

Wachstumsmarkt Pflegeeinrichtungen – Strategien zur Entfaltung im Wettbewerb

von

Volker Bahr

EUROFORUM–Konferenz am 20. und 21. Februar 2006 in Frankfurt/Main:

Die wirtschaftliche Pflegeeinrichtung

Kiel, Februar 2006

Inhaltsverzeichnis

Wachstumsmarkt Pflegeeinrichtungen – Strategien zur Entfaltung im Wettbewerb

1.	Kennzahlen des deutschen Pflegemarktes	3
2.	Expansion versus Konzentration?.....	6
3.	Optimale Einrichtungsgröße und Steuerung des Unternehmens	6
4.	Vertriebs- und Absatzstrategien von pflegerischen Dienstleistungen.....	8
5.	Mildtätigkeit versus Gewinnmaximierung?.....	10
6.	Literaturempfehlungen	11
7.	Anlagen	12

Korrespondenzanschrift:

TCC Trans Clinic Consultants GmbH

Volker Bahr

Leiter Marketing, Vertrieb & Kommunikation

Andreas-Gayk-Straße 7-11

D – 24103 KIEL

Telefon: +49 (0)431 210981 – 6

Telefax: +49 (0)431 210981 – 1

E-Mail: volker.bahr@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 Wachstumsmarkt. Der Anteil der pflegebedürftigen Personen in Deutschland liegt bei den 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 dieser 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 kontinuierlich leichte Wachstum des Marktes zeigt sich an der Anzahl der Pflegebedürftigen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhielten. Ihre Anzahl ist seit Ende 1998 von 1,8 Millionen auf 1,95 Mio Ende 2001 bis auf ca. 2,05 Mio Ende 2005 gestiegen. Ende 2005 bezogen 1,38 Millionen Menschen in Privathaushalten und 0,67 Millionen Menschen 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 Wachstumserwartungen geprägt. Auf Basis der Pflegehäufigkeiten von 2001 und der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes 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.

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

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

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

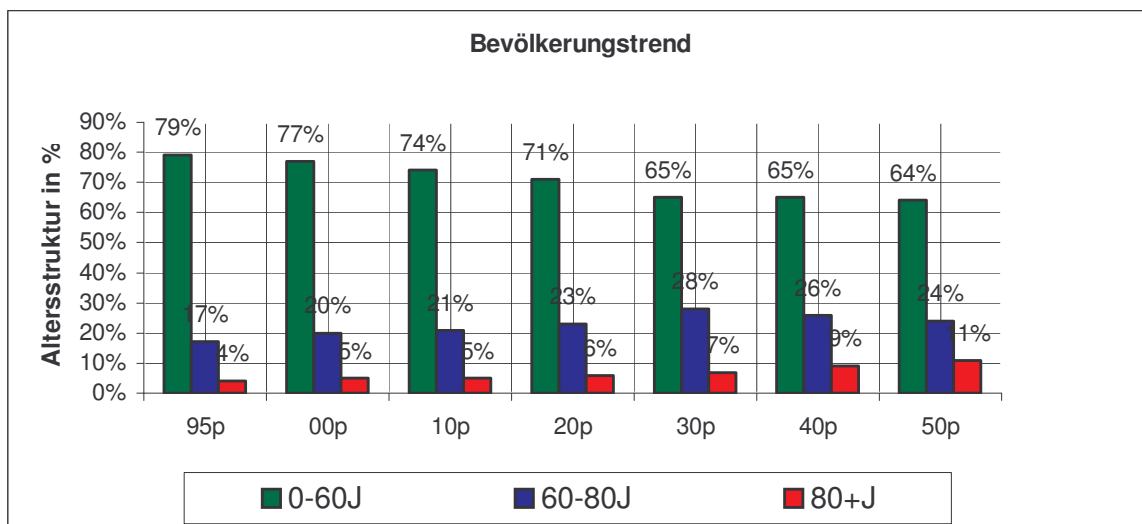


Abbildung 1: Bevölkerungstrend (Quelle: Statistisches Bundesamt; TCC Trans Clinic Consultants GmbH)

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.

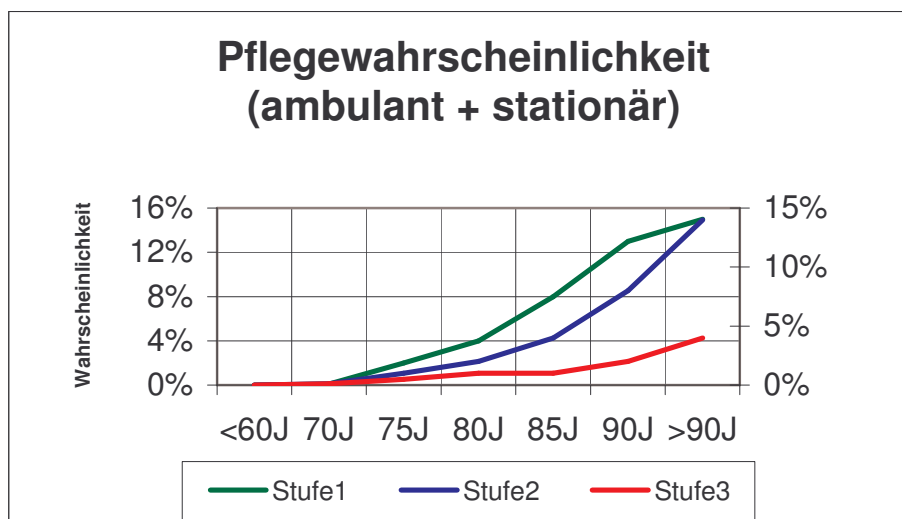


Abbildung 2: Pflegewahrscheinlichkeit (Quelle: Statistisches Bundesamt; TCC Trans Clinic Consultants GmbH)

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.

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
Augustinum	Pflege / Residenz	21	7.406
CASA REHA, Bad Homburg	Pflege	24	3.500
Cura AG, Hamburg	Pflege	24	2.600
Curanum AG, München	Pflege	52	6.541
DANA Senioreneinrichtung, Hannover	Pflege	17	1.580
KURSANA Seniorenresidenzen GmbH, Berlin	Pflege / Residenz	57 / 13	6.808 / 2.531
Marseille-Kliniken AG, Hamburg	Pflege / Residenz / Reha	60	∑ 8.200
Maternus-Kliniken AG, Hannover	Pflege / Rehakliniken	18 / 2	∑ 3.771
ProSeniore AG, Saarbrücken	Pflege	106	~ 17.000
SENATOR Senioren-Residenzen, Lübeck	Pflege	15	~ 1.200

Abbildung 4: Wettbewerb im Pflegedienstmarkt (Quelle: TCC Trans Clinic Consultants GmbH 2006)

Die Branche war in den vergangenen Jahren 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. Zudem wird man die Wettbewerber unter der Fragestellung unteres, mittleres oder oberes Preissegment einordnen müssen.

2. Expansion 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 anbietenden 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 auszudifferenzieren, dabei aber unabhängig zu bleiben von der Vergabepraxis 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.

Zwei der großen Anbieter pflegerischer Dienstleistungen zeigten deshalb in ihren wirtschaftlichen Strategien der vergangenen Jahre übereinstimmende Tendenzen:

- „Im Kerngeschäft Pflege stehen die Strukturen für nachhaltiges Wachstum. Die mittelfristigen Ziele sind definiert und realistisch. Die für uns kritische Bettenzahl sehen wir bei 12.000 Betten, die wir bis Ende 2008 aufstellen wollen.“³
- „Um das Wachstum aus den Vorjahren auf eine gesunde Basis zu stellen, haben wir im abgelaufenen Geschäftsjahr keine neue Einrichtung eröffnet oder übernommen. Wir haben stattdessen unsere interne Strukturen verbessert, an der Auslastung unserer bestehenden Einrichtungen gearbeitet und uns strukturell und organisatorisch auf weiteres Wachstum im laufenden Geschäftsjahr vorbereitet.“⁴

3. 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 zur Gewohnheit geworden.

Deshalb wird an dieser Stelle vorausgesetzt, dass auch kleinere Träger von Pflegeeinrichtungen über Planungsrechnungen ihrer Einrichtung oder Einrichtungen verfügen sowie über eine leistungs- und aussagefähige EDV-Struktur:

- 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.

³ Marseille-Kliniken AG, Geschäftsbericht 2004/2005, Hamburg 2005, S.6

⁴ Curanum AG, Geschäftsbericht 2004, München 2005, S.8

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 und die Notwendigkeit einer längerfristigen Planungssicherheit.

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)

Aus einer Mehrzahl zur Verfügung stehender aktueller Unternehmensanalysen börsennotierter, also größerer Pflegedienstleister wurde subjektiv eine sehr ausführliche und detailreiche über die Marseille-Kliniken AG herausgesucht⁵. Anhand der Gedankengänge dieser Analysten und seiner potenziellen Kunden – private und institutionelle Anleger – sollen in Zitaten beispielhaft grundsätzliche aktuelle Gedanken zur Pflegewirtschaft dokumentiert werden:

- „Erheblicher Investitionsbedarf nur durch private Anbieter zu schultern“⁶
- „Privatisierungstrend wird weiter anhalten und ermöglicht Effizienzgewinne“⁷
- „konsequente Nutzung von Skaleneffekten“⁸
- „Sale-and-Lease -Back-Transaktionen schaffen Wachstumsspielraum“⁹
- „Erfolgsfaktor: Wer bietet die höchste Lebensqualität für's gleiche Geld?“¹⁰
- „Standortadäquate Pflegeheimkategorien ...“¹¹

⁵ GSC Info und Beteiligungen AG, Marseille-Kliniken AG (Stand: 9.1.2006), Düsseldorf 2006

⁶ ebd., S.1

⁷ ebd., S.5

⁸ ebd., S.5

⁹ ebd., S.1

¹⁰ ebd., S.6

¹¹ ebd., S.9

4. 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 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.

Innerhalb des Spektrums Pflegedienstleistung ist es für ein aktives Unternehmen notwendig, Marktentwicklungen zu registrieren, eine „Vision“ von Kunden der Zukunft zu entwickeln, konzeptionell auf Versorgungslücken zu regieren 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.

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)

„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.¹²

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,	Planungsbehörden,		
	Genehmigungsbehörden	Genehmigungsbehörden		

Abbildung 7: Interessengruppen der Pflegeeinrichtungen (Quelle: TCC Trans Clinic Consultants GmbH)

Zusätzlich zu einem Pflegeleitbild und Qualitätsmanagement 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.

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.

Gleichwohl werden diese „Pfunde“ nicht umfassend genutzt. 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“:

Caritas für alte Menschen

Lebenssituationen und Lebenslagen älterer Menschen sind ebenso vielfältig wie die jüngerer Menschen. Alt zu werden bedeutet vor allem nicht, automatisch hilfe- und pflegebedürftig zu sein. Nur 12% aller Menschen über 65 Jahre sind in Deutschland pflegebedürftig, davon nur 2,8% der 65-70jährigen und 5% 70-75jährigen. Auch wenn die Anzahl der Pflegebedürftigen aufgrund des Trends zur Überalterung unserer Gesellschaft steigen wird, bedeuten diese Zahlen, dass unsere Gesellschaft einen hohen Anteil an rüstigen Rentner/innen aufweist, die ihre Erfahrungs- und Kompetenzvielfalt gewinnbringend in unsere Gesellschaft einbringen können.

Caritas möchte einen Beitrag dazu leisten, dass ältere Menschen in unserer Gesellschaft ihr Leben ganz an ihren individuellen Bedürfnissen orientiert ausgestalten können. Dazu bedarf es qualitätsgeleiteter Ansätze und Konzeptionen, in denen sowohl für die professionelle Dienstleistung als auch für das bürgerschaftliche Engagement Platz ist. Der Vielfalt der Lebenslagen muss auch eine Vielfalt der Angebote entsprechen!

Ziel der Caritas-Arbeit für ältere Menschen ist die Aktivierung ihres Selbsthilfepotenzials und der Schutz vor Ausgrenzung und Vereinsamung. Caritas setzt sich insbesondere für die Schwachen und Benachteiligten in unserer Gesellschaft ein und möchte ihren Anliegen und Interessen Stimme und Gehör verschaffen. Den Menschen in seiner Würde vom Anfang bis zum Ende seines Lebens zu schützen und solidarisch miteinander in einer pluralen Welt zu leben sind zentrale Ziele der Arbeit des Deutschen Caritasverbands. Diese Grundanliegen sind auch im **Caritas-Leitbild** formuliert.¹³

¹² Meffert/Bruhn, Dienstleistungsmarketing, Wiesbaden 4. Aufl. 2003, S.621f.

¹³ Zitat: <http://www.caritas.de/21193.html>, Stand: 31.01.2006. Siehe auch: <http://www.diakonie.de/de/html/hilfe/498.html>

5. Mildtätigkeit versus Gewinnmaximierung?

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. 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.

6. Literaturempfehlungen

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (01/06), Internet: Daten zur Pflegeversicherung

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)

Fachhochschule Heilbronn, Der Seniorenmarkt und seine Veränderungen, im Auftrag der IMMAC Holding AG, Rendsburg 2004

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

Statistisches Bundesamt (Hg.), Pflegebericht 2003, Bonn 2005

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

7. Anlagen

7.1 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)

7.2 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)