

**International University**

**Schloss Reichartshausen**

**Dr. Uwe Hoppe, MBA**

Gesundheitsökonom (EBS)

Facharzt Anästhesie, Leitender Notarzt

Leitender Oberarzt Anästhesie

BG Unfallklinik Ludwigshafen

**Jens Gabriel, MBA**

Gesundheitsökonom (EBS)

Rhön-Mafia

**Dr. Siegbert Stracke, MBA**

Gesundheitsökonom (EBS)

Facharzt Innere Medizin, Notarzt

Universitätsklinikum Giessen

Projekt-Plan

**SCHWERPUNKTE**

**HRM**

Vermittlung von medizinischem Fachpersonal

**Risk-Management**

Praxisbewertung und –abgabe

**Strategisches Management**

MVZ-Planung

**Financial-Management**

EBM und DRG-Optimierung

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary 1

Unternehmen 3

Vermittlung von medizinischem Fachpersonal 3

Aufbau einer Service-Plattform 5

Financial-Management Lösungen für Niedergelassene 6

MVZ 8

Consulting 8

Leistungsbeschreibung/Gründungsvorhaben 9

Stufenplan anhand eines Schemas 9

Umsetzungen der einzelnen Phasen 9

Rechtsform und Organisation 10

Rechtssituation und gesetzliche Auflagen 10

Markt/Wettbewerb 19

Vorteile und Nutzen für den Kunden 19

Vorteile gegenüber der Konkurrenz 19

Angaben zum Gesamtvolumen des Marktes 19

Wachstumsraten des Marktes 19

Grundlagen der Wachstumsprognosen 20

Zukunftsaussichten des Marktes und der Branche 20

Wer sind die Markteilnehmer? 20

Gesellschafter / Mitarbeiter 21

Qualifikation / Anforderungsprofil der Gesellschafter / Mitarbeiter 21

Kommunikationsstrategie 22

Definition Web 2.0 22

Weblogs, RSS-Feeds, Microblogging und Wikis 23

Social Networking, File-Sharing und Podcasting 25

Chancen und Risiken bei der Nutzung von Social Media 26

Virales Marketing 29

Marketing/Vertrieb 33

Service-Plattform für Ärzte, medizinische Fachkräfte und Patienten 33

Web 2.0 – Strategie für die eigene Projektidee 34

Kommunikationsstrategie 36

Chancen/Risiken 37

Welche Risiken bestehen? 37

Wie soll diesen Risiken begegnet werden? 37

Welche außergewöhnlichen Chancen bestehen in welchen Bereichen? 37

Meilensteinplanung 38

Meilensteine Ihrer Produkt- und Dienstleistungsstrategie 38

Meilensteine Ihrer Kommunikationsstrategie 38

Kapitel 38

Finanzierung 39

Kapitalbedarf 39

Fremdkapital 43

Curriculum Vitae von Dr. Siegbert Stracke 44

# Executive Summary

|  |
| --- |
| Das deutsche Gesundheitswesen ist in seiner jetzigen Form nicht mehr zukunftsfähig. Eine finanzierbare Versorgung der Bevölkerung wird ohne grundlegende Systemänderungen in der Zukunft nicht mehr zu gewährleisten sein. Eine der größten Herausforderungen der Zukunft wird die bedarfsgerechte Allokation von Ärzten insbesondere in den ländlichen Gebieten Deutschlands sein, da wir durch den demographischen Wandel und den gleichzeitig immer weiter fortschreitenden medizinischen Fortschritt zu einer immer älter werdenden Gesellschaft gelangen, die durch zunehmend weniger sozialversicherungspflichtige Krankenkassenmitglieder versorgt werden muss. Weiterhin wird sich der schon jetzt bestehende Mangel an medizinischen Fachkräften im ambulanten und stationären Bereich weiter verschlimmern und somit negative Auswirkungen auf den wachsenden Anteil der Kranken haben. Die Alterung der Gesellschaft wird die Nachfrage nach ärztlichem Personal und anderen medizinischen Fachkräften in Deutschland immens steigen lassen. Schätzungen gehen davon aus, dass bereits 2020 annähernd 56.000 Ärzte und gut 140.000 nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen werden. Bis 2030 wird sich die Personallücke sogar auf fast eine Millionen Personen vergrößern (165.000 Ärzte sowie fast 800.000 nicht ärztliche Fachkräfte). Weitere Schätzungen gehen davon aus, dass in den stationären Einrichtungen 2030 etwa jede dritte Arztstelle unbesetzt bleiben wird, im ambulanten Bereich sogar jede zweite. Auch im Bereich der Pflege werden 2030 in den Kliniken über 400.000 Krankenschwestern, Pfleger und Pflegehelfer fehlen, im ambulanten Bereich weitere 66.000. Hierbei ist der Personalbedarf der Seniorenheime noch nicht berücksichtigt. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich der volkswirtschaftliche Schaden für Deutschland allein auf Grund unbesetzter Stellen auf 35 Milliarden Euro belaufen wird (PWC-Studie). Aus diesem Grund kommt der Vermittlung von medizinischem Fachpersonal eine immer größer werdende Bedeutung zu. Weiterhin wird der Gesetzgeber die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung innerhalb der europäischen Union für die Patienten verbessern und es wird nur eine Frage der Zeit sein, bis im Rahmen der zunehmenden Konvergenz auch Ärzte innerhalb der Mitgliedstaaten ihren Arbeitsplatz frei wählen dürfen. Mit unserem Konzept einer Plattform für Leistungsanbieter und -erbringer sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich wollen wir eine transparente Vernetzung dieser beiden Gruppen ermöglichen. Im Unterschied zu den schon bestehenden Anbietern wollen wir auf unserer Plattform insbesondere Medizinstudenten ansprechen, die am Ende ihrer Ausbildung stehen. Aber auch der Bereich der Pflege, der Apotheken, der Medizintechnik, der Physiotherapie sowie der Krankenkassen soll sukzessive aufgenommen werden. In einem weiteren Schritt wird das Netz auch für Patienten zugänglich gemacht. Die Patienten können dann über ein automatisiertes Management und über entsprechende Suchanfragen an passende Leistungsanbieter im Gesundheitswesen weitervermittelt werden. Eine besondere Zielgruppe nehmen hierbei die heute 16- bis 35-Jährigen ein, da sie der eigenen Gesundheit die höchste Priorität einräumen. Innerhalb dieser Gruppe halten es 94 Prozent der Frauen und 92 Prozent der Männer für besonders wichtig und erstrebenswert, „gesund zu sein und sich körperlich wohl zu fühlen“. Niemals zuvor hatte Gesundheit einen so hohen Stellenwert wie heute. Gesundheit wird somit zur Schlüsselressource und zu einem bevorzugten Konsumgut, wobei hier rund um Ernährung, Körper, Sport und Lebensqualität eine neue, gigantische Nachfrage und damit letztlich eine völlig neue Gesundheitskultur entsteht. Die Gesundheit des einzelnen entwickelt sich zum Statussymbol und die Optimierung des Körpers, der gleichzeitig zum Aushängeschild avanciert, wird für viele zum obersten Gebot. Aus Patienten werden somit gesundheitsbewusste Lifestyle-Konsumenten, die entsprechende Dienstleistungen und Informationen über eine Service-Plattform im Internet abrufen wollen. (Studie Heidelberger Leben) |

# Unternehmen

## Vermittlung von medizinischem Fachpersonal

|  |
| --- |
| Gleich zu Beginn soll die Frage beantwortet werden, ob jetzt und in Zukunft ein Bedarf an der Vermittlung von medizinischem Fachpersonal besteht. Ein Blick in den mittlerweile mehr als die Hälfte des Deutschen Ärzteblattes ausmachenden Stellenteil sollte dies zumindest für die aktuelle Marktsituation eindeutig belegen. Schätzungen gehen davon aus, dass bereits 2020 annähernd 56.000 Ärzte und gut 140.000 nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen werden. Bis 2030 wird sich die Personallücke sogar auf fast eine Millionen Personen vergrößern (165.000 Ärzte sowie fast 800.000 nicht ärztliche Fachkräfte). Weitere Schätzungen gehen davon aus, dass in den stationären Einrichtungen 2030 etwa jede dritte Arztstelle unbesetzt bleiben wird, im ambulanten Bereich sogar jede zweite. Auch im Bereich der Pflege werden 2030 in den Kliniken über 400.000 Krankenschwestern, Pfleger und Pflegehelfer fehlen, im ambulanten Bereich weitere 66.000. Hierbei ist der Personalbedarf der Seniorenheime noch nicht berücksichtigt. Der Ärzte- und Fachkräftemangel wird zu einem Umbau des bestehenden Systems der ambulanten und stationären Versorgung der deutschen Bevölkerung führen. Insbesondere in strukturschwachen ländlichen Gebieten wird der Ärztemangel zu einer massiven Unterversorgung der Bevölkerung führen. Unbeantwortet ist auch die Frage, wie der Wegfall der Zivildienstleistenden in den Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen langfristig kompensiert werden soll. Durch strukturelle Veränderungen der Versorgungslandschaft wird man das Problem des Personalmangels nur teilweise abmindern können, da für das deutsche Gesundheitssystem auf absehbare Zeit und gemessen am Bedarf von Gesundheitsdienstleistungen nicht zusätzliches Geld zur Verfügung stehen wird. Dies muss dazu führen, dass bestehende Ressourcen intelligenter genutzt werden, was allerdings ohne erhebliche Allokationsveränderungen seitens des medizinischen Fachpersonals nicht möglich sein wird. Auch die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens wird maßgeblich von der Verfügbarkeit medizinischer Fachkräfte abhängen. Eine weitere Überlegung, die man in diesem Zusammenhang stellen muss, ist die Frage nach der zeitlichen Dauer dieses Fachkräftemangels. Kurz- und mittelfristige Ursachen lassen sich beispielsweise über konjunkturelle Schwankungen auf dem Arbeitsmarkt oder durch veränderte Ausbildungsbedingungen erklären. Wir haben es aber aufgrund der demographischen Entwicklung auf der einen Seite und dem medizinischen Fortschritt auf der anderen Seite mit einem langfristigen Problem zu tun. Direkte Folgen dieses Fachkräftemangels können sich zum Beispiel in längeren Wartezeiten für Patienten zeigen oder aber auch in der Abwägung von Indikationsstellungen für Operationen. Unser Gesundheitssystem steuert somit auf „englische Verhältnisse“ zu. Die zusätzlichen indirekten Kosten äußern sich in erster Linie in einem Schaden für die Volkswirtschaft, da durch eine schlechtere medizinische Versorgung zwangsläufig auch negative Auswirkungen auf dem sonstigen Arbeitsmarkt zu spüren sein werden. Hierbei spielt der krankheitsbedingte Ausfall von Erwerbstätigen oder die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag eine wesentliche Rolle. Durch diese Versorgungslücken kann somit die Leistungsfähigkeit der gesamten Volkswirtschaft in Mitleidenschaft gezogen werden. Um so wichtiger ist die Bewältigung dieser Probleme, welche auch seitens der Politik als eine der großen Herausforderungen für die nächsten Jahrzehnte angesehen werden. Eine Lösung für die Fehlallokation kann eine bedarfsgesteuerte Ärzte- bzw. medizinische Fachpersonalsteuerung und Vermittlung darstellen, welche durch eine Planung auf dem Prinzip von Angebot und Nachfrage auf einen immer weiter wachsenden Anteil von Honorarärzten und einen immer weiter wachsenden Anteil von suchenden Leistungsanbietern zurückgreifen und somit relativ flexibel auf die Allokation von medizinischem Personal Einfluss nehmen kann. Dies stellt in erster Linie eine kurz- bzw. mittelfristige Lösung des Problems dar. Langfristig müssen die Ausbildungsbedingungen für Medizinstudentinnen und –studenten sowie die Attraktivität des Arztberufes verbessert werden. Eine zwingende Voraussetzung für alle drei Lösungen setzt eine deutlich höhere Transparenz des Gesundheitswesens voraus. Unser Konzept soll hierzu beitragen, wobei in einem ersten Schritt der Aufbau einer Online-Datenbank vorgesehen ist, die auf der einen Seite Leistungsanbieter wie Krankenhäuser, Praxen, Notdienstzentralen, Altersheime, etc. erfasst und ihnen über eine entsprechende Eingabemaske die Möglichkeit gibt, Anforderungsprofile für Arbeitsangebote eingeben zu können. Auf der anderen Seite soll die Plattform Honorarärzten bzw. medizinischem Fachpersonal die Möglichkeit geben, ihr eigenes Profil mit Suchanfragen für entsprechende Stellen eingeben zu können. Medizinstudenten können über diese Plattform Famulaturen planen oder einen ersten Kontakt mit einem potenziellen zukünftigen Arbeitgeber aufnehmen. Die Datenbank soll beide Profile „matchen“ und eine entsprechende Verbindung zwischen Nachfrager und Anbieter herstellen. Ziel dieser ersten Phase ist der Aufbau einer Datenbank und die Entwicklung der Online-Plattform, die sich zunächst an Leistungserbringer und -anbieter im Gesundheitswesen (ärztlicher und pflegerischer Bereich) und an Medizinstudenten richten soll. In einem weiteren Schritt wird die Plattform für Patienten freigeschaltet, die über ein automatisiertes Management von entsprechenden Suchanfragen an entsprechende Gesundheitsdienstleister weitervermittelt werden.  **Hieraus generierte Einnahmen:**  **Provision für eine erfolgreiche Vermittlung von Fachpersonal:**  Als Provision ist ein halbes Jahresgehalt der entsprechenden Fachgebietsgruppe angedacht.  **Personalisierte Werbung / Gesponserte Profile und Gruppen:**  Einrichtung spezieller Profile und Gruppen, um entsprechende Produkte und Marken zu promoten. Informationen über Interessen und Bedürfnisse der NutzerInnen sollen hierbei berücksichtigt werden. Eine offene Werbung über entsprechende Schaltflächen und PopUps ist nicht erwünscht.  **Kostenpflichtige Features:**  NutzerInnen erhalten einen kostenlosen Zugang zu einem Netzwerk mit den Basisfunktionalitäten – für darüber hinausgehende Anwendungen fällt z. B. eine monatliche Gebühr an.  **„Third-Party“-Anwendungen:**  Externe Anbieter von Programmen, die in die Plattform implementiert werden sollen dafür eine Gebühr an die Netzwerk-Betreiber entrichten. |

## Aufbau einer Service-Plattform

|  |
| --- |
| Nach Aufbau einer im ersten Schritt regionalen und anschließend übergreifend bundesweiten sowie europaweiten Ärzte-Datenbank als Leistungsanbieter auf der einen Seite und Krankenhäusern, Praxen, Notdienstzentralen, etc. auf der anderen Seite wird in einem weiteren Schritt das Netz für Patienten freigeschaltet, wobei über ein automatisiertes Management Patientenanfragen entgegengenommen und systematisch erfasst werden können und in einem weiteren Schritt aktiv weiterentwickelt und an die entsprechenden Leistungserbringer weitergeleitet werden. Dies bedeutet somit auch, dass Sonderwünsche von Patienten ebenfalls flexibel erfasst werden können (z. B. besondere Anforderungen an die Mahlzeiten, religiös oder ethnisch bedingte Bedürfnisse, Sprachen bzw. Dolmetscher, Organisation der Rehabilitation, Berücksichtigung von Mitreisenden, Transfers usw...). Darüber hinaus ermöglicht eine Suchfunktion den Patienten einen direkten Kontakt zu den entsprechenden Ärzten oder anderen Leistungsanbietern aufzunehmen. Weiterhin ergibt sich für die Patienten die Möglichkeit des gemeinsamen Austauschs von Informationen.  **Hieraus generierte Einnahmen:**  **Personalisierte Werbung / Gesponserte Profile und Gruppen:**  Einrichtung spezieller Profile und Gruppen, um entsprechende Produkte und Marken zu promoten. Informationen über Interessen und Bedürfnisse der NutzerInnen sollen hierbei berücksichtigt werden. Eine offene Werbung über entsprechende Schaltflächen und PopUps ist nicht erwünscht.  **Kostenpflichtige Features:**  NutzerInnen erhalten einen kostenlosen Zugang zu einem Netzwerk mit den Basisfunktionalitäten – für darüber hinausgehende Anwendungen fällt z. B. eine monatliche Gebühr an.  **„Third-Party“-Anwendungen:**  Externe Anbieter von Programmen, die in die Plattform implementiert werden sollen dafür eine Gebühr an die Netzwerk-Betreiber entrichten. |

## Financial-Management Lösungen für Niedergelassene

|  |
| --- |
| **THEMA MASTER THESIS:**  **„Implementierung des direkten Terminkontrakthandels als finanzielles Instrument der Risikominimierung im Gesundheitswesen“**  Der Finanzterminkontrakthandel, also der Handel mit erst in der Zukunft zu liefernden Finanztiteln, besitzt im deutschen Gesundheitswesen bislang keine Bedeutung. Ein wesentlicher Grund hierfür mag der spekulative Charakter sein, da Terminkontrakte mit Finanzmitteln nicht nur zum Hedging von Risikopositionen sondern auch zum Trading verwendet werden und somit das Vorurteil des „Zockens an der Börse“ bedienen. Wir wollen dieses Vorurteil widerlegen und zum anderen den Terminkontrakthandel in erster Hinsicht als mögliches finanzielles Instrument zur Risikominimierung und gleichzeitigen Liquiditätssteigerung für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen einführen. Als Folge der Risikominimierung sind die Leistungserbringer anschließend in der Lage, ihre Liquidität trotz der gesetzlichen Restriktionen zu erhöhen, ihre Dienstleistungen auszudehnen sowie ihre Spezialisierung voranzutreiben und gleichzeitig die Kosten zu senken. Damit diese Vorteile auch umgesetzt werden können, bedarf es weiterer Teilnehmer, welche die Risiken übernehmen aber auch an den Gewinnen partizipieren können. Diese Funktion wird somit von Spekulanten übernommen, die mit Blick auf einen möglichen Spekulationsgewinn die entsprechenden Risiken übernehmen und somit die Leistungserbringer entlasten können. Unsere Online-Plattform fungiert in diesem Fall als ein virtueller Terminkontraktmarkt, der die einzelnen Teilnehmer zusammenbringt, und gleichzeitig als Clearingstelle, die als Treuhänder die Abwicklung der Geschäfte überwacht. Wir stellen somit eine Plattform zur Verfügung, die es niedergelassenen Ärzten erlauben soll, ihre Leistungen vor der kassenärztlichen Vergütung abrechnen zu können. Hierzu können die Ärzte vor Beginn des jeweiligen Quartals ihre Leistungen über ein zuvor verhandeltes Leistungsvolumen über eine dritte Partei (in der Regel ein Versicherungsunternehmen) vergüten lassen. Diese dritte Partei wird dann nach Eingang der Vergütung durch die Kassenärztliche Vereinigung durch die teilnehmenden Ärzte ausbezahlt und trägt das Risiko eines eventuellen Verlustes aber auch den möglichen Gewinn. Über unsere Onlineplattform wird somit ein virtueller Markt zur Verfügung gestellt, auf dem vertraglich gebundene Vereinbarungen (angestrebtes Leistungsvolumen der teilnehmenden Ärzte mit entsprechenden Qualitätsstandards) über bestimmte Dienstleistungen und deren Inanspruchnahme zum Ende des jeweiligen Quartals gehandelt werden. Art und Umfang der Dienstleistungen, Zeitraum der Inanspruchnahme sowie Ort der Leistungen werden in standardisierter Form festgelegt. Der Vorteil für die Ärzte besteht in erster Linie in einer sofortigen Bezahlung ihrer Leistungen und somit einer höheren Liquidität. Um entsprechend viele Teilnehmer für dieses Vergütungsmodell zu gewinnen, gehört es zu unseren Dienstleistungen, abrechnungsrelevante Faktoren der Dienstleistungen allen Teilnehmern zur Verfügung zu stellen, so dass für diese der Aufwand und die Kosten für die Informationsbeschaffung weitgehend entfallen. Über die Onlineplattform ist es zudem möglich, sehr viele Marktteilnehmer zeitgleich zu versammeln. Durch den Informationsaustausch der Teilnehmer untereinander kann eine transparente und kontinuierliche Anpassung der Vergütung erfolgen. Durch die unkomplizierte Informationsbeschaffung haben alle Teilnehmer eine nahezu gleiche Ausgangsposition, um entsprechende Verhandlungen aufzunehmen.  **DRG-Optimierung für Krankenhäuser**  Hier werde ich die eigene Tätigkeit im Medizincontrolling Gießen nutzen, um zu zeigen, dass durch entsprechende Anleitung der Codierer durch abteilungsspezifische Richtlinen und über eine Optimierung der Prozesse innerhalb der Abteilung eine Mehrerlösgenerierung möglich ist. Als Beispiel wird hier die Abteilung der Kardiologie der Universität Giessen herangezogen, da durch das doch sehr homogene Patientengut hervorragende Bedingungen für eine Optimierung der Prozesse und der DRG-Codierung gegeben sind. Geplant ist weiterhin ein Ausbau der Projektarbeit des Studium „Gesundheitsökonom“ in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. Dirk von Lewinski in Form eines Papers, das im weiteren Verlauf in einem medizinischen oder auch ökonomischen Jornal veröffentlicht werden soll und als Werbung für potenzielle Kunden herangezogen werden kann. |

## MVZ

|  |
| --- |
| Wenn an dem ambitionierten Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung in Deutschland festgehalten werden soll, dann bedarf es einer an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientierten zielgerichteten Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Angesichts eines zunehmenden Ärztemangels insbesondere in strukturschwachen ländlichen und urbanen Regionen und einer zu erwartenden steigenden Nachfrage ist dies eine große Herausforderung. Leitidee unserer Überlegungen und Vorschläge ist die Verbesserung....  Dabei dürfen sich die Maßnahmen nicht nur an den bestehenden Versorgungs- und Planungsstrukturen orientieren. Es werden zusätzlich kreative Maßnahmen und Ideen notwendig sein, um die Tätigkeit in der medizinischen Versorgung im und für den ländlichen Raum attraktiv zu halten. Darüber hinaus sind weitere Strukturreformen nötig, um bestehende Versorgungsprobleme zu lösen und unnötige Kosten zu vermeiden. Dazu gehört ausdrücklich auch, vorhandene Effizienzreserven an der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu nutzen und Fehlsteuerungen zu vermeiden. |

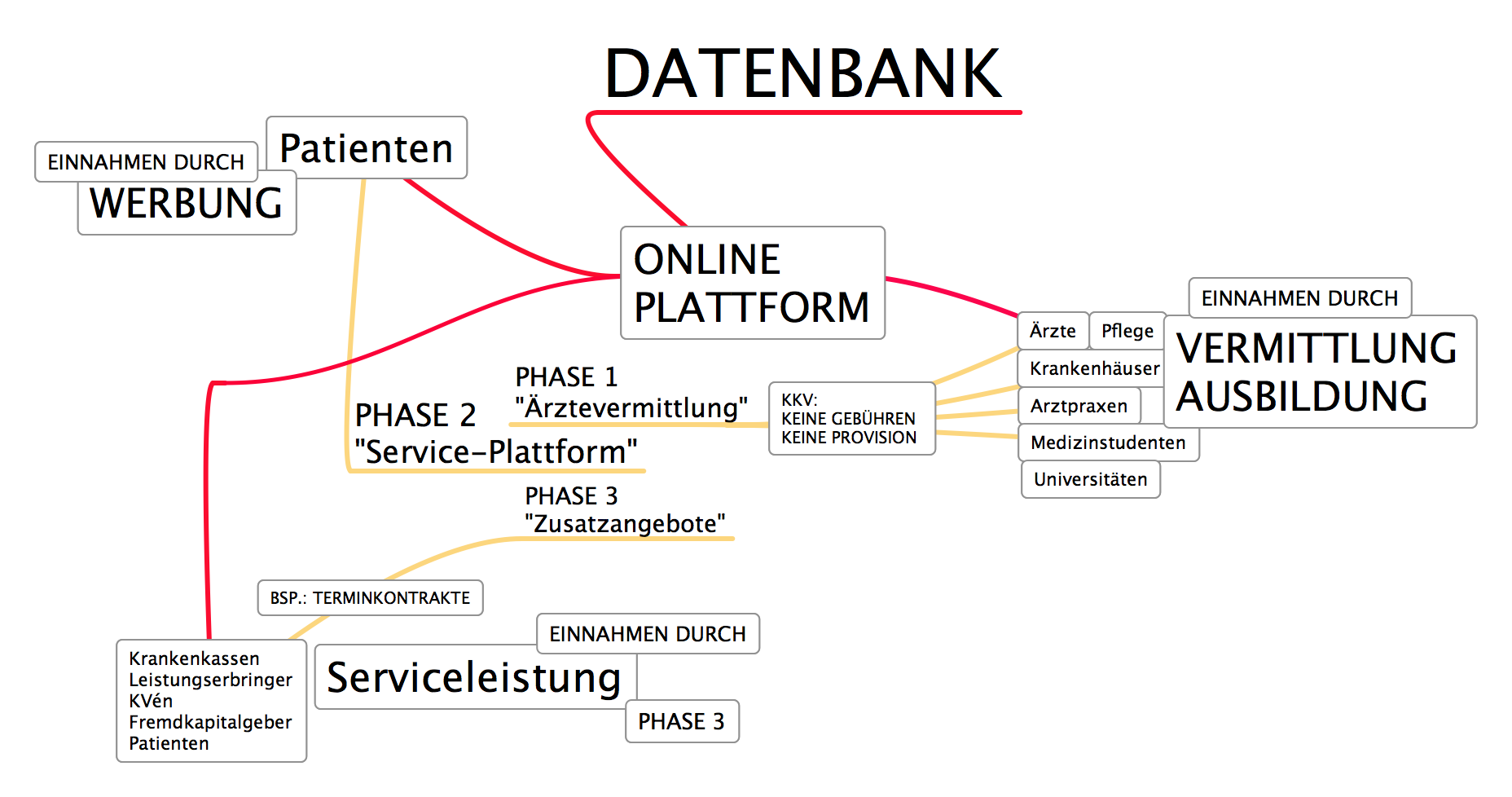
## Kapitel X

|  |
| --- |
|  |

# Leistungsbeschreibung/Gründungsvorhaben

## Stufenplan der Onlineplattform anhand eines Schemas

|  |
| --- |
| Erklärungen zum Plattformschema:   * Der Aufbau erfolgt in 3 Phasen * Phase 1 dient dem Einstieg in den Markt * Auf Phase 2 liegt wegen der großen Zielgruppe der Schwerpunkt * Phase 3 dient dem Ausbau der Plattform * Gelbe Linien stellen den Informationsfluss von der Plattform zu den Nutzern dar * Rote Linien stellen den Informationsfluss von den Nutzern zur Plattform dar |



## Umsetzungen der einzelnen Phasen

|  |
| --- |
| **PHASE 1:**  Webpage:   * Viral Marketing * Crowdsourcing * Search Engine Optimization * Programmierung der Benutzeroberfläche * Datenbankprogrammierung   **PHASE 2:**   * Programmierung eines „personalisierten Webs“ * Programmierung von Smartphone Anwendungen * Open-Source Plattform   **PHASE 3:**   * Mitarbeiter für spezialisierte Anwendungsbereiche |

## Rechtsform und Organisation

|  |
| --- |
| GmbH  - Gesellschaftervertrag (wird hier eingefügt) |

## Rechtssituation und gesetzliche Auflagen

|  |
| --- |
| **Gesetzliche Auflagen für den Aufbau einer Ärztevermittlung:**  **Vertragsarztänderungsgesetz (VÄndG)**  Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz beschreibt rechtliche Rahmenbedingungen, unter denen Vertragsärzte in Deutschland tätig werden dürfen. Das VÄndG ist seit 2007 in Kraft. Die Hauptmotivation des Gesetzes ist die Vermeidung von Versorgungsengpässen in der [ambulanten](http://de.wikipedia.org/wiki/Ambulant) medizinischen Versorgung. Die Bestimmungen des VÄndG betreffen u.a. das SGB V sowie die [Zulassungsordnung für Vertragsärzte](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Zulassungsordnung_f%C3%BCr_Vertrags%C3%A4rzte&action=edit&redlink=1) und -zahnärzte.  **Wesentliche Regelungen:**   * Erleichterte Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen in nicht gesperrten Planungsbereichen * Erteilung von Teilzulassungen (spätere Vollzulassung möglich, wenn der Planungsbereich nicht für Zulassungen gesperrt ist) * Gleichzeitige Tätigkeit als Krankenhausarzt und Vertragsarzt (Nebenbeschäftigungen dürfen nicht mehr als 13 Stunden pro Woche einnehmen) * Erleichterungen des Führens von Zweigpraxen (Nebenbetriebsstätten) auch außerhalb des eigenen KV-Bereichs * Spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen können in ausgelagerten Praxisräumen an einem anderen Ort erbracht werden. * Berufsausübungsgemeinschaften können auch überregional (z.B. über Landesgrenzen hinweg) gegründet werden. * Aufhebung der Altersbeschränkung: Vertragsarzt kann nach seinem 68. LJ hinaus weiter arbeiten * Das VÄndG stellt klar, unter welchen Voraussetzungen das Merkmal "fachübergreifend" bei der Gründung eines [MVZ](http://de.wikipedia.org/wiki/Medizinisches_Versorgungszentrum) erfüllt ist. Demnach trifft das Merkmal "fachübergreifend" auch dann zu, wenn sich Ärzte mit einer unterschiedlichen [Schwerpunktbezeichnung](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Schwerpunktbezeichnung&action=edit&redlink=1) oder Ärzte aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen (z. B. internistischer [Facharzt](http://de.wikipedia.org/wiki/Facharzt) und internistischer [Hausarzt](http://de.wikipedia.org/wiki/Hausarzt)) zusammenschließen.   **Europäische Richtlinie 2005/36/EG**  Innerhalb der Europäischen Union regelt die Europäische Richtlinie 2005/36/EG die gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsnachweise für die ärztliche Grundausbildung sowie die Ausbildungsnachweise für den Facharzt. Die von den 27 Mitgliedstaaten notifizierten Bezeichnungen der fachärztlichen Weiterbildungen sind im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführt. Für Liechtenstein, Norwegen und Island ist am 01.07.09 das neue EWR-Abkommen zur Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in Kraft getreten. Die Schweiz hat bilaterale Verträge mit der Europäischen Union abgeschlossen bezüglich der Richtlinie 93/16/EWG ( EU-Abkommen vom 21.06.1999 sowie per Beschluss Nr. 1/2004 des Gemischten Ausschusses EG-Schweiz zur Änderung des Anhangs III vom 30.04.2004). Die Verhandlungen über neue bilaterale Verträge mit der Europäischen Union bezüglich der Richtlinie 2005/36/EG laufen derzeit noch. Die Europäische Richtlinie regelt außerdem im Anhang C bzw. Anhang 5.2. die gegenseitige automatische Anerkennung von Facharztdiplomen. Facharztdiplome, die in diesem Anhang für ein Mitgliedsland nicht gelistet sind, können nicht automatisch anerkannt werden. In diesem Fall wird in Deutschland, wie auch in den anderen Mitgliedsländern, durch Vergleich der Inhalte und der Dauer der absolvierten Weiterbildung mit der Weiterbildungsordnung des Ziellandes die Gleichwertigkeit und damit die Anerkennung beurteilt. Gegebenenfalls können auch Nachforderungen gestellt werden (zum Beispiel zusätzliche klinische Tätigkeit, Ableistung einer Prüfung etc.).  **Versorgungsgesetz**  Themenschwerpunkte des Gesetzesentwurfes  **Flexibilisierung der Planungsbereiche:**  Die derzeitige gesetzliche Vorgabe, dass die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird unter Beibehaltung des derzeitigen Zulassungssystems flexibilisiert. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird vorgegeben, die Planungsbereiche innerhalb einer vorgesehenen Frist so zu gestalten, dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält damit einen weiten Entscheidungsspielraum, der es z.B. auch ermöglicht, bei der Struktur und Größe der Planungsbereiche zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung zu differenzieren.  **Einbeziehung von Krankenhausärzten, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, in die Bedarfsplanung:**  Ziel ist es, möglichst alle an der ambulanten Versorgung der Versicherten teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in der Bedarfsplanung zu erfassen. Es sollen daher auch die in Krankenhäusern oder ähnlichen Einrichtungen (z.B. psychiatrische Insti- tutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren) tätigen Ärztinnen und Ärzte in die Ist-Analyse aufgenommen werden.  **Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen:**  Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Be- darfsplanungsrichtlinie eine Bestimmung über Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze zu treffen (sog. Sonderbedarfszulassungen), wird erweitert und sprachlich präziser gefasst, um zu verdeutlichen, unter welchen Bedingungen sowohl räumlich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf als auch für bestimmte Leistungsbereiche ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf in Frage kommt. Hierdurch wird die Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation funktionstüchtig ausgestaltet. Die Umsetzung erfolgt auf der Ebene der Zulassungsausschüsse (Länderebene).  **Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten:**  Um Überversorgung abzubauen, wird die bestehende Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung finanziell zu fördern, erweitert. Hierzu wird die bisherige Beschränkung der Förderung auf Ärztinnen und Ärzte, die mindestens 62 Jahre alt sind, aufgehoben. Es wird klargestellt, dass auch der Aufkauf einer Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung bei Verzicht auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung eine Möglichkeit der finanziellen Förderung darstellt. Diese Maßnahmen sind wie bisher allein aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen zu finanzieren.  Darüber hinaus wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung in überversorgten Planungsbereichen ein Vorkaufsrecht auszuüben. Wie nach geltendem Recht ist das wirtschaftliche Interesse an der Verwertung der Arztpraxis des ausscheidenden Vertragsarztes geschützt. Ein Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung besteht jedoch nicht, wenn sich ein Kind, Ehegatte oder Lebenspartner des ausscheidenden Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, um die Nachbesetzung bewerben.  Zudem sollen die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit zur Befristung von Zulassungen in offenen Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad ab 100 % erhalten.  **Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxisnachfolgers:**  Da bislang bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis Versorgungsgesichtspunkte nur eine untergeordnete Rolle spielen, erhalten die Zulassungsausschüsse künftig den Auftrag, solche Bewerberinnen oder Bewerber besonders zu berücksichtigen, die bereit sind, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen (z.B. könnten solche Personen bevorzugt werden, die bereit sind, sich neben der Tätigkeit im überversorgten Gebiet an der Versorgung in nahegelegenen schlecht versorgten Gebieten zu beteiligen, oder bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe anzubieten).  Eingetragene Lebenspartnerinnen und –partner werden mit Ehegatten bei der Nachbesetzung von ausgeschriebenen Vertragsarztsitzen gleichgestellt.  Bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung von ausgeschriebenen Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten hat der Zulassungsausschuss künftig zu berücksichtigen, wenn ein Bewerber bzw. eine Bewerberin zuvor für einen bestimmten Zeitraum in einem unterversorgten Gebiet ärztlich tätig gewesen ist.  **Anpassung der Regelung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes:**  Es wird klargestellt, dass die Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur dann genehmigt werden kann, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. Gleichzeitig wird die bislang für MVZ geltende Ausnahmeregelung entsprechend angepasst: Auch für MVZ gilt dann, dass die Sitzverlegung eines übernommenen Vertragsarztsitzes in das MVZ nur dann möglich ist, wenn Versorgungsgesichtspunkte nicht entgegenstehen.  **Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf und von Ärztinnen und Ärzten, die in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen tätig sind:**  Krankenhäuser sollen künftig nicht nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, wenn der Landesausschuss Unterversorgung festgestellt hat, sondern auch, wenn der Landesausschuss für das Gebiet, in dem das Krankenhaus liegt, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat. Zudem soll die nach geltendem Recht bestehende Möglichkeit, bei entsprechendem Versorgungsbedarf Krankenhausärztinnen und -ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, um Ärztinnen und Ärzten, die in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen tätig sind, erweitert werden.  **Sektorenübergreifende Organisation des ärztlichen Notdienstes:**  Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird es künftig ausdrücklich ermöglicht, den vertragsärztlichen Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherzustellen. Dadurch wird die Bedeutung einer sektorenübergreifenden Vernetzung des ärztlichen Notdienstes hervorgehoben.  **Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen:**  Bereits das geltende Recht gibt den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, d.h. dort wo nicht ausreichend niedergelassene oder angestellte Ärzte für die bedarfsgerechte Versorgung zur Verfügung stehen, die Möglichkeit zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Es wird klargestellt, dass die in diesen Eigeneinrichtungen (dies können Einzel- oder Gemein- schaftspraxen oder auch Ärztezentren sein) erbrachten ärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet werden.  **Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch kommunale Träger:**  Sofern sich in unterversorgten Gebieten kein niederlassungswilliger Arzt findet und auch die Kassenärztlichen Vereinigung die Versorgung durch z.B. die Errichtung einer Eigeneinrichtung nicht sicherstellt (Subsidiaritätsgrundsatz), erhalten kommunale Träger (Städte, Gemeinden, Landkreise) die Möglichkeit zur Errichtung einer Eigeneinrichtung.  **Lockerung der Residenzpflicht für Vertragsärztinnen und –ärzte:**  Die Residenzpflicht wird grundsätzlich auch in nicht unterversorgten Regionen aufgehoben. Die Notfallversorgung darf nicht gefährdet werden.  **Ausbau "mobiler" Versorgungskonzepte:**  Bereits nach geltendem Recht besteht eine Vielzahl von Möglichkeiten, sogenannte "mobile" Versorgungskonzepte zu praktizieren (z.B. Tätigkeit an weiteren Orten/Zweigpraxen). Der Ausbau solcher Versorgungskonzepte wird unterstützt. Berufsrechtliche Einschränkungen (z.B. bei der Gründung von Zweigpraxen) sollten auf- gehoben werden. Die Bundesärztekammer und die Länder werden aufgefordert, das Berufsrecht entsprechend anzupassen.  Die vertragsärztliche Berufsausübung wird dadurch flexibilisiert, dass die zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärztinnen und -ärzten (z. B. in der stationären Versorgung) gelockert werden. Künftig ist eine Nebenbeschäftigung auch bei Überschreiten der aktuell von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen möglich, solange die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt trotz der Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patientinnen und Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.  Die gesetzliche Vorgabe, nach der eine vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten zulässig ist, wenn dadurch die Versorgung am Ort der Zweigpraxis verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht beeinträchtigt wird, wird präzisiert. Es wird klargestellt, dass bei der Genehmigungsentscheidung nicht schematisch auf die Entfernung oder Fahrzeit zwischen Vertragsarztsitz und Zweigpraxis abzustellen ist, sondern dass ein Abwägungsprozess zu erfolgen hat. Dabei ist die Versorgungssituation an beiden Tätigkeitsorten zu berücksichtigen und der Versorgungs- bedarf am Ort der Zweigpraxis ins Verhältnis zu einer eventuellen Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragsarztsitz zu setzen.  **Delegation ärztlicher Leistungen:**  Zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten müssen Delegationsmöglichkeiten von Leistungen besser genutzt und weiter entwickelt werden. Deshalb erhalten die Partner der Bundesmantelverträge in einem ersten Schritt den Auftrag, bis 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erstellen. Nach Auswertung der Modellversuche sollen weitere Möglichkeiten zur weiteren Übertragung von Aufgaben und deren Honorierung geprüft werden.  **Ausbau der Telemedizin:**  Telemedizin soll vor allem für den ländlichen Raum wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung werden und soll daher besonders gefördert werden. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt festzulegen, in welchem Umfang ärztliche Leistungen des EBM ambulant telemedizinisch erbracht werden können und wie in Folge der derzeitige EBM entsprechend anzupassen ist.  **Medizinische Versorgungszentren:**  Um die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von wirtschaftlichen Interessen zu gewährleisten, sollen MVZ künftig nur unter bestimmten engeren Voraussetzungen zugelassen werden:  Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser mit Ausnahmeregelung aus Versorgungsgründen für gemeinnützige Träger-organisationen (z.B. im Bereich der Dialyse)  Beschränkung der zulässigen Rechtsformen auf Personengesellschaften und GmbHs, und Ausschluss der Rechtsform Aktiengesellschaft, um zu verhindern, dass auch aus reiner Kapitalbeteiligung Gewinne aus der vertragsärztlichen Versorgung gezogen werden. Die Leitung in der medizinischen Versorgung des MVZ muss rechtlich und faktisch in ärztlicher Hand liegen, so dass die sich aus dem Berufsrecht ergebende Therapie- und Weisungsfreiheit gewährleistet ist. Der ärztliche Leiter muss deshalb selbst im MVZ tätig sein, um sicherzustellen, dass er tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die Abläufe im MVZ hat.  Will ein MVZ, bei dem die Geschäftsanteile nicht mehrheitlich in ärztlicher Hand liegen einen Sitz kaufen, haben Vertragsärzte ein Vorkaufsrecht. Uneingeschränkter Bestandschutz für bestehende Einrichtungen.  Verlegung von Vertragsarztsitzen in ein MVZ nur dann, wenn keine Versorgungsgesichtspunkte entgegenstehen. Einmal vom Zulassungsausschuss genehmigte Angestelltenstellen können zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung umgewandelt werden, mit der Folge, dass in gesperrten Gebieten das MVZ den Vertragsarztsitz im Wege der Ausschreibung veräußern kann.  **Gesetzliche Auflagen für die Entwicklung eines Risiko-Management-Konzeptes mit Hilfe der Implementierung von Terminkontrakten:**  **Versorgungsgesetz:**  **Regionalisierung des Vergütungssystems**  Regionalisierung und Flexibilisierung der Honorarverteilung: Die Regelung der Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Honorarverteilung, die nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt wird, erfolgt künftig ausschließlich durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Die KV erlässt hierzu einen Honorarverteilungs- maßstab (HVM) im Benehmen mit den Krankenkassen. Der HVM hat vor dem Hintergrund einer verlässlichen Planbarkeit für den Arzt mengensteuernde Maßnahmen der ärztlich abzurechnenden Leistungen unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs vorzusehen. Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses zur Honorarverteilung werden aufgehoben. Die KBV kann in Richtlinien Vorgaben ins- besondere zur Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Vergütungsteil sowie zur Mengensteuerung bestimmen.  **Abbau von Überregulierung:**  Gesetzliche Regelungen und Aufgabenzuweisungen an den Bewertungsausschuss werden aufgehoben, soweit sie die Gestaltungsspielräume der Regionalisierung entgegenstehen und obsolete Berichtspflichten betreffen.  Zur Dokumentation der Behandlungsdiagnosen braucht es leicht handhabbare und einfacher umsetzbare Kodierrichtlinien für die niedergelassenen Ärzte. |

# Markt/Wettbewerb

## Vorteile und Nutzen für den Kunden

|  |
| --- |
| Schnelle Verfügbarkeit und hohe Flexibilität der Leistung über eine Online-Plattform.  Hohe Transparenz sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Kostenträger.  Informationsaustausch für alle Beteiligten durch kontinuierlichen Ausbau der Plattform und Bereitstellung der Informationen. |

## Vorteile gegenüber der Konkurrenz

|  |
| --- |
| * Wachsendes Netzwerk * Vermittlungsgebühren werden zur Hälfte auf die teilnehmenden Ärzte gelegt * "Wir verbinden die Arbeit mit dem Vergnügen": Wir vermitteln Stellen für Honorarärzte in Regionen, in denen gleichzeitig Urlaub, Freizeitaktivität Ausübung von Hobbies möglich sind * Ausbildungsangebote für teilnehmende Ärzte (insbesondere für Ärzte aus dem Ausland) |

## Angaben zum Gesamtvolumen des Marktes

|  |
| --- |
| Anteil der GKV-Leistungen am Umsatz des Gesundheitsmarktes in Deutschland  (ca. 200 Mrd) – somit nur primärer Gesundheitsmarkt  Kompletter Gesundheitsmarkt: 700 Mrd. € Umsatz / Jahr |

## Wachstumsraten des Marktes

|  |
| --- |
| Im Jahr 2009 wurden in Deutschland für Gesundheit circa 263 Milliarden Euro ausgegeben, das sind 10,5 % unseres Bruttoinlandsprodukts (1). Heute sind rund 4,6 Millionen Menschen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt (mehr als 11% aller Erwerbstätigen). Zwischen 2000 und 2010 hat die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen, dem größten Bereich der Gesundheitswirtschaft, um etwa eine halbe Million zugenommen, ein Wachstum von 12,2 %. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie prognostiziert sogar, dass im Jahr 2030 jeder fünfte Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft arbeiten könnte (2).  (1) GBE (2009), (2) Henke et al. (2009) {PWC-Studie}  Gesamtwirtschaftlich gesehen kommen dem Gesundheitswesen mehrere bedeutende Rollen zu: Als Kern der Gesundheitswirtschaft ist es die Basis einer soliden Grundversorgung mit dem Gut Gesundheit. Darüber hinaus ist es ein wenig konjunkturanfälliger Wachstums­ und Beschäftigungstreiber und damit ein Stabilisator der deutschen Wirtschaft (PWC-Studie, S.5). |

## Grundlagen der Wachstumsprognosen

|  |
| --- |
| QUELLEN:  - Statistisches Bundesamt  - Daten der Krankenkassen  - Daten der KV  - Daten der Deutschen Krankenhausgesellschaft |

## Zukunftsaussichten des Marktes und der Branche

|  |
| --- |
| Wachstumsmarkt |

## Wer sind die Markteilnehmer?

|  |
| --- |
|  |

# Gesellschafter / Mitarbeiter

## Qualifikation / Anforderungsprofil der Gesellschafter / Mitarbeiter

|  |
| --- |
|  |

# Kommunikationsstrategie

## Definition Web 2.0

|  |
| --- |
| Web 2.0, Social Media oder Soziale Netzwerke sind Begriffe, die oft synonym verwendet werden, wobei mit Web 2.0 in erster Hinsicht eine bestimmte Art und Weise der Internetnutzung gemeint ist. Die User konsumieren die im Netz verfügbaren Inhalte nicht mehr passiv sondern können selbst aktiv am Prozess des Informationsaustausches und der Kommunikation teilnehmen. Der reine Austausch oder das Abrufen von Informationen wird somit um die Interaktion mit dem User erweitert. Im Web 2.0 ist es somit beispielsweise für die Stakeholder eines Unternehmens möglich, persönliche Meinungen und Erfahrungen in Kommentaren, Posts, Blogs, Kurzmeldungen oder Foren einer großen Öffentlichkeit im Internet zu präsentieren und sich darüber auszutauschen. Zunächst lässt sich somit sagen, dass unter dem Begriff Web 2.0 oder Social Media Plattformen verstanden werden, über welche die jeweiligen Benutzer miteinander kommunizieren, zusammenarbeiten und sich miteinander zu Gemeinschaften vernetzen können. Im Gegensatz zu traditionellen Medien beruhen diese Plattformen wie oben beschrieben auf der Interaktion ihrer Nutzer. Das klassische Sender-Empfänger-Prinzip gilt hier nicht mehr, die Inhalte werden zum großen Teil von den Nutzern selbst erstellt (Schwierz, C., 2009). Somit wird der User zum Produzenten von Inhalten im Internet und ist gleichzeitig User und Producer – ein sogenannter Produser. Die neuen Softwaretechniken ermöglichen es dem Produser, sich mit anderen zu vernetzen und so ein digitales Beziehungsmanagement zu betreiben. Außerdem selektiert der Nutzer die ihm zur Verfügung stehenden Informationen nach unterschiedlichen Relevanz-Kriterien und betreibt auf diese Weise auch ein entsprechendes Informationsmanagement (Alkan, S.R., 2009). Die Anwendungen sind rein browserbasierend und das Internet dient als soziale Plattform, wo sich die Benutzer eigene virtuelle Identitäten erstellen können und sich hierüber mit der „Community“, die im Mittelpunkt des ganzen Prozesses steht, austauschen können. Web 2.0 ist also keine Weiterentwicklung des Internets, wie etwa ein neues Softwarerelease mit der Kennung 2.0, sondern die Entwicklung zu dynamischen Seiten, in denen die Nutzer sich eine virtuelle Persönlichkeit aufbauen, um dann mit anderen zu interagieren und zu kommunizieren (Gross, A., 2011). Welche Möglichkeiten der Nutzung von Web 2.0 Anwendungen für kommerzielle Geschäftsprozesse im Gesundheitswesen genutzt werden können, wird in den folgenden Kapiteln besprochen. |

## Weblogs, RSS-Feeds, Microblogging und Wikis

|  |
| --- |
| Der Name Weblog (Kurzform „Blog“) ist ein Neologismus der englischen Wörter „Web“ und „Log“ und beschreibt eine Art Tagebuch, über welches der Verfasser (Blogger) Inhalte für interessierte Leser frei verfügbar ins Internet stellen kann. Zusätzlich zu den meisten Grundeigenschaften gibt es in vielen Blogs die Möglichkeit für Leser, einen bestimmten Artikel zu bewerten, oder ihn zu kommentieren. Das besondere an Blogs ist somit, dass sie sich mit anderen Webseiten verlinken lassen und weiterhin unmittelbar durch Leser kommentiert werden können. Dadurch erscheinen Blogs in den Trefferlisten von Suchmaschinen wie Google häufig sehr weit oben, was man auch als den „Google-Effekt“ bezeichnet, da die Listenposition von Websites u.a. auf der Anzahl der Hyperlinks basiert. Mit Hilfe von RSS (Really Simple Syndication) lassen sich Blogs abonnieren, so dass man eine Benachrichtigung in Form einer Datei erhält, sobald neue Einträge veröffentlicht werden (Groß & Hülsbusch, 2004). Inhalte von Webseiten oder Teilbereiche können somit zur Verfügung gestellt werden, um sie anschließend in andere Seiten zu integrieren. Somit wird RSS in erster Linie benutzt, um Artikel und News zusammenzufassen, sie ins Web zu stellen und zu verteilen oder mit anderen Webseiten auszutauschen. Neben RSS müssen auch Permalinks als Besonderheit von Blogs erwähnt werden. Sie ermöglichen nicht nur die Verlinkung auf eine Seite sondern können direkt auf einen speziellen Beitrag verweisen, so dass sich innerhalb der Blogosphäre als Gesamtheit aller Blogs im Internet Diskussionen führen und Verbindungen zwischen verschiedenen Blogs schaffen lassen (O’Reilly, 2005). Angeregt von den vielen privaten Blogs versuchen auch Unternehmen immer häufiger nicht nur über die Firmenseite im Internet mit Kunden zu kommunizieren sondern auch über firmeninterne Blogs, den sogenannten Corporate Weblogs, in denen beispielsweise über das tägliche Unternehmensgeschehen informiert wird, mit den Mitarbeitern zu kommunizieren. Im Gegensatz zu den offiziellen Firmenwebsites sollen Blogs dem Nutzer ein Gefühl von Nähe vermitteln. (Schwierz, C., 2009). Somit ermöglichen Corporate Blogs eine direkte und dialogorientierte Kommunikation mit wichtigen Stakeholdern (Zerfaß, A., 2005). Eine besondere Form des Bloggens stellt Micro-Blogging als eine noch recht junge Erscheinungsform von Social Media dar. Die bekannteste Plattform hierfür ist Twitter, wobei die Nutzer Kurznachrichten veröffentlichen und Nachrichten von anderen ausgewählten Teilnehmern verfolgen können. Ursprünglich dafür gedacht, um im Freundeskreis über aktuelle Tätigkeiten zu berichten, hat sich die Plattform mittlerweile zu einem Nachrichtensystem entwickelt, über das Neuigkeiten extrem schnell verbreitet werden können (Schwierz, C., 2009). Eine weitere Form der Informationsverbreitung und –verarbeitung stellen Wikis dar. In Wikis können alle Arten von Informationen gesammelt und nach verschiedenen Themen und Schlagwörtern sortiert werden, wobei im Unterschied zu herkömmlichen Lexika die Einträge von der Community selbst erarbeitet und bereitgestellt werden. Als bekanntestes Wiki gilt Wikipedia mit über einer Millionen Einträge in verschiedenen Sprachen zu allen möglichen Themen. Die meisten Wikis beschränken sich jedoch auf bestimmte Themenbereiche. Die Modifikation eines Eintrags erfolgt über ein Content-Management-System, welches dem Nutzer ein Editieren anderer oder das Einfügen eigener Beiträge ermöglicht. Eine interne Nutzung von Weblogs und Wikis im Unternehmen kann durch die bereitgestellten Informationen der Verbesserung der Kommunikation dienen. Sogenannte Knowledge-Blogs bieten die Möglichkeit, Wissen im Unternehmen auf Dauer und für Mitarbeiter jederzeit abrufbar zu speichern und im Internet gefundene Informationen zu archivieren und nutzbar zu machen (Zerfaß, A., 2005, S.128). Somit stellen Weblogs und Wikis für kleine und mittlere Unternehmen eine kostengünstige Alternative zu aufwendigen und teuren Content-Management-Systemen dar. Als Content-Management-System bezeichnet man Anwendungsprogramme, die das gemeinschaftliche Erstellen und Bearbeiten von Informationen ermöglichen. Auch sogenannte Kollaborations- und Projekt-Blogs, bei denen interne Unternehmensprojekte über eine entsprechende Marktkommunikation mit Partnern unterstützt werden können, sind vorstellbar. Somit könnte ein Blog in diesem Zusammenhang zum Verteilen und zum Speichern verschiedener Informationen in Wikis genutzt werden, um ein firmeninternes Projekt zu unterstützen. Weblogs und Wikis lassen sich darüber hinaus auch im externen Bereich einsetzen. Sowohl im Marketing-Bereich als auch im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit können sie eine wertvolle Hilfe sein, wenn sie richtig und umsichtig eingesetzt werden. Hinsichtlich der Marktkommunikation können sie in erster Linie dazu dienen, die Verkaufs- und Koordinationsaktivitäten am Markt zu unterstützen. Sie können als sogenannte Service-Blogs eingesetzt werden, um Stakeholdern unkompliziert und schnell Zusatzinformationen und Produktwissen zur Verfügung zu stellen (Zerfaß, A., 2005, S.131). Mit Hilfe von Kampagnen-Blogs ist es möglich, frühzeitig Informationen intern wie extern zu verbreiten und somit andere Kommunikationsmaßnahmen zu unterstützen und auch für mehr Transparenz zu sorgen (Beckedahl, M., 2005, S.105). Weiterhin können in sogenannten Themen-Blogs Artikel, Links und Beiträge zu einem bestimmten Thema veröffentlicht werden, wobei hier die Akquirierung neuer Kunden und die Intensivierung bestehender Kundenkontakte vorrangig sind. Über Blogs und Wikis besitzen Unternehmen die Möglichkeit, Kernkompetenzen aufzuzeigen, sich eine Reputation in einem bestimmten Themengebiet zu verschaffen und hierüber evtl. auch bestimmte Nischen zu besetzen (Zerfaß, A., 2005, S.144). Weiterhin können über Produkt- oder Marken-Blogs gezielt Produkte beworben werden und das Unternehmen kann über eine geschickte Verlinkung auf diesem Weg vom „Google-Effekt“ profitieren und die Bekanntheit seiner Produkte oder seiner Marke erheblich steigern (Zerfaß, A., 2005, S.147). Der Einsatz sogenannter Customer Relationship-Blogs bietet sich im Rahmen des Customer Relationship Managements an, wobei hier eine möglichst optimale Gestaltung der Beziehungen zu den Stakeholdern des Unternehmens und eine entsprechende Akquisition neuer Kunden im Vordergrund stehen (Zerfaß, A., 2005, S.152). Auch wenn sich das Unternehmen gegen den Einsatz von Corporate Blogs entscheiden sollte, so kann es unter Umständen sinnvoll sein, ein sogenanntes Blog-Monitoring zu betreiben. Hierbei können nämlich schon in einem frühen Stadium rufschädigende Meinungen und Aussagen schnell identifiziert und entsprechend kommentiert werden, um eine weitere Verbreitung zu verhindern (Zerfaß, A., 2005, S.105). |

## Social Networking, File-Sharing und Podcasting

|  |
| --- |
| Social Networking-Plattformen sind webbasierte Angebote, die es Nutzern ermöglichen, Teil eines virtuellen Freundes- oder Interessenkreises zu werden, wobei sich die Kernelemente dieser Plattformen immer ähneln: Zum einen lassen sich persönliche Profile erstellen, um die eigene Person und die eigenen Interessen darzustellen und um mit anderen Nutzern der Plattform in Kontakt zu treten. (Boyd D.M., 2007). Vor der eigentlichen Kommunikation steht die Identifikation von Personen in Netzwerken, die dem gewünschten Kompetenz- bzw. Interessensprofil entsprechen und die mittels einer Anfrage angesprochen werden. Die Benutzer stehen somit immer im Mittelpunkt von Social Media Plattformen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Social Media Plattformen in erster Linie der Pflege und dem Ausbau der Beziehungen zwischen den Nutzern dienen, wobei als wesentliche Merkmale die Profilseiten der Benutzer und die Möglichkeit der Kommunikation untereinander zu nennen sind. Beispiele für große Soziale Netzwerke sind Facebook oder MySpace (Schwierz, C., 2009). Business Netzwerke sind eine spezielle Form von Sozialen Netzwerken mit Schwerpunkt auf geschäftliche Beziehungen aber ohne große Unterschiede in Bezug auf ihre Kernfunktionen im Vergleich zu anderen Sozialen Netzwerken. Sie bieten allerdings einen auf den Teilnehmerkreis abgestimmten Funktionsumfang. Die beiden bekanntesten Plattformen sind Xing und LinkedIn (Schwierz, C., 2009). Firmen nutzen das Portal häufig zum Anwerben von Personen, die entsprechend der gemachten Angaben dem eigenen Unternehmensprofil entsprechen. Die Zeit, die Nutzer heutzutage auf Social Networking-Plattformen verbringen, hat zwischen 2007 und 2008 dreimal so stark zugenommen wie die Zeit, die generell im Internet verbracht wird, wobei ein Großteil der Kommunikation in allen Altersgruppen im Internet über diese Plattformen läuft (Nielsen, 2009, S.3). Ein weiteres wichtiges Tool, das teilweise auch Bestandteil von Social Media Plattformen ist, ist das sogenannte Filesharing. Als Filesharing bezeichnet man den Vorgang, eigene Dateien auf Internetportalen hochzuladen, um sie so der Gemeinschaft zur Verfügung zu stellen. Dabei besteht die Möglichkeit, spezielle Tauschbörsen für Fotos, Videos, Musik oder andere Informationen zu nutzen, wobei das Portal auch zur simplen Datenhaltung genutzt werden kann. Als Beispiel wären hier die Anbieter You-Tube aus dem Bereich Videosharing, Zooomr aus dem Bereich Fotosharing, Napster aus dem Bereich Musik und BitTorrent aus dem Bereich Filesharing zu nennen. In diesem Zusammenhang sind auch Podcasts zu erwähnen. Hierbei handelt es sich um Audio-Dateien, die man aus dem Internet lädt und auf seinem Rechner oder auf einem MP3-Player anhört. Das Wort setzt sich zusammen aus dem Namen des bekanntesten MP3-Players, dem iPod und dem englischen Wort „broadcast“. Um Podcasts anhören zu können, benötigt man lediglich ein Gerät zum Abspielen von MP3-Dateien und eine Internetverbindung. Größtenteils werden Podcasts umsonst angeboten und können abonniert werden, so dass sie automatisch heruntergeladen werden. Obwohl auch in Deutschland ein rasanter Anstieg der Downloads von Pocasts zu verzeichnen ist, so gilt es doch als Entwicklungsland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, den USA und vor allem dem asiatischen Raum. Für Marketingstrategien der Unternehmen sind jedoch die oben beschriebenen File Sharing Communities und auch das Podcasting sehr attraktiv, da diese Portale nützliche Features bieten, um das Bereitstellen, Teilen und Nutzen von Audio-, Video- oder Bilddateien aber auch geschickt platzierter Werbung bequemer zu machen (Cheng, Dale & Liu, 2007, S. 1). Neben dem breiten Angebot von Medien, welche diese Plattformen bieten, zeichnen sie sich besonders durch den Community-Gedanken aus, da man nach Erstellung eines Accounts nicht nur eigene Inhalte hinzufügen sondern auch Beiträge anderer Nutzer kommentieren und bewerten kann. Darüber hinaus lassen sich Inhalte ganz einfach per Email weiterleiten oder in eigene Webseiten und Blogs einbetten (Cheng X., 2007, S.1). Besonders Video-Communities erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Allein You-Tube, die 2005 gestartete und inzwischen führende Plattform für Online-Videos, war 2007 für fast zehn Prozent des gesamten Internet-Traffic verantwortlich (Cheng X., 2007, S.1). Die auf You-Tube eingestellen Videos können mit wenigen Mausklicks auf persönlichen Accounts entsprechender Social Networking- Plattformen wie MySpace oder Facebook oder in einem Blog-Eintrag verlinkt werden. |

## Chancen und Risiken bei der Nutzung von Social Media

|  |
| --- |
| Deutsche Unternehmen und Institutionen im Gesundheitswesen beginnen nur zögerlich, das Web 2.0 als Instrument für interne oder externe Projekte und Prozesse zu nutzen. Im Vergleich zu den Vereinigten Staaten oder Asien aber auch im Vergleich zu einigen europäischen Ländern liegen deutsche Unternehmen bei der Nutzung von Social Media deutlich zurück. Der Grund hierfür mag in einem möglichen Kontrollverlust über die ins Netz gestellten Informationen oder bei Problemen mit dem Datenschutz liegen aber als Unternehmen sollte man auch über die möglichen Vorteile und Erleichterungen nachdenken. Über soziale Netzwerke haben Firmen nämlich die Chance, direkt mit ihren Kunden zu kommunizieren und zudem einen globalen Marktplatz zu nutzen. Sie können Neuigkeiten einer breiten Masse ankündigen, Referenzen einholen aber auch Feedback erhalten, um sich nach dem Markt auszurichten. Dies bietet den Unternehmen Möglichkeiten, neue Märkte und Kunden zu erobern, sofern gewisse Spielregeln beachtet werden. Aber auch wenn das Unternehmen keine Web 2.0-Anwendungen einsetzen möchte, kann es über ein entsprechendes Monitoring Informationen über das Verhalten seiner Kunden einholen. Gleichzeitig kann auch nachvollzogen werden, wie über das Unternehmen oder die von ihm angebotenen Produkte gesprochen und gedacht wird. Das setzt zum einen Know-how im Umgang mit den neuen Kanälen als auch Geld für den Zeitaufwand und eine gute PR-Agentur voraus. Zum Grundrepertoire gehören hierbei die Nutzung interaktiver Werkzeuge zur Kundenbindung, die geeignete Ansprache einzelner Zielgruppen, die Community-Bildung sowie die Geschäftsanbahnung mit Kunden oder Partnern. Aber nicht nur im externen Bereich können Social Media Anwendungen eingesetzt werden. Eine weiterer Vorteil der Nutzung von Web 2.0 Tools besteht in der internen Vernetzung von Mitarbeitern über entsprechende Plattformen, die der Verbesserung des Kommunikationsflusses im Unternehmen dienen können. Die stetige Abrufbereitschaft und soziale Mobilität durch die Verbreitung von sehr leistungsfähigen Smartphones sowie die Installation leistungsfähiger Netze machen es möglich, dass die Mitarbeiter die gewohnte Infrastruktur aus dem Büro auch von unterwegs nutzen können. Durch die Nutzung von Social Media – Plattformen kann die Kommunikationskultur in Unternehmen offener gestaltet und die Zusammenarbeit im Unternehmen sowie die Interaktion mit Kunden produktiver und effizienter werden. Die ständige Abrufbarkeit und das unmittelbare Bearbeiten von Informationen sowie der Zugriff auf synchronisierte Kalendereinträge und Kontaktdaten oder die Nutzung persönlicher Plattformen für den beruflichen Alltag sind mittlerweile Standards mobiler Kommunikationslösungen, wobei diese ständige Konnektivität ständig neue Möglichkeiten für Geschäftsprozesse mit Kundenkontakt ermöglicht. Im Büro vorbereitete Präsentationen oder Geschäftsinformationen können jederzeit bequem mobil abgerufen und so neue Kundenabschlüsse beschleunigt werden. Weiterhin ist eine Entlastung des Marketing-Budgets möglich, da keine Kosten für die Errichtung einer Facebook Fanpage oder eines Twitter Account entstehen. Facebook-Nutzer bekommen beispielsweise die Möglichkeit, auf der Plattform ein Fan einer bestimmten Marke oder eines Unternehmens zu werden. Über die Anzahl registrierter Fans kann dann festgestellt werden, inwieweit das Firmen- oder Markenprofil Anklang bei den Nutzern gefunden hat bzw. wie erfolgreich die Unternehmensdarstellung ist. Die Reichweite dieser Online-Plattformen und somit der Pool potenzieller Kunden oder Geschäftspartner ist immens. Richtig angewendet können Marketingstrategien im Web 2.0 zu einem sehr guten Werbeeffekt bei geringen Kosten, zu einer Brand Awareness bei den Kunden und zu einer Erhöhung des Traffic auf die Unternehmenswebsite sowie zu einer stärkeren Kundenbindung und einen besseren Kundendialog bei gleichzeitiger Akquisition von Neukunden führen. Eine andere Möglichkeit der Anwendung bietet sich den Firmen bei der Suche nach neuen Mitarbeitern. Wenn auch in Deutschland noch wenig systematisch, so wird Social Media von einigen Personalverantwortlichen häufig bei Bewerbungen genutzt. In einer Umfrage bestätigten immerhin 60 Prozent der Befragten, dass sie sich gelegentlich oder selten auf einschlägigen Plattformen über potenzielle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informieren. Da die teilweise unüberlegten und öffentlich zur Schau gestellten Informationen und persönlichen Daten häufig einen guten Einblick geben, lässt dies darauf schließen, dass die gefundenen Informationen durchaus auch zur Bewertung von Bewerbungen genutzt werden. (Schwierz, C., 2009). Weiterhin stellt das sogenannte Crowdsourcing im Bereich des Projektmanagements eine elegante Möglichkeit der Bearbeitung von Projekten dar. Das Crowdsourcing bzw. die Schwarmauslagerung bezeichnet im Gegensatz zum Outsourcing nicht die Auslagerung von Unternehmensaufgaben oder Unternehmensstrukturen an Drittunternehmen, sondern die Auslagerung auf die Intelligenz und die Arbeitskraft einer Masse von Freizeitarbeitern im Internet. Die Internetgemeinschaft löst diverse Aufgaben und Probleme oder ist an Forschungs- und Entwicklungsprojekten beteiligt. Je aktiver Social Media betrieben wird, desto stärker ist anschließend auch die Resonanz der Internetnutzer. Je aktiver die Marken in den Social Media Diensten sind, desto mehr Resonanz finden sie in der Online-Community. Dies führt auf der anderen Seite aber auch zu Risiken, da sich Postings wie ein Lauffeuer verbreiten können und dann nicht mehr kontrollierbar sind. Die Folgen für das Marketing können gravierend sein. Ein Blog für den sich niemand interessiert oder über den sich lustig gemacht wird, kann nur schlecht für das Image eines Unternehmens sein. Noch schlimmer sind negative Schlagzeilen, wobei es kein Zurück mehr gibt, wenn eine Werbekampagne erst mal ins Laufen geraten ist. Die Entwicklung ist vorher nicht absehbar und falls eine unerwünschte Lawine ins Rollen kommt, kann sie in aller Regel nicht mehr gestoppt werden. Jedoch muss auch beachtet werden, dass sich auch ohne aktive Beteiligung der Firmen an Social Media - Plattformen und der Community Risiken für das Unternehmen bilden können. Aus diesem Grund sollten Unternehmen zumindest ein entsprechendes Monitoring durchführen, um bei rufschädigenden Einträgen schnell handeln zu können. Trotz dieser rasanten Verbreitung scheuen viele Unternehmen noch die Auseinandersetzung mit den neuen Anwendungsmöglichkeiten aus dem Bereich Social Media. Ein hierbei oft angeführtes Argument ist eben die Angst vor dem oben beschriebenen Kontrollverlust. Allerdings sollten sich die Unternehmen darüber im klaren sein, dass sie auch ohne ihr Zutun immer häufiger zum Gegenstand digitaler Gespräche werden. Falls sich ein Unternehmen nicht mit dem Web 2.0 auseinandersetzt hat es auch keine Möglichkeit dies zu bemerken, weil es dann die einschlägigen Plattformen im Internet gar nicht kennt (Schwierz, C., 2009). Auf der anderen Seite kann sich Chaos einstellen, wenn diese Plattformen nicht aus dem Unternehmen heraus professionell betreut werden. Unternehmen sollten daher eine Social-Media-Strategie aufstellen, um allen Beteiligten klare Richtlinien über Erwartungen und Verantwortlichkeiten zu geben. Der Fall eines Mitarbeiters, der sich in einem Blogbeitrag über schlechte Arbeitsbedingungen bei seinem Noch-Arbeitgeber beschwert, ist da noch vergleichsweise harmlos, da man solche bewussten negativen Aussagen im Vorfeld kaum verhindern kann. Allerdings sollte man sich in diesen Fällen vorher überlegt haben, wie man angemessen darauf reagieren könnte. Deutlich größere Imageprobleme können auftreten, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Unternehmens ihren Arbeitgeber auf Social Media Plattformen unterstützen möchten und dabei beispielsweise anonym Wikipedia-Artikel verändern oder sich als zufriedene Kunden getarnt in Diskussionen beteiligen. Hier kann durch eine nachhaltige Aufklärung der Mitarbeiter viel mögliches Unheil im Vorfeld vermieden werden. Zum Schluss ist bei den Risiken auch noch der Datenschutz anzusprechen. Der Schutz der Privatsphäre ist eine der Herausforderungen, der sich sowohl die Plattformbetreiber als auch die Nutzer stellen müssen. Welche Schutzmöglichkeiten bieten Facebook, Myspace & Co an und wie gehen sie mit den Ihnen anvertrauten Daten um? |

## 

## Virales Marketing

|  |
| --- |
| Heutzutage begegnet dem Verbraucher fast überall Werbung und es ist nahezu unmöglich, sich dieser Flut zu entziehen. Studien zeigen, dass Konsumenten täglich zwischen 2500 und 5000 Werbebotschaften ausgesetzt sind (Langner, 2009, S. 13). Da das Angebot an Produkten mittlerweile unüberschaubar geworden ist, verliert klassische Werbung im gleichen Maße an Glaubwürdigkeit wie das Misstrauen der Menschen gegenüber den beworbenen Produkten zunimmt. Auf der anderen Seite bleibt das Vertrauen gegenüber Freunden und der Familie jedoch erhalten und gut gemeinte Empfehlungen von Verwandten und Bekannten werden immer gerne angenommen. (Ehgartner, C., 2008). Da viele Konsumenten diese Unmengen an Werbung weder wahrnehmen wollen noch dies in vollem Umfang können sowie die meisten Kaufempfehlungen unbewusst wieder auszublenden versuchen, ist es für Unternehmen eine immer größere Herausforderung, mit Werbemaßnahmen die Konsumenten zu erreichen. Virales Marketing versucht diese Problematik zu umgehen, indem zu Vermarktungszwecken gezielt Mundpropaganda ausgelöst wird und die Werbebotschaft von den Kunden selbst entdeckt und für so interessant empfunden wird, dass sie anderen davon berichten möchten (Langner, 2009, S.29). Unternehmen können hiervon enorm profitieren, da diese Marketingstrategie erstens kostengünstig ist und zweitens die Konsumenten die Werbung bewusst aufnehmen, ihr offen begegnen und weiterleiten (Leskovec, J., 2007, S.1). Da sich diese Effekte auf massenpsychologische Grundlagen zurückführen lassen, ist es sinnvoll von psychologischen Viren zu sprechen. Das Web 2.0 bietet nun für virales Marketing hervorragend geeignete Kanäle. In einem Experiment fand Mitte der 60er Jahre der Psychologe Stanley Milgram heraus, dass im Durchschnitt nur sechs direkte Kontakte einer Person als Weiterleitung nötig sind, um von einem zu einem beliebig anderen Menschen in der Welt zu gelangen. Somit kann eine geschickt platzierte Werbemaßnahme in einem sozialen Netzwerk eine schnelle Verbreitung der Botschaft ermöglichen (Schmidt, M., 2009). Unter den richtigen Rahmenbedingungen ist eine virale Botschaft in der Lage exponentiell anzuwachsen und damit auch die Bekanntheit eines Produkts oder einer Marke mit jeder Weitergabe entsprechend zu erhöhen (Schmidt, M., 2009). Das wesentliche Merkmal des viralen Marketings besteht somit in der Ansteckung des Kunden, eine Botschaft weiterzuleiten und von den epidemischen Verbreitungsprozessen derart zu profitieren, dass durch die Verbreitung möglichst viele Menschen mit minimalem finanziellen Aufwand erreicht werden (Schmidt, M., 2009). Studien zeigen, dass inzwischen zwei Drittel aller Internetnutzer weltweit regelmäßig Social Networking-Plattformen und Blogs benutzen und zehn Prozent der im Internet verbrachten Zeit auf diesen Sektor entfällt (Nielsen, 2009, S. 1). Eine virale Marketingkampagne setzt sich aus vier Hauptteilen zusammen, dem Kampagnengut, den Rahmenbedingungen, Weiterempfehlungsanreizen und dem zielgruppenspezifischen Streuen (Langner, 2009, S.37). Da bei viralen Marketingkampagnen häufig nicht das eigentlich zu bewerbende Produkt im Mittelpunkt sondern die virale Werbung selbst steht, wird diese auch als Kampagnengut bezeichnet. Kampagnengut soll nicht als Werbung wahrgenommen werden, sondern durch eine interessante oder innovative Botschaft Aufmerksamkeit erzeugen, so dass die User, die damit in Kontakt kommen, die Botschaft weiterleiten. (Langner, 2009, S.38). Um die Verbreitung von Kampagnengütern möglichst nicht zu blockieren, sollte das Kampagnengut zum einen kostenlos zugänglich und zum anderen leicht verfügbar sein. Der Inhalt des Kampagnenguts darf nicht zu kompliziert sein und sollte möglichst wenig Zeit beim Downloaden in Anspruch nehmen (Langner, 2009, S. 44f.). Für eine erfolgreiche Umsetzung sollten bestehende Kommunikationsnetze und Verhaltensmuster der Zielgruppe effizient genutzt werden, um eine schnelle Verbreitung der Botschaft zu gewährleisten. Dazu sollten Kommunikationswege gewählt werden, die von der Zielgruppe, auf welche die Werbung abzielt, ohnehin verwendet wird. (Langner, 2009, S. 47). Ebenfalls bei der Planung sollte die Verfügbarkeit des Kampagnenguts nicht vernachlässigt werden. Dies bedeutet zum Beispiel auch, dass Besucheranstürme auf zur Verfügung gestellte Downloads problemlos bewältigt werden können (Langner, 2009, S. 47). Ein weiterer Anreiz für die User, die Botschaft zu verbreiten, stellen Prämien dar, die Nutzer erhalten, wenn sie ein Kampagnengut weiterempfehlen. (Langner, 2009, S. 49). Allerdings ist beim Anbieten von Prämien Vorsicht geboten, da viele Konsumenten bei Geschenken misstrauisch werden und einen „Haken“ vermuten und aus diesem Grund aus Unsicherheit lieber auf die Prämie verzichten und damit auf ein Weiterreichen des Kampagnenguts (Langner, 2009, S. 52). Bevor mit der Verbreitung eines Kampagnenguts begonnen werden kann, sollte klar definiert sein, welche Ziele man verfolgen möchte und welche Zielgruppe erreicht werden soll. Die häufigsten Ziele für virales Marketing ist die Steigerung der Markenbekanntheit, aber auch die Gewinnung von Kundeninformationen durch Abfrage bestimmter Daten wie E-Mail-Adressen oder die Steigerung der Verkaufszahlen eines Produkts (Langner, 2009, S. 59). Weiterhin ist bei der Zielsetzung eine klare Definition und Messbarkeit des Traffic wichtig, um später eine sinnvolle Analyse und Erfolgsmessung der Kampagne durchführen zu können. Auch die klare Definition der Zielgruppe spielt eine große Bedeutung, da das Kampagnengut durch die Konsumenten nicht verbreitet wird, wenn sie es als nicht interessant empfinden. Hat man allerdings das Interesse geweckt, erfolgt nicht nur eine einfache Weiterleitung der Botschaft, sondern diese ist außerdem noch zielgenau, da die Konsumenten selbst wieder Freunde oder Bekannte aussuchen, denen das Kampagnengut ihrer Meinung nach gefallen könnte (Langner, 2009, S. 61). Im Vorfeld ist es ratsam, Testläufe mit unterschiedlichen Ideen durchzuführen, um die richtige Zielgruppe zu finden (Langner, 2009, S. 62). Hat man Ziel und Gruppe festgelegt, kann mit dem sogenannten „Seeding“ begonnen werden. Hiermit ist das zielgruppen-spezifische Streuen des Kampagnenguts gemeint. Bei dem sogenannten einfachen Seeding, bei dem das Kampagnengut Bestandskunden, Freunden oder Bekannten präsentiert wird, etwa auf der eigenen Webseite oder als Erwähnung in Newslettern, ist die Qualität des Kampagnenguts besonders wichtig, um den Empfehlungsprozess in Gang zu bringen (Langner, 2009, S. 72). Bei der zweiten Variante, dem erweiterten Seeding, soll das Kampagnengut so schnell wie möglich verbreitet werden und dabei über viele verschiedene Plattformen und Kanäle, wie sie etwa das Web 2.0 bietet, in Umlauf gebracht werden. Um sich von der Masse abzuheben, muss das Kampagnengut über eine möglicherweise zeitintensive Auseinandersetzung mit der Community ins Gespräch gebracht werden (Langner, 2009, S. 77). Wichtige Instrumente beim erweiterten Seeding sind Foren und Blogs, wobei hier zwar nur eine kleine Zahl an Nutzern an einer Diskussion aktiv beteiligt ist, hingegen die Zahl der Leser um ein Vielfaches höher liegt. Aber auch hier ist der Aufwand hoch, da man zunächst die geeigneten Foren oder Blogs selektieren und eine gute Beziehung zur Community aufbauen muss, um das Kampagnengut aktiv und sinnvoll ins Gespräch zu bringen (Langner, 2009, S. 79). Aufgrund der Tatsache, dass ein immer größer werdender Teil der sozialen Interaktion zwischen Menschen auf Social Networking-Plattformen stattfindet, sind diese für erweitertes Seeding unverzichtbar und entsprechende Kooperationen mit Plattformen, bei denen Werbung gezielt bei Nutzern geschaltet wird, sinnvoll. Besser und vor allem günstiger ist allerdings der direkte Kontakt zur Community selbst. Eine Möglichkeit, den Kontakt mit anderen Usern herzustellen, ist die Entwicklung von kleinen Anwendungen, den sogenannten Widgets, welche die Nutzer von Sozialen Netzwerken in ihre Profile einbauen können. Das Kampagnengut kann in diesem Fall beispielsweise in Form von Spielen im Widget versteckt sein (Langner, 2009, S. 81). Entscheidend für den Erfolg von Viralmarketing-Kampagnen sind auch die eingesetzten Motivatoren, da Nutzer trotz grundsätzlicher Bereitschaft, häufig die Botschaften nicht weiterempfehlen, wenn sie keine entsprechenden Anreize bekommen. Bei einem übermäßigen Gebrauch von Motivatoren kann es dagegen zu Abwehrreaktionen gegen den offenkundigen „Missbrauch“ des Kunden als Werbebotschafter kommen, wobei insbesondere zu hochwertige Prämien immer jemanden zur Manipulation des Systems einladen werden. Die Motivatoren sollten sich daher stets auf dem Niveau einer freundlichen Erinnerung oder eine kleinen Anerkennung bewegen. Wie oben schon erwähnt sollten Viralmarketing-Maßnahmen für den Anwender einfach zu handhaben sein, da das Weiterleiten eines Newsletters oder das Klicken auf den „Send-to-a-friend“-Schalter mit Eingabe einer Email-Adresse schnell und ohne größeren Aufwand zu bewerkstelligen sind. Die User werden sich verweigern, sobald zeitaufwendige Handlungen notwendig oder umfangreiche Formulare auszufüllen sind, die womöglich noch persönliche Daten abfragen. |

# Marketing/Vertrieb

## Service-Plattform für Ärzte, medizinische Fachkräfte und Patienten

|  |
| --- |
| Im Rahmen eines eigenen Projekts ist in einem ersten Schritt die Entwicklung einer Service-Plattform im Internet für Leistungserbringer und -anbieter sowie Patienten geplant. Dies geschieht mit dem Ziel, eine Datenbank zu generieren, die für ein weiteres Projekt herangezogen werden kann. Um einige der Ideen, die auf dieser Plattform umgesetzt werden sollen, im Vorfeld zu testen und um auf die Besonderheiten der Plattform aufmerksam zu machen, sollen Web 2.0 – Anwendungen benutzt werden. Die Plattform soll zunächst für eine Ärztevermittlung benutzt werden. Hierzu ist der Aufbau einer Datenbank vorgesehen, die auf der einen Seite Leistungsanbieter wie Krankenhäuser, Praxen, Notdienstzentralen, Altersheime, etc. erfasst und diesen über eine entsprechende Eingabemaske die Möglichkeit gibt, Anforderungsprofile für Stellenangebote eingeben zu können. Auf der anderen Seite soll die Plattform Honorarärzten bzw. medizinischem Fachpersonal die Möglichkeit geben, ihr eigenes Profil mit Suchanfragen für entsprechende Stellen eingeben zu können. Die Datenbank soll beide Profile „matchen“ und eine entsprechende Verbindung zwischen Nachfrager und Anbieter herstellen. Trotz der schon bestehenden Anbieter gerade aus dem Bereich der Personalvermittlung besteht ein weiterer Bedarf an solchen Dienstleistungen. Der Aufbau der Datenbank wird zunächst regional und anschließend bundesweit vorangetrieben. In einem weiteren Schritt soll das Netz für Patienten freigeschaltet werden, wobei über ein automatisiertes Management Patientenanfragen entgegengenommen und systematisch erfasst, aktiv weiterentwickelt und an die entsprechenden Leistungserbringer weitergeleitet werden. Dies beinhaltet auch, dass Sonderwünsche von Patienten ebenfalls flexibel erfasst werden können (z.B. besondere Anforderungen an die Mahlzeiten, religiös oder ethnisch bedingte Bedürfnisse, Sprachen bzw. Dolmetscher, Organisation der Rehabilitation, Berücksichtigung von Mitreisenden, Transfers usw.). Weiterhin ermöglicht eine Suchfunktion Patienten den direkten Kontakt zu Ärzten oder anderen Leistungsanbietern. Darüber hinaus ergibt sich für die Patienten die Möglichkeit des gemeinsamen Austauschs von Informationen. Die nächsten Schritte befassen sich mit einem Ausbau von Zusatzangeboten, wobei beispielsweise im Bereich des Abrechnungswesens ein Angebot folgendermaßen aussehen könnte: Wir stellen auf der Plattform eine zusätzliche Anwendung zur Verfügung, die es niedergelassenen Ärzten erlauben soll, ihre Leistungen vor der kassenärztlichen Vergütung abrechnen zu können. Hierzu können die Ärzte vor Beginn des jeweiligen Quartals ihre Leistungen über ein zuvor verhandeltes Leistungsvolumen über eine dritte Partei (in der Regel ein Versicherungsunternehmen) vergüten lassen. Diese dritte Partei wird dann nach Eingang der Vergütung durch die Kassenärztliche Vereinigung durch die teilnehmenden Ärzte ausbezahlt und trägt das Risiko eines eventuellen Verlustes aber auch den möglichen Gewinn. Über unsere Onlineplattform wird somit ein virtueller Markt zur Verfügung gestellt, auf dem vertraglich gebundene Vereinbarungen (angestrebtes Leistungsvolumen der teilnehmenden Ärzte mit entsprechenden Qualitätsstandards) über bestimmte Dienstleistungen und deren Inanspruchnahme zum Ende des jeweiligen Quartals abgerechnet werden. Der Vorteil für Ärzte besteht in erster Linie in einer sofortigen Bezahlung ihrer Leistungen und somit einer höheren Liquidität. Um entsprechend viele Teilnehmer für dieses Vergütungsmodell zu gewinnen, gehört es zu unseren Dienstleistungen, abrechnungsrelevante Faktoren der Dienstleistungen allen Teilnehmern zur Verfügung zu stellen, so dass für diese der Aufwand und die Kosten für die Informationsbeschaffung weitgehend entfallen. Dies ist nur ein Beispiel für einen zusätzlichen Service, der auf der Plattform angeboten werden kann.  Insgesamt gestattet die oben beschriebene Vorgehensweise einen modularen Aufbau, der initial auch über Crowdsourcing-Projekte abgearbeitet werden könnte. Die Nutzung der Web 2.0 Tools soll es zunächst ermöglichen, geeignete Zielgruppen zu finden und die Ideen zu testen und ggfs. weiterzuentwickeln, ohne die komparativen Konkurrenzvorteile im Vorfeld zu verraten. |

## Web 2.0 – Strategie für die eigene Projektidee

|  |
| --- |
| Weblogs eignen sich im Rahmen des Projektes als wirksames Instrument der Marketing-Kommunikation. Hierbei können bestimmte Informationen schnell an Nutzer und Anwender, die diese Informationen interessieren könnten, weitergeleitet werden. Man muss sich dabei dann nicht der Hilfe von E-Mails bedienen, sondern kann mit Hilfe eines Weblogs diese Informationen zentral bereitstellen und somit für den Anwender auch die Flut der E-Mails eindämmen. Damit dieses Prinzip jedoch greift, braucht es zunächst einmal eines aktiven Nachfragers, da die Internet-Nutzer im Falle von Weblogs ihre Informationsquellen selbst aussuchen. Aus diesem Grund sollen in einem ersten Schritt Zielgruppen und Communities im Netz, die sich mit dem Gesundheitswesen befassen, identifiziert und gezielt angesprochen werden, da hier eine effiziente Verbreitung der Ideen aufgrund der schon bestehenden Sensibilisierung für entsprechende Fragestellungen wahrscheinlicher ist. Zuvor müssen allerdings die einschlägigen Blogs genau studiert werden, um im weiteren Verlauf auch glaubwürdig und authentisch schreiben zu können. Die Voraussetzung für ein Gelingen einer Implementierung des eigenen Projektes in den einschlägigen Foren ist, selbst Teil der Community zu werden. Nach entsprechendem Austausch und weiterer Optimierung von Ideen zum Aufbau der Serviceplattform können auch andere Zielgruppen nach dem Motto „Gesundheit geht uns alle an“ angesprochen werden. Gesundheitsforen sollen als Diskussionsplattformen genutzt werden, um die Idee zu platzieren und auszutesten. Ein Ziel hierbei ist die Erstellung einer Art Meta-Netz über schon etablierte soziale Netzwerke, welches dann auf die eigene Plattform übertragen werden kann. Sind die Zielgruppen erst einmal identifiziert, können Testläufe mit den unterschiedlichen Ideen durchgeführt werden und die Resonanz der User beispielsweise durch eine direkte Bewertung („gefällt mir - Button“) abgefragt werden. Wichtig hierbei ist jedoch, dass man nicht zu viel an Informationen präsentiert, da davon auszugehen ist, dass sich innerhalb der anvisierten Zielgruppe durchaus auch potenzielle Nachahmer an den Diskussionen beteiligen, um Projektteile kopieren zu können. Das Seeding kann in dieser Phase durch Zuspielen relevanter Inhalte an sehr aktive Blogger erfolgen. Das wesentliche Ziel bleibt in diesen ersten Schritten der Aufbau eines Netzwerkes, die Erregung von Aufmerksamkeit für das Projekt und für das Unternehmen sowie die Generierung einer Datenbank. Richtig angewendet könnten diese ersten Schritte im Web 2.0 zu einer „Project“- Awareness bei potenziellen Kunden und zu einer Erhöhung des Traffic auf eine Testversion der Plattform sowie zu einem besseren Dialog mit der Community, die sich ggfs. auch mittels Crowdsourcing an dem Projekt beteiligen könnte, führen. Wichtig in dieser ersten Phase ist die Aktivierung der User, die von sich aus eine Verbreitung und Verlinkung auf die Projektseiten durchführen müssen. Dies setzt auch die Möglichkeit zur Weiterleitung beispielsweise in Form einer Tell-A-Friend-Funktion voraus. Die Motivation der User muss durch das Projekt selbst hervorgerufen werden, was natürlich eine gewisse Anforderung an die Botschaft stellt. Im Mittelpunkt steht daher die Weitergabe von zunächst freien Service- oder Dienstleistungen, die so einen Nutzenzuwachs für den Kunden stiften, um so Aufmerksamkeit zu erlangen und eine weitere Verbreitung der Projektidee gewährleisten. Diese Weiterleitung muss dem User wie oben schon beschrieben so einfach wie möglich gemacht werden („Tell-A-Friend-Funktion). Um die Verbreitung der Projektidee zu messen, sollte das eingesetzte System die Möglichkeit haben, den Traffic zu messen, um zum einen eine Rückkopplung über Erfolg oder Misserfolg zu haben und zum anderen die begrenzten Ressourcen des Web-Servers nicht zu überlasten. Bei zu begrenzten Ressourcen des Servers könnte es zum einem Ausfall des Systems kommen. Besser wäre es daher schon im Vorfeld dafür zu sorgen, dass für die Verbreitung der Projektidee die Internetuser sorgen. Man müsste in diesem Fall lediglich geschickt die Weichen dafür stellen, dass andere über die Dienstleistung berichten beziehungsweise Texte, Bilder oder Videos weiterleiten. Vielleicht am wichtigsten ist die Ausnutzung von Motivationen und Verhaltensweisen der Nutzer. Facebook konnte letzten Endes nur an MySpace vorbeiziehen, weil es verstanden hat, das die Attraktivität einer sozialen Plattform auch mit dem sozialen Status und dem Wissen um den Beziehungsstatus steigt. Ursprünglich als exklusives Harvard-Netzwerk gedacht, konnte Facebook über Integration weiterer Elite-Universitäten die Attraktivität für andere, an diesem Netzwerk zu partizipieren, erhöhen. Mit dem sogenannten Beziehungsstatus gelang Mark Zuckerberg ein weiterer Clou, der es für viele User attraktiv macht, sich an diesem Netz zu beteiligen. Es gilt also die Motivationen und Verhaltensweisen von Menschen auszunutzen, wobei insbesondere das Streben nach Berühmtheit, Exklusivität oder schlicht und einfach das Sterben nach Verständnis berücksichtigt werden sollte. Das Projekt muss also auch das Bedürfnis der Menschen nach sozialer Akzeptanz sowie die Möglichkeit, neue Informationen zu erhalten und Trends zu folgen, befriedigen. Ob uns dies gelingt, wird sich zeigen.  Um im Vorfeld zu testen, ob und wie bestehende Unternehmen, Institutionen oder die Konkurrenz im Gesundheitswesen Social Media einsetzen, wurde zum Schluss noch eine Internetrecherche durchgeführt. Für die Recherche im Internet wurden hierbei zwei Ansätze verfolgt. Im ersten Ansatz wurden Institutionen ausgewählt und geprüft, ob sie Web 2.0 Anwendungen für sich nutzen. Geprüft wurden gesetzliche und private Krankenkassen, Leistungserbringer wie beispielsweise das Rhön-Klinikum sowie institutionelle und Patientenorganisationen. Im zweiten Ansatz wurde über eine entsprechende Suchanfrage über Google das entsprechende Web 2.0 Tool und seine Anwendung im Gesundheitswesen überprüft. Insgesamt ließ sich hierbei feststellen, dass die großen Unternehmen und institutionelle Organisationen in Deutschland Social Media wenn überhaupt nur zögerlich einsetzen. Meistens geschieht dies in Form von RSS-Feeds und Weblogs. Aber auch auf größeren sozialen Plattformen findet man einzelne Krankenhausbetreiber und Institutionen, die sich jedoch nur in Form von abrufbaren Informationen präsentieren, die man auch auf deren Websites finden kann, so dass man den Eindruck gewinnt, das in erster Linie die sozialen Plattformen zur Präsentation von aufgearbeiteten Informationen dienen. Deutlich aktiver sind kleinere Anbieter, die auch soziale Plattformen und Netzwerke für die Akquisition von Kunden einsetzen. Inwiefern unternehmensintern auf die Web 2.0 Tools zurückgegriffen wird, wurde nicht überprüft. Die Analyse zeigt jedoch, dass auf dem „Markt“ der sozialen Plattformen viele Unternehmen noch sehr zurückhaltend agieren, was für das eigene Projekt einen Wettbewerbsvorteil darstellen sollte. |

## Kommunikationsstrategie

|  |
| --- |
| Projektarbeit Gebert |

# Chancen/Risiken

## Welche Risiken bestehen?

|  |
| --- |
|  |

## Wie soll diesen Risiken begegnet werden?

|  |
| --- |
|  |

## Welche außergewöhnlichen Chancen bestehen in welchen Bereichen?

|  |
| --- |
|  |

# Meilensteinplanung

## Meilensteine Ihrer Produkt- und Dienstleistungsstrategie

|  |
| --- |
| - Datenbankaufbau (Automatisches Anlegen von Informationen, Automatisches Matching, Automatische Weiterleitung mittels Mail, Weblog...)  - Web 2.0-Anwendungen, Mobile Applications, SEO (Suchmaschinenoptimierung)  - Informationsbeschaffung / Datenbankgenerierung mittels sozialer Netzwerke (Internetcrawler / Spione)  - Content Management Systeme  - Verlinkung zu sozialen Netzwerken  - Crowdsourcing + Open Source  - Testen der Benutzeroberfläche und der Datenbank im Netz (ohne offiziellen Launch der Seite)  - quantitative Analyse viraler Kampagnen mittels standardisierter Aufzeichnungen von Anfragen an einen Server über Logfiles (Seitenaufrufe, Informationen zum anfragenden Computer)  - Implementierung von Analyse-Tools zur Beurteilung und Auswertung des Traffic der Webpage |

## Meilensteine Ihrer Kommunikationsstrategie

|  |
| --- |
|  |

## Kapitel

|  |
| --- |
|  |

# Finanzierung

## Kapitalbedarf

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | *Gründungskosten* | 1. Monat | 2. Monat | 3. Monat | 4. Monat | 5. Monat | | Beratungen |  |  |  |  |  | | Anmeldungen, Genehmigungen, Notar, Eintragung Handelsregister |  |  |  |  |  | | Sonstige Ausgaben |  |  |  |  |  | | **Summe Gründungskosten** |  |  |  |  |  | | *Ausgaben bis zum ersten Geldeingang* |  |  |  |  |  | | Unternehmerlohn |  |  |  |  |  | | Personalkosten |  |  |  |  |  | | Pacht, Miete, Leasing |  |  |  |  |  | | Marketingkosten |  |  |  |  |  | | Versicherungen |  |  |  |  |  | | Reserve, Folgeinvestitionen |  |  |  |  |  | | Sonstige Aufgaben |  |  |  |  |  | | **+ Summe Anlaufkosten** |  |  |  |  |  | | *Anlagevermögen* |  |  |  |  |  | | Patent-, Lizenz-, Franchisegebühren |  |  |  |  |  | | Grundstücke, Immobilien (einschließlich Nebengebühren) |  |  |  |  |  | | Produktionsanlagen, Maschinen, Werkzeuge |  |  |  |  |  | | Betriebs- und Geschäftsausstattung |  |  |  |  |  | | Fahrzeuge |  |  |  |  |  | | **+ Summe Anlagevermögen** |  |  |  |  |  | | **+ Umlaufvermögen (Material und Warenlager)** |  |  |  |  |  | | **+ Kapitalkosten (Zinsen und Tilgung für Darlehen + Kredite)** |  |  |  |  |  | | **= Kapitalbedarf** |  |  |  |  |  | | *Liquidität* | 1. Monat | 2. Monat | 3. Monat | 4. Monat | 5. Monat | | **Bestand an flüssigen Mitteln** |  |  |  |  |  | | + Zahlungseingänge |  |  |  |  |  | | + Umsatzerlöse |  |  |  |  |  | | + Privateinlagen |  |  |  |  |  | | + Sonstige Einnahmen |  |  |  |  |  | | **= Summe der verfügbaren Mittel** |  |  |  |  |  | | *Ausgaben* |  |  |  |  |  | | Löhne, Gehälter |  |  |  |  |  | | Sozialabgaben |  |  |  |  |  | | Lieferanten |  |  |  |  |  | | Bareinkäufe |  |  |  |  |  | | Investitionen |  |  |  |  |  | | Kreditkosten |  |  |  |  |  | | Miete, Nebenkosten |  |  |  |  |  | | Steuern |  |  |  |  |  | | Versicherung |  |  |  |  |  | | Privatentnahmen |  |  |  |  |  | | Sonstige Ausgaben |  |  |  |  |  | | **- Summe der Ausgaben** |  |  |  |  |  | | **+/- Überschuss / Fehlbetrag vom Vormonat** |  |  |  |  |  | | **= Liquidität** |  |  |  |  |  | | **Erwartete Umsatzerlöse** |  |  |  |  |  | | **- Wareneinsatz** |  |  |  |  |  | | **= Rohgewinn** |  |  |  |  |  | | **+ Sonstige betriebliche Erträge** |  |  |  |  |  | | **Summe** |  |  |  |  |  | | *Aufwendungen* |  |  |  |  |  | | Personalkosten (+Nebenkosten) |  |  |  |  |  | | Raumkosten |  |  |  |  |  | | Betriebliche Steuern |  |  |  |  |  | | Versicherungen |  |  |  |  |  | | Beiträge |  |  |  |  |  | | Kfz-Kosten |  |  |  |  |  | | Werbe- und Reisekosten |  |  |  |  |  | | Kommunikationsmittel |  |  |  |  |  | | Instandhaltung |  |  |  |  |  | | Leasing |  |  |  |  |  | | Telefon, Fax, Internet |  |  |  |  |  | | Rechts- und Beratungskosten |  |  |  |  |  | | Zinsaufwendungen |  |  |  |  |  | | Abschreibungen |  |  |  |  |  | | Sonstige Aufwendungen |  |  |  |  |  | | **- Summe der Aufwendungen** |  |  |  |  |  | | **= Betriebsergebnis** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | *Haushalt* |  |  |  |  |  | | Miete oder vergleichbare Kosten |  |  |  |  |  | | Strom, Heizung, Wasser, Müllabfuhr |  |  |  |  |  | | Telefon, Fax, Internet |  |  |  |  |  | | Lebensmittel, Hausrat |  |  |  |  |  | | Kleidung etc. |  |  |  |  |  | | Freizeit |  |  |  |  |  | | Ausgaben für Geld- und Sachvermögen (z.B. Sparverträge) |  |  |  |  |  | | Sonderausgaben (z.B. Urlaub) |  |  |  |  |  | | **Summe Haushaltskosten** |  |  |  |  |  | | *Versicherungen* |  |  |  |  |  | | Lebensversicherung |  |  |  |  |  | | Rentenversicherung |  |  |  |  |  | | Krankenversicherung |  |  |  |  |  | | Unfallversicherung |  |  |  |  |  | | Haftpflichtversicherung |  |  |  |  |  | | Kfz-Versicherung |  |  |  |  |  | | Rechtsschutz |  |  |  |  |  | | **+ Summe Versicherungskosten** |  |  |  |  |  | | *Sonstiges* |  |  |  |  |  | | Rücklage für Einkommenssteuer |  |  |  |  |  | | Tilgung / Zinszahlungen für Privatdarlehen |  |  |  |  |  | | **+ Summe Sonstiges** |  |  |  |  |  | | **- Sonstige Einnahmen (z.B. Miete, Gründungszuschuss)** |  |  |  |  |  | | **= Erforderlicher Unternehmerlohn** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |

## 

## Fremdkapital

|  |
| --- |
|  |

# Curriculum Vitae von Dr. Siegbert Stracke

|  |
| --- |
| **Ausbildung:**  2010 - 2011: Executive MBA Studiengang, European Business School  2009 - 2010: Gesundheitsökonom (European Business School)  2004 - Heute: Wirtschaftsinformatikstudium, Universität Hagen (Teilzeit)  2005 - 2010: Facharzt Innere Medizin  2005 - 2007: Zusatzbezeichnung Notfallmedizin  2004 - 2007: Promotion  1998 - 2004: Studium der Humanmedizin, Justus-Liebig-Universität in Giessen  1998 - 2000: Studium der Mathematik, Justus-Liebig-Universität Giessen  **Beruflicher Werdegang in detaillierter Form:**  Meine klinische Weiterbildung fand am Zentrum für Innere Medizin an der Justus-Liebig-Universität statt. Hier war ich vom 01.02.2005 bis zum 01.04.2005 als Assistenzarzt in der Kardiologischen Ambulanz und im Herzkatheterlabor eingesetzt. Im Ambulanzbereich betreute ich akut und chronisch kranke Patienten mit koronarer Herzerkrankung, Kardiomyopathien, angeborenen und erworbenen Vitien, Herzrhythmusstörungen sowie arterieller Hypertonie. Es handelte sich überwiegend um multimorbide Patienten, die auch allgemein-internistisch diagnostisch und therapeutisch betreut werden mussten. Diagnostische Verfahren wie Ruhe-Elektrokardiogramm, Langzeit-Elektrokardiogramm, Ergometrie, ambulante Langzeit-Blutdruckmessung, Carotisdruckversuch, Schellong-Test sowie Echokardiographie konnte ich hierbei anwenden und vertiefen. Ich leitete medikamentöse Therapien ein und beriet die Patienten und deren Hausärzte in der Primär- und Sekundärprophylaxe. Außerdem assistierte ich bei Kontrollen von Ein- und Zweikammer-Schrittmachern. Im Herzkatheterlabor war ich eingesetzt für die Registratur und Assistenz bei Herzkatheteruntersuchungen und Interventionen. Dabei konnte ich fundierte Kenntnisse auf dem Gebiet der invasiv-diagnostischen und der interventionellen Kardiologie (PTCA, Stentimplantation, Rotablation, Atherektomie, intrakoronare Lyse, perkutane transmyokardiale Laserrevaskularisation, Thrombektomie, passagere Schrittmacherimplantation, Atrioseptostomie, Okkluderverschluss bei Septumdefekt und offenem Foramen ovale, Perikardpunktion und Anlage einer intraaortalen Gegenpulsationspumpe) erwerben. Außerdem registrierte ich bei elektrophysio-logischen Untersuchungen und Interventionen wie Isthmusablationen, En-Site-Ablationen und selektiven Pulmonalvenenisolationen. Während meiner Tätigkeit in der Klinik nahm ich am Bereitschaftsdienst für die Registratur und Assistenz bei Herzkatheter-Akutinterventionen teil. In der Zeit vom 01.04.2005 bis zum 01.04.2006 war ich auf der internistischen Privatstation von Herrn Prof. Tillmanns mit Schwerpunkt Kardiologie / Angiologie eingesetzt. Ich behandelte hier Patienten mit kardiologischen Erkrankungen, die meist aufgrund der Multimorbidität einer breiten internistischen Betreuung bedurften. Ferner wurden Patienten mit peripherer arterieller und zerebrovaskulärer Verschlusskrankheit behandelt, ebenso wie Patienten mit akuten arteriellen Verschlüssen, venösen Thrombosen und Lungenembolien. Während meiner Tätigkeit dort betreute ich in meinen Bereitschaftsdiensten Patienten mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt. Hier wurde ich mit dem gesamten Spektrum hämatoonkologischer Krankheitsbilder vertraut. Dabei gehörte neben Eingriffen wie der Biopsieentnahme aus dem Knochenmark auch das Punktieren der Pleurahöhle, der Bauchhöhle, des Liquorraumes und der Harnblase zu meinen Tätigkeiten. Ich überwachte Chemotherapien, führte Transfusionen von Blut-komponenten und parenterale Ernährungen durch und leitete Schmerztherapien ein. Die Indikation für Nierenersatzverfahren wurde durch mich gestellt. Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Radiologen und Chirurgen war ich in die Indikationsstellung für chirurgische Eingriffe, radiologische Interventionen und Strahlentherapien involviert. Durch den kardiologischen Schwerpunkt der Station Privat B betreute ich weiterhin Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems wie koronarer Herzkrankheit, angeborenen oder erworbenen Vitien, Herzinsuffizienz, Kardiomyopathien und entzündlichen Herzerkrankungen. Zu meinen Aufgaben gehörte die Vorbereitung und Nachbehandlung von Patienten zur Herzkatheteruntersuchung und Koronarintervention. Außerdem führte ich die Nachbetreuung von Patienten mit Myokardinfarkt und die Vorbereitung von Patienten zur Herztransplantation durch. Zudem vertiefte ich meine Kenntnisse in der antihypertensiven Therapie und der Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Im Sinne der Primär- und Sekundärprävention führte ich Diätberatungen und Diätbehandlungen durch und schulte entsprechend die Patienten und ihre Angehörigen. Ich stellte weiterhin die Indikation für Rehabilitationen und leitete diese ein. Die Station Privat B war weiterhin an der Versorgung der über die allgemein-internistische Notaufnahme in das Zentrum für Innere Medizin zugewiesenen Patienten beteiligt. Daher gehörte es zu meinen Aufgaben, ein breites internistisches Patientenkollektiv aus allen Fachbereichen der Inneren Medizin (Nephrologie, Pulmologie, Infektiologie, Gastroenterologie, Endokrinologie und Rheumatologie) zu versorgen. In der Zeit vom 01.04.2006 bis zum 01.04.2007 war ich auf der internistischen Intermediate-Care-Station Morawitz mit kardiologisch/angiologischem Schwerpunkt eingesetzt. Hier konnte ich meine kardiologischen Kenntnisse anbringen und erweitern. Außerdem lernte ich das gesamte Spektrum angiologischer Erkrankungen kennen, wie die periphere arterielle Verschlusskrankheit, die zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit, arterielle Aneurysmen, Raynaud-Syndrom und venöse Erkrankungen inklusive der tiefen Beinvenenthrombose und der Lungenembolie. Ich stellte die Indikation zu Lyse-Therapien sowie zu radiologischen Interventionen oder zur operativen Versorgung. Es erfolgte auch hier die Weiterbehandlung der über die allgemein-internistische Notaufnahme zugewiesenen Patienten, die entsprechend ihres Krankheitsbildes der Aufnahme auf einer Intermediate-Care-Station bedurften. In der Zeit vom 01.04.2007 bis zum 01.02.2009 sowie in der Zeit vom 01.10.2009 bis zum 31.12.2009 war ich auf der kardiologischen Intensivstation der Medizinischen Klinik eingesetzt. Während dieser Zeit erwarb ich eingehende Kenntnisse in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie intensivpflichtiger internistischer Erkrankungen mit Schockzuständen unterschiedlicher Genese und Multiorganversagen. Behandelt wurden intensivpflichtige Patienten aus dem gesamten internistischen Fachgebiet (Endokrinologie, Angiologie, Gastroenterologie, Pulmologie, Allergologie, Nephrologie, Hämatoonkologie, Rheumatologie, Infektiologie und Kardiologie). Dementsprechend sammelte ich umfangreiche Erfahrungen in der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten mit akutem Herzinfarkt, dekompensierten Vitien und Kardiomyopathien, Herzrhythmusstörungen, Lungenembolie, Intoxikationen, hepatischen, renalen oder diabetogenen Stoffwechselentgleisungen, akuter respiratorischer Insuffizienz unterschiedlicher Genese (Status asthmaticus, schwere Pneumonien, ARDS, interstitielle Lungenerkrankungen, pulmonale Hypertonie), Leberinsuffizienz (akut oder dekompensierte Leberzirrhose), Pankreatitis, Niereninsuffizienz, gastrointestinalen Blutungen und hämorrhagischer Diathese. Ich führte eigenständig kardiopulmonale Reanimationen einschließlich endotrachealer Intubationen, elektrischer Defibrillationen und medikamentöser Therapien des Herzstillstandes erfolgreich durch. Die Anlage zentralvenöser und arterieller Katheter, die Anlage von Bülau-Drainagen und die notfallmäßige Versorgung mittels eines passageren Schrittmachers werden von mir sicher beherrscht. Ich führte Rechtsherzkatheteruntersuchungen mit Swan-Ganz-Katheter einschließlich der Messung der Druckkurven und des Herzzeitvolumens durch und leitete die daraus notwendigen Therapieschritte ab. Weiterhin bin ich mit der Überwachung hämodynamischer Verlaufsparameter mit Hilfe des PiCCO-Systems vertraut. Ich erlernte die Diagnostik und Therapie von Störungen im Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt und wirkte bei Bronchoskopien und Tracheotomien sowie bei Gastroskopien und Anlagen von Duodenalsonden mit. Mit der Indikation und Anlage einer intraaortalen Ballonpumpe (IABP) bin ich vertraut. Unter Interpretation von Analysen der Blutgase und des Säure-Basen-Haushaltes führte ich die verschiedenen Beatmungstechniken und Strategien zur Entwöhnung vom Respirator durch. Ich stellte die Indikationen für Nierenersatzverfahren und erlernte medikamentöse bzw. apparative Detoxikationsverfahren. Außerdem gehörte zu meinen Aufgaben auf der Intensivstation die Mitarbeit bei der Anfertigung von Hirntodprotokollen. Bei den regelmäßig auf Station durchgeführten Dialysebehandlungen konnte ich mein Wissen über die verschiedenen Nierenersatzverfahren weiter vertiefen. Ich betreute auf der kardiologischen Intensivstation auch Patienten nach erfolgter Herzoperation sowie intensivpflichtige Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin. Darüber hinaus assistierte ich bei Ösophago-Gastro-Duodenoskopien, Rekto-Sigmoidoskopien, Koloskopien und Rektoskopien incl. Biopsieentnahme. Ich assistierte bei ERCP´s und Notfallendoskopien, wo ich verschiedene Verfahren zur Blutstillung kennenlernte. Das Anlegen einer PEG ist mir vertraut. Außerdem erhielt ich Einblicke in die interventionellen Verfahren der Gastroenterologie wie Ösophagus-varizensklerosierung, Gummibandligatur, Stenteinlagen in den Ösophagus, in stenosierte Darmabschnitte oder Gallenwege, Ösophagusbougierung, Papillotomie, Steinextraktion sowie Polypektomie mit der Schlinge oder durch Mukosektomie.  Weiterhin besitze ich die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und bin mit den präklinischen Anforderungen der Notfallmedizin bestens vertraut. Hierzu gehören insbesondere die Durchführung akut lebensrettender medizinischer Verfahren, die Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten, die Begleitung und Überwachung des Patienten in ein entsprechend geeignetes Krankenhaus oder ggfs. die Feststellung des Todes und der Abbruch der Hilfsmaßnahmen. Behandelt wurden in erster Linie Erkrankungen mit wesentlichen Einschränkungen auf das Bewusstsein, Atmung oder Herz-Kreislauf wie intrazerebrale Blutungen, fokal neurologische Defizite verschiedener Genese, Intoxikationen, Atemstillstände in Verbindung mit akuten Asthmaanfällen, Lungenödemen sowie Aspirationen und kardiogene Schockzustände aufgrund eines akuten Myokardinfarktes oder höhergradiger Herzrhythmusstörungen. Weiterhin wurden Patienten mit schweren Verletzungen, schweren Blutungen, starken akuten Schmerzen sowie plötzlich auftretenden Lähmungen behandelt. Hierbei konnte ich mein intensivmedizinisches Wissen um die Versorgung chirurgischer Notfallpatienten erweitern. Zu diesem Spektrum gehörten Patienten mit Thorax- und Bauchtraumata, offene sowie geschlossene Schädelhirnverletzungen, größere Amputationen sowie Verbrennungen, Frakturen mit deutlicher Fehlstellung, Pfählungsverletzungen sowie das erweiterte Spektrum polytraumatisierter Patienten. Aufgrund des breiten Patientenkollektivs erwarb ich auch zusätzliches Wissen in Verbindung mit Kindernotfällen, gynäkologischen Krankheitsbildern sowie Geburten. In der Zeit vom 01.04.2009 bis zum 01.10.2009 war ich auf der medizinischen Intensivstation mit pulmologischen Schwerpunkt eingesetzt. Während dieser Zeit konnte ich meine Kenntnisse in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie intensivpflichtiger internistischer Erkrankungen aus dem gesamten internistischen Fachgebiet (Endokrinologie, Angiologie, Gastroenterologie, Pulmologie, Allergologie, Nephrologie, Hämatoonkologie, Rheumatologie, Infektiologie und Kardiologie) mit Schockzuständen unterschiedlicher Genese und Multiorganversagen vertiefen. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der intensivmedizinischen Behandlung der respiratorischen Insuffizienz unterschiedlicher Genese, insbesondere der Behandlung schwerer Pneumonien, ARDS, interstitieller Lungenerkrankungen sowie der pulmonalen Hypertonie. Gleichzeitig konnte ich meine bereits gewonnenen Kenntnisse im Bereich der Rechtsherzkatheteruntersuchungen mit Swan-Ganz-Katheter einschließlich der Messung der Druckkurven und des Herzzeitvolumens sowie der Überwachung hämodynamischer Verlaufsparameter mit Hilfe des PiCCO-Systems vertiefen. Vom 01.01.2010 bis zum 31.06.2010, also für weitere 6 Monate, war ich dann in der Gastroenterologie unseres Zentrums als Assistenzarzt tätig. Im Rahmen meiner Tätigkeit konnte ich in dieser Zeit u.a. Patienten mit oberen gastrointestinalen Blutungen, Lebertumoren und Tumoren von Ösophagus, Magen und Colon, Leberzirrhose mit portaler Hypertension und Ösophagus­varizen, Mallory-Weiss-Läsionen, Virushepatitiden, mit chronisch-entzündlichen oder autoimmunologischen Erkrankungsbildern dieses Teil­gebietes (vor allem M. Crohn und Colitis ulzerosa), Malignomen des Gastrointestinaltraktes oder mit akuten oder chronischen Entzündungen des Pankreas behandeln. Ich war in vollem Umfang in das Management dieser Erkrankungen involviert und habe selbstständig Therapiepläne erstellt und hierfür, soweit notwendig, inter­disziplinäre Strukturen unseres Klinikums, genutzt. Während meiner Stationsarbeit war ich regelmäßig im Sonographiedienst für die gesamte internistische Abteilung des Klinikums eingesetzt. Ich absolvierte sonographische Untersuchungen der Halsorgane, des Thorax und der Abdominalorgane inklusive des Retroperitoneums und der Urogenitalorgane.  Weiterhin beteiligte ich mich an der Ausbildung der Studenten und nahm selbst regelmäßig an den gemeinsamen Weiterbildungsveranstaltungen des Zentrums für Innere Medizin teil. Dabei wurden sämtliche Teilgebiete der Inneren Medizin als auch interdisziplinäre Schwerpunkte abgedeckt. Ich habe hierbei wiederholt eigene Beiträge geleistet. |

**Ort, Datum**

(Unterschrift)