



Arbeitskammer des Saarlandes
beraten.bilden.forschen.

Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
Saarbrücken

iso

Beschäftigung und Arbeit in der saarländischen Gesundheitswirtschaft

Volker Hielscher

unter Mitarbeit von
Maria Zörkler und
Bastian Waschbusch

AK • TEXTE

Beschäftigung und Arbeit in der saarländischen Gesundheitswirtschaft

Volker Hielscher

unter Mitarbeit von
Maria Zörkler und
Bastian Waschbusch

Die vorliegende Veröffentlichung dokumentiert die Studie, die vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) im Auftrag und in enger Abstimmung mit der Arbeitskammer des Saarlandes erstellt wurde.

Rückfragen an wirtschaftspolitik@arbeitskammer.de, bzw. Tel.-Nr. (0681) 4005 – 246

Herausgeber: Arbeitskammer des Saarlandes
Fritz-Dobisch-Straße 6-8
66111 Saarbrücken
oeffentlichkeitsarbeit@arbeitskammer.de
www.arbeitskammer.de

Saarbrücken 2018

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	4
1. Einleitung.....	5
2. Die (saarländische) Gesundheitswirtschaft als Querschnittsbranche.....	7
2.1 Zur Definition der Gesundheitswirtschaft.....	7
2.2 Zum Profil der saarländischen Gesundheitswirtschaft.....	9
3. Eckdaten zu Wertschöpfung und Gesundheitsausgaben.....	12
3.1 Wirtschaftliche Leistungskraft der Gesundheitswirtschaft.....	12
3.2 Gesundheitsausgaben.....	14
4. Beschäftigungsentwicklung und Beschäftigungsstrukturen in der saarländischen Gesundheitswirtschaft.....	16
4.1 Zahl der Betriebe in der Gesundheitswirtschaft.....	16
4.2 Beschäftigungsentwicklung.....	17
4.2 Beschäftigungsstruktur.....	21
5. Arbeits- und versorgungspolitische Herausforderungen.....	26
5.1 Versorgungspolitische Aspekte.....	26
5.2 Arbeitspolitische Herausforderungen.....	28
6. Gesundheitswirtschaft im Saarland: eine komplexe, unterschätzte und durch viele Akteure geprägte Branche.....	30
6.1 Komplexität und Relevanz der Gesundheitswirtschaft.....	30
6.2 Regionale Ansätze zur Förderung und Steuerung der Gesundheitswirtschaft.....	31
6.3 Gesundheitswirtschaft als querschnittspolitische Aufgabe.....	34
Literatur:.....	37
Datenquellen.....	40
Anhang.....	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft.....	8
Abbildung 2: Anteile Gesundheitswirtschaft im Saarland und in Deutschland an der Bruttowertschöpfung der Gesamtwirtschaft (in Prozent).....	13
Abbildung 3: Anteile von industrieller Produktion und von Dienstleistungen an der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Prozent (2016).....	14
Abbildung 4: Verteilung der Beschäftigten in der saarländischen Gesundheitswirtschaft (2016)	18
Abbildung 5: Beschäftigungsentwicklung im Saarland inkl. geringfügig Beschäftigte	19
Abbildung 6: Veränderungen der Beschäftigung nach ausgewählten Bereichen der Gesundheitswirtschaft im Saarland von 2013 bis 2016	20
Abbildung 7: Anteil geringfügig Beschäftigter im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt an der Gesamtbeschäftigung (in Prozent)	24
Abbildung 8: Verteilung der sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten in den Bereichen der saarländischen Gesundheitswirtschaft (2016).....	25
Abbildung 9: Praxen von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern im Saarland (2005 – 2015)	27
Abbildung 10: Niedergelassene Ärzte im Saarland nach Alter (im Jahr 2015).....	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Ausgabenträgern.....	15
Tabelle 2: Zahl der Betriebe in der saarländischen Gesundheitswirtschaft.....	17
Tabelle 3: Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit reduzierter Arbeitszeit (Teilzeit) in der saarländischen Gesundheitswirtschaft.....	21
Tabelle 4: Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der saarländischen Gesundheitswirtschaft (2016).....	22

1. Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft hebt sich in besonderer Weise von anderen Wirtschaftsbranchen ab: Sie ist essentiell für die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen, pflegerischen und anderen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen – also für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen in den verschiedenen Regionen Deutschlands. Die Steigerung dieser Lebensqualität kann als unumstrittenes politisches und gesellschaftliches Ziel gelten. Die Gesundheitswirtschaft besitzt darüber hinaus aber eine ebenso herausragende wirtschaftliche und beschäftigungspolitische Bedeutung.

Nicht zuletzt aus diesem Grund erfährt sie in der jüngeren Zeit eine wachsende Aufmerksamkeit. In der öffentlichen Diskussion hat sich dabei ein stillschweigender Paradigmenwechsel vollzogen: Stand noch um die Jahrtausendwende die Kritik an der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen im Vordergrund, so wird heute die Branche als Wachstumsmotor und Wachstumsmarkt neu interpretiert. Ebenso stillschweigend wurde der Terminus „Gesundheitswesen“ durch den Begriff der „Gesundheitswirtschaft“ relativiert, welcher die ökonomischen Potenziale der Branche akzentuiert. Und in der Tat kann für die zurückliegenden Jahre ein krisenfestes robustes Wachstum und ein kontinuierlicher Beschäftigungsaufbau in der Gesundheitswirtschaft nachgezeichnet werden. Darüber hinausgehend ist die Branche auch deshalb ein wichtiger Faktor für die gesamtwirtschaftliche Produktivität, weil sie die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit in der Erwerbsbevölkerung sichert oder wiederherstellt.

Der Gesundheitswirtschaft wird überdies eine wichtige Rolle als Innovationsträger zugeschrieben: Dies gilt einerseits für technische, medizinische und pharmazeutische High-Tech-Innovationen, aber auch für innovative Verknüpfungen von neuen Technologien und medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen. Schließlich erfordern neue Bedarfe in der Bevölkerung und der Anspruch an personalisierte, passgenaue Gesundheitsdienstleistungen neue Kooperationsformen und institutionelle Arrangements, die eine Basis für soziale Innovationen darstellen.

Darüber hinaus unterscheidet sich die Gesundheitswirtschaft in einem besonderen Punkt von vielen anderen Branchen: Ihre Leistungen sind in hohem Maße standortgebunden – das heißt, die Patienten, Klienten und Kunden von Gesundheitsdienstleistungen kommen ganz überwiegend aus dem näheren Umfeld und die Menschen in der Region profitieren unmittelbar von den Angeboten der Branche. Weil diese personengebundenen Dienstleistungen vor Ort direkt „am Menschen“ erbracht werden, können sie – etwa im Unterschied zur Industrieproduktion – kaum in andere Regionen oder gar Länder verlagert werden. In den letzten Jahren ist daher auch das Interesse der Politik gewachsen, der Branche eine strategische Rolle für die regionale Entwicklung beizumessen. So nahm erstmals im Jahr 2012 die Koalitionsvereinbarung zwischen der saarländischen CDU und SPD einen Bezug auf die Gesundheitswirtschaft, welcher in der Vereinbarung der Parteien für die aktuelle Legislaturperiode aktualisiert und fortgeschrieben worden ist.

Es sprechen somit viele Gründe dafür, die Entwicklung der Gesundheitsbranche näher in den Blick zu nehmen. Folgende Fragestellungen wurden im Rahmen dieser Analyse in den Vordergrund gerückt:

- Wie lässt sich das typische Profil der Gesundheitswirtschaft im Saarland skizzieren? Welche tragenden Unternehmen und Institutionen prägen die Branche?

- Welche ökonomische Bedeutung hat die Gesundheitswirtschaft innerhalb der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung?
- Wie hat sich das Beschäftigungsvolumen entwickelt und wie ist die Beschäftigungsqualität in der Branche zu beurteilen?
- Welche arbeits- und versorgungspolitischen Herausforderungen werden aus der Betrachtung der Gesundheitswirtschaft erkennbar?
- Welche Ansatzpunkte bestehen für die Förderung und Weiterentwicklung der Branche im Saarland?

Die vorliegende Branchenstrukturanalyse für den saarländischen Gesundheitssektor wurde von der Arbeitskammer des Saarlandes gefördert. Diese Expertise bildet eine Ergänzung der Branchenanalyse, die die Arbeitskammer im Mai 2017 vorgelegt hat (J. Boos 2017). Vor rund 10 Jahren hatte das iso-Institut erstmals für das Saarland Daten und Fakten zusammengetragen mit dem Ziel, die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft zu skizzieren (I. Matthäi; J. Marschall 2008). Bereits damals wurde die ökonomische und beschäftigungspolitische Bedeutung dieses Sektors als „Job- und Wachstumsmotor“ mit einem im Saarland überproportional hohen Anteil an der Gesamtbeschäftigung akzentuiert. Eine Fortschreibung der Betrachtung im Rahmen eines Datenreports bestätigte das weitere Wachstum der Gesundheitswirtschaft (I. Matthäi; D. Lerch 2013). Die aktuelle Analyse baut auf diesen Vorarbeiten auf und bildet eine weitere Fortschreibung und Ergänzung. Insofern bildet sie einen Teil eines Gesamtpakets und fokussiert dabei auf die Beschäftigungssituation sowie auf die politischen Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten der Gesundheitswirtschaft. Erstmals wurden dabei auch ausgewählte Daten zum so genannten „zweiten Gesundheitsmarkt“ einbezogen.

Für die Diskussion der Daten zur saarländischen Gesundheitswirtschaft wurden im Wesentlichen zwei Referenzkriterien herangezogen: Zum einen wurde an verschiedenen Punkten ein Vergleich zwischen der Gesundheitswirtschaft und der Gesamtwirtschaft im Saarland hergestellt, um die Bedeutung der Branche innerhalb der Region einschätzen zu können. Zum anderen wurde punktuell auch auf bundesweite Daten Bezug genommen, um die saarländische und die gesamtdeutsche Entwicklung vergleichend betrachten zu können.

Basis der Studie ist eine Sekundäranalyse von Daten aus verschiedenen statistischen Quellen, Datenbanken und Publikationen. Hierzu zählen die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA), die Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR), die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes und der Länder sowie die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes. Bei der Datenauswertung wurde erneut deutlich, dass das zentrale Problem bei der Analyse von Strukturdaten die fehlende einheitliche Definition dieser „Querschnittsbranche“ ist und eine einheitliche bzw. umfassende statistische Erfassung von Branchen- bzw. Beschäftigungsdaten in dem Sektor fehlt (vgl. Kap. 2). Das Bild zur Situation und Entwicklung der Gesundheitswirtschaft muss daher aus verschiedenen, auf unterschiedlichen Datenquellen beruhenden „Mosaiksteinchen“ zusammengesetzt werden, die nur bedingt zueinander passfähig sind.

Ergänzend zur Datenanalyse wurden im Saarland zwölf Expertinnen und Experten¹ von Branchenverbänden, Kammern, Gesundheitsdienstleistern, Kostenträgern und Wissenschaft zu ihren Einschätzungen der Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft befragt. Diese qualitativen Ergebnisse bieten wichtige Anhaltspunkte für die Interpretation der Daten und für eine Einschätzung der weiteren Entwicklungsperspektiven der Branche.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst auf die allgemeinen Strukturmerkmale der Branche und auf das spezifische Profil der saarländischen Gesundheitswirtschaft eingegangen. Daran schließt sich eine Darstellung der wirtschaftlichen Bedeutung und der Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitsbranche an. An zentralen Punkten werden dann die wichtigsten arbeits- und versorgungspolitischen Herausforderungen herausgearbeitet, um vor diesem Hintergrund die Entwicklungsperspektiven für die Gesundheitswirtschaft im Saarland zu diskutieren.

2. Die (saarländische) Gesundheitswirtschaft als Querschnittsbranche

2.1 Zur Definition der Gesundheitswirtschaft

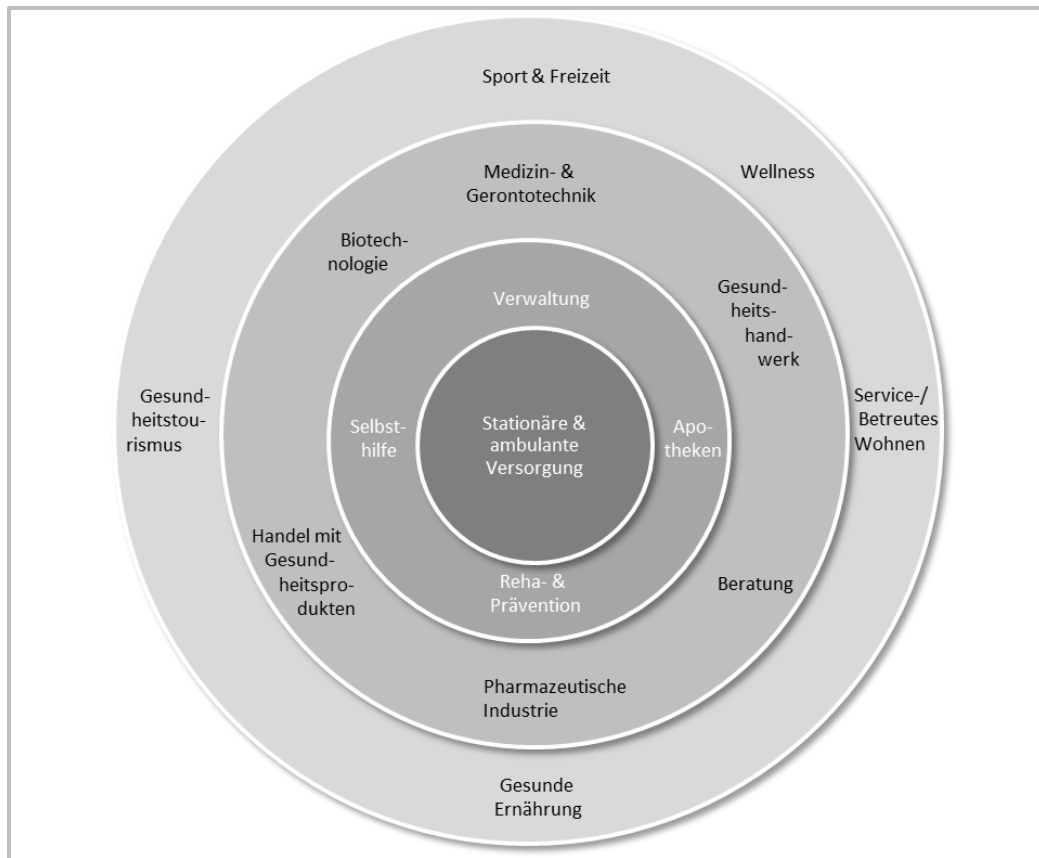
Der Begriff der „Gesundheitswirtschaft“ findet mittlerweile gängige Verwendung, wenngleich eine einheitliche Definition fehlt. Im Rahmen dieser Analyse wird eine weite Definition der Gesundheitswirtschaft zu Grunde gelegt: Neben dem Kern des klassischen Gesundheitswesens, das das Leistungsspektrum der medizinischen Versorgung abdeckt, werden auch die Wirtschaftssegmente erfasst, welche medizinische und pharmazeutische Produkte herstellen sowie Vorleistungen und Zulieferdienste für die medizinische Versorgung erbringen. Mit dieser weiten Definition wird zum einen die Wertschöpfungskette erfasst, zum anderen festgehalten, dass die Gesundheitswirtschaft sowohl eine stark ausdifferenzierte als auch eine Querschnittsbranche mit branchen- und sektorenübergreifenden Verflechtungen ist (vgl ausführlich I. Matthäi, J. Marschall 2008, S. 14 ff.).

Es ist eine ihrer Besonderheiten, dass sie eine Vielzahl von Leistungsanbietern und Produzenten umfasst, die aus ganz unterschiedlichen Wirtschaftsbranchen stammen, die aber alle ihren Fokus auf Gesundheitsprodukte und Gesundheitsdienstleistungen legen. Ein vom Institut für Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen entwickeltes Schichtenmodell (Abb. 1) unternimmt den Versuch, die verschiedenen Bereiche der Branche systematisch abzubilden. Danach stellen die klassischen Leistungsanbieter der gesundheitlichen Versorgung (Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegedienste und -einrichtungen) den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft dar. An diesen Kernbereich schließen sich die Verwaltung des Gesundheitswesens, die Einrichtungen und Praxen zur Rehabilitation (u.a. das frühere Kur- und Bäderwesen), die Selbsthilfe und Apotheken an. Die Produktion von Pharmaka, medizintechnischer Geräte und der Handel mit Gesundheitsprodukten bilden ein weiteres Segment, das schließlich um den Bereich des Gesundheitstourismus, von Sport, Wellness und weiteren Angeboten ergänzt wird. Darüber hinaus wächst die Bedeutung der individuellen und betrieblichen Prävention, die von einer wachsenden Zahl von Beratungs- und Coachingdienstleistern unterstützt wird. Die Übersicht zeigt, dass die Anbieter in der Gesundheitswirtschaft aus den verschiedensten Produktions- und Dienstleistungssegmenten stammen. Diese Vielfalt erschwert eine allgemeingültige Defini-

¹ Bei der Nennung von Personen- oder Funktionsgruppen wurde aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung in der Regel die männliche Schreibweise verwendet, obgleich Frauen wie Männer gleichermaßen gemeint sind.

tion und eine trennscharfe datenmäßige Abbildung der Leistungen der Gesundheitswirtschaft in der Wirtschafts- und Beschäftigungsstatistik.

Abbildung 1: Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft



(IAT-„Gesundheitszwiebel“, nach J. Hilbert et al. 2009)

Neben den verschiedenen Leistungsanbietern und Produzenten wird für die Betrachtung der Gesundheitswirtschaft häufig auch die Art und Weise ihrer Finanzierung herangezogen. Danach umfasst der sogenannte „erste Gesundheitsmarkt“ den Bereich der klassischen Gesundheitsversorgung und Rehabilitation, der hauptsächlich über die gesetzliche und private Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung finanziert wird. Als sogenannter „zweiter Gesundheitsmarkt“ werden alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen „rund um die Gesundheit“ bezeichnet. Dieser an Bedeutung gewinnende Markt wird einerseits durch eine Gesundheitspolitik stimuliert, die einen Akzent auf die individuelle Gesundheitsverantwortung und auf private Vorsorgemaßnahmen setzt. Die expandierenden Angebote im Bereich von Gesundheitstourismus, Fitness und Wellness signalisieren andererseits aber auch ein gewachsenes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und eine steigende Bereitschaft, privates Einkommen für die Erhaltung der Gesundheit zu „investieren“. Doch diese Betrachtungsweise nach Marktvarianten ist ebenfalls nicht immer trennscharf und bringt Zuordnungsprobleme mit sich. So rechnen viele Anbieter einen Teil ihrer Leistungen über die Kostenträger ab, einen anderen Teil dagegen bieten sie zum privaten Erwerb an:

- Pflegedienste finanzieren in der Regel ihre Leistungen über die Pflege- bzw. Krankenkasse, bieten aber zumeist auch an, dass ihre Leistungspakete privat hinzugekauft werden können.

- Niedergelassene Ärzte bieten ihren Patienten an, gegen Selbstzahlung „individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) zu erbringen, die von den Kassen nicht übernommen werden.
- Auch in stationären Einrichtungen wie z.B. Reha-Kliniken wächst die Zahl der Patienten, die als Selbstzahler Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen.

Die Beispiele zeigen, wie sich klassische Anbieter sowohl auf dem ersten wie auch auf dem zweiten Gesundheitsmarkt bewegen. Dies macht eine eindeutige Zuordnung der Leistungserbringer zu einem der beiden Marktsegmente selbst im Kernbereich der Branche, nämlich bei den Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung in Medizin und Pflege, schwierig. Das Gesundheitswesen wird durch den immer noch wachsenden Markt für privat finanzierte Gesundheitsdienstleistungen sowohl ergänzt als auch durchdrungen. Der zweite Gesundheitsmarkt erstreckt sich daher keinesfalls nur auf kommerzielle Wellness- und Fitnessangebote, sondern schließt mittlerweile pflegerische und medizinische Leistungen ein.

2.2 Zum Profil der saarländischen Gesundheitswirtschaft

Im Saarland bietet die Gesundheitswirtschaft in rund 4.000 Betrieben mehr als 85.000 Menschen einen Arbeitsplatz. Sie unterscheidet sich nicht grundsätzlich von den oben angesprochenen Strukturmerkmalen, ist aber zusätzlich durch ihre grenznahe Lage in der Großregion beeinflusst: Auf der einen Seite vergrößert sich für manche Anbieter das Marktpotenzial durch eine grenzüberschreitende Nachfrage aus der lothringischen Region, doch vor allem profitiert das Saarland trotz seiner Randlage auch von Menschen aus Rheinland-Pfalz und anderen Bundesländern, die die hiesige Infrastruktur nutzen: So verweist das saarländische Gesundheitsministerium auf rund 32.000 Krankenhauspatienten aus anderen Regionen Deutschlands, die im Saarland behandelt wurden, während nur 21.000 einheimische Bürgerinnen und Bürger außerhalb des Saarlandes versorgt wurden (MSGFF 2017).

Auf der anderen Seite hat der nordwestliche Teil des Saarlandes mit Abwanderungen von Fachkräften insbesondere nach Luxemburg zu kämpfen. Zahlen liegen dazu allerdings nur für Pflegekräfte vor:² Im Jahr 2013 pendelten rund 670 im Saarland lebende Pflegekräfte in die Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulanten Dienste nach Luxemburg – mit einer deutlich steigenden Tendenz (O. Lauxen et al. 2015 S. 90; eigene Berechnung). Dieser Verlust an Arbeitskräften wird durch Einpendler aus Lothringen kaum kompensiert: So waren im Jahr 2011 312 Pflegefach- und Pflegehilfskräfte mit einem Wohnsitz in Lothringen im Saarland beschäftigt. Zieht man die so genannten „atypischen“ Grenzgänger, also Deutsche mit einem Wohnsitz in Frankreich davon ab, so verbleiben knapp 100 französische Pflegekräfte, die im Saarland beschäftigt sind (O. Lauxen et al. 2015, S. 73, eigene Berechnung). Unter dem Strich verliert das Saarland aufgrund seiner grenznahen Lage eine erhebliche Zahl an hierzulande ausgebildeten Fachkräften an die Gesundheitswirtschaft Luxemburgs.

Die Gesundheitswirtschaft im Saarland ist durch eine Reihe von vor allem mittelständischen Unternehmen und wichtigen Institutionen geprägt. Folgende Betriebe und Einrichtungen stehen exemplarisch für die Vielfalt und die Komplexität der Branche:

² O. Lauxen et al. haben dazu im Jahr 2015 erstmals eine Datenanalyse der Pendlerströme vorgelegt, die auf verschiedenen Datenquellen beruht und daher auch unterschiedliche zeitliche Bezugspunkte zu Grunde legt.

- Bekannt ist die Region für ihre vergleichsweise dicht besiedelte Krankenhauslandschaft. So sind – auch wenn Klinikschließungen den Bestand bereits verringert haben und weiter reduzieren werden – im saarländischen Krankenhausverzeichnis (Stand: Januar 2018) 28 Kliniken im Saarland angesiedelt – mit Schwerpunkten in den dicht besiedelten Regionen zwischen Völklingen, Saarbrücken und Homburg. Die Universitätsklinik in Homburg mit ihren mehr als 5.000³ Beschäftigten gehört nicht nur zu den größten Arbeitgebern des Saarlandes, sondern sie ist ein Standort der Spitzenmedizin und eine herausragende Stätte der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern sowie der Forschung. Die Kliniken im Saarland stellen rund 20.000 Arbeitsplätze und sichern eine hochwertige Versorgung nicht nur für das Bundesland, sondern auch für viele Menschen aus der Großregion.
- Hinzu kommen mehr als 1.500 Arzt-, Facharzt- und Zahnarztpraxen, in denen mehr als 8.000 Menschen beschäftigt sind. Sie sind die Basis der ambulanten medizinischen Versorgung, auch wenn ein Rückgang der Praxiszahlen und ein Zuwachs größerer Gemeinschaftspraxen zu verzeichnen ist (vgl. Kap. 5). Bei den Psychotherapeuten hingegen ist ein Wachstum der Praxiszahlen zu verzeichnen – der Informationsdienst der Psychotherapeutenkammer weist mittlerweile mehr als 300 Praxen für das Saarland aus.
- In der Pflege und Betreuung von älteren und behinderten Menschen sind mehr als 22.000 Menschen im Saarland tätig. Pflege- und Wohnheime sowie ambulante Pflege- und Betreuungsdienste bilden ein wichtiges, mittelständisch geprägtes Rückgrat der Gesundheitswirtschaft. In der Altenpflege schaffen die Einrichtungen eine Versorgung mit vollstationären Pflegeplätzen, die in der Region über dem Bundesdurchschnitt liegt. Der Saarländischen Pflegegesellschaft als Zusammenschluss der Pflegeanbieter ist es in den vergangenen Jahren gelungen, im Vergleich zu anderen Regionen hohe Vergütungen für die Heime (Pflegesätze) zu verhandeln und dadurch die Finanzierungsgrundlage für die stationäre Pflege zu verbessern.
- In der Medizintechnik sticht die Fresenius Medical Care GmbH mit seinen rund 1.800 Mitarbeitern als weltweit führender Anbieter von Dialyseprodukten hervor. Das Werk in St. Wendel zählt zu den wichtigsten Innovationszentren des Konzerns. Die Firma PHAST GmbH mit etwa 210 Mitarbeitern in Homburg ist ein Spezialist für innovative Verfahren zur Qualitätskontrolle von Arzneimitteln und Medizinprodukten.
- Im Bereich der pharmazeutischen Industrie und des Arzneimittelhandels dominieren große Mittelständler: So ist die Ursapharm GmbH mit ihren mehr als 500 Mitarbeitern in Saarbrücken ein renommierter Produzent deutschlandweit bekannter medizinischer Präparate und die Firma Dr. Theiss Naturwaren GmbH entwickelt und produziert mit rund 400 Mitarbeitern natürliche Pflegeprodukte und Naturkosmetik, die international erfolgreich über Apotheken vertrieben werden. Das Unternehmen Kohlpharma GmbH mit Sitz in Merzig und mehr als 800 Mitarbeitern ist der größte Arzneimittelimporteur in Deutschland.
- In den vergangenen Jahren sind viele Wellness- und Rehabilitationsangeboten neu entstanden, unter denen namhafte Unternehmen im Saarland vertreten sind: Dazu gehört z. B. die MediClin Klinik in Blieskastel als große anerkannte Fachklinik. Manche Einrichtungen liegen mit einem kombinierten Angebot an Therapie, Wellness und Gesundheitstourismus an der

³ Die hier und in den folgenden Abschnitten genannten Beschäftigtenzahlen für einzelne Unternehmen sind Schätzwerte, die auf Eigenangaben (z.B. auf Unternehmenswebseiten) beruhen.

Schnittstelle zwischen „erstem“ und „zweiten“ Gesundheitsmarkt, wie etwa die Johannesbad-Klinik in Orscholz. Die Saarland Therme in Rilchingen mit seinen Thermalbädern und Saunaangeboten ist ein überregional bekannter Magnet für eine Kombination aus Freizeitgestaltung, Wellness und Erholung.

- Ebenso sind im Saarland Niederlassungen von Kranken- und Unfallkassen sowie Abrechnungszentren und weitere Dienstleister angesiedelt. Sie bilden zusammen mit der öffentlichen Verwaltung des Gesundheits- und Sozialwesens und den Kammern ein organisatorisches und bürokratisches Rückgrat für die Gesundheitswirtschaft, welches mehr als 2000 Menschen im Saarland beschäftigt.
- Darüber hinaus sind Institutionen und Institute im Saarland angesiedelt, die für Innovation und exzellente Forschung stehen. Ein Beispiel dafür ist etwa das Helmholtz-Institut für Pharmazeutische Forschung Saarland (HIPS), welches sich mit der Erforschung neuer Wirkstoffe zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten befasst. Das Fraunhofer Institut für Biomedizinische Technik (IBMT), ebenfalls eine Institution aus der national geförderten Spitzenforschung, hat international renommierte Kernkompetenzen in den Bereichen Medizintechnik und medizinische Biotechnologie aufgebaut. Die akademische Ausbildung von Berufen in der Gesundheitswirtschaft wird durch die Universität des Saarlandes, die Uni-Klinik in Homburg, die Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW), die Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement (DHfPG) in Saarbrücken und die Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialberufe im Saarland (BAGSS) getragen, die zusammen 14 Bachelor- und 9 Master- bzw. Staatsexamen-Studiengänge anbieten. Das vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie und dem Ministerium für Inneres und Sport getragene Landesinstitut für Präventives Handeln führt zudem mit 29 Expertinnen und Experten Projekte und Maßnahmen zur Prävention durch.
- Nicht zuletzt ist das Saarland durch eine enge politische Netzwerkbildung auch im Bereich der Gesundheits- und Versorgungspolitik gekennzeichnet. So vernetzt z. B. die von der Staatskanzlei geförderte Initiative healthcare.saarland Unternehmen und Akteure aus Wissenschaft, Medizin- und Pharmasektor, um die Forschungs- und Innovationskompetenz der Branche zu stärken. Die Landesfachstelle Demenz mit Sitz in Saarlouis befasst sich nicht nur mit der Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit zum Themenfeld Demenz, sondern auch mit der Koordination der Maßnahmen des saarländischen Demenzplanes, der als regionale Strategie einen bundesweiten Vorbildcharakter hat. Dazu gehört auch die Beratung von Trägern für die Schaffung neuer passgenauer Versorgungsangebote. Ergänzend dazu haben sich in der Allianz für Demenz - Netzwerk Saar mehr als 70 institutionelle Akteure zusammengeschlossen, um die Qualität in der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz nachhaltig zu verbessern und die vorhandenen Angebote zu vernetzen. Schließlich sticht das Saarland auch dadurch hervor, dass es seit dem Jahr 2008 mit der Errichtung von acht Pflegestützpunkten eine Pionierrolle eingenommen hat. All diese Initiativen und Aktivitäten tragen dazu bei, eine Verbesserung der Angebotsstruktur anzuregen und das „Matching“ zwischen Bedarfen und Versorgungsangeboten zu verbessern. Sie unterstützen dadurch unmittelbar oder mittelbar ein weiteres Wachstum und den Beschäftigungsaufbau im Gesundheitssektor.

Die Gesundheitswirtschaft ist in besonderem Maße durch das Zusammenwirken von Politik, Kostenträgern und Unternehmen gekennzeichnet. In diesem Zusammenspiel werden planerische Struktur-

vorgaben definiert (z. B. in der Krankenhausplanung) oder die finanziellen Grundlagen für Versorgungsangebote bestimmt. Insofern ist gerade der „erste Gesundheitsmarkt“ ein hochgradig politisch und gesellschaftlich beeinflusstes und daher öffentlich gestaltungsfähiges Feld.

3. Eckdaten zu Wertschöpfung und Gesundheitsausgaben

Mit dem Bedeutungsgewinn der Gesundheitswirtschaft in der wissenschaftlichen und politischen Debatte ist auch das Interesse an Daten zur Wirtschaftsleistung und zur Beschäftigung in dieser Branche gestiegen. Wie bereits in Abschnitt 2 dargelegt, ist die Eingrenzung und statistische Erfassung der Gesundheitswirtschaft kompliziert. Für die Darstellung in den folgenden Kapiteln wurden daher verschiedene Datenquellen herangezogen:

- Einen wichtigen Beitrag zur statistischen Abbildung des Gesundheitswesens liefert die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Seit 2009 befasst sich die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ (AG GGRdL) unter Beteiligung von elf Statistischen Landesämtern und des Statistischen Bundesamts mit dem Aufbau eines gesundheitsbezogenen Gesamtrechnungssystems auf der Ebene der Länder.
- Parallel dazu wurde seitens des Bundesministeriums für Wirtschaft in den vergangenen Jahren die gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (GGR) für Deutschland entwickelt. Diese Rechnung wurde vor einiger Zeit auch um regionale Analysen ergänzt, bei denen allerdings eine andere Erfassungsmethodik zur Anwendung kommt als in den Rechenwerken der Arbeitsgruppe der Statistischen Landesämter (BMWi 2017).
- Für die Betrachtung der Beschäftigungsentwicklung ist die regionale und bundesweite Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit von zentraler Bedeutung. Mit Blick auf die Gesundheitswirtschaft wurden diese Daten sektoral ausgewertet. Ergänzende Daten finden sich zudem in der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes und in wissenschaftlichen Studien.

So spiegelt sich die Komplexität und Heterogenität der Gesundheitswirtschaft auch in den jeweils unterschiedlichen Untersuchungskonzepten und Datenstrukturen wider. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse zu den Eckdaten der Gesundheitsbranche vorgestellt, die sich auf die oben angesprochenen Datenquellen stützen.

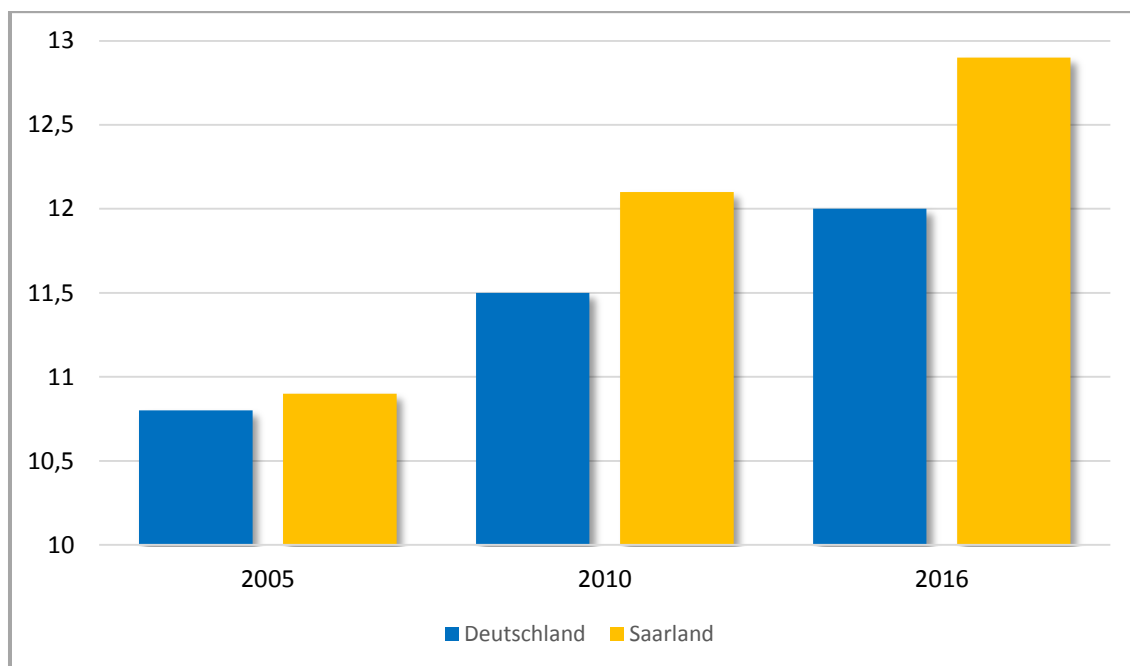
3.1 Wirtschaftliche Leistungskraft der Gesundheitswirtschaft

Eine zentrale Größe zur Abbildung der wirtschaftlichen Leistung ist die Bruttowertschöpfung. Sie umfasst den Wert aller Produkte und Dienstleistungen nach Abzug der Vorleistungen. Die gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung des BMWi weist für das Jahr 2016 eine Bruttowertschöpfung in der deutschen Gesundheitswirtschaft von rund 12 Prozent (336,4 Mrd. Euro) der Gesamtwirtschaft aus – jeder achte Euro an wirtschaftlicher Leistung wurde also in der Gesundheitsbranche produziert. Insgesamt ist die deutsche Gesundheitswirtschaft in den letzten zehn Jahren stetig gewachsen. Dabei liegt das durchschnittliche Wachstum seit 2005 bei 3,8 Prozent und übersteigt seit 2012 das Wachstum der Gesamtwirtschaft. Der Anteil der Gesundheitswirtschaft an den gesamtdeutschen Exporten liegt mit rund 8,2 Prozent (116,1 Mrd. Euro) allerdings unter dem der Bruttowertschöpfung (BMWi

2017). Dies unterstreicht den Tatbestand, dass Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen vor allem am (regionalen) Binnenmarkt nachgefragt werden.

Im Saarland ist die Gesundheitswirtschaft mit 12,9 Prozent der Bruttowertschöpfung überdurchschnittlich stark (vgl. Abb. 2). Der Abstand zum Bundesdurchschnitt hat in den vergangenen Jahren noch zugenommen. Im Ländervergleich ist die Gesundheitswirtschaft in den ostdeutschen Ländern gemessen an der gesamtwirtschaftlichen Leistung besonders stark. Unter den westdeutschen Bundesländern liegt das Saarland an vierter Stelle nach Schleswig-Holstein (15,8 Prozent), Rheinland-Pfalz (13,3 Prozent) und Hessen (13,0 Prozent). Der Exportbeitrag der Gesundheitswirtschaft für das Saarland liegt genau im bundesweiten Durchschnitt (ebenda).

Abbildung 2: Anteile Gesundheitswirtschaft im Saarland und in Deutschland an der Bruttowertschöpfung der Gesamtwirtschaft (in Prozent)



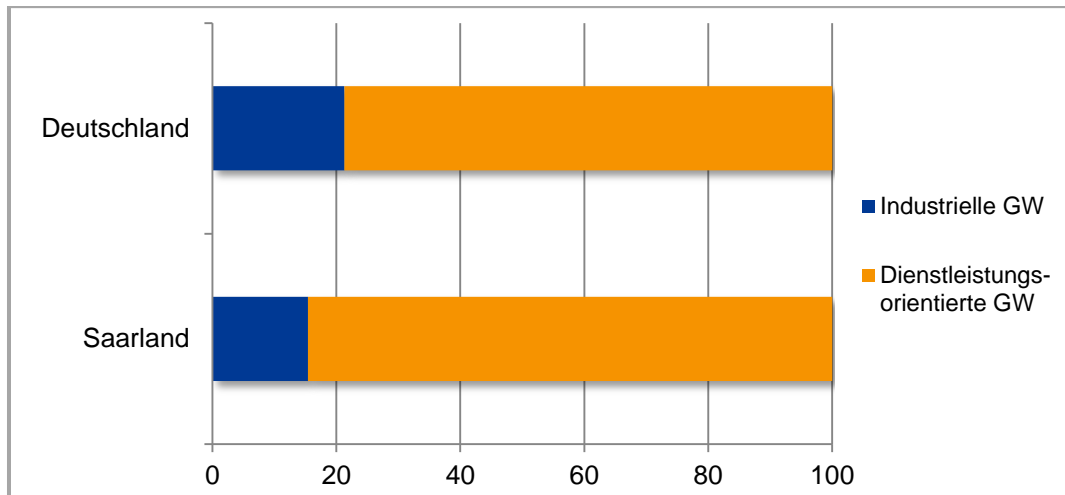
Gesundheitsberichterstattung des Bundes (BMWi 2017), Gesundheitsberichterstattung des Saarlandes (Werte für 2005 und 2011: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt), eigene Berechnung.

In einer groben Betrachtung lässt sich die Gesundheitswirtschaft in Produktions- und Dienstleistungsunternehmen differenzieren und die beiden Bereiche können nach ihren Leistungsbeiträgen dargestellt werden (vgl. Abb. 3). In dieser Betrachtung generiert der Teilbereich „Dienstleistungsorientierte Gesundheitswirtschaft“⁴ deutschlandweit 78,7 Prozent der Bruttowertschöpfung. Der Anteil der sogenannten „Industriellen Gesundheitswirtschaft“ (IGW) umfasst 21,3 Prozent. Im Saarland ist

⁴ „Die industriell geprägten Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft werden unter der sogenannten ‚**Industriellen Gesundheitswirtschaft**‘ (IGW) zusammengefasst. Zur IGW gehören u. a. die Produktion sowie der Vertrieb und Großhandel von Humanarzneimitteln und Medizintechnik. Die **dienstleistungsorientierte Gesundheitswirtschaft** umfasst die stationäre und nicht-stationäre Gesundheitsversorgung. Weitere dienstleistungsgeprägte Teilbereiche sind u. a. Krankenversicherungen, Apotheken und der Gesundheitstourismus“ (BMWi 2017, S. 52). Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die in der GBE erfassten Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft nicht deckungsgleich mit den Wirtschaftsunterklassen der Beschäftigungsstatistik der BA sind. Zudem werden in der GBE Erwerbstätigenzahlen ausgewiesen und keine Beschäftigtendaten. Insofern ist eine direkte Vergleichbarkeit von Beschäftigtendaten der BA und den Daten der GBE nicht gegeben.

der Anteil der industriellen Produktion mit 15,4 Prozent deutlich geringer ausgeprägt als im Bund und weniger als halb so groß wie etwa in Hessen (ebenda).

Abbildung 3: Anteile von industrieller Produktion und von Dienstleistungen an der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Prozent (2016)



(Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung/BMWi 2017, eigene Darstellung)

3.2 Gesundheitsausgaben

Mit der wachsenden wirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft korrespondiert die Kostenseite der Gesundheitsausgaben. Die Gesamtausgaben in Deutschland sind nach den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes seit 2005 kontinuierlich angestiegen und beliefen sich im Jahr 2015 auf rund 344,2 Milliarden Euro (vgl. Tab. 1). Allein zwischen den Jahren 2011 und 2015 sind die Gesundheitsausgaben um 16 Prozent gestiegen. Die finanziellen Aufwendungen speisen sich dabei aus unterschiedlichen Quellen. So ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit 200 Milliarden Euro oder 58,1 Prozent der Gesundheitsausgaben der größte Kostenträger. Dabei ist der Anteil der GKV-Ausgaben seit zehn Jahren nahezu konstant geblieben. Zweitgrößter Träger sind die privaten Haushalte, die rund 46,1 Milliarden Euro im Jahr 2015 an Gesundheitsausgaben und damit einen Anteil von 13,4 Prozent der Gesamtkosten aufbrachten. Die Ausgaben der öffentlichen Haushalte im Gesundheitssektor waren zwischen den Jahren 1995 und 2005 insbesondere durch die Einführung der Pflegeversicherung um knapp ein Drittel (31,6 Prozent) gesunken. Seit 2005 ist allerdings wieder ein Anstieg zu verzeichnen, der sich zwischen 2011 und 2015 kontinuierlich fortgesetzt hat.

Mit dem Wachstum der Ausgaben korrespondiert eine Ausdehnung des Konsums: So hat sich der Anteil des Inlandkonsums von Gesundheitsgütern am Gesamtkonsum zwischen den Jahren 2006 und 2015 von 17,4 Prozent auf 19 Prozent erhöht (BMWi 2016). Die Daten zeigen, dass Gesundheitsgüter, insbesondere Dienstleistungen besonders am Binnenmarkt nachgefragt werden; mit anderen Worten: sie kommen vor allem der einheimischen Bevölkerung zu Gute.

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Ausgabenträgern

	2011	2012	2013	2014	2015
Gesamtausgaben in Mio. Euro, davon nach Ausgabenträgern	296.617	304.230	315.984	329.198	344.153
Öffentliche Haushalte	13.958	14.356	14.268	14.812	15.230
Gesetzliche Krankenversicherung	168.483	172.468	181.664	191.767	200.032
Soziale Pflegeversicherung	21.960	22.985	24.398	25.452	27.995
Gesetzliche Rentenversicherung	4.122	4.264	4.268	4.363	4.439
Gesetzliche Unfallversicherung	4.761	4.899	5.005	5.213	5.366
Private Krankenversicherung	27.612	27.886	28.900	29.084	30.536
Arbeitgeber	12.477	12.683	13.330	13.818	14.464
Private Haushalte / Private Organisationen ohne Erwerbszweck	43.244	44.688	44.151	44.688	46.091

(Gesundheitsberichterstattung Bund; eigene Berechnung)

Für das Saarland liegen zum Zeitpunkt der Berichterstellung nur Daten für die Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2011 vor (GBE Saarland 2015). Auch hier zeigt sich, dass die Ausgaben zwischen 2005 und 2011 stetig von 3.064 Mio. auf 3.638 Mio. Euro angestiegen sind. Allerdings ist das Wachstum in diesem Zeitraum mit 18,7 Prozent geringer als im Bund: Deutschlandweit waren die Ausgaben im gleichen Zeitraum um 22,2 Prozent angestiegen. Die Differenz zwischen dem Saarland und dem Bund hat sich dabei zwischen 2009 und 2011 vergrößert.

In der Verteilung der Ausgabenanteile zwischen den verschiedenen Trägern zeigen sich nur wenige nennenswerte Unterschiede zwischen dem Saarland und dem Bund. So werden im Bezugsjahr 2011 für das Saarland etwas höhere Anteile der Gesetzlichen Krankenversicherung (+0,5 Prozentpunkte) an den Gesamtkosten und geringere Anteile privater Gesundheitsausgaben für Zuzahlungen zu Therapien und Medikamenten oder den Erwerb von Gesundheitsprodukten (-0,9 Prozentpunkte) an den gesamten Ausgaben ausgewiesen (GBE Saarland).

Die Finanzierungsbedingungen für Gesundheitsdienstleistungen unterliegen in Deutschland erheblichen regionalen Unterschieden. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung der Pflege und der Krankenhäuser. Im Saarland konnten zwischen den stationären Einrichtungen der Pflege und den Kostenträgern im bundesweiten Vergleich vergleichsweise hohe Pflegesätze vereinbart werden – nach Angaben der Pflegestatistik wurden im Jahr 2015 für die Pflegestufen 2 und 3 im Saarland die höchsten Pflegesätze gezahlt (Statistisches Bundesamt 2017c). Dies vergrößert zwar die Kosten für die zu zahlenden Eigenleistungen der Pflegebedürftigen, aber es entstehen auch größere Spielräume für eine bessere Personalausstattung in den stationären Einrichtungen. Von wirtschaftlicher und beschäfti-

gungspolitischer Bedeutung ist zudem die Zahl der Einrichtungen und der Pflegeplätze: So liegt das Saarland auch bei den Pflegeplätzen pro Pflegebedürftigem über dem Bundesdurchschnitt (ebenda).

Auch im Krankenhaussektor verfügen die saarländischen Kliniken über eine im Vergleich zu anderen Ländern gute Finanzierungsgrundlage. Dabei ist der für jedes Bundesland ausgehandelte Landesbasisfallwert der Basispreis für die einzelnen DRG-Leistungen der Kliniken. Das Saarland liegt mit diesem Fallwert nach Rheinland-Pfalz an der Spitze der Bundesländer (GKV-Spitzenverband 2017). Insofern stellt sich die „systemimmanente“ Erlössituation der Krankenhäuser im Saarland relativ positiv dar. Jedoch erhöhen sich auch die Kosten, unter anderem, weil in den saarländischen Krankenhäusern durchschnittlich rund 10% mehr Pflegekräfte beschäftigt sind als im Bundesdurchschnitt (Stand 2014; RWI 2016) und das Saarland über einen vergleichsweise hohen Besatz an Krankenhausstandorten verfügt. Zudem hat das Saarland, wie andere Bundesländer auch, in den vergangenen Jahren die Krankenhausinvestitionen um fast ein Viertel deutlich zurückgefahren. Gegenüber einem Höchststand von 2011 wurden die Investitionsmittel von 38,7 Mio. Euro auf 28,5 Mio. Euro reduziert im Jahr 2017 reduziert (D. Kirch 2017). Eine Aufstockung ab 2018 ist geplant, ohne allerdings das vormalige Niveau zu erreichen. Das Expertengutachten der Kostenträger kommt daher zu dem Schluss, dass notwendige Investitionen aus dem Betriebsmittelbudget (zu Lasten der Personalausstattung) quersubventioniert werden müssen (RWI 2016). Im Saarland stehen die überdurchschnittlich hohen Erlöse den höchsten Krankenhauskosten pro Einwohner (1.200 Euro in 2014) gegenüber (ebenda).

4. Beschäftigungsentwicklung und Beschäftigungsstrukturen in der saarländischen Gesundheitswirtschaft

4.1 Zahl der Betriebe in der Gesundheitswirtschaft

Knapp 4.000 Betriebe sind in der saarländischen Gesundheitswirtschaft aktiv. Die untenstehende Übersicht zeigt, dass die Zahl der Betriebe in der Branche zwischen den Jahren 2013 und 2017 um etwas mehr als drei Prozent gewachsen ist. Die jeweiligen Bereiche zeigen dabei unterschiedliche Entwicklungen: Während zum Beispiel die Zahl der Betriebsstätten in der Produktion und den Vor- und Zulieferern stagniert und im Handel zurückging, ist sie in der Pflege und im Bereich der Sport- und Erholungsdienstleistungen deutlich angestiegen. Es dominieren ganz vorwiegend Klein- und mittelständische Betriebe in der Branche.

Tabelle 2: Zahl der Betriebe in der saarländischen Gesundheitswirtschaft

WZ 2008 ⁵	2013	2014	2015	2016	2017
Hersteller, Vor- / Zulieferer	189	188	190	191	184
Handel	749	714	717	708	718
Forschung und Entwicklung	45	46	48	46	45
Verwaltung	46	39	39	40	41
Med. stat. Versorgung	58	57	57	71	69
Med. ambulante Versorgung	2.137	2.132	2.143	2.147	2.184
Pflege und soziale Betreuung	312	315	326	339	358
Erbringung von wirtsch. DL des Sports und der Erholung	312	325	353	360	372
Gesamt	3.882	3.849	3.909	3.937	3.971

(Beschäftigungsstatistik der BA)

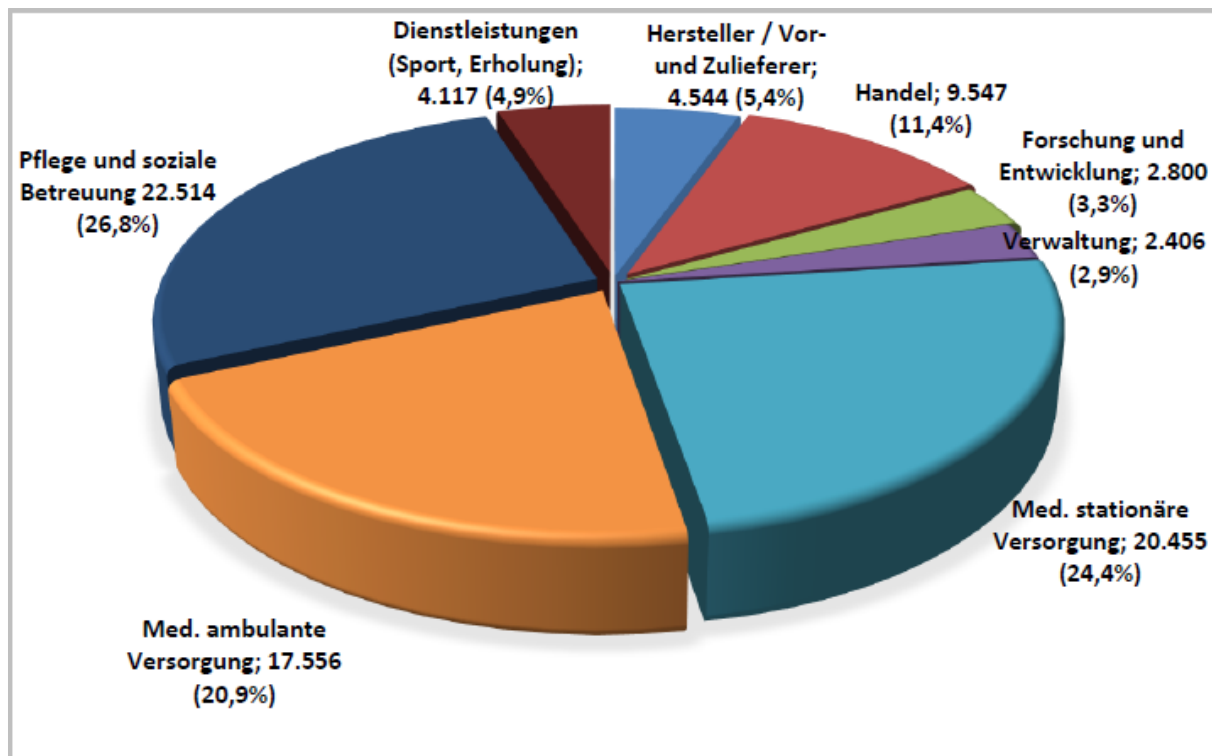
4.2 Beschäftigungsentwicklung

Die Gesundheitswirtschaft ist im Saarland wie im Bund ein starker Job-Motor. Zwischen 2005 und 2016 ist die Branche deutschlandweit um 1,2 Millionen Erwerbstätige gewachsen und bietet Schätzungen der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung zu Folge ca. 7 Millionen Menschen einen Job (BMWi 2017). Für das Saarland weist die Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2016 ca. 84.000 Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft aus.

Der Anteil der in der saarländischen Gesundheitswirtschaft angestellten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an der Gesamtbeschäftigung (Sozialversicherungspflichtige und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse) liegt mit 16,3 Prozent etwa auf dem Niveau im Bund (16,5 Prozent). Über die angestellten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hinaus sind eine Vielzahl von selbstständigen Ärzten, Apothekern (mehr als 1.800) und anderen Freiberuflern aus nicht-medizinischen Berufen wie z.B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten etc. in der Branche tätig. Die Schätzung von ca. 85.000 bis 90.000 Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft des Saarlands dürfte daher eine realistische Größenordnung darstellen.

⁵ Für diese und die folgenden Darstellungen der Beschäftigung wurde die Wirtschaftsklassifikation WZ 2008 aus der Statistik der Bundesagentur für Arbeit zugrunde gelegt. Zur Vereinfachung wurden für die Analyse die Bereiche Industrie und Gesundheitshandwerk als „Hersteller, Vor- und Zulieferer“ sowie der Groß- und Einzelhandel zu „Handel“ zusammengefasst. Der Bereich Ausbildung und Unterricht spielt mit 241 Beschäftigten im Jahr 2016 eine nur marginale Rolle und ist zugleich kaum sinnvoll mit einem anderen Bereich zusammenzufassen. Er wurde daher nicht in die Auswertung einbezogen. Eine Aufstellung der für die Abbildung der Gesundheitswirtschaft herangezogenen Wirtschaftsunterklassen findet sich im Anhang.

Abbildung 4: Verteilung der Beschäftigten in der saarländischen Gesundheitswirtschaft (2016)



(Sozialversicherungspflichtige und geringfügige Beschäftigung; Beschäftigtenzahlen und prozentualer Anteil; Beschäftigungsstatistik der BA, eigene Berechnung)

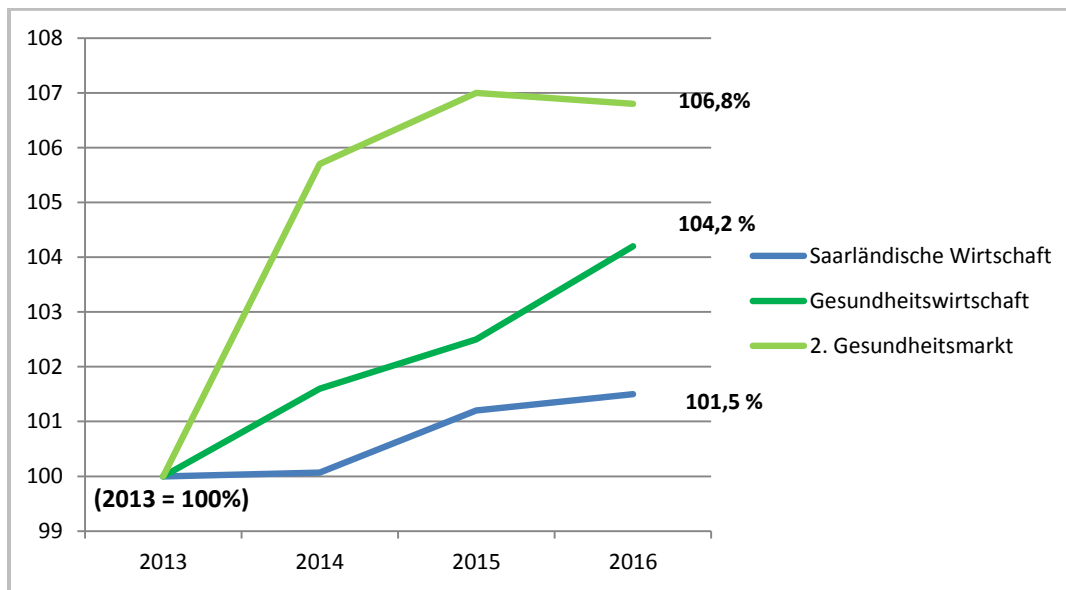
Aus Abb. 4 wird deutlich, dass fast drei von vier Beschäftigten der saarländischen Gesundheitswirtschaft in der Pflege und Betreuung sowie in niedergelassenen Praxen der medizinisch ambulanten Versorgung und in den Krankenhäusern – also in den Kernsektoren der Gesundheitsversorgung – tätig sind. Der Bereich der Pflege und Betreuung ist dabei differenziert zu betrachten: So waren in stationären Pflege-, Alten- und Behinderteneinrichtungen rund 12.700 Personen beschäftigt, in den ambulanten sozialen Diensten rund 4.700 Personen. Im Bereich der „sonstigen sozialen Betreuung älterer Menschen und Behinderter“ waren weitere rund 5.000 Menschen tätig.⁶ Der Handel stellt jeden achten Arbeitsplatz in der Gesundheitswirtschaft; bei Herstellern und Zulieferern sowie im Bereich Sport und Erholung ist jeweils jeder zwanzigste Arbeitsplatz der Branche angesiedelt.

Die Gesundheitswirtschaft ist in den vergangenen Jahren mit 4,2 Prozent gegenüber 1,5 Prozent fast drei Mal so stark gewachsen wie die saarländische Gesamtwirtschaft (vgl. Abb. 5). Dabei wächst der „zweite Gesundheitsmarkt“, der einer privaten Finanzierung der Leistungen unterliegt, besonders schnell, aber von einem bisher noch sehr niedrigen Niveau aus. Dieser Teilmarkt der Gesundheitsbranche beschäftigte im Jahr 2016 mit knapp 6.000 Personen lediglich 1,2 Prozent aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der saarländischen Wirtschaft.⁷

⁶ Aufgrund dieser erweiterten Zuordnung kommt der Bereich Pflege und Betreuung in der Beschäftigungsstatistik der BA zu deutlich höheren Zahlen als die Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes, die Einrichtungen und Dienste einbezieht, die (vorrangig) Leistungen nach der SGB XI erbringen.

⁷ An dieser Stelle ist auf die in Kap. 2 angesprochene Abgrenzungsproblematik und die schwere statistische Erfassbarkeit des „zweiten“ Gesundheitsmarktes zu verweisen, die eine vorsichtige Interpretation der Daten nahelegen. Aus den Daten der BA-Beschäftigungsstatistik sind die Erbringung von (wirtschaftlichen) Dienst-

Abbildung 5: Beschäftigungsentwicklung im Saarland inkl. geringfügig Beschäftigte



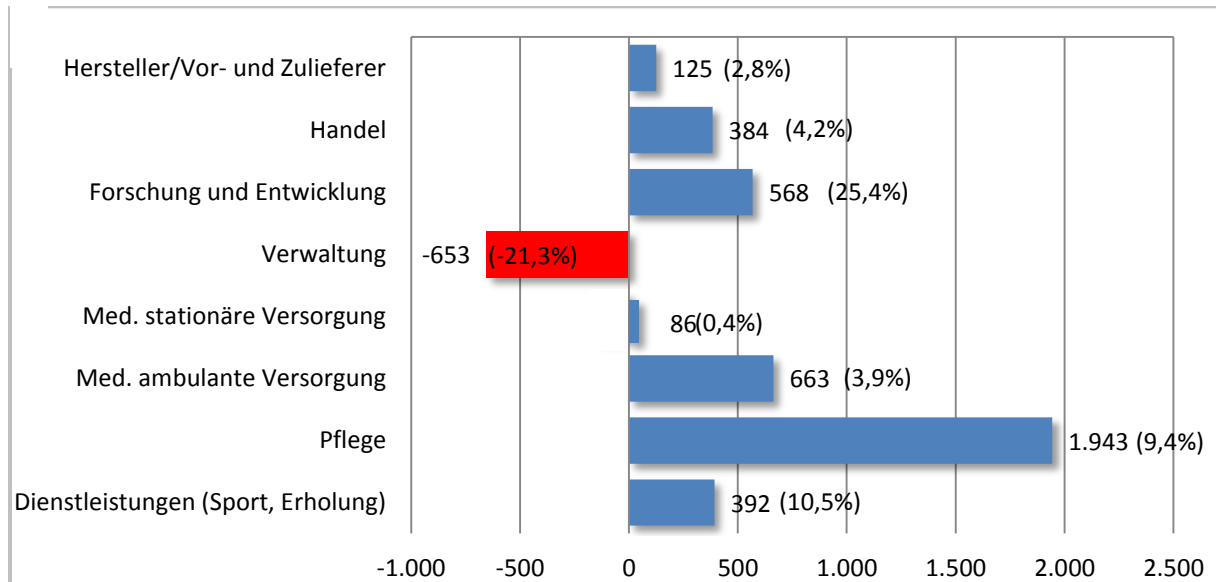
(Beschäftigungsstatistik der BA, eigene Berechnungen)

Hinter dem allgemeinen Wachstumstrend verbergen sich unterschiedliche Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. Ein Rückgrat für den Beschäftigungsaufbau ist die Pflege mit einem Plus von knapp 2.000 Stellen, das entspricht einem Anstieg von 9,4 Prozent in den Jahren 2013 bis 2016 (vgl. Abb. 6). Diese Zahl ergibt sich aus einem Zuwachs von 2.265 sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen, während 322 geringfügige Beschäftigungsverhältnisse aufgelöst worden sind. Beim Beschäftigungszuwachs dominiert der Bereich der stationären Pflegeheime: Hier sind im Betrachtungszeitraum rund drei Mal so viele sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze entstanden wie bei den ambulanten Diensten (Beschäftigungsstatistik der BA, ohne Abbildung). Ebenfalls trägt der Bereich der medizinisch-ambulanten Versorgung erheblich zum Beschäftigungsaufbau bei, obwohl auch hier mehr als 300 geringfügige Jobs weggefallen sind. Allerdings entwickeln sich die einzelnen Beschäftigungsfelder in diesem Bereich unterschiedlich: Die Zahl der Arbeitsplätze in Allgemeinarztpraxen stagniert, bzw. wächst nur leicht bei Facharzt- und Zahnarztpraxen (zur Entwicklung der Praxendichte vgl. Kap. 5). Vor allem aber wächst nach den Daten der Beschäftigungsstatistik der BA die Zahl der Erwerbstätigen in „sonstigen selbständigen Tätigkeiten“ (Ergotherapie, Sprachtherapie, medizinische Fußpflege, Labore etc.) Bemerkenswert ist der Zuwachs an (ausschließlich sozialversicherungspflichtigen) Arbeitsplätzen im Bereich Forschung und Entwicklung. Hier scheint – wenn auch von einem eher kleineren Sockel aus – ein erfolgreicher Aufbau von hochqualifizierter Beschäftigung im Saarland gelungen zu sein. Dienstleistungen im Bereich Sport und Erholung, also der „zweite Gesundheitsmarkt“ haben im betrachteten Zeitraum knapp 400 neue Arbeitsplätze, davon ca. 350 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse neu geschaffen. Nur wenig Dynamik zeigen hingegen die Hersteller und Zulieferer, also der Bereich der industriellen Gesundheitswirtschaft, sowie der Krankensektor. Deutliche Beschäftigungsverluste musste hingegen die

Leistungen des Sports und der Erholung, sowie der Groß- und Einzelhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln und die Herstellung von Sportgeräten dem zweiten Gesundheitsmarkt zugerechnet. Nicht berücksichtigt wurden Wirtschaftsunterklassen, die nicht eindeutig der Gesundheitswirtschaft zugeordnet werden konnten, wie z.B. das Gastgewerbe, da es bei der Erfassung von Hotels etc. keine Hinweise gibt, ob ein spezielles Angebot im Gesundheitstourismus vorgehalten wird oder hier ein geschäftlicher Schwerpunkt liegt.

Verwaltung im Gesundheitswesen, also z. B. die Krankenkassen verzeichnen. Hierin dürften sich die Konzentrationsprozesse der Kassen sowie Rationalisierungstendenzen (etwa die zunehmende Online-Abwicklung von Kundenanliegen) niederschlagen.

Abbildung 6: Veränderungen der Beschäftigung nach ausgewählten Bereichen der Gesundheitswirtschaft im Saarland von 2013 bis 2016



(Beschäftigungsstatistik der BA, eigene Berechnung. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Klassifikation der Wirtschaftszweige auf Ebene der Wirtschaftsklassen und -unterklassen im Saarland)

In der Gesamtbetrachtung zeigen die Daten, dass die Branche vor allem in den Kernbereichen des „ersten Gesundheitsmarktes“ in bedeutendem Umfang Beschäftigung schafft, jedoch mit der Einschränkung, dass im Bereich der Verwaltung (z. B. der Krankenkassen) ein Rückgang der Beschäftigung zu verzeichnen ist.

Bei der Beurteilung des Beschäftigungsvolumens muss allerdings berücksichtigt werden, dass Teilzeitbeschäftigung im Gesundheitswesen eine große Rolle spielt. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde eine Sonderauswertung der BA-Beschäftigungsstatistik zum Umfang der Teilzeitarbeit in den Wirtschaftsunterklassen der Gesundheitswirtschaft für das Saarland durchgeführt (vgl. Tabelle 3). Die Geringfügig Beschäftigten wurden dabei herausgerechnet und gesondert betrachtet (vgl. nächster Abschnitt). Danach waren in der gesamten Gesundheitswirtschaft mehr als ein Drittel aller **sozialversicherungspflichtig** Beschäftigten in Teilzeitarbeit tätig.

Tabelle 3: Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit reduzierter Arbeitszeit (Teilzeit) in der saarländischen Gesundheitswirtschaft

	Anteil Teilzeitbeschäftigte		Anteil weibliche Beschäftigte
	2013	2016	2016
Hersteller, Vor- und Zulieferer	14,3%	14,7%	46%
Handel	35,4%	36,5%	76,5%
Forschung und Entwicklung	33,0%	25,9%	48,7%
Verwaltung	24,0%	26,5%	60,0%
Medizinische stationäre Versorgung	34,9%	35,7%	74,7%
Medizinische ambulante Versorgung	41,0%	44,0%	86,5%
Pflege und soziale Betreuung	36,0%	37,9%	72,5%
Dienstleistungen (Sport, Erholung)	37,7%	42,0%	55,4%
Gesundheitswirtschaft gesamt	34,5%	35,5%	72,6%

(Beschäftigungsstatistik der BA, eigene Berechnung)

Die Daten zeigen, dass mit Ausnahme des Bereichs Forschung und Entwicklung durchgehend der Anteil an sozialversicherungspflichtiger Teilzeitarbeit zugenommen hat. Der Anteil an Teilzeitbeschäftigung korrespondiert dabei mit dem Anteil weiblicher Beschäftigter: Er ist im Handel, in der medizinischen Versorgung, in Pflege und Betreuung sowie bei Sport- und Erholungsdienstleistungen überproportional hoch – allesamt Bereiche, die durch einen starken Anteil weiblichen Personals gekennzeichnet sind. Viele Berufe in der Gesundheitswirtschaft, insbesondere die helfenden Berufe, gelten noch immer als klassische Domänen der Frauenerwerbsarbeit. In Folge der nach wie vor bestehenden Doppelbelastung für Familie und Beruf streben offenbar viele Arbeitnehmerinnen eine Beschäftigung in Teilzeit an. In diesen Bereichen „weiblicher“ Erwerbsarbeit bündeln sich nicht selten Risiken in der Kombination von Helfertätigkeiten, atypischer Beschäftigung, relativ geringem Einkommensniveau mit nur eingeschränkten beruflichen Aufstiegschancen (D. Becka, M. Evans 2014), was zu sozialen, oder präziser: zu geschlechterdifferenten Ungleichheitslagen führt.

4.2 Beschäftigungsstruktur

Neben der quantitativen Beschäftigungsentwicklung ist auch die Qualität der Beschäftigung von besonderem Interesse. Hinsichtlich der Beschäftigungsqualität ist zum einen die Qualifikation der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer betrachtet werden. Höher qualifizierte Arbeitsplätze bieten in der Regel bessere Einkommenschancen, anspruchsvollere Tätigkeitsprofile, bessere berufliche Entwicklungschancen und schließlich auch einen höheren Schutz vor länger andauernder Arbeitslosigkeit. Mit Blick auf die Gesundheitswirtschaft ist grundsätzlich zu konstatieren, dass für einen Großteil

der Tätigkeiten mit pflegerischem, therapeutischem und medizinischem Bezug durch eine Vielzahl von gesetzlichen und berufsständischen Regelungen die notwendigen Qualifikationen und Kompetenzen definiert sind. In der stationären Pflege etwa muss mindestens die Hälfte des Personals aus examinierten Fachkräften bestehen. Dennoch zeigen die Daten zur Qualifikationsstruktur ein heterogenes Bild für die einzelnen Bereiche:

Tabelle 4: Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der saarländischen Gesundheitswirtschaft (2016)

	Berufsabschluss der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten			
	Ohne Berufsabschluss	Anerkannte Berufsausbildung	Meister-/Techniker- oder gleichw. Abschl.	Akademiker*
Hersteller/Vor- und Zulieferer	11,5%	67,0%	7,4%	11,2%
Handel	8,0%	69,4%	3,2%	12,3%
Forschung und Entwicklung	7,6%	28,4%	2,0%	59,2%
Ausbildung/ Unterricht	7,8%	51,4%	3,7%	33,3%
Verwaltung	7,3%	65,9%	3,7%	17,5%
Med. stat. Versorgung	9,0%	69,4%	0,9%	20,5%
Med. amb. Versorgung	8,6%	76,0%	1,1%	9,0%
Pflege und Betreuung	21,0%	58,1%	1,6%	4,2%
Erbringung von wirtsch. DL des Sports und der Erholung	23,3%	51,5%	2,5%	10,1%

(Beschäftigungsstatistik der BA, eigene Berechnungen, fehlende Prozentwerte auf 100 beruhen auf fehlenden Angaben/Zuordnungen)

* Die akademischen Abschlüsse Bachelor, Diplom/Magister/Master/Staatsexamen und Promotion wurden zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit zusammengefasst.

Facharbeiterinnen und Facharbeiter, die über einen anerkannten Berufsabschluss verfügen, bilden mit einem Anteil von gut zwei Drittel der Beschäftigten bei Herstellern und Zulieferern das Rückgrat im produzierenden Sektor der Gesundheitswirtschaft. Doch auch der Handel und die medizinische (stationäre und ambulante) Versorgung sind durch einen Anteil von rund 70 bis 75 Prozent Fachkräften mit einem qualifizierten Berufsabschluss geprägt. Etwa ein Fünftel der Beschäftigten in den Kliniken verfügen über einen Hochschulabschluss. Überdies stellen die saarländischen Kliniken im Bereich

der nicht-akademischen beruflichen Ausbildung (bezogen auf die behandelten Krankenhausfälle) bundesweit die meisten Ausbildungsplätze zur Verfügung (RWI 2016). Deutlich stärker prägen akademische Berufe, wie nicht anders zu erwarten, den Bereich der Forschung und Entwicklung mit einem Anteil von knapp 60 Prozent.

Im Bereich der Pflege und Betreuung sowie der Sport- und Erholungsdienstleistungen hingegen fällt das Qualifikationsniveau ab: In beiden Bereichen verfügt mehr als ein Fünftel der Beschäftigten über keinen Berufsabschluss und der Anteil der Fachkräfte mit einem Berufsabschluss liegt bei gut der Hälfte (Dienstleistungen) bzw. knapp 60 Prozent (Pflege und Betreuung). Trotz der Bemühungen um eine Akademisierung der Pflegeberufe spielen Fachkräfte mit akademischem Abschluss in den saarländischen Pflege- und Betreuungsberufen mit einem Anteil von knapp über vier Prozent bisher nur eine schwache Rolle. Die Differenzierungen in der Pflege und sozialen Betreuung könnten durch neue Beschäftigungsfelder im Bereich der Betreuung und Aktivierung von Pflegebedürftigen verstärkt worden sein. So sind in den vergangenen Jahren die Finanzierungsmöglichkeiten von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen deutlich ausgeweitet worden (§43b SGB XI, vormals §87b). Diese Betreuungskräfte, die in der stationären Pflege mittlerweile zahlreich eingesetzt werden, verfügen im Unterschied zu Pflegekräften über keine spezifische Berufsausbildung, sondern werden im Rahmen einer Qualifizierung im Umfang von 160 Stunden angelernt. Mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes I im Jahre 2015 können auch in der ambulanten Versorgung Betreuungs- und Entlastungskräfte eingesetzt werden, für die gar keine verbindlichen Qualifikationsstandards festgelegt sind. Die Statistik weist einen sprunghaften Anstieg der Beschäftigten ohne Berufsabschluss in Pflege und Betreuung ab dem Jahr 2015 aus (BA-Beschäftigungsstatistik, ohne Abbildung). Ob diese Entwicklung die Spreizung zwischen den Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus weiter vorantreiben wird, muss für die Zukunft beobachtet werden. Bisher hat die Frage wenig Beachtung gefunden, welche Kompetenzen und welche Fachlichkeit in der Betreuung und alltagsnahen Unterstützung von Pflegebedürftigen gebraucht werden und wie zukunftsfähige Perspektiven für die Beschäftigungsqualität in diesem Bereich entwickelt werden könnten.

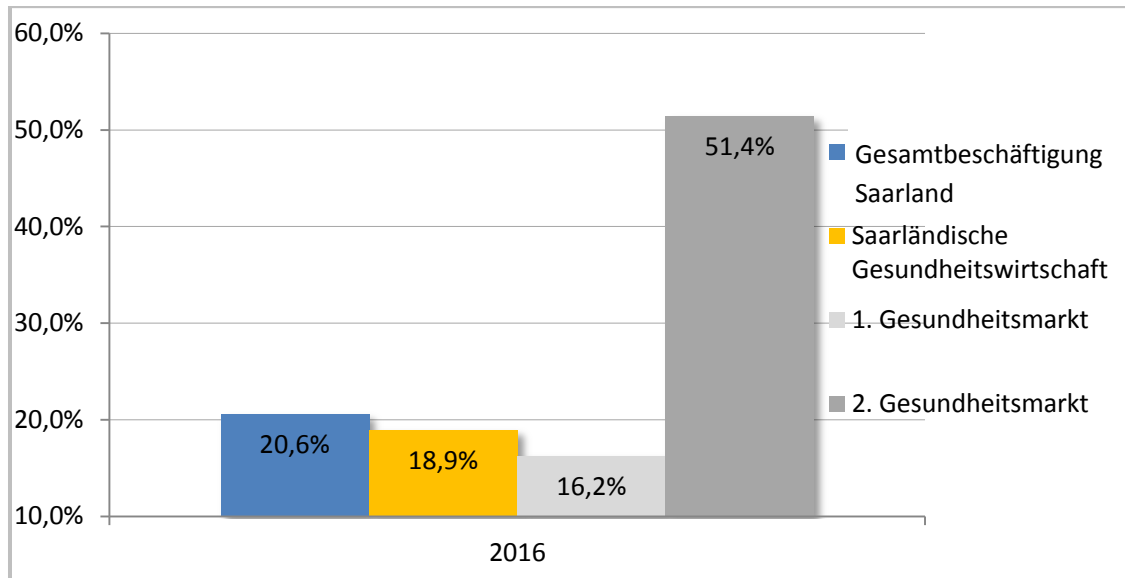
Neben der Qualifikation ist für die Qualität von Erwerbsarbeit ein wichtiges Kriterium, ob diese in den Rahmen von Sozialversicherungspflicht fällt oder nicht. Geringfügige Beschäftigung⁸ ist nur marginal über Sozialabgaben verbeitragt, sie ist häufig wenig qualifiziert, unterdurchschnittlich bezahlt und instabil in der Beschäftigungsdauer. Diese Form von Beschäftigung ist in der Gesamtwirtschaft des Saarlandes besonders stark verbreitet: So ist der Anteil der ausschließlich als „Minijobber“ tätigen Menschen im Saarland und in Bremen der höchste im Vergleich der Bundesländer (Statistisches Amt Rheinland-Pfalz 2017).

Wie Abbildung 7 zeigt, liegt der Anteil der geringfügigen Beschäftigung in der saarländischen Gesundheitswirtschaft mit 18,9 Prozent im Jahr 2016 unter dem Niveau in der saarländischen Gesamtwirtschaft (20,6 Prozent); die Branche bietet also überdurchschnittlich viele sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze an. Dabei differieren die Anteile an geringfügiger bzw. sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung erheblich zwischen den Unternehmen und Einrichtungen des „ersten“ und „zweiten Gesundheitsmarkts“. Während geringfügige Jobs im Bereich der öffentlich finanzierten Leistungen des „ersten Gesundheitsmarktes“ nur 16,2 Prozent der Beschäftigung ausmachen, liegt der

⁸ „Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung (§ 14 SGB IV) regelmäßig im Monat 450,- Euro nicht überschreitet“ (Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigungsstatistik; <http://statistik.arbeitsagentur.de>)

Anteil geringfügiger Beschäftigung im privat finanzierten „zweiten Gesundheitsmarkt“ bei 51,4 Prozent und ist damit mehr als drei Mal so hoch wie im „ersten Gesundheitsmarkt“.

Abbildung 7: Anteil geringfügig Beschäftigter im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt an der Gesamtbeschäftigung (in Prozent)

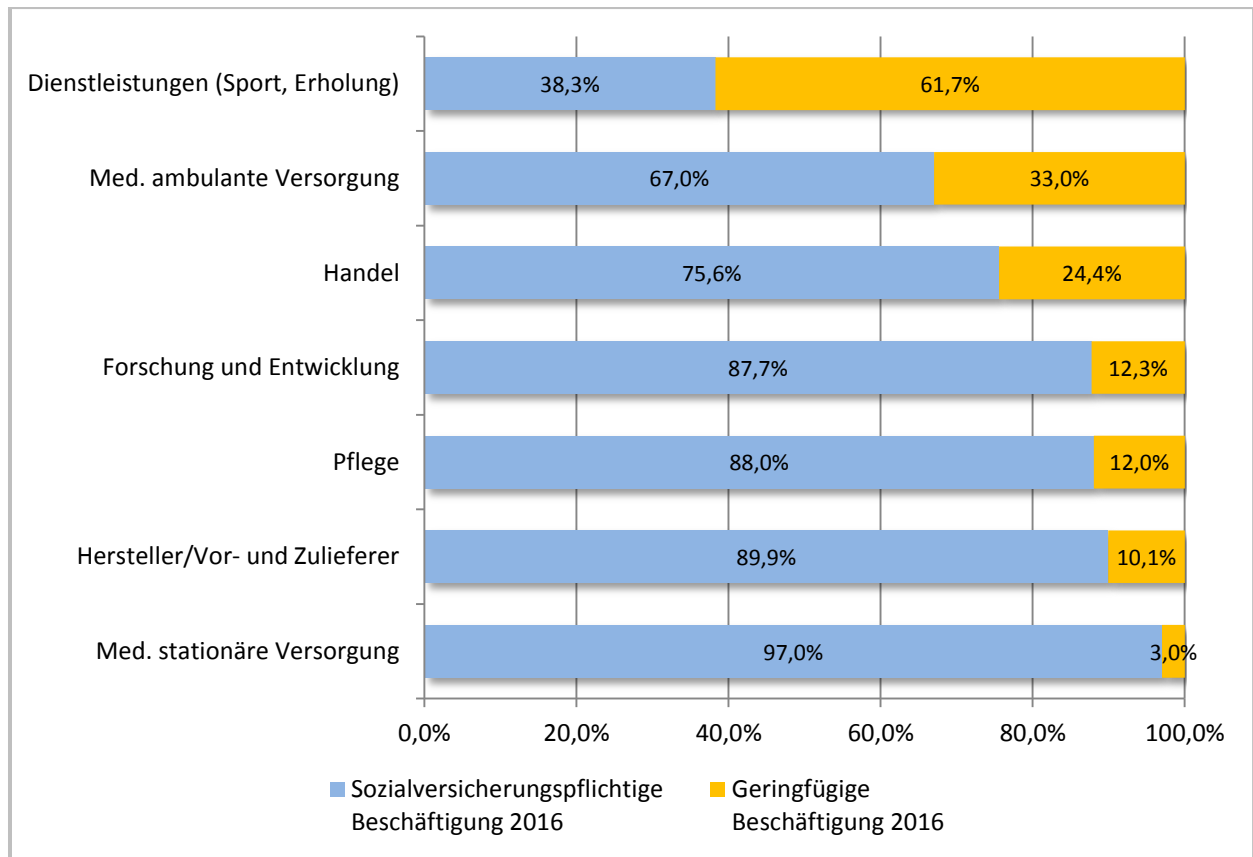


(Beschäftigungsstatistik der BA, eigene Berechnungen)

In den Jahren 2013 bis 2016 hat der Anteil der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse in der Gesamtwirtschaft des Saarlands insgesamt um 0,7 Prozentpunkte abgenommen. Ein noch deutlicherer Rückgang der geringfügig Beschäftigten ist mit 1,7 Prozentpunkten im Bereich des ersten Gesundheitsmarktes und mit 3,4 Prozentpunkten im zweiten Gesundheitsmarkt zu verzeichnen (Beschäftigungsstatistik der BA, ohne Abbildung). Da die Veränderungen vor allem im Jahr 2015 eingetreten sind, kann vermutet werden, dass diese in Verbindung mit der Einführung des Mindestlohngesetzes im Januar 2015 in Verbindung stehen. Offenbar wurden in der Folge viele Minijobs in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung umgewandelt: Mit Inkrafttreten des Mindestlohngesetzes ist die Zahl der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse bundesweit um mehr als 180.000 Minijobs zurückgegangen (P. vom Berge, E. Weber 2017).

Interessant ist nun, wie die Anteile von sozialversicherungspflichtiger und geringfügiger Beschäftigung in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft vertreten sind (Abb. 8).

Abbildung 8: Verteilung der sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten in den Bereichen der saarländischen Gesundheitswirtschaft (2016)



(Beschäftigungsstatistik der BA, eigene Berechnungen)

Aus der Abbildung geht hervor, dass in der Beschäftigungsstruktur der einzelnen Bereiche deutliche Differenzen bestehen. So tragen die Krankenhäuser, die industriellen Hersteller, die Pflege sowie die Forschung und Entwicklung am stärksten zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung bei. Dagegen weisen die Dienstleistungen im Bereich Sport und Erholung, die ambulante Versorgung (niedergelassene Arzt- und Heilberufepraxen) und der Handel deutlich stärkere Anteile an geringfügiger Beschäftigung auf. Bei den geringfügig Beschäftigten im Bereich der Dienstleistungen für Sport und Erholung dürfte es sich vor allem um Saison- und Servicekräfte in der Hotellerie, bei Fitness- und Wellnessanbietern handeln. Ebenfalls scheinen viele Praxishilfen in der medizinisch-ambulanten Versorgung auf der Basis geringfügiger Jobs beschäftigt zu sein.

Eine differenzierte Betrachtung verdient überdies die Situation in der Pflege: So ist geringfügige Beschäftigung bei den ambulanten Pflegediensten mit einem Anteil von 29,4 Prozent (rund 1.400 Beschäftigte) weit verbreitet. In den Pflegeheimen sowie den Alten- und Behindertenheimen hingegen liegt der Anteil der Minijobber bei nur 9,5 Prozent, das entspricht einer Größenordnung von 1.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Saarland (Beschäftigungsstatistik der BA, ohne Abbildung). Diese Differenzen verweisen unter anderem auf die deutlich höheren Flexibilitätsanforderungen, die sich in der mobilen Pflege an die Organisation der Tourenplanung und der häuslichen Einsätze stellen (V. Hielscher et al. 2013).

Der Blick auf die Beschäftigungsfelder und -strukturen innerhalb der saarländischen Gesundheitswirtschaft unterstreicht die Vielfältigkeit und Heterogenität dieser Branche. Für das Wachstum der

Beschäftigung ist mit Abstand die Pflege, gefolgt von den Praxen der ambulanten Versorgung, der größte Treiber. Dies überrascht, da viele Experten bereits vor zehn Jahren angesichts des politischen Postulats zum Vorrang der ambulanten Versorgung für den Sektor der stationären Pflege eine Sättigung prognostiziert hatten (I. Matthäi, J. Marschall 2008). Tatsächlich hat sich eine gegensätzliche Entwicklung durchgesetzt. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der jüngsten Pflegereformen, die eine deutliche Ausweitung von Betreuungsleistungen nach sich ziehen, dürfte die Pflege und Betreuung von älteren Menschen auch für die kommenden Jahre eine stabile Säule für die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft darstellen. Der „zweite Gesundheitsmarkt“ hingegen erfährt zwar ein stärkeres Wachstum als die Gesundheitswirtschaft insgesamt, besitzt aber hinsichtlich des Beschäftigungsvolumens eine bisher nur nachrangige Bedeutung, zumal mehr als die Hälfte der Arbeitsplätze in diesem Bereich geringfügige Beschäftigungsverhältnisse sind. Hier zeigt sich auch die variierende Qualität der Beschäftigung in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. Sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse dominieren zum einen in den industriellen Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und in den wissensintensiven Berufsfeldern der Forschung und Entwicklung sowie zum anderen dort, wo in mittelständischen und größeren Unternehmen kassenfinanzierte Kernleistungen des Gesundheitswesens erbracht werden, vor allem in stationären Pflegeheimen und im Krankenhaussektor.

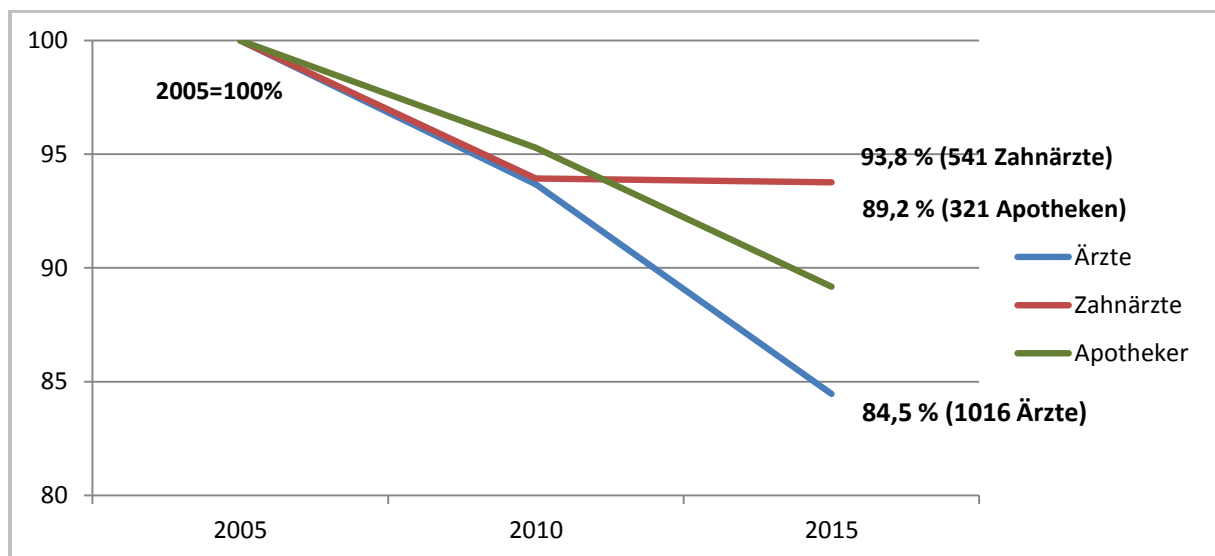
5. Arbeits- und versorgungspolitische Herausforderungen

Im Folgenden werden einige strukturelle Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft beleuchtet, die bedeutsam sowohl für die Versorgung der Bevölkerung als auch für die Arbeitssituation der Beschäftigten sind. Im Mittelpunkt stehen dabei die Wirkungen der demografischen Entwicklung, zumal seit langem bekannt ist, dass gerade im Saarland die Alterung und die Schrumpfung der Bevölkerung schneller voranschreiten als in den anderen Ländern Westdeutschlands (Bundesinstitut für Berufsforschung 2017). Davon sind auch die Erwerbsbevölkerung im Allgemeinen und insbesondere die Beschäftigten in der Gesundheitsbranche betroffen.

5.1 Versorgungspolitische Aspekte

Zunächst richtet sich der Blick auf die ambulante medizinische Versorgung. Für den niedrigschwelligen Zugang zu medizinischen Leistungen ist die wohnortnahe Erreichbarkeit von Allgemein- und Facharztpraxen sowie von Apotheken eine wichtige Voraussetzung. Hier zeigt sich für das Saarland zwischen den Jahren 2005 und 2015 eine deutliche Reduzierung der Zahl der Niederlassungen (vgl. Abb. 10). Es ist anzunehmen, dass von dieser Entwicklung insbesondere der ländliche Raum des Saarlandes betroffen ist.

Abbildung 9: Praxen von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern im Saarland (2005 – 2015)



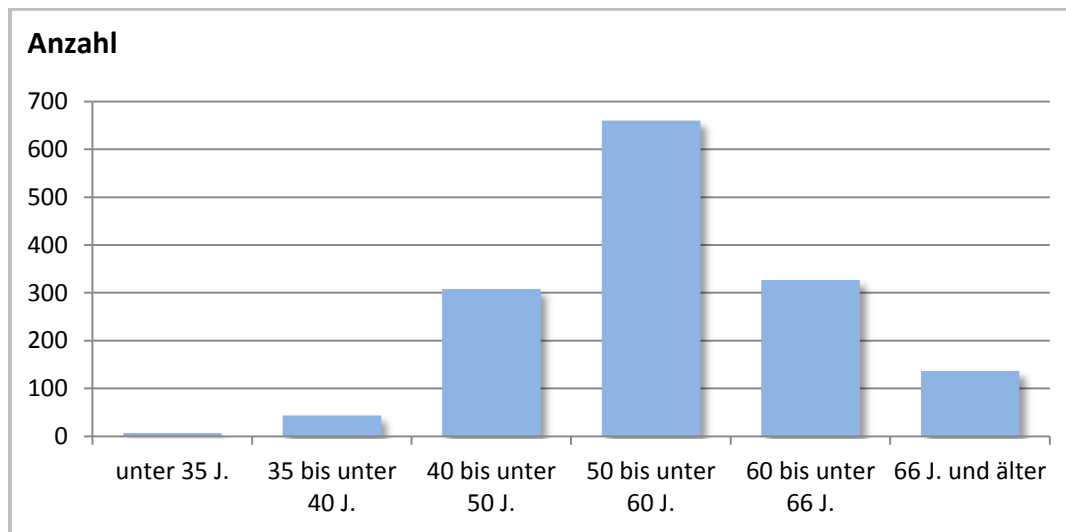
(Gesundheitsberichterstattung Bund, eigene Berechnung, Tabelle im Anhang)

Aus den Daten geht hervor, dass mehr als jede zehnte Apotheke im Saarland zwischen den Jahren 2005 und 2015 ihren Betrieb ersatzlos eingestellt hat. Hierin dürfte der tiefgreifende Strukturwandel zum Ausdruck kommen, der die Branche angesichts der wachsenden Konkurrenz durch den Online-Versandhandel ausgesetzt ist. Im Saarland existieren seit 2018 erste „hybride“ Modelle von niedergelassenen Apotheken, in denen z. B. die digitale Annahme und Weiterleitung von Rezepten erprobt werden (L. Klein 2017).

Die Zahl der Allgemein- und Facharztpraxen ging kontinuierlich zurück, nur die Zahl der Zahnarztpraxen konnte zwischen 2010 und 2015 stabilisiert werden. Interessanterweise ist trotz des Rückgangs der Niederlassungen die Zahl der Beschäftigten bei den saarländischen Apotheken, den Facharzt- und Zahnarztpraxen in den vergangenen Jahren leicht angestiegen. Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass die Zahl der hausärztlichen und fachärztlichen Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften im Betrachtungszeitraum gegen den Allgemeintrend zugenommen hat. Es wächst also die Bedeutung größerer Praxen, die zum Teil mittelständische Größenordnungen annehmen und größere Belegschaften beschäftigen als die klassische Einzelpraxis. Für manche Ärzte hat das unter anderem den Anreiz, dass die Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ihrer Patienten geteilt werden kann und sich Ansprüche an „Work-Life-Balance“ in solchen betrieblichen Organisationsformen besser realisieren lassen.

Die Existenz einer Einzelpraxis oder einer Apothekenniederlassung hängt in der Regel daran, wie lange der „Chef“ seine Profession ausführen möchte und inwieweit eine Übernahme durch einen Nachfolger bzw. Nachfolgerin organisiert werden kann. Insofern ist für eine Abschätzung der künftigen Praxisdichte die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte von Bedeutung (Abb. 10).

Abbildung 10: Niedergelassene Ärzte im Saarland nach Alter (im Jahr 2015)



(Gesundheitsberichterstattung Bund; eigene Berechnung)

Anhand der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte wird deutlich, dass bereits im Jahr 2015 mehr als 450 Inhaber von Arztpraxen, das ist beinahe ein Drittel der niedergelassenen Ärzteschaft im Saarland, sechzig Jahre und älter waren. Daten der Ärztekammer des Saarlandes zeigen ein analoges, wenngleich nicht ganz so dramatisches Bild, wonach mehr als ein Drittel der gesamten Ärzteschaft des Saarlandes im Jahr 2015 älter als 50 Jahre ist und die Zahl der altersbedingten Austritte aus dem Berufsleben seit 15 Jahren kontinuierlich ansteigt (Versorgungswerk 2017).

Hier deutet sich eine enorme versorgungspolitische Herausforderung an, in zahlreichen niedergelassenen Praxen eine Weiterführung zu organisieren und Schließungen in großem Stil zu vermeiden. Ob die von der Landesregierung angekündigte Bezuschussung von jährlich 20 Praxisübernahmen im ländlichen Raum eine ausreichende Maßnahme darstellt, ist eine offene Frage. Denkbar könnte darüber hinaus die Errichtung einer größeren Zahl von medizinischen Versorgungszentren sein, in denen das wirtschaftliche Risiko der Ärzte für die Selbstständigkeit abgepuffert werden würde. Insgesamt ist eine regional sehr genaue Beobachtung notwendig, ob es gerade im ländlichen Raum zu Unterversorgungssituationen kommen kann, damit ein gezieltes Gegensteuern möglich ist.

Ähnlich wie bei den niedergelassenen Ärzten sieht die Altersstruktur beim nicht-medizinischen Gesundheitspersonal aus. Längerfristige Betrachtungen zeigen, dass sich der Altersdurchschnitt bei Krankenschwestern und -pflegern zwischen den Jahren 1993 und 2011 von rund 35 Jahren auf knapp 42 Jahre erhöht hat (T. Tivig et al. 2013). Aus der Pflegestatistik geht hervor, dass mittlerweile zwei von fünf der in Pflegeheimen und ambulanten Diensten tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter älter als 50 Jahre ist (Statistisches Bundesamt 2017).

5.2 Arbeitspolitische Herausforderungen

Aufgrund der demografischen Entwicklung befinden sich viele Beschäftigte der Branche in einem höheren vulnerablen Alter. Zugleich stehen sie unter besonderen Belastungen. In der jüngeren Zeit sind daher die Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen nicht nur im wissenschaftlichen Diskurs und bei den arbeitspolitischen Akteuren, sondern auch in den Medien und der breiteren Öffentlichkeit thematisiert worden. Insbesondere in den Pflegeberufen scheinen die Belastungen aufgrund von Personalknappheit, Arbeitsdruck und fachlichen Anforderungen enorm hoch – auch im Vergleich

zu anderen Sozialberufen (V. Hielscher et al. 2013; L. Nock et al. 2013, W. Hien 2018). Auswertungen von Krankenkassendaten der BKK zeigen, dass das Saarland unter den Beschäftigten in der Altenpflege den höchsten Krankenstand Westdeutschlands aufweist (K. Kliner et al. 2017). Dies ist bemerkenswert, da der finanzielle Ressourcenrahmen für die Personalausstattung im regionalen Vergleich einen relativ hohen Rang einnimmt. Bundesweiten Befragungen im Rahmen des DGB-Index „Gute Arbeit“ zu Folge gehen drei von vier in der Pflege Beschäftigte davon aus, dass sie unter den gegebenen Bedingungen nicht gesund bis zur Rente in ihrem Beruf arbeiten können. Eine Sonderauswertung dieser Daten für die Arbeitskammer des Saarlandes bestätigt ebenfalls die Belastungssituation der Beschäftigten im Gesundheitssektor (Braun 2017). Mit diesen subjektiven Selbst-Einschätzungen korrespondieren „objektive“ Daten der Deutschen Rentenversicherung, denen zu Folge bei den Pflegekräften beinahe jeder dritte Rentenzugang aufgrund von Erwerbsminderung erfolgt⁹ (Deutsche Rentenversicherung 2012).

Die hier angesprochenen Daten weisen darauf hin, dass viele Beschäftigte der Gesundheitswirtschaft ihren Beruf nur mit einer begrenzten Tätigkeitsdauer ausüben und ihn häufig vorzeitig aufgeben – sei es aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden, sei es aufgrund eines Berufswechsels. Diese Entwicklung verschärft zusammen mit der Alterung der Belegschaften den schon jetzt konstatierten Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen (Bundesagentur für Arbeit 2017) – es bleibt also nach wie vor ein Handlungsbedarf an suffizienter Personalausstattung, Arbeitsgestaltung und Gesundheitsförderung in den Unternehmen der Gesundheitsbranche, aber auch in anderen Wirtschaftsbereichen. Dazu sind im Rahmen des Zukunftsbündnisses Fachkräfte bereits eine Vielzahl von Maßnahmen aufgelegt worden, die von der Landesregierung koordiniert und von den unterschiedlichsten regionalen Akteuren getragen werden.

Der Blick auf den betrieblichen Gestaltungsrahmen in der Branche fällt jedoch eher ernüchternd aus. So ist die Branche durch eine große Zahl von Klein- und mittelständischen Betrieben gekennzeichnet. Lediglich in den Kliniken als größere Organisationen kann davon ausgegangen werden, dass im Management personelle Ressourcen vorhanden sind, sich systematisch um Fragen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung zu kümmern. Hier ist auch am ehesten zu vermuten, dass funktionierende Mitbestimmungsstrukturen vorhanden sind und Betriebsräte sowie Mitarbeitervertretungen Themen wie „Gesundes Arbeiten“ zum Gegenstand betrieblicher Gestaltungsprozesse machen. Nicht umsonst konnte gerade im Krankenhaussektor die Frage der Personalbemessung in den Unternehmen, aber auch im Land und im Bund erfolgreich thematisiert werden. Im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung, der Pflege und Betreuung hingegen sind die Strukturen der Interessenvertretung eher schwach: Einer aktuellen Befragung zu Folge arbeiten in der stationären Pflege weniger als ein Viertel der Beschäftigten in einer Einrichtung mit einem Betriebsrat, Personalrat oder einer kirchlichen Mitarbeitervertretung. Bei den privatwirtschaftlichen Einrichtungen kann sich nur jeder zehnte Beschäftigte an eine betriebliche Interessenvertretung wenden (W. Schroeder et al. 2017). Im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen ist nur in jedem fünften Betrieb ein Gremium der Mitbestimmung vorhanden (R. Conrads et al. 2016). Insofern bestehen für sehr viele Belegschaften in der Gesundheitswirtschaft erschwerte Voraussetzungen, betriebliche Prozesse und Arbeitsbedingungen mitzugestalten.

⁹ Für Krankenpfleger/innen und Hebammen betrug der Anteil der Rentenzugänge aufgrund von Erwerbsminderung im Jahr 2011 31,5 Prozent, für die Gruppe der Altenpfleger, Sozialarbeiter und Sozialpfleger 30,2 Prozent. (Einbezogen wurden Rentenzugänge ab 1000 Personen). Neuere berufsbezogene Daten wurden von der DRV bislang nicht veröffentlicht.

6. Gesundheitswirtschaft im Saarland: eine komplexe, unterschätzte und durch viele Akteure geprägte Branche

6.1 Komplexität und Relevanz der Gesundheitswirtschaft

Viele politische und gesellschaftliche Akteure im Saarland verorten die Region nach wie vor im Kern als „Industrieland“. In dieser Selbstwahrnehmung führt die Gesundheitswirtschaft eher ein Schattendasein. Die hier vorgelegte Branchenanalyse hat jedoch einmal mehr gezeigt, welche Leistungen für die Versorgung und Lebensqualität der Menschen in der Region diese Branche erbringt und welche Potenziale für die Wertschöpfung und Beschäftigung sie im Saarland entfaltet. So übersteigt die Zahl der Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft deutlich zum Beispiel die des saarländischen Metallgewerbes und der Automotive-Branche. Mehr als vier Fünftel der Gesundheitsgüter sind Dienstleistungen, die zur Versorgung, Gesundheit und Lebensqualität der Menschen im Saarland beitragen und damit eine unmittelbare Wirkung in der Region entfalten.

Dabei sticht im Vergleich zu anderen Regionen die Vielfalt der Branchensegmente im kleinsten Flächenland der Bundesrepublik hervor. Weltweit agierende Unternehmen der Medizintechnik, Medizinproduktehersteller und Pharmaunternehmen finden sich neben mittelständischen Betrieben des Gesundheitshandwerks und einer Vielzahl an Anbietern in Pflege und medizinischer Versorgung. Darüber hinaus werden im Saarland eine international anerkannte Forschungslandschaft und hochspezialisierte Medizinzentren durch breit aufgestellte Ausbildungsstätten und Projekte grenzüberschreitender Kooperation ergänzt. Die hohe Komplexität der Gesundheitswirtschaft trägt jedoch auch dazu bei, dass das Profil der Branche in der breiteren Öffentlichkeit, aber auch bei Branchenakteuren manchmal unscharf bleibt. Eine Vielzahl von Personen und Institutionen wirken an der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft mit (vgl. Abschnitt 6.2), manchmal allerdings ohne eine klare Vorstellung, dass sie mittelbar oder unmittelbar als Branchenakteur handeln.

Der Bereich der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ist im Saarland besonders stark ausgeprägt. Dies zeigt sich unter anderem anhand der im Vergleich zur Bevölkerungszahl relativ hohen Anzahl der Kliniken sowie der stationären Pflegeplätze. Aufgrund seiner besonderen demografischen Entwicklung stellt das Saarland aber auch einen starken Markt für diese Leistungen dar: Im Jahr 2015 wurde im Saarland das höchste Durchschnittsalter der Bevölkerung (46 Jahre) in den westdeutschen Bundesländern ermittelt (Statistisches Bundesamt 2017d) – Tendenz weiter steigend. Trotz eines heute besseren Gesundheitszustands auch vieler älterer Menschen resultiert aus dieser Entwicklung zukünftig eine weiter steigende Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen. So plant die saarländische Landesregierung für die nächsten Jahre eine Ausweitung der Kapazitäten in den Kliniken und eine weitere Stärkung der geriatrischen Kompetenzen.

Aus der Tatsache, dass das Risiko für Pflegebedürftigkeit mit dem Alter zunimmt, folgt, dass im Saarland auch der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung höher ist als im Bundesdurchschnitt. Laut Pflegestatistik waren im Jahr 2015 im Saarland 37.991 Menschen im Saarland pflegebedürftig (3,82 Prozent). Die bundesweiten Vergleichswerte beliefen sich auf rund 2,86 Mio. pflegebedürftige Menschen (3,48 Prozent). Insofern ist allein aus dem „demografischen Faktor“ heraus ein vergleichsweise hoher Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen im Saarland vorhanden. Hinzu tritt – als Folge von Investitionsentscheidungen der Träger – eine überdurchschnittliche Dichte an Heimplätzen in der Region. Deshalb ist es wenig verwunderlich, dass die Pflege als wichtigster Beschäftigungsmotor für die saarländische Gesundheitswirtschaft gelten kann. Insbesondere in den

stationären Pflegeheimen sind in den vergangenen Jahren zahlreiche neue Arbeitsplätze entstanden. Inwiefern sich die Relationen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung von Pflegebedürftigen durch die jüngsten Pflegereformen ändern können, ist eine offene Frage. Die in der Vergangenheit dominierenden Einschätzungen, dass der Markt an stationärer Versorgung zugunsten ambulanter Versorgungsformen gesättigt sei, haben sich nicht bestätigt.

Bisher wurde der Beschäftigungsstruktur in der Branche wenig Beachtung geschenkt. Hier zeigen sich jedoch gerade hinsichtlich der Bedeutung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Segmenten in der Gesundheitswirtschaft. Besonders stark scheinen die in der Regel kleinbetrieblich geprägten Betriebe aus der ambulanten Pflege und medizinischen Versorgung und auch die Anbieter von Sport, Wellness und Erholung – also Unternehmen aus dem „zweiten Gesundheitsmarkt“ – auf diese vielfach als „prekär“ eingeschätzte Beschäftigungsform zurückzugreifen.

Zwar gewinnen innerhalb der Gesundheitsbranche auch solche Leistungen an Gewicht, die privat finanziert werden. Ihre Beschäftigungswirksamkeit ist allerdings kaum präzise zu bestimmen, da viele Betriebe nicht trennscharf dem „ersten“ oder „zweiten“ Gesundheitsmarkt zuzurechnen sind. In der Finanzierung der Gesundheitsleistungen dominieren ganz deutlich die Ausgaben der Sozialversicherungen und der öffentlichen Hand. Insofern bilden die öffentlich bzw. durch Beiträge finanzierten Leistungen sowohl in ihrer Wirtschaftskraft, als auch in beschäftigungspolitischer Hinsicht die Basis der Gesundheitswirtschaft. Der „zweite Markt“ bleibt bisher marginal: So stellt er im Saarland nur acht Prozent der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft und etwas mehr als ein Prozent der Gesamtbeschäftigung. Rechnet man den hohen Anteil geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse ein, so reduziert sich mit Blick auf das Beschäftigungsvolumen die Bedeutung des „zweiten Gesundheitsmarkts“ noch einmal erheblich. Insofern sollten Strategien zur wirtschaftspolitischen Förderung dieses Segments dessen Potenziale realistisch einschätzen und dessen Beschäftigungsqualität reflektieren.

6.2 Regionale Ansätze zur Förderung und Steuerung der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft ist in besonderem Maße durch das Zusammenwirken von Politik, Kostenträgern und Unternehmen gekennzeichnet. Im Rahmen der Analyse ist bereits an dem einen oder anderen Punkt deutlich geworden, dass von verschiedenen Akteuren auf landespolitischer Ebene Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung definiert werden, die einen wichtigen Einfluss auf die Entwicklung der Wertschöpfung und Beschäftigung in der Branche nehmen. Diese Rahmenbedingungen werden über unterschiedliche Medien geprägt: Dazu gehören die verbindliche Planung von Angeboten, die Finanzierung bestimmter Leistungen oder Infrastrukturen sowie die Beratung und Koordinierung der Leistungsanbieter.

Landesrechtliche Planung

Ein wichtiges Beispiel für die Bedeutung der landesrechtlichen Rahmensetzung ist die stationäre medizinische Versorgung. Hier setzt das Land über die Krankenhausplanung einen verbindlichen Rahmen, in welchem quantitativen Umfang und in welcher fachlichen Schwerpunktsetzung Krankenhausleistungen angeboten werden. Für die künftige Beschäftigungsentwicklung ist bedeutsam, dass

mit dem kommenden Krankenhausplan bis zum Jahr 2025 zwar einerseits eine Reduzierung von „Doppelstrukturen und Überkapazitäten“ (MSGFF 2017) angestrebt wird, gleichzeitig aber nach Jahren des Bettenabbaus eine Expansion der Kapazitäten um ca. 300 Betten – eine Größenordnung von ca. fünf Prozent – vorgesehen ist. Es ist davon auszugehen, dass es perspektivisch zu einer Konzentration auf weniger, aber größere Klinikstandorte kommen wird. Auch die aktuellen Diskussionen zur medizinischen Qualitätssicherung, etwa Forderungen nach Mindestzahlen bei komplizierten operativen Eingriffen, weisen in diese Richtung (Saarbrücker Zeitung, 23.11.2017). Dadurch werden zwangsläufig auch zu regionale Verlagerungen bzw. Umschichtungen von Arbeitsplätzen innerhalb des Saarlandes stattfinden.

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung ist nicht absehbar, ob die Landesregierung im Rahmen der Krankenhausplanung auch das Ziel einlöst, den Kliniken verbindliche Grenzen zur Personalausstattung vorzugeben. Der Absichtserklärung im Koalitionsvertrag, Personalmindestzahlen festzuschreiben, stehen Empfehlungen des Gutachtens zur Krankenhausplanung gegenüber, die die Möglichkeiten einer wissenschaftlich sicheren Herleitung und einer rechtlich bindenden Festlegung solcher Mindestzahlen bezweifeln (Aktiva 2017). Insofern ist es eine offene Frage, in welchem Ausmaß die Krankenhausplanungen die künftige Beschäftigungsentwicklung in diesem Sektor vorantreiben werden.

Im Bereich der Pflege ist die Wirksamkeit der Planungsinstrumente schwächer ausgeprägt: So besteht zwar ein landesweiter Pflegeplan für den Zeitraum von 2013-2017 (MSGFF 2017). Dieser definiert auf der Basis der vollstationär versorgten Menschen in bestimmten Altersgruppen und der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung eine angepeilte Versorgungsquote. Diese Fortschreibung wird offenbar durch die Realität eingeholt. So bestehen im Saarland Ende des Jahres 2017 gut 1.000 Heimplätze mehr als in der Bedarfsermittlung angegeben. Obwohl der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt wird, scheint die Nachfrage nach Heimplätzen in der Praxis ungebrochen – was sich auch in der Beschäftigungsentwicklung bei den Einrichtungen niederschlägt.

Die faktische Steuerungswirkung des Landespflegeplans konzentriert sich vor allem auf bauliche Vorgaben beim Neubau von Pflegeeinrichtungen; finanzielle Fördermöglichkeiten für Investitionen beschränken sich auf teilstationäre Angebote und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Diese Einrichtungen sind allerdings vergleichsweise selten und spielen für Wertschöpfung und Beschäftigung bisher eine nachrangige Rolle. Einen steuernden Einfluss auf die Investitionen in vollstationäre Pflegeheime (und damit auf die Entwicklung der Infrastruktur) hat das Land kaum, weil es sich nicht an den Investitionskosten beteiligt.

Finanzierung von Versorgung

Im Rahmen der föderalistischen Umsetzung der Sozialgesetzgebung wirken landespolitische Akteure an den Finanzierungsgrundlagen der Gesundheitsversorgung mit. Die Finanzkraft der Leistungsanbieter ist von wichtiger Bedeutung für die Fähigkeit, in der Region zu investieren und eine suffiziente Personalausstattung zur Verfügung zu stellen. Für die Finanzierung von Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten werden wichtige finanzielle Grundlagen im Saarland verhandelt bzw. geregelt:

- So wird der Basisfallwert, also der Betrag, der bei der Berechnung der DRG-Preise für die Krankenhausbehandlung zugrunde liegt, auf Landesebene festgelegt. Der saarländische Lan-

desbasisfallwert steht dabei an zweiter Stelle aller Bundesländer. Mit anderen Worten: saarländische Kliniken erhalten für die gleiche Leistung eine bessere Gegenfinanzierung als Krankenhäuser in den meisten anderen Regionen Deutschlands. Daraus ergeben sich relativ (!) bessere Spielräume für die personelle Ausstattung der Kliniken.

- Es ist Aufgabe der Bundesländer, die notwendigen Investitionen in Gebäude und Ausstattung der Krankenhäuser zu finanzieren. Faktisch haben alle Bundesländer, so auch das Saarland, ihre Investitionsförderung in den vergangenen Jahren erheblich reduziert. Sofern die Krankenhäuser dazu übergehen, Investitionen aus laufenden Betriebsmitteln zu finanzieren, geschieht dies zu Lasten der Personaldecke, insbesondere in der Pflege.
- Ebenfalls werden die Pflegesätze für die stationäre Pflege und die Vergütung für die Leistungskomplexe in der ambulanten Pflege auf Landesebene verhandelt. Dabei steht im Bereich der stationären Pflege das Saarland im Vergleich der Bundesländer ebenfalls an der Spitze. Dies vergrößert auch hier die Spielräume für Personalaufbau und eine angemessene Vergütung der Pflegekräfte.

Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass für wichtige Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitswesens nicht unerhebliche regionale Einflussmöglichkeiten bestehen. An diesen Aushandlungsprozessen sind ganz unterschiedliche Akteure, etwa die Landesregierung, vor allem aber die Kostenträger und die Trägervereinigungen beteiligt. Nun ist es sicherlich keine vorrangige Aufgabe, bei den Verhandlungen um Kostensätze die Schaffung von Arbeitsplätzen in den Fokus zu stellen. Aber der Zusammenhang zwischen einer suffizienten Personalausstattung und einer qualitativ hochwertigen Versorgung kann als allgemein anerkannt gelten. Insofern profitiert die Beschäftigung im Saarland ganz eindeutig von den Bemühungen aus verschiedenen Seiten, hinreichende Mindestbesetzungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu finanzieren und zu organisieren.

Koordination von Leistungsanbietern

Bereits in Kapitel 2 wurde darauf verwiesen, dass das Saarland durch eine enge politische Netzwerkbildung auch im Bereich der Gesundheits- und Versorgungspolitik gekennzeichnet ist. Verschiedene Akteure bemühen sich darum, Versorgungsangebote für bestimmte Zielgruppen zu koordinieren oder zu verbessern.

- Ein Beispiel dafür ist die in den vergangenen fünf Jahren als Modellprojekt finanzierte Landesfachstelle Demenz, die neben Aufklärung, Sensibilisierung und Angehörigenberatung auch Träger zur Errichtung passgenauer Angebote (z. B. Tagespflege für Demenzkranke) berät. Durch diese Aktivitäten wird eine Spezialisierung und Ausweitung der Versorgung in der Region stimuliert, die auch eine entsprechende wirtschaftliche und beschäftigungspolitische Bedeutung entfaltet.
- Als weiteres Beispiel berät die von der Staatskanzlei geförderte Cluster-Initiative healthcare.saarland industrielle Unternehmen und Akteure der Medizintechnik- und Pharmabranche sowie der Forschung zu Förderprogrammen, Technologietrends der Branche und Innovationsfähigkeit, um Impulse für die Forschungs- und Innovationskompetenz sowie für das Wachstum der Branche zu setzen.
- Auch verfügt das Saarland über ein dichtes Netz von Pflegestützpunkten, die eine niedrigschwellige, wohnortnahe und neutrale Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehö-

rigen anbieten. Sie beraten zu Pflegeeinstufung, zu Versorgungsangeboten und zur Finanzierung von Pflegeleistungen. Dies ist angesichts der Tatsache, dass in Deutschland mehr als die Hälfte der Pflegehaushalte keine professionelle Unterstützung bezieht (V. Hielscher et al. 2017), eine ganz wichtige Aufgabe für die Stabilisierung der Versorgung. Die Beratung trägt aber auch zu einem besseren Matching zwischen Angeboten und Nachfrage bei und verbessert die Auslastung der Einrichtungen und Dienste.

Diese Initiativen adressieren sehr unterschiedliche Zielgruppen und Teilsegmente der Gesundheitswirtschaft. Wenn auch die jeweiligen Zielstellungen auf spezielle Bedarfe, Zielgruppen oder Unternehmen beschränkt sind, so tragen ihre Aktivitäten doch insgesamt dazu bei, eine Verbesserung der Angebotsstruktur anzuregen und das „Matching“ zwischen Bedarfen und Versorgungsangeboten zu verbessern oder Innovations- und Wachstumspotenziale zu identifizieren. Sie unterstützen dadurch unmittelbar oder mittelbar ein weiteres Wachstum der Branche und den Beschäftigungsaufbau im Gesundheitssektor.

Andererseits können im Saarland bisher unterdurchschnittlich entwickelte Versorgungsangebote und nicht gedeckte Bedarfe identifiziert werden. So weisen Experten darauf hin, dass hierzulande Lücken zum Beispiel bei innovativen ambulant versorgten Wohnformen, im Bereich ambulanter geriatrischer Rehabilitation oder mobiler Rehabilitation bestehen. Seitens der Landesregierung wird die Schaffung neuer Angebote für die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge angestrebt. Diese nur beispielhaft genannten (und andere) Versorgungsbausteine zu entwickeln und zu realisieren, würde die Gesundheitsbranche weiter stärken.

6.3 Gesundheitswirtschaft als querschnittspolitische Aufgabe

Die Gesundheitswirtschaft ist in besonderem Maße durch das Zusammenwirken von Politik, Kostenträgern und Unternehmen gekennzeichnet. In diesem Zusammenspiel werden planerische Strukturvorgaben definiert oder die finanziellen Grundlagen für Versorgungsangebote bestimmt. Der „erste Gesundheitsmarkt“, in welchem der ganz überwiegende Teil der Leistungen erbracht wird und für den neun von zehn Beschäftigten in der Branche tätig sind, ist ein hochgradig staatlich bzw. von gesellschaftlichen Akteuren gesteuerter oder zumindest beeinflusster Markt. Dieser Sektor reguliert sich nur sehr bedingt nach den Prinzipien von Angebot und Nachfrage oder durch den „freien Wettbewerb“. Vielmehr wird die Gesundheitsbranche durch umfassende sozialrechtliche und sozialpolitische Interventionen der Politik im Zusammenspiel und in Auseinandersetzung mit Interessengruppen aus der Industrie, den jeweiligen Spitzenverbänden, Standesvertretungen, Patientenverbänden etc. austariert.

Die Landespolitik nimmt bisher in einer arbeitsteiligen Weise Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft. So ist das Ministerium für Gesundheit und Soziales verantwortlich für die Sicherstellung und für die Zukunftsentwicklung der medizinischen und sozialen Versorgung. Das Ressort hat dabei einen versorgungspolitischen Auftrag, der auf der Sozialgesetzgebung beruht und nicht primär durch wirtschaftspolitische Implikationen bestimmt ist. In seiner Wirkung jedoch gestaltet das Sozial- und Gesundheitsministerium wichtige Rahmenbedingungen der Gesundheitswirtschaft mit. Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Energie und Verkehr hingegen ist ganz allgemein für Themen der wirtschaftlichen Entwicklung und Arbeit zuständig, ohne allerdings auf die Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft zu fokussieren. In der Koalitionsvereinbarung wird als Strategie für die Entwicklung

der Gesundheitswirtschaft ausschließlich auf die Förderung des Gesundheitstourismus – also des „zweiten Gesundheitsmarktes“ gesetzt. Der größte Teil der Gesundheitswirtschaft – nämlich die Versorgungsleistungen des „ersten Gesundheitsmarktes“ – rückt gar nicht erst in den Fokus. Die Staatskanzlei schließlich ist verantwortlich für Innovationspolitik und fördert in diesem Rahmen Aktivitäten auch im „healthcare“-Bereich, allerdings beschränkt auf Forschungseinrichtungen und industrielle Unternehmen. Dienstleistungen, die im Saarland mehr als vier Fünftel der Leistungen in der Gesundheitswirtschaft ausmachen, spielen dabei keine erkennbare Rolle.

Angesichts der im Rahmen dieser Analyse aufgezeigten Bedeutung der Gesundheitsbranche für Gesamtwirtschaft und Beschäftigung im Saarland wäre es denkbar, Versorgungs-, Wirtschafts- und Innovationspolitik miteinander zu verschränken, um landespolitische Aktivitäten und Ressourcen stärker zu bündeln. Im Rahmen einer ressortübergreifenden Koordinierung könnten Gesundheits- und Sozialpolitik zum Beispiel stärker als wirtschaftlich relevantes Politikfeld begriffen werden und Wirtschafts- und Innovationspolitik sich stärker auf die Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung, also auf den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft ausrichten.

Die Gesundheitswirtschaft, oder im engeren Sinne: die Versorgung mit medizinischen und pflegerischen Leistungen und weiteren Angeboten der Gesundheitsversorgung ist in hohem Maße politisch gestaltungsfähig – sowohl auf nationaler, regionaler und als auch auf kommunaler Ebene. Hier liegt eine Herausforderung für alle Akteure, denn der gesellschaftliche Bedarf an qualitativ hochwertigen Gesundheitsgütern und damit die wirtschaftliche Bedeutung der Branche werden in Zukunft weiter wachsen.

Literatur:

Aktiva - Beratung im Gesundheitswesen GmbH (2017): Gutachten zur Vorbereitung des Saarländischen Krankenhausplans 2018 – 2025 für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Empfehlungen zur Personalbesetzung im medizinischen/pflegerischen Bereich der Krankenhäuser im Saarland. Köln.

Becka, Denise; Evans, Michaela (2014): Heimliche Heldinnen in der Chancenfalle: Weibliche Erwerbsarbeit im Strukturwandel der Gesundheitswirtschaft IAT-Forschung Aktuell 2014-09.

Boos, Jonas (2017): Analyse der Branchenstrukturen im Saarland. Entwicklungen, Trends und Anhaltspunkte. AK-Texte, Saarbrücken.

Braun, Ester (2017): Vielen Beschäftigten bleibt nur sehr wenig Luft zum Durchatmen. Arbeitnehmer, Heft 2/2017, S. 12.

Bundesagentur für Arbeit (2013): Beschäftigtenstatistik. Nürnberg.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB)(2017): Bevölkerungsrückgang bis 2040 in den meisten Bundesländern. http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung-Laender.html;jsessionid=8BCDC769A752DC0F121B7EBEC5C29965.1_cid380 (Aufruf am 7.11.2017).

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi)(2016): Gesundheitswirtschaft Fakten & Zahlen. Ausgabe 2015, Berlin.

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi)(2017): Gesundheitswirtschaft Fakten & Zahlen. Ausgabe 2016, Berlin.

Conrads, Ralph; Holler, Markus; Kistler, Ernst; Kühn, Daniel; Schneider, Daniela (2016): Branchenanalyse Gesundheits- und Sozialwesen. Working Paper der Forschungsförderung, Nr. 5, Düsseldorf. www.boeckler.de

Deutsche Rentenversicherung (2012): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenzugang 2011. Berlin. (Band 188).

Gesundheitsberichterstattung des Saarlandes (2015): Indikatoren-Übersicht der Gesundheitsberichterstattung Saarland. Stand: 8. Juni 2015. http://www.gbe.saarland.de/medien/download/Indikatoren-Uebersicht_08_06_2015.pdf (Aufruf am 4.12.2017).

GKV-Spitzenverband (2017): Landesbasisfallwerte. <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/landesbasisfallwerte/landesbasisfallwerte.jsp> (Aufruf am 22.11.2017)

Hielscher, Volker, Kirchen-Peters, Sabine, Nock, Lukas (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Study Nr. 363. Düsseldorf 2017: Hans-Böckler-Stiftung.

Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas; Blass, Kerstin (2013): Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden.

Hien, Wolfgang (2018): Krank – und in der ambulanten Pflege arbeiten? Eine Fallstudie zur Arbeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Klein- und Mittelbetrieben. HBS-Working-Paper Nr. 55, Düsseldorf. www.boeckler.de

Hilbert, Josef; Dahlbeck, Elke; Evans, Michaela (2009): Zukunft der Gesundheitswirtschaft – Innovationen für sozialen Fortschritt und Wachstum. IAT-Geschäftsbericht 2008/2009. Gelsenkirchen.

Kirch, Daniel (2017): Klinikgen warten auf die Trendwende. Der Sparkurs des Landes führte auch zum Wegfall von Pflegestellen. Nun soll umgesteuert werden, doch reicht das aus? Saarbrücker Zeitung vom 03.03.2017.

Klein, Lothar (2017): E-Rezeptsammelstellen: „Wir probieren das mal aus“. Apotheke adhoc, 18.12.2017. <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/wir-probieren-das-mal-aus-saarland-ueberholt-becker-saar-goes-digital-rezeptsammelstelle/> (Aufruf am 18.12.2017).

Kliner, Karin; Rennert, Dirk; Richter, Matthias (Hrsg.) (2017): Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017. Berlin.

Lauxen, Oliver; Larsen, Christina, Netzwerk der IBA (2015): Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion - Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung. <http://www.grossregion.net/Mediathek/Veroeffentlichungen/Der-Pflegearbeitsmarkt-in-der-Grossregion-Berufe-Mobilitaet-und-Fachkraeftesicherung> (Aufruf am 30.11.2017).

Matthäi, Ingrid; Lerch, Dorothee (2013): Arbeit und Beschäftigung in der saarländischen Gesundheitswirtschaft – Datenreport. Fortschreibung der Entwicklungstrends bis zum gegenwärtigen Berichtsstand anhand von Quer- und Längsschnittdaten ausgewählter Indikatoren der Gesundheitswirtschaft. Saarbrücken.

Matthäi, Ingrid; Marschall, Jörg (2008): Arbeit und Beschäftigung in der saarländischen Gesundheitswirtschaft. Saarbrücken: Arbeitskammer des Saarlandes (Texte AK-Forum).

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF)(2016): Landespflegeplan des Saarlandes. Neufassung 2013 – 2017. https://www.saarland.de/dokumente/thema_soziales/Landespflegeplan2013-2017.pdf (Aufruf am 4.12.2017)

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF)(2017): Gesundheitsministerin Bachmann informiert über den saarländischen Krankenhausplan 2018 – 2015 und Standort Wadern – Krankenhausplan sieht gute und qualitativ hochwertige Versorgung im Saarland vor. Pressemitteilung vom 27.11.2017, Saarbrücken.

Nock, Lukas; Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine (2013): Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege. Arbeitspapier 296. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (2016): Überblick Krankenhausstrukturen Rheinland-Pfalz und Saarland. Essen.

Saarbrücker Zeitung (2017): Neue Studie: Hohe Risiken für Krebs-Patienten im Saarland. 23. November 2017. https://www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/hohe-risiken-fuer-krebs-patienten-im-saarland_aid-6869841 (Aufruf am 18.12.2017).

Statistisches Amt Rheinland-Pfalz (2017): Rheinland-Pfalz. Ein Ländervergleich in Zahlen. Statistische Analysen, Nr. 43, 2017.

Statistisches Amt Saarland (2016): Pflegestatistik im Saarland 2015. Saarbrücken.

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017a): Statistisches Jahrbuch. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017b): 2015: Beschäftigungszuwachs in medizinischen Gesundheitsberufen verlangsamt sich. destatis, Pressemitteilung Nr. 030 vom 25.01.2017. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_030_23621.html;jsessionid=FA55EBB7117A93B524AD16404C895A33.InternetLive (Aufruf am 3.11.2017).

Statistisches Bundesamt (2017c): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017d): Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2017e): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden.

Tivig, Thusnelda; Henseke, Golo; Neuhaus, Jens (2013): Berufe im demographischen Wandel. Alterungstrends und Fachkräfteangebot. Dortmund.

Universitätsklinikum des Saarlandes (2017): Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2015 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. http://www.uniklinikum-saarland.de/fileadmin/UKS/WirUeberUns/Berichtswesen/QBs/UKS_Strukturierter_Qualitaetsbericht_2015.pdf.pdf (Aufruf am 9.2.2018).

Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes (2017): Geschäftsbericht 2016. Saarbrücken.

Vom Berge, Philipp; Weber, Enzo (2017): Minijobs wurden teilweise umgewandelt, aber auch zulasten anderer Stellen. IAB Kurzbericht Nr. 11/2017; Nürnberg.

Datenquellen

(sofern nicht als Literatur angegeben)

Bundesagentur für Arbeit: Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Tabellen, Beschäftigte am Arbeitsort (AO) nach WZ 2008, Frankfurt, Januar 2017

<http://statistik.arbeitsagentur.de>

Deutscher Gewerkschaftsbund: DGB INDEX gute Arbeit.

<http://index-gute-arbeit.dgb.de/>

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

<http://www.gbe-bund.de>

Gesundheitsberichterstattung des Saarlandes

<http://www.gbe.saarland.de/>

Anhang

Wirtschaftsunterklassen der Gesundheitswirtschaft im Saarland (WZ 2008)

	Hersteller / Vor- und Zulieferer
	<i>Industrie</i>
21100	Herstellung von pharmazeutischen Grundstoffen
21200	Herstellung von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen
26600	Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromedizinischen Geräten
32501	Herstellung von medizintechnischen Apparaten und Materialien a. n. g.
10860	Herstellung von homogenisierten und diätetischen Nahrungsmitteln
20420	Herstellung von Körperpflegemitteln und Duftstoffen
30920	Herstellung von Fahrrädern und Behindertenfahrzeugen
32300	Herstellung von Sportgeräten
	<i>Gesundheitshandwerk</i>
32502	Herstellung von orthopädischen Erzeugnissen
32503	Zahntechnische Laboratorien
33130	Reparatur von elektronischen und optischen Geräten
	Handel
	<i>Großhandel</i>
46184	Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf, Ärztebedarf, Dentalbedarf, zahnärztlichen Instrumenten, Krankenhaus- und Altenpflegebedarf
46461	Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen
46462	Großhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln, Dental- und Laborbedarf
46185	Handelsvermittlung von kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln
46450	Großhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln

46492	Großhandel mit Fahrrädern, Fahrradteilen und -zubehör, Sport- und Campingartikeln (ohne Campingmöbel)
	Einzelhandel
47730	Apotheken
47781	Augenoptiker
47740	Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln
47642	Einzelhandel mit Sport- und Campingartikeln (ohne Campingmöbel)
47750	Einzelhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln
	Forschung und Entwicklung
72110	Forschung und Entwicklung im Bereich Biotechnologie
72190	Sonstige Forschung und Entwicklung im Bereich Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin
	Ausbildung / Unterricht
85424	Berufsakademien, Fachakademien, Schulen des Gesundheitswesens
85510	Sport- und Freizeitunterricht
	Verwaltung
65121	Krankenversicherungen
84120	Öffentliche Verwaltung auf den Gebieten Gesundheitswesen, Bildung, Kultur und Sozialwesen
65122	Schaden- und Unfallversicherungen
	Med. stationäre Versorgung
86101	Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken)
86102	Hochschulkliniken
86103	Vorsorge- und Rehabilitationskliniken
87200	Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.
	Med. ambulante Versorgung
86210	Arztpraxen für Allgemeinmedizin
86220	Facharztpraxen

86230	Zahnarztpraxen
86901	Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten
86902	Massagepraxen, Praxen von medizinischen Bademeisterinnen und Bademeistern, Krankengymnastikpraxen, Praxen von Hebammen und Entbindungspflegern sowie von verwandten Berufen
86903	Heilpraktikerpraxen
86909	Sonstige selbstständige Tätigkeiten im Gesundheitswesen
	Pflege
87100	Pflegeheime
87300	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
88101	Ambulante soziale Dienste
88102	Sonstige soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter
	Erbringung von (wirtschaftlichen) Dienstleistungen des Sports und der Erholung
77210	Vermietung von Sport- und Freizeitgeräten
93110	Betrieb von Sportanlagen
93120	Sportvereine
93130	Fitnesszentren
93190	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen des Sports
96022	Kosmetiksalons
96040	Saunas, Solarien, Bäder u.Ä.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der saarländischen Gesundheitswirtschaft nach Männern und Frauen und Vollzeit-Teilzeit

WZ 2008 ¹⁾	Geschlecht	Arbeitszeit	2013	2014	2015	2016	2017
			1	2	3	4	5
Industrie	Insgesamt	Insgesamt	3.327	3.417	3.562	3.611	3.703
		Vollzeit	2.907	2.993	3.113	3.150	3.226
		Teilzeit	420	424	449	461	477
	Männer	Insgesamt	1.843	1.920	2.007	2.051	2.127
		Vollzeit	1.784	1.862	1.938	1.980	2.053
		Teilzeit	59	58	69	71	74
	Frauen	Insgesamt	1.484	1.497	1.555	1.560	1.576
		Vollzeit	1.123	1.131	1.175	1.170	1.173
		Teilzeit	361	366	380	390	403
Gesundheitshandwerk	Insgesamt	Insgesamt	819	842	811	820	828
		Vollzeit	647	663	625	631	633
		Teilzeit	172	179	186	189	195
	Männer	Insgesamt	338	353	337	340	346
		Vollzeit	317	325	306	314	319
		Teilzeit	21	28	31	26	27
	Frauen	Insgesamt	481	489	474	480	482
		Vollzeit	330	338	319	317	314
		Teilzeit	151	151	155	163	168
Großhandel	Insgesamt	Insgesamt	2.309	2.334	2.418	2.413	2.323
		Vollzeit	1.924	1.927	1.993	1.988	1.847
		Teilzeit	385	407	425	425	476
	Männer	Insgesamt	906	897	928	913	883
		Vollzeit	877	866	899	883	846
		Teilzeit	29	31	29	30	37
	Frauen	Insgesamt	1.403	1.437	1.490	1.500	1.440
		Vollzeit	1.047	1.061	1.094	1.105	1.001
		Teilzeit	356	376	396	395	439
Einzelhandel	Insgesamt	Insgesamt	4.537	4.574	4.862	4.885	4.986
		Vollzeit	2.496	2.488	2.631	2.583	2.639
		Teilzeit	2.041	2.086	2.231	2.302	2.347
	Männer	Insgesamt	680	704	785	785	831
		Vollzeit	558	574	645	635	659
		Teilzeit	122	130	140	150	172
	Frauen	Insgesamt	3.857	3.870	4.077	4.100	4.155
		Vollzeit	1.938	1.914	1.986	1.948	1.980
		Teilzeit	1.919	1.956	2.091	2.152	2.175
Forschung und Entwicklung	Insgesamt	Insgesamt	2.141	2.220	2.426	2.472	2.475
		Vollzeit	1.434	1.470	1.645	1.656	1.624
		Teilzeit	707	750	781	816	851
	Männer	Insgesamt	1.099	1.133	1.250	1.266	1.275
		Vollzeit	854	851	933	937	927
		Teilzeit	245	282	317	329	348
	Frauen	Insgesamt	1.042	1.087	1.176	1.206	1.200
		Vollzeit	580	619	712	719	697
		Teilzeit	462	468	464	487	503

Ausbildung/ Unterricht	Insgesamt	Insgesamt	219	218	209	243	283
		Vollzeit	159	152	144	162	183
		Teilzeit	60	66	65	81	100
	Männer	Insgesamt	90	92	84	102	107
		Vollzeit	79	73	64	77	82
		Teilzeit	11	19	20	25	25
	Frauen	Insgesamt	129	126	125	141	176
		Vollzeit	80	79	80	85	101
		Teilzeit	49	47	45	56	75
Verwaltung	Insgesamt	Insgesamt	2.997	2.986	2.988	2.987	3.067
		Vollzeit	2.249	2.247	2.219	2.194	2.244
		Teilzeit	748	739	769	793	823
	Männer	Insgesamt	1.266	1.219	1.150	1.180	1.176
		Vollzeit	1.186	1.150	1.086	1.104	1.099
		Teilzeit	80	69	64	76	77
	Frauen	Insgesamt	1.731	1.767	1.838	1.807	1.891
		Vollzeit	1.063	1.097	1.133	1.090	1.145
		Teilzeit	668	670	705	717	746
Med. stat. Versorgung	Insgesamt	Insgesamt	19.780	19.969	19.735	19.860	20.136
		Vollzeit	12.867	12.963	12.779	12.775	12.636
		Teilzeit	6.913	7.005	6.956	7.085	7.500
	Männer	Insgesamt	5.049	5.026	4.971	5.018	5.079
		Vollzeit	4.616	4.571	4.506	4.516	4.487
		Teilzeit	433	455	465	502	592
	Frauen	Insgesamt	14.731	14.943	14.764	14.842	15.057
		Vollzeit	8.251	8.392	8.273	8.259	8.149
		Teilzeit	6.480	6.550	6.491	6.583	6.908
Med. ambulante Versorgung	Insgesamt	Insgesamt	10.784	11.092	11.485	11.808	12.178
		Vollzeit	6.358	6.448	6.562	6.605	6.710
		Teilzeit	4.426	4.644	4.923	5.203	5.468
	Männer	Insgesamt	1.312	1.417	1.503	1.597	1.706
		Vollzeit	1.077	1.146	1.203	1.249	1.322
		Teilzeit	235	271	300	348	384
	Frauen	Insgesamt	9.472	9.675	9.982	10.211	10.472
		Vollzeit	5.281	5.302	5.359	5.356	5.388
		Teilzeit	4.191	4.373	4.623	4.855	5.084
Pflege	Insgesamt	Insgesamt	17.552	18.305	18.918	19.843	20.778
		Vollzeit	10.483	7.472	11.801	12.306	12.833
		Teilzeit	6.316	6.461	7.054	7.528	7.945
	Männer	Insgesamt	4.924	5.085	5.196	5.455	5.595
		Vollzeit	4.019	1.955	4.505	4.747	4.880
		Teilzeit	465	486	658	701	715
	Frauen	Insgesamt	12.628	13.220	13.722	14.388	15.183
		Vollzeit	6.464	5.517	7.296	7.559	7.953
		Teilzeit	5.851	5.975	6.396	6.827	7.230
Erbringung von wirtsch. DL des Sports und der Erholung	Insgesamt	Insgesamt	1.385	1.470	1.572	1.580	1.681
		Vollzeit	863	876	928	915	916
		Teilzeit	522	594	644	665	765
	Männer	Insgesamt	602	652	682	704	737
		Vollzeit	480	498	525	543	540
		Teilzeit	122	154	157	161	197
	Frauen	Insgesamt	783	818	890	876	944
		Vollzeit	383	378	403	372	376
		Teilzeit	400	440	487	504	568

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Niedergelassene Praxen von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern im Saarland (2005-2015)

Berufsstand	2005	2010	2015
Niedergelassene Ärzte	1.203	1.127	1.016
Niedergelassene Zahnärzte	577	542	541
Öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken	360	343	321
Selbstständige Ärzte, Zahnärzte sowie Apotheken insgesamt	2.140	2.012	1.878

(GBE Bund, eigene Berechnung. Für die Ärzte wurden niedergelassene Einzel- und Gemeinschaftspraxen von Haus- und Fachärzten berücksichtigt).

Arbeitskammer des Saarlandes
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Fritz-Dobisch-Straße 6-8
66111 Saarbrücken
Tel. (0681) 4005-0
arbeitskammer.de
ISSN 2367-2188



Arbeitskammer des Saarlandes
beraten.bilden.forschen.