

Mario A. Pfannstiel
Patrick Da-Cruz
Christoph Rasche *Hrsg.*

Entrepreneurship im Gesundheitswesen I

Unternehmensgründung –
Geschäftsideen – Wertschöpfung



Entrepreneurship im Gesundheitswesen I

Mario A. Pfannstiel · Patrick Da-Cruz ·
Christoph Rasche
Hrsg.

Entrepreneurship im Gesundheitswesen I

Unternehmensgründung –
Geschäftsideen – Wertschöpfung

Herausgeber
Mario A. Pfannstiel
Fakultät Gesundheitsmanagement
Hochschule Neu-Ulm
Neu-Ulm
Deutschland

Christoph Rasche
Universität Potsdam
Management, Professional Services &
Sportökonomie
Potsdam
Deutschland

Patrick Da-Cruz
Fakultät Gesundheitsmanagement
Hochschule Neu-Ulm
Neu-Ulm
Deutschland

Die Darstellung von manchen Formeln und Strukturelementen war in einigen elektronischen Ausgaben nicht korrekt, dies ist nun korrigiert. Wir bitten damit verbundene Unannehmlichkeiten zu entschuldigen und danken den Lesern für Hinweise.

ISBN 978-3-658-14778-5 ISBN 978-3-658-14779-2 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-14779-2>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018, korrigierte Publikation 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Geleitwort

Das Gesundheitswesen ist weltweit der größte Wachstumsmarkt. Die deutsche Gesundheitswirtschaft ist Spitzenreiter in Europa. Jährlich entstehen durch erfolgreiches Unternehmertum in Deutschland neue Geschäftsbereiche und Unternehmen. Entrepreneurische stoßen mit ihrer Geschicklichkeit und mit ihrem Wissen innovative Geschäftsideen an. Unternehmensgründungen sind mit Risiko behaftet und erfordern einen hohen Kapitaleinsatz. Neue Produkte und Dienstleistungen versprechen brachliegende Potenziale im sehr heterogenen Gesundheitsmarkt zu heben. Unternehmerisches Handeln setzt ökonomische Nutzung von Ressourcen voraus. In Anbetracht von gestiegenem Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsdruck sind Marktchancen zu erschließen, Zielgruppen zu identifizieren und Unternehmensziele systematisch zu entwickeln und umzusetzen. Der gestiegene Versorgungsbedarf, hervorgerufen durch den medizinisch-technischen Fortschritt, die demografische Entwicklung und ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein, muss künftig so bewältigt werden, dass möglichst wenige Barrieren für Unternehmen und möglichst wenig Risiken für Kunden entstehen. Die Entwicklungen im deutschsprachigen Raum belegen die Bedeutung von Unternehmensgründungen, deren Effekte mit neuen Innovationen nach heutigen Erkenntnissen gleichgesetzt werden können. Die Effekte beruhen auf geschäftsspezifischen Erfolgspotenzialen, die die Voraussetzung bilden, um Erfolge auf breiter Basis realisieren zu können. Ich begrüße es daher, dass in diesem Band Herausforderungen und Lösungskonzepte aufgezeigt werden, die dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit von Unternehmen zu steigern. Die vorliegenden Fachbeiträge berücksichtigen operative und strategische Handlungsoptionen, die in der Realisierung von den erforderlichen Ressourcen der Akteure abhängen. Daneben werden auch Ansätze zur Verbesserung von Produktivität und Performance bei Dienstleistungen und dienstleistungsorientierten Geschäftsmodellen aufgezeigt. Berücksichtigt wird neben der Anbieter- auch die Abnehmerperspektive. Der Blick richtet sich bei der Abnehmerperspektive von Produkten und Dienstleistungen auf die Wünsche, Präferenzen und Erwartungen sowohl im Hinblick auf Qualität als auch auf die Finanzierbarkeit. Die Anbieterperspektive nimmt sich des Handlungsspektrums an und ist gekennzeichnet durch die Wertschöpfung für Kunden und die Steigerung der Rentabilität in Unternehmen. Im vorliegenden Werk liegt der Fokus auf dem Entrepreneurship bei gesundheitsbezogenen Dienstleistungsunternehmen.

Es gibt zahlreiche Bücher zum Thema „Entrepreneurship“, aber bisher keine Sammlung von Büchern, die speziell auf den Gesundheitsbereich ausgerichtet ist. Ich denke daher, dass die Erkenntnisse der Sammelbände zu dem Thema Eingang in Studienfächer finden und die Lehre und Forschung in diesem Bereich weiter vorantreiben werden. Mit den Sammelbänden zum Thema „Entrepreneurship im Gesundheitswesen“ haben es die Herausgeber geschafft, renommierte Autoren aus Praxis und Wissenschaft zu gewinnen, die unternehmerische Aspekte anschaulich und zugleich interessant darstellen. Auf unterhaltende und lehrreiche Art und Weise werden Denkanstöße gegeben, die sowohl für Studenten als auch für Dozenten, Experten und Führungskräfte von erheblichem Mehrwert sind. Ich wünsche der Sammlung von Büchern, dass sie dazu anregt, in der Praxis etwas auszuprobieren und in der Wissenschaft dazu motiviert, neue Forschungsfelder zu erschließen.

Eine anregende Lektüre wünscht

Neu-Ulm, 1. Aug. 2017

Prof. Dr. Uta M. Feser, Präsidentin
der Hochschule Neu-Ulm

Vorwort

Die wirtschaftliche Entwicklung im Gesundheitswesen wird maßgeblich durch Unternehmensgründungen getrieben. Unternehmensgründungen werden ausgelöst durch Neuerungen und Innovationen bei Produkten und Dienstleistungen. Verantwortlich für die Einführung von neuen Produkten und Dienstleistungen in den Gesundheitsmarkt sind Unternehmerpersönlichkeiten, die sich dem unternehmerischen Denken und Handeln verschrieben haben. Sie sind es, die Ideen haben und die Ideen zu einem Geschäftsplan ausarbeiten und diesen als Handlungsgrundlage zum Aufbau eines Unternehmens nutzen. Grundlage für Neuerungen und Innovationen sind geeignete Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, Ideen zu entfalten und wesentliche Akteure im Gesundheitswesen zu vernetzen. Innovationen entstehen im Gesundheitsmarkt spontan, aber auch angeregt durch andere Wirtschaftszweige im Gesundheitswesen wie z. B. die Pharmaindustrie, die Medizintechnik und die Biotechnologie. Welche Faktoren das Entstehen von Innovationen im Gesundheitswesen behindern und verhindern ist zu analysieren, damit ein innovationsfreundliches Klima geschaffen werden kann. Das Gesundheitswesen ist von vielen staatlichen Eingriffen beim Leistungsangebot betroffen. Fraglich ist, ob die Regulation des Wettbewerbs bei der Leistungserbringung in diesem Rahmen weiter fortgeführt werden sollte. Eingegrenzte Freiräume für Unternehmer sind zwar nicht unvermeidbar, sollten aber so geschaffen sein, dass Wettbewerbsarenen (siehe [Abb. 1](#)) neue Geschäftsmodelle und Geschäftssysteme zulassen. Innovative produktorientierte Geschäftsmodelle und serviceorientierte Geschäftsmodelle (B2B-Services, B2C-Services) in den Wettbewerbsarenen sind notwendig, um die Entwicklung im Gesundheitsmarkt vorantreiben und um Entwicklungen aufzeigen zu können. Neue Geschäftsmodelle sollten dabei immer einen konkreten Kundennutzen erzeugen und ein hohes Ertragspotenzial aufweisen. Der Nachteil von neuen Geschäftsmodellen ist, dass diese im Markt noch nicht erprobt wurden. Unternehmensgründern fehlt am Anfang immer die Markterfahrung, auf die andere bestehende Unternehmen bereits zurückgreifen können. Damit es zu einer Unternehmensgründung und zur Umsetzung eines neuen Geschäftsmodells kommt, ist es erforderlich, dass Unternehmensgründer die Chance zur Gründung erkennen und diese als persönliche Weiterentwicklung begreifen. Die Chance auf den unternehmerischen Erfolg muss dann auf die Basis einer fundierten und realistischen Unternehmensplanung gestellt werden. Die realistische Beurteilung fällt am Anfang sehr schwer, da keine Erfahrung bei Kunden und

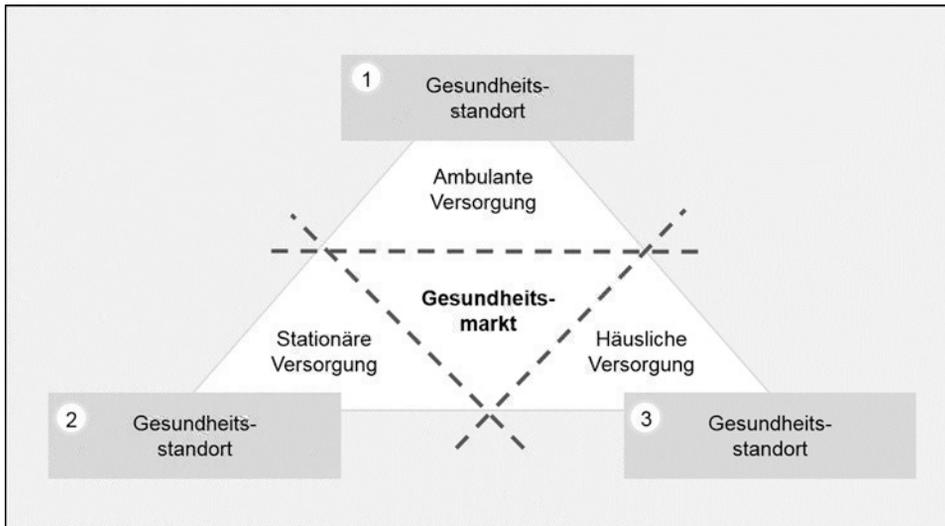


Abb. 1 Wettbewerbsarenen neuer Geschäftsmodelle im Gesundheitsmarkt. (Quelle: Eigene Darstellung 2017)

am Markt besteht. Entwickelte Produkte und Dienstleistungen müssen erst beim Kunden und am Markt bekannt gemacht werden, zudem muss die notwendige Infrastruktur zur Vermarktung aufgebaut werden. Die Aufstellung eines Geschäftsmodells kann helfen, ein besseres Bild von den Wertschöpfungsstrukturen und -prozessen zu erhalten. Es können mögliche Ertragsoptionen und der Nutzen für Kunden und Märkte aufgezeigt werden. Viele Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen sind dienstleistungsorientiert. Bei dienstleistungsorientierten Geschäftsmodellen wird die immaterielle Dienstleistung von Kunden in Anspruch genommen. Die Ausgestaltung eines dienstleistungsorientierten Geschäftsmodells erweist sich als große Herausforderung, da es schwierig ist, ein vielversprechendes innovatives Geschäftsmodell zu finden und umzusetzen, das am Markt erfolgreich ist. Fehlt eine durchschlagende Idee für ein Geschäft, kann aber trotzdem ein Geschäftsmodell aufgebaut werden, bei dem Fragen beantwortet werden, die verschiedene Kundenbedürfnisse am Markt abdecken. Weiterhin besteht auch die Möglichkeit, bestehende Produkte und Dienstleistungen untereinander oder miteinander so zu kombinieren, dass neue Geschäftsideen entstehen oder sich ergeben. Neue Geschäftsideen können sich im Gesundheitswesen auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene ergeben. In der Anfangsphase eines neuen Geschäfts fehlen oft auch die Geschäftsbeziehungen, die sich erst im Laufe der Zeit aufbauen, entwickeln und festigen können. Entsprechend ist mit Rückschlägen bei neuen Unternehmen immer zu rechnen. Erst mit Erfahrungswerten kann das Risiko minimiert und das finanzielle Risiko gesenkt werden. Der vorliegende Band gibt einen Einblick in Unternehmensgründungen im Gesundheitswesen. Es werden u. a. Geschäftsideen, Herausforderungen bei der Umsetzung von Geschäftsideen, Optionen bei der kontinuierlichen Geschäftsplanung, Handlungsfelder bei der Entwicklung von

Geschäftsmodellen und Geschäftstätigkeiten bei der Aufnahme eines neuen Geschäfts aufgezeigt. Ferner wird auf den Zielmarkt, die Ressourcen- und Marketingplanung von neuartigen und innovativen Produkten und Dienstleistungen eingegangen.

Die Beiträge der einzelnen Autoren in diesem Buch sind wie folgt zusammengestellt: Gliederung, Zusammenfassung, Autorenanschrift, Einleitung, Hauptteil, Schlussbetrachtung, Literaturverzeichnis und Autorenbiografie. Die Ausführungen und Erkenntnisse der Beiträge werden von jedem Autor in einer Schlussbetrachtung am Beitragsende zusammengefasst. Im Anhang wird ein Stichwortverzeichnis bereitgestellt, das zum besseren Verständnis des Buches dienen und die gezielte Themensuche beschleunigen soll.

Wir möchten uns bei den zahlreichen Autorinnen und Autoren des Bandes bedanken, die viele interessante und spannende Themen aus Praxis und Wissenschaft in das Buch eingebracht haben. Weiterhin möchten wir uns ganz herzlich an dieser Stelle bei Frau Hasenbalg und bei Frau Gosavi bedanken, die uns bei der Erstellung des Buches sehr unterstützt hat.

Neu-Ulm, im Mai 2017

Mario A. Pfannstiel
Patrick Da-Cruz
Christoph Rasche

Inhaltsverzeichnis

1	Entrepreneurship im Gesundheitswesen – Neue Chancen in Zeiten zu erwartender Versorgungsengpässe?	1
	Harald Stummer, Achim Hecker, Sabine Katzdobler und Elisabeth Nöhammer	
2	Gazellen im Gesundheitswesen – Auf der Suche nach Einflussfaktoren für anhaltendes rapides Unternehmenswachstum.	11
	Matthias Tomenendal, Johannes Kirch und Christian Raffer	
3	Businesscases aus dem Gesundheitswesen	33
	Stefan Müller-Mielitz	
4	Entrepreneurship im Krankenhaussektor	53
	Stefan Ingerfurth, Frederik O. Andersson und Jurgen Willems	
5	Boundaryless Hospital revisited: Neue Chancen für Entrepreneure im Gesundheitswesen	69
	Julia Busch-Casler, Simone Haubner und Andreas Pinkwart	
6	Entrepreneurship im Gesundheitswesen: Zur Relevanz unternehmerischer Potenziale im Krankenhaus	95
	Henning Staar, Melissa Wagner, Christian Kempny und Hans Christian Atzpodien	
7	Kooperative Kundenorientierung der Fachabteilung im Krankenhaus – Worauf es ankommt.	125
	Wolfgang Hellmann	
8	Unternehmerische Orientierung von Health Professionals im Rahmen ihrer Selbstständigkeit	135
	Thomas Geiß und Margit Raich	
9	Risikomanagement in Gesundheitseinrichtungen – ein Prozess für Nachhaltigkeit	151
	Eugen Hauke und Elke Holzer	

10 Social Entrepreneurship und/oder Social Intrapreneurship – Welchen Beitrag können Sozialunternehmen für die Fortentwicklung (sozialer) Innovationen im Gesundheitsmarkt leisten?	165
Jürgen Zerth	
11 Ein Start-up und seine Herausforderungen zwischen Nächstenliebe, gesellschaftlicher Verantwortung und sozialem Entrepreneurship	183
Ute Grap und Guido Keuchel	
12 Existenzgründung von Frauen im Care-Bereich – Effekte von Arbeitszeit, Arbeitsform und Einkommen auf die Arbeits- und Lebenszufriedenheit	201
Ilona Ebbers, Kirsten Mikkelsen und Alan Piper	
13 Gendersensibilität als Innovationstreiber im Gesundheitswesen	221
Stephanie Birkner, Michael Freitag und Frauke Koppelin	
14 Entrepreneurship Education in der Medizin – Das Modul „Start-Up-Entrepreneurship“ an der Charité	243
Florian Behringer, Andreas Voss und Harm Peters	
15 Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen – die Revolution hat begonnen	267
Matthias Schneider, Philipp Lacour und Steffen Kuche	
16 E-Learning in der Medizin – Von der Idee bis zum Vertrieb eines radiologischen Fortbildungsfilms	279
Achim Burget und Franz Hessel	
17 Gesundheits- und Fitness-Apps – Fluch oder Segen für das Gesundheitswesen?	293
Christoph Buck, Severin Oesterle, Tim Kessler und Torsten Eymann	
Erratum zu: Entrepreneurship im Gesundheitswesen: Zur Relevanz unternehmerischer Potenziale im Krankenhaus	E1
Stichwortverzeichnis	307

Die Herausgeber

Mario A. Pfannstiel, M.Sc., M.A., ist Fakultätsreferent und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Kompetenzzentrum „Vernetzte Gesundheit“ an der Hochschule Neu-Ulm und Doktorand an der Universität Potsdam. Er besitzt ein Diplom der Fachhochschule Nordhausen im Bereich „Sozialmanagement“ mit dem Vertiefungsfach „Finanzmanagement“, einen M.Sc.-Abschluss der Dresden International University in Patientenmanagement und einen M.A.-Abschluss der Technischen Universität Kaiserslautern und der Universität Witten/Herdecke im Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Im Herzzentrum Leipzig arbeitete er als Referent des Ärztlichen Direktors. An der Universität Bayreuth war er beschäftigt als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Strategisches Management und Organisation im Drittmittelprojekt „Service4Health“. Seine Forschungsarbeit umfasst zahlreiche Beiträge zum Management in der Gesundheitswirtschaft.

Patrick Da-Cruz ist Professor für Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Fakultät Gesundheitsmanagement der Hochschule Neu-Ulm (HNU) sowie wissenschaftlicher Leiter des MBA-Programms Führung und Management im Gesundheitswesen der HNU. Studium und Promotion erfolgten an den Universitäten Duisburg-Essen, Bayreuth und der Smurfit Graduate School of Business, Dublin. Vor seiner Tätigkeit an der HNU war Herr Da-Cruz bei namhaften Strategieberatungen im Bereich Pharma/Healthcare sowie in Führungsfunktionen in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft im In- und Ausland tätig. Er ist regelmäßiger Referent auf Fachtagungen, Autor diverser Veröffentlichungen und engagiert sich ehrenamtlich in verschiedenen Fachgesellschaften des Gesundheitswesens.

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. habil. Christoph Rasche, Jahrgang 1965 in Münster ist Leiter der Sektion „Professional Services“ an der Universität Potsdam. Zugleich war er mehrere Jahre geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Sportwissenschaft und fungiert als Professor für Sportmanagement und Sportökonomie. Professor Rasche besitzt eine Doppelmitgliedschaft in der Humanwissenschaftlichen und der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam. Von 1995 – 1998 war Prof. Rasche Top-Management-Berater bei der Unternehmerberatung DROEGE & Comp. AG. Er übt(e) u. a. Gastprofessuren an den Universitäten Innsbruck, Alcalá de Henares (Madrid),

Jena sowie der Hochschule Osnabrück im Rahmen der MBA-Ausbildung aus. Prof. Rasche wirkt als Unternehmensberater und Executive Trainer zur Stimulierung des Diskurses zwischen Wissenschaft und Praxis. Seine Forschungs- und Beratungsschwerpunkte beinhalten folgende Themenfelder: Multifokales Management, Corporate Restructuring, Professional Services sowie Sport- und Gesundheitsmanagement. Die Dissertation erfolgte zum Thema „Wettbewerbsvorteile durch Kernkompetenzen“; der Titel Habilitationsschrift lautet „Multifokales Management“. Christoph Rasche ist wissenschaftlicher Beirat des Deutschen Instituts für Beratungswissenschaften (dibw).

Entrepreneurship im Gesundheitswesen – Neue Chancen in Zeiten zu erwartender Versorgungsengpässe?

1

Harald Stummer, Achim Hecker, Sabine Katzdobler
und Elisabeth Nöhammer

Zusammenfassung

In Österreich und in Deutschland steht das Gesundheitswesen, das viele Jahrzehnte stabil und vielfach auch veränderungsresistent war, unter massivem Druck. Der häufig diskutierte demographische Wandel ist dabei nur eine Facette neben vielen anderen. Um nicht langfristig Versorgungsengpässe zu generieren, bedürfen die tradierten Strukturen und Fokussierungen organisationaler und sozialer Innovation, was wiederum viele Chancen für neue Ideen, für Unternehmertum bietet. Der vorliegende Beitrag diskutiert Möglichkeiten für Entrepreneurship im Gesundheitswesen, die zum Teil jetzt schon genutzt werden oder auch Gelegenheiten für die Zukunft bieten. Denn schon

H. Stummer (✉)

Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, 6060 Hall in Tirol, Österreich, Institut für Gesundheitsmanagement und Innovation, Privatuniversität Schloss Seeburg, 5201 Seekirchen am Wallersee, Österreich
e-mail: harald.stummer@umit.at

A. Hecker · S. Katzdobler

Institut für Gesundheitsmanagement und Innovation, Privatuniversität Schloss Seeburg, 5201 Seekirchen am Wallersee, Österreich
e-mail: achim.hecker@uni-seeburg.at; sabine.katzdobler@uni-seeburg.at

E. Nöhammer

Department für Public Health, Versorgungsforschung und HTA, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, 6060 Hall in Tirol, Österreich
e-mail: elisabeth.noehammer@umit.at

jetzt sind etwa ein Drittel aller Firmenneugründungen in Österreich dem Gesundheits- und Sozialwesen zuordenbar, viele davon mit Innovationen.

Inhaltsverzeichnis

1.1	Einleitung	2
1.2	Umbrüche in der Versorgungsstruktur in Österreich und Deutschland	2
1.3	Struktur-, Sozial und Organisationsinnovationen	5
1.4	Innovation und Entrepreneurship im Gesundheitswesen	6
1.5	Schlussbetrachtung	8
	Literatur	8

1.1 Einleitung

Die aktuelle Gesundheits- und Krankheitsversorgung ist in vielen Ländern, insbesondere aber durch einige Besonderheiten im deutschsprachigen Raum, in starken Umbruchssituationen. So dominieren in unserem Sprachraum insbesondere die ärztlichen Tätigkeiten, während die anderen Gesundheitsberufe sowohl von der Ausbildung als auch von der Eigenständigkeit vielen internationalen Modellen hinterherhinken und es dadurch auch eine klare Fokussierung auf Krankheitsreparatur und wenig auf Gesundheit gibt (Stummer et al. 2016).

Allerdings ist dieser unmittelbar auf die unmittelbare Versorgung begriffene Gesundheitswesen Begriff sehr eng gesetzt. Mit Verflechtungseffekten kann in Deutschland und Österreich etwa von 16–19 % der Wertschöpfung der Volkswirtschaft und etwa 20 % der Beschäftigten ausgegangen werden (Czypionka et al. 2014), die Tendenz ist steigend. Da sind Bereiche inkludiert, bei denen offensichtlich ist, dass Entrepreneurship ein wichtiges Konzept ist, wie die Medizintechnik. Hier hat sich die Anzahl der Innovationen und Neugründungen in den letzten Jahren stark erhöht. Aber auch in der klassischen Gesundheits- und Krankenversorgungsstruktur haben sich in den letzten Jahren die Chancen für Neues stark erhöht. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, diese Möglichkeiten insbesondere von Struktur- und Prozessinnovationsmöglichkeiten in der Versorgungsstruktur zu thematisieren und mittels nationalen und internationalen Best-Practice-Beispielen aufzuzeigen, wo und wie sich in den nächsten Jahren Chancen für Entrepreneurship in Deutschland und Österreich ergeben werden.

1.2 Umbrüche in der Versorgungsstruktur in Österreich und Deutschland

In Österreich und in Deutschland gibt es ein so genanntes Bismarck-System mit vorherrschenden vertraglichen Strukturen zwischen einzelnen kleinen Anbietern im niedergelassenen Bereich und größeren Krankenhäusern. In Deutschland wurde darüber hinaus

mit dem inzwischen wieder geänderten GKV-Modernisierungsgesetz 2004 die Möglichkeit zu Medizinischen Versorgungszentren geschaffen (Farnschläder/Stummer 2011), in Österreich gibt es erste Versuche mit Primärversorgungszentren (Kriegel et al. 2016). Wie die meisten Versicherungssysteme mit vielen Anbietern und Versicherern zeigen sich diese Systeme unter anderem auf Grund der komplexen Vertragsverhältnisse sehr änderungsresistent.

Das Gesundheitssystem in Deutschland und in Österreich ist traditionell reparatur- und arztzentriert. Das Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Neben dem demographischen Wandel der Bevölkerung und den damit einhergehenden Veränderungen in Sozialstrukturen und auch den Krankheitsbildern bedingen auch eine Veränderung der Arbeits- und Bildungsmotive von im Gesundheitssystem tätigen Personen Veränderungsdruck auf die aktuellen Strukturen. Auch der ökonomische Druck im Gesundheitswesen nimmt zu.

Demographischer Wandel

Wie bereits vielfach diskutiert führt der aktuelle demographische Wandel zu einer starken Veränderung in den Bedürfnissen der Gesundheits- und Sozialstrukturen, sei es von der zu erwartenden Zunahme der chronischen Krankheiten und Multimorbiditäten, wie auch zu einer Veränderung der Bedürfnisse und Bedarfe in verschiedenen Betreuungsformen in Krankheit und / oder Alter. Die sektorale Trennung mit annähernder Monopolisierung von niedergelassenen Mikroeinrichtungen oder stationären Großeinrichtungen wird diesem Bedarf nicht gerecht.

Weit weniger in der Öffentlichkeit diskutiert, aber nicht minder relevant im Gesundheitssystem, ist auch die Organisations- und Berufsdemographie.

Das betrifft Ärzte, Pflege, MTDs und auch viele unterstützende Berufsgruppen. Im Gesundheitssystem in Deutschland zeigt die Statistik 2012, dass je nach Berufsgruppe der Ärzte zwischen 67 % und 84 % über 50 Jahre alt sind, in Österreich sind hierzu die Zahlen noch etwas „jünger“. So sind in der aktuellen Statistik 2014 (Statistik Austria 2016) 66,2 % aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über 50, wobei es über 3,5 Mal so viele praktizierende niedergelassene Ärzte über 70 Jahre gibt als unter 35 Jahre. Auch in der Pflege ist in manchen Krankenanstalten und Heimen das Durchschnittsalter jenseits der 50 Jahre. Die tradierte Monopolisierung der Gesundheit als Krankheitsreparatur und/ oder -vorsorge auf die Medizin und der Nachbehandlung auf die stationäre Pflege wird daher auch anbieterseitig nicht zu halten sein.

Veränderte Werte und Einstellungen bei Mitarbeitern in Gesundheitsberufen und in der Gesellschaft

Sowohl bei Patienten als auch bei Mitarbeitern von Gesundheitseinrichtungen oder in –berufen verändern sich die Wertestrukturen.

So gibt es schon seit längerem die Diskussion um den „empowered patient“ mit einer Entscheidungsfindung, die sich „informed consent“ nennt, die Praxis deutet jedoch auch wesentlich andere, noch immer sehr experten-/eminenzbasierte Entscheidungsstrukturen mit starken Trennungen und hierarchischen Abstufungen zwischen den Berufsgruppen hin,

die Zeiten der „Götter in Weiß“, wie Ärzte früher genannt wurden, sind jedoch nicht mehr zeitgemäß. Neben dem laufenden Wertewandel ist auch mit einer Zunahme der kulturellen Unterschiede in Österreich zu rechnen, aktuell sind etwa 31 % der Wiener Wohnbevölkerung (ohne Personen in Asylbewerberstatus) nicht in Österreich geboren (Magistrat Wien 2016) und der Umgang mit Diversität ist insbesondere auch in stationären Einrichtungen in einem frühen Stadium.

Zusätzlich zu der sich verändernden Arzt-Patient-Interaktion verändern sich auch die Werte- und Motivstrukturen der Gesundheitsarbeiter. Untersucht wurden im deutschsprachigen Raum etwa die Auswirkungen einer Feminisierung der Medizin (Gensch 2007, Wechselberger 2011) oder auch Auswirkungen der Akademisierung gewisser Berufsgruppen, etwa der Pflege (Moers/Schäffer 1993) oder der Radiologietechnologie (Schwarz-müller-Erber/Stummer/Bachler 2013). Sowohl die traditionellen Rollen-/Hierarchieteilungen, wie auch strukturelle Themen (etwa Kassenverträge) werden davon berührt. So sind sowohl viele Medizinstudentinnen als auch junge Fachärztinnen in Ausbildung nicht an einem vollen Kassenvertrag interessiert, eine Teilung von z. B. 1,6 Verträgen ist aber in Österreich strukturell nicht möglich oder zumindest nicht mit vernünftigen Aufwand möglich, lediglich in einem Bundesland gibt es derzeit einen Pilotversuch mit der 50 % Aufteilung eines Kassenarztvertrages.

Aktuelle Strukturen im Gesundheitswesen

In Österreich herrscht eine starke sektorale Trennung zwischen einerseits den niedergelassenen, freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten und andererseits den großen Krankenanstalten. Mit veränderten Vorzeichen gilt dies auch für den Pflegebereich, intermediäre Ansätze wie Tageshospiz, Tagesheimstätten mit pflegerischer Versorgung etc. sind eher die Seltenheit und das, obwohl „[i]nternationale Studien zeigen, dass das typisch deutsche [und auch österreichische] Phänomen einer weitgehend gelebten Sektorentrennung und voneinander abgeschotteter Einzelpraxen mit der Bewältigung ... [der] Herausforderung [im Gesundheitssystem] zu großen Teilen überfordert ist“ (Amelung/Wolf 2011, S. 1266).

Internationale Beispiele werden im deutschsprachigen Raum mehr oder weniger schnell übernommen, wobei die Schweiz oftmals Vorreiter ist und Deutschland in manchen Bereichen wesentlich schneller agiert als Österreich, etwa mit der Einführung von Gatekeeper-Ansätzen, Ärztenetzen, IV-Projekten, Medizinischen Versorgungszentren u.v. a.m. In Österreich halten sich aus verschiedensten Gründen, seien es die Eigentümerstrukturen der Einrichtungen oder auch tlw. starke Interessensvertretungen, die tradierten Strukturen abgesehen von der Einführung von Holdingsstrukturen in Landeskrankenhäusern eher stabil, so auch der rechtliche Zugang zu Gesundheitsberufen.

Ökonomische Veränderungen im Gesundheitswesen

In Österreich wurden im Jahr 2012 nach Systems of Health Accounts 10,7 % des BIP für Gesundheit respektive Krankheit ausgegeben, wobei hier etwa 98 % für Krankheit und

lediglich knapp 2 % für Prävention und Gesundheitsförderung (und davon der größte Teil für Sekundär- und Tertiärprävention) (Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2016), im stationären Bereich sind seit der letzten Gesundheitsreform die jährlichen Zuwächse auf das geschätzte nominelle Wachstum des BIPs begrenzt, was im Gegensatz zu den letzten Jahrzehnten einer starken relativen Dämpfung des Wachstumsparameters entspricht.

Im niedergelassenen Sektor gibt es derzeit noch keine dieser Einigungen, dennoch ist auch hier zu erwarten, dass sich der ökonomische Druck auf effiziente und kostengünstige Strukturen erhöht.

Dieser Druck verläuft parallel zu einigen neuen medizinischen Entwicklungen mit zum Teil zwar starken Steigerungen in den Heilungschancen, aber auch mit drastischen Erhöhungen in den Behandlungskosten. Beispiele dafür sind etwa die personalisierte Krebsmedizin oder die jüngst durch die österreichischen Medien bekanntgemachte Hepatitis-C-Tablette mit Preisen von etwa 50.000 – 90.000 € pro Behandlungszyklus für eine Hepatitis-Erkrankung (Kramer et al. 2015).

Diese Zuwächse gibt es natürlich auch im Nachsorge- und Langzeitpflegebereich, hier noch weniger durch technisch/medizinische Änderungen, sondern durch die Anzahl potenziell Betroffener. Juraszovic und Ostermann (2012) etwa schätzen die Steigerung der Langzeitpflege wegen der Änderung in der Demographie und auch der Änderung der Frauenbeschäftigungsraten, die derzeit den Großteil der häuslichen Pflege abdecken, von 2010 bis 2025 um real 50 %, was die bisherige Finanzierung über Steuermittel noch stark in die Diskussion bringen wird.

Ein Lösungsansatz, wenn der Druck auf ein System zu hoch wird, sind Innovationen, in diesem Fall in klassischen Schumpeterianischen Sinne, neue Organisationsformen und ähnliches mehr (Schumpeter 1942).

1.3 Struktur-, Sozial und Organisationsinnovationen

Die Entwicklung neuartiger Strukturen in komplexen sozialen Systemen wird seit einiger Zeit in einem Teilgebiet der Innovationsforschung untersucht, das sich speziell mit sozialen und organisationalen Innovationen beschäftigt. Dieser relativ junge Zweig der Innovationsforschung befasst sich weniger mit der technologischen Entwicklung neuer Produkte und Produktionsprozesse, im Fokus steht vielmehr „the invention and implementation of a management practice, process, structure, or technique that is new to the state of the art and is intended to further organizational [or societal] goals“ (Birkinshaw et al. 2008, S. 825). Im Unterschied zu klassischen Produktinnovationen sind soziale und organisationale Innovationen nicht primär technologischer Natur, auch wenn es häufig technologische Entwicklungen (wie z. B. die der modernen Informations- und Kommunikationstechnologie) sind, die sie erst ermöglichen und fördern. Vielmehr handelt es sich um neuartige administrative Prozesse, organisatorische Strukturen oder Managementtechniken, die eine

effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen bzw. optimierte Formen der Interaktion und Kooperation beteiligter Akteure erlauben.

Obwohl die Erforschung sozialer bzw. organisationaler Innovationen ein relativ junges Gebiet der Innovationsforschung darstellt, konnten bereits wichtige Erkenntnisse zu Determinanten und Erfolgsfaktoren solcher Innovationen gewonnen werden. Dabei erweist sich das Zusammenspiel von individueller Ebene (beteiligte Personen), organisationaler Ebene (Ausgestaltung betroffener Institutionen) und politischer bzw. gesellschaftlicher Ebene (regulative Rahmenbedingungen und kulturelle Faktoren) als besonders bedeutsam für die Entwicklung eines fruchtbaren Ökosystems sozialer bzw. organisationaler Innovation. Diese Erkenntnisse bilden die Basis für die Ableitung konkreter Maßnahmen für die Gestaltung solcher Ökosysteme, genauso wie für die Entwicklung von Techniken und Instrumenten zur zielgerichteten Steuerung organisationaler Innovationsprozesse.

Gerade auch im Gesundheitswesen zeigt sich nach jahrzehntelanger Fokussierung auf technologische Innovationen mit einer relativen Behäbigkeit der Strukturen die Notwendigkeit dieser Innovationssicht.

1.4 Innovation und Entrepreneurship im Gesundheitswesen

Wie können nun diese organisationalen Innovationen im Gesundheitswesen aussehen und welche Chancen gibt es dabei für Entrepreneurship? Einige nationale und internationale Beispiele können hier eine Hilfestellung für die Analyse und die zukünftige Positionierung bieten.

Netzwerke

National wie auch international gibt es einige Beispiele von Netzwerkorganisationen, die entweder mit einer starken Governance durchgeführt werden, wie etwa Kinzigtal, oder auch staatlich mit Anreizsystemen gefördert werden wie die Emilia Romangna (Pimperl 2012). Im Rahmen dieser Governance entstehen mehrere Möglichkeiten insbesondere für Start-ups. Waren früher in Kassenverträgen Arztpraxen bevorzugt, so gibt es in diesen integrierten Netzwerken eine Vielzahl an Partnerorganisationen und mehr und mehr selbstständige Dienste von den traditionellen Gesundheitsberufen bis hin zu technischen Bereichen wie Apps im gerontologischen Bereich, die Fallgeräusche und Fallbewegungen in Haushalten mit Betreuungsbedarf melden. Diese Netzwerke gehen auch einher mit einer stärkeren Organisation im ambulanten oder teilstationären Bedarf.

Ambulantisierung

Wesentlich stärker als in Deutschland ist in Österreich eine Dominanz von Krankenanstalten festzustellen. So kommen die durchschnittlichen Österreicher auf etwa 50 % mehr Hospitalisierungen als die meisten OECD-Staaten (Stummer et al. 2016), was neben dem fehlenden oder schwachen intermediären Sektor auch auf die angebotsinduzierte

Nachfrage (ein Überangebot an Betten die gefüllt werden müssen) zurückzuführen ist. Durch verbesserte Technik kann auch hier stärker ambulantisiert werden. Tageshospize etwa wären vor 10 Jahren noch in den meisten Regionen undenkbar gewesen, inzwischen gibt es Modelle, wo sterbenskrankte Patienten unter Tags stationär betreut werden, nachts bei der Familie schlafen, aber auch Notdienste verfügbar sind und bei Bedarf schnell einschreiten. Das sind oftmals kleine private Unternehmen oder NPO.

In Österreich starten aktuell gerade die ersten Primärversorgungszentren. Diese sind rund um die Allgemeinmedizin mit einzelnen Facharztgruppen, sozialer Arbeit und Pflege aufgebaut und sollen den niedergelassenen Bereich professionalisieren und den stationären Bereich entlasten. Auch hier gibt es einige Möglichkeiten für Entrepreneurship.

Veränderung der Berufsrechte

Eine große Veränderung im deutschsprachigen Raum wird es geben, wird das Berufsrecht an internationale Gepflogenheiten angepasst. Community Nursing, in Nordamerika etwa seit über 110 Jahren etabliert, ist entweder die angestellt oder auch selbstständige Ausübung von Prävention und Pflege in einem Setting, sei es eine Gemeinde, eine Schule oder auch ein großer Betrieb (Moers/Schäffer 1993). Es gibt immer wieder einzelne Bestrebungen in diese Richtung, aber im Moment ist die Dominanz von ärztlichen Interessensvertretungen bei uns noch zu groß. Sollte dies aber kommen, dann wird es für die Pflege und die anderen Gesundheitsberufe starke Chancen geben, unternehmerisch aktiv tätig zu werden.

Vernetzung mit anderen Sektoren

Lange diskutiert und insbesondere regionalpolitisch immer wieder gefordert ist eine Verknüpfung des klassischen Gesundheitssektors mit dem Gesundheitstourismus, der in Österreich starke Zuwachsraten hat. Auch hier arbeiten einzelne Gesundheitsberufe schon unternehmerisch sowohl für verschiedene klassische Gesundheitsanbieter als auch für den Tourismus.

Telemedizin

Telemedizin boomt. Ob das gut oder schlecht ist, ist schwierig zu beurteilen. Der umgangssprachlich als Dr. Google bezeichnete Trend hat zu vielen Gesundheitsportalen geführt, die mehr oder weniger zu empfehlen sind. Im Zuge von Versorgungsengpässen werden aber in einigen Ländern telemedizinische Dienste qualitätsgesichert getestet, wo auch wirklich Kommunikation mit Spezialisten stattfindet und die – entweder von den Kassen – oder auch von den Benutzern durch Nutzungsentgelte finanziert werden (Stummer et al. 2016). Insbesondere im präventiven Bereich oder auch bei der Abklärung, ob es sich um ein im Fachjargon „minor ailment“ oder doch um Symptome, die einer dringenden persönlichen Untersuchung bedürfen, zeigen sich gute Erfolge. Auch hier sind viele private Anbieter unterwegs und ähnliche Entwicklungen wie im Rechtsanwaltsbereich vor einigen Jahren sind hier zu erwarten.

1.5 Schlussbetrachtung

Das Gesundheitssystem in Österreich und in Deutschland ist äußerst krankheits- und arzt-dominiert. Dieses System stößt im Moment stark an seine Grenzen, sei es angebotsseitig mit dem zu erwartenden Mangel an Ärzten oder finanziell. Einige Entwicklungen, die in Nordamerika und in Skandinavien mit Erfolg eingesetzt werden, werden über kurz oder lang auch zu uns kommen, sei es Community Nursing, seien es telemedizinische Dienste, aber auch präventive Angebote sektorenübergreifend sind zu erwarten. Das bietet ebenso wie Netzwerkorganisationen eine gute Möglichkeit für neues Unternehmertum im Sinne der Sicherung der Versorgung und Ergänzung unseres bislang so defizitorientierten Ansatzes des Gesundheitswesens.

Literatur

- Amelung V, Wolf S (2011) Gesundheitssystem im Umbruch. *Der Urologe* 50(12):1566–1572. <https://doi.org/10.1007/s00120-011-2732-2>
- Austria S (2016) Personal im Gesundheitswesen 2014. Statistik Austria, Wien. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1344504>
- Birkinshaw J, Hamel G, Mol MJ (2008) Management innovation. *Acad Manage Rev* 33(4):825–845. <https://doi.org/10.5465/AMR.2008.34421969>
- Czypionka T, Schnabl A, Sigl C, Zucker B, Warmut J-R (2014) Gesundheitswirtschaft in Österreich. Wien, IHS Institut für Höhere Studien
- Farnschläder J, Stummer H (2011) Medical service centers in germany – a competence-form of cooperation for general practitioners?. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research* 2(4):395–401
- Gensch K (2007) Veränderte Berufsentscheidungen junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot. [Occupational Decisions of Young Physicians and Possible Future Consequences for the Provision of Medical Care]. *Gesundheitswesen* 69(6):359–370. <https://doi.org/10.1055/s-2007-981677>
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016) Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2012. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Wien
- Juraszovic B, Ostermann H (2012) Kostenprognose der Dienstleistungen in der Langzeitpflege in Österreich von 2012 bis 2025. Ergebnisbericht. *Gesundheit Österreich GmbH*, Wien.
- Krämer W (2015) Gesundheit um jeden Preis? Oder: Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin. In: Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.) *Gesundheitswesen aktuell 2015, Beiträge und Analysen*, Barmer GEK, Köln, S 182–195
- Kriegel J, Rebhandl E, Reckwitz N, Hockl W (2016) Stellschrauben in der Hausarztversorgung – Identifizierung strategischer Erfolgsfaktoren für eine verbesserte hausärztliche Versorgung in Oberösterreich. *Das Gesundheitswesen* 78(12):835–843. <https://doi.org/10.1055/s-0041-110521>
- Moers M, Schäffer D (1993) Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege: Erfahrungen aus den USA in: *Jahrbuch Kritische Medizin*, Jg. 19. Argument Verlag, Hamburg, S135–159
- Pimperl A (2012) Performance Management Systeme für Netzwerke im Gesundheitswesen: Entwicklung einer Soll-Konzeption. Dissertation, UMIT (Hrsg.), Hall in Tirol
- Schumpeter JA (1942) *Capitalism, socialism and democracy*. New York, Harper & Brothers

- Schwarz Müller-Erber G, Stummer H, Bachler E (2013) Bildungsmotivation und soziale Herkunft der radiotechnologischen Fachhochschulstudierenden Österreichs. *Radiopraxis* 6(3):175–177
- Stummer H, Katzdobler S, Hecker A, Nöhhammer E (2016) Herausforderungen an eine zukünftige medizinische Gesundheitsversorgung im Alpenraum und die Chancen für den Gesundheitstourismus. In: Cipra. Österreich (Hrsg.) *Die Alpenkonvention und die Region der niederösterreichischen Randalpen: Möglichkeiten der nachhaltigen Regionalentwicklung*, CIPRA Commission Internationale pour la Protection des Alpes Österreich, Wien, S 68–72
- Wechselberger A (2011) *Geschlechtsverteilung innerhalb der Österreichischen Ärzteschaft und deren Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung im Österreichischen Gesundheitssystem*. Dissertation, UMIT (Hrsg.), Hall in Tirol
- Wien M (2016) *Bevölkerung in Wien*. <https://www.wien.gv.at/statistik/bevoelkerung/>. Zugegriffen: 27. Dez. 2016

Univ.-Prof. Dr. Harald Stummer hat an der Johannes Kepler Universität (JKU) Linz und an der Université Jean Moulin Lyon III Betriebswirtschaft und Handelswissenschaft (Diplom) und an der JKU im Doktorat Sozial- und Wirtschaftswissenschaften studiert. In Linz war er auch 10 Jahre wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Unternehmensführung. Nach einem kurzen Gastaufenthalt an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld leitete er danach an der UMIT in Wien und in Hall in Tirol die akademische Division für Organisation und Betriebliche Gesundheitsförderung. Sein Forschungsgebiet beschäftigt sich im weitesten Sinn mit Verhalten in Organisationen, mit einem Fokus auf Gesundheit im Betrieb bzw. auch einem Anwendungsbereich für das Gesundheitswesen als Ganzes. Kleinere, aber lang laufende Fixpunkte der Forschung sind Beiträge zur Irrationalität und zu Paradoxien in Unternehmen. Aktuell ist er Professor für Management im Gesundheitswesen an der UMIT in Hall in Tirol und für Organisation an der Privatuniversität Schloss Seeburg und unterrichtet unter anderem auch im Doktoratsprogramm der Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und an der Psychologienakademie in Berlin.

Univ.-Prof. Dr. Achim Hecker ist Inhaber des Lehrstuhls für Innovationsmanagement an der Privatuniversität Schloss Seeburg und leitender Co-Direktor des IGeMI Institut für Gesundheitsmanagement und Innovation. Seit November 2013 ist er außerdem Rektor der Privatuniversität. Seine Forschungs-, Lehr- und Beratungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Innovations- und Wissensmanagement u. a. im Gesundheitswesen. Nach seiner Promotion im Fach Philosophie und Habilitation in der Betriebswirtschaftslehre war er unter anderem an den Universitäten in Freiburg im Breisgau, Duisburg-Essen und am INSEAD in Fontainebleau/Paris in Forschung und Lehre tätig. Daneben war er mehrere Jahre in leitender Position bei der Unternehmensberatung McKinsey & Company beschäftigt und hat zahlreiche Klienten in verschiedenen Branchen zu strategischen Fragestellungen beraten. Ergebnisse seiner Forschungstätigkeit erscheinen regelmäßig in international führenden Zeitschriften wie *Research Policy*, *International Journal of Innovation Management*, *Industry and Innovation*, *Organization Studies*, *Strategic Organization*, *Journal of Business Studies*, *European Management Review*, *Economics of Innovation*

and New Technology oder Review of Managerial Science. Daneben ist er ein gefragter Gesprächspartner und Keynote Speaker zu Themen der Mitarbeiter- und Unternehmensführung sowie Entrepreneurship und Innovation.

Mag. Sabine Katzdobler ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Consultant am Institut für Gesundheitsmanagement und Innovation (IGeMI) der Privatuniversität Schloss Seeburg. Im Rahmen von Projekten zu betrieblichem Gesundheitsmanagement haben nachhaltige Lösungen eine besonders hohe Bedeutung. Davor war sie im Amt der Tiroler Landesregierung tätig. In ihrem Studium der Internationalen Wirtschaftswissenschaften an der Universität Innsbruck wurde sie mehrfach ausgezeichnet.

Assist.-Prof. Dr. Elisabeth Nöhammer hat an der Johannes Kepler Universität (JKU) Linz Wirtschaftswissenschaften und Sozialwirtschaft (Diplom) sowie an der UMIT Gesundheitswissenschaften (Doktorat) studiert. Sie ist als Assistenzprofessorin an der UMIT tätig, unterrichtet aber auch an der FH Fresenius in München und Frankfurt sowie der Universität Salzburg. Ihre Forschungstätigkeit bezieht sich auf salutogene Strukturen und Prozesse im Unternehmen, dabei wird meist das Individuum fokussiert. Die Verbesserung von Arbeitsbedingungen sind ihr dabei sehr wichtig.

Gazellen im Gesundheitswesen – Auf der Suche nach Einflussfaktoren für anhaltendes rapides Unternehmenswachstum

2

Matthias Tomenendal, Johannes Kirch und Christian Raffer

Zusammenfassung

Gazellen sind anhaltend schnell wachsende Unternehmen. Sie sind besonders bedeutsam für die Schaffung von Innovationen und Arbeitsplätzen. Im vorliegenden Kapitel werden zunächst anhand von Porters Diamanten-Modell wachstumsfördernde unternehmensexterne Faktoren im Berliner Gesundheitssektor herausgearbeitet. Danach wird dargestellt, welche internen Bedingungen bei den Gazellen grundsätzlich ursächlich für schnelles Wachstum sind. Schließlich wird in drei Fallstudien von Gazellen-Unternehmen aus verschiedenen Subbranchen des Berliner Gesundheitssektors verdeutlicht, welche externen und internen Faktoren bei diesen Unternehmen Gazellen-Wachstum fördern.

Inhaltsverzeichnis

2.1	Einleitung	12
2.2	Wachstumsfördernde externe Faktoren im Berliner Cluster Gesundheitswirtschaft	13
2.2.1	Faktorkonditionen	14
2.2.2	Nachfragekonditionen	15

M. Tomenendal (✉) · J. Kirch
Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin, Badensche Str. 52, 10825 Berlin
e-mail: matthias.tomenendal@hwr-berlin.de; johannes.kirch@hwr-berlin.de

C. Raffer
Humboldt Universität zu Berlin, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Spandauer Straße 1, 10178 Berlin
e-mail: rafferch@hu-berlin.de

2.2.3	Verwandte und unterstützende Branchen	16
2.2.4	Strategie, Struktur und Wettbewerb	16
2.3	Interne Faktoren für starkes Unternehmenswachstum	18
2.3.1	Signifikation: Kongruente Identitäten bei der Verfolgung einer klaren Mission	18
2.3.2	Domination: Verteilung von Führungsaufgaben	19
2.3.3	Legitimation: Einfache Organisationsregeln	20
2.4	Fallbeispiele von Gazellen im Berliner Gesundheitssektor	21
2.4.1	Case Study: Botiss Medical	23
2.4.2	Case Study: F + M Private Label	24
2.4.3	Case Study: Lebensraum Heute	25
2.4.4	Synopse der Case Studies	26
2.5	Schlussbetrachtung	27
	Literatur	28

2.1 Einleitung

Besonders schnell wachsende Unternehmen haben eine herausgehobene Bedeutung für die Schaffung neuer Arbeitsplätze: Es wird davon ausgegangen, dass 60 bis 75 Prozent aller neuen Stellen durch jene jungen und dynamisch wachsenden Unternehmen geschaffen werden (Dautzenberg et al. 2012), für die David Birch den Begriff der „Gazellen“ geprägt hat (u. a. Birch und Medoff 1994, S. 159). Was genau sind Gazellen? In der wachsenden Zahl an einschlägigen Forschungsbeiträgen ist der Begriff der „Gazelle“ nicht einheitlich definiert (Saßmannshausen und Volkmann 2012, S. 165–166). Viele Autoren verwenden quantitative Definitionskriterien, bei denen bestimmte Mindestanforderungen an Wachstum und Größe bestehen. Wachstum bezieht sich meist auf relatives oder absolutes Umsatz- oder Mitarbeiterwachstum, Größe auf absolute Umsatzgrößen und Mitarbeiterzahlen. Das Beschäftigtenwachstum ist über alle Definitionen hinweg der am meisten verwendete Indikator. So wird das Mindestwachstum für Gazellen in einer viel zitierten Definition der OECD bei einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung der Beschäftigtenzahlen von mehr als 20 Prozent über drei Jahre gesehen, wobei im Basisjahr als Mindestgröße bereits zehn Beschäftigte vorhanden sein müssen (Eurostat-OECD 2007, S. 61). Bemerkenswerterweise befinden sich nur die wenigsten Gazellen auf einem ununterbrochenen Wachstumskurs – vielmehr beschleunigen und verlangsamen sich ihre Wachstumsraten über den Zeitraum des Bestehens mit bisweilen extremen Schwankungen (Garnsey und Heffernan 2005). Ohnehin gibt es sehr wenige Gazellen: St-Jean et al. (2008) beziffern den Anteil von Gazellen an allen Unternehmen auf zwei bis zehn Prozent. Nach Dautzenberg et al. (2012) liegt in Deutschland die Quote der Gazellen unter den Neugründungen der Jahre 1995 bis 2006 nur bei 0,6 Prozent. Umso größer ist das Interesse an den Erfolgsfaktoren dieser wenigen anhaltend rapide wachsenden Unternehmen. Gazellen sind in allen Branchen aktiv, jedoch bringen Bereiche wie Bildung und Gesundheit sowie wissens- und technologieintensive Wirtschaftsbereiche überdurchschnittlich viele Gazellen-Unternehmen hervor (Bos und Stam 2011). In Berlin entstehen die meisten

schnell wachsenden Unternehmen im Bereich der Forschung und Entwicklung in Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften, E-Commerce und Medizin (Kritikos 2016). Cluster-Strukturen, wie man sie beispielsweise am prosperierenden Berliner Gesundheitsstandort „Health Capital“ findet (Berlin Partner 2015), bieten besonders günstige Bedingungen für schnelles Unternehmenswachstum (Baptista und Swann 1998) und somit für die Herausbildungen von Gazellen. Nicht umsonst nimmt die Beschäftigung mit Clustern in der Forschung zu wachstumsfördernden Standortfaktoren in jüngerer Zeit eine besondere Rolle ein (Hervas-Oliver et al. 2015).

Gemäß Lehmann und Müller (2010, S. 8) ist ein Cluster „eine räumliche Konzentration von Firmen, welche die übliche Konzentration bezüglich der Dichte übertrifft und dabei über einen längeren Zeitraum eine kritische Masse an Unternehmen einer bzw. sehr ähnlicher Branchen“ aufweist. Dabei ist ein zentrales Merkmal die Konzentration von Unternehmen entlang einer Wertschöpfungskette oder Teilen davon, darüber hinaus werden Verbindungen zu Forschungs- und Bildungseinrichtungen sowie Wirtschaftsverbänden gepflegt. Clustermitglieder teilen zumindest einige Werte und Zielvorstellungen, wodurch teilweise erklärt werden kann, warum prinzipiell im Wettbewerb stehende Unternehmen im Clusterverbund kooperieren (Bathelt und Glückler 2011). In der Praxis zeigen sich unterschiedliche Ausprägungen von Clustern. Global bekannt sind das Cluster Silicon Valley in Kalifornien für den Bereich Technologie oder das Cluster Bangalore in Indien für den Bereich IT-Outsourcing und Software. In Europa sind das Cluster für Luft- und Raumfahrt in Toulouse oder das so genannte Silicon Saxony in Sachsen für den Bereich der Halbleiter, Elektronik und Mikroelektronik bekannt. In der Berliner Wirtschaftspolitik sind innovative Wachstumsbranchen und Zukunftsfelder branchenbezogen zu Clustern zusammengefasst, so zum Beispiel zum Cluster Energietechnik oder dem für die dynamische Start-up-Landschaft bekannten Cluster für IKT-, Medien- und Kreativwirtschaft (Berlin Partner 2016). Eine besondere Stellung nimmt dabei, auch historisch betrachtet, die Agglomeration der Gesundheitswirtschaft im Berliner Raum ein, welche als Branche im speziellen Fokus des vorliegenden Beitrags liegt. Speziell beleuchtet dieser, wie externe Faktoren den Rahmen setzen und interne Eigenschaften unterstützend wirken bei der Herausbildung von Gazellen im Berliner Gesundheitswesen. Drei Fallstudien schnell wachsender Unternehmen aus den Subbranchen Biotechnologie, Medizintechnik und Pflege verdeutlichen außerdem exemplarisch das Zusammenspiel externer und interner Faktoren.

2.2 Wachstumsfördernde externe Faktoren im Berliner Cluster Gesundheitswirtschaft

Auf der Suche nach Erklärungsfaktoren für die Entwicklung einzelner Branchen oder Cluster stellt das Diamanten-Modell von Michael E. Porter (1991) einen weit verbreiteten Ansatz dar. Nach diesem Modell gibt es vier Faktoren, die gleichsam die Wettbewerbsfähigkeit einer Volkswirtschaft im internationalen Umfeld bestimmen:

1. Faktorkonditionen
2. Nachfragekonditionen
3. Verwandte und unterstützende Branchen
4. Unternehmensstrategie, Struktur und Wettbewerb.

Die Faktorkonditionen umfassen die Ausstattung mit Produktionsfaktoren, wie etwa der Verfügbarkeit von Fachkräften, der spezifischen Infrastruktur oder der Kapitalverfügbarkeit auf dem Finanzmarkt. Die Nachfragekonditionen beziehen sich auf Art und Ausmaß der Nachfrage nach Produkten oder Dienstleistungen. Der Faktor verwandte und unterstützende Branchen ist gemäß Porter von Bedeutung, weil die Präsenz von vorgelagerten Industrien und potenziellen Wettbewerbern im nationalen Markt entscheidend für die internationale Wettbewerbsfähigkeit ist. Der Faktor Unternehmensstrategie, Struktur und Wettbewerb umschreibt schließlich die Wettbewerbssituation im Markt und die generellen Rahmenbedingungen, die für den Wettbewerb relevant sein können (z. B. Möglichkeiten der Unternehmensgründung). Porters Diamanten-Modell wird nicht nur auf ganze Volkswirtschaften, sondern auch auf Regionen und Cluster angewandt (vgl. z. B. Hartmann 2013; Kirchgeorg und Wurpts 2011). Wir analysieren im Folgenden das aktuelle Marktumfeld für das Berliner Cluster Gesundheitswirtschaft anhand der vier Faktoren von Porters Diamanten, um mögliche Wachstumstreiber für Gazellen in diesem Sektor zu identifizieren.

2.2.1 Faktorkonditionen

Berlin ist einer der bedeutendsten Standorte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Da die Gesundheitswirtschaft vor allem im tertiären und quartären Sektor angesiedelt ist (BMWi 2016), ist hier insbesondere die Verfügbarkeit von Human- und Wissensressourcen als Standortfaktor hervorzuheben. Das Universitätsklinikum Charité ist seit über 200 Jahren eine weltweit angesehene Institution in der Forschung und Ausbildung und das unbestrittene Zentrum des Berliner Gesundheitsmarktes (Pavel 2012). Zahlreiche Aus- und Weiterbildungsangebote an vier Universitäten und über 40 Hochschulen, weiteren Akademien und Instituten sorgen für wissenschaftlichen Nachwuchs und die Ausbildung einer großen Zahl von Fachkräften (BMG 2016). Auch das Arbeitskräfteangebot bei nicht primär gesundheitsbezogenen Ausbildungshintergründen ist in Berlin sehr gut: In keinem anderen Bundesland einschließlich der Stadtstaaten ist ein so großer Teil der Arbeitskräfte akademisch ausgebildet wie in Berlin (35 Prozent in Berlin gegenüber 25 Prozent in Gesamtdeutschland, vgl. Brenke 2016). In Berlin und Brandenburg zeichnet sich, ähnlich wie in Deutschland insgesamt, eine steigende Beschäftigtenanzahl in der Gesundheitswirtschaft ab (AG GGRdL 2016). Teilweise wird in manchen Teilbranchen trotz guter Nachwuchskanäle bereits ein Nachfrageüberhang beobachtet, wie zum Beispiel in der Pflegebranche (Bundesagentur für Arbeit 2016), was in Zukunft das Wachstum des Clusters dämpfen könnte. Am Standort gibt es des Weiteren zahlreiche Forschungsinstitute,

die für Innovationen sorgen (Berlin Partner 2015). Zusammengenommen verleihen diese Faktoren dem Standort Berlin eine günstige Position, wodurch die Region auch eine hohe Attraktivität für neues Personal aufweist. Entsprechend denken derzeit viele Unternehmen, wie zum Beispiel die weltweit bekannte Medizintechnikfirma Ottobock, die ihr neues Entwicklungszentrum auch aufgrund der Verfügbarkeit von gut ausgebildetem Personal an der Schnittstelle von Gesundheit und IT in Berlin aufbaut (Ottobock 2015). Darüber hinaus zeichnet sich Berlin, verglichen mit anderen Standorten, durch niedrige Lohnkosten aus, was als weiterer Vorteil gesehen werden kann (Brenke 2016).

Berlin weist ferner eine räumliche Nähe zu politischen Entscheidungsträgern und Spitzenverbänden für Wirtschaft, Wissenschaft, Kliniken und Krankenkassen auf, welche in Deutschland einzigartig ist (Berlin Partner 2014; McKinsey & Company 2010). Eine weitere wichtige Rolle spielt die Verfügbarkeit von Raum für wachsende Firmen. Flächen für Neuansiedlungen sind wie in anderen Ballungszentren knapp – zumindest kann zukünftig mit steigender Nachfrage nach Büro- und Nutzflächen und somit anziehenden Kosten gerechnet werden (bulwiengesa 2015). Das könnte ein Risiko für den Standort bedeuten, der auf der anderen Seite im nahen Umland von Brandenburg ein attraktives Umfeld für Ansiedlungen auf niedrigerem Kostenniveau bietet. Der Raum Berlin-Brandenburg besitzt eine gute Verkehrsanbindung (Berlin Partner 2014). Ein Risiko bleibt dabei jedoch die Aufrechterhaltung und Erweiterung der Flughäfen in Berlin. Der Wachstumsmarkt Medizintourismus ist beispielsweise auf die bequeme und unkomplizierte Anreise von internationalen Kunden angewiesen.

Im Kontext des Faktors Kapitalverfügbarkeit innerhalb des Berliner Gesundheitsmarktes sind die meisten etablierten Geschäftsbanken auf einem guten Niveau in der Hauptstadt angesiedelt. McKinsey & Company (2013) bemängeln in einer Studie, dass gerade in der für Gazellen wichtigen Wachstumsphase ein Finanzierungsloch existiere, das derzeit noch ungenügend durch Venture Capital (VC) bzw. öffentliche Förderung gefüllt werde. Doch hat sich die Infrastruktur für VC-Geber in den letzten Jahren leicht verbessert: Berliner Start-ups erhielten 2015 in 205 Investitionsrunden gut EUR 2,1 Mrd. an VC-Investitionen – was deutlich mehr als der Hälfte des gesamten deutschen VC-Volumens entspricht (EY 2016). Im gesamtdeutschen Vergleich steigt der Bereich Gesundheit/Life Sciences in der Bedeutung und liegt hinter FinTechs, E-Commerce und Software & Analytics auf Platz vier.

Zusammengefasst kann konstatiert werden, dass der Gesundheitscluster Berlin im Vergleich hervorragende Faktorkonditionen besitzt, die insgesamt eine hohe Attraktivität für beteiligte Unternehmen erzeugen.

2.2.2 Nachfragekonditionen

Es ist zu erwarten, dass die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in den nächsten Jahren weiterhin moderat wachsen wird. Dies ist im Ballungsraum Berlin auf eine leicht steigende Anzahl an Endkunden/Patienten sowie deren steigendes Alter

zurückzuführen (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt 2012). Gemessen an den Umsatzzahlen und Ausgaben für die Gesundheit ist in den letzten Jahren kein Unterschied zwischen Berlin und dem Rest Deutschlands zu sehen; Umsatz bzw. die Ausgaben wachsen überall zwischen zwei und fünf Prozent jährlich (GBE Bund 2016). In Zukunft werden sich die Anteile für Gesundheitsdienstleistungen am Bruttoinlandsprodukt sowie am Haushaltseinkommen weiter leicht erhöhen (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2015). Bedeutsam für die Berliner Region ist zudem das Geschäft mit sogenannten Gesundheitstouristen: In den letzten 10 Jahren hat sich die Anzahl ausländischer Patienten, die sich für eine medizinische Behandlung nach Berlin begeben, vervierfacht. Es wird prognostiziert, dass deren Anzahl in Zukunft weiter zunimmt, sodass der Berliner Senat dafür zur Unterstützung weitere Investitionsvorhaben ansetzt (Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Forschung 2016). Bezüglich der Nachfrage spielt auch die Nähe Polens eine Rolle („OECD 2011“ ersetzen: Lunt et al. 2011): Aufgrund der attraktiven Kostenstrukturen in Polen können günstigere Anbieter (wie beispielsweise Zahnärzte) auch für Berliner Nachfrager Dienstleistungen anbieten, was ggf. Nachfrageströme umleiten könnte. Insgesamt kann weiterhin von attraktiven Nachfragekonditionen auf dem Berliner Gesundheitsmarkt ausgegangen werden. Für viele Unternehmen im Gesundheitssektor sind darüber hinaus aber gerade auch die nationalen und internationalen Nachfragekonditionen relevant.

2.2.3 Verwandte und unterstützende Branchen

Der Berliner Gesundheitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein Geflecht von verschiedenen Dienstleistern (Berlin Partner 2014). Die Kooperationsmöglichkeiten mit Unternehmen aus angrenzenden Branchen sind vielfältig und erstrecken sich von Life Sciences über Lasertechnik bis Tourismus (McKinsey & Company 2010). Darüber hinaus verfügt Berlin über eine überdurchschnittlich hohe Quote von Ausgaben für öffentliche Einrichtungen in Forschung und Entwicklung, sodass vielfältige Impulse für Innovationen und entsprechende Ausgründungen entstehen (Kritikos 2016). Zahlreiche Forschungsinstitute arbeiten an neuen Möglichkeiten durch Big Data und weitere ITK-unterstützte Anwendungen. Neugründungen im Bereich der B2B-Dienstleistungen, insbesondere an der Schnittstelle von Gesundheits- und Digitalwirtschaft schaffen auf der einen Seite zwar viele neue Möglichkeiten und Nachfrage für entsprechende Dienstleistungen, erzeugen aber simultan Druck auf die etablierten Anbieter am Markt. So entsteht insgesamt ein auch aus Sicht der verwandten und unterstützenden Branchen attraktives Umfeld im Berliner Cluster.

2.2.4 Strategie, Struktur und Wettbewerb

Die Region Berlin und Brandenburg ist derzeit Standort für mehr als 21.000 Organisationen des Gesundheitswesens (Berlin Partner 2015). Zunächst einen ist die Struktur des

Gesundheitsmarktes durch Preisregulierungen für gesetzliche Gesundheitsdienstleistungen seitens des Staates gekennzeichnet (Bührlen et al. 2014). Des Weiteren wird das Gesundheitswesen durch einen hohen Anteil an öffentlichen Organisationen (Krankenhäuser, Forschung & Entwicklung, Nachwuchsakademien) geprägt (Berlin Partner 2014). Zusätzlich werden erhebliche öffentliche Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur getätigt; so sind mit dem Masterplan, dem Infrastrukturprojekt (SIWA) und dem Investitionspakt Hochschulbau wichtige Weichen für zukünftige Investitionen im Berliner Gesundheitssektor gestellt (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015). Hinzu kommen öffentliche Investitionen in die entsprechenden Clusterstrukturen (Berlin Partner 2014). Als Beispiele lassen sich hier das Investitionsprojekt in den Berliner Medizintourismus (Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Forschung 2016) oder die gemeinsame Innovationsstrategie der Länder Berlin und Brandenburg zur Unterstützung von Clustern mit hohem Entwicklungspotenzial nennen (sog. „innoBB“, Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Forschung 2011). Auf der einen Seite bietet diese Investitionsförderung zwar attraktive Rahmenbedingungen für neue Investitionsprojekte, sie setzt auf der anderen Seite aber auch Anreize, die möglicherweise weitere Unternehmen zum Markteintritt bewegen und für einen erhöhten Wettbewerb sorgen könnten.

Die Anzahl der Krankenhäuser in Berlin bewegt sich derzeit auf einem konstanten Niveau. Auch für die Zukunft wird aufgrund der hohen Eintrittsbarrieren mit eher wenig Bewegung gerechnet – es wird eine leichte Konzentration mit der Folge der Abnahme der verfügbaren Betten prognostiziert (GBE Bund 2016). Bei der stationären Pflege ist ebenfalls ein stagnierender Trend zu beobachten (AG GGRdL 2016). Da die Eintrittsbarrieren hier deutlich geringer sind, ist in den Bereichen Ambulante Pflege und Handel deutlich mehr Bewegung vorhanden (GBE Bund 2016). Hier haben die Akteure eher mit hohem Druck durch viele neue Unternehmen zu kämpfen. Daneben sind die Entwicklungen im Bereich eHealth und neue Geschäftsmodelle für Bewegung am Markt verantwortlich, wobei in der Zukunft mit weiteren Impulsen gerechnet wird (Deloitte 2014).

Aus der Perspektive von Unternehmensgründern ist Berlin als Standort für Neugründungen deutschlandweit Spitze – und viele dieser Start-ups befinden sich in den forschungs- und wissensnahen Bereichen (Kritikos 2016). Es gibt aber auch Faktoren, die hinderlich auf die Herausbildung von Gazellen-Unternehmen in Berlin wirken. Dazu gehört neben einer bisher unzureichenden Anbindung von Innovationszentren wie Adlershof oder Berlin Buch an das wirtschaftliche Zentrum auch, dass sich bisher nur wenige etablierte multinationale Unternehmen mit ihren Forschungsabteilungen niedergelassen haben, von deren Wissen junge Unternehmen profitieren könnten (Kritikos 2016). Zudem scheinen unternehmensrelevante behördliche Verwaltungsprozesse in Berlin langsamer abzulaufen als in anderen Metropolen (McKinsey & Company 2013), was Gazellen-Unternehmen vom Standort fernhalten oder gar vertreiben könnte.

Zusammengefasst herrschen in der Berliner Gesundheitsbranche eine attraktive Struktur und ein gesunder Wettbewerb vor (vgl. Abb. 2.1). Zudem misst der Stadtstaat der Förderung der Attraktivität für forschungsintensive Unternehmen eine hohe Bedeutung zu und ist damit beschäftigt, etwaige Hindernisse abzubauen (Kritikos 2016).