

Drittes berufsbegleitendes Mentoring-Programm

„Management in der Gesundheitswirtschaft für das deutschsprachige Europa“

der B. Braun-Stiftung und der Careum Stiftung

in Kooperation mit Universitäts-Professor Dr. Andreas J.W. Goldschmidt, Trier

- 8. Mai 2010 – 7. November 2010 -

- 1) Ergebnisse aus Fallstudien**
- 2) Ergebnisse aus Business Cases**

B. BRAUN-STIFTUNG

careum Stiftung



Vorwort

Die Gesundheitswirtschaft steht vor großen Herausforderungen, die in den nächsten Jahren einen verstärkten Bedarf an qualifizierten Fach- und Führungskräften hervorrufen. Die steigende Nachfrage nach engagiertem Personal verstärkt den bereits bestehenden Personalmangel. Essentiell ist insbesondere bei Nachwuchsführungskräften die frühzeitige Vermittlung von interdisziplinärem Wissen und der Fähigkeit zu dessen praktischer Anwendung. Dies gilt sowohl für die größte Gruppe im Krankenhaus, die Pflegekräfte, als auch für die Ärzte und Kaufleute.

Unser Mentoringprogramm mit der B. Braun-Stiftung bringt unternehmerisch begeisterte, qualifizierte junge Menschen mit passenden, ehrenamtlich mitwirkenden Mentoren aus der Gesundheitswirtschaft zusammen, die ein Stück ihrer eigenen Methoden und ihres Wissens Preis geben. Über Intensivseminare und „Shadowing“ in Institutionen des Gesundheitswesens lernen die Nachwuchskräfte vorher an 4 Wochenenden mittels Wissens-, Erfahrungs- und Methodentransfers von Professoren und „Professionals“. Bei diesem Programm steht der Einzelne im Vordergrund, der durch die individuelle Betreuung durch erfolgreiche Persönlichkeiten schon frühzeitig vorhandene Anlagen und Fähigkeiten weiterentwickeln und stärken kann. Die frühzeitige Bildung von Netzwerken in der Gesundheitswirtschaft sowie die Vermittlung von fachlich fundiertem und praxisnahem Wissen soll dazu beitragen das Management auf die zukünftigen Herausforderungen in der Gesundheitswirtschaft vorzubereiten. Das Programm kombiniert ein sechsmonatiges Mentoringprogramm mit fachspezifischen Qualifizierungsseminaren und ist begleitend zur beruflichen Tätigkeit angelegt.

Im Jahr 2010 hat die B. Braun-Stiftung dieses erfolgreiche Mentoringprogramm bereits zum dritten Mal gefördert. Von Mai bis November 2010 wurden insgesamt 35 Mentees aus Deutschland und der Schweiz in ihrem Führungspotenzial gefördert. Erstmals wurde das Programm auf das deutschsprachige Europa erweitert und von der Stiftung Careum aus Zürich unterstützt. Das Programm begann mit einer Eröffnungsveranstaltung in Melsungen, gefolgt von vier mehrtägigen Managementintensivkursen in Tuttlingen, Morschen und Zürich. Mit einer Studienfahrt nach Wien fand das Mentoringprogramm 2010 seinen erfolgreichen Abschluss.

Während der Managementseminare haben die Teilnehmer im Rahmen von Fallstudien bzw. von „Business Cases“ in berufsgruppenübergreifenden Gruppenarbeiten verschiedene aktuelle Problemstellungen der Gesundheitswirtschaft bearbeitet und Lösungsansätze sowie innovative Geschäftsideen entwickelt. So beschäftigten sich die Teilnehmer im Rahmen der Fallstudien z.B. mit dem bestehenden Ärztemangel in Deutschland und der Frage, wie die Arzneimittelkosten gesenkt werden könnten. Die entwickelten Businesspläne befassten sich unter anderem mit der Gründung eines Zentrums für Gesundheit im Alter, einem zentralen Einkaufsmodell für Altenpflegeheime und einem internationalen Zentrum für Schilddrüsenchirurgie. Mit entsprechenden Realisierungsplänen stellten Sie diese während der Abschlussveranstaltung dem hochkarätigen Fachauditorium, bestehend aus Mentoren und Experten aus der Gesundheitswirtschaft, vor und verteidigten sie gegenüber kritischen Fragen aus dem Publikum. Die Gruppenarbeiten ermöglichten eine starke Vernetzung der Teilnehmer und einen fachlicher Austausch auf interdisziplinärer Ebene, welchen die Teilnehmer als wichtige Erfahrung aus dem Programm mitgenommen haben. Erstmals werden einige Ergebnisse dieser Arbeiten in der vorliegenden Publikation zusammengefasst und dargestellt.

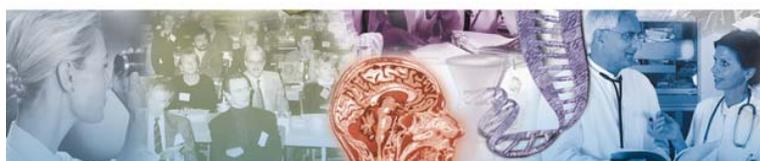
Die Beiträge zeigen die Komplexität der Gesundheitswirtschaft, die auch in Zukunft noch vor vielen weiteren Herausforderungen und Veränderungen stehen wird. Wir wünschen Ihnen eine ebenso anregende wie informative Lektüre!

Trier, im Juni 2011

Prof. Dr. Dr. Dr. hc. Ungethüm Uta Meurer Univ.-Prof. Dr. Andreas J.W. Goldschmidt

1) Ergebnisse aus Fallstudien

1.1 Ärztemangel in Deutschland	4
1.2 Senkung der Arzneimittelkosten in Deutschland – Kleine Lösungen für große Probleme?	12
1.3 OECD Länder-Vergleich und die aktuelle Haushaltslage	20



Ärztmangel in Deutschland
Case Study im Rahmen des berufsbegleitenden Mentoringprogramms „Management
in der Gesundheitswirtschaft für das deutschsprachige Europa“
der B.Braun und der careum Stiftung

Maria Huggenberger, Urs Pfefferkorn, Katja Schlosser, Nicole Secker

Teil 1: Problem status quo

Die gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland ist nur dann dauerhaft und nachhaltig sicher zu stellen, wenn der Beruf der niedergelassenen und der angestellten Ärzteschaft wieder attraktiver wird. Der Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe hat die drohende ärztliche Unterversorgung in Deutschland wie folgt dargestellt. Im niedergelassenen Bereich gäbe es derzeit bundesweit 2026 offene Hausarztpraxen und 5000 Klinikstellen. Zudem hätten 80% der Krankenhäuser ein Problem, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen.

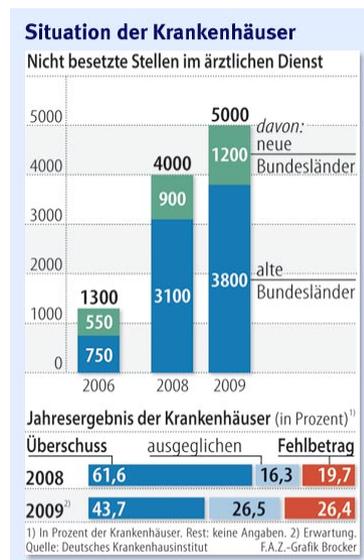


Abbildung 1: Situation der Krankenhäuser
 Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut

Viele Politikerinnen und Politiker tragen vor, dass es keinen Ärztemangel per se gäbe, sondern, dass eine Ungleichverteilung zwischen Arztgruppen und Regionen stattfinde. Die Fachgebiete, die derzeit davon besonders betroffen sind, sind Hausärztinnen und Hausärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater. Geographisch besonders gefährdet sind der ländliche Raum und die neuen Bundesländer.

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist in den nächsten Jahren eine Verschärfung des Problems zu erwarten. Eine zunehmende Überalterung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie eine alternde Bevölkerung, die künftig deutlich mehr ärztliche Leistungen benötigen wird, sind wesentliche Elemente des Problems. Weiter wird der stetig steigende Frauenanteil der

Medizinabsolventen dazu führen, dass vermehrt Teilzeitbeschäftigung in Anspruch genommen werden wird.

Nach aktuellen Erkenntnissen ist die drohende ärztliche Unterversorgung nicht allein ein quantitatives Problem, da sich noch stets deutlich mehr Bewerber auf die vorhandenen Studienplätze bewerben. Auch die Qualität der ärztlichen Ausbildung gerät vermehrt in den Blickpunkt der Diskussion.

Häufig diskutiert wird auch die so genannte „Abwanderung nach dem Studium“. Statistiken belegen, dass im Jahr 2009 862 deutsche Ärzte in die Schweiz eingewandert sind. Darüber hinaus gilt als gesichert, dass 40% der Medizinabsolventen keinen klassischen Arztberuf ergreifen werden, sondern eine Beschäftigung im öffentlichen Dienst oder in der Wirtschaft bzw. in Forschung und Lehre bevorzugen.

Teil 2: Gründe

Mitverantwortlich für diese Entwicklung sind zum einen die aktuellen Arbeitsbedingungen im niedergelassenen und im stationären Bereich. Umfragen zu Folge geben Ärztinnen und Ärzte zum einen vermehrt die Gründe „Unzufriedenheit mit den ärztlichen Honoraren, bzw. dem Entgelt im Angestelltenverhältnis“ an. Zum anderen werden soziale Gründe angegeben, wie z.B. „unflexible Arbeitszeiten bzw. Dienste“ sowie „Überlastung“ und „fehlende Möglichkeiten der Kinderbetreuung“.

Ein häufig unterschätzter Aspekt ist die so genannte mangelnde „Job-Zufriedenheit“ der Ärzteschaft. Diese kommt unter anderem durch Unzufriedenheit aufgrund mangelnder Qualität der Behandlung wegen Kosten- und Zeitdruck und einem schleichenden Wertewandel zustande. Hier wird häufig eine fehlende „Work-Life-Balance“ angegeben.

Teil 3: Mögliche Lösungen

1. Maßnahmen im vertragsärztlichen Honorarsystem:

In den Unterlagen zur Case Study¹ wurde über die Einbrüche in den Honoraren der Ärzteschaft besonders im vierten Quartal 2009 und im ersten Quartal 2010 berichtet. Danach wollte die Kassenärztliche Bundesvereinigung für das dritte Quartal 2010 in der Form gegensteuern, dass die so genannten „freien Leistungen“ in den einzelnen KV-Regionen in der Menge begrenzt wurden. Einzelne Kassenärztliche Vereinigungen wie z.B. Nordrhein und Hessen begannen bereits zum 2. Quartal 2010 damit, entsprechende Regelungen umzusetzen.

Zuvor hatten einige Kassenärztliche Vereinigungen im ersten Quartal 2009 zu wenig Geld für diese freie Leistungen zurückgestellt, die im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet werden. Da die Ärzteschaft 2009 teilweise hohe Steigerungen der freien Leistungen verzeichnete, mussten die Kassenärztlichen Vereinigungen dafür

¹ Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 9, 5. März 2010

mehr Geld als eingeplant auszahlen – mit der Folge, dass in den Folgequartalen 2009 für die Finanzierung der Regelleistungsvolumina Gelder fehlten. Das Resultat waren teilweise erhebliche Einbrüche in der Vergütung der vertragsärztlichen Regelversorgung.

Der Artikel kommt zum Ergebnis, dass es in Zukunft noch schwerer sein wird, die Auswirkungen der Honorarreform in den einzelnen Bundesländern zu vergleichen, sollte die Anzahl der regionalen Sondervereinbarungen steigen. Daher würde man sich noch mehr von den großen Zielen der Honorarreform entfernen – wie z.B. Transparenz, gleiche Vergütung für gleiche Leistungen und planbare Honorare.

2. Betreiben von Eigeneinrichtungen und staatliche Prämiensysteme:

Einige der Rezepte, die in der Diskussion gegen den Ärztemangel auf dem Land und an den Rändern der Ballungsräume sind wie folgt. Ein Vorschlag, den Bundesgesundheitsminister Rösler unterbreitet hat, ist, in Ballungsgebieten keine Wiederbesetzung von Praxen vorzunehmen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung plane zudem, die Zahl der Arztsitze in Ballungszentren zu verringern. Um zu verhindern, dass ein grundrechtsrelevanter Eingriff in die Eigentumsrechte der Praxisbesitzer entsteht (sollten diese daran gehindert werden, ihre Praxen weiter veräußern zu können) könnten Kassenärztliche Vereinigungen diese Sitze aufkaufen und dann evtl. nicht wieder besetzen.

Ferner wäre es denkbar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in unterversorgten Gebieten Eigeneinrichtungen betreiben, in denen Ärztinnen und Ärzte in Teil- oder Vollzeit angestellt sind. Der Vorteil besteht darin, dass die Praxiseinrichtungen vorgehalten werden und das unternehmerische Risiko für die Ärztinnen und Ärzte wegfällt.

In Sachsen soll z.B. mit Prämien von bis zu 100.000 Euro dem Ärztemangel in ländlichen Regionen begegnet werden. Junge Ärztinnen und Ärzte sollen damit zur Übernahme oder Neugründung einer Praxis motiviert werden. Weiter sind Vergütungsabschläge in überversorgten Gebieten denkbar. Diese Gelder könnten in einen speziellen Bonustopf für unterversorgte Gebiete fließen.

Ein weiterer Ansatz sei der stärkere Einsatz von so genannten „Gemeindeschwestern“; zudem sollten in unterversorgten Regionen Klinikärzte den ärztlichen Bedarf ausgleichen, indem sie in Teilzeit die ambulante Versorgung auf dem Lande unterstützen. Die Bedingungen für Landärzte könnten zudem verbessert werden, wenn es eine zunehmende Steuerung bei der Zulassung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gäbe.

Die Universität Oldenburg plant, als erste Medizinische Universität in Deutschland, einen Bachelor-Studiengang anzubieten. Teilweise wird dies als „Schmalspurstudium“ kritisiert (Bundesärztekammer und Marburger Bund). Daneben gäbe es an einigen Hochschulen inzwischen Reformstudiengänge mit eigenen Reformkonzepten²

² Die Welt Kompakt, Beilage „Karriere Welt“ S.6 vom 16. November 2009

3. Aufkauf von Arztpraxen in Ballungsgebieten:

Im Rahmen eines Diskussionsabends in der Ärztekammer Nordrhein hatte Dr. Rösler angeregt, dass es keine Abstufung beim Honorar oder Arzneimittelregresse mehr geben sollte. Zudem sollten Ärzte, die sich in unterversorgten Gegenden niederlassen, von der Mengengrenzung durch Regelleistungsvolumen ausgenommen werden.³

In Reaktion auf die anhaltende Kritik am weiteren Ausbau der Telematikinfrastruktur hat Minister Rösler angekündigt, diese werde in Zukunft nur schrittweise ausgebaut werden. Herr Dr. Rösler legt besonderen Wert auf die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen – zunächst sollen daher lediglich die Stammdaten der Versicherten gespeichert werden.

Zudem denke der Bundesgesundheitsminister auch über Änderungen bei der Bedarfsplanung nach.

4. Kinderbetreuung im Krankenhaus:

Ein Leserbrief des Deutschen Ärzteblattes kommt zum Schluss, dass die Vergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einen direkten Einfluss auf den Ärztemangel an deutschen Kliniken habe. Je unattraktiver die Niederlassung werde, desto größer wäre der Ärztemangel in der Klinik, da die Vielzahl der Assistenten in Chirurgie und Innerer Medizin werdende Allgemeinmediziner seien. Diese würde nach ihrer Pflichtzeit aus den Krankenhäusern wieder wegfallen.

In dem vorgelegten Artikel wurde daher vorgeschlagen, weniger und dafür größere Krankenhäuser würden benötigt, damit genügend Assistenten vorhanden seien, die sich die Nachtdienste teilen könnten.

Zusammenfassend lassen sich folgende Lösungswege aufzeigen, um dem zunehmenden Ärztemangel vor allem im ländlichen Bereich zu begegnen. Es ist wichtig, verstärkt Anreize für Ärztinnen und Ärzte zu setzen, sich in unterversorgten Regionen niederzulassen bzw. eine Anstellung in Krankenhäusern in der Fläche anzunehmen. Das bedeutet nicht nur finanzielle Förderung, sondern auch attraktivere Lebens- und Arbeitsbedingungen am Praxis- bzw. Klinikstandort.

Zudem sollte in der medizinischen Ausbildung vermehrt auf die Qualität geachtet werden, um zu vermeiden, dass Medizinstudentinnen und -studenten nach dem Studium auswandern oder eine Betätigung in einem anderen beruflichen Sektor ergreifen.

Eine Anwerbung von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland birgt stets das Problem der Sprachbarrieren und der Qualität der erbrachten medizinischen Leistung. Hier sollte ein europaweit einheitliches Anerkennungsverfahren angestrebt werden.

³ Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 9, 5. März 2010

Elementar für eine Zukunftssicherung der medizinischen Versorgung ist daher eine Erhöhung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen sowie der Job-Zufriedenheit u.a. auch durch Sicherstellung finanzieller Anreize. Hier sind Politik und Selbstverwaltung gleichermaßen gefordert, um entsprechende Regelungen, die bundesweit einheitlich gelten, zu gestalten.

Auch die Kommunen müssten jedoch mit in die Verantwortung genommen werden, um ggf. auch wirtschaftliche Anreize für potentielle ärztliche Interessenten zu generieren. Hier könnten Mietzinsminderungen bzw. finanzielle Förderungen bei der Errichtung von Praxisräumen in Betracht kommen.

Letztlich gibt es auch Diskussionen und Möglichkeiten, um Alternativen zur ärztlichen Versorgung besonders in der Fläche, anzubieten. Hierzu gehören die so genannte „Hilfsmediziner“-Ausbildung an Fachhochschulen“, das Modell der „Gemeindeschwestern“.

Teil 4: Evaluation

Zur Bekämpfung des drohenden Ärztemangels in deutschen Gesundheitseinrichtungen ist es notwendig, an mehreren Bezugspunkten gleichzeitig aktiv zu werden. Insbesondere muss sich aber die Auffassung bzw. die Einstellung zum Arztberuf als solches ändern. Identifiziert wurden in einer Fallstudie mehrere Ansatzpunkte, bei denen nur die gleichzeitige Inangriffnahme erfolgversprechend ist:

Wie können mehr junge Menschen dazu gebracht werden, den Arztberuf in Deutschland auszuüben?

Wie können Ärzte dazu gebracht werden, dauerhaft im deutschen Gesundheitssystem tätig zu sein?

Wie kann den Versorgungsschwierigkeiten bzw. den Verteilungsschwierigkeiten im ländlichen, strukturschwachen Raum entgegen gewirkt werden?

Konzept 1: Das Image des Arztberufes verbessern.

Beschäftigt man sich mit der derzeitigen Presse in Bezug auf den Arztberuf, so lässt sich schnell eine negative Grundstimmung feststellen. Ärzte seien zeitlich überfordert, stehen unter permanentem Druck und müssen gleichzeitig qualitativ hochwertige Arbeit leisten. Diese Auffassung kann wohl kaum als Motivation für junge Studierende dienen, den Arztberuf zu ergreifen bzw. diesen auf Dauer auszuüben. Im Vorfeld zu allen weiteren Überlegungen muss insofern das Image des Arztberufes verbessert werden, um eine erhöhte Motivation unter den Jugendlichen zu schaffen, diesen Berufszweig zu wählen und auch als Mediziner tätig zu werden. Insbesondere sollten positive Vorbilder herausgestellt werden und weniger negative Öffentlichkeitsdarstellungen vorgenommen werden.

Die Forderung von Minister Rösler nach einem Bachelor der Medizin lässt sich kritisch beurteilen, da nicht die Studienanfänger weniger geworden sind, sondern diejenigen, die den Arztberuf auf Dauer ausüben möchten.⁴ Immer mehr Ärzte wandern in alternative Branchen oder auch ins Ausland ab. Durch die Einführung eines Bachelors würden sich in diesem Sinne zwar die Einschreibungen erhöhen, allerdings könnte doch die Qualität einer solchen Ausbildungsform in Zweifel gezogen werden. Eine Reduktion der Qualität in der Medizin würde sich gleichfalls eher negativ auf das Berufsimago auswirken. Hingegen könnte verstärkt auf alternative Zulassungsformen zum Medizinstudium zurückgegriffen werden. Auswahl- oder Assessmentgespräche können hier einen erheblichen Zuspruch finden, um ggf. einige schlechte Abiturnoten auszugleichen und die individuelle Motivation der Bewerber stärker zu berücksichtigen.⁵

Konzept 2: Arbeitsbedingungen in Gesundheitseinrichtungen verbessern.

Die Fragestellung, wie Ärzte dauerhaft dazu gebracht werden können, im deutschen Gesundheitswesen tätig zu sein, betrifft weitgehend die Arbeitsbedingungen der deutschen Ärztinnen und Ärzte. Hier wird insbesondere eine starke Entlastung der Mediziner durch nicht-ärztliches Personal (Pflegepersonal, zentrales Patientenmanagement, ...) gefordert. Dabei wird insbesondere eine Prozessoptimierung sowie ggf. eine Aufgabenumverteilung notwendig. In wie weit diese Möglichkeit erfolgversprechend ist, hängt allerdings auch von den Möglichkeiten der einzelnen Einrichtungen sowie von der Ausbildung des nicht-ärztlichen Personals ab.

Wie in anderen Branchen auch, ist insbesondere der Punkt des „Arbeitsklimas“ ein wichtiges Thema: Eine Verbesserung des Arbeitsklimas trägt in aller Regel zur Reduktion von Fluktuation und Fehlzeiten in Unternehmen bei. Dabei erhöht sich äquivalent die Leistungsbereitschaft der einzelnen Arbeitnehmer. Möglichkeiten und Mittel dieses zu erreichen, sind insbesondere die Schaffung von mehr Möglichkeiten zur Mitbestimmung (durch z.T. flachere Hierarchien) oder die Stärkung von Teamgeist in den einzelnen Abteilungen.

Ein weiterer Aspekt ist die hohe Quote von derzeit 63,4% der weiblichen Medizinstudierenden.⁶ Gesundheitseinrichtungen müssen es schaffen, Teilzeitstellen oder Stellen mit reduzierter Arbeitszeit zu schaffen. Ganzheitlich betrachtet muss das Arbeitszeitsystem flexibler gestaltet werden. In diesem Sinne ist es wichtig, Familienfreundlichkeit zu schaffen oder eine adäquate Kinderbetreuung einzuführen.

Konzept 3: Den Weg in die Selbstständigkeit erleichtern.

Der dritte Aspekt ist der Verteilungsaspekt. Hier wird davon ausgegangen, dass die Versorgung im ländlichen Raum schwierig wird. Eine Ärzteknappeheit wird bisher verstärkt für den ländlichen Raum

⁴ O.V. (2010): GKV-Spitzenverband: Kein Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern erkennbar; KU-Gesundheitsmanagement, 5/2010, S. 34.

⁵ O.V. (2010): Rösler will Numerus clausus für das Medizinstudium abschaffen; Arzt und Krankenhaus; 4/2010, S. 3.

⁶ Millich, Nadine (2010): Megathema Personalsicherung, Personalbindung und –entwicklung im Krankenhaus; Arzt und Krankenhaus 2010.

vorausgesehen. Hier müssen Ärztinnen und Ärzte stärker animiert werden, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen. Es können z.B. Eigeneinrichtungen von Kommunen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen werden, die die Ärztin oder den Arzt entlasten und das finanzielle Risiko übernehmen. Insbesondere ist hier auch eine verstärkte Niederlassungsberatung von Nöten. Dabei können v.a. auch die Kommunen bei der Niederlassung unterstützen. Insbesondere sollten die Vorzüge der ländlichen Region herausgestellt werden und attraktive Angebote für Ärztinnen und Ärzte sowie deren Familien in den Vordergrund gestellt werden.

Teil 5: Schlussfolgerung

Der Grundanspruch des Patienten ist sicherlich die freie Arztwahl – auch im ländlichen Bereich. Es muss deshalb der Politik und der Selbstverwaltung ein besonderes Anliegen sein, eine optimierte, flächendeckende medizinische Versorgung sicherzustellen.



Literatur:

- (1) Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 9, 5. März 2010
- (2) Die Welt Kompakt, Beilage „Karriere Welt“, S. 6 vom 16. November 2009
- (3) O.V. (2010): GKV-Spitzenverband: Kein Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern erkennbar; KU-Gesundheitsmanagement, 5/2010, S.34
- (4) O.V. (2010): Rösler will Numerus Clausus für das Medizinstudium abschaffen; Arzt und Krankenhaus; 4/2010, S.3
- (5) Millich, Nadine (2010): Megathema Personalsicherung, Personalbindung und –entwicklung im Krankenhaus; Arzt und Krankenhaus 2010.

Senkung der Arzneimittelkosten in Deutschland

Kleine Lösungen für große Probleme?

Kreßner-Pavlovic Ilka¹, Lauterbach Silke², Dr. Magunia Peter³, Millich Nadine⁴

¹ Main Kinzig Kliniken gGmbH

² Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel Gemeinnützige GmbH

³ Klinikum Sindelfingen, Klinikverbund Südwest

⁴ Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH

Die Dynamik der seit Jahren steigenden Arzneimittelpreise in Deutschland ist auch 2010 ungebrochen. Dabei sind die Arzneimittelpreise hierzulande im Vergleich zu anderen europäischen Ländern schon jetzt überdurchschnittlich hoch (1). Auch 2009 stiegen die Arzneimittel-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um mehr als fünf Prozent im Vergleich zum Vorjahr (2). Die gesetzlichen Krankenkassen werden 2010 voraussichtlich 174,2 Milliarden Euro an Ausgaben verbuchen.

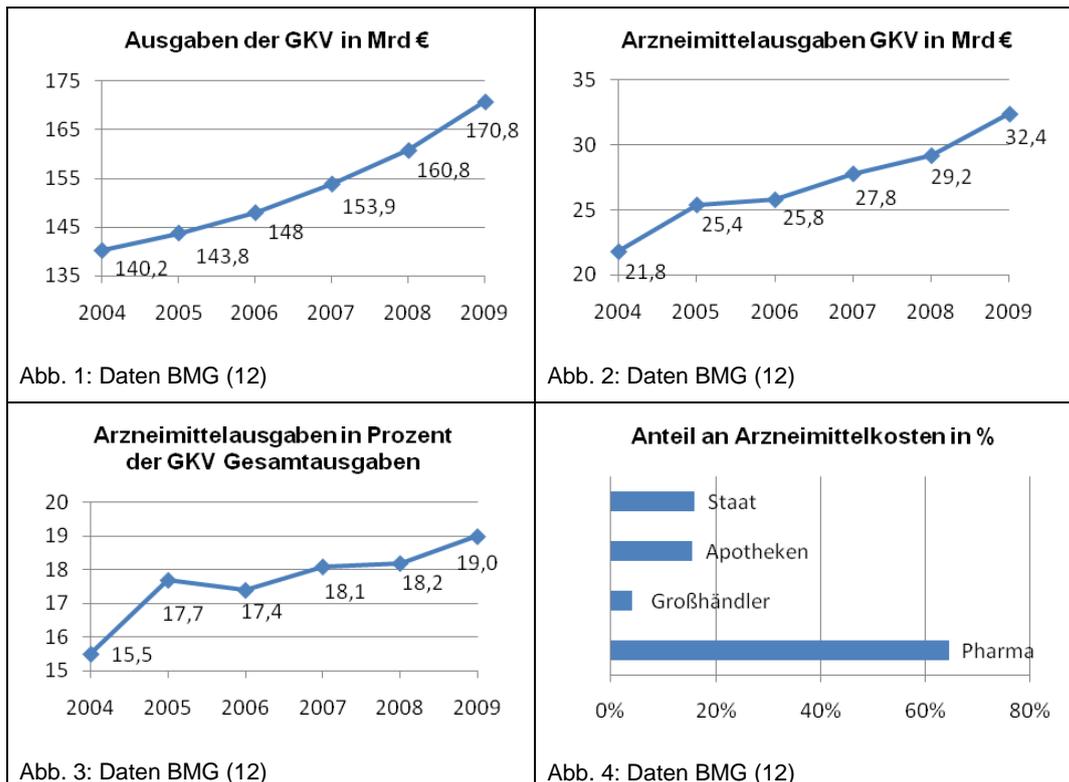
Zu den stetig steigenden Gesamtausgaben der GKV tragen auch die steigenden Arzneimittelpreise bei. Im Kontext der demografischen Entwicklung und weiterer Innovationen im Arzneimittelbereich wird deutlich, dass eine ähnliche Preisentwicklung wie in der Vergangenheit auf Dauer nicht zu finanzieren ist. Eine dringend notwendige Neuordnung des Arzneimittelmarkts sollte sich jedoch nicht auf eine reine Kostendämpfung beschränken. Gute Rahmenbedingungen für Innovationen pharmazeutischer Unternehmen und der Zugang aller Versicherten zu neuen, wirksameren Medikamenten müssen immer gewährleistet bleiben, um die medizinische Versorgung in Deutschland weiter auf hohem Niveau zu halten. Gesucht ist also ein konzertiertes Paket von Regulierungen, welches gewährleistet, unter möglichst vollständiger Transparenz einen fairen, wirtschaftlichen und kosteneffizienten Preis für Medikamente zu ermitteln.

Arzneimittelausgaben steigen stetig

Die gesetzlichen Krankenkassen werden, nach 171 Milliarden Euro im Jahr zuvor, 2010 voraussichtlich 174,2 Milliarden Euro an Ausgaben verbuchen. Dies entspricht einem Mehrkostenzuwachs von vier Prozent gegenüber dem Vorjahr (Abb. 1) (10). Der stetig größer werdende Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesamtausgaben betrug im Jahr 2009 19 Prozent (Abb. 3). Das Wachstum beruht hauptsächlich auf den Zuwachsraten kostenintensiver Spezialpräparate welche noch unter Patentschutz stehen. Obwohl sie nur 2,5 Prozent aller verordneten Arzneimittel ausmachen, erreichen sie einen Anteil am GKV-Arzneimittelumsatz von 26 Prozent (6). Dies beruht vor allem darauf, dass bisher die Pharmahersteller die Preise für innovative Medikamente selbst festlegen konnten.

Für erstattungsfähige Arzneimittel gilt hingegen die Festbetragsregelung. Diese gilt seit 1989 und ist der Höchstbetrag den die Kassen erstatten (5). Doch trotz regelmäßiger Erniedrigung der Festbeträge sind die Arzneimittelausgaben auch in diesem Bereich in den letzten Jahren gestiegen.

Bei der Umsatzverteilung der Arzneimittelausgaben zeigt sich aber auch, dass neben den Pharmazeutischen Herstellern (64,5 Prozent) auch Großhändler (vier Prozent), Apotheken (15,5 Prozent) und der Staat (16 Prozent) an der Bildung der Arzneimittelpreise beteiligt sind (Abb. 4) (12).



Regierung plant Einsparungen in Milliardenhöhe

Die Regierung sieht mit den „Eckpunkten zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für die Arzneimittelversorgung“ Einsparungen in Höhe von 1,5 Milliarden Euro vor (10). Mitte des Jahres 2010 wurde ein entsprechendes Arzneimittelsparpaket verabschiedet, welches unter anderem folgende Punkte beinhaltet:

- Festschreibung der Arzneimittelpreise (Stand August 2009) bis Ende 2013
- Erhöhung des Abschlags von sechs auf 16 Prozent auf Medikamente ohne Festbetrag
- Ausbau des bestehenden Rabattvertragssystems
- Senkung des Großhandelszuschlages auf Fixzuschlag von 0,60 Euro pro Packung plus Preisabhängiger Zuschlag von 1,7 Prozent (maximal 20,40 Euro)

Zur Reduzierung der Kosten für neue innovative Arzneimittel treten künftig folgende Regeln in Kraft: Im ersten Jahr nach Zulassung haben alle neuen Arzneimittel freien Marktzugang und die Hersteller freie Preisgestaltung. Gleichzeitig muss der Hersteller ein Dossier zur Kosten-Nutzen-Bewertung des

neuen Arzneimittels erstellen. Dieses Dossier basiert auf Phase-III-Studien und soll den Zusatznutzen im Vergleich zum Therapiestandard und zu Therapiealternativen aufzeigen. Auf dieser Grundlage erstellt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine Nutzenbewertung, die in der Regel drei Monate nach Zulassung vorliegen soll. Zeigt sich kein Zusatznutzen, wird das Arzneimittel innerhalb von 90 Tagen mit einem Festbetrag versehen. Liegt ein Zusatznutzen vor, greift das Rabattvertragssystem, bei dem der Hersteller entweder mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBu) und/oder einzelnen Kassen innerhalb eines Jahres nach Zulassung einen Rabatt auf den Abgabepreis verhandelt. Einigen sich SpiBu und Hersteller nicht, soll eine zentrale Schiedsstelle binnen drei Monaten einen Rabatt festlegen, der sich an internationalen Verordnungspreisen orientiert. Wenn Hersteller oder SpiBu diesen Schiedsspruch anfechten, wird eine Kosten-Nutzen-Bewertung vorgenommen, die das IQWiG spätestens drei Jahre später vorlegen muss (7). Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen wird die Erstattungshöhe auf den Preis vergleichbarer schon am Markt bestehender Medikamente begrenzt. Aktuell können nach Kosten-Nutzen-Bewertungen des IQWiG nur Empfehlungen zur weiteren Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels an die Kassen gegeben werden.

Kritik der Beteiligten am Sparpaket

Die Ausgaben im Arzneimittelbereich resultieren aus dem Zusammenwirken aller Teilnehmer des Gesundheitssystems. Somit sieht das Arzneimittelsparpaket der Koalition Einsparungen für alle Beteiligten vor. Die Neuordnung des Arzneimittelmarktes wird von den verschiedenen Interessensvertretungen unterschiedlich bewertet (8):

	Industrie/ Verbände	Ärzte/ KV	Apotheker	Kostenträger
Innovative AM	Will lieber Preise mit Kassen verhandeln bevor Preise diktiert werden; zurzeit schon Mehrwertverträge (Geld zurück, wenn kein Behandlungserfolg)			Preisverhandlungen zwischen Hersteller und SpiBu sinnvoll
Generische AM	Keine Rabattverträge: starker Wettbewerbsdruck; Oligopolisierung; Verhandlungsmacht der Kassen muss durch Kartellrecht begrenzt werden		Großer Bürokratieaufwand bei Rabattverträgen, Compliance bei Wechsel von Präparaten	

	Verband Pro Generika: Rabattverträge streichen und Generikaanteil auf 85 Prozent erhöhen			
AM-Preise	BAH: Festbetragsystem weiterentwickeln, auch Untergrenzen festlegen	Ärzte sind verantwortlich für Indikation, Wirkstoffauswahl, Dosierung und Dauer	Apotheker wählen nach den ärztlichen Kriterien Präparate aus der Listen aus;	Höherer Abschlag für Herstellerabgabepreise und einfrieren der Preise Mehrwertsteuer für AM auf sieben Prozent senken

AM: Arzneimittel; BAH: Bundesverband der Arzneimittelhersteller; KV: Kassenärztliche Vereinigung

Aus Sicht der Kostenträger ist es sinnvoll, Preisverhandlungen mit den Herstellern für neuartige Arzneimittel zu führen. Die verhandelten Preise sollen dem therapeutischen Nutzen entsprechen. Zu sofortigen Einsparungen nach Meinung der Krankenkassen könnte zudem die Reduzierung der Mehrwertsteuer auf sieben Prozent beitragen. Um kontinuierliche Preissteigerungen seitens der Hersteller zu unterbinden, sollten Arzneimittelpreise dauerhaft fixiert werden. Auch mit den Rabattverträgen erhoffen sich die Kostenträger weitere Einsparpotenziale. Diese lehnt die Pharmaindustrie allerdings ab, weil sie zu großem Wettbewerbsdruck unter den Herstellern, großem Bürokratieaufwand bei den Apotheken und Unzuverlässigkeit bei der Arzneimitteleinnahme seitens der Patienten führen. Vielmehr wollen sie das Festbetragsverfahren sichern und zusätzlich zu den höchsten Erstattungspreisen auch Untergrenzen etablieren.

Der Bundesverband der Arzneimittelhersteller fordert zudem die Festlegung von unteren Preisgrenzen für Arzneimittel, um nicht zuletzt den Industrie- und Forschungsstandort Deutschland aufrecht zuhalten. Für innovative und patentgeschützte Präparate sind die Hersteller bereit, Preisverhandlungen mit den Kassen einzugehen, um nicht später Preise diktiert zu bekommen.

Ebenso ist die Ärzteschaft für einheitlich verhandelte Preise von patentgeschützten Arzneimitteln. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) sieht die Ärzte künftig nicht mehr in der Kostenverantwortung, sondern fordert, dass die Ärzte die medikamentöse Therapie eines Patienten durch Festlegung der Indikation, Wirkstoffauswahl, Dosierung und Dauer der Therapie bestimmen. Die Apotheker sorgen für die wirtschaftliche Auswahl der Präparate, welche von den Kassen und den Herstellern verhandelt wurden.

Um faire, wirtschaftliche und kosteneffiziente Preise für Medikamente zu ermitteln, sind unter anderem frühzeitige Kosten-Nutzen-Bewertungen notwendig. Diese müssen direkt nach Markteintritt erfolgen, um unter allen Beteiligten vollständige Transparenz zu gewähren. Langfristige und umfangreiche Strukturveränderungen wie auch eine einheitliche Budgetverantwortung sind ebenso notwendig. Das neue Arzneimittelsparpaket sieht zwar viele Regulierungen und Gesetzesänderungen auf dem

Arzneimittelmarkt vor, dennoch scheint es noch erheblichen Spielraum für weitere, vor allem langfristige, Kostensenkungen zu geben.

Kostendämpfung um jeden Preis?

Es stellt sich die Frage, ob weitere Maßnahmen zur Kostendämpfung bei Arzneimitteln möglich und sinnvoll sind. Die folgende Tabelle zeigt unkommentiert, gegliedert nach Partizipierenden, bereits bestehende (mit Haken versehen; in Anlehnung an 19) und weitere potenzielle Einsparmöglichkeiten.

<i>Hersteller</i>	
✓ Festbeträge	✓ Höchstbeträge
✓ Herstellerabschlag	✓ Rabattverträge
✓ Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Medikamente	
• Kosten-Nutzen-Bewertung bestehender Medikamente	• Internationaler Preisvergleich
• Reduzierung der Patentschutz-Dauer	
<i>Großhandel</i>	
✓ Reduzierung des Großhandelhöchstzuschlags	
<i>Apotheke</i>	
✓ Apothekenspanne & Preisbindung	✓ Gesetzl. Apothekenabschlag
✓ Import-Förderung	✓ Aut-idem-Regelung
• Wettbewerbserhöhung im Apothekenmarkt	• Individuelles Blistern von Packungen
<i>Staat</i>	
• Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel	
<i>Arzt</i>	
✓ Ausgabenvolumina mit Regress	✓ Zufälligkeitsprüfungen
✓ Bonus-Malus-Regelung	✓ Preisvergleichsliste
✓ Dispensierverbot	✓ Zweitmeinungsverfahren
• Erhöhung der Generikaquote	
<i>Patient</i>	
✓ Höhere Zuzahlung	✓ Zuzahlungsbefreiung
✓ Höchst- und Festbetragszuzahlungen	

Nachfolgend werden exemplarisch zwei der aufgeführten Möglichkeiten zur Kostendämpfung näher erörtert:

Wettbewerbserhöhung im Apothekenmarkt

Der Umsatz der Apotheken in Deutschland stieg in den letzten Jahren überproportional gegenüber dem Einzelhandel (ein Prozent) um durchschnittlich 4,5 Prozent pro Jahr (14). Gleichzeitig gehen Analysten auch in Zukunft von einer überdurchschnittlichen Entwicklung aus (15). Insgesamt entfallen allein fünf Milliarden Euro der GKV-Ausgaben für Arzneimittel auf die Apotheken (14). Die in den letzten Jahren größer werdende Apothekendichte in Deutschland liegt im Europäischen Vergleich mit 3.800 Einwohnern pro Apotheke im Mittelfeld. Vergleiche mit Skandinavischen Ländern, insbesondere

Dänemark (16.800) und Schweden (10.700), zeigen aber eine deutlich höhere Apothekendichte in Deutschland (14). Diese Daten lassen wesentliche Einsparmöglichkeiten durch eine Intensivierung des Wettbewerbs unter den Apotheken vermuten. Sowohl der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als auch die Monopolkommission empfehlen deshalb auch eine deutliche Liberalisierung des Arzneimittelsektors zur wettbewerblichen Ausschöpfung von Effizienzreserven (11,12). Dies setzt eine Öffnung des Marktes (Änderung/Abschaffung des Fremdbesitzverbots) und eine Änderung der Preiszusammensetzung von Arzneimitteln seitens des Gesetzgebers voraus. Daneben stellt sich die Frage nach dem Beitrag der Apotheken zur Eindämmung der steigenden Arzneimittelkosten, nachdem Pharmahersteller und Großhändler durch das Arzneimittelparapaket wesentlich belastet wurden. Das vorhandene Instrument des gesetzlichen Kostenabschlags, welcher jährlich verhandelt wird, könnte hierfür als Steuerungsmittel eingesetzt werden. Da noch 2009 der Abschlag von 2,30 Euro je Packung auf 1,75 Euro gesenkt wurde, was den Apothekern eine Einkommenserhöhung von 9,5 Prozent bescherte, wäre 2010 und in den folgenden Jahren eine sukzessive Wiedererhöhung möglich (13). Alternativ ist die Absenkung des Apothekenzuschlags von aktuell 8,10 Euro je Packung für Fertigarzneimittel denkbar.

Individuelles Blistern von Arzneimitteln

Der Therapieeffekt verordneter Arzneimittel ist wesentlich von der Einnahmetreue der Patienten abhängig. Eine mangelnde Compliance führt in der Folge zu erheblichen Mehrausgaben im Gesundheitssystem. Dabei steigt die Anzahl an älteren und chronischen Patienten mit Polymedikation auch aufgrund der demografischen Entwicklung stetig an. Die aktuelle Studienlage zeigt, dass durch die patientenindividuelle Zusammenstellung von Arzneimitteln bei diesen Patienten nicht nur die Arzneimittelsicherheit steigt, sondern gleichzeitig sich auch Kosteneinsparungen für das Gesundheitssystem ergeben. Dies wird vor allem auf die Verringerung der Anzahl von Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten aufgrund von Medikationsfehlern zurückgeführt (16). Darüber hinaus können sich weitere Kosteneinsparungen ergeben, wenn das Verwerfen unverbrauchter Medikamente vermieden und die Medikamentenbevorratung in Kliniken und Pflegeinstitutionen reduziert wird (17). Das zu erwartende Einsparpotenzial, das in der Literatur unterschiedlich angegeben wird, wird für Deutschland auf 417 Millionen Euro beziffert (18). Hinderlich an der Umsetzung und Verbreitung der Blisterung war bisher die nicht geregelte Finanzierung der Kosten, aufgrund dessen die Kosten nicht unmittelbar bei jenen anfielen, die vom Nutzen am meisten profitierten. Mittel- und langfristig liegen die monetären Vorteile sicherlich bei den Krankenkassen, wobei jedoch auch weitere Finanzierungs-konstellationen von indirekten/direkten Profiteuren möglich erscheinen (zum Beispiel Übernahme der Kosten durch die Apotheken/Patienten).

Das Sparpaket ist erst der Anfang einer notwendigen Reformierung

Die medizinisch gute und gleichzeitig bezahlbare Versorgung einer Bevölkerung ist eine große Herausforderung. Der Gesetzgeber ist gefordert, mit entsprechenden Rahmenbedingungen die Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Versorger am Gesundheitsmarkt bei fairen und transparenten Bedingungen auch möglichst kosteneffiziente Gesundheitsleistungen anbieten können. Das Arzneimittelparapaket der Bundesregierung geht dabei in die richtige Richtung. Trotzdem bleiben

weiterhin viele Fragen offen, unter anderem wie es Ende 2013 nach Ablauf der Festschreibung der Arzneimittelpreise weitergeht. Klar ist, dass die Kostensteigerungen der vergangenen Jahre im Gesundheitssystem nicht unendlich weitergehen können, da ansonsten eine große Finanzierungslücke bleiben wird. Die zuletzt überproportionalen Preissteigerungen im Arzneimittelsektor sollten deshalb zumindest auf das Wachstum des Bruttoinlandsprodukts gesenkt werden. Um das zu erreichen, müssen bei allen Beteiligten Einsparpotenziale gesucht und ausgeschöpft werden.

Hinweis:

Die vorliegende Case Study beruht auf Daten bis einschließlich Juli 2010. Aufgrund der komplexen Zusammensetzung des Arzneimittelmarktes und der rasanten Entwicklungen sind die diskutierten Aspekte daher nur temporär gültig und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Literatur:

- (1) Arzneimittelbrief 2010, 44, 25
- (2) Bundesministerium für Gesundheit, Stand 03/10
- (3) Statista 2010: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/73331/umfrage/einschaetzung-der-einnahmen-und-ausgaben-der-gkv/>
- (4) Bundesministerium für Gesundheit. Stand 03/10
- (5) Ein überregulierter Markt; FAZ 22.02.2010, S.14
- (6) BMG. Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für die Arzneimittelversorgung
- (7) Verhandlungen auf Augenhöhe; Dt. Ärzteblatt 107-14, 09.04.2010; S.543-544
- (8) Jede Lobby hat ihre eigenen Wünsche; FAZ 22.02.2010, S.14
- (9) Ärzteblatt Nachrichten (18.06.2010): Erster Teil des Arzneisparpakets beschlossen
- (10) Ärzteblatt Nachrichten (29.06.2010): Kabinett beschließt zweiten Teil des Arzneisparpakets
- (11) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. SVR-Gesundheit (2002), S.68ff
- (12) Monopolkommission. Pressemitteilung, 05. Juli 2006. Absatz 18ff
- (13) Ärzte Zeitung, 23.12.2009: Abgesenkter Großkundenrabatt beschert Apothekern Einkommensplus
- (14) ABDA-Statistiken 2009. www.abda.de
- (15) DB Research: Apotheken: Selbst in der Rezession leichtes Umsatzplus
- (16) Lauterbach K, Lungen , Gerber A. Auswirkungen des Einsatzes von individualisierten Blistern auf Kosten und Qualität der Arzneimitteltherapie. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006; Köln: Ausgabe 05/2006 vom 05.07.2006
- (17) Blankart B, Reitzenstein C. Ökonomische Wirkungen der Verblisterung von Arzneimitteln. Berlin, 10. Juli 2008
- (18) Lauterbach K, Gerber A, Stollenwerk B, Lungen M. Verblisterung von Arzneimitteln für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege: Beschreibung und Bewertung eines Pilotprojekts (September 2004 bis Dezember 2005), Endfassung November 2006
- (19) Wille E, Cassel D, Ulrich V (2008). Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes. Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

Thema: OECD Länder-Vergleich und die aktuelle Haushaltslage

Jenny Müller, Kerstin Bachmann, Markus Flentje, Reza Safaie

Eine immer höhere Neuerschulung in Relation zum Bruttoinlandsprodukt lässt die Angst vor dem „Schuldenstaat“ Deutschland immer größer werden [1]. Der Schuldenberg wird mittlerweile als schwere Hypothek für die nachfolgenden Generationen verstanden. Diese Regierungspolitik will Verantwortung übernehmen und sieht eine nachhaltige Haushaltskonsolidierung im Mittelpunkt ihrer politischen Handlung [2]. Die Gesundheitsbranche steht in dieser Diskussion besonders im Fokus, da die Ausgaben in den letzten fünf Jahren um 350 Prozent gestiegen sind. Der mit Nachtrag von 3,9 Milliarden insgesamt 16,13 Milliarden große Gesundheitsetat ist mit dem Beitrag von 15,7 Milliarden an den Gesundheitsfonds fast aufgebraucht. Sollten vorerst 467 Millionen Euro für die restlichen Aufgaben des Gesundheitsministeriums reichen, musste das Ressort noch mit einer Kürzung auf 430 Millionen Euro zurechtkommen. Mit der Einsparungspflicht ist auch die Verteilungsdiskussion im Gesundheitsministerium entbrannt.



Abbildung 1 Entwicklung der Staatsverschuldung in Deutschland. Die Summe der öffentlichen Schulden hat sich seit 1990 nahezu verdreifacht.

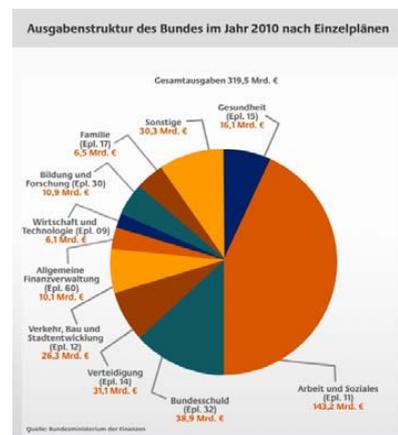


Abbildung 2 Der Bundeshaushalt 2010 stieg im Vergleich zum Vorjahr um 5,3%

Der deutsche Gesundheitshaushalts stellt sich im Jahr 2010 wie folgt dar:

Das Haushaltsvolumen liegt bei 16,13 Milliarden €

- ➔ davon 15,7 Mrd. € an Gesundheitsfond für die gesetzliche Krankenversicherung
- ➔ 430 Mio. € Gesundheitsetat (ursprünglich 467 Mio. € vorgesehen)
- ➔
 - Zusätzliche Einsparungen (als vorgesehen) u.a. durch:
 - Bezüge Beamte: von 18,4 auf 17,8 Mio. €
 - Etat Öffentlichkeitsarbeit: 4 Mio. € (-20%)
 - Dienstreisen: von 1,6 auf 1,35 Mio. €
 - Präventionskampagnen: -300.000 €
 - Ausstattung, Software, Wartung: von 2,4 auf 1,9 Mio. €
 - Aidsbekämpfung: von 1,5 auf 1,1 Mio. €
 - Mehr Haushaltsmittel:
 - Forschung: 7,1 statt 5,1 Mio. €
 - Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: 55,4 statt 50 Mio. €

Die Vergleichsstudie „Gesundheit auf einen Blick“, welche die Daten des Jahres 2007 der OECD-Länder auswertet, kann folgende Ergebnisse präsentieren:

Was kommt dabei raus?

Im Jahr 2007 hatte Deutschland im internationalen OECD-Ländervergleich mit 30 Mitgliedsstaaten das 4. teuerste Gesundheitssystem. Die Ausgaben für das deutsche Gesundheitssystem entsprechen damit 10,4 Prozent des BIP.

Wofür geben wir diese Summen aus?

Die größten Kostenbereiche sind folgende: Arzthonorare, Medikamente, Verwaltungskosten und Krankenhausbettendichte pro 1.000 Einwohner.

Was ist das Ergebnis dieser Summen in Relation zu den anderen Gesundheitssystemen?

Wir haben den längsten Krankenhausaufenthalt bei unseren Patienten, stehen also auf Platz 30 von 30. Wir haben eine überdurchschnittliche Zahl von Krankenhausbetten, zahlen die vierthöchsten Arzteinkommen und pflegen eine überdurchschnittliche Facharztdichte.

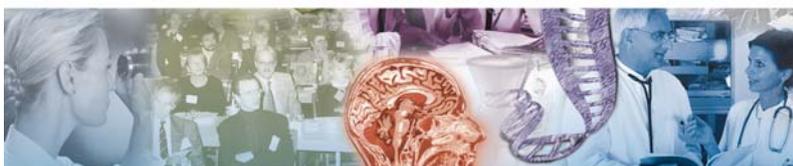
Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beherrscht immer wieder die gesundheitspolitischen Diskussionen in Deutschland. Die Bundesregierung musste wie bereits dargestellt für dieses Jahr krisenbedingt den Gesundheitsetats um knapp 3% erhöhen. Die Kostendämpfungsmaßnahmen der letzten Jahre wie z. B. die Einführung der Praxisgebühr oder erhöhte Zuzahlungen haben sich für die staatlichen Gesundheitsausgaben rentiert. So sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland deutlich weniger gewachsen als die Wirtschaftsleistung. Mit durchschnittlich jährlich 1,7% sind die Ausgaben in Deutschland am geringsten gestiegen, der Durchschnitt der OECD-Länder liegt immerhin bei einer Ausgabensteigerung von 4,1%. Dennoch ist das deutsche Gesundheitssystem wie bereits kurz dargestellt eines der teuersten, welches im internationalen Vergleich nicht die entsprechenden Ergebnisse liefert. So ist Deutschland bei der Lebenserwartung mit 80 Jahren lediglich auf Platz 14. Im internationalen Vergleich zeigen sich eine hohe Anzahl bei den Krankenhausbetten und eine hohe Ärztdichte die eine Überkapazität deutlich machen können und die sich letztendlich auch in den Ausgaben widerspiegeln.

Literatur:

- (1) Windscheif C, Auf dem Weg in den Schuldenstaat, Initiative Marktwirtschaft, www.insm.de, 4.6.2010
- (2) Presse und Informationsamt der Bundesregierung, Grundfeiler unserer Zukunft: Solide Staatsfinanzen, www.bundesregierung.de, 14.09.2010
- (3) Bundesministerium der Finanzen, Bundeshaushalt 2010: Ausgaben im Überblick, www.bundesfinanzministerium.de, 15.09.2010
- (4) "Teure Gesundheit", die Gesundheitswirtschaft, 3. Jhargang, 6/09

(2) Ergebnisse aus Business Cases

2.1 Gründung eines Zentrums für Gesundheit im Alter	23
2.1 Infotainment in Gesundheitseinrichtungen Individuelle Lösungen für Patienteninformationssysteme	40
2.2 Zentrales Einkaufsmodell für Altenpflegeheime	54
2.3 Internationales Zentrum für Schilddrüsenchirurgie	64
2.4 Businessplan für die strategische Neuausrichtung eines Medizinischen Versorgungszentrums	80



Businessplan

im Rahmen des dritten B. Braun-Mentoringprogramms

Gründung eines Zentrums für Gesundheit im Alter

vorgelegt von

Sascha Krames
Maïke Pallme König
Anna Wassermann
Andrea Wehrmann
Daniel Weiss

November 2010

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	24
2. Das Unternehmen heute	25
2.1 Vorstellung der KKD GmbH	25
2.2 Bauliche Situation.....	27
3. Managementteam.....	27
4. Konzept Zentrum für Altersmedizin	28
4.1 Demographische Entwicklung.....	28
4.2 Beschreibung des Zentrums für Gesundheit im Alter	30
5. Markt und Wettbewerb	31
5.1 Markt und Wettbewerb in Duisburg.....	31
5.2 Leistungszahlen und Marktanteile.....	32
5.3 Marketing und Marktzugang.....	33
6. Chancen und Risiken	35
7. Realisierungsfahrplan.....	36
8. Finanzierung.....	37
9. Fazit	38

Hinweis: Alle im Dokument genannten Einrichtungen, Personen sowie Planungen wurden von den Autoren lediglich zur Veranschaulichung des Businessplans herangezogen und stellen keine realen Planungen und/oder Planungsabsichten dieser Einrichtungen dar. Der vorliegende Businessplan beruht zum Teil auf fiktiven Annahmen.

1. Einleitung

Innerhalb des Gesundheitswesens werden sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten verschiedene Herausforderungen abzeichnen. Zu einer dieser Herausforderungen zählt die Abstimmung zwischen dem Leistungsangebot eines Klinikums und den durch die Patienten nachgefragten Leistungen. Dieses Spannungsfeld sollte insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit dem Fokus auf eine alternde Gesellschaft betrachtet werden. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist von einer Zunahme Hochaltriger in der Bevölkerung auszugehen.

Die Bezeichnung „Alt“ oder „Alter“ vor dem Hintergrund des Alterns ist nicht abschließend zu definieren. „Eine klare, allgemeingültige und zuverlässige wissenschaftliche Definition von Alter fehlt.“⁷ Einschränkungen von Personen die sich im Alter abzeichnen sind nicht automatisch mit Krankheit gleichzusetzen. Es bestehen aber zum Teil altersbedingte Veränderungen verschiedener Organe und Organsysteme. Diese können mögliche Folgen altersbedingter physiologischer Veränderungen aufweisen, welche als Einschränkungen erlebt werden.⁸ Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass Multimorbidität eine steigende Tendenz im zunehmenden Alter zeigt.⁹

Leistungen im Gesundheitswesen müssen zukünftig am Gesundheitszustand der Bevölkerung ausgerichtet werden. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Besonderheiten des Alters in der zukünftigen medizinischen und pflegerischen Versorgung zu berücksichtigen. Dem stehen zum Teil tradierte unternehmensinterne Strukturen gegenüber, die in Zeiten der sog. Baby-Boomer entstanden sind. Die Baby-Boomer Generation in Deutschland bezieht sich auf die zwischen 1956 und 1965 geborenen Kinder.¹⁰ Aus dieser Zeit bzw. aus der in dieser Zeit perspektivisch notwendigen Versorgungsplanung, stammen noch heute einige grundlegende räumliche Strukturen in Kliniken, sofern diese nicht bereits durch umfangreiche Anpassungs- oder Neubaumaßnahmen geändert wurden.

Zukünftige bauliche Veränderungen in Krankenhäusern sollten auf der Grundlage einer nachfrageorientierten Leistungserstellung, adäquater Behandlungsprozesse und daran angelehnter räumlicher und personeller Strukturen erfolgen.

Unter Berücksichtigung der oben genannten demografischen Entwicklungen hat die Katholisches Klinikum Duisburg GmbH (KKD) ein Zukunftskonzept zur Stärkung ihrer nachhaltigen

⁷ Schwartzter, Walter 2003, S. 163.

⁸ Vgl. Schwartzter, Walter 2003, S. 177.

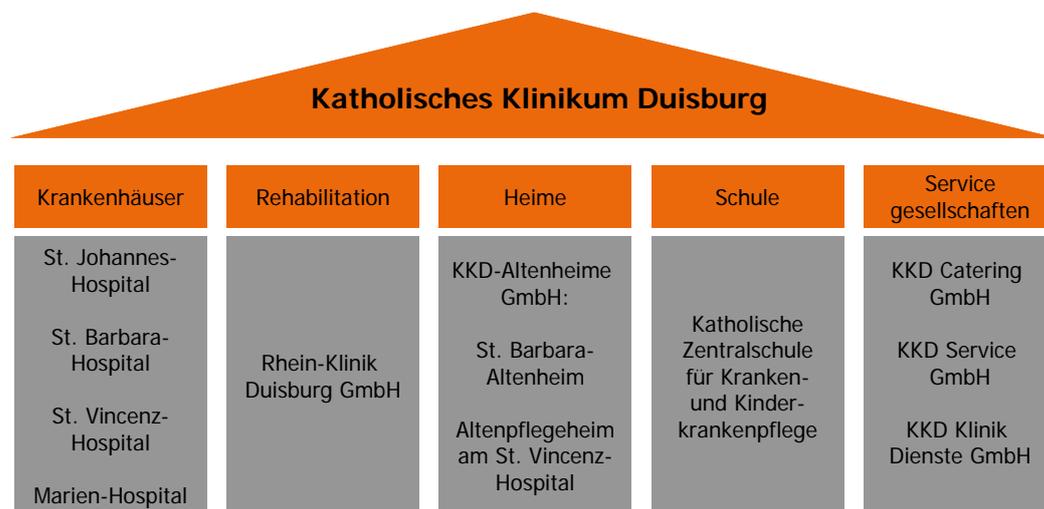
⁹ Vgl. Weyerer et al. 2008, S. 111.

¹⁰ Vgl. Bruch, Böhm 2010, S. 102.

Wettbewerbsfähigkeit entwickelt. Ein Baustein der Zukunftsplanung der KKD GmbH besteht in der Gründung eines interdisziplinären „Zentrums für Gesundheit im Alter“ im St. Vincenz-Hospital in Duisburg-Stadtmitte. Die Kliniken für Geriatrie und Gerontopsychiatrie wollen sich zum Zentrum für Gesundheit im Alter zusammenschließen, um den besonderen Bedürfnissen älterer und hoch betagter Menschen bei stationärer und teilstationärer Behandlung in spezieller Weise Rechnung zu tragen. Der vorliegende Businessplan dient dazu, die Vorteilhaftigkeit dieses Konzeptes herauszustellen und strategische Partner zur Finanzierung zu gewinnen.

2. Das Unternehmen heute

Die Katholisches Klinikum Duisburg GmbH ist zum 01. Januar 2007 gegründet worden. Zum Unternehmen gehören ein Krankenhaus mit vier Betriebsstätten, eine Rehabilitationseinrichtung, zwei Altenpflegeheime, eine Krankenpflegeschule sowie drei Servicegesellschaften. Darüber hinaus besitzt die KKD GmbH mehrere Liegenschaften und ist größter Anteilseigner der Betriebsgesellschaft Duisburger Krankenhäuser mbH (BDK), eines von den Duisburger Krankenhäusern gemeinschaftlich gegründeten Unternehmens zur Textilversorgung.

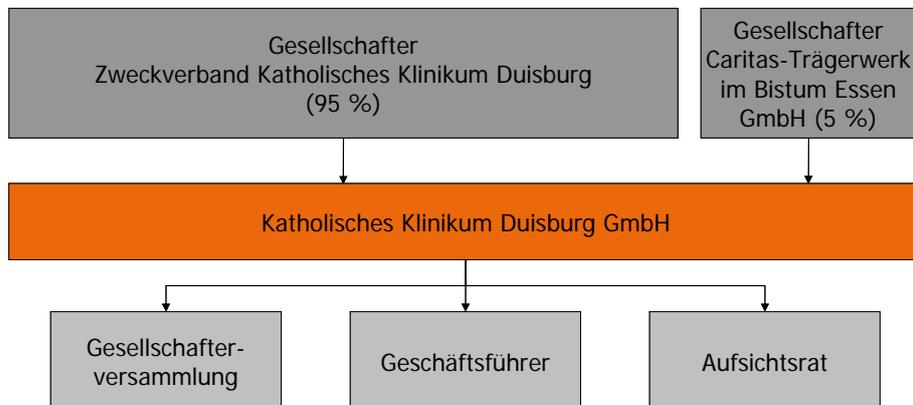


Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 1: Die Katholisches Klinikum Duisburg GmbH

2.1 Vorstellung der KKD GmbH

Mit der KKD GmbH – dem größten Anbieter von Gesundheitsleistungen in Duisburg – verfügt die Stadt über ein Krankenhaus der maximalen Versorgungsstufe, das der Region Behandlung und Pflege auf höchstem Stand gewährleistet. Gesellschafter der KKD GmbH sind der Zweckverband Katholisches Klinikum Duisburg, ein Bündnis katholischer Kirchengemeinden in Duisburg, mit einem Anteil von 95% und die Caritas-Trägerwerk im Bistum Essen GmbH mit einem Anteil von 5%. Das Klinikum, das als akademisches Lehrkrankenhaus eng mit der Universität Düsseldorf kooperiert, verfügt über 22 Kliniken mit 1.034 Planbetten und deckt damit einen Großteil der Palette der Schulmedizin ab. Die Fachabteilungen verteilen sich auf vier Standorte, beginnend im Duisburger Norden mit dem St. Johannes-Hospital in Alt-Hamborn und dem St. Barbara-Hospital in Neumühl. In Duisburg-Mitte befindet sich das St. Vincenz-Hospital und in unmittelbarer Nähe das Marien-Hospital in Hochfeld.



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 2: Organe der KKD GmbH

Unter dem Dach der KKD GmbH befinden sich neben den vier Krankenhäusern die Rhein-Klinik Duisburg GmbH in Beeckerwerth, eine Fachklinik für Rehabilitation mit 220 stationären und ambulanten Behandlungsplätzen sowie die KKD-Altenheime GmbH mit den beiden Seniorenheimen am St. Barbara- und am St. Vincenz-Hospital mit insgesamt 173 Plätzen. In den Krankenhäusern werden jährlich über 110.000 Patienten stationär und ambulant und in der Rehabilitationseinrichtung über 3.000 Patienten auf hohem Niveau versorgt. Die KKD GmbH hat in 2009 inklusive Krankenhäusern, Reha-Klinik, Heimen und Servicegesellschaften einen Umsatz von rund 145 Mio. EUR erzielt.

Einrichtung	Kliniken/Abteilungen	Betten SOLL
St. Johannes-Hospital	Medizinische Klinik I	89
	Innere Medizin/Kardiologie	
	Medizinische Klinik II	82
	Onkologie/Hämatologie	
	Medizinische Klinik III	46
	Gastroenterologie	
	Chirurgie/Viszeralchirurgie	75
	Gefäßchirurgie	40
	Unfallchirurgie	40
	Orthopädie	50
	Kinderheilkunde	55
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	48	
	Summe	525
St. Vincenz-Hospital	Medizinische Klinik I	65
	Geriatric	
Marien-Hospital	Gerontopsychiatrie	45
	Gerontopsychiatrie Tagesklinik	13
	Medizinische Klinik II	68
	Nephrologie/Dialyse	
	Urologie	48
	Psychiatrie	59
	Psychiatrische Tagesklinik	13
	Summe	311
St. Barbara-Hospital	Medizinische Klinik I	55
	Innere Medizin (allgemein)	
	Medizinische Klinik II	23

	Rheumatologie	
	Chirurgie/Proktologie	40
	Plastische und Handchirurgie	30
	Dermatologie/Allergologie	50
	Summe	198
Summe Krankenhäuser		1.034

Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 3: Betriebsstätten und Kliniken der KKD GmbH

2.2 Bauliche Situation

Die Entstehung der Betriebsstätte St. Vincenz-Hospital geht auf das Jahr 1857 zurück. Die folgenden Jahrzehnte waren geprägt von erheblichen baulichen Erweiterungen und einem Wiederaufbau nach Kriegsende im Jahr 1946. Eine alte Bausubstanz und marode Gebäudestrukturen prägen heute das Bild des Hauses. Es besteht ein sehr hoher Investitionsbedarf für die Sanierung und Renovierung des Gebäudes und der nicht mehr wettbewerbsgerechten Ausstattung insbesondere auf den Stationen und in den Sanitärbereichen. Die Größe der Stationen und Zimmer ist nicht einheitlich und vielfach müssen sich die Patienten Gemeinschaftssanitäranlagen auf den Fluren teilen. Hinzu kommen dringend erforderliche Maßnahmen zum Brandschutz (z. B. Brandmeldeanlagen), zur Verkehrssicherungspflicht (z. B. Sicherung von Dächern) und zur allgemeinen Betriebssicherheit (z. B. Aufzuganlagen). Der notwendige Sanierungsbedarf führt in der KKD GmbH zu erheblichen Instandhaltungsaufwendungen. Aufgrund der außerordentlich schlechten Bausubstanz in allen Einrichtungen der KKD GmbH ist generell ein exorbitant hoher Instandhaltungsbedarf von rund 4,0 bis 5,0 Mio. EUR im Jahr notwendig.

Die wirtschaftliche Führung eines Zentrums für Gesundheit im Alter in den „alten“ Räumlichkeiten ist daher auf Dauer nicht zielführend. Behandlungsabläufe können aufgrund der baulichen Gegebenheiten nicht optimal gestaltet werden, die Optimierung von Prozessen lässt sich in den vorhandenen Strukturen nicht ohne Weiteres umsetzen. Eine optimierte Ablauforganisation sowie eine effiziente Leistungserbringung werden nur durch grundlegende Veränderungen der Gebäudestruktur möglich. Für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Patientenversorgung in der KKD GmbH ist es daher notwendig, die in diesem Konzept beschriebenen Umbaumaßnahmen vorzunehmen. Eine konsequente Ausrichtung aller baulichen und organisatorischen Einrichtungen auf die Arbeitsabläufe steht bereits bei der Planung im Vordergrund, so dass im späteren Betrieb des Zentrums unnötige Wege und Tätigkeiten vermieden werden. Einheitliche und optimale Stationsgrößen ermöglichen einen effizienten Personaleinsatz, moderne und sinnvoll zueinander angeordnete Räumlichkeiten verkürzen die Wegezeiten für Patienten.

Der dargestellte Investitionsstau verdeutlicht, welcher Investitionsbedarf allein zum Erhalt der Grundsicherungsfunktionen sowie für Maßnahmen zur Herstellung eines, den Anforderungen des Wettbewerbs entsprechenden Zustandes erforderlich ist.

3. Managementteam

Der Erfolg oder Misserfolg der geplanten Umstrukturierungs- und Reorganisationsmaßnahmen hängt in großem Maße vom Zusammenwirken der beteiligten Personen ab. Die komplexe Aufgabenstellung erfordert vielfältige Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen. Das im Folgenden vorgestellte Managementteam trägt maßgeblich zur erfolgreichen Etablierung des Zentrums für Gesundheit im Alter bei.



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 4: Organigramm der KKD GmbH

4. Konzept Zentrum für Altersmedizin

Unter Berücksichtigung der in Kapitel 2.2 dargestellten baulichen Probleme hat die KKD GmbH ein Zukunftskonzept zur Versorgung alter Menschen erstellt. Dieses Zukunftskonzept sieht die Einrichtung eines interdisziplinären "Zentrums für Gesundheit im Alter" am Standort des St. Vincenz-Hospitals vor. Die Darstellung des Instandhaltungsrückstaus und der ungünstigen räumlich-strukturellen Voraussetzungen verdeutlichen dabei den gegebenen Handlungsdruck zur Optimierung und Restrukturierung der Räumlichkeiten des St. Vincenz-Hospitals.

Eine langfristige Zukunftsperspektive für den Standort ist nur dann gegeben, wenn die vorherrschenden Strukturen aufgebrochen werden und dadurch wirtschaftliches Handeln ermöglicht werden kann. Ein attraktives medizinisches Leistungsangebot im Bereich der Altersmedizin auf qualitativ hohem Niveau ist ebenso Voraussetzung für die Zukunftssicherung des St. Vincenz-Hospitals wie ansprechende Räumlichkeiten auf neuem Standard, die einerseits die Genesung der Patienten durch Zufriedenheit und Wohlbefinden fördern und andererseits für qualifizierte Mitarbeiter einen attraktiven Arbeitsplatz bedeuten.

Vor diesem Hintergrund wurde das Konzept für das Zentrum für Gesundheit im Alter entwickelt, das einerseits die medizinische Versorgung der alternden Bevölkerung sichern und andererseits einen wirtschaftlichen Betrieb des Krankenhauses ermöglichen soll.

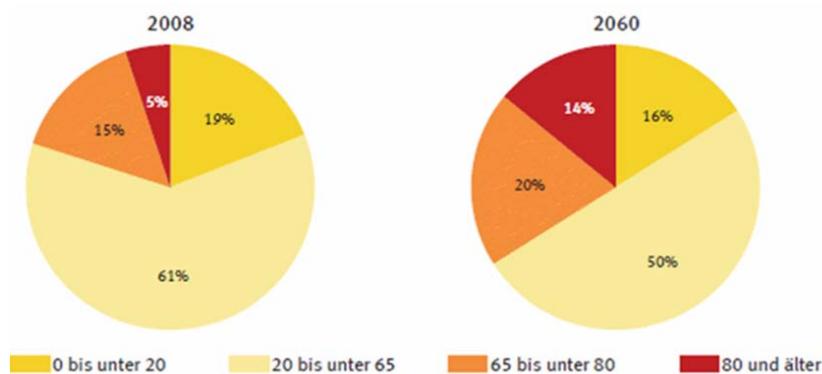
4.1 Demographische Entwicklung

Die abnehmende Zahl der Geburten (niedrige Fertilität) und die gesteigerte Lebenserwartung, insbesondere der gegenwärtig stark besetzten mittleren Jahrgänge, führen zu gravierenden Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Die aktuelle Bevölkerungsstruktur in

Deutschland weicht schon lange von der Form der klassischen Bevölkerungspyramide ab, bei der die stärksten Jahrgänge die Kinder darstellen und sich die Zahlen der älteren Jahrgänge graduell als Folge der Sterblichkeit verringern.

Ausgehend von der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder wird der Bevölkerungsanteil der unter 20-Jährigen von 19,0% im Jahr 2008 auf 16,0% im Jahr 2060 sinken. Im Gegenzug wird der Anteil der über 65-Jährigen sprunghaft von 15,0% (2008) auf 20,0% (2060) ansteigen.¹¹

Insbesondere die Zahl der Hochbetagten wird in den nächsten Jahren einen besonders großen Anstieg verzeichnen. Die Zahl der über 80-Jährigen und Älteren wird laut Berechnungen des Statistischen Bundesamtes von 4 Millionen (Stand 2008) auf über 6 Millionen im Jahr 2020 ansteigen und 2060 etwa 9 Millionen umfassen.¹²



Quelle: Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Abb. 5: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland nach Altersgruppen

Bei näherer Betrachtung der zukünftigen Altersentwicklung der über 65-Jährigen sowie der über 80-Jährigen und Älteren im Land Nordrhein-Westfalen und im speziellen in der kreisfreien Stadt Duisburg, zeigt sich auch hier ein klares Wachstum in diesem Segment. Bis zum Jahr 2025 wird es in der Stadt Duisburg über 6.046 mehr „65plus-Einwohner“ geben als im Jahr 2006 und der Anteil der über 80-Jährigen und Älteren wird voraussichtlich um über 40% ansteigen.¹³

Ausgehend von der zu erwartenden demographischen Entwicklung dürfte die veränderte Bevölkerungsstruktur zukünftig zu einem deutlich höheren Anteil älterer pflegebedürftiger Menschen führen.

Nach Modelrechnungen des Statistischen Bundesamtes, auf Basis des Status-Quo-Modells, steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,13 Millionen im Jahr 2005 auf 3,36 Millionen im Jahr 2030. Während im Jahr 2005 53% der Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter waren, könnten es im Jahr 2030 bereits rund 65% sein.¹⁴

Da ältere Menschen häufiger stationär in Krankenhäusern versorgt werden als jüngere, dürften darüber hinaus die Behandlungsfälle und damit verbundene Kosten gerade im Krankenhausbereich mit einer alternden Bevölkerung ansteigen.

Während im Jahr 2005 etwa jeder vierte Bundesbürger 60 Jahre oder älter war, gehörte bereits fast jeder zweite Krankenhauspatient diesen Altersgruppen an. Es wird davon ausgegangen, dass bis zum Jahr 2020 fast jeder fünfte Krankenhausfall allein durch die Altersgruppe der über 80-Jährigen und Älteren verursacht wird.¹⁵

¹¹ Statistisches Bundesamt. (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

¹² Statistisches Bundesamt. (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

¹³ Bertelsmann Stiftung: Wegweiser Kommune

¹⁴ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Demographischer Wandel in Deutschland, H. 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2008, Wiesbaden

¹⁵ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Demographischer Wandel in Deutschland, H. 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2008, Wiesbaden

Der oben dargestellte demographische Wandel stellt eine interdisziplinäre Herausforderung für das Gesundheitssystem dar.

Heute bestehen erhebliche Defizite bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung älterer multimorbider Patienten mit ihren Akut- und Begleiterkrankungen, die sich in den kommenden Jahren ohne entsprechende Gegenmaßnahmen weiter vergrößern werden.

Das Zentrum für Gesundheit im Alter soll den besonderen Bedürfnissen der alternden Gesellschaft in besonderem Maße gerecht werden.

4.2 Beschreibung des Zentrums für Gesundheit im Alter

Der Blick auf die vorgenannten Entwicklungen zeigt einen erheblichen Veränderungsbedarf in der Versorgung multimorbider älterer Menschen. Nur eine mehrdimensionale Sichtweise und ein umfassendes Gesundheitsmanagement ermöglicht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Anpassung an das besondere Krankheitsspektrum älterer Menschen.

Mit dem zukunftsorientierten Zentrum für Gesundheit im Alter am St. Vincenz-Hospital soll eine Versorgungsstrukturen übergreifende Bündelung von Akutversorgungsangeboten realisiert und somit eine umfassende, interdisziplinäre und wohnortnahe Versorgung älterer Menschen im Raum Duisburg sichergestellt werden.

Für die Umsetzung des Zentrums sind Prozessoptimierungen und längst überfällige Restrukturierungen der Räumlichkeiten notwendig. Der bereits dargestellte Instandhaltungsrückstau und die beschriebenen ungünstigen räumlich-strukturellen Voraussetzungen verdeutlichen den gegebenen Handlungsdruck des St. Vincenz-Hospitals.

Erste Sanierungsmaßnahmen sind für vier geriatrische Stationen im Haupthaus vorgesehen. Die anstehenden Modernisierungs- und Sanierungsmaßnahmen werden in Anlehnung an die Anforderungen des barrierefreien Umbaus durchgeführt.

Als sinnvolle Ergänzung des bereits bestehenden Angebots der KKD GmbH ist im Rahmen der Zentrumsgründung ein Neubau einer geriatrischen Tagesklinik am St. Vincenz-Hospital mit 20 Plätzen vorgesehen. Die geriatrische Tagesklinik ist eine teilstationäre Einrichtung, die als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Betreuung älterer Menschen fungiert und insbesondere die medizinische, psychologische und therapeutische Versorgung übernimmt. Die zukünftigen baulichen Veränderungen im St. Vincenz-Hospital erfolgten auf Grundlage einer nachfrageorientierten Leistungserstellung. Ein regionales Planungsverfahren nach § 14 KHGG NRW wurde bereits eingeleitet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit der Etablierung des Zentrums folgende **Ziele** verfolgt werden:

- Positionierung als **Integrationsdienstleister** (Prävention, Akut, Reha, Pflege), Ganzheitliche Versorgung aus einer Hand
- **Regionaler Gesamtversorger** - flächendeckende umfassende, interdisziplinäre und wohnortnahe Versorgung älterer Menschen im Raum Duisburg und Umgebung
- **Nahtlose Übergänge** zwischen akutmedizinischen und rehabilitativen Maßnahmen

In Zukunft soll das „Zentrum für Gesundheit im Alter“ weiter ausgebaut und das geriatrische Leistungsspektrum in qualitätsorientierter und intensiver Zusammenarbeit mit den anderen Klinikstandorten und ihren jeweiligen Fachdisziplinen erweitert werden. Bereits bestehende Strukturen und Leistungsangebote der Katholisches Klinikum Duisburg GmbH im Bereich der Geriatrie und Altersmedizin sollen zukünftig in ihrer Qualität gesichert und durch innovative Diagnose- und Behandlungsformen ergänzt werden.

Als neue und weitere Bausteine einer umfassenden und bedarfsorientierten Versorgung älterer Menschen sind eine geriatrische Tagespflege sowie perspektivisch eine Palliativeinheit der geriatrischen Abteilung geplant. Weiterhin soll in Zukunft verstärkt ein besonderes Gewicht auf den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gelegt werden. In diesem Zusammenhang beabsichtigt die Katholisches Klinikum Duisburg GmbH die Etablierung eines Kompetenz- und Trainingszentrums mit konkreten Versorgungsangeboten zu altersspezifischen Themen wie z.B. Sturzprophylaxe, Bewegungsangebote für Hochaltrige sowie die Integration einer Gedächtnisambulanz. Hier soll insbesondere auf die Kompetenzen der Klinik für Physikalische Therapie und Ergotherapie des St.

Vincenz-Hospitals und der Klinik für geriatrische Rehabilitation der Rhein-Klinik Duisburg GmbH in Duisburg-Beekerwerth zurückgegriffen werden.

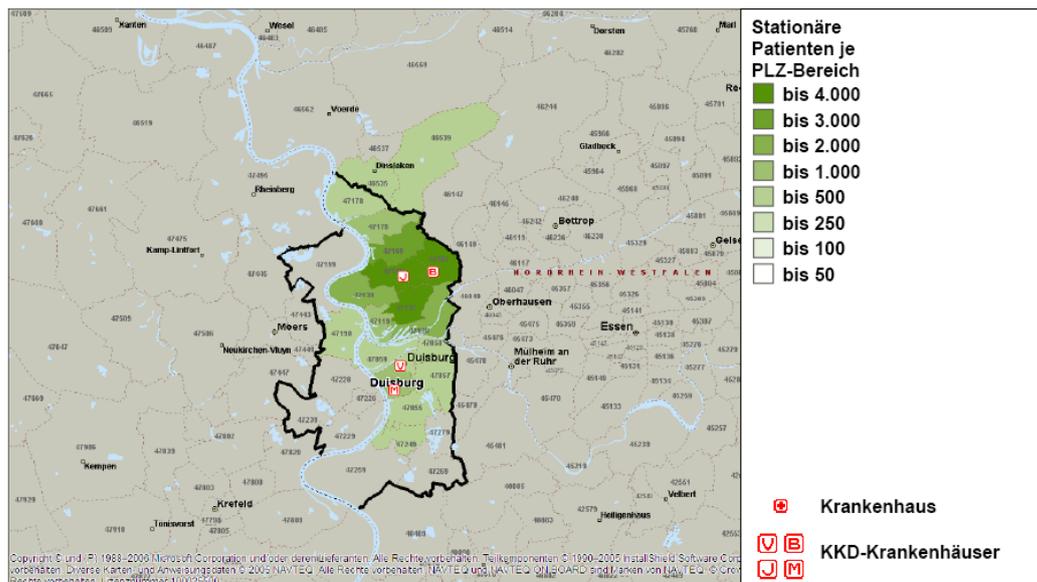
Ferner soll auf dem Gelände des St. Vincenz-Hospitals, in enger Zusammenarbeit mit dem am St. Barbara-Hospital angesiedelten Verein für häusliche Pflege e.V., eine Beratungs- und Koordinierungsstelle rund ums Alter etabliert werden. Schwerpunkt soll u.a. die Angehörigenhilfe und Selbsthilfe bei Alzheimer-Demenz bilden.

5. Markt und Wettbewerb

5.1 Markt und Wettbewerb in Duisburg

In Deutschland gab es im Jahr 2009 insgesamt 2.080 Krankenhäuser mit fast 817.000 Vollkräften, die 17,8 Millionen Patienten (+2,05%) behandelt haben. Die Zahl der Behandelten stieg gegenüber dem Vorjahr um 290.000 (+ 1,6 %).¹⁶

Die Krankenhausedichte im Ruhrgebiet zählt zu den Höchsten im gesamten Bundesgebiet. Eine Analyse der zukünftigen Bedarfsentwicklung im stationären Akutsektor der Fa. Admed kommt 2008 zu dem Ergebnis, dass das Einzugsgebiet der KKD GmbH weitgehend auf Duisburg begrenzt ist. Da rund 80% der Patienten der KKD GmbH aus der Stadt Duisburg stammen, werden nachfolgend nur die Duisburger Krankenhausträger in eine Markt- und Wettbewerbsanalyse einbezogen.



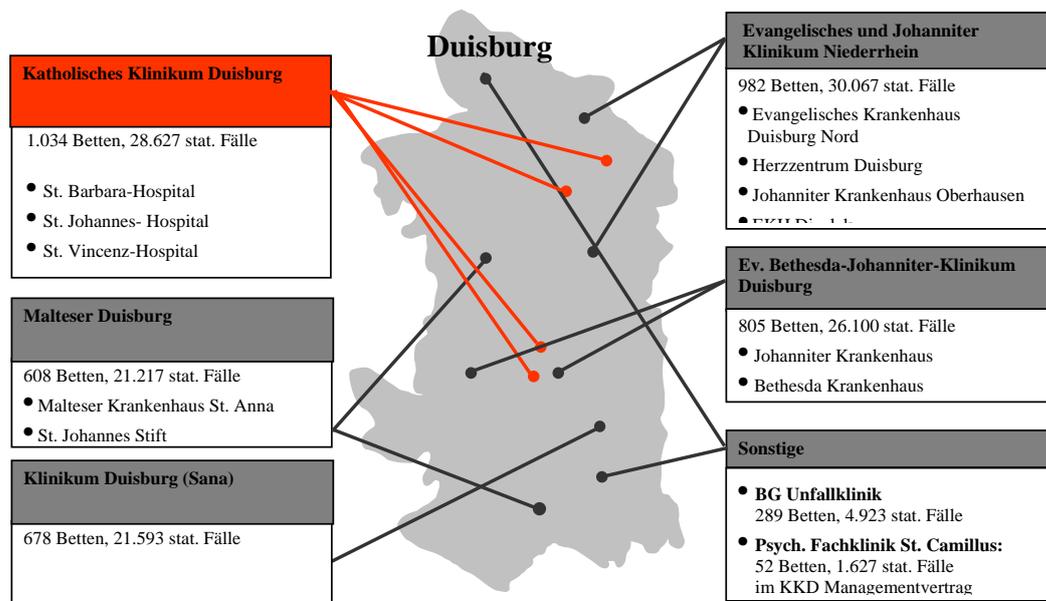
Quelle: ADMED-Analyse der zukünftigen Bedarfsentwicklung im stationären Sektor, 2008

Abb. 5: Kerneinzugsgebiet der KKD GmbH; PLZ-Gebiete, aus denen 80% der Patienten stammen

Der Markt in Duisburg ist von einer hohen Bettendichte und damit einer steigenden Wettbewerbsintensität geprägt. Führende GesundheitsökonomInnen gehen von einem notwendigen Abbau von ca. 9.500 Betten in NRW aus. Allein in Duisburg liegt die Bettendichte bei 88 im Vergleich zu landesweit 71 Betten bezogen auf jeweils 10.000 Einwohner. Damit sind in Duisburg über 800 Betten überzählig.

In Duisburg existieren derzeit sechs Träger von Akutkrankenhäusern, von denen sich fünf bereits in Verbundstrukturen organisiert haben.

¹⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2010, 30.09.2010.



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 6: Krankenhäuser in Duisburg

Hauptkonkurrenten für das Katholische Klinikum Duisburg im Bereich der Altersmedizin sind im Stadtgebiet Duisburg die folgenden beiden Häuser:

- **Klinikum A**
Hauptabteilung Geriatrie (47 stationäre Betten) und Tagesklinik Geriatrie (sieben Plätze)
- **Klinikum B**
Hauptabteilung Geriatrie¹⁷ und Tagesklinik Geriatrie (20 Plätze)

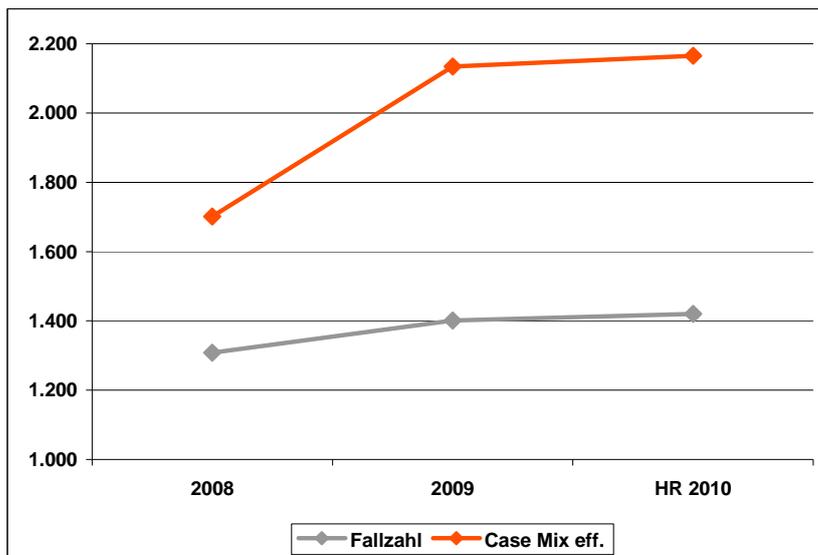
5.2 Leistungszahlen und Marktanteile

Insgesamt wurden in Duisburg im ersten Halbjahr 2010 482 Fälle mehr behandelt als im Vorjahr. Ausschließlich das Katholische Klinikum Duisburg und das Klinikum B hatten Fallzahlrückgänge zu verzeichnen. Casemix (+1.461) und Casemix-Index (+0,014) haben sich über alle Duisburger Häuser ebenfalls positiv entwickelt. Die KKD GmbH konnte ihren Casemix-Index um 0,72% steigern. Die Verweildauer ist in Duisburg um 0,18 Tage zurück gegangen, wobei die KKD GmbH eine deutliche Verkürzung der Verweildauer verzeichnen konnte.

Die geriatrische Fachabteilung der KKD GmbH ist mit deutlichem Vorsprung Marktführer in Duisburg und konnte ihren Marktanteil im ersten Halbjahr 2010 insbesondere auf Kosten des Klinikums A um 2,92% ausbauen. Im Gegensatz zur KKD GmbH verzeichneten das Klinikum B sowie auch das Klinikum A einen Rückgang der geriatrischen Fälle. Casemix und Casemix-Index haben sich in den geriatrischen Kliniken aller drei Häuser positiv entwickelt.

¹⁷ Auf der Internetseite des Klinikums ist keine Bettenzahl der Geriatrie angegeben.

Im Verlauf der Jahre 2008 bis 2010 haben sich Fallzahl, Casemix und Casemix-Index in der Geriatrie der KKD GmbH kontinuierlich positiv entwickelt. Im Jahr 2009 konnte im Vergleich zum Vorjahr eine Fallzahlerhöhung um rd. 7% und ein Anstieg der Casemix-Punkte um rd. 25% realisiert werden. Im ersten Halbjahr 2010 waren ebenfalls ein Zuwachs an Fällen sowie ein erhöhter Casemix und Casemix-Index zu verzeichnen. Diese durchaus positive Entwicklung wird auch in der Hochrechnung der Kennzahlen für das gesamte Jahr 2010 bestätigt: Im Vergleich zum Vorjahr beträgt der Fallzahlzuwachs rd. 1,36%, Casemix und Casemix-Index nehmen um 1,45% bzw. 0,12% zu.



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 7: Fallzahl und Casemix der Geriatrie der KKD GmbH im Zeitraum 2008-2010

Die Klinik für Gerontopsychiatrie am St. Vincenz-Hospital ist die Einzige ihrer Art in Duisburg und wurde aufgrund dessen keiner Marktanalyse unterzogen.

Die KKD GmbH ist auf dem Gebiet der Altersmedizin bereits Marktführer. Um diese Marktführerschaft in Zukunft weiter auszubauen, ist sie auf die Umsetzung des Konzepts Zentrum für Gesundheit im Alter angewiesen. Schon heute besteht die Gefahr der Abwanderung von Patienten in benachbarte Kliniken, weil der bauliche Zustand des St. Vincenz-Hospitals in keinster Weise den steigenden Ansprüchen der Patienten gerecht wird. Nicht mehr zeitgemäße Zimmer und Toilettenanlagen, undichte Fenster, bröckelnder Putz oder lange Wege können vielfach nicht mehr durch eine exzellente medizinische Versorgung kompensiert werden. Mit der Etablierung eines Zentrums für Gesundheit im Alter in modernen und altersgerechten Räumlichkeiten des St. Vincenz-Hospitals würde sich der Marktanteil in Zukunft voraussichtlich weiter zu Gunsten der KKD GmbH verschieben und dem Haus somit einen mehrjährigen Wettbewerbsvorteil verschaffen. Im Wachstumsmarkt Alter und Gesundheit liegt eine Chance, sich als „der“ Anbieter in der Region zu etablieren.

5.3 Marketing und Marktzugang

Vor dem Hintergrund des starken Wettbewerbs in Duisburg ist es für das Zentrum für Gesundheit im Alter zukünftig wichtig, sich eindeutig zu positionieren. Die Etablierung eines Zentrums in neuen und modernen Strukturen trägt in vielerlei Hinsicht zur Steigerung der Akzeptanz der Bevölkerung und zu einer positiven öffentlichen Wahrnehmung bei. Neben der Chance effiziente und effektive Strukturen für optimale Behandlungsabläufe zu schaffen, stehen folgende **quantitative Kommunikationsziele** im Vordergrund:

- **Steigerung der Attraktivität für Patienten**

Neue Ausstattung und Räumlichkeiten bewirken in der öffentlichen Wahrnehmung auch positive Assoziationen mit der Qualität der medizinischen Leistungserbringung. So können neue Räumlichkeiten mit einer angenehmen Atmosphäre und einer altersgerechten Ausstattung (z. B. Barrierefreiheit) deutlich zu zusätzlichen Patientenströmen beitragen. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf konnte nach Inbetriebnahme seines Neubaus eine Fallzahlsteigerung von rd. 20% verzeichnen.

• **Steigerung der Attraktivität für qualifizierte Bewerber**

In Ballungsgebieten ist es heute oft problematisch hoch qualifiziertes Personal (z. B. Fachärzte, Assistenzärzte, OP- und Intensivpflegekräfte) zu akquirieren. Moderne, an den Behandlungsabläufen ausgerichtete Räumlichkeiten reduzieren überflüssige Wege und Aufwendungen für patientenferne Tätigkeiten. Dies kann die Attraktivität des Arbeitsplatzes erhöhen und ein Kriterium bei der Wahl des Arbeitsplatzes darstellen. Kosten für die Personalbeschaffung können gemindert und die allgemeine Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden.

Im Rahmen der **qualitativen Kommunikationsziele** soll die Marktposition des St. Vincenz-Hospitals weiter gestärkt werden. Durch die Etablierung eines Zentrums für Gesundheit im Alter entsteht ein neues Image, das bereits vor und während der Bau- und Sanierungsphase kommuniziert werden muss. Durch das Zentrum werden folgende Alleinstellungsmerkmale in Duisburg generiert (Unique selling position):

- Neuartiges Gestaltungskonzept: Ganzheitliche interdisziplinäre Versorgung aus einer Hand
- Beste Diagnose- und Therapiemöglichkeiten
- Zukunftsweisende Spezialisierung (vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung)
- Zentrierung (Kurze Wege und geringe Wartezeiten für den Patienten)

Die **operativen Marketing-Aktivitäten** sollen mit der Kreditzusage starten. Instrumente zur Kommunikation orientieren sich am Kommunikationsmix. Neben dem monatlich erscheinenden Newsletter „KKD-Intern“ wird vor allem das Intranet für die interne Kommunikation genutzt. Patienten und Interessierte werden regelmäßig durch Sonderpublikationen mit Informationen rund um das Zentrum für Gesundheit im Alter versorgt. Darüber hinaus können folgende Instrumente zur Kommunikation eingesetzt werden:

- Infobriefe der Geschäftsführung
- Homepage/Webcam
- Baubezogene Feierlichkeiten, Baustellenbesichtigungen
- Pressearbeit

Alle Maßnahmen können in eine so genannte Countdown-Aktion eingebettet werden. Ausgehend von der Eröffnung des Neubaus erfolgen zu verschiedenen Zeitpunkten konzeptionell passende Aktivitäten. Am letzten Tag des Countdowns findet die Eröffnung des Zentrums für Gesundheit im Alter statt.

Skizzierte Countdown-Aktion am Beispiel von 100 Tagen:

Countdown	Aktivität
Tag 0	Einführung des neuen Logos, der Kampagne durch Countdown-Karte
Tag 30	Aktivität in der Fußgängerzone

Tag 50	Halbzeit ist Kaffeezeit
Tag 80	Einladung mit Gewinnspiel (an jedem letzten Tag ein Gewinn)
Tag 95	Exklusives Ärzteevent, Vorabbesichtigung der neuen Räumlichkeiten
Tag 98	Presseevent
Tag 100	Eröffnungsfeier

Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 8: Countdown-Aktion

6. Chancen und Risiken

Das Gesundheitswesen und insbesondere die Finanzierung von Krankenhäusern und akutstationären Leistungen unterlagen in den letzten Jahren kontinuierlich Veränderungen. Besonders die Einführung eines neuen fallpauschalierten Vergütungssystems im Jahr 2004 hat die Krankenhauslandschaft nachhaltig beeinflusst. Im Rahmen einer Konvergenzphase bis zum Jahr 2010 wurden die bislang krankenhausespezifischen Basisfallwerte an einen landeseinheitlichen Basisfallwert angepasst. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll anschließend im Zeitraum 2010 bis 2014 eine weitere Konvergenz erfolgen, in der sich die Preise einem bundeseinheitlichen Basisfallwert annähern. Auf welchem Niveau sich ein bundeseinheitlicher Basisfallwert einpendeln wird, ist noch nicht abzusehen, da die Bundesländer unterschiedliche Interessen verfolgen und die politische Einflussnahme demzufolge in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird. Da der Basisfallwert von NRW im Vergleich mit den anderen Bundesländern traditionell zu den niedrigsten gehört, sind an dieser Stelle eher leicht positive Auswirkungen auf die Erlössituation der KKD GmbH anzunehmen. Insbesondere durch eine erzielbare Fallzahlsteigerung in der im Zentrum für Gesundheit im Alter befindlichen ausgebauten stationären Geriatrie können positive Auswirkungen erzielt werden.

Ein allgemeines Risiko kann in der unberechenbaren Gesundheitspolitik gesehen werden. Ab dem 01.01.2011 tritt das neue GKV-Finanzierungsgesetz in Kraft. Welche Auswirkungen diese Inkraftsetzung auf die Krankenhäuser haben wird, bleibt derzeit offen.

In der Vergangenheit hat sich insbesondere gezeigt, dass für den Krankenhausmarkt keine vollständige Refinanzierung von Aufwandssteigerungen erfolgt ist. Das seit Jahren gedeckelte Budget führte zu einer immer deutlicher werdenden Schere zwischen Vergütungen und Kosten („Budgetschere“). Dass dennoch die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser dieses Phänomen überlebt hat, liegt in der Tatsache begründet, dass die Krankenhäuser aufgrund des wirtschaftlichen Drucks ihre Anstrengungen zur Hebung des seit Jahrzehnten brach liegenden Optimierungspotenzials zur Senkung von Kosten enorm verstärkt haben. Die KKD GmbH ist sich des Vorhandenseins eines großen Optimierungspotenzials bewusst und hat daher bereits im Jahr 2008 ein Optimierungspaket aufgelegt, um sowohl deutliche und nachhaltige Kosteneinsparungen als auch Möglichkeiten zur Erlösmaximierung zu generieren. Das Optimierungspaket umfasst Projekte zur Verbesserung von Prozessen, zur Zentralisierung von Abteilungen und Bereichen sowie zur Optimierung von Kostenstrukturen, die die aktuelle wirtschaftliche Situation positiv beeinflussen und dabei helfen, drohende Verluste zu vermeiden. Es ist davon auszugehen, dass bei vollständiger Umsetzung des einer Dynamisierung unterliegenden Optimierungspaketes weiteres Potenzial gehoben werden kann, um einer sich weiter öffnenden „Budgetschere“ erfolgreich entgegen zu wirken.

Daneben wird es auch in der Zukunft ständig weitere Ansatzpunkte zur Optimierung geben, denn der finanzielle Druck auf die Krankenhäuser wird kontinuierlich ansteigen. Möglicherweise werden sich in Zukunft andere Betriebsmodelle durchsetzen (z. B. Erweiterung der Betriebszeiten im Rahmen einer Sieben-Tage-Woche mit Schichtbetrieb) oder es werden andere Möglichkeiten der tariflichen Personalkostensteuerung möglich (z. B. Flexibilisierung der wöchentlichen und der Lebensarbeitszeit). Insofern werden sich für die KKD GmbH auch bei einer weiteren Spreizung der Budgetschere Möglichkeiten ergeben, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.

Die demographische Entwicklung in Duisburg kann durch die ausgeprägte Alterung der Gesellschaft als erhebliche Chance des Zentrums für Gesundheit im Alter angesehen werden. Bei Betrachtung des Potenzials von Altersmedizin in Duisburg wird deutlich, dass es im Jahr 2025 in der Stadt Duisburg über 40% mehr „80plus“- Einwohner als im Jahr 2006 geben wird. Es ist von einem Fallzahlzuwachs in der Geriatrie bei steigendem Komplexitätsniveau und gleichzeitig verkürzter Verweildauer auszugehen. Mit zunehmendem Durchschnittsalter wird die Frequenz der Krankenhausaufenthalte steigen. Die zunehmende Multimorbidität erfordert eine höhere Interdisziplinarität und macht eine zwingende Einbindung von medizin-ethischen Aspekten notwendig. Dieses gewährleistet das Zentrum für Gesundheit im Alter insbesondere durch die Erweiterung des therapiespezifischen Behandlungsangebotes an der Schnittstelle der Segmente ambulanter und stationärer Versorgungsbereiche sowie durch die intensive Zusammenarbeit zwischen den 22 verschiedenen Fachabteilungen der KKD GmbH.

Ein zusätzlicher positiver Effekt könnte sich für die KKD GmbH durch eine positive Öffentlichkeitswirkung der Etablierung des Zentrums für Gesundheit im Alter ergeben. Im Rahmen der eher konservativen Leistungsprognose wurde bei den bisherigen Darstellungen noch nicht berücksichtigt, dass durch eine positive öffentliche Wahrnehmung zusätzliche Patientenströme generiert werden können.

Im Konzept des Zentrums für Gesundheit im Alter ebenfalls nicht berücksichtigt sind die sich aus der Zugehörigkeit der Tochtergesellschaften (insbesondere Rhein-Klinik Duisburg GmbH und KKD-Altenheime GmbH) der KKD GmbH ergebenden Synergieeffekte durch die Gewinnung zusätzlicher Patientenpotenziale in allen Versorgungsbereichen. Durch die Vision eines sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgers, der insbesondere für hochbetagte Menschen sowohl eine ambulante und akutstationäre als auch eine rehabilitative und pflegerische Versorgung in der Region sicherstellt, kann das Zentrum für Gesundheit im Alter mit seinem Neubau einer geriatrischen Tagesklinik mit 20 Plätzen sowie den Umbaumaßnahmen von vier Stationen zur Versorgung stationärer Geriatrie-Patienten auch über die Stadt Duisburg hinaus, ein weitaus höheres Patientenaufkommen erzielen, als in den Planungsrechnungen zugrunde gelegt.

Das größte Risiko für das St. Vincenz-Hospital besteht in der Beibehaltung des Status quo und damit dem Erhalt der derzeitigen Strukturen. Sofern das Zentrum für Gesundheit im Alter nicht realisiert werden kann, besteht die reale Gefahr, dass aufgrund der nicht mehr patienten- und wettbewerbskonformen Bausubstanz die Leistungszahlen, vor allem in der stationären Geriatrie, in beschleunigter Form sinken. Patienten und Einweiser entscheiden sich vermehrt gegen das St. Vincenz-Hospital, je stärker die Wettbewerber in Zukunft investieren.

Im Gegensatz hierzu bietet das vorliegende Konzept die Möglichkeit der nachhaltigen Wettbewerbssicherung und -stärkung im hart umkämpften Duisburger Krankenhausmarkt. Die durch die Investitionen geschaffenen Strukturverbesserungen ermöglichen eine effiziente Arbeitsweise im Sinne von Prozess- und Ablaufoptimierungen, die auf Dauer positive Jahresergebnisse erzielbar macht und gleichzeitig die Zins- und Tilgungsaufwendungen bedienen kann.

Zu guter Letzt bietet das Zentrum für Gesundheit im Alter die Möglichkeit, Mehrwerte zu schaffen, denen viele andere Krankenhäuser aufgrund ihrer schlechten finanziellen und baulichen Ausstattung vielfach nicht mehr nachkommen können: Innovative Grundversorgung und Spitzenmedizin in modernen patienten- und mitarbeitergerechten Strukturen, gepaart mit persönlicher Zuwendung und christlichen Werten.

Im Wachstumsmarkt Alter und Gesundheit liegt eine Chance für die KKD GmbH darin, sich als „der“ Anbieter in der Region zu etablieren. Abschließend betrachtet überwiegen die Erfolgsfaktoren die Risikofaktoren und liegen deutlich in den zukünftig verstärkt relevanten Bereichen Qualität und Patientenorientierung. Mit der Umsetzung des Zentrums für Gesundheit im Alter legt die KKD GmbH den Grundstein sowohl für zukünftiges Wachstum unter wirtschaftlichen Bedingungen als auch für eine qualitativ hochwertige interdisziplinäre und versorgungsstufenübergreifende Patientenbehandlung.

7. Realisierungsfahrplan

Aufgrund der umfangreichen Baumaßnahmen in Bestandsgebäuden sowie des Neubaus für die geriatrische Tagesklinik ist eine vollständige Umsetzung des "Zentrums für Gesundheit im Alter" im 2. Quartal 2014 vorgesehen. Die sich dabei zeitlich überlappenden und parallel verlaufenden Planungs- und Umsetzungsprozesse können im Wesentlichen in drei Phasen eingeteilt werden.

In der ersten Phase von Ende 2010 bis Anfang 2012 finden die wesentlichen Planungs- und Freigabeprozesse statt. So müssen unter anderem erfolgskritische Meilensteine, wie z.B. die Genehmigung der Investition seitens der Gesellschafter erwirkt und die Freigabe der Investitionsmittel durch die Kreditgeber erzielt werden. Diese Prozesse sollen bis zum 3. Quartal 2011 abgeschlossen werden. Parallel dazu wird ein regionales Planungsverfahren nach § 14 KHGG NRW zur Beantragung der Mehrbetten in der Geriatrie und der Plätze für die geriatrische Tagesklinik eingeleitet, um dem wachsenden Versorgungsbedarf gerecht zu werden und eine gesicherte Finanzierungssituation sowohl für die Tagesklinik als auch den stationären Bereich zu schaffen.

In der sich anschließenden Vorbereitungsphase beginnen ab Januar 2012 die konkreten baulichen und organisatorischen Vorbereitungen einschließlich der internen und externen Kommunikation. Zunächst werden unter Einbezug externer Fachplaner und eines auf den Krankenhausbau spezialisierten Architekturbüros die Bauplanung sowie das Bauantragsverfahren eingeleitet. Die behördliche Genehmigung des Bauantrages wird spätestens zum 2. Quartal 2012 angestrebt. Die Bauplanung stellt dabei den kritischen Erfolgsfaktor für das Zentrum für Gesundheit im Alter dar, da dadurch die angestrebten Prozess- und Ablaufoptimierungen realisiert werden können. Intern wird zeitgleich das medizinische Konzept unter Einbindung aller relevanten Führungskräfte sowie

Regelungen zur zukünftigen Kooperation der einzelnen Standorte der KKD GmbH erstellt. Im Rahmen der externen Kommunikation findet eine frühzeitige Einbindung der Kostenträger statt, unter anderem um die prospektive Vereinbarung von Entgelten für die geriatrische Tagesklinik zu ermöglichen. Ab dem 3. Quartal 2012 beginnt mit der Bauausführung die Bau- und Realisierungsphase, in der zeitgleich die konkreten Planungen zur (personellen) Neuorganisation und die Kommunikation gegenüber Patienten und Einweisern stattfinden. Im Rahmen der Bauausführung entsteht im ersten Bauabschnitt der Neubau der geriatrischen Tagesklinik mit 20 Plätzen. Anschließend werden die vier geriatrischen Stationen, die sich im Haupthaus befinden, nacheinander saniert und ertüchtigt. Um einen Belegungs- und Erlöseinbruch zu vermeiden wird jeweils eine Station für die Umbauphase in den neuen Räumlichkeiten der geriatrischen Tagesklinik untergebracht. Durch eine Flächenverdichtung der derzeit im Bestand vorhandenen Stationen kann eine zusätzliche Station mit mind. 26 zusätzlichen Betten eingerichtet werden. Ein Abschluss der Sanierungsmaßnahmen im Haupthaus sowie die Inbetriebnahme der geriatrischen Tagesklinik sind im 2. Quartal 2014 geplant.



Quelle: Eigene Darstellung

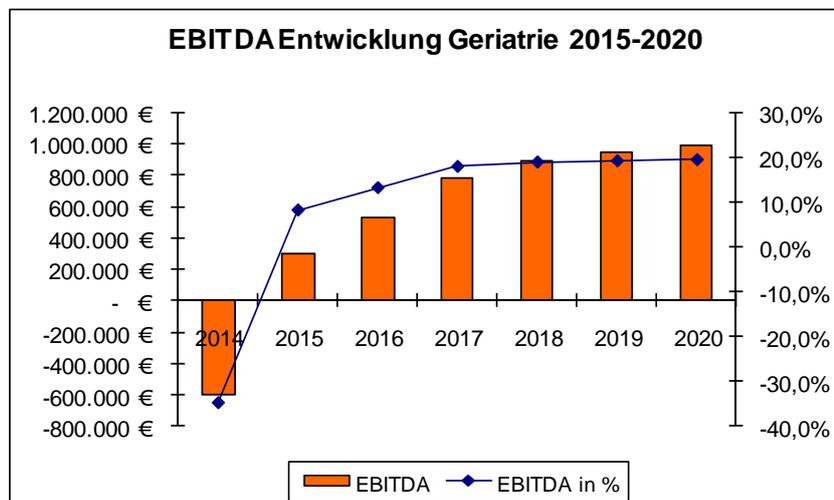
Abb. 11: Realisierungsfahrplan Zentrum für Gesundheit im Alter

8. Finanzierung

Im Rahmen des bereits beschriebenen Konzeptes sind umfangreiche Bau- und Sanierungsmaßnahmen zu finanzieren. Gem. der Kostenschätzungen durch das externe Architektur- und Planungsbüro werden sich die Investitionskosten auf 7,5 Mio. € belaufen. Die Errichtung des Neubaus für die geriatrische Tagesklinik wird ca. 1,25 Mio. € und die Sanierungen und Umbaumaßnahmen im Bestandsgebäude für die vollstationäre Geriatrie 6,25 Mio. € in Anspruch nehmen. Alle Investitionen werden zu 100% aus Eigenmitteln finanziert, da eine reine Förderung über die Baupauschalen des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen in den nächsten Jahren nicht möglich ist. Die Finanzierung erfolgt über einen syndizierten Bankkredit als Annuitätendarlehen mit 4% Verzinsung und 15 Jahren Laufzeit.

Als Vorgabe der KKD GmbH wird ein Refinanzierungszeitraum von max. 10 Jahren vorgegeben. Diese Vorgabe ist über eine Refinanzierung aus dem operativen Bereich insbesondere über DRG-Erlöse der vollstationären Geriatrie, Erlösen aus dem tagesgleichen Pflegesatz der Geriatrie sowie weiteren Erlösen (z.B. Wahlleistungen) umsetzbar. Im tagesklinischen Bereich werden langfristig

Erlöse i. H. v. über 900 T€ p. a. und im stationären Bereich Erlöse i. H. v. über 4,9 Mio. € p. a. erwartet. Im operativen Bereich kann bereits im ersten Vollbetriebsjahr (2015) ein positives EBITDA i. H. v. 300 T€ erwirtschaftet werden. Langfristig wird ein nachhaltiges EBITDA i. H. v. über 900 T€ geplant. Diese Kalkulationen bauen auf den Annahmen einer Genehmigung der Mehrbetten und -plätze durch das Ministerium und dementsprechend einer Vollfinanzierung durch die gesetzlichen und privaten Kostenträger auf. Als Basisfallwert wurde der derzeit gültige Wert für das Land Nordrhein-Westfalen und als tagesgleicher Pflegesatz ein Referenzwert für geriatrische Tageskliniken aus anderen Bundesländern i. H. v. 120 € angesetzt. Die mittlere geplante Auslastung beträgt 85% im vollstationären und 90% im teilstationären Bereich. Unter Zugrundelegung eines Abschreibungszeitraumes von 20 Jahren, linearer Abschreibung sowie unter Berücksichtigung der Zinszahlungen für den Bankkredit wird der Break-Even-Punkt beim Jahresergebnis im Jahr 2017 erreicht werden. Langfristig wird ein Jahresergebnis (EAT) i. H. v. über 350 T€ erwartet.



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 12: EBITDA-Entwicklung des Zentrums für Gesundheit im Alter

Zur internen Investitionsbeurteilung wurde darüber hinaus das dynamische Kapitalwertverfahren entsprechend der Einzahlungs-Auszahlungs-Überschuß-Methode angewendet. Als Annahmen hierzu wurde ein Kalkulationszinsfuß i. H. v. 7% angesetzt. Dieser dient der Absicherung des Renditeanspruchs einer Alternativinvestition. Hierin enthalten sind 5% alternativer, langfristiger Marktzens zzgl. 2% Preis- bzw. Risikoaufschlag. Die Gebäudenutzung wurde entsprechend der buchhalterischen Abschreibung mit 20 Jahren Nutzungsdauer angesetzt. Bei einem Betrachtungszeitraum von 10 Jahren und dem Ansatz des Restbuchwertes der Investition wird ein positiver Kapitalwert i. H. v. von 580 T€ im Jahr 2024 erwirtschaftet werden.

9. Fazit

Der dargestellte Businessplan bietet ein Rahmenkonzept zur Gründung eines Zentrums für Gesundheit im Alter. Das Zentrum für Gesundheit im Alter verknüpft die aufgrund des demographischen Wandels veränderte Leistungsnachfrage mit der notwendigen Positionierung der KKD GmbH als Leistungsanbieter. Diese Positionierung beinhaltet als Kern der strukturellen Veränderung eine umfangreiche Anpassung der baulichen Struktur.

Insbesondere mit der durch die kombinierte stationäre und teilstationäre Ausrichtung einhergehenden Brückenfunktion zwischen dem stationären und ambulanten Bereich soll eine wohnortnahe Versorgung geriatrischer Patienten im Raum Duisburg sichergestellt werden.

Das beschriebene Konzept verdeutlicht den Handlungsdruck zur Realisierung des Zentrums für Gesundheit im Alter, der sich insbesondere durch ein potentielles Überangebot an stationären Betten in Duisburg und zum Teil bestehenden Überlappungsbereichen in dem medizinischen

Leistungsportfolio der bestehenden Krankenhausträger ergibt. Der sich hieraus ergebende Handlungsdruck kann in einem ansprechenden Maße durch die beschriebene Marktpositionierung unter Einbezug einer Tagesklinik kompensiert werden.

In der abschließenden Abwägung der Gesamtsituation und des spezifischen Vorhabens steht die Notwendigkeit zur Umsetzung im Vordergrund. Dabei lassen sich die werte- und patientenorientierte Ausrichtung mit den ökonomischen Interessen verbinden.

Literatur

- (1) Schwartzer, Walter 2003
- (2) Vgl. Weyerer et al. 2008, S. 111.
- (3) Vgl. Bruch, Böhm 2010, S. 102.
- (4) Statistisches Bundesamt. (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (5) Bertelsmann Stiftung: Wegweiser Kommune
- (6) Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Demographischer Wandel in Deutschland, H. 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2008, Wiesbaden
- (7) Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Demographischer Wandel in Deutschland, H. 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2008, Wiesbaden
- (8) Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2010, 30.09.2010.

Businessplan
Infotainment in Gesundheitseinrichtungen
Individuelle Lösungen für Patienteninformationssysteme

Lauterbach Silke¹, Dr. Magunia Peter², Millich Nadine³

¹ Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel Gemeinnützige GmbH

² Klinikum Sindelfingen, Klinikverbund Südwest

³ Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH

Hinweis:

Der vorliegende Businessplan behandelt eine fiktive Geschäftsidee. Das Unternehmen VisioMed ist in der Form nicht existent, sondern dient als Modellunternehmen. Für die Angaben zu beispielsweise Preisen und Produkten wird keine Garantie für Richtigkeit übernommen.

1. Executive Summary

Unternehmen

Die **VisioMed Med. Produktions GmbH** (im Folgenden VisioMed genannt) in Melsungen ist Anbieter von digitalen Patienteninformationssystemen für Gesundheitseinrichtungen und bietet Individuallösungen für Wartebereiche, Aufenthaltsräume und Patientenzimmer.

Geschäftsfeld

Vorbei sind die Zeiten, in denen ausschließlich der Patient eine Behandlung nachfragt. War noch vor wenigen Jahren der Begriff „Werbung“ für Praxen und Krankenhäuser tabu, haben sich die Zeiten geändert – nicht zuletzt aufgrund der mittlerweile anerkannten Differenzierung zwischen reklamenhafter Anpreisung und sinnvoller Patienteninformation – getreu dem Slogan von *VisioMed*: Schau Dich schlau!

Leistung

VisioMed bietet die individuell abgestimmten Infotainmentlösungen in Form verschiedener Leistungspakete an. Die Produktserie *Wartezimmerwelt* beinhaltet eine Fernsehprogrammsschleife mit Kurzbeiträgen, die den Patienten über das Tagesgeschehen, Behandlungsabläufe und die betreuenden Teams des jeweiligen Bereichs im Krankenhaus informiert.

Interaktive Terminals, die sogenannten MedTerminals, bieten den Patienten im zweiten Leistungspaket individuelle Detailinformationen zu verschiedenen Erkrankungen.

Das dritte Leistungspaket umfasst das Krankenhaus-TV. Dieses ist standardmäßig in allen Krankenzimmern eingerichtet und informiert über das Krankenhaus, die einzelnen medizinischen Abteilungen und die Mitarbeiter mit hochwertigen und individuell angefertigten Image-Filmen.

Im Bereich „VisioMed: Aufklärung“ bieten wir Prozedur-Individuelle Risikoaufklärungen an. Diese führen neben einem besseren Patientenverständnis zu einer Entlastung und Zeitverkürzung der anschließenden, rechtlichen verpflichtenden ärztlichen Aufklärungen.

Für die Zukunft ist geplant, mit „VisioMed: Patientcompliance“ ein weiteres Leistungsmodul einzufügen. Dank einer besseren Information des Patienten über seine Erkrankung und entsprechende Hinweise zum Verhalten (Patientenschulungen) schafft es „VisioMed: Patientcompliance“ sowohl die Patientenzufriedenheit als auch die Patiententreue zu steigern.

Eine sukzessive Erweiterung des Portfolios von VisioMed ist parallel zu einem erfolgreichen Geschäftsverlauf geplant. Weitere Angebote könnten beispielsweise individuelle Infotainment-Systeme für Privatpatienten (zum Beispiel über iPad) mit folgenden Leistungen sein:

- Zugriff auf Internet (Finanzierung ähnlich wie bisher Telefon)
- Implementierung KIS: Essensbestellung, etc.
- Fragebögen für Studien

Für eine professionelle Visualisierung sorgen jeweils entsprechende LCD-TV-Geräte.

Kundennutzen

Fachliche, qualitative und patientengerechte Informationen verkürzen die Wartezeiten in den unterschiedlichsten Einrichtungen. Imagefilme und Kurzbeiträge über die einzelnen Einrichtungen können darüber hinaus als gezielte Marketingstrategie eingesetzt werden.

Das Krankenhauspersonal profitiert von einem Zeitgewinn, da es nicht mehr jeden einzelnen Patienten über Sprechzeiten, Behandlungsleistungen und -abläufe informieren muss.

Die zeitliche Entlastung der Ärzte aufgrund einer vorher stattfindenden On-Demand-Video-Aufklärung der Patienten ermöglicht den Ärzten, mehr Zeit in direkt monetär zielführende Prozeduren zu investieren. Berechnungen für ein Krankenhaus der Regelversorgung mit etwa 10.000 OP/Jahr (=20.000 Aufklärungen/Jahr) ergeben, dass sich bei einer Zeitersparnis von fünf Minuten pro Patient und Aufklärung, ein Ersparnis von etwa 1.670 Arztstunden/Jahr ergeben.

Alle Inhalte der Infotainmentlösungen werden individuell auf das Krankenhaus oder die jeweilige Gesundheitseinrichtung abgestimmt.

Es gilt das „Rundum-Sorglos-Prinzip“ – der Kunde wünscht und *VisioMed* erfüllt.

Zielgruppe

Primär sind Gesundheitseinrichtungen, genauer Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und MVZ bundesweit angesprochen.

Sukzessive soll der Zielkundenkreis aber auf andere Bereiche, wie Senioren- und Pflegeheime sowie ambulante Stationen wie Apotheken ausgedehnt werden.

Zielmarkt

Marketing in Form von digitalen Informationssystemen als Teilbereich des e-Health-Marktes zählt zu den am rasantesten wachsenden Wirtschaftszweigen in Deutschland. Lagen die Gesamtausgaben für e-Health vor einigen Jahren noch um etwa 200 Millionen Euro, so sind es inzwischen deutlich über eine Milliarde Euro. Dieser Trend spiegelt sich auch in den Gesundheitseinrichtungen wieder. Immer mehr Ärzte geben an, künftig mehr in Werbemaßnahmen zu investieren.

Berechnungen auf Grundlage der Anzahl von Gesundheitseinrichtungen ergeben ein Gesamtumsatzpotenzial von mehr als 50 Millionen Euro.

Geschäftsziele

Langfristiges Ziel von VisioMed ist, mit seinem Produktportfolio die bundesweite Marktführerschaft im Health-Infotainment Bereich zu übernehmen. Das Geschäft ist auf kontinuierliches Wachstum ausgerichtet. Ziel ist es, 2013 die Gewinnschwelle zu passieren und 2015 mit mehr als 220 Kunden eine Durchdringung von fünf Prozent des Gesamtpotenzials zu erreichen. Die Personalstruktur soll sich proportional zur Anzahl der Kunden nachhaltig entwickeln.

Risiken

VisioMed muss sich gegenüber bereits bundesweit agierenden Wettbewerbern behaupten und in den unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen etablieren. *VisioMed* und sein Portfolio überregional

bekannt zu machen, geht mit der erschwerten Kundenaquise aufgrund bereits etablierter Mitanbieter am Markt einher, und ist eine weitere Herausforderung für das junge Unternehmen.

Chancen

Das Geschäftskonzept verspricht deshalb Erfolg, weil sich *VisioMed* in einem Markt mit enormem Wachstumspotenzial bewegt. Viele Leistungserbringer im Gesundheitssystem erkennen inzwischen die Bedeutung von Marketingstrategien und sind bereit, eigens dafür ein Werbebudget einzurichten. Zudem verlangen die demografische Entwicklung und das steigende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung adäquate Lösungen wie das Patienteninfotainment, um dem Anspruch nach umfassender Information und Transparenz gerecht zu werden.

Auf dem Gebiet des Dienstleistungsmarketings sind Kundennähe und Servicequalität essenzielle Erfolgsfaktoren. *VisioMed* kombiniert eine individuelle, auf Kundenbedürfnisse ausgerichtete Konzeption mit einem Höchstmaß an Service.

Unternehmenskonzept & Geschäftsmodell

Firmenprofil

Die ***VisioMed Med. Produktions GmbH*** in Melsungen ist Anbieter von digitalen Patienteninformationssystemen für Gesundheitseinrichtungen und bietet Individuallösungen für Wartebereiche, Aufenthaltsräume und Patientenzimmer.

Leistungsinhalte

VisioMed bietet die individuell abgestimmten Infotainmentlösungen in Form verschiedener Leistungspakete an.



Abbildung 1: Leistungspakete von VisioMed

Die Produktserie *Wartezimmerwelt* beinhaltet eine Fernsehprogrammsschleife mit Kurzbeiträgen, die den Patienten über das Tagesgeschehen, Behandlungsabläufe und die betreuenden Teams des jeweiligen Bereichs im Krankenhaus informiert.

Interaktive Terminals, die sogenannten MedTerminals, bieten den Patienten im zweiten Leistungspaket individuelle Detailinformationen zu verschiedenen Erkrankungen.

Das dritte Leistungspaket umfasst das Krankenhaus-TV. Dieses ist standardmäßig in allen Krankenzimmern eingerichtet und informiert über das Krankenhaus, die einzelnen medizinischen Abteilungen und die Mitarbeiter.

Ein weiteres Leistungsangebot umfasst die Unterstützung ärztlicher Risikoaufklärungen mithilfe patientenindividueller Video/3D-Aufklärungsfilm und portablen Infotainment-Systemen.

Von den Leistungspaketen der VisioMed profitieren alle Beteiligten, denn sie können die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitseinrichtungen nachhaltig optimieren. Darüber hinaus bieten sie eine Plattform zur Kommunikation von wichtigen Informationen, was auf der einen Seite die Möglichkeit erweitert, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient weiter zu intensivieren und auf der anderen Seite mit einer immensen Zeitersparnis verbunden ist, wenn der Patient bereits mit allgemeinen Informationen ausgestattet dem Arzt gegenübertritt.

Software

Infotainment lautet das Schlagwort für das komplette Portfolio von *VisioMed*, das auf vier verschiedenen Informationssäulen aufbaut. Die Patienten werden über das Tagesgeschehen und die Abläufe im Krankenhaus oder der Einrichtung informiert sowie mit kurzen Beiträgen zu anstehenden Eingriffen und Operationen aufgeklärt. Zudem werden den Patienten Verwaltungsabläufe gespart und medizinische Hintergründe in verständlicher Weise dargestellt.

Themenbeiträge werden vom *VisioMed*-Fachpersonal individuell auf die jeweiligen Einrichtungen abgestimmt beziehungsweise völlig neu konzipiert. Die Lizenzen/Rechte der Videoproduktionen liegen komplett beim Kunden.

Sämtliche Informations- und Fachbeiträge werden als Film oder 3D-Animation erstellt. Auf diese Weise werden dem Patienten die angebotenen Leistungen anschaulich und verständlich kommuniziert. Für die Integration der verschiedenen Inhalte sorgt ein Content-Management-System. Hierüber werden alle Inhalte miteinander verknüpft und ständig aktualisiert.

Hardware

Um die Leistungen von *VisioMed* auch angemessen in Szene zu setzen, bietet das Unternehmen ein Kompletthardwarepaket an. Darin enthalten sind ein High-End-LCD-TV und eine platzsparende, flüsterleise Rechereinheit, auf der die Software installiert wird. Ideal auf jede Gesundheitseinrichtung zugeschnitten, verfügt das Produktportfolio über LCD-Geräte in allen Größenordnungen. Es kann jedoch auch auf eigene, bereits bestehende Infrastruktur zurückgegriffen werden. In diesem Fall liefert *VisioMed* nur die Software und steht mit seinen Serviceleistungen zur Verfügung.

Für den Bereich VisioMed: Patientenaufklärung bieten wir die Möglichkeit, portable iPad einzusetzen. Nach einfacher Auswahl der patientenindividuellen Aufklärungen (Narkose, OP) durch das Stationspersonal bekommt der Patient eine spezifische, auf ihn zugeschnittene Video-/3D-Aufklärung

präsentiert. Dank der tragbaren Geräte reicht die Vorhaltung weniger/ einzelner Geräte pro Station aus.

Service

Kundennähe und Flexibilität werden bei uns großgeschrieben. Die Inhalte zu den einzelnen Beiträgen werden in Kooperation mit unseren Kunden festgelegt und entwickelt. Es ist jederzeit möglich neue Inhalte zu produzieren und das bestehende Leistungsportfolio anzupassen. Der Kunde zahlt die Erstellung der Beiträge und erhält alle Rechte.

Von der Auftragsbestätigung an übernimmt *VisioMed* den Hardwareeinkauf, die Installation und Einrichtung vor Ort sowie den fortwährenden technischen Support.

Die Vorteile von *VisioMed* auf einen Blick

- Einrichtungsindividuell abgestimmte Inhalte
- „Rundum-Sorglos-Service“ – Installation, Betreuung, Reparatur
- Für jede Gesundheitseinrichtung das richtige Konzept

Unternehmensstruktur & Leistungserstellung

Unternehmen

VisioMed Med. Produktions GmbH soll als GmbH gegründet und am 1. Januar 2011 in das Handelsregister in Melsungen eingetragen werden. Zeitgleich erfolgt auch die Anmeldung des Gewerbes beim zuständigen Gewerbeamt.

Unternehmensmission & Unternehmensvision

Grundstein für die Launch ist die Entwicklung der verschiedenen Software als Kernstück des Unternehmenskonzepts von *VisioMed*. Während der Entwicklungsphase kann bereits mit dem Marketing begonnen werden, um zeitnah über einen Kundenstamm zu verfügen. Dabei setzt *VisioMed* auf einen professionellen Internetauftritt, Präsenz auf Fachmessen und Kongressen wie zum Beispiel Medica oder Rhein-Main-Zukunftskongress, Werbung in Bibliomed eigenen Fachzeitschriften und individuelle Beratungsgespräche.

Primär sind Krankenhäuser aller Größen im näheren Umkreis (zum Beispiel in Kassel) angesprochen. Sukzessive wird der Zielkundenkreis bundesweit und auf andere Bereiche wie Rehabilitationseinrichtungen, Senioren- und Pflegeheime sowie ambulante Stationen wie Apotheken ausgedehnt.

Zeitgleich zur Softwareentwicklung werden alle Leistungspakete in einem Pilotprojekt in drei Einrichtungen getestet, bevor es in Marktreife angeboten werden kann. Nach erfolgreicher Etablierung erfolgt die sukzessive Ausweitung.

- Marktführerschaft im Bereich der Patienteninformationssysteme in Deutschland
- Sukzessive Akquise von Neukunden, ausgehend von 0,5 Prozent aller potenziellen Kunden im Jahr 2011 bis 7,5 Prozent im Jahr 2015
- Jährliche Umsatzsteigerung im hohen zweistelligen Bereich zur Erreichung des Zielumsatzes in 2015 von 2.700.000 Euro
- Langfristige Kundenbindung durch guten Service zu gewährleisten
- Kerngeschäft der Patienteninformationssysteme soweit festigen, dass eine Erweiterung des Produktportfolios erwägt, werden kann.

Realisierungsplan

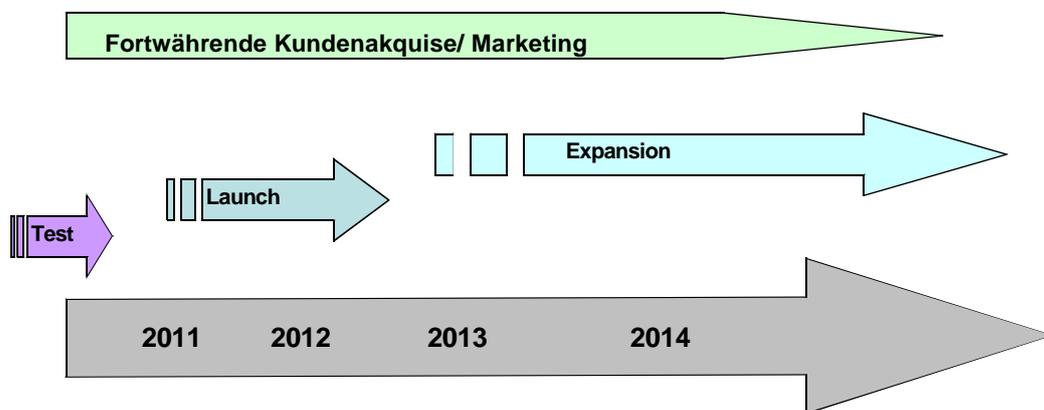


Abbildung 2: Realisierungsplan

Aufbauorganisation

Geführt wird das Unternehmen von den beiden Gründerinnen, die über die notwendigen kaufmännisch-betriebswirtschaftlichen Kenntnisse dank des Mentoringprogramms 2010 der B.Braun-Stiftung verfügen, wobei während des ersten Jahres die Position der Geschäftsführung einfach besetzt wird.

Das Unternehmen setzt sich zusammen aus den Abteilungen Technik und Support, Programmierdienst und Filmabteilung. Beschäftigt werden zu Anfang je ein bis zwei Mitarbeiter pro Sparte. Für die jeweiligen Stellen werden entsprechende Qualifikationen verlangt. Geplant ist, nach erfolgreicher Expansion weitere Mitarbeiter einzustellen oder mit freien Mitarbeitern zu arbeiten.

Unternehmerteam/ Aufbauorganisation

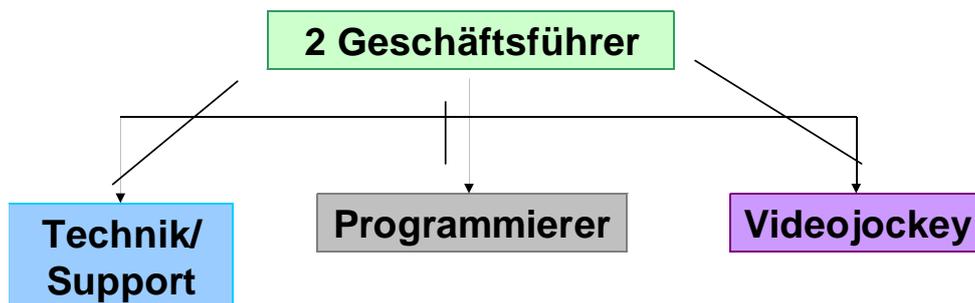


Abbildung 3: Aufbauorganisation VisioMed

Ablauforganisation

Die Programmierer sind zuständig für die Entwicklungsarbeit der einzelnen Leistungspakete sowie den Internetauftritt. Die Abteilung Technik und Support sind zuständig für den Hardwareeinkauf sowie die Installationsarbeiten vor Ort. Die Videojockeys sind zuständig für die Erstellung der Imagefilme beim Kunden. Die Geschäftsleitung arbeitet inhaltlich-konzeptionell, das heißt, sie erfasst die Wünsche der Auftraggeber im Kundengespräch, recherchiert Inhalte und übergibt Textvorgaben an die IT-Abteilung. Des Weiteren obliegen der Geschäftsleitung die strategische Ausrichtung und Positionierung des Unternehmens am Markt sowie die Aufgabenbereiche Controlling, Buchführung und Marketing.

Standortwahl

Als Tochterunternehmen von Bibliomed ist der Unternehmensstandort von *VisioMed* auch Melsungen. Die dortigen Voraussetzungen passen ideal zu den von *VisioMed* gestellten Anforderungen. Auch die Räumlichkeiten können in einem der angrenzenden Gebäudekomplexe angemietet werden.

Personalplanung

Um die Unternehmensziele erreichen zu können, wird ein nachhaltiges Wachstum des Mitarbeiterstamms angestrebt. Für die erste Planungsperiode (2011-2012) kalkuliert *VisioMed* mit fünf Vollzeitkraftäquivalenten. Mit Ausweitung des Kundenkreises und Erweiterung der Produktpalette soll die Mitarbeiterschaft kontinuierlich anwachsen.

Die an das Personal gerichteten Qualifikationen sind im Stellenprofil niedergelegt. Ebenso wie eine Detailbeschreibung der Tätigkeitsschwerpunkte.

	2011	2012	2013	2014	2015
Entwicklung	2	2	3	3	4
Verkauf & Marketing	1	2	2	3	3
Administration	1	2	2	2	2
Personal Gesamt	4	6	7	8	10

Tabelle 1: Zusammenfassung Personal & Funktion

Kosten

Entsprechend den branchenüblichen Gehältern verteilen sich die Personalkosten für die Mitarbeiter wie folgt:

	Geschäfts- führer	Techniker /Programmierer	Marketing	Videojockey
Monatliches Bruttogehalt inkl. Lohnnebenkosten	6.000	3500	3500	3000

Tabelle 2: Personalkosten

	2011	2012	2013	2014	2015
Fixkosten Gesamt	232.000	340.000	387.000	447.000	488.000
- Personalkosten	198.000	306.000	348.000	396.000	432.000
- Miete inkl. NK	24.000	24.000	24.000	36.000	36.000
- Geschäftswagen	10.000	10.000	15.000	15.000	20.000
Variable Kosten	59.000	111.000	166.000	228.000	258.000
- Hardware	35.000	75.000	125.000	175.000	200.000
- Software	6.000	6.000	9.000	9.000	12.000
- Reisekosten	12.000	24.000	24.000	36.000	36.000
- Sonstiges	6.000	6.000	8.000	8.000	10.000
Gesamtkosten	291.000	451.000	553.000	673.000	746.000

Tabelle 3: Zusammenfassung Kosten

Zielmarkt

VisioMed betritt mit seinen Infotainmentlösungen den Wachstumsmarkt Gesundheit. Durch die politischen Rahmenbedingungen erhöhen sich der Kostendruck und der Wettbewerb verschärft sich kontinuierlich. Schon über Jahre hinweg ist in der Gesundheitswirtschaft ein stetiges Wachstum zu beobachten. Zielmarkt ist Deutschland, wobei in den Folgejahren eine Expansion in angrenzende deutschsprachige Länder als Marktenwicklung geplant ist.

Ein immer größer werdender Anteil von Gesundheitseinrichtungen hat ein eigenes Budget für Marketing definiert. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass künftig mehr Geld ins Marketing fließen wird. Dieser Trend bestätigt, dass sich *VisioMed* mit seinen Produkten auf einen Markt mit großem Nachfragepotenzial bewegt.

Marktpositionierung

VisioMed unterscheidet sich in seinem Portfolio von seinen Wettbewerbern in der Individualität und im Service. Mit einem Höchstmaß an Mitbestimmung durch den Kunden, erhält jede Einrichtung ein Einzelprodukt mit dem sich die Mitarbeiterteams identifizieren können.

Marketing & Vertrieb

Produkt

Das Produktportfolio von *VisioMed* wird in Gesundheitseinrichtungen, vorrangig in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und MVZ etabliert. Schrittweise soll der Zielkundenkreis auf andere Bereiche wie Senioren- und Pflegewohnheime sowie ambulante Einrichtungen wie Apotheken ausgeweitet.

Angestrebte Kooperation mit regionalen Kliniken in der Umgebung von Melsungen schaffen Referenzkrankenhäuser für *VisioMed*, welche ein anschließendes überregionales Marketing von *VisioMed* erleichtern. Gleichzeitig sollen mit diesen Häusern technologische Kooperationen vereinbart werden, die zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Produkte beitragen.

Preisstruktur

Der Preis eines angebotenen Paketes liegt bei 5.000 Euro. Bei Abnahme mehrerer Produkte werden Preisnachlässe im einstelligen Prozent-Bereich gewährleistet.

	EUR
1 Paket	5000
2 Paket	9500
3 Paket	14000
&Med-Terminal	18000

Tabelle 4: Preisstruktur

Geschäftsentwicklung

Ausgehend von einer kontinuierlichen Entwicklung des Kundenstamms mit attraktiven Angeboten und einem erfolgreichen Marketing gehen wir davon aus, bis zum Jahr 2015 etwa fünf Prozent aller angestrebten Gesundheitseinrichtungen erreicht zu haben.

Jahr	Anteil	KH	Reha	MVZ
		2083	1239	1200
2011	0,50%	10	6	6
2012	1,00%	21	12	12
2013	2,00%	42	25	24
2014	3,50%	73	43	42
2015	5,00%	104	62	60

Tabelle 5: Geschäftsentwicklung

Bezüglich der Angebotsstruktur glauben wir, dass 45 Prozent der Kunden ein Paket abonnieren, jeweils 30 Prozent zwei Pakete, 15 Prozent drei Pakete und zehn Prozent sogar mehr in Anspruch nehmen.

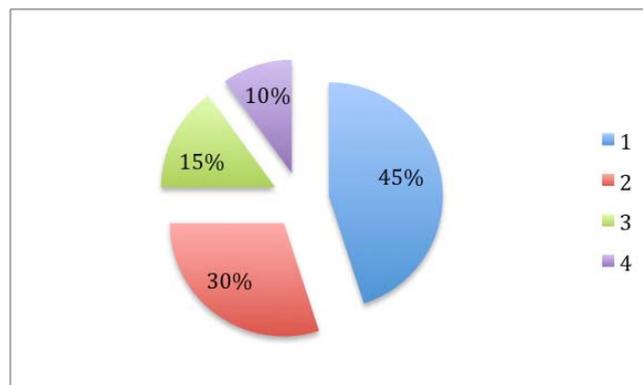


Abbildung 4: Paket-Abonnements

Vor diesem Hintergrund würde 2013 mit 177.000 Euro Gewinn der Break-Even erreicht werden. 2015 ergibt sich ein positives EBIT von rund einer Million Euro.

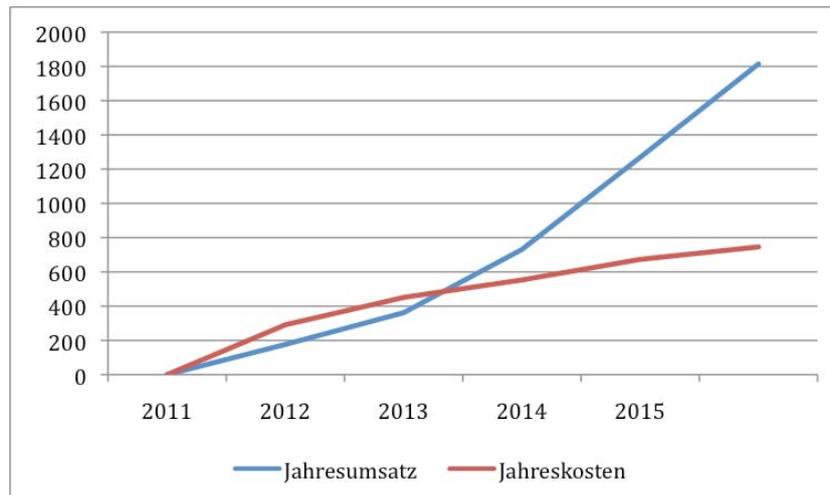


Tabelle 6: Szenario Umsatz-/Kosten Entwicklung

Leistungspaket 1	Leistungspaket 2	Leistungspaket 3	Leistungspaket 4
Wartezimmerwelt	MedTerminals	Krankenhaus TV	Aufklärungs-TV
Hardware	Hardware	Hardware	Hardware
LCD-TV	Terminal	LCD-TV	LCD-TV
		Mini-Fernseher für Patientenbett	IPads
Software	Software	Software	Software
Kurzbeiträge/ Präsentationen	3-D-Animationen	Filmsequenzen	Filmsequenzen
Service	Service	Service	Service
Abstimmen der Beiträge mit den jeweiligen Einrichtung, Entwurf der individuellen Präsentation	Abstimmen der 3-D-Animation mit den jeweiligen Einrichtung, Entwurf der individuellen 3-D-Animation	Abstimmen der Filmsequenzen mit den jeweiligen Einrichtung,	Abstimmen der Filmsequenzen mit den jeweiligen Einrichtung,
Montage- und Einrichtungsservice Garantie	Montage- und Einrichtungsservice Garantie	Montage- und Einrichtungsservice Garantie	Montage- und Einrichtungsservice Garantie
technischer Vor-Ort-Service	technischer Vor-Ort-Service	technischer Vor-Ort-Service	technischer Vor-Ort-Service
regelmäßige Software Updates	regelmäßige Software Updates	regelmäßige Film- Updates	regelmäßige Film- Updates

Tabelle 7: Beschreibung Leistungspakete

Business-Plan

**Zentrales Einkaufsmodell für
Altenpflegeheime**

Mentoring-Jahrgang 2010

Jenny Müller
Kerstin Bachmann
Markus Flentje
Reza Safaie

Inhaltsverzeichnis

1	Geschäftsidee.....	55
2	Markt und Wettbewerb	56
	2.1 Marktentwicklung.....	56
	2.2 Kundenstruktur	58
	2.3 Angebot	59
	2.4 Wettbewerber	59
3	Marketing und Vertrieb	60
	3.1 Distribution	60
	3.2 Kommunikation.....	60
	3.3 Markteintrittsstrategie	61
	3.4 Preisgestaltung.....	61
4	Chancen und Risiken	62

1 Geschäftsidee

Die Geschäftsidee besteht darin, für Deutschlands führende Einkaufsdienstleistungs-gesellschaft ein wachstumsstarkes Geschäftsfeld weiterzuentwickeln. Dabei handelt es sich um die Implementierung eines zentralen Einkaufsmodells für Altenpflegeheime.

Verbunden mit dem zentralen Einkauf sollen die Kosten der Altenpflegeheime minimiert und angebotene Serviceleistungen erhöht werden. Die Teilnahme an dem zentralen Einkaufsmodell verschafft den Altenpflegeheimen, aufgrund der größeren Marktmacht des zentralen Einkaufs, bessere Konditionen sowie geringere Kosten im Bereich der Lagerhaltung und des Personalaufwandes. Darüber hinaus wird der Zugang zu innovativen Produkten verbessert und aufgrund von Artikelstandardisierungen kann die Wirtschaftlichkeit verbessert werden.

Bereits jetzt bietet die Firma rund 570 Vertragseinrichtungen im Akut- und Pflegebereich professionelle Einkaufsdienstleistung für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter, kranken-hauseigene Vollapotheke, medizinische Investitionsgüter, Laborbedarf und andere Bereiche an.

Die Zielgruppe besteht aus zugelassenen Pflege-, Alten-, Altenwohn- und Behindertenheime. Insgesamt existieren in Deutschland 11.029 Pflegeheime, im Sektor der Altenpflege befinden sich weitere 10.424 Einrichtungen. Davon sind rund 50% in freigemeinnütziger Trägerschaft, rund 7% sind öffentlich und die verbleibenden Prozent sind privat. Der Anteil der privaten Heime steigt. So wie auch die Zahl der Pflegeplätze steigt. In dem Zeitraum von 2001 bis 2007 konnte eine Zunahme von 12% auf 800.000 Pflegeplätzen realisiert werden. Es wird von einem Einkaufsvolumen auf dem Pflegeheimmarkt von 1 Milliarde Euro ausgegangen.

Die Einkaufsdienstleistungsgesellschaft arbeitet aktuell mit 97 Altenheimen zusammen. Diese verfügen bei insgesamt 8.922 Plätzen über einen Umsatz von 12,6 Mio. Euro. Dies entspricht einem Marktanteil von etwa 1,3%.

Man kann also sagen, dass ein Markteinstieg schon gegeben ist. Strategisch wichtige Lieferanten sind gewonnen, die sich zu einer Zusammenarbeit im Bereich Altenheime bereit erklärten und ihr bisher verhandeltes Sortiment zur Verfügung stellen.

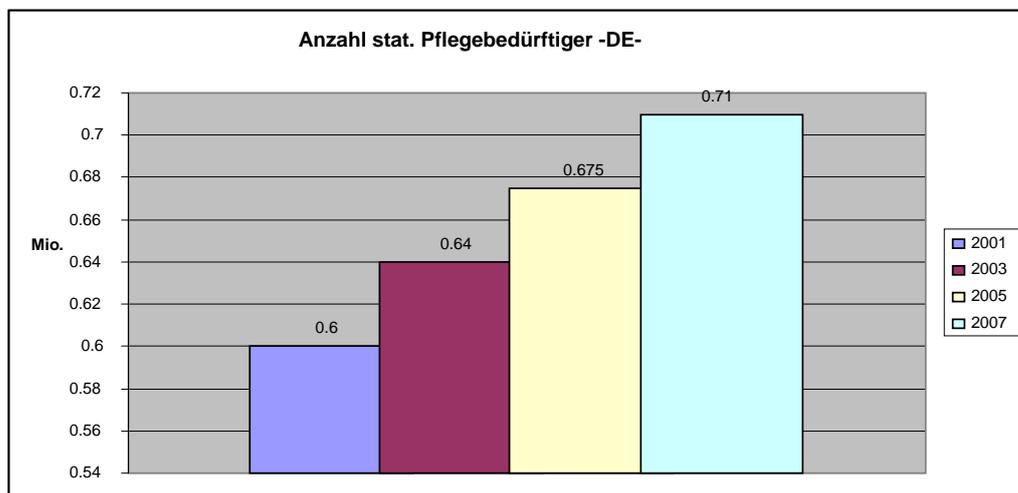
Aufgrund dieser speziellen Ausgangssituation können niedrigere Preise bei gängigen Produkten (rund 7%-10%) im Vergleich zum Marktpreis angeboten werden. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende Einkaufserfahrung und gewachsene Lieferantenbeziehungen. Beides wird von der Einkaufsdienstleistungsgesellschaft gewährleistet, da aus der Erfahrung von 17 Jahren am Markt profitiert werden kann und aktuell ein Einkaufsvolumen von mehr als 800 Mio. Euro verhandelt wird.

2 Markt und Wettbewerb

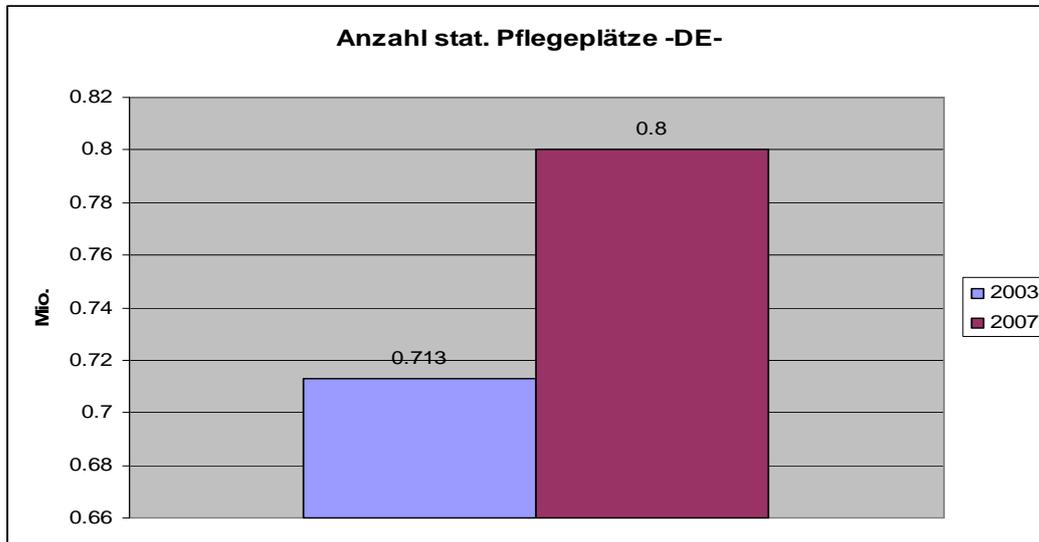
2.1 Marktentwicklung

Die allgemeine Marktentwicklung in der stationären Pflege ist von einer kontinuierlichen Expansion gekennzeichnet. Dies belegen die auch Zahlen vom statistischen Bundesamt.

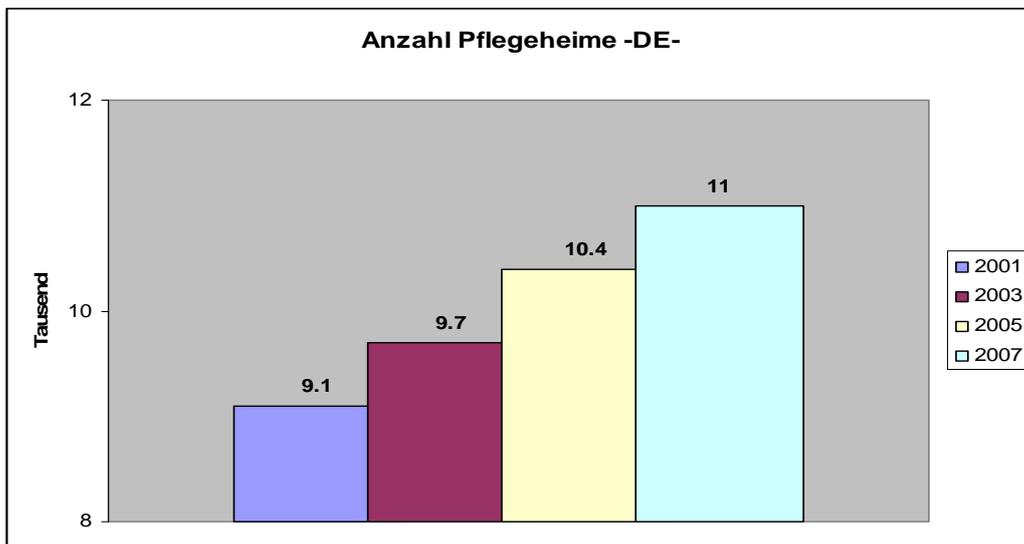
So stiegen die Zahlen der stationär Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2001 mit knapp 600.000 auf knapp 710.000 im Jahre 2007 (+18%).



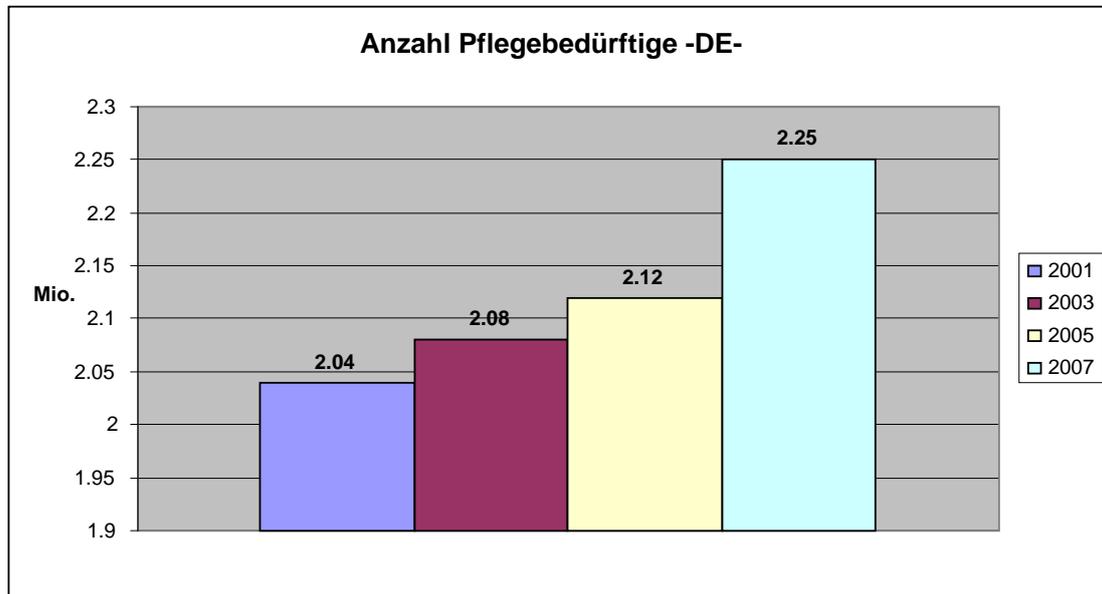
Parallel dazu stieg auch die Zahl der verfügbaren stationären Pflegeplätzen von etwa 713.000 auf knapp 800.000 (+12%).



Die Zunahme der Pflegeplätze wurde gewährleistet durch Erweiterung der Anzahl an Pflegeheime. So stieg im Zeitraum von 2001 auf 2007 die Zahl der Pflegeheime von 9.100 auf 11.000 an (+20%).



Grundlage dieser stetigen Entwicklung ist insgesamt der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen Menschen in Deutschland von etwa 2,04 Millionen auf 2,25 (+10%) im Zeitraum von 2001 bis 2007.



Aufgrund der soziodemografischen Entwicklungen wird die Nachfrage nach stationärer Pflege auch künftig zunehmen. Die Planungsverantwortung wird zunehmend von der Landes- auf die Kommunalebene übertragen, also dezentralisiert und dort angesiedelt, wo die Pflege auch stattfindet. An die Stelle traditioneller Bedarfsplanung treten zunehmend Marktbeobachtung (z.B. in Brandenburg und Nordrhein-Westfalen) und trägerunabhängige Beratungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (z.B. Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein).

Die Anbieter von stationärer Pflege müssen damit rechnen, dass der Kosten- und Leistungsdruck weiter zunimmt und sollten dementsprechend auf die betriebswirtschaftlichen Herausforderungen mit effektiven und effizienten Marketing-, Controlling- und Qualitätsmanagementkonzepten reagieren.

2.2 Kundenstruktur

Es sind zwei Formen der Trägerschaft zu unterscheiden. Auf der einen Seite gibt es vereinzelte Unternehmen, die über bestimmte Anzahl von Heimen verfügen, z.B. Bremer Heimverbund, Augustiner, Marseille-Kliniken AG. Die Marseille-Kliniken AG machen mit 58 Einrichtungen, zusammen 7.750 Betten, einen Jahresumsatz von 180,6 Mio. Euro (08/09).

Auf der anderen Seite noch die Wohlfahrtsverbände, wie z.B. AWO, Caritas, Diakonie oder Malteser. Unter den bekannten Oberbegriffen agieren eigenständige Wirtschaftsunternehmen, die auch rechtlich selbstständig sind. Z. Bsp. AWO Magdeburg. Der Kreisverband hat ein Heim, der Landesverband zwei, die AWO gGmbH hat eins.

Insgesamt ist der Markt wenig organisiert und sehr atomisiert. Dementsprechend besteht eine sehr geringe Nachfragemacht mit erheblichen Einkaufsnachteilen für die vielen selbstständigen Heime gegenüber den wenigen, großen Trägern auf der Kostenseite.

Der Einkauf ist wenig professionalisiert und wird überwiegend von der Heimleitung abgewickelt.

2.3 Angebot

Die Sortimente werden unterschiedlich vergütet. Ein Teil wird voll von den Kostenträgern kameralistisch direkt oder über Pauschalen erstattet, ein anderer Teil muss aus den Pflegeentgelten aufgebracht werden.

- Sondennahrung, hochkalorische Nahrung – enterale Ernährung
- Inkontinenzartikel, Bettunterlagen, Netzhosen - Inko
- Desinfektion
- Reinigungsmittel werden grds. von Reinigungsfirmen erstellt, Reinigungsmittel laut Desinfektionsplan werden bei der Vergabe gefordert
- Hauswirtschaftsbedarf über Großhändler
- Lebensmittel, üblicherweise auch bei Großhändlern bezogen

Investitionsgüter (Betten, Möbel) über beschränkte Ausschreibungen, bzw. Hauslieferanten, wg. einheitlichem Erscheinungsbild.

Sanitätsbedarf wird über den örtlichen Sanitätshandel auf Rezept geordert:

Rollstühle, Rollatoren, Antidekubitusmatratzen, Gehstöcke, Bettpfannen, Urinenten, Sonden-pumpen, Medikamentenbecher, Sauerstoffgeräte, Absauggeräte, destilliertes Wasser, Tupfer, Injektionsnadeln, Blutzuckergeräte inkl. Teststreifen, Blutdruckgeräte, Fiebert-hermometer, Spatel, Lemonsticks, Igelbälle, Galgen, Schutzkleidung bei MRSH oder Hepatitis, Mundschutz – finanziert über Krankenkassenleistung und wird verordnet. Wird also von der Krankenkasse bezahlt bis auf den gesetzlichen Eigenanteil.

2.4 Wettbewerber

Auf dem aktuellen Markt gibt es drei große, ernst zu nehmende Wettbewerber: **Prosum GmbH**, bundesweit tätiges Unternehmen, das 1.800 Heimbetriebe betreut. Zu Prosum besteht bereits Kontakt und somit vielleicht eine Zusammenarbeit möglich wird. **P.E.G eg**, bundesweit tätiges Unternehmen, das ca. 1.500 Einrichtungen mit 275.000 Akut- und Pflegebetten betreut. Es handelt sich damit um einen Wettbewerber aus dem Klinikmarkt, der der Firma bereits gut vertraut ist und gegenüber dem die Firma, aufgrund der vorhandenen Expertise, sehr gut aufgestellt ist. Bei dem dritten Wettbewerber handelt es sich um **ABG**, dieser Wettbewerber verfügt aufgrund seiner Entstehungsgeschichte, aus der evangelischen Heimstiftung GmbH, einen sehr engen Kontakt zu Altenheimen. ABG ist jedoch vorallem regional vor allem in Süddeutschland tätig, es handelt sich um einen Tochtergesellschaft der evangelischen Heimstiftung GmbH, die 6.050 Betten in 67 Alten- und Pflegeeinrichtungen betreut.

Das Profil weiterer Wettbewerber:

BEGECA GmbH, Aachen: 1968 aus der ehemaligen Einkaufsabteilung MISEREORs als eigenständige GmbH gegründet, dass ausschließlich für nicht kommerzielle Einrichtungen tätig ist. Mischunternehmen (nicht spezialisiert auf Pflegeeinrichtungen) mit ca. 12 Mio. € Umsatz.

WIBU Gruppe, Ahrensburg: Bundesweit tätige Gruppe, die 10000 Kunden in Alten und Pflegeheimen betreut.

EGiS mbH, Hagenburg: Die Einkaufsgesellschaft im Sozialwesen mbH betreut ca. 2000 Betten in Pflegeeinrichtungen Bundesweit.

bpa-servicegesellschaft, Bonn: Die Servicegesellschaft mbH des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) wurde als 100-prozentige Tochter des bpa e.V. gegründet und betreut private Pflegedienstleister.

Wichtig zu beachten ist, dass Sanitätsbedarf der Altenheime von Sanitätshäusern aus der unmittelbaren Umgebung gedeckt werden. Grund dafür ist, dass die unmittelbare Nähe eine Verbundenheit und Serviceorientierung schafft, die den Altenheimen auch über spontane Engpässe hinweg hilft. Für diese Tatsache bestehen zwei Lösungsmöglichkeiten: Hinzunahme von Sanitätshäusern in unser Lieferantenspektrum oder eine sehr hohe Service-dichte unserer Anbieter von Sanitätsbedarf garantieren. Ebenfalls wichtig ist, dass viele Altenheime auch direkt von Krankenhäusern versorgt werden.

3 Marketing und Vertrieb

3.1 Distribution

In der Gesundheitsbranche ist ein enger persönlicher Kontakt für eine gute Geschäftsbeziehung unerlässlich. Daher wird die Zielgruppe, deutsche Altenheime, direkt angesprochen. Die bestehenden Kunden und die Krankenhäuser, die Kunden der Prospitalia sind, könnten dabei als Multiplikator wirken. Bisher bestehende Kontakte werden durch die Vertriebsmitarbeiter der Prospitalia aufrechterhalten und ausgebaut, um für das neue Unternehmen aus bestehenden Kundenbindungen zu profitieren.

3.2 Kommunikation

In der Anfangsphase werden zum Einen Anzeigen mit dem Ziel, werben und verkaufen, in entsprechenden Fachzeitschriften, wie z. B. „Altenheim“ geschaltet. Zum Anderen Interviews und Fachartikel veröffentlicht werden.

Folgende Werbemittel sollen verwendet werden:

- Anzeigen
- Internetauftritt

- Messeauftritte
- Direct Mail an bekannte Kunden, Referenzkunden, empfohlenen Kontakten

Folgende Elemente sollen das Interesse des Kunden wecken:

- Kostenersparnis (ca. 10%), das heißt für Kunden höher Gewinne aus den Pflegepauschalen bei gleich bleibender Qualität der Produkte und Serviceleistungen.
- Zeitersparnis, denn die Heimleitung kann den Durchlauf von verschiedenen Außendienstlern radikal reduzieren.
- Unsere UPS: Angebot eines kleinen MaWi-Systems, direkte Bestellung über Internet (dank Kooperation mit Sensano) und aktuelle Preisübersicht mittels AIS für Altenheime.

3.3 Markteintrittsstrategie

In der Anfangsphase müssen vermutlich drei Besuche und abschließend eine Schulung durchgeführt werden, bis ein Kunde bereit ist, einen Auftrag zu erteilen. Im Gesundheitswesen kann eine Dienstleistung erfahrungsgemäß nur über den persönlichen Kontakt vermittelt werden. Daher ist entscheidend, dass der Kunde bereit ist, Prospitalia einzuladen. Um diese Bereitschaft zu erzielen, sind folgenden Maßnahmen geplant:

1. Interesse bei Stammkunden (KH mit dazugehörigen Altenheimen) wecken, indem vorhandene Geschäftsbeziehungen genutzt werden:
 - Werben mit langjähriger Erfahrung und vorhandenem Lieferanten Portfolio
 - Besseren Preisen
 - Vereinfachter Aufwand im Einkauf
 - Mehrstufiges Mailing
2. Interesse bei potenziellen Neukunden wecken:
 - Internetauftritt, um Referenzen und Datenbank online anzuschauen und vorzuführen
 - Intensive Konzentration auf diejenigen Kunden, die bereits Interesse signalisierten

3.4 Preisgestaltung

Das Ziel ist es, die Einkaufsdienstleistung an die Altenheime zu vermarkten. Es soll für die Altenheime einfacher werden, bei standardisierten Einkaufsprozessen Geld und Aufwand zu sparen. Mithilfe der Prospitalia-Datenbank gelingt beides. Da allerdings den Krankenhäusern die Nutzung kostenlos möglich ist, und die Beziehungen zu den Krankenhäusern genutzt werden sollen, um Altenheime zu akquirieren, wird auch den Altenheimen keine Pauschale für die Nutzung abgerechnet. Finanziert wird diese Bereitstellung aus prozentualen Bonuszahlungen der Industrie, abhängig vom getätigten Umsatz über Prospitalia.

4 Chancen und Risiken

Der Markt „Pflege“ ist in Deutschland ein Wachstumsmarkt. Die Steigende Lebenserwartung und medizinische Versorgung auf hohem Niveau lassen auch in Zukunft immer mehr Menschen Artikel und Dienstleistungen benötigen, die speziell auf das letzte Lebensdrittel zugeschnitten sind. Gleichzeitig nimmt die Bedeutung der Großfamilie mit Versorgung der älteren Mitglieder ab, so dass auch der Bereich „Betreutes Wohnen“ und Pflegeheim wachsen wird. Im Sozialstaat „Deutschland“ ist die Versorgung für diesen Bevölkerungsanteil ein Teil des Gesellschaftlichen Systems. Die Kostenexplosion der letzten Jahre lässt den Versuch folgen, die Leistungen nach oben zu deckeln. Eine Einschränkung im Bereich der Grundversorgung ist aber sowohl politisch, als auch gesellschaftlich nicht durchzusetzen. Im Bereich der Deckelung übernimmt der „Kunde“ zunehmend selbst die Finanzierung.

Das Produkt „Zentraler Einkauf“ bietet für die Kunden bedeutsame Vorteile. Sie liegen in den besseren Preiskonditionen durch eine größere Marktmacht des Einkäufers. Lagerhaltung und Personalaufwand für die Heime sinkt, so dass bei einer pauschalen Vergütung für Verwaltungskosten der Gewinn optimiert werden kann. Probleme könnten sich dadurch ergeben, dass die größten Kosten in der Pflege durch die Personalkosten des Pflegepersonals entstehen. Dies verwundert nicht, da Pflege im weiten Bereich den Dienstleistungen zuzuordnen ist. Der Kunde wird daher bestrebt sein, unter wirtschaftlichen Druck zuerst diesen Sektor zu bearbeiten. Trotzdem kann der den Bereich Materialwirtschaft nicht umgehen. Als Gegenargument für den Kunden, sich einer zentralen Materialwirtschaft anzuschließen, kann seine regionale Verbundenheit mit Lieferanten zählen, die durch kurze Kommunikationswege eine guten flexiblen Service anbieten können. Hier besteht die Herausforderung die eigene Leistung mit einem engen Netz Dienstleister im Servicebereich zu verknüpfen. Hier wäre eine Kooperation mit den schon im Markt befindlichen Sanitätshäusern denkbar.

Der Marktanteil von derzeit 1,3 % ist nicht so groß, dass durch Marktmacht Preiskonditionen der Konkurrenz unterboten werden können. Allerdings liefern die bestehenden Geschäftsfelder der Firma die nötige Kompetenz, die Materialwirtschaft auch in dem Pflegebereich zu organisieren. Eine Wissensbeschaffung ist kaum notwendig, da sich die Produkte zum Krankenhauswesen ähneln. Auch die technische Infrastruktur benötigt nur eine Ausweitung der vorhandenen Struktur. Daher sind die Investitionskosten sowohl materieller als auch immaterieller Art als eher gering einzustufen. Auch keine langfristigen gebundenen Investitionskosten von Nöten. Bei Scheitern der Geschäftsidee können alle investierten Materialien im Kerngeschäft genutzt werden.

Als mögliche Prognose des Geschäftserfolges gelten folgende Annahmen:

Anzahl Heime derzeit: 9.500

Ziel 10% Marktanteil innerhalb 5 Jahre: 950

Entwicklung linear: 200p.a.

Einkaufsvolumen pro Heim: 130.000 Euro

Bonussatz: 2,5%

Szenario 1	Anzahl der Heime	Entwicklung EK Volumen	Entwicklung Bonus
Jahr 1	200	26.000.000	650.000
Jahr 2	400	52.000.000	1.300.000
Jahr 3	700	91.000.000	2.275.000
Jahr 4	1000	130.000.000	3.250.000
Jahr 5	1200	156.000.000	3.900.000

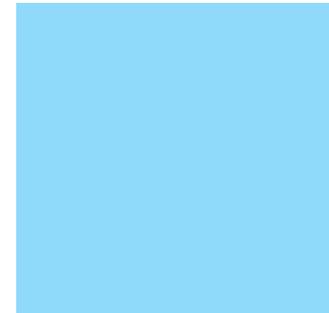
Szenario 2	Anzahl der Heime	Entwicklung EK Volumen	Entwicklung Bonus
Jahr 1	50	6.500.000	162.500
Jahr 2	150	19.500.000	487.500
Jahr 3	250	32.500.000	812.500
Jahr 4	400	52.000.000	1.300.000
Jahr 5	550	71.500.000	1.787.500



International Clinic for
Thyroid Surgery

Business Plan

Internationales Zentrum für
Schilddrüsenchirurgie



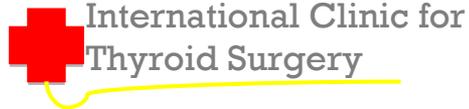
3. Mentoringprogramm der B. Braun Stiftung und der Stiftung Careum

Gruppe:
Christoph Arnold, Maria Huggenberger,
Urs Pfefferkorn, Katja Schlosser, Nicole Secker

B. BRAUN-STIFTUNG



24.05.2011

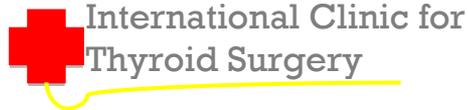


Geschäftsidee

- Zentrum für qualitativ hochwertige und schonende **Schild- und Nebenschilddrüsen-Chirurgie** an zentraler und attraktiver Lage in Europa (Basel)
 - Kauf des Spitals Dornach als kleines, teilsaniertes Spital
- **Zweck:** Vermeidung von kosmetisch störenden Operationsnarben und Verkürzung der Hospitalisationsdauer in angenehmen Ambiente
- **Zielgruppe:** internationale Patienten mit hohen Ansprüchen an die medizinische Behandlung und das Umfeld



Spezialisierung auf hohem Qualitätsniveau



Unternehmenskonzept

- **Rechtsform:** Gründung des Zentrums für Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie in Form einer Aktiengesellschaft (AG). Die Gründer halten die Mehrheit am Unternehmen.
- **Management:** dreiköpfiges Management; externer Aufsichtsrat; Gründerteam in beratender Funktion
- **Finanzierung:** Möglichkeit des Erwerbs von Beteiligungen der AG
- **Leistungen:**
 - Hochqualitative, minimalinvasive Schilddrüsen Chirurgie (modernste endokrinologische und bildgebende Verfahren)
 - Internationales Beratungszentrum
 - Integration von hauseigenen Hotelleistungen

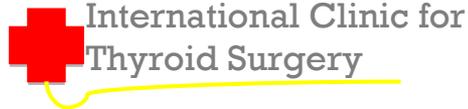
Schilddrüsenchirurgie

■ Konventioneller Schnitt :



■ Minimalinvasive Technik :





Marktanalyse

- Patientengut:
 - weiblich
 - jung
 - gesund
 - mobil
 - legen hohen Wert auf Qualität und Komfort
- In Deutschland pro Jahr ca. 75.000 Schilddrüsenoperationen (Europa ca. ½ Millionen Eingriffe pro Jahr)
- Verstärkte Internationalisierung des Gesundheitswesens



Hohe Nachfrageerwartung

Infrastruktur

■ Spital Dornach

- Aus politischen Gründen möchte es der Kanton als Eigentümer und Betreiber in den nächsten Jahren als Akutspital schließen
- Das angegliederte Alters- und Pflegeheim wird dabei weitergeführt oder sogar ausgebaut werden
- moderne Patientenzimmer mit 80 Betten und 3 kürzlich renovierte und dem neuesten Stand entsprechende Operationssälen
- Moderne Radiologie inkl. Computertomographie
- Verkehrsgünstige Lage vor den Toren Basels



Lage

■ Lage

- 10 Minuten von Basel
- 15 Minuten vom EuroAirport Basel/Mulhouse/Freiburg
- 60 Minuten vom Flughafen Zürich

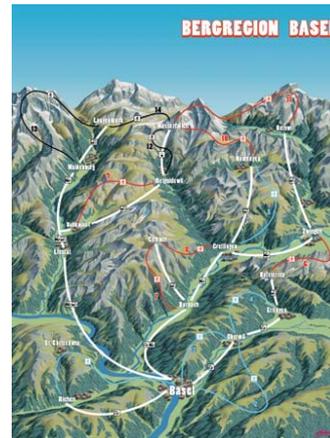
■ Hotels

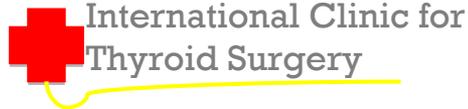
- Mehrere 4* und 5* Hotels

■ Freizeit Angebot

- Museen
- Natur

Basel 
Culture Unlimited.



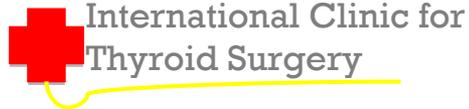


Organisation

- **Personalbedarf:**
 - Gründerteam: 2 spezialisierte Ärzte, 2 Betriebswirtschaftler, 1 Juristin
 - OP-Team: 2 OP-Kräfte, 1 Anästhesist
 - Verwaltung: 1 Verwaltungskraft, 1 Rezeptionskraft
 - Station: 1 Stationsleitung, 5 Pflegekräfte, 3 Servicekräfte
- Vollbesetzte Tagesschicht incl. OP-Team; minimalbesetzte Nachtschicht incl. Bereitschaftsdienst
- Zusätzliche **Personalanforderungen:** Sprachkenntnisse wegen internationalem Klientel, Serviceausbildung (ggf. Einstellung internationales Personal, sonst Schulungen), Spezialwissen (z.B. im Bereich Woundcare-Management)
- Optimierung des Personalbedarfs durch Implementierung von Workflow-Management

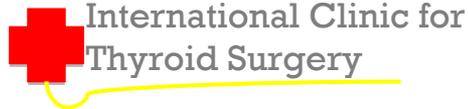
Corporate Identity - Marketing

- **Phase 1: Etablierung am Markt, Schaffung Corporate Identity**
 - Unternehmenslogo auf Arbeitskleidung, Schildern, Formularen, Briefpapier und Online-Auftritt (umfassende Informationen über die Angebote der ICTS)
 - Unternehmensfarben Rot und Gelb ziehen sich durch das Gebäude, auf den Stationen und im Verwaltungsgebäude
 - Einheitliche Unternehmensphilosophie: *Aegroti salus suprema lex.* - Das Wohl des Patienten ist höchstes Gesetz
 - Vermittlungen über Schulungen an MitarbeiterInnen
 - Werbepräsenz: zunächst dreisprachige Webpräsenz, Tag der offenen Tür, Informationsveranstaltungen (regional), Messeauftritte (regional), etc.



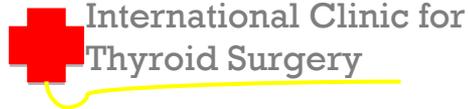
Corporate Identity - Marketing

- **Phase 2: Ausweitung auf internationale Ebene**
 - Teilnahme an internationalen Kongressen
 - Informationsveranstaltungen (international)
 - Vermehrte Werbeschaltungen
 - Aufbau kooperativer Netzwerke im Ausland (z.B. www.swisshealth.ch)
- Einheitliches Erscheinungsbild soll vermittelt werden in der Kommunikation nach außen und nach innen (Werbung im In- und Ausland in Fachzeitschriften, Öffentlichkeitsarbeit wie z.B. Auftritt auf Internationalen Fachmessen)



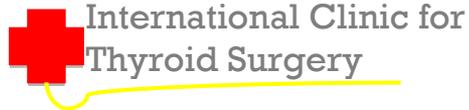
Finanzplanung

- Finanzierung von Aufbau und Betrieb des Zentrums für Schilddrüsenchirurgie zunächst durch Eigenkapital von interessierten Investoren in Höhe von 10,0 Mio. CHF.
- Die Gründer stellen für die Anfangsinvestition einen Betrag in Höhe von 5,5 Mio. CHF zur Verfügung.
- Ein Agio von 2% deckt die Kosten für die Einwerbung der Investoren und Planung.
- Finanzierung der Erweiterungsphase ab 2013 durch Fremdkapital; ab 2013 wird die Aufnahme von Bankdarlehen in Höhe von 2,0 Mio. CHF geplant.
- Bei Bedarf sind die Gründer in der Lage, zusätzliches Eigenkapital im Rahmen einer Kapitalerhöhung zur Verfügung zu stellen.



Finanzplanung

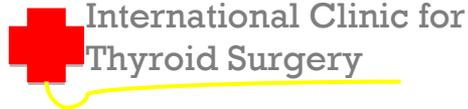
- Die Unternehmensplanung gliedert sich in drei Phasen:
 - Investitionsphase
 - Start-up-Phase
 - Erweiterungsphase
- In der Investitionsphase (2011) werden die Kosten für das Anwerben von Investoren und für die Planung durch das Agio in Höhe von 2% auf den Ausgabepreis der Aktien gedeckt.
- Im ersten Betriebsjahr (2012) entstehen aufgrund der noch geringen Auslastung Anfangsverluste. Im zweiten Betriebsjahr (2013) erwirtschaftet die Einrichtung bereits ein positives EBITDA, so dass die Anfangsverluste zum 31.12.2013 nahezu ausgeglichen sind.
- In der Erweiterungsphase (2014/2015) wird die Ertragskraft durch den Aufbau eines Hotels für Begleitpersonen sowie durch Zusatzangebote weiter gesteigert.
- Die stationären und ambulanten Erlöse können über den Planungszeitraum sukzessive bis zu einer über 90%igen Auslastung in 2014 gesteigert werden.



Finanzplanung

Projektphase	Investition	Start-up-Phase		Erweiterungsphase	
	2011	2012	2013	2014	2015
Erträge					
Agio aus Aktienaussgabe	200	0	0	0	0
Umsatzerlöse stationär	0	2.000	4.000	6.000	6.600
Umsatzerlöse ambulant	0	500	1.000	2.000	2.200
Umsatzerlöse Hotel	0	0	0	500	1.000
Umsatzerlöse Zusatz	0	0	0	500	1.000
Summe Erträge	200	2.500	5.000	9.000	10.800
Aufwendungen					
Einwerbung Investoren	100	0	0	0	0
Planung	100	0	0	0	0
Personalaufwand	0	3.200	3.264	3.729	3.804
Sachaufwand	0	375	750	1.275	1.470
Summe Aufwendungen	200	3.575	4.014	5.004	5.274
EBITDA	0	-1.075	986	3.996	5.526
Abschreibung	0	1.000	1.000	1.000	1.000
Zinsaufwand	0	0	0	100	100
Ergebnis	0	-2.075	-14	2.896	4.426

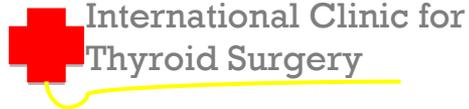
Angaben in TCHF



Realisierungsplan

Der Aufbau des Zentrums für Schilddrüsenchirurgie soll in drei Schritten erfolgen:

- 2011 **Investitionsphase:** Anwerbung von Investoren , Erwerb des Spitals, Renovierung einer Station (ca. 20 Betten) und der Verwaltungsbereiche, Einstellung und Schulung von Mitarbeitern
- 2012/13 **Start-up-Phase:** Geschäftstätigkeit wird sukzessive auf eine Auslastung von etwa 60% im Umfang von **20 stationären Betten** und zusätzlichen ambulanten Angeboten ausgedehnt; Ausweitung des Hotel- und Freizeitangebotes, Renovierung der letzten Stationen
- 2014/15 **Erweiterungsphase:** separates Hotel für Begleitpersonen und Zusatzangebote wie alternative Heilverfahren werden ergänzt. Die Auslastung des stationären und ambulanten Bereichs wird weiter auf über 90% gesteigert, 2er OP wird in Betrieb genommen



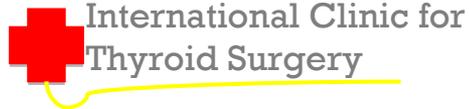
Chancen / Risiken

■ Chancen

- Besetzung einer Nische in der Patientenbehandlung
- Überregionale/internationale Anziehungskraft durch spezialisierte, qualitativ hochwertige Medizin und attraktive Lage
- Wachsendes Potenzial durch zunehmende Erkrankungen
- Zusätzliches Erlöspotenzial durch Hotel und Zusatzangebote (z.B. Freizeitangebote)

■ Risiken

- Höhe der Nachfrage, insbesondere in der Anlaufphase
- Anwerben von ausreichend Investoren
- Nachfrage nach Zusatzangeboten



Summary

Internationalität

Für international orientierte Patienten mit höchsten Ansprüchen ist die Schweiz die ideale Destination. Sie verbindet Spitzenmedizin mit Sensibilität und Kompetenz in Pflege und Nachbetreuung.

Modernste hochspezialisierte Medizin

Das ICTS verbindet eine qualitativ hochwertige und innovative medizinische Behandlung mit internationalem Flair im Hotel- Ambiente mit mehrsprachigem Personal. Im Spital selbst wird modernstes Kostenmanagement betrieben, es gibt ein internationales Beratungszentrum und eine multiprofessionelle Geschäftsführung.

Ambiente

Der Aufenthalt für die PatientInnen und ihre Angehörigen wird bestimmt von einer Atmosphäre der Ruhe und des Friedens, inmitten einer herrlichen, unberührten Natur.

Businessplan für die strategische Neuausrichtung eines Medizinisches Versorgungszentrums

Praxisbeispiel

3. Mentoringprogramm der B. Braun-Stiftung

Ellen Deckert, Christoph Hirschfeld, Antje Martin, Raphael Nguyen, Valeska Schachtner, Dr. Jan Stumpner
Wien, 06. November 2010

Ausgangslage und Zielsetzung

Ausgangslage

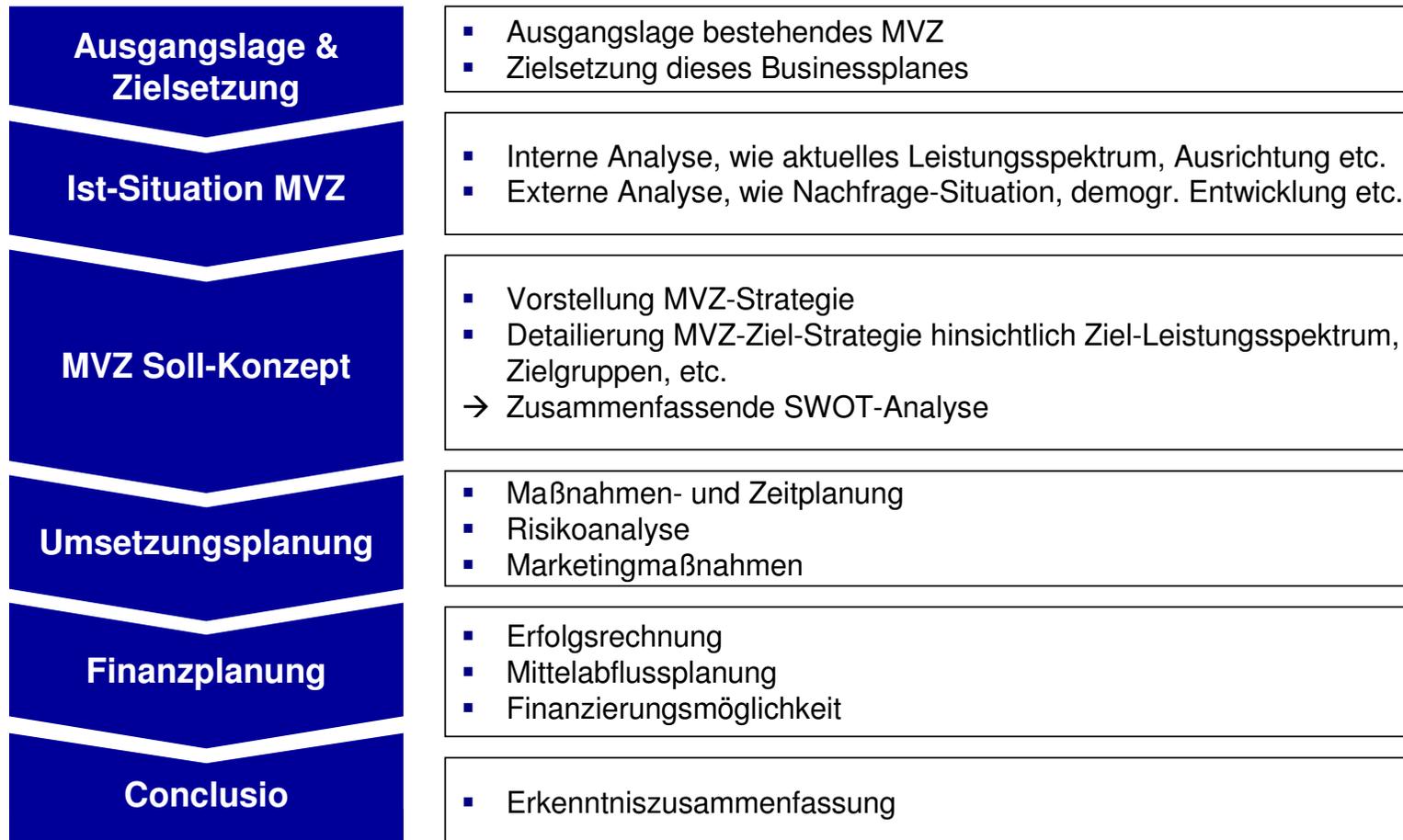
- Gründung des MVZ's in 2007 von einem Universitätsklinikum aus 2 Praxissitzen:
 - Hausarzt (Schwerpunkt Phlebologie/Sportmedizin)
 - Fachärztliche Internisten (Teilung in 75% in Allg.-Innere/Endokrinologie sowie in 25% Hämatookologie)
 - Internist für Allg.-Innere /Endokrinologie (gleichzeitig Ärztlicher Leiter) besitzt Röntgenzulassung
 - MVZ ist an Universitätsklinikum angebunden, welches Maximalversorger mit ca. 580 Planbetten ist
- **Sowohl Hausarzt als auch ärztlicher Leiter scheidet altersbedingt in 2010 aus; eine Nachfolge ist nicht geregelt!**

Zielsetzung

Weiterhin **Sicherung der Zuweisungen** vom MVZ an das angrenzende Universitätsklinikum durch gezielte **Neupositionierung des MVZ** unter **Berücksichtigung des stationären Leistungsspektrums** des Universitätsklinikums.

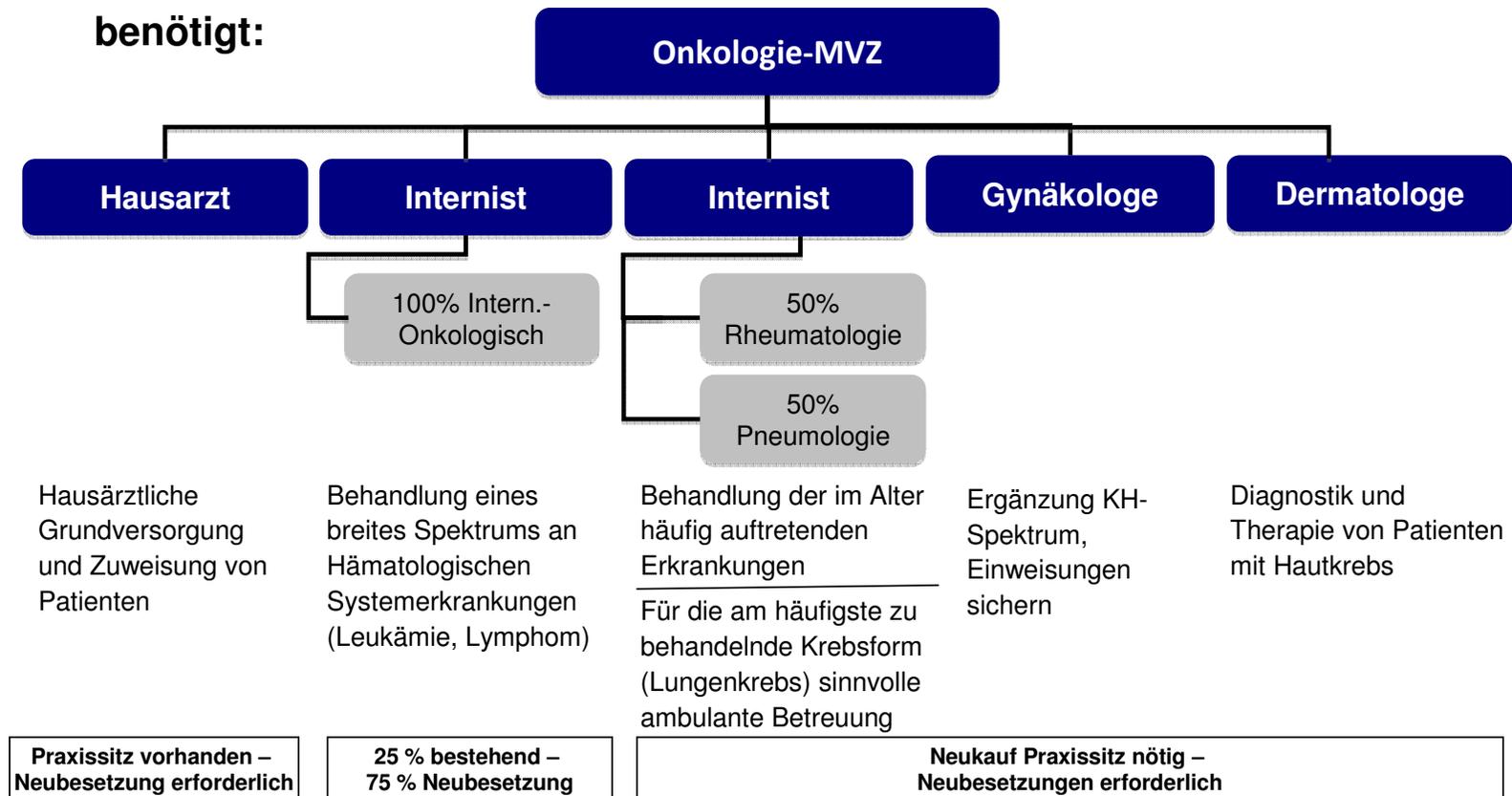
- Analyse und Bewertung der **Ist-Situation MVZ**
- Erfassung und Abstimmung der **Anforderungen** an das neue Leistungsspektrum des MVZs
- Entwicklung einer **strategischen Neuausrichtung des MVZ's**, insbesondere:
 - Definition fachliche und persönliche Qualifikation des neuen Ärztlichen Leiters
 - Prüfung Erwerb weiterer Praxissitze
 - Prüfung zusätzliche Kooperationen sowie Akquise weiterer Fachrichtungen
- **Umsetzungs- und Finanzplanung**

Vorgehensweise



MVZ Soll-Konzept – Zielkonzeption

Für ein onkologisch ausgerichtetes MVZ werden folgende Fachdisziplinen benötigt:



SOLL-Konzept MVZ – SWOT-Analyse



Umsetzungsplanung – Maßnahmen- und Zeitplanung

Identifizierte Maßnahmen

Ansatzpunkt	Beschreibung	Priorität	Zeit
Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arztsuche für Sitz Hausarzt/für 75 % intern.-onkologischen Sitz ▪ Kauf eines gynäkologischen Arztsitzes inkl. Arzt ▪ Auswahl Äztl. Direktor ▪ Kauf eines internistischen Arztsitzes Suche nach Ärzten: 50% Rheumatologe und 50% Pneumologe ▪ Kauf eines dermatologischen Arztsitzes inkl. Arzt ▪ Bedarfsweise Einstellung Arzthelfer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prio 1 ▪ Prio 1 ▪ Prio 1 ▪ Prio 1-2 ▪ Prio 2 ▪ Prio 3 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfang 2011 ▪ Anfang 2011 ▪ Anfang 2011 ▪ Ende 2011 ▪ Ende 2012 ▪ 2011 / 2012
Aus- und Aufbau Kooperationen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Führen von Vorgesprächen ▪ Ausbau Kooperation Pathologie, Labormedizin, Schmerzambulanz, Strahlentherapie ▪ Aufbau psychoonkologische Kooperation sowie Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prio 2 ▪ Prio 2-3 ▪ Prio 2-3 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfang 2011 ▪ Mitte-Ende 2011 ▪ Mitte-Ende 2011
Marketing	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initiale Werbemaßnahmen zur MVZ-Neupositionierung ▪ Weitere Marketingmaßnahmen gemäß Marketingplan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prio 2 ▪ Prio 2-3 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfang-Mitte 2011 ▪ laufend

Finanzplanung

Gewinn- und Verlustrechnung		2011	2012	2013	2014	2015
Erlöse		380'550	586'100	764'000	830'000	887'600
GKV-Erlöse	Anteil in %					
Hausarzt	100%	90'000	110'000	125'000	125'000	125'000
Internist (Onkol.)	100%	240'000	260'000	280'000	300'000	300'000
Internist (Rheuma)	50%		35'000	40'000	50'000	60'000
Internist (Pneumo)	50%		50'000	70'000	80'000	85'000
Gynäkologe	100%	5'000	40'000	50'000	55'000	55'000
Dermatologe	100%			70'000	80'000	95'000
Summe GKV-Erlöse		335'000	495'000	635'000	690'000	720'000
IGEL		16'750	49'500	76'200	82'800	108'000
Erlöse Privatpatienten		26'800	39'600	50'800	55'200	57'600
Sonstige betriebl. Erträge		2'000	2'000	2'000	2'000	2'000
Kosten		-460'063	-636'602	-763'589	-799'234	-829'264
Ärzte		-190'000	-310'000	-410'000	-430'000	-450'000
Arzthelferinnen		-120'000	-150'000	-160'000	-165'000	-167'000
Fremdpersonal		-40'000	-45'000	-45'450	-45'905	-46'364
Personalaufwand		-350'000	-505'000	-615'450	-640'905	-663'364
Miete Raumkosten/Reinigung		-15'000	-15'150	-15'302	-15'455	-15'609
Praxisbedarf/Medizinischer Bedarf		-30'063	-46'302	-56'536	-61'420	-65'682
Gerätenutzung Klinikum		-10'000	-11'000	-11'000	-12'000	-15'000
Wirtschafts-/Verwaltungsbedarf		-30'000	-32'000	-35'000	-37'000	-37'000
Reparaturen, Instandhaltung, Wartung		-7'500	-7'575	-7'651	-7'727	-7'805
Versicherungen, Beiträge und Gebühren		-10'000	-12'000	-15'000	-17'000	-17'000
Weiterbildung/Reisekosten		-2'500	-2'525	-2'550	-2'576	-2'602
Sonstige Aufwendungen		-5'000	-5'050	-5'101	-5'152	-5'203
Sachaufwand		-110'063	-131'602	-148'139	-158'329	-165'901
EBITDA		-79'513	-50'502	411	30'766	58'336
EBITDA-Marge		-20.9%	-8.6%	0.1%	3.7%	6.6%

Businessplan MVZ
3. Mentoringprogramm der B. Braun-Stiftung
Seite 7

Conclusio

Zusammenfassung wesentlicher Punkte:

- Schlüssiges, zukunftsfähiges Konzept vorliegend
 - Sehr gute Rahmenbedingungen durch angrenzendes Universitätsklinikum gegeben
 - Attraktive Entwicklungsmöglichkeiten im anvisierten Leistungsspektrum
- **Wir sind der kompetente Versorger für die häufigsten Krebserkrankungen**
- **Wir bieten eine ganzheitliche Therapie im Sinne einer Behandlung „aus einer Hand“**

Gezielte Zuweisungen vom MVZ an das Universitätsklinikum langfristig gesichert

Hierzu finanzielle Unterstützung in der ersten Umsetzungsphase durch das Universitätsklinikum notwendig



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Impressum:

Internationales Health Care Management Institut (IHCI)

Universität Trier

Behringstraße

54286 Trier

Tel: +49 (0)651 201 4614

Fax: + 49 (0)651 201 4170

Druckfehler, inhaltliche oder organisatorische Änderungen vorbehalten.

© IHCI 2011. Alle Rechte vorbehalten.

