

Gesundheitswirtschafts- bericht Thüringen.

Eine Kooperation:

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

Thüringer Ministerium für Bau, Landesentwicklung und Verkehr



Impressum:

Institut für Soziologie
Lehrstuhl für Arbeits-, Industrie- und Wirtschaftssoziologie
der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Carl-Zeiss-Straße 2
07743 Jena

Autoren:

Anja Hänel
Martin Ehrlich

Unter Mitarbeit von:

Mario Möller

Kontakt:

Telefon: 03641 / 9455-33 (-34)
E-Mail: anja.hänel@uni-jena.de
martin.ehrlich@uni-jena.de

Jena, Dezember 2011

Inhalt

0	Zusammenfassung	2
1	Einführung.....	2
2	Die Gesundheitswirtschaft Thüringen im Überblick.....	4
2.1	Die Struktur der Gesundheitswirtschaft	4
2.2	Treiber der dynamischen Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft	6
2.2.1	Die demografische Entwicklung	6
2.2.2	Der medizinisch-technologische Fortschritt	8
2.2.3	Bereitschaft zu Gesundheitsausgaben steigt.....	9
3	Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft.....	10
3.1	Die beschäftigungspolitische Bedeutung des Gesundheitswesens.....	10
3.2	Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens.....	12
3.3	Beschäftigte nach Berufen der Gesundheitswesens.....	14
3.3.1	Entwicklung der Beschäftigung in den Gesundheitsdienstberufen.....	14
3.3.2	Teilzeitbeschäftigung, Altersstruktur der Beschäftigten, Ausländeranteil	15
3.3.3	Verdienste im Gesundheitswesen	18
3.3.4	Personen in Ausbildung	19
3.4	Beschäftigte nach Einrichtungen des Gesundheitswesens.....	21
3.4.1	Krankenhäuser.....	22
3.4.2	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	31
3.4.3	Vertragsärztliche Versorgung	34
3.4.4	Zahnärzte.....	37
3.4.5	Apotheken.....	39
4	Chancen und Herausforderungen	42
5	Literaturverzeichnis	44

0 Zusammenfassung

Die Gesundheitswirtschaft ist gemessen an der Beschäftigung und Bruttowertschöpfung eine der bedeutendsten Branchen in Thüringen. 2010 waren 55.700 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Personen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft Thüringen tätig. Im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen wurde 2008 eine Bruttowertschöpfung von 3,9 Mrd. Euro erwirtschaftet. Betrachtet man die gesamte Gesundheitswirtschaft (inklusive der Vor- und Zulieferindustrie und dem zweiten Gesundheitsmarkt), so geht die Industrie- und Handelskammer Erfurt für 2009 von 130.000 Erwerbstätigen und einer Bruttowertschöpfung von über 4 Mrd. Euro aus, was 10% der Bruttowertschöpfung Thüringens entspricht. Vor allem in der Finanz- und Wirtschaftskrise hat sich die Gesundheitswirtschaft als stabilisierender Faktor der Wirtschaft gezeigt. Treiber der rasanten Entwicklung der Branche sind der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und das gestiegene Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung.

Insgesamt ist die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft sowohl von Chancen als auch Herausforderungen geprägt. Während gerade die Wirtschaftsbranchen Medizintechnik, Biotechnologie und die Nahrungsmittelindustrie ein hohes Innovationspotential aufweisen, steht die ambulante und stationäre Grundversorgung vor vielen Herausforderungen. Dies sind steigende Kosten vor allem im Krankenhausbereich, die ärztliche Unterversorgung in ländlichen Regionen, ein drohender Fachkräftemangel im Zuge der demografischen Entwicklung, schlechte Arbeitsbedingungen vor allem im Pflegedienst und zurückgehende Ausbildungszahlen.

1 Einführung

Der vorliegende Gesundheitswirtschaftsbericht ist eine durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebene Branchenstudie. Für den Bericht wurden Daten und Statistiken unterschiedlichster Quellen herangezogen: Neben dem Bundesamt für Statistik, dem Thüringer Landesamt für Statistik und der Bundesagentur für Arbeit wurden Daten des Thüringer Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Technologie, der Industrie- und Handelskammer Erfurt, der Landesapothekerkammer, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landesärztekammer ausgewertet. Jedoch variieren oft die Erhebungszeiträume der Daten, weshalb in einigen Fällen nur bedingt ein Vergleich möglich ist. Darüber hinaus wurden im Rahmen einer intensiven Literaturrecherche aktuelle Studien und Untersuchungen zum Bereich der Gesundheitswirtschaft rezipiert. Zentrales Anliegen des Berichtes ist es sowohl einen Überblick über die wirtschaftliche Bedeutung der Branche für Thüringen zu geben als auch die Aufgaben und Leistungen der Branche im Bereich ambulante und stationäre Grundversorgung abzubilden. Darüber hinaus sollen wichtige Entwicklungen in der Branche und zukünftige Handlungsfelder aufgezeigt werden.

Bis in die neunziger Jahre wurden Gesundheitsdienstleistungen vor allem als sozialpolitische Leistungen angesehen, die zunehmend Kosten für eine Volkswirtschaft verursachen. Jedoch wurde vor allem in den letzten Jahren in Folge einer wachsenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ein breiter Diskurs über die wirtschafts- und arbeitsmarktpolitische Dimension der Gesundheitswirtschaft entfacht. Vor dem Hintergrund eines stetig steigenden Anteils an der Gesamtbeschäftigung wird immer häufiger die Bedeutung der Branche als krisensicherer Jobmotor betont sowie auf die zentrale Rolle der Gesundheitswirtschaft im Strukturwandel zur Dienstleistungsgesellschaft verwiesen.

„Die Gesundheitswirtschaft gehört auch in Thüringen eindeutig zu den zukunftsfähigen Wirtschaftszweigen. Die Nachfrage nach Leistungen und Produkten aus diesem Sektor nimmt ständig zu und das weitgehend unabhängig vom Konjunkturverlauf.“
(IHK Erfurt 2009: 7).

Im Rahmen der ersten nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005 wurde der Begriff „Gesundheitswirtschaft“ definiert: Sie „umfasst demnach die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen“.¹ Die Branche setzt sich folglich aus mehreren Ebenen und Akteuren zusammen: Neben dem Kernbereich der ambulanten und stationären Grundversorgung, welcher im Folgenden als Gesundheitswesen benannt wird, sind die Produkte und Dienstleistungen der Vorleistungs- und Zulieferindustrien und in zunehmendem Maße privat finanzierte Produkte und Dienstleistungen mit gesundheitlichen Bezügen (u. a. Gesundheitstourismus, Wellness-, Sport- und Freizeitangebote) Bestandteil dieses Wirtschaftssektors.

Der Bericht gliedert sich in drei Abschnitte. Zunächst wird ein Überblick über die Struktur der Gesundheitswirtschaft insgesamt gegeben und auf die Treiber des rasanten Branchenwachstums eingegangen. Im zweiten Abschnitt, welcher den Hauptteil des Berichts darstellt, wird die ambulante und stationäre Grundversorgung in Thüringen, der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, abgebildet. Hier wird zuerst auf die beschäftigungs- und wirtschaftspolitische Bedeutung der Branche im Vergleich zum verarbeitenden Gewerbe Thüringens eingegangen und als zweites die Beschäftigung nach Berufen und nach Einrichtungen betrachtet. Zu den Einrichtungen zählen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Praxen niedergelassener Ärzte, Zahnarztpraxen und Apotheken. Im vierten Kapitel werden abschließend wesentliche Entwicklungen in der Branche gebündelt dargestellt und zukünftige Handlungsfelder definiert.

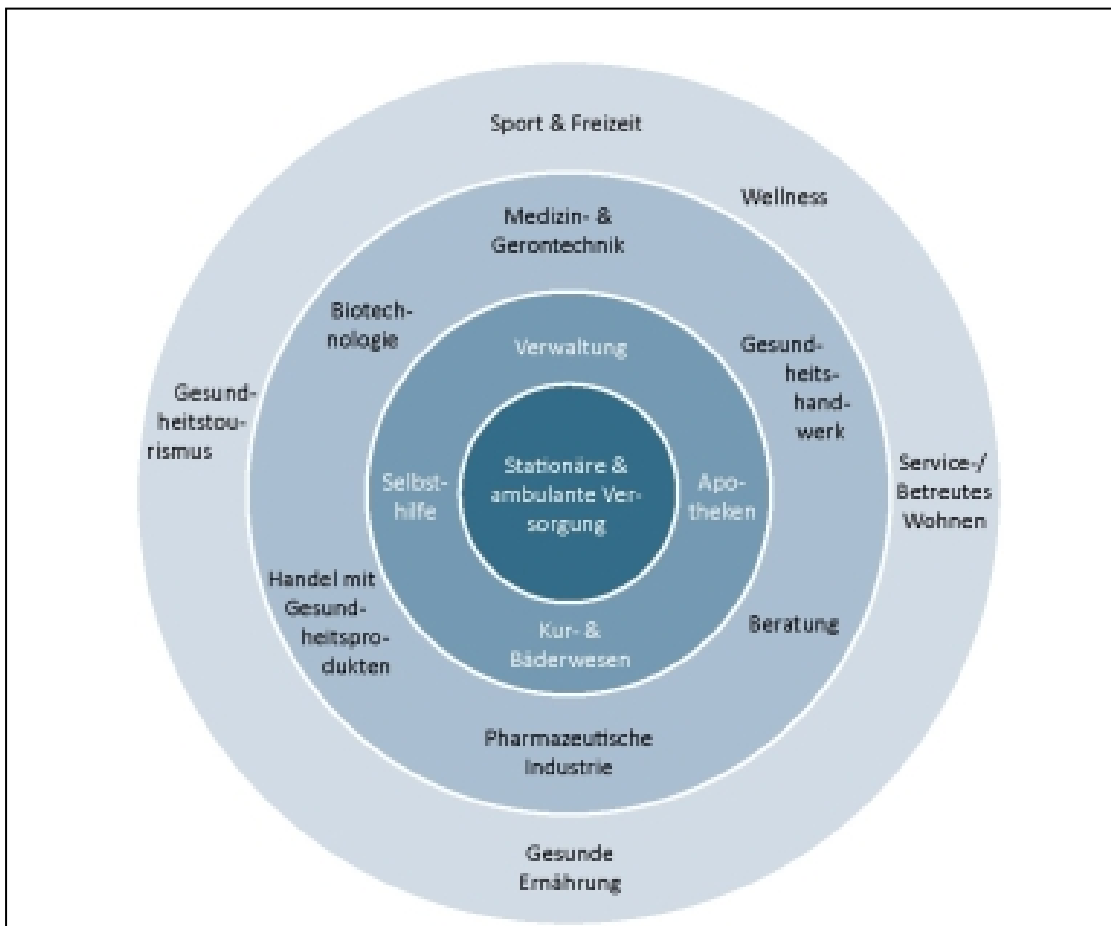
¹ Kuratorium Gesundheitswirtschaft (Hrsg.): Ergebnisbericht „Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005“, 7./8.12.05 Rostock-Warnemünde, 2.2.2006, S. 2.

2 Die Gesundheitswirtschaft Thüringen im Überblick

2.1 Die Struktur der Gesundheitswirtschaft

Es lassen sich drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft unterscheiden: Der Kernbereich, der Vorleistungs- bzw. Zulieferbereich und der Randbereich (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Struktur der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Institut Arbeit und Technik

- (1) Zum Kernbereich gehören die beschäftigungsintensiven Dienstleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung. Dazu zählen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Arzt- und Zahnarztpraxen, die Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe, Apotheken sowie stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.
- (2) Die kapital- und technologieintensive Vorleistungs- und Zulieferindustrie umfasst die „Health Care Industries“ (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie), das Gesundheitshandwerk sowie den Groß- und Fach-einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten.

- (3) Der Randbereich umfasst gesundheitsnahe Bereiche des Dienstleistungssektors (insbesondere Gesundheitstourismus und Wellness) und des produzierenden Gewerbes (Nahrungsmittelindustrie). Diese Dienstleistungen werden von den Kunden überwiegend privat finanziert und dienen zum größten Teil der Prävention und dem persönlichen Wohlbefinden.²

Die Gesundheitswirtschaft Thüringen umfasst eine Vielzahl an Dienstleistungen sowie eine wachsende Vorleistungs- und Zulieferindustrie und ist darüber hinaus eine sehr beschäftigungsintensive Branche. 2009 arbeiteten laut Berechnungen des Thüringer Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Technologie (TMWAT) 95.000 Erwerbstätige in der Thüringer Gesundheitswirtschaft, wobei die Bereiche des „zweiten Gesundheitsmarktes“ wie Ernährung und Tourismus nicht eingerechnet wurden. Davon waren knapp 90% (rund 85.000 Erwerbstätige) im Gesundheitswesen und im Pflegebereich und knapp 7% (rund 6.500 Beschäftigte) in der Zuliefer- und Vorleistungsindustrie tätig. Die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft wurde für 2009 auf 4,5 Mrd. Euro geschätzt, was 10% der Bruttowertschöpfung Thüringens entspricht (Berechnungen TMWAT). Schätzungen der IHK Erfurt gehen davon aus, dass 2009 in der gesamten Gesundheitswirtschaft einschließlich dem zweiten Gesundheitsmarkt 130.000 Erwerbstätige tätig waren, was einem Anteil von 13% an allen Erwerbstätigen Thüringens entsprach. Mit einem Umsatz von über 4 Mrd. Euro rangierte die Gesundheitswirtschaft in Thüringen 2009 noch vor der Fahrzeug- und Fahrzeugzulieferindustrie (3,1 Mrd. Euro) und der Nahrungsgüterwirtschaft (2,8 Mrd. Euro) (vgl. IHK Erfurt 2010).³

Genauere Daten liegen für Thüringen bisher noch nicht vor, könnten aber im Rahmen der gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung (GGR) berechnet werden. Die GGR „sind Rechenwerke, die sich mit ökonomischen Fragestellungen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigen. Sie halten Informationen zu Art und Umfang der erbrachten Leistungen sowie zu zukünftigen Entwicklungstendenzen auf dem Gebiet der Gesundheit bereit“ (Frie/Muno/Speich 2011:1). Die GGR setzt sich aus drei Teilrechnungen zusammen: die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR), die Gesundheitspersonalrechnung (GPR) sowie die Wertschöpfungsberechnung. Basis für die Berechnungen ist eine einheitlich festgelegte Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft nach der jeweils gültigen Wirtschaftszweigklassifikation (Fünfsteller) der amtlichen Statistik. Dadurch können die berechneten Daten auch mit den Daten anderer Wirtschaftszweige verglichen werden. Bisher wurden die Berechnungen nur für die Bundesländer Sachsen, Baden-Württemberg und Hessen durchgeführt (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik).

² vgl. Fretschner/Grönemeyer/Hilbert 2002: 37f.

³ Bundesweit waren 2009 über fünf Mio. Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft tätig und erwirtschafteten rund 260 Mrd. Euro Umsatz (vgl. IHK Erfurt 2010).

2.2 Treiber der dynamischen Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft hat sich in den letzten Jahren rasant entwickelt, wobei hierfür im Wesentlichen drei Faktoren verantwortlich sind: die demografische Entwicklung, der medizinisch-technologische Fortschritt und das steigende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung.

2.2.1 Die demografische Entwicklung

Die Bevölkerung in Thüringen nimmt seit den neunziger Jahren stetig ab. Lebten 1990 noch 2,61 Mio. Menschen im Freistaat, so waren es 2010 nur noch 2,24 Mio. Einwohner. Laut der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (KBV) des Thüringer Landesamtes für Statistik, Variante 1, wird 2022 die Grenze von 2 Mio. Einwohnern unterschritten. Der Rückgang der Bevölkerung ist zum Einen auf die rückläufige Geburtenrate nach der Wiedervereinigung und einen entsprechenden Sterbeüberschuss sowie zum Anderen auf einen negativen Wanderungssaldo zurückzuführen (vgl. Tab. 1).

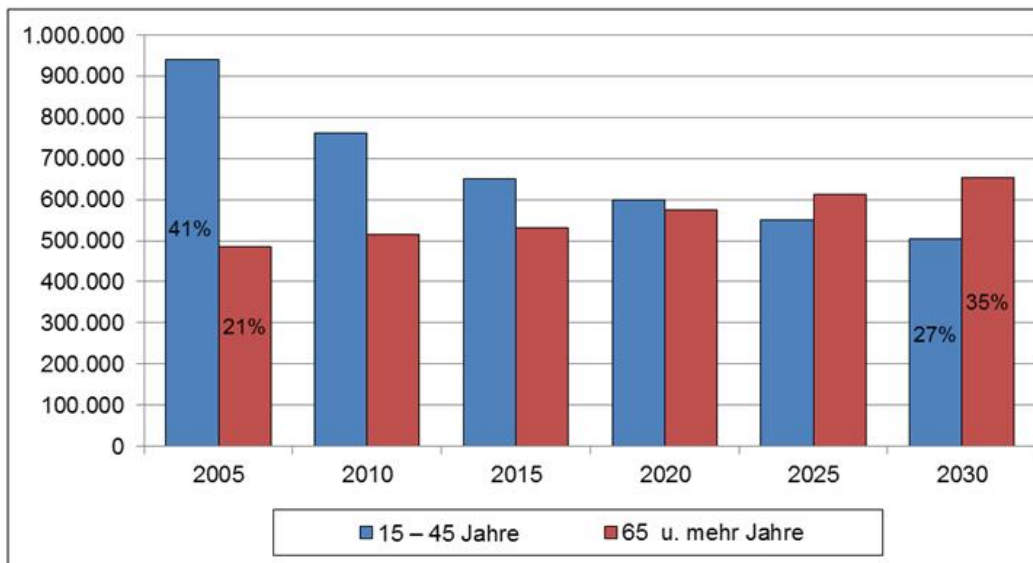
Tab. 1: Entwicklung der Bevölkerung in Thüringen 190 bis 2020

	Bevölkerungs- abnahme gesamt	Sterbeüberschuss	Abwanderungs- überschuss	Bevölkerung gesamt	Einwohner je km ²
1990	72.091	4.649	67.442	2.611.319	161
2000	17.827	8.504	9.973	2.431.255	150
2005	20.705	8.982	11.820	2.334.575	144
2010	14.857	9.174	5.741	2.235.025	138

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Aufgrund der rückläufigen Geburtenrate bei einer gleichzeitig steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung und einem negativen Wanderungssaldo nimmt der Anteil älterer Menschen gegenüber dem Anteil Jüngerer sukzessive zu. Durch die massiven Geburtenausfälle nach der Wende hat sich die Altersstruktur der Bevölkerung in den neuen Bundesländern besonders stark verschoben. Während in Thüringen im Jahr 2005 der Altersgruppe 65+ nur halb so viele Menschen angehörten wie der Gruppe der 15 bis 45 Jährigen, werden im Jahr 2020 beide Altersgruppen bereits nahezu identisch groß sein. Zwischen 2005 und 2030 steigt der Anteil der Altersgruppe 65+ an der Gesamtbevölkerung von 21% auf 35%, während der Anteil der 15 bis 45 Jährigen von 41% auf 27% zurückgeht (vgl. Abb. 2). Dementsprechend nimmt auch die Anzahl der Erwerbstätigen bis 2030 deutlich ab (vgl. Kap.4).

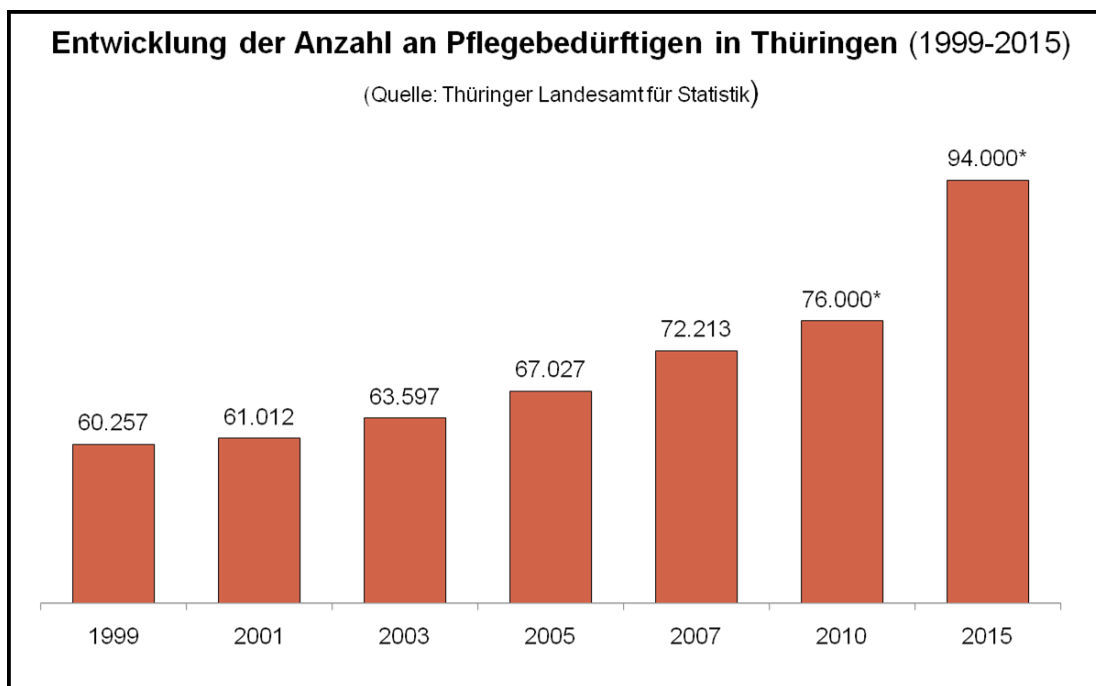
Abb. 2: Entwicklung der Thüringer Bevölkerung (2005-2030), Altersgruppen „15 bis 45“ im Vergleich



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik (10. KBV)⁴

In Folge der Alterung der Bevölkerung ist zwischen 1999 und 2010 die Zahl der Pflegebedürftigen in Thüringen von 60.000 auf 76.000 angestiegen und wird sich bis 2015 bei gleichbleibender Pflegequote auf geschätzte 94.000 erhöhen (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen (1999-2015)



* Diese Zahlen basieren auf Hochrechnungen aus dem Jahr 2008

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland (2008)

⁴ Es wurde der Zeitraum ab 2005 gewählt, da gerade im Zeitraum zwischen 2005 und 2010 der starke Geburtenknick Anfang der neunziger Jahre und die starke Abwanderung gerade der Altersgruppe 15-45 Jahre zum Tragen kommt. Allein in diesem Zeitraum ist die Altersgruppe 15 bis 45 Jahre um rund 150.000 Personen geschrumpft.

In Folge des Anstiegs des Anteils älterer Menschen nehmen vor allem chronische Krankheiten (vgl. Robert Koch-Institut et al. 2006) und Multimorbidität bzw. Mehrfacherkrankungen zu, welche einer aufwendigeren Behandlung bedürfen (vgl. Offermanns 2007). Häufig ist sogar eine medizinische Behandlung bis ans Lebensende erforderlich. Die Erhaltung der Gesundheit im Alter stellt somit eine besondere gesellschaftliche Herausforderung dar (vgl. Dahlbeck et al. 2006).

2.2.2 Der medizinisch-technologische Fortschritt

Im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte gab es bedeutende Fortschritte in der medizinischen Versorgung. Pharmazeutischen Unternehmen und Herstellern von Medizinprodukten ist es gelungen, neue Behandlungsmöglichkeiten für weltweit häufige Krankheiten und Todesursachen zu entwickeln. Diese Innovationen führten zu einem erhöhten Produktionsvolumen und zu steigenden Absätzen auf dem Gesundheitsmarkt. Auch die Biotechnologie (Biochips, Biosensortechnik etc.) wird zukünftig entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen und einen wichtigen Beitrag zu medizinischen Durchbrüchen leisten. Jedoch führen diese Innovation auch häufig zu erhöhten Kosten (vgl. Prognos/IKB 2007: 7).

Die Life Sciences (Biotechnologie und Medizintechnik) gehören in Thüringen mit zu den wichtigsten wirtschaftlichen Wachstumsfeldern. Laut dem „Trendatlas“ ist die Thüringer Biotechnologie 2020 in Märkten für Bioinstrumente sowie bei Sepsisdiagnostika und –therapeutika weltweit präsent. In der Medizintechnik soll Thüringen bis 2020 bei den optotechnischen Produkten und der Prothetik zur Weltspitze gehören, wobei ihr Wachstum stark Export getrieben ist. Bis 2020 soll die Bruttowertschöpfung gegenüber 2008 im Bereich Biotechnologie um 140-150% und in der Medizintechnik um 123-136% gesteigert werden. Die Beschäftigung in beiden Bereichen soll gegenüber 2008 um 5.000 bis 6.000 Personen steigen (vgl. TMWAT 4/2011: 3).

In Thüringen waren 2010 etwa 250 Unternehmen inklusive Zulieferer in der Medizintechnikbranche aktiv (Quelle: Thüringer Medizinnetzwerk medways). Thüringer Gesundheitsprodukte sind in der ganzen Welt gefragt. Die Exportquote in der Branche ist in den letzten Jahren stetig gewachsen und betrug 2009 50% (vgl. IHK 2009: 7). Außerdem haben sich in Thüringen auf verschiedenen Gebieten der Gesundheitswirtschaft Netzwerke und Cluster herausgebildet. Zu nennen sind insbesondere das Thüringer Medizintechnik-/Biotech-Cluster mit seinem Netzwerk „medways“ sowie das "Innovationsnetz Gesundheit Saale-Ilm-Elster e.V." (inge). Darüber hinaus gibt es noch Kompetenzzentren, fachliche Netzwerke und Verbände wie „Septomics - Fighting Sepsis, Saving Lives“ (Zentrum für Innovationskompetenz), „Diagnostische Tools und Systeme für miniaturisierte und sehr

schnelle Point-Of-Care-Diagnostik“ oder BASIS "Bioanalytik und Oberflächen zur Integration in Systemen" (Quelle: TMWAT).

2.2.3 Bereitschaft zu Gesundheitsausgaben steigt

In Teilen der Bevölkerung nimmt das Thema Gesundheit einen zunehmend höheren Stellenwert ein. Dies spiegelt sich im Anstieg der privaten Ausgaben für Gesundheit deutlich wider. Immer mehr Bürger geben Geld für Mitgliedschaften in Sportstudios, für Wellness-Angebote sowie für den Gesundheitstourismus aus. Vor allem ältere Menschen (die 50plus Generation) bemühen sich solange wie möglich körperlich und geistig fit zu bleiben und sind eine wichtige Zielgruppe für den Bereich Gesundheitstourismus z.B. Medical-Wellness-Angebote (vgl. Dahlbeck et al. 2006: 19ff.).

Thüringen ist in diesem Bereich gut aufgestellt. Der Freistaat verfügt über insgesamt 19 traditionsreiche Heilbäder und Kurorte. Ca. 30% der jährlichen Übernachtungen in Thüringen entfallen auf die Heilbäder und Kurorte (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik). Diese weisen mit ihren Sole- und Thermalquellen, Moorkommen und dem Reizklima hervorragende Bedingungen auf. Das Angebot der Kurorte beinhaltet ein weites Spektrum von der klassischen medizinisch-therapeutischen Versorgung über die ganzheitliche Entspannung und Wellness bis hin zur attraktiven Freizeitgestaltung. Mit ihren neuen Angeboten haben sich die Thüringer Kurorte in den letzten Jahren von ursprünglich monostrukturierten Standorten zu modernen Zentren der Prävention entwickelt (Quelle: Thüringer Heilbäder Verband e.V.). Dabei spielt das Thema Wellness eine zunehmend wichtige Rolle. Über 20 hochwertige Wellness-Hotels bieten den Gästen ihre Produkte und Dienstleistungen an (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik).

Im Kontext der Bereitschaft Gesundheitsausgaben zu tätigen, wächst auch die Nachfrage nach gesunden Lebensmitteln. Dazu gehören ökologisch und nachhaltig hergestellte Bio- und Ökoprodukte sowie Lebensmittel mit einem gesundheitlichen Zusatznutzen wie ACE-Getränke, probiotische Joghurts und cholesterinsenkende Margarine, so genanntes „Functional Food“. Weiterhin steigt auch die Nachfrage nach regionalen Produkten (vgl. Dahlbeck et al. 2006: 30ff.).

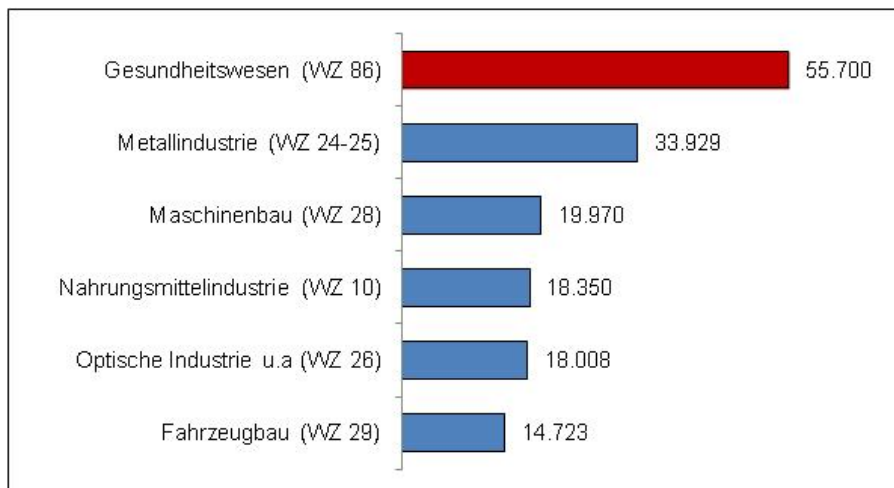
Das Ernährungsgewerbe zählt mit über 18.000 Beschäftigten in Thüringen zu den fünf größten Branchen des verarbeitenden Gewerbes (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2010). 2010 erwirtschaftete das Ernährungsgewerbe wie die Metallbranche 14% des Industrieumsatzes Thüringens (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik). Thüringen hat somit die Möglichkeit durch die Verknüpfung von Gesundheit und Ernährung zusätzliche Innovationspotentiale zu nutzen und neue Absatzmärkte zu erschließen.

3 Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft⁵

3.1 Die beschäftigungspolitische Bedeutung des Gesundheitswesens

Im Jahr 2010 waren laut Bundesagentur für Arbeit 55.700 SV-Beschäftigte im Gesundheitswesen, Wirtschaftszweigklassifikation (WZ) 86, Thüringen tätig, davon 83% Frauen. Damit waren 2010 deutlich mehr SV-Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig als in den fünf größten Branchen des verarbeitenden Gewerbes Thüringens (vgl. Abb. 4). Das Gesundheitswesen gehört damit mit zu den größten Arbeitgebern in Thüringen.⁶ Somit waren im Freistaat Thüringen, dessen Wirtschaftsstruktur in einem hohen Maße dem der alten Bundesländer entspricht (64% SV-Beschäftigte im Dienstleistungssektor, 36% SV-Beschäftigte im produzierenden Gewerbe u.a.), mittlerweile 7% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten innerhalb des Gesundheitswesens tätig bzw. mehr als jeder Zehnte im Dienstleistungssektor (vgl. Abb. 5).

Abb. 4: Anzahl der SV-Beschäftigten Thüringer Branchen im Vergleich (31.12. 2010)



Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Unter den zehn größten Thüringer Unternehmen gemessen an den Mitarbeitern, die an den Thüringer Standorten der Firmen beschäftigt waren⁷, befinden sich 2011 zwei Kliniken: die Helios-Kliniken GmbH (Platz 6) mit 3.950 Beschäftigten an vier Standorten und die Rhön-Klinikum AG (Platz 8) mit 3.450 Beschäftigten an vier Standorten (vgl. Helaba 2011: 12:).⁸

Die wachsende beschäftigungspolitische Bedeutung der Branche resultiert u. a. aus der steigenden Anzahl an sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen. Im

⁵ Hierunter fällt nicht der Pflegebereich, da er zur Sozialwirtschaft gezählt wird (Ehrlich/Hänel 2011).

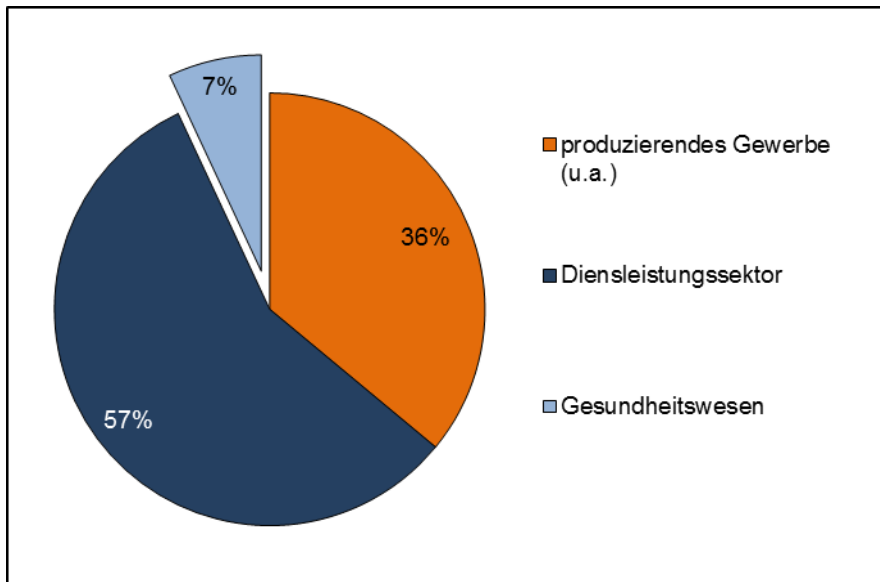
⁶ 2009 waren 77.000 Erwerbstätige im Gesundheitswesen beschäftigt, davon 12.000 Ärzte/Apotheker und 65.000 Beschäftigte mit übrigen Gesundheitsdienstberufen, was 7% der Gesamtbeschäftigung entspricht (Quelle: Mikrozensus).

⁷ Gemeinnützige Organisationen und öffentliche Einrichtungen wurden im Ranking nicht berücksichtigt.

⁸ Trotz allem hat der überwiegende Teil der Einrichtungen des Gesundheitswesens maximal 49 Mitarbeiter (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik). Es ist somit eine vorrangig kleinteilige Branche.

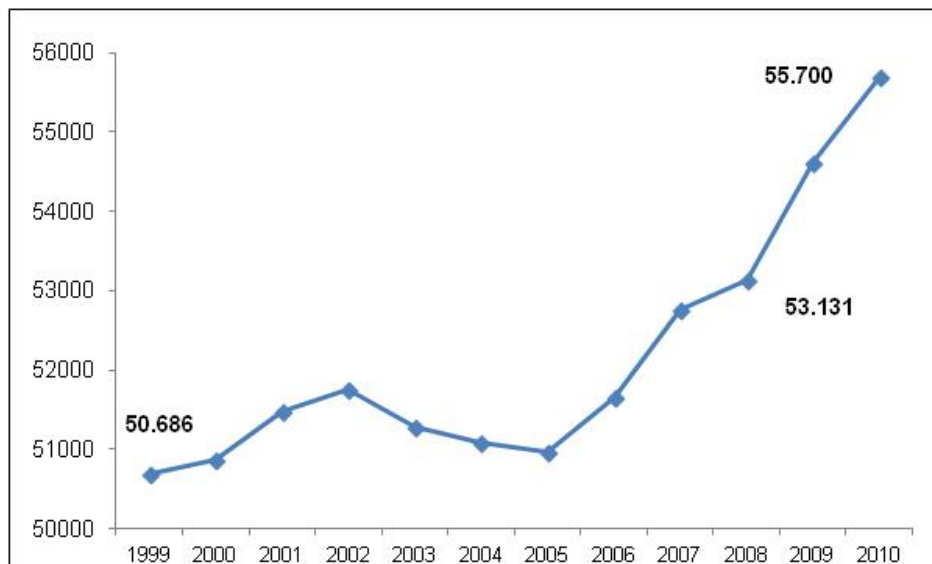
Zeitraum von 1999 bis 2010 ist die Anzahl der SV-Beschäftigten im Thüringer Gesundheitswesen um 10% von 50.686 auf 55.700 SV-Beschäftigte gestiegen. Im Zeitraum von 2003 bis 2005 ist die Beschäftigung leicht gesunken von 51.755 auf 50.973 SV-Beschäftigte, hat dann aber wieder kräftig angezogen und sich gerade in der Finanz- und Wirtschaftskrise (2008/2009) als stabiler Wirtschaftszweig gezeigt (vgl. Abb. 6).

Abb. 5: SV-Beschäftigte nach Wirtschaftsbereichen 2010, n=741.351



Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Abb. 6: Entwicklung der SV-Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft 1999-2010



Quelle: Bundesagentur für Arbeit

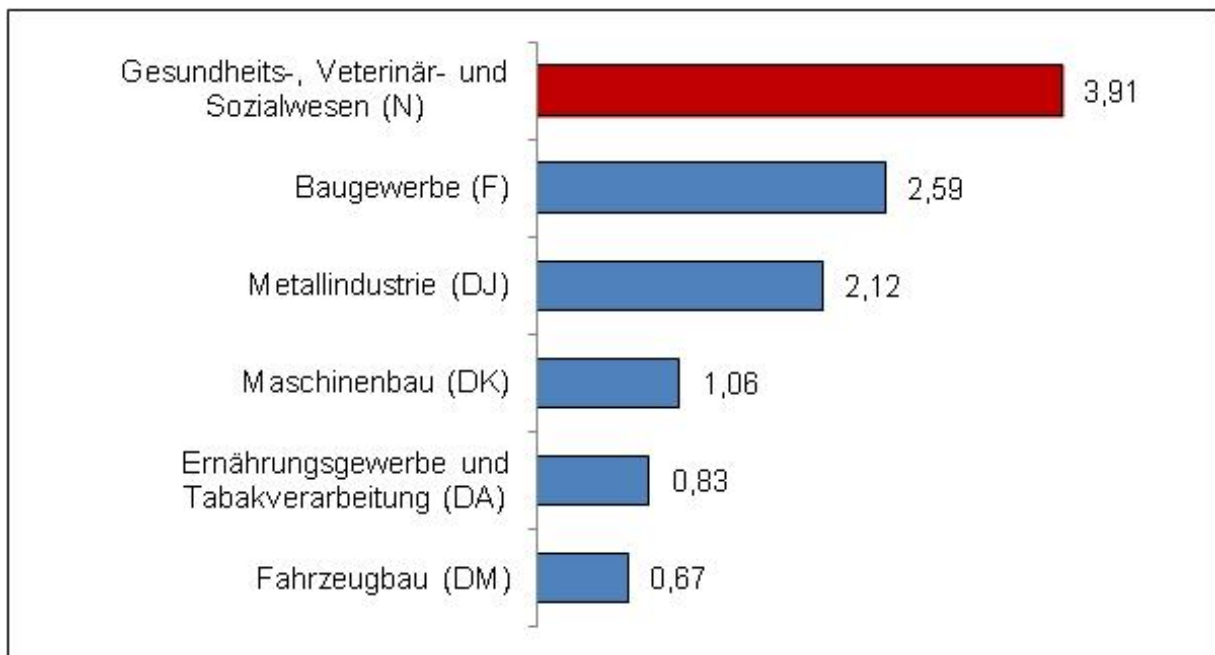
Folglich ist der Gesundheitssektor ein weitestgehend krisen- und zukunftssicherer Arbeitsmarkt. Im Gegensatz zum exportgetriebenen verarbeitenden Gewerbe hängt die Nachfrageentwicklung in der Gesundheitswirtschaft nur geringfügig von der (globalen) Konjunktorentwicklung ab, so dass die Branche auch in der Finanz- und Wirtschaftskrise

2008/2009 kontinuierlich gewachsen ist. Darüber hinaus sind Gesundheitsdienstleistungen arbeitsintensive personennahe Dienstleistungen, bei denen die menschliche Arbeitskraft nur begrenzt durch Wissen oder Kapital substituiert werden kann. Außerdem schafft die Gesundheitswirtschaft Arbeitsplätze an Standorten, an denen andere Branchen kaum noch investieren.

3.2 Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens

Das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen⁹ in Thüringen verzeichnete im Jahr 2008 eine Bruttowertschöpfung von knapp 4 Mrd. Euro, welche deutlich über dem Wert des Baugewerbes sowie den größten Branchen des verarbeitenden Gewerbes Thüringens lag (vgl. Abb. 7). Insgesamt betrug der Anteil der Bruttowertschöpfung des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens an der Bruttowertschöpfung Thüringens 9% (vgl. Abb. 8).

Abb. 7: Bruttowertschöpfung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen und produzierenden Gewerbe 2008 in Thüringen in Mrd. Euro

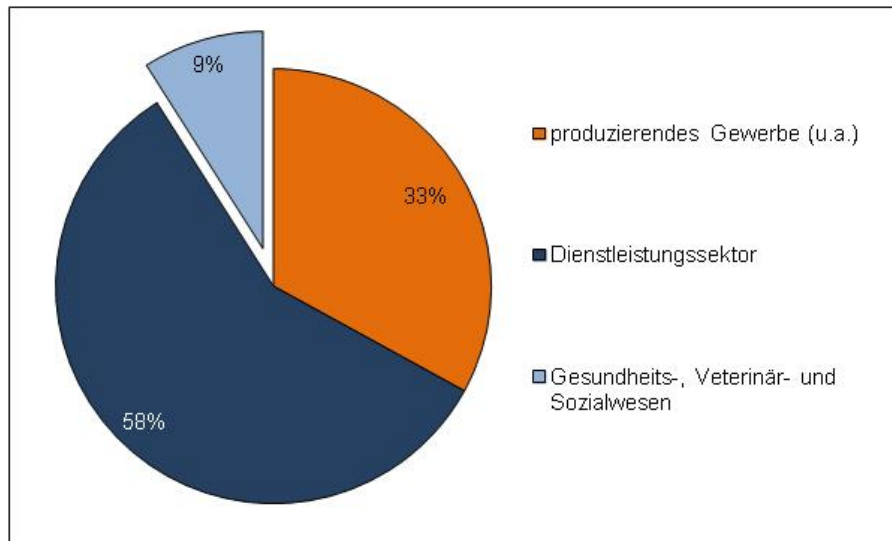


Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Im Zeitraum von 2000 bis 2008 ist die Bruttowertschöpfung im Bereich Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen um 34% von 2,9 Mrd. Euro auf 3,9 Mrd. Euro gestiegen. Die Branche erzielte folglich einen höheren Zuwachs als die gesamte Thüringer Wirtschaft, deren Bruttowertschöpfung im genannten Zeitraum nur um 21% gestiegen ist.

⁹ Die Aufschlüsselung der Bruttowertschöpfung erfolgt bisher noch nach der Wirtschaftszweigklassifikation von 2003, wo noch nicht nach Gesundheitswesen, Sozialwesen und Veterinärwesen unterschieden wird. Eine Umstellung der VGR nach der Wirtschaftszweigklassifikation von 2008 erfolgt erst im Jahr 2012 (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik).

Abb. 8: Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen 2008, n= 44,36 Mrd. Euro



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Wie eingangs erwähnt, gilt das Gesundheitswesen häufig als Kosten- und weniger als Wirtschaftsfaktor, da sich der Hauptteil der Umsätze aus öffentlichen Transferleistungen (Krankenkassen, Pflegekassen) speist. Allerdings wird vielfach nicht berücksichtigt, dass der öffentlichen Hand auch direkt messbare Einnahmen durch die Einrichtungen zufließen. So führen Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenhäuser und Apotheken Sozialversicherungsbeiträge und Lohnsteuern ab bzw. zahlen sie Gewerbesteuern und Umsatzsteuern auf bezogene Dienstleistungen, Investitionen und entstandene Sachkosten.

Darüber hinaus spielen Einrichtungen des Gesundheitswesens vor allem für die Region eine wichtige Rolle. Im Gegensatz zum produzierenden Gewerbe sind sie an den Standort gebunden und somit stabile Wirtschaftspartner, welche in der Regel nicht von Standortverlagerungen betroffen sind. Somit sind sie nicht nur wichtige Arbeitgeber in der Region, sondern auch wichtige Auftraggeber für die lokale Wirtschaft. Sie fragen Sachgüter, Lebensmittel und Dienstleistungen nach und tätigen auch einen Teil ihrer Investitionen in der Region. Die Mitarbeiter wiederum erzielen Einkommen, welches sie zum Konsum nutzen, wodurch ebenfalls eine Nachfrage im lokalen Einzelhandel entsteht. Gleichzeitig bewirkt die Nachfrage der Einrichtungen und Beschäftigten des Gesundheitswesens wiederum auch eine erhöhte wirtschaftliche Aktivität in den anderen Wirtschaftszweigen. Sie stärken zudem die Finanzkraft der Kommunen, tragen zum Erhalt von Lebensqualität in strukturschwachen Regionen bei, verhindern Abwanderung und beeinflussen die demografische Entwicklung positiv.¹⁰

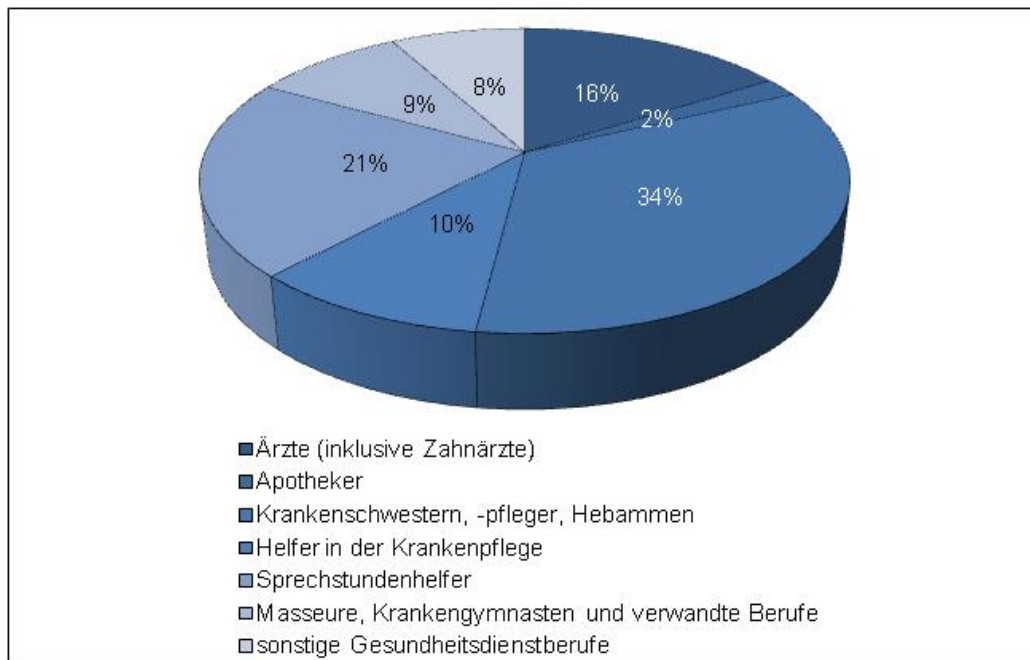
¹⁰ Im Rahmen dieser Berichterstattung ist eine Quantifizierung der genannten Effekte für die Gesundheitswirtschaft Thüringen nicht möglich. Allerdings wurden diese Verfahren (Transferanalyse und eine regionalökonomische Analyse) bereits für die Sozialwirtschaft Thüringen durchgeführt (vgl. Ehrlich/Hänel 2011).

3.3 Beschäftigte nach Berufen der Gesundheitswesens¹¹

3.3.1 Entwicklung der Beschäftigung in den Gesundheitsdienstberufen¹²

Im Gesundheitswesen waren Ende 2010 62.403 Beschäftigte tätig (inklusive der selbstständigen Ärzte). Ein Drittel der Beschäftigten und damit die größte Beschäftigtengruppe bilden die Krankenschwestern/ -pfleger und Hebammen. 21% der Beschäftigten sind Sprechstundenhelfer (inklusive Arzthelfer)¹³. Die drittgrößte Gruppe bilden die Ärzte und Zahnärzte (16%). Jeder zehnte Beschäftigte ist Helfer in der Krankenpflege und 9% der Beschäftigten sind Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe. 2% der Beschäftigten sind Apotheker und 8% der Beschäftigten sind in sonstigen Gesundheitsdienstberufen¹⁴ tätig (vgl. Abb. 9).

Abb. 9: Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen am 31.12. 2010, n=62.403



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Thüringer Landesamt für Statistik

Insgesamt ist die Zahl der Beschäftigten im Zeitraum von 1999 bis 2010 um 14% gestiegen. Allerdings variiert die Beschäftigungsentwicklung stark nach den einzelnen Berufen. Die Anzahl an Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten hat sich in diesem

¹¹ Die folgenden Auswertungen beruhen auf den Angaben zu der Berufsgruppe der Gesundheitsdienstberufe laut Bundesagentur für Arbeit (darunter fallen keine sozialpflegerischen Berufe).

¹² Die Begriff „Gesundheitsdienstberufe“ beruht auf der in der amtlichen Statistik der BA verwendeten Bezeichnung. In den Gesetzen des Landes, des Bundes und der EU wird der Begriff der Gesundheitsberufe (Oberbegriff) zugrunde gelegt und unterschieden zwischen den Gesundheitsfachberufen und den akademischen Heilberufen.

¹³ Die Begriffe Sprechstundenhelfer und Arzthelfer beruhen auf den in der amtlichen Statistik des Bundesagentur für Arbeit verwendeten Bezeichnungen. Aktuell wird für diese Berufsgruppe „Medizinische Fachangestellte“ verwendet.

¹⁴ Unter sonstige Gesundheitsdienstberufe werden Heilpraktiker, Diätassistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten und Medizinlaboranten gefasst.

Zeitraum mehr als verdoppelt. Die festgestellte Verdopplung pharmazeutisch-technischer Assistenten ist auf das Fehlen dieses Berufsbildes in der DDR einerseits und auf die Abschaffung des Berufsbildes des Pharmazieingenieurs andererseits zurückzuführen. Darüber hinaus ist die Anzahl an Heilpraktikern, Masseuren, Krankengymnasten und verwandten Berufen um mehr als 80% gestiegen. Die Zahl an Helfern in der Krankenpflege ist um 62% gestiegen, während die Zahl an Krankenschwestern/-pflegern und Hebammen nur um 3% angewachsen ist. Die Zahl an Ärzten ist insgesamt um 9% gestiegen, wobei sich die Anzahl an SV-beschäftigten Ärzten um 27% erhöht hat. Die Anzahl an Zahnärzten und Apothekern ist seit 1999 rückläufig (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Berufen am 31.12. 1999 und 2010

	1999	2010	Entwicklung 1999 bis 2010
Ärzte	7.604	8.269	+9%
davon SV-beschäftigte Ärzte	4.266	5.408	+27%
Zahnärzte	2.115	2.074	-2%
Apotheker	1.415	1.300	-8%
Heilpraktiker	124	225	+81%
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	2.925	5.347	+83%
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	20.589	21.114	+3%
Helfer in der Krankenpflege	3.975	6.450	+62%
Diätassistenten, pharmazeutisch-techn. Assistenten*	828	1.863	+125%
Sprechstundenhelfer	12.355	12.950	+5%
Medizinlaboranten	2.754	2.811	+ 2%
Gesamt	54.684	62.403	+14%

* Die gemeinsame zahlenmäßige Erfassung der Beschäftigten dieser Berufsbilder ist ungeeignet, da die Einsatzfelder der Berufe keinerlei Berührungspunkte haben, beruht aber auf der Erfassungsstruktur der BA.

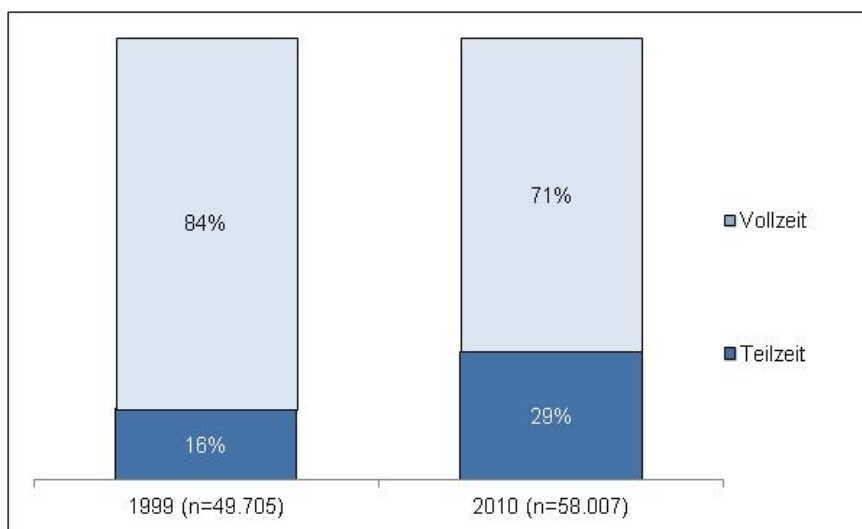
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Thüringer Landesamt für Statistik

3.3.2 Teilzeitbeschäftigung, Altersstruktur der Beschäftigten, Ausländeranteil

Seit 1999 hat sich die Anzahl an Teilzeitbeschäftigten an allen SV-Beschäftigten von 16% (1999) auf 29% (2010) erhöht und damit fast verdoppelt (vgl. Abb. 10). Die höchste Teilzeitquote mit 40% wiesen 2010 die Helfer in der Krankenpflege auf, dicht gefolgt von den Apothekern (38%). Die Krankenschwestern, -pfleger und Hebammen bewegen sich im Durchschnitt (31%). Unter den angestellten Zahnärzten ist immerhin jeder Vierte teilzeitbeschäftigt. Die geringste Teilzeitquote von 11% weisen die SV-beschäftigten Ärzte auf. Allerdings ist auch hier die Teilzeitquote seit 1999 um 5% gestiegen. Der dynamische Beschäftigungsaufbau im Gesundheitswesen geht somit mit einem starken Zuwachs an

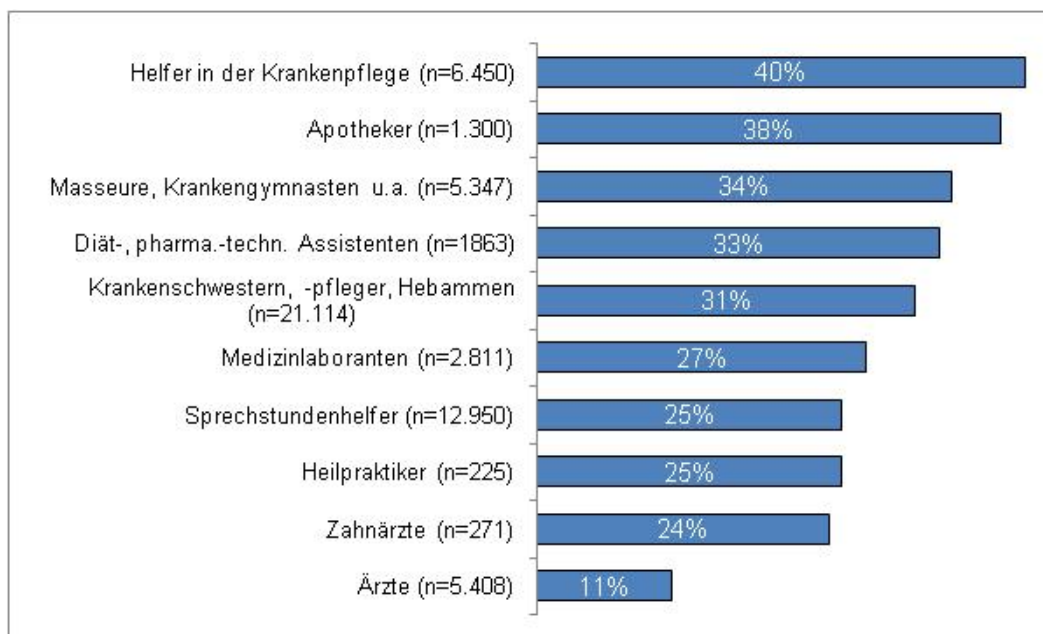
Teilzeitstellen einher (vgl. Abb. 11). Inwiefern die Teilzeitstellen freiwillig von den Beschäftigten gewählt worden, ist nicht bekannt.

Abb. 10: SV-Beschäftigte nach Teilzeit/Vollzeit 1999 und 2010



Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Abb. 11: Teilzeitquote unter den SV-Beschäftigten nach Berufen 2010

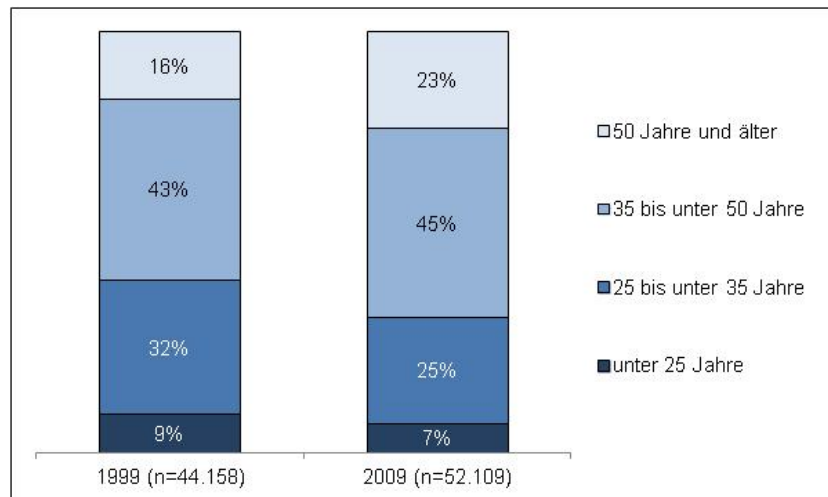


Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Auch die Altersstruktur der Beschäftigten hat sich in den letzten zehn Jahren stark verschoben. Während 1999 noch 41% aller SV-Beschäftigten unter 35 Jahre alt waren, waren es 2009 nur noch 32%. Entsprechend stark ist der Anteil an den Beschäftigten, die mindestens 50 Jahre alt sind, gestiegen und zwar von 16% auf 23%. Im Jahr 2009 waren somit bereits fast ein Viertel der SV-Beschäftigten über 50 Jahre alt (vgl. Abb. 12). Betrachtet man die Altersstruktur im Pflegedienst fällt auf, dass die Helfer in der Krankenpflege deutlich

älter sind als die Krankenpflegefachkräfte. So waren 2009 27% der Pflegefachkräfte unter 35 Jahre und 24% mindestens 50 Jahre alt. Dagegen waren zwar 28% der Helfer unter 35 Jahre alt, aber bereits 29% 50 Jahre alt und älter (Quelle: Bundesagentur für Arbeit). Auf die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte wird im Kapitel 3.4.3 näher eingegangen.

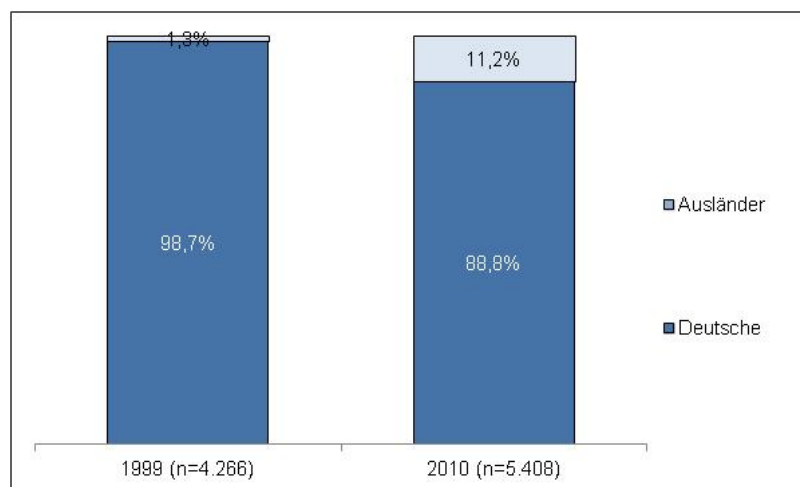
Abb. 12: Altersstruktur in den Gesundheitsdienstberufen 1999 und 2009



Quelle: Bundesagentur für Arbeit/ Sonderauswertung IAB

Der Anteil der Ausländer in allen Gesundheitsdienstberufen betrug 2010 insgesamt nur 1,3% in Thüringen. Allerdings sind 79% der Ausländer im Bereich Gesundheitswesen Ärzte. Der Anteil der ausländischen Ärzte an allen SV-beschäftigten Ärzten betrug 2010 11%. 1999 traf dies nur auf 1,3% der Ärzte zu (vgl. Abb. 13). Absolut ist die Anzahl an ausländischen Ärzten von 55 (1999) auf 607 (2010) gestiegen. In der Krankenpflege spielen mit einem Anteil von 0,23% (2010) ausländische Fachkräfte bisher keine Rolle (Quelle: Bundesagentur für Arbeit).

Abb. 13: Anteil der ausländischen Ärzte in Thüringen 1999 und 2010



Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Bis auf die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Ärzte (Frauenquote 50%) und die Helfer der Krankenpflege (Frauenquote 70%) liegt die Frauenquote in den übrigen

Gesundheitsdienstberufen um die 90% und höher. Der Anteil der Frauen unter den Sprechstundenhilfen betrug 2010 sogar 99% (Quelle: Bundesagentur für Arbeit).

3.3.3 Verdienste im Gesundheitswesen

Die Ärzte haben mit Abstand den höchsten Verdienst im Gesundheitswesen. Allerdings variieren innerhalb der akademischen Berufe (Arzt und Apotheker) die Verdienste stark nach Geschlecht. So verdienen männliche Ärzte im Durchschnitt rund 6.000 Euro Brutto im Monat, während bei den Ärztinnen der Verdienst rund 4.700 Euro Brutto beträgt. Den geringsten Verdienst mit unter 2.000 Euro Brutto haben die Diätassistenten, pharmazeutisch-technischen Assistenten sowie Helferinnen in der Krankenpflege. Krankenschwestern/-pfleger und Medizinlaboranten verdienen rund 2.450 Euro Brutto, während die Löhne in den anderen Ausbildungsberufen des Gesundheitswesens bei rund 2.000 Euro Brutto liegen. Diese Löhne liegen wiederum unterhalb der Verdienste in anderen Dienstleistungsbereichen wie Erziehung und Unterricht. Allerdings entsprechen sie dem durchschnittlichen Verdienst im produzierenden Gewerbe (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Bruttomonatsverdienste der Vollzeitbeschäftigten im Oktober 2006 in Thüringen

	insgesamt	Männer	Frauen
Gesundheitswirtschaft			
Ärzte (841)*	5.419 €	5.971 €	4.665 €
Apotheker (844)	3.048 €	3.651 €	2.923 €
Masseure, Krankengymnasten (852)	2.033 €	2.029 €	2.034 €
Krankenpfleger/-schwester, Hebamme (853)	2.443 €	2.448 €	2.442 €
Helfer in der Krankenpflege (854)	2.054 €	2.185 €	1.898 €
Diätassistenten/ pharmazeutisch - technische Assistenten (855)	1.749 €	-	1.749 €
Sprechstundenhelfer (856)	1.998 €	1.730 €	2.088 €
Medizinlaboranten (857)	2.453 €	1.924 €	2.516 €
Produzierendes Gewerbe¹⁵			
Fahrzeugbau (DM)**	2.291 €		
Maschinenbau (DK)	2.311 €		
Baugewerbe (F)	2.082 €		
Dienstleistungsgewerbe			
Erziehung und Unterricht (M)***	3.001 €		
Kredit- und Versicherungsgewerbe (J)	2.862 €		
Gastgewerbe (H)	1.579 €		

*Berufsordnungsnummern, ** Wirtschaftszweigklassifikation; *** beinhaltet: Lehrer und Erzieher in Kindertageseinrichtungen und Schulen

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Verdienststrukturerhebung in Thüringen Oktober 2006 (2009)

¹⁵ Eine Aufschlüsselung nach Berufen innerhalb der WZ ist für den Bericht nicht relevant, da die Löhne innerhalb des WZ nicht so stark variieren. Angaben zu den Löhnen lagen nicht geschlechtsspezifisch vor.

3.3.4 Personen in Ausbildung

Die Ausbildung im Gesundheitswesen erfolgt sowohl an den Hochschulen und Fachhochschulen als auch im Rahmen des dualen Systems der Berufsausbildung und überbetrieblich an (Berufs-)Fachschulen des Gesundheitswesens. Im Jahr 2010 befanden sich 8.140 Personen in Ausbildung, davon waren 75% Frauen. 34% der Personen waren in Hochschulen und Fachhochschulen eingeschrieben und 66% wurden betrieblich oder überbetrieblich ausgebildet. Seit 2005 ist die Zahl an Personen in Ausbildung im Gesundheitswesen Thüringen um 26% gesunken, wobei hier zwischen den Studenten an Hochschulen und Fachhochschulen und den Auszubildenden in den verschiedenen Gesundheitsdienstberufen unterschieden werden muss.

Insgesamt waren im Semester 2010/2011 2.757 Studenten, darunter 70% Frauen, in den Fächern Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften in Thüringen eingeschrieben. Davon studierten 80% der Studenten (2.210) an der Universität Jena und jeder Fünfte (547) an den Fachhochschulen Jena, Schmalkalden und Gera.¹⁶ Die Zahl der Studenten ist zwischen den Semestern 2000/2001 und 2010/2011 von 1.931 auf 2.757 um 43% gestiegen, vor allem in Folge der Einführung des Fachs Gesundheitswissenschaften an den Fachhochschulen im Semester 2005/2006. Dabei ist die Zahl der Frauen um 70% gestiegen, während die Zahl an Männern nur um 4% gestiegen ist. Das Fach Humanmedizin haben 2010/2011 13% weniger Männer studiert als 2000/2001. Gleichzeitig ist der Frauenanteil im Fach Humanmedizin von 59% (2000/2001) auf 69% (2010/2011) gestiegen. Im Fach Gesundheitswissenschaften lag der Frauenanteil 2010/2011 sogar bei 76% (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: Studenten im Fach Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften

	2000/2001	2005/2006	2010/2011	Entwicklung zwischen 2000/2001 und 2010/2011
Gesamt	1.931	2.673	2.757	+ 43%
männlich	796	859	829	+ 4%
weiblich	1.135	1.814	1.928	+ 70%
davon FSU Jena	1.931	2.130	2.210	+ 14%
männlich	796	715	695	-13%
weiblich	1.135	1.415	1.515	+ 33%
Fachhochschulen	-	543	547	-
männlich	-	144	134	-
weiblich	-	399	413	-

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

¹⁶ Das Studienfach Humanmedizin wird nur an der Universität in Jena gelehrt. Gesundheitswissenschaften werden seit 2005/2006 in den Fachhochschulen Jena und Schmalkalden und seit 2007/2008 an der SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera angeboten. Die Fachhochschule Nordhausen hat nur 2005/2006 bis 2006/2007 das Fach Gesundheitswissenschaften angeboten (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik).

Dagegen ist die Zahl an Auszubildenden seit 2005 im Gesundheitswesen um insgesamt 29% zurückgegangen (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Entwicklung der Anzahl an Auszubildenden in den Gesundheitsdienstberufen¹⁷ 2005 bis 2010¹⁸

	2005	2010	Entwicklung 2005 bis 2010	weiblich 2010	männlich 2010
gesamt	7.618	5.383	-29%	78%	22%
Zunahme an Auszubildenden					
Fachkraft für die Hygieneüberwachung	35	60	+71%	63%	37%
Rettungsassistenten	97	130	+34%	26%	74%
Medizinisch-technischer Assistent Operationsdienst	167	210	+26%	80%	20%
Hebammen	30	35	+17%	100%	-
Gesundheits- und Kinderkrankpfleger	33	36	+9%	92%	8%
Orthoptisten	12	13	+8%	92%	8%
Konstant gebliebene Ausbildungszahlen bzw. neue Ausbildungsberufe					
Gesundheits-/ Krankenpfleger	1.446	1.430	-1%	78%	22%
Krankenpflegehelfer	-	51	-	80%	20%
Abnahme an Auszubildenden					
Diätassistenten	586	168	-71%	89%	11%
Funktionsdiagnostikassistenten	217	101	-53%	76%	24%
Ergotherapeuten	1.114	603	-46%	91%	9%
Pharmazeutisch-technische Assistenten	775	441	-43%	86%	14%
Medizinisch-technische Laborassistenten	226	146	-35%	77%	23%
Physiotherapeuten	1.767	1.165	-34%	70%	30%
Logopäden	167	110	-34%	95%	5%
Medizinisch-technische Radiologieassistenten	300	216	-28%	75%	25%
Podologen	165	126	-24%	92%	8%
Masseure/ Medizinische Bademeister	429	342	-20%	71%	29%

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Die stärksten Rückgänge verzeichneten die Ausbildungen zum Diätassistenten, Ergotherapeuten, Funktionsdiagnostikassistenten und zum pharmazeutisch-technischen Assistenten. Dagegen wurden u. a. deutlich mehr Fachkräfte für Hygieneüberwachung und Rettungsassistenten ausgebildet. Erst mit Inkrafttreten des Thüringer Gesetzes über die Helferberufe in der Pflege (Thüringer Pflegehelfergesetz) vom 21. November 2007 wurde die Krankenpflegehelferausbildung wieder gesetzlich geregelt, so dass im Schuljahr 2008/2009

¹⁷ Der Begriff „Gesundheitsdienstberufe“ beruht auf der in der amtlichen Statistik der BA verwendeten Bezeichnung. In den Gesetzen des Landes, des Bundes und der EU wird der Begriff der Gesundheitsberufe zugrunde gelegt und unterschieden zwischen den Gesundheitsfachberufen und den akademischen Heilberufen.

¹⁸ Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA) als aktuelles Berufsbild in Apotheken sind in der Aufstellung nicht berücksichtigt worden.

mit der Ausbildung begonnen werden konnte. Im Schuljahr 2008/2009 haben 31 Auszubildende die Ausbildung begonnen. Die Anzahl an Gesundheits- und Krankenpflegern ist seit 2005 konstant geblieben. Die Anzahl der Männer überwiegt nur in der Ausbildung zum Rettungsassistenten, während alle anderen Ausbildungsberufe weiblich dominiert sind (vgl. Tab. 5).

Betrachtet man die Fachkräfteentwicklung im Zeitraum von 1999 und 2010 (vgl. Tab. 2), die Entwicklung der Altersstruktur (vgl. Abb. 12) und die Entwicklung der Ausbildungszahlen (vgl. Tab. 5) kann in den nächsten Jahren vor allem ein Fachkräftemangel bei den Krankenpflegern, Krankenpflegehelfern, Diätassistenten, Physiotherapeuten und pharmazeutisch-technischen Assistenten vermutet werden..

3.4 Beschäftigte nach Einrichtungen des Gesundheitswesens

Zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens zählen ambulante und stationäre Einrichtungen sowie Apotheken¹⁹. Die ambulanten Einrichtungen umfassen niedergelassene Ärzte und Zahnarztpraxen. Unter stationäre Einrichtungen fallen Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Der Großteil der Beschäftigten arbeitete 2010 in einem der 42 Krankenhäuser Thüringens²⁰. Insgesamt gibt es 36 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen 3.327 Beschäftigte tätig sind sowie 583 öffentliche Apotheken mit 3.856 Beschäftigten. 2010 gab es 2.707 Arztpraxen, davon waren 12% Gemeinschaftspraxen, und 69 medizinische Versorgungszentren (MVZ). Von den 1.581 Zahnarztpraxen waren ebenfalls 12% Gemeinschaftspraxen (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Einrichtungen des Gesundheitswesens im Überblick am 31.12.2010²¹

	Einrichtungen	Beschäftigte
Krankenhäuser	42	27.642
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	36	3.327
Arztpraxen (einschließlich MVZ)	2.776	.*
Zahnarztpraxen	1.581	.*
Öffentliche Apotheken	583	3.856

* Die kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) und die Landes Zahnärztekammer Thüringen erfasst nicht die Anzahl des Personals in den Praxen.

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, KVT

¹⁹ Laut dem Zwiebelmodell des IAT wird auch der Bereich der Altenpflege zu den stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens gezählt. Dieser Bereich wird im Folgenden nicht betrachtet, da er laut eigener Definition zur Sozialwirtschaft gezählt wird (Ehrlich/Hänel 2011).

²⁰ Im 6. Thüringer Krankenhausplan sind 38 Krankenhäuser erfasst. Das Thüringer Landesamt für Statistik erfasst darüber hinaus vier weitere Krankenhäuser.

²¹ Hinzu kommen noch Praxen sonstiger medizinischer Berufe (Therapeuten, Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Masseur, medizinische Bademeister, Krankengymnasten). Die aber im Folgenden nicht betrachtet werden.

3.4.1 Krankenhäuser

3.4.1.1 Einrichtungen und Trägerschaft

Im Jahr 2010 gab es in Thüringen 38 im Krankenhausplan (KHPL) des Landes erfasste Krankenhäuser²² mit teilweise mehreren Betriebsstätten in verschiedenen Orten, die nach eigener Darstellung insgesamt über ca. 16.000 aufgestellte Betten verfügen. Von diesen 38 Krankenhäusern sind 26 Einrichtungen mit regionalem, intermediären bzw. überregionalem Versorgungsauftrag versehen. Es gibt zwölf Fachkliniken, vier davon für psychiatrische Fachrichtungen, drei Einrichtungen für Geriatrie und drei Häuser für Orthopädie sowie jeweils eine Klinik für Pneumologie und Rheumatologie.

Jeder Landkreis bzw. jede kreisfreie Stadt verfügt über mindestens ein Krankenhaus bzw. eine Betriebsstätte. Als einzige kreisfreie Stadt verfügt Erfurt über zwei Krankenhäuser. Dagegen befinden sich in allen Kreisen bis auf den Saale-Orla-Kreis zwei bis drei Krankenhäuser bzw. deren Betriebsstätten. Durchschnittlich kommen 712,3 Betten auf 100.000 Einwohner in Thüringen.

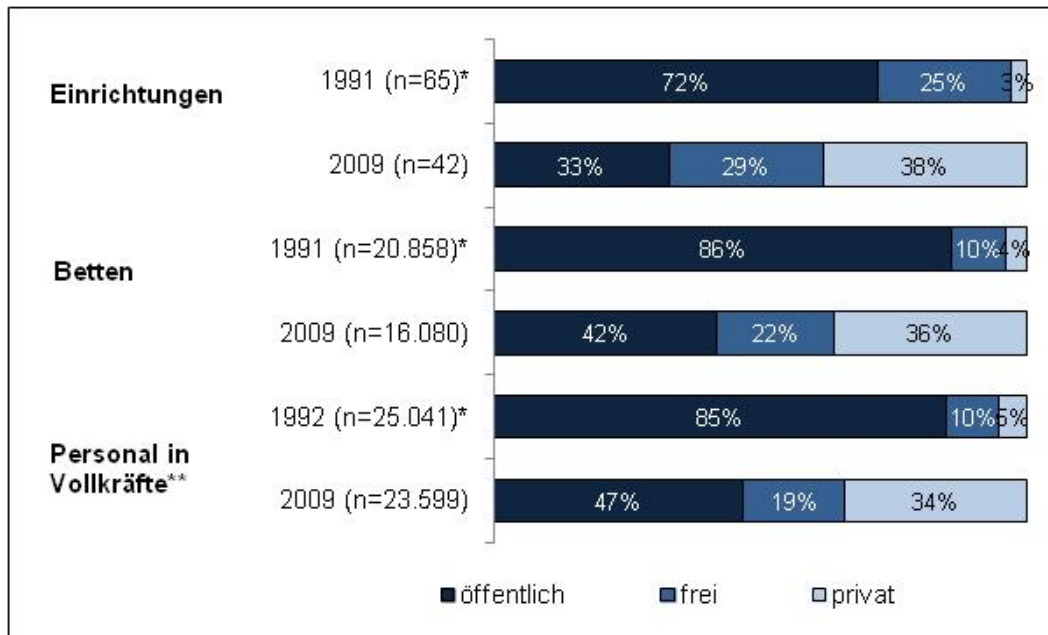
In den neunziger Jahren, als die ostdeutschen Städte und Gemeinden nach der Wiedervereinigung die staatlichen Kliniken übertragen bekamen, kam es zu einer Privatisierung vieler Häuser (vgl. Tab. 7). Während 1991 noch fast drei Viertel der Thüringer (Allgemein-)Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft (47 Einrichtungen) waren, war es 2009 nur noch jede dritte Einrichtung (14 Einrichtungen). Die Zahl an Krankenhäusern in privater Trägerschaft ist bis 2003 kontinuierlich gestiegen. Seit 2004 ist es zu keinen weiteren Privatisierungen gekommen. So waren 2009 38% der Krankenhäuser (16 Einrichtungen) in privater Trägerschaft. Der Anteil der Krankenhäuser in freier Trägerschaft ist seit den neunziger Jahren leicht gestiegen und lag 2009 bei 29% (insgesamt 12 Einrichtungen).²³

Entsprechend ist auch der Anteil an Betten und an Personal in privater Trägerschaft gestiegen. Während 1991/1992 noch 86% der Betten bzw. 85% des Personals in öffentlicher Trägerschaft waren, waren es 2009 nur noch 42% bzw. 47%. Dagegen ist der Anteil der Betten und des Personals in privater Trägerschaft im selben Zeitraum um 32% bzw. 29% deutlich gestiegen. So gehörten 2009 bereits 36% der Betten und 34% der Beschäftigten privaten Einrichtungen. Der Anteil der Betten und des Personals in freier Trägerschaft hat sich seit 1991/1992 jeweils etwa verdoppelt und lag 2009 bei 22% bzw. 19% (vgl. Abb. 14).

²² Zusätzlich gibt es noch private Krankenhäuser und Einrichtungen. Einige Rehabilitationseinrichtungen sind per Vertrag zu Leistungen nach §108 Nr. 3 SGB V gebunden und werden im Krankenhausplan als Vertragskrankenhäuser geführt /Quelle TMSFG, 6. KHPL, Tab. 2 und Abfrage aufgestellte Betten 2010)

²³ Deutschlandweit waren 2009 von den insgesamt 2.084 Krankenhäusern 31% in öffentlicher Trägerschaft, 32% in privater Trägerschaft und 37% in freier Trägerschaft (Quelle: Bundesamt für Statistik). Somit ist die Privatisierung der Krankenhäuser in Thüringen im bundesweiten Vergleich bedingt durch die Wiedervereinigung schneller voran geschritten.

Abb. 14: Krankenhäuser nach Trägerschaften 1991/1992 bis 2009



* bis 2002 wurden die Trägerschaften nur bei den Allgemeinkrankenhäusern erhoben (nicht bei den 4 psychiatrischen Kliniken)

** Das Personal aufgeschlüsselt nach Trägern wird erst seit 1992 für Thüringen erfasst

Quelle: Bundesamt für Statistik

Die Ursachen für die bundesweite Privatisierung sind vor allem auf die Veränderungen des Finanzierungssystems der Krankenhäuser in den neunziger Jahren zurückzuführen. Die weitreichenden Reformen umfassten zum Einen die Einführung einer Budgetdeckung bei den laufenden Ausgaben und zum Anderen die Umstellung der Kostenerstattung auf ein Fallpauschalensystem²⁴. Dazu kam noch die rückläufige Investitionskostenfinanzierung der Länder, die zu einem öffentlichen Investitionsstau in der stationären Versorgung der westlichen Bundesländer geführt hat (vgl. Böhlke/Schulten 2008: 26). In Thüringen wurde die Privatisierung dadurch forciert, dass Krankenhäuser im Rahmen der Vermögenszuordnung teilweise in die Trägerschaft des Landes fielen und dass Kommunen durch die Privatisierung wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser die kommunale Haushaltssituation verbesserten.

Die Neugestaltung des Krankenhauswesens wurde begleitet von einer zunehmenden Öffnung des Marktes und einer umfassenden Restrukturierung und Prozessoptimierung, um im Wettbewerb der privaten, kommunalen und in freigemeinnütziger Trägerschaft befindlichen Einrichtungen bestehen zu können. So wurden verbesserte EDV-Strukturen eingeführt, bautechnische Änderungen vorgenommen, Zuständigkeiten reorganisiert sowie Verantwortlichkeiten neu verteilt, um insgesamt mehr Patienten behandeln zu können (höhere Fallzahlen) und so die Kosten zu optimieren (vgl. Rudolphi 2007). Im Zuge des

²⁴ „Nach dem so genannten DRG-System (Diagnosis Related Groups) erfolgt die Vergütung der Krankenhäuser nicht mehr nach den - zuvor auf Basis von Tagessätzen - berechneten tatsächlichen Kosten des Krankenhauses, sondern nach einer auf einer festgelegten Diagnose beruhenden Fallpauschale“ (Böhlke/Schulten 2008: 25f.).

Wettbewerbs unter den Häusern, ist die Anzahl der Thüringer Krankenhäuser seit 1991 (69 Einrichtungen) um 39% und die Bettenanzahl um 29% gesunken. Vor allem große Krankenhäuser (mehr als 500 Betten) konnten sich in den letzten Jahren durchsetzen. Allein in den fünf größten Krankenhäusern (mehr als 800 Betten) befinden sich knapp ein Drittel der gesamten Betten. Darüber hinaus bewirkten der Effizienzdruck und die Umstellung der Finanzierung von Tagessätzen auf Fallpauschalen kürzere Verweildauern im Krankenhaus (-48%) bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahlen um rund 39% (vgl. Tab. 7).

Tab. 7: Krankenhäuser nach ausgewählten Merkmalen in Thüringen 1991 bis 2010

	1991	2000	2010	Entwicklung 1991 bis 2010
Anzahl der Krankenhäuser (Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken)	69	53	42	-39%
Anzahl der aufgestellten Betten²⁵	22.768	17.593	16.060	-29%
Pflegetage/Belegungstage	6.182.187	5.221.897	4.495.752	-27%
Fallzahlen	402.040	517.961	559.260	+39%
Ø Verweildauer in Tagen	15,4	10,1	8	-48%
Nutzungsgrad	74,4%	81,1%	76,7%	+2,3%

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

3.4.1.2 Beschäftigte

Im Jahr 2010 waren in den Thüringer Krankenhäusern 27.642 Frauen und Männer beschäftigt. Davon waren 4.148 Personen als Ärzte (15%), 10.828 im Pflegedienst (39%) und 12.666 im sonstigen nichtärztlichen Dienst (46%) (darunter 343 Zivildienstleistende) tätig. Im Zeitraum von 1994 bis 2010 stieg die Beschäftigung nach einem zwischenzeitlichen Tiefstand 2005 in den Krankenhäusern um 3% leicht an. Rechnet man allerdings die Beschäftigtenzahlen in Vollzeitäquivalente um, so ist seit 1994 das Personal insgesamt um 6% gesunken.

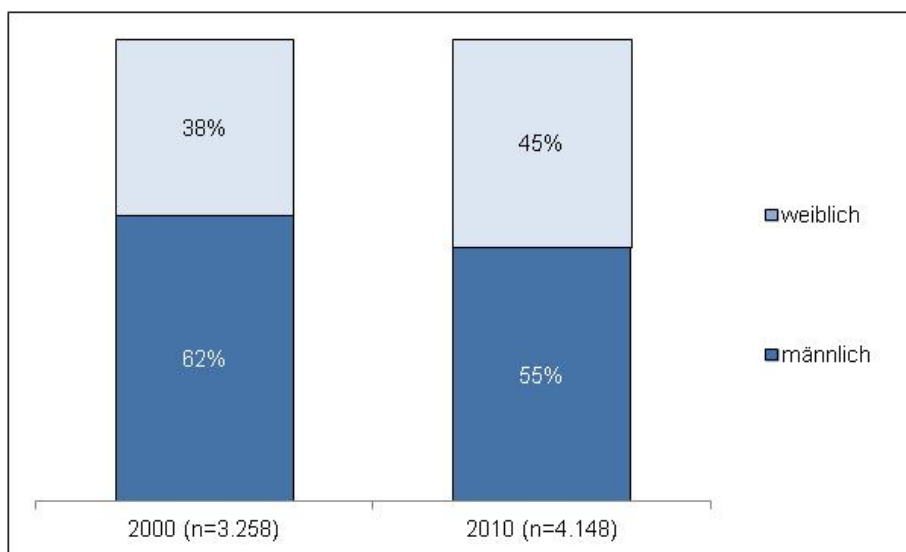
Der Personalarückgang betrifft allerdings nicht die Ärztinnen und Ärzte, da deren Anzahl seit den neunziger Jahren kontinuierlich von rund 2.800 auf 4.150 Ärzte (47% Zunahme) gestiegen ist²⁶. Dabei ist in den letzten zehn Jahren vor allem der Anteil der Frauen an der Ärzteschaft um 7% auf 45% gestiegen. Absolut hat sich die Anzahl der Frauen in diesem Zeitraum um 41% auf 1.855 erhöht und die Anzahl der Männer nur um 6% auf 2.293 (vgl. Abb. 15). Mit dem Zuwachs der weiblichen Beschäftigten im ärztlichen Dienst sind die

²⁵ Die Planbettanzahlen können den jeweiligen Krankenhausplänen des TMSFG entnommen werden.

²⁶ Deutlich mehr Männer als Frauen arbeiteten 2009 in den Bereichen Chirurgie, innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie und in der Urologie. Weibliche Domänen sind vor allem die Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Kinderheilkunde, die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Strahlentherapie.

Arbeitgeber angehalten, verstärkt Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarung von Familie/ Kind und Beruf zu schaffen.

Abb. 15: Ärzte nach Geschlecht 2000 und 2010



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Dagegen ist seit 1994 das nicht ärztliche Personal um 2% gesunken. Die Beschäftigtenzahl im Pflegedienst ist zwar um 5% gestiegen, umgerechnet in Vollzeitkräfte aber um 4% zurückgegangen. Das sonstige nicht ärztliche Personal ist durch das Outsourcing von Funktions- und Tätigkeitsbereichen im Krankenhaus wie Reinigungs- und Küchenbereich an Fremdfirmen, um 7% gesunken (vgl. Tab. 8). Die Zahl an Auszubildenden in den Krankenhäusern ist seit 1994 um 28% von 2.244 auf 1.626 Auszubildende zurückgegangen.

Tab. 8: Hauptamtliche Ärzte und nicht ärztliches Personal (einschließlich Auszubildende) 1994 bis 2010

	1994	2000	2005	2010	Entwicklung 1994 bis 2010
Gesamt	26.830	26.342	25.685	27.642	+3%
Gesamt (Vollzeitkraft)	25.498	24.039	22.740	24.052	-6%
Hauptamtliche Ärzte	2.822	3.258	3.634	4.148	+47%
Pflegedienst	10.340	10.405	10.076	10.828	+5%
Pflegedienst (Vollzeitkraft)	9.742	9.817	8.889	9.308	-4%
Sonstiger nicht ärztlicher Dienst	13.668	12.679	11.975	12.666	-7%
Auszubildende	2.244	1.993	1.622	1.626	-28%

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Der nicht-ärztliche Bereich ist nach wie vor eine Domäne der Frauen. 89% beträgt der Anteil der Frauen im Pflegedienst. Auch in den anderen Berufen des nicht ärztlichen Dienstes mit

Ausnahme des technischen Dienstes (92% Männer) überwiegen die Frauen. Darüber hinaus sind mit Ausnahme des technischen Dienstes über ein Drittel des nicht ärztlichen Personals in Teilzeit tätig oder geringfügig beschäftigt. Unter dem klinischen Personal trifft dies sogar auf vier von fünf Personen (82%) zu (vgl. Tab. 9). 1994 betrug die Quote an Teilzeitbeschäftigten und geringfügig Beschäftigten in Krankenhäusern im nicht-ärztlichen Bereich nur 16% (Quelle: Bundesamt für Statistik).

Tab. 9: Nichtärztliches Personal (einschließlich Auszubildende) in Thüringer Krankenhäusern 2010

	Gesamt	Männlich	Weiblich	Davon Teilzeit-/ geringfügig Beschäftigte
Nichtärztliches Personal gesamt	23.494	16%	84%	38%
Pflegedienst	10.828	11%	89%	37%
davon Krankenschwestern/-pfleger	9.038	11%	89%	36%
davon Krankenpflegehelfer	382	17%	83%	47%
Medizinisch-technischer Dienst²⁷	4.543	11%	89%	41%
Funktionsdienst²⁸	3.407	12%	88%	41%
Klinisches Hauspersonal	336	4%	96%	82%
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1.185	38%	62%	47%
Technischer Dienst	493	91%	9%	19%
Verwaltungsdienst	1.857	20%	80%	33%
Auszubildende	1.626	21%	79%	-

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Der Personalrückgang im nichtärztlichen Dienst ist gleichzeitig mit einem Anstieg an Fallzahlen und einer Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer einhergegangen, was in den letzten Jahren zu einer erheblichen Intensivierung der Arbeit bzw. zu einem erhöhten Arbeitsaufwand²⁹ geführt hat. Während 2002 auf eine Pflegekraft 56,7 vollstationäre Fälle kamen, waren es 2010 bereits 60,1 (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik).³⁰ Dieser zunehmend schlechtere Betreuungsschlüssel führt zum Einen zu einer erhöhten Unzufriedenheit der Patienten³¹ und zum Anderen zu erhöhten Belastungen beim Personal. So haben laut dem Krankenpflegereport von 2005, erstellt von der DAK (Deutsche

²⁷ Unter den medizinischen-technischen Dienst werden u.a. medizinisch-technische Assistenten, Apothekenpersonal, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Psychologen und Psychotherapeuten gefasst.

²⁸ Der Funktionsdienst umfasst u.a. Personal im Operationsdienst, in der Anästhesie, in der Funktionsdiagnostik, Endoskopie, Ambulanz, Polikliniken; Hebammen und den Krankentransportdienst.

²⁹ Mit steigendem Alter der Patienten und der damit verbundenen Multimorbidität steigt der Umfang pflegerischer Leistungen pro Fall (vgl. Bartholomeyczik 2007).

³⁰ Bei den Ärzten hat sich die Zahl etwas reduziert, während 2002 168,2 vollstationäre Fälle auf einen Arzt kamen waren es 2010 nur 144 (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik).

³¹ Der Zeitdruck der Pflegekräfte führt dazu, dass patientennahe Tätigkeiten sowie die Kommunikation mit den Patienten abgenommen haben (vgl. Galatsch et al. 2007).

Angestellten Krankenkasse) und der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege), sowohl die Aufgabenvielfalt und entsprechend der Weiterbildungsbedarf im Krankenhauswesen zugenommen als auch die Arbeitsbelastungen, insbesondere das Arbeitstempo, der Leistungsdruck sowie die Sorgen um den Arbeitsplatz. Darüber hinaus sind Pflegekräfte überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen und sehr unzufrieden mit ihren Beteiligungs- und Mitsprachemöglichkeiten (DAK 2005: 9)³².

3.4.1.3 Kosten

Die Kosten der Krankenhäuser setzen sich 2009 zu 61% aus Personal- und zu 38% aus Sachkosten zusammen. 1% der Kosten umfassen u. a. Zinsen und Steuern. Die Kostenanteile variieren stark nach Trägern. Der Personalkostenanteil in privaten Krankenhäusern beträgt nur 58%, während er in den freigemeinnützigen bei 60% und in den öffentlichen Krankenhäusern bei 63% liegt. Den höchsten Sachkostenanteil mit 40% verzeichnen die privaten Krankenhäuser, während er in den freigemeinnützigen bei 38% und in den öffentlichen Krankenhäusern bei 36% liegt (Quelle: Bundesamt für Statistik 2009). Insgesamt haben sich die Kosten der Thüringer Krankenhäuser zwischen 1995 und 2009 um 64% erhöht und betragen 2009 rund 2,1 Mrd. Euro (vgl. Tab. 10).

Tab. 10: Entwicklung der Gesamtkosten der Krankenhäuser in Thüringen 1995 bis 2009, in 1.000 Euro

	1995	2009	Entwicklung 1995 bis 2009
Gesamtkosten (ohne Abzüge)	1.281.536	2.098.728	+64%
Personalkosten	807.693	1.273.631	+58%
Sachkosten	471.097	790.160	+68%
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	2.073	9.894	+377%
Steuern³³	-	2.994	-
Ausbildungsstätten	673	3.599	+435%
Aufwendungen für den Ausbildungsfond³⁴	-	18.450	-
Bereinigte Kosten (nach Abzügen)	1.235.155	1.910.245	+55%

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Die Kosten je Bett und die Kosten je Berechnungs- und Behandlungstag haben sich im Zeitraum von 1995 bis 2009 fast verdoppelt und die Kosten je Behandlungsfall um 26% erhöht (vgl. Tab. 11). Dabei variieren die Behandlungskosten je Fall wiederum stark nach Trägern. Die Kosten pro Behandlungsfall sind in den freien und privaten Krankenhäusern

³² Im Rahmen der Studie wurden 1.300 Krankenschwestern und -pfleger befragt. Der Report wurde mit Unterstützung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) erstellt.

³³ Steuern werden seit 2002 von der Statistik erfasst.

³⁴ Krankenhäuser zahlen seit 2008 in den Ausbildungsfond ein.

deutlich geringer als in den öffentlichen Krankenhäusern. Während der Personalkostenanteil je Behandlungsfall in den privaten 58% und in den freien Krankenhäusern 60% der Kosten je Behandlungsfall ausmacht, liegt er in den öffentlichen Krankenhäusern mit 63% deutlich höher. Der Sachkostenanteil je Behandlungsfall ist bei den privaten Krankenhäusern am höchsten auf Grund der hochwertigen technischen Ausstattung (vgl. Tab. 12).

Tab. 11: Bereinigte Kosten je Bett/Belegungstag/Behandlungsfall

	1995	2009	Entwicklung 1995 bis 2009
Bereinigte Kosten je Bett	64.688 €	118.796 €	+84%
Bereinigte Kosten je Belegungstag	228 €	419 €	+84%
Bereinigte Kosten je Behandlungsfall*	2.713 €	3.423 €	+26%

*ab 2005 Fallzahl einschließlich gesunder Neugeborener

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Tab. 12: Kosten je Behandlungsfall nach Trägern 2009 (nicht bereinigt)

	Thüringen	öffentlich	frei	privat
Gesamt	3.761 €	4.032 €	3.315 €	3.696 €
Personalkosten	61%	63%	60%	58%
Sachkosten	38%	36%	38%	40%
Sonstige Kosten	1%	1%	2%	2%

Quelle: Bundesamt für Statistik

Insgesamt sind die Personalkosten im Zeitraum von 1995 bis 2009 um 58% gestiegen, allerdings variiert dies stark nach den Beschäftigtengruppen (vgl. Tab. 13).

Tab. 13: Entwicklung der Personalkosten nach Diensten 1995 bis 2009, in 1.000 Euro

	1995	2000	2005	2009	Entwicklung 1995 bis 2009
Personalkosten	807.693	913.758	1.107.502	1.273.631	+58%
davon ärztlicher Dienst	179.911	218.404	293.173	385.302	+114%
davon Pflegedienst	304.899	351.439	364.726	401.742	+32%
davon medizinisch-technischer Dienst	102.962	114.188	161.115	182.875	+78%
davon Funktionsdienst	68.898	83.096	104.645	123.308	+79%
davon klinisches Hauspersonal	17.770	13.011	9.832	7.288	-59%
davon Wirtschafts- und Versorgungsdienst	41.837	38.581	36.247	36.233	-13%
davon Verwaltungsdienst	52.810	58.514	74.072	80.127	+52%

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Während im ärztlichen Dienst die Kosten um 114% gestiegen sind, stiegen die Kosten im Pflegedienst „nur“ um 32%. Deutlich sind die Kosten auch im medizinisch-technischen Dienst, im Funktionsdienst sowie im Verwaltungsdienst gestiegen. Starke Kürzungen gab es in Folge von Rationalisierungs- und Einsparmaßnahmen dagegen im Bereich klinisches Hauspersonal (-59%) und Wirtschafts- und Versorgungsdienst (-13%).

Neben den generellen Einsparungen im Personalbereich durch das Outsourcing von Teilbereichen der Krankenhäuser kommt es im Zuge der Privatisierung auch zu einer zunehmenden Lohnspreizung zwischen den einzelnen Beschäftigtengruppen³⁵. In Thüringen sind diese Entwicklungen besonders stark ausgeprägt. So liegen die Personalkosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst und damit die Löhne über dem bundesweiten Durchschnitt, wobei die Personalkosten pro Arzt in privaten und freien Krankenhäusern höher sind als in den öffentlichen Krankenhäusern in Thüringen. Dagegen liegen die Personalkosten je Vollkraft in den Pflegediensten in Thüringen deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt. Nur noch in Sachsen (43.702 Euro) und Sachsen-Anhalt (43.565 Euro) sind die Personalkosten im Pflegedienst geringer als in Thüringen. Darüber hinaus sind die Personalkosten pro Pflegekraft in privaten Krankenhäusern 2.000 Euro geringer als in den öffentlichen und freien Krankenhäusern in Thüringen.

Auch in den anderen Bereichen des nichtärztlichen Dienstes bis auf den medizinisch-technischen Dienst liegen die Personalkosten in Thüringen unter dem bundesweiten Durchschnitt, wobei die öffentlichen Thüringer Krankenhäuser deutlich höhere Personalkosten aufweisen als die freien und privaten Krankenhäuser. Die privaten Krankenhäuser haben wiederum im nichtärztlichen Dienst noch deutlich geringere Personalkosten als die freien Träger (vgl. Tab. 14).

Die Bemühungen vergleichbare Tarifstandards durchzusetzen, die sich an den Regelungen der öffentlichen Krankenhäuser orientieren, wird durch die staatliche Deckelung des Krankenhausbudgets erschwert, da somit an anderer Stelle Einsparungen notwendig wären (vgl. Böhlke/Schulten 2008: 27).

Die Sachkosten, welche allein zu 50% in den medizinischen Bedarf und zu 12% in die pflegesatzfähige Instandhaltung der Krankenhäuser hineinfließen, sind im Zeitraum von 1995 bis 2009 um 68% gestiegen. Dabei haben sich die Kosten für Wasser, Energie und Brennstoffe, den medizinischen Bedarf und die Verwaltung fast verdoppelt. Auch die Kosten für Lebensmittel und bezogene Dienstleistungen sowie Versicherungen und sonstige Abgaben sind deutlich gestiegen (vgl. Tab. 15).

³⁵ „In der Regel kündigen die privaten Häuser die Bindung an die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes auf und schließen eigene Haus- und Konzerntarifverträge ab“ (Böhlke/Schulten 2008: 26).

Tab. 14: Personalkosten je Vollkraft nach Berufen und Trägern 2009

	Deutschland	Thüringen	Thüringen nach Trägern		
			öffentlich	frei	privat
Ärztliche Dienst	99.434	101.219	100.205	102.965	101.713
Pflegedienst	48.757	43.980	44.643	44.802	42.771
Medizinischer Dienst	48.114	48.888	55.368	43.684	41.526
Funktionsdienst	49.441	43.239	43.954	42.911	42.418
klinisches Hauspersonal	31.618	28.900	28.617	29.755	27.809
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	37.326	34.507	34.095	35.181	34.855
Technischer Dienst	49.104	47.997	51.905	45.465	40.938

Quelle: Bundesamt für Statistik

Tab. 15: Entwicklung der Sachkosten 1995 bis 2009, in 1.000 Euro

	1995	2009	Entwicklung 1995 bis 2009
Sachkosten	471.097	790.160	+68%
davon Lebensmittel und bezogene Leistungen	28.434	46.654	+64%
davon medizinischer Bedarf	229.629	392.317	+71%
davon Wasser, Energie und Brennstoffe	32.022	58.295	+82%
davon Wirtschaftsbedarf	52.741	66.355	+26%
davon Verwaltungsbedarf	26.128	47.333	+81%
davon Zentraler Verwaltungsdienst	936	13.443	+1.336%
davon sonstige Abgaben, Versicherungen	13.337	21.396	+60%
davon Pflegesatzfähige Instandhaltung	63.248	93.642	+48%

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Die Ausstattung der Kliniken mit medizinisch-technischen Großgeräten hat sich im Zeitraum von 2002 bis 2009 um 33% erhöht. Dabei wurden vor allem die koronarangiographischen Arbeitsplätze (Linksherzkatheter-Messplätze) von 12 auf 28 Plätze ausgebaut. Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren 2010 die häufigste Todesursache (43%) in Thüringen (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik).

3.4.1.4 Zukünftige Entwicklungen

Die KPMG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft prognostiziert hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der Krankenhäuser u.a. folgende Trends: der Wettbewerb unter den Krankenhäusern wird zunehmen und letztlich wird sich die Zahl der Einrichtungen weiter verringern, wobei Wirtschaftlichkeit und ein gutes Qualitätsmanagement entscheidende Faktoren für die Zukunftsfähigkeit sind. Die Bevölkerungsentwicklung wird Auswirkungen auf das künftige Leistungsspektrum der Krankenhäuser haben. Außerdem wird es zu weiteren erheblichen Kostensteigerungen im Bereich Sachkosten und Personal kommen, was die Frage nach der Entwicklung der Refinanzierung aufwirft. Darüber hinaus werden neben den fälligen Investitionen gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte immer wichtiger, um auch zukünftig wettbewerbsfähig zu bleiben. Eine notwendige Effizienzsteigerung der Kliniken kann durch eine Prozessoptimierung erreicht werden, die jedoch von einer leistungsorientierten Vergütung flankiert werden muss (vgl. Penter/ Arnold 2009).

Der Krankenhaustrend 2009 von Steria Mummert Consulting AG fasst die wichtigsten Befunde einer Onlinebefragung von 129 Fach- und Führungskräften aus den Jahren 2008/2009 zusammen. Für die Zukunft sehen die Befragten vor allem Handlungsbedarf im Bereich Personalmanagement, Marketing- und Kundenbindung, Kooperationen und Fusionen mit anderen Kliniken, in einer Zunahme ambulanter Behandlungsmethoden sowie in der Schaffung medizinischer Versorgungszentren. Darüber hinaus gelten die Kosten als auch die Organisationsentwicklung als Dauerhandlungsfelder (vgl. Dreyer 2009).

3.4.2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen³⁶

3.4.2.1 Einrichtungen

Im Jahr 2010 gab es in Thüringen 36 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 6.099 aufgestellten Betten. Insgesamt ist die Zahl der Einrichtungen in den neunziger Jahren kontinuierlich gestiegen. 2000 war dann der Höhepunkt erreicht (41 Einrichtungen). Danach ist dann die Zahl der Einrichtungen (-12%) und die Anzahl der Betten (-3%) wieder etwas gesunken. Es herrscht hier wie im Krankenhauswesen ein großer Wettbewerb, wo sich vor allem die großen Einrichtungen in den letzten Jahren durchgesetzt haben (vgl. Tab. 16). Während 1991 nur 7% der Einrichtungen 200 und mehr Betten hatten, waren es 2010 bereits 39% der Einrichtungen. Gleichzeitig ist der Anteil an Einrichtungen mit maximal 99 Betten in diesem Zeitraum deutlich zurückgegangen (- 43%).

Der Wettbewerb unter den Einrichtungen und der Zwang zur Wirtschaftlichkeit spiegelt sich auch in dem deutlich höherem Nutzungsgrad im Vergleich zu 2000 (Zunahme 7,4%) wider

³⁶ Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, welche im folgenden Kapitel erfasst werden, sind Einrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V).

und der im Vergleich zu den neunziger Jahren geringeren Verweildauer der Patienten (26,3 Tage), obwohl die durchschnittliche Verweildauer in Tagen seit 2000 wieder leicht gestiegen ist, was natürlich auch mit der Art der Behandlungen zusammen hängt (vgl. Tab. 17). Insgesamt wurden 2010 66.055 Patienten behandelt (3% weniger als 2000).

Tab. 16: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Anzahl der Betten 1991 und 2010

	Einrichtungen	unter 100 Betten	100 bis 200 Betten	200 und mehr Betten	aufgestellte Betten insgesamt
1991	32	68%	25%	7%	2.577
2010	36	25%	36%	39%	6.099

Quelle: Bundesamt für Statistik, Thüringer Landesamt für Statistik

Tab. 17: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach ausgewählten Merkmalen 1991 bis 2010

	1991	2000	2010	Entwicklung 2000 - 2010
Anzahl der Einrichtungen	32	41	36	-12%
Anzahl der aufgestellten Betten	2.577	6.809	6.099	-10%
Anzahl der Betten je 100.000 EW	99,0	279,0	272,1	-2%
Fallzahlen	19.943	68.051	66.055	-3%
Pflegetage	648.207	1.761.039	1.738.595	-1%
Ø Verweildauer in Tagen	32,5	25,9	26,3	+2%
Nutzungsgrad	68,9	70,7	78,1	+7,4

Quelle: Bundesamt für Statistik, Thüringer Landesamt für Statistik

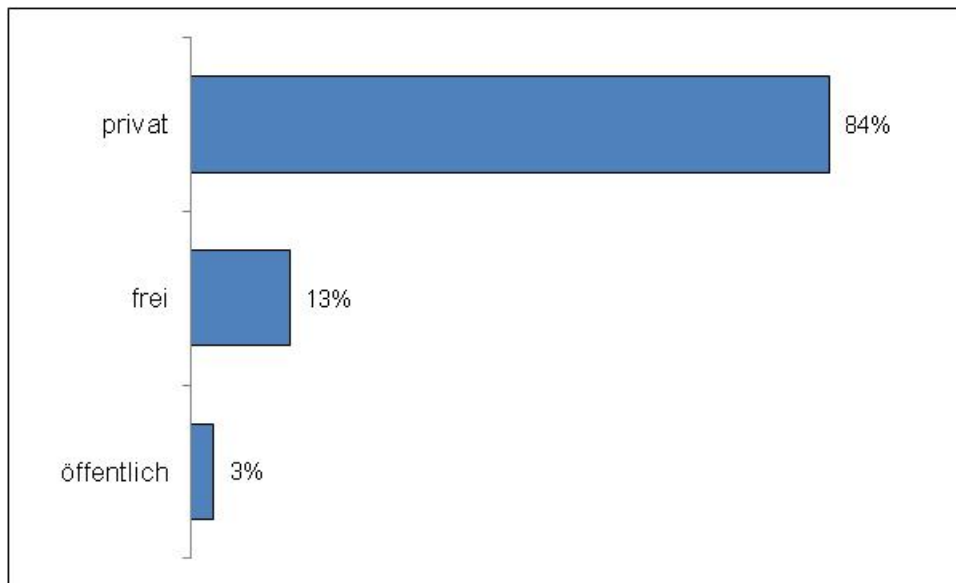
2010 gab es 272,1 Betten auf 100.000 Einwohner. So hat sich die Anzahl an Betten auf 100.000 Einwohner seit den neunziger Jahren fast verdreifacht und seit 2000 nur geringfügig verringert (vgl. Tab. 17). Insgesamt sieht die kassenärztliche Vereinigung Thüringen die Versorgung mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kurz- und mittelfristig als gesichert an.

Die Einrichtungen zur Vorsorge und Rehabilitation befinden sich mit einer Ausnahme (Stadt Weimar) ausschließlich in den Thüringer Landkreisen³⁷. Allein 7 Einrichtungen (26% der Betten) befinden sich im Wartburgkreis, jeweils 4 Einrichtungen im Weimarer Land und Hildburghausen und jeweils 3 Einrichtungen im Eichsfeld, Saalfeld-Rudolstadt und Saale-Holzland-Kreis (Quelle Thüringer Landesamt für Statistik). Häufig sind natürliche Ressourcen (Mineralquellen und Gase) und gewachsene Strukturen Grund für die Ansiedelung von Rehabilitationseinrichtungen.

³⁷ Nur in den Landkreisen Greiz, Schmalkalden-Meiningen, Ilm-Kreis, Altenburger Land und Sömmerda befindet sich keine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung.

72% der Einrichtungen befinden sich in privater Trägerschaft, 25% in freigemeinnütziger Trägerschaft und 3% bzw. 1 Einrichtung in öffentlicher Trägerschaft. In Hinblick auf die Verteilung der Betten nach Trägern wird die Dominanz der Privaten sogar noch deutlicher. So verfügen die privaten Einrichtungen über 84% der aufgestellten Betten und die Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft über 13% der Betten (vgl. Abb. 16). „Die Dominanz der privaten Träger basiert zunächst auf deren Ausstattung mit erforderlichlichem Kapital, um weiterhin für eine entsprechende Logistik innerhalb der Einrichtungen sorgen zu können. Darüber hinaus ist ein gesondertes know how gefragt, um in diesem Feld bestehen zu können“, so der Tenor eines Gespräches mit einem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen.

Abb. 16: Betten nach Träger 2009, n=6.076



Quelle: Bundesamt für Statistik

Die mit Abstand meisten Patienten (39%) wurden 2009 in der Orthopädie behandelt. Mehr als jeder vierte Patient (28%) konnte der Abteilung Innere Medizin zugeordnet werden und jeder zehnte Fall wurde in der neurologischen Fachabteilung behandelt (11%).

3.4.2.2 Beschäftigte

Ende 2010 waren 3.327 Männer und Frauen in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt: 296 Ärzte, davon 52% Frauen, sowie 3.031 Personen im nichtärztlichen Dienst. Insgesamt ist das Personal seit 2000 um 7% geschrumpft, wobei nur im nichtärztlichen Bereich Rückgänge zu verzeichnen sind und dort vor allem in den Bereichen Pflegedienst und sonstiger nicht ärztlicher Dienst (vgl. Tab. 18). 2010 waren 117 Auszubildende in den Einrichtungen tätig, so dass sich seit 2000 (89 Auszubildende) die Zahl der Auszubildenden um 31% erhöht hat.

Tab. 18: Ärzte und nicht ärztliches Personal (einschließlich Auszubildende) 2000 bis 2010

	2000	2010	Entwicklung 2000 bis 2010
Gesamt	3.565	3.327	-7%
Ärzte (ohne Honorar- und Belegärzte)	298	296	-1%
Nichtärztliches Personal	3.267	3.031	-7%
Pflegedienst	823	752	-9%
Medizinischer Dienst	925	957	+3%
Funktionsdienst	189	224	+19%
sonstiger nicht ärztlicher Dienst	1.330	1.098	-17%
Auszubildende	89	117	+31%

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Wie im Krankenhauswesen ist das nicht ärztliche Personal in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen überwiegend weiblich und auch der Anteil der Beschäftigten, die geringfügig bzw. teilzeitbeschäftigt sind, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Während im Jahr 2000 23% des nichtärztlichen Personals teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigt waren, waren es 2010 bereits 36%. Auch hier ist im Bereich klinisches Hauspersonal der Anteil an Teilzeitbeschäftigten und geringfügig Beschäftigten mit 71% am höchsten. Im Pflegedienst liegt der Anteil zwar mit 29% unter dem Durchschnitt. Trotz allem ist er auch seit 2000 um 12% gestiegen (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik).

Die Belastungszahl des Pflegedienstes nach stationären Fällen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen betrug 2002 88,7 Fälle pro Person und ist im Jahr 2010 auf 94,4 Fälle gestiegen (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik). Dies lässt darauf schließen, dass im Pflegedienst die Beschäftigungsbedingungen prekärer geworden und die Arbeitsbelastungen (erhöhte Fallzahlen pro Person) gestiegen sind (vgl. Kap. 3.4.1.2).

3.4.3 Vertragsärztliche Versorgung

3.4.3.1 An der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach Fachgebieten

Die nachfolgende Aufstellung (vgl. Tab. 19) gibt einen Überblick über die Anzahl der an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte entsprechend ihres Tätigkeitsumfanges (Vollbeschäftigteneinheit –VbE).

Die Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) geht 2011 von 3.538 Ärzten (einschließlich der Ärzte in medizinischen Versorgungszentren und angestellten Ärzte ohne Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs) aus. Von diesen sind 41% älter als 54 Jahre bzw. 12% 65 Jahre und älter. Diese Entwicklung trifft insbesondere die Bereiche der Kinderärzte, Hausärzte und Augenärzte. Hier liegt der Anteil der 60 Jährigen und älter bei 24% und mehr. Der Anteil der über 65 Jährigen liegt bei allen drei Gruppen deutlich über dem bundesweiten

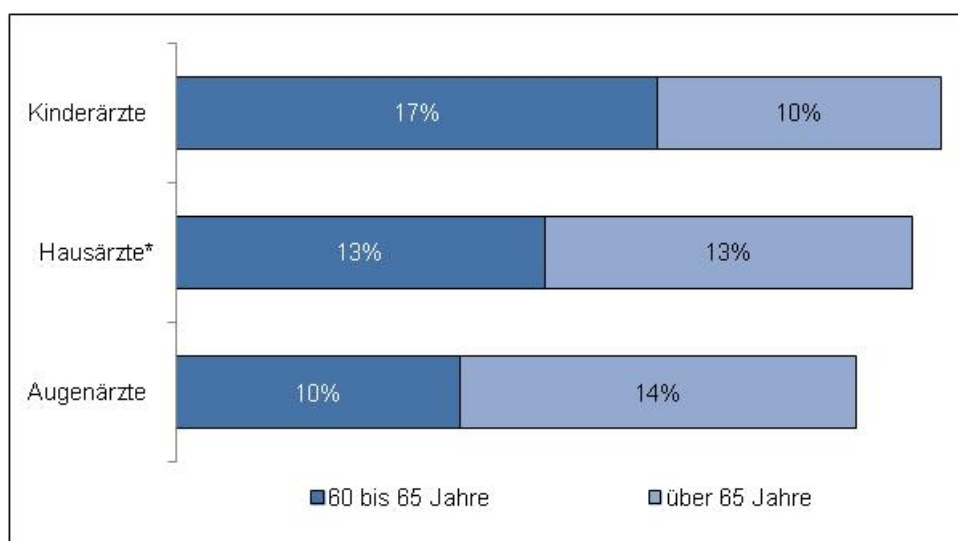
Durchschnitt. Bei den Augenärzten sind 14% der Ärzte in Thüringen über 65 Jahre alt, bundesweit betrifft dies nur 5% der Augenärzte bzw. liegt der Anteil auch in den anderen neuen Bundesländern unter 10%. Bei den Hausärzten liegt der bundesweite Anteil der über 65 Jährigen bei 7% und in Sachsen, Brandenburg, in Sachsen-Anhalt sowie in Thüringen zwischen 12% und 13%. Im Hinblick auf die Kinderärzte ist der Anteil der über 65 Jährigen Ärzte (10%) nur noch in Sachsen und Sachsen-Anhalt höher als in Thüringen (vgl. Abb. 17).

Tab. 19: In der Versorgungsgradfeststellung berücksichtigte Vertragsärzte sowie angestellte Ärzte, entsprechend ihres Tätigkeitsumfanges dargestellt nach VbE nach Fachgebieten 2004 und 2010

	2004	2010
Ärzte gesamt	3111,6	3055,3
davon:		
Hausärzte	1585,5	1489,75
Chirurgie	110	118,5
Innere Medizin	199	217,5
Frauenheilkunde- und Geburtshilfe	263	264,25
HNO-Heilkunde	111	106,5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	94,5	91,5
Kinder- und Jugendmedizin	182,5	166
Orthopädie	128	134,5
Radiologie	65,5	71,5
Augenheilkunde	157	149,5
Urologie	70	71,5

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Abb. 17: Altersstruktur der Vertragsärzte am 31.12.2009



* Allgemeinärzte, praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte

Quelle: Bundesarztregister zum 31.12.2009 (Klose/Rehbein 2011)

3.4.3.2 Hausärzte

Derzeit sind in Thüringen 1.466,25 Personalstellen für Hausärzte in der ambulanten medizinischen Versorgung besetzt (Stand:15.11.2011). Der Versorgungsgrad mit Hausärzten variiert allerdings stark nach Regionen. Während Jena und Weimar/Weimarer Land die einzigen Regionen in Thüringen sind, in denen der hausärztliche Versorgungsgrad über 110% liegt und damit dieser Bezirk gesperrt ist und sich kein Hausarzt mehr niederlassen kann, fehlt in einigen Landkreisen schon jetzt eine Vielzahl von Hausärzten (vgl. Tab. 20).

Tab. 20: Hausärztlicher Versorgungsgrad in Thüringen nach Regionen, Stand 23.08.2011

Region	Anzahl der Ärzte	Versorgungsgrad in %
Weimar/Weimarer Land	100,50	111,0
Jena	74,0	110,9
Sonneberg	48,3	107,0
Saalfeld-Rudolstadt	81,0	99,6
Saale-Orla-Kreis	59,0	99,1
Saale-Holzland-Kreis	57,0	98,2
Unstrut-Hainich-Kreis	77,25	97,8
Eisenach/Wartburgkreis	120,75	94,7
Erfurt	131,0	94,7
Eichsfeld	70,5	94,3
Gera	66,5	92,9
Schmalkalden-Meiningen	117,5	92,9
Kyffhäuserkreis	56	90,6
Sömmerda	43,5	90,5
Ilm-Kreis	66,0	87,3
Altenburger Land	58,5	85,3
Gotha	77,5	85,1
Nordhausen	56,25	84,3
Hildburghausen	41,0	83,3
Greiz	61,5	82,4

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Von der KVT wird die zukünftige Versorgungslage mit Hausärzten in Thüringen als kritisch betrachtet. Wie die Altersstruktur zeigt (vgl. Abb. 17), wird eine relativ große Zahl an älteren Ärzten in den nächsten Jahren in Rente gehen und einen Praxisnachfolger suchen, was sich gerade in ländlichen Regionen als schwierig erweist. Jedoch muss nicht in allen Regionen, insbesondere in den überversorgten Städten und Kreisen, jeder frei werdende Arztsitz auch

wieder besetzt werden. Kritisch stellt sich die Lage allerdings in den Regionen dar, in denen ungünstige Faktoren kumulieren: niedriger ärztlicher Versorgungsgrad, hoher Altersanteil bei den Ärzten und Schwierigkeiten mit der Wiederbesetzung (aufgrund regionaler Gegebenheiten)“ (Klose/Rehbein 2011: 110).

Zur Abwendung von drohender Unterversorgung haben sich die KVT und die Thüringer Krankenkassen darauf geeinigt, in von Unterversorgung bedrohten Gebieten „jeweils eine Praxisneugründung und Praxisübernahme von Hausärzten mit einer Investitionskostenpauschale in Höhe von 60.000 € sowie die Gründung von hausärztlichen Zweigpraxen mit bis zu 15.000 € zu fördern. Ebenso erhalten ältere Ärzte 1.500 € pro Quartal, die über das durchschnittliche Abgabalter hinaus in einem nennenswerten Umfang weiter tätig sind“³⁸. Darüber hinaus wurde 2010 die sogenannte Blockweiterbildung Allgemeinmedizin von den ärztlichen Körperschaften in Thüringen entwickelt, damit junge Ärzte auf dem Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin eine maßgeschneiderte Weiterbildung durchlaufen können (KVT 2011b). Zudem haben die KVT und das TMSFG eine „Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen“ gegründet, welche u. a. jene Ärzte in der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner durch Stipendien fördert, die sich im Anschluss an die Weiterbildung in Thüringen niederlassen wollen (Quelle: TMSFG).

3.4.4 Zahnärzte

In Thüringen waren im Jahr 2010 über 2.074 Zahnärzte tätig, davon waren 55% Frauen. Die Zahl der Zahnärzte in Thüringen hat sich seit den neunziger Jahren nur leicht verringert (-2,6%). So gab es 1996 2.129 Zahnärzte (Höchststand) und nach dem Tiefstand 2009 (2.027) wuchs die Zahl an Zahnärzten wieder auf 2.074 an.

Insgesamt hat sich die Versorgung (gemessen an der Zahl der Einwohner je Zahnarzt) in Folge des Rückgangs der Thüringer Bevölkerung von 1.170 Einwohner je Zahnarzt (1996) auf 1.078 Einwohner je Zahnarzt (2010) leicht erhöht. Der höchste Versorgungsgrad liegt für die Stadt Jena vor. Dort entfallen 637 Einwohner auf einen Zahnarzt. Am niedrigsten ist die Versorgung im Landkreis Hildburghausen. Dort entfallen 1.457 Einwohner auf einen Zahnarzt. Generell ist die Versorgungslage in allen kreisfreien Städten überdurchschnittlich hoch (vgl. Tab. 21).

³⁸ Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT): Rundschreiben 8/ 2011: 7

Tab. 21: Einwohner je Zahnarzt, Stand 31.12.2010

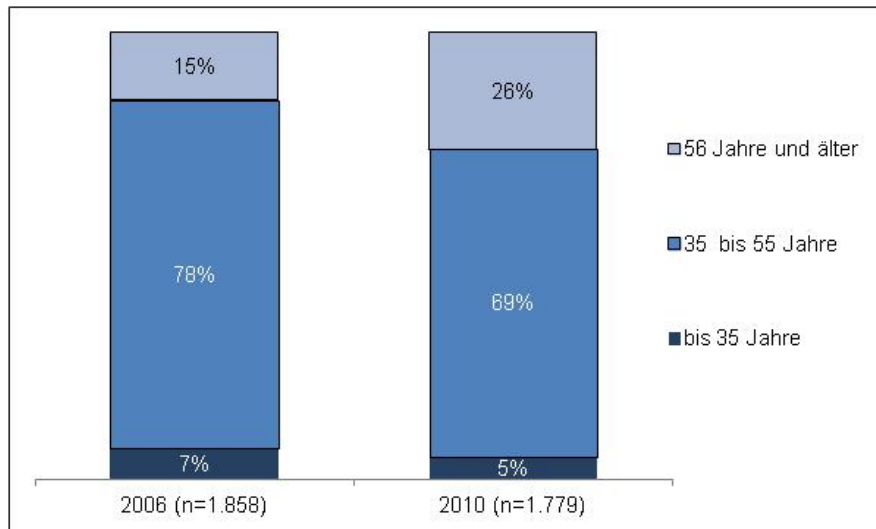
	Anzahl der Zahnärzte	Einwohner je Zahnarzt
Thüringen	2.074	1.078
Stadt Jena	165	637
Stadt Suhl	50	776
Stadt Erfurt	248	827
Stadt Weimar	75	873
Stadt Gera	99	1.003
Stadt Eisenach	41	1.043
Gotha	130	1.062
Sonneberg	55	1.090
Schmalkalden-Meiningen	114	1.140
Unstrut-Hainich-Kreis	94	1.157
Kyffhäuserkreis	70	1.164
Saalfeld-Rudolstadt	100	1.168
Ilm-Kreis	96	1.170
Nordhausen	76	1.184
Greiz	90	1.195
Altenburger Land	80	1.235
Eichsfeld	84	1.252
Saale-Orla-Kreis	70	1.254
Wartburgkreis	103	1.268
Saale-Holzland-Kreis	68	1.277
Weimarer Land	65	1.303
Sömmerda	55	1.325
Hildburghausen	46	1.457

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Analog zu den niedergelassenen Ärzten, wenn auch noch nicht in entsprechender Dimension, ist eine Altersverschiebung der praktizierenden Zahnärzte im Zeitraum von 2006 bis 2010 feststellbar. Seit 2006 hat sich der Anteil der Zahnärzte, die über 55 Jahre alt sind, von 15% auf 26% erhöht. Entsprechend ist der Anteil der Zahnärzte der Altersgruppe 35 bis 55 Jahre um 9% bzw. der Anteil der Zahnärzte bis 35 Jahre um 2% gesunken (vgl. Abb. 18).

Laut Kassenzahnärztlicher Vereinigung Thüringen (2011) hat der Versorgungsgrad bei den Zahnärzten bislang noch keine kritische Dimension erreicht.

Abb. 18: Altersstruktur der niedergelassenen Vertragszahnärzte 2000 und 2010



Quelle: eigene Berechnungen, Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

3.4.5 Apotheken

3.4.5.1 Einrichtungen

Im Bereich des Apothekenwesens unterscheidet man öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken (nichtöffentliche Apotheken). Bei den öffentlichen Apotheken gibt es Einzelapotheken, Hauptapotheken, Zweigapotheken und Filialapotheken. Eine Betriebserlaubnis kann ein Apotheker für bis zu vier Apotheken erhalten. Einzel-, Haupt- oder Filialapotheken sind hinsichtlich ihrer Ausstattung und Leistungsfähigkeit per Gesetz gleich. Bei einem Filialverbund wird eine Apotheke als Hauptapotheke bezeichnet. Dies ist eine Vorgabe des Gesetzgebers zur Bindung des Apothekenleiters an eine bestimmte Apotheke des Verbundes. Zweigapotheken sind gesondert zu betrachten. Hier hat der Gesetzgeber klare Vorgaben für die Erlaubniserteilung (vgl. § 16 ApoG i.V.m. § 4 Abs. 3 ApBetrO) mit Versorgungsnotstand und die reduzierten Anforderungen an die räumliche Ausstattung bei Verwaltung der Zweigapotheke vorgegeben. Eine Apotheke versorgt durchschnittlich circa 4.000 Einwohner in Thüringen (Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen (2010): Thüringer Apotheken. Die Gesundheitsspezialisten: 7). Seit 1991 ist die Zahl der öffentlichen Apotheken von 347 auf aktuell 583 gestiegen (Zuwachs um 68%), wobei bis 2000 (541 öffentliche Apotheken) das stärkste Wachstum zu verzeichnen war (Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen).

2004 gab es einige gesetzliche Änderungen. So können seit dem 1. Januar 2004 in Deutschland die Apothekeninhaber neben ihrer Hauptapotheke bis zu drei weitere öffentliche Apotheken (sogenannte Filialapotheken) betreiben (vgl. ApoG). Darüber hinaus ist seit 2004 der Arzneimittelversandhandel in Deutschland auf eine rechtliche Grundlage gestellt worden, die es Apotheken ermöglicht, auch apothekenpflichtige und verschreibungspflichtige

Medikamente bundesweit zu versenden. Gleichzeitig entfiel die Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (vgl. AMG und ApoG).

Diese gesetzlichen Änderungen in 2004 hatten in den kommenden Jahren einen starken Einfluss auf die Struktur des Apothekenwesens in Thüringen. Dabei hat sich 2005 die Anzahl an Einzelapotheken um 19% verringert. Von den 9 Zweigapotheken, die es 2005 gab, gibt es seit 2008 keine mehr. Dagegen hat sich seit 2005 die Anzahl an Hauptapotheken mehr als verdoppelt und die Anzahl an Filialapotheken verdreifacht. Die Anzahl an Apotheken mit Versanderlaubnis hat sich in diesem Zeitraum sogar mehr als vervierfacht. (vgl. Tab. 22). Zu vermuten ist, dass mit den gesetzlichen Änderungen eine Strukturänderung eingetreten ist. So wurden aus Einzelapotheken möglicherweise Haupt- oder Filialapotheken.

Tab. 22: Anzahl der Apotheken in Thüringen im Zeitverlauf 2005 und 2010

	2005	2010	Entwicklung 2005 bis 2010
Einzelapotheken	467	380	-19%
Hauptapotheken	43	89	+107%
Zweigapotheken	9	0	-100%
Filialapotheken	41	114	+178%
Öffentliche Apotheken insgesamt	560	583	+4%
Apotheken mit Versanderlaubnis	31	143	+361%
Nichtöffentliche Apotheken	20	19	-5%

Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen 2010

3.4.5.2 Beschäftigte

Im Jahr 2010 arbeiteten 4.232 Beschäftigte in Apotheken bzw. waren als Apotheker tätig. Der Hauptteil der Beschäftigten (91%) war in den öffentlichen Apotheken tätig, 6% der Beschäftigten in Krankenhausapotheken und 3% im Bereich Wissenschaft, Industrie und Verwaltung. Die Anzahl an Beschäftigten ist in allen drei Bereichen seit 2006 gestiegen, wobei im Bereich Wissenschaft, Industrie und Verwaltung das stärkste Wachstum zu verzeichnen war (vgl. Tab. 23).

Tab. 23: Personal in Apotheken/Apotheker 2006 und 2010³⁹

	2006	2010	Entwicklung 2006 bis 2010
Öffentliche Apotheken	3.572	3.856	+8%
Krankenhausapotheken	201	245	+22%
Wissenschaft, Industrie, Verwaltung	82	131	+60%
gesamt	3.855	4.232	+10%

Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen 2010

³⁹ Insgesamt waren 2010 1.139 Apotheker (Apothekenleiter und approbierte Mitarbeiter) in Thüringen tätig. Davon waren 84% in öffentlichen Apotheken, 6% in Krankenhausapotheken und jeder zehnte im Bereich Wissenschaft, Industrie und Verwaltung beschäftigt (Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen).

In den öffentlichen Thüringer Apotheken waren am 31.12.2010 3.856 Personen, davon 92% Frauen, beschäftigt. 25% waren Apotheker, 38% pharmazeutisch-technische Assistenten, 23% Pharmazieingenieure und 12% pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA) und Apothekenfacharbeiter (vgl. Tab. 15).

Insgesamt ist das Personal im Zeitraum von 2006 bis 2010 um 8% gestiegen. Besonders starke Anstiege verzeichneten die pharmazeutisch-technischen Assistenten (+42%) und die approbierten Mitarbeiter (Apotheker) (+28%). Da über 90% der Apotheker Frauen sind, ist zu vermuten, dass der Personalzuwachs vorrangig Teilzeitstellen betrifft. Für diese Ableitung liegen aber keine Daten vor. Dagegen hat sich die Anzahl der Apothekenleiter (-6%) und Pharmazieingenieure (-8%) seit 2006 verringert. Pharmazieingenieure werden seit der Deutschen Einheit nicht mehr ausgebildet. Gemäß Einigungsvertrag haben sie jedoch im Apothekenrecht Vertretungsbefugnisse für den Apothekenleiter eingeräumt bekommen. Mit dem altersbedingten Ausscheiden der Pharmazieingenieure müssen Apothekenleiter nunmehr Apotheker einstellen, um die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen (vgl. Tab. 24).

Tab. 24: Beschäftigtengruppen in öffentlichen Apotheken 2006 bis 2010

	2006	2010	Entwicklung 2006 bis 2010
Apothekenleiter	512	479	-6%
Approbierte Mitarbeiter (Apotheker)	372	477	+28%
Pharmazieingenieure	952	876	-8%
Pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTA)	1.032	1.462	+42%
Apothekenhelfer/ -facharbeiter/ PKA	520	471	-9%

Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen

4 Chancen und Herausforderungen

Die Gesundheitswirtschaft ist gemessen an der Beschäftigung und Bruttowertschöpfung eine der bedeutendsten Branchen in Thüringen. Sie weist ein hohes Innovationspotential vor allem in den Bereichen Medizintechnik, Biotechnologie und in der Nahrungsmittelindustrie auf. Besonders die Medizintechnik ist im internationalen Wettbewerb gut aufgestellt. Darüber hinaus ist Thüringen ein Gesundheitsstandort, der mit seinen Kurorten und Bädern zahlreiche gesundheits-touristische Angebote bereithält. Diese gilt es weiter auszubauen und auch den Freizeitsektor für gesundheitsrelevante Themen zu öffnen, da jene kombinierten Angebote bei Menschen der „50plus“-Generation auf großes Interesse stoßen (vgl. Fretschner/ Grönemeyer/ Hilbert 2002: 43).

Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, d.h. die ambulante und stationäre Grundversorgung, steht vor großen Herausforderungen. Laut einer Studie von Pricewaterhouse Coopers werden bis 2030 bundesweit annähernd 165.000 Ärzte⁴⁰ und ca. 800.000 nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen, darunter allein 466.000 Krankenschwestern, -pfleger und Pflegehelfer in Kliniken und ambulanten Diensten. Es wird ein gravierender Pflegenotstand befürchtet, da der stetig wachsenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ein rückläufiges Angebot an qualifizierten Nachwuchskräften⁴¹ gegenübersteht (vgl. PWC 2010: 10). Während in der Vergangenheit einem großen Angebot an Fachkräften eine geringe Nachfrage gegenüberstand, ist die neue Situation durch deutlich schlechtere Rekrutierungsbedingungen gekennzeichnet. Um dem drohenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken, müssen zeitnah umfassende Maßnahmen ergriffen werden. Dies sind zum Einen (1) strukturelle Veränderungen und neue Versorgungsmodelle und zum Anderen (2) Maßnahmen zur Fachkräftebindung und –rekrutierung wie beispielsweise eine Verbesserung der Entlohnung- und Beschäftigungsbedingungen und attraktive Ausbildungsbedingungen.

- (1) Das Gesundheitswesen unterliegt grundlegenden strukturellen Veränderungen. Da auch in Zukunft zu befürchten ist, dass die Anzahl an Krankenhäusern und ärztlichen Einzelpraxen weiter abnehmen wird, muss vor allem in ländlichen Gebieten die Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ)⁴² geprüft werden. In Ergänzung dazu müssen attraktive Landarztmodelle (z.B. durch finanzielle

⁴⁰ Laut den ärztlichen Verbänden wird der Fachkräftemangel ebenfalls als dramatisch eingeschätzt. Die Krankenkassenverbände sprechen zwar auch von einer problematischen Fachkräftesituation. Sie sehen jedoch einen stärkeren Handlungsbedarf in der Bedarfsplanung und regionalen Verteilung von Ärzten und warnen sogar vor einem Überangebot an Ärzten in Ballungsräumen (vgl. PWC 2010: 30).

⁴¹ In Thüringen wird bis 2030 das Erwerbspersonenpotential um 30% sinken (Quelle: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1).

⁴² Medizinische Versorgungszentren ermöglichen eine bessere Auslastung teurer medizinischer Geräte, vermeiden Doppelaufnahmen, verbessern Behandlungsabläufe für Patienten, erzielen Synergieeffekte und erreichen letztendlich Einsparungen (vgl. Prognos/IKB 2007: 6).

Förderungen) eingeführt werden (vgl. PWC 2010:11). Auch die gesundheitliche Prävention als Bestandteil integrierter Sozialplanung, der Aufbau integrierter Versorgungskonzepte sowie strategische Kooperationen zwischen Krankenhäusern, stationären und ambulanten Pflegediensten und Rehabilitationseinrichtungen werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Der Kostendruck und die Forderung nach der Steigerung der medizinischen Qualität treibt auch Entwicklungen in den Bereichen Informationstechnologie, Miniaturisierung und Portabilität, Prozessmanagement, Kommunikation und Vernetzung voran. Neue Versorgungsmodelle wie die Telemedizin, die die Fernüberwachung von Patienten in deren häuslichen Umfeld ermöglicht, können in Verbindung mit qualifizierten ambulanten Gesundheitsdienstleistungen die Qualität der Versorgung erhöhen und die Kosten gleichzeitig senken (vgl. Prognos/IKB 2007:6). Darüber hinaus sind neue Technologien wie minimalinvasive Operationstechniken für den Patienten in der Regel wesentlich schonender und verkürzen gleichzeitig den stationären Krankenhausaufenthalt (vgl. VDE 2005).

- (2) Insgesamt müssen sich die Arbeitsbedingungen in den nichtärztlichen-Gesundheitsdienstberufen (und hier vor allem im Pflegedienst) deutlich verbessern. Dies bedeutet insbesondere höhere Löhne und Gehälter, unbefristete Vollzeitarbeitsplätze, attraktive und qualitativ hochwertige Ausbildungsbedingungen und Weiterbildungen, Verbesserungen im Bereich des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes (z. B. alternsgerechte Arbeitsbedingungen), eine Entlastung der Pflegekräfte von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben sowie die Beteiligung der Beschäftigten an Entscheidungsprozessen. Darüber hinaus gilt es in diesem weiblich dominierten Beschäftigungssektor innovative Arbeitszeitmodelle zu erproben, welche eine bessere Vereinbarung von Familie und Beruf ermöglichen (vgl. DAK 2005, Bartholomeyczik 2007, Galatsch et. al. 2007, PWC 2010). Verbesserte Arbeitsbedingungen führen auch zu einem besseren Image dieses Berufsfeldes und damit zu einer möglichen Steigerung der Ausbildungszahlen.

Eine Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen muss auch einhergehen mit der Einführung eines professionellen Personalmanagements in den Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft, welches langfristig die Rekrutierung, Bindung und Entwicklung von Personal sichert.

5 Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik, S. (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus - die Rolle der Pflegenden, in: Pflege und Gesellschaft, 12. Jg., H.2, S.135-149.

Böhlke, N./ Schulten, T. (2008): Unter Privatisierungsdruck, in: Mitbestimmung 6/2008, S.24-27

Bundesamt für Statistik: Grunddaten der Krankenhäuser 1991-2009.

Bundesamt für Statistik (2011): Kostennachweis der Krankenhäuser 2009.

Bundesagentur für Arbeit (2011): Amtliche Statistik.

Dahlbeck, E. / Heinze, R. / Helmer-Denzel, A./ Hilbert, J./ Potratz, W. (2006): Masterplan - Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2010.

DAK (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005, erstellt von IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Hamburg.

Dreyer (2009): Krankenhaus Trend 2009, Steria Mummert Consulting AG, Hamburg.

Fretschner, R./Grönemeyer, D. und Hilbert, J. (2002): Die Gesundheitswirtschaft – ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie, in: Institut Arbeit und Technik (Hrsg.): Jahrbuch 2001/2002, Gelsenkirchen, S. 33-47.

Frie, B./Muno, K./Speich, W. (2011): Gesundheitswirtschaft und Wertschöpfungsansatz nach WZ 2008. Aufsatz Mai 2011, Thüringer Landesamt für Statistik.

Galatsch, M./ Krüger, C./Quasdorf, T./Schroller, M. E., Donath, E./Bartholomeyczik, S. (2007): Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege, in: Pflegezeitschrift 5, 272-276.

Helaba Volkswirtschaft/Research (2011): Die 100 größten Unternehmen in Thüringen, Frankfurt am Main.

IHK Erfurt (2009): Wirtschaftsmagazin 08/09.

IHK Erfurt (2010): Wachstumsbranche Gesundheitsmarkt – Steigende Umsatz- und Beschäftigtenzahlen auch in Thüringen, 23.03. 2010. URL: <http://www.jenapolis.de/2010/03/wachstumsbranche-gesundheitsmarkt-steigende-umsatz-und-beschaefigtigenzahlen-auch-in-thueringen/> (eingesehen am 05.10. 2011).

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2011a): Rundschreiben 8/ 2011.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2011b): Instrument gegen den Hausärztemangel – 50ster Arzt in Blockweiterbildung Allgemeinmedizin eingeschrieben, 14.09. 2011, URL: http://www.kv-thueringen.de/pub/presseinfos/11_LAEK_Allgemeinm_1409.pdf (eingesehen am 04.10.2011).

Klose, J./ Rehbein, I. (2011): Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

Kuratorium Gesundheitswirtschaft (Hrsg.): Ergebnisbericht "Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005", 7./8.12.05 Rostock-Warnemünde, 2.2.2006, S. 2.

Landesapothekerkammer Thüringen (2011): Geschäftsbericht 2010

Offermanns, M., Müller, U. (2007). Welche Krankenhausleistungen werden im Jahr 2010 nachgefragt? Die Schwester Der Pfleger, 46, 247-249.

Penter, V./Arnold, C. (2009): Zukunft Deutsches Krankenhaus. Thesen, Analysen, Potentiale, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Kulmbach: Baumann Fachverlag GmbH & Co. KG.

Prognos/IKB 2007: Die Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention.

PWC (PricewaterhouseCoopers) (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Frankfurt am Main.

Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Berlin: Robert Koch-Institut.

Rudolphi, M. (2007): Folgen der Privatisierung von Krankenhäusern: Die Spielregeln sind willkürlich, Deutsches Ärzteblatt 2007, 104(27): A-1956 / B-1728 / C-1664.

Ehrlich, M./Hänel, A. (2011): Sozialwirtschaftsbericht Thüringen, in Auftrag des Thüringer Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Technologie und des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit.

Landesapothekerkammer Thüringen (2010): Thüringer Apotheken. Die Gesundheitsspezialisten (S.13), URL: http://www.lakt.de/downloads_inhalt/2010-06-04-web-version.pdf (eingesehen am 26.10. 2011).

Thüringer Heilbäder Verband e.V.: URL: www.thbv.de (eingesehen am 05.10. 2011).

Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie (2011): Trendatlas, erstellt von Roland Berger Strategy Consultants.

Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie (2011): Nachrichten des TMWAT „WIR in Thüringen“, Ausgabe 04/2011.

Thüringer Landesamt für Statistik (2004): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von 2002 bis 2050. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1.

Thüringer Landesamt für Statistik (2007): Verdienste und Arbeitszeiten im Produzierendem Gewerbe und im Dienstleistungsbereich Thüringens Oktober 2006.

Thüringer Landesamt für Statistik (2010): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von 2009 bis 2060. Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

Thüringer Landesamt für Statistik (2011): Bruttoinlandsprodukt in Thüringen 1998 bis 2008 - Ergebnisse der Originärberechnung.

Thüringer Landesamt für Statistik: Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Thüringen 1991 – 2010.

Thüringer Landesamt für Statistik (2010): Kostennachweis der Krankenhäuser in Thüringen 2009.

VDE (Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e.V.) (2005): Deutschland in der Medizintechnik international führend, 56/2005.

