurden den Kassen die meisten der Präventionsaufgaben im Jahr 1996 entzogen, die ihnen erst 1989 im SGB V zugeordnet worden waren (vgl. Rosenbrock 1998). Die GKV zogen sich aus den initiierten Präventionsmaßnahmen zurück, und das Themenfeld lag weitgehend brach. Im Jahr 2000 wurde Primärprävention erneut auf die Agenda gesetzt und im § 20 SGB V wieder zur Aufgabe der GKV gemacht. Die GKV sind seit 2006 angehalten, pro Versichertem 2,74 € für Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwenden.

Die Rahmenvorgabe einer Präventionspolitik, welche die inhaltliche Ausrichtung, die Zuständigkeit und das Zusammenspiel der Leistungsträger der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungsträger regelt, ist überfällig. Seit einigen Jahren wird die Vorlage eines Bundespräventionsgesetzes thematisiert. Die Verabschiedung eines solchen Gesetzes sowie einer Stiftung Prävention wurde im Frühjahr 2008 neuerlich verschoben. Insofern bleibt es zunächst beim Nebeneinander einer Vielzahl von Akteuren, den Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Einrichtungen, Stiftungen, Vereinen, Unternehmen und privaten Akteuren in der Präventionspolitik. Anfang 2009 wurde ein neuer Anlauf für ein Präventionsgesetz angekündigt.

Abbildung 3: Arbeitsunfähigkeitstage der Männer

Jahr	Verletzungen	Herz/Kreislauf	Verdauung	Atemwege	Muskel/Skelett	Psyche
1995	100,5	100,0	99,	113,4	103,9	102,9
1996	92,4	91,6	86,4	101,9	95,1	98,0
1997	81,6	77,8	72,6	82,6	77,6	86,6
1998	86,8	84,0	77,6	90,3	87,4	100,1
1999	86,3	83,6	78,9	102,1	92,0	105,5
2000	83,8	76,8	71,9	94,7	96,4	121,5
2001	81,4	78,2	72,3	89,6	97,7	130,5
2002	79,8	77,4	72,0	85,1	96,1	135,4
2003	75,0	73,5	67,8	84,7	86,1	131,9

Quelle: Robert Koch Institut / Statistisches Bundesamt (2006)

Abbildung 4: Arbeitsunfähigkeitstage der Frauen

Jahr	Verletzungen	Herz/Kreislauf	Verdauung	Atemwege	Muskel/Skelett	Psyche
1995	102,3	97,7	99,6	112,2	102,9	103,9
1996	96,3	83,4	86,4	99,9	93,0	98,5
1997	90,0	74,7	78,5	88,9	80,8	92,5
1998	86,9	71,9	76,9	87,5	81,7	97,2
1999	88,2	71,1	77,8	97,4	84,8	103,7
2000	86,5	62,0	70,9	91,6	88,9	118,5
2001	86,0	63,6	70,9	85,6	91,0	127,1
2002	85,1	61,4	71,8	81,7	88,3	130,1
2003	80,5	58,0	67,3	81,9	79,7	124,3

Quelle: Robert Koch Institut / Statistisches Bundesamt (2006)

Abbildungen 3 und 4 (s. o.) zeigen die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage bei Männern und Frauen zwischen 1995 und 2003. Insbesondere psychische Erkrankungen sind bei beiden Geschlechtern zunehmend für Arbeitsausfälle verantwortlich, während beispielsweise Verletzungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine abnehmende Bedeutung bei Arbeitsausfällen haben. Betrachtet man die Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote der

Krankenkassen (s. Abb. 5) zeigt sich, dass Angebote der Handlungsfelder „Bewegung“ (79,2 %) und „Ernährung“ (84,5 %), ebenso primärpräventive Angebote im Bereich „Stress“ (83,0 %) und Sucht- und Genussmittelprävention (55,7 %) insbesondere von weiblichen Versicherten nachgefragt werden.

Abbildung 5: Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote

Angebote der Krankenkassen zu	Gesamt	Anteil Frauen	Anteil Männer
Bewegung	69,4	79,2	20,8
Ernährung	14,1	84,5	15,5
Stress	15,7	83,0	17,0
Sucht- und Genussmittel	0,8	55,7	44,3

Quelle: Robert Koch Institut / Statistisches Bundesamt (2006)

Bei den betrieblichen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung überwiegt das Thema „Reduktion körperlicher Belastungen“ (69,8 %), gefolgt von Angeboten im Bereich „Stressmanagement“ (37,1 %). Betrachtet man zudem die Entwicklung der Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen in der Bevölkerung innerhalb aller Altersgruppen zeigt sich, dass die höchsten Werte in den Altersklassen „60 bis 64“ (Frauen 20,7 % / Männer 20,7 %) sowie in der Altersklassen „65 bis 66“ (Frauen 21,2 % / Männer 22,9 %) realisiert werden (o. Abb.; vgl. Robert Koch Institut / Statistisches Bundesamt 2006). Abbildung 6 zeigt die Verteilung von Angeboten an Präventionskursen in nichtbetrieblichen Settings. Angesichts des demografischen Wandels sowie einer wachsenden Bedeutung gesundheitlicher Versorgungsketten im Rahmen von Clusterstrategien spielen die Settings „Stadtteil“ (12,0 %), „Familie“ (9,0 %), „Krankenhaus“ (2,0 %) sowie „Altenheim“ (2,0 %) bislang eine untergeordnete Rolle. Vor dem Hintergrund der Bedeutung der vorliegenden Ergebnisse für die Struktur des Präventionsmarktes stellt sich somit einerseits die Frage, a) inwiefern derzeitige Präventionsangebote den je nach Geschlecht, Alter und sozialem Hintergrund unterschiedlichen Anforderungen gerecht werden. Darüber hinaus ist zu fragen, b) ob sich gewandelte Präventionsthemen und Zielgruppen auch tatsächlich in neuen Angeboten ausreichend wieder finden. Die c) Entkopplung wichtiger Institutionen und Einrichtungen von setting-spezifischen Präventionsmaßnahmen ist darüber hinaus ein weiteres zentrales Ergebnis.

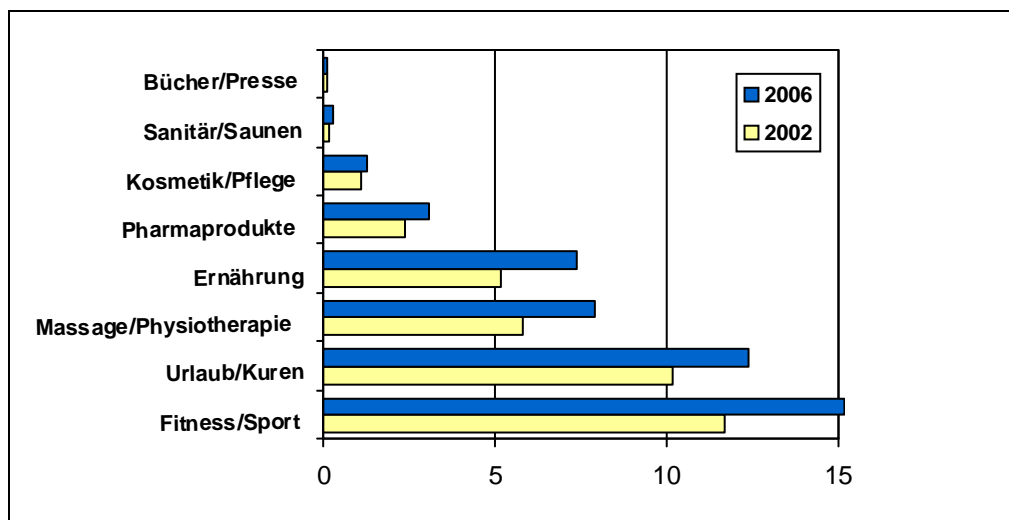
Abbildung 6: Angebote an Präventionskursen

Settings	Anteil der Aktivitäten in %
Grundschule	29,0
Berufsschule	18,0
Realschule	14,0
Hauptschule	13,0
Gymnasium	13,0
Kindergarten/Kindertagesstätte	13,0
Stadtteil/Ort	12,0
Verein	10,0
Familie	9,0
Sonderschule	8,0
Gesamtschule	8,0
Institution für spezifische Bevölkerungsgruppen	6,0
Selbsthilfegruppe/-organisation	4,0
Krankenhaus	2,0
Altenheim	2,0
Hochschule	0,5

Quelle: Robert Koch Institut / Statistisches Bundesamt (2006)

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass in den vergangenen Jahren zwar deutlich mehr in Prävention investiert wurde. Allerdings werden wichtige Themenfelder, Zielgruppen und Settings bislang nur unzureichend in der Angebotsentwicklung berücksichtigt. Neben dem ersten Gesundheitsmarkt solidarfinanzierter Gesundheitsleistungen hat sich zudem in den vergangenen Jahren ein privat finanzierter Markt von Gesundheitsleistungen entwickelt, wobei die Angebote zu einem großen Teil auf Präventionsleistungen ausgerichtet sind. Die Begriffe Selbstzahlerleistungen (d. h. die von privaten Haushalten und Unternehmen finanzierten Gesundheitsleistungen), „zweiter Gesundheitsmarkt“, „dritter Gesundheitsmarkt“ und der „Wellnessmarkt“ werden zum Teil uneinheitlich verwendet und nicht klar voneinander abgegrenzt. Sie sind aber durchaus ein Indiz dafür, dass sich (präventionsorientierter) Gesundheitsmarkt und Wellnessmarkt aufeinander zu bewegen.

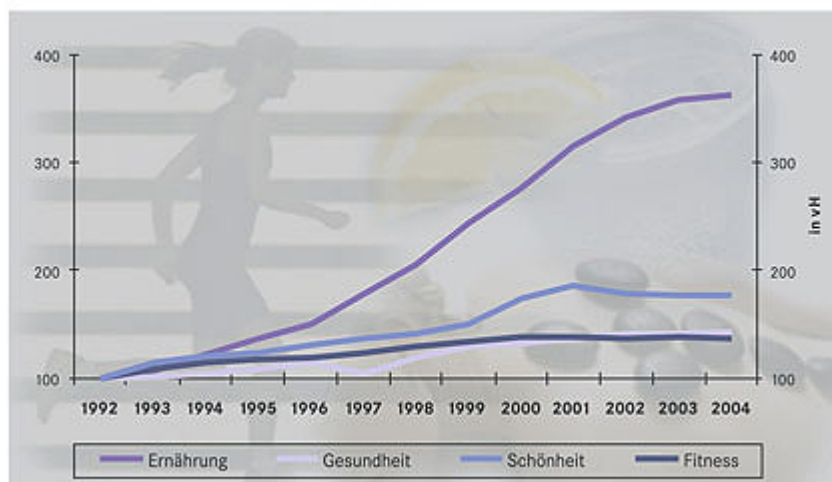
Abbildung 7: Wellness – die Fitness-Bewegung brachte den größten Push
Umsätze der Segmente des Wellnessmarktes in Mrd. €



Quelle: Dri-Wefa/Trendbüro, zitiert nach Burda Health Report 2004, S. 5.

In ihrer Studie zum zweiten Gesundheitsmarkt in Deutschland schätzen Roland Berger Strategy Consultants das Volumen des zweiten Gesundheitsmarktes in 2003 auf 49 Mrd. € und in 2008 auf insgesamt 64 Mrd. €. Das Wachstum veranschlagen sie auf 6 % p. a., das des ersten Gesundheitsmarktes auf 2,5 % p. a. (Roland Berger Strategy Consultants 2007, Karte u. a. 2008b). Rund 900 € pro Jahr werden von Erwachsenen nach Angaben der Studie für Angebote des zweiten Gesundheitsmarktes ausgegeben. Zum zweiten Gesundheitsmarkt zählen sie neben freiverkäuflichen Arzneimitteln (OTC), privat zu zahlende ärztliche Gesundheitsleistungen (IGel), Prävention, Alternative Medizin, Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheits-Check-ups, Gesundheits- und Ernährungsberatung, Gesundheitstourismus, Sport und Fitness, Wellnessanwendungen, Geräte zur Kontrolle von Vitalparametern, schadstofffreie Baumaterialien, gesunde Sitzmöbel, functional clothing, Bio-Lebensmittel, functional food, Naturkosmetik, altersgerechte Wohnungsausbauten, strahlungsärmere technische Geräte u. ä. (Kartte u. a. 2008a und 2008b, Roessner 2008). Die Aufzählung verdeutlicht nochmals die enorme Spannweite von Produkten und Dienstleistungen, die heute unter den Stichworten „Prävention und Gesundheitsförderung“ angeboten werden.

Abbildung 8: Entwicklung der Wellness–Teilmärkte

Marktentwicklung Wellness-Teilmärkte, 1992 = 100


Quelle: BBE-Branchenreport „Wellness 2015 – Zaubermarkt ohne Zauberkraft?“, Köln 2005

Der Wellnessmarkt in Deutschland wird in unterschiedlichen Studien auf ein Volumen von 47 bis 72,9 Mrd. € geschätzt (BBE 2005, Global Insight Deutschland 2003 zitiert nach Deutscher Wellness Verband 2004, Roland Berger Strategy Consultants 2005, Roland Berger Strategy Consultants 2007, Kartte u. a. 2008a, Dri-Wefa Trendreport zitiert nach Hubert Burda Media 2004, Focus 2005). Legt man den Bevölkerungsquotienten Ruhrgebiet/Bundesrepublik an, so kann das Volumen des Wellnessmarktes im Ruhrgebiet auf rund 3 bis 4,5 Mrd. € geschätzt werden. Nach Berechnungen von „Global Insight“ ist das Volumen des Wellnessmarktes bundesweit zwischen 1999 und 2005 um knapp 35 % auf insgesamt 72,9 Mrd. € gestiegen. Das Zukunftsinstitut prognostiziert für den Wellnessmarkt im Jahr 2010 ein Volumen von insgesamt 100 Mrd. €. Nach dem Dri-Wefa Trendreport ist der Wellnessmarkt bundesweit von 36,7 Mrd. € in 2002 auf 47,7 Mrd. € in 2006 gewachsen (Hubert Burda Media 2004: 5). Das wichtigste Segment im Wellnessbereich sind Fitness- und Bewegungsangebote, gefolgt von Urlaub/Kuren, Massage/Physiotherapie und Ernährung (s. Abb. 5). Wichtige Themen sind Fitness, Gesundheit, Freizeit, Tourismus. Die höchsten Zuwächse werden in den Bereichen Schönheit und Ernährung realisiert.

Die Struktur des Präventionsmarktes zeigt derzeit ein überaus heterogenes Bild. Eher traditionell geprägte GKV-Präventionsangebote stehen neben einer Vielzahl neuer, überwiegend privat finanzierter Gesundheitsangebote. Wichtige Zielgruppen, Settings und Gesundheitseinstitutionen werden – so die Hypothese – bislang nur unzureichend in der Angebotsentwicklung berücksichtigt. Darüber hinaus ist ungeklärt, wie sich die jeweiligen Angebote im GKV- und privat finanzierten Gesundheitsmarkt zueinander verhalten, d. h. inwiefern hier Synergien bzw. eine komplementäre Angebotsentwicklung erfolgen oder Substitutionseffekte vorliegen.

Ein weiteres Merkmal des Präventionsmarktes ist die unzureichende Qualitätssicherung der Angebote. Zwar gibt es insbesondere im Wellness-Bereich Qualitätssiegel und entsprechende Zertifizierungen. Aus Sicht des Verbrauchers präsentiert sich der Präventionsmarkt jedoch v. a. hinsichtlich der Leistung, Qualität und Kosten als überaus intransparent. Die folgenden Kapitel fassen die zentralen Ergebnisse der Analyse der Nachfrageseite (Kapitel 2.2) sowie der möglichen Arbeitsmarkteffekte und quantitativer Entwicklungsszenarien im Präventionsmarkt Ruhr (Kapitel 2.3) zusammen.

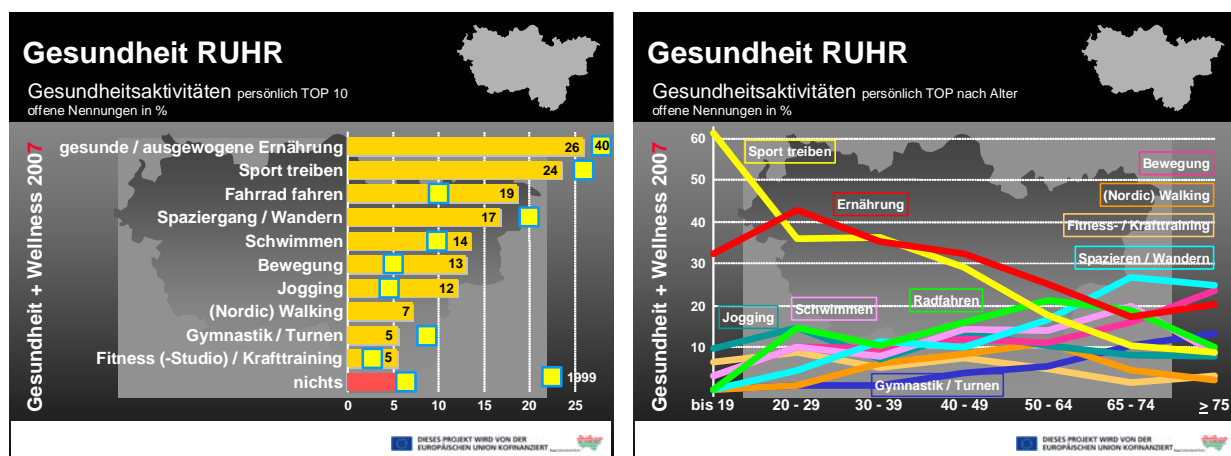
2.2 Analyse der Nachfrageseite

Der Regionalverband Ruhr hat in Kooperation mit dem Befragungsinstitut Academic Data im Herbst 2007 eine Regionalumfrage zum Thema „Gesundheit + Wellness RUHR“ durchgeführt. Es wurden 1.000 Personen der Metropole Ruhr telefonisch zu ihren individuellen gesundheitsorientierten Aktivitäten und Verhaltensweisen befragt und um eine Bewertung der Gesundheits- und Wellness-Angebote in der Region gebeten.

Die aktuellen Befragungsergebnisse werden mit denen der 1999 vom Regionalverband Ruhr durchgeführten Regionalbefragung zum Thema „Freizeit und Gesundheit – Gesundheitsregion Ruhrgebiet“ verglichen.

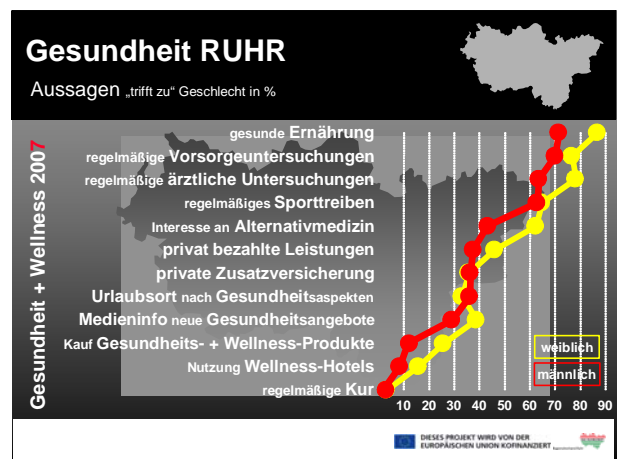
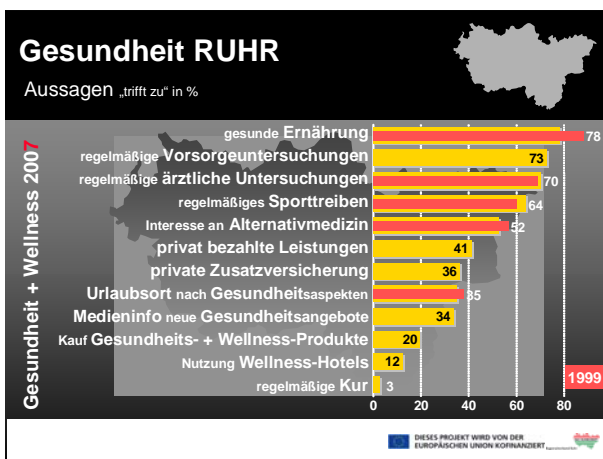
Ernährung und Bewegung leisten zentrale Beiträge zur Gesundheit

Die gesunde und ausgewogene Ernährung (26 %) sowie sportliche Aktivitäten (24 %) sind die wesentlichen Beiträge zur individuellen Gesundheitsförderung. Neu in die TOP 10 der Spontan-Nennungen hinzugekommen ist die Bewegungsaktivität „Nordic Walking“ (7 %). Das Sporttreiben ist vor allem für jüngere Altersgruppen von Bedeutung, während Spaziergang/Wandern und Gymnastik/Turnen in höherem Alter ausgeübt werden. Die bewusste Ernährung spielt vor allem bei Jüngeren eine Rolle und verliert mit zunehmendem Alter an Bedeutung. 7 % der Befragten geben keine Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung an, überdurchschnittlich im Altersbereich 20-39.



Bei Abfrage konkreter gesundheitsorientierter Maßnahmen und Verhaltensweisen erhalten die gesundheitsbewusste Ernährung (78 %), regelmäßige Vorsorge- (73 %) und ärztliche Untersuchungen (70 %) sowie das regelmäßige Sporttreiben (64 %) die höchsten Zustimmungswerte.

Frauen verhalten sich grundsätzlich gesundheitsbewusster als Männer und sind tendenziell stärker an Gesundheitsthemen interessiert. Besonders deutliche Unterschiede ergeben sich vor allem beim Interesse an alternativer Medizin (+ 19 %), der gesunden Ernährung (+ 15 %), den regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen (+ 15 %) sowie dem regelmäßigen Kauf von Gesundheits- und Wellnessprodukten (+ 14 %). Insgesamt ergeben sich außer beim Stellenwert der gesundheitsbewussten Ernährung (- 10 %) keine wesentlichen Veränderungen zu den Ergebnissen der Befragung des Jahres 1999.



Sozialstatus hat Einfluss auf Gesundheitsstatus

44 % der Befragten bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut, 6 % schätzen ihn als mangelhaft bis ungenügend ein. Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen nicht (Ø: 2,7).

Selbsteinschätzung Gesundheitsstatus			
Nach Sozialstatus – in Schulnoten			
Alle Befragten	2,7		
bis 19 Jahre	2,4	Schüler/in, Student/in	2,3
20-29 Jahre	2,4	teilweise erwerbstätig	2,5
30-39 Jahre	2,4	voll erwerbstätig	2,5
40-49 Jahre	2,6	nicht erwerbstätig	2,8
50-64 Jahre	2,8	geringfügig beschäftigt	3,0
65-74 Jahre	3,0	Rentner/in	3,0
75 Jahre und älter	3,1	arbeitslos	3,3
unter 1.000 €	3,1	Volks-/Hauptschule	3,1
1.000-1.499 €	3,0	Mittlere Reife	2,7
1.500-1.999 €	2,7	Abitur	2,4
2.000-2.999 €	2,6	Fachhochschule	2,7
3.000-3.999 €	2,5	Hochschule	2,4
4.000 und mehr €	2,5		

RVR-Regionalumfrage Gesundheit + Wellness Ruhr 2007

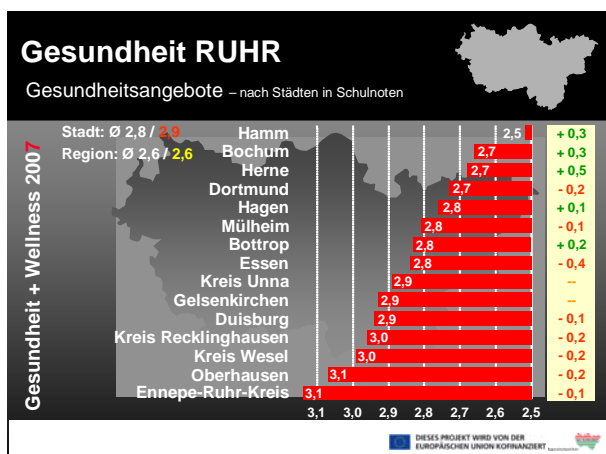
Die subjektive Einschätzung der persönlichen Gesundheit ist wesentlich vom Sozialstatus abhängig. Faktor Alter: die Bandbreite der individuellen Bewertung reicht von durchschnittlich 2,4 bei den bis 19-jährigen und verschlechtert sich kontinuierlich bis auf 3,1 bei den über 74-jährigen. Faktor Erwerb + HH-Netto-Einkommen: voll- bzw. teilweise Erwerbstätige fühlen sich gesünder (2,5) als geringfügig Beschäftigte (3,0) und Arbeitslose (3,3). Entsprechend beeinflusst die Höhe des verfügbaren Einkommens das Wohlbefinden: je höher dieses ist, umso positiver die Einschätzung (unter 1.000 € = 3,1; 3.000 und mehr € = 2,5).

Ebenso korreliert der Faktor Bildung mit der persönlichen Befindlichkeit: ein höheres Bildungsniveau führt in der Tendenz zu einer besseren Bewertung (Volks-/Hauptschule 3,1 versus Hochschulabschluss 2,4).

Zusammenfassend zeigt sich der hohe Stellenwert der individuellen sozialen Stellung bzw. gesellschaftlichen Anerkennung. Je ausgeprägter das Bewusstsein einer (gegebenen) Benachteiligung, umso negativer wird der individuelle Gesundheitsstatus beurteilt.

Regionaler Ausgleich der Versorgung mit Gesundheitsangeboten

Die regionale Versorgung mit Gesundheitsangeboten wird mit der Durchschnittsnote 2,6 befriedigend bewertet. Diesbezüglich hat sich keine Veränderung zur Befragung 1999 ergeben. Dies gilt auch für die Tatsache, dass die Angebote der Region generell besser als die am eigenen Wohnort beurteilt werden.

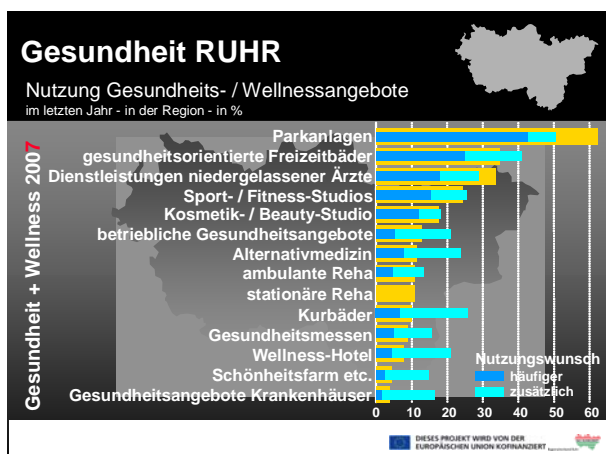


Für die Städte und Kreise der Metropole Ruhr ergibt sich aktuell eine Durchschnittsnote von 2,9, somit eine geringfügige Verschlechterung um 0,1.

Der Trend einer tendenziell besseren Benotung der Gesundheitsangebote in Großstädten mit mehr als 500.00 Einwohnern hat sich nicht fortgesetzt. Keine Stadt erreicht eine bessere Bewertung als 2,5. Die Rangfolge bei den lokalen Angeboten führen die Städte Hamm (2,5 = + 0,3), Bochum (2,7 = + 0,3) und Herne (2,7 = + 0,5) an, die nun deutlich positiver wahrgenommen werden.

Parkbesuch steht oben in der Gunst

Parkanlagen haben in der Metropole Ruhr eine überragende Funktion als gesundheitsorientierte Freizeiteinrichtungen. Sie wurden innerhalb des letzten Jahres von 62 % der Befragten genutzt. Es folgt mit 35 % der Besuch gesundheitsorientierter Freizeitbäder. 34 % nahmen Gesundheitsdienstleistungen der niedergelassenen Ärzte in Anspruch und 24 % betätigten sich in Sport- und Fitnessstudios. Der Parkbesuch ist für alle Altersgruppen attraktiv. Sport- und Fitnessstudios werden vor allem von jüngeren Befragten genutzt. Kosmetik- und Beautystudios sind immer noch eine Domäne von Frauen (~ 22 % / 2 %). Die Nutzung von Wellness-Hotels nimmt mit der Höhe des Einkommens zu.



Bei Nachfrage nach dem Wunsch einer häufigeren Nutzung bestimmter Einrichtungs- und Angebotstypen in Wohnortnähe führen der Parkbesuch (43 %), gesundheitsorientierte Freizeitbäder (25 %) und die Gesundheitsdienstleistungen der niedergelassenen Ärzte (18 %) die Rangfolge an.

Zusätzlich würden die Befragten vor allem gerne Kurbäder (19 %), Wellness-Hotels, alternativ-medizinische Gesundheitsangebote und betriebliche Gesundheitsangebote (je 16 %), sowie neue Gesundheitsangebote der Krankenhäuser (15 %) nutzen. Die Relation zu häufigerer und zusätzlicher Nutzung und damit gegebenem Entwicklungspotential ist am höchsten bei:

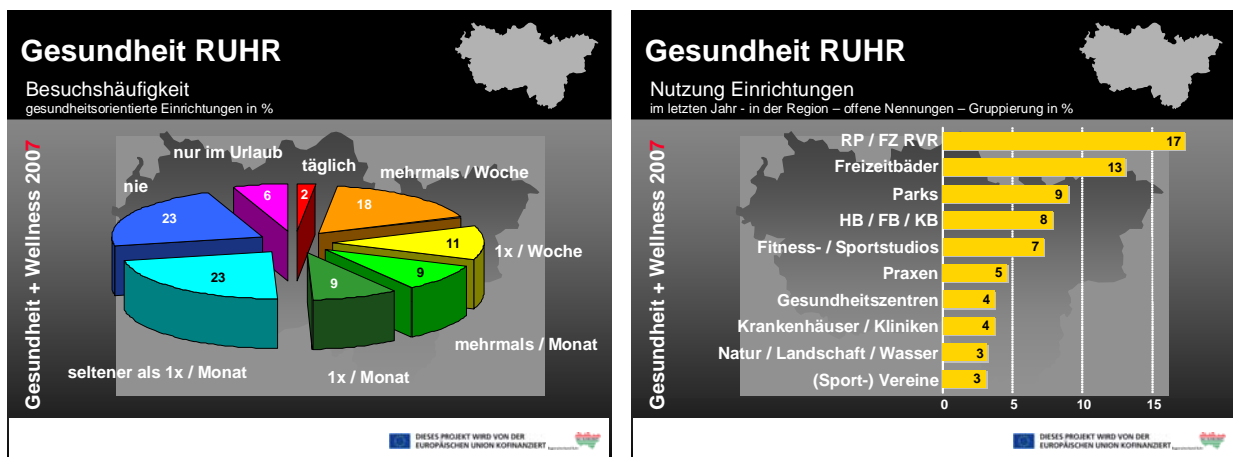
Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) nutzen 31 % der Befragten gesundheitsorientierte Einrichtungen. Demgegenüber weisen 23 % ein sporadisches Besuchsverhalten von weniger als einmal pro Monat auf. 6 % sind ausschließlich im Urlaub aktiv.

23 % der Befragten nutzen grundsätzlich keine gesundheitsorientierten Einrichtungen mit besonderen Gesundheits- oder Wellness-Angeboten, 39 % haben innerhalb des letzten Jahres in der Region keine Angebote solcher Einrichtungen besucht.

<i>Nutzungspotentiale in %</i>		
<i>TOP-Angebote</i>		
	Nutzung aktuell	Potential Häufiger + zusätzlich
Kurbäder	10	+16
Wellness-Hotels	8	+13
neue Gesundheitsangebote der Krankenhäuser	4	+13
alternativ-medizinische Gesundheitseinrichtungen	11	+12
Schönheitsfarm etc.	4	+10
betriebliche Gesundheitsangebote	13	+8
Gesundheitsmessen	9	+7

RVR-Regionalumfrage Gesundheit + Wellness Ruhr 2007

Vor allem ab 75 Jahren lassen diesbezüglich die Aktivitäten stark nach, was u. a. auf einen verschlechterten Gesundheitsstatus und die zunehmend eingeschränkte Mobilität zurückzuführen ist. Ein höheres Alter stellt eine biologische Beschränkung hinsichtlich der Nachfrage dar.



Bedeutung der Freizeiteinrichtungen mit Beteiligung des RVR bestätigt

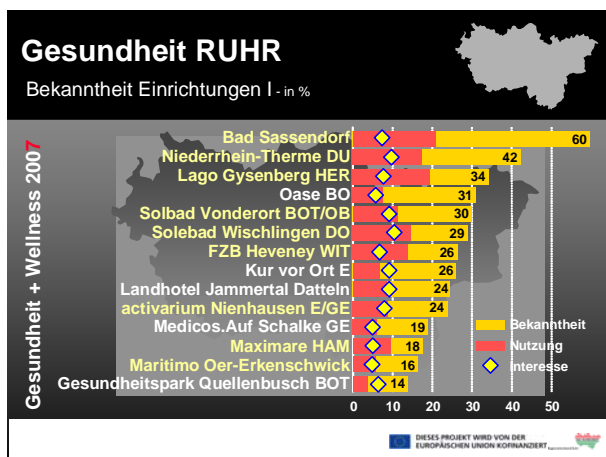
Die offen gestellte Frage nach der Nutzung konkreter Einrichtungen im letzten Jahr in der Region zeigt im Ergebnis folgendes wesentliches Verhalten: Die Nutzung von Gesundheit- und Wellnessangeboten in der Metropole Ruhr findet vorrangig in Freizeit- wie in konventionellen Bädern statt. Dieses Ergebnis entspricht exakt der Befragung des Jahres 2006.⁵

Unter den TOP 10 der genannten Einrichtungen befinden sich 6 mit RVR-Beteiligung. Besondere Bedeutung hat bei diesen die Kombination von Bad und Park. Der Gysenbergpark in Herne mit dem Freizeitbad Lago wurde hierbei am häufigsten genutzt (5 %). Parkanlagen benennen 9 %, wobei der Westfalenpark Dortmund die Rangfolge anführt (regional 1 %, lokal 5 %). Es folgt der Besuch von Sport- und Fitnessstudios (7 %).

Der hohe Stellenwert der Einrichtungen mit RVR-Beteiligung wird auch bei Fragestellung mit Antwortvorgaben deutlich: die Bäder sind hervorragend am Markt der gesundheitsorientierten Freizeitbäder positioniert. Dies betrifft den regionalen Bekanntheitsgrad wie auch die Nutzung. Die in diesem Sinne bedeutendsten Anlagen sind die Niederrheintherme in Duisburg und das Lago in Herne.

Traditionell hat das östlich der Metropole Ruhr gelegene Bad Sassendorf eine große Bedeutung als Gesundheitsstandort. Der regionale Bekanntheitsgrad beträgt 60 %. 21 % der Befragten, vor allem aus dem Bereich des östlichen Ruhrgebiets, haben schon einmal die dortigen Gesundheitseinrichtungen genutzt.

⁵ RVR-Regionalbefragung zur Bedeutung der Revierparks und Freizeitzentren mit RVR-Beteiligung.



Lokaler Bekanntheitsgrad in %		
Ausgewählte Angebote, Kreise und Städte		
DU	Niederrheintherme	90
OB	Solbad Vonderort	100
MH	Heinrichsbad	71
BOT	Solbad Vonderort	100
	Gesundheitspark Quellenbusch	75
E	„Kur vor Ort“	73
GE	medicos.AufSchalke	87
	activarium Nienhausen	72
RE	Landhotel Jammertal Datteln	64
	Maritimo Oer-Erkenschwick	59
HER	Lago Gysenberg	100
BO	Freizeitbad Heveney	86
	Health & Sportsclub Oase	84
EN	Freizeitbad Heveney	88
DO	Solebad Wischlingen	93
HAM	Aktivita Kurpark	89
	Maximare	81

RVR-Regionalumfrage Gesundheit + Wellness Ruhr 2007

Das Landhotel Jammertal in Datteln, das gezielt Besucher mit besonderen Ansprüchen an Zusatzangeboten (Gesundheit, Wellness, Sport) anspricht, ist 24 % der Befragten bekannt. Die Ausstrahlung reicht vom nördlichen Rand- bis mittleren Kernbereich der Metropole Ruhr.

Das Kurhaus im Grugapark Essen („Kur vor Ort“), welches Ende der 90er-Jahre konzipiert und kontinuierlich weiterentwickelt wurde, ist ein Beispiel für eine gelungene Marktdurchdringung einer Einrichtung. Der lokale Bekanntheitsgrad ist kontinuierlich gestiegen: von 40 % (1999) über 62 % (2004⁶) auf nunmehr 73 %. Regional kennen aktuell 26 % der Befragten dieses Angebot.

Auch dem Gesundheits- und Rehaszentrum medicos.AufSchalke ist der Markteinstieg mit einem Bekanntheitsgrad von 19 % (lokal 87 %) gelungen. Aufgrund des starken Kundenanstieges im Rehabilitations- und Präventionsbereich sowie der Entwicklung und Positionierung neuer Produkte fanden im ersten Quartal 2008 umfangreiche bauliche Erweiterungsmaßnahmen statt.

Die regionalen Freizeiteinrichtungen mit gesundheitlicher Ausrichtung haben lokal zum Teil extrem hohe Bekanntheitsgrade bis zu 100 %.

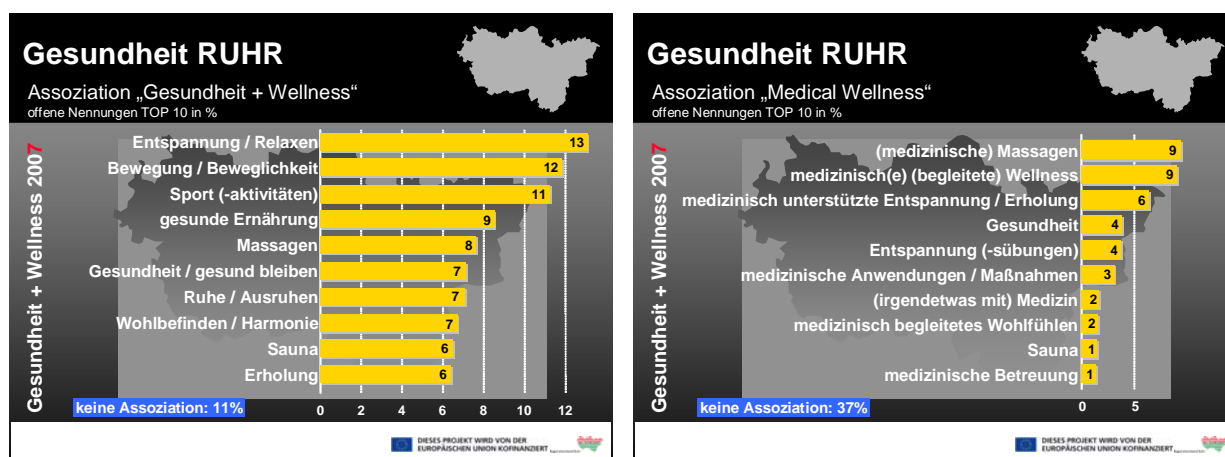
⁶ RVR-Regionalbefragung zur Bedeutung der Sport- und Gesundheitszentren in Essen 2004

Begriff „Medical Wellness“ in der Markteinführungsphase

Der seit den 90er-Jahren auch in Deutschland zunehmend verbreitete Trend „Wellness“ ist (bei allen definitorischen Ungenauigkeiten) ein inzwischen in der Bevölkerung geläufiger und häufig verwendeter Begriff. In Kombination mit „Gesundheit“ denken die Befragten vor allem an Entspannen/Relaxen (13 %), Bewegung/Beweglichkeit (12 %) und sportliche Aktivitäten (11 %). 11 % haben keine assoziative Vorstellung.

Der neue Begriff „Medical Wellness“ beschreibt die synergetische Kooperation von grundlegender medizinischer Fachkompetenz und genussvoll gesundem Lebensstil.

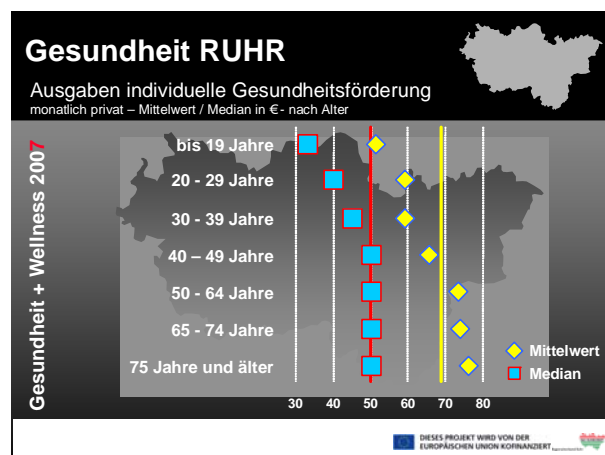
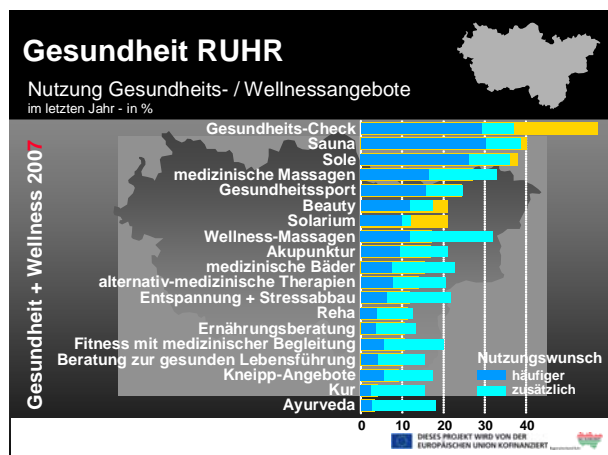
Zum Befragungszeitpunkt konnten dazu 63 % der Befragten Assoziationen benennen. Zusammenfassend werden hiermit vor allem Wellness-, Fitness- und Sportangebote mit medizinischer Begleitung bzw. Fundierung verstanden, was dem augenblicklichen Diskussionsstand durchaus nahe kommt.



Wellnessmarkt hat breites Wachstumspotenzial

Bei gestützter Nachfrage hinsichtlich der Nutzung konkreter Gesundheits- und Wellness-Angebote innerhalb des letzten Jahres nimmt der Gesundheitscheck (57 %) die Spitzenposition ein, gefolgt von der Sauna- (40 %) und der Solenutzung (38 %). Medizinische Massagen (27 %), Gesundheitssport (24 %) und Beautyangebote (21 %) belegen die nächsten Plätze.

Wellness- (20 %) und medizinische Massagen (17 %) würden besonders gerne zusätzlich genutzt. Ein ähnlich hohes Zusatzinteresse besteht an Ayurveda, Angeboten zur Entspannung und Stressabbau, medizinischen Bädern (je 15 %) sowie Fitnessangeboten mit ärztlicher Begleitung (14 %). Das fiktive Neukunden-Potenzial ist hinsichtlich von Beautyangeboten (5 %) und Solariumnutzung (2 %) am geringsten.

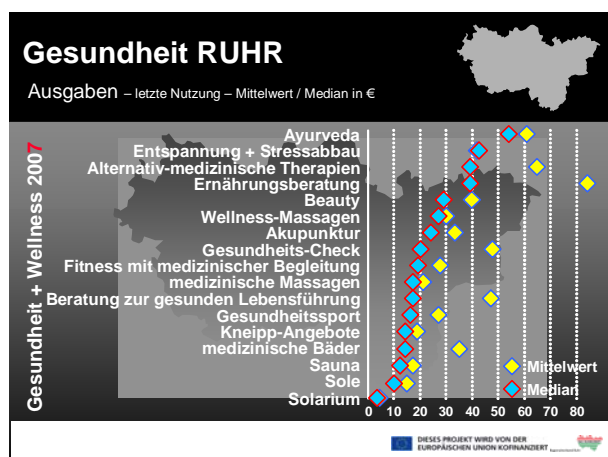


Die Ausgabenhöhe bezüglich der unterschiedlichen Angebotsformen weist eine hohe Bandbreite auf. Vergleichsweise kostenintensiv sind die Angebote Ayurveda (55 €), Entspannung + Stressabbau (43 €), alternativ-medizinische Therapien und die Ernährungsberatung (je 40 €). Dem gegenüber wurde für die Nutzung von Sauna (13 €), Sole (11 €) und Solarium (5 €) weniger ausgegeben.⁷

Ausgaben für individuelle Gesundheitsförderung von Sozialfaktoren abhängig

Der durchschnittliche monatliche Betrag, der von den Befragten für die individuelle Gesundheitsförderung ausgegeben wird, beträgt 69 € (= 828 € jährlich). Geschlechter-spezifisch ergeben sich keine Unterschiede.

Die Ausgabenhöhe steigt mit fortschreitendem Alter kontinuierlich an. Die Gruppe der bis 19-jährigen gibt zum Beispiel 52 € aus. Ab 50 Jahren erhöht sich der Aufwand deutlich auf über 70 € und erreicht ab 75 Jahren mit 77 € das Maximum.



⁷ Ausgabe letzte Nutzung persönlich für Befragungsperson für einmalige Leistung: hier der jeweilige Median in €

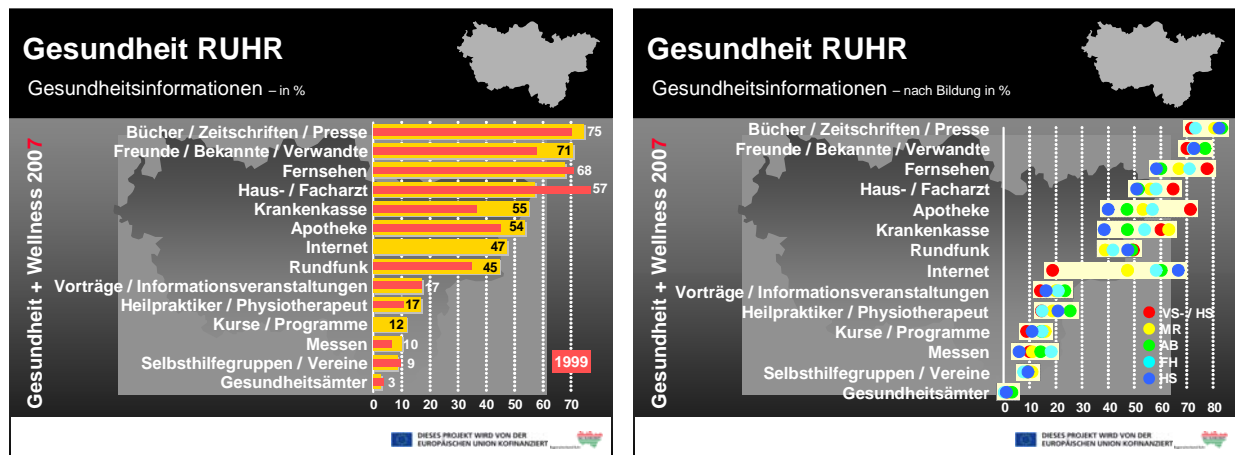
Ein schlechter Gesundheitsstatus bedingt zwangsweise eine Erhöhung der Ausgaben: Wer diesen mit den Noten 5 bis 6 einschätzt, gibt mit 92 € auch deutlich mehr aus als der Durchschnitt. Das heißt allerdings nicht, dass aus einem guten Gesundheitsstatus ein geringes bis vernachlässigbares Ausgabeverhalten resultiert. Auch Befragte mit dem Status Note 1 wenden im Monat 71 € für ihre Gesundheit auf.

Zudem hat die Höhe des Haushalts-Netto-Einkommens wesentlichen Einfluss. Haushalte mit einem Einkommen unter 1.000 € haben ein Budget von 64 €. Dem gegenüber liegt der Betrag bei der Gruppe ≥ 3.000 € mit 97 € deutlich höher.

Ärzte verlieren den Status als TOP-Adresse für Gesundheitsinformationen

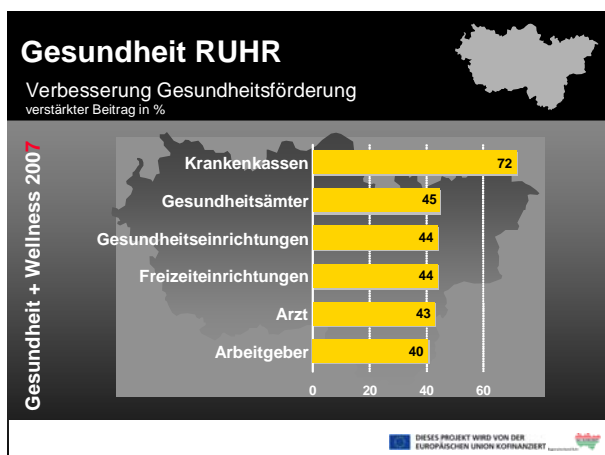
Printmedien (75 %) sind aktuell die wesentlichen Informationsträger, gefolgt von dem Austausch mit Freunden und Bekannten (71 %) und dem Fernsehen (68 %). Erst danach folgen die (Fach-) Ärzte (57 %). Ihre Bedeutung hat im Vergleich zum Jahr 1999 um 20 % abgenommen.

Vermutlich spielen hier die aus Patientensicht als negativ empfundenen Faktoren wie beispielsweise gestraffte Abläufe im Praxisalltag bei gleichzeitig erhöhtem Zeitaufwand für Formalitäten eine Rolle.



Andererseits haben die Krankenkassen erheblich an Bedeutung gewonnen (55 % = + 18 %). Auch die Apotheken mit ihrer Beratungsleistung gerade zum nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittelmarkt weisen eine positive Entwicklung auf (54 % = + 8 %).

Durchschnittlich 47 % der Befragten informieren sich im Internet. Von einem weiteren Bedeutungszuwachs ist auszugehen. Insbesondere bei höher Gebildeten liegt dieses Medium bereits heute vor den klassischen Informationsquellen Arzt, Apotheke und Krankenkasse. Gesundheitsämter spielen in der öffentlichen Inanspruchnahme eine untergeordnete Rolle (3 %).



Aus Sicht der Befragten können zukünftig vor allem die Krankenkassen eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Gesundheitsförderung in der Region spielen. Ein verstärkter Beitrag als Akteur am Gesundheitsmarkt wird von den Kunden erwartet.

Fazit aus der Befragung

Das Thema Gesundheit hat für die Bevölkerung einen hohen Stellenwert. Allerdings zeigt die Gesamtheit der Befragungsergebnisse keine grundlegenden Veränderungen zu der Situation im Jahr 1999. Weder verhalten sich die Befragten grundsätzlich gesundheitsbewusster, noch fühlen sie sich gesünder.

Auch die lokalen wie regionalen Gesundheitsangebote werden nicht besser bewertet. Mehrere Gesundheitsreformen mit den als negativ empfundenen Maßnahmen (z. B. Zuzahlungen, eingeschränkter Leistungskatalog) haben mental wie real Spuren hinterlassen, die einer positiveren Einschätzung im Wege stehen.

Das Bewusstsein über die Notwendigkeit einer stärkeren Eigenverantwortung und nicht zuletzt höherem finanziellen Engagements ist grundsätzlich bei den Befragten vorhanden. Die Stärkung des Präventionsgedankens und der Eigenverantwortung wird befürwortet.

Es wird aber deutlich darauf hingewiesen, dass die Gesundheits-, Wellness- und Präventionsangebote bezahlbar sein müssen. Die verfügbaren finanziellen Ressourcen sind nicht zuletzt aufgrund anderer erhöhter Eigenleistungen (z. B. Thema Rente) begrenzt.

Auch sehen die Befragten einen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Informationsmöglichkeiten über vorhandene Angebote. Wichtig ist zudem gerade in den eher ländlich geprägten Teilräumen der Region eine flächendeckende Grundversorgung mit gesundheitlichen Einrichtungen und nicht zuletzt eine ausreichende ärztliche Versorgung.

Der Bedarf an Gesundheitsleistungen wird bedingt durch den demografischen Wandel grundsätzlich weiterhin zunehmen.

Der zweite Gesundheitsmarkt (alle privat finanzierten Gesundheitsdienstleistungen und Produkte) dürfte deshalb für absehbare Zeit eine Wachstumsbranche bleiben, ist allerdings durch wachstumshemmende Faktoren (der Anteil kaufkräftiger und konsumfreudiger Bevölkerungsschichten sinkt tendenziell) in seiner Entwicklung begrenzt.

Der Gesundheits- und Wellness-Sektor der Metropole Ruhr befindet sich in der Phase der Marktausdifferenzierung. Die Metropole Ruhr hat im Vergleich zu anderen Regionen einen erheblichen Nachholbedarf. Augenblicklich sind vor allem die Angebote öffentlicher Bäder marktbeherrschend (Wellness = Bäder).

2.3 Arbeitsmarkteffekte und quantitative Entwicklungsszenarien

In diesem Teil des Reports sollen die wirtschaftlichen Hintergründe des Gesundheitsmarkts dargestellt werden. Um diese Analyse empirisch angehen zu können, werden die inhaltlichen Abgrenzungen so vorgenommen, dass man sich dem Thema über die amtliche Statistik quantitativ nähern kann. Aufgrund dieser Restriktion ist es in diesem Abschnitt nicht möglich, zwischen den Merkmalen Prävention und Gesundheitsförderung zu differenzieren.

Zunächst werden die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, der für diese Fragestellung relevant ist, dargestellt und analysiert. Im weiteren Verlauf der Untersuchung werden einzelne Komponenten der Nachfrage identifiziert und auf diesen Grundlagen unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung das zukünftige Nachfragepotenzial abgeleitet.

Quantifizierung möglicher Beschäftigungseffekte

Der Markt für Prävention und Gesundheitsförderung ist vielschichtig und kann auch unter dem Begriff „Gesundheitsökonomie“ subsumiert werden. In ihm sind verschiedene Akteure miteinander vernetzt. Als Bindeglieder können sowohl die gemeinsame inhaltliche Ausrichtung des wirtschaftlichen Handelns als auch eine gewisse räumliche Nähe angesehen werden. Daher werden bei einer solchen Betrachtung Produzenten, Dienstleister, Forschungseinrichtungen und Interessenvertretungen zusammengefasst, die sich aufgrund gleichgelagerter Wertschöpfungsketten miteinander austauschen. Als weitere Bindeglieder können für diese Akteure gemeinsame Liefer-, Wettbewerbsbeziehungen oder Interessenslagen fungieren.

Wirtschaftscluster lassen sich generell zwar ohne Abgrenzungsprobleme qualitativ gut beschreiben; wegen ihres individuellen Zuschnitts gelingen quantitative ökonomische Betrachtungen nur, wenn die betrachteten Zusammenhänge mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Information abgebildet werden können. Um den Markt für Gesundheitspflege für diese Untersuchung adäquat abzubilden, wird ein Schalenprinzip angewandt. Das Gesundheitscluster wird in Teilgebiete aufgegliedert, die Gegenstand der folgenden Untersuchung sind:

Kernbereich Dieser Bereich umfasst einerseits die traditionellen Dienstleistungen,

die zu diesem Bereich gerechnet werden. Weiterhin werden hierzu die öffentliche Verwaltung im Bereich des Gesundheitswesens und des Sports, die Krankenversicherungen sowie die Teile der Versicherungsvertreter und Makler hinzugerechnet, die sich primär mit dem Abschluss von Krankenversicherungspolicen befassen.

Vor- und Zulieferer	Unternehmen, die diesem Bereich zugeordnet werden, sind besonders stark mit dem Kernbereich vernetzt. Sie produzieren Waren oder erbringen Dienstleistungen, die benötigt werden, um die Leistungen im Kernbereich zu erbringen.
Randbereiche	Zu diesem Bereich werden die Unternehmen gezählt, die zwar nicht unmittelbar über Produktionsverflechtungen mit dem Kernbereich verbunden, deren wirtschaftliche Entwicklung aber stark von der des Kernbereiches beeinflusst sind. Hierzu gehören beispielsweise Unternehmen des Gast- und Hotelgewerbes, die sich auf den Bereich Gesundheit und Wellness spezialisiert haben, sowie der Betrieb von Sportstätten und Wellness-Einrichtungen.

Auf dieser Grundlage lässt sich die Beschäftigung in den so definierten Bereichen mithilfe der Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowohl inhaltlich als auch räumlich abschätzen. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass nicht alle Wirtschaftszweige in vollem Umfang zu dem Gesundheitscluster gezählt werden können. In solchen Fällen sind die zu einer Wirtschaftsgruppe zusammengefassten beschäftigten Personen nur teilweise in die Gesundheitswirtschaft einbezogen worden.⁸ Prinzipiell wäre es wünschenswert, für die Analyse eine stärkere Differenzierung der Wirtschaftszweigsystematik heranzuziehen, jedoch lässt die amtliche Statistik wegen der Gefahr der Identifizierung einzelner Personen eine detaillierte Erfassung nicht zu. Räumlich beschränkt sich der hier vorgenommene Vergleich auf Nordrhein-Westfalen, wobei dieses Bundesland in die Teilräume Ruhrgebiet und den Raum Nordrhein-Westfalen ohne Ruhrgebiet differenziert wird. Die zeitliche Dimension wird durch einen Vergleich der Erhebungsstichtage 3.6.1999 und 3.6.2005 berücksichtigt.

⁸ In diesem Gutachten sind die Beschäftigungsanteile nach Vorgaben des Instituts für Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität gebildet worden.

Führt man für den Bereich der Gesundheitswirtschaft im oben genannten Rahmen Analysen durch, so lässt sich feststellen, dass zu den betrachteten Zeitpunkten im Ruhrgebiet mehr als 220.000 Personen beschäftigt waren, im übrigen Nordrhein-Westfalen waren es 550.000, so dass in Nordrhein-Westfalen in diesen Bereich nahezu 800.000 einer Beschäftigung nachgingen. Die Gesamtbeschäftigung hat im Ruhrgebiet in diesem Zeitraum ca. 1,5 Mio. Personen, im übrigen Nordrhein-Westfalen nahezu 4,2 Mio. Personen betragen. In allen betrachteten Räumen hat die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse im Bereich der Gesundheitswirtschaft zugenommen, während in der Gesamtwirtschaft die Beschäftigtenzahl leicht abnimmt. Dabei kommt dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in allen Räumen besondere Bedeutung zu. Je nach Region weist er zwischen 87 % und 90 % aller Beschäftigungsverhältnisse auf; im Vorleistungs- und Zulieferbereich beträgt der Beschäftigtenanteil zwischen 8 % und 12 %. Der Randbereich hat in allen Räumen nur marginale Bedeutung, er umfasst ca. 1 % bis 2 % aller Beschäftigungsverhältnisse. Es ist jedoch anzumerken, dass seine Bedeutung im Zeitverlauf zunimmt.

Dem wachsenden Arbeitsmarkt der Gesundheitswirtschaft kommt in Zeiten eines insgesamt leicht schrumpfenden Arbeitsmarkts besondere Bedeutung zu. Der Anteil der Gesundheitsan der Gesamtwirtschaft ist zwischen den beiden Betrachtungszeitpunkten im Ruhrgebiet von 14 % auf 16 % gestiegen, im übrigen Nordrhein-Westfalen gibt es eine Steigerung von 12 % auf 14 %. Der Kernbereich weist im Ruhrgebiet zwischen 1999 und 2005 das höchste Wachstum auf (+ 7 %), während der Vor- und Zulieferbereich sowie der Randbereich gleichstark wachsen (+ 4 %). Im übrigen Nordrhein-Westfalen wächst der Bereich der Vor- und Zulieferer mit 14 % am stärksten, während der Kernbereich eine Zunahme von 9 % aufweist. Die Beschäftigung im Randbereich nimmt um nur 3 % zu.

Tabelle 1a: Sozialversicherte Beschäftigte im Ruhrgebiet und in Nordrhein-Westfalen, 1999 und 2005

	Ruhrgebiet		Nordrhein-Westfalen ohne Ruhrgebiet		Nordrhein-Westfalen	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005
Kernbereich	200.187	213.297	462.049	503.009	662.236	716.306
Vorleistungs- und Zulieferbereich	17.969	18.687	56.816	65.046	74.785	83.733
Randbereiche	3.149	3.262	9.948	10.104	13.097	13.366
Gesundheitswirtschaft insgesamt	221.305	235.246	528.813	578.160	750.117	813.405
Insgesamt	1.569.688	1.470.088	4.237.176	4.086.182	5.806.864	5.556.270

Eigene Berechnungen nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 1b: Anteil der sozialversichert Beschäftigten im Ruhrgebiet und in Nordrhein-Westfalen in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft, 1999 und 2005, in %

	Ruhrgebiet		Nordrhein-Westfalen ohne Ruhrgebiet		Nordrhein-Westfalen	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005
Kernbereich	90,5	90,7	87,4	87,0	88,3	88,1
Vorleistungs- und Zulieferbereich	8,1	7,9	10,7	11,3	10,0	10,3
Randbereiche	1,4	1,4	1,9	1,7	1,7	1,6
Gesundheitswirtschaft	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anteil Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft	14,1	16,0	12,5	14,1	12,9	14,6

Eigene Berechnungen nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 1c: Veränderung der Zahl Wachstumsraten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Ruhrgebiet und in Nordrhein-Westfalen in der Gesundheitswirtschaft 1999 und 2005, in %

	Ruhrgebiet	Nordrhein-Westfalen ohne Ruhrgebiet	Nordrhein-Westfalen
Kernbereich	6,5	8,9	8,2
Vorleistungs- und Zulieferbereich	4,0	14,5	12,0
Randbereiche	3,6	1,6	2,1
Gesundheitswirtschaft	6,3	9,3	8,4
Gesamter Arbeitsmarkt	-6,3	-3,6	-4,3

Eigene Berechnungen nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen.

Um Unterschiede in der räumlichen Beschäftigungsentwicklung zu untersuchen, wird oftmals die Shift-Share-Analyse in unterschiedlichen Varianten eingesetzt (Tassinopoulos 2000, S. 48 ff.). Dies soll auch im Folgenden geschehen. Zunächst wird die Methodik dieser Analyse erläutert, danach werden die Ergebnisse dargestellt und kommentiert.

Methodik der Shift-Share-Analyse

Die Shift-Share-Analyse ist ein Instrument, mit dem die Veränderung der Beschäftigung in einer Region im Vergleich mit einem Referenzraum betrachtet wird. Dabei werden die regionalen Unterschiede aufgrund von Abweichungen der Branchenstruktur und ihrer Veränderung hergeleitet (Schaubild 2).

Schaubild 2: Komponenten der Shift-Share-Analyse

Tatsächliche Entwicklung		
Konjunktur- komponente	Struktur- komponente	Standort- komponente
	Regionalkomponente	

Die „Konjunkturkomponente“ kann als ein Maß betrachtet werden, das für den Beobachtungsraum die Veränderung wiedergibt, die eingetreten wäre, wenn sich der zu untersuchende Raum analog zu seiner Vergleichsregion entwickelt hätte. Die Abweichung zwischen den konjunkturellen Erwartungen und der beobachteten Entwicklung wird dem Regionalfaktor zugeschrieben. Dieser kann wiederum in eine Struktur- und eine Standortkomponente differenziert werden. Dabei misst die Strukturkomponente den Einfluss, den die Branchenstruktur auf die Veränderung der Beschäftigung ausübt. Hier wird also der Effekt gemessen, der einträte, wenn sich alle identifizierten Branchen im Untersuchungsraum analog zur Vergleichsregion entwickelten. Die Standortkomponente hingegen misst den Einfluss sonstiger Faktoren, die neben der Wirtschaftszweigstruktur auf die regionale Entwicklung einwirken.

Ergebnisse der Shift-Share-Analyse

Wenn die gesamte Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet genau so gewachsen wäre wie im übrigen Nordrhein-Westfalen, hätte die Beschäftigung zwischen 1999 und 2005 nicht um fast 14.000 Beschäftigte, sondern um gut 20.000 Personen zunehmen müssen (Konjunkturreffekt, vgl. Tabelle 2a). Da die Beschäftigung im Betrachtungszeitraum langsamer zunahm als im übrigen Nordrhein-Westfalen, ist der Regionaleffekt für das Ruhrgebiet negativ und beträgt fast 6.500 Beschäftigte. Diese räumliche Divergenz könnte dadurch hervorgerufen sein, dass die Zusammensetzung des Wirtschaftsclusters von der im Vergleichsraum abweicht. Wäre die Beschäftigung in einzelnen Branchen im Beobachtungsraum abweichend von ihrem realisierten Wachstum so stark gewachsen wie in der Vergleichsregion, so hätten 650 Arbeitsplätze zusätzlich entstehen müssen (Strukturkomponente). Die Standortkomponente, die die Differenz der wirtschaftlichen Entwicklung zwischen Berichts- und Vergleichsregion je Wirtschaftsgruppe bewertet und für das betrachtete Wirtschaftscluster zusammenfasst, hat einen negativen Wert und beträgt 7.150 Beschäftigte. Aufgrund von wirtschaftlichen Faktoren, die in der beobachteten Region liegen, ist der Beschäftigungszuwachs unter dem in der Vergleichsregion geblieben.

Verlässt man die Ebene der Gesundheitswirtschaft insgesamt und betrachtet die Teilaggregate Kern-, Vorleistungs- und Zuliefer- sowie Randbereiche, zeigen sich deutliche Unterschiede:

- Die Beschäftigung im Kernbereich wächst im Ruhrgebiet graduell langsamer als im übrigen Nordrhein-Westfalen. Um eine vergleichbare Entwicklung zur Vergleichsregion zu erreichen, hätten in diesem Bereich ca. 4.600 Arbeitsplätze geschaffen werden müssen. Der negative Effekt des Regionalfaktors wird primär durch die standortspezifische Komponente hervorgerufen, die das Dreifache der Strukturkomponente beträgt.
- Wenn es im Vorleistungs- und Zulieferbereich gelänge, im Ruhrgebiet in den einzelnen Wirtschaftsgruppen vergleichbare Wachstumsraten zu erzielen wie im übrigen Nordrhein-Westfalen, so hätten im Ruhrgebiet fast 1.900 Personen zusätzlich zur tatsächlichen Entwicklung beschäftigt werden können. Der negative Standortfaktor belastet die positiven Tendenzen, die sich in der Strukturkomponente widerspiegeln, so dass die Regionalkomponente das Beschäftigungspotenzial um fast 2.000 Beschäftigte verringert. Somit ist die Beschäftigung zwischen 1999 und 2005 im Saldo nur um weitere 700 Personen angestiegen.
- Bei den Randbereichen ist eine zur Vergleichsregion überdurchschnittliche Zunahme festzustellen. In diesem Bereich fällt eine positive Entwicklung der Konjunkturkomponente mit einem positiven Regionalfaktor zusammen. Insbesondere die hohen Werte der Strukturkomponente weisen darauf hin, dass sich diese Branchen im Ruhrgebiet besser entwickelt haben als im übrigen Nordrhein-Westfalen. Wegen des geringen Beschäftigungsvolumens ist der absolute Beschäftigungseffekt jedoch relativ gering.

Diese Ergebnisse lassen sich auch in Relation zur Beschäftigung im Ruhrgebiet betrachten, wobei als zeitliche Basis das Jahr 1999 gewählt wird. Inhaltlich liefern diese Zahlen aber keine weitergehenden Erkenntnisse (Tabelle 2b).

Tabelle 2a: Ergebnisse der Shift-Share- Analyse (Differenzenansatz)

	Kernbereich	Vorleistungs- und Zulieferbereich	Rand- bereiche	Gesundheits- wirtschaft
Beschäftigte im Berichtsraum				
Beschäftigte 1999	200.187	17.969	3.149	221.305
Beschäftigte 2005	213.297	18.687	3.262	235.246
Beschäftigtenentwicklung	13.110	718	113	13.941
Konjunkturkomponente (1)	17.746	2.603	50	20.399
Strukturkomponente (2)	-878	1.384	139	644
Standortkomponente (3)	-3.758	-3.268	-76	-7.103
Regionalfaktor				
Summe aus (2) und (3)	-4.636	-1.884	62	-6.458
nachrichtlich:				
Summe aus (1), (2) und (3)	13.110	718	112	13.940

Eigene Berechnungen nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 2b: Ergebnisse der Shift-Share- Analyse (in Prozenten, bezogen auf 1999)

	Kernbereich	Vorleistungs- und Zulieferbereich	Rand- bereiche	Gesundheits- wirtschaft
Konjunkturkomponente (1)	8,9	14,5	1,6	9,2
Strukturkomponente (2)	-0,4	7,7	4,4	0,3
Standortkomponente (3)	-1,9	-18,2	-2,4	-3,2
Regionalfaktor				
Summe aus (2) und (3)	-2,3	-10,5	2,5	-2,9
nachrichtlich:	6,5	4,0	3,6	6,3

Eigene Berechnungen nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen.

Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt

Der Umfang der Waren und Dienstleistungen, die nachgefragt werden, um das individuelle gesundheitliche Befinden zu steigern oder zu erhalten, orientiert sich an verschiedenen Einflussgrößen. Neben dem zur Verfügung stehenden Geldbudget ist der Gesundheitszustand der betrachteten Personengruppen von besonderer Bedeutung. Für einzelne Lebensabschnitte weist der Konsum der nachgefragten Waren und Dienstleistungen oft sowohl vom Volumen als auch von der Art spezielle Charakteristika auf.

Um quantitative Einblicke in das Nachfrageverhalten der in Deutschland lebenden Verbraucher zu gewinnen, ist die amtliche Statistik damit beauftragt worden, Einkommens- und Verbrauchsstichproben zu erheben. Mithilfe dieser Statistik besteht unter anderem die Möglichkeit, das Ausgabeverhalten von Personenhaushalten im Bereich der Gesundheitspflege differenziert zu erfassen. Um einen tiefer gehenden Einblick zu ermöglichen, werden die Ausgaben nach Ge- und Verbrauchsgüter sowie nach Dienstleistungen differenziert:

Gebrauchsgüter für die Gesundheitspflege Therapeutische Geräte und Ausrüstungen, z. B. Hör-, Inhalier-, Massage-, Bestrahlungsgeräte, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte, Heizkissen, -decken, Brillen, -gläser, orthopädische Schuhe und Erzeugnisse, Materialkosten für Zahnersatz, -spangen und -prothesen, Reparaturen und Miete (einschl. Eigenanteile).

Verbrauchsgüter für die Gesundheitspflege Pharmazeutische Erzeugnisse (ohne solche für Tiere), z. B. Medikamente, Salben, Impfstoffe, Vitaminpräparate, Antibabypille usw. (einschl. Eigenanteile bzw. Rezeptkosten und -gebühren); andere medizinische Erzeugnisse, z. B. Verbandstoffe, Spritzen, Fieberthermometer, Wärmflaschen, Kondome, Schwangerschaftstests usw.

Dienstleistungen für die Gesundheitspflege ärztliche, zahnärztliche Dienstleistungen (ohne Tierärzte) (einschl. Eigenanteile),- sonstige medizinische Versorgung außerhalb von Krankenhäusern, z. B. Dienstleistungen von Laboratorien, Röntgenzentren, Heilhilfsberufen, Massagen, Krankengymnastik, medizinische Bäder, Badbesuche, Heilpraktiker, Homöopathie, Physiotherapie (einschl. Eigenanteile), Dienstleistungen der Krankenhäuser, auch Sanatorien, Kuraufenthalte

In der neueren Literatur wird der Markt für Gesundheitspflege oft weiter gefasst als in der amtlichen Statistik. Neben den aufgelisteten Güterarten werden beispielsweise kosmetische Konsumartikel sowie Sport- und Freizeitveranstaltungen zu diesem Markt hinzugerechnet, wenn der Konsum dem Zweck der Gesundheitsförderung dient. Bisher ist es jedoch nicht gelungen, solche Kategorien mit in diese Erhebung zu integrieren, sodass sie in den folgenden Analysen nicht enthalten sind. Die hier benutzte Information zum Ausgabeverhalten im Gesundheitsbereich wird sowohl nach Siedlungsstruktur als auch dem Alter des Haushaltsvorstands differenziert. Für die Analyse wird auf die Daten des Erhebungsjahres 2003 zurückgegriffen.

Die nordrhein-westfälischen Haushalte haben 2003 durchschnittlich 94 € im Monat für Waren und Dienstleistungen aus dem Bereich der Gesundheitspflege ausgegeben, dies entspricht ca. 4,2 % des gesamten Volumens, das ihnen für den privaten Konsum zur Verfügung gestanden hat. Differenziert man nach der Siedlungsstruktur, zeigen sich nur marginale Unterschiede (vgl. Tabelle 3a): Während in ländlichen Gebieten ein Haushalt 4 € je Monat mehr als im nordrhein-westfälischen Durchschnitt für Waren und Dienstleistungen ausgibt, um seine Gesundheit zu erhalten oder zu fördern, sinkt dieser Wert in besonders dicht besiedelten Gemeinden auf 5 € unter den Mittelwert. Weiterhin lässt sich beobachten, dass mit zunehmender Siedlungsdichte nicht nur die Ausgaben für Gesundheitspflege, sondern auch die Höhe privaten Konsums abnimmt, sodass das Verhältnis zwischen Ausgaben zu Gesundheitspflege und privatem Konsum nahezu konstant ist.

Tabelle 3a: Nachfrageverhalten der Haushalte nach Gesundheitsgütern in NRW, differenziert nach Siedlungsstrukturen, 2003, €/ Monat

	Privater Konsum in €/Monat	Gesundheitspflege	
		in €/Monat	Anteil am Konsum, in %
alle Haushalte	2.239	94	4,2
in Gemeinden			
unter 100.000 Einwohner	2.413	98	4,1
500.000 und mehr Einwohner	2.029	89	4,4

Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Dass bei Menschen mit zunehmendem Alter oftmals die gesundheitlichen Probleme zunehmen, spiegelt sich auch in den Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Während in Nordrhein-Westfalen im Jahre 2003 ein Haushalt eines Haupteinkommensbeziehers, dessen Alter unter 25 Jahren lag, nur 16 € im Monat für Waren und Dienstleistungen aus dem Bereich der Gesundheitspflege ausgab, hat eine Person, die das erwerbsfähige Alter überschritten hat, 150 € dafür aufgewendet (vgl. Tabelle 3b). Mit zunehmendem Alter der Personen, die in einem Haushalt leben, nehmen die Ausgaben für diesen Bereich stetig zu. Dies gilt nicht nur in absoluten Beträgen, sondern auch für den Anteil am privaten Konsum. Dieser steigt von 1,4 % bei den Haushalten der unter 25-Jährigen auf 7,3 % bei den Haushalten der Personen mit 65 Jahren und älter.

Tabelle 3b: Differenziertes Nachfrageverhalten der Haushalte nach dem Alter des Haupteinkommensbeziehers in NRW, 2003

	Privater Konsum in €/Monat	Gesundheitspflege	
		in €/Monat	Anteil am Konsum, in %
Gruppieren nach Alter des Haupteinkommensbeziehers (in)			
unter 25 Jahren	1.155	16	1,4
25 bis unter 35 Jahren	1.809	36	2,0
35 bis unter 45 Jahren	2.387	63	2,6
45 bis unter 55 Jahren	2.651	83	3,1
55 bis unter 65 Jahren	2.434	121	5,0
65 und mehr Jahre	2.044	150	7,3

Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Innerhalb des Bereichs der Gesundheitspflege geben Haushalte in Nordrhein-Westfalen durchschnittlich 18 % ihrer Gesundheitsausgaben für Gebrauchsgüter aus, 32 % für Verbrauchsgüter und 50 % für Dienstleistungen. Dabei differieren die Anteile zwischen den einzelnen Altersklassen der Haushalte (Tabelle 3c). So nimmt der Anteil der Verbrauchsgü-

ter an den Gesamtausgaben mit zunehmendem Alter ab, während der Anteil der Dienstleistungen steigt. Der relative Verbrauch an Gebrauchsgütern nimmt bis zur Altersgruppe der 45 bis unter 55-Jährigen Einkommenbezieher (23 %) zu, sinkt danach jedoch mit fortschreitendem Alter auf 17 % der betrachteten Ausgaben für Gesundheitspflege.

Tabelle 3c: Nachfragestrukturen der Haushalte in der Gesundheitspflege, differenziert nach dem Alter des Haupteinkommenbeziehers in NRW, 2003, in %

	Verbrauchsgüter	Gebrauchsgüter	Dienstleistungen
	Anteile an den Gesamtausgaben für Gesundheitspflege		
Durchschnitt aller Haushalte	32,3	18,4	49,3
Gruppiert nach Alter des Haupteinkommensbeziehers (in)			
unter 25 Jahren	45,2	15,8	39,0
25 bis unter 35 Jahren	38,3	17,2	44,5
35 bis unter 45 Jahren	30,5	18,1	51,4
45 bis unter 55 Jahren	33,5	23,5	43,0
55 bis unter 65 Jahren	29,2	16,7	54,0
65 und mehr Jahre	33,0	17,4	49,6

Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Da in der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe kleinräumige Ergebnisse unterhalb der Landesebene nur auf Grundlage von Siedlungsstrukturen ausgewiesen werden, besteht nicht die Möglichkeit, Informationen über das Verbraucherverhalten im Ruhrgebiet direkt dieser Statistik zu entnehmen. Da jedoch die Mehrheit dieser Kommunen zwischen 100.000 und 500.000 Einwohner aufweist, können die Ergebnisse, die für diese Raumstruktur ermittelt worden sind, für das Ruhrgebiet durchaus als repräsentativ angesehen werden. Die Verhaltensweisen, die für diesen Raumtyp beobachtet werden, weichen zwar in absoluten Werten vom Landesdurchschnitt ab, in Relation zu den jeweiligen Bezugsgrößen sind jedoch ähnliche Muster zu beobachten.

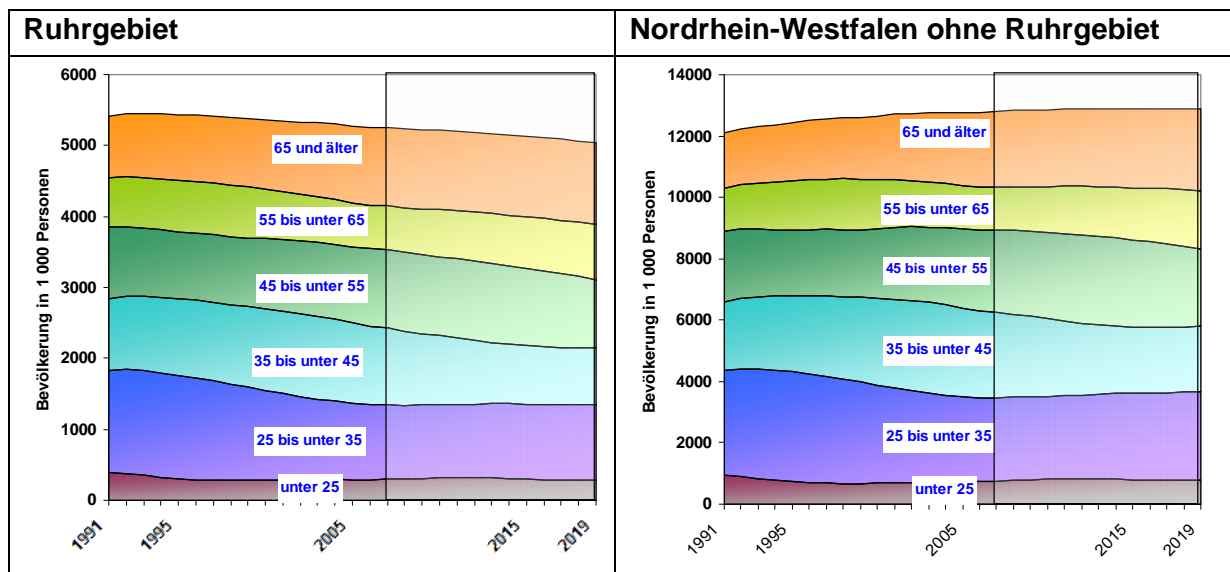
Nachdem das Ausgabeverhalten der Haushalte für Gesundheitspflege dargestellt worden ist, soll im Folgenden das zukünftige Nachfragepotenzial abgeschätzt werden. Dazu wird die Bevölkerungsstruktur des Ruhrgebiets und des übrigen Nordrhein-Westfalen in den vorher verwendeten Altersbezügen dargestellt. Um nicht nur eine historische Betrachtung durchzuführen, wird die bisherige Bevölkerungsentwicklung mithilfe der 10. Bevölkerungsberechnung für das Land Nordrhein-Westfalen fortgeschrieben. Für die betrachteten Räume lässt sich folgende Entwicklung erkennen (siehe Schaubild 3):

Die Bevölkerung im Ruhrgebiet hat über den Beobachtungszeitraum kontinuierlich abgenommen. Bis Mitte der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts lebten im Ruhrgebiet nahezu 5,5 Mio. Personen, wobei der Anteil der Personen unter 25 Jahren 6 % der Gesamtbevölkerung betragen hat. Die Personengruppe von 25 bis unter 35 Jahren stellte einen Anteil von 27 %, während die weiteren Altersklassen 35 bis 45, 45 bis 55, 55 bis 65 sowie 65

und mehr Jahre mit 19 %, 18 %, 13 % und 16 % der Gesamtbevölkerung besetzt waren. Zwischen 1995 und 2006 hat in dieser Region die Bevölkerung um nahezu 200.000 Einwohner abgenommen, wobei sich in den Altersklassen 35 bis unter 55 Jahren und bei den über 65-Jährigen die Bevölkerungsanteile um bis zu 4 %-Punkte erhöhten. Die Bevölkerungsgruppe der 25 bis unter 35 Jährigen hat jedoch um 7 % abgenommen. Bis 2020 ist zu erwarten, dass die Bevölkerung um weitere 200.000 Personen abnehmen wird. Der Anteil der mittleren Altersklassen wird aller Wahrscheinlichkeit nach um 2 bis 5 %-Punkte weiter sinken, während er in den beiden Altersklassen, die die älteren Einwohner repräsentieren, um 2 bis 4 %-Punkte zunehmen wird.

Im Gegensatz zum Ruhrgebiet ist im übrigen Nordrhein-Westfalen über den betrachteten Zeitraum eine Bevölkerungszunahme zu beobachten. Die Bevölkerungsvorausberechnung lässt jedoch erwarten, dass sich diese zukünftig verlangsamen wird. Mitte der neunziger Jahre lebten in diesem Raum fast 12,5 Mio. Menschen. Vergleicht man den Besatz der Altersstrukturen zwischen diesen Räumen, so liegt im übrigen Nordrhein-Westfalen der Anteil der Einwohner im Alter von 25 bis unter 35 Jahren 2 %-Punkte über dem Ruhrgebiet, während der Bevölkerungsanteil in den Bevölkerungsgruppen mit älteren Einwohnern um 1 %-Punkt unter dem Ruhrgebiet gelegen hat. Bis 2006 ist in diesem Teil Nordrhein-Westfalens die Bevölkerung um 500.000 Personen gestiegen. Der Besatz der Altersklassen weicht insofern vom Ruhrgebiet ab, als die Klasse der 25- bis 45-Jährigen leicht höher besetzt sind, während der Anteil der älteren Einwohner gegenüber dem Ruhrgebiet um 2 %-Punkte geringer ausfällt. Schätzungen des Statistischen Landesamtes gehen davon aus, dass die Bevölkerung bis Ende 2019 um 130.000 Personen zunehmen wird, wobei sich der Unterschied zum Ruhrgebiet im Besatz der Altersklassen weiter verringern wird. Von dieser Aussage muss jedoch die Altersgruppe der über 65-Jährigen ausgenommen werden, da deren Anteil aller Wahrscheinlichkeit nach 2 %-Punkte unter dem im Ruhrgebiet liegen wird.

Schaubild 3: Bevölkerung im Ruhrgebiet und im übrigen Nordrhein-Westfalen, 1991 bis 2007



Eigene Berechnungen nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen. Ab 2008 gemäß Bevölkerungsvorausberechnung.

Möchte man vom Ausgabeverhalten der Haushaltstypen einer Region auf das regionale Verbraucherverhalten insgesamt schließen, gelingt dies nur, wenn die Ausgabevolumina mit der Anzahl der jeweiligen Haushalte gewichtet werden. Weil die Anzahl der Haushalte statistisch zurzeit nicht erfasst wird, lässt sich ihre Anzahl nur mithilfe der Ergebnisse des Mikrozensus und der Bevölkerungsstatistik nach Altersklassen für einzelne Räume abschätzen. Da sich die Zahl der Haushalte analog zu den Bevölkerungsstrukturen entwickeln dürfte, wird an dieser Stelle darauf verzichtet, ihre zeitliche Entwicklung eingehend darzustellen. Für die folgenden Berechnungen sind zudem sowohl die Warenkörbe als auch die Preise für die Waren und Dienstleistungen der Gesundheitspflege konstant gehalten worden. Daher geben die Ergebnisse der folgenden Analyse (Tabelle 4 und Schaubild 4) nur nominale Veränderungen zur Basis 2003 wider.

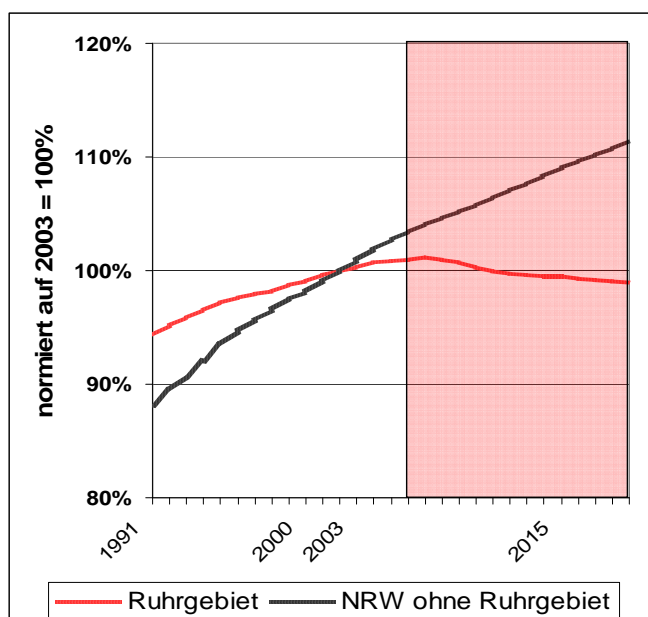
Das so ermittelte Nachfragevolumen ist im Ruhrgebiet zwischen 1995 und 2005 von 233 Mio. € gestiegen (4 %). Dieses Niveau wird sich zukünftig aller Wahrscheinlichkeit nach aufgrund der sinkenden Bevölkerungszahl – trotz weiter zunehmender Alterung – nicht mehr realisieren lassen, so dass bis Anfang 2020 ein Rückgang des Nachfragevolumens um 2 % eintreten kann. Im übrigen Nordrhein-Westfalen hat das Volumen der nachgefragten Waren und Dienstleistungen im Jahre 2005 um die 570 Mio. € betragen. Seit 1995 ist dieses Leistungsbündel um 10 % zur Basis 1995 gestiegen. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass sich dieser Zuwachs zwar leicht verringern wird. Behalten die oben dargelegten Annahmen ihre Gültigkeit, so dürfte sich das erwartete Nachfragevolumen aber auf fast 620 Mio. € erhöhen.

Tabelle 4: Ausgaben für Gesundheitspflege im Ruhrgebiet und im übrigen Nordrhein-Westfalen, 1995 bis 2019

Jahr	Ruhrgebiet		NRW ohne Ruhrgebiet	
	in Mio. €	in %	in Mio. €	in %
1995	233	96,7	518	92,7
2000	238	98,8	543	97,1
2003	241	100,0	559	100,0
2005	242	100,4	569	101,8
2010	241	100,0	586	104,8
2015	239	99,2	604	108,1
2019	237	98,3	617	110,4

Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen. Angaben in konstanten Preisen (2003), Veränderungsrate in % zur Basis 2003

Schaubild 4: Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen der Gesundheitspflege im Ruhrgebiet und übrigen Nordrhein-Westfalen, 1991 bis 2020



Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen.

Wie bereits dargestellt, kann man im Bereich der Nachfrage der privaten Haushalte nach Waren und Dienstleistungen der Gesundheitspflege Teilstrukturen identifizieren. Aufgrund der Unterschiede in der demografischen Entwicklung zwischen den betrachteten Räumen dürfte sich die regionale Nachfrage in den Teilbereichen der Gesundheitspflege unterschiedlich entwickeln. Um diese quantitativ vergleichen zu können, werden die für den Zeitraum

2008 bis 2020 prognostizierten Veränderungen der Nachfrage in Form von jährlichen Wachstumsraten dargestellt (vgl. Tabelle 5).

Im Ruhrgebiet dürfte die Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen der Gesundheitspflege jährlich um 0,2 % abnehmen. Dies ergibt sich primär aus der Tatsache, dass dort die Bevölkerung insgesamt abnimmt. Veränderungen in der Altersstruktur können diesen Ausfall an Nachfrage nicht auffangen. Aufgrund der demografischen Verschiebungen dürften sich jedoch die Nachfragestrukturen ändern: So kann davon ausgegangen werden, dass die zukünftige Nachfrage nach Verbrauchs- und nach Verbrauchsgütern jährlich um 0,35 % bzw. 0,2 % zurückgehen wird. Die Nachfrage nach Dienstleistungen, die in diesem Bereich erstellt werden, wird aufgrund der im Alter zunehmenden Nachfrage nur unterproportional zur Gesamtentwicklung (- 0,14 %) abnehmen.

Die demografischen Vorausberechnungen zur Bevölkerung weisen für das übrige Nordrhein-Westfalen einen positiven Trend auf. Dies zeigt sich auch in einer Steigerung der Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen um jährlich 0,36 %. Die erhöhte Nachfrage wird insbesondere aufgrund eines gesteigerten Bedarfs bei Dienstleistungen hervorgerufen. Die Nachfrage nach Verbrauchs- und Gebrauchsgütern wird aller Wahrscheinlichkeit mit 0,36 % bzw. 0,35 % unterproportional zunehmen.

Tabelle 5: Jährliche Wachstumsraten der Nachfrage innerhalb der Gesundheitspflege im Ruhrgebiet und übrigen Nordrhein-Westfalen, 2008 und 2020

Nachfrage	Ruhrgebiet	Nordrhein-Westfalen ohne Ruhrgebiet
	Jährliche Wachstumsraten in %	
Güter und Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitspflege	-0,21	0,36
Verbrauchsgüter in der Gesundheitspflege	-0,25	0,34
Gebrauchsgüter in der Gesundheitspflege	-0,35	0,25
Dienstleistungen in der Gesundheitspflege	-0,14	0,43
Erstellung orthopädischer und zahntechnischer Güter	-0,47	0,19
Bedarf an regional erstellten Gütern und Dienstleistungen	-0,19	0,39

Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen.

Wenn sich die Nachfrage regional verändert, wirkt sich dies nur zum Teil auf die regionale Produktion aus. So werden Verbrauchsgüter nahezu ausschließlich in großen Stückzahlen produziert und überregional vertrieben. Solange sich die Nachfrage nur im Ruhrgebiet verringert, dürfte sich dies auf den Gesamtabsatz der meisten Produzenten kaum auswirken. Dies gilt auch für Gebrauchsgüter, sofern sie überregional vertrieben werden. Anbieter mit einem räumlich begrenzten Absatzgebiet, wie die Gruppe der Unternehmen, die orthopädi-

sche und zahntechnische Hilfsmittel erstellen und individuell anpassen oder Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitspflege anbieten, müssen ihre bisherigen Handlungsstrategien an neue Marktbedingungen anpassen.

Die im Ruhrgebiet ansässigen Unternehmen müssen sich entscheiden, ob sie ihre wirtschaftlichen Tätigkeiten wie bisher auf den räumlich begrenzten Markt beschränken. Sie sollten ihre Unternehmensstrategie darauf ausrichten, in einem Markt mit zunehmendem Wettbewerb zu bestehen. Eine Alternative könnte darin bestehen, durch Spezialisierung das Angebot so attraktiv zu gestalten, dass es auch überregional interessant erscheint. In einem gewissen Rahmen scheint außerhalb des Ruhrgebiets das Nachfragepotenzial zukünftig vorhanden zu sein. Eine solche Strategie kann langfristig Beschäftigung in diesem Bereich sichern.

3. Trends, modellhafte Projekte und Aktivitäten in der Metropole Ruhr

Im folgenden Abschnitt wird anhand von Projektbeispielen aus der Region vorgestellt, wie sich die vorab dargestellten Akteure den Präventionsmarkt in der Metropole Ruhr erschließen und welche Trends sich hieraus für die weitere Entwicklung von Angeboten ableiten lassen. Darauf aufbauend werden im Kapitel 4 zentrale Kriterien bzw. Merkmale neuer Geschäftsmodelle und Kooperationen im Präventionsmarkt vorgestellt. Die Ergebnisse dieses Kapitels verdeutlichen vor allem, wie notwendig ein kleinräumiger Blick auf das Innovationsgeschehen in der Gesundheitswirtschaft in punkto „Prävention und Gesundheitsförderung“ ist, rein quantitativ orientierte Zugänge helfen hier kaum weiter. Angebotsentwicklung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung findet in und um zahlreiche Institutionen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft statt, d. h. an vielen „Baustellen“ wird derzeit gleichzeitig an der Entwicklung und Erschließung des Präventionsmarktes gearbeitet. Ein systematischer Überblick über das Innovationsgeschehen als Grundlage der weiteren Arbeit steht bislang jedoch noch aus. Nachfolgende Ergebnisse stellen einen wichtigen ersten Schritt in Richtung eines *Innovationsmonitorings* in diesem Feld dar.

Trend 1

Krankenhäuser erschließen über Prävention Wachstumspotenziale im ambulanten Bereich – vom „Krankheitsunternehmen“ zur „Health Maintenance Organization“?

Krankenhäuser erschließen zunehmend Wachstumfelder im ambulanten Bereich außerhalb der gedeckelten DRG⁹-Krankenhausversorgungsleistungen, bspw.

- im Bereich des ambulanten Operierens,
- ambulante Behandlungen im vorstationären Bereich und nach einer (immer frühzeitiger erfolgenden Entlassung aus der) stationären Behandlung,
- im Rahmen der Gründung von Gesundheitszentren (teils ausgehend von der alten Bäderabteilung),
- die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in die bisher durch niedergelassene Mediziner und Therapeuten erbrachte Leistungen bis hin zu Fitness-Centern eingebunden und für Krankenhäuser als neue Geschäftsfelder entwickelt werden,
- über den Aufbau integrierter Versorgungsnetze, in die andere Akteure eingebunden werden und in denen indikationsbezogene sektorübergreifende Versorgungsleistungen organisiert werden.

Rahmenbedingungen für diesen Trend sind der Aufbau regionaler Versorgungsstrukturen, die Verlängerung der Wertschöpfungskette und der Aufbau von Zuweisernetzen. Krankenhäuser versuchen ihr Profil als „Marken“-Krankenhaus und als integrierter Gesundheitsanbieter auszubauen, der neben der Akutbehandlung, der stationären Versorgung vor- und nachgelagerte Leistungen, Komfort-, Pflege- und Unterstützungsleistungen im häuslichen

⁹ Pauschale Vergütung von Krankenhausleistungen im Rahmen der diagnosis related groups (DRG).

Bereich, aber auch ambulante Therapien, alternative Heilmethoden, die Betreuung durch Patientencoaches und Präventionsleistungen vorhält. Die Präventionsleistungen können medizinische Trainingstherapie, individuelles Gesundheitscoaching, Vorsorgeuntersuchungen, spezifische Diagnostikleistungen, Zweitmeinung und umfassende Gesundheits-Check-ups mit Einsatz modernster Apparate und individueller ärztlicher Betreuung für Selbstzahler umfassen. Krankenhäuser bauen integrierte Versorgungsnetze auf. Externe Leistungsanbieter werden in diese IV-Netze und damit auch in die Zuweiserstruktur des Krankenhauses eingebunden.

Prävention spielt in all diesen Segmenten zur Komplettierung der Kette der Versorgungsleistungen, zur Profilierung als Gesundheitsdienstleister und als Marketingargument für Selbstzahlerleistungen eine wichtige Rolle. **Health Maintenance Organization** (HMO) bezeichnet in diesem Zusammenhang ein bestimmtes Krankenversicherungs- und Versorgungsmodell. Grundidee dieses Modells ist einerseits, dass Leistungserbringer (Ärzte, Physio-/Psycho-/Ergotherapeuten, Logopäden, Ernährungsberater usw.) nicht für die Krankheit, sondern für die Gesundheit ihrer Klientel bezahlt werden, und andererseits, dass ein Leistungserbringer keine finanzielle Belohnung für ausufernde Diagnose- und Therapiemaßnahmen erhält.

Ein Teil der 127 Krankenhäuser und der 150 weiteren Fachkliniken und Einrichtung der Rehabilitation und Vorsorge¹⁰ in der Metropole Ruhr hat mit präventionsbezogenen Aktivitäten begonnen. Gesundheitszentren, ambulante Rehazentren und komplementärmedizinische Abteilungen werden gegründet; die Krankenhäuser beteiligen sich an Reha-Nachsorgeprogrammen und schließen integrierte Versorgungsverträge ab.

Ins Auge fällt die große Zahl präventionsorientierter Aktivitäten an Krankenhäusern in Essen. Die Mitglieder im „**Deutschen Netzwerk gesundheitsförderndes Krankenhaus e. V.**“ (DNgfK) bemühen sich in besonderer Weise um Gesundheitsförderung und Prävention, bis hin zu betrieblicher Gesundheitsförderung im eigenen Hause (siehe Trend 13). Von den insgesamt 73 Mitgliedskrankenhäusern und Reha-Einrichtungen des DNgfK in Deutschland liegen 13 im Ruhrgebiet, darunter allein vier in Essen.

Beispiel für gesundheitsfördernde Krankenhäuser in der Metropole Ruhr sind die Mitgliedskrankenhäuser des DNgfK:

- Elisabeth Krankenhaus, Essen
- Ev. Krankenhaus Lutherhaus gGmbH, Essen
- Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH, Essen
- Kliniken Essen-Mitte Ev. Huysen-Stiftung / Knappschaft gGmbH, Essen
- Marienhospital Herne (Klinikum der Ruhr-Universität Bochum)
- St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital (Kliniken der Ruhr-Universität Bochum), Bochum
- Malteser Krankenhaus St. Anna, Duisburg

¹⁰ Die beiden Projekte „Klinik-Cluster MedEcon Ruhr“ der MedEcon Ruhr GmbH und das „Hospital Engineering – Innovationspfade für das Krankenhaus der Zukunft“ des Fraunhofer ISST wurden im Med.in NRW-Wettbewerb ausgewählt und zielen auf die qualitative Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft im Ruhrgebiet.

- St. Elisabeth Krankenhaus, Oberhausen
- Prosper Hospital, Recklinghausen
- Katharinen-Hospital, Unna
- Marienhospital, Wesel
- St. Josefs Hospital, Moers

Um sich als Gesundheitsdienstleister zu profilieren, haben einige Krankenhäuser begonnen, Gesundheitszentren und ambulante Rehazentren einzurichten. Zum Teil werden Bäderabteilungen und erweiterte ambulante Physiotherapien zu Gesundheitszentren weiterentwickelt. In Wesel entstand bereits 1996 das Gesundheitszentrum am Marienhospital. Zentren wie das Hilarion, Body Guard! am Elisabeth Krankenhaus Essen und das Gesundheitszentrum am Essener Lutherhaus wurden in selbstständige Einheiten überführt. Das Leistungsspektrum ist breit und umfasst Angebote, die von Anschlussheilbehandlung, ambulanter Reha/tertiärer Prävention, Physiotherapie, Reha-Nachsorge, Rehasportgruppen über die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Informationsveranstaltungen, Kursen zur Gesundheitsförderung, betrieblicher Gesundheitsförderung/betrieblichem Gesundheitsmanagement bis hin zu medizinischem Funktionstraining, Präventionsmedizin, Gesundheits-Check-ups und Wellnessangeboten reichen.

Reha-Zentren eröffnen den Patienten mit privat zu zahlenden Präventionsangeboten die Möglichkeit, auch nach Auslauf ihrer medizinisch verordneten Therapieanwendung weiterhin etwas für ihre Gesundheit zu tun und dabei auf das aufgebaute Vertrauensverhältnis, die bewährte Betreuung, Qualität und Ausstattung zurückzugreifen. Den Einrichtungen gelingt es so, Patienten/Kunden an die Einrichtung zu binden, ihr eigenes Portfolio zu erweitern, die Auslastung der vorhandenen Anlagen zu verbessern und die Laufzeiten auf Randzeiten in den Abendstunden oder am Wochenende auszudehnen. Gesundheitszentren gibt es in der Metropole Ruhr beispielsweise in folgenden Einrichtungen:

- Hilarion Gesundheitszentrum Elisabeth Krankenhaus, Essen
- Kommunikations- und Gesundheitszentrum an den Katholischen Kliniken Essen Nord gGmbH, Essen
- Gesundheitszentrum am Krankenhaus Lutherhaus, Essen
- Saluvital-Gesundheitszentrum am Malteser Krankenhaus St. Anna, Duisburg
- ConvalescoTherapiezentrum und Institut für Gesundheitsförderung und Sporttherapie e. V. am Klinikum Duisburg gGmbH
- Reha-Zentrum Oberhausen an den St. Clemens Hospitalen, Oberhausen
- Gesundheitshaus Quellenbusch neben dem Knappschaftskrankenhaus Bottrop
- Evital am Evangelischen Krankenhaus, Mülheim
- Annavita - Zentrum für Physiotherapie, Prävention, Rehabilitations- und Sportmedizin am St. Anna Hospital, Herne
- Medical Center am Katharinen Hospital, Unna
- Activum! am Marienhospital, Lünen

- Gesundheitszentrum am Prosper-Hospital Recklinghausen
- Gesundheitszentrum am Marien-Hospital, Marl
- P.U.R. e. V. - Prävention und Rehabilitation am St. Elisabeth-Krankenhaus, Dorsten
- Gesundheitszentrum am Marienhospital Wesel.

Trend 2

Indikationsspezifische Qualifizierung der wohnortnahen Reha-Versorgung

Die Krankenhäuser entwickeln neue Strukturen der Reha-Versorgung. Sie bauen wohnortnahe Reha- und Gesundheitszentren auf oder entwickeln, z. T. auch mit weiteren Akteuren und Finanziers, bestehende Zentren weiter. Sie qualifizieren ihre Angebote indikationsspezifisch in Richtung von Reha-Nachsorgeprogrammen oder entwickeln Angebote im Übergang zwischen Tertiär- und Primärprävention.

Das Reha-Nachsorgeprogramm IRENA der Deutschen Rentenversicherung Bund zielt auf eine Nachbetreuung von Patienten nach Ablauf des Rehaaufenthaltes, um den Reha-Effekt nachhaltig zu stabilisieren. Die indikationsspezifischen Therapien werden in der Regel als Gruppenleistungen in von der „Deutschen Rentenversicherung Bund“ zugelassenen, wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen angeboten. Im Ruhrgebiet gibt es 13 IRENA-gelistete Einrichtungen, die Nachsorgeprogramme für die Indikationen Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und/oder neurologische Erkrankungen anbieten¹¹.

Die reha bad hamm und die Fachklinik Rhein-Ruhr in Essen decken dabei Angebote in den drei Indikationsbereichen Orthopädie, Kardiologie und Neurologie ab. Es gibt allerdings keine Einrichtung im Ruhrgebiet, die im IRENA-Nachsorgeprogramm für Stoffwechselerkrankungen gelistet ist und nur ein kleines Angebot in Dortmund, das für psychische Erkrankungen aufgeführt ist.

Ein weiteres interessantes Projekt, das zwischen Tertiär- und Primärprävention angesiedelt ist, ist das Programm „Obeldicks / Obeldicks light“, das Anfang 2006 an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik, Datteln entwickelt wurde. Es ist ein interdisziplinäres Schulungsprogramm, das sich an übergewichtige und adipositasranke Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 7 und 18 Jahren richtet. Das Programm wird in Kooperation mit lokalen Akteuren an vier Standorten in der Region angeboten – neben Datteln auch in Essen, Dortmund und

¹¹ Im Nachsorgeprogramm sind gelistet:

Kardiologie (7): ambulante kardiologische Reha im Hilarion am Elisabeth-Krankenhaus Essen, Fachklinik Rhein-Ruhr, Essen, Rhein-Klinik St. Joseph, Duisburg, Medicos.Auf Schalke, Gelsenkirchen, Reha Zentrum Niederrhein gGmbH, Wesel, Klinik Königsfeld, Ennepetal, reha bad hamm, Hamm.

Orthopädie (7): Gesundheitszentrum am Lutherhaus, Essen, Fachklinik Rhein-Ruhr, Essen, Reha-zentrum Dinslaken, Medicos.Auf Schalke, Gelsenkirchen, Ortho Mobile, Hattingen, Klinik Königsfeld, Ennepetal, reha bad hamm, Hamm.

Neurologie (4): Fachklinik Rhein-Ruhr, Essen, Alfried Krupp-Zentrum für Medizin und Rehabilitation, Essen, Klinik Ambrock, Hagen, reha bad hamm, Hamm.

Psychische Erkrankungen (1): Angebot im Auftrag der Klinik Tecklenburger Land in Dortmund, vgl. www.deutsche-rentenversicherung-knappschaft-bahn-see.de

Marl. In Marl wird mit dem Gesundheitszentrum am Marienhospital und in Essen mit der Universitätsklinik Essen / Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie kooperiert. In Dortmund werden die Kursangebote z. B. zusammen mit dem Forschungsinstitut für Kinderernährung (Ernährung) sowie dem Christlichen Jugenddorf (Bewegung) umgesetzt. Die Evaluation des Obeldicks light-Programms wird im Rahmen des BMBF-Präventionsforschungsprogramms unterstützt.

Weitere wichtige Impulse zur Entwicklung des Feldes könnten von dem „Projekt: Reha für die Zukunft“ des Trägers ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen Lippe (OWL) ausgehen, das im „Med.in NRW-Wettbewerb“ ausgewählt wurde. Das Vorhaben zielt darauf, den Projektverbund zwischen Akutkrankenhäusern im Ruhrgebiet und Reha-Kliniken in OWL auszubauen und damit die Integration von Akutkrankenhäusern, Rehabilitation und Reha-Nachsorge in NRW voranzubringen.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Netz von 13 Einrichtungen in der Region, die im Reha-Nachsorgeprogramm IRENA der deutschen Rentenversicherung gelistet sind
- Obeldicks / Obeldicks light-Programm (Kooperation zwischen der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln und Kooperanden an vier Standorten im Ruhrgebiet)

Trend 3

Ausbau ambulanter Rehabilitation im Verbund und Angebotsentwicklung im Bereich Prävention*plus*

Ambulante, wohnortnahe Reha-Einrichtungen entstehen in den letzten Jahren nicht nur angegliedert an Krankenhäuser, sondern auch als neue Verbundeinrichtungen in Trägerschaft verschiedener Akteure. An den Kooperationen und Finanzprojekten wirken neben Gesundheitsdienstleistern (Krankenhäuser, Physiotherapeuten, Sanitätshäuser) z. T. auch lokale Fußballclubs mit. Das Angebotsspektrum der Einrichtungen umfasst Rehabilitation/tertiäre Prävention bis hin zu Angeboten im Wellness- und Fitnesssegment.

Die reha bad hamm GmbH wurde in 2003 durch einen Verbund verschiedener Krankenhäuser (St. Barbara Krankenhaus Hamm-Heessen, St. Marien Hospital Hamm und Klinik für Manuelle Therapie in Hamm, die Physiotherapie Röder sowie später dem St. Franziskus Hospital Ahlen) gegründet. Die reha bad hamm entstand im selben Komplex wie das Wellnessbad Maximare. Zu den neuen Kooperationsprojekten gehört auch die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitseinrichtungen und lokalen Fußballclubs. In Dortmund wurde bereits 1989 das medizinische Leistungs- und Rehabilitationszentrum Orthomed GmbH in Kooperation zwischen dem ortsansässigen Sanitätshaus Emil Kraft und dem BVB 09 Borussia Dortmund gegründet. In Bochum gingen das St. Josef Hospital und der VfL Bochum 1848 die Kooperation für die 2004 eröffnete Ruhr-Sport-Reha ein.

In Gelsenkirchen wurde in 2006 das Rehaszentrum Medicos.AufSchalke GmbH & Co. KG in Nachbarschaft der Veltins Arena eröffnet, an dem der FC Schalke 04 sowie die Schüchtermann Schiller'sche Klinikgruppe Bad Rothenfelde GmbH & Co KG (einer der wenigen Investoren außerhalb des Ruhrgebiets) beteiligt sind. Auch die ortho-mobile – Hattinger ambulante Rehabilitationsklinik GmbH, eine kleinere unabhängige Einrichtung in Hattingen, versucht sich in der Region zu profilieren. Ihr Projekt „Rehatagesklinik für Lungenerkrankte im Ruhrgebiet“ wurde im Med.in NRW-Wettbewerb ausgewählt.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Medizinisches Leistungs- und Rehabilitationszentrum Orthomed GmbH, Dortmund (Kooperation zwischen Sanitätshaus Emil Kraft und BVB 09 Borussia Dortmund)
- reha bad hamm GmbH, Hamm (Kooperation St. Barbara Krankenhaus Hamm-Heessen, St. Marien Hospital Hamm, Klinik für Manuelle Therapie in Hamm, Physiotherapie Röder und St. Franziskus Hospital Ahlen)
- Ruhr-Sport-Reha, Bochum (Kooperation St. Josef Hospital und VfL Bochum 1848)
- Rehaszentrum Medicos.AufSchalke GmbH & Co. KG (Kooperation FC Schalke 04 und Schüchtermann Schiller'sche Klinikgruppe Bad Rothenfelde GmbH & Co. KG)
- Ortho-mobile – Hattinger ambulante Rehabilitationsklinik GmbH

Trend 4

Brückenschläge zwischen Komplementärmedizin und Schulmedizin durch Prävention

Bislang schulmedizinisch ausgerichtete Einrichtungen sind auf dem Weg zu einer ganzheitlicheren Ausrichtung, die auch die Stärkung der Gesundheitsressourcen und Gesundheitskompetenzen im Lebensalltag (Bewegung, Ernährung, Entspannung) umfasst. Mindestens fünf Krankenhäuser im Ruhrgebiet haben komplementärmedizinische Abteilungen eingerichtet, um ihr schulmedizinisches Know-How um komplementärmedizinische und naturheilkundliche Leistungen zu erweitern. Wichtige Impulse waren die Einrichtung der beiden „Modellabteilungen für Naturheilkunde“ an den Kliniken Essen-Mitte und an der Klinik Blankenstein in Hattingen im Rahmen eines fünfjährigen Modellversuchs der Landes Nordrhein-Westfalen und des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke.

Andere wichtige Impulse sind komplementärwissenschaftliche Forschung und Lehre an den Universitäten Witten-Herdecke, Duisburg-Essen und der Ruhr Universität Bochum und die Fördertätigkeit von Stiftungen (wie die beiden in Essen ansässigen Karl und Veronica Carstens Stiftung – Fördergemeinschaft für Natur und Medizin sowie die Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung). Die Kneipp-Vereine in der Region sind dabei eine wichtige Basisinfrastruktur.

Der Aufbau eines engen Verbundes zwischen Kuration, Forschung und Lehre ist in der „konventionellen Medizin“ Usus. Auch einige der genannten Abteilungen kooperieren eng mit Hochschulen, um die komplementärmedizinische Praxis mit Forschung und Lehre zu verknüpfen und ihre evidenzbasierte Anwendung voranzutreiben.

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die berufliche Fort- und Weiterbildung von Ärzten, Pflegekräften und Heilpraktikern, um eine Brücke zwischen konventioneller und Komplementärmedizin zu schlagen.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Ausrichtung auf anthroposophische Medizin, Kooperation mit der Universität Witten-Herdecke
- Abteilung für Innere Medizin V / Institut für Naturheilkunde und Integrative Medizin an den Kliniken Essen-Mitte / Knappschaftskrankenhaus (Kooperation mit Stiftungslehrstuhl für Naturheilkunden der Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung an der Universität Duisburg-Essen)
- Abteilung für Naturheilkunde am Kath. St. Josef Hospital / Klinik Blankenstein in Hattingen (Kooperation mit Abteilung für Allgemeinmedizin an der Ruhr Universität Bochum, u. a. Fortbildungskurse am Bildungsinstitut für Berufe im Gesundheitswesen der St. Elisabeth Stiftung (BIGEST))
- Continentale Krankenversicherung in Dortmund (Kooperation mit Lehrstuhl für Medizintechnik und Komplementärmedizin an der Universität Witten-Herdecke)
- Klinik für Manuelle Therapie, Hamm
- Zentrum für Traditionelle Chinesische Medizin, Elisabeth Krankenhaus Recklinghausen
- Abteilung Naturheilverfahren, Malteser Krankenhaus St. Anna, Duisburg
- Kerala-Ayurveda Zentrum, St. Rochus Hospital, Castrop-Rauxel (daran angebunden: komplementärmedizinisches Zentrum Medical Park Ruhr)
- Abteilung für Traditionelle Indische Medizin, Evangelisches Krankenhaus Hattingen

Trend 5

Prävention in der ambulanten Versorgung – Der schwierige Weg der Geschäftsfeldentwicklung von „IGeL“ zum individuellen Gesundheits*coaching*

Niedergelassene Ärzte erzielen durch privat zu zahlende IGeL-Leistungen zusätzliche Einnahmen zum GKV-finanzierten „Kerngeschäft“. Zu den Präventionsleistungen gehört v. a. der Bereich der Frühuntersuchungen, Gesundheits Check-ups u. ä., die durch die Kasse finanziert werden oder als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL-Leistung) aus privaten Mitteln zu zahlen sind, aber auch komplementärmedizinische Anwendungen. Der durchschnittliche Praxisumsatz von Humanmedizinern basiert zu rund auf 5 % – 10 % auf Selbstzahler-Einnahmen (Stiftung Gesundheit, GfK 2006, S. 8), Tendenz steigend. Das Verkaufsvolumen

von IGeL-Leistungen erreichte in 2005 bundesweit rund 1 Mrd. € im Jahr (ohne Einberechnung zahnärztlicher Leistungen). Dabei liegen mit einem Anteil von 22 % die Ultraschalluntersuchungen auf Platz eins, gefolgt von Augeninnendruckmessungen (16 %) und ergänzenden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen (11 %) (Stiftung Gesundheit, GfK 2006). Laut einer Studie der AOK sowie der Verbraucherzentrale NRW stellt Krankheitsfrüherkennung mit 40 % den quantitativ bedeutsamsten Leistungsbereich der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beratenen und bewilligten IGeL-Angebote dar. Entsprechende Leistungen werden insbesondere von Frauenärzten und Hautärzten erbracht (Zok, Schuldzinski 2005). Rund 16 Mio. Versicherte oder 23,1 % nahmen 2004 IGeL-Leistungen in Anspruch. Die Inanspruchnahme dieser IGeL-Leistungen nimmt mit steigendem Haushaltseinkommen zu (Stiftung Gesundheit, GfK 2006, S. 8).

Ärzte binden zunehmend Ernährungsberatung, Sportkurse, alternativmedizinische Leistungen bis hin zum Gesundheitscoaching in ihr Angebot ein. Einzel- und Gemeinschaftspraxen kooperieren mit Fachleuten aus anderen Professionen, wie etwa Ökotrophologen oder komplementärmedizinischen Therapeuten. In Präventionszentren bieten disziplin- und berufsgruppenübergreifende Expertenverbände exklusive Gesundheitsleistungen für Privatzahler, Unternehmen und Führungskräfte an. Analog zum Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch Krankenhäuser (und z. T. Finanzinvestoren) entstehen Ärztenetze, die auch Versorgungsverträge mit Krankenkassen abschließen und die Kette der Versorgungsleistungen durch therapeutische Angebote, Pflegeleistungen bis hin zu Präventionsleistungen ergänzen (vgl. im folgenden Abschnitt das Modell Herdecke Plus und das Ärztenetz Bünde „Medizin und mehr“ (Mum) im Kreis Herford).

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte spielt Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention bisher eine sehr geringe Rolle. Nach Ergebnissen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung (Amhof 2006) geben insgesamt vier von fünf Ärzten an, dass sie nicht mehr als 10 % ihrer Arbeitszeit für Primärprävention nutzen. Generell wenden Ärzte für die Früherkennung von Krankheiten doppelt so viel Zeit auf wie für Krankheitsvermeidung. Der Stellenwert der Prävention in ärztlichen Praxen ließe sich der Umfrage zufolge durch

1. eine verbesserte Vergütung (51 %),
2. mehr verfügbare Zeit (46 %),
3. bessere Informationen für die Patienten (27 %),
4. bessere Fortbildung der Ärzte (17 %),
5. wissenschaftliche Nachweise über den Nutzen von Prävention (15 %) und
6. bessere Vernetzung mit anderen Ärzten und Leistungsträgern (15 %)

deutlich steigern. 22 % der Befragten hielten den Präventionsanteil für ausreichend und damit nicht erhöhenswert (vgl. Amhof 2006).

Bei Kinderärzten nimmt im Vergleich zu anderen Ärzten der Anteil von Präventionsleistungen, insbesondere durch die Frühuntersuchungen, einen recht hohen Anteil von etwa 30 % der Tätigkeit ein. In Kinderarztpraxen spielen zudem Fragen der medizinischen Kindergesundheit sowie einer gesunden Lebensführung und Gesundheitsförderung im Alltag eine zunehmend wichtige Rolle.

Den tragischen Hintergrund von zwei Kindstötungen nahm in Duisburg 2007 ein Kinderarzt zum Anlass, die Informationsdatei „Riskid“ aufzubauen, an der inzwischen 25 Kinderärzte beteiligt sind. In die Datei werden Auffälligkeiten – Spuren körperlicher Züchtigung, Mangelversorgung und Vernachlässigung – eingetragen. Auch im Fall eines Arztwechsels können sich andere Kinderärzte über so dokumentierte Fälle von Kindesmisshandlungen informieren. Einige Kinderärzte wirken an Schulprojekten, z. B. im Rahmen von Programmen wie „gesund macht Schule“ der AOK Rheinland/Hamburg oder „MediPäds“ der Medusana-Stiftung mit und erhöhen so auch den Bekanntheitsgrad ihrer Praxis.

Privatmedizinische Praxen bieten Unternehmen und Führungskräften Präventionsmedizin und betriebliches Gesundheitsmanagement an. Beispiele sind das Praxiszentrum Preveo in Dortmund und die Klinik für Diagnostik und medizinische Beratung/Preventicum GmbH in Essen. Eine interessante Initiative ist die „Präventionsgruppe Dortmund“, gegründet von Menschen aus 16 verschiedenen Gesundheitsberufen, um den Ansatz ganzheitlicher Medizin, Therapien und Prävention voranzutreiben. Sie führen Informationsveranstaltungen zu Präventionsthemen durch und organisieren untereinander kollegiale Beratung und Weiterbildung zu Präventionsthemen.

Auch physiotherapeutische Praxen weiten ihr Angebotsspektrum über medizinisch verordnete Anwendungen hinaus auf medizinisch unterstütztes Funktionstraining, Gesundheitssport, alternative Therapieangebote (bspw. Shiatsu, Yoga) und Wellnessangebote aus, die dem Wunsch der Kunden nach alternativen Behandlungsmethoden entgegenkommen, den medizinisch verordneten Behandlungsprozess durch Gesundheitserlebnis- und Wohlfühlangebote unterstützen und die auf Selbstzahler ausgerichtet sind. Teilweise binden physiotherapeutische Praxen auch die Kompetenzen von Wellnesstrainern ein und bieten Wellnesspakete samt der entsprechenden räumlich-architektonischen Gestaltung an.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Praxiszentrum Preveo in Dortmund
- Klinik für Diagnostik und medizinische Beratung/Preventicum GmbH in Essen
- Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer
- „Zentrum für interdisziplinäre Medizin, Diagnostik und Therapie“, Dortmund (verschiedene Fachmediziner und ein chinesischer Arzt)
- „Präventionsgruppe Dortmund“ (Ärzte und Therapeuten aus 16 verschiedenen Gesundheitsberufen, Ansatz ganzheitliche Medizin, Therapien und Prävention)
- „Gesund macht Schule“ der AOK Rheinland/Hamburg
- „Medipäds“ der Medusana Stiftung
- Zusammenschluss „päd region hamm“ (AOK Hamm, städt. Gesundheitsamt, Schulamt, niedergelassene Kinder- und Jugendärzte zu zusätzl. Vorsorgeuntersuchung J1)
- Informationsdatei „Riskid“, Duisburg (Vermeidung von Mangelversorgung, Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern)

Trend 6

Innovative Prävention als Bestandteil integrierter Versorgung:
Zwischen populationsorientierter und personalisierter Versorgung

Es gibt eine Reihe von integrierten Versorgungsnetzen im Ruhrgebiet, in denen Gesundheitsleistungen aus dem ambulanten und dem stationären Bereich vernetzt werden. In diese Versorgungsnetze werden z. T. auch präventionsorientierte Leistungen einbezogen. Die Knappschaft als Leistungs- und Kostenträger war einer der ersten Träger integrierter Versorgungsnetze in der Bundesrepublik. Bundesweit zählte die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung in Düsseldorf (BQS) 2006 mehr als 2.500 Verträge der Integrierten Versorgung (IV), darunter allein 359 im Bereich Nordrhein. Insgesamt sind für NRW etwa 500 IV-Verträge gemeldet (MAGS 2006, S. 26). In der Mehrzahl der Fälle sind Krankenhäuser beteiligt, die im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten organisatorisch und finanziell größere Spielräume haben. Zu 99 % sind die IV-Verträge indikationsgestützt. Bevölkerungsorientierte flächendeckende Versorgungsnetze sind derzeit noch die Ausnahme.

Am „Netz Essen Onkologie“ sind das Alfried Krupp Krankenhaus, die Kliniken Essen-Mitte, das ambulante Tumorzentrum Essen und zahlreiche niedergelassene Ärzte beteiligt. Ein Vertragsabschluss erfolgte mit neun gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ziel einer besseren Patientenbetreuung. Im Onkologienetz betreuen zwei Patientenscouts die etwa 200 Krebspatienten, die am integrierten Versorgungsprogramm „Netz Essen Onkologie“ teilnehmen. Die Patientenscouts leisten die Schnittstellenarbeit zu Ärzten und anderen Bereichen in den Krankenhäusern, insbesondere dem ambulanten Pflegedienst, Sozialdienst, Krankenhausseelsorge und Psychoonkologie, um den Patienten Wartezeiten zu verkürzen, den Service zu verbessern und letztlich die Lebensqualität zu erhöhen.

Das Versorgungsnetz „Pro Senior“ wurde zwischen der Knappschaft Bahn-See, dem Herner Ärztenetz und der Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation am Marienhospital Herne als Integrationsvertrag gemäß § 140 b Abs. 1 SGB V abgeschlossen. Als bundesweiter Vorreiter regelt das Netz die sektorübergreifende Betreuung von hochbetagten und i. d. R. multimorbiden Patienten, die mindestens 75 Jahre alt sind und im Stadtgebiet Herne leben. Kernstück ist die „intensivierte ambulante Therapie“, d. h. die Behandlung von Patienten in Akutphasen, die bisher vollstationär umgesetzt wurde, für die aber auch eine ambulante Behandlung möglich ist. Die Ärzte stützen sich dabei auf in der Klinik für Altersmedizin des Marienhospitals Herne für vier Erkrankungen erarbeitete Behandlungspfade. Ein weiteres Element ist die Einleitung individueller präventivmedizinischer Maßnahmen (MAGS 2008).

Das Modell „Herdecke Plus“ ist ein populationsorientiertes flächendeckendes integriertes Versorgungsnetz, das sich stark auf niedergelassene Ärzte stützt. Es ist an das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke angebunden und stellt in zweifacher Hinsicht eine Besonderheit dar: In den bevölkerungsorientierten flächendeckenden Versorgungsverträgen gibt es einen finanziellen Anreiz für den Träger und die Mitglieder des Netzes, auch Präventionsangebote zu entwickeln und den Patienten anzubieten. Durch die integrierte Budgetverwaltung

wird der Verbund zu Maßnahmen der Gesunderhaltung, Prävention, Schnittstellenmanagement und sektorübergreifender Abstimmung, Patientenberatung sowie Optimierung des Ressourceneinsatzes angeregt, die auch den Versicherten zu Gute kommen.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- „gesund im Verbund“ in Bottrop, „proGesund“ in Recklinghausen (im Rahmen des Prosper-Modells der Knappschaft entstanden)
- Netz Essen Onkologie
- Herzinfarktverbund Essen / Herzinfarktverbund Bochum
- Magen-Darm-Zentrum am Johanniter Krankenhaus Duisburg-Rheinhausen
- Modellprojekt „ambulanter Opiatentzug“ (Rheinische Kliniken Essen und LWL-Klinik Dortmund)
- Versorgungsnetz „Pro Senior“ (Knappschaft Bahn-See, Herner Ärztenetz, Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation / Marienhospital Herne), sektorübergreifende Betreuung von hochbetagten und i. d. R. multimorbiden Patienten
- Versorgungsnetz „Modell Herdecke Plus“

Trend 7

Krankenkassen als Motoren innovativer Präventionsangebote: Diversifizierung, Profilbildung und Modelle für neue Bedarfsgruppen

Die Gesetzlichen Krankenkassen spielen als Träger der Primärprävention eine wichtige Rolle und setzen dabei die Vorgaben des § 20 SGB V um. Sie bieten vielfältige Leistungen zur Gesundheitsförderung an, die häufig in Kooperation mit anderen Trägern (wie Reha-Zentren, Physiotherapeuten, Sportvereine, Fitnessclubs, freiberuflich tätige Gesundheitscoaches...) erbracht werden. Die Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren insbesondere die Gesundheitsförderung in Settings wie Kindergärten, Schulen und Unternehmen vorangetrieben¹². Wie die Befragung der Nachfrager von Gesundheitsdienstleistungen (Kap. 2.2) zeigt, werden die Krankenkassen inzwischen von den Bürgern stark mit Gesundheitsförderung identifiziert. Die Krankenkassen bauen aber auch Präventionsleistungen in ihre Geschäftsmodelle ein. Präventionsprojekte werden als Marketinginstrument zur Profilbildung im Wettbewerb zwischen den Kassen und zur Kundenbindung wie auch Kundenakquise genutzt. Prävention wird in Bonus- und Malussysteme eingebunden. Neue Versicherungspakete werden auf spezifische Präventions-, komplementärmedizinische und Vorsorgeleistungen zugeschnitten. In diesem Zusammenhang gehen Krankenkassen z. T. auch neue Wege bei Präventionsangeboten, etwa durch Kooperationen mit Hotels, mit denen gemeinsam präventionsbezogene Kurzurlaubspakete angeboten werden.

¹² Im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung sind die Berufsgenossenschaften wichtiger Akteur.

Ein wichtiger Akteur im Ruhrgebiet, der sich immer wieder in regionsbezogenen Präventionsaktivitäten engagiert hat, ist der Verband der Betriebskrankenkassen mit Sitz in Essen. Dem BKK Bundes- und Landesverband und den lokalen Betriebskrankenkassen wie der BKK Hoesch oder Novitas ist es immer wieder gelungen, Themen und Projektaktivitäten, die unter dem Dach des BKK-Programms „Mehr Gesundheit für alle“ zusammengefasst sind, auf die politische Agenda zu setzen und in Landes- und Bundesprogramme zu transferieren. Drei Beispiele hierfür sind das Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung“ (Jobfit Regional und Jobfit NRW, die Ausrichtung des Wettbewerbs Gesundes Land NRW auf das Thema und die Behandlung im SVR-Gutachten 2007), das Programm der Gesundheitsmediatoren für Migranten, das in die Landesförderung in NRW aufgenommen wird und das Thema Kindergesundheit – insbesondere im Kindergartenalter – im Programm „Fit von klein auf“. Zuvor wurden konkrete Projektaktivitäten durch den Bundes- und Landesverband der BKKn und die lokalen Betriebskrankenkassen in der Region (bspw. BKK Hoesch in Dortmund und der BKK Novitas in Duisburg) initiiert und umgesetzt. Der BKK Bundesverband ist damit auf Bundes-, Landes- und Regionalebene ein wichtiger „Motor“ für das Thema Prävention. Ein interessantes Beispiel für die Profilbildung von Krankenkassen ist auch die Continentale Krankenversicherung in Dortmund, die 1993 mit Blick auf ihre ursprünglich naturheilkundliche Ausrichtung den „Continentale Förderpreis für Naturheilkunde“ auslobte und die Kneipp-Vereinigung unterstützt.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“, aus dem eine Reihe von Projektaktivitäten und Programmstrukturen hervorgegangen sind
- Programm „gesund macht Schule“ der AOK Rheinland-Hamburg, in dem u. a. mit Schulen, der Ärztekammer Nordrhein und Kinderärzten kooperiert wird
- 6-Tage-Programm für mehr Gesundheit im Alltag, in dem die Vereinigte IKK mit Hotels in Kurorten kooperiert
- Continentale Krankenkasse mit ihren Förderaktivitäten zur Naturheilkunde

Trend 8

Bedeutungsgewinn prädiktiver, präventiver und personalisierter Medizin durch Innovationen in den Life Technologies

Bei den Life Technologies werden insbesondere moderne bildgebende Verfahren in Präventionsmedizin und Diagnostik eingesetzt, um mögliche Belastungssituationen und Gesundheitsrisiken frühzeitig zu ermitteln. Es gibt eine Vielzahl von Entwicklungseinrichtungen und Anwendern in der Region, so etwa im Bereich hochauflösender Bildgebungsverfahren in den Feldern Endoskopie, Sonografie/Ultraschall, Computertomografie (CT), Magnetresonanztomografie (MRT) und Positionen-Emissions-Tomografie (PET). Die Weiterentwicklung dieser Verfahren ermöglicht eine differenziertere Diagnose von Risikofaktoren und Krankheitsbil-

dern sowie eine frühzeitige Therapie. Eine wichtige Entwicklungseinrichtung molekularer Bildgebung ist das Erwin L. Hahn 7-Tesla Institut auf dem Gelände der ehemaligen Kokerei Zollverein in Essen. Im Raum Essen/Bochum wird ein Bildgebungsverbund aufgebaut, der die Kompetenzen von Entwicklern und Anwendern verknüpft. Neu entstehende präventionsmedizinische Zentren, die auf Selbstzahler ausgerichtet sind, setzen auf die Anwendung neuester Diagnostikverfahren. Beispiele für Anwender sind Body Guard! am Elisabeth Krankenhaus und das Preventicum in Essen. Die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen genetischer Disposition, der Ermittlung von Risikoprofilen und dem Einsatz spezifischer Vorsorgeaktivitäten ist in letzter Zeit unter dem Stichwort „personalisierte Medizin“ in den Diskurs hineingetragen worden. Die zentralen Innovationsfelder mit einem ausgesprochenen Präventionsbezug vor allem im Bereich der Medizintechnologie sind:

- die Miniaturisierung (so die Entwicklung minimal-invasiver chirurgischer Technologie, der Nanomedizin und von Nanopartikeln),
- die Molekularisierung (z. B. Zelltherapie, regenerative Medizin und „Tissue Engineering“, die Entwicklung biomedizinischer Wirkstoffe, die Entwicklung prädiktiver Biomarker, Tests zur Bestimmung genetischer Profile von Patienten),
- die Personalisierung und Prädiktion (diagnostische Vorsorgeprogramme, neue bildgebende Verfahren und In vitro-Diagnostik, beispielsweise Testkits zur Diagnose der Prädisposition genetisch bedingter chronischer Krankheiten),
- die Computerisierung (v. a. Telemedizin und Telematik),
- die Vernetzung der Gesundheitsdienstleister durch IT-gestützte Technologien,
- die Entwicklung von Techniken und Unterstützungsleistungen im häuslichen Bereich („MedTech goes home care“ und „Ambiance Assisted living“).

Im Rahmen der medizintechnischen Entwicklung gewinnt zudem der häusliche Wohnbereich als Gesundheitsstandort an Bedeutung. Eine Nachbetreuung von Patienten wird nach einer (immer frühzeitiger erfolgenden Entlassung aus der) stationären Behandlung oder einem Reha-Aufenthalt durch medizintechnische Anwendungen im häuslichen Wohnbereich gesichert („med tech goes home care“). Ein weiterer Trend ist, dass ältere Menschen versuchen, möglichst lange selbstständig im vertrauten Wohnumfeld wohnen zu bleiben und dabei auf die Unterstützung von Hausnotrufsystemen, Haustechnik und interaktiven Kommunikationssystemen zurückgreifen. Wohnungsunternehmen bieten solche Unterstützungssysteme mit Blick auf betagte Kundengruppen als Zusatz-Serviceleistung an.

Der Wellness- und Fitnessbereich versucht das Thema Medical Wellness zu erschließen und bindet verstärkt medizinisch-therapeutische Kompetenz und (medizin-)technologische Ausstattung ein. So kommen auch dort neue Messsysteme zur Ermittlung und Kontrolle von Vitalparametern, Gesundheits-Check-ups etc. zum Einsatz, um das Leistungsniveau und die Belastbarkeit der Kunden als Grundlage für einen angepassten Trainingsplan und zur Darstellung von Trainingserfolgen zu ermitteln. Dadurch entstehen neue Einsatz- und Absatzfelder für medizintechnologische Produkte und Dienste. Dies stellt aber zunehmend die Anfor-

derung, Systemlösungen zu entwickeln, die die Bereiche miteinander vernetzen und die Implementierung und Akzeptanz der Technologien im Versorgungsnetz und in den Lebenswelten unterstützen.

Am Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik in Dortmund (FISS) werden für verschiedene Anwendungsfelder Produktlösungen an der Schnittstelle zwischen Mikroelektronik, Kommunikation und Informatik entwickelt. Smart Living / Smart Building zielt erstens auf Technologien, die eine vollständige internet-basierte Vernetzung der Haustechnik ermöglichen (intelligentes Haus) und zweitens auf intelligente Dienste, die eine bedarfsgerechte Informationsversorgung der Nutzer sicherstellen. An dem Projekt sind Wohnungsunternehmen wie die Hattinger Wohnungsgenossenschaft und die Dortmunder DoGeWo beteiligt. Ein weiteres Projektbeispiel ist der vom FISS und der Rehaklinik Geldern entwickelte „digitaler Begleiter“: Ein Informationssystem in Form eines Palm soll Patienten dabei helfen, das in der Adipositas-Kur Erlernete auch im Lebensalltag umzusetzen.

Das Unternehmen Medo.check mit Sitz im Forschungs- und Entwicklungszentrum an der Universität Witten bietet ein EDV-gestütztes Programm zur Messung von Leistungsparametern an, das auf Lizenzbasis Anwendern im Bereich Wellness (Hotels, Kreuzfahrtschiffe), Personal Training / Firmenfitness, Gesundheitszentren (Physiotherapie, Reha-Einrichtungen, Sportarztpraxen) angeboten wird. Das Leistungspaket umfasst die Bausteine Softwareassistenz, Fitness Check-up, Trainingsplan sowie Zuordnung von Therapie- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Dieses Instrument wurde im Projekt „medo-check.kids“ weiterentwickelt, um die Konstitution und Leistungsfähigkeit von Kindern zu messen und entsprechende Gesundheitsförderungsangebote zu vermitteln. Zielgruppe sind hier Schulen, Vereine, Kitas. Ein neues Projekt ist die Kooperation zwischen medo.check und dem Fitnesscenter Oase Bochum Health & Sports Club. Sie wollen gemeinsam in den Sportunterricht an Schulen gehen und dort Kinder für Sport begeistern. Es geht darum, das vorhandene EDV-gestützte Modul zur Leistungsdiagnostik bei Kindern anzuwenden. Die Oase Bochum möchte ein Kinderfitness-Studio aufbauen und Kinder für Sport motivieren. Die IHK Bochum hat sich bereit erklärt, den Kursbeitrag für Kinder aus einkommensschwächeren Familien zu bezuschussen.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Erwin L. Hahn 7-Tesla Institut, Essen
- Bildgebungsverbund im Raum Essen-Bochum
- Body Guard! am Elisabeth Krankenhaus und das Preventicum in Essen (Diagnostik für Selbstzahler)
- Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik in Dortmund (ISS) (Produktlösungen an der Schnittstelle zwischen Mikroelektronik, Kommunikation und Informatik)
- Fachbereich Medizinische Informatik an der Fachhochschule Dortmund
- InHaus GmbH, Fraunhofer Institut Mikroelektronische Schaltungen und Systeme (IMS)
- Evangelische Stiftung Volmarstein, Forschungsinstitut Technologie und Behinderung in Wetter
- Medo.check, Witten (Messung von Leistungsparametern)

Trend 9

Der Haushalt als Gesundheitsstandort – Handwerk und Immobilienwirtschaft setzen auf Prävention im Alltag

Handwerk und Immobilienwirtschaft entwickeln und integrieren (ursprünglich) branchenfremde Gesundheitsleistungen und erschließen den Markt seniorenbezogener Produkte und Dienstleistungen. Sie schaffen so Mehrwert und sparen Kosten durch Integration von Gesundheitsleistungen. Wohnungsgesellschaften entwickeln bedarfsgerechte Serviceangebote, um ihre (älteren) Mieter zu binden und deren selbstständige Lebensführung in der eigenen Wohnung zu unterstützen. Es wird versucht, intelligente Haustechnik mit Notrufsystemen, Haushaltsdienstleistungen und Gesundheitsdiensten zu vernetzen und interaktive Systeme zu entwickeln. Beispiele dafür sind die Forschungsanstrengungen am Fraunhofer Institut Dortmund, die mit der DoGeWo und der Hattinger Wohnungsgenossenschaft kooperieren und die Angebote der SOPHIA NRW GmbH, die durch die THS weiterentwickelt werden. Im EQUAL-Projekt „Silberdienste“ wurden im Zeitraum 2004-2007 Projekte zum Aufbau quartiersbezogener Dienstleistungsangebote für ältere Menschen in NRW entwickelt und erprobt. An dem von der LEG AS koordinierten Projekt beteiligten sich u. a. eine Reihe von Beschäftigungsträgern und Wohnungsgesellschaften, Beratungsträger und die WIA – Koordinierungsstelle Wohnen im Alter im Ruhrgebiet.

Das SOPHIA-System ist ein Beispiel für die Anwendung in der Wohnungswirtschaft. SOPHIA wurde in 2001/2002 mit Unterstützung des Bayrischen Sozialministeriums in der Wohnungsgesellschaft St. Josef Stift in Bamberg als interaktives Hausnotrufsystem entwickelt, bevor die THS 2005 alle Rechte an SOPHIA zur Weiterentwicklung des Systems erwarb. SOPHIA beinhaltet sensorgesteuerte Haustechniken, die auf möglichst einfache (und kostengünstige) Handhabbarkeit ausgerichtet ist und die mit aufsuchender Betreuung / Beratung der Nutzer durch professionelle Kräfte und ehrenamtliche „Paten“ verknüpft sind. SOPHIA NRW GmbH wurde (neben Regionalgesellschaften in anderen Bundesländern) als Franchisegeber für Wohnungsgesellschaften gegründet. Diese vereinbaren SOPHIA-Betreuungsverträge mit Wohnungsunternehmen, die den Betreuungsservice ihren Mietern anbieten. Zur Auswahl stehen drei Module: Das erste beinhaltet ein Notrufsystem und den Kontakt zur Servicezentrale; das zweite misst über ein Armband die Vitalparameter und löst im Bedarfsfall automatisch einen Notruf aus, das dritte Modul beinhaltet die Möglichkeit zur Bildkommunikation über ein Videosystem.

Die Handwerkskammer Düsseldorf richtete die regionale Koordinierungsstelle Wohnen im Alter (WIA) ein, die das Handwerk dabei unterstützen soll, sich auf den Senioren- und Gesundheitsmarkt und damit auf deren Service- und Produktbedarf auszurichten. WIA hält entsprechende Beratungs- und Qualifizierungsangebote vor und unterhält eine Produktausstellung. Betriebe werden dabei unterstützt, gewerk- und branchenübergreifende Betriebsver-

bünde zu gründen, um Leistungen aus einer Hand anzubieten und damit neue Bedarfe zu erschließen. Die Beratungskompetenz und Weiterbildungskurse werden inzwischen auch bundesweit nachgefragt.

Das Servicenetz Duisburg GbR ist ein Zusammenschluss von Firmen und Institutionen aus dem Handwerk und dem Gesundheitswesen, die gemeinsam ein Dienstleistungsportfolio mit Unterstützungsleistungen für Senioren entwickelt haben. Es ist neben den Bochumer Experten für Innenraumhygiene eines der lokalen Verbundprojekte, das aus der Beratungsarbeit des WIA hervorgegangen ist. Im Rahmen des Med.in NRW-Wettbewerbs wurde u. a. das Projekt „Post-Reha-Netzwerk“ des Servicenetzes Duisburg ausgewählt. In diesem Projekt sollen indikationsbezogen über die medizinische Versorgung hinausgehende Dienstleistungspakete für das eigene Wohnumfeld und am Arbeitsplatz entwickelt und in den Markt eingeführt werden.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Koordinierungsstelle Wohnen im Alter (WIA) in Oberhausen der HWK Düsseldorf
- Servicenetz Duisburg GbR¹³, ein Zusammenschluss aus dem Handwerk und dem Gesundheitswesen zur Entwicklung von Unterstützungsleistungen für Senioren
- Im Rahmen des EQUAL-Projektes „Silberdienste“ wurden Projekte zum Aufbau quartiersbezogener Dienstleistungsangebote für ältere Menschen entwickelt und erprobt
- Fraunhofer Institut Dortmund, Dortmunder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft Do-GeWo und Hattinger Wohnungsgenossenschaft kooperieren bei der Implementation seniorenbezogener Services
- SOPHIA („**SO**ziale **P**ersonenbetreuung – **H**ilfen im **A**lltag“) als technik-gestütztes Notruf- und Betreuungssystem der Treuhandstelle Bergmannswohnungen (THS) (2008 mit dem internat. ACCESS-IT Award ausgezeichnet)

Trend 10

Prävention als Element der Daseinsvorsorge – Verantwortung für Gesundheit im Präventionmarkt und die Etablierung von PPP-Modellen

In der Vergangenheit haben öffentliche Träger maßgeblich am Aufbau von gesundheitsbezogenen Einrichtungen mitgewirkt. In der Region sind in den 80er/90er Jahren eine Reihe solcher Projekte im Zuge des WHO-Gesunde Städte-Netzwerks, der Internationalen Bauausstellung Emscherpark und der Soziale Stadt-Politik entstanden. Strukturen wie die Sport- und Gesundheitshäuser des Essener Sportbundes ESPO, Kur vor Ort in Essen, das Gesundheitshaus Quellenbusch in Bottrop und die Gesundheitshäuser in Gelsenkirchen, Lünen

¹³ In diesem Projekt sollen indikationsbezogen über die medizinische Versorgung hinausgehende Dienstleistungspakete für das eigene Wohnumfeld und am Arbeitsplatz entwickelt und in den Markt eingeführt werden.

und Unna sind aus der Initiative öffentlicher Träger heraus entstanden¹⁴. Diese in öffentlichen Einrichtungen haben als erste versucht, Angebote zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen. Ein wichtiges Themenfeld ist dabei auch die Förderung von Selbsthilfegruppen.

All diese Gesundheitszentren müssen sich nunmehr verstärkt auf dem Präventionsmarkt gegen neue Anbieter behaupten. Vor dem Hintergrund der öffentlichen Haushaltssituation ist in den letzten Jahren ein Trend hin zur Privatisierung und Kommerzialisierung sichtbar. Gesundheitsorientierte Einrichtungen in vorher (halb-)öffentlicher Trägerschaft werden zunehmend in eigenständige Strukturen von Vereinen oder auch GmbHs überführt. Ziel ist es, flexiblere Entscheidungsstrukturen zu schaffen, Profit Center zu gründen, lukrativere Nutzungen von Strukturen zu finden und Investitionsmittel anzuwerben. Vereine versuchen, sich neue Geschäftsfelder zu erschließen und um neue Zielgruppen zu werben. Und diese Einrichtungen müssen sich nun gegen die Konkurrenz von neuen Einrichtungen wie Gesundheitszentren an Krankenhäusern behaupten. Eine Herausforderung besteht darin, stärker mit traditionellen Gesundheitsdienstleistern mit Blick auf einen gegenseitigen Nutzen zu kooperieren und sich in die Versorgungsstrukturen vor Ort einzubinden.

Das Kurhaus im Grugapark gGmbH – Gesundheitszentrum Kur vor Ort besteht seit über 10 Jahren im ehemaligen Blumenhof auf dem Gelände des GRUGA-Parks Essen. In diesem Projekt gelang in Bezug auf das Angebotsprofil und die den Verein tragenden Akteure ein Brückenschlag zwischen stationärer / ambulanter Gesundheitsversorgung und Prävention. Auf Initiative der Stadt Essen und des Essener Sportbundes wurde 1999 der Verein „Kur vor Ort“ gegründet, in dem Akteure der Gesundheitsversorgung eingebunden sind (u. a. die Stadt Essen, der ESPO, Essener Krankenhäuser, Ärzteorganisationen und die Krankenkassen, Selbsthilfeorganisationen). Zur Seite steht ihm ein 56-köpfiger Beirat aus Vertretern der Wirtschaft, der Medizin, dem Ruhrlandmuseum und der Arbeitsmedizin. „Kur vor Ort“ bietet Leistungen in den Bereichen Fitness, Wellness und Unterhaltung, Gesundheit, Prävention, Kur und Therapie an. Gesundheitsschulungen und Gesundheitsvorsorge sowie therapeutische Maßnahmen bilden den Schwerpunkt der Angebote. Zu den Therapieformen gehören u. a. Bewegung, Diätetik, Herz-Kreislauf-Training sowie die Physiotherapie.

Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft und fachlicher Provenienz (Reha- und Gesundheitszentren, physiotherapeutische Praxen, Fitnesscenter, Sportvereine, Kneipp Vereine, Volkshochschulen, Krankenkassen) entwickeln ihre Leistungspaletten weiter als einen Dienstleistungsmix zwischen physiotherapeutischen Anwendungen, Rehasport, medizinischer Trainingstherapie, Präventionskursen und betrieblicher Gesundheitsförderung. Sie bieten diese als Auftragsleistung für Krankenkassen und als Dienstleistung für private Selbstzahler und Unternehmen an. Insbesondere in Essen und Dortmund gibt es eine Vielzahl an Einrichtungen, die sich im Übergang zwischen Physiotherapie, ambulanter Reha, Sport, Fitness, Ernährung und Entspannung auf gesundheitsorientierte Angebote ausgerichtet haben.

¹⁴ Auch wurden einige Revierparks in Trägerschaft des Regionalverbandes Ruhr und der jeweiligen Gemeinden durch gesundheitsorientierte Bereiche ergänzt.

In Dortmund gehören physiotherapeutische Praxen wie das Präventions- und Trainingszentrum corpomed, das Sport- und Gesundheitszentrum im Südbad und das Medizinische Leistungs- und Rehabilitationszentrum Orthomed GmbH dazu. Eine weitere Einrichtung ist das Institut für Präventions- und Bewegungsmedizin GmbH - BeWeMed im Praxiszentrum Nord in Dortmund. Eher aus dem Bereich „Sport und Fitness“ kommende Einrichtungen erweitern ihr Leistungsspektrum um medizinisch-physiotherapeutische Kompetenzen. Eine Vielzahl von (Sport- und) Gesundheitszentren in heterogener Trägerschaft bietet in Dortmund auch Präventionsleistungen an.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Kurhaus im Grugapark gGmbH - Gesundheitszentrum Kur vor Ort
- Sport- und Gesundheitszentren des Essener Sportbundes
- Verein für Gesundheitssport und Sporttherapie an der Universität Duisburg-Essen e. V.
- Leistungsdiagnostik Medico Sport in Essen
- Pro Vita Gesundheitszentrum GmbH in Essen
- Medizinisches Leistungs- und Rehabilitationszentrum Orthomed GmbH in Dortmund
- Institut für Präventions- und Bewegungsmedizin GmbH – BeWeMed in Dortmund
- Sport- und Gesundheitszentrum im Südbad in Dortmund
- Präventions- und Trainingszentrum corpomed
- „Aha Aktiv Haus für Gesundheit und Fitness“ der BKK Hoesch, Dortmund
- Gesundheitszentrum Vital für Sport und Gesundheit (aus Stadtsportbund hervorgegangen)
- Sport- und Gesundheitszentrums Dortmund-Oespel des Christlichen Jugenddorfs Dortmund
- Kursprogramm der Volkshochschule Dortmund zum Thema Gesundheit in Kooperation mit der BKK Hoesch
- Kneipp Gesundheits- und Bewegungszentrum in Dortmund
- Gesundheitszentrum Witten
- Medisport-Institut für Leistungsdiagnostik, Trainingssteuerung, Präventivtraining, Hagen
- Gesundheitszentrum Bochum-Wattenscheid
- Aktiv: Gesundheit & Fitness im Medical Center am Katharinenhospital Unna

Trend 11

Innovative Prävention zwischen medizinisch unterstütztem Funktionstraining, Gesundheitssport und Wellness

Die Wellness- und Fitnessbranche qualifiziert sich durch individuell zugeschnittenes Gesundheitscoaching, Personal Training, qualitätsgesicherte ganzheitliche Gesundheitsförde-

rung und (Medical) Wellnessprogramme. Hier wird deutlich, wie die Bereiche Medizin/Wellness und Freizeit / Lifestyle zusammenwachsen. Medizinisch-therapeutische Kompetenzen und Serviceorientierung werden verknüpft. Es entstehen neue Kooperationsprojekte zwischen Fitness-, Sport- und Wellnesseinrichtungen und traditionellen Gesundheitsdienstleistern. Zum Teil entstehen auch neue Investitionsprojekte wie die ambulanten Rehaeinrichtungen, an denen z. B. auch lokale Fußballclubs beteiligt sind. Die win-win-Situation entsteht durch die Verknüpfung von medizinisch-fachlicher Kompetenz und Marketing-Know-How, das ein Image von Fitness und Vitalität schafft.

Der Fitnessmarkt im Ruhrgebiet ist weit weniger differenziert als in anderen Städten vergleichbarer Größe. Qualitativ hochwertige Ketten sind hier unterdurchschnittlich vertreten. Gesundheit und Medical Wellness werden noch wenig als Thema zur Profilbildung genutzt. Beispiele: Die Elixia Health- und Wellness-Group unterhält in NRW nur Standorte in Bielefeld und Düsseldorf. Kieser Training, als Anbieter von gesundheitsorientiertem Krafttraining, unterhält in NRW 31 Standorte, davon nur neun im Ruhrgebiet, allein in Köln aber fünf Studios. Die Fitness Company unterhält vier Standorte im Ruhrgebiet, aber allein in Düsseldorf drei und in Köln fünf Anlagen. Und auch Qualitätssiegel, mit denen Fitness Studios ihre Gesundheitssportangebote zertifizieren können (wie das *RAL-Gütesiegel „Fitness“* für Fitness- und Gesundheitseinrichtungen, das Siegel *„Präventiver Gesundheitssport“* der Gesundheitsakademie Berlin und das Qualitätssiegel *„Prae-Fit® – Gesundheitsstudios geprüfte Qualität“*) werden von Fitnessanlagen in den Ruhrgebietsstädten verhältnismäßig selten beantragt.

Es gibt einige lokale Fitnesscenter, die sich über qualifizierte Angebote im Bereich Gesundheitssport für Betriebe und Privatpersonen, betriebliche Gesundheitsförderung oder als Kursanbieter für Krankenkassen profilieren und mit Betrieben und Gesundheitseinrichtungen Kooperationen eingehen. Zum Teil schließen Unternehmen im Rahmen von Betriebssport günstigere Kompakttarife für ihre Mitarbeiter ab.

Die gesundheitsbezogenen Angebote der Sportvereine sind eine sehr wichtige Basisinfrastruktur in der Region. Auf Initiative des Landessportbundes NRW haben sich viele Sportvereine zu kompetenten Gesundheitsdienstleistern entwickelt, neue gesundheitsbezogene Kursangebote (auch über reine Bewegungsangebote hinausgehend) entwickelt und z. T. neue Einrichtungen wie die *„Sport- und Gesundheitszentren“* gegründet. Dadurch wird eine flächendeckende Basisinfrastruktur im Land aufgebaut. Gesundheitskursangebote in den Vereinen qualifizieren sich mit Gütesiegeln wie *„Sport pro Gesundheit“*, *Rehasport*, *„Richtig fit ab 50“*, *„schwer mobil – Bewegung, Spiel und Sport für übergewichtige Kinder“*, *„Sport pro Prävention“*-zertifizierten Kursleitern und *„anerkannten Bewegungskindergärten“*. Ziel dieser Aktivitäten ist die Entwicklung neuer, bedarfsbezogener Kurskonzepte, die Qualifizierung der Kursangebote, die Erschließung von neuen Einnahmequellen und (GKV-geförderte Kurse und Selbstzahler) Kundenkreisen, Markenbildung und Profilierung des Vereinssports gegenüber kommerziellen Fitnesscentern. In NRW gibt es rund 2.000 *„Sport pro Gesundheit“*-Angebote in den Bereichen Herz-Kreislaufsystem, Haltung und Bewegung, Stressbewältigung und Entspannung, Gesundheitsförderung für Ältere, Kinder und Jugendliche. Hinzu kommen 12.000 Rehabilitationsangebote für die Indikationen Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

Krebs, Diabetes, orthopädische Erkrankungen und über weitere 20 Indikationen. Zudem sind Sportvereine mit entsprechenden Angeboten in den Settings Kindergarten, Schule, Seniorenstätten und Betrieben aktiv (Landtag NRW 2006).

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Fitness Oase, Bochum
- Sport- und Gesundheitszentrum „Come back“, Gelsenkirchen
- „Aktivita“, Hamm
- Beteiligung der großen Fußballvereine Borussia Dortmund 09, VfL Bochum 1848 und FC Schalke 04 an lokalen Reha- und Gesundheitszentren
- Sport- und Gesundheitszentren des Essener Sportbundes
- Haward Balance Human Resort, Dortmund (im Ruhrgebiet einziges Mitglied im Deutschen Medical Wellness Verband)
- Wellness- und Erlebnistherme Maximare, Hamm (im selben Gebäude wie reha bad hamm)
- Wellnessbad Maritimo, Oer Erkenschwick
- CopacaBackum, Herten
- Revierparkeinrichtungen des Regionalverbands Ruhr:
 - Activarium im Revierpark Nienhausen, Gelsenkirchen: Massage, Sole, Saunen, ESPO - Sport- und Gesundheitszentrum Actifit
 - Niederrhein Therme im Revierpark Mattlerbusch, Duisburg: Sole, Massage-Praxis, Saunen
 - Lago im Revierpark Gysenberg, Herne: Natursolebecken, Sole und Saunen, Beauty Point
 - Revierpark Wischlingen, Dortmund: Sole, Saunalandschaft, Physiotherapie-Praxis.
 - Freizeitbad Heveney im Freizeitzentrum Kemnade, Bochum: Therme, Saunen
 - Revierpark Vonderort, Oberhausen: Solebecken, Saunen
 - Xanten: Nur Saunalandschaft.

Auch der Wellnessmarkt im Ruhrgebiet ist noch nicht weit entwickelt und weniger differenziert als in anderen Großstadtregionen Deutschlands. Begriffe wie „Medical Wellness“ und „Spa“ sind bislang im Ruhrgebiet wenig verbreitet. Das Thema Gesundheit und Medical Wellness wird bisher kaum als ein Thema der Profilbildung und Angebotsdifferenzierung aufgenommen¹⁵. Eine Besonderheit des Bädermarkts im Ruhrgebiet ist, dass er zum überwiegenden Teil (80 % der Einrichtungen) durch die öffentliche Hand getragen oder subventi-

¹⁵ Im in 2006 in Berlin gegründeten Deutschen Medical Wellness-Verband sind aus NRW bisher nur der TÜV Rheinland (als Zertifizierer), die Awela - Akademie für Lebensqualität und Gesundheitsförderung in Erkrath-Hochdahl und das Haward Human Balance Resort in Dortmund als Mitglied eingetragen.

oniert wird¹⁶. Insgesamt gibt es 27 Freizeitbäder in der Region. Die Einrichtungen in Trägerschaft des RVR und der Kommunen vereinen einen recht großen Marktanteil auf sich. Weitere große private Mitbewerber in der Region sind das „Maritimo“ in Oer-Erkschwick und das „Maximare“ in Hamm, die erst vor wenigen Jahren eröffnet wurden und schnell eine gute Marktposition errungen haben. Die Revierparks in der Region haben das Thema Wellness und Gesundheit alle mehr oder weniger aufgenommen. Die Herausforderung besteht darin, neue Zielgruppen zu erschließen, neue Einnahmen zu generieren und die Flächen effizienter zu bewirtschaften. Denkbar sind auf gegenseitigen Nutzen zielende Kooperationen mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Einbindung anderer Gesundheitsanbieter.

Trend 12

Hotels ergänzen ihr Leistungsportfolio um Wellness, Spa und Medical Wellness-Leistungen

Die größeren Hotels der oberen Preisklasse verfügen fast alle über Wellnessbereiche. Hotels in der Metropole Ruhr besetzen aber die Themen Spa, Wellness und „Medical Wellness“ nicht in dem Maße, wie dies in den Metropolstädten Hamburg, Berlin und München der Fall ist, die ihre Spa-Einrichtungen auch bundesweit bewerben und sich so profilieren. Das Landhotel Jammertal in Datteln und das Waldhotel Tannenhäuschen in Wesel sind einige von wenigen Hotels in der Region, die auf Wellness und Gesundheit ausgerichtet und Mitglied der Wellness Hotels Deutschland sind.

Eine interessante Kooperation aus einer Nachbarregion ist die Zusammenarbeit zwischen dem Schnapp's Hof Bildungs- und Gästehaus dort AWO Westliches Westfalen, der benachbarten Klinik Möhnesee und dem Verein für Gesundheitstraining und Sporttherapie Möhnesee e. V., die ein Kursprogramm anbieten, das z. B. Nordic Walking, Qi Gong und Entspannung umfasst. Keines der Hotels in der Region ist Mitglied des Deutschen Verbandes für Medical Wellness. Hotels, die sich in Richtung Medical Wellness profilieren möchten, müssten einige Voraussetzungen erfüllen, um auch überregional mithalten zu können. Dazu gehören neben dem notwendigen Investitionskapital ein hochwertiges medizinisches Versorgungsniveau, ein anspruchsvoller Hotelservice und eine landschaftlich attraktive Lage (d. h. Abgeschiedenheit, eingebettet in attraktive Landschaft, Lage am Wasser/See). Den hochpreisigen Tourismus für „high potentials“ und die „Premium-Einrichtungen“, die auch in Konkurrenz zu Häusern in anderen Regionen stehen, gibt es im Ruhrgebiet bisher nur in sehr geringem Maße. Hier könnten mit Blick auf die „Kulturhauptstadt Europas 2010“ neue Potenziale erschlossen werden.

Einige Krankenkassen haben in Kooperation mit Hotels und Touristikanbietern gemeinsame Präventions-/Wellness-Paketangebote entwickelt, wie das BKK-Programm „Well Vital“, „TUI Vital“ der Kaufmännischen Krankenkasse und das 6-Tage-Programm für mehr Gesundheit

¹⁶ Derzeit versuchen die Kommunen, Bäder an Private zu verkaufen, binden sich allerdings langfristig (und nicht offen gelegt) an Ausfallbürgschaften.

der Vereinigten IKK¹⁷. Für die Krankenkassen ist dies ein Akquiseinstrument und soll darüber hinaus (neue) Kunden an längerfristige Präventionsangebote am Wohnort heranführen. Die Hotel- bzw. Reiseanbieter andererseits können sich mit dem zertifizierten Präventionsdienstleistungen profilieren. Über Unternehmen wie akon – Aktiv Konzept und Dr. Holiday werden in Kooperation mit verschiedenen Krankenkassen und Hotels aus dem gesamten Bundesgebiet solche Präventionskurse und Reisen mit Krankenkassenzuschuss vertrieben. Das Verwöhn- und Fitnesswochenende, ein Kooperationsangebot des Essener Sportbundes mit dem Kurhotel in Bad Iburg, zielt in eine ähnliche Richtung. Hotels und Bildungsstätten im Ruhrgebiet sind solche Kooperationen bislang noch nicht eingegangen.

Eine neue Initiative ist der im Klartext Verlag in 2007 herausgegebene „Wellness Führer Rhein-Ruhr“, der den Bekanntheitsgrad von Wellnesseinrichtungen im Ruhrgebiet steigern und einen Beitrag zur Ankurbelung des Wellnessmarktes leisten könnte.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Active Club und Beauty World des Hilton in Dortmund (Wellness-, Gesundheits- und Fitness-Oase)
- Landhotel Jammertal in Datteln
- Mercure-Hotel in Hamm (gemeinsame Pakete mit der Erlebnistherme Maximare)

Trend 13

Vom traditionellen Arbeitsschutz zu integrierten Konzepten betrieblicher Prävention – betriebliches Gesundheitsmanagement im Umbruch

Bedingt durch die montanindustrielle Vergangenheit des Ruhrgebiets sind in der Region viele Einrichtungen im Bereich Unfallmedizin, Arbeitsmedizin, Unfall- und Arbeitsschutz sowie des betrieblichen Gesundheitsmanagements ansässig. Die Berufsgenossenschaftliche Klinik Bergmannsheil in Bochum wurde als erste Unfallklinik der Welt 1890 gegründet. Hinzu kommt das Netz der Knappschaftseinrichtungen. Die Hauptverwaltung der Bundesknappschaft ist in Bochum ansässig. Viele Kliniken betreiben Abteilungen im Bereich Unfallmedizin und Arbeitsmedizin.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und Deutsche Arbeitsschutzausstellung (DASA), Dortmund
- Staatliches Amt für Arbeitsschutz (StAfA), Dortmund
- Institut für Arbeitsphysiologie an der TU Dortmund (IfADO)
- Max Planck-Institut für molekulare Physiologie, Dortmund

¹⁷ Das Programm kooperiert mit Hotels in Bad Pyrmont, Bad Driburg, Bad Rothenfelde und (ruhrgebietsnah) Bad Sassendorf.

- Forschungsinstitut für Arbeitsmedizin und Gefahrstoffe / Dortmund
- Forschungsinstitut für Gefahrstoffe, Forschungsinstitut für Arbeitsmedizin, Hygiene Institut des Ruhrgebiets, Gelsenkirchen
- Fraunhofer-Institut für Umwelt-, Sicherheits- und Energietechnik UMSICHT, Oberhausen
- Institut für Gefahrstoff-Forschung IGF der Bergbau-Berufsgenossenschaft, Ruhr-Universität Bochum
- Berufsgenossenschaftliches Forschungsinstitut für Arbeitsmedizin, Bochum
- Institut für Hygiene, Sozial- und Umweltmedizin, Ruhr Universität Bochum
- Institut für Hygiene und Arbeitsmedizin am Universitätsklinikum Essen

Das Thema gesundheitsfördernder und gesunderhaltender Arbeits(platz)gestaltung, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit wird um betriebliche Gesundheitsförderung ergänzt. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Corporate Health werden ein Segment der Personal- und Organisationsentwicklung in Unternehmen. Die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen stoßen in vielen Unternehmen Einzelaktivitäten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement an. Sie zielen darauf, ihre Produktivität zu erhöhen und Kosten einzusparen¹⁸, sich als attraktiver Arbeitgeber für Fachkräfte und als „gesundes Unternehmen“ zu profilieren. Insbesondere Großunternehmen beginnen zunehmend, „Corporate Health“ als Thema ins Personal- und Demografiemanagement einzubinden¹⁹.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen spielen Projekte betrieblicher Gesundheitsförderung in Unternehmen eine sehr wichtige Rolle. Durch die finanzielle Förderung und die Projektinitiierung wurden entsprechende Projektaktivitäten in den Betrieben angeregt. Ein wichtiger, in der Region ansässiger Akteur betrieblicher Gesundheitsförderung ist der Bundesverband (und der Landesverband) der Betriebskrankenkassen und dessen Tochter „Team Gesundheit – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH“ in Essen.

Fast alle großen Unternehmen im Ruhrgebiet haben das betriebliche Gesundheitsmanagement in ihre Personal- und Organisationsentwicklung integriert. Ein gutes Beispiel für betriebliche Gesundheitsförderung in der öffentlichen Verwaltung ist das BGF-Konzept, das seit 10 Jahren bei der Stadtverwaltung Dortmund umgesetzt wird. Die Stadt Dortmund wurde 2002 in Barcelona für ihr Konzept betrieblicher Gesundheitsförderung von der Europäischen Kommission und dem Europäischen Netzwerk für BGF mit dem „Certificate of Excellence“ ausgezeichnet. 2007 erhielt sie den Unternehmenspreis der Gesundheitskampagne „Move Europe“.

¹⁸ Die jährlichen Kosten arbeitsbedingter Erkrankung und Frühverrentung werden bundesweit auf 39,7 Mrd. € berechnet (Bödeker u. a. 2002 und 2006). Der „Return of investment“ von Maßnahmen betrieblichen Gesundheitsmanagements (Einsparungen bei Gesundheitskosten) werden auf 1:2,3 bis 1:5,9 geschätzt (IGA 2003, S. 32).

¹⁹ Im Entwurf des Jahressteuergesetzes 2009 wird für Betriebe die steuerliche Absetzbarkeit für Ausgaben betrieblicher Gesundheitsförderung verbessert, die pauschal auf 500 € je Mitarbeiter erhöht wird.

Die betriebliche Gesundheitsförderung müsste noch stärker ins Gesundheitswesen integriert werden. Gleichwohl gibt es im Ruhrgebiet einige gute Praxisbeispiele. Im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative gesünder arbeiten (GIGA) wurde das Marien-Hospital Hamm 2002 mit dem GIGA best practice award ausgezeichnet. Das Reha-Zentrum im St. Clemens Hospital in Oberhausen beteiligte sich an dem Projekt AGE-Management. Das Konzept beinhaltet auch betriebliche Gesundheitsförderung. Das Marien-Hospital Wesel nutzt das hausinterne Gesundheitszentrum, um betriebliche Gesundheitsförderung in den eigenen Einrichtungen voranzubringen. Es wurde 2006 mit dem Gesundheitspreis der „Berufsgenossenschaft Gesundheitswesen“ als Zweitplatzierter prämiert. Zu den Aktivitäten gehören die seit 1998 bestehende Betriebssportgruppe „Dreiwiesellauftreff“ des Marien-Hospitals Wesel und Maßnahmen wie Mitarbeiter-Gesundheitstage. Als bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2007 wurde das Malteser Krankenhaus St. Anna Duisburg im „great place to work“-Wettbewerb prämiert. Im Ranking spielten auch Aspekte des betrieblichen Gesundheitsmanagements eine Rolle. Das Elisabeth Krankenhaus in Essen organisierte im September 2006 gemeinsam mit dem BGF-Institut für betriebliche Gesundheitsförderung der AOK Rheinland/Hamburg aus Köln die Veranstaltung „Rückenwind – gesundes Ruhrgebiet“, auf der eine Regionalauswertung von AOK-Daten und Konzepte betrieblichen Gesundheitsmanagements aus verschiedenen Ruhrgebietsunternehmen vorgestellt wurden.

Einige Netzwerke zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung sind im Ruhrgebiet entstanden, wie das Europäische und das Deutsche Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung/DNBGF, die Initiative Gesundheit und Arbeit, das Deutsche Netzwerk gesundheitsförderndes Krankenhaus/DNgefK, die Gemeinschaftsinitiative gesünder Arbeiten/GIGA und die Initiative Neue Qualität der Arbeit/INQA, die beim BauA angesiedelt ist. Auch bei den Mitgliedern des Deutschen Netzwerks gesundheitsförderndes Krankenhaus, das einige Jahre lang vom Ruhrgebiet aus koordiniert wurde, spielt betriebliche Gesundheitsförderung eine Rolle (vgl. Trend 1).

Besonders ambitioniert ist das Projekt „Herzensangelegenheiten: Betriebliche Initiative gegen den Plötzlichen Herztod“ der MedEcon Ruhr e. V. in Kooperation mit dem Verein pro Ruhrgebiet e. V. Es zielt auf einen besonderen Versorgungsbedarf in der Region: auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die im bundesdeutschen Vergleich im Ruhrgebiet überdurchschnittlich oft auftreten. Im Zentrum des Projektes „Herzensangelegenheiten“ stehen die Ausstattung von Betrieben mit Defibrillatoren und die Schulung im Umgang mit ihnen. Das Projekt wirbt für die Implementierung dieses medizintechnischen Hilfsmittels, bettet dies aber in viel weiter gehende Strukturen ein. Es zielt auf die Einführung bzw. Intensivierung betrieblichen Gesundheitsmanagements in den einzelnen Unternehmen sowie die Vernetzung zwischen den Betrieben und den Versorgungsnetzen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen/plötzlichem Herztod vor Ort. An dem Projekt beteiligt waren u. a. die Unternehmen Management für Immobilien AG Essen, Menden Buchstaben KG Essen, VBW Bauen und Wohnen GmbH in Bochum, Ruhrverband, Emschergenossenschaft/Lippeverband, Stadt Gladbeck, RAG Deutsche Steinkohle Herne, Service for Business IT Ruhr in Gelsenkirchen sowie die deut-

sche Herzstiftung, das Westdeutsche Herzzentrum, der Herzinfarktverbund Essen, lokale Projekte gegen den plötzlichen Herztod in Hattingen, in Mülheim a. d. Ruhr und in Bochum sowie das Marienhospital Herne (MedEcon Ruhr GmbH, pro Ruhrgebiet e. V., 2008).

Im Bereich Arbeitsmarktpolitik wurden im Ruhrgebiet innovative Ansätze entwickelt. Die BKK Hoesch und später der Bundesverband der BKK haben in Projekte zur Integration von Arbeitslosen im Ruhrgebiet Ansätze zur Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenem Selbstmanagement eingebunden. Daraus sind weitere Aktivitäten auf Landes- und Bundesebene hervorgegangen. Träger im Ruhrgebiet waren in diesem Themenfeld bundesweit Impulsgeber. Der Ansatz wurde im Rahmen des Landesprogrammes „Jobfit Regional“ ab 2004 bei den Beschäftigungsträgern Netzwerk Radbod/Hamm, Hagener Forum Beschäftigung e. V. Hagen, Gewerkstatt gGmbH Bochum, Vereine für integrative Arbeit e. V. Bochum, Gemeinnützige Gesellschaft für Beschäftigungsförderung mbH Duisburg, Start Zeitarbeit Duisburg und im Arbeitslosenzentrum Dortmund erprobt. Ab 2006 wurde der Ansatz im Programm Jobfit NRW und auf die ARGE n/Jobcenter in den Modellregionen Köln, Münster, Duisburg, Gelsenkirchen und Ennepe-Ruhr-Kreis ausgeweitet. Das Programm wird von der Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung (G.I.B.) in Bottrop und dem BKK Bundesverband sowie dem Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen (IPG) unterstützt. Seit 2008 sind Kurse zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen direkt mit den Krankenkassen abrechenbar. In 2007 wurde der Wettbewerb „Gesundes Land NRW – Innovative Projekt im Gesundheitswesen“ zum Thema Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen und Beschäftigten ausgeschrieben. Mit dem ersten Preis wurde hier das Querschnittsprojekt Gesundheitsförderung und Prävention „Fifty Fit“ (ein Beschäftigungspakt für Ältere im Ennepe-Ruhr-Kreis) der JobAgentur EN im Ennepe-Ruhr-Kreis prämiert.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQUA) der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
- Europäisches und Deutsches Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung beim Bundesverband der BKK, Essen
- Team Gesundheit – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH in Essen
- Sozialforschungsstelle Dortmund
- Praxiszentrum Preveo in Dortmund
- Body Guard! Klinik – Zentrum für PräventivMedizin am Elisabeth Krankenhaus in Essen
- Preventicum GmbH – Klinik für Diagnostik und medizinische Beratung in Essen
- Medicos AufSchalke in Gelsenkirchen
- ThyssenKrupp Steel AG ²⁰

²⁰ Das Thyssen Krupp Steel eingereichte das Projekt „Gesundheitsschichten der Werksbelegschaft“ wurde im Med.in NRW-Wettbewerb ausgewählt.

- Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Stadtverwaltung Dortmund
- Projekt „Herzensangelegenheiten: Betriebliche Initiative gegen den Plötzlichen Herztod“
- Beispiele für betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus in der Metropolregion:
- betriebliche Gesundheitsförderung im Marien-Hospital Hamm (2002 mit dem GIGA best practice award ausgezeichnet)
- Maßnahmen des Reha-Zentrums im St. Clemens Hospital in Oberhausen im Projekt AGE-Management
- betriebliche Gesundheitsförderung im Marien-Hospital-Wesel, angegliedert an das hausinterne Gesundheitszentrum (2006 mit dem zweiten Platz mit dem Gesundheitspreis der „Berufsgenossenschaft Gesundheitswesen“ prämiert)
- Malteser Krankenhaus St. Anna Duisburg (2007 im „great place to work“-Wettbewerb als bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen prämiert)
- Programm Jobfit Regional / Jobfit NRW zum Thema Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration

Trend 14

Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen an Bedeutung

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Settings nimmt an Bedeutung zu. Dazu zählen z. B. der Kindergarten, die Schule oder der Stadtteil. Ein Beispiel für Prävention im frühen Kindesalter sind Familienhebammen, die in aufsuchender Arbeit junge Mütter in der Phase vor und nach der Geburt unterstützen. Diese Familienhebammen gibt es u. a. in Hamm, Essen, Dortmund und Gelsenkirchen. Das Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund hat einen Flyer entwickelt, der in kurzer übersichtlicher Form für junge Mütter Tipps zur gesunden Ernährung ihrer Säuglinge zusammengestellt hat. Kinderärzte sollen diesen Flyer bei den U-Untersuchungen in ihrer Praxis an die Mütter austeilen.

Im Rahmen des Präventionskonzeptes NRW wurde eine Initiative lanciert, die auf dem „Zertifikat anerkannter Bewegungskindergarten“ des Landessportbundes/Sportjugend NRW aufbaut und dieses Konzept in Richtung „gesunder Kindergarten“ weiterentwickeln soll. Weitere Beispiele für Gesundheitsförderung in Kindergärten sind die Kneipp-Kindergärten (im Ruhrgebiet gibt es zwei solcher Einrichtungen in Dortmund und Recklinghausen), die vom Landessportbund anerkannten Bewegungskindergärten und die Anwendung der Standards ökologischer und vollwertiger Ernährung und „zuckerfreie Kita“ in den städtischen Kitas in Dortmund. Hinzu kommt das Gesundheitsförderungskonzept für Kindergärten. „Gesund und stark mit Rick und Rack“ wurde vom Gesundheitszentrum des Marienhospitals Wesel für Kindergärten zu den Themenfeldern Bewegung / Ernährung / Entspannung / gesundes Umfeld, gesundes Frühstück und Elternabend erarbeitet und im DNGfK als best-practice- Projekt prämiert. Der vom BKK Bundesverband entwickelte „Gesundheitskoffer“ für Kitas, der im Rahmen des Gesundheitspreises NRW in 2007 ausgezeichnet wurde, ist ein weiteres Bei-

spiel. Im Rahmen des Deutschen Präventionspreises 2008 wurden zum Thema „gesund aufwachsen – ganzheitliche Förderung der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung von Vorschulkindern“ zwei Einrichtungen im Ruhrgebiet ausgezeichnet (die Tageseinrichtung Plutostraße in Gelsenkirchen und die Kita Sonnenhaus in Hamm). Im Zusammenhang mit der Einrichtung von Familienzentren in Kindertagesstätten spielen auch Information, Vernetzung und z. T. Bereithaltung gesundheitsbezogener Angebote im Stadtteil eine zunehmend wichtige Rolle.

In den Schulen wurde „Gesundheit“ bisher wenig thematisiert. Allerdings haben verschiedene Träger in den letzten Jahren Programme aufgelegt, um Gesundheitsförderungsprojekte in Schulen umzusetzen. Dazu gehört das Programm „Gesund macht Schule“ der AOK Rheinland/Hamburg, an dem sich im Rheinland 235 Schulen und 168 Patenärzte beteiligen, und der von den gesetzlichen Unfallversicherungsverbänden in Nordrhein-Westfalen ausgelobte Schulentwicklungspreis „Gute gesunde Schule“. Im Zuge des Ausbaus der Ganztagschulen gewinnt das Thema Mittagsverpflegung und gesunde Ernährung an Bedeutung. Die Stadt Dortmund hat sich in besonderem Maße beim Ausbau der Offenen Ganztagschule engagiert. Das im Jahre 2002 ins Leben gerufene Familienprojekt Dortmund soll unter anderem den zügigen Ausbau von Offenen Ganztagschulen vorantreiben (Familienprojekt Dortmund 2005). Hierbei spielen auch immer wieder Projekte zur Gesundheitsförderung und zur gesunden Ernährung in der Ganztagsbetreuung eine Rolle.

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund hat dabei seine Erfahrung aus der Grundlagenforschung immer wieder in Praxisprojekte vor Ort einfließen lassen und treibt derzeit das Thema gesunde Ernährung in der schulischen Ganztagsbetreuung voran. In Hamm wurde in 2007 die „J1-Kampagne“ von der AOK Hamm, dem städtischen Gesundheitsamt, "päd regio hamm" (Zusammenschluss der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in Hamm) und dem Schulamt durchgeführt. Ziel war es, die Rate derer, die sich von Ärzten gründlich untersuchen lassen und Gespräche über gesundheitliche Probleme führen (von bis dato 20 %) zu erhöhen. Belohnt wurde das Engagement der Jugendlichen mit attraktiven Preisen, die die AOK und andere Sponsoren bereitstellten. Die Schule, die sich bei der Aktion besonders engagierte, erhielt einen zusätzlichen Schulpreis.

Ein wichtiges Bedarfsfeld im Ruhrgebiet sind Aktivitäten zum Themenfeld „gesund altern“ und „gesundes Altern“ (vgl. MAGS 2008). Das Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen befasst sich seit Jahren mit der Entwicklung und Umsetzung von Projekten an der Schnittstelle von Gesundheits- und Senorenwirtschaft, das Sozial- und Seniorenwirtschaftszentrum (SWZ) in Gelsenkirchen ist ebenfalls in der Entwicklung des Seniorenmarktes tätig. Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund führt im Rahmen eines BMFT-Präventionsforschungsprogramms ein Projekt zur Gesundheitsförderung und Primärprävention von älteren Menschen mit Migrationshintergrund durch. Thema des Wettbewerbs „Gesundes Land NRW“ in 2008 ist das Thema „Gesundheit und Alter“.

Gesundheitsdienstleister bieten zunehmend Angebote an, die auf die Zielgruppe der Best Ager oder auch Generation 50plus zugeschnitten sind. Hinzu kommen Aktivitäten in Einrich-

tungen der stationären und (teil)ambulanten Altenhilfe, die bspw. Bewegung und Mobilität älterer Menschen setzen. Beispiele dafür sind „Fit für 100 – Bewegungsangebote für Hochaltrige“ in Alteinrichtungseinrichtungen (bspw. in der Curanum Westfalen GmbH Seniorenresidenz in Hagen-Emst) oder zwei Projekte „Gesund und Mobil im Alter“, die von der Ärztekammer Nordrhein in Kooperation u. a. mit dem BKK Landesverband lanciert wurden, die auf stationäre Alteinrichtungseinrichtungen und Altenbegegnungsstätten ausgerichtet sind. Sie beinhalten zielgruppenspezifisches Kraft- und Balancetraining mit dem Ziel der Sturzprophylaxe.

Die Gesundheitskonferenzen der sechs Ruhrgebietskommunen Bottrop, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen, Mülheim und Oberhausen haben das Thema „Gesundheit im Alter“ an die Spitze ihrer Agenda gesetzt. In diesem Rahmen wurde auch ein gemeinsames Projekt zum präventiven Hausbesuch bei älteren Senioren entwickelt. Ziel ist es, frühzeitig Unterstützungsbedarfe zu ermitteln und geeignete Lösungen zu organisieren, um damit letztlich eine möglichst lange selbstständige Lebensführung der Senioren in der eigenen Wohnung zu ermöglichen und Heimunterbringungskosten zu sparen. Dieses Instrument des präventiven Hausbesuchs sollte in die Strukturen der ausgewählten Pilotstadtteile ein- und an vorhandene Einrichtungen angebunden werden.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Familienhebamme, z. B. in Hamm, Dortmund, Gelsenkirchen, Essen
- Praxisprojekte des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund
- Gesundheitsförderungskonzepte in Kindergärten (zertifizierte Bewegungskindergärten, Kneipp-Kindergärten, Projekte des Gesundheitszentrums des Marienhospitals Wesel, „Gesundheitskoffer“ für Kitas der BKK)
- Tageseinrichtungen Plutostraße in Gelsenkirchen und Kita Sonnenhaus in Hamm (2008 mit dem Deutschen Präventionspreises ausgezeichnet)
- Schulprojekte im Rahmen der Programme „Gesund macht Schule“ der AOK Rheinland/Hamburg, der Medusana Stiftung und des OPUS Netzwerks
- setting-bezogene Projekte im Rahmen des BKK-Programmes „Mehr Gesundheit für alle“
- Schulung von Migranten als Multiplikatoren in Gesundheitsfragen in Migrantengemeinschaften (Mimi-Projekt).

Trend 15

Präventionsorientierte Innovationsnetzwerke aus Forschung, Industrie und Anwendern

Im Ruhrgebiet gibt es eine Vielzahl von Forschungseinrichtungen im Bereich Arbeitsschutz / Arbeitsmedizin, die in Richtung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ergänzt wurden. Die Vielzahl der im Ruhrgebiet ansässigen Forschungsinstitutionen zum

Unfall- und Arbeitsschutz sowie Arbeitsmedizin haben ihr Tätigkeitsfeld um die Themen betriebliche Gesundheitsförderung/betriebliches Gesundheitsmanagement sowie in letzter Zeit Demografiemanagement ausgeweitet.

Große Bedeutung kommt der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zu. Die Sozialforschungsstelle Dortmund (SfS) ist ein wichtiger Akteur im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU und hat viele Verbundprojekte in der Region initiiert. Aus dem SfS und in dessen Umfeld haben sich einige Beratungsunternehmen gebildet, wie die Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung in Dortmund, die gaus GmbH und das Institut für soziale Innovation SI research & consult. Auch das Institut für angewandte Innovationsforschung der Ruhr-Universität Bochum ist in Projekten betrieblichen Gesundheitsmanagements tätig.

Im Themenfeld Pflegewissenschaft und Seniorenwirtschaft gibt es mehrere Forschungsinstitutionen im Ruhrgebiet. Wichtige Einrichtungen sind hier die Forschungsgesellschaft / das Institut für Gerontologie FFG an der TU Dortmund sowie die Abteilung für Geriatrie und Frührehabilitation am Marien-Hospital Herne als Einrichtung der Ruhr Universität Bochum, die Memory Klinik in Essen, das Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke, das Institut für Rehabilitation an der TU Dortmund, das Institut Arbeit und Technik an der FH Gelsenkirchen und das Sozial- und Seniorenwirtschaftszentrum in Gelsenkirchen. Im Kooperationsprojekt ZudA (Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns) wirken, gefördert durch die Mercator-Stiftung, die Ruhr Universität Bochum, die TU Dortmund und das Institut Arbeit und Technik sowie das Sozial- und Seniorenwirtschaftszentrum in Gelsenkirchen mit.

Im Bereich Public Health/Gesundheitswissenschaften ist das Ruhrgebiet eher schwach aufgestellt²¹. Auch im Themenfeld Pädagogik/Sportwissenschaften/Kindergesundheit scheint es kaum Kompetenz zu geben. Ausnahmen sind das in Dortmund ansässige Forschungsinstitut für Kinderernährung und die Vestische Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Datteln. Ein beispielhafter (wenngleich kleiner) Akteur für praxisbezogene Präventionsforschung ist das Institut für Prävention und Gesundheitsförderung (IPG) an der Universität Essen, das gemeinsam vom BKK Bundesverband und der Universität Essen gegründet wurde und das eine Reihe von Präventionsprojekten in der Region angestoßen hat.

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund ist eine bundesweit anerkannte Forschungseinrichtung im Bereich der Kinderernährung, die sich immer wieder sehr praxisnah und engagiert in Projekten zur Kindergesundheit insbesondere am Standort Dortmund eingesetzt hat. In letzter Zeit hat sich das FKE u. a. in Zusammenarbeit mit dem Familienbüro Dortmund und dem Gesundheitsamt Dortmund in der Umsetzung von gesunder Ernährung im Rahmen der schulischen Ganztagsbetreuung engagiert. Am FKE entwickelt wurde das „optimix-Verfahren“, das für Caterer und Kaminenbetreiber wissenschaftlich erprobte und

²¹ Bezeichnend ist, dass keine einzige Institution aus dem Ruhrgebiet mit einem Projekt an der letzten Runde des Forschungsprogramms Prävention des BMFT beteiligt war. Einzig die Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln ist mit dem Programm Obeldicks light als Kooperand des Bremer Instituts für Gesundheitsförderung an dem Programm beteiligt. In der dritten Förderphase des BMBF-Programmes zur Präventionsforschung seit Ende 2007 haben sich aus dem Ruhrgebiet lediglich zwei Einrichtungen beteiligt: Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund und die Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln.

zugleich praktisch leicht handhabbare Standards für gesunde Kinderernährung bereit hält. Im Rahmen eines Projektes des FKE, das im Med.in NRW-Wettbewerb ausgewählt wurde, soll nun ein Qualitätssiegel entwickelt werden, um die Qualität von Caterern und die Anwendung des optimix-Verfahrens zu sichern.

Kompetenzen in der Komplementärmedizin sind an den Universität Witten-Herdecke und Bochum vorhanden. Eine wichtige Initiative ist der Stiftungslehrstuhl für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftung an der Universität Duisburg-Essen. Dieser und die Abteilung für Naturheilkunde und Integrative Medizin an den Kliniken Essen-Mitte treiben die Erprobung und Erforschung evidenzbasierter naturheilkundlicher Therapieverfahren voran. Das Thema Gesundheitswirtschaft wird insbesondere von Wissenschaftlern am Institut Arbeit und Technik der FH Gelsenkirchen, der TU Dortmund sowie der Ruhr-Universität Bochum befördert.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
- Sozialforschungsstelle Dortmund
- Kooperationsprojekt Zuda (Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns); Förderung: Mercator-Stiftung
- Forschungsinstitut für Kinderernährung, Dortmund
- Institut für Prävention und Gesundheitsförderung (IPG) an der Universität Duisburg-Essen
- Stiftungslehrstuhl für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung an der Universität Duisburg-Essen in Kooperation mit den Kliniken Essen-Mitte.

Trend 16

Bestandsentwicklung durch Umwandlung alter Gebäude in Gesundheitsimmobilien

Viele Gesundheitsimmobilien entstehen durch Bestandsentwicklung, d. h. durch die Wiedernutzung brachgefallener Gebäude. Hauptgründe für die Standortwahl sind die städtebaulich-architektonische Gestaltung der Gebäude, ihre zentrale Lage und damit ihre gute Erreichbarkeit. Gesundheitszentren werden vor allem in Anbindung an ein Krankenhaus, auf um- oder wiedergenutzten Flächen und in umgestalteten Immobilien gegründet. Zum Teil sind Gesundheitsdienstleister auch in den ehemaligen Gesundheitseinrichtungen montanindustrieller Unternehmen – etwa in Bäderabteilungen – entstanden. So wird ein wichtiger Beitrag zur Bestandsentwicklung und Stadt(teil)entwicklung geleistet.

Aber auch neue Standorte werden entwickelt. Beispiele hierfür sind Medicos.AufSchalke, die reha bad hamm und das Freizeit- und Wellnessbad Maximare in Hamm. Sie werden teilweise als private Investorenprojekte und teilweise als geförderte Stadtentwicklungsmaßnahme

realisiert. Bei der Ansiedlung des 7 Tesla-MRT-Instituts auf Zollverein gelang es, verschiedene öffentliche Fördermittel zu kombinieren und so ein denkmalgeschütztes Areal neu für Forschung und Entwicklung zu nutzen.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- 7 Tesla-MRT-Institut auf der Fläche der Kokerei Zollverein, Essen
- Gesundheitszentrum Vita am Kaiserberg in einer denkmalgeschützten ehemaligen Textilfabrik, Duisburg
- Aha aktiv Haus der BKK Hoesch in der alten medizinischen Hoesch-Badeanstalt, Dortmund
- Gesundheitshaus Gelsenkirchen im ehemaligen Gesundheitshaus der Zeche Consol
- Gesundheitshaus Lohberg in der Bäderanlage der ehemaligen Schachanlage Lohberg, Dinslaken

Trend 17

Projekte werden als Kooperationen öffentlich-privater Partner mit Mischfinanzierung realisiert

Projekte werden zunehmend als Koooperationsprojekte öffentlicher und privater Investoren und damit auch mischfinanziert umgesetzt. Analog zur stärkeren Integration der Gesundheitsförderung in alle Bereiche der Gesundheitswirtschaft entstehen immer mehr komplexe gesundheitsorientierte Standorte. Häufig sind die Investitionskosten für Projekte so hoch, dass sie durch eine Einrichtung allein nicht zu tragen sind und mehrere Träger sich zusammenschließen müssen. Falls sich auch die öffentliche Hand beteiligt, muss sie vorher das öffentliche Interesse klären: Ziel muss die Anschubfinanzierung und die Bildung selbsttragender Strukturen sein, um das Gesundheitscluster zu stärken, eine zukunftsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung aufzubauen und so nachhaltig Wachstum und Beschäftigung in der Metropole Ruhr zu schaffen.

Beispiele aus der Metropole Ruhr:

- Girardet-Zentrum, Essen
- Städtebaulicher Entwicklungskomplex reha bad hamm – Maximare – Kurhaus – Kurpark, Hamm
- Praxisklinik Dortmund-Nord
- Gesundheitszentrum Vita am Kaiserberg, Duisburg
- Entwicklung um die Veltins Arena, Gelsenkirchen

4. Merkmale neuer Geschäftsmodelle und Kooperationsformen im Präventionsmarkt

In den vorgehenden Abschnitten wurde dargestellt, wie Anbieter aus den verschiedenen Segmenten der Gesundheitswirtschaft Präventionsangebote entwickeln. Häufig werden diese in neuen Geschäftsmodellen und in Kooperation mit Akteuren aus anderen Segmenten der Gesundheitswirtschaft als Verbundprojekte realisiert, die vor dem Hintergrund von Integrations- und Desintegrationsprozessen in privaten Unternehmen entstehen. Die Sicherung des Kerngeschäfts, Risikominimierung, Kostensenkung und Steuergestaltung sind hier Antriebskräfte. Nicht zum Kerngeschäft gehörende Aufgaben werden ausgelagert, Profitcenter und Verbundprojekte in Kooperationen mit anderen Akteuren gegründet. Die Landschaft wird unübersichtlicher und die Grenze zwischen öffentlichem und privatem Sektor verwischt zunehmend. Folgende Prozesse können identifiziert werden:

- **Outsourcing von Betriebseinheiten in eigenständige private Einheiten:** Um das Kerngeschäft zu sichern, werden Randtätigkeiten in gesonderte Betriebsgesellschaften ausgelagert oder Profit Center gegründet. Zum Teil lagern Krankenhäuser ihre gut laufenden Gesundheitszentren als eigenständige GmbHs aus. Der enge Bezug zum Mutterhaus bleibt gleichwohl erhalten. Das Body Guard! Zentrum für PräventionsMedizin und das Hilarion als selbstständige Einrichtungen am Elisabeth Krankenhaus sind dafür ebenso Beispiele wie das inzwischen in eine GmbH überführte Gesundheitszentrum am Lutherhaus. Ein weiteres Beispiel ist „Team Gesundheit – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH“, die aus dem Zusammenhang des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen entstand und später als eigenständige GmbH ausgegründet wurde.
- **Gründung nonprofit-orientierter Einheiten:** Private Unternehmen gründen andererseits auch nonprofit-orientierte Einheiten, um sie als Instrument der Kundenbindung, der Steuergestaltung und zur Schaffung von Förderzugängen zu nutzen. Ein Beispiel dafür ist der Gesundheitssportverein der Ortho-mobile – Hattinger ambulante Rehabilitationsklinik GmbH.
- **Ausgründungen und „spin offs“:** Die Sport- und Gesundheitszentren gehören zwar noch zum Essener Sportbund, werden aber als eigenständige Betriebseinheiten geführt. Das „Vital für Sport und Gesundheit“ ist aus einem Vorgängerprojekt des Stadtsportbundes Dortmund heraus entstanden und wurde dann in eine selbstständige GmbH umgewandelt. Kur vor Ort in Essen wurde zunächst als Verein gegründet, später dann in eine GmbH überführt. In anderen Fällen sind solche Ausgründungen „spin offs“ aus dem Forschungsbereich. Die Preventicum GmbH – Klinik für Diagnostik und medizinische Beratung in Essen entstand aus der Universität Essen heraus.
- **Franchising:** Auch im Wellness-, Fitness- und Gesundheitsbereich verbreitete sich das Geschäftsmodell von Franchising, d. h. der Verkauf von Dienstleistungen durch Lizenznahme. Neben der Fitnesswirtschaft sind weitere Beispiele das SOPHIA System der THS und das EDV-gestützte System zur Leistungsdiagnose der Medo.Check GmbH.

- **Einsatz von Freiberuflern:** Der Risikoreduzierung dient auch der zunehmende Einsatz von freiberuflich tätigen Honorarkräften, die die Angebotspalette einer Einrichtung ergänzen; wie Personal Trainer in Fitnessseinrichtungen oder die Beschäftigung von Ernährungsberatern in Arztpraxen. Dadurch sinkt das Beschäftigungsrisiko für die Einrichtungen. Zugleich werden individuell auf den Kundenwunsch zugeschnittene zusätzliche Leistungen erbracht. Damit einher geht eine Zunahme von selbstständig tätigen Personen im Wellness-, Fitness- und Gesundheitsbereich in der Erwerbstätigenstatistik.
- **Nachfrage nach Weiterbildungsangeboten:** Im Übergang zwischen erstem und zweitem Gesundheitsmarkt und dem Wellnessbereich entstehen neue Kompetenz- und Berufsfelder. Die Anbieter von (zertifizierten) Weiterbildungen erschließen diesen Markt zunehmend. Auch präventionsbezogene Weiterbildung wird zum Geschäft.
- **Zertifizierungen:** Auch Zertifizierung und Qualitätssicherung werden vor dem Hintergrund zunehmenden Wettbewerbs zum Geschäft. Fitness- und Wellnessseinrichtungen erwerben Qualitätssiegel, um sich als Premiueinrichtung zu profilieren. Allerdings ist dieser Prozess im Ruhrgebiet weniger weit fortgeschritten als in anderen Großstadtreionen. Der TÜV Rheinland hat einige Qualitätssiegel in den Bereichen Wellnes, Fitness, Gesundheitssport und Medical Wellness entwickelt. Das Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund (FKE) entwickelt derzeit ein Qualitätssiegel, das Anwender des optimix-Verfahrens erwerben können.
- **Flächenvermietung an selbstständige Einheiten:** In Bäder- und Wellnessanlagen werden eigenständige Gesundheitseinrichtungen eingebunden, um Synergien zu schaffen und Einnahmen durch Untervermietung zu erzielen. Beispiele dafür sind das Actifit des ESPO im Activarium im Revierpark Nienhausen; die Ansiedlung einer Physiotherapeutenpraxis im Revierpark Dortmund-Wischlingen und das Sport- und GesundheitsZentrum im Südbad Dortmund. Im Knappschaftskrankenhaus Essen wurde in Anbindung an die Abteilung Naturheilkunde und integrative Medizin ein privat geführter Gesundheitsladen eingerichtet.
- **Branchenübergreifende Kooperationen in Verbundprojekten:** Akteure beginnen zunehmend, neue indikations- und zielgruppenbezogene Präventionsdienstleistungen im Verbund mit Akteuren aus anderen Segmenten der Gesundheitswirtschaft zu realisieren. Ziel ist es, neue Kundengruppen zu erschließen und Vorteile gegenüber Mitbewerbern durch Profilstärkung und Markenbildung zu erringen.

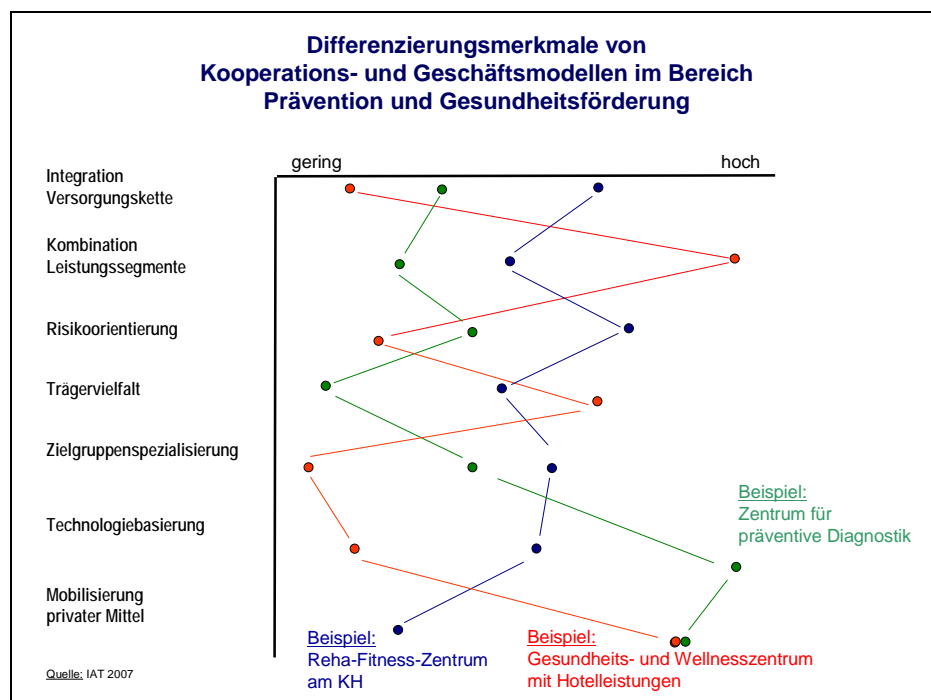
Der zunehmende Wettbewerb zwischen den Einrichtungen führt aber dazu, dass Kooperationen z. T. auch durch Konkurrenz behindert werden. Voraussetzung für eine Kooperation ist die Realisierung eines zusätzlichen Nutzens und einer win-win-Situation. Ziele können die Entwicklung eines neuen Produktes, der Zugang zu neuen Märkten und Umsatzerhöhungen sein. In anderen Fällen kann das Ziel die Einsparung von Kosten oder die Profilbildung sein. In diesem Fall spielt die Realisierung eines Alleinstellungsmerkmals bei einer Kooperation eine wichtige Rolle. Sehr deutlich ist das bei Krankenkassen, die sich bei der Finanzierung von Präventionsprojekten das Alleinvertretungsrecht ausbedingen. Diesem steht die Einbin-

dung kassenübergreifender Aktivitäten entgegen. Kooperationsprojekte entstehen vor allem aus zufälligen, bereits zuvor vorhandenen Kontakten. Eine wichtige Rolle spielen „lebensweltliche“ Gemeinsamkeiten der kooperierenden Personen (wie die gemeinsame Fachdisziplin oder die Herkunft aus gemeinsamen „Schulen“). In diesem Zusammenhang spielen Personen mit Mehrfachqualifikationen und damit Übersetzungs- und Verbindungsfähigkeit zwischen verschiedenen Kulturen und Szenen eine wichtige Rolle. Bei Investitionsprojekten wird die Zukunft inzwischen eher in Mischfinanzierungen und öffentlich-privater Partnerschaft gesehen.

Zusammenfassend lassen sich neue Geschäftsmodelle und Kooperationen anhand der nachfolgenden Merkmale darstellen:

- Integration der Leistungsbereiche entlang der Versorgungskette,
- Kombination verschiedener Leistungssegmente,
- Technologiebasierung,
- Qualitätssicherung und Evidenzbasierung,
- Trägervielfalt,
- Grad der Risikoorientierung,
- Erschließung privater Nachfrage / Mobilisierung privater Mittel und
- Beitrag zur „gesundheitsorientierten“ Stadt- und Quartiersentwicklung.

Abbildung 9:



5. Ergebnisse in der Zusammenschau: Stärken-Schwächen-Analyse des Präventionsmarktes Metropole Ruhr

Aus den Ergebnissen der Befragungen und Analysen wurde eine Stärken-Schwächen-Analyse des Präventionsmarktes Ruhr abgeleitet. Dargestellt werden Aspekte der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitswirtschaft differenziert nach der übergeordneten **Makroebene** gesundheitspolitischer und -rechtlicher Rahmenbedingungen, der **Mesoebene** der Region sowie der **Mikroebene** der Betriebe bzw. Unternehmen. Stärken der Region sind die metropolitane Struktur mit einem starken Nachfragermarkt und einer hohen Dichte an medizinischen Versorgungseinrichtungen, an interdisziplinären wissenschaftlichen Institutionen, aber auch wohnortnaher Infrastruktur, die als Träger von Präventionsleistungen geeignet sind. Schwächen sind die Haushaltssituation der öffentlichen und vieler privater Haushalte in der Region sowie die heterogene, zersplitterte und intransparente Struktur von Präventionsanbietern, die den Nachfragern eine Orientierung auf dem Markt sowie den Anbietern die Erschließung des Selbstzahlermarktes erschweren.

Ein Clusterkern im Präventionsmarkt ist bisher nicht erkennbar. Eine Integrationsfigur oder Impulsgeber, der die Akteursvernetzung und konzeptionelle Weiterentwicklung des Themenfeldes Prävention im Ruhrgebiet offensiv vorantreiben könnte, ist gleichfalls nicht in Sicht. Hier wäre eine Anbindung an die vorhandene Gesundheitswirtschafts-Initiative MedEcon Ruhr wünschenswert. Im Projekt wurden zwar Kompetenzfelder und innovative Ansätze identifiziert. Eine systematische und konzertierte Auseinandersetzung mit dem Thema Prävention im Ruhrgebiet erfolgte bisher aber nicht, und eine integrierte Entwicklungsstrategie im Themenfeld liegt ebenfalls nicht vor. Gemeinschaftsaktivitäten stehen erst am Anfang. Gleichwohl gibt es eine Vielzahl und große Bandbreite von Präventionsangeboten, die bisher aber nur unzureichend in die Versorgungs- und Wertschöpfungsketten integriert sind.

Abbildung 10: Stärken und Schwächen des Präventionsmarktes Ruhr

Stärken		Schwächen
	Makroebene	
<p>gesundheitspolitische Wende zur Prävention</p> <p>Bedeutungsgewinn Integrierter Versorgungsformen</p> <p>Umsetzung des gesundheitspolitischen Ziels „ambulant vor stationär“</p> <p>Investitionsbereitschaft für Gesundheit (individuell/unternehmerisch)</p>		<p>Unklarheiten darüber, welche Angebote zukünftig von wem finanziert werden können</p> <p>begrenzte Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen (v. a. bildungs- und sozial schwacher Bevölkerungsgruppen)</p>

Stärken	Mesoebene	Schwächen
<p>Ruhrgebiet als starker Nachfragermarkt (private Haushalte und Unternehmen)</p> <p>hohe medizinische Versorgungsdichte wohnortnahe und niedrigschwellige Infrastruktur für Präventionsleistungen</p> <p>Vielzahl innovativer und ambitionierter präventionsbezogener Projekte; große Bandbreite von best practices</p> <p>Entwicklungen präventionsbezogener Projekte erfolgen größtenteils aus dem Bestand</p> <p>Nähe interdisziplinär-wissenschaftlicher Kompetenzen zur Versorgung (Medizin, Epidemiologie, Versorgungsforschung, Gerontologie, Kindergesundheit, Arbeitsschutz/Arbeitsmedizin, Komplementärmedizin, Gesundheitswirtschaft, etc.)</p> <p>hohes Innovationspotenzial rund um sog. Life Technologies (z. B. Diagnostik/Bildgebung)</p> <p>Ansätze für regionale Kompetenzfelder (v. a. ausgehend von Unfall- und Arbeitsschutz/Arbeitsmedizin)</p> <p>Vorhandene Netzwerkbeziehungen und Entwicklungsplattformen</p>		<p>Einkommensentwicklung der öffentlichen und privaten Haushalte im Ruhrgebiet</p> <p>Zugang zu Informationen für private Nachfrager über bedarfsgerechte Präventionsangebote</p> <p>unzureichende Integration der Präventionsangebote in die Versorgungskette</p> <p>Zersplitterung und Intransparenz der Landschaft der Präventionsangebote, isolierte best practices</p> <p>kein systematisches Innovationsmonitoring</p> <p>Präventionsangebote werden häufig als Insellösungen konzipiert</p> <p>Lücken in der Präventionsforschung in der Region</p> <p>Diffusion (präventionsbezogener) medizintechnischer Innovationen/Technologietransfer in die Versorgung</p> <p>Fehlender Clusterkern im Präventionsmarkt Ruhr</p> <p>unzureichende Integration der Präventionsangebote in die Wertschöpfungs- und Versorgungsketten</p> <p>fehlende Integrationsfigur und Impulsgeber im Themenfeld / Wer profiliert sich künftig als „Treiber“ im Themenfeld Prävention?</p> <p>Es gibt best practices und regionale Kompetenzfelder, <u>aber</u> es fehlt bisher eine integrierte Entwicklungsstrategie des Präventionsmarktes, um Synergien zwischen den gesundheitspolitischen, gesundheitswirtschaftlichen und regionalpolitischen Facetten des Themas nutzbar zu machen</p>
Stärken	Mikroebene	Schwächen
<p>Erschließung des Selbstzahlermarktes und komplementärer Finanzierungsquellen</p> <p>Innovations- und Diversifizierungsdruck im Wettbewerb</p> <p>Bedeutungsgewinn betrieblichen Gesundheitsmanagements</p>		<p>große Unsicherheit bei der Erschließung des Selbstzahlermarktes</p> <p>keine systematische Marktentwicklung bei den meisten Anbietern („<i>trial and error</i>“)</p> <p>hoher Wettbewerbsdruck der Anbieter untereinander</p> <p>Profilierung der Einrichtungen läuft erst an</p> <p>Institutionen mit „Präventionskompetenz“ sind noch relativ unverbunden und werden in der Region zu wenig wahrgenommen</p>

Auf einen Impuls durch ein Präventionsgesetz auf Bundesebene kann durch dessen erneuten Aufschub vorerst nicht gesetzt werden²². Impulse für eine Präventionspolitik im Ruhrgebiet müssen daher in und von der Region selbst initiiert werden. Dabei können Förderprogramme und die Entwicklung von Projektanträgen in der Region – durchaus auch in angrenzenden Politikfeldern wie „Kulturhauptstadt Europas 2010“ – als Anstoß für Strukturbildung und Verbundprojekte in der Region genutzt werden. Es gibt einige regionale Akteure im Ruhrgebiet, die die Innovationsfähigkeit der einzelnen Leistungsanbieter aber noch stärker durch Information, Kontaktvermittlung und Vernetzung unterstützen können.

Die Umsetzung des medizin-technologischen, therapeutischen und gesundheitswissenschaftlichen Fortschritts erfolgt in den einzelnen Institutionen und Projekten im Ruhrgebiet. Hier ist eine Vielfalt an Best Practice-Projekten entstanden; regionale Kompetenzfelder kristallisieren sich heraus. Es gibt einige komplementäre regionale Akteure, die in verschiedenen, Prävention berührenden Themenfeldern agieren. Präventionsprojekte werden aber bisher unzureichend unterstützt; einen Impulsgeber und „Treiber“ im Themenfeld gibt es nicht. Auch eine integrierte Entwicklungsstrategie des Präventionsmarktes Ruhr liegt bisher nicht vor.

Das Ruhrgebiet ist ein starker Nachfragermarkt. Aufgrund der quantitativen und qualitativen Entwicklung der Bevölkerungsstruktur ist künftig im Ruhrgebiet aber nicht mit einem Kaufkraftzuwachs zu rechnen. Gleichwohl ist die Region früher als andere Regionen vor die Herausforderung gestellt, den demografischen Wandel zu bewältigen, bedarfsgerechte, innovative Lösungen zu entwickeln und den Prozess für die Versorgungssituation, die Sicherung der Daseinsvorsorge, die gesundheitswirtschaftliche und regionalwirtschaftliche Entwicklung nutzbar zu machen. Diese Herausforderung gilt es zu bewältigen und als Chance durch die Umsetzung modellhafter Vorhaben zu nutzen.

Abbildung 11: Potenziale und Risiken des Präventionsmarktes Ruhr

Potenziale	Risiken
Makroebene	
Potenziale	Risiken
Umsetzung präventionsbezogener Impulse aus dem „Clustermanagement Gesundheitswirtschaft NRW“ in der Region Gesundheitswirtschaft als erklärtes regionales Kompetenzfeld Verbesserte steuerliche Absetzbarkeit von BGF-Maßnahmen in Betrieben ab 2009	Mangelnde Vergütung von Präventionsleistungen als ärztliche GKV-finanzierte Leistung Perspektive des Bundespräventionsgesetzes ungeklärt Bisher unzureichende Vernetzung der Bereiche Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsversorgung/Präventionspolitik, Innovations- und Technologiepolitik

²² Die Einrichtungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (BKK BV, Team Gesundheit GmbH, AOK Rheinland/Hamburg, IKK Bundesverband) spielen als Impulsgeber und Initiatoren von Präventionsprojekten eine wichtige Rolle. Es ist noch unklar, wie sich die Landschaft und die Struktur des in Essen angesiedelten BKK Bundesverbandes durch die Einrichtung des Spitzenverbandes der GKVn in Berlin in 2008/2009 verändern wird.

Potenziale	Mesebene	Risiken
<p>Bedarfe infolge des demografischen Wandels zur Entwicklung innovativer und bedarfsgerechter Lösungen nutzen unter der doppelten Perspektive „gesundes Alter und gesundes Altern“</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erschließung der Nachfrage des Seniorenmarktes – Ausrichtung auf die epidemiologische Entwicklung – Demografiesensible Umgestaltung der Versorgungssysteme – Ausbaubedarf ambulanter, wohnortnaher Reha und Rehanachsorge – Weiterentwicklung integrierter Versorgungskonzepte – Einbindung von Präventionsangeboten in neue Versorgungsformen <p>Ausbau einer wohnortnahen und niedrigschwiligen Infrastruktur für Präventionsleistungen, ausgehend von dem vorhandenen dichten Netz an medizinischen Einrichtungen, Vereinen, Freizeit- und Bildungseinrichtungen sowie Gesundheitshäusern</p> <p>Es gibt einige Akteure auf regionaler Ebene (bspw. MedEcon Ruhr e. V., WIA, LSB NRW, Sozial- und Seniorenwirtschaftszentrum/Institut Arbeit und Technik, BKK Bundesverband, Knappschaft, DNBGF, DNggfK, Zuda-Projekt an der RUB)</p> <p>Weiterentwicklung der in der Region vorhandenen Kompetenzfelder der Prävention</p> <p>Unfall- und Arbeitsschutz / Arbeitsmedizin / BGM / Demografiemanagement</p> <p>Prävention und demografischer Wandel (Prävention im Kinder- und Jugendalter, gesund altern/gesund des Alter, Gesundheitschancen sozial benachteiligter, vulnerabler Bevölkerungsgruppen)</p> <p>Im Kontext der Kulturhauptstadt 2010: Entwicklung des Ruhrgebiets in den Bereichen Kultur, (Gesundheits-)Bildung, Prävention und Wellness</p> <p>Kinder- und Jugendgesundheit in Schule und Ausbildung Brückenschlag zwischen Prävention, qualitätsgesicherter Komplementärmedizin und Schulmedizin</p> <p>Aufbau integrierter und demografiesensibler Versorgungsstrukturen</p>	<p>Einkommensentwicklung der öffentlichen und privaten Haushalte</p> <p>Kaufkraftverlust infolge des Bevölkerungsrückgangs Entwicklung der sozialen Schichtung</p> <p>Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme</p> <p>Wie gelingt die Umsetzung von präventionsorientierten Life Technologies in den Versorgungsstrukturen?</p> <p>Perspektive dieser Einrichtungen vor dem Hintergrund reduzierter öffentlicher Förderung</p> <p>Die Umsetzung des medizintechnologischen, therapeutischen, gesundheitswissenschaftlichen Fortschritts erfolgt in den einzelnen Institutionen und Projekten und wird bisher unzureichend durch komplementäre regionale Strukturen unterstützt</p> <p>Es gibt bisher keinen Impulsgeber und „Treiber“ im Themenfeld Prävention</p> <p>Perspektive des BKK BV als regionaler Akteur vor dem Hintergrund der Gründung des Spitzenverbandes Bund der GKVn in Berlin?</p> <p>Es gibt keine systematische und konzertierte Auseinandersetzung mit dem Thema Prävention im Ruhrgebiet. Es gibt best practices und regionale Kompetenzfelder, <u>aber</u> es fehlt bisher eine integrierte Entwicklungsstrategie des Präventionsmarktes, um Synergien zwischen den gesundheitspolitischen, gesundheitswirtschaftlichen und regionalpolitischen Facetten des Themas zu schaffen</p> <p>Ungeklärte Themen, Inhalte und Strukturen der Aus-, Fort- und Weiterbildung („wilde Modernisierung“)</p> <p>integrierte und demografiesensible Versorgungsstrukturen werden aufgebaut; aber bisher: Beschränkung auf Insellösungen</p> <p>Mangel an Gemeinschaftsaktivitäten in der Region</p>	

<p>Unterstützung von Innovationen an Schnittstellen und Entwicklung von Systemlösungen entlang der Versorgungskette</p> <p>Stärkere Nutzung von Förderprogrammen</p> <p>Systematische Einbindung des Themas Prävention in regionale Projekte (bspw. Gesundheitsregion der Zukunft, Klinikcluster Ruhr, Hospital Engineering, Clustermanagement NRW, etc.)</p> <p>Schaffung von Kommunikationsplattformen und Vernetzung der Akteure des Präventionsmarktes untereinander</p> <p>Aufbau von Monitoring- und Frühwarnsystemen</p>		
Potenziale	Mikroebene	Risiken
<p>Erschließung des Nachfragepotenzials nach privat finanzierten Präventionsleistungen (private Kunden und Unternehmen)</p> <p>Nutzung von Internetplattformen zur Förderung von Markttransparenz, Kundenorientierung und Anregung der Nachfrage</p> <p>Umsetzung des technologischen, therapeutischen, gesundheitswissenschaftlichen Fortschritts in Projekten und Institutionen in der Region</p> <p>Qualifizierung der Betriebe im Hinblick auf Marketing, Strategien zur Erschließung der Selbstzahlermärkte und zur Produktentwicklung</p>	<p>Zielgruppenbezogene Zugänge bleiben unausgeschöpft</p>	

Nach Berechnungen des RWI²³ werden die Konsumausgaben der privaten Haushalte für Gesundheitspflege wegen des Bevölkerungsrückgangs weiter abnehmen. Mit einer Zunahme des freien verfügbaren Anteils der Haushaltseinkommen für Gesundheitspflege wird nicht zu rechnen sein. Daher wird der Markt für Gesundheitspflege im Ruhrgebiet eher stagnieren bis abnehmen. Regionale Mehrwertschöpfung hat eher einen geringen Effekt, zumal die stärkere Verwendung privater Mittel für Gesundheitspflege zu Lasten anderer Konsumbereiche wie Ernährung, Freizeit oder Mobilität gehen würde.

²³ Die Befragung (potenzieller) Nachfrager und die Analyse modellhafter Projekte im Rahmen von PräxEcon Ruhr (Kap. 2.2 und 3) bezogen sich auf einen umfassenderen Präventionsbegriff als die Berechnungen zu den Konsumausgaben für den enger gefassten Begriff „Gesundheitspflege“. Diese aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe stammende Kategorie enthält keine Leistungen aus den Randbereichen der Gesundheitswirtschaft (wie Sport, Fitness, Freizeit, Bildung oder wohnungsnahe Dienstleistungen).

Wegen der abnehmenden Bevölkerungszahlen werden sich die Anbieter daher auf eine sinkende Nachfrage und damit einen stärkeren Wettbewerb einstellen müssen. Strategien der Spezialisierung und Profilbildung können die Marktposition verbessern, teilweise auch durch die Generierung zusätzlicher Nachfrage aus benachbarten Regionen. Der Aufbau von Zuweiserstrukturen für versicherungsfinanzierte Leistungen, aber auch der Ausbau von Selbstzahlerleistungen gewinnen an Bedeutung – und damit Kundenservice, Marketing und Spezialisierung auf Zielgruppen wie etwa Senioren.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird das Ruhrgebiet am Thema Prävention und Gesundheitsförderung nicht vorbeikommen. Prävention kann einen wichtigen Beitrag zur demografiesensiblen Anpassung von Infrastrukturen leisten, etwa bei der Ausstattung von Wohnquartieren und der integrierten Gesundheitsversorgung. Da die Zahl der Erwerbspersonen weiter sinken wird, die Lebensarbeitszeit aber steigt, ist die Qualität der Arbeit und die Gesundheit der Beschäftigten umfassend durch betriebliches Gesundheitsmanagement zu stärken. Die Entwicklung von wirksamen Präventionsmaßnahmen, deren Einbindung in die Versorgungskette und die Erhöhung der Markttransparenz und Qualität können die Gesundheitsversorgung, die Daseinsvorsorge und die Standortqualität der Region verbessern und damit die Zukunftsfähigkeit der Metropole Ruhr sichern.

6. Gestaltungsansätze zur Entwicklung des Präventionsmarktes Ruhr

Ausgehend von den dargestellten Projektergebnissen bieten sich zur weiteren Erschließung des Präventionsmarktes Ruhr folgende inhaltliche, konzeptionelle und organisatorische Entwicklungsschwerpunkte an:

- Entwicklung von Projekten / Angeboten im Themenfeld „Prävention und demografischer Wandel“ mit dem Fokus auf Kindergesundheit, gesund altern/gesundes Alter, Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie Erhöhung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter, vulnerabler Zielgruppen, insbesondere Migrantinnen/Migranten²⁴,
- Weiterentwicklung des Themenfeldes Arbeitsschutz/Arbeitsmedizin in Richtung Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, Gesundheit im Arbeitsleben, gesunde Arbeitsplätze, betriebliches Gesundheitsmanagement und Diversity-/Demografiemanagement in den Unternehmen (gerade auch im Gesundheitswesen selbst!),
- Brücken zwischen konventioneller Medizin, Prävention und Naturheilkunde/Komplementärmedizin schlagen,
- wohnortnahe Konzepte/Angebote für Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung als branchen- und einrichtungsübergreifende Gestaltungsaufgabe gemeinsam mit den Kommunen erarbeiten,
- Weiterentwicklung demografiesensibler und integrierter Versorgungsstrukturen in der Region, Entwicklung populationsbezogener Präventionsangebote,
- Metropole Ruhr als Werkstatt zur Einbindung von Prävention und Gesundheitsförderung in die berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung nutzen,
- Vernetzung der Akteure aus den verschiedenen Segmenten der Präventionswirtschaft, Schaffung sektor- und branchenübergreifender, themenspezifischer Kommunikationsplattformen und Kooperationsforen unter dem Dach des MedEcon Ruhr e. V.,
- Verbreitung von Präventionsleistungen durch Marketingplattformen und Erschließung der regionalen Nachfrage vor allem durch Ausweiten bestehender Internetportale (z. B. vita-port.de, medeconruhr.de, www.atorio.de und lokale Portale),

²⁴ Im Präventionskonzept NRW wurden die folgenden Programmbereiche (1) Leben ohne Qualm, (2) Gesundheit von Mutter und Kind, (3) Übergewicht im Kindesalter und (4) Sturzprävention bei Senioren formuliert. Als weitere mittelfristige Initiativen im Rahmen des Präventionskonzeptes wurden definiert: (5) Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung, (6) Förderung der seelischen Gesundheit, (7) Unterstützung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen und (8) Prävention in der Depression. Und schließlich wurde das Programm „Leicht (er) leben – Übergewicht und Adipositas im Kindesalter“ als Rahmenprogramm der GKV in NRW und weiterer Kooperationspartner benannt. Dies umfasst unter anderem die Weiterentwicklung des Projektes „Gesunder Kindergarten“, ausgehend vom Zertifikat „anerkannter Bewegungskindergarten“ des Landessportbundes (LÖGD) (2006): Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen vom 5. Juli 2006. Bielefeld (www.mags.nrw.de/08_PDF_/002/praeventionskonzept-nrw050706.pdf, www.praeventionskonzept.nrw.de). Der Sozialraumbezug spielt in den meisten dieser Bereiche eine wichtige Rolle, und in vielen Kommunen werden bereits Projektansätze, die einen Bezug zur Prävention haben, realisiert.

- Information der Unternehmen über Förderprogramme und Wettbewerbe; dabei kann die Beteiligung an Wettbewerben als Grundlage für Profilbildung und Alleinstellungsmerkmale genutzt werden (der Wettbewerb „Gesundes Land NRW“ ist 2008 auf das Thema Gesundheit und Alter ausgerichtet, Thema des Deutschen Präventionspreises 2009 ist die Zielgruppe der Grundschulen),
- Weiterentwicklung der präventionsorientierten Leitprojekte und Projektansätze, die im Rahmen des Clusterwettbewerbs „Med.in NRW“ im Ruhrgebiet ausgewählt wurden und die Beantragung von Projekten in der zweiten Med.in NRW-Antragsrunde²⁵,
- Einbindung von Prävention in laufende regionale Projekte, wie z.B. BMBF-Projekt „Ruhrgebiet – Gesundheitsregion der Zukunft“, altersgerechte Assistenzsysteme, Cluster Klinikwirtschaft Ruhrgebiet, Hospital Engineering, Brückenschläge-Projekt,
- Ausrichtung auf künftige Ausschreibungen von Förderprogrammen (die Roadmap Gesundheitsforschung der Bundesregierung, das 7. EU-Rahmenprogramm, Präventionsforschung des BMFT),
- Beförderung des Austauschs mit anderen NRW-Gesundheitsregionen (Ostwestfalen-Lippe, Münster, Köln/Bonn, Aachen) zu Präventionsthemen und Sondierung regionenübergreifender Projektaktivitäten,
- Aufbau eines Innovationsmonitorings rund um Aktivitäten im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“,
- Erarbeitung einer integrierten Entwicklungsstrategie des Präventionsmarktes Ruhr unter Federführung der MedEcon Ruhr.

PrävEcon Ruhr bot einen guten Einstieg in den ruhrgebietsweiten Dialog der Präventionsakteure. Durch das Projekt ist deutlich geworden, dass es eine Vielzahl an Präventionsprojekten in der Region gibt und die Akteure in der Metropole Ruhr ein Interesse an koordinierenden und inhaltlichen Aktivitäten im Rahmen von Gemeinschaftsprojekten haben. Deutlich wurde auch, dass es zwar einige Akteure auf regionaler Ebene gibt, die in Prävention berührenden Bereichen tätig sind, ein Treiber und Impulsgeber im Themenfeld derzeit aber nicht gesehen wird. Der vorliegende Bericht eignet sich als Ausgangsbasis, um das Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ samt seiner Akteure in die Entwicklungsstrategie des Ruhrgebiets zur „Gesundheitsregion der Zukunft“ einzubeziehen.

²⁵ Aus dem PrävEcon Ruhr-Projekt ergaben sich etwa acht Projektanträge für den Med. in NRW-Wettbewerb. Der Projektantrag „Gesund leben im Stadtteil: ein Präventionskonzept zum gesünderen Alter(n) in der Metropole Ruhr“ wurde als Nachfolgeprojekt und Gemeinschaftsantrag von 7 Gesundheitskonferenzen und weiteren Akteuren im westlichen Ruhrgebiet erstellt. Zu den 33 ausgewählten Projektanträgen gehörten auch 3 Projekte, die u. a. durch PrävEcon Ruhr angestoßen worden waren („Präventionsernährung für Kinder in NRW – Previkids NRW“ des Forschungszentrums für Kinderernährung, „Erste Rehatagesklinik für Lungenerkrankte im Ruhrgebiet“ der OrthoMobile in Hattingen, „Modell Herdecke Plus – Entwicklung eines Trägerverbundes für eine vollständige, populationsbezogene integrierte Versorgung“ der Modell Herdecke Plus Integrierte Gesundheitsversorgung AG).

Bisher stützen sich die Projektaktivitäten v. a. auf die Initiative einzelner Akteure. Perspektivisch wird es um die Weiterentwicklung von bisher isolierten best practices zu Verbundprojekten und Entwicklungspartnerschaften im Cluster Gesundheitswirtschaft gehen, um damit Innovationen an den Schnittstellen zu fördern, die Entwicklung von Systemlösungen entlang der Versorgungskette zu unterstützen und letztlich Beschäftigung und Lebensqualität in der Region zu erzielen.

Um die vielfältigen Potenziale des Präventionsmarkts zu erschließen, müssen Maßnahmen auf folgenden Ebenen entwickelt werden:

- Auf der Mikroebene: Maßnahmen zur Unterstützung der einzelnen Unternehmen und Leistungsanbieter
- Auf der Mesoebene: Maßnahmen zur Vernetzung der Unternehmen untereinander und als Anstoß von Gemeinschaftsaktivitäten in der Region
- Auf der Makroebene: Maßnahmen zur Profilbildung des Präventionsmarktes Ruhr.

7. Literatur

- Amhof, Robert (2006): Ärzte kaum präventiv tätig. In: Gesundheitsmonitor – Newsletter der Bertelsmann Stiftung 1 / 2006, S. 1-5.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.
- Apitz, Rosmarie, Winter, Stefan (2004): Potenziale und Ansätze der Prävention - aktuelle Entwicklungen in Deutschland. In: Der Internist, Volume 45, Number 2 / Februar 2004 (Schwerpunkt: Präventive Medizin: Sind wir noch nicht reif?), Berlin / Heidelberg.
- BBE (2005): Wellness 2015 – Zaubermarkt ohne Zauberkraft ? Köln. www.bbeberatung.com (Wellness 2015: Erfolg mit Inhalt statt mit Etiketten. 20.9.2005 /www.wellnessverband.de/infodienste/marktdaten/bbe_studie.php), Eichholz-Klein, Susanne 2006 in impulse)
- BMBF (2008): 20 Gewinner im BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ (www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1979.php).
- Bödeker, Wolfgang, Friedel, Heiko, Röttger, Christof, Schröer, Alfons (2002): Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland. (= Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Fb 946), Bremerhaven.
- Bödeker, Wolfgang, Friedel, Heiko, Michael Friedrichs, Röttger, Christof (2006): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten. 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2006. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 1080), Bremerhaven.
- BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengle, Regine Strittmatter, Hildegard Willmann i. A. der BzGA (= Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6), Köln.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2007): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2007. Wiesbaden.
- Deutscher Medical Wellness Verband: aktuelle Definition Medical Wellness, www.dmwv.de/106.0.html

Deutscher Wellness Verband (2005): Wellness-Marktdaten: Studie von Roland Berger Strategy Consultants: Gesundheitswesen bleibt Wachstumsbranche. 26.12.2005. (www.wellnessverband.de/infodienste/marktdaten/051226_rolandberger.php)

Deutscher Wellness Verband (2004): Wellness-Marktdaten: Die Wirtschaftsdaten zum Wellnessmarkt Deutschland 1999 bis 2005. Beitrag vom 12.4.2004 (www.wellnessverband.de/infodienste/marktdaten/Wellnessmarkt_deutschland.php)

DZ (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (2005): Der Alterssurvey. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.), Berlin.

Focus (Hrsg.) (2005): Der Markt für Fitness und Wellness. Daten, Fakten und Trends. Mai 2005. (www.medialine.de).

Focus (Hrsg.) (2003): Der Markt der Gesundheit . Daten, Fakten, Trends. (www.medialine.de). Oktober 2003. Drl-Wefa/Trendbüro.

Hubert Burda Media (Hrsg.) (2004): Health Report 2004. Basisdaten für Kommunikationsstrategien. München. Basiert auf Nachbefragung der TdWI 2003/2004 Trend (8.064 Fälle). (www.burda-medien.de/de/downloads.15.html).

IGA (Initiative Gesundheit & Arbeit) (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. (IGA report 3). Autoren: Julia Kreis und Wolfgang Bödeker. Hrsg.: BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG, Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit – BGAG.

Karte, Joachim, Neumann, Karsten (2008): Der Gesundheitsmarkt. Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter. Roland Berger Strategy Consultants.

Karte, Joachim (2008a): Wachstumsmarkt Gesundheit. Roland Berger Strategy Consultants. Vortrag anlässlich der FIBO in Essen, 8. April 2008.

Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Hamburg.

Kruse, Andreas (2006). Alterspolitik und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt, 49, 513-522.

Kruse, Andreas (2006a). Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. In: Bildungsforschung, Jahrgang 3, Ausgabe 2, URL: <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/gesundheit/>

Landtag NRW (2006): Situation der Familien in Nordrhein-Westfalen. Antwort der Landesregierung auf die große Anfrage 2 der Fraktion der SPD vom 05.07.2006. Drucksache 14/2230. Düsseldorf Frage IV.6

LDS NRW (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW) (2006): Diagnosestatistik in Nordrhein-Westfalen 2004. Bestell-Nr. A 39 2 2004 00 (Kennziffer A IV – j/04). Düsseldorf.

LÖGD (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW) (2008): Gesundheitsberichterstattung/Gesundheits-Indikatoren/Indikator (L) 10_7 (www.loegd.nrw.de/gesundheitberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laender_gesundheitsberichterstattung/frameset.html)

LÖGD (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW) (2006): Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung im Ruhrgebiet (Gesundheit in NRW kurz notiert). Bielefeld.

LÖGD (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW) (2006): Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen - eine Investition in Lebensqualität. Vom 5. Juli 2006. Bielefeld www.mags.nrw.de/08_PDF/002/praeventionskonzept-nrw050706.pdf.

LÖGD (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW) (2006): Adipositas in NRW. In: Gesundheit in NRW – kurz und informativ. Bielefeld.

LÖGD (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW) (Hrsg.) (2007): Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Morbidität und Mortalität in Nordrhein-Westfalen (NRW)? - Prognostizierte Krankheitslast in NRW als Basis für die Entwicklung von Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen. Autoren: Terschüren, Claudia; Melkel, Odile; Samson, Reinhard; Claßen, Thomas; Hornberg, Claudia; Fehr, Rainer. 1. Jahrestagung der GHUP (Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin) und 10. Jahrestagung des lögd, Bielefeld, 22.–24. November 2007 (www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/1_allgemeine-dienste/vortraege/2007/terschueren&et-al_071122bielefeld_krankheitslast.pdf).

MAGS (2008): Minister Karl-Josef-Laumann: Das Herner Modell ist bundesweit einmalig! Ältere Patienten in Herne künftig besser medizinisch versorgt. (www.presserservice.nrw.de 25.6.2008).

MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen) (Hrsg.) (2007): Gesundheit und Alter – demographische Ansätze. Erarbeitung: LÖGD (=Gesundheitsbericht Spezial. Band 4), Düsseldorf.

- MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen) (2006): Perspektiven der Gesundheitswirtschaft Ruhr. Profil und zukünftige Entwicklungsschwerpunkte, Düsseldorf.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.) (Hrsg.) (2008): Präventionsbericht 2007. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.), Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2005): Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Dokumentation 2005. Essen.
- MedEcon Ruhr GmbH, pro Ruhrgebiet e.V. (Hrsg.) (2008): Betriebliche Initiative gegen den Plötzlichen Herztod. Herzangelegenheiten in der Metropole Ruhr. Bochum (www.medeconruhr.de/uploads/media/Herz-Doku-Ruhr.pdf).
- Neofiodow, Leo A. (2002): Die globalen Chancen der Gesundheitswirtschaft. Dokumentation des Bundeskongresses "Marktmacht Gesundheit" 13.-14. Juni 2002 in Bad Segeberg.
- NIH (National Institutes of Health) (2008): A Vision for the Future (www.nih.gov/about/director/budgetrequest/fy2008budgethearings.pdf).
- Oberösterreich Tourismus (2007): Medical Wellness (Mafo-News 10/07), (www.oberoesterreich-tourismus.at/sixcms/media.php/2022/medical-Wellness_270407.pdf).
- Robert-Koch-Institut / Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Datentabellen zum Bericht. Berlin.
- Roessner, Jochen (2008): Zweiter Gesundheitsmarkt. Chancen des Mittelstandes in einem Wachstumssektor. Vorstand der NOVOTERGUM AG, Vortrag anlässlich der Konferenz „Die Chancen der Gesundheitswirtschaft nutzen“ am 12.06.2008 in Berlin
- Roland Berger Strategy Consultants (2007): Roland Berger Studie zum Zweiten Gesundheitsmarkt: Chancen für Politik und Unternehmen - Deutsche geben immer mehr Geld für Gesundheit aus (www.rolandberger.com Presstext vom 5.7.2008).

- Roland Berger Strategy Consultants (2005): Gesundheitsmarkt bis 2020. Gesundheitsexpertenbefragung zusammen mit Prof. Dr. Klaus-Dieter Henke von TU Berlin 26.12.2005. (www.wellnessverband.de/infodienste/marktdaten/051226_rolandberger.php).
- Rosenbrock, Rolf (1998): Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. (P. 98-201) Veröffentlichungsreihe der AG Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.
- Rosenbrock, Rolf, Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle.
- Rothgang, Heinz (2008): Präventionsgesetz: Schwächen in der Umsetzung. In: Wirtschaftsdienst / Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Heft 1/2008, S. 6.
- Rothgang, Heinz, Dräther, Hendrik (2003): Ökonomische Aspekte gesundheitlicher Prävention. In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 3, S. 531-549.
- Rothwell, Roy (1993): The fifth innovation process. In: Oppenländer, Karl-Heinz, Popp, Werner (Hrsg.): Privates und staatliches Innovationsmanagement. In der Reihe: Ifo Studien zur Innovationsforschung. Bd. 1 München ifo Institut für Wirtschaftsforschung S. 25-42.
- Stiftung Gesundheit, GfK (2006): Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2006. Eine Studie der Stiftung Gesundheit, durchgeführt von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse. (www.stiftung-gesundheit.de/presse/Studie_Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit-2006.pdf).
- Stuppardt, Rolf (2005): Perspektiven von Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der GKV. Vortragscharts.
- SVR (= Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Stuttgart.
- SVR (= Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen) (2006): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005 – Kurzfassung. Stuttgart.
- Tassinopoulos, Alexandros (2000): Die Prognose der regionalen Beschäftigungsentwicklung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrA239, IAB, Nürnberg.

Zok, Klaus, Schuldzinski, Wolfgang (2005): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis - Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) gemeinsam mit der Verbraucherzentrale NRW, Bonn.