

## Inhalt:

- *Die Genossenschaft – eine neue Organisationsform für ländliche Gesundheitsregionen?*
- *Ambient Assisted Living Konzepte: Mehrwert für Kliniken?*
- *Die Rolle des jüngeren Einkäufers im Krankenhaus mit Sicht auf Gestern, Heute und in die Zukunft – Neue Anforderungen aus Sicht des modernen Einkaufs*
- *Gesundheitsökonomie im Zahnmedizin-studium*

Liebe HEALTH-EBS'ler/innen,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen/Euch eine neue Ausgabe unseres HEALTH ECONOMIST vorstellen zu dürfen. In vier Beiträgen werden auch diesmal wieder aktuelle und grundsätzliche Themen aus der Gesundheitswirtschaft behandelt. Unser Dank gilt allen Autoren, die mit ihren Artikeln diese Ausgabe möglich gemacht haben.

An dieser Stelle möchten wir auch schon den Termin für unser Member-Meeting im Jahr 2015 ankündigen: Wir sehen uns – hoffentlich recht zahlreich – am 08./09. Mai 2015 an der EBS in Oestrich-Winkel wieder. Thematisch wollen wir dann voraussichtlich schwerpunktmäßig die medizinische und pflegerische Versorgung im Alter betrachten. Hierzu wollen wir neben Beiträgen aus unserem Mitgliederkreis auch wieder externe Gastreferenten aus verschiedenen Sparten des Gesundheitswesens einladen. Das genaue Programm werden wir voraussichtlich im März 2015 versenden.

Apropos „versenden“: Leider passiert es immer wieder, dass Postsendungen oder auch E-Mails an unsere Mitglieder nicht zustellbar sind bzw. Bankverbindungen für den Einzug der Mitgliedsbeiträge nicht aktuell sind. Daher unsere große Bitte: Bei Änderungen bitte eine kurze Nachricht an uns, damit wir einen aktuellen Datenbestand in unserer Mitgliederdatei haben. Nur dann funktioniert eine reibungslose Kommunikation und Vernetzung – und das soll eine Alumni-Organisation schließlich leisten.

Wir wünschen eine interessante Lektüre, freuen uns über Feedback, Anregungen oder auch schon neue Beiträge für die nächste Ausgabe des HEALTH ECONOMIST, die im Frühjahr 2015 erscheinen soll.

*Jürgen Merz  
(für den Vorstand von HEALTH EBS e.V.)*



## *Herzlich Willkommen bei HEALTH EBS e.V.*

*Wir freuen uns über die neuen Mitglieder,  
die wir bislang im Jahr 2014  
bei HEALTH EBS e.V. begrüßen durften:*

*Andrea Ebinger  
Beatrice Georgii  
Karl-Heinz Hanusch  
Alice Reckmann  
Gabriela Taschke*



**Dr. Siegbert Stracke, MBA**

Geschäftsführer Sanexio  
GmbH & Co. KG

**Kontakt:**

E-Mail: [s.stracke@sanexio.com](mailto:s.stracke@sanexio.com)  
Tel.: 0151-14998710

## Versorgungsmanagement

### Die Genossenschaft – eine neue Organisationsform für ländliche Gesundheitsregionen?

#### Zukunftsfähigkeit durch Delegation und regionale Vernetzung

Immer mehr Kommunen stehen vor der Herausforderung, die regionale Infrastruktur verschiedener sozialer Dienstleistungen inklusive der medizinischen Versorgung aufrecht zu erhalten. Die Daseinsvorsorge gilt nach wie vor als eine der Kernaufgaben kommunaler Entscheidungsträger, zu-mal diese auch für die Bereitstellung der stationären Versorgung verantwortlich sind. Allerdings können viele Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft kaum noch wirtschaftlich betrieben werden, was in vielen Fällen zu finanziellen Haushaltsdefiziten mit konsekutiver fehlender Wettbewerbsfähigkeit und den damit verbundenen negativen Wohlfahrtseffekten für die gesamte Region führt.

Nach aktueller Rechtsprechung wird den Kommunen darüber hinaus eine Auffangposition zur ambulanten medizinischen Versorgung zugesprochen, so dass sich hier ein Trend zur Verlagerung des Sicherstellungsauftrages von der Kassenärztlichen Vereinigung auf die jeweiligen Gemeinden abzeichnet. Hier müssen nun bedingt durch die demographische Entwicklung und die dadurch erweiterten Altersbedürfnisse der Bevölkerung gerade für multimorbide und geriatrische Patienten Versorgungsstrukturen vorgehalten werden, bei deren Umsetzung Krankenhäuser im Vorteil sind, da sie in den Bereichen Personal- und Organisationsmanagement Erfahrungen vorweisen können, welche der ambulante Sektor in dieser Form noch nicht besitzt. Weiterhin schreiben die Kommunen den lokal ansässigen Krankenhäusern aufgrund der Unternehmensinfrastruktur eine Schlüsselfunktion zur ambulant-stationären Ver-

zahnung zu.

Die systemorganisatorischen Erfahrungen stationärer Einrichtungen werden daher in Zukunft eine größere Rolle spielen, da bis 2020 die Hälfte der ärztlichen Grundversorger ihre Praxen auf dem Land aufgeben und diese nur zu Bruchteilen nachbesetzen können. Die tradierten haus- und fachärztlichen Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen lösen sich zusehends auf. Im Gegenzug wurden hierzu innerhalb der Ärzteschaft sowie seitens des Gesetzgebers die Weichen für neue innovative Versorgungsformen gelegt. Praxen können in Zukunft deutlich mehr Patienten versorgen, wenn sie sich innovativer Versorgungsstrukturen bedienen, welche insbesondere chronisch kranke Patienten durch neuartige Dauerbetreuungskonzepte abfangen können.

Dies wird dazu führen, dass größere Praxen auf delegativer Basis entstehen, welche insbesondere multimorbide Patienten mit weniger Ärzten aber wesentlich mehr spezialisierten Assistenzkräften auffangen müssen. Dieses Fachpersonal kann somit durch die Übernahme von Hausbesuchen, bei denen eine ärztliche Versorgung nicht erforderlich ist, die niedergelassenen Kollegen entlasten. Gleichzeitig können koordinierende Aufgaben im Rahmen des Case-Managements inklusive des Qualitätsmanagements von diesem qualifizierten Fachpersonal übernommen werden. Diese Strukturen sind in Zukunft unabdingbar, da die Nichtnachbesetzungswahrscheinlichkeit gerade im hausärztlichen Bereich bei ca. 80% liegt.

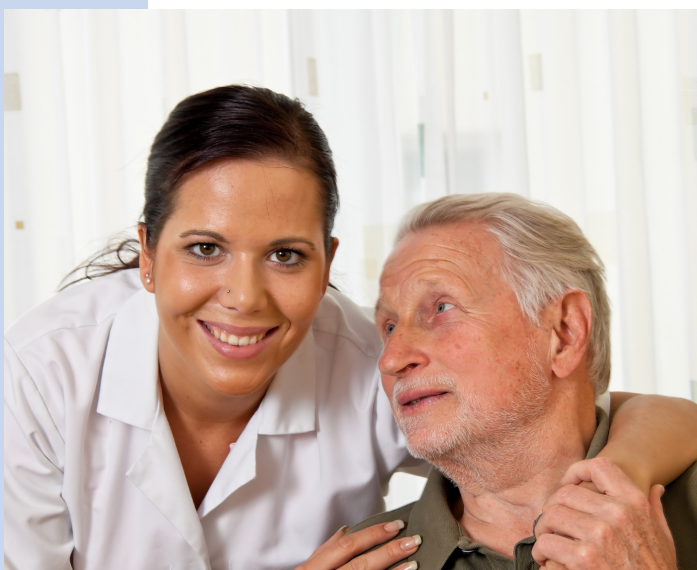
Allein jedoch werden die meist selbst wirtschaftlich angeschlagenen und mit Investitionsstau belasteten Krankenhäuser nicht in der Lage sein, den komplexen Markt der ambulanten Versorgung zu bedienen. Nach einer anfänglichen Zeit der MVZ-Gründereuphorie, folgte die ökonomische Ernüchterung vieler Interessensvertretungen des stationären Sektors, da gerade vor dem Hintergrund einer sich ändernden demographischen und sozialen Gesellschaft die Berücksichtigung „ambulanter Spielregeln“ und deren intersektorale Mediation nicht beachtet wurden.

Ein Problem, mit dem sowohl der stationäre als auch der ambulante Sektor zu kämpfen haben, ist der eklatante Mangel an medizinischem Fachpersonal, welcher sich in den nächsten Jahren noch weiter verschlimmern wird. Schätzungen gehen davon aus, dass im Jahr 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). Etwa jede dritte Arztstelle wird in den stationären Einrichtungen unbesetzt bleiben, im ambulanten Bereich sogar jede zweite.

Auch im Bereich der Pflege werden 2030 in den Kliniken über 400.000 Pflegekräfte fehlen und 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.

Einfache Pauschallösungen gegen den Fachpersonalmangel und das Kliniksterben in ländlichen Gebieten helfen nicht mehr weiter. Eine Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vor Ort wird in Zukunft nur noch in den Regionen möglich sein, in denen tatkräftige Kommunen zusammen mit den medizinischen Leistungserbringern neue Ideen entwickeln. Der Erfolg neuer innovativer Konzepte wird sich hierbei an der Herausforderung messen müssen, inwiefern die regional-soziale Infrastruktur erhalten bleibt. Kann die medizinische Versorgung einer Region nicht aufrechterhalten werden, sind auch schnell weitere gemeinnützige Betriebe des sozialen Miteinanders sowie regional ansässige Firmen in ihrer Existenz bedroht. Dies führt zu einer absehbaren Abwärts-Spirale, da auch die Bevölkerung durch Wegfall der wohnortnahen Versorgung weitere negative Wohlfahrtseffekte befürchtet und in städtische Regionen abwandert. Der zunehmende Leerstand an Wohnungen und Geschäftsimmobiliën im ländlichen Raum belegt diesen Trend.

Um diesen Negativtrend entgegenzuwirken, müssen Kommunen die Daseinsvorsorge, die nach wie vor als eine der Kernaufgaben kommunaler Entscheidungsträger gilt, durch regionale Versorgungskonzepte aktiv mitgestalten. Spätestens im Jahre 2020 werden sich ambulante Versorgungsstrukturen konzentriert in oligopol-artigen Organisationsformen vollumfänglich abzeichnen. Angetrieben wird dieses Szenario durch den anhaltenden Ärztemangel, einer neu aufgesetzten Bedarfsplanung, dem Aussterben des ärztlichen Unternehmertums und dem Wunsch einer nachkommenden – überwiegend weiblichen – „Ärztegeneration Y“, welche die kompromisslose Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen sowie -bedingungen einfordert.

Die Zeit der ländlichen Einzelpraxis ist vorbei. Künftig werden 20% der ambulanten Leistungserbringer rund 80% des ambulanten Marktes beherrschen. Im Gegensatz zu dem „top-down-geleiteten“ Versorgungsansatz der Krankenhäuser entsteht folglich eine gesteuerte aufwärtsgetriebene Bewegung („bottom-up“), welche einen maßgebenden Effekt auf die regionale Systemführerschaft und deren Neuordnung haben wird. Ambulante Versorgungsdienstleister werden so in der Lage sein, einzelne Fachabteilungen von Krankenhäusern zu übernehmen und diese entlang der Versorgungskette neu zu definieren. Es generieren sich hieraus wertvolle Chancen für den stationären Bereich kommunaler Krankenhäuser, da der „bottom-up“-getriebene Versorgungsansatz ein zukunftsfähiges Konkurrenzmodell zur klassischen Privatisierungswelle darstellt. Darüber hinaus könnte hierin der Schlüssel für die Wettbewerbsfähigkeit einer ganzen Region verborgen sein.

Beteiligte Gesundheitseinrichtungen und insbesondere Kommunen, in ihrer neugewonnen Funktion als intersektoraler Versorgungsdienstleister, müssen demnach zwangsläufig eine Harmonisierungsstrategie verfolgen, um die Zukunftsfähigkeit einer regionalen Gesundheitsversorgung und die Wettbewerbsfähigkeit der Gemeinden sicherzustellen. Es gilt demnach, die Wertschöpfungskette einer regional organisierten Gesundheitsversorgung zwischen stationären und ambulanten Strukturen neu zu denken. Dazu bedarf es einer eigenständigen, regionalen Dienstleistungsinstanz, welche auch in der Lage ist, die generationsübergreifende Mediation und Interaktion aller regionalen Gesundheitsdienstleister in holistischer Interessensvertretung abzubilden.

Das sich dadurch ergebende Leistungsportfolio (inkl. der Steuerung delegativer Leistungsverlagerung), die Qualifizierung und Weiter-



bildung von ärztlichem sowie nicht-ärztlichem Personal, die generationsübergreifende Mediation sowie der daraus resultierenden Strukturierung der innerbetrieblichen Ablauf- und Aufbauorganisation, die Steuerung von Betreuungsleistungen und der Einführung innovativer Kommunikationstechnologien. Zudem könnte die Regionalinstanz als Plattform für die vom Gesetzgeber auferlegten „regionalen Gesundheitskonferenz“ fungieren. Somit ist der wirtschaftsdemokratische Einbezug und die finanzielle Beteiligung aller engagierten, regionalen Akteure (wie bspw. Kommune, Unternehmen,

Gesundheitsdienstleister, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Ehrenamt, Sozialdienst) mit deren individuellen Bedürfnissen unerlässlich.

Getreu dem Leitgedanken „Was einer [der Akteure] nicht schafft, dass schaffen viele!“, zeichnet sich die genossenschaftliche Modellform als das zukunftsweisende Konzept für die Erhaltung einer bürgernahen, regionalen Gesundheitsversorgung ab. Im Sinne der Selbstverantwortung bzw. Selbstverwaltung könnte somit die passgenaue Koordination jener Dienstleistungen erfolgen. Der tradierte Fortbestand von Genossenschaften anderer Branchen belegt das Erfolgsmodell.



Die Neuordnung medizinischer Versorgungsstrukturen im Rahmen eines genossenschaftlichen Verbundes könnte hierbei sowohl für stationäre als auch für ambulante Leistungserbringer eine Möglichkeit der Diversifikation des jeweiligen Geschäftsfeldes ergeben und einen innovativen Ansatz zur Erweiterung des bestehenden Leistungsportfolios innerhalb des genossenschaftlichen Verbunds bieten. Für die Patienten und deren Angehörigen bedeutet dies eine Konkretisierung des regionalen Leistungsaustausches zwischen den jeweiligen Verbundpartnern sowie der damit einhergehenden (über)regionalen Mehrwertgenerierung in der Gemeinde. Infolge der strukturierten Bestandsausweitung werden zudem weitere Servicestrukturen ermöglicht bzw. ausgebaut. Mitarbeiter und deren Familienangehörige profitieren von einer koordinierten betrieblichen Gesundheitsförderung mit individuellen Betreuungsangeboten. Darüber hinaus bewirbt das Thema „Gesundheit“ das Interesse weiterer bislang unerreichter Zielgruppen. „Wer frühzeitig intelligent organisiert und vernetzt, gewinnt als Dienstleister Vorsprung!“

**Dr. Siegbert Stracke**



**Prof. Dr. Ralph Tunder**

Geschäftsführender Direktor

**Kontakt:**EBS Universität für Wirtschaft  
und RechtHealth Care Management  
InstituteE-Mail: [Ralph.Tunder@ebs.edu](mailto:Ralph.Tunder@ebs.edu)  
Tel.: 0611-71021872**M.Sc. Belinda Martschinke**

Research Assistant

**Kontakt:**EBS Universität für Wirtschaft und  
Recht

Health Care Management Institute

E-Mail: [Belinda.Martschinke@ebs.edu](mailto:Belinda.Martschinke@ebs.edu)  
Tel.: 0611-71021876**Ambient Assisted Living Konzepte: Mehrwert für Kliniken?**

Ambient Assisted Living (AAL) Konzepte sind altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben, welche insbesondere Senioren, aber auch generell durch Krankheiten eingeschränkten Menschen eine Hilfe im Alltag, meist im eigenen Zuhause, bieten soll. Dies geschieht u.a. durch elektronische informationsgestützte Systeme. Dabei kann es sich um Prävention, Nachsorge, Notfallerkennung, Unterstützung im Alltag oder auch Unterstützung für die Pflegekräfte handeln. Es existieren zahlreiche Fördermittel und Pilotprojekte, allerdings mangelt es derzeit noch an langfristig tragfähigen Geschäftsmodellen. Zudem stellen AAL-Technologien eine Herausforderung an die technische Umsetzbarkeit, da diese Systeme oft sehr komplex sind. Nichtsdestotrotz gibt es bereits einige etablierte AAL-Programme.

Im Folgenden wird zunächst die Zielsetzung von AAL vorgestellt. Darauf aufbauend wird der konzeptionelle Ansatz von AAL-Modellen unter der Maßgabe der möglichen Einbeziehung von Ärzten und Pflegekräften in Kliniken und Krankenhäusern diskutiert, indem prozessual-strukturelle sowie finanzielle Aspekte aufgegriffen werden. Zuletzt werden in einer Übersicht die Stärken und Schwächen von AAL-Technologien aus Sicht der Patienten bzw. Anwender sowie die Chancen und Risiken aus systemischer Sicht dargestellt.

**Herausforderung**

AAL Maßnahmen zielen darauf ab, dass dem Patienten länger ein selbstbestimmtes Leben in seinem eigenen Zuhause ermöglicht wird bei gleichzeitiger ärztlicher Überwachung. Um diesem wachsenden Bedarf ganzheitlich zu begegnen, müssen künftig neben der inhaltlichen und technischen Ausgestaltung ebenso adäquate Vergütungssysteme und Anreizprogramme geschaffen und Kostenträger identifiziert werden, um die Interaktion von Ärzten, Pflegekräften, Patienten zu Hause, sowie AAL-Anbietern bestmöglich zu gestalten.

**Anwendungsgebiete unter Einbeziehung von Krankenhauspersonal**

In der Zukunft wird vermehrt ein Umdenken weg von in sich geschlossenen Systemen hin zu Modellen, die verschiedene Akteure miteinschließen, erforderlich sein, auch als „integrierte Versorgungsnetze“ bezeichnet, um einer alternden Gesellschaft mit neuen Ansprüchen und Bedürfnissen gerecht zu werden. Dazu wird eine stärkere Interaktion zwischen Technik und verschiedenen Dienstleistern notwendig, wie bspw. die Einbindung von Krankenhauspersonal. Sowohl Ärzten als auch Pflegekräften können neue Aufgaben übergeben werden, um eine bessere Versorgung des Patienten zu ermöglichen oder die Verweildauer in Krankenhäusern zu verkürzen. Dies kann zum einen die Bereitstellung von Schnittstellen zur elektronischen Datenübertragung bei Notfallpatienten betreffen, die Beratung hin zu bestimmten AAL-Technologien umfassen, wie auch die Unterstützung, diese zu implementieren, sowie die langfristige Überwachung bestimmter per IKT-Technologie übertragener Parameter. Unter der Voraussetzung, dass eine AAL Maßnahme in der Regelversorgung inbegriffen ist, könnte das medizinische Fachpersonal eine frühzeitige Entlassung des Patienten aus der Klinik befürworten und ihn darauf vorbereiten bzw. schulen, um einen nahtlosen Übergang zwischen ärztlicher und häuslicher Versorgung zu gewährleisten. Werden mittels AAL-Technik Vital- und Bewegungsparameter erhoben, ließen sich die automatisiert ausgewerteten Daten von den Ärzten weiterhin beobachten (häufig auch mit dem Begriff ‚Remote Monitoring‘ beschrieben). Dies würde ein schnelles Eingreifen bei Abweichungen der Werte vom Normbereich ermöglichen, wodurch ggfs. Notfälle frühzeitig erkannt werden und dadurch evtl. Herzinfarkte oder Schlaganfälle verhindert werden können. Eine gezielte Einführung in die Verwendung von AAL-Technologien durch fachkundiges Personal kann zudem die Nutzertoleranz deutlich erhöhen, da gerade bei Senioren die eigenständige Auseinandersetzung mit Technologie oftmals auf Ablehnung trifft. Spielt das häusliche Notrufsystem bspw. bei einem schweren Sturz des Patienten mit der Notrufzentrale, dem Krankenwagen sowie der Klinik zusammen, kann ein schnellerer Übergang zwischen den einzelnen Schnittstellen ermöglicht werden, indem die den Patienten als nächstes übernehmende Stelle bereits vorab Einblick in die Monitoring-Daten aus der vorhergehenden Stufe besitzt.







## Finanzierung

Bei der Finanzierung von AAL-Systemen gehen die Meinungen auseinander: während manche den Patienten in der Pflicht sehen, gehen andere davon aus, dass eine Überführung in die Regelversorgung unumgänglich sein wird, um AAL-Konzepte auf breiter Linie gesellschaftlich zu etablieren. Die Bereitschaft zur Selbstbeteiligung an unterstützenden Dienstleistungen ist divers, jedoch gerade in Rentnerhaushalten, deren finanzielle Mittel knapp bemessen sind, ist die Zahlungsfähigkeit gering, wie eine Untersuchung in Baden-Württemberg ergab. Besser miteinander verbundene Arzt- und Krankenhausnetze können durchaus Einsparpotenziale erzielen, so bspw. das „prosper“-Netz der Knappschaft zur integrierten Versorgung in ausgewählten Regionen. Die Universität Trier wies hierbei Einsparungen von 10% gegenüber der Regelversorgung aus. Ein

großer Teil dieser Effizienzgewinne resultiert aus besser aufeinander abgestimmten Therapien, die zu durchschnittlich weniger Krankenhausaufenthalten führen.

In Deutschland gibt es bislang diverse AAL-Projekte, die auf verschiedenen Konzepten bzw. Geschäftsmodellen beruhen. Während bei einigen Programmen für chronisch Kranke (bspw. Herzpatienten, Diabetiker, COPD-Patienten) oftmals eine Finanzierung über die Regelversorgung oder integrierte Versorgungsverträge abgedeckt werden kann, waren sämtliche AAL Angebote für Senioren, die von Fachinger et al. untersucht wurden, als Konsumausgaben deklariert und folglich privat zu zahlen.

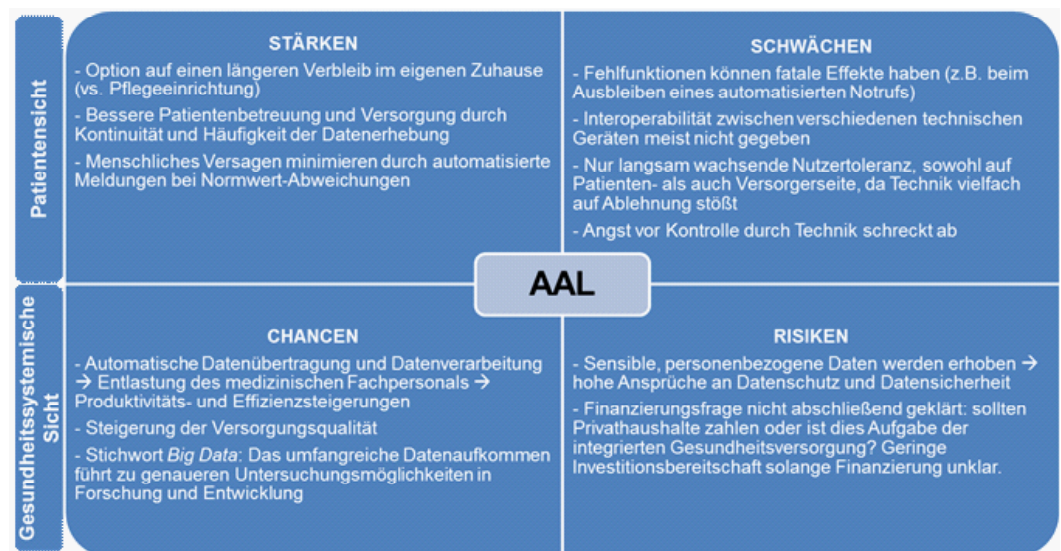


Abb. 1: SWOT-Analyse von AAL-Technologie

## Bewertung von AAL-Technologien

Eine Betrachtung der Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken von AAL-Technologien, im Wirtschaftsjargon auch als SWOT-Analyse bezeichnet (strengths-weaknesses-opportunities-threats), wird in der folgenden Abbildung erörtert. Stärken und Schwächen beziehen sich hierbei auf den Einsatz von AAL Technologie aus Sicht des Patienten (interne Perspektive), Chancen und Risiken beziehen sich auf AAL Technologien aus Sicht von Leistungserbringern und Gesundheitssystem als Ganzes (externe Perspektive).

Die SWOT Analyse zeigt, dass AAL Technologien, so potenzialträchtig und zukunftsweisend sie seien mögen, nicht zu vernachlässigende negative Aspekte aus Sicht des Patienten aufweisen. Aus dem gesundheitspolitischen Blickwinkel ist insbesondere künftiger Klärungsbedarf im Bereich Datenschutz und Finanzierung zu erkennen.

## Fazit

Insgesamt sind AAL Systeme nicht mehr wegzudenkende Komponente einer umfassenden Patientenversorgung. Um Technik in den Alltag insbesondere älterer Menschen einzubinden, sind Zuverlässigkeit, Automatisierung, Interoperabilität und einfache Bedienbarkeit Wettbewerbsfaktoren, die nicht unterschätzt werden dürfen, um eine Marktdurchdringung weiter voranzutreiben. Viele Projekte stecken derzeit noch in frühen Phasen, sodass die Technologien noch nicht ihre vollen Möglichkeiten ausschöpfen können. Dabei stellen nicht die Technologien an sich, sondern deren Einbindung in ein integriertes Ganzes die größte Herausforderung dar: Sämtliche Prozesse und Schnittstellen mit Leistungserbringern müssen aufeinander abgestimmt werden und nahtlos ineinander greifen.

**Prof. Dr. Ralph Tunder / Belinda Martschinke**

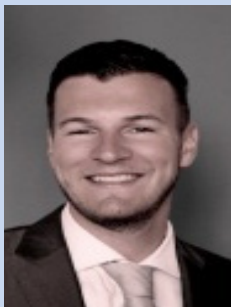


**Andreas Iffland**

Diplom-Kaufmann & Gesundheitsökonom (EBS)  
Leiter des HEALTH EBS Arbeitskreises „Health Care & Life Science Industry“

Leiter des Institutes für Customer Relationship Management in der Gesundheitswirtschaft, Frankfurt am Main

**Kontakt:**  
E-Mail: andreas.iffland@health-ebs.de  
Tel.: 01577-9046993



**Martin Merkel**

Leiter Zentraler Einkauf  
MSG Management- und Servicegesellschaft  
für soziale Einrichtungen mbH, Chemnitz

**Kontakt:**  
E-Mail: m.merkel@msg-chemnitz.de  
Tel.: 0173-1943022

## Personal und Management

### *Die Rolle des jüngeren Einkäufers im Krankenhaus mit Sicht auf Gestern, Heute und in die Zukunft – Neue Anforderungen aus Sicht des modernen Einkaufs*

Die wirtschaftliche Situation im Gesundheitswesen ist seit einigen Jahren sehr stark angespannt. Insbesondere öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser unterstehen einen regelrechten „Sparzwang“, um die laufenden Kosten zu decken und um geplante Investitionen zu realisieren ohne dabei auf Finanzierungsarten wie Leasing oder Kreditgeschäfte zurückzugreifen. Laut einer aktuellen Einkaufsstudie erwarten nur knapp 30% der Krankenhäuser in der Region D-A-CH ein ausgeglichenes Ergebnis und 32% gehen von einem Jahresüberschuss aus. Um diesem fortschreitenden Trend zu begegnen ist eine Konzentrierung auf die Schwerpunkte im Krankenhaus unabdingbar. Darunter zählt auch die strategische Ausrichtung des Einkaufs im Krankenhaus. Erfreulicherweise wird diese Entwicklung vorangetrieben. Laut dieser Einkaufsstudie haben über 90% der Kliniken zumindest eine zentrale Einkaufskoordination, welche für Bündelungsprojekte und Harmonisierungen von Warengruppen, Einkaufsreports und Einkaufscontrolling elementar ist, um in Zusammenarbeit mit Einkaufsgemeinschaften noch ungenutzte Einsparpotentiale gemeinsam mit den Anwendern erfolgsorientiert umzusetzen. Ist dieses Vorgehen für die Zukunft alleinig ausreichend? Unter Beachtung gesetzlicher Vorschriften, interner Beschaffungsrichtlinien und der kontinuierlichen Dokumentation der Beschaffungen im Krankenhaus sollten bestimmte Abteilungen und Leitungsgremien im Krankenhaus zukünftig stärker in die Zusammenarbeit mit dem Einkauf eingebunden werden.

#### Was war gestern – Was ist heute?

Der Einkauf hat sich im Gegensatz zu früher stetig weiter entwickelt und aktuellen Gegebenheiten angepasst. Damals bestimmten dezentrales Beschaffungswesen, Bestellungen per Handzettel und Telefon den organisatorischen Aspekt des Einkaufs. Jegliche Einbindung in die strategische Entscheidungsebene und in die Gremien der Geschäftsführungen fehlte. Um aber am wachsenden Markt und dem zunehmenden Wettbewerb stand zu halten, war der Einkäufer gezwungen, sich vom traditionellen „Bestellabwickler“ hin zum kommunikativen „Schnittstellenmanager“ zu entwickeln. Unter Beachtung der steigenden Heterogenität der Produkte im Krankenhaus hilft E-Procurement nicht nur dabei den Arbeitsaufwand zu reduzieren,

sondern steigert nebenher die Effizienz und Effektivität im operativen Einkauf als auch beim Kunden. Als Transaktionsplattform handelt es sich dabei beispielsweise um die Modulversorgung, die kontinuierliche OP-Dokumentation und die scanner-geführte Lagerhaltung.

#### Einkaufscontrolling und Kennzahlen



Auch der Bereich des Einkaufscontrollings gewinnt zunehmend an Bedeutung. Neben der Berechnung von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen ist die Implementierung eines kontinuierlichen Einkaufscontrollings mittlerweile unabdingbar. Die Kontrolle der Lagerkennzahlen, des Harmonisierungsgrades, der Lagerumschlagshäufigkeit und die Erfassung der Deckungsbeitragsrechnung sind messbare Methoden um den langfristigen Erfolg des Einkaufs zu erfassen. Bei einer Lieferantenanzahl > 50 stellt die Festlegung konkreter Lieferantenstrukturen und -strategien einen sinnvollen Beitrag für die Erfassung von Einsparpotentialen dar.

#### Zukünftig: „Mehr“ Zusammenarbeit mit dem Medizincontrolling

Die Verknüpfung von Kosten- und Erlösrechnung wird ein weiterer innovativer Punkt in der Zukunft des Einkaufs darstellen. Die Informationsbeschaffung eines modernen Einkaufes wird sich mittelfristig ändern. Die Informationen über Leistungsdaten aus dem Krankenhaus ist für den Einkauf eine wichtige Grundlage.

Ein erfolgreiches Einkaufscontrolling besteht aus 3 Ebenen. In der ersten Ebene werden absolute Entwicklungen von Verbräuchen dargestellt um Entwicklungen und Tendenzen abzuleiten. In der zweiten Stufe werden Leistungsdaten mit Verbrauchsdaten verknüpft, um DRG-indizierte Minder- oder Mehrverbräuche zu identifizieren

und entsprechend zu bewerten. In einer dritten Stufe werden neben den Bewertungsrelationen und Verbrauchsdaten die tatsächlichen DRG-Erlöse abgeglichen, um eine aussagekräftige Deckungsbeitragsrechnung zu erstellen.

Insbesondere die dritte Stufe bedarf einer intensiven Zusammenarbeit mit der IT und dem Medizincontrolling, um plausible Daten zu erhalten.

#### **Zukünftig: Lieferanten „mehr“ als strategische Partner sehen / weniger Machtspiele**

Den Lieferanten als strategischen Partner zu sehen kann durchaus von Vorteil sein – nicht nur für den Einkauf. Feedbackgespräche und langfristige Verträge können hinsichtlich bestehender Lieferketten für Einkäufer und Lieferant gewinnbringend eingesetzt werden. Übergreifend setzt sich der strategische Einkauf mit langfristigen Unternehmenszielen auseinander und fungiert als Schnittstellenmanager zwischen den verschiedenen Aufgabenbereichen. Neben Lieferantenmanagement und Warengruppenanalysen entwickelt er adäquate Einkaufsstrategien zur Erreichung der Einkaufsziele. Personenbezogene Machtspiele zwischen Einkauf und Industrievertrieb sind „out“.

#### **Zukünftig: Zielgerichtete Weiter- und Fortbildungen für den Einkauf**

Mit wachsender Industrialisierung in Abhängigkeit des demographischen Wandels darf die Entwicklung des Einkaufs auch im Gesundheits- und Sozialbereich nicht stehen bleiben. In Zukunft wird sich der Einkauf auf qualifizierte Fachkräfte ausrichten, aber auch bereits existierendes Personal im Einkaufsbereich muss hinsichtlich zielgerichteter eigener Weiter- und Fortbildung mehr ins Gespräch kommen. Der Ausbau von Know-how über vorhandene Artikel im Sortiment wächst. Mittels Hospitationen, Produktschulungen und Werksbesichtigungen sollten Einkäufer ihr Fachwissen über die Medizinprodukte erweitern.

Ebenso wird mehr Wissen im Bereich des Medizincontrolling gefragt sein, um die Kommunikation mit diesen Abteilungen zu intensivieren. Der Einkauf wird sich von seiner reinen betriebswirtschaftlichen Denkweise (Preise/Kosten) in Richtung Medizin- und Gesundheitsökonomie (DRG-Erlös-Management/NUBs) weiterbilden und weiterentwickeln müssen. Zusätzlich wird dieser Prozess unterstützt durch eine Krankenhausleitung, die dem Einkäufer derartige Weiterbildungen ermöglicht, ihn in seiner Rolle aufwertet und ihm bei diesem Veränderungsprozess behilflich ist.

#### **Fazit: Der Einkäufer als interner und externer Schnittstellen-, Kosten-/Prozess- und Erlös-Manager**

Im Vergleich zu 20 Jahren vorher hat sich im Einkauf vieles verändert. Der Einkauf ist kein organisatorisch abgegrenzter Bereich mehr, sondern fungiert als Schnittstelle zwischen Anwender, IT, Medizintechnik, Medizincontrolling, Geschäftsführung sowie auch externen Dienstleistern. Der Einkäufer hat neben seinem Ruf als Schnittstellenmanager auch eine hohe Verantwortung als Kostenmanager.

Der moderne Einkauf öffnet sich in dieser Schnittstellenfunktion aber auch gezielt den Fragen des DRG-Erlös-Managements und ist offen für gesundheits- und medizinökonomische Themen, den eigentlichen Aufgabenbereichen des Medizincontrolling und bildet sich selbst in diesen Themenbereichen weiter. Ein moderner Einkauf spricht mit der Industrie nicht nur über Preise und Kosten bei der Beschaffung eines Produktes.

Er ist offen auch für Gespräche über z.B.:

- veränderte Krankenhausprozesse
- die spezifische DRG-Erlossituation
- Prozesskostenrechnungen, d.h. welche Medizintechnik- und Medizinprodukte Einfluss auf die Kalkulation eines Behandlungspfades oder auf eine verbesserte Kosten-Nutzen (Qualitäts)-Relation haben
- Outsourcing
- krankenhaus-spezifische Qualitäts- und Finanzkennzahlen gemäß Krankenhausbuchführungsverordnung/HGB/IFRS sowie KHEntg § 21 und §137 SGB V (BQS-Verfahren / AQUA-Institut.)

In effizienter Zusammenarbeit mit den Akteuren des internen und externen Beziehungsgeflechts sollte der weiteren Entwicklung des Einkaufs nichts mehr im Wege stehen. Durch eine geschickte Moderation des Einkäufers mit der Industrie, den Anwendern und den Leitungsgremien ist eine Abstimmung der unterschiedlichen Interessenlage zur Win-Win-Situation für alle Beteiligten insbesondere auch mit der Industrie möglich.

**Andreas Iffland / Martin Merkel**

Literatur:

Monitoring Einkauf & Logistik im Krankenhaus 2014, in: Wegweiser GmbH (Hrsg.): Jahrbuch Gesundheitswirtschaft 2014, Münster/Berlin, S. 131-151.





## Gesundheitsökonomie im Zahnmedizinstudium



**Dr.med.dent. Dr.scient.  
med. Philipp Plugmann**

MSc MSc MBA  
Gesundheitsökonom (EBS),  
Finanzökonom (EBS)

### Kontakt:

Ludwig-Erhard-Platz 1  
51373 Leverkusen  
E-Mail: [plugmann@gmx.de](mailto:plugmann@gmx.de)



Die Existenzgründung für Zahnärzte ist mit erheblichen Kosten verbunden. So muss man laut einer Studie von 2011 des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) für eine Neugründung in den alten Bundesländern ca. 430.000 Euro und für eine Übernahme ca. 300.000 Euro investieren. Hiervon unberücksichtigt bleiben zusätzliche hohe Zinsbelastungen der ersten 12 bis 15 Jahre, Kontoüberziehungsgebühren und Steuervoraus- und -nachzahlungen.

Die vom IDZ mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse erstellte Studie zeigt, welche Summen im Raum stehen. Für einen unerfahrenen Assistenz Zahnarzt ohne finanzielle Sicherheiten ist ein Investitionsbedarf in der Größenordnung 300.000 bis 430.000 Euro eine hohe Investitionssumme. Gesundheitsökonomische Kompetenzen unterstützen den Gründer, bei der Investitions- und Anlaufphase effizientere Entscheidungen zu treffen. Einen Gesundheitsbetrieb dieser Größenordnung zu managen, auch wenn meist weniger als 10 Mitarbeiter im Team sind, mit entsprechender Personal- und Finanzverantwortung, erfordert Management-Kompetenzen.

### Wettbewerbsstrategisches Umfeld

Die Wettbewerbssituation für Zahnärzte hat sich in den vergangenen 10 Jahren gravierend verändert. Neben den Kollegen, die sich ungebremsst überall niederlassen können, machen die gesetzlichen (GKV) und privaten Krankenkassen (PKV) Selektivverträge mit Zahnärzten und Dentallaboratorien (im In- und Ausland). Die GKV und PKV nehmen dabei auch aktiv Einfluss auf die Patientenströme. Während früher die Patienten die Kostenpläne eingereicht haben und die Genehmigung bzw. Kostenerstattungshöhe anfragten, erhalten sie heute zusätzlich aktiv schriftlich und mündlich von der GKV/PKV Angebote für sog. Vertragszahnärzte der GKV/PKV und deren Dentallaboratorien. Unter dem Argument eines Serviceangebotes und der Aussicht auf Senkung des Eigenanteiles durch die GKV/PKV entstehen im Nachgang in der Praxis weitere Gespräche mit entsprechender Belastung der Zeitressource mit hierdurch verunsicherten Patienten.

Die früher gesetzgeberisch als marktschreierische gegen den Berufsethos verstoßende Werbung der Mediziner, ist heutzutage fast unbeschränkt. Weitere Anforderungen im Qualitäts-, Hygiene- und Fortbildungsmanagement führen zu erheblichen Zusatzkosten.

Auch die EU-Sicherheitsrichtlinien für die regelmäßige Wartung technischer/ medizinischer Geräte können mehrere Tausend Euro im Jahr zusätzlich kosten.

## Kosten steigen, Einnahmen sinken, schwer kalkulierbares Risiko durch Gesetzgeber

Der junge Zahnmediziner, der sich in den nächsten Jahren niederlassen möchte, muss, wie es bereits die Vorstandsmitglieder der KZBV wiederholt betonten, Planungssicherheit haben.

Diese Planungssicherheit besteht nur teilweise. Einerseits werden im Rahmen der EU-Entwicklung und des demographischen Wandels Mehrkosten (Pflege, Medikamente, Zunahme onkologisch-chirurgischer Eingriffe um bis zu 30% in den nächsten 10 Jahren) das deutsche Gesundheitssystem insgesamt belasten. Andererseits werden Faktoren wie die nachlassende Innovationskraft Deutschlands (Zitat des BDI-Präsidenten bei der Eröffnung der Hannover Messe 2014: „... wir könnten bei dem Thema Innovation den Anschluss an die internationale Spitze verlieren“) und die aufstrebenden BRIC-Länder, die deutsche Wirtschaft mit ihren hohen Arbeitskosten weiter belasten. Warum sollte man also szenario-technisch

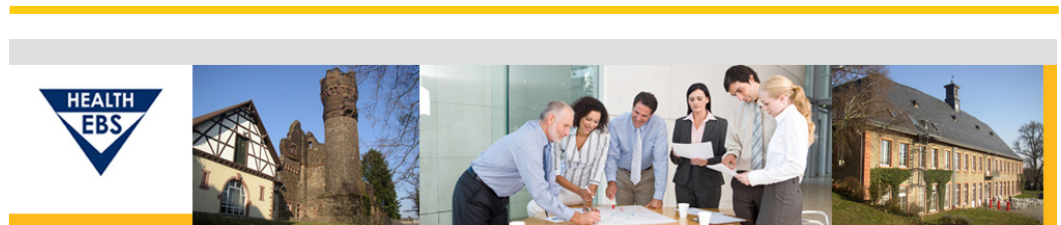
von mehr Geld für die zahnärztliche Versorgung ausgehen?

Die ungebremste Zulassung von immer mehr Zahnärzten verändert das numerische Zahnarzt-zahl-Patientenzahl-Verhältnis (früher: Bedarfsplanung) und führt logischerweise mittelfristig zu einer Umsatzreduzierung. Schließlich können Steuererhöhungen und Fachkräftemangel zukünftig weiteren Kostendruck herbeiführen.

## Fazit

Die flächendeckende von Qualität und Leistungsbereitschaft geprägte moderne Zahnmedizin braucht gesundheitsökonomisch gut ausgebildete Zahnmediziner. Die umfangreichen Wettbewerbs-, Finanz- und Gesetzesanforderungen erfordern Kompetenzen des Managements, um der Personal- und Finanzverantwortung Rechnung tragen zu können. Daher muss die Politik das Fach der Gesundheitsökonomie stärker in das Zahnmedizinstudium integrieren.

**Dr. Dr. Philipp Plugmann**



## Terminankündigung:

### Member-Meeting 2015:

**08./09. Mai 2015 (Freitag/Samstag)**

**an der EBS in Oestrich-Winkel**

## Impressum

### HEALTH ECONOMIST

Vereinsmedium von  
HEALTH EBS e.V.  
Alumni-Vereinigung der  
gesundheitsökonomischen  
Studiengänge der EBS  
Universität für Wirtschaft  
und Recht

**Kontakt:**  
HEALTH EBS e.V.  
c/o Jürgen Merz  
Im Großen Ramsee 31  
65428 Rüsselsheim  
[www.health-ebs.de](http://www.health-ebs.de)

**Layout/Gestaltung:**  
Print-Medien-Design-Brösicke  
Stefan Brösicke  
Auf der Hardt 7  
51580 Reichshof

**Fotos:**  
[@depositphotos.com/ .....](http://depositphotos.com/)  
S. 2: photographyMK, S.3: ginasanders  
S. 4o: venimo, S. 4u: monkeybusiness  
S. 5: alexraths, S. 6: joruba75  
S. 7: ginasanders, S. 8: stuartmiles,  
S. 9: CandyBoxImages,