



Wachstumsmarkt Pflegeeinrichtungen – Strategien zu Entfaltung im Wettbewerb

von

Dr. Jörg Weidenhammer

Volker Bahr

EUROFORUM – Konferenz am 22. und 23. März 2004 in Berlin:

Die Wirtschaftliche Pflegeeinrichtung

Aktuelle rechtliche, steuerliche und betriebswirtschaftliche Aspekte im Fokus

Saarbrücken, März 2004 (korrigierte Fassung)

Inhaltsverzeichnis

Wachstumsmarkt Pflegeeinrichtungen – Strategien zur Entfaltung im Wettbewerb

1. Kennzahlen des deutschen Pflegemarktes	3
2. Wachstumsstrategie versus Konzentration	6
3. ‚misericordia‘ versus internationale Investments	7
4. Optimale Einrichtungsgröße und Steuerung des Unternehmens	9
5. Vertriebs- und Absatzstrategien von pflegerischen Dienstleistungen	12
6. Literaturempfehlungen.....	15
7. Anlagen	16

Autoren:

Dr. med. Jörg Weidenhammer,

- Geschäftsführender Gesellschafter der TCC Trans Clinic Consultants GmbH, Saarbrücken &
- Geschäftsführender Gesellschafter der IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH, Kiel.

Volker Bahr,

- Assistent der Geschäftsführung der TCC Trans Clinic Consultants GmbH, Saarbrücken &
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter der IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH, Kiel.

TCC Trans Clinic Consultants GmbH

Mainzerstrasse 62

D – 66121 Saarbrücken

Telefon: +49 (0)681 96746 – 0

Telefax: +49 (0)681 96746 – 10

E-Mail: info@tcc-beratung.de

URL: www.tcc-beratung.de

1. Kennzahlen des deutschen Pflegemarktes

1.1. Pflege als wachsendes Dienstleistungsangebot

Die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft macht den Bereich der Altenpflege zu einem ausgesprochenen Wachstumsmarkt.

Der Anteil der pflegebedürftigen Personen in der BRD liegt in der 65 – 69-Jährigen bei 2 bis 3 %, in der Gruppe der 75 – 79-Jährigen bei 8 bis 9 %. Bei den Menschen von 85 Jahren und älter liegt der Anteil bereits bei ca. 40 %. Dieser deutlich ansteigende Anteil der Pflegebedürftigkeit ab 85 Jahren ist auf die zunehmende Anzahl demenzkranker Menschen zurück zu führen. Der Anteil der demenziell erkrankten Personen nimmt mit steigendem Alter erheblich zu. Während der Anteil bei den 70 bis 74-Jährigen bei nahezu 0 % liegt, beträgt er bei den 80 bis 84-Jährigen 11 % und bei den 90 bis 94-Jährigen sogar 31 %. Die höhere Lebenserwartung der Menschen in Deutschland führt somit zu einem steigenden Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen.

Das Wachstum des Marktes zeigt sich auch an der Anzahl der Pflegebedürftigen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhielten. Ihre Anzahl ist seit Ende 1998 von 1,806 Millionen auf 1,951 bis Ende 2001 gestiegen. Ende 2001 bezogen 1,339 Millionen Menschen in Privathaushalten (1998: 1,27 Mio) und 612.000 Menschen (1998: 536.000) in vollstationären Pflegeeinrichtungen Leistungen der Pflegeversicherung. Dabei übernehmen die Einrichtungen vor allem die Versorgung von Schwerpflegebedürftigen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Privathaushalten übersteigt jene in Pflegeheimen um mehr als das Doppelte. Dies gilt selbst noch im hohen Alter von über 90 Jahren. Interessant ist aber die Entwicklung dieser Gruppen. Seit In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung in den Jahren 1995/1996 bis zum Jahr 2001 ist die Zahl der Leistungsempfänger in privaten Haushalten um 9 % angestiegen, die der Leistungsempfänger in Pflegeheimen seit 1996 hingegen um 45 %¹.

Zu den traditionellen Formen der Alten- und Pflegeheime gesellen sich im Markt auch betreute bzw. Service-Wohnanlagen. Hier wohnen ca. 150.000 eher rüstige ältere Menschen in rund 3.500 betreuten Wohnanlagen.

Der Markt für Alten- und Pflegeheime ist auch für die Zukunft durch hohe Wachstumserwartungen geprägt. Auf Basis der Pflegehäufigkeiten von 2001 und der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zufolge, wird die Zahl der Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung bis 2013 auf 1,54 Mio in Privathaushalten und 725.000 in Pflegeeinrichtungen ansteigen. Dies entspricht einer Steigerung im häuslichen Bereich von rund 200.000 Leistungsempfängern (15 %) und im stationären Bereich um 113.000 Leistungsempfänger (18,5 %) gegenüber 2001. Die Zunahme betrifft fast ausschließlich die über 70-Jährigen. Während der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe von 70 bis 75 Jahren, die in einer Pflegeeinrichtung leben, bei 22 % liegt (gegenüber 78 % in Privathaushalten), steigt er bei den über 90-Jährigen auf 47 % an.

Als Ursachen für dieses Marktwachstum sind insbesondere die demographische Entwicklung und der gesellschaftliche Wandel zu nennen.

1.2 Demographische Veränderungen

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die absolute Anzahl der über 60-Jährigen von heute 18,4 Mio auf 26,3 Mio im Jahre 2030 ansteigen. Als Ursachen hierfür können einerseits die ständig steigende Lebenserwartung, die in erster Linie im medizinischen Fortschritt begründet ist und andererseits das Heranwachsen der geburtenstarken Jahrgänge der 60-er Jahre angeführt werden.

¹ ProAlter – Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Ausgabe I/2003, S. 4ff.

Diese Entwicklung wird sich aller Voraussicht nach fortsetzen, in dem insbesondere die Anzahl der Hochbetagten in Zukunft weiter erheblich anwächst. Der Anteil der Menschen ab 80 Jahren, der um 1900 erst rund 0,5 % der Bevölkerung ausmachte und gegenwärtig auf 3,6 % (2,9 Mio Menschen) gestiegen ist, dürfte bis 2020 auf 6,3 % und bis 2050 auf etwa 11 % weiter steigen.²

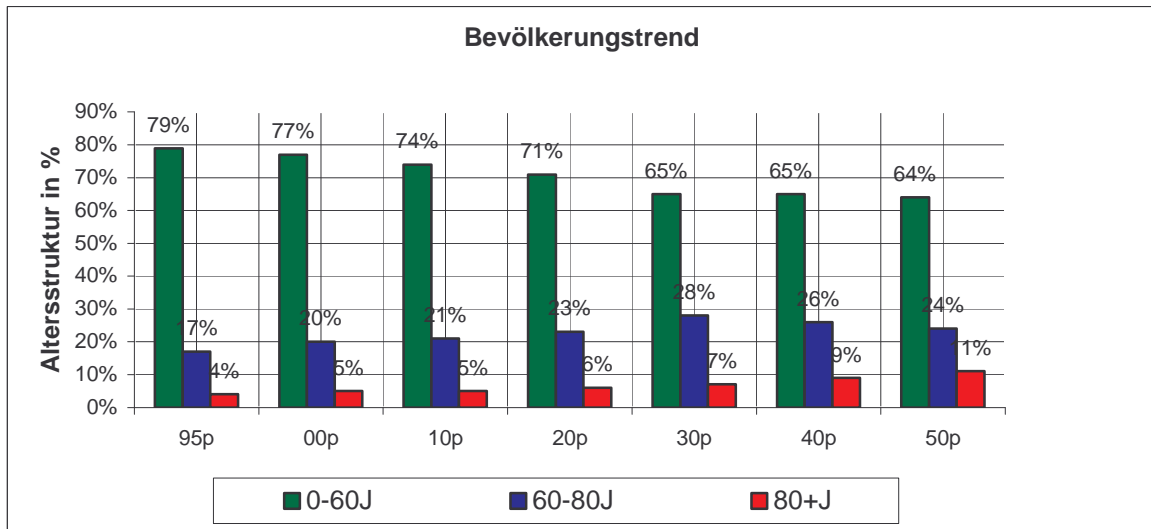


Abbildung 1: Bevölkerungstrend (Quelle: Statistisches Bundesamt; TCC Trans Clinic Consultants GmbH)

Auf Grund des demographischen Wandels wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten 20 Jahren deutlich erhöhen. Für das Jahr 2010 wird die Zahl der Pflegebedürftigen auf ca. 2,1 Mio bis zum Jahre 2030 auf 2,3 bis 2,5 Mio Personen geschätzt.

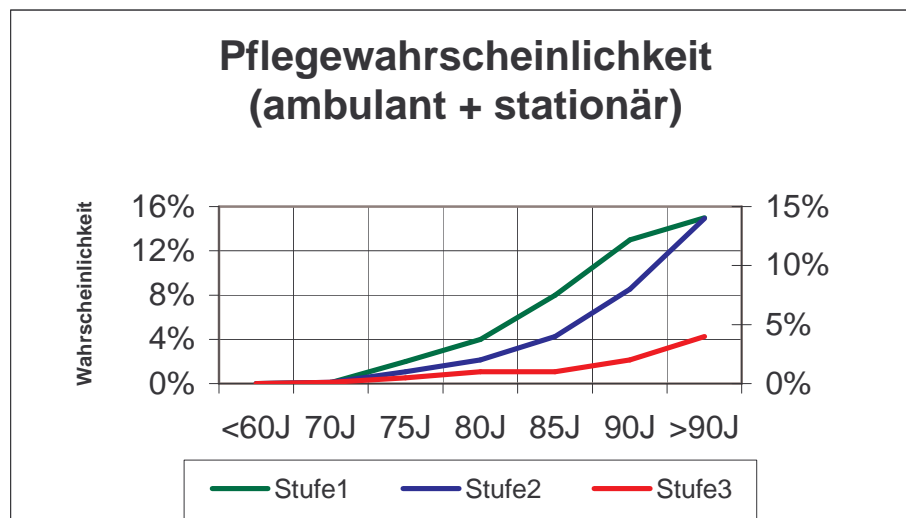


Abbildung 2: Pflegewahrscheinlichkeit (Quelle: Statistisches Bundesamt; TCC Trans Clinic Consultants GmbH)

Dabei verschiebt sich die Altersstruktur der Pflegebedürftigen hin zu den Älteren und der Grad der Behinderung hin zu den Schwerpflegebedürftigen der Pflegestufe II. Für die stationäre Pflege bedeutet dies eine überproportionale Zunahme des Versorgungsbedarfs im Vergleich zu den Fallzahlen bzw. eine stärker wachsende Nachfrage nach Pflegeplätzen als die Zunahme der Pflegefälle. Die ambulante Pflege wird bis zum Jahr 2050 hierdurch um „nur“ 56% wachsen, der vollstationäre Bereich dagegen um 73%.

Verstärkt wird dieser Effekt durch die Tatsache, dass familiäre Pflege bis zu Pflegestufe I oftmals von den Angehörigen bewältigt wird, während schwerere Behinderungen meistens außerfamiliärer Hilfe bedürfen.

² 4. Bericht zur Lage der älteren Generation in der BRD, Drucksache 14/8822 vom 18.04.2002, S. 49ff und zusätzlich Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, Berlin 2001

1.3 Gesellschaftlicher Wandel

Sozioökonomische Phänomene hochentwickelter Industrie- und Dienstleistungsnationen sind das Aussterben der typischen Großfamilie, die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen und die deutliche Zunahme der Single-Haushalte.

Da die pflegenden Personen im Haushalt zu 80% aus Frauen bestehen, hängen die Kapazitäten von der Verfügbarkeit pflegender Frauen ab. Die Erwerbstätigkeit der Frauen wird jedoch zunehmend selbstverständlich. Von 1992 bis 1999 erhöhte sich die Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen um 10%; bis zum Jahr 2020 werden in der Altersgruppe der 40-50jährigen Frauen mehr als vier von fünf Frauen erwerbstätig sein.

Zudem wird sich der Anteil der Alleinerziehenden merklich erhöhen, die im Alter von 40 bis 65 Jahren noch Kinder im Haushalt haben und auf das Einkommen aus Erwerbstätigkeit angewiesen sein werden. Des Weiteren nimmt der Anteil der Mehrgenerationenhaushalte stark ab, die sogenannte Singularisierung steigt.

Diese Facetten des gesellschaftlichen Strukturwandels, der sich langfristig fortsetzen dürfte, führen letztlich dazu, dass die Möglichkeiten und die Bereitschaft ältere Menschen zu Hause zu versorgen, künftig weiter sinken werden. Als Folge wird die Nachfrage nach vollstationärer Pflege zwangsläufig steigen.

1.4. Wettbewerbssituation

Die Anteile der Marktteilnehmer variieren in den Bereichen ambulanter und vollstationärer Leistungen erheblich. Während im ambulanten Bereich die Mehrzahl der Anbieter private Träger sind, dominieren im vollstationären Bereich die gemeinnützigen Träger.

Leistungen	Einrichtungen	Öffentliche Träger	Gemeinnütz.Träger	Private Träger
ambulant	10.594	1,9 %	46,2 %	51,9 %
stationär	9.165	8,2 %	56,0 %	35,9 %

Abbildung 3: Marktanteile nach Trägern für 2001 (Quelle: Statistisches Bundesamt; TCC Trans Clinic Consultants GmbH 2003)

Diese Marktverteilung bezieht sich ausschließlich auf stationäre Pflegeheime ohne Berücksichtigung reiner Altenheime. An diesen beträgt der Anteil der privaten Träger nur 24 %.

Der Wettbewerb im Markt ist zum einen durch regionale Anbieter unterschiedlicher Größe, die teilweise nur einzelne, kleine Häuser betreiben, gekennzeichnet und andererseits durch folgende zum Teil börsennotierte Betreiberketten:

Betreiber	Geschäftsfeld	Anzahl	
		Einrichtungen	Plätze
Alloheim Senioren-Residenzen AG, Düsseldorf	Pflege	15	2.200
CASA REHA, Bad Homburg	Pflege	24	2.600
Cura AG, Hamburg	Pflege	24	2.600
Curanum AG, München	Pflege	47	5.812
DANA Senioreneinrichtung, Hannover	Pflege	13	930
Hospitalia Care GmbH, Bad Lauterbach	Pflege	14	1.562
KURSANA Seniorenresidenzen GmbH, Berlin	Pflege / Residenz	24 / 16	Σ 6.600
Marseille-Kliniken AG, Hamburg	Pflege / Rehakliniken	46 / 11	5.490 / 1.771
Maternus-Kliniken AG, Hannover	Pflege / Rehakliniken	16 / 2	Σ 3.926
ProSeniore AG, Saarbrücken	Pflege	100	17.000
SANA-Kliniken GmbH, München	Pflege	19	1.200
SENATOR Senioren-Residenzen, Lübeck	Pflege	15	1.208

Abbildung 4: Wettbewerb im Pflegedienstmarkt (Quelle: TCC Trans Clinic Consultants GmbH 2004)

Die Branche war in jüngster Vergangenheit von einigen Unternehmensinsolvenzen und wirtschaftlichen Schwierigkeiten von Betreiberketten geprägt. Umfangreiche Gesetzesveränderungen haben das Geschäftsumfeld ebenfalls nachhaltig verändert.

Durch steigende Sach- und Personalkosten einerseits und nur geringfügig steigende bis sinkende Pflegesätze andererseits kommen den privaten Anbietern ihr besseres betriebswirtschaftliches Know-How sowie die marktgerechten Gehaltsstrukturen bei der Bewältigung der wirtschaftlichen

Betriebsführung entgegen. Daher werden zunehmend private Anbieter mit dem Betreiben von Pflegeeinrichtungen beauftragt. Der Anteil der privaten Träger ist daher ansteigend. Gleichzeitig wird es zu einer Marktkonsolidierung kommen, da viele kleine Anbieter dem Kostendruck sowie den umfangreichen Anforderungen im Qualitätsmanagement nicht mehr werden standhalten können. Dies führt zu einem verstärkten Angebot von Pflegeplätzen durch Betreiberketten.

Bei den Wettbewerbern am Markt sind diejenigen, die reine Altenpflege oder Pflegeheime anbieten, von denjenigen zu unterscheiden, die diese im Verbund mit anderen Gesundheitsdienstleistungen wie Rehabilitations- und Akutkliniken betreiben.

Das Dienstleistungsspektrum ist damit nicht unmittelbar vergleichbar. Unter dem globalen Begriff Pflegeeinrichtung kann sowohl die vollstationäre Altenpflege als auch ambulante Pflegeleistungen als auch Betreutes Wohnen verstanden werden. Zusätzlich dazu ist noch zu beachten, ob eine Behindertenbetreuung stattfindet.

Und abschließend wird man die Wettbewerber unter der Fragestellung unteres, mittleres oder oberes Preissegment einordnen müssen.

2. Wachstumsstrategie versus Konzentration

Aus dem hohen Sanierungsbedarf, vor allem im Hinblick auf die Bausubstanz von Alten(wohn)heimen traditioneller Anbieter, und aus der unzureichenden Möglichkeit der Refinanzierung investiver Aufwendungen ergibt sich unter anderem die wachsende Bedeutung von Erträgen und Rücklagenbildung.

Ohne öffentliche Förderung ist eine Aufnahme von Mitteln des freien Kapitalmarktes abhängig von der Bereitstellung von Eigenmitteln des Trägers. Um erforderliche Investitionen tätigen zu können, die ein Objekt langfristig am Markt halten, ist somit wirtschaftlich ein deutlicher Gewinn zu erzielen.

Durch die Gleichzeitigkeit von Immobilienbesitz und Dienstleistungsbetrieb entsteht das Dilemma der Träger, aus dem Betrieb heraus die Erträge erwirtschaften zu müssen, die in den Erhalt der Immobilie und ihrer weiteren bisherigen Nutzung investiert werden müssen.

Damit nimmt neben der Kostenträgerproblematik der Druck an Wirtschaftlichkeit und Effizienz weiter zu, so dass ein Unternehmen entscheiden muss, welche Leistungen es vorhält und welche durch Dritte als Kooperationsleistungen ausgestaltet werden. Einrichtungen können mit den von ihnen wirtschaftlich anzubietenden Leistungen die differenzierten Bedürfnisse ihrer Kunden häufig nicht mehr angemessen abbilden.

Dabei sind jedoch in der Vorstellung, durch ein Maximum an Outsourcing wirtschaftliche Handlungsspielräume herzustellen, pragmatische Vor- und Zwischenstufen zu unterscheiden. Zum Beispiel

- Versuche, eine größere interne Gliederung durch Gründung von Tochtergesellschaften herzustellen, um zugleich organisatorisch Zuständigkeiten auszdifferenzieren, dabei aber unabhängig zu bleiben von der Vergabepaxis an Fremde,
- die punktuelle Vergabe von Dienstleistungen dort, wo die Erbringung als Eigenleistung ökonomisch nicht rational ist oder
- die Eigenleistungen als Sockel zu gestalten, der mittels hierauf aufbauender Fremdvergabe gezielt und nachfrageorientiert aufgestockt wird.

Die Abwägung von „Eigenleistung versus Outsourcing“ stellt neben Impulsen zur Klärung des Trägerselbstverständnisses auch ein Balanceproblem dar. Angesprochen ist zum einen das Bestreben, die persönlichen Bedürfnisse differenzierter Zielgruppen besser zu befriedigen. Zum anderen jedoch ist der Zweck des Unternehmens und seine wirtschaftliche Grundlage zu bedenken. Rein finanziell argumentiert, ist abzuwägen, ob - im Falle eines großen Trägers - unter Wahrnehmung von Marktmacht Dienstleistungen mittels Outsourcing preisgünstig vermittelt werden

können oder ob die Mehrwertsteuerpflicht Leistungen verteuern würde. Es handelt sich somit um eine im Einzelfall abzuwägende Frage³.

Zwei der großen Anbieter pflegerischer Dienstleistungen zeigen deshalb in ihren wirtschaftlichen Strategien kaum überraschend übereinstimmende Tendenzen:

Wir haben uns zum Ziel gesetzt, älteren und pflegebedürftigen Menschen ein würdiges Leben zu sichern. Die Betreuung der uns anvertrauten Menschen steht für uns im Vordergrund allen Handelns. Wir betreuen Menschen aus allen sozialen Schichten mit dem gebotenen Respekt vor ihrer Persönlichkeit und Würde und möchten ihnen eine optimale, ganzheitliche Pflege und ein angenehmes Wohnen bieten.

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland steigt bis zum Jahr 2020 von momentan rd. 2 Millionen auf rd. 3 Millionen an. Wir möchten auch in Zukunft sinnvoll und wirtschaftlich verträglich wachsen und sowohl neue Einrichtungen errichten als auch bestehende Einrichtungen, die in geographischer, struktureller und qualitativer Hinsicht in unser Konzept passen, übernehmen. Auf diese Weise werden wir unser Marktpotential weiter erhöhen und in steigendem Maße Synergieeffekte bei Einkauf, Marketing, Controlling und Serviceleistungen erzielen.

Wir möchten der rentabelste private Pflegedienstleister an der Börse sein und eine nachhaltige EBITDA-Rendite von mindestens 8 % p.a. erzielen. Nur ein rentables und wirtschaftlich erfolgreiches Unternehmen kann auf Dauer im Markt bestehen und eine qualitativ hochwertige Pflege erbringen.⁴

[...] Der Konzern ruht auf festen Pfeilern und verfügt über hinreichend innere Substanz. Die finanzielle Ausstattung ist solide und der Abbau der Fremdvverschuldung ist eingeleitet. [...]

Unsere Vision ist, alternden Menschen den letzten Lebensabschnitt durch individuelle Hilfe und persönliche Pflege so angenehm und menschenwürdig wie möglich zu gestalten. Visionen allein begründen noch keine Marktvorsprünge, aber sie prägen die Strategie. Wir streben ein kontinuierliches, organisches Wachstum auf hohem Ertragsniveau und unter Wahrung unserer Qualitätsstandards in allen Bereichen an. Der mündige und informierte Kunde gewinnt an Bedeutung. Er verlangt Transparenz im Preis-Leistungs-Verhältnis. Wir betreiben deshalb eine konsequente Markenpolitik, die sicherstellt, dass Leistungsträger und Kunden die Marseille-Kliniken mit Marktnähe, Qualität, Flexibilität, Kundenorientierung und hoher Effizienz identifizieren.

Wachstumsfeld der Zukunft bleibt dabei der Bereich Pflege, in dem die Grundlagen für eine kontinuierliche Expansion gelegt sind. Dem Ziel, der größte börsennotierte Anbieter von privaten Pflegeheimen zu werden, sind wir im Berichtsjahr ein gutes Stück näher gekommen. [...]

Ein weiteres Schlüsselement unserer Strategie bleibt die Konzentration auf den Betrieb von Gesundheitseinrichtungen. Wir sind ein Gesundheitsunternehmen und kein Immobilieninvestor mit angegliederter Altenpflege. Dieses Selbstverständnis impliziert eine grundlegende Veränderung der Struktur unseres Immobilienportfolios. Im Wege des Sale-and-leaseback-Verfahrens werden wir in den kommenden Jahren durch die Reduzierung des heutigen Eigenbestands und durch den Verkauf von Bestandsimmobilien und Neubauten das Immobilienportfolio optimieren.

Parallel werden wir, wie bereits in den letzten Jahren, das Wachstum weitestgehend durch die langfristige Anmietung von Einrichtungen umsetzen. [...]⁵

3. *'misericordia'* versus internationale Investments

Es gibt nur wenige Dienstleistungssektoren, die einen so hohen Arbeitsethos und Reflexionsgrad über das eigene Tun aufweisen wie die pflegerischen Dienstleistungen. Es gibt allerdings gleichzeitig auch nur wenige weitere Dienstleistungssektoren, bei denen dieser (kaum zu leistende) „Anspruch“ auf eine alle Seiten unbefriedigende „Wirklichkeit“ trifft.

Im Widerstreit der Interessen gibt es im Normalfall sowohl Verlierer als auch Gewinner. Von der undefinierbaren Gemütslage des Gesetzgebers einmal abgesehen, sieht es jedoch in der Auseinandersetzung der am Pflegemarkt beteiligten Interessengruppen derzeit allseits nach unzufriedenen Verlierern aus:

- Träger von Pflegeeinrichtungen: ☹
- Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen: ☹
- Bewohner von Pflegeeinrichtungen: ☹
- Kostenträger pflegerischer Dienstleistungen: ☹

³ Die aktuelle Unternehmensentwicklung der WCM AG mit den Geschäftsfeldern Wohnimmobilien und Beteiligungen (und Großaktionär der MATERNUS-Kliniken AG) zeigt, dass es keinen Königsweg gibt

⁴ Zitat: Curanum AG, Geschäftsbericht 2002, München 2003, S.3

Einer Curanum Unternehmenspräsentation ist ferner als strategische Maßnahme zu entnehmen: „Konzentration auf den Betrieb von Pflegeeinrichtungen und damit verbundene Dienstleistungen, kein Immobilienerwerb oder –bestand, dadurch keine expansionshemmende Kapitalbindung“ (Präsentation und Unterlagen auf dem DVFA-Gesundheitstag am 22. Oktober 2002 in Frankfurt, S.8)

⁵ Zitat: Marseille-Kliniken AG, Geschäftsbericht 2002/2003, Hamburg 2003, S.3+5

Neben der grundsätzlichen Fragestellung nach der Finanzierbarkeit und dem Finanzierungswillen pflegerischer Dienstleistungen mag eine wesentliche Ursache in einer Orientierungslosigkeit hinsichtlich des Selbstverständnisses von Pflege zu liegen.

Wir sind sehr wohl in der Lage, die geistesgeschichtlichen und gesellschaftlichen Ursprünge der Betreuung und Pflege von Alten und Kranken nachzuvollziehen, aber es fehlt die ideelle Vision von der Gegenwart und Zukunft pflegerischer Dienstleistungen. So bleibt uns nichts anderes übrig, als uns rational die Notwendigkeit von Pflege zu vergegenwärtigen, ohne dass es gelingt, dabei Zufriedenheit oder gar Freude zu empfinden.

Eine ganz besondere Bedeutung für die Entwicklung der abendländischen Pflege und insbesondere der Krankenpflege hat das mit der Entstehung des Christentums verbundene Ideal der Nächstenliebe. Der Gottes- und Nächstenliebe entspringt der praktische Dienst am Menschen.

Die frohe Botschaft der Evangelien galt auch dem Kranken, der bis zu diesem ideengeschichtlichen Wendepunkt mit dem Odium der Sündhaftigkeit behaftet war. Leiden sei Gnade und bedeute Läuterung. An der Gnade des Kranken könne auch der Gesunde teilhaben durch Mit-Leiden. In diesem Sinne legte Benedikt von Nursia im 36. Kapitel der nach ihm benannten Regel (*"De infirmis fratribus"*) seinen Mönchen die Pflege der Kranken besonders ans Herz:

„Die Sorge für die Kranken muss vor und über allem stehen: Man soll ihnen so dienen, als wären sie wirklich Christus; hat er doch gesagt: ‚Ich war krank, und ihr habt mich besucht‘ (Mt 25,36), und: ‚Was ihr einem dieser Geringsten getan habt, das habt ihr mir getan.‘ (Mt 25,20)

Aber auch die Kranken mögen bedenken, dass man ihnen dient, um Gott zu ehren; sie sollen ihre Brüder, die ihnen dienen, nicht durch übertriebene Ansprüche traurig machen. Doch auch solche Kranke müssen in Geduld ertragen werden; denn durch sie erlangt man größeren Lohn.

Daher sei es eine Hauptsorge des Abtes, dass sie unter keiner Vernachlässigung zu leiden haben. Die kranken Brüder sollen einen eigenen Raum haben und einen Pfleger, der Gott fürchtet und ihnen sorgfältig und eifrig dient. Man biete den Kranken, so oft es ihnen gut tut, ein Bad an; den Gesunden jedoch und vor allem den Jüngeren erlaube man es nicht so schnell. Die ganz schwachen Kranken dürfen außerdem zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit Fleisch essen. Doch sobald es ihnen besser geht, sollen sie alle nach allgemeinem Brauch auf Fleisch verzichten. Der Abt sehe es als eine Hauptsorge, dass die Kranken weder vom Kellermeister [Cellerar] noch von den Pflegern vernachlässigt werden. Auf ihn fällt zurück, was immer die Jünger verschulden.“

Auf diesen geistig-geistlichen Kontext ihres Handelns wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach nur noch für eine Minderheit der Gesellschaft einschwören lassen.

Darüber hinaus wird man einwenden müssen, dass

- der Anspruch einer umfassenden und flächendeckenden christlichen Nächstenliebe im Regelfall zumindest bis zum Hochmittelalter ein höchst exklusives diakonisches Handeln für die eigenen Mitglieder der Gemeinde oder Kongregation war;
- die Altenfrage nicht in dem Umfang gegeben war wie heute; denn bei der damals großen Säuglings- und Kindersterblichkeit haben nicht so viele Menschen ein höheres Alter erreicht. Auf die Gesamtbevölkerung berechnet, dürfte der Anteil der über 60-jährigen bis in das Mittelalter hinein unter 1% gelegen haben.

Eine flächendeckende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und eine als gemeinschaftliche Aufgabe verstandene Betreuung der älteren Bevölkerung ist erst eine Errungenschaft der Neuzeit.

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung insgesamt und damit auch die Betreuung und Pflege der älteren Mitbürger liegt deshalb im Verständnis einer unter marktwirtschaftlichen Bedingungen erbrachten Dienstleistung. Diese ist an unternehmerisches Handeln nach den dazu herrschenden Gesetzen gebunden und folgt den Bedingungen des internationalen Kapitalmarktes. Dass heißt nicht, dass sie *per se* unethisch oder unbarmherzig wäre. Es heißt aber, dass ein Finanzier für sein Investment eine Rendite erwartet / erwarten muss und er sich im globalen Wettbewerb um sein Kapital im Regelfall für das nachhaltig renditestärkste Angebot entscheiden wird.

Auf diese Herausforderung werden daher insbesondere die Pflegewissenschaften und Diakoniewissenschaften eine baldige zukunftsweisende Antwort unter Einbeziehung internationaler Erfahrungen und Vergleiche geben müssen. Es wäre schön, wenn wir es schafften, das Eine tun zu können ohne das Andere zu lassen!

4. Optimale Einrichtungsgröße und Steuerung des Unternehmens

Viele Alten- und Seniorenheime befassen sich schon seit längerem aus eigenem Antrieb im Rahmen eines Qualitätsmanagements sowohl mit dem Thema Bewohner- und Angehörigenzufriedenheit als auch mit der Mitarbeiterzufriedenheit.

Auch durch die immer strenger und aufwendiger werdenden externen Anfragen, Prüfungen und Verhandlungen ist die Dokumentation und Darstellung von (Ergebnis-)Qualität und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit den pflegerischen Einrichtungen schon fast zur Gewohnheit geworden.

Deshalb wird an dieser Stelle vorausgesetzt, dass jeder Träger von Pflegeeinrichtungen über Planungsrechnungen seiner Einrichtungen verfügt:

Pflegeheim Posemuckel GmbH vollstationäre Pflege	bwa WJ 2003	EUR/PT	Plan 2004	EUR/PT
Bettenkapazität	70		70	
Belegungstage Soll	25.550		25.550	
Belegungstage Ist	24.820		24.820	
Auslastung in %	97,14%		97,14%	
Belegte Betten	68		68	
Betriebsergebnis	31.255	1,26	47.808	1,93
Umsatzrendite in %	1,66%		2,56%	
A. Erlöse	1.885.666	75,97	1.867.288	75,23
B. Personalaufwand	1.037.528	41,80	1.026.894	41,37
C. Sachaufwand	398.601	16,06	345.949	13,94
D. Wartung und Instandhaltung	24.024	0,97	27.692	1,12
E. Mieten, Pachten, Leasing	376.979	15,19	401.510	16,17
F. Abschreibung	19.682	0,79	17.436	0,70
<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Einrichtung wurde am 30. September 2003 besichtigt. ■ Von den 70 Plätzen waren 67 belegt. ■ Die Einrichtung wurde 1990 errichtet. ■ Das Haus macht insgesamt einen ordentlichen Eindruck. ■ Die Kapazitäten der Küche und der Wäscherei sind für 150 Bewohner ausgelegt. Die Einrichtung Hinterdemmond GmbH könnte mitversorgt werden. 				

Abbildung 5: Planungsrechnung (Quelle: TCC Trans Clinic Consultants GmbH)

Eine gute Nachricht vorweg:

- Eine solche Planung ist ein einfaches, aber fundiertes Steuerungsinstrument;
- Sie ist eine wesentliche Grundlage für die das folgende Kapitel betreffenden Vertriebs- und Absatzstrategien.

Die zweite gute Nachricht vorweg:

- Es gibt keine objektiven, unverrückbaren, allseits und für immer gültigen Kriterien für eine optimale Pflegeeinrichtung – weder in architektonischer Gestaltung noch in organisatorischer Struktur oder pflegerischen Prozessen;
- Es gibt jedoch unter den gegenwärtigen Marktbedingungen vorteilhaftere und weniger vorteilhafte Konstruktionen.
Beurteilungskriterium bleibt für jede einzelne Einrichtung: Funktioniert es oder nicht!

Ebenfalls die schlechte Nachricht vorweg:

- Die bereits in den letzten Jahren dominierende Fragestellung der Wirtschaftlichkeit von Einrichtungen nimmt noch weiter zu: Investitionsfinanzierung, Refinanzierung, Wirtschaftlichkeitsreserven, Ressourcenmanagement;
- Im gegenwärtigen Trend führt das zu immer größeren Bettenzahlen pro Einrichtung und zu konzernbildenden Zusammenschlüssen bzw. deren Wachstum;
- Pflegefachliche Fragestellungen geraten immer mehr ins Abseits oder spielen eine Rolle ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Erfüllung von Standards und Normen.

Es gilt angesichts dieser Entwicklungstendenzen grundsätzlich gesellschafts- und gesundheitspolitisch zu problematisieren, inwieweit damit die in den letzten Jahrzehnten geltenden

gesundheitspolitischen Prämissen einer wohnortnahen Versorgung unter Beitragsatzstabilität zu erfüllen sind.

Bedarfs- oder Rahmenplanungen für die Pflege in derjenigen Qualität, die in der Krankenhausplanung zum Allgemeingut geworden sind, sind die rühmliche Ausnahme:

„Das Sozialgesetzbuch XI weist in § 9 den Ländern die Verantwortung zu, eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten. [...]“

Mit der Umsetzung der hier vorliegenden Planung kann eine qualitativ angemessene, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgungsstruktur für Pflegebedürftige gewährleistet werden und es können die im Landespflegeeinrichtungsgesetz neuer Fassung festgelegten Ziele, eine regional ausgeglichene sowie aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung sicher zu stellen, erreicht werden.“⁶

Pflegerische Einrichtungen müssen eine wirtschaftliche Verpflichtung gegenüber ihrem Träger / Gesellschafter, eine Verpflichtung als Arbeitgeber und einen Dienstleistungsvertrag mit ihren Kunden (Kostenträger, Bewohner & Angehörige) erfüllen. Daraus ergibt sich ein aktueller Handlungsbedarf, der sich nicht von der Sinnhaftigkeit oder den Zeiträumen politischer Entscheidungsprozesse oder –versäumnisse abhängig machen darf.

Aus einer Mehrzahl zur Verfügung stehender aktueller Unternehmensanalysen börsennotierter, also größerer Pflegedienstleister wurde subjektiv eine sehr ausführliche und detailreiche über die Marseille-Kliniken AG herausgesucht⁷. Anhand der Gedankengänge dieser Analysten und seiner potenziellen Kunden – private und institutionelle Anleger – sollen in Zitaten beispielhaft grundsätzliche aktuelle Gedanken zur Pflegewirtschaft dokumentiert werden:

- „Die schlechte Finanzlage öffentlicher sowie freigemeinnütziger Träger von Pflegeeinrichtungen führt zu einem Konsolidierungsdruck, dessen mittel- bis langfristige Nutznießer die professionell geführten privaten Anbieter sein werden. Bestehende Bevorzugungen kommunaler und gemeinnütziger Einrichtungen werden nicht mehr durchzuhalten sein.“⁸
- „Das Tempo der Privatisierung von Klinikeinrichtungen ist nach wie vor gedrosselt. Sicherlich ist eine der aktuellen Ursachen, dass der Zugang zu günstigen Finanzierungen für private Betreiber derzeit erschwert ist. Die Bereitschaft von Investoren und Banken zur Kapitalbereitstellung für Sozialimmobilien ist augenblicklich nur schwach ausgeprägt.
Von grundsätzlicherer Natur ist die Problematik, dass öffentliche und gemeinnützige Träger die Privatisierung als Notübel betrachten, als letzte Möglichkeit, um gegebene Strukturen weiterhin finanziert zu wissen. Letztlich läuft die Intention darauf hinaus, dass Verluste privatisiert werden sollen. Private Träger werden jedoch nur dann Einrichtungen übernehmen, wenn sich wirtschaftliche Kostenstrukturen darstellen lassen. Der Ansatz muss sein, dem Personal eine positive Einstellung zu betriebswirtschaftlichen Aspekten zu vermitteln. Aus Sicht von Marseille-Kliniken stellen kommunale Altenpflegeeinrichtungen - im Gegensatz zu freigemeinnützlichen Häusern - unter gegebenen Umständen kein potenzielles Übernahmeziel dar, da hier die mentalen Barrieren hinsichtlich wirtschaftlicher Notwendigkeiten besonders verhaftet sind. Hinzu kommt, dass das Personal über eine Vielzahl starrer Vereinbarungen „abgesichert“ ist, die einem wirtschaftlichen Einsatz widersprechen.“⁹
- „Die Mittelbindung soll durch eine Abnahme des Anteils unternehmenseigener Bestandsimmobilien begrenzt werden. Das Verhältnis von Eigenbestand zu Pacht bzw. Leasing von heute 70/30 wird dabei mittelfristig umgekehrt. Den entscheidenden Beitrag dazu wird die Abgabe von Bestandsimmobilien an Immobilieninvestoren leisten.“¹⁰
- „Angesichts eines hinderlichen Umfelds – einige Pflegeheimbetreiber sind schlagzeilenträchtig gescheitert – gestaltet sich die Veräußerung von Pflegeimmobilien an Finanzinvestoren trotz attraktiver Renditeaussichten als schwierig. Als zusätzliches Hindernis erwies sich in den Jahren 2002 und 2003 die extrem restriktive Kreditvergabepraxis deutscher Banken.“¹¹
- „An Fehleinschätzungen bei der Anpachtung von Immobilien sind in den letzten Jahren zahlreiche Geschäftsmodelle im Bereich der stationären Pflege gescheitert. Tiefster Einschnitt in den Pflegemarkt war die Einführung dreigeteilter Pflegesätze 1996. Prominentes Opfer war Refugium. Das Unternehmen ist dadurch in finanzielle Schieflage geraten, dass die zu zahlenden Pachten nicht durch den Investitionsanteil der Pflegesätze

⁶ Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Landespflegeplan 2002, Berlin 2002, S.3

⁷ SES Research GmbH, Unternehmensanalyse Marseille-Kliniken AG (Stand: 8.1.2004), Hamburg 2004

⁸ ebd., S.2

⁹ ebd., S.12

¹⁰ ebd., S.2

¹¹ ebd., S.3

gedeckt waren. Durch Mietrückstände (gegenüber der verbundenen, nun ebenfalls abzuwickelnden Immobiliengesellschaft) geriet das Unternehmen im Sommer 2001 in die Insolvenz. Der Markt für Pflegeimmobilien hat in den letzten drei Jahren für eine Reihe negativer Schlagzeilen gesorgt. Nicht nur Refugium hat systematisch Defizite angesammelt. Weitere Betreibergesellschaften, die ebenfalls überhöhte Mietverpflichtungen gegenüber den Eigentümern ihrer Immobilien eingingen und dadurch in existenzielle Schwierigkeiten gerieten, waren Deutsch Orden, Rentaco, Dr. Hanne/KBN und zuletzt der Marktführer unter den privaten Pflegeheimbetreibern, Pro Seniore.¹²

- „Die Werthaltigkeit der Immobilien ist von der Auslastung der Einrichtungen abhängig. Aufgrund der historischen Performance sowie der guten Marktnachfrage ziehen wir den Schluss, dass die Rentabilität der Einrichtungen nachhaltig gewährleistet ist.“¹³
- „Als positives Signal werten wir den Abschluss eines Rahmenvertrages zwischen der Albis GmbH und Marseille-Kliniken über die gemeinsame Bereitstellung von bis zu 12.000 zusätzlichen Betten bis 2008. Albis ist ein Projektentwickler mit besonderer Erfahrung bei Sozialimmobilien und gehört der Unternehmensgruppe Drees & Sommer an.“¹⁴
- „Die kritische Bettenanzahl, an der die Grenz- den Durchschnittskosten entsprechen und somit keine weiteren Größenvorteile zu erzielen sind, sieht der Vorstand von Marseille-Kliniken bei rund 12.000. Allerdings operiert das Unternehmen als zweitgrößter privater Pflegebettenanbieter in Deutschland (nach Pro Seniore, vor Kursana Residenzen) bereits in einem Bereich, in dem die Grenznutzenkurve zusätzlicher Betten nicht mehr sehr steil ansteigt. Marseille-Kliniken verfügt derzeit über knapp 5.700 stationäre Pflegebetten. Bei Overhead und Dienstleistungskosten spielt die Realisierung von Skaleneffekten deshalb zunehmend eine positive Rolle.“¹⁵
- „Nach unserer Beobachtung verfolgt Marseille-Kliniken jedoch nicht die Strategie eines „Wachstums um jeden Preis“. Zwar ist das Generieren von Größenvorteilen ein vorrangiges Ziel. Das Management hat jedoch bei sämtlichen Akquisitionsverhandlungen die langfristige Entwicklung von Ergebnis und Zahlungsströmen im Blick. Entscheidend sind dabei nicht allein der Kaufpreis einer Einrichtung (eines laufenden Geschäftsbetriebs oder eines neuerstellten Mietobjektes) oder die für die ersten Perioden vereinbarte Pacht, sondern auch die Staffelung der weiteren Mietzahlungsverpflichtung.“¹⁶
- „Eine hohe Abdeckung auf dem Pflegemarkt schafft Größenvorteile (Economies of scale) insbesondere in den Servicebereichen (Ernährung, Wäsche, Reinigung, Facility Management) sowie der Verwaltung. Im Vergleich zu den Einrichtungen lokaler Einzelanbieter führt dies zu einer deutlich höheren Effizienz.“¹⁷
- „Marseille-Kliniken profitiert von der in den zurückliegenden Jahren konsequent verfolgten Effizienzsteigerung der betrieblichen Abläufe. Einen entscheidenden Beitrag leistet dabei ein flächendeckend eingesetztes Betriebssteuerungssystem. Die auf SAP R/3 aufbauende Softwarelösung stimmt die Bereitstellung der Ressourcen betriebswirtschaftlich effizient mit dem ermittelten Bedarf ab. Da die Pflegesätze mehr oder weniger ausgereizt sind, liegt das Potenzial für Margensteigerungen beim variablen Teil der Kostenseite, also jenem für Personal und Verpflegung.“¹⁸
- „Ein EDV-gestütztes Ressourcenmanagement sorgt für effiziente Bedarfsabdeckung im Pflegebereich, so dass operative Margen weit über denen der Vergleichsunternehmen liegen.“¹⁹
- „Einen erheblichen Engpassfaktor im Pflegebereich stellen die Bereitstellung und die Bindung qualifizierten Personals dar. Marseille-Kliniken benötigt Mitarbeiter mit hoher Fachkompetenz und einer positiven Einstellung zu kaufmännischem Denken. Maßnahmen zur Ausbildung von Nachwuchskräften sowie die Förderung attraktiver Arbeitsbedingungen sind somit wesentliche Herausforderungen.“²⁰

¹² ebd., S.12

¹³ ebd., S.3

¹⁴ ebd., S.7

¹⁵ ebd., S.6

¹⁶ ebd., S.7

¹⁷ ebd., S.2

¹⁸ ebd., S.5

¹⁹ ebd., S.2

²⁰ ebd., S.3

5. Vertriebs- und Absatzstrategien von pflegerischen Dienstleistungen

Vordergründig mag es scheinen, dass angesichts der im vorigen Kapitel beispielhaft angeführten Auslastungsgrade und eines langfristig wachsenden Marktes von pflegerischen Dienstleistungen Gedanken zu Marketing und Vertrieb bloße Zeitverschwendung sind. Jedoch bedeuten Vertriebs- und Absatzstrategien für pflegerische Dienstleistungen mehr als das möglichst kontinuierliche Erreichen einer 95% Auslastung der Einrichtung bzw. der Einrichtungen.

Zukunftsplanung von Unternehmen - und dazu werden selbstverständlich auch Träger kleinerer kommunaler Altenheime gezählt - hat zur Voraussetzung, dass eine passive Rolle überwunden wird. Um Profilierungsprozesse einleiten zu können, ist weder eine abwartende Haltung dienlich noch der Glaube, es müssten sich für Dienstleister erst geeignete und akzeptable Rahmenbedingungen einstellen.

Pflegedienstleister unterstützen und helfen Menschen dabei, schwierige Lebenslagen individuell besser zu bewältigen. Das Spektrum der Produkte, die Unternehmen kreieren und herstellen, um auf Probleme des Lebens mit Hilfe und Pflegebedarf mit (relativen) Lösungsoptionen zu reagieren, setzt am Wohnen und seiner Flankierung an und reicht bis hin zur vollstationären Pflege.

Innerhalb dieses Spektrums ist es für ein aktives Unternehmen notwendig, Marktentwicklungen zu registrieren, eine „Vision“ von Kunden der Zukunft zu entwickeln, konzeptionell auf Versorgungslücken zu reagieren und pflegekulturelle Wandel zu antizipieren.

Dabei gilt mit Blick auf den normativen Rahmen, dass ein profiliertes Unternehmen möglichst viele Produkte jenseits der Einflusszonen platziert, wo Kostenträger regulierend in das Marktgeschehen eingreifen. Grundsatz ist, frei zu handeln und „faire“ Angebote zu unterbreiten. Ziel eines Unternehmens muss es sein, nicht nur heute verkaufen zu wollen, sondern in zukunftssträchtige Produktentwicklungen zu investieren.

Wie bereits in Kapitel 1.4 erwähnt, sind am Markt diejenigen Wettbewerber zu unterscheiden, die reine Altenpflege oder Pflegeheime anbieten, von denjenigen, die diese im Verbund mit anderen Gesundheitsdienstleistungen wie Rehabilitations- und Akutkliniken betreiben.

Unter dem globalen Begriff Pflegeeinrichtung können so unterschiedliche Angebote wie die kurzzeitige oder dauerhafte vollstationäre Altenpflege, die ambulante Pflegeleistung, das Betreute Wohnen oder auch eine Behindertenbetreuung verstanden werden.

Welche Dienstleistungen der Träger einer Pflegeeinrichtung in der Kombination oder im einzelnen anbietet, hängt sowohl von der bestehenden oder zu ermittelnden Nachfrage als auch vom Wettbewerb, aber insbesondere von der eigenen Leistungsfähigkeit ab. Gleiches gilt für die Frage nach dem anzustrebenden Preissegment des Angebotes.

Die zur Beantwortung dieser Fragestellungen notwendigen Informationen sind in den Pflegeeinrichtungen und/oder deren Trägern in aller Regel vorhanden – jedoch zumeist dezentral abgelegt oder auf verschiedene Personen verteilt. Deshalb gilt es, diese Unterlagen und Informationen in einem konzeptionellen Vorgehen zu bündeln und durch gezielte Recherchen anzureichern:

Inhalte einer Vertriebs- und Absatzstrategie pflegerischer Dienstleistungen:

- *Branchenübersicht:*
Erstellen einer Übersicht über die Anbieter des (regionalen) Pflegemarktes
Welche Anbieter bieten wie viel von welchen Dienstleistungen zu wie viel an?
- *Bedarfsschätzung* pflegerischer Dienstleistungen (in der Region)
- *Analyse der eigenen Dienstleistungen* unter der Fragestellung nach Eignung für die Zielgruppe und möglichen notwendigen wie sinnvollen Änderungen / Erweiterungen
- Segmentierung und Hierarchisierung:
Erstellung einer *Prioritätenliste* unter dem Gesichtspunkt des akuten Handlungsbedarfs
- *Konzepterstellung* mit Handlungsvorgaben und Aktionsplänen
- Überprüfung der *Machbarkeit* und mögliche Alternativvorschläge

Abbildung 6: Inhalte einer Vertriebs- und Absatzstrategie (Quelle: TCC Trans Clinic Consultants GmbH)

Wem es an Phantasie oder Kapazität mangelt, möge spezialisierte Anbieter beauftragen oder ein paar ideale Anleihen im „Wettbewerb um die Babys“ suchen.

Vorbild:	Schauen Sie sich einmal die Aktivitäten und Aktionen Ihrer örtlichen oder regionalen geburtshilflichen Krankenhausabteilung an.
Grundsatz:	Verspreche nur, was Du auch halten kannst! Nichts ist in der Betreuung und Pflege älterer Menschen ernüchternder als eine klaffende Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

Abbildung 7: Marketing für Pflege (Quelle: TCC Trans Clinic Consultants GmbH)

„Die erfolgreiche Umsetzung einer Unternehmensstrategie ist allerdings mit Schwierigkeiten behaftet. Insbesondere drei Problembereiche können ein Scheitern der Strategie zur Folge haben. Im Einzelnen sind dies die folgenden Defizite:

- Analyselücke,
- Planungslücke;
- Implementierungslücke.

Die sogenannte *Analyselücke* bezieht sich auf die Diskrepanz zwischen der Unternehmens- und Kundeneinschätzung in Bezug auf die Kompetenz und Leistungsfähigkeit des Dienstleisters. Dieses Defizit lässt darauf schließen, dass die eigenen Stärken und Schwächen nicht gründlich genug analysiert worden sind. Die formulierte Strategie deckt sich nicht mit den eigenen Kompetenzen und Ressourcen.

Die *Planungslücke* bezieht sich darauf, dass keine längerfristige Strategieplanung vorgenommen wurde. Das Unternehmen konzentriert sich dementsprechend stark auf das operative Tagesgeschäft. Die Ressourcenplanung und –entwicklung wird nicht unter längerfristigen Gesichtspunkten vorgenommen, sodass keine zielkonformen Maßnahmen eingeleitet werden (zum Beispiel Personalentwicklung).

Die *Implementierungslücke* beschreibt den Zustand, das zwar strategische Ziele formuliert und eine Strategie zur Zielerreichung vorliegt, diese jedoch nur mangelhaft umgesetzt wird. Dieses Umsetzungsdefizit kann auf mehrere Ursachen zurückgeführt werden. So kann zum Beispiel eine fehlende Unterstützung der Strategie durch das Top-Management sowie eine mangelhafte interne Kommunikation Ursache für ein Umsetzungsdefizit sein.²¹

Die bisher beschriebenen Maßnahmen betreffen zu aller erst den lokalen oder regionalen Markt und haben den Kunden, also primär ältere Personen sowie deren Angehörige, im Fokus.

Gleichzeitig steht eine Pflegeeinrichtung sowohl nach innen als auch nach außen noch mit weiteren Interessengruppen in Kontakt, von denen der Erfolg abhängt und die es für die eigene Einrichtung zu gewinnen gilt: zum Beispiel Mitarbeiter, Kostenträger oder Gesellschafter - seien sie nun Ratsherren, kirchliche Würdenträger oder Aktionäre.

Es gibt also je nach Größe und Rechtsform der Einrichtung gute Gründe, über die Region hinauszudenken.

	Lokal	regional	national	International
Innen	Mitarbeiter,	Mitarbeiter,	Mitarbeiter (Führungskräfte)	
	Kunden	Kunden	Kunden (Exklusiv-Segment)	
Außen	Gesellschafter,	Gesellschafter,	Gesellschafter,	Gesellschafter,
	Aktionäre,	Aktionäre,	Aktionäre,	Aktionäre,
	Investoren,	Investoren,	Investoren,	Investoren
	Kostenträger,	Kostenträger,	Kostenträger	
	Planungsbehörden, Genehmigungsbehörden	Planungsbehörden, Genehmigungsbehörden		

Abbildung 8: Interessengruppen der Pflegeeinrichtungen (Quelle: TCC Trans Clinic Consultants GmbH)

Zusätzlich zu einem ordentlichen Pflegeleitbild ebenfalls noch ein eigenständiges und unverwechselbares Profil für eine Pflegeeinrichtung zu entwickeln, ist nicht nur mit Aufwand verbunden, sondern in nicht wenigen Fällen außerordentlich anspruchsvoll.

Allerdings können Alten- und Pflegeeinrichtungen schon bei der Namensgebung, wo es sich ohne allzu zu große Herleitungen anbietet, „natürliche Gegebenheiten“ aufnehmen:

Beispiele: Einrichtungen an der Küste / im Gebirge: Wasser, Wellen, Bergblick, etc.

²¹ Meffert/Bruhn, Dienstleistungsmarketing, Wiesbaden 4. Aufl. 2003, S.621f.

Einrichtungen in der Nähe von Schlössern/Burgen, Kirchen, Parks

Unbestritten ist die Profilbildung für das kleine, rustikale und im ländlichen Nirgends gelegene kommunale Pflegeheim Posemuckel GmbH bedeutend schwerer.

Andere wiederum tun sich bedeutend schwerer als sie es denn eigentlich hätten:

Einrichtungen von religiös motivierten Trägern, hier insbesondere die christlichen Kirchen mit ihren Trägern Diakonie und Caritas, finden aus ideellen und historischen Gründen eine nahezu optimale natürliche Vertriebs- und Absatzstrategie vor. Es seien hier nur als Beispiele die Trägernamen „Diakonie“ und „Caritas“ im Wortsinne sowie deren jeweiliges Logo und Slogan (Stark für andere / Not sehen und handeln) angeführt.

Jeder gewerbliche Marketingverantwortliche müsste vor Neid erblassen, wenn der kircheneigene Umgang mit diesen „Pfunden“ nicht an vorsätzliche Unternehmenssabotage grenzen würde.

Als Beispiel mag die aktuelle Internetpräsenz der Deutschen Caritasverband e.V. dienen. Neben dem konsequenten Verzicht auf das Logo werden zugunsten einer sozialpädagogisch ausgewogenen und für alle gesellschaftlichen Gruppen unanstößigen Sprache nahezu alle kirchlichen „Talente vergraben“: kein christliches Menschenbild, keine Nächstenliebe oder gar Dienstcharakter, kein Vater, keine Mutter Kirche, keine Erlösung²².

Caritas für alte Menschen

Alte Menschen sind so verschieden wie Menschen überhaupt verschieden sind. Die Heterogenisierung der Interessen und die Individualisierung der Lebensstile endet nicht mit dem Eintritt ins Rentenalter. Die Kompetenzen und Erfahrungen der heute über 60-Jährigen, ihre Bedürfnisse und Interessen sind ebenso vielfältig wie die anderer Bevölkerungsgruppen.

Ein umfassendes Konzept der Altenhilfe, welches der Heterogenität ihrer Klientel gerecht werden will, muss diese Verschiedenheit der Bedürfnisse und Kompetenzen kennen und berücksichtigen. Sei es durch die konzeptionelle Weiterentwicklung von Modellen des bürgerschaftlichen Engagements und Ehrenamts, sei es durch Konzepte zur Beteiligung hilfsbedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen bei der Gestaltung ihres Alltags.

Die Arbeit der Caritas nun wird in erster Linie verbunden mit Hilfe für Menschen in Not und dem Eintreten für Benachteiligte. Diese Aufgaben sind auch im Caritas-Leitbild formuliert. Im Bereich der Altenhilfe orientiert sich die Caritas in Deutschland daher vor allem an den Belangen derjenigen alten Menschen, deren Lebenslagen von Krankheit, Pflegebedürftigkeit, fehlender sozialer Einbindung oder finanzieller Not geprägt sind. Vor dem Hintergrund sinkender familialer Hilfpotentiale und der steigenden Lebenserwartung gewinnen Hilfen für diese Menschen an Bedeutung. Altenhilfe der Caritas schließt darüber hinaus aber auch die Mitgestaltung der politischen Rahmenbedingungen von Seniorenpolitik mit ein. [...] ²³

Menschen würdig pflegen - die Rahmenkonzeption der stationären Altenhilfe

Mit Einführung der Pflegeversicherung ist in Deutschland ein Pflegemarkt entstanden. Alte Menschen haben heute die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Anbietern von Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe zu wählen. Die Vielzahl der Wahlmöglichkeiten - vor allem im ambulanten Bereich - bedeutet aber häufig auch Unübersichtlichkeit. Für die Kunden ist es schwieriger geworden, die richtige Entscheidung zu treffen und das für sie angemessene Hilfsangebot auszuwählen.

Was können alte Menschen und ihre Angehörigen erwarten, wenn sie sich mit ihrem Hilfesuch an eine Einrichtungen wenden, die Mitglied im Verband katholischer Heime und Einrichtungen ist?

Unser Selbstverständnis

Alle Mitglieder des Verbandes katholischer Altenheime haben sich in der Rahmenkonzeption der stationären Altenhilfe auf essentielle Gestaltungsprinzipien verständigt, die unserem Verständnis von menschenwürdiger Pflege entsprechen. Das Maß einer solchen Pflege ist der pflegebedürftige alte Mensch mit seinen persönlichen Bedürfnissen, seinen Gewohnheiten, Erfahrungen, Vorlieben und Abneigungen. In dieser Rahmenkonzeption heißt es unter anderem:

- Die Bewohner/-innen erfahren, dass sie als Person mit ihrem eigenen Lebenslauf und mit eigenen sozialen, kulturellen und religiösen Erfahrungen wahrgenommen und angenommen werden.
- Der private Wohnraum kann nach eigenen Bedürfnissen und entsprechend dem persönlichen Lebensstil ausgestattet und genutzt werden.
- Die Organisation des Hauses ermöglicht die Beibehaltung individueller Lebensgewohnheiten.
- Die Bewohner/-innen erhalten kompetente und verlässliche Unterstützung bei allen Aktivitäten, die sie nicht ohne Hilfe durchführen können. Art und Umfang der angebotenen Leistungen sind auf die Stärkung der Selbsthilfemöglichkeiten und die Erhaltung der Selbständigkeit gerichtet.
- Familienangehörige, Freunde sowie andere Personen aus dem sozialen und kirchlichen Umfeld sind unersetzbare Bezugspersonen der Bewohner/-innen und wichtige Partner/-innen der Einrichtung. Begegnungen innerhalb und außerhalb des Hauses werden gefördert. [...] ²⁴

²² Siehe dagegen das Ideal: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Caritas als Lebensvollzug der Kirche und als verbandliches Engagement in Kirche und Gesellschaft, Bonn 23. September 1999, S.7:

„3. Caritas – Teilnahme an Gottes barmherziger Sorge um den Menschen. 3.1 Den Menschen sehen aus der Perspektive des Glaubens. Im Mittelpunkt christlicher Caritas steht der Mensch, wie er aus dem christlichen Glauben heraus verstanden wird: Der Mensch ist als Abbild Gottes erschaffen, als das ihm entsprechende Gegenüber. [...]“

²³ Zitat: <http://www.caritas.de/2027.html>, Stand: 1.03.2004

²⁴ Zitat: <http://www.caritas.de/2030.html>, Stand: 1.03.2004

6. Literaturempfehlungen

Deutscher Bundestag (Unterrichtung durch die Bundesregierung), Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bundestagsdrucksache 14/5590, Berlin 2001

Deutscher Bundestag Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hg.), Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik, Berlin 2002 (Zur Sache 3/2002), insbesondere Teil F – 2 Pflege, S.495ff.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, Berlin 2001 (Diskussionspapier Nr. 240)

Meffert, Heribert / Bruhn, Manfred, Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte - Methoden. Mit Fallstudien, Wiesbaden 4. Aufl. 2003

Sachverständigenkommission „Altenbericht der Bundesregierung“, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft, Bundestagsdrucksache 14/5130 Berlin 2000

Sachverständigenkommission „Altenbericht der Bundesregierung“, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Bundestagsdrucksache 14/8822 Berlin 2002

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVG KAiG), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Gutachten 2000/2001), Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Bundestagsdrucksache 14/5661 Berlin 2001

Wissenschaftliches Institut der AOK, Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick, Bonn, 2. Auflage 1998

7. Anlagen

Bevölkerungsentwicklung in Deutschland 1999 bis 2050

Altersgruppe von...bis unter...Jahren	1999	2010	2020	2050
	<i>Bestand in Millionen</i>			
0 - 60	63,28	60,70	56,54	41,86
60 - 70	9,54	9,22	11,38	10,58
70 - 75	3,55	4,89	4,25	4,75
75 - 80	2,85	3,24	3,64	4,45
80 - 85	1,30	2,39	3,48	4,93
85 - 90	1,14	1,41	1,78	3,88
90 u. ä.	0,50	0,62	0,99	2,55
Gesamt	82,16	82,46	82,05	73,00
	<i>Altersstruktur in %</i>			
0 - 60	77,0	73,6	68,9	57,3
60 - 70	11,6	11,2	13,9	14,5
70 - 75	4,3	5,9	5,2	6,5
75 - 80	3,5	3,9	4,4	6,1
80 - 85	1,6	2,9	4,2	6,7
85 - 90	1,4	1,7	2,2	5,3
90 u. ä.	0,6	0,7	1,2	3,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
	2010/1999	2020/2010	2020/1999	2050/1999
0 - 60	-2,58	-4,17	-6,75	-21,42
60 - 70	-0,33	2,16	1,83	1,04
70 - 75	1,34	-0,64	0,70	1,20
75 - 80	0,39	0,39	0,78	1,60
80 - 85	1,09	1,10	2,18	3,63
85 - 90	0,27	0,37	0,64	2,75
90 u. ä.	0,12	0,37	0,49	2,05
Gesamt	0,30	-0,41	-0,11	-9,16
	<i>Veränderung in %</i>			
0 - 60	-4,1	-6,9	-10,7	-33,8
60 - 70	-3,4	23,4	19,2	10,9
70 - 75	37,6	-13,1	19,6	33,7
75 - 80	13,7	12,2	27,5	56,1
80 - 85	83,5	46,0	167,9	279,0
85 - 90	23,5	26,5	56,2	241,3
90 u. ä.	24,3	60,5	99,4	412,3
Gesamt	0,4	-0,5	-0,1	-11,1

Quellen: Statistisches Bundesamt; Bevölkerungsvorausschätzung des DIW (Variante II B)

Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger* 1999 bis 2050

Altersgruppe von...bis unter...Jahren	1999	2010	2020	2050
	<i>In 1000</i>			
0 -60	348,5	341,7	329,0	240,9
60 - 70	195,3	195,4	238,2	225,7
70 - 75	166,3	228,8	198,9	222,2
75 - 80	271,9	304,4	340,9	415,3
80- 85	254,4	455,7	685,5	921,5
85 - 90	406,4	498,6	611,1	1.311,5
90 u. ä.	286,5	357,7	559,1	1.390,9
Gesamt	1.929,3	2.382,3	2.935,7	4.728,0
	<i>Altersstruktur in %</i>			
0 -60	18,1	14,3	11,2	5,1
60 - 70	10,1	8,2	8,1	4,8
70 - 75	8,6	9,6	6,8	4,7
75 - 80	14,1	12,8	11,6	8,8
80- 85	13,2	19,1	22,4	19,5
85 - 90	21,1	20,9	20,8	27,7
90 u. ä.	14,9	15,0	19,0	29,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
	2010/1999	2020/2010	2020/1999	2050/1999
	<i>Veränderung in 1000</i>			
0 -60	-6,9	-12,7	-19,5	-107,6
60 - 70	0,1	42,7	42,8	30,4
70 - 75	62,5	-29,9	32,6	56,0
75 - 80	32,5	36,5	69,0	143,4
80- 85	201,3	202,8	404,1	667,1
85 - 90	92,2	112,5	204,7	905,1
90 u. ä.	71,2	201,4	272,6	1.104,4
Gesamt	453,0	553,4	1.006,3	2.798,7
	<i>Veränderung in %</i>			
0 -60	-2,0	-3,7	-5,6	-30,9
60 - 70	0,1	21,9	21,9	15,5
70 - 75	37,6	-13,1	19,6	33,7
75 - 80	12,0	12,0	25,4	52,7
80- 85	79,1	44,5	158,9	262,2
85 - 90	22,7	22,6	50,4	222,7
90 u. ä.	24,8	56,3	95,1	385,4
Gesamt	23,5	23,5	52,2	145,1

*) Leistungsempfänger der privaten und sozialen Pflegeversicherung

Quellen: Statistisches Bundesamt; Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln; Bevölkerungsvorausschätzung des DIW (Variante II B)