

Florian Koerber, Rolf Christof Dienst, Jürgen John und Wolf Rogowski

- **Kernfragen in diesem Kapitel** Welchen Zweck hat Business Planning und was ist dabei in der Gesundheitswirtschaft besonders zu beachten? Wie kann eine Geschäftsidee in der Gesundheitswirtschaft profitabel umgesetzt werden?

1.1 Gesundheitswirtschaft und Gesundheitswesen

Mit einer Bruttowertschöpfung von rund 279 Mrd. € in 2014 stellt die Gesundheitswirtschaft einen der wichtigsten Wirtschaftszweige in Deutschland dar. Mit 2,2 % lagen die Wachstumsraten zu konstanten Preisen im Betrachtungszeitraum 2000–2013 deutlich über dem Wachstum der Gesamtwirtschaft, die im Jahresdurchschnitt lediglich ein Wachstum

F. Koerber (✉)
Glaxo Smith Kline
München, Deutschland
email: rogowski@uni-bremen.de

R. C. Dienst
Wellington Partners
München, Deutschland
email: rogowski@uni-bremen.de

J. John
Helmholtz Zentrum München
Neuherberg, Deutschland
email: john@helmholtz-muenchen.de

W. Rogowski
Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen
Bremen, Deutschland
email: rogowski@uni-bremen.de

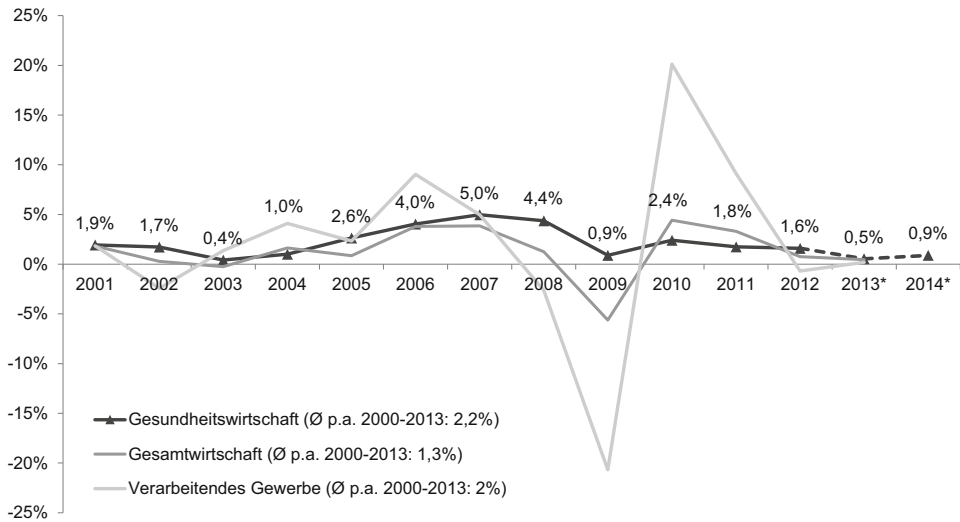


Abb. 1.1 Wachstum der Bruttowertschöpfung im Vergleich, konstante Preise, 2000–2014. (Quelle: BASYS 2015)

von 1,3 % aufwies. Neben der überdurchschnittlichen Höhe spiegelt dies (vgl. Abb. 1.1)¹ auch die Relevanz der Gesundheitswirtschaft als Stabilisator im Konjunkturzyklus wider. So wuchs die Gesundheitswirtschaft im Jahr 2009 – auf dem Hoch der Nachwehen der Finanzkrise – um real 0,9 %, während die Gesamtwirtschaft schrumpfte.

Die Gesundheitswirtschaft ist außerdem mit rund 6,2 Mio. Erwerbstätigen eine beschäftigungsintensive Branche und hat mit 14,8 % einen überproportional großen Anteil an der Beschäftigung gemessen an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen. Nachdem also rund jeder siebte Erwerbstätige in Deutschland in der Gesundheitswirtschaft tätig ist, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass man im Arbeitsleben einmal mit dieser Branche zu tun bekommen wird (vgl. BASYS 2015, S. 6).

Den Grund für die große Bedeutung der Gesundheit spiegelt sich in einem Aphorismus wider, der von Arthur Schopenhauer geprägt wurde: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“. Gesundheit ist nicht ein Gut unter vielen, welches man im Supermarkt einkauft, sondern die Grundlage dafür, überhaupt im Supermarkt einkaufen zu können. Somit ist Gesundheit auch eine Voraussetzung für eine funktionierende Gesellschaft, in der sich Menschen entfalten und am öffentlichen Leben teilnehmen können. Sie wird deshalb auch als meritorisches Gut betrachtet, deren Förderung und Erhalt, z. B. im

¹ Vgl. den Projektbericht „Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung II. Überprüfung der Methodik und notwendige Anpassungen, insbesondere an die Wirtschaftszweigklassifikation 2008 (I C 4 – 02 08 15 – 50/13)“ der Institute BASYS, WifOR, GÖZ, TU Berlin, IEGUS, April 2015, online verfügbar unter: www.bvmed.de/bmwe-april2015 [Abruf am 22.07.2015], mit freundlicher Genehmigung des BMWi, im Folgenden abgekürzt als BASYS 2015.

Rahmen einer funktionierenden Gesundheitsversorgung, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit des Individuums eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe darstellt.

Viele Gesundheitsleistungen werden daher als so wichtig erachtet, dass ihre Erbringung von der Solidargemeinschaft finanziert wird. So gibt es in Deutschland eine lange Tradition der gesetzlichen, solidarisch finanzierten Krankenversicherung, die ihre Wurzeln bereits im Mittelalter hat. Der Grundstein für unser heutiges System wurde 1883 mit dem – auf Geheiß Reichskanzler Bismarcks verkündeten – „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeitnehmer“ geschaffen. Diese erste gesetzliche Krankenversicherung umfasste bereits Leistungen wie Krankengeld, ärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte sowie Arznei- und Hilfsmittel. Heute finanzieren die gesetzlichen Krankenkassen einen Großteil der Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland. Der Bereich gesellschaftlicher Wertschöpfung, in dem diese solidarfinanzierten Gesundheitsleistungen erbracht, empfangen und finanziert werden, wird im Folgenden als „Gesundheitswesen“ oder „erster Gesundheitsmarkt“ bezeichnet. Er umfasst den Bereich der „klassischen“ Gesundheitsversorgung, der finanzierungsseitig größtenteils durch gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) (einschließlich Pflegeversicherung), zu kleineren Anteilen auch durch Arbeitgeber, den Staat und weitere Sozialversicherungsträger geprägt ist. Der erste Gesundheitsmarkt schließt sehr beschäftigungsintensive Wirtschaftszweige ein, wie z. B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Zahnärzte.² Ebenfalls dem ersten Gesundheitsmarkt zuzuordnen sind neben erstattungsfähigen Medikamenten und Heil- und Hilfsmitteln die Verwaltungsleistung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie der übrigen Institutionen, die die Finanzierung durchführen.

Die „Gesundheitswirtschaft“, d. h. die Erstellung von Waren und Dienstleistungen, „die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen“, geht über den ersten Markt der von Krankenversicherungen oder den anderen genannten Institutionen finanzierten Leistungen hinaus. Dies wäre beispielsweise der Fall für ein neues Fitnesscenter-Konzept, das typischer Weise nicht von der gesetzlichen Krankenkasse im Rahmen der Regelversorgung finanziert wird. Der zweite Markt der Gesundheitswirtschaft beinhaltet entsprechend solche gesundheitsrelevanten Waren und Dienstleistungen, die von Privatpersonen vollständig aus eigener Tasche finanziert werden, weswegen er im Folgenden auch als „Selbstzahlermarkt“ bezeichnet wird. Dabei ist nicht klar definiert und teilweise umstritten, welche Waren und Dienstleistungen als gesundheitsrelevant zu betrachten sind. Nach allgemeinem Verständnis umfasst der zweite Gesundheitsmarkt freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie – zum Teil – die Bereiche Sport/Freizeit, Ernährung und Wohnen.

So wie Leistungen die Erstattungsfähigkeit erlangen oder auch wieder verlieren können, sind die Grenzen zwischen den beiden Märkten teilweise fließend. Viele Angebote des Selbstzahlermarktes zielen beispielsweise auf die Vorbeugung von Krankheitsbildern,

² Vgl. http://www.ggrdl.de/ggr_definitionen.html, [Abruf am 23.01.2015].

deren Behandlung für die GKV große Kosten verursacht. Ob Vitamine, Zusatzstoffe zur Senkung von Cholesterin oder Stärkung der Abwehrkräfte, allergenfreie Haushaltsreiniger, Pulsmesser oder andere Produkte – mit ihrer Hilfe sollen Krankheiten vermieden werden. Soweit diese Produkte ihre Ziele erfüllen, sind Kooperationen gesetzlicher Krankenkassen mit den Herstellern denkbar. Dies ist jedoch in der Praxis bisher nicht sehr verbreitet (Kartte et al. 2008). Ein weiteres Beispiel von Innovationen im Übergangsbereich zwischen erstem und zweitem Gesundheitsmarkt wären Satzungsleistungen einzelner Krankenkassen wie die professionelle Zahnreinigung, Nackenfaltenmessung oder homöopathische und osteopathische Behandlungen. Sie wären zwar grundsätzlich erstattungsfähig, erfüllen jedoch (noch) nicht alle Kriterien der Leistungsübernahme (vgl. hierzu auch Kap. 8), so dass sie für Patienten je nach eigener Krankenkasse erstattet werden oder nur verfügbar sind, wenn sie aus eigener Tasche finanziert werden. Schließlich sind Gesundheitsgüter zu nennen, die für Patienten von Interesse sind, obwohl sie die Kriterien der GKV-Leistungsübernahme nicht erfüllen. Für ambulante und stationäre Leistungserbringer ist das Erschließen zusätzlicher Einnahmequellen aus dem Selbstzahlermarkt trotz zunehmender Konkurrenz ein bedeutsamer, wenn nicht existentieller Bereich geworden. Hinzu kommt, dass die Leistungserbringer zunehmend gesundheitsbewussten Kunden gegenüberstehen, die nicht nur als Patienten eine ausreichende Versorgung erfahren wollen, sondern vielmehr Güter zur Gesunderhaltung und Prävention nachfragen. Die Nachfrage dieser Kundschaft geschieht außerhalb einer reinen Krankenversorgung und ist verbunden mit einer entsprechenden Zahlungsbereitschaft (vgl. auch Kap. 3 und 8). Trotz dieser Überschneidung ist die Abgrenzung zwischen erstem und zweitem Gesundheitsmarkt auch zentral für dieses Buch, da wichtige Charakteristika der Entscheidung zu Kauf bzw. Nutzung einer gesundheitlichen Innovation sehr stark davon abhängen, in welchem Teil der Gesundheitswirtschaft sie angeboten wird.

Eine zweite Möglichkeit der Untergliederung der Gesundheitswirtschaft besteht darin, die Gesundheitswirtschaft nach Art der Güter in einen Kernbereich und eine erweiterte Gesundheitswirtschaft aufzuteilen. Auch diese Abgrenzung ist von Bedeutung für Gründer in der Gesundheitswirtschaft, z. B. weil an die Erbringung von Gütern im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft wie z. B. ärztliche Leistungen oder Arzneimittel häufig besondere Qualitätsanforderungen gestellt werden. Tab. 1.1³ (Henke et al. 2010, S. 72) stellt die verschiedenen Begrifflichkeiten gegenüber.

Es sind viele innovative Technologien denkbar, die die Gesundheit verbessern könnten. Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft werden Gesundheitstechnologien dem Typ nach häufig unterschieden in neue Arzneimittel, Medizinprodukte, Verfahren (z. B. einzelne oder eine Kette von aufeinanderfolgenden Handlungsschritten), Unterstützungssysteme wie z. B. Informationssysteme, oder Organisationssysteme wie z. B. ein neu strukturierter Versorgungsprozess. Dem Zweck nach werden sie häufig unterschieden nach Mitteln zu Prävention, Screening, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation von Gesundheitsproble-

³ Vgl. <http://www.bmwi.de/DE/Mediathek/publikationen,did=609600.html> [Abruf am 23.01.2015].

Tab. 1.1 Abgrenzung wichtiger Bereiche der Gesundheitswirtschaft. (Quelle: Henke et al. 2010, S. 72)

Abgrenzung über Finanzierung Abgrenzung über Art der Güter		Vollversicherung der privaten / gesetzlichen Krankenkasse bzw. staatliche Mittel	Private Mittel (Konsumausgaben)
		Erster Markt	Zweiter Markt
Güter nach Abgrenzung der Gesundheitsausgabenrechnung	Kernbereich Gesundheitswirtschaft	z.B. Erstattungsfähige Arzneimittel, Krankenhausbehandlung	z.B. OTC Präparate, individuelle Gesundheitsleistungen
„Neue“ Güter mit Gesundheitsbezug (subjektive Kaufentscheidung)	Erweiterte Gesundheitswirtschaft	z.B. Zuschüsse Präventionskurse; Berufsausbildung	z.B. Wellness, Kleidung, Ernährung etc.

men. In der Gesundheitswirtschaft im weiteren Sinne können es auch darüber hinausgehende Mittel zur Lösung eines Problems sein, die einen Bezug zur Gesundheit aufweisen.

Was genau eine „Innovation“ ist, kann unterschiedlich definiert werden. So kann z. B. inhaltlich danach gefragt werden, ob damit eine technische Erfindungshöhe verbunden ist, oder ob auch eine Anwendung einer etablierten Technologie auf ein neues Problem als Innovation verstanden wird. Subjektiv kann z. B. danach gefragt werden, ob man bereits von „Innovation“ sprechen kann, wenn die Technologie neu für die anwendende Organisation ist, ob sie neu für ein Land, einen Markt oder für die Welt insgesamt sein muss (vgl. dazu z. B. Hausschildt 2004, S. 3 ff.). Im Folgenden wird darunter ein wie auch immer definiert „neues“ Produkt oder eine „neue“ Dienstleistung verstanden, die sich durch eine neuartige Kombination von Problemen (z. B. Diagnose von COPD) und Mitteln (z. B. neue radiologische Technik) auszeichnet und die als Problemlösung mit einem erwarteten Mehrwert einhergeht (z. B. geringere Zahl falsch-negativer Patienten). Wie der Mehrwert identifiziert werden kann, wird in Kap. 3 näher ausgeführt, die Bestimmung seiner Größe ist Gegenstand von Kap. 9.

Wichtig ist dabei, dass sich der Begriff „Innovation“ zum einen auf von der GKV finanzierte Leistungen beziehen kann, zum anderen auf von einem einzelnen Akteur in der Gesundheitswirtschaft produzierte Güter. Im Falle eines neuen Arzneimittels, dem von den zuständigen Entscheidungsträgern ein Zusatznutzen beschieden und eine entsprechende Vergütung zugewiesen wurde (vgl. hierzu insbesondere Kap. 6, 8, und 9) fallen beide zusammen: das vom Pharmahersteller produzierte Gut wird in dieser Form als GKV-Leistung erstattet. Sehr häufig fallen sie jedoch auseinander: der Hersteller einer neuartigen Software zur automatisierten Auswertung radiologischer Befunde (vgl. Abschn. 2.2.3) sieht sich als direkten Kunden zunächst z. B. Radiologiepraxen oder Medizintechnikunternehmen gegenüber. Zwar sollte er sich damit auseinandersetzen, ob die Anwendung der Software in bestimmten Patientengruppen als GKV-Leistung abrechenbar ist. Für die Kaufentscheidung seiner Kunden werden jedoch auch vielfältige andere Aspekte von „Mehrwert“ jenseits der Entscheidungskriterien der gesetzlichen Kranken-

Tab. 1.2 Größe und Wachstum der Gesundheitswirtschaft, 2008–2014. (Quelle: „Vom Gesundheits-satellitenkonto zur gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung“)

in Mrd. €		Erster Markt		Zweiter Markt		Gesamt	
Kernbereich Gesundheits- wirtschaft	2014	273	+ 26,0%	31	+ 16,6%	304	+ 25,0%
	2008	217	(+4,3 % p.a.)	27	(+2,8 % p.a.)	244	(+4,2 % p.a.)
Erweiterte Gesundheits- wirtschaft	2014	28	+ 3,3%	45	+ 27,5%	73	+ 16,9%
	2008	27	(+0,5 % p.a.)	35	(+4,6 % p.a.)	63	(+2,8 % p.a.)
Gesamt	2014	301	+ 23,5%	76	+ 22,8%	378	+ 23,3%
	2008	244	(+3,9 % p.a.)	62	(+3,8 % p.a.)	306	(+3,9 % p.a.)

kassen eine Rolle spielen – ähnlich wie bei der Entscheidung von Endkunden über die Wahl des bevorzugten Fitnesscenters o. ä. Daher wird im Folgenden zwischen (Gesundheits-)Gütern und GKV-Leistungen unterschieden, bei denen erstere sich auf das Angebot spezifischer Hersteller beziehen (z. B. ein neues CT-Gerät), während letztere häufig produktunspezifische Leistungsbündel darstellen, so wie sie von der GKV erstattet werden (z. B. eine verordnete radiologische Befundung eines COPD-Patienten). Die unten stehende Tab. 1.2⁴ gibt einen Überblick über Größe und Wachstum der Konsumausgaben in den vier verschiedenen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft. Dabei wird deutlich, dass der erste Markt, in dem Gesundheitstechnologien als GKV-Leistung nachgefragt werden, den weitaus größten Teil ausmacht. Er bildet daher auch den Schwerpunkt dieses Buches. Gleichzeitig ist erkennbar, dass sowohl der zweite Markt als auch Güter im Umfeld der erweiterten Gesundheitswirtschaft eine höhere Wachstumsdynamik aufweisen. Sie bilden daher ebenfalls eine wichtige Referenz.

Der größte Teil der Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft liegt im Bereich der Dienstleistungen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, und darin besonders die ambulante und stationäre Versorgung (vgl. Abb. 1.2). Es sind jedoch auch industriell erstellte Produkte und neben Versorgungsleistungen eine sehr breite Palette weiterer Produkte und Dienstleistungen in der Gesundheitswirtschaft vertreten.

Viele Güter der Gesundheitswirtschaft (wie z. B. CT-Geräte), insbesondere industriell hergestellte Güter, sind nicht spezifisch für einzelne GKV-Leistungen. Sie werden auch nicht direkt als solche von Krankenkassen finanziert, sondern werden zunächst von Leistungserbringern gekauft, die sie dann zur Erbringung sehr unterschiedlicher GKV-Leistungen einsetzen. Die für einen niedergelassenen Arzt beim Kauf eines CT-Gerätes relevanten Dimensionen von Mehrwert gehen häufig über die für neue GKV-Leistungen relevanten Dimensionen (v. a. Gesundheitsnutzen) hinaus, z. B. wenn Design oder Be-

⁴ Vgl. <http://www.bmwi.de/DE/Mediathek/publikationen,did=609600.html> [Abruf am 23.07.2015].

Deutsche Volkswirtschaft (Gesamtwirtschaft) im Jahr 2014					
Andere Wirtschaftsbereiche (ca. 88,9%)		Gesundheitswirtschaft 279,1 Mrd. € (ca. 11,1%)			
davon Industrie und Handel (40,9%)	davon Dienstleistungen (59,1%)	Industrielle GW inkl. Handel 72,1 Mrd. € (25,8%)		Dienstleistungen 207,0 Mrd. € (74,2%)	
		Kernbereich 50,6 Mrd. € (70,2%)	Erweiterter Bereich 21,5 Mrd. € (29,7%)	Kernbereich 171,8 Mrd. € (83,0%)	Erweiterter Bereich 35,2 Mrd. € (17,0%)
		H1: Humanarzneimittel (30,8%)	E1: Waren zur Gesundheitsversorgung (40,7%)	H4: Krankenversicherungen (5,9%)	E2: Sport, Wellness- u. Tourismusdienstleistungen (34,8%)
		H2: Medizintechnische Produkte (18,5%)	E3 (E34): Handelsleistungen des Erweiterten Bereichs (33,6%)	H5: Dienstleistungen stationärer Einrichtungen (49,4%)	E3 (E31,E32,E33): Sonstige Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft (27,8%)
		H3: Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs (23,7%)	E4 (E43): Baulinvestitionen im Gesundheitswesen (25,2%)	H6: Dienstleistungen nicht- stationärer Einrichtungen (44,7%)	E4 (E41,E42,E44): Investitionen (34,6%)
		H7: Großhandelsleistungen des Kernbereichs (27,0%)	E5 (E51): Geräte für E-Health (0,5%)		E5 (E52,E53): E-Health (2,8%)

Abb. 1.2 Aufteilung der Bruttowertschöpfung in Industrie, Handel, und Dienstleistungen. (Quelle: BASYS 2015)

dienerfreundlichkeit eine wichtige Rolle beim Kauf spielen (vgl. Kap. 3). Im Folgenden wird daher meist zwischen Gesundheitswesen (erster Markt der Gesundheitswirtschaft, Entscheidungskriterien für GKV-Leistungen) und Gesundheitswirtschaft insgesamt (zusätzlich potenziell weitere, individuelle Dimensionen von Mehrwert, ähnlich zu anderen Märkten wie Märkten für Sportgeräte oder Nahrungsmittel) unterschieden.

Zu diesen Ausführungen ist zu ergänzen, dass in der öffentlichen Diskussion und in der Betrachtung der einzelnen Akteure der Gesundheitswirtschaft anstelle der Zahlen der hier vorgestellten Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR) häufig auf die Höhe der Gesundheitsausgaben nach der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) des Statistischen Bundesamts zurückgegriffen wird. Letztere wird im Jahr 2013 auf 314,9 Mrd. € beziffert, die Gesundheitsausgaben stellen auch die zentrale Referenz bei der Beschreibung einzelner Akteure in Kap. 3 dar. Grundsätzlich bildet der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nach der GGR die Leistungsarten und Einrichtungen der nach GAR für die Leistungen des Gesundheitswesens getätigten Ausgaben ab, so dass die Gesundheitsausgaben nach der GAR und die Konsumausgaben für Güter des Kerns der Gesundheitswirtschaft nach der GGR grundsätzlich vergleichbar sind. Gleichzeitig beinhaltet die Gesundheitsausgabenrechnung Leistungen, die in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung nicht unter Konsumausgaben fallen, sondern an anderer Stelle berücksichtigt werden. Andererseits enthält die Gesundheitswirtschaft gesundheitsrelevante Leistungen, die in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht berücksichtigt werden. Abb. 1.3 stellt den Bezug zwischen Gesundheitsausgaben nach GAR und Ausgaben für Gesundheit nach GGR dar.

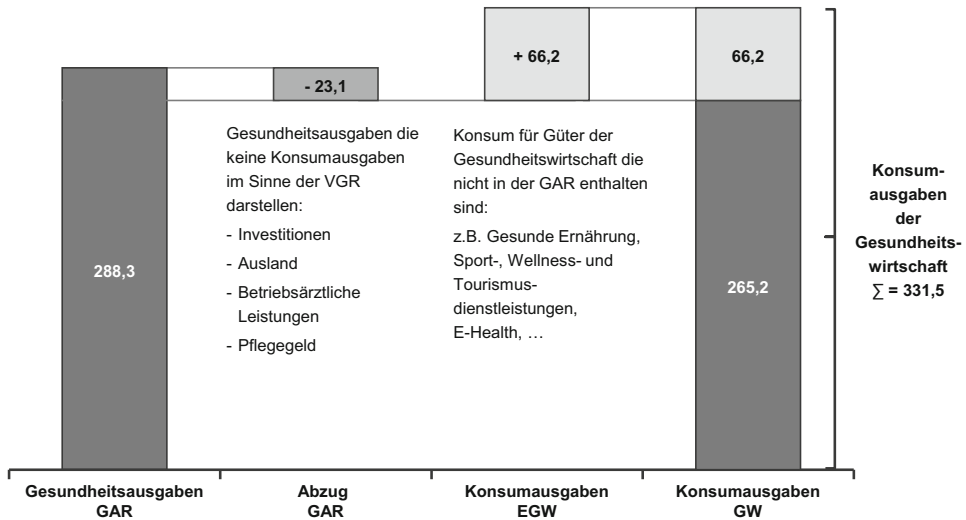


Abb. 1.3 Gesundheitsausgabenrechnung vs. Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung. (Quelle: BASYS 2015)

1.2 Regulatorische Besonderheit des Gesundheitswesens

Aufgrund der Solidarfinanzierung ist das Gesundheitswesen regulatorisch ein sehr spezifisches Branchenumfeld. Reformen des Gesundheitswesens gehören in regelmäßigen Abständen zu *den* Themen auf der politischen Agenda und kreieren ihrerseits neue unternehmerische Möglichkeiten. Als aktuelles Beispiel mögen hier die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte oder die Einführung neuer Versorgungskonzepte wie der Integrierten Versorgung genannt werden (siehe auch Kap. 8). Unternehmerischer Erfolg in diesem grundsätzlich attraktiven Marktumfeld bedarf des Verständnisses dieser Besonderheiten bzw. des Wissens um Quellen, die Planung ermöglichen (Braun et al. 2006).

Im Laufe der Zeit hat die Komplexität des Gesundheitssystems beträchtlich zugenommen, die Grundstruktur ist jedoch im Kern gleich geblieben und kann in Form einer „Dreiecksbeziehung“ grafisch dargestellt werden (vgl. Abb. 1.4). Während auf traditionellen Märkten Nutzer, Entscheidungsträger über den Kauf eines Gutes und dessen Finanzierer die gleiche Person sind, ist es ein Charakteristikum des Gesundheitswesens, dass diese drei Aspekte häufig getrennt sind. Aus ökonomischer Sicht ist die Existenz von drei Akteursgruppen der Tatsache geschuldet, dass die Versicherungslösung gegenüber dem individuellen Vorsorgesparsen aus vielerlei Gründen die vorteilhaftere Lösung ist. So sind z. B. viele Gesundheitsrisiken dem Individuum unbekannt bzw. es kann keinen Einfluss darauf nehmen, und eine Versicherungslösung erlaubt die Absicherung großer Risiken durch schwere Krankheit (Arrow 1963). Dieses System geht jedoch einher mit komplexen Steuerungselementen, wie z. B. den Entscheidungsprozessen zur Leistungsübernahme

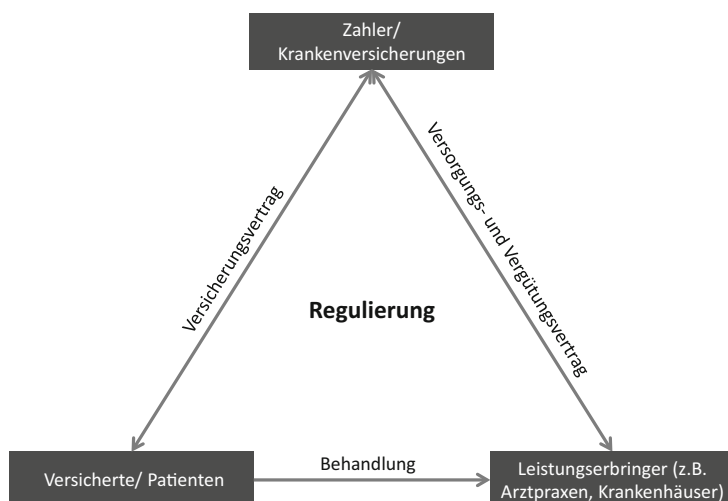


Abb. 1.4 Akteure im Gesundheitswesen. (Quelle: Eigene Grafik in Anlehnung an Busse et al. 2013)

(vgl. dazu Kap. 7 und 8). Im Kontext der GKV-Leistungsübernahme stellt sich insbesondere auch die Frage nach der Höhe und Art der Zahlungsbereitschaft der jeweils relevanten Leistungsfinanzierer für die Gesundheitsleistung (vgl. dazu auch Kap. 3 und 9). Gründer im Gesundheitswesen sollten mit diesen speziellen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems vertraut sein, da sie einen großen Einfluss auf die Umsetzung der Geschäftsidee haben können. Als vertiefende Literatur in Ergänzung zu diesem Lehrbuch sind bspw. das Lehrbuch von Simon (Simon 2013) sowie das kostenlos online verfügbare Länderprofil der Serie „Healthcare Systems in Transition“ von Busse und Blümel (Busse und Blümel 2014)⁵ empfehlenswert.

Da Arzneimittel einen großen Teil der der Gesundheitsausgaben verursachen, sind die Steuerungselemente für Innovationen in diesem Bereich besonders entwickelt und werden deswegen im Folgenden oft als Beispiel hinzugezogen.

Es ist für Unternehmen häufig sinnvoll, Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung anzustreben, da die Nachfrage nach ihrem Produkt dann unabhängig von der Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit der einzelnen Patienten ist. Die Aufnahme in den Leistungskatalog ist jedoch nicht trivial und für manches Gesundheitsgut kann es vielversprechender sein, sich auf den zweiten Markt zu konzentrieren, der schneller erreichbar ist und teilweise höhere Preise erlaubt (vgl. Kap. 9). Im Folgenden liegt der Fokus auf dem Gesundheitswesen, da hier die größten Spezifika existieren. Am Anfang der Kapitel werden jedoch immer allgemeine Informationen auch für andere Güter der Gesundheitswirtschaft gegeben, die von Patienten als Kunden wie andere Konsumgüter aus eigener

⁵ Vgl. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf [Abruf am 28.03.2015].

Tasche oder ggf. auch von Leistungserbringern als Investitionsgüter aus einem dafür vorgesehenen Budget bezahlt werden.

1.3 Die Bewertung von Geschäftsideen und Aufbau des Buches

Wie in jedem Wirtschaftsbereich sind auch Unternehmensgründungen im Gesundheitswesen häufig mit hohen Kosten sowie einem mehr oder minder großen Risiko zu scheitern verbunden. Alleine die Forschungs- und Entwicklungskosten von Innovationen im Gesundheitswesen können hoch sein, weil für neue Produkte gemäß dem medizinischen Grundsatz „*primum non nocere*“ zunächst nachgewiesen werden muss, dass sie für den Patienten unbedenklich sind. Für neue Arzneimittel beispielsweise müssen vor dem Inverkehrbringen zunächst die Qualität, die Wirksamkeit und die Sicherheit gezeigt werden, was typischerweise viele Jahre dauert. Nur für sehr wenige Kandidaten gelingt der Sprung über diese drei Hürden, so dass für jedes erfolgreiche Produkt auch Kosten vieler Ausfälle mit berechnet werden müssen. Die geschätzten Kosten der Arzneimittelentwicklung sind uneinheitlich und variieren je nach Quelle, Produkt und Berechnungsmethode. Sie werden jedoch als hoch angesetzt – zwischen 92 Mio. US-\$ und bis zu 1,8 Mrd. US-\$ (Morgan et al. 2011) für die Entdeckung und erfolgreiche Entwicklung einer sogenannten „new molecular entity“ (NME). Hierbei sind die Kosten für die Umsetzung der Geschäftsidee (Produktion, Marketing, Personal etc.) noch nicht betrachtet.

Für die meisten Gründungen sind die Kosten sicher viel geringer – beispielsweise bei der Einführung eines neuen Konzeptes für eine Arztpraxis oder beim Angebot eines neuen Pflegekonzeptes. Dennoch sind es Investitionsentscheidungen, selbst wenn als Investitionskosten lediglich die Zeit (bzw. der entgangene Lohn) der Pflegekraft anfallen, die ihr neues Pflegekonzept ausarbeitet. Es können in diesem Lehrbuch nicht alle Spezifika der Herausforderungen verschiedener Produktkategorien (Therapeutika, Diagnostika, Vakzine, Medizinprodukte etc.) für die Unternehmensgründung dargestellt werden, und



Abb. 1.5 Entwicklung von Unternehmensgewinnen. (Quelle: eigene Darstellung)

Studenten sollten sich vor den Kapiteln überlegen, welche besondere Relevanz die entsprechenden Inhalte für ihre Produktidee haben.

Diese Investitionsentscheidung ist Ausgangspunkt dieses Lehrbuches sowie des Seminars, für das es konzipiert ist. Unternehmensgründungen verursachen typischerweise zunächst Kosten, müssen jedoch langfristig positive Gewinne erzielen (mindestens „eine schwarze Null“), um finanziell nachhaltig umsetzbar zu sein (vgl. Abb. 1.5).

Im Rahmen eines Businessplans werden die wichtigsten Stellschrauben dieser positiven Rentabilitätsannahme einer kritischen Prüfung unterzogen und die Annahmen so weit wie möglich transparent gemacht (für einen Überblick vgl. Tab. 1.2). Im Folgenden wird dies anhand einer einfachen Gewinnkalkulation erläutert.

1.3.1 Überblick: Die Gewinnformel

Abkürzungen (alphabetisch):	
A: (Markt-)Anteil der Leistung	M: Gesamtes Marktpotenzial
C: Kosten (für Kunde / Versorgung)	N: Nutzen (für Kunde / Versorgung)
G: Gewinn	P: Preis
K: Kosten	P _R : Referenzpreis
K _I , K _T , K _O : Investitions-, Transaktions-, und operative Kosten	S: Stückzahl
M _E , M _S : Erstattungsfähige bzw. Selbstzahler-Marktsegmente	Z: Zahlungsbereitschaft

Abstrahiert man zur besseren Anschaulichkeit von der Diskontierung⁶, kann der Gewinn [G] vereinfacht dargestellt werden als Differenz von Umsatz (Produkt von Preis [P] und Stückzahl [S]) und Kosten [K]:

$$G = \overbrace{(P_R + Z \cdot \Delta N - \Delta C)}^P \cdot \overbrace{(M_E + M_S) \cdot A}^S - \overbrace{(K_I + K_T + K_O)}^K$$

Der Preis ergibt sich als Auf- bzw. Abschlag auf einen Referenzpreis [P_R], wobei der mit der jeweiligen Zahlungsbereitschaft [Z] bewertete zusätzliche Nutzen [ΔN] und die zusätzlichen Kosten bzw. die Kosteneinsparungen [ΔC] für den Leistungsfinanzierer bzw. Käufer die Grundlage für die Kalkulation des Auf- bzw. Abschlags bilden. Diese orientieren sich häufig am Prozess der Leistungserstellung aus der Perspektive des Gesundheitssystems oder eines einzelnen Leistungserbringers. Die Stückzahl ergibt sich aus der Größe des erstattungsfähigen [M_E] und des Selbstzahler-Marktsegments [M_S], multipliziert mit dem Anteil der Leistung [A] an dem Gesamtmarkt. Die Kosten für die Erstellung des angebotenen Gutes setzen sich zusammen aus Kosten, die für Investitionen anfallen [K_I], für erfolgreiche Transaktionen [K_T] sowie für den operativen Produktionsprozess [K_O]

⁶ Diskontierung = Abzinsung zukünftiger Zahlungsströme, um deren Gegenwartswert zu bestimmen (siehe auch Abschn. 12.2.3).

Die folgenden Absätze bieten kurze Zusammenfassungen weiterer Details. Jeder der Absätze fasst ein Kapitel des Lehrbuches bzw. eine Einheit des Seminars zusammen. Die Zuordenbarkeit der Absätze zu Argumenten der Gewinnformel verdeutlicht, dass dabei jeweils wichtige Stellschrauben der Profitabilität von Gründungsideen im Gesundheitswesen erläutert werden.

1.3.2 Fallbeispiel COPD

Zur Illustration verwendet das Lehrbuch Fallbeispiele von Innovationen im klinischen Feld der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease, COPD).

Kap. 2 „Fallbeispiele“ gibt eine Einführung in den Krankheitshintergrund und sieben Innovationsbeispiele, die mögliche Innovationen in Zusammenhang mit diesem Krankheitsgebiet repräsentieren. Diese beinhalten eine neue Fitness-App mit gesundheitsfördernder Wirkung, eine Präventionsmaßnahme, eine Verbesserung der CT-Diagnostik von COPD im Krankenhaus oder in der ambulanten fachärztlichen Versorgung, ein neues Arzneimittel, eine verbesserte Tasche für Geräte der Langzeit-Sauerstofftherapie, sowie ein neues Konzept zur integrierten Versorgung von COPD-Patienten.

1.3.3 Nutzen [N] bzw. Kosteneinsparungen [C]

Der erste Schritt des Business Planning besteht darin, die technische oder wissenschaftliche Beschreibung des Erfinders in ein Konzept für ein Produkt bzw. eine Dienstleistung und den damit verbundenen Nutzen [N] oder ggf. die möglichen Einsparungen von Kosten aus Sicht des Kunden bzw. des Versorgungssystems [C] zu übersetzen. Im Gesundheitswesen besteht eine besondere Herausforderung darin, dass die Produkt- und Nutzenkategorien stark sozialrechtlich geprägt sind und der geforderte „Nutzen“ häufig von dem abweicht, wie „Nutzen“ auf anderen Konsumgütermärkten definiert wird.

Das Kap. 3 „Mehrwert der Innovation“ gibt daher zunächst eine Einführung zur Bedeutung von „Nutzen“ in der Gesundheitswirtschaft und eine Einführung zu zentralen Kategorien von Mehrwert und Arten von Produkten aus Sicht von Leistungsfinanzierern und Leistungserbringern im deutschen Gesundheitswesen.

1.3.4 Schützbarkeit von geistigem Eigentum [$P > P_R$?]

Die Schützbarkeit des geistigen Eigentums an einer neuen Idee ist oftmals die Grundlage für eine Unternehmensgründung, da andernfalls die Idee einfach kopiert werden könnte und ein wertbasierter Preisaufschlag nicht mehr erzielt werden kann. Geistiges Eigentum und Schutzrechte daran stellen häufig Kernressourcen (vgl. auch Kap. 10) eines Unternehmens dar.

In Kap. 4 wird daher eine Einführung in Möglichkeiten zum Schutz geistigen Eigentums gegeben. Während Gründer dabei häufig zunächst an Patentierbarkeit denken, bezieht dieses Kapitel auch alternative Ansätze zum Schutz geistigen Eigentums mit ein, wie den Schutz als eingetragene Marke oder auch Geheimhaltung.

1.3.5 Marktpotenzial für Erstattung und Selbstzahler [$M_E + M_S$]

Wenn der Nutzen einer Innovation erkenn- und schützbar ist, stellt sich die Frage, ob das Marktpotenzial [M] der Innovation groß genug für eine rentable Unternehmensgründung ist. Typischerweise stehen für eine innovative Versorgungsidee zudem unterschiedliche Anwendungsgebiete zur Verfügung, die nicht alle gleichermaßen erschlossen werden können und daher als Marktsegmente getrennt auf ihre Attraktivität hin analysiert werden müssen. Eine zentrale Frage dabei ist, wie groß der Teil des Marktpotenzials ist, der auf potenziell erstattungsfähige Leistungen entfällt [M_E] bzw. ob sich das Unternehmen auf den Selbstzahlermarkt [M_S] beschränken muss.

Kap. 5 „Marktpotenzial der Innovation“ befasst sich daher mit der Nachfrageseite des Marktes bzw. Versorgungsproblems. Neben Konzepten zur Bestimmung von Märkten, Marktsegmenten und Markteintrittsbarrieren wird in dem Kapitel eine Übersicht wichtiger epidemiologischer Konzepte zur Bestimmung und Bewertung von Marktgrößen sowie eine Übersicht über relevante Datenquellen gegeben.

1.3.6 Wettbewerbsanalyse: Zusätzlicher Nutzen [ΔN] in der Versorgung

Neben der Nachfrageseite ist auch die Angebotsseite des Marktes von Bedeutung für das Business Planning: Der zusätzliche Nutzen einer neuen Problemlösung [ΔN] muss in Bezug zu den Problemlösungen gesetzt werden, die derzeit verfügbar sind und mit denen die Innovation konkurriert.

Kap. 6 „Wettbewerbsanalyse“ bietet eine Einführung hierzu. Zentrales Kriterium zur Abgrenzung von Wettbewerbern im Gesundheitswesen ist die wissenschaftliche Evidenz für gesundheitlichen Nutzen. Als Einführung zu dessen Bestimmung wird daher zudem auf die Themen Leitlinienrecherche und Health Technology Assessment eingegangen, die von Bedeutung sind, um Behandlungsalternativen in der klinischen Versorgungspraxis zu identifizieren und um die Überlegenheit über Wettbewerber zu demonstrieren.

1.3.7 Vergütung des aktuellen Versorgungsstandards [P_R]

Zentraler Ausgangspunkt zur Quantifizierung von Mehrwert ist die Vergütung des aktuellen Versorgungsstandards: zum einen stellt der für die aktuelle Leistung gezahlte Preis eine wichtige Referenz für den *Mehrwert* dar; zum zweiten ist sie der Referenzpunkt, falls

der Mehrwert maßgeblich in Einsparungen besteht; und zum dritten stellt die Vergütung abzgl. der sonstigen Kosten der Leistungserbringung möglicherweise den maximal erzielbaren Preis dar. Letzteres ist insbesondere dann der Fall, wenn zwar die Sicherheit des Produkts gewährleistet ist, der gesundheitliche Zusatznutzen jedoch noch nicht wissenschaftlich erwiesen ist, so dass keine zusätzliche Erstattung für die Innovation möglich ist, sondern das Produkt im Rahmen der bestehenden Vergütung finanziert werden muss.

Kap. 7 „Vergütung des aktuellen Versorgungsstandards“ gibt daher eine Einführung in verschiedene Vergütungssysteme im deutschen Gesundheitswesen und zeigt, wie Erfinder die Vergütung des derzeitigen Versorgungsstandards bestimmen können.

1.3.8 Erstattungsfähigkeit der neuen Leistung [M_E]

Nur selten fallen alle potenziellen Anwendungen medizinischer Innovationen in den Bereich der Erstattungsfähigkeit [M_E] – ein Teil des Marktpotenzials liegt meist im Bereich der Selbstzahler [M_S]. Da Erstattungsfähigkeit oft mit einem größeren Marktanteil verbunden ist, stellt die Übernahme der Innovation in den Leistungskatalog der Krankenkassen häufig ein wichtiges Ziel junger Unternehmen im Gesundheitswesen dar. Gleichzeitig müssen stärkere Regulierungen in Kauf genommen werden, an deren Anfang die Entscheidung zur Leistungsübernahme steht.

Kap. 8 „Übernahme neuer Leistungen in die Vergütung“ beschreibt für die unter Kap. 7 dargestellten Vergütungsformen, wie neue Leistungen in die Vergütung aufgenommen werden können, ein Themenfeld, welches häufig auch unter dem Begriff „Market Access“ diskutiert wird. Neben den „klassischen“ Formen der kollektiven Leistungsübernahme im ambulanten und stationären Bereich wird dabei auch auf neue Formen der Leistungsübernahme durch Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern eingegangen.

1.3.9 Preissetzung [P], basierend auf Zahlungsbereitschaft [Z] und Einsparungen [ΔC]

Abhängig von der Erstattungsfähigkeit sind Unternehmer mit unterschiedlichen Zahlungsbereitschaften [Z] für ihre Innovationen konfrontiert. Diese ist im Falle der Leistungsübernahme nicht unbedingt größer – für manche Innovationen können auf dem Selbstzahlermarkt erheblich höhere Preise erzielt werden. Auch die Perspektive relevanter Einsparungen in der Versorgung [ΔC], die mit dem neuen Gesundheitsgut verbunden sind, ändert sich: bei neuen Arzneimitteln spielt sie derzeit beispielsweise gar keine Rolle, im Falle von Selektivverträgen mit Krankenkassen können Einsparungen unabhängig vom Leistungssektor relevant sein, und bei fehlender Erstattung sind nur Einsparungen für einzelne Leistungserbringer oder die Selbstzahler relevant.

Kap. 9 „Preissetzung“ gibt zunächst einen allgemeinen Überblick über Methoden zur Preisbestimmung für neue Güter in der Gesundheitswirtschaft. Mit der entscheidungsanalytischen Modellierung wird eine strukturierte gesundheitsökonomische Methode vorgestellt, mit der „Mehrwert“ in Form von bewertetem Zusatznutzen und Einsparpotenzial quantifiziert werden kann. Im Anschluss daran wird dargestellt, wie in Abhängigkeit vom Vergütungskontext Preise für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt werden, die eine zentrale Referenz für die Preissetzung neuer Güter darstellen (vgl. Abschn. 1.1).

1.3.10 Kosten [K] – minimierende Wertschöpfung

Für die Innovation mit ihrem wertbasierten Preis muss schließlich eine Produktionsweise gefunden werden, bei denen die Kosten [K] der Gütererstellung unter der als Umsatz realisierbaren Wertschöpfung liegen. Dies hat drei Aspekte:

1. Die Identifikation der Kernressourcen, die als eigenes Kapital für eine erfolgreiche Produktion des Gutes zur Verfügung stehen müssen, und die daher auch als Investitionskosten $[K_I]$ betrachtet werden könnten.
2. Die Frage, auf welche Ressourcen auch in Form einer Partnerschaft zugegriffen werden kann bzw. welcher Teil der Wertschöpfung außerhalb des eigenen Unternehmens erbracht werden kann, und deren Antwort von den Kosten erfolgreicher Transaktionen $[K_T]$ abhängt.
3. Die Frage nach einer Organisationsform und einem Unternehmensstandort, durch welche die operativen Kosten des eigenen Produktionsprozesses $[K_o]$ möglichst gering sind, so dass die Gesamtkosten des Unternehmens unter den Umsatzerlösen liegen.

Kap. 10 „Ressourcen, Kooperation und Organisation“ gibt einen Überblick über Spezifika, die bei der Beantwortung dieser drei Fragen im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt zu beachten sind. Anhand der ressourcenbasierten Theorie der Unternehmung und des Konzepts der Transaktionskosten wird bestimmt, welche Teile der Wertschöpfung im Unternehmen und welche extern erbracht werden sollten. Zudem wird eine jeweils angemessene Organisationsform reflektiert.

1.3.11 Vermarktung zur Erhöhung des (Markt)anteils [A]

Innovationen erreichen kaum alle potenziellen Nutzer, sondern meist nur einen Anteil [A] des Gesamtmarktes. Ein zentraler Aspekt des Business Planning besteht daher auch darin, aus der Vielfalt möglicher Wege des direkten und indirekten Vertriebs Strategien zu entwickeln, welche den Marktanteil erhöhen, und abzuschätzen, wie erfolgreich diese Vertriebsstrategien sein können.

Kap. 11 „Vermarktung der Innovation“ gibt hierzu eine Einführung in Kommunikation und Vertrieb im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt.

1.3.12 Abschätzung des Gewinns [G]

Die einfache Formel für den erwarteten Gewinn dient zunächst einmal der Gliederung. Zudem drückt sie zwei Aspekte des Business Planning aus, die in dem Lehrbuch parallel verfolgt werden: Die Herausforderung besteht nicht nur darin, eine tragfähige qualitative Darstellung jedes Aspekts in dem Businessplan und einer Präsentation zu geben. Die Aufgabe für Studenten des Kurses (wie auch für Gründer) besteht auch darin, eine quantitative Schätzung der genannten Größe für das eigene Innovationsprojekt zu ermitteln.

In Kap. 12 „Finanzierung“ werden diese Zahlen in Form einer einfachen, auf Cash Flow basierenden Unternehmenswertrechnung zusammengeführt und in Szenarioanalysen kritisch hinterfragt. Zudem wird ein Überblick über mögliche Geldquellen zur Finanzierung einer Unternehmensgründung im Gesundheitswesen gegeben.

Die folgende Tab. 1.3 gibt einen Überblick über die 12 Kapitel. In den Kapiteln wird der Bezug zur Gewinnfunktion hergestellt und die Vorgehensweise zur Bestimmung des Parameters beschrieben.

Die Kapitel beginnen jeweils mit einer allgemeinen Einführung, welche die Kernfragen des Kapitels verdeutlicht und den Bezug zu dem entsprechenden Formelelement herstellt. Im Rahmen dieser Einführung werden erste allgemeine Antworten auf die Fragen im Kontext des Selbstzahlermarktes gegeben, für den die allgemeinen Methoden der BWL oft anwendbar sind. Im Verlauf des Kapitels werden die Spezifika für einen Businessplan im Gesundheitswesen ausgeführt. Die wichtigsten Punkte werden in einem abschließenden Fazit mit Rückbezug auf die eingangs gestellten Kernfragen zusammengefasst. Die Kapitel schließen mit einer Darstellung möglicher methodischer Vertiefungen für Leser mit Interesse am Bezug der praxisorientierten Kapitelinhalte zu wissenschaftlichen Theorien und Forschungsrichtungen. Quellen grundlegender Analysewerkzeuge aus der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre werden im Text angegeben.

So oft wie möglich werden die theoretischen Konzepte anhand der in Kap. 2 vorgestellten Fallbeispiele in doppelt umrandeten Boxen verdeutlicht und greifbar gemacht.

1.4 Business Planning in der Gesundheitswirtschaft

Der Businessplan ist ein Hilfsmittel, mit dem eine unternehmerische Vision konkretisiert und systematisch auf die erfolgskritischen Aspekte überprüft werden soll (Singler 2006, Evobis).

Tab. 1.3 Inhaltsübersicht. (Quelle: eigene Darstellung)

Kapitel im Lehrbuch / BP	Inhalt	Formel-bezug
1: Einführung	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation, Zielsetzung, Aufbau des Buchs • Systematische Einordnung der Kapitel anhand der Gewinnformel • Darstellung der Kapitel im Business Plan 	
2: Fallbeispiele	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Fallbeispielen als Grundlage zur Erläuterung von Konzepten 	
3: Mehrwert der Innovation	<ul style="list-style-type: none"> • Gliederung von „Produkten“ nach sozialrechtlichen Kategorien • Nutzenperspektive Provider; Kasse; Gesundheitssystem; Patient • Nutzendimensionen neuer Gesundheitsgüter: Kosten, Qualität 	N, C
4: Schützbarkeit geist. Eigentums	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeiten zum Schutz geistigen Eigentums: Patent-, Muster-, Markenrecht (Bezug zur Formel: ist ein Aufpreis möglich?) 	$P > P_R?$
5: Marktpotenzial der Innovation	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologische Kennzahlen & Datenquellen • Datenqualität & Biases in Gesundheitsinformationen • Absatz, Markt, Marktpotenzial, -segmentierung, -eintrittsbarrieren 	M
6: Wettbewerbsanalyse und HTA	<ul style="list-style-type: none"> • Quantifizierung des Mehrwerts von Innovationen • AWMF Guidelines Recherche, AMNOG-Dossiers • Health Technology Assessment (HTA) 	ΔN
7: Derzeitige Finanzierung der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Vergütung: Arzneimittel, ambulant, stationär, privatärztlich • Ermittlung der Vergütungshöhe exemplarischer Leistungen 	P_R
8: Übernahme neuer Leistungen in die Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> • Wege in Vergütung / Veränderung von Vergütungsschemata für die Anwendungsbeispiele • Konzepte des Managed Entry und ihre Anwendung 	M_E
9: Vergütungshöhe und Preissetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Wege in Vergütung / Veränderung von Vergütungsschemata • Preissetzungsstrategien und ihre Anwendung im Gesundheitswesen • Kosten- vs. wertbasierte Preissetzung im Gesundheitswesen 	$P, Z, \Delta C$
10: Kernressourcen, Kooperation und Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene Kernressourcen der Wertschöpfung • Make or Buy Entscheidung, Gestaltung von Kooperationen • Organisationsgestaltung und Kostenstruktur 	K
11: Vermarktung der Innovation	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationspolitik • Vertriebsplanung 	D_I
12: Finanzplanung & Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Realisierungsfahrplan mit Kosten & Erlösen im Zeitverlauf • Chancen & Risiken; Finanzplanung & Unternehmensbewertung • Übersicht: Finanzierungsquellen für Unternehmensgründungen 	G

1.4.1 Business Planning im Gründungsprozess

Ein Businessplan ist sowohl für das Gründungsteam selbst als auch für externe Zielgruppen von Bedeutung. Seine Funktion, der aus einem guten Plan erwachsende Nutzen sowie der ideale Zeitpunkt des Business Planning hängen von der Zielgruppe ab (vgl. Abb. 1.6).

Extern dient er als Mittel der Kommunikation mit Stakeholdern wie Kapitalgebern und Geschäftspartnern. Dazu muss er für die Idee begeistern und einen Weg zur Umsetzung

aufzeigen. Intern dient er stärker der kritischen Überprüfung, der Weiterentwicklung der Geschäftsidee sowie als transparente Diskussionsgrundlage. In jedem Falle sollten die relevanten Fragen nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ beantwortet werden, um die Konsistenz zu überprüfen und Rückschlüsse für Finanzierungsbedarf und Unternehmenswert zu ermöglichen.

Dabei ist wichtig: Eine genaue Ausarbeitung jedes Details bereits bei der ersten Prüfung einer Geschäftsidee ist sicher nicht sinnvoll. Zum einen ändern sich das Geschäftskonzept und die Rahmenbedingungen im Laufe der Entwicklung voraussichtlich, zum anderen kann das Prüfungsergebnis negativ und die entsprechende Ausarbeitungszeit unnötig sein. Sinnvoller ist, die Tiefe der Planung und die Intensität der Evidenzgenerierung dem anstehenden Gründungsinvestment anzupassen (vgl. Abb. 1.7).

Im dynamischen Gründungsprozess können Pläne schnell überholt sein. Gleichzeitig waren die Annahmen des ursprünglichen Plans Grundlage von Investitionsschritten und möglicherweise für eine Einigung im Gründungsteam, die nicht leichtfertig über Bord geworfen werden sollten. Im Prozess des Business Planning geht es also darum, einen angemessenen Mittelweg zwischen disziplinierter Orientierung an ursprünglichen Vereinbarungen und Kontrollpunkten auf der einen und flexibler Anpassung der Planung bei neuem Erkenntnisgewinn auf der anderen Seite zu finden.

Die Komponente „Gesundheitswesen“ ist von besonderer Bedeutung, wenn das innovative Gut des Unternehmens als vergütete Leistung im Gesundheitswesen realisierbar ist oder zur Erstellung von GKV-Leistungen verwendet werden soll. Soll es auf dem Selbstzahlermarkt der Gesundheitswirtschaft angeboten werden, der weniger reguliert ist, so kann sich die Geschäftsplanung stärker an üblichen Prinzipien des Gründungsmanagements und den allgemeinen Methoden der BWL orientieren.

1.4.2 Aufbau des Businessplans

Der erste und wichtigste Teil eines Businessplans ist die Executive Summary: Aus Sicht der Investoren ist der Markt für Geschäftsideen ein Käufermarkt, d. h. ein Markt, in dem

	Unternehmensintern	Unternehmensextern
Empfänger	(Mit-)Gründer, Management	Investoren, Kunden, Partner
Funktion	Integriertes Hilfsmittel zur Planung und Steuerung	„Verkaufsprospekt“, „Visitenkarte“
Nutzen	Bewertung, Grundlage von Vereinbarungen, Controlling	Überzeugen, „Verkaufen“ der Geschäftsidee an Geldgeber
Aktualisierung	Regelmäßig	Ereignisbezogen

Abb. 1.6 Empfänger, Ziele, Funktion und Zeitpunkt des Business Planning. (Quelle: eigene Weiterentwicklung einer Darstellung aus LMU EC Foliensatz)



Abb. 1.7 Prozess des Business Planning. (Quelle: eigene Weiterentwicklung einer Darstellung aus LMU EC Foliensatz)

die Geldgeber sich aus vielen Ideen die besten herausgreifen können. Viele Investoren bekommen über 1000 Business Pläne pro Jahr vorgelegt – schon aus Zeitdruck entscheidet daher meist die erste halbe Seite Text darüber, ob der Businessplan komplett gelesen oder gelöscht wird. Die Executive Summary muss daher sehr gut formuliert sein und alle wesentlichen Aspekte des Plans überzeugend auf den Punkt bringen.

Eine Orientierung für die Strukturierung des gesamten Plans geben die oben dargestellte Formel und die damit verbundene Kapitelstruktur dieses Buches. Aus der Kapitelstruktur wird jedoch auch deutlich, dass Business Pläne individuell gestaltet sein sollten: so sind die drei Kapitel zur Vergütung von geringer Bedeutung, wenn ein Produkt nur auf dem Selbstzahlermarkt angeboten werden soll; Fragen der Schützbarkeit sind von geringerer Relevanz, wenn es um eine Dienstleistung geht, für die keine Skalierung z. B. im Rahmen eines Franchise-Konzepts o. ä. vorgesehen ist. Und obgleich Kundennutzen, Marktpotenzial, Wettbewerbsanalyse, Preisgestaltung, Vertrieb, Organisation sowie Finanzplanung sicher für jede Geschäftsidee relevant sind, können manche dieser Aspekte auch gut zusammengefasst werden. Die Auswahl der Analyseschwerpunkte ist also der erste Schritt zur Erstellung eines Businessplans.

Eine weitere Orientierung bieten Strukturvorschläge für Geschäftspläne im Rahmen von Businessplan-Wettbewerben. Ein kostenlos verfügbares Standardwerk, von dem auch viele Impulse für dieses Lehrbuch ausgingen, ist das EVOBIS-Handbuch (Evobis), welches für die Bayerischen Businessplan-Wettbewerbe entwickelt wurde⁷. Das Handbuch schlägt neben der Executive Summary eine Aufteilung in acht Kapitel vor. Im Folgenden

⁷ Vgl. <http://www.baystartup.de/index.php> [Abruf am 23.07.2015].

werden die Namen der Kapitel wiedergegeben, sowie kurze Hinweise zu deren Inhalt und in Klammern ihr Bezug zu den Kapiteln in diesem Handbuch.

1. Produkt/Dienstleistung: Darstellung des Produktes bzw. der Dienstleistung, ihres Kundennutzens und ggf. existierender Schutzrechte (hier in Kap. 3 und 4)
2. Markt und Wettbewerb: Analyse von Markt (hier separates Kap. 5 und ergänzend Kap. 7 zur Abschätzung des Marktvolumens in Euro) und Wettbewerb (hier separates Kap. 6)
3. Marketing und Vertrieb: Strategien zur „4 P“ des Marketing, d. h. Produktgestaltung (hier in Kap. 3), Preisgestaltung (hier ein separates Kap. 9), Promotion bzw. Werbung und Place bzw. Vertrieb (hier in Kap. 7, 8, und 11 aufgrund der starken Ausdifferenzierung von Markteintrittshürden im Gesundheitswesen)
4. Geschäftsmodell und Organisation: Darstellung der eigenen Leistung im Kontext der gesamten Wertschöpfung der Branche (hier in Kap. 10)
5. Unternehmerteam, Management, Personal: Darstellung von Unternehmerteam (hier in Kap. 3 als spezifische Fähigkeiten und Ressourcen), Management und Personal (hier im Kap. 10 als Teil von Kernressourcen, Kooperation und Organisation)
6. Realisierungsfahrplan: Planung der Umsetzung als Gantt-Diagramm (hier in Kap. 12)
7. Chancen und Risiken: Betrachtung der wichtigsten Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken (hier in Kap. 12 als Ergänzung der Finanzrechnung)
8. Finanzplanung und Finanzierung: Überblick über die Erstellung eines Finanzplans und Übersicht von Finanzierungsmöglichkeiten (hier ebenfalls als Kap. 12)

Andere Businessplan-Wettbewerbe wie etwa „Science for Life“⁸ machen wieder andere Strukturvorschläge, die jedoch ebenfalls meist ähnliche Elemente enthalten. Insgesamt ist das Wichtigste am Aufbau eines Businessplans, dass er die Kernaspekte der Geschäftsidee und ihrer erfolgreichen Umsetzung strukturiert wiedergibt.

1.4.3 Präsentation des Businessplans

Analog zur Bedeutung der Executive Summary beim schriftlichen Businessplan ist ein wichtiges Element des mündlichen Vortrags der sogenannte „Elevator Pitch“ – die Präsentation der Idee vor einem imaginären Investor, den der Gründer⁹ zufällig im Aufzug trifft. In den 60 Sekunden vom Erdgeschoss bis zum 10. Stock muss er die Geschäftsidee überzeugend vermitteln. Wie bei der Executive Summary müssen der Kern der Geschäftsidee, der Kundennutzen sowie wichtige Aspekte inklusive der Vertriebsstrategie überzeugend dargelegt werden. Obgleich man selten Investoren in Aufzügen trifft, die einen zehn

⁸ Vgl. www.science4life.de/ [Abruf am 23.07.2015].

⁹ Selbstverständlich wird die männliche Schreibweise nur zur Vereinfachung verwendet; es sind hier wie im Folgenden immer auch weibliche Personen gemeint.

Stockwerke begleiten – bezieht man auch Gespräche auf Messen, in Businessplan-Wettbewerben oder bei anderen, für Gründer relevanten Ereignissen mit ein, wird es eine fast sicher zu erwartende Begegnung. Eine Geschäftsidee in weniger als einer Minute auf den Punkt zu bringen, ist daher eine wichtige Kommunikationsübung für Gründer. Um zu gewährleisten, dass der Elevator Pitch von allen Mitgliedern des Gründungsteams einheitlich vorgetragen wird, sollte er im Team gemeinsam und schriftlich niedergelegt werden.

War der Elevator Pitch erfolgreich, wird das Gründungsteam möglicherweise zu einer mündlichen Präsentation vor potenziellen Investoren oder Partnern eingeladen. Neben den üblichen Regeln erfolgreichen Präsentierens, die diversen Ratgebern entnommen werden können, gilt hier insbesondere:

- Kurz sollte die Präsentation sein (maximal 15 Minuten, jedoch mit genügend Backup-Folien, um auf Detailfragen eingehen zu können);
- einfach und klar gehalten ohne technische Details (auch diese werden von Investoren begutachtet – jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Phase der sog. Due Dilligence, in der vor dem endgültigen Vertragsabschluss von Kauf oder Finanzierung des Unternehmens alle technischen, finanziellen, rechtlichen, und steuerlichen Annahmen der Transaktion nochmals sorgfältig auf ihre Richtigkeit überprüft werden);
- die Präsentation sollte zum Ausdruck bringen, dass auch die quantitative Seite der Idee in Form von Gewinn und Finanzierung tragfähig und auch für den Investor attraktiv ist;
- und nicht zuletzt sollte das Engagement des Teams für das gemeinsame Projekt sowie die gute Abstimmung und Zusammenarbeit schon bei der Präsentation zum Ausdruck kommen.

Erst an dritter Stelle steht die schriftliche Ausformulierung in Textform, für die die oben genannten Hinweise zur Strukturierung von besonderer Bedeutung sind wie auch die vielfältigen Aspekte, die im Rahmen dieses Buches adressiert werden. Neben dem Gründerteam schauen viele Investoren dabei zuerst auf das Netzwerk bzw. wichtige Kooperationspartner wie z. B. die Beiratsmitglieder, die aufgrund ihrer Reputation für das Unternehmen frühzeitig eine Art „Gütesiegel“ darstellen.

1.5 Fazit

Kurz gefasst wurden die folgenden Antworten auf die zwei Kernfragen des Kapitels gegeben: Welchen Zweck hat Business Planning und was ist dabei in der Gesundheitswirtschaft besonders zu beachten? Wie kann eine Geschäftsidee in der Gesundheitswirtschaft profitabel umgesetzt werden?

Business Planning ist ein Hilfsmittel zur Bewertung und Kommunikation von Geschäftsideen. Im Businessplan werden Kernaspekte einer Geschäftsidee und ihrer Umsetzung strukturiert beschrieben. Das Verfassen eines Businessplans ist ein Prozess, der bei wichtigen Ereignissen (z. B. Finanzierungsentscheidungen) wieder aufgegriffen wird.

Wichtigstes Element ist eine Executive Summary, die die Geschäftsidee auf maximal einer Seite überzeugend darstellt.

Die Gesundheitswirtschaft ist ein großer und wachstumsstarker Markt und daher ein attraktives Feld für neue Geschäftsideen. Ein wichtiger Teilbereich ist das Gesundheitswesen – Erbringung, Inanspruchnahme und Finanzierung von Gesundheitsleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen. Da die Leistungsfinanzierung im Gesundheitswesen stark reguliert ist, sind die Prinzipien der Leistungsübernahme hier von besonderer Bedeutung.

Kritische Aspekte der Profitabilität einer Geschäftsidee sind der erzielbare Preis, die verkaufte Stückzahl und die mit der eigenen Wertschöpfung verbundenen Kosten. Wichtige Orientierungsgrößen für die Preisgestaltung im Gesundheitswesen sind die bestehende Vergütung als Referenzpreis, der gesundheitliche Zusatznutzen der Innovation im Vergleich zum Wettbewerb und ggf. der Einfluss auf die Versorgungskosten. Wichtig für die Stückzahl ist zum einen die Größe des Gesundheitsproblems, zum zweiten, ob die Innovation die Erstattungsfähigkeit erreichen kann. Neben den potenziell hohen Kosten von Forschung und Entwicklung gesundheitlicher Technologien spielt für die Kosten der Wertschöpfung auch die Auswahl der richtigen Partner im Gesundheitswesen eine entscheidende Rolle.

1.6 Vertiefung

- Frage 1)** Lassen Sie die Elemente der Gewinnformel nochmals Revue passieren – welche Attribute mit Einfluss auf den Gewinn wurden genannt? Wie verändert sich für jedes Attribut der Gewinn, wenn sich die Ausprägung des Attributes selbst vergrößert?
- Frage 2)** Möglicherweise haben Sie diese Einführung vor dem Hintergrund einer eigenen Gründungsidee gelesen, oder Sie sind Teilnehmer eines Seminars, in dem für eine selbst gewählte Geschäftsidee ein Businessplan erstellt werden soll. Wählen Sie unter den verschiedenen für Sie gerade denkbaren Geschäftsideen die attraktivste aus und lassen Sie die Argumente der Gewinnformel Revue passieren. Worin besteht der Nutzen, wie groß erscheint Ihnen der potenzielle Markt, welches sind denkbare Wettbewerber, wie würden Sie Ihre Kunden erreichen wollen, welches erscheinen Ihnen die größten Herausforderungen der Leistungserstellung?
- Frage 3)** Nehmen Sie einen alten Briefumschlag, einen Schmierzettel o. ä. zur Hand und machen Sie einen ersten Versuch, Werte für die einzelnen Argumente der Gewinnformel zu schätzen. Gelingt bereits eine erste Schätzung? Hält die Idee diesem ersten Profitabilitätstest stand? Welches sind die kritischsten Aspekte zur weiteren Untersuchung?

Wissenschaftliche Vertiefung 1: Zugänge zum Thema „Innovation in der Gesundheitswirtschaft“

Welches sind die Kernaspekte, die bei einer wissenschaftlich fundierten und gleichzeitig praktisch relevanten Betrachtung von Innovationen in der Gesundheitswirtschaft betrachtet werden sollten?

Dieses Kapitel gab (bzw. dieses Buch gibt) eine Einführung in das Thema Management in der Gesundheitswirtschaft aus der Perspektive einer Person, die eine Gründungsidee entwickeln bzw. bewerten möchte, und orientiert sich an Argumenten einer vereinfachten Gewinnformel, anhand derer die Tragfähigkeit der Idee kritisch überprüft werden kann. Für den wissenschaftlich interessierten Leser gibt es eine Reihe alternativer Einführungen in das Thema „Gesundheitsökonomik“ oder „Management im Gesundheitswesen“ mit anderen Schwerpunkten, denen ebenfalls wertvolle Impulse für diverse Teilaspekte des Gründungsprojekts entnommen werden können.

Eine allgemein managementorientierte Einführung in das Gesundheitswesen anhand der Aspekte Leistungs-, Kunden-, Finanz-, Personal- und Informationsmanagement für stationäre und ambulante medizinische Leistungserbringer bieten bspw. Busse, Schreyögg und Stargardt (Busse et al. 2013). Eine breite Einführung zum Management im Gesundheitswirtschaft auch mit Einbezug von Pflegeleistungen geben Haubrock und Schär (Haubrock und Schär 2009). Stärker an mikroökonomischen Methoden und einer volkswirtschaftlichen Perspektive orientiert ist das Lehrbuch zur Gesundheitsökonomik von Breyer, Zweifel und Kifmann (Breyer et al. 2013). Andreas Frodl entwickelt eine Gesundheitsbetriebslehre, die das Management von Leistungserbringern betrachtet (Frodl 2010) mit Vertiefungen zu Teilbereichen wie Marketing (Frodl 2011a) oder Investition und Finanzierung (Frodl 2012).

Eine Einführung ins Innovationsmanagement ohne speziellen Bezug zum Gesundheitswesen bieten Hauschildt und Salomo (Hauschildt und Salomo 2011), eine Einführung zum Gründungsmanagement beispielsweise Pott et al. (Pott und Pott 2012). Eine Einführung in gesundheitsökonomische Methoden zur Analyse der Übersetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse vom Labor in die klinische Praxis geben Rogowski, John, und Ijzerman (Rogowski et al. 2016).

Literatur

- ARROW, K. J. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53, 141-149.
- BRAUN, G. E., GÜSSOW, J. & HEßBRÜGGE, G. (2006) Neue Versorgungsstrukturen: Kein Start-up ohne Business-Plan. *Dtsch Arztebl International*, 103, -14-.
- BREYER, F., ZWEIFEL, P. & KIFMANN, M. (2013) Gesundheitsökonomik. *Springer-Lehrbuch*. 6., vollst. erw. u. überarb. Aufl. 2013 ed. Berlin; Heidelberg, Springer.
- BUSSE, R. & BLÜMEL, M. (2014) *Health Care Systems in Transition: Germany*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- BUSSE, R., SCHREYÖGG, J. & STARGARDT, T. (2013) Management im Gesundheitswesen Das Lehrbuch für Studium und Praxis. *Springer Medizin*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage ed. Berlin; Heidelberg, Springer.
- FRODL, A. (2010) Gesundheitsbetriebslehre Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens. Wiesbaden, Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- FRODL, A. (2011a) Marketing im Gesundheitsbetrieb Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen. Wiesbaden, Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

- FRODL, A. (2012) Controlling im Gesundheitsbetrieb Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen. 1. Aufl. ed. Wiesbaden, Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- HAUBROCK, M. & SCHÄR, W. (2009) Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft. 5. Aufl. ed. [s. l.], Verlag Hans Huber.
- HAUSCHILDT, J. & SALOMO, S. (2011) Innovationsmanagement. *Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*. 5., überarb., erg. und aktual. Aufl. ed. München, Vahlen.
- HAUSSCHILDT, J. (2004) *Innovationsmanagement*, München, Verlag Vahlen.
- HENKE, K.-D., GEORGI, A., BUNGENSTOCK, J., NEUMANN, K. & BAUR, M. (2010) *Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie*, Baden-Baden, Nomos.
- KARTTE, J., NEUMANN, K. & SCHNEIDER, A. (2008) Krankenkassen auf dem Weg zum Gesundheitsunternehmen. IN REPSCHLÄGER, U. (Ed.) *Barmer – Gesundheitswesen aktuell*. Wuppertal, Barmer Ersatzkasse.
- MORGAN, S., GROOTENDORST, P., LEXCHIN, J., CUNNINGHAM, C. & GREYSON, D. (2011) The cost of drug development: a systematic review. *Health Policy*, 100, 4-17.
- POTT, O. & POTT, A. (2012) Entrepreneurship Unternehmensgründung, unternehmerisches Handeln und rechtliche Aspekte. *Springer-Lehrbuch*. Berlin, Heidelberg, Springer.
- ROGOWSKI, W., JOHN, J. & IJZERMAN, M. (2016) Translational Health Economics (in press). IN SCHEFFLER, R. M. (Ed.) *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*. World Scientific.
- SIMON, M. (2013) *Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*, Bern, Huber.
- SINGLER, A. (2006) *Businessplan*, Haufe.

Business Planning im Gesundheitswesen
Die Bewertung neuer Gesundheitsleistungen aus
unternehmerischer Perspektive
Rogowski, W. (Hrsg.)
2016, XXXII, 294 S. 52 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-08185-0