Forschungspapiere
Research Papers

PFH | PRIVATE UNIVERSITY of Applied Sciences

No. 2012/03
PFH.FOR.037.1202

Die deutsche Healthcare-Branche im Jahr 2015: Zukunftsszenarien mit strategischen Implikationen

Dario Colosio und Bernhard H. Vollmar

PFH Private Hochschule Göttingen

Die Autoren

Dario Colosio
Master of Science (M.Sc.)

Dario Colosio studied „General Management“ at the Private University of Applied Science in Göttingen, majoring in International Marketing and Industrial Management. During his study, he has done four internships at the leading healthcare companies in Germany as well as abroad. Since September 2011 he is working for the business consultant BearingPoint GmbH.

Dario Colosio studierte „General Management“ an der PFH Private Hochschule Göttingen. Hierbei belegte er die Studienschwerpunkte Internationales Marketing und Industrielles Management. Während seiner Studienzeit, absolvierte er vier Praktika bei führenden Unternehmen der Healthcare-Branche in Deutschland und im Ausland. Seit September 2011 arbeitet Dario Colosio als Business Analyst bei der Unternehmensberatung BearingPoint GmbH.

PFH Göttingen
ZE Zentrum für Entrepreneurship (ZE)
Weender Landstr. 3-7
D-37073 Göttingen
dcolosio@pfh-goettingen.de

Prof. Dr. Bernhard H. Vollmar

Bernhard H. Vollmar is since 2009 Professor for Entrepreneurship and Finance at the Private University of Applied Science in Göttingen and also Director of the Center for Entrepreneurship.

Bernhard H. Vollmar ist seit 2009 Professor für Entrepreneurship und Finance an der PFH Private Hochschule Göttingen und leitet dort das Zentrum für Entrepreneurship (ZE).

PFH Göttingen
ZE Zentrum für Entrepreneurship (ZE)
Weender Landstr. 3-7
D-37073 Göttingen
vollmar@pfh.de

Abstract

Facing growing uncertainty and complexity of technological, political, cultural and economical conditions in the German healthcare industry, identifying key influence factors and considering multiple futures in strategic planning is of increasing importance for companies. Using a scenario-based approach, our paper discusses three questions:

(*A) How will the German healthcare industry develop between now and the year 2015?*

(B) What are possible generic strategic options for healthcare companies?

(C) Is there a trend towards one of the derived scenarios observable?

Our paper identified the public's willingness to pay as well as the public's level of information as core uncertainties and developed four consistent scenarios for the year 2015. Furthermore, healthcare companies are provided with generic strategic recommendations for each of the possible scenarios as well as with a core strategy, which is to be pursuit across all scenarios. Finally, recent data indicated that the German healthcare industry shifts towards an industry, where well informed patients critically assess the products and services provided by care provider and healthcare companies.

Kurzfassung

Angesichts steigender Unsicherheit und Komplexität der technologischen, gesundheitspolitischen, kulturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen in der deutschen *Healthcare-Branche* ist die Identifikation und Berücksichtigung von Einflussfaktoren und alternativen Zukunftsbildern in der strategischen Unternehmensplanung von steigender Bedeutung.

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Anwendung der Szenario-Technik als Planungsinstrument und diskutiert im weiteren Verlauf drei zentrale Fragestellungen:

(A) Wie könnte sich die heutige Healthcare-Branche im Jahr 2015 entwickeln?

(B) Welche grundsätzlichen strategischen Optionen können die Healthcare-Unternehmen infolgedessen ergreifen?

(C) Ist eine gegenwärtige Tendenz zu einem der erstellten Szenarien ersichtlich?

Die vorliegende Arbeit identifiziert die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung und den Informationsstand der Bevölkerung als kritische Unsicherheiten und entwickelt darauf aufbauend für das Jahr 2015 vier inhaltlich konsistente Szenarien. Darüber hinaus, werden in den jeweiligen Szenarien für die Healthcare-Unternehmen generische strategische Handlungsempfehlungen formuliert. Auch eine Kernstrategie, welche szenarioübergreifend angestrebt werden sollte, wird aufgezeigt. Abschließend ergibt die Analyse aktueller Daten zur Healthcare-Industrie, dass sich die Branche in einem durchaus kritischen Markt bewegt, in dem gut informierte Patienten die Produkte und Leistungen der Leistungserbringer und Healthcare-Unternehmen kritisch hinterfragen.

Inhaltsverzeichnis

Seite

Abstract/ Kurzfassung ... III
Inhaltsverzeichnis ... IV
Abbildungsverzeichnis/ Anhangsverzeichnis ... V

1. Einführung in die Themenstellung ... 1
2. Die Healthcare-Branche in Deutschland – Status Quo ... 2
2.1 Begriff und Charakteristika ... 2
2.2 Marktstruktur ... 4
2.3 Marktentwicklung ... 8
3. Grundlagen der Szenario-Technik ... 11
3.1 Ursprung und Definition ... 11
3.2 Szenario-Technik in der strategischen Unternehmensplanung ... 13
3.3 Besonderheiten der Szenario-Technik: Vernetztes Denken und multiple Zukunft ... 15
4. Szenario-Technik in der deutschen Healthcare-Branche: Ein Blick in die Zukunft auf Basis einer empirischen Untersuchung ... 16
4.1 Phasenmodell nach *WULF et al.* als Untersuchungsmethodik ... 16
4.1.1 Definition of Scope ... 16
4.1.2 Perception Analysis ... 18
4.1.3 Trend and Uncertainty Analysis ... 21
4.1.4 Scenario Building ... 23
4.1.5 Strategy Definition ... 30
4.1.6 Monitoring ... 35
4.2 Möglichkeiten und Grenzen in der praktischen Anwendung ... 37
5. Schlussbetrachtung ... 38
Literaturverzeichnis ... 40
Anhang ... 49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der *Healthcare-Branche* im Zwiebel-Modell 3
Abbildung 2: Akteure und deren Dreiecksbeziehung in der *Healthcare-Branche* 5
Abbildung 3: Gesundheitsausgaben nach Mittelherkunft und -verwendung 9
Abbildung 4: Einnahmen und Ausgaben der GKV in Mrd. € 10
Abbildung 5: Phasenmodell nach *WULF et al.* 16
Abbildung 6: Framing Checklist 18
Abbildung 7: Fraktionierte Liste der Einflussfaktoren 19
Abbildung 8: Bedeutung der Einflussfaktoren für die Healthcare-Branche 20
Abbildung 9: Unsicherheit in der Entwicklung der Einflussfaktoren 21
Abbildung 10: Impact/ Uncertainty Grid 22
Abbildung 11: Szenarien für die deutschen Healthcare-Branche 2015 aus Sicht der Healthcare-Unternehmen 24
Abbildung 12: Influence Diagram für die deutsche Healthcare-Branche bis 2015 25
Abbildung 13: Optionen der Healthcare-Unternehmen im Strategy Manual 35
Abbildung 14: Scenario Cockpit 36

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Ausgewählte Struktur- und Gesundheitsreformen 1997-2008 49
Anhang 2: Potentielle Einflussfaktoren in der Healthcare-Branche (Teil 1 von 3) 50
Anhang 3: Potentielle Einflussfaktoren in der Healthcare-Branche (Teil 2 von 3) 51
Anhang 4: Potentielle Einflussfaktoren in der Healthcare-Branche (Teil 3 von 3) 52
Anhang 5: Rücklauf der Expertenbefragung 52
Anhang 6: Aufteilung der Experten nach deren Branchenzugehörigkeit und deren Tätigkeitsfeldern 53
Anhang 7: Auswertung der Expertenevaluierung nach Bedeutung und Unsicherheit (Teil 1 von 2) 53
Anhang 8: Auswertung der Expertenevaluierung nach Bedeutung und Unsicherheit (Teil 2 von 2) 54
Anhang 9: Übersicht der Entwicklungen im Szenario *„Lifestyle Care“* 55
Anhang 10: Übersicht der Entwicklungen im Szenario *„Convenience Care“* 56
Anhang 11: Übersicht der Entwicklungen im Szenario *„Discount Care“* 57
Anhang 12: Übersicht der Entwicklungen im Szenario *„Smart Care“* 58

1. Einführung in die Themenstellung

„Es kommt nicht darauf an, die Zukunft zu wissen, sondern auf die Zukunft vorbereitet zu sein." (PERIKLES)

Die *Healthcare-Branche* befindet sich seit etwa zwei Jahrzehnten im Umbruch. Die treibenden Kräfte sind neben dem technologischen und gesundheitspolitischen überwiegend der kulturelle und ökonomische Wandel.[1] So hat sich einerseits die Assoziation des Terminus Gesundheit von einem *„semantisch-technischen"* Verständnis zu einem mehrdimensionalen Konstrukt der *„Psycho-sozialen Gesundheit"* entwickelt.[2] Die früher anzutreffende Auffassung, der Mensch sei gesund, sofern er nicht krank ist, wird heute von der Definition der Gesundheit als ein Lebens- und Wertetrend substituiert.[3] Andererseits steigen durch den medizinisch-technischen Fortschritt sowie dem demografischen Wandel progressiv die Kosten der Gesundheitsversorgung. Deutlich wird das Finanzierungsproblem dadurch, dass die deutsche *Healthcare-Branche* insbesondere im Zeitraum von 1997 bis 2008 Gegenstand zahlreicher gesundheitspolitischer Interventionen war.[4] So wurden im Zuge dessen bspw. im Jahr 2004 verstärkt Kosten in den privaten Bereich der Arbeitgeber, Versicherten und Patienten verlagert.[5] Vor diesem Hintergrund müssen sich alle Marktteilnehmer und insbesondere die *Healthcare-Unternehmen* den neuen Herausforderungen einer weitaus komplexeren und volatilen Umweltsituation stellen. Dies geht mit steigenden Anforderungen an die strategische Planung, als Komponente der strategischen Unternehmensführung, einher. So können heute in der *Healthcare-Branche* nur in Ausnahmefällen eindeutige und sichere Prognosen abgegeben werden.[6] Als sinnvoll erscheint es demzufolge, dass die strategische Planung alternative Szenarien über die zukünftig mögliche Entwicklung der *Healthcare-Branche* in der Prognose berücksichtigt.[7]

Die vorliegende Arbeit knüpft an diesen Themenkomplex an und verfolgt das Ziel, für das Jahr 2015, unter Berücksichtigung der *Szenario-Technik*, mögliche Szenarien für die deutsche *Healthcare-Branche* zur Planung alternativer Strategieentscheidungen zu entwickeln. Dieses Vorgehen soll den *Healthcare-Unternehmen* die Möglichkeit offerieren, ihre gegenwärtig verfolgten Strategien vor dem Hintergrund der zukünftig möglichen Anforderung zu testen und gegebenfalls neu auszurichten. Dabei verfolgt die Arbeit drei zentrale Fragestellungen: *(A) Wie könnte sich die heutige Healthcare-Branche im Jahr 2015 entwickeln? (B) Welche grundsätzlichen strategischen Optionen können die Healthcare-Unternehmen infolgedessen ergreifen?* Und *(C) Ist eine gegenwärtige Tendenz zu einem der erstellten Szenarien ersichtlich?* Der Aufbau der Arbeit gliedert sich in drei Abschnitte. Der erste Abschnitt (Kapitel 2) dient der Betrachtung der gegenwärtigen Situation der *Healthcare-Branche*. Hier-

[1] Vgl. Schäfer, C., (Patient 2009), S. 2 u. Geisler, L., (Plädoyer 2003), S. 34.
[2] Vgl. Kartte, J. et al., (Innovation 2005), S. 3.
[3] Vgl. Schäfer, C., (Patient 2009), S. 2.
[4] Vgl. Häckl, D., (Gesundheitswesen 2010), S. 3, Schäfer, C., (Patient 2009), S. 158, Käfer, G., (Gesundheitsmarkt 2007), S. 12 sowie ergänzend Anhang 1.
[5] Vgl. ergänzend Anhang 1.
[6] Vgl. ergänzend Reinspach, R., (Management 2001), S. 1. Die betont, dass es für das strategische Management aufgrund zahlreicher staatlicher Interventionen im Gesundheitswesen äußert schwierig erscheint, sichere Prognosen abzugeben.
[7] Vgl. Götze, U., (Szenario-Technik 1990), S. 1.

zu werden der Begriff und die Charakteristika der *Healthcare-Branche* sowie deren Marktstruktur und -entwicklung herausgestellt. Dabei soll insbesondere das für den weiteren Verlauf dieser Arbeit notwendige Branchenverständnis präzisiert werden. Im zweiten Abschnitt (Kapitel 3) sollen die Grundlagen der *Szenario-Technik* das erforderliche methodische Verständnis fundieren. Dabei wird zunächst auf den Ursprung und den Begriff der *Szenario-Technik* eingegangen, um anschließend die Einordnung der *Szenario-Technik* im Unternehmen sowie deren Besonderheiten näher zu betrachten. Den Hauptteil dieser Arbeit skizziert der dritte Abschnitt (Kapitel 4). Dort soll, basierend auf Abschnitt eins und zwei, die Anwendung der *Szenario-Technik* auf die *deutsche Healthcare-Branche* näher betrachtet werden, um anhand dieser Zukunftsszenarien für das Jahr 2015 zu erstellen. Weiterhin werden die Möglichkeiten und Grenzen dieser Methodik in der praktischen Anwendung diskutiert. Abschließend lassen sich in Kapitel 5 alle wesentlichen Erkenntnisse zusammenfassen.

2. Die Healthcare-Branche in Deutschland – Status Quo

2.1 Begriff und Charakteristika

Permanent wird in den Deutschen Medien über die *Healthcare-Branche* berichtet. Allein die Suchanfrage bei *GOOGLE* ergibt über 700.000 Treffer. *Doch wie definiert sich die deutsche Healthcare-Branche und welche Charakteristika weist diese auf?*

In der deutschsprachigen Literatur wird die *Healthcare-Branche* oft mit dem Synonym *Gesundheitswesen* umschrieben.[8] So definieren *BRAASCH, KLEINFELD, KÖLKING, ZACHARIS et al.* die *Healthcare-Branche* als die Gesamtheit an Personen und Institutionen, die sich primär mit der Versorgung von Gesundheitsleistungen für die Öffentlichkeit beschäftigen und somit deren Gesundheit fördern, erhalten und wiederherstellen.[9] Daraus wird ersichtlich, dass die Patienten im Gesundheitswesen als Nachfrager von Gesundheitsleistungen ex definitione eine eher sekundäre Rolle einnehmen.[10] Eine Definition, die diese berücksichtigen, ist in den Ausführungen von *HEIGL* und *KLEINFELD* zu finden. So erweitern diese das Verständnis des herkömmlichen Gesundheitswesens um den Terminus *Gesundheitsmarkt*[11]*.* Demnach werden darunter sämtliche wirtschaftliche Beziehungen zwischen potenziellen und tatsächlichen Anbietern (Leistungserbringer, Unternehmen), Institutionen (staatliche Organe) und Nachfrager (Patienten, Versicherten) von Gesundheitsleistungen subsumiert.[12] Die *Healthcare-Branche* in Deutschland ist vielschichtig und weit gefächert.[13] Dies verdeutlicht das in der Literatur weit verbreitete Zwiebel-Modell nach *HILBERT et al*..[14] Dabei

[8] Vgl. Brillinger, C. et al., (Ungleichbehandlung 2009), S. 22, Müller, J-G., (Patient 2008), S. 2 u. Brandt, D., (Kompetenzentwicklung 2003), S. 167.

[9] Vgl. Zacharias, C. et al., (Forschungsspitzen 2009), S. 208, Kölking, H., (Gesundheitswirtschaft 2007), S. 21, Kleinfeld, A., (Krankenhausmanagement 2002), S. 47, Braasch, P., (Gesundheitswesen 1998), S. 29.

[10] Vgl. Kleinfeld, A., (Krankenhausmanagement 2002), S. 48, der in diesem Kontext betont, dass die Patienten ex definitione nicht zum Gesundheitswesen zählen.

[11] Die Verwendung des Marktbegriffs in Bezug auf das staatlich regulierte Gesundheitssystem wird in der Literatur teilweise als problematisch aufgefasst. So basiert das Verständnis für diesen aus neoklassischer Sicht auf der Vorstellung eines vollkommenen Marktes. Vgl. Bizenberger, R., (Debt 2008), S. 267, Schneider, D., (Betriebswirtschaftslehre 2004), S. 200 u. Diefenbach, D., (Kritik 2003), S. 414. Dem steht das hier in der Arbeit zugrundeliegende Verständnis des Marktbegriffs gegenüber. Vgl. ergänzend Bea, F.X. et al., (Management 2005), S. 92.

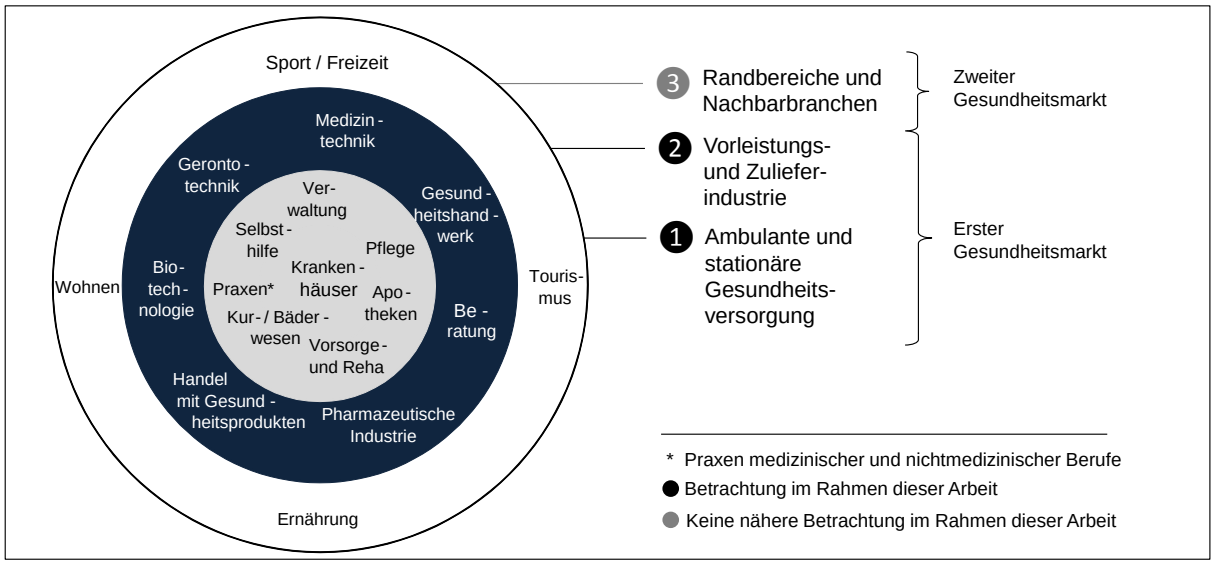
[12] Vgl. Heigl, A., (Gesundheitsmarkt 2003), S. 8 u. Kleinfeld, A., (Krankenhausmanagement 2002), S. 48.

[13] Vgl. Heigl, A., (Gesundheitsmarkt 2003), S. 8.

[14] Vgl. Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), S. 26, Fendt, H., (Gesundheitssystem 2008), S. 1, Heinze, R.G., (Wandel 2006), S. 198 u. Hilbert, J. et al., (Rahmenbedingungen 2002), S. 6.

orientiert sich dieses nicht an der traditionellen, funktionsorientierten Unterscheidung von Prävention, Kuration und Rehabilitation[15], sondern ordnet die Institutionen und Unternehmen gemäß ihrer Stellung im Wertschöpfungsprozess in drei Sektoren ein: *Der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung (1)*, *der Vorleistungs- und Zulieferindustrie (2)* sowie *den Randbereichen und Nachbarbranchen (3)*.[16] In diesem Kontext werden (1) und (2) dem *ersten Gesundheitsmarkt* und der letztgenannte (3) dem *zweiten Gesundheitsmarkt* zugeordnet.[17]

Abbildung 1: Übersicht der *Healthcare-Branche* im Zwiebel-Modell



Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Hilbert, J., et al., (Rahmenbedingungen 2002), S. 6, Zemke, C., (Schwerpunkt 2008), S. 5 sowie Heinze, R.G., (Wandel 2006), S. 198.

Den Kernbereich in der wertschöpfungsorientierten Darstellung präsentiert die personal- und beschäftigungsintensive *ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung (1)*. Diese umfasst Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen, die Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe, ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Apotheken.[18] Zu der technologie- und kapitalintensiven *Vorleistungs- und Zulieferindustrie (2)* gehören neben den sogenannten *healthcare industries* (Medizin- und Gerontotechnik, pharmazeutische Industrie sowie Bio- und Gentechnologie) auch der Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten sowie das Gesundheitshandwerk.[19] Dieser Sektor stellt den übrigen Leistungsanbietern aus dem Kernbereich und den Patienten, technische Geräte und Hilfsmittel sowie Arzneimittel zur Verfügung[20], die dazu dienen, Krankheiten zur verhindern, zu diagnostizieren, zu heilen oder ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten bzw. Nachfrager erträglicher zu gestalten.[21] Die *Randbereiche und Nachbarbranchen (3),* auch als sogenannter *zweiter Gesundheitsmarkt* bezeichnet, tragen mit den privatfinanzierten gesundheitlichen Bezügen,

[15] Vgl. ergänzend Borgetto, B. et al., (Medizinsoziologie 2007), S. 93.
[16] Vgl. Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), S. 26, Fendt, H., (Gesundheitssystem 2008), S. 1, Heinze, R.G., (Wandel 2006), S. 198 u. Hilbert, J. et al., (Rahmenbedingungen 2002), S. 6.
[17] Vgl. Zemke, C. (Schwerpunkt 2008), S. 5.
[18] Vgl. Zemke, C., (Schwerpunkt 2008), S. 5 u. Heinze, R.G., (Wandel 2006), S. 198, Hilbert, J. et al., (Rahmenbedingungen 2002), S. 4.
[19] Vgl. Zemke, C., (Schwerpunkt 2008), S. 5 u. Heinze, R.G., (Wandel 2006), S. 199, Hilbert, J. et al., (Rahmenbedingungen 2002), S. 4.
[20] Vgl. Hilbert, J. et al., (Rahmenbedingungen 2002), S. 4f.
[21] Vgl. Statistisches Bundesamt, (Gesundheitsbericht 1998), S. 346.

zu der Wachstumsentwicklung der *Healthcare-Branche* bei.[22] So betonen auch *HILBERT et al.*, dass vor allem die Verknüpfung der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen mit Angeboten aus anderen Bereichen, z. B. Wellness, Gesundheitstourismus, gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote, Schönheitsoperationen und Appetitzügler, zusätzlich die private Nachfrage mobilisiert.[23] Im Rahmen der Arbeit wird dieser Bereich für weitere Analysen nicht näher betrachtet.[24]

Aus den vorangegangenen Ausführungen lässt sich der Begriff *Healthcare-Branche* im Rahmen dieser Arbeit als die Gesamtheit an potenziellen und tatsächlichen Anbietern (Leistungserbringer, Unternehmen), Institutionen (staatliche Organe) und Nachfragern (Patienten und Versicherte) von Gesundheitsleistungen, die in einer wirtschaftlichen Beziehung zueinander stehen, definieren. Der Branchenfokus umfasst im Rahmen der Arbeit den *ersten Gesundheitsmarkt* mit Produkten und Dienstleistungen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung sowie der Vorleistungs- und Zulieferindustrie. Der bislang nicht betrachtete Terminus *Gesundheitssystem* wird hier als ein Oberbegriff für die *Healthcare-Branche* verwendet. So beinhaltet dieser, sämtliche Aktivitäten des Staates als Regulator zur Schaffung von Grundlagen und Rahmenbedingungen (Gesundheitspolitik).[25]

2.2 Marktstruktur

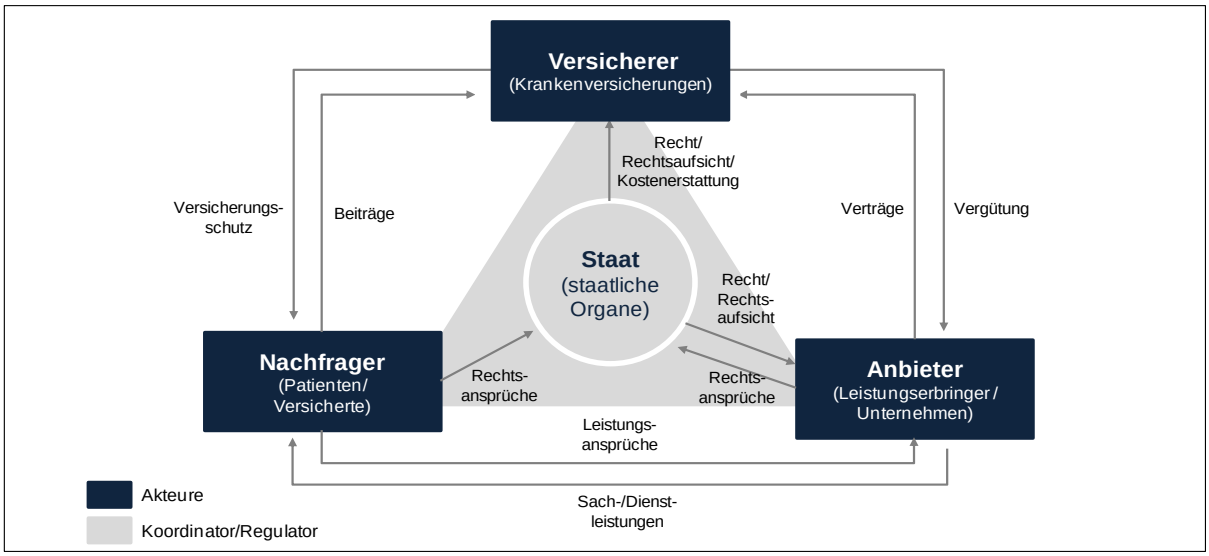
Nachdem der Begriff *Healthcare-Branche* charakterisiert und definiert wurde, liegt es nun nahe, die *Marktstruktur* genauer zu betrachten. Dabei orientiert sich das Vorgehen an der Fragestellung, *durch welche Akteure die Healthcare-Branche gegenwärtig geprägt ist und in welcher Beziehung diese zueinander stehen?*

Anders als in den deutschen industriellen Wirtschafts- und Dienstleistungszweigen bestehen bei Gesundheitsleistungen keine klassischen Kunden-Lieferanten-Beziehungen.[26] Vielmehr besteht die *Marktstruktur* der deutschen *Healthcare-Branche*, wie bereits in 2.1 angedeutet, aus einer Vielzahl von Akteuren, durch welche die Modalitäten von Ansprüchen und Leistungen geregelt werden.[27] Dabei betonen *SCHOLZ*, *BERKERMANN et al., FRANZ*, *HEIGL, SCHMIDT-WILKE sowie SCHODER et al.,* dass sich die *Marktstruktur* im Wesentlichen durch eine Dreiecksbeziehung zwischen dem *Nachfrager (Patienten, Versicherte)*, dem *Versicherer (Krankenversicherungen)* und den *Anbietern* (*Leistungserbringern/ Unternehmen)* charakterisiert.[28] Die Beziehungen im Dreieck sind inhaltlich klar geregelt. So besteht bspw. der Versicherungsvertrag zwischen *Versicherer* und *Nachfrager*, die Behandlung und Versorgung zwischen *Nachfrager* und *Anbietern* sowie der Versorgungs- und Vergütungsvertrag zwischen *Versicherer* und *Anbietern*.[29] Der Staat (staatliche Organe) nimmt die Rolle eines

[22] Vgl. Zemke, C., (Schwerpunkt 2008), S. 5 u. Hilbert, J. et al., (Rahmenbedingungen 2002), S. 6.
[23] Vgl. Hilbert, J. et al., (Rahmenbedingungen 2002), S. 5.
[24] Vgl. Henke, D.-K., (Gesundheitswirtschaft 2008), S. 10, Kartte, J. et al., (Gesundheitsmarkt 2007), S. 4ff. u. Kartte, J. et al., (Innovation 2005), S. 7.
[25] Vgl. Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 192.
[26] Vgl. Franz, D., (Versorgung 2009), S. 211.
[27] Vgl. Berkermann, U. et al., (Gesundheitsbranche 2007), S. 9.
[28] Vgl. Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), S. 27, Franz, D., (Versorgung 2009), S. 211, Schoder, J. et al., (Konzepte 2009), S. 150, Berkermann, U. et al., (Gesundheitsbranche 2007), S. 9, Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004) S. 22 u. Heigl, A., (Gesundheitsmarkt 2003) S. 9.
[29] Vgl. Busse, R. et al., (Gesundheitswesen 2010), S. 1.

Koordinators und Regulators ein, um alle Akteure und deren Beziehungen zueinander durch Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Rahmenverträge zu regulieren und zu koordinieren.[30]

Abbildung 2: Akteure und deren Dreiecksbeziehung in der *Healthcare-Branche*



Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), S. 27, Heigl, A., (Gesundheitsmarkt 2003), S. 9, Schoder, J., et al., (Managed-Care-Konzepte 2009), S. 150.

Versicherer

In Deutschland existiert ein weltweit einzigartiges Nebeneinander von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV), wobei ca. 85 Prozent (70 Mio.) der Bevölkerung in der GKV versichert sind.[31] Beide Systeme zusammen ermöglichen den rund 82 Mio. Einwohnern[32] Deutschlands einen umfassenden Versicherungsschutz. Dabei wird *„dem Haushalt […] die vollständige oder teilweise Überwälzung des Risikos in Form einer (Teil-) Erstattung der zufälligen Ausgaben gegen vorherige Zahlung einer vereinbarten Versicherungsprämie"*[33] gewährleistet. Die Krankenkassen handeln in dem Zusammenhang als sogenannte „Gesundheitsmanager" und verfolgen neben den Interessen der Versicherten auch deren Eigeninteressen.[34] Die Beziehungen der Versicherer im Dreieck zeichnen sich durch Reagieren und Agieren aus. So ist die Reaktion einerseits durch die Bindung an Honorarverträge[35] mit der *KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG* und andererseits durch die rechtliche Aufsicht der staatlichen Organe determiniert.[36] Zusätzlich werden Krankenkassen auch durch die Informationsasymmetrie gegenüber dem Patienten beeinträchtigt. So verfügt der Patient i.d.R. über einen Wissensvorsprung hinsichtlich seines persönlichen Gesundheitszustandes.[37] Dagegen ist das Agieren vor allem durch die Verhandlungs- und Vertragsmacht gegenüber den Anbietern und Nachfragern bestimmt.[38] So verfügen Krankenkassen

[30] Vgl. Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), S. 27, Franz, D., (Versorgung 2009), S. 211, Schoder, J., et al., (Konzepte 2009), S. 150, Berkermann, U. et al., (Gesundheitsbranche 2007), S. 9, Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), S. 22, Heigl, A., (Gesundheitsmarkt 2003) S. 9.
[31] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, (Krankenversicherung 2010), S. 3ff.
[32] Vgl. Statistisches Bundesamt, (Bevölkerungsstand 2008).
[33] Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), S. 29.
[34] Vgl. Esslinger, S.A., (Gesundheitsversorgung 2009), S. 30.
[35] Durch die Honorarverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichteten sich die Krankenklassen zur Leistungsvergütung an die Ärzte. Vgl. Esslinger, S.A., (Gesundheitsversorgung 2009), S. 31.
[36] Vgl. Esslinger, S.A., (Gesundheitsversorgung 2009), S. 30.
[37] Vgl. Güssow, J., (Versorgungsstrukturen 2006), S. 97.
[38] Vgl. Esslinger, S.A., (Gesundheitsversorgung 2009), S. 30.

i.d.R. über detaillierte Kenntnisse hinsichtlich des Nachfrageverhaltens sowie der standardmäßigen Abrechnung, welche es erlauben, den Verhandlungsspielraum gegenüber den Anbietern bzgl. deren Vergütung einzuschränken.[39] Demnach können einerseits falsche Abrechnungen der Ärzte erschwert und andererseits durch einheitliche Leistungskataloge überhöhte Forderungen der Versicherten bzw. Patienten ausgeschlossen werden.[40] Auch die Erfahrungswerte bei der sogenannten Schadensabwicklung ermöglichen den Krankenkassen gegenüber den Nachfragern eine höhere Kompetenz bei der Vertragsgestaltung.[41]

Nachfrager

Die rund 82. Mio. Bürger[42] in Deutschland stellen als potenzielle Patienten die *Nachfrager* der Gesundheitsleistungen dar.[43] Für alle Bürger – unabhängig davon, ob diese privat, gesetzlich oder nicht versichert sind – besteht die Option der freien Ärztewahl. Dabei tragen die Versicherungsunternehmen den Großteil[44] der Behandlungskosten. Je nach Art der abgeschlossenen Versicherung geschieht diese Kostenübernahme direkt über die GKV (ist bei Kassenpatienten der Fall) oder durch Erstattung (nach der Behandlung) bei der PKV.[45]

Trotz dieser offensichtlichen Vorteile ist die Marktstellung der Nachfrager durch diverse Beeinträchtigungen auf der Informationsebene geprägt. So zeichnen sich Sach- und Dienstleistungen in der *Healthcare-Branche* besonders durch „hidden characteristics“[46] aus. Demnach sind die Leistungsmerkmale in der Ex-ante-Kaufsituation für die Nachfrager, d.h. die Qualität sowie der Nutzen, nur schwer evaluierbar. Auch in der Ex-post-Kaufsituation ist es für die Nachfrager nur schwer identifizierbar, ob und inwieweit die Leistungen ihren Zweck erfüllt haben.[47] So betont *KÄFER* in diesem Kontext, dass *„[…] ein Erfolg im Heilungsprozess auf eine medizinische Maßnahme zurückzuführen ist oder ob sie sich von allein ebenfalls eingestellt hätte […], ist für medizinische Laien kaum feststellbar“*[48]. Neben den Belastungen auf der Informationsebene verfügen die Nachfrager gegenüber Versicherern und Anbietern über Informationsvorsprünge. *SCHNEIDER* betont in diesem Kontext, dass der Patient im Gegensatz zur Krankenkasse sein eigenes Gesundheitsrisiko genauer kennt und sein Heilungserfolg durch sein gesundheitsrelevantes Verhalten (Einhaltung von Therapievorschriften oder sportlicher Bewegung) beeinflussen kann.[49]

Anbieter

Zu den wichtigsten Anbietern der *Healthcare-Branche* zählen in der ambulanten Versorgung die Arztpraxen, in der stationären Versorgung die Krankenhäuser sowie die Betriebe der Pharmaindustrie und Medizintechnik in der Vorleistungs- und Zulieferindustrie.[50] Die Aufga-

[39] Vgl. Schäfer, C., (Patient 2009), S. 156 u. Schneider, U., (Informationsasymmetrien 2002), S. 449.
[40] Vgl. Schneider, U., (Informationsasymmetrien 2002), S. 449.
[41] Vgl. Güssow, J., (Versorgungsstrukturen 2006), S. 97.
[42] Vgl. Statistisches Bundesamt, (Bevölkerungsstand 2008).
[43] Vgl. Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), S. 28.
[44] Vgl. Merz, F., (Gesundheit 2008), S. 19.
[45] Vgl. Stodholz, P., (Gesundheitswesen 2006), S. 445 u. Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), S. 28.
[46] Hidden characteristics liegen vor, sofern der Principal ex ante in der Kauf- bzw. Vertragssituation keine Kenntnis über wesentliche Eigenschaften des Agenten, wie bspw. Begabung, Qualifikation etc., erfährt. Vgl. Alparslan, A., (Prinzipal-Agent-Theorie 2005), S. 20. *AKERLOF* verdeutlicht dieses anhand des „Lemon“-Problems vgl. ergänzend Akerlof, G.A., (Lemons 1970), S. 490.
[47] Vgl. Schäfer, C., (Patient 2009), S. 158 u. Schoder, J. et al., (Konzepte 2009), S. 151.
[48] Vgl. Käfer, G., (Gesundheitsmarkt 2007), S. 12.
[49] Vgl. Schneider, U., (Informationsasymmetrien 2002), S. 449.
[50] Vgl. Strodholz, H., (Gesundheitswesen 2006), S. 444 u. Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), S. 22.

ben der Leistungserbringer und Unternehmen sind hierbei klar definiert.[51] So sind diese nach §135a SGB V *„[…] zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet"*[52]. Darüber hinaus müssen ihre Leistungen *„[…] dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden"*[53]. Die Beziehungen der Anbieter sind durch diverse Anreiz- und Informationsasymmetrien geprägt. So erwarten bspw. die staatlichen Organe von ihnen, dass diese stets ihre Fähigkeiten und Kenntnisse für und nie gegen die gesundheitlichen Interessen der Auftragsgeber einsetzen.[54] Dem gegenüber stehen jedoch die ökonomischen Zwänge in Form limitierter Ressourcen. So sind heute bspw. ca. 85 Prozent (70 Mio.)[55] der Patienten Mitglieder der GKV und weisen hiermit eine Abhängigkeit vom Leistungskatalog auf, von dem insbesondere die Leistungserbringer aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung nach §128 Abs. 4 SGB V[56] nicht abweichen dürfen. Dadurch werden besonders in der Patientenbehandlung kostenintensive therapeutische Alternativen oft verschwiegen.[57] Weiterhin besteht auch die Tatsache, dass die Anbieter i.d.R. nicht über gesicherte Informationen bezüglich des Verhaltens der Nachfrager (Einhaltung von Therapierichtlinien, Lebensstil etc.) während des Behandlungszeitraums verfügen, welches zusätzlich die Marktstellung dieser enorm erschwert.[58] Handlungsspielräume für die Anbieter ergeben sich vor allem durch die medizinische Kenntnis in der Diagnoseerstellung, Therapieempfehlung und durch Behandlungskosten. So können diese bspw. aufgrund der oft mangelnden Fachkompetenz der Patienten, ohne nachweisbare Konsequenzen[59], medizinisch nicht essenziell notwendige aber kostenminimierende bzw. -maximierende Leistungen verschreiben.[60] Ob und inwieweit diese Handlungsspielräume tatsächlich ausgenutzt werden, hängt entscheidend von den Rahmenbedingungen in der *Healthcare-Branche* ab.[61]

Staat

Die deutsche *Healthcare-Branche* unterliegt dem Subsidiaritätsprinzip.[62] Dieses wirkt sich dadurch aus, dass administrative und legislative Aufgaben auf mehreren Ebenen des Staates wahrgenommen werden.[63] So kommt die Überwachung und Ausübung der Regulierungen im Wesentlichen den jeweils zuständigen öffentlichen Einrichtungen auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen zu.[64] Auf Bundesebene übt bspw. das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Rechte und Pflichten, welche aus den Regulierungsvorschriften resul-

[51] Vgl. hierzu und im Folgenden Hass, P., (Gesundheitstelematik 2006), S. 192.
[52] Marburger, H., (SGB 2007), S. 201.
[53] Marburger, H., (SGB 2007), S. 201.
[54] Vgl. Schoder, J. et al., (Konzepte 2009), S. 151.
[55] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, (Krankenversicherung 2010), S. 3ff.
[56] Vgl. Marburger, H., (SGB 2007), S. 191.
[57] Vgl. Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 29.
[58] Vgl. Güssow, J., (Versorgungsstrukturen 2006), S. 97.
[59] Zu diesem wird dieser Sachverhalt auch als „Moral Hazard" bezeichnet. Vgl. ergänzend Bürger, C., (Kommunikation 2003), S. 76.
[60] Vgl. Schoder, J. et al., (Konzepte 2009), S. 151, Güssow, J., (Versorgungsstrukturen 2006), S. 97, Hahn, O., (Patient 2005), S.13 u. Schneider, U., (Informationsasymmetrien 2002), S. 448.
[61] Vgl. Güssow, J., (Versorgungsstrukturen 2006), S. 97.
[62] Durch das Subsidiaritätsprinzip sollen die Aufgaben des Staates soweit wie möglich an die kleineren Institutionen delegiert werden. Der Staat soll in dieser Konstellation erst dann eingreifen, sofern auf Ebene der Länder u. Kommunen das Problem nicht gelöst werden kann. Vgl. Schwarte, D., (Gesundheitswesen 2009), S. 223, Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), S. 27, Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), S. 35.
[63] Vgl. Schwarte, D., (Gesundheitsökonomie 2009), S. 223 u. Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), S. 35.
[64] Vgl. Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), S. 27.

tieren, aus. Auf Landesebene erfolgt bspw. die Implementierung der vom Bund erlassenen Gesetze. Die Kommunen haben keine eigenständige Regulierungskompetenz. Allerdings gewährleisten sie über die Gesundheitsämter die Einhaltung der Rechtsvorschriften.[65] Ein weiterer Teil der Regulierung wird durch das Prinzip der Selbstverwaltung geregelt. Durch Gremien der Versicherer und der Leistungserbringer werden wesentliche Aspekte der Leistungserbringung und Vergütung reguliert.[66] Im Beziehungsdreieck nimmt der Staat bzw. dessen Organe durch die Politikgestaltung auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen die Rolle des Koordinators und Regulators ein.[67] Dieses wird auch bei Betrachtung des Art. 2, Abs. 2, Grundgesetz (GG) deutlich. So ist in diesem festgelegt, dass jeder Bürger das „*Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit*"[68] hat. Das Ziel ist die Schaffung von Grundlagen und Rahmenbedingungen für eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.[69] Um das zu erreichen, wurden u. a. strukturierte Behandlungsprogramme im Rahmen vom Disease-Management[70] in den gesetzlichen Grundlagen (neunter Abschnitt des SGB V) verankert.[71] Demnach müssen sich Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen vertraglich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten.[72] Darüber hinaus besteht in Deutschland die sogenannte Versicherungspflicht. In dieser dürfen die gesetzlichen Versicherer Personen, die unter der festgeschriebenen Arbeitsentgeltgrenze fallen sowie zu deren Versichertenkreis gehören, nicht abweisen.[73]

Es kann konstatiert werden, dass die *Healthcare-Branche* im „Status Quo" durch drei Akteure – *den Versicheren*, *den Nachfragern* und den *Anbietern* – geprägt ist, durch welche die Modalitäten von Gesundheitsansprüchen und -leistungen geregelt sind. Hierbei wird ferner ersichtlich, dass die *Nachfrager* aus medizinischer Perspektive und die *Versicherer* aus Kostenträgerperspektive im „Status Quo" die Rolle des Auftraggebers und die *Anbieter* die des Auftragnehmers einnehmen. Der Staat nimmt die Rolle des Regulators und Koordinators zur Schaffung von Grundlagen und Rahmenbedingungen ein.

2.3 Marktentwicklung

Nachdem die Marktstruktur gezeigt hat, durch welche Akteure die *Healthcare-Branche* gegenwärtig geprägt ist, kann nun die *Marktentwicklung* näher betrachtet werden. Dabei gilt es, die Fragen zu beantworten, *ob die deutsche Healthcare-Branche im „Status Quo" als eine Wachstumsbranche zu definieren ist,* und *inwieweit sich die Kosten im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts und des demografischen Wandels entwickelt haben?*

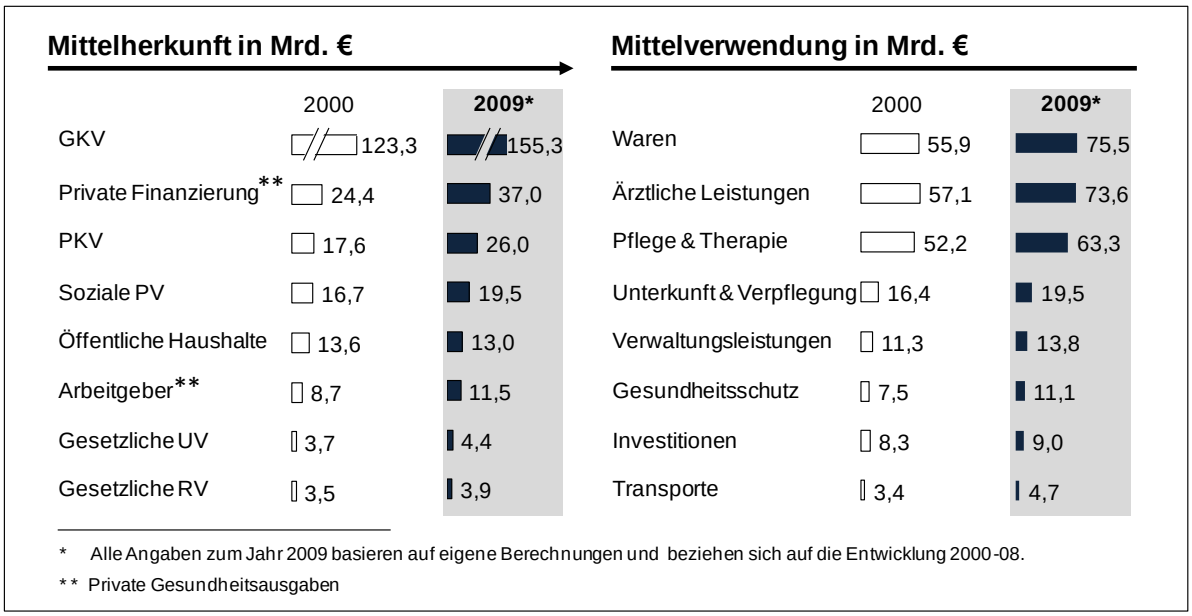
---

[65] Vgl. Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), S. 27, Schwarte, D., (Gesundheitswesen 2009), S. 223, Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 192 u. Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), S. 35.
[66] Vgl. Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 192.
[67] Vgl. Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), S. 27, Schwarte, D., (Gesundheitswesen 2009), S. 223, Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 192 u. Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), S. 35.
[68] Bundesministerium der Justiz, (Grundgesetz 2010), S. 2.
[69] Vgl. Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 192.
[70] Das Disease-Management legt die Maßnahmen und Ziele der Qualitätssicherung fest. Vgl. ergänzend Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 113.
[71] Vgl. Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 192.
[72] Vgl. Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 216.
[73] Vgl. Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 176.

Wachstumsentwicklung

Die *Healthcare-Branche* ist weltweit ein wachsender Wirtschaftsmarkt. So gewinnen auch in Deutschland Gesundheit und Medizin immer mehr an Bedeutung.[74] Die Entwicklung im Bereich der Altersstruktur (demografischer Wandel) und explizit die hiermit einhergehende Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes der Bevölkerung sowie der medizinisch-technische Fortschritt haben dazu beigetragen, dass der Bedarf an medizinischen Leistungen in Deutschland gestiegen ist. Deutlich wird dieses z.B. durch Betrachtung der Gesundheitsausgaben. So haben sich diese im Zeitraum 2000 bis 2009 um jährlich 2,7 Prozent gesteigert.[75] Gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegen sie im internationalen Vergleich mit 10,6 Prozent und einem Gesamtvolumen von 270,6 Mrd. € noch vor dem OECD-Durschnitt (9,1 Prozent) und Großbritannien (8,7 Prozent).[76]

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben nach Mittelherkunft und -verwendung



Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt, (Gesamtrechnung 2010), S. 38 und Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010).

Auch die Betrachtung der Beschäftigungsentwicklung verdeutlicht den Wachstumsfaktor der *Healthcare-Branche*. So hat sich die Zahl der Beschäftigten – trotz der anhaltenden Wirtschafts- bzw. Finanzkrise 2007 – von rund 4,1 Mio. im Jahr 2000 auf 4,7 Mio. Erwerbstätige im Jahr 2009 erhöht. Dies entspricht einer jährlichen Wachstumsrate von 1,5 Prozent.[77] Gleichzeitig resultieren aus dem demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt eine jährliche Steigerung der Bruttowertschöpfung um 3,1 Prozent.[78]

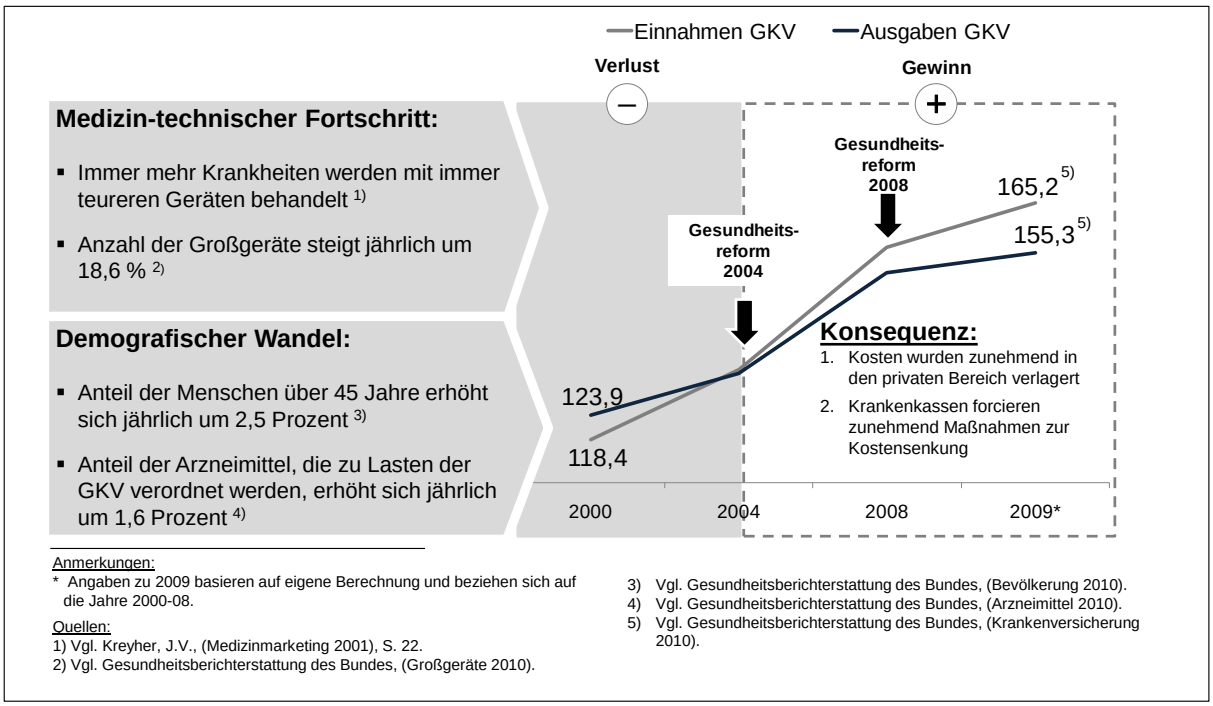
Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die *Healthcare Branche* als eine Wachstumsbranche der deutschen Wirtschaft betrachtet werden kann und das Marktpotenzial bisher noch nicht ausgeschöpft ist.

[74] Vgl. Merz, F., (Gesundheit 2008), S. 14, Berkermann, U. et al., (Gesundheitsbranche 2007), S. 9, Kartte, J., (Innovation 2005), S. 7 u. Kreyher, V.J., (Medizinmarketing 2001), S. 20.
[75] Vgl. OECD, (Health 2010).
[76] Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010) u. OECD, (Health 2010).
[77] Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitswesen 2010).
[78] Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, (Gesamtrechnung 2010), Berkermann, U. et al., (Gesundheitsbranche 2007), S. 5 sowie Sheet 2.1 u. 2.4.3.3.

Kostenentwicklung

Trotz der im Vergleich zu anderen Branchen relativ positiven wirtschaftlichen Entwicklung steigen mit zunehmenden Anforderungen und Ansprüchen auch die Kosten. Das Kernproblem ergibt sich aus der Abkopplung der Einnahmen von den Ausgaben.[79] So wird die deutsche *Healthcare-Branche* solidarisch finanziert, d.h. der Versicherte leistet einkommensabhängige Versicherungsbeiträge und erhält dafür beitragsunabhängige und bedarfsgerechte Leistungen, die die Leistungserbringer mit den Krankenkassen über Leistungskataloge abrechnen.[80] Die daraus resultierende Kostenproblematik wird durch Betrachtung der vergangenen Entwicklungen deutlich. So hat der medizinisch-technische Fortschritt dazu beigetragen, dass immer mehr Krankheiten mit immer kostenintensiveren Geräten therapiert werden.[81] Außerdem nahm die Anzahl der Großgeräte in den Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu. Sie sind im Zeitraum 2000 bis 2009 um jährlich 18,6 Prozent gestiegen.[82] Demgegenüber hat sich auch die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 2000 signifikant geändert. Neben einer sinkenden Geburtenrate und dem rückläufigen Anteil junger Menschen an der deutschen Bevölkerung ist ein Anstieg des Anteils von Menschen über 45 Jahre um jährlich 2,5 Prozent messbar.[83] Weiterhin stieg der Anteil der Arzneimittel, welche zu Lasten der GKV fallen, im Zeitraum 2000 bis 2009 um jährlich 1,6 Prozent.[84] Ein wesentliches Resultat dieser Entwicklungen war eine Destabilisierung des Finanzierungssystems.

Abbildung 4: Einnahmen und Ausgaben der GKV in Mrd. €



Anmerkungen:
* Angaben zu 2009 basieren auf eigene Berechnung und beziehen sich auf die Jahre 2000-08.

Quellen:
1) Vgl. Kreyher, J.V., (Medizinmarketing 2001), S. 22.
2) Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Großgeräte 2010).
3) Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Bevölkerung 2010).
4) Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Arzneimittel 2010).
5) Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Krankenversicherung 2010).

Quelle: Eigene Erstellung.

[79] Vgl. Merz, F., (Gesundheit 2008), S. 15 u. Kreyher, V.J., (Medizinmarketing 2001), S. 21.
[80] Vgl. Biendarra, I. et al., (Gesundheit 2009), S. 392, Merz, F., (Gesundheit 2008), S. 15 u. Oberender, P.O. et al., (Gesundheit 2006), S. 173 sowie Kreyher, V.J., (Medizinmarketing 2001), S. 21.
[81] Vgl. Berkermann, U. et al., (Gesundheitsbranche 2007), S. 5 u. Rebscher, H., (Gesundheitsökonomie 2006), S. 225.
[82] Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Großgeräte 2010).
[83] Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Bevölkerung 2010).
[84] Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Arzneimittel 2010).

Als Konsequenz wurde das Gesundheitssystem im Jahr 2004 mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG-GKV) reformiert. Folge dieser Reform, ist eine zunehmende Kostenverlagerung in den privaten Bereich der Arbeitgeber, der Versicherten und der Patienten.[85] So ist im Zuge dessen nicht nur der Beitragssatz der GKV jährlich um 0,4 Prozent gestiegen[86], sondern müssen Patienten auch eine Zuzahlung von bis zu zehn Prozent und mindestens fünf Euro bei Rx-Produkten (verschreibungspflichtig)[87] und bei gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (z. B. Arztbesuch, Krankenhausaufenthalt) eine Zuzahlung von zehn Euro je Tag bzw. Besuch (ausgenommen sind Überweisungen und Quartalsbesuche) leisten.[88] Außerdem wurde der Verhandlungsspielraum gegenüber den Leistungserbringern durch die Reform massiv eingeschränkt. So dürfen bspw. Ärzte im Rahmen der Patientenbehandlung seit Einführung des § 128 Abs. 4 SGB V vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht abweichen.[89] Auch *MERZ* betont, dass die Krankenkassen bei der Vergütung zunehmend Maßnahmen zur Kostensenkungen forcieren.[90] Die Gesundheitsreformen im Jahr 2008 und die in der Abbildung 4 nicht aufgeführte Reform im Jahr 2010, verstärken diese Entwicklungen zusätzlich.

Festzuhalten bleibt, dass das Finanzierungsproblem in der *Healthcare-Branche* primär durch die Abkopplung der Einnahmen von den Ausgaben entsteht und dass die Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts und die des demografischen Wandels die Kostenproblematik nachhaltig belasten.

3. Grundlagen der Szenario-Technik

3.1 Ursprung und Definition

Der Terminus *Szenario* hat seinen Ursprung im griechischen Wort „Skene“ (dt.: Szene) und bezeichnet u. a. die Handlung in einem Bühnenstück oder -abschnitt. Die Ausgestaltung der Bühne wird mit dem Begriff *Szenar* (dt.: Szenarium) umschrieben und folgt dem angloamerikanischen Begriff „Scenario“.[91] Durch *KAHN* wurde der Begriff in den 1950er-Jahren aus der Bühnensprache herausgelöst. Dabei verwendete dieser den Begriff erstmals während seiner Tätigkeit in der amerikanischen *RAND CORPORATION* mit Bezug auf die Entwicklung von militärischen Planspielen.[92] Die Überführung in die Wirtschafts- und Sozialwissenschaften geschah 1967 durch die Studie von *KAHN et al.* zum Thema: „*The Year 2000. A Framework for Speculation on the next Thirty-Three Years*“[93]. Diese Veröffentlichung gilt nach *GAUSEMEIER et al.* als „*[…] Geburtsstunde der Szenario-Technik*“[94]. Auf der Ebene des Unternehmens gewann die *Szenario-Technik* seit Beginn der 1970er Jahre ausgelöst durch die Ölkrise immer mehr an Bedeutung. Vor dieser Zeit waren meist univariable Prognose-

[85] Vgl. Käfer, G., (Gesundheitsmarkt 2007), S. 12, Schäfer, C., (Patient 2009), S. 158, Gothaer Krankenversicherung AG, (Gesetz 2004), S. 4 sowie Anhang 1.
[86] Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Beitragssätze 2010).
[87] Vgl. Schäfer, C., (Patient 2009), S. 85 u. Hesseken, G., (Gesundheitsreform 2009), S. 4.
[88] Vgl. Hesseken, G., (Gesundheitsreform 2009), S. 4 u. Gothaer Krankenversicherung AG, (Gesetz 2004), S. 4.
[89] Vgl. Marburger, H., (SGB 2007), S. 191.
[90] Vgl. Merz, F., (Gesundheit 2008), S. 7.
[91] Vgl. Götze, U., (Szenario-Technik 1993), S. 36.
[92] Vgl. MacKay, B. et al., (Future 2006), S. 96, Reibnitz, U.v., (Szenario-Technik 1991), S. 11f.
[93] Kahn, H. et al., (Framework 1967).
[94] Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 91.

Verfahren[95] zur Planung unternehmerischer Entscheidungen ausreichend. Als ein Vorreiter in der Entwicklung einer auf Szenarien basierenden strategischen Unternehmensplanung ist die *SHELL-GRUPPE* zu nennen. Hintergrund war die Feststellung, dass bei stets volatilen Umfeldsituationen die Anwendung rein auf quantitativen Kennzahlen basierender Prognose-Verfahren nicht ausreicht.[96] Nachfolgend begannen weitere Unternehmen, insbesondere aus den Branchen der Chemie-, Mineralöl- und Automobilindustrie, mit der Implementierung der *Szenario-Technik*.[97]

Im Folgenden sollen selektiv Szenario-Begriffe respektive die Definition der *Szenario Technik* dargestellt werden, um einen Überblick zu ermöglichen sowie das Begriffsverständnis abzuleiten, welches dieser Arbeit zugrunde liegen soll. In der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur wird derzeit eine Vielzahl von Definitionen diskutiert. So beschreiben *FAHEY et al.* Szenarien als *„descriptive narratives of plausible alternative projections of a specific part of the future. They are methodically researched and developed in sets of three, four, or more to study how an organization, or one of its decisions, would fare in each future in the set"*[98]. *BEA et al.* definieren die *Szenario-Technik* als eine systematische, integrierte sowie vorausschauende Untersuchung, bei der ausgehend von einer derzeitigen Situation, unter Berücksichtigung sowie Betrachtung des zeitlichen Rahmens, plausible Ereignisse und Entwicklungen zukünftiger Situationen aufgezeigt werden sollen.[99] *GAUSEMEIER et al.* subsumieren unter dem Terminus *„eine allgemeinverständliche Beschreibung einer möglichen Situation in der Zukunft, die auf einem komplexen Netz aus Einflußfaktoren beruht"*[100]*.* Darüber hinaus kann ein Szenario die Darstellung einer möglichen Entwicklung enthalten, welche aus der Gegenwart zu dieser Situation führt.[101] So betont *GODET*, dass ein Szenario als *„the description of the future situation together with the progression of events leading the base situation to the future situation"*[102] zu verstehen ist*.* Auch *KAHN* definiert den Begriff als die Folge von hypothetischen Ereignissen, die in die Zukunft verlegt werden.[103] Demnach ist ein Szenario keine Prognose[104], da diese nicht beschreibt, *„[…] was passieren wird, sondern nur, was passieren könnte"*[105]. Die hiermit verbundene Vorgehensweise deklarieren *MESAROVIC et al.* als Szenario-Analyse.[106] Zusammenfassend betrachtet *REIBNITZ* den Terminus Szenario als *„die Beschreibung einer zukünftigen Situation und die Entwicklung bzw. Darstellung des Weges, der aus dem Heute in die Zukunft hineinführt"*[107]. Unter den Terminus *Szenario-Technik* versteht dieser *„eine Planungstechnik, die in der Regel zwei sich deutlich unterscheidende, aber*

---

[95] Als ein univariables Prognose-Verfahren wird eine Zeitreihe bezeichnet, die mithilfe einer Variablen in die Zukunft transformiert wird. Vgl. hierzu Barth, H., (Prognoseverfahren 1984), S. 115f.
[96] Vgl. Reibnitz, U.v., (Szenario-Technik 1991), S. 12 u. Van der Heijden, K., (Scenarios 2005), S. 11.
[97] Vgl. Reibnitz, U.v., (Szenario-Technik 1991), S. 12.
[98] Fahey, L. et al., (Scenario 1998), S. 6.
[99] Vgl. Bea, F.X. et al., (Management 1997), S. 265.
[100] Gausemeier, J. et al., (Führung 1999), S. 80.
[101] Vgl. Gausemeier, J. et al., (Führung 1999), S. 80.
[102] Godet, M., (Scenarios 1987), S. 21.
[103] Vgl. Kahn, H., (Zukunft 1975), S. 192.
[104] Im Rahmen dieser Arbeit wird die *Szenario-Technik* dennoch als ein Prognose-Verfahren charakterisiert. Dieser Betrachtung folgen auch Keitel, T., (Risikomanagement 2008), S. 49, Christians, U., (Management 2006), S. 16f., Grätz, M., (Zukunftsmarkt 2001), S. 51, Wegmann, K. et al., (Zukunft 1998), S. 6 u. Götze, U., (Szenario-Technik 1990), S. 30f.
[105] Kahn, H., (Zukunft 1975), S. 192.
[106] Vgl. Mesarovic, M. et al., (Wendepunkt 1974), S. 40.
[107] Reibnitz, U.v., (Szenario-Technik 1991), S. 14.

in sich konsistente Szenarien [...] entwickelt und hieraus Konsequenzen für das Unternehmen, einen Bereich oder eine Einzelperson ableitet"[108].

In Anlehnung an die vorangegangenen Ausführungen sowie unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Zielsetzung legt diese Arbeit die folgende Definition von *Szenario* und der *Szenario-Technik* zugrunde: Ein *Szenario* stellt eine mögliche Situation in der Zukunft dar, die auf einem Bündel von Einflussfaktoren basiert. Dabei kann es zusätzlich die Beschreibung der Entwicklung von der Gegenwart in die Zukunft enthalten. Die *Szenario-Technik* skizziert eine strategische Planungstechnik, mit welcher auf systematische Weise zwei bis fünf in sich konsistente und plausible, aber in der Art unterschiedliche Szenarien erarbeitet werden, um aus der zukünftig möglichen Entwicklung der Branche, Chancen und Herausforderungen für Unternehmen dieser Industrie abzuleiten.

3.2 Szenario-Technik in der strategischen Unternehmensplanung

Für die betriebliche Anwendung der *Szenario-Technik* bildet die *strategische Unternehmensplanung* den zentralen Anknüpfungspunkt.[109] Ziele der *strategischen Unternehmensplanung* als Teil der strategischen Unternehmensführung sind die Sicherstellung der Effektivität sowie die Erkennung, Neuschaffung und Erhaltung der Erfolgspotenziale.[110] Zur Sicherstellung der langfristigen Erfolgspotenziale ist die Formulierung und Ausrichtung der Strategie ein essenzieller Bestandteil. Geht man davon aus, dass das Umfeld ein bestimmender Faktor für das Unternehmen darstellt – so dass sich die Unternehmensstrategie an den Marktbedingungen anzupassen hat – muss die strategische Planung von außen nach innen erfolgen (Outside-In-Perspektive[111]).[112] Wichtig für diese Anpassungsstrategie sind daher die Analyse und die Prognose des Unternehmensumfelds. Hierbei sollen Chancen und Bedrohungen aus dem Umfeld durch die Auswahl geeigneter Strategien begegnet werden.[113] Zu diesem Zweck schlagen *CHRSTIANS*, *GRÄTZ*, *KEITEL* und *WEGMANN et al.* verschiedene Verfahren zur Prognose vor, mit denen Aussagen über zukünftige Ereignisse im Unternehmensumfeld getroffen werden können. Grundsätzlich erfolgt hierbei eine Einteilung in *quantitative* und *qualitative Prognose-Verfahren*.[114] *Quantitative Prognose-Verfahren* sind gekennzeichnet durch die Verwendung einer historischen und quantifizierbaren Datenbasis, bei der ein formales Modell zugrunde liegt und die Planungsresultate intersubjektiv validierbar sind.[115] Ferner basiert die Annahme darauf, dass für Gesetzmäßigkeiten der Historie auch in der Zukunft Gültigkeit besteht.[116] Verfahren der *quantitativen Prognose* sind nach *GÖTZE*, *KEITEL*, *GRÄTZ* und *WEGMANN et al.* bspw. die *monokausale Zeitreihenanalyse*, die *multikausale Regressionsanalyse*, die *Wirkungs- und Neuproduktprognosen, die Lebenszyklusanalyse* sowie die

[108] Reibnitz, U.v., (Szenario-Technik 1991), S. 14.
[109] Vgl. Götze, U., (Szenario-Technik 1990), S. 1.
[110] Vgl. hierzu u. im Folgenden Bea, F.X. et al., (Management 2005), S. 50f.
[111] Das Pendant zur Outside-In-Perspektive, beschreibt die Inside-Out-Perspektive. Vgl. ergänzend De Wit, B. et al., (Strategy 2010), S. 257 u. Bea, F.X. et al., (Betriebswirtschaftslehre 2005), S. 37.
[112] Vgl. De Wit, B., et al., (Strategy 2010), S. 255, Bea, F.X., et al., (Betriebswirtschaftslehre 2005), S. 37 u. Schögel, M., (Marketing 2005), S. 84.
[113] Vgl. Rathnow, P.J., (Management 2010), S. 37, Pillkahn, U., (Szenarien 2007), S. 84 u. Geschka, H. et al., (Scenarios 1992), S. 105.
[114] Vgl. Keitel, T., (Risikomanagement 2008), S. 49, Christians, U., (Management 2006), S. 16f, Grätz, M., (Zukunftsmarkt 2001), S. 51 u. Wegmann, K., et al., (Zukunft 1998), S. 6.
[115] Vgl. Grätz, M., (Zukunftsmarkt 2001), S. 51.
[116] Vgl. Hermann, S. et al., (Strategieinstrumente 2002), S. 72.

System-Dynamics-Methodik.[117] Die Charakteristik der *qualitativen Prognose* ist im Wesentlichen das Fehlen eines mathematischen Schemas.[118] Folglich basiert die Analyse auf der Erfassung der subjektiven Einstellungen und Meinungen von Personen bzw. Experten[119], um so verbalargumentative Aussagen über zukünftige Datenänderungen treffen zu können.[120] Zu den *qualitativen Methoden* zählen *KEITEL*, *GRÄTZ*, *CHRISTIANS* und *WEGMANN et al.* bspw. die *prognostische Umfrage*, die *Expertenbefragung*, die *Morphologie*, die *Relevanzbaummethode*, die *Delphi-Methode* sowie die *Szenario-Technik*.[121] *MACNULTY*, *MAUTHE*, *GOLDFARB*, *SPECK* und *MEYER-SCHÖNHERR* betonen jedoch, dass die *Szenario-Technik* aufgrund der Berücksichtigung *quantitativer* Informationen nicht als rein *qualitatives Prognose-Verfahren* betrachtet werden darf.[122] Demnach handelt es sich bei der *Szenario-Technik* um eine *Mischform*, welche auf der Kombination zwischen *quantitativen* und *qualitativen Modellen,* beruht.

Aus den vorangegangenen Betrachtungen wird das besondere Wesensmerkmal der *Szenario-Technik* im Vergleich zu den anderen Verfahren der strategischen Planung deutlich.[123] *HASSELBERG*, *GERKEN* und *POPP* betonen, dass durch die Möglichkeit der Abweichung von einer rein linearen Denk- und Handlungsweise, um die Komplexität einer stetig veränderten Umweltsituation mit der richtigen Konzeption zu begegnen, der *Szenario-Technik* eine hohe Wertschätzung in der Praxis zukommt.[124] Der Anwendungsgrad der *Szenario-Technik* in der Praxis verdeutlicht dieses zusätzlich. So zeigt u.a. die im Jahr 1988 durchgeführte Studie von *WEBER*, dass von den 70 befragten Unternehmen 59 Prozent die *Szenario-Technik* zur Prognose von Zukunftsbildern nutzen.[125] *KREIBICH et al.* verzeichnen im Jahr 1999 sogar eine Nutzerquote von 75 Prozent (n = 88 Unternehmen).[126] Auch die im Jahr 2005 erhobene Expertenbefragung von *SCHWARZ* bestätigt die Tendenz der steigenden Nutzung dieser Methodik. So evaluierten 83 Prozent der Befragten, dass der *Szenario-Technik* zukünftig eine eher hohe respektive hohe Bedeutung zukommt.[127]

Es kann festgehalten werden, dass der *Szenario-Technik* in der *strategischen Unternehmensplanung* sowohl in Theorie als auch in der Praxis eine besondere Rolle für den Umgang mit der Zukunft zukommt.

[117] Vgl. Keitel, T., (Risikomanagement 2008), S. 49, Grätz, M., (Zukunftsmarkt 2001), S. 51, Wegmann, K. et al., (Zukunft 1998), S. 6 u. Götze, U., (Szenario-Technik 1990), S. 31.
[118] Vgl. Grätz, M., (Zukunftsmarkt 2001), S. 51.
[119] Vgl. Bruhn, M., (Marketing 2007), S. 122.
[120] Vgl. Christians, U., (Management 2006), S. 17.
[121] Vgl. Keitel, T., (Risikomanagement 2008), S. 49, Christians, U., (Management 2006), S. 16f., Grätz, M., (Zukunftsmarkt 2001), S. 51 u. Wegmann, K. et al., (Zukunft 1998), S. 6.
[122] Vgl. MacNulty, C.A.R., (Scenario 1997), S. 137, Mauthe, (Analyse 1984), S. 276, Goldfarb, D.L. et al., (Scenarios 1988), S. 78, Speck, P., (Bedarfsplanung 1989), S. 243 u. Meyer-Schönherr, M., (Szenario-Technik 1992), S. 31.
[123] Vgl. ergänzend MacNulty, C.A.R., (Scenario 1997), S. 137, Mauthe, K.D., (Analyse 1984), S. 276.
[124] Vgl. Popp, W., (Kontrollmethoden 1993), S. 3218, Gerken, G., (Trends 1990), S. 230ff u. Hasselberg, F., (Kontrolle 1989), S. 148.
[125] Vgl. Weber, K., (Wirtschaftsprognostik 1990), S. 21.
[126] Vgl. Kreibich, R., et al., (Zukunftsforschung 2002), S. 33.
[127] Vgl. Schwarz, J.O., (Zukunft 2006), S. 4.

3.3 Besonderheiten der Szenario-Technik: Vernetztes Denken und multiple Zukunft

Nachdem die *Szenario-Technik* als besonderes Verfahren der Planung identifiziert wurde, werden nun deren Besonderheiten näher betrachtet. Dabei betonen *REIBNITZ*, *GAUSEMEIER et al.*, *FINK et al.* und *ROSENSTIEL,* dass dem Denken und Handeln und somit der Erstellung von Szenarien zwei Grundprinzipien folgen: Das *vernetzte Denken* sowie die *multiple Zukunft*.[128] Die Forderung nach dem *vernetzten Denken* resultiert aus der steigenden Komplexität des Umfeldes der Unternehmung.[129] So sind Unternehmen als Teil eines Gesamtsystems in einem komplexen Netz von Einflussfaktoren integriert.[130] Es wird von einem komplexen Netz ausgegangen, sofern komplexe Systeme gleichzeitig dynamisch reagieren.[131] So betonen *ROSENSTIEL et al.,* dass bspw. Trends wie die fortschreitende Internationalisierung, die steigende Bedeutung der Ökologie sowie die rasante Entwicklung des technologischen Fortschritts die Komplexität des Umfeldes der Unternehmung erhöhen. Hiermit versagen i.d.R. traditionelle Managementansätze, die auf einer separaten Betrachtung einzelner Funktionsbereiche, Branchensegmenten oder Einflussfaktoren basieren.[132] Auch *REIBNITZ* betont, dass die Wechselwirkungen der einzelnen Einflussfaktoren eine immer größer werdende Rolle bei der Entwicklung von Zukunftsbildern spielen.[133] Demnach reicht das Denken in linearen Ursachen-Wirkungs-Beziehungen nicht mehr aus. Vielmehr wird eine komplexe Denkweise in Systemen mit vernetzten Einflussfaktoren von Unternehmensplanern gefordert.[134] Aufgrund der steigenden Dynamik des Wandels lässt sich die Zukunft immer unpräziser prognostizieren.[135] So betonen *GAUSEMEIER et al. und TESSUN,* dass es in der Zeit von Verkäufermärkten für Unternehmen wesentlich einfacher erschien, die zukünftige Entwicklung zu prognostizieren. Es gab nur eine Richtung in die Zukunft, die einmal eingeschlagen, so weiter verfolgt wurde. Heutzutage, befinden sich Unternehmen hingegen, in einem dynamischen Käufermarkt, in dem ein solches Vorgehen die Existenz der Unternehmung in signifikanter Weise gefährden würde.[136] Auch *ROSENSTIEL et al.* argumentieren, dass die Anzahl der Fehlprognosen in der Vergangenheit kontinuierlich stieg.[137] *GAUSEMEIER et al.* erwähnen in diesem Zusammenhang Aussagen von *LORD KELVIN* (1897): *„Das Radio hat absolut keine Zukunft",* von *VANNEVOR BUSH* (1945): *„Ich wünschte, die Amerikaner würden endlich aufhören, von dem Hirngespinst interkontinentaler Raketen zu reden"* und von *KEN OLSEN* (1977): *„Ich sehe keinen Grund, warum einzelne Individuen ihren eigenen Computer haben sollten"* als Belege dafür.[138] Folglich gibt es nicht nur eine Zukunft. Vielmehr existieren alternative Entwicklungsmöglichkeiten, die die jeweiligen Zukunftsbilder determinieren. Unternehmen müssen alternative und mögliche Situationen in

[128] Vgl. Rosenstiel, L.v. et al., (Kompetenzmanagement 2004), S. 54, Fink, A. et al., (Szenario-Management 2001), S. 20, Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 83 u. Reibnitz, U.v., (Szenario-Technik 1991), S. 22.
[129] Vgl. Wördenweber, B. et al., (Innovationsmanagement 2008), S. 50 u. Vester, F., (Kunst 1999), S. 16.
[130] Vgl. Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 86f.
[131] Vgl. Dörner, D., (Logik 1997), S. 61.
[132] Vgl. Rosenstiel, L.v. et al., (Kompetenzmanagement 2004), S. 54.
[133] Vgl. Reibnitz, U.v., (Szenario-Technik 1991), S. 22.
[134] Vgl. Fink, A. et al., (Szenario-Management 2001), S. 15.
[135] Vgl. Bullinger, H.-J. et al., (Unternehmensorganisation 2009), S. 141.
[136] Vgl. Tessun, F., (Szenarien 1998), S. 41 u. Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 83f.
[137] Vgl. Rosenstiel, L.v. et al., (Kompetenzmanagement 2004), S. 54.
[138] Vgl. Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 84.

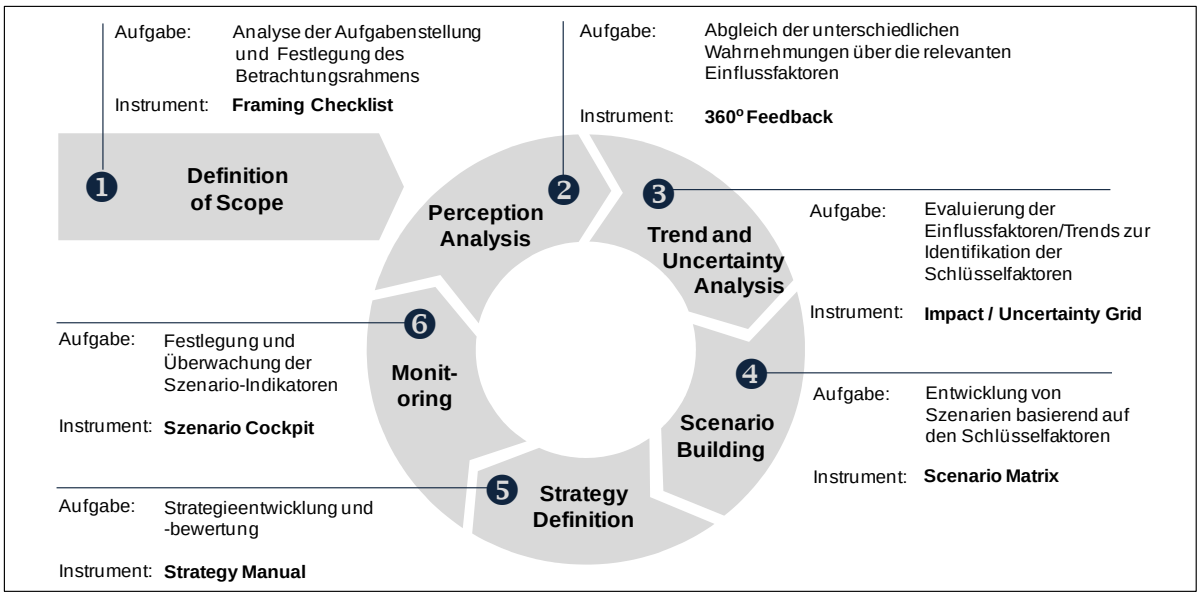
die Planung der Zukunft einbeziehen. Dieses verdeutlicht der Terminus *multiple Zukunft*.[139] Die *Szenario-Technik* wird als Planungsinstrument den Anforderungen des *vernetzten Denkens* und der *multiplen Zukunft* gerecht. Dabei berücksichtigt diese die Vernetzung von Einflussfaktoren ebenso wie alternative Entwicklungen eines Einflussfaktors in der Zukunft.[140]

4. Szenario-Technik in der deutschen Healthcare-Branche: Ein Blick in die Zukunft auf Basis einer empirischen Untersuchung

4.1 Phasenmodell nach *WULF et al.* als Untersuchungsmethodik

Nachdem durch die Betrachtung des „Status Quo" der deutschen *Healthcare-Branche* sowie die Grundlagen der *Szenario-Technik* ein fundamentales Verständnis geschaffen wurde, erfolgt nun die Erstellung von Szenarien für die deutsche *Healthcare-Branche*. Als Basis dient hierbei die Szenario-Methodik nach *WULF* et al.[141] Dabei durchläuft diese die folgenden sechs Phasen: *„Definition of Scope" (1), „Perception Analysis" (2), „Trend and Uncertainty Analysis" (3), „Scenario Building" (4), „Strategy Definition" (5)* sowie *„Monitoring" (6).* Diese Phasen sind weiterhin mit jeweils einem standardisierten Instrument verbunden. Diese Zuordnung gewährleistet zusätzlich, dass die Phasen mit einer geringen Variabilität wiederholt und somit standardisiert werden können.[142]

Abbildung 5: Phasenmodell nach *WULF et al.*



Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Wulf, T., et al., (Strategic 2010), S. 15.

4.1.1 Definition of Scope

Die erste Phase, *„Definition of Scope",* dient der Analyse der Aufgabenstellung sowie der Festlegung des Betrachtungsrahmens. Dabei schlagen *WULF et al.* das Instrument *„Framing*

[139] Vgl. Rosenstiel, L.v. et al., (Kompetenzmanagement 2004), S. 54.
[140] Vgl. Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 91.
[141] Die Szenario-Methode nach *WULF* et al. hat sich im Rahmen einer Evaluation verschiedener intuitiver und modellgestützter Methoden als geeignet herausgestellt. Als Beurteilungsbasis dienten dabei die Kriterien: Verständlichkeit, inhaltliche Gründlichkeit und Einsparung von Zeit und Ressourcen. Um die Auswahl zusätzlich zu präzisieren, erfolgte mit Hilfe eines Scoring-Verfahrens die Gewichtung der Kriterien. Die detaillierte Präsentation der Ergebnisse, würde den hier angesetzten Rahmen überschreiten.
[142] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 15.

Checklist" vor. Diese zielt darauf ab, den Gestaltungsbereich der Szenario-Analyse festzulegen.[143] Im Rahmen der Arbeit besteht die *„Framing Checklist"* aus der verfolgten *Zielsetzung (1)*, der Spezifizierung *des strategischen Levels (2)*, *den involvierten Experten (3)* sowie dem angestrebten *zeitlichen Horizont (4)*. *Zielsetzung (1)* der *Szenario-Analyse* ist es, diverse Entwicklungsmöglichkeiten der deutschen *Healthcare-Branche* darzustellen, um darauf aufbauend mögliche generische Strategien zur Planung der Strategieentscheidung der produzierenden Unternehmen der technologie- und kapitalintensiven Vorleistungs- und Zulieferindustrie aufzuzeigen.[144] Im Hinblick auf das *strategische Level der Szenario-Analyse (2)* sollen den *Healthcare-Unternehmen* mit der Identifikation von *Orientierungsszenarien*[145] generelle Entscheidungshilfen in der Strategiegestaltung vorgeschlagen werden. Da diese von einer Vielzahl politischer, gesellschaftlicher, ökonomischer und technischer Faktoren beeinflusst werden, auf welche die *Healthcare-Unternehmen* per se nicht Einfluss nehmen können, sollen nicht lenkbare *Umfeldszenarien*[146] eingesetzt werden. In der *Szenario-Analyse* werden dazu basierend auf der gegenwärtigen Situation der *Healthcare-Branche* vorwärtsgerichtet mehrere *explorative Situationsszenarien*[147] erstellt. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass die *Healthcare-Unternehmen* keine einheitliche Umfeldentwicklung präferieren, so dass es sich um *deskriptive Szenarien*[148] handelt. Hinsichtlich der Zukunftsprojektion sollen die Szenarien den Raum möglicher Entwicklungen, das sogenannte „window of opportunity", erfassen. Die Eintrittswahrscheinlichkeit der Szenarien spielt eine eher sekundäre Rolle, so dass *keine Wahrscheinlichkeiten*[149] zugeordnet werden. Damit sich *Healthcare-Unternehmen* in der strategischen Planung auf alle zukünftigen Eventualitäten vorbereiten können, erfolgt basierend auf den Schlüsselfaktoren, die Erstellung von *Extremprojektionen*. Die *involvierten Experten (3)* setzen sich neben den Experten aus der Vorleistungs- und Zulieferindustrie, der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung auch aus denen der übergreifenden Bereiche des ersten Gesundheitsmarktes zusammen.[150] Als *Zeithorizont (4)* wird hierbei das Jahr 2015 anvisiert.

---

[143] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 16f.

[144] Vgl. ergänzend Kapitel 2.1.

[145] In der Literatur kann generell zwischen *Orientierungs*- u. Entscheidungsszenarien unterschieden werden. Sofern die Problem- bzw. Aufgabenstellung zu keinen konkreten Entscheidungen der Handlungsalternativen führt, wird von Orientierungsszenarien gesprochen und vice versa. Vgl. ergänzend Steinhoff, C., (Risiken 2008), S. 133 u. Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 109.

[146] Hinsichtlich der Lenkbarkeit von Szenarien kann zwischen *Umfeldszenarien*, Systemszenarien u. Lenkungsszenarien unterscheiden werden. Die Auswahl orientiert sich dabei an den Frage: „Können wir das Eintreten des Szenarios beeinflussen? Vgl. ergänzend Fink, A. et al., (Szenario-Management 2002), S. 69 u. Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 109.

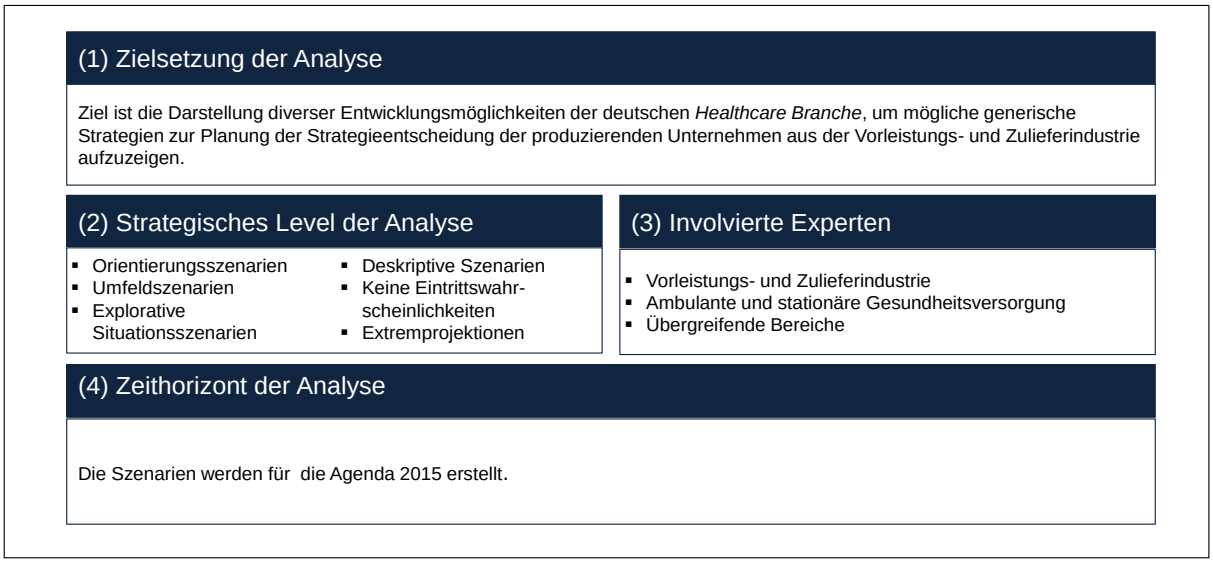
[147] Der Ausgangspunkt der Szenario-Erstellung kann entweder auf Basis von *explorativen* oder im Rahmen von antizipativen Szenarien bestehen. Sofern vom Startpunkt in der Gegenwart, Zukunftsprojektionen erstellt werden, ist von *explorativen Szenarien (Was-wäre-wenn-Szenarien)* die Rede und vice versa. Vgl. ergänzend Fink, A. et al., (Szenario-Management 2002), S. 61f, Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 110 u. Krystek, U. et al., (Frühaufklärung 1993), S. 216.

[148] *Deskriptive Szenarien* basieren auf Ursachen- u. Wirkungsbeziehungen und enthalten demnach keine Werturteile der Anwender. Fließen die Zielsetzungen der Anwender an maßgeblicher Stelle der Szenario-Entwicklung mit ein, wird in der Literatur von präskriptiven Szenarien gesprochen. Vgl. Fink, A. et al., (Szenario-Management 2002), S. 62.

[149] Durch *Eintrittswahrscheinlichkeiten* kann zwischen einer Vorhersage oder Projektion unterschieden werden. Erfolgt keine Festlegung von Eintrittswahrscheinlichkeiten, wird von einer *Projektion* gesprochen und vice versa. Vgl. ergänzend Fink, A. et al., (Szenario-Management 2002), S. 62 u. Gausemeier, J. et al., (Szenario-Management 1995), S. 113.

[150] Vgl. ergänzend Abbildung 1.

Abbildung 6: Framing Checklist



Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Wulf, T., et al., (Strategic 2010), S. 17.

Die *„Framing Checklist“* in Abbildung 6 fasst die hier genannte Aufgabenstellung sowie den Betrachtungsrahmen zusammen und dient somit als Grundlage für weitere Analysen im Szenario-Prozess.

4.1.2 Perception Analysis

Nachdem die Aufgabenstellung sowie der Betrachtungsrahmen für die Szenario-Analyse in der deutschen *Healthcare-Branche* festgelegt wurden, erfolgt in der zweiten Phase die Analyse der Erwartungen (z.B. Annahmen und mentale Modelle) der verschiedenen Experten über die zukünftige Branchenentwicklung. Dies dient dazu, einen holistischen Blick über die Einflussfaktoren zu erhalten, welche die zukünftige Entwicklung der *Healthcare-Branche* und somit auch den Gestaltungsbereich der Unternehmen beeinflussen. Dafür wurde zunächst eine *Liste möglicher Einflussfaktoren (1)*, welche die Branche determinieren, erstellt. Im darauffolgenden Schritt erfolgte mit Hilfe des Instrumentes von *WULF et al.*, ein *„360° Feedback“,* die *Evaluierung der Einflussfaktoren (2).* Dabei sollte explizit ein „Benchmark“ zwischen den Erwartungen der aus den unterschiedlichen Bereichen stammenden Experten zeigen, ob sich die Erwartungen über die zukünftige Entwicklung der Branche ähneln oder ferner ein so genannter *„Blind spot“*[151] existiert.[152] Zur Erstellung einer *Liste möglicher Einflussfaktoren (1)* erfolgte zunächst die Ausarbeitung der in der Literatur existierenden Ausführungen über Faktoren und Trends der *Healthcare-Branche*. Hierbei dienten die Ausführungen von *KARTTE et al., BERKERMANN*, *KREYHER*, *KÄFER*, *HEIGL*, *NAGEL*, *GUTJAHR*, *STATISTISCHES BUNDESAMT*, *ABICHT* sowie *CONZEN* als Basis für die Untersuchung. Resultat der Untersuchung war ein Einflussfaktorenkatalog von 125 Faktoren und Trends.[153] Da einerseits die Anzahl der hier identifizierten Einflussfaktoren den Probanden in der anschließenden Befragung kognitiv sowie zeitlich überfordern würde sowie anderseits partiell Überschneidungen innerhalb des Kataloges bestehen, wurden die Faktoren im Weite-

[151] Als „Blind spot“ wird hier eine Wissensasymmetrie zwischen den *Healthcare-Unternehmen* und den übrigen Leistungsanbietern aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung verstanden.
[152] Die zugrundegelegte Vorgehensweise basiert auf den Ausführungen von *WULF et al.* Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 18.
[153] Vgl. ergänzend Anhang 2 bis Anhang 4.

ren aggregiert. Es erfolgte zunächst eine Einteilung dieser in wirtschaftliche, politische, gesellschaftliche sowie technologische Einflussfaktoren. Anschließend wurden diese auf inhaltliche Überschneidungen geprüft. Das Ergebnis war ein fraktionierter Einflussfaktorenkatalog mit 24 für die Expertenbefragung relevanten Faktoren und Trends.

Abbildung 7: Fraktionierte Liste der Einflussfaktoren

Quelle: Eigene Erstellung.

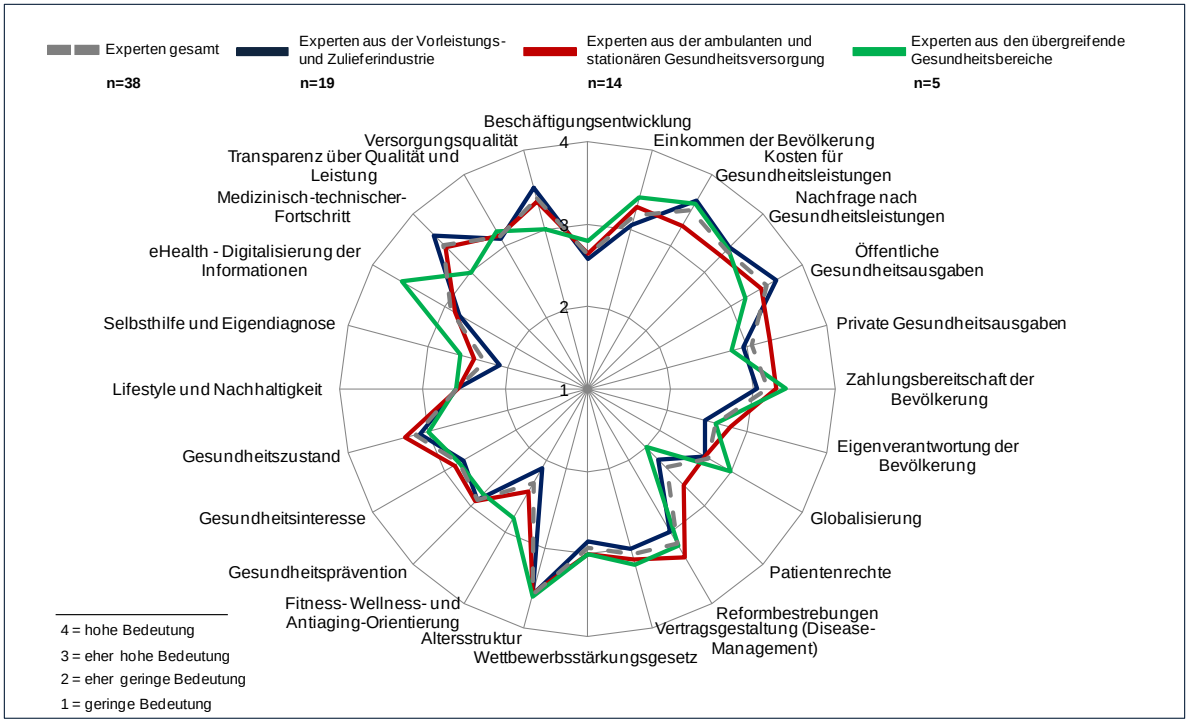
Nachdem die relevanten Einflussfaktoren für die Befragung identifiziert wurden, erfolgt nun mit Hilfe des *„360° Feedback“* die *Evaluierung der Einflussfaktoren (2)*. Hierbei wird zunächst auf die *Konzeption der Befragung (A)* sowie auf den *Rücklauf und die allgemeinen Erhebungsdaten (B)* eingegangen. Abschließend wird die *Analyse der Einflussfaktoren (C)* näher betrachtet.

(A) Konzeption der Befragung: Für die Auswahl der Experten wurden drei Expertengruppen gebildet: *Experten aus der Vorleistungs- und Zulieferindustrie*, *Experten aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung* sowie *Experten aus den übergreifenden Gesundheitsbereichen.* Weiterhin wurden diese hinsichtlich deren Entfernung aus dem Raum Göttingen in *Online-Befragung* und *Face-to-Face-Befragung* gegliedert. Als mögliche Teilnehmer standen insgesamt *21 Experten aus der Vorleistungs- und Zulieferindustrie*, *14 Experten aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung* sowie *sieben Experten aus den übergreifenden Gesundheitsbereichen* zur Verfügung, von denen insgesamt 36 online angeschrieben und sechs persönlich kontaktiert wurden. Zur Erhöhung der potenziellen Teilnehmerzahl wurde im Online-Anschreiben die Möglichkeit offeriert, den Link zur *Online-Befragung* an zusätzliche Experten weiterzureichen. Der Befragungsablauf war bei der *Online-Befragung* sowie bei der *Face-to-Face-Befragung* identisch. So wurde den Teilnehmern nach einer kurzen Einführung die Aufgabe gestellt, die Einflussfaktoren hinsichtlich deren *Bedeutung für die Healthcare-Branche* sowie deren *Unsicherheit in der Entwicklung* zu evaluieren. Für die Bewertung nach der *Bedeutung für die Healthcare-Branche* sowie für die *Unsicherheit in der Entwicklung* wurde eine Skalierung von *hoch (4)*, *eher hoch (3)*, *eher gering (2)* und *gering (1)* gewählt. Die Befragung fand im Zeitraum vom 02. November bis zum 02. Dezember 2010 statt.

(B) Rücklauf und allgemeine Erhebungsdaten: Nach Ablauf der Befragung lagen insgesamt 38 vollständig beantwortete Fragebögen vor. 32 resultierten aus der *Online-Befragung* und sechs aus der *Face-to-Face-Befragung*.[154] Von den befragten Experten gehörten weiterhin 19 der Vorleistungs- und Zulieferindustrie, 14 der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und fünf den übergreifenden Gesundheitsbereichen an. Die Experten aus der Vorleistungs- und Zulieferindustrie waren hauptsächlich in der Medizintechnik, der Beratung sowie der pharmazeutischen Industrie tätig. Die Tätigkeitsfelder derer aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung waren hingegen überwiegend in der Apotheke sowie im Krankenhaus. Anwendungsorientierte F&E, Netzwerke für medizinische Innovationen, Hochschulen sowie Körperschaften des öffentlichen Rechts waren Tätigkeitsfelder der Experten aus den übergreifenden Gesundheitsbereichen.[155]

(C) Analyse der Einflussfaktoren: Aus der Evaluierung der Einflussfaktoren hinsichtlich deren *Bedeutung für die Healthcare-Branche* wird ersichtlich, dass die Experten den Einflussfaktoren *Einkommen der Bevölkerung*, *Kosten für Gesundheitsleistungen*, *Nachfrage nach Gesundheitsleistungen*, *öffentliche Gesundheitsausgaben*, *private Gesundheitsausgaben, Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung, Reformbestrebungen*, *Vertragsgestaltung (Disease-Management), Altersstruktur*, *Gesundheitszustand*, *eHealth – Digitalisierung der Information, medizinisch-technische Fortschritt*, *Transparenz über Qualität und Leistungen* sowie *Versorgungsqualität* eine hohe Bedeutung zusprechen.[156]

Abbildung 8: Bedeutung der Einflussfaktoren für die Healthcare-Branche



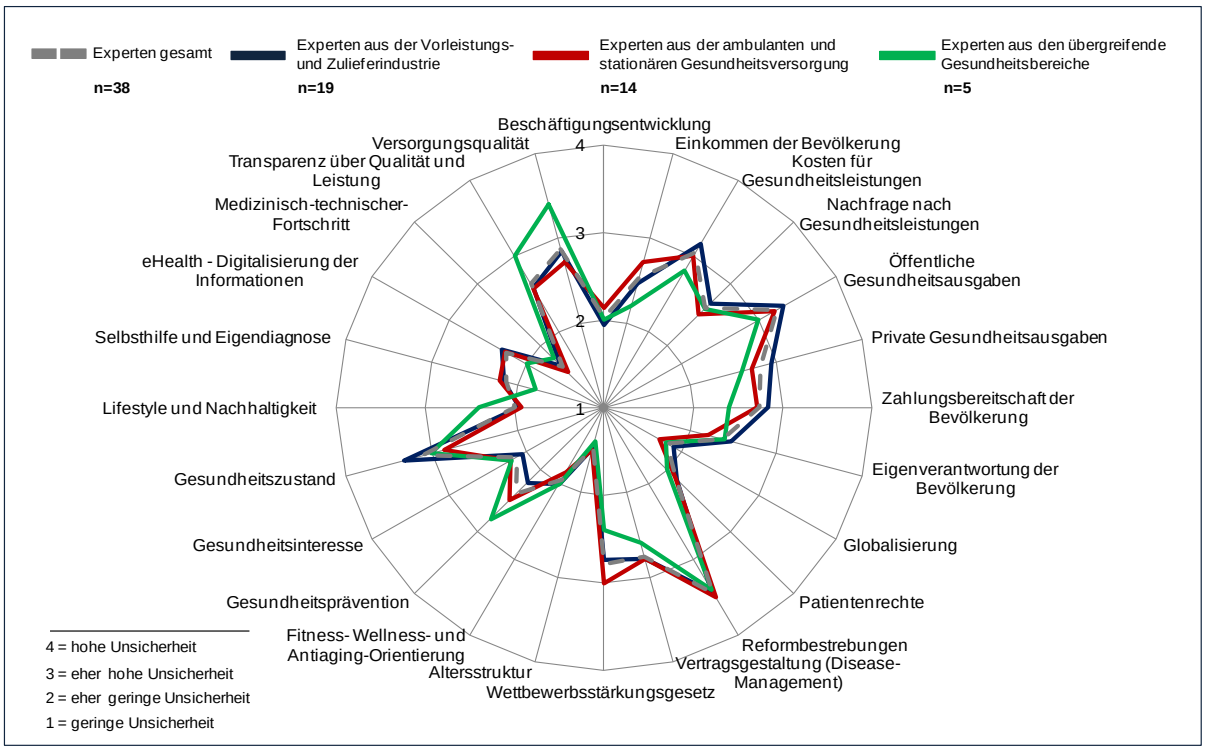
Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Anhang 7 u. Anhang 8.

Weiterhin wird aus dem Vergleich der Expertenbefragung ersichtlich, dass die Auffassungen der unterschiedlichen Expertengruppen nahezu deckungsgleich sind. Somit lässt sich aus den Erwartungen der unterschiedlichen Experten kein signifikanter *„Blind Spot“* identifizieren.

[154] Vgl. ergänzend Anhang 5.
[155] Vgl. ergänzend Anhang 6.
[156] Vgl. ergänzend Anhang 7 u. Anhang 8.

Die Evaluation der Einflussfaktoren hinsichtlich der *Unsicherheit in der zukünftigen Entwicklung* zeigt, dass für die Befragten die Faktoren *Einkommen der Bevölkerung*, *Kosten für Gesundheitsleistungen*, *öffentliche Gesundheitsausgaben*, *private Gesundheitsausgaben*, *Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung*, *Reformbestrebungen*, *Wettbewerbsstärkungsgesetz*, *Gesundheitspräventionen*, *Gesundheitszustand*, *Transparenz über Qualität und Leistungen und Versorgungsqualität* eine eher hohe respektive hohe Unsicherheit impliziert.[157]

Abbildung 9: Unsicherheit in der Entwicklung der Einflussfaktoren



Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Anhang 7 u. Anhang 8.

Auch hier ist in dem „Benchmark“ der Expertenevaluierung kein bedeutsamer *„Blind Spot“* ersichtlich. Folglich kann von einer eher homogenen Auffassung der Befragten ausgegangen werden.

Es bleibt festzuhalten, dass die gegenwärtige Entwicklung der deutschen *Healthcare-Branche* und somit auch der Gestaltungsbereich der *Healthcare-Unternehmen* von einer Vielzahl von Trends und Unsicherheiten determiniert werden.

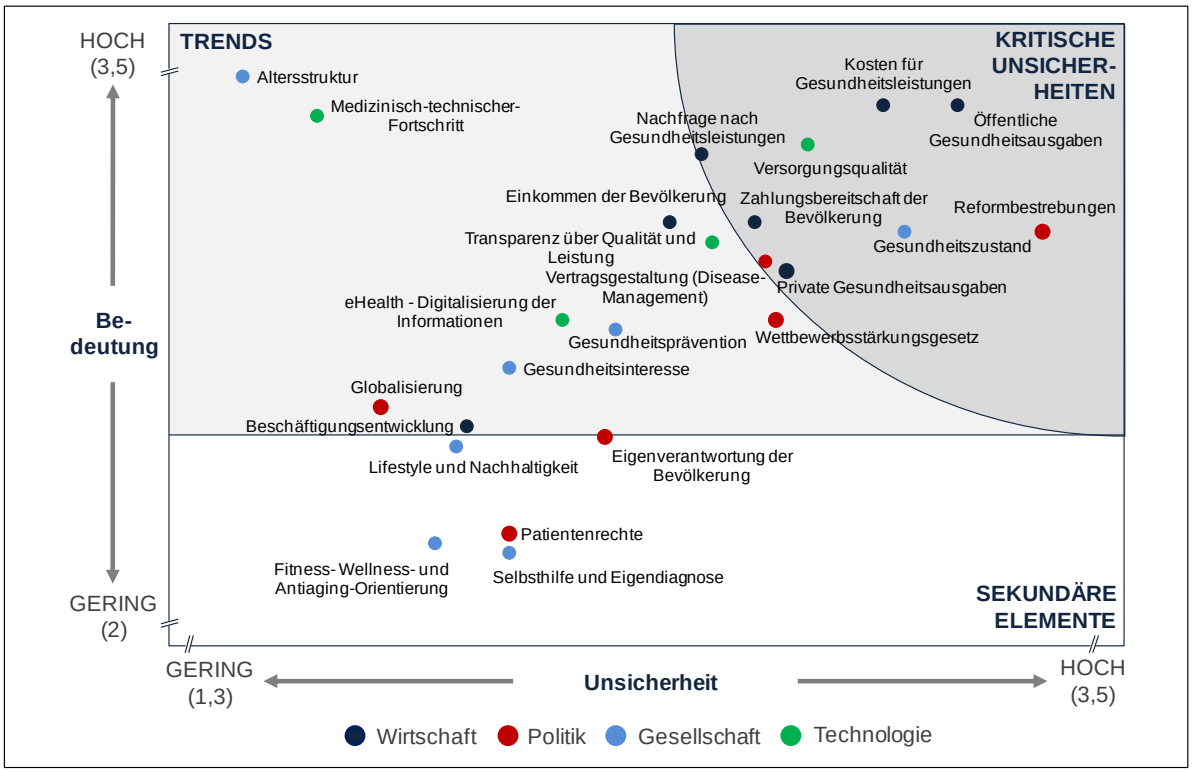
4.1.3 Trend and Uncertainty Analysis

Nachdem die relevanten Einflussfaktoren identifiziert und im Rahmen des *„360° Feedbacks“* evaluiert wurden, wird nun in Phase drei der *„Trend and Uncertainty Analysis“* die Frage beantwortet: *Welche bedeutenden Trends und kritische Unsicherheiten nehmen einen Einfluss auf die Entwicklung der deutschen Healthcare-Branche?* Die Zielsetzung besteht darin, zwei äußerst kritische Schlüsselfaktoren, welche für das *Scenario-Building* von entscheidender Relevanz sind, zu identifizieren. Als Instrument schlagen *WULF et al.* das *„Impact/*

[157] Vgl. ergänzend Anhang 7 u. Anhang 8.

Uncertainty Grid"[158] vor. Dieses hilft, den exhaustiven Katalog der Einflussfaktoren zu visualisieren und zu strukturieren. Beim *„Impact/ Uncertainty Grid"* handelt es sich somit um ein „Tool", welches mit Hilfe einer Matrix die identifizierten Faktoren und Trends nach deren *Bedeutung für die Healthcare-Branche* sowie deren *Grad an Unsicherheit in der zukünftigen Entwicklung* positioniert. Dabei werden im Wesentlichen drei Bereiche unterscheiden: *sekundäre Elemente*, *Trends* sowie *kritische Unsicherheiten*.[159]

Abbildung 10: Impact/ Uncertainty Grid



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wulf, T., et al., (Strategic 2010), S. 20.

Abbildung 10 verdeutlicht, dass der Bereich *sekundäre Elemente* den unteren Teil der Matrix umfasst. In diesem befinden sich alle Elemente bzw. Einflussfaktoren, die aus Sicht der Experten von relativ geringer Bedeutung für die *Healthcare-Branche* sind. Hierzu gehören u. a. *Fitness-, Wellness- und Antiaging-Orientierung, Selbsthilfe und Eigendiagnose*, *Patientenrechte sowie Lifestyle und Nachhaltigkeit*. In den weiteren Phasen der Szenario-Analyse werden diese Faktoren nicht näher betrachtet.[160]

Die obere linke Hälfte der Matrix skizziert hingegen, alle Einflussfaktoren mit einer relativ hohen Bedeutung für die *Healthcare-Branche*. Diese zeichnen sich durch deren relativ sichere Entwicklung aus. Solche Faktoren werden hier als *Trends* bezeichnet und dienen in den weiteren Phasen der Szenario-Analyse der Beschreibung von Szenarien.[161] Faktoren dieser

[158] Das Impact/ Uncertainty Grid wurde erstmals von *VAN DER HEIJDEN* in den 1970er-Jahren zur Strukturierung der Vielzahl von Einflussfaktoren verwendet. Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 21 u. Van der Heijden, K., (Scenarios 2005), S. 249.
[159] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 20f.
[160] Vgl. hierzu u. im Folgenden Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 20f.
[161] Die Trends nehmen in der Szenario-Erstellung aufgrund der sicheren Entwicklung eine eher unterstützende Funktion zur Beschreibung der Zukunftsprojektion ein. So betont auch *SCHWARTZ* in seinen Ausführungen, dass es wenig Sinn ergibt, Zukunftsprojektionen basierend auf Trends zu erstellen, da ferner in jedem Szenario die Entwicklung dieselbe wäre. Vgl. Schwartz, P., (Art 1991), S. 243.

Kategorie sind im Wesentlichen die *Entwicklung der Altersstruktur* sowie der *medizinisch-technische Fortschritt.*

Alle Einflussfaktoren, welche im *„Impact/ Uncertainty Grid“* im rechten oberen Bereich positioniert sind, werden als *kritische Unsicherheiten* bezeichnet. Diese zeichnen sich einerseits durch eine relativ hohe Bedeutung sowie andererseits durch eine relativ hohe Unsicherheit in der zukünftigen Entwicklung aus. In der Matrix sind dies die folgenden neun Faktoren: *Kosten für Gesundheitsleistungen*, *Nachfrage nach Gesundheitsleistungen*, *öffentliche Gesundheitsausgaben*, *Versorgungsqualität*, Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung, *Reformbestrebungen*, *Gesundheitszustand*, *private Gesundheitsausgaben sowie Vertragsgestaltung (Disease-Managemnt)*. Diese sogenannten *kritischen Unsicherheiten* dienen u. a. als Basis zur Identifikation zweier äußerst *kritischer Schlüsselfaktoren*.[162]

Die *kritischen Schlüsselfaktoren* entstehen entweder aus einzelnen kritischen Unsicherheiten[163] oder – in den häufigsten Fällen – als Resultat eines Clusters der *kritischen Unsicherheiten* und/oder der relativ nah an diesen liegenden Einflussfaktoren. Diese dienen als Basis für die Szenario-Erstellung in Phase vier.[164] Aus der Analyse der *kritischen Unsicherheiten* sowie deren unmittelbaren Umgebung im *„Impact/ Uncertainty Grid“* lassen sich folgende *zwei kritische Schlüsselfaktoren* für die deutsche *Healthcare-Branche* identifizieren: die *Entwicklung der Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung* sowie *die Entwicklung des Informationsstandes der Bevölkerung*. Erstere resultiert aus einem Cluster der Faktoren: *Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, Kosten für Gesundheitsleistungen*, *Gesundheitszustand der Bevölkerung, private Gesundheitsausgaben* und *Reformbestrebungen*. Änderungen innerhalb dieser Faktoren, führen unmittelbar zu Änderungen in der *Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung*. Der *Informationsstand der Bevölkerung* basiert auf einem Cluster der Faktoren *Gesundheitsprävention*, *eHealth – Digitalisierung der Informationen* und *Transparenz über Qualität und Leistungen*.

Festzuhalten bleibt, dass die Entwicklung der deutschen *Healthcare-Branche* und somit auch der Gestaltungsbereich der *Healthcare-Unternehmen* in Deutschland durch eine Vielzahl von Trends und kritischen Unsicherheiten determiniert wird. Dabei haben sich insbesondere aus der Analyse des *„Impact/ Uncertainty Grid“* zwei kritische Schlüsselfaktoren ergeben, welche als Basis der Zukunftsprojektionen dienen: Die *Entwicklung der Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung* sowie die *Entwicklung des Informationsstandes der Bevölkerung*.

4.1.4 Scenario Building

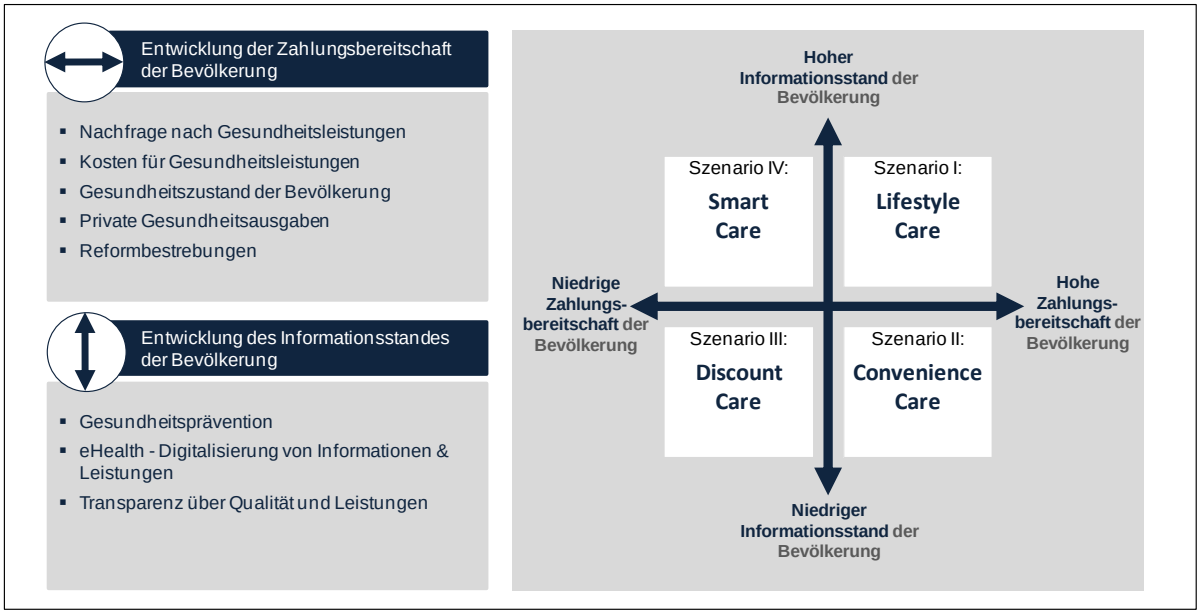
Nachdem in Phase zwei und drei für die deutsche *Healthcare-Branche* äußerst kritische Schlüsselfaktoren identifiziert wurden, werden nun in Phase vier, dem *„Scenario-Building“,* verschiedene Szenarien erstellt sowie inhaltlich beschrieben. *WULF et al.*, betonen dass dieser Schritt die Wahrnehmung der involvierten Parteien für die anschließende Strategieableitung in Phase fünf öffnen soll.[165] Zur Erstellung der Szenarien schlagen *WULF et al.* das Instrument *„Scenario Matrix“* vor. In diesem sollen, basierend auf den identifizierten Schlüs-

[162] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 22.
[163] *WULF et al.* betonen in ihren Ausführungen, dass eine äußerst kritische Unsicherheit auch als Cluster der jeweils anderen dienen kann. Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 22.
[164] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 21.
[165] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 22.

selfaktoren, vier in sich plausible Szenarien erstellt werden. Um die Konzeption der Szenarien zu gewährleisten, müssen die Schlüsselfaktoren in der Matrix eine jeweils positive sowie negative Perspektive einnehmen.[166] Diese Vorgehensweise ermöglicht es, den Raum zukünftiger Entwicklungen der *Healthcare-Branche* sowie das „window of opportunity" der *Healthcare-Unternehmen* vollständig zu analysieren.

Aus den vorangegangen Ausführungen haben sich für die *Healthcare-Branche* die folgenden vier Extremszenarien ergeben: ***„Lifestyle Care"***, ***„Convenience Care"***, ***„Discount Care"*** und ***„Smart Care"***.

Abbildung 11: Szenarien für die deutschen Healthcare-Branche 2015 aus Sicht der Healthcare-Unternehmen

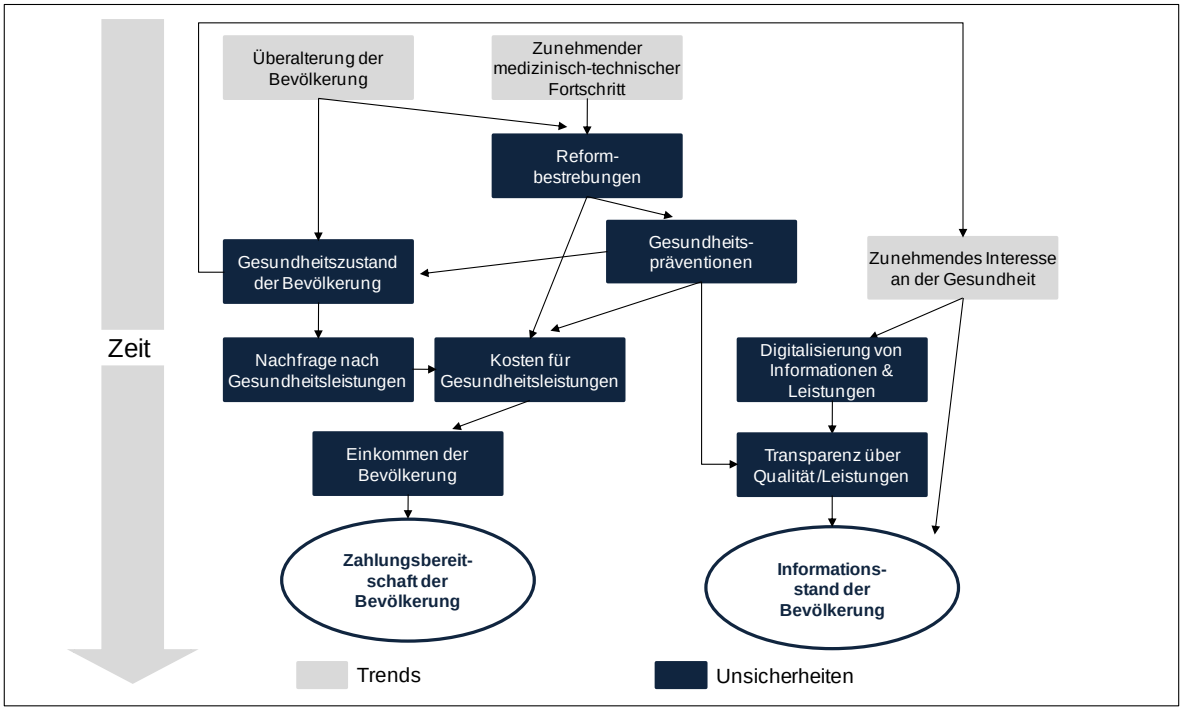


Quelle: Eigene Erstellung.

Zur Beschreibung der Szenarien muss für jedes dieser eine „Story" geschaffen werden. Die Geschichte beschreibt, den voraussichtlichen Weg, den die *Healthcare-Branche* in der Zukunftsprojektion einschlagen wird.[167] Zur Ableitung der jeweiligen Geschichte empfehlen *WULF et al.* das Instrument *„Influence Diagram"*. Dieses beschreibt eine Kette von Ursachen und Wirkungen, die zu den jeweiligen Szenarien in der Zukunft führen. Notwendig für die Erstellung solch eines *„Influence Diagrams"* sind die Auflistungen sämtlicher Trends, Unsicherheiten sowie deren Wechselbeziehungen zueinander und zu den Schlüsselfaktoren. Die Ausführungen im *„Impact/ Uncertainty Grid"* (Phase drei) dienen hierfür als Basis. Wichtig dabei ist es, die Trends und die Unsicherheiten miteinander zu verknüpfen, Interdependenzen aufzuzeigen sowie den Einfluss einer Entwicklung auf die nachfolgenden, im Zeitraum vom Planungsbeginn bis in die Zukunft, zu analysieren.[168]

[166] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 23.
[167] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 24.
[168] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 24.

Abbildung 12: Influence Diagram für die deutsche Healthcare-Branche bis 2015



Quelle: Eigene Erstellung.

Im Folgenden sollen nun die vier identifizierten Szenarien ***„Lifestyle Care“***, ***„Convenience Care“***, ***„Discount Care“*** und ***„Smart Care“*** unter Berücksichtigung des *„influence diagram“* für das Jahr 2015 näher beschrieben werden:

Szenario I: *„Lifestyle Care“*

Der Szenario-Name ***„Lifestyle Care“*** beschreibt den Lebensstil eines Patienten, der durch sein Konsumverhalten sowie die gezielte Produktauswahl seine Gesundheit und Lebensqualität fördern will.[169]

15.06.2015 – Die *Healthcare-Branche* hat sich zu einem marken- bzw. qualitätsorientierten Markt entwickelt.

Heute stehen den Leistungserbringern der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Behandlung und Therapie ein informierter und zugleich mitbestimmender Patient gegenüber. Ausschlaggebend hierfür waren einerseits die in den vergangenen Jahren durchgeführten Aufklärungsarbeiten im Rahmen der Präventionsprogramme sowie das zunehmende Eigeninteresse der Patienten, via Internet nach Informationen und Leistungen zu suchen. So recherchierte bereits 2014 ca. die Hälfte der Bevölkerung auf den unzähligen Gesundheitsportalen im Internet. Dies hat insbesondere dazu geführt, dass sich heute die Transparenz über Qualität und Leistung sowie der Informationsstand signifikant erhöht haben. Andererseits hat auch die zunehmende Verbesserung des Gesundheitszustands[170] der Bevölkerung um jährlich 0,5 Prozent dazu geführt, dass die Kosten im privaten Sektor heute im Vergleich zu 2009 um ca. 25 Prozent gesunken sind. Diese kontinuierliche Entlastung um

[169] Die Definition von Lifestyle Care orientiert sich an der allgemeinen Definition des Terminus Lebensstil in Verbindung mit dem Verhalten der Konsumenten. Vgl. hierzu ergänzend Anzengruber, M., (Konsumverhalten 2007), S. 122.

[170] In diesem Szenario wird die Annahme getroffen, dass die Bevölkerung die Maßnahmen zur Gesundheitsprävention nutzen, so dass hierdurch eine kontinuierliche Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes einhergeht. Vgl. ergänzend Abbildung 12.

jährlich 4,4 Prozent hat nicht nur dazu geführt, dass sich heute das Nettoeinkommen der Bevölkerung erhöht hat, sondern auch deren Zahlungsbereitschaft.[171] Dieser neue Patiententypus definiert sich insbesondere durch seine Lebensqualität und sein subjektiv empfundenes Wohlbefinden in Verbindung mit modernen Wertevorstellungen wie Zufriedenheit, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit.[172] So steht heute für diesen der Nutzen der medizinischen Leistung zur Verbesserung und Verlängerung der Lebensqualität z.B. in Form einer Verlängerung des Lebens im Onkologiebereich oder einer Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Orthopädiebereich im Vordergrund. Dabei lehnt dieser strikt die „Geiz-ist-geil-Mentalität" ab, scheut demzufolge keine Kosten zur Erreichung seiner Bedürfnisse und verlangt außerhalb des Leistungskataloges der GKV die gesundheitsschonendsten Behandlungen und Therapien.

Die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung haben heute auf die Bedürfnisse der modernen Patienten reagiert und sich zu sogenannten *„High-Quality-Dienstleistern"* entwickelt. Dabei orientieren sie sich nicht primär an der medizinischen Wirksamkeit, sondern vielmehr an dem für den Patienten subjektiv empfundenen Nutzen sowie die Auswirkungen der medizinischen Leistung auf dessen Lebensqualität. So haben sich die Behandlungs- und Therapieräume zu sogenannten *„High-Quality-Healthcare-Center"* entwickelt, bei deren Ausgestaltung der Räumlichkeiten auf ein hohes Maß an Qualität (Beschwerdefreiheit, keine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit) gesetzt wird. So wird dem Patienten z. B. gegen Zuzahlung von ca. 40-50 € beim Zahnarzt – dank optimierter Lasersysteme von Sirona – die Möglichkeit einer nahezu schmerzfreien, auf einem Flatscreen von Phillipps nachvollziehbaren, Behandlung geboten. Auch in der Kommunikation setzen heute alle Leistungserbringer auf Markennamen. So wird heute die Qualität und Nachhaltigkeit einer Dienstleistung über die eingesetzte Marke kommuniziert. Der Preis der medizinischen Leistung spielt dabei eine eher sekundäre Rolle.

In den vergangenen Jahren haben die veränderten Präferenzstrukturen sowie die hiermit einhergehende Marken- bzw. Qualitätsorientierung der Patienten und Leistungserbringern dazu geführt, dass sich die *Healthcare-Unternehmen* heute einen verstärkten Marken- bzw. Qualitätswettbewerb, in dem nur vertrauensvolle und glaubwürdige Marken mit den höchsten Anforderungen an Qualität bestehen können, stellen müssen.

Szenario II: „*Convenience Care"*

Der Szenario-Name ***„Convenience Care"*** bezieht sich auf die Bequemlichkeit der Patienten, ohne großen Aufwand und stressfrei medizinische Leistungen zu erhalten.

15.06.2015 – Die *Healthcare-Branche* hat sich zu einem komfortablen und durchaus kreativen Markt entwickelt.

Heute stehen wir einem völlig neuartigen Patiententypen gegenüber, dem sogenannten bequemen Patienten. Dieser unterscheidet sich vor allem vom multimorbiden Patienten[173] dadurch, dass dieser durchaus in der Lage ist, seinen Alltag selbstständig zu meistern. Dennoch präferiert dieser die Vorzüge einer individuellen und ohne für ihn mit großem Aufwand

[171] Für die Nachvollziehbarkeit der diesem Szenario zugrunde gelegten Entwicklung vgl. Anhang 9.

[172] Die Auswahl der charakteristischen Merkmale der Lebensqualität basiert auf den Ausführungen von *KREYHER.* Vgl. Kreyher, V.J., (Medizinmarketing 2001), S. 36.

[173] Ein Patient ist multimorbide, sofern dieser strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei Erkrankungen aufweist. Vgl. ergänzend Freund, K., (Mensch 2010) S. 84.

und Stress verbundenen medizinischen Leistung. Dies ist jedoch nicht so zu verstehen, dass die Qualität der medizinischen Versorgung für diesen Typus keine Rolle spielt. Vielmehr verlangt dieser eine qualitätsgesicherte, wirksame und innovative Behandlung und Therapie, wobei der Kostenfaktor eine eher sekundäre Rolle einnimmt. Begründen lässt sich dieses mit der für ihn verbesserten Kostenstruktur. Ausschlaggebend waren die Reformbestrebungen, die primär auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch die Einsetzung gezielter Präventionsmaßnahmen wirkten.[174] So hat sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu 2009 um 3,1 Prozent verbessert. Die kontinuierliche Verbesserung um jährlich 0,5 Prozent hat heute zu einer deutlich positiveren Kostenentwicklung für Gesundheitsleistungen im öffentlichen und privaten Sektor, zu einem gestiegenen Nettoeinkommen der Bevölkerung sowie zu einer höheren Zahlungsbereitschaft im Krankheitsfall geführt.[175]

Bei den Leistungserbringern der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung hat diese Entwicklung die Folge, dass sich die Leistungserbringer in den letzten Jahren verstärkt auf das Patientenbedürfnis nach Bequemlichkeit orientiert haben. So haben bspw. Arztpraxen gegen einen Aufpreis ihr ursprüngliches Konzept des Home-Service, welche sich jeher ausschließlich auf die Versorgung der chronisch Kranken und körperlich Behinderten konzertierte, um die Zielgruppe der allgemein und nicht akut gefährdeten Patienten erweitert. So ist es heute rein theoretisch den Business Managern zwischen den Meetings möglich, stressfrei einen einfachen Gesundheitscheck im Büro durchführen zu lassen. Dabei nutzt der Leistungserbringer die Gunst der Stunde dafür, seine erworbenen Innovationen der Mikro-Technologie seinem Patienten zu präsentieren und gleichzeitig zu demonstrieren. Dieses ermöglicht den Leistungserbringern eine relativ kostengünstige aber durchaus glaubwürdige und effektive Kommunikation.

Auch für Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie hat die Entwicklung der veränderten Bedürfnisse nach innovativer Behandlungs- und Therapielösungen zu enormen Veränderungen in der Branche geführt. So müssen sich die Unternehmen heute auf einen Innovationswettbewerb einstellen, in dem ständig neue Werte für die Patienten und Leistungserbringer kreiert werden müssen.

Szenario III: „*Discount Care“*

Der Szenario-Name ***„Discount Care”*** bezieht sich nicht auf die klassische Rabattgewährung, sondern impliziert vielmehr die aus medizinischer Sicht unbedingt erforderliche und kostengünstige Leistung für den Patienten.

15.06.2015 – Die *Healthcare-Branche* hat sich zu einem preissensiblen Markt entwickelt.

Heute begegnen wir einem Patienten, der sich durch eine starke Preissensibilität und Gleichgültigkeit auszeichnet. Diese Verhaltensänderungen sind vor allem auf den enormen Kostenanstieg im privaten Sektor zurückzuführen. So muss der Patient von heute im Vergleich zu 2009, aufgrund der verschlechterten gesundheitlichen Situation der Bevölkerung[176]

[174] In diesem Szenario wird die Annahme getroffen, dass die Bevölkerung die Maßnahmen zur Gesundheitsprävention nutzen, so dass hierdurch eine kontinuierliche Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes einhergeht. Vgl. ergänzend Abbildung 12.

[175] Für die Nachvollziehbarkeit der diesem Szenario zugrunde gelegten Entwicklung vgl. Anhang 10.

[176] In diesem Szenario wird die Annahme getroffen, dass die Bevölkerung die Maßnahmen zur Gesundheitsprävention nicht nutzen, so dass hierdurch eine kontinuierliche Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes einhergeht. Vgl. ergänzend Abbildung 12.

sowie den Zielsetzungen innerhalb der Reformbestrebungen, mit einem gestiegenen Beitragssatz der GKV um 0,3 Prozent sowie einer Zuzahlung von bis zu 15 Prozent und mindestens 7,50 Euro bei Rx-Produkten (verschreibungspflichtig) und bei gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (z. B. Arztbesuch, Krankenhausaufenthalt) einer Zuzahlung von 15 Euro je Tag bzw. Besuch (ausgenommen sind Überweisungen oder Quartalsbesuche) rechnen.[177] Demnach bevorzugt dieser in den Leistungskatalogen der GKV primär die günstigste Variante[178], ohne sich über die Qualität der medizinischen Leistung im Vorfeld zu informieren.[179] Eventuelle Folgekosten aufgrund einer preisorientierten und qualitativ minderwertigen Behandlung und Therapie blendet dieser völlig aus.

Für die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung bedeutet diese Präferenz eine starke Abhängigkeit vom Leistungskatalog der GKV. Konsequenz hieraus sind ökonomische Zwänge in Form limitierter finanzieller Ressourcen in der medizinischen Versorgung. So sind die Profite der Leistungserbringer und insbesondere die der Ärzte je Patienten deutlich niedriger als es noch im Jahr 2009 der Fall war. Um diese Rückgänge zu kompensieren, wurden bspw. bei den Arztpraxen die Sprechstundenzeiten und bei den Apotheken die Öffnungszeiten verkürzt. Zusätzlich hat sich auch die Sortimentsgestaltung enorm verändert. So offeriert heute die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung primär Leistungen und Technologien, die den Leistungskatalogen unterliegen und von der GKV finanziert werden. Angebote über individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL), wie bspw. General Check[180] oder Sono Check[181], werden heute nur noch geringfügig kommuniziert. Vielmehr basiert die Kommunikationsstrategie auf den vollständig von der GKV finanzierten Leistungen.

Bei den Unternehmen aus der Vorleistungs- und Zulieferindustrie hat diese Entwicklung ebenfalls gravierende Konsequenzen. So haben in den vergangenen Jahren die zunehmende Preissensibilität der Patienten sowie der hiermit einhergehende Kostendruck der Leistungserbringer zu einem ruinösen Preiswettbewerb der Unternehmen in den Leistungskatalogen der GKV geführt.

Szenario IV: *„Smart Care“*

Der Szenario-Name ***„Smart Care“*** bezieht sich auf die Fähigkeit der Patienten, im konkreten Einzelfall die für ihn relevanten Faktoren zu berücksichtigen.

15.06.2015 – Die *Healthcare-Branche* hat sich zu einem klugen und durchaus kritischen Markt entwickelt.

Die Beziehung des Patienten war seit jeher geprägt durch die Dominanz der Leistungserbringer der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, die sich in ihrer Stellung als Experten begründete. Heute steht diesen im Behandlungsprozess ein völlig informierter und zugleich kritischer Patient gegenüber. Ausschlaggebend war einerseits der sich kontinuier-

[177] Für die Nachvollziehbarkeit der diesem Szenario zugrunde gelegten Entwicklung vgl. Anhang 11.
[178] Die GKV ist in einer Kategorie des Leistungskatalogs verpflichtet, dem Patienten zu einem Krankheitsbild mehrere alternative Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten zur Auswahl zu stellen. Vgl. Specke, H.K., (Gesundheitsmarkt 2005), S. 176.
[179] In diesem Szenario wird die Annahme getroffen, dass der Patient sich lediglich in der konkreten Behandlungs- und Therapiesituation über den Arzt informiert. Vgl. ergänzend Abbildung 12.
[180] Der General Check wird hier als umfassende ambulante Versorgungsuntersuchung verstanden.
[181] Der Sono Check umfasst dabei einen sonographischen Check-up der inneren Organe.

lich verschlechternde gesundheitliche Zustand der Bevölkerung[182] um jährlich 0,5 Prozent und die hiermit zunehmende Verlagerung der Kosten in den privaten Bereich. So sind diese heute im Vergleich zu 2009 um ca. 25 Prozent gestiegen und haben sich somit negativ auf das Nettoeinkommen sowie auf die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung ausgewirkt. Andererseits hatte die Verschlechterung des Gesundheitszustands auch zur Folge, dass das Interesse, via Internet nach gesundheitlichen Informationen zu suchen, rapide anstieg.[183] So informieren sich in diesem heute nahezu 51 Prozent der Bevölkerung über medizinische Leistungen. Dabei haben vor allem Social-Media-Aktivitäten und der hiermit einhergehende Erfahrungsaustausch sowie die zahlreichen Angebote aus den Gesundheitsportalen zu einer enormen Verbesserung der medizinischen Kenntnis der Patienten geführt.[184] Die Auswirkungen der geringen Zahlungsbereitschaft und des hohen Informationsstandes haben dazu beigetragen, dass für den Patient heute die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen in der Ex-ante-Behandlungs- und Therapiesituation im Vordergrund steht. Er sieht sich als eine Art *„Gesundheitscontroller",* der in der Behandlungssituation von seinem Vorschlags- und Auswahlrecht Gebrauch macht. So gehört es heute für den Patient dazu, dass dieser mit seinen eigenen Vorschlägen auf die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung zugeht und zwischen den von der GKV im Katalog offerierten Leistungen auswählt. Dabei hängt seine Auswahlentscheidung primär von zwei Fragestellungen ab: *Wie wirksam ist die medizinische Leistung* und *wie hoch wird die Zuzahlung für diese ausfallen?*

Bei den Leistungserbringern aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung hat diese Entwicklung dazu geführt, dass sich diese heute stärker als zuvor als *„Gesundheitsberater"* sehen und sich primär auf die Schlüsselqualifikationen Vertrauen und Glaubwürdigkeit konzentrieren. So wurden heute bspw. in den Wartezimmern der Arztpraxen die klassischen und allgemein gehaltenen Medien bzw. Zeitschriften, wie z. B. Autobild, Focus und/oder Der Spiegel, durch fachspezifische Medien bzw. Studien, wie bspw. Deutsche Zeitschrift für klinische Forschung, Ärztewoche und/oder der Fachzeitschrift der Krankenkassen, ersetzt. Darüber hinaus verfügen heute nahezu alle Leistungserbringer neben dem Basiswissen der GKV offerierten Behandlungen und Therapien auch über eine detaillierte Kenntnis der Zuzahlung und Wirksamkeit dieser. So erhält der Patient nach Spezifizierung des Krankheitsbilds eine Übersicht über die angestrebte Behandlung, die notwendige Zuzahlung sowie den voraussichtlichen Heilungserfolg unter Verwendung dieser Methode.

Diese Entwicklung hat in den vergangenen Jahren bei den Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie zu enormen Branchenveränderungen geführt. So haben insbesondere das kritische und informationsorientierte Verhalten der Patienten sowie die Erreichung einer medizinischen Evidenz der Leistungserbringer über Wirksamkeit und Zuzahlung der im Leistungskatalog der GKV enthaltenen Leistungen bewirkt, dass sich die Unternehmen heute in einem intensiven Informations- bzw. Wissenswettbewerb befinden.

---

[182] In diesem Szenario wird die Annahme getroffen, dass die Bevölkerung die Maßnahmen zur Gesundheitsprävention nicht nutzen, so dass hierdurch eine kontinuierliche Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes einhergeht. Vgl. ergänzend Abbildung 12.

[183] In diesem Szenario wird die Annahme getroffen, dass der Patient sich im Vorfeld der Behandlungs- und Therapiesituation über das Internet informiert. Vgl. ergänzend Abbildung 12.

[184] Für die Nachvollziehbarkeit der diesem Szenario zugrunde gelegten Entwicklung vgl. Anhang 12.

Festzuhalten bleibt, dass die hier aufgezeigten Zukunftsprojektionen ***„Lifestyle Care“***, ***„Convenience Care“***, ***„Discount Care“*** und ***„Smart Care“*** alle zu enormen Veränderungen der Nachfragestruktur führen. Besonders für die *Healthcare-Unternehmen* aus der Vorleistungs- und Zulieferindustrie bedeutet dieses, dass sie sich als Anbieter von Gesundheitsleistungen zukünftig neuen Herausforderungen stellen müssen. Umso wichtiger erscheint es daher für diese, schon heute passende Strategien zu entwickeln, mit welchen sich zukünftige Marktchancen realisieren lassen.

4.1.5 Strategy Definition

Nachdem in Phase vier verschiedene Zukunftsbilder für die *Healthcare-Branche* erstellt sowie inhaltlich beschrieben wurden, sollen nun in Phase fünf der *„Strategy Definition“,* mögliche strategische Optionen für Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie in den jeweiligen Szenarien definiert werden. Dabei sollte beachtet werden, dass die Erstellung der strategischen Optionen letzten Endes unternehmensspezifisch unter Berücksichtigung der jeweiligen Ausgangssituation erfolgen muss. In diesem Kapitel werden daher generische Strategien, mit welchen sich potenzielle Marktchancen für Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie realisieren lassen, formuliert. Diese Vorgehensweise ermöglicht es den Unternehmen, deren gegenwärtige forcierte Strategie hinsichtlich der hier zu erwartenden Zukunft, zu testen und sofern notwendig neu auszurichten.[185] Zur Erreichung dieser Zielsetzung schlagen *WULF et al.,* dass Instrument *„Strategy Manual“* vor. Dabei umfasst dieses im Rahmen dieser Arbeit zwei Schritte[186]: *(1) die Erarbeitung der szenario-spezifischen Strategien* sowie *(2) der Identifikation einer Szenarien übergreifenden Kernstrategie*.

Im Rahmen der *Erarbeitung der szenario-spezifischen Strategien (1)* werden im Folgenden auf Basis der Ausführungen in 4.1.4 für die Unternehmen in den jeweiligen Szenarien mögliche strategische Optionen beschrieben.

Szenario I: *„Lifestyle Care“*

Wie aus diesem Szenario hervorgeht, hat sich die *Healthcare-Branche* im Jahr 2015 zu einem marken- bzw. qualitätsorientierten Markt entwickelt.

Oberstes Ziel muss es für Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie daher sein, die *Qualitätsführerschaft*[187] in der *Healthcare-Branche* anzustreben und folglich medizinische Leistungen zu einer besseren Qualität als der Wettbewerb anzubieten.[188] Dabei sollen den Patienten und Leistungserbringern über den Standard hinausgehende Nutzenvorteile offeriert werden, die wiederum höhere Preise rechtfertigen.[189] Möglichkeiten zur Erreichung der *Qualitätsführerschaft* liegen nicht nur in der kontinuierlichen Verbesserung der objektiven

[185] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 25.

[186] *WULF, T. et al.* untergliedern das Instrument *„Strategy Manual“* in ihren Ausführungen in drei Schritte: (1) Die Strukturierung der für die Strategie-Entscheidung notwendigen Elemente, (2) Die Analyse der Elemente auf Gemeinsamkeiten und (3) Die Identifikation der Kernstrategie. Im Rahmen dieser Arbeit werden die drei Schritte zu zwei Schritten zusammengefasst. Vgl. ergänzend Wulf, T. et al. (Strategic 2010), S. 25f.

[187] Unter dem Begriff „Qualitätsführerschaft“ werden in der Literatur auch die Ausdrücke „Leistungsführerschaft“, „Qualitätsstrategie“, „Differenzierungsstrategie“, „Präferenzstrategie“, „Differentiation“ verwendet. Vgl. hierzu ergänzend Haunerdinger, M. et al., (BWL 2008), S. 148, Guràu, C., (Strategies 2007), S. 370 u. Morschett, D., (Handelsmarketing 2002), S. 199.

[188] Vgl. Porter, M.E., (Competitive 1985), S. 11.

[189] Vgl. Pesch, J., (Marketing 2010), S. 118, Haunerdinger, M. et al., (BWL 2008), S. 148, Guràu, C., (Strategies 2007), S. 370, Pfaff, D., (Competitive 2005), S.109, Becker, J., et al. (Handelsinformationssysteme 2004), S. 23, Krausz, S., (Unternehmenspolitik 2002), S. 201 u. Morschett, D., (Handelsmarketing 2002), S. 199.

Produktqualität, sondern auch in den primären Aktivitäten der internen Wertschöpfungskette[190] der Unternehmen und insbesondere in denjenigen, die vom Patienten und Leistungserbringern als äußerst relevant erachtet werden, den sogenannten „Touchpoints".[191] So könnten durchaus für einige Unternehmen die Bereiche *Ausgangslogistik*, *Marketing/Vertrieb* sowie *Kundenservice* als solch kritische „Touchpoints" erachtet werden. In der *Ausgangslogistik* ist es vor allem wichtig, dass die Unternehmen ihre zugesicherten Liefertermine einhalten. Darüber hinaus sollte darauf geachtet werden, dass sich die Sendungsqualität, neben der Unversehrtheit und Mängelfreiheit, auch durch eine Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft (sofern notwendig Aufbau, Schulung und Produktvorführung) auszeichnet.[192] Im *Marketing/Vertrieb* sollten sich vor allem alle Aktivitäten im Rahmen der 4 P's auf den Aufbau einer Marke, die ein qualitätsorientiertes Image verkörpert, konzentrieren.[193] Demnach sollte die Markenkommunikation primär unter nutzenorientierten Aspekten[194] wie bspw. Beschwerdefreiheit oder keine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit erfolgen. Hilfreich können dabei Qualitätssiegel wie bspw. die des Qualitätsverbunds Hilfsmittel e.V. (QVH Qualitätssiegel) sein. Wichtig im Allgemeinen ist jedoch, dass durch die Kommunikation die hohe Kompetenz des Unternehmens in der Erzeugnis-Herstellung verdeutlicht wird.[195] Der Preis sollte dabei eher im Hintergrund stehen.[196] Im *Kundenservice* spielt neben der Qualität des Austausch- bzw. Reparaturprozesses vor allem ein funktionierendes Beschwerdemanagement eine entscheidende Rolle. So sollte sich bspw. das Beschwerdemanagement-Team durch eine hohe fachliche und soziale Kompetenz auszeichnen. Kurze Warteschlangen sowie eine hohe Kunden- bzw. Problemorientierung sind dabei wichtige Kriterien zur Erfüllung der Kundenzufriedenheit.[197]

Szenario II: *„Convenience Care"*

In diesem Szenario hat sich die *Healthcare-Branche* im Jahr 2015 zu einem komfortablen und durchaus kreativen Markt entwickelt.

Demzufolge muss hier die angestrebte Strategie die Erlangung der *Innovationsführerschaft* für Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie sein. Ziel ist es, dass sich die Unternehmung durch Schaffung neuer Werte für Leistungserbringer und Patienten langfristig vom Wettbewerb differenzieren kann.[198] Ansatzpunkte zur Generierung interner Innovationen unterliegen drei Voraussetzungen: *Innovationsbereitschaft („Wollen")*, *-fähigkeit („Können")* und *-möglichkeit („Dürfen").*[199] Im Rahmen der *Innovationsbereitschaft* sind für Unternehmen die Förderung der Partizipation aller Mitarbeiter, die Schaffung einer Informationspolitik, die Etablierung monetärer als auch nicht monetärer Anreizsysteme sowie die Ergreifung von

[190] Vgl. Porter, M.E., (Competitive 1985), S. 14.
[191] Vgl. Becker, J. et al., (Handelsinformationssysteme 2004), S. 23.
[192] Vgl. Gudehus, T., (Logistik 2005), S. 904.
[193] Hierzu auch *PORTER* der betont, *„[…] creating something that is preceived industrywide as being unique".* Porter, M.E., (Strategy 1980), S. 37.
[194] Vgl. Scharf, A. et al., (Marketing 2001), S. 100 u. Porter, M.E., (Strategy 1980), S. 37.
[195] Hierzu *SCHARF et al.,* die betonen, dass die Voraussetzung für den Erfolg der Qualitätsführerschaft davon abhängt, ob der Nachfrager an die außerordentliche Qualität der Erzeugnisse glaubt. Vgl. Scharf, A. et al., (Marketing 2001), S. 34.
[196] Vgl. Scharf, A. et al., (Marketing 2001), S. 100 u. Porter, M.E., (Strategy 1980), S. 38.
[197] Vgl. Vergnaud, M., (Beschwerdemanagement 2002), S. 2f.
[198] Vgl. Kotler, P., (Marketingmanagement 1989), S. 278.
[199] Vgl. Kirk, W., (Management 2010), S. 48 u. Disselkamp, M., (Innovationsmanagement 2005), S. 59.

Maßnahmen zur Personalentwicklung essenziell.[200] Diese Aktivitäten sollen ein kreatives und risikobereites Engagement aller Beteiligten gewährleisten. Um aus einer Idee eine Innovation zu generieren, ist es für Unternehmen weiterhin notwendig, die *Innovationsfähigkeit* der Unternehmung zu steigern.[201] Dabei setzt sich die *Innovationsfähigkeit* aus der Ideenfindung und der Ideenrealisierung zusammen.[202] Ziel in der Ideenfindung sollte die Nutzung interner und externer Ideenquellen sein.[203] So können interne Quellen auf der Kommunikation (betriebliches Vorschlagswesen), intuitiv-kreativen Aktivitäten (Brainstorming und -writing), internen Analysen (Mitarbeiterbefragungen) sowie den systematisch-analytischen Aktivitäten (systematische Strukturierung) basieren.[204] Dagegen ergeben sich externe Quellen aus Veröffentlichungen (Fachliteratur), Kontakten (Forschungseinrichtungen), der Analyse des Marktumfeldes (Marktforschung) sowie aus intuitiv-kreativen Aktivitäten („Open Innovation“[205]). Die Einführung von Promotoren[206] (Fach-, Macht-, Prozess-, Beziehungspromotoren), die Freisetzung von Budgets und Ressourcen sowie die Nutzung interner und externer Kooperationen sind für Unternehmen notwendige Aktivitäten zur Ideenrealisierung.[207] Hinsichtlich der *Innovationsmöglichkeit* bedarf es vom Management (in der Unternehmenskultur) der Zusicherung von Freiräumen. So sollte die Unternehmenskultur auf die Prinzipien Fehlertoleranz, Konfliktbewusstsein, Verzicht auf Perfektion und Teamwork ausgerichtet sein.[208]

Neben den internen Möglichkeiten zur Generierung von Innovationen stehen den Unternehmen weiterhin auch externe Optionen zur Verfügung. Dabei kann die Innovation durch eine Lizenznahme, durch externe Beauftragung, durch Erwerb von Produkten sowie durch Akquisition innovativer Unternehmen erfolgen.

Wichtig ist jedoch, dass zur Generierung und Realisierung von internen und externen Innovationen ein systematischer Innovationsprozess[209] in der Organisation etabliert wird.[210]

Szenario III: *„Discount Care“*

Im Jahr 2015 hat sich die *Healthcare-Branche* in diesem Szenario zu einem preissensiblen Markt entwickelt.

Die Leitstrategie der Unternehmen aus der Vorleistungs- und Zulieferindustrie bei Eintritt dieses Szenarios sollte folglich die Erlangung der *Kostenführerschaft*[211] in den Leistungskatalogen der GKV bzw. in bestimmten Kategorien dieser (Spezialisierung auf bestimmte Bereiche des Leistungskatalogs) sein. Das Ziel bei Verfolgung solch einer Strategie ist die Rea-

[200] Vgl. hierzu und im Folgenden Kirk, W., (Management 2010), S. 48, Disselkamp, M., (Innovationsmanagement 2005), S. 59 u. Kerres, A., (Pflegemanagement 2005), S. 335.
[201] Vgl. Kirk, W., (Management 2010), S. 48.
[202] Vgl. Malorny, C. et al., (Kreativitätswerkzeuge 1997), S. 79.
[203] Vgl. Fink, A. et al., (Zukunftsmanagement 2006), S. 221.
[204] Vgl. hierzu und im Folgenden Pechlaner, H. et al., (Innovation 2005), S. 108 u. Scharf, A. et al., (Marketing 2001), S. 107.
[205] Im Rahmen von „Open Innovation“ Aktivitäten vergibt ein Unternehmen eine Aufgabe (in Form eines offenen Aufrufs), die bis dato intern erstellt wurde, an ein offenes Netzwerk aus Kunden u. Nutzern. Vgl. ergänzend Picot, A. et al., (Innovationsführerschaft 2009), S. 186.
[206] Personen, die einen Innovationsprozess aktiv fördern, werden als Promotoren bezeichnet. Vgl. Witte, E., (Promotoren-Modell 1999), S. 11.
[207] Vgl. Thom, N. et al., (Innovationsklima 2000), S. 280.
[208] Vgl. Wentz, R.-C., (Innovationsmaschine 2008), S. 222.
[209] Nähere Ausführungen hierzu würden den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Vgl. ergänzend Harms, F. et al., (Pharma-Marketing 2003), S. 176 u. Scharf, A. et al., (Marketing 2001), S. 106.
[210] Vgl. Busse, D., (Innovationsmanagement 2005), S. 132.
[211] Vgl. hierzu ergänzend Haunerdinger, M. et al., (BWL 2008), S. 148, Guràu, C., (Strategies 2007), S. 370 u. Pfaff, D., (Competitive 2005), S. 110.

lisierung eines relativen Kostenvorteils.[212] Hierbei sollen die Unternehmen medizinische Leistungen im Leistungskatalog bzw. in bestimmten Bereichen des Katalogs bei gemessener Qualität[213] günstiger als die Wettbewerber anbieten, um so einen Vorsprung gegenüber diesen zu erlangen.[214] Voraussetzung für die Platzierung der niedrigen Preise im Leistungskatalog ist neben einer aggressiven Kapazitätserweiterung vor allem die Überwachung bzw. Minimierung der Kostenstruktur.[215] Zur Minimierung der Kostenstruktur stehen den Unternehmen verschiedene primäre und sekundäre Aktivitäten entlang der Wertschöpfungskette zur Verfügung. So sollten bspw. Kostenvorteile in der *Beschaffung/Logistik* durch einen kostengünstigeren Zugang zu Rohstoffen und der Nutzung von „Just-in-Time"/„Just-in-Sequence"[216], in der *F&E* durch Fokussierung der eigenen Investitionstätigkeit (Konzentration auf bestimmte F&E-Aktivitäten)[217], in der *Produktion* durch effizientere Produktionstechniken und höhere Qualifikation der Mitarbeiter[218] sowie im *Marketing/Vertrieb* durch Platzierung mehrerer Leistungen unter einer gemeinsamen Marke (Senkung des Werbeaufwands je Leistungsart)[219] und Nutzung kostengünstigerer Absatzwege (bspw. Online-Vertrieb)[220] realisiert werden.

Wichtig ist hierbei, dass Unternehmen via effizienter Produktionstechnologien möglichst standardisierte Produkte in großen Mengen (Skaleneffekte) vermarkten und dabei homogene Produktbestandteile für heterogene Angebote (Verbundeffekte) verwenden.[221]

Szenario IV: *„Smart Care"*

Im Gegensatz zu den anderen Szenarien hat sich die *Healthcare-Branche* im Jahr 2015 in diesem Szenario zu einem klugen und durchaus kritischen Markt entwickelt.

Folglich muss hier das primäre Ziel der Unternehmen aus der Vorleistungs- und Zulieferindustrie sein, die *Informationsführerschaft* zu erlangen. Idee ist hierbei, einen Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz aufgrund der Informationsbereitstellungsüberlegenheit zu erzielen.[222] Dies soll insbesondere dazu führen, dass die von den Unternehmen offerierten medizinischen Leistungen im Leistungskatalog der GKV für die Patienten und den Leistungserbringern an Attraktivität zunehmen. Hilfreich kann hierbei die klassische Push- und Pull-Strategie[223] sein. Dabei sollen den Leistungserbringern verstärkt im Rahmen des Direktmarketings Zusatzinformationen über die Wirksamkeit und die notwendige Zuzahlung der medizinischen Leistungen im Leistungskatalog angeboten werden (Push-Strategie). Ansatzpunkte finden sich insbesondere in den postalischen, telefonischen, Fax oder e-mail-gestützten, internetbasierten sowie mobilen Werbesendungen. Wichtig ist, dass stets eine

[212] Vgl. Enke, M. et al., (Marketing 2005), S. 240 u. Porter, M.E., (Competitive 1985), S. 11.
[213] Gemessene Qualität heißt in diesem Kontext, dass der marktübliche Standard der medizinischen Leistung eingehalten wird. Vgl. ergänzend Corsten, H., (Wettbewerbsstrategie 1998), S. 93f.
[214] Vgl. Effert, D., (Preisimage 2010), S. 108, Haunerdinger, M. et al., (BWL 2008), S. 148, Guràu, C., (Strategies 2007), S. 370, Pfaff, D., (Competitive 2005), S. 110, Lukas, A., (Unternehmensbewertung 2004), S. 141 u. Krausz, S., (Unternehmenspolitik 2002), S. 201.
[215] Vgl. Mathieu, A., (Strategie 2004), S. 118, Maier, M., (Medienmanagement 2002), S. 81 u. Porter, M.E., (Strategy 1980), S. 35.
[216] Vgl. Pfähler, W. et al., (Unternehmensstrategien 2008), S. 12, Gienke, H. et al., (Produktion 2007), S. 1009 u. Corsten, H., (Wettbewerbsstrategie 1998), S. 95.
[217] Vgl. Kreutzer, R.T., (Marketing 2010), S. 154.
[218] Vgl. Müller, B., (Wettbewerbsstrategien 2005), S. 13 u. Corsten, H., (Wettbewerbsstrategie 1998), S. 95.
[219] Vgl. Hungenberg, H. et al., (Unternehmensführung 2007), S. 154.
[220] Vgl. Corsten, H., (Wettbewerbsstrategie 1998), S. 95.
[221] Vgl. Kreutzer, R.T., (Marketing 2010), S. 153 u. Müller, B., (Wettbewerbsstrategien 2005), S. 14.
[222] Vgl. Kollmann, T., (E-Entrepreneurship 2009), S. 6.
[223] Zu weiteren Ausführungen zur Push- u. Pull-Strategie vgl. Kreutzer, R.T., (Marketing 2010), S. 327.

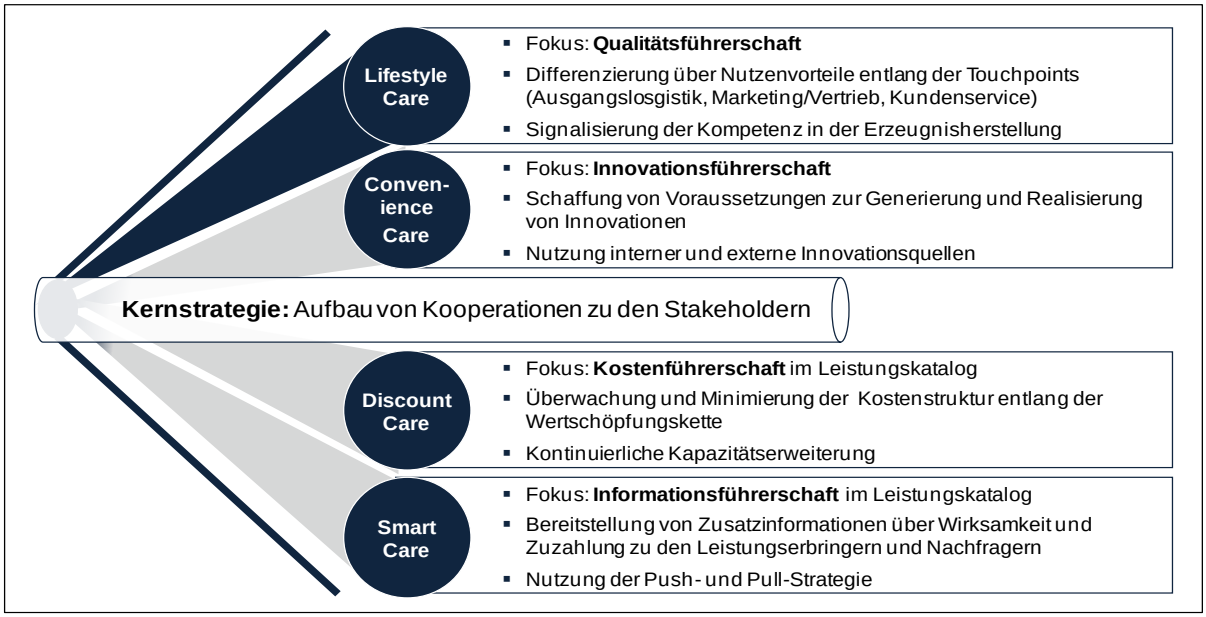
Antwortmöglichkeit zur Verfügung steht.[224] Im Rahmen der Pull-Strategie sollen den Patienten vor allem glaubwürdige Informationen über das Medium Internet offeriert werden, damit für diese die Möglichkeit besteht, mit deren eigenen Vorschlägen – Marke des Unternehmens – auf die Leistungserbringer zugehen zu können. Um dies zu ermöglichen, sollten die Unternehmen einerseits Informations- bzw. Gesundheitsportale, wie bspw. imedo.de, netdoktor.de oder onmeda.de, nutzen sowie andererseits den eigenen Werbeauftritt im Internet kontinuierlich nach zielgruppenorientierten Informationsangaben, Zusatznutzen, Aktualität, Ergonomie (Ladegeschwindigkeit, Lesbarkeit), Navigation (gute Orientierungshilfen, flache Hierarchien) und Bekanntmachung (Suchmaschinenmarketing) überprüfen und aktualisieren.[225]

Nachdem für jedes der Szenarien individuelle strategische Optionen beschrieben wurden, soll nun *die Identifikation der Kernstrategie (2)* erfolgen. Diese kann von den Unternehmen, unabhängig davon welches der Szenarien in der Zukunft eintritt, bereits heute implementiert werden.

Basierend auf den strategischen Optionen in den jeweiligen Szenarien lässt sich hier für die Unternehmen als Kernstrategie der *Aufbau von Kooperationen zu den Stakeholdern* festlegen. Dabei sollten explizit vertikale Kooperationen mit bspw. Forschungseinrichtungen, Lieferanten, Kostenträgern, Leistungserbringern aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung sowie Institutionen (Universitäten, Verbände, Patientenorganisationen) und horizontale Kooperationen mit gleichartigen Marktpartnern eingegangen werden. Dieses ermöglicht den Unternehmen heute schon eine durchaus effizientere Zielerreichung.[226] Darüber hinaus gewährleistet diese Vorgehensweise eine systematische Vorbereitung bei Eintritt eines der Szenarien. So kann bei Eintritt des Szenarios ***„Lifestyle Care“***, durch Kooperationen mit Marktteilnehmern, aufgrund von Know-How-Austausch, eine höhere Produkt- und Servicequalität gewährleistet werden.[227] Die Kooperation zu Institutionen, Leistungserbringer und Abnehmern ermöglicht eine Nutzung zusätzlicher Innovationsquellen, welche bei Eintritt des Szenarios ***„Convenience Care“*** auch das Innovationspotenzial nachhaltig erhöhen können.[228] Eine Kooperation mit Unternehmen und Lieferanten kann hingegen bei Eintritt des Szenarios ***„Discount Care“*** zu einer Verbesserung der Einkaufkonditionen sowie zu geringeren Lagerhaltungskosten führen.[229] Letzten Endes kann auch bei Eintritt des Szenarios ***„Smart Care“*** durch eine Kooperation zu Forschungseinrichtungen und Kostenträgern, die Informationsqualität über Wirksamkeit und Zuzahlungen medizinischer Leistungen erhöht werden. Abbildung 13 fasst die strategischen Optionen der Healthcare-Unternehmen im *„Strategy Manual“* zusammen.

[224] Vgl. Wirtz, B.W., (Direktmarketing 2005), S. 163.
[225] Vgl. Beeres, M., (E-Health 2001), S. 171ff.
[226] Vgl. Schneider, W., (Marketing 2007), S. 80.
[227] Vgl. Sachse, U., (Expansion 2003), S. 139, Zentes, J. et al., (Online-Kooperationen 2003), S. 233 u. ergänzend Grimschied, G., (Bauunternehmensmanagement 2006), S. 309, der dieses anhand eines Beispiels in der Bauindustrie verdeutlicht.
[228] Vgl. Sachse, U., (Expansion 2003), S. 139.
[229] Vgl. ergänzend Weatherly, J.N., (Kooperationen 2009), S. 391.

Abbildung 13: Optionen der Healthcare-Unternehmen im Strategy Manual



Quelle: Eigene Erstellung.

Es bleibt festzuhalten, dass sowohl die Identifikation der szenarioindividuellen strategischen Optionen als auch die darauf basierende Kernstrategie letzten Endes unternehmensspezifisch unter Berücksichtigung der jeweiligen Ausgangssituation (Kernkompetenz und Positionierung des Unternehmens) erfolgen muss. Die vorangegangen Ausführungen können hierbei als so genannter „Wegweiser" dienen.

4.1.6 Monitoring

Nachdem in Phase fünf mögliche strategische Optionen für Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie beschrieben wurden, soll nun in der letzten Phase, dem *„Monitoring",* folgende Frage näher betrachtet werden: *Wie lässt sich die zukünftige Entwicklung der Healthcare-Branche von den Unternehmen kontinuierlich überwachen?* Zur Beantwortung dieser Frage empfehlen *WULF et al.* das Instrument *„Scenario Cockpit"*. Dabei soll durch die Identifikation von *Szenario-Indikatoren* ein kontinuierlicher Abgleich zwischen der realen Welt und den Zukunftsprojektionen ermöglicht werden.[230]

Die Auswahl der hier relevanten *Szenario-Indikatoren* basiert auf dem in 4.1.4 bereits dargestellten *„Influence Diagram".* Dabei wurden explizit solche Unsicherheiten gewählt, welche eher quantifizierbar sind und einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung der *Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung* sowie auf den *Informationsstand dieser* aufweisen. Somit wurden hier die Unsicherheiten: *Gesundheitszustand der Bevölkerung*, *Kosten für Gesundheitsleistungen*[231] sowie die *Transparenz über Qualität und Leitungen* als relevante *Szenario-Indikatoren* gewählt. Zur Ermittlung der Entwicklungstendenz wurden die Indikatoren sowie deren Bestimmungsgrößen[232] basierend auf der Datenbasis 2008 bis 2009 quantifiziert. Hierzu dienen u. a. die Erkenntnisse aus 2.3 als Basis.

[230] Vgl. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 28.
[231] Die *Kosten für Gesundheitsleistungen* beziehen sich hier ausschließlich auf den privaten Sektor, da diese die die *Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung* determinieren.
[232] Die Auswahl der Bestimmungsgrößen soll hier nicht der Vollständigkeit entsprechen. Vielmehr sollen diese lediglich als eine Art Hinweis über die generelle Entwicklungstendenz zu verstehen sein.

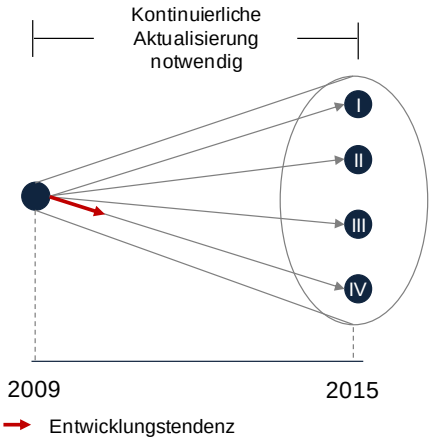
Abbildung 14: Scenario Cockpit

Szenario-Indikatoren

Entwicklung des Gesundheitszustands (1)	2008	2009
▪ Status „Krank“ in %	13,5	14,0
▪ Status „Gesund“ in %	85,9	85,4
▪ Status „Unfallverletzt“ in %	0,6	0,6
Entwicklung der Kosten für Gesundheitsleistungen im privaten Sektor (2)	**2008**	**2009**
▪ Beitragssatz der GKV in % (3)	14,0	14,1
▪ Zuzahlungen zu RX-Produkten (4)	10% und mind. 5€	10% und mind. 5€
▪ Zuzahlungen für gesundheitliche Dienstleistungen (5)	10€ je Tag bzw. Besuch (7)	10€ je Tag bzw. Besuch (7)
▪ Gesundheitsausgaben die privat Finanziert werden in Mrd.€ (6)	35,3	37,0
Entwicklung der Transparenz über Qualität und Leistungen	**2008**	**2009**
▪ Informationsquellen bei gesundheitlichen Fragen in % (7)		
▪ Arzt	84	82
▪ Apotheke	5	4
▪ Internet	40	42
▪ Anteil der Gesundheitsangebote im Internet	k.A.	k.A.
▪ Anteil der E-Mail Benachrichtigungen zum Thema Gesundheit in % (8)	15	17

(1) Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Gesundheitszustand 2010).
(2) Ohne Arbeitgeber.
(3) Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Beitragssätze 2010).
(4) Vgl. Kapitel 2.2.
(5) Vgl. Kapitel 2.2.
(6) Vgl. Statistisches Bundesamt, (Gesamtrechnung 2010), S. 38.
(7) Anhang 9 bis 12.
(8) Anhang 9 bis 12.

Entwicklungstendenz (geschätzt)



Basierend auf der aktuellen Zahlenbasis, würde vorauss. das Szenario ***„Smart Care“*** eintreten

Quelle: Eigene Erstellung.

Aus der Quantifizierung der *Szenario-Indikatoren* wird ersichtlich, dass sich der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung von 2008 auf 2009 um 0,5 Prozent verschlechtert hat. So werden im Jahr 2009 bereits 14 Prozent der Bevölkerung dem Status „krank“ zugeschrieben.[233] Auch wird deutlich, dass von 2008 auf 2009 zunehmend Kosten in den privaten Bereich verlagert wurden,[234] so dass heute von einer verstärkten Einkommensbelastung der Bevölkerung ausgegangen werden kann. Demnach lässt sich vermuten, dass die Zahlungsbereitschaft für individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) zukünftig eher gering sein wird. Progressiv hat sich die Bereitschaft der Bevölkerung, via Internet nach Informationen zu suchen, erhöht. Dies verdeutlicht insbesondere die Umfrage von *DR. WIESELHUBER & PARTNER*. Demnach ist die Internetnutzung für gesundheitliche Themen von 2008 auf 2009 um 2 Prozent gestiegen, während die Informationsquelle Arzt um 2 Prozent gesunken ist.[235] Darüber hinaus existiert heute bereits eine Vielzahl nicht quantifizierbarer Gesundheitsangebote im Internet, in welchen der Nutzer ausführliche Informationen über Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten erhält. So verdeutlicht auch die Studie von *SYMANTEC*, dass sich die E-Mail-Benachrichtigungen zum Thema Gesundheit im Jahr 2009 auf 17 Prozent erhöht haben.[236] Diese Entwicklungen deuten darauf hin, dass sich die zukünftige Transparenz über Qualität und Leistungen erhöhen und im Zuge dessen auch der Informationsstand der Bevölkerung im konkreten Behandlungs- und Therapiefall zunehmen wird.

[233] Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitszustand 2009).
[234] Vgl. ergänzend Abbildung 14 und Anhang 1.
[235] Vgl. Kresin, M., (Gesundheit 2010) u. Anhang 9 bis Anhang 12.
[236] Vgl. Symantec, (Internet Security 2010), S. 14 u. Anhang 9 bis Anhang 12.

Nach dem aktuellen Stand der Datenbasis wird im Jahr 2015 eher das Szenario ***„Smart Care“*** eintreten. Die Entwicklungstendenz bedarf jedoch einer kontinuierlichen Aktualisierung, so dass heute keine eindeutige Vorhersage getroffen werden kann.

4.2 Möglichkeiten und Grenzen in der praktischen Anwendung

Nachdem anhand der ausgewählten Methodik von *WULF et al.* Szenarien für die deutsche *Healthcare-Branche* zur Planung unternehmerischer Strategieentscheidungen identifiziert wurden, sollen nun Möglichkeiten und Grenzen dieser Methodik in der praktischen Anwendung diskutiert werden.

In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass die *Szenario-Technik* in der Zukunftsforschung und somit auch in der strategischen Unternehmensplanung eine besondere Methodik zur Planung unternehmerischer Strategieentscheidungen darstellt.[237] Die Besonderheit dieser ist, wie bereits in 3.3 dargestellt, auf deren Grundprinzipien, dem *vernetzten Denken* und der *multiplen Zukunft*, zurückzuführen.[238] Die hier vorgestellte Methodik von *WULF et al.* folgt diesen Grundprinzipien ebenso und offeriert den Unternehmen aus der *Healthcare-Branche* vielzählige Nutzenvorteile in der praktischen Anwendung. So können die Unternehmen mithilfe der standardisierten Vorgehensweise in sich konsistente und durchaus glaubwürdige Zukunftsprojektionen auf alle Ebenen der strategischen Planung erstellen.[239] Diese Vorgehensweise ermöglicht einerseits, dass vielfältige Innen- und Außenbeziehungen der Unternehmen wahrgenommen werden, andererseits werden dadurch auch Hinweise auf zukünftige Eventualitäten und Diskontinuitäten ersichtlich.[240] So ist es den Unternehmen möglich, ihre bis dato verfolgten Zielsetzungen und Strategien rechtzeitig zu hinterfragen und gegebenenfalls auf die neuen Herausforderungen der *Healthcare-Branche* auszurichten.[241] Dieses erlaubt den Unternehmen, einen Wettbewerbsvorsprung aufzubauen bzw. diesen weiter auszubauen.[242] Auch innerbetrieblich resultieren aus der Nutzung dieser Methodik signifikante Vorteile. So fördert die differenzierte Analyse des Unternehmensumfelds, einen abteilungsübergreifenden und intensiven problem- bzw. lösungsorientierten Kommunikationsprozess, welcher wiederum vielseitige Lerneffekte implizieren kann.[243]

Neben den augenscheinlichen Vorteilen der von *WULF et al.* offerierten Methodik bestehen auch Grenzen für diese in der praktischen Anwendung. So akzeptieren Manager nur schwer, dass die Zukunft der *Healthcare-Branche* auf verschiedene Unsicherheiten beruht und somit nicht eindeutig vorhersehbar ist.[244] Darüber hinaus herrscht generell in den Unternehmen eine gewisse Aversion gegenüber der Verwendung qualitativer Faktoren.[245] So beruhen noch heute viele Entscheidungen der strategischen Planung auf quantitativen Prognosen, die nur eine exakte Lösung zulassen.[246] Auch *DÖRNITZ* betont in diesem Kontext, dass der allgemeinen *Szenario-Technik* in der Praxis oft eine Rolle des „Märchenerzählens“ zugeschrieben

[237] Vgl. ergänzend die Ausführungen zu Kapitel 3.2.
[238] Vgl. ergänzend die Ausführungen zu Kapitel 3.3.
[239] Vgl. eränzend Götze, U., (Szenario-Technik 1990), S. 254.
[240] Vgl. Dörnitz, E., (Szenariotechnik 2009), S. 43.
[241] Vgl. ergänzend die Ausführungen zu Kapitel 4.1.5 u. Wulf, T. et al., (Strategic 2010), S. 25.
[242] Vgl. ergänzend die Ausführungen zu Kapitel 4.1.5 u. Dörnitz, E., (Szenariotechnik 2009), S. 43.
[243] Vgl. Dörnitz, E., (Szenariotechnik 2009), S. 43, Schoemaker, P.J.H., (Scenario 1995), S. 34 u. Götze, U., (Szenario-Technik 1990), S. 254f.
[244] Vgl. Verity, J., (Scenario 2003), S. 193.
[245] Vgl. Dörnitz, E., (Szenariotechnik 2009), S. 44.
[246] Vgl. Verity, J., (Scenario 2003), S. 193.

wird.[247] Der subjektive Faktor, der relativ hohe Erstellungsaufwand[248] sowie die Abhängigkeit der Ergebnisse von dem Qualitätsniveau des Erstellers bzw. Szenario-Teams lassen zusätzlich vermuten, dass der Methodik von *WULF et al.* in der praktischen Implementierung Grenzen gesetzt sind.[249]

Festzuhalten bleibt, dass der Ansatz der *Szenario-Technik* nach *WULF et al.* den *Healthcare-Unternehmen* in der strategischen Planung diverse Möglichkeiten bietet, mit denen diese zukünftige Marktpotenziale ausnutzen können. Demgegenüber stehen dieser Methodik jedoch auch innerbetriebliche Grenzen, die die Implementierung zusätzlich erschweren. So kann an dieser Stelle keine generelle Beurteilung der Vorteil- bzw. Nachteilhaftigkeit getroffen werden. Die mangelnde empirische Evidenz hinsichtlich der Effektivität sowie der möglichen Kombinierbarkeit zu quantitativen Prognose-Verfahren erschweren die Beurteilung der von *WULF et al.* offerierten Methodik zusätzlich.

5. Schlussbetrachtung

Nach einleitenden Bemerkungen über den Transformationsprozess der *Healthcare-Branche* sowie den daraus resultierenden neuen Herausforderungen einer weitaus komplexeren und volatilen Umweltsituation für alle Marktteilnehmer wurde die Zielsetzung der Arbeit definiert. Zur Erreichung dieser wurden drei zentrale Leitfragen formuliert: *(A) Wie könnte sich die heutige Healthcare-Branche im Jahr 2015 entwickeln? (B) Welche grundsätzlichen strategischen Optionen können die Healthcare-Unternehmen infolgedessen ergreifen?* Und *(C) Ist eine gegenwärtige Tendenz zu einem erstellten Szenario ersichtlich?*

Die Ausführungen zum „Status Quo“ der deutschen *Healthcare-Branche* haben gezeigt, dass die Modalitäten von Ansprüchen und Leistungen gegenwärtig durch drei Akteure: den Versicherern, den Nachfragern sowie den Anbietern geregelt werden. Ferner nimmt der Staat die Rolle des Koordinators und Regulators ein.[250] Weiterhin wurde ersichtlich, dass die *Healthcare-Branche* in Deutschland zwar als Wachstumsbranche erachtet werden kann. Dieses Wachstum führte in der Vergangenheit jedoch zu einer enormen Destabilisierung des Finanzierungssystems, die nur durch staatliche Interventionen und einer Verlagerung der Kosten in den privaten Bereich überwunden werden konnte.[251]

Im Rahmen der Betrachtung der Grundlagen der *Szenario-Technik* wurden u. a. die Anwendungsgebiete sowie deren Besonderheit im Vergleich zu alternativen Prognoseverfahren deutlich. So kann konstatiert werden, dass der *Szenario-Technik* eine hohe Wertschätzung zur Planung unternehmerischer Strategieentscheidungen zukommt.[252] Dies resultiert aus der Berücksichtigung, des vernetzten Denkens sowie der multiplen Zukunft.[253]

Nachdem ein Verständnis über die *Healthcare-Branche* sowie die Methodik der *Szenario-Technik* entwickelt wurde, erfolgte im Hauptteil die Szenario-Erstellung anhand der Untersu-

[247] Vgl. Dörnitz, E., (Szenariotechnik 2009), S. 44.
[248] Der relative hohe Erstellungsaufwand bezieht sich auf den Vergleich zu den anderen quantitativen und qualitativen Prognoseverfahren. Vgl. ergänzend Kapitel 3.2
[249] Vgl. Dörnitz, E., (Szenariotechnik 2009), S. 44, Verity, J., (Scenario 2003), S. 193 u. Götze, U., (Szenario-Technik 1990), S. 254f.
[250] Vgl. ergänzend Kapitel 2.2.
[251] Vgl. ergänzend Kapitel 2.3.
[252] Vgl. ergänzend Kapitel 3.2.
[253] Vgl. ergänzend Kapitel 3.3.

chungsmethodik von *WULF et al.* Die empirische Untersuchung zeigte, dass die zukünftige Struktur der *Healthcare-Branche* im Wesentlichen von der *Zahlungsbereitschaft* sowie dem *Informationsstand* der Bevölkerung determiniert wird.[254] Dabei sind für die deutsche *Healthcare-Branche* vier mögliche Szenarien denkbar. So würde sich die *Healthcare-Branche* im Jahr 2015 bei Eintritt der Szenarien wie folgt entwickeln: Im ***„Lifestyle Care“*** zu einem marken- bzw. qualitätsorientierten Markt, im ***„Convenience Care“*** zu einem komfortablen und kreativen Markt, im ***„Discount Care“*** zu einem preissensiblen Markt sowie im ***„Smart Care“*** zu einem klugen und kritischen Markt.[255]

Nach Entwicklung dieser Szenarien konnten generische strategische Optionen für Unternehmen der *Healthcare-Branche* erarbeitet werden. So sollten die Unternehmen bei Eintritt des Szenarios ***„Lifestyle Care“*** im Rahmen einer Differenzierungsstrategie die *Qualitätsführerschaft* anstreben. Im Szenario ***„Convenience Care“*** hingegen steht die Erlangung der *Innovationsführerschaft* im Fokus strategischer Überlegungen. Die *Kostenführerschaft* repräsentiert im Szenario ***„Discount Care“*** das primäre Ziel der *Healthcare-Unternehmen*. Dagegen sollte bei Eintreten des Szenarios ***„Smart Care“*** die *Informationsführerschaft* forciert werden. Darüber hinaus ließ sich eine szenario-übergreifende Kernstrategie formulieren, die von den Unternehmen bereits heute implementiert werden kann. Es erscheint sinnvoll für Unternehmen, szenario-unabhängig die *Kooperationen zu den Stakeholdern* weiter zu forcieren.[256] Weiterhin wurde aus der aktuellen Datenbasis ersichtlich, dass voraussichtlich das Szenario ***„Smart Care“*** eintreten wird. Jedoch ist hierbei eine kontinuierliche Überwachung durch die Unternehmen erforderlich.[257]

Nach Betrachtung der Szenario-Erstellung erfolgte abschließend die Diskussion der praktischen Anwendbarkeit der Methode. Es kann festgehalten werden, dass eine eindeutige Beurteilung der Vorteil- bzw. Nachteilhaftigkeit des Modells, angesichts des gegenwärtigen Stands der Empirie, nicht vorgenommen werden kann. Ergo bedarf es weiterer Forschung hinsichtlich der praktischen Anwendung des Modells nach *WULF et al*. Dabei sollten insbesondere die Effektivität sowie die mögliche Kombinierbarkeit zu quantitativen Prognose-Verfahren analysiert werden.[258]

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die *Szenario-Technik* zur Planung unternehmerischer Strategieentscheidungen in der *Healthcare-Branche* einen wichtigen Beitrag zur Vorbereitung zukünftiger Ereignisse leistet bzw. leisten kann. An dieser Stelle sollte nochmals in Erinnerung gerufen werden, dass es nicht darauf ankommt, die Zukunft zu wissen, sondern auf diese vorbereitet zu sein.

[254] Vgl. ergänzend Kapitel 4.1.3.
[255] Vgl. ergänzend Kapitel 4.1.4.
[256] Vgl. ergänzend Kapitel 4.1.5.
[257] Vgl. ergänzend Kapitel 4.1.6.
[258] Vgl. ergänzend Kapitel 4.2.

Literaturverzeichnis

Abicht, L., Baldin, K.-M., Freikamp, H., (Trendqualifikationen 2002), Trendqualifikationen im Bereich des Gesundheitswesens. Branchenbericht zum Projekt Trendqualifikation als Basis zur Früherkennung von Qualifikationsentwicklungen, Halle (Saale) 2002.

Bullinger, H.-J., Spath, D., Warnecke, H.-J., Westkämper, E., (Unternehmensorganisation 2009), Handbuch Unternehmensorganisation. Strategien, Planung, Umsetzung, 3., neu bearbeitete Auflage, Heidelberg 2009.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Gesundheitszustand 2010), Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Gesundheitszustand in Prozent. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Bonn 2010, http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/1/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_28/D.466/24588, 22.12.2011.

Akerlof, G.A., (Lemons 1970), The market for "Lemons": Quality uncertainty and the market mechanism, in: Quarterly Journal of Economics, vol. 84, no. 3, 1970, pp. 488-500.

Alparslan, A., (Prinzipal-Agent-Theorie 2006), Strukturalistische Prinzipal-Agent-Theorie. Eine Reformulierung der Hidden-Action-Modelle aus der Perspektive des Strukturalismus, Diss. Wiesbaden 2006.

Anzengruber, M., (Konsumverhalten 2007), Sozial orientiertes Konsumverhalten im Lebensmittelhandel. Ein Vergleich junger Deutscher mit gleichaltrigen Deutschtürken, Diss. Wiesbaden 2008.

Barth, H., (Prognoseverfahren 1984), Prognoseverfahren, in: Controller Magazin, 3/1984, S. 113-126.

Bea, F.X., Friedl, B., Schweizer, M., (Betriebswirtschaftlehre 2005), Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Bd. 2: Führung, 9. Auflage, Stuttgart 2005.

Bea, F.X., Haas, J., (Management 1997), Strategisches Management, 2. Auflage, Stuttgart 1997.

Bea, F.X., Haas, J., (Management 2005), Strategisches Management, 4. Auflage, Stuttgart 2005.

Becker, J., Schütte, R., (Handelsinformationssysteme 2004), Handelsinformationssysteme, 2., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, Frankfurt (M.) 2004.

Beeres, M., (E-Health 2001), E-Health, E-Commerce und E-Procurement im Gesundheitswesen, in: Kreyher, V.J., (Hrsg.), Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren, Heidelberg 2001, S. 165-186.

Berkermann, U., Eckert-Kömen, J., Heffels, A., Kramer-Huber, K., Matuschke, M., Steiner, M., (Gesundheitsbranche 2007), Die Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention, Brüggen 2007.

Biendarra, I., Weeren, M., (Gesundheit 2009), Gesundheit- Gesundheiten? Eine Orientierungshilfe, Wiesbaden 2009.

Bizenberger, R., (Debt 2008), Informal Private Debt. Ein Beitrag zur innovativen Finanzwirtschaft von Unternehmen, Wiesbaden 2008.

Borgetto, B., Kälble, K., (Medizinsoziologie 2007), Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem, München 2007.

Braasch, P., (Gesundheitswesen 1998), Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung, 3. Auflage, Köln 1998.

Brandt, D., (Kompetenzentwicklung 2003), Kompetenzentwicklung 2003. Technik-Gesundheit-Ökonomie, Berlin 2003.

Brillinger, C., Meier, S., (Ungleichbehandlung 2009), Die Ungleichbehandlung von Patienten im

deutschen Gesundheitssystem, in: Kramer, J.W., Neumann-Szyszka, J., Nitsch, K.W., Prause, G., Weigand, A., Winkler, J., (Hrsg.), Wismarer Schriften zu Management und Recht, Bd. 27, Bremen 2009.

Bruhn, M., (Marketing 2007), Marketing. Grundlagen für Studium und Praxis, 8. Auflage, Wiesbaden 2007.

Bundesministerium der Justiz, (Grundgesetz 2010), Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Berlin 2010, http://www.gesetze-im-internet.de/gg/index.html, 23.10.2011.

Bundesministerium für Gesundheit, (Krankenversicherung 2010), Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand im Jahresdurchschnitt 2009, Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13 Stand: 06/2010, Bonn 2010, http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_151/nn_1193098/-SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/GesetzlicheKrankenversicherung/Mit-glieder-undVersichete/Jahredurchschnitt2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Jahredurchschnitt2009.pdf, 11.10.2011.

Bürger, C., (Kommunikation 2003), Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen, München 2003.

Busse, D., (Innovationsmanagement 2005), Innovationsmanagement industrieller Dienstleistungen. Theoretische Grundlagen und praktische Gestaltungsmöglichkeiten, Diss. Wiesbaden 2005.

Busse, R., Schreyögg, J., Tiemann, O., (Gesundheitswesen 2010), Management im Gesundheitswesen, 2. Auflage, Heidelberg 2010.

Christians, U., (Management 2006), Performance Management und Risiko. Stretegie-umsetzung mit risikointegrierter Balanced Scorecard, Wissenbilanzen und Werttreibernetzen. Methodik und Fallbeispiele aus dem Bankensektor, Berlin 2006.

Conzen, C., Freund, J., Overlander, G., (Pflegemanagement 2009), Pflegemanagement heute. Ökonomie, Personal, Qualität: verantworten und organisieren, München 2009.

Corsten, H., (Wettbewerbsstrategie 1998), Grundlagen der Wettbewerbsstrategie, Leipzig 1998.

De Wit, B., Meyer, R., (Strategy 2010), Strategy: Process, Content, Context. An international perspective, 4th Edition, Andover 2010.

Diefenbach, T., (Kritik 2003), Kritik und Neukonzeption der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre auf sozialwissenschaftlicher Basis, Diss. Wiesbaden 2003.

Disselkamp, M., (Innovationsmanagement 2005), Innovationsmanagement. Instrumente und Methoden zur Umsetzung im Unternehmen, Wiesbaden 2005.

Dörner, D., (Logik 1997), Die Logik des Mißlingens, Reinbek 1997.

Dörnitz, E., (Szenariotechnik 2009), Effizientere Szenariotechnik durch teilautomatische Generierung von Konsistenzmatrizen, Wiesbaden 2009.

Effert, D., (Preisimage 2010), Qualitäts- und Preisimage bei Banken. Strategien zu mehr Ertrag, Wiesbaden 2010.

Enke, M., Reimann, M., (Marketing 2005), Commodity Marketing. Grundlagen und Besonderheiten, Wiesbaden 2005.

Esslinger, S.A., (Gesundheitsversorgung 2009), Neues Denken in der Gesundheitsversorgung Hochbetagter. Vernetzung und Kooperation im Blickwinkel der Strukturation, Wiesbaden 2009.

Fahey, L., Randall, R.D., (Scenario 1998), What is Scenario Learning, in: Fahey, L., Randall, R.D., (Hrsg.), Learning From The Future, New York/Chichester/Weinheim 1998, S. 3-21.

Fendt, H., (Gesundheitssystem 2008), Szenario Gesundheitssystem 2025, München 2008.

Fink, A., Schalke, O., Siebe, A., (Szenario-Management 2001), Erfolg durch Szenario-Management. Prinzip und Werkzeuge der strategischen Vorausschau, Frankfurt (M.)/New York 2001.

Fink, A., Schlake, O., Siebe, A., (Szenario-Management 2002), Erfolg durch Szenario-Management. Prinzip und Werkzeuge der strategischen Vorausschau, Frankfurt (M.) 2002.

Fink, A., Siebe, A., (Zukunftsmanagement 2006), Handbuch Zukunftsmanagement. Werkzeuge der strategischen Planung und Früherkennung, Bielefeld 2006.

Franz, D., (Versorgung 2009), medizinische Versorgung, in: in: Roeder, N., Hensen, P., (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch, Köln 2009, S. 185-222.

Freund, K., (Mensch 2010), Fallbuch Alter Mensch. Vernetzt denken – Pflege verstehen, München 2010.

Gausemeier, J., Fink, A., (Führung 1999), Führung im Wandel – Ein ganzheitliches Modell zur zukunftsorientierten Unternehmensgestaltung, München/Wien 1999.

Gausemeier, J., Fink, A., Schlake, O., (Szenario-Management 1995), Szenario-Management. Planen und Führen mit Szenarien, München/Wien 1995.

Geisler, L., (Plädoyer 2003), Plädoyer für eine „Neuen Arzt". Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel, in: Dr. med. Mabuse 2003, nr. 142, S. 34-37.

Gerken, G., (Trends 1990), Die Trends für das Jahr 2000: Die Zukunft des Business in der Informations-Gesellschaft, 2. Auflage, Düsseldorf 1990.

Geschka, H., (Scenarios 1992), Scenarios as a Basic of Innovation Strategies, in: Geschka, H., Hammer, R., (Hrsg.), Innovation Strategies – Theoretical Approaches – Experiences – Improvements, Amsterdam 1992, S. 105-119.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Arzneimittel 2010), Arzneimittel nach Roter Liste, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet wurden (definierten Tagesdosen (DDD) je Versichertem in der GKV). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Altersgruppen, Art des Arzneimittels, Bonn 2010, http://www.gbebund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/-WS0100/_XWD_PROC?_XWD_488/1/-XWD_CUBE.DRILL/_XWD_514/D.000/3722, 22.10.2011.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Beitragssätze 2010), GKV, Beitragssätze und beitragspflichtige Einnahmen, http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9095&sucstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gastd&p_lfd_nr=1&p_news=&p_aid=97503938&hlp_nr=1&p_janein=J, 21.10.2011.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Bevölkerung 2010), Indikator 2.3 des Indikatorensatzes der GBE der Länder: Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres nach Alter und Geschlecht, Region, ab 1990, Bonn 2010, http://-www.gbebund.de/oowa921install/-servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=7935544&nummer=561&p_sprache=D&p_indsp=729&p_aid=59958982, 21.10.2011.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Gesundheit 2006), Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show-_pdf?p_id=9965&p_sprache=D, 20.10.2011.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010), Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger, Bonn 2010, http://www.gbebund.de-/oowa921 install/servlet/oowa-/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd-_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid-=77047660&nummer=85&p_sprache=D&p_indsp=758&p_aid=33983945, 19.10.2011.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Großgeräte 2010), Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl und Dichte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart / Bettenzahl / Art der Zulassung / Anzahl der Fachabteilungen / Träger), Bonn 2010, http://www.gbebund.de-/oowa921install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=2&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_28&D.000=PAGE&D.001=PAGE&D.922=DOWN&D.100=ACROSS&D.599=ACROSS, 22.10.2011.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Krankenversicherung 2010), Indikator 10.21 des Indikatorensatzes der GBE der Länder: Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Mrd. €, Deutschland, ab 1994, Bonn 2010, http://-www.gbebund.de/oowa921install/-servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=57418295&nummer=627&p_sprache=D&p_indsp=828&p_aid=95539021, 21.10.2011.

Gienke, H., Kämpf, R., (Produktion 2007), Handbuch Produktion. Innovatives Produktionsmanagement: Organisation, Konzepte, Controlling, München 2007.

Godet, M., (Scenarios 1987), Scenarios and Strategic Management, Hartnoll 1987.

Goldfarb, D.L., Huss, W.R., (Scenarios 1988), Building Scenarios for an Electronic Utility, in: Long Range Planning (LRP), vol. 21, no. 2, 1988, pp. 78-85.

Gothaer Krankenversicherung AG, (Gesetz 2004), Informationen zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), Nr. 110213, Köln 2004, http://www.medigroup.gothaer.de/media/pgk_media/dokumente/PKGD5.pdf-?IM=, 13.10.2011.

Götze, U., (Szenario-Technik 1990), Szenario-Technik in der strategischen Unternehmensplanung, Diss. Göttingen 1990**.**

Götze, U., (Szenario-Technik 1993), Szenario-Technik in der strategischen Unternehmensplanung, 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden 1993.

Grätz, M., (Zukunftsmarkt 2001), Zukunftsmarkt Internet – Stand und Perspektiven des Sportsponsoring im Internet, Bd. 10, Münster 2001.

Gudehus, T., (Logistik 2005), Logistik. Grundlagen, Strategien und Anwendungen, 4., aktualisierte Auflage, Heidelberg 2005.

Guràu, C., (Strategies 2007), Porter's generic strategies: a re-interpretation from a relationship marketing perspective, in: The Marketing Review, vol. 7, no. 4, pp. 369-383.

Güssow, J., (Versorgungsstrukturen 2006), Vergütung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, München 2006.

Gutjahr, G., (Gesundheitswesen 2001), Deutsches Gesundheitswesen – quo vadis?, Mannheim 2001.

Häckl, D., (Gesundheitswesen 2010), Neue Technologien im Gesundheitswesen. Rahmenbedingungen und Akteure, Diss. Wiesbaden 2010.

Hahn, O., (Patient 2005), Patient Relationship Management. Ein CRM-Ansatz für die pharmazeutische Industrie, Wiesbaden 2005.

Harms, F., Drüner, M., (Pharma-Marketing 2003), Pharma-Marketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert, Stuttgart 2003.

Hass, P., (Gesundheitstelematik 2006), Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potenziale, Heidelberg 2006.

Hasselberg, F., (Kontrolle 1989), Strategische Kontrolle im Rahmen strategischer Unternehmensführung, Frankfurt (M.) 1989.

Haunerdinger, M., Probst, H.-J., (BWL 2008), BWL – leicht gemacht. Die wichtigsten Instrumente und Methoden der Unternehmensführung, Leipzig 2008.

Heigl, A., (Gesundheitsmarkt 2003), Gesundheitsmarkt 2013, München 2003.

Heinze, R.G., (Wandel 2006), Wandel wider Willen. Deutschland auf der Suche nach neuer Prosperität, Wiesbaden 2006.

Henke, K.-D., (Gesundheitswirtschaft 2008), Von der qualitativen zur quantitativen Erfassung der Gesundheitswirtschaft, in: Statistisches Bundesamt, 17. Kolloquium, Wiesbaden 2008, S. 1-14, http://www.tu-dresden.de/goez/dokumente/metaforumz-weiterband.pdf, 15.10.2011.

Hesseken, G., (Gesundheitsreform 2009), Wegweiser Gesundheitsreform – Praxisgebühr. Zuzahlungen und weitere Neuregelungen, Berlin 2009.

Hilbert, J., Fretschner, R., Dülberg, A., (Rahmenbedingungen 2002), Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft, Gelsenkirchen 2002.

Hungenberg, H., Wulf, T., (Unternehmensführung 2007), Grundlagen der Unternehmensführung, 3. Auflage, Leipzig 2007.

Käfer, G., (Gesundheitsmarkt 2007), Tickt Marke im Gesundheitsmarkt anders?, in: Gesamtverband Kommunikation (Hrsg.), HealthCare Kommunikation, Frankfurt am Main 2007, S. 11-15.

Kahn, H., (Zukunft 1975), Angriff auf die Zukunft, Reinbek 1975.

Kahn, H., Wiener, A.J., (Framework 1967), The Year 2000: A Framework for Speculation on the Next Thirty-Three Years, New York 1967.

Kartte, J., Neumann, K., (Gesundheitsmarkt 2007), Der Zweite Gesundheitsmarkt. Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen, München 2007.

Kartte, J., Neumann, K., Kainzinger, F., Henke, K.-D., (Innovation 2005), Innovation und Wachstum, in Roland Berger View, München 2005, http://www.hem.bwl.uni-muenchen.de/studium/download/gs_puo/rb_studie.pdf, 19.10.2011.

Kartte, J., Neumann, K., Schneider, A., (Gesundheitsunternehmen 2009), Krankenkassen auf dem Weg zum Gesundheitsunternehmen, München 2009.

Keitel, T., (Risikomanagements 2008), Factoring als Instrument des Risikomanagements im Projektgeschäft, Diss. Wiesbaden 2008.

Kerres, A., (Pflegemanagement 2005), Gesamtlehrbuch Pflegemanagement, Heidelberg 2005.

Kirk, W., (Pubic Management 2010), Public Management – Die Gestaltung von Dienstleistungen im allgemeinen Interesse – Prozessmanagement, Bd. 8, Noderstedt 2010.

Kleinfeld, A., (Krankenhausmanagement 2002), Menschenorientiertes Krankenhausmanagement, Wiesbaden 2002.

Kölking, H., (Gesundheitswirtschaft 2007), DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft, Stuttgart 2007.

Kollmann, T., (E-Entrepreneurship 2009), E-Entrepreneurship. Grundlagen der Unternehmensgründung in der Net Economy, 3. Auflage, Wiesbaden 2009.

Kotler, P., (Marketingmanagement 1989), Marketingmanagement. Analyse, Planung und Kontrolle, 4., völlig neubearbeitete Auflage, Stuttgart 1989.

Krausz, S., (Unternehmenspolitik 2002), Strategische Unternehmenspolitik von Erstversicheren unter Verbindung von Zielgruppen-Marketing und Kernkompetenz-Management, Leipziger Schriften zur Versicherungswissenschaft, Heft. 4, Leipzig 2002.

Kreibich, R., Schaffer, A., Trapp, C., Burmeister, K., (Zukunftsforschung 2002), Zukunftsforschung in Unternehmen. Eine Studie zur Organisation von Zukunftswissen und Zukunftsgestaltung

in deutschen Unternehmen, in: Sekretariat für Zukunftsforschung, Ausg. 33, Berlin 2002, S. 1-66.

Kresin, M., (Gesundheit 2010), Die Bedeutung des Internets bei Fragen zur Gesundheit, in: imedo.de 2010, http://blog.imedo.de/2010/04/23/die-bedeutung-des-internets-bei-fragen-zur-gesundheit/, 22.12.2011.

Kreutzer, R.T., (Marketing 2010), Praxisorientiertes Marketing. Grundlagen – Instrumente – Fallbeispiele, 3. Auflage, Wiesbaden 2010.

Kreyher, J.V., (Medizinmarketing 2001), Gesundheits- und Medizinmarketing – Herausforderungen für das Gesundheitswesen, in: Kreyher, V.J., (Hrsg.), Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren, Heidelberg 2001, S. 1-51.

Krystek, U., Müller-Stewens, G. (Frühaufklärung 1993), Frühaufklärung für Unternehmen: Identifikation und Handhabung zukünftiger Chancen und Bedrohungen, Stuttgart 1993.

Lukas, A., (Unternehmensbewertung 2004), Unternehmensbewertung und intellektuelles Kapital. Preisfindung im Mergers & Acquisitions-Prozess, Berlin 2004.

MacKay, B., McKiernan, P., (Future 2006), Back to the Future. History and the Diagnosis of Environmental Context, in: Studies of Management & Organisation, vol. 36, no. 3, 2006, S. 93-109.

MacNulty, C.A.R., (Scenario 1977), Scenario Development for Corporate Planning, in: futures, vol. 9, no. 2, 1997, pp. 128-138.

Maier, M., (Medienmanagement 2002), Medienmanagement als strategisches Management, in: Karmasin, M., Winter, C., (Hrsg.), Grundlagen des Medienmanagements, München 2002, S. 59-90.

Malorny, C., Schwarz, W., (Kreativitätswerkzeuge 1997), Die Sieben Kreativitätswerkzeuge (K7): Innovationsfähigkeit stärken, in: Biermann, T., Dehr, G., (Hrsg.), Innovation mit System, Heidelberg 1997, S. 79-87.

Marburger, H., (SBG 2007), SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung. Textausgabe mit ausführlicher Kommentierung, 5., aktualisierte Auflage, Regensburg 2007.

Mathieu, A., (Strategie 2004), Strategie im High-Velocity-Märkten. Konzeptionalisierung, Operationalisierung und Erfolgswirkung, Diss. Wiesbaden 2004.

Mauthe, K.D., (Analyse 1984), Strategische Analyse. Darstellung und kritisches Würdigung bestehender Ansätze zur strategischen Unternehmens- und Umweltanalyse, München 1984.

Merz, F., (Gesundheit 2008) Wachstumsmotor Gesundheit, München 2008.

Mesarovic, M., Pestel, E., (Wendepunkt 1974), Menschheit am Wendepunkt: 2. Bereicht an den Club of Rome zur Weltlage, Stuttgart 1974.

Meyer-Schönherr, M., (Szenario-Technik 1992), Szenario-Technik als Instrument der strategischen Planung, Ludwigsburg/Berlin 1992.

Morschett, D., (Handelsmarketing 2002), Retail-Branding und integriertes Handelsmarketing. Eine verhaltenswissenschaftliche und wettbewerbsstrategische Analyse, Wiesbaden 2002.

Müller, B., (Wettbewerbsstrategien 2005), Porters Konzept generischer Wettbewerbsstrategien. Präzisierung und empirische Überprüfung, Diss. Wiesbaden 2005.

Müller, J.-G., (Patient 2008), Der Patient zwischen Reformen, Wirtschaftlichkeit & Lifestyle. Eine Situationsanalyse sowie Handlungsoptionen für die Health-Care-Branche, Hamburg 2008.

Nagel, R., Deutsch, H., (Gesundheitswesen 2008), Trends im Gesundheitswesen, Leipzig 2008.

Oberender, P.O., Hebborn, A., Zerth, J., (Gesundheit 2006), Wachstumsmarkt Gesundheit, 2. Auflage, Stuttgart 2006.

OECD, (Heath 2010), Heath Data 2010. Health expenditure, http://www.ecosante.org/-index2.php?base=OCDE&langs=ENG&langh=ENG, 16.10.2011.

Pechlaner, H., Tschurtschenthaler, P., Peters, M., Pikkemaat, B., Fuchs, M., (Innovation 2005), Erfolg durch Innovation. Perspektiven für den Tourismus- und Dienstleistungssektor, Wiesbaden 2005.

Pesch, J., (Marketing 2010), Marketing, 2. Auflage, Freiburg 2010.

Pfaff, D., (Competitive 2005), Competitive Intelligence in der Praxis. Mit Informationen über Ihre Wettbewerber auf der Überholspur, Frankfurt (M.) 2005.

Pfähler, W., Wiese, H., (Unternehmensstrategien 2008), Unternehmensstrategien im Wettbewerb. Eine spieltheoretische Analyse, 3. Auflage, Heidelberg 2008.

Picot, A., Doeblin, S., (Innovationsführerschaft 2009), Innovationsführerschaft durch Open Innovation. Chancen für die Telekommunikations-, IT- und Medienindustrie, Heidelberg 2009.

Pillkahn, U., (Szenarien 2007), Trends und Szenarien als Werkzeuge zur Strategieentwicklung. Wie Sie die unternehmerische und gesellschaftliche Zukunft planen und gestalten, Erlangen 2007.

Popp, W., (Kontrollmethoden 1993), Planungs- und Kontrollmethoden, in: Wittmann, W., Kern, W., Köhler, R., Küpper, H.-U., Wysocki, v. K., (Hrsg.), Handwörterbuch der Betriebswirtschaftslehre, 5., völlig neu gestaltete Auflage, Stuttgart 1993, S. 321-339.

Porter, M.E., (Competitive 1985), Competitive advantage. Creating and sustaining superior performance, New York 1985.

Porter, M.E., (Strategy 1980), Competitive Strategy. Techniques for anayzing industries and competitors, New York 1980.

Rathnow, P.J., (Management 2010), Management weltweit. Mit praxiserprobten Instrumenten zu Spitzenleistung, München 2010.

Rebscher, H., (Gesundheitsökonomie 2006), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Festschrift für Günter Neubauer, Tübingen 2006.

Reibnitz, U.v., (Szenario-Technik 1991), Szenario-Technik: Instrumente für die unternehmerische und persönliche Erfolgsplanung, 2. Auflage, Wiesbaden 1991.

Reinspach, R., (Management 2001), Strategisches Management von Gesundheitsbetrieben. Grundlagen und Instrumente einer entwicklungsorientierten Unternehmensführung, München 2001.

Rosenstiel, L.v., Pieler, D., Glas, P., (Kompetenzmanagement 2004), Strategisches Kompetenzmanagement. Von der Strategie zur Kompetenzentwicklung in der Praxis, Wiesbaden 2004.

Schäfer, C., (Patient 2009), Patient Relationship Management als Multi-Stakeholder-Konzept. Erarbeitung interner und externer Erfolgsfaktoren, Hamburg 2009.

Scharf, A., Schubert, B., (Marketing 2001), Marketing. Einführung in Theorie und Praxis, 3. Auflage, Stuttgart 2001.

Schmidt-Wilke, J., (Gesundheitswesen 2004), Nutzenmessung im Gesundheitswesen. Analyse der Instrumente vor dem Hintergrund zielfunktionsabhängiger Informationsverwendung, in: Becker, W., Weber, J., (Hrsg.), Unternehmensführung & Controlling, Wiesbaden 2004.

Schneider, D., (Betriebswirtschaftslehre 2004), Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre. Kompaktes Basiswissen, Norderstedt 2004.

Schneider, U., (Informationsasymmetrien 2002), Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikation für die GKV, in: DIW Berlin, ausg. 4, nr. 71, Berlin 2002, S. 447-458.

Schneider, W., (Marketing 2007), Marketing, Heidelberg 2007.

Schoder, J., Zweifel, P., (Konzepte 2009), Managed-Care-Konzepte und Lösungsansätze – Ein internationaler Vergleich aus schweizerischer Sicht, in: in: Amelung, V., Sydow, J., Windeler, A.,

(Hrsg.), Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart 2009, S. 149-166.

Schoemaker, P.J.H., (Scenario 1995), Scenario Planning: A Tool for Strategic Thinking, in: Sloan Management Review, vol. 3, no. 37, pp. 25-40.

Schögel, M., (Marketing 2005), Kooperationsmöglichkeiten im Marketing: Eine empirische Untersuchung, Habilitationsschrift Wiesbaden 2005.

Scholz, S., (Geschäftsmodelle 2010), Geschäftsmodelle für Grid Computing in der Medizin und der Biomedizin, Köln 2010.

Schwarte, D., (Gesundheitswesen 2009), öffentliches Gesundheitswesen, in: Roeder, N., Hensen, P., (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch, Köln 2009, S. 223-232.

Schwartz, P., (Art 1991), The Art of the Long View. Planning for the Future in a Uncertain World, New York 1991.

Schwarz, J.O., (Zukunft 2006), Die Zukunft der Zukunftsforschung im Deutschen Management: Eine Delphi Studie, Köln 2006.

Speck, P., (Bedarfsplanung 1989), Auszubildenden Bedarfsplanung mit Hilfe der Szenario-Technik, in: Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung (zfbf), ausg. 41, nr. 3, 1989, S. 235-244.

Specke, H. K., (Gesundheitsmarkt 2005), Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten-Fakten-Akteure, 3., vollständig überarbeitete Auflage, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2005.

Statistisches Bundesamt, (Bevölkerungsstand 2008), Bevölkerungsstand am 31.12. 2008 nach Geschlecht - in 1 000, Wiesbaden 2008, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.psml;jsessionid=CD690CB693E078A75BE5A52B5E626D05.internet, 11.10.2011.

Statistisches Bundesamt, (Gesundheitsbericht 1998), Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, (Gesamtrechnung 2010), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR) der Länder – Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in den Ländern und Ost-West-Großraumregionen Deutschlands 1991 bis 2009, Reihe 2, Kreisergebnisse Band 1, Stuttgart 08/2010, https://wwwec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?-cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1025532, 17.10.2011.

Steinhoff, C., (Risiken 2008), Quantifizierung operationaler Risiken in Kreditinstitutionen. Eine Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung von Szenarioanalysen im Rahmen von Verlustverteilungsmodellen, Göttingen 2008.

Strodholz, P., Badura, B., (Gesundheitswesen 2006), Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung, in: Wendt, C., Wolf, C., (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46, Wiesbaden 2006, S. 444-464.

Symantec, (Internet Security 2010), Symantec Global Internet Security Threat Report – Trends for 2009, Californien 2010, http://eval.symantec.com/mktginfo/enterprise/white_papers/b-whitepaper_internet_security_threat_report_xv_04-2010.en-us.pdf, 17.10.2011.

Tessun, F., (Szenarien, 1998), Einsatz von Szenarien in der Unternehmensplanung zur besseren Gestaltung der Zukunft, in: Planung & Analyse, 3/98, S. 40-45.

Thom, N., Etienne, M., (Innovationsklima 2000), Organisatorische und personelle Ansatzpunkte zur Förderung eines Innovationsklimas im Unternehmen, in: Häfliger, G.E., Meier, J.D., (Hrsg.), Aktuel-

le Tendenzen im Innovationsmanagement, Festschrift für Werner Popp zum 65. Geburtstag, Heidelberg 2000, S. 269-282.

Van der Heijden, K., (Scenarios 2005), The Art of Strategic Conversation, 2nd Edition, Hoboken 2005.

Vergnaud, M., (Beschwerdemanagement 2002), Beschwerdemanagement. Leistungssteigerung durch Kundenkritik, Stuttgart 2002.

Verity, J., (Scenario 2003), Scenario planning as a strategy technique, in: European Business Journal, vol. 37, no. 6, 2003, S. 185-195.

Vester, F. (Kunst 1999), Die Kunst vernetzt zu denken, 2. Auflage, Stuttgart 1999.

Weatherly, J.N., (Kooperationen 2009), Berufsfeldübergreifende Kooperationen im Gesundheitswesen – Das Beispiel eines psychiatrischen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), in: Amelung, V., Sydow, J., Windeler, A., (Hrsg.), Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart 2009, S. 385-397.

Weber, K., (Wirtschaftsprognostik 1990), Wirtschaftsprognostik, München 1990.

Wegmann, K., Kluza, B., (Zukunft 1998), Gedanken zur chinesischen Zukunft, Band 3, Münster 1998.

Wirtz, B.W., (Direktmarketing 2005), Integriertes Direktmarketing. Grundlagen – Instrumente – Prozesse, Wiesbaden 2005.

Witte, E., (Promotoren-Modell 1999), Das Promotoren-Modell, in: Hausschildt, J., Gemünden, H.G., (Hrsg.), Promotoren. Champions der Innovation, 2. Auflage, Wiesbaden 1999, S. 9-42.

Wördenweber, B., Wickord, W., (Innovationsmanagement 2008), Technologie- und Innovationsmanagement im Unternehmen, 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Heidelberg 2008.

Wulf, T., Meissner, P., Stubner, S., (Strategic 2010), A Scenario-based Approach to Strategic Planning. Integrating Planning and Process Perspective of Strategy, Leipzig 2010.

Zacharias, C., Horst, K.W.T., Witt, K.-U., Sommer, V., Ant, M., Essmann, U., Mülheims, L., (Forschungsspitzen 2009), Forschungsspitzen und Spitzenforschung. Innovationen an der Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg, Heidelberg 2009.

Zemke, C., (Schwerpunkt 2008), Schwerpunkt Gesundheitswirtschaft, in: Magazin für Wirtschaft und Finanzen, ausg. 08/2008, nr. 61, S. 1-28.

Zentes, J., Morschett, D., (Online-Kooperationen), Horizontale und vertikale Online-Kooperationen im Vertrieb, in: Büttgen, M., Lücke, F., Online-Kooperationen. Erfolg im E-Business durch strategische Partnerschaft, Wiesbaden 2003, S. 223-245.

Anhang

Anhang 1: Ausgewählte Struktur- und Gesundheitsreformen 1997-2008

Gesetz	Ausgewählte Änderungen
1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1. und 2. GKV-NOG), 01.07.1997	▪ Erhöhung der Zuzahlung für Verband-, Heil- und Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte und Fahrtkosten
Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG), 01.01.1999	▪ Reduzierung der Zuzahlungen für Arzneimittel
Gesundheitsreform 2000, 01.01.2000	▪ Stärkung der Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation ▪ Förderung von Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen durch die gesetzliche KV
Arzneimittelbudgetablösungsgesetz (ABAG), 01.01.2002	▪ Abschaffung des Heilmittel- und Arzneimittelbudgets
Beitragssicherungsgesetz (Beitragssicherungsgesetz (BSSichG), 01.01.2003	▪ Verbot von Beitragssatzanhebungen der Krankenversicherungen ▪ Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GMG), 01.01.2004	▪ Ab 01.07.2005 zusätzliche Beitragssatzanhebung von 0,9% der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen ▪ Zuzahlungsregeln für Arzneimittel: 10% der Kosten (min. 5 €.) ▪ Einführung einer Praxisgebühr: einmalig 10 € je Quartal ▪ Begrenzung der KV-Verwaltungskosten
Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), 01.05.2006	▪ Zweijähriger Preisstopp für Arzneimittel die zur Lasten der GKV verordnet werden
Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), 01.04.2007	▪ Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland (ab 01.01.2009) ▪ Schaffung der „Gesundheitsfonds“ mit Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes ab dem 01.01.2009 für alle Krankenkassen
Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfWG), 01.07.2008	▪ Schrittweise Anhebung der Sätze für ambulante Sachleistungen ▪ Erhöhung des Beitragssatzes auf 1,95% (2,2% bei Kinderlosen) des Bruttoeinkommens

Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Häckl, D., (Gesundheitswesen 2010), S. 4 sowie Gothaer Krankenversicherung AG, (Gesetz 2004), S. 4.

Anhang 2: Potentielle Einflussfaktoren in der Healthcare-Branche (Teil 1 von 3)

Autor	Einflussfaktoren	Quelle
KARTTE, et al.	Individualisierte Gesundheitsversorgung Gesundheitsinteresse Gesundheitsorientierung Flexibilität der Akteure Kosten der Gesundheit Eigenverantwortung/Selbsthilfe Nachfrage nach Gesundheitsleistungen Nachfrage nach Informationen über Gesundheitsangeboten Markttransparenz (Informationen über die Qualität der Ärzte) Demografische Entwicklung Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer Kostenverlagerung in den privaten Sektor (Leistungsausgrenzung aus dem Leistungs Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Apotheker auf Orginalpräperate Kooperationsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenversicherungen Internationalisierung der Aktivitäten Wettbewerb Grenzüberschreitender Austausch von Gesundheitsdienstleistungen Finanzierung der sozialen Sicherungssystemen Lifestyle und Nachhaltigkeit Patientenorientierung Qualitätsorientierung	Kartte, J., et al., (Gesundheitsunternehmen 2009), S. 144-145.
BERKERMANN	Demografische Entwicklung Medizinisch-technischer Fortschritt Gesundheitsverständnis der Bevölkerung Lebensqualität Versorgungsqualität Zugriff auf Informationen von Ärzten und Patienten eHealth Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	Berkermann, U., (Gesundheitsbranche 2007), S. 6-8.
KREYHER	Gesundheitsorientierung Versorgungsqualität Patientenorientierung Informationsorientierung Lebensqualität	Kreyher, V.J., (Medezinmarketing 2001), S. 28-46.
KÄFER	Markenorientierung Gesundheitsverständnis der Bevölkerung Lifestyle und Nachhaltigkeit	Käfer, G., (Gesundheitsmarkt 2007), S. 11-15.

Quelle: Eigene Erstellung.

Anhang 3: Potentielle Einflussfaktoren in der Healthcare-Branche (Teil 2 von 3)

Autor	Einflussfaktoren	Quelle
HEIGL	Gesundheitsausgaben Demografischer Wandel Medizinsch-technischer-Fortschritt Nachfrage nach Gesundheitsleistungen Normen und Werthaltungen der Gesellschaft Bereitschaft in die Gesundheit zu investieren Kaufkraft der Nachfrager Anteil der chronisch kranken Patienten Lebenswerwartung Gesundheitszustand Präferenzen der Nachfrage Gesundheitsangebot Wellness und Antiaging Spezialisierung Ressourcenknappheit Globalisierung Virtualisierung (eHealth)	Heigl, A., (Gesundheitsmarkt 2003), S. 11-15.
NAGEL, et al.	Demografische Entwicklung Medizinisch-technischer Fortschritt Kundenbedürfnisse Marktdynamik Internationalisierung Regulatorischen Rahmenbedinngungen	Nagel, R., et al., (Gesundheitswesen 2008), S. 3-7.
GUTJAHR	Health-Ökonomie (Abwägung von Kosten und Nutzen) Bedeutung der Prävention gegenüber der Therapie Emanzipation der Patienten Demografischer Wandel Gesundheitsbedarf Mobilität der Nachfrager Epidemischen Erkrankungen Kosten der Gesundheitsversorgung Medizin-technischer Fortschritt Investitionen im Bereich Gesundheit Gesundheitsbewusstsein der Nachfrager Interesse an Fitness, Wellness und Antiaging Selbstmedikation Konsum von Nahrungsergänzungsmittel Leistungsangebots der Krankenkassen und Leistungserbringern Leistungen im Bereich Diagnose Rollenverständnis der Patienten Einkommenststruktur der Patienten Kostenverlagerung in den privaten Bereich Eigenverantwortung Informationsorientierung Transparenz in der Gesundheitsversorgung Patientenorientierung Markenorientierung	Gutjahr, G., (Gesundheitswesen 2001), S. 3-7.

Quelle: Eigene Erstellung.

Anhang 4: Potentielle Einflussfaktoren in der Healthcare-Branche (Teil 3 von 3)

Autor	Einflussfaktoren	Quelle
GESUNDHEITSBERICHT-ERSTATTUNG DES BUNDES	Gesundheitsprävention und -förderung Qualitätssicherungsiniziativen Beteiligungsmöglichkeiten bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung Informationsversorgung Patientenrechte Patientenorientierung Förderung der Beratungseinrichtungen Förderung von Kompetenznetzen im Internet Demografischer Wandel Pflegebedürftige Krankenhausfälle	Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (Gesundheit 2006), S. 80-200.
ABICHT	Selbsthilfe und Eigendiagnose Netzwerke und Netdoctors Gesundheit und Wellness Zahlungsbereitschaft Gesundheitsausgaben Demografischer Wandel Medizin-technischer Fortschritt Stellenwert der Gesundheit in der Bevölkerung Gesundheitsförderungen Lebensqualität Digitalisierung von Informationen Sparmaßnahmen der Regierung Leistungseinschränkung Kostenverlagerung in den privaten Bereich Globalisierung Wettbewerb Lebenserwartungen Gesundheitsaktivitäten Informationstechnologien Patientenorientierung Spezialisierung Gesundheitsprävention	Abicht, L., et al., (Trendqualifikationen 2002), S. 7-15.
CONZEN, et al.	Reformbestrebungen Staatliche Interventionen Finanzierung des Gesundheitssystems Gesundheitsfonds Wettbewerbsstärkungsgesetz Gesundheitsprämie Bürgerversicherungen Vergütungssyteme (Hausarzt & Fachärzte)	Conzen, C., et al., (Pflegemanagement 2009), S. 25-31.

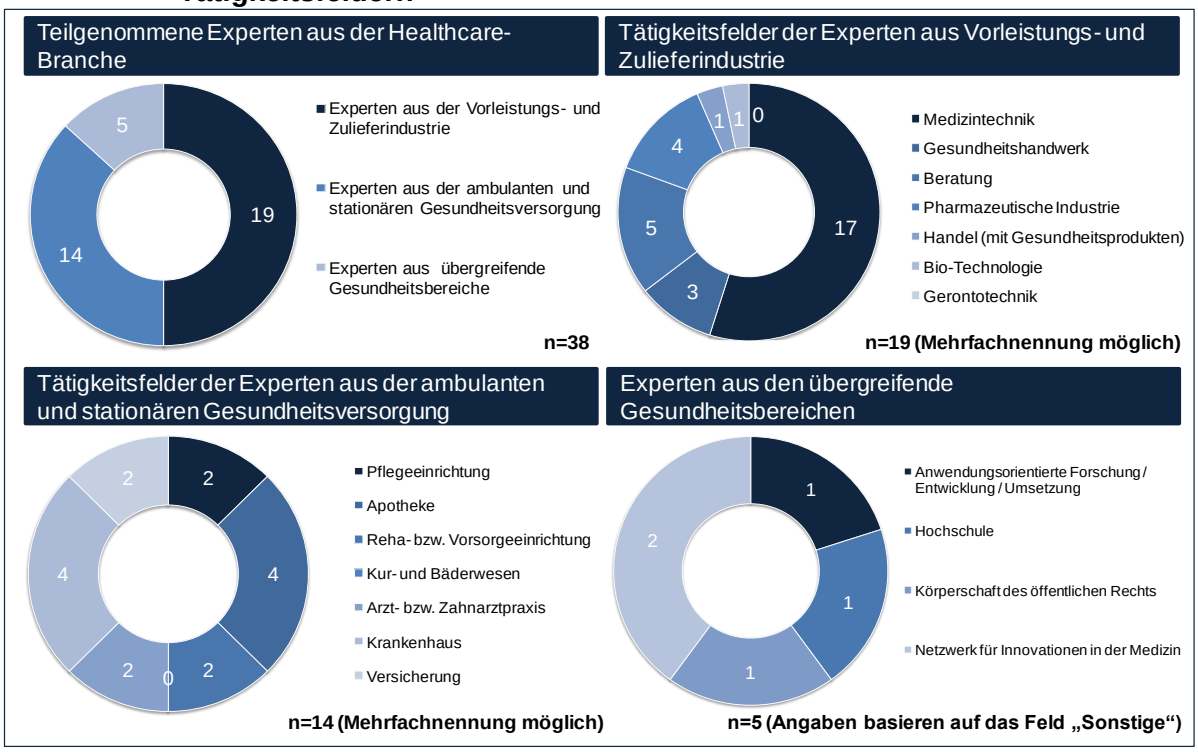
Quelle: Eigene Erstellung.

Anhang 5: Rücklauf der Expertenbefragung

Befragte Experten	42	100%
Experten die online angeschreiben wurden	36	86%
Fragebogen wurde vollständig beantwortet	**32**	**89%**
Experten die Face-to-Face befragt wurden	6	14%
Fragebögen wurde vollständig beantwortet	6	100%

Quelle: Eigene Erstellung.

Anhang 6: Aufteilung der Experten nach deren Branchenzugehörigkeit und deren Tätigkeitsfeldern



Quelle: Eigene Erstellung.

Anhang 7: Auswertung der Expertenevaluierung nach Bedeutung und Unsicherheit (Teil 1 von 2)

	Experten der Healthcare-Branche insgesamt (n=38)										Experten aus der Vorleistungs- und Zulieferindustrie (n=19)									
	Bedeutung					Unsicherheit					Bedeutung					Unsicherheit				
Einflussfaktoren	Ø	1	2	3	4	Ø	1	2	3	4	Ø	1	2	3	4	Ø	1	2	3	4
Beschäftigungsentwicklung	**2,6**	2	14	18	4	**2,0**	6	25	7	0	**2,6**	1	8	8	2	**1,9**	3	14	2	0
Einkommen der Bevölkerung	**3,2**	1	5	18	14	**2,5**	4	16	12	6	**3,1**	1	2	11	5	**2,5**	2	9	5	3
Kosten für Gesundheitsleistungen	**3,5**	0	1	17	20	**3,1**	1	7	19	11	**3,6**	0	0	7	12	**3,2**	1	3	7	8
Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	**3,4**	0	1	22	15	**2,6**	3	13	18	4	**3,4**	0	0	11	8	**2,7**	2	5	9	3
Öffentliche Gesundheitsausgaben	**3,5**	0	2	15	21	**3,2**	0	4	21	13	**3,6**	0	1	5	13	**3,3**	0	2	9	8
Private Gesundheitsausgaben	**3,1**	1	9	15	13	**2,8**	0	14	17	7	**2,9**	0	6	8	5	**2,9**	0	6	8	5
Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung	**3,2**	3	6	10	19	**2,7**	2	11	20	5	**3,1**	2	3	6	8	**2,8**	1	5	9	4
Eigenverantwortung der Bevölkerung	**2,6**	2	17	13	6	**2,4**	3	21	11	3	**2,5**	1	9	8	1	**2,5**	1	10	6	2
Globalisierung	**2,7**	2	14	16	6	**1,8**	13	20	4	1	**2,6**	2	6	8	3	**1,9**	6	10	2	1
Patientenrechte	**2,3**	2	23	11	2	**2,1**	5	24	8	1	**2,2**	1	13	5	0	**2,2**	3	11	4	1
Reformbestrebungen	**3,2**	1	6	17	14	**3,4**	1	1	16	20	**3,0**	1	4	8	6	**3,4**	1	1	6	11
Vertragsgestaltung (Disease-Management)	**3,1**	0	5	25	8	**2,8**	0	11	25	2	**3,0**	0	3	13	3	**2,8**	0	6	11	2
Wettbewerbsstärkungsgesetz	**2,9**	1	8	22	7	**2,8**	2	9	22	5	**2,8**	1	4	11	3	**2,7**	1	6	9	3
Alterstruktur	**3,6**	0	1	14	23	**1,5**	26	8	2	2	**3,6**	0	1	6	12	**1,5**	15	1	1	2
Fitness- Wellness- und Antiaging-Orientierung	**2,3**	3	21	13	1	**1,9**	6	28	4	0	**2,1**	2	13	4	0	**2,0**	2	15	2	0
Gesundheitsprävention	**2,9**	1	9	21	7	**2,4**	1	23	12	2	**2,9**	0	4	13	2	**2,2**	1	14	3	1
Gesundheitsinteresse	**2,8**	1	11	21	5	**2,1**	7	19	12	0	**2,7**	0	6	12	1	**2,1**	4	10	5	0
Gesundheitszustand	**3,2**	0	4	24	10	**3,1**	2	6	16	14	**3,1**	0	2	13	4	**3,3**	1	2	6	10
Lifestyle und Nachhaltigkeit	**2,6**	2	19	10	7	**2,0**	10	19	8	1	**2,6**	0	11	5	3	**1,9**	6	9	3	1
Selbsthilfe und Eigendiagnose	**2,3**	3	22	12	1	**2,1**	5	24	8	1	**2,1**	3	11	5	0	**2,2**	3	11	4	1
eHealth - Digitalisierung der Informationen	**2,9**	1	10	18	9	**2,3**	5	20	11	2	**2,8**	0	6	11	2	**2,3**	2	10	6	1
Medizinisch-technischer-Fortschritt	**3,5**	0	3	14	21	**1,7**	20	12	5	1	**3,6**	0	1	5	13	**1,7**	11	4	3	1
Transparenz über Qualität und Leistung	**3,1**	0	6	21	11	**2,6**	1	16	17	4	**3,1**	0	3	11	5	**2,6**	0	10	7	2
Versorgungsqualität	**3,4**	0	5	13	20	**2,9**	1	12	16	9	**3,5**	0	1	7	11	**2,8**	0	6	10	3

Quelle: Eigene Erstellung.

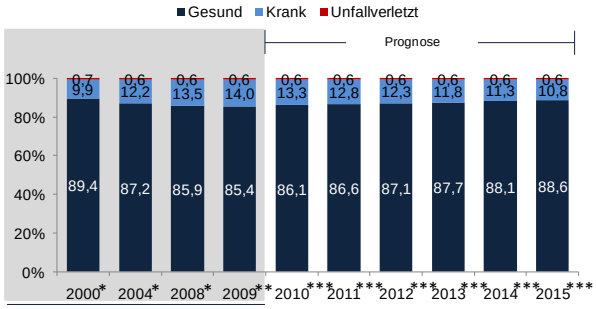
Anhang 8: Auswertung der Expertenevaluierung nach Bedeutung und Unsicherheit (Teil 2 von 2)

	Experten aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung (n=14)										Experten aus den übergreifende Gesundheitsbereiche (n=5)									
	Bedeutung					Unsicherheit					Bedeutung					Unsicherheit				
Einflussfaktoren	Ø	1	2	3	4	Ø	1	2	3	4	Ø	1	2	3	4	Ø	1	2	3	4
Beschäftigungsentwicklung	**2,6**	1	4	8	1	**2,1**	2	8	4	0	**2,8**	0	2	2	1	**2,0**	1	3	1	0
Einkommen der Bevölkerung	**3,3**	0	2	6	6	**2,7**	1	4	7	2	**3,4**	0	1	1	3	**2,2**	1	3	0	1
Kosten für Gesundheitsleistungen	**3,3**	0	1	8	5	**3,0**	0	3	8	3	**3,6**	0	0	2	3	**2,8**	0	1	4	0
Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	**3,3**	0	1	8	5	**2,5**	1	6	6	1	**3,4**	0	0	3	2	**2,6**	0	2	3	0
Öffentliche Gesundheitsausgaben	**3,4**	0	1	6	7	**3,2**	0	1	9	4	**3,2**	0	0	4	1	**3,0**	0	1	3	1
Private Gesundheitsausgaben	**3,3**	1	2	3	8	**2,7**	0	6	6	2	**2,8**	0	1	4	0	**2,6**	0	2	3	0
Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung	**3,3**	1	2	3	8	**2,7**	0	5	8	1	**3,4**	0	1	1	3	**2,4**	1	1	3	0
Eigenverantwortung der Bevölkerung	**2,8**	1	5	4	4	**2,2**	1	10	2	1	**2,6**	0	3	1	1	**2,4**	1	1	3	0
Globalisierung	**2,6**	0	7	5	2	**1,7**	6	6	2	0	**3,0**	0	1	3	1	**1,8**	1	4	0	0
Patientenrechte	**2,6**	0	7	5	2	**2,1**	1	10	3	0	**2,0**	1	3	1	0	**2,0**	1	3	1	0
Reformbestrebungen	**3,4**	0	1	7	6	**3,5**	0	0	7	7	**3,2**	0	1	2	2	**3,4**	0	0	3	2
Vertragsgestaltung (Disease-Management)	**3,1**	0	2	8	4	**2,8**	0	3	11	0	**3,2**	0	0	4	1	**2,6**	0	2	3	0
Wettbewerbsstärkungsgesetz	**3,0**	0	3	8	3	**3,0**	0	2	10	2	**3,0**	0	1	3	1	**2,4**	1	1	3	0
Alterstruktur	**3,6**	0	0	6	8	**1,5**	8	5	1	0	**3,6**	0	0	2	3	**1,4**	3	2	0	0
Fitness- Wellness- und Antiaging-Orientierung	**2,4**	1	6	7	0	**1,9**	3	10	1	0	**2,8**	0	2	2	1	**2,0**	1	3	1	0
Gesundheitsprävention	**2,9**	1	4	4	5	**2,5**	0	8	5	1	**2,8**	0	1	4	0	**2,8**	0	1	4	0
Gesundheitsinteresse	**2,9**	1	3	7	3	**2,2**	2	7	5	0	**2,8**	0	2	2	1	**2,2**	1	2	2	0
Gesundheitszustand	**3,3**	0	1	8	5	**2,9**	1	3	7	3	**3,0**	0	1	3	1	**3,0**	0	1	3	1
Lifestyle und Nachhaltigkeit	**2,6**	1	7	3	3	**1,9**	3	9	2	0	**2,6**	1	1	2	1	**2,4**	1	1	3	0
Selbsthilfe und Eigendiagnose	**2,4**	0	9	4	1	**2,2**	1	9	4	0	**2,6**	0	2	3	0	**1,8**	1	4	0	0
eHealth - Digitalisierung der Informationen	**2,9**	1	4	5	4	**2,3**	2	7	4	1	**3,6**	0	0	2	3	**2,0**	1	3	1	0
Medizinisch-technischer-Fortschritt	**3,4**	0	0	8	6	**1,6**	7	6	1	0	**3,0**	0	2	1	2	**1,8**	2	2	1	0
Transparenz über Qualität und Leistung	**3,1**	0	2	8	4	**2,6**	1	5	7	1	**3,2**	0	1	2	2	**3,0**	0	1	3	1
Versorgungsqualität	**3,4**	0	2	5	7	**2,7**	1	6	3	4	**3,0**	0	2	1	2	**3,4**	0	0	3	2

Quelle: Eigene Erstellung.

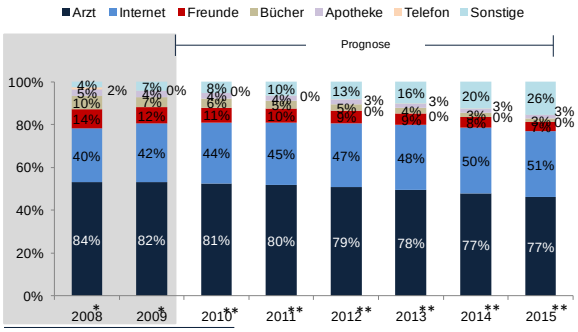
Anhang 9: Übersicht der Entwicklungen im Szenario *„Lifestyle Care“*

Entwicklung Gesundheitszustand



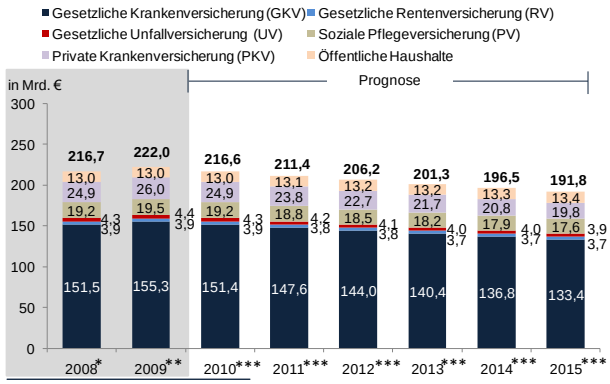
* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitszustand 2010).
** Eigene Berechnung, basierend auf einer CAGR von Gesund: -0,5%, Krank: 4,0% und Unfallverletzt -1,7%. Dabei beziehen sich die Werte auf die Jahre 2000 bis 2008.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für Gesund: 0,5%, Krank: -4,0% und Unfallverletzt: -1,7%.

Entwicklung der Informationsquellen



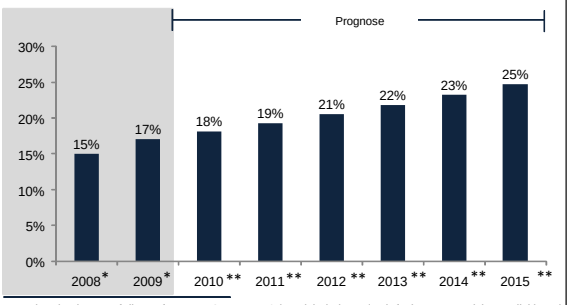
* Angaben basieren auf die Umfrage von *DR. WIESELHUBER & PARTNER* (n=501/Mehrfachnennung möglich). Dabei wurden die Angaben welche auf absoluten Werten basieren, in Prozent Angaben umgerechnet. Vgl. Kresin, M., (Gesundheit 2010).
** Eigene Berechnung. Angaben basierend auf einer CAGR für Arzt: -1,2%; Internet: 3,2%; Freunde: -8,1%; Bücher: -14,0%; Apotheke: -6,5%; Telefon: -64,6% und Sonstige 25,4%.

Entwicklung öffentlichen Gesundheitsausgaben



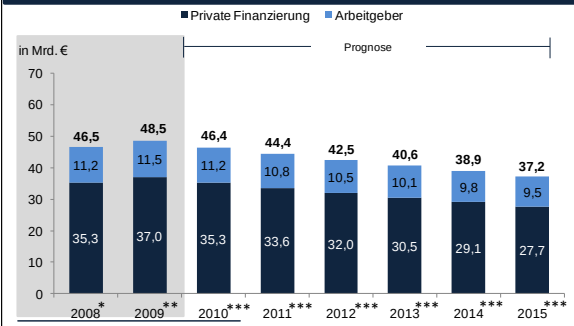
* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010) sowie Anhang 1.
** Eigene Berechnung basierend auf einer CAGR von GKV: 2,5%; RV: 1,1%; UV: 1,9%; PV: 1,7%, PKV: 4,4%; öffentliche Haushalte -0,5% und beziehen sich auf die Jahre 2000 bis 2008. Vgl. ergänzend Anhang 1.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für GKV: -2,5%; RV: -1,1%, UV: -1,9%, PV: -1,7%, PKV: -4,4%; öffentliche Haushalte 0,5%.

Entwicklung der E-Mail Benachrichtigungen zum Thema Gesundheit



* Angaben basieren auf die Umfrage von *SYMANTEC* (n= nicht bekannt/Mehrfachnennung nicht möglich). Vgl. Symantec, (Internet Security 2010), S. 14.
** Eigene Berechnung. Angaben basierend auf einer CAGR 6%.

Entwicklung privaten Gesundheitsausgaben



* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010) sowie Anhang 1.
** Eigene Berechnung basierend auf einer CAGR von private Finanzierung 4,7% und Arbeitgeber 3,2% und beziehen sich auf die Jahre 2000 bis 2008. Vgl. ergänzend Anhang 1.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für private Finanzierung -4,7%, Arbeitgeber -3,2% und Gesamt -4,4%.

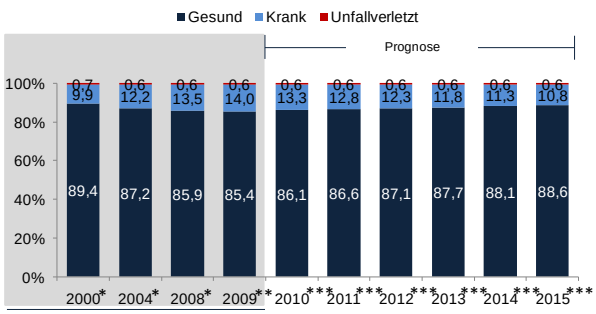
Entwicklung der privaten Finanzierung	2009	2015
▪ Beitragssatz der GKV in % (1)	14,1	13,8
▪ Zuzahlungen zu RX-Produkten (2)	10% und mind. 5 €	5% und mind. 2,50 €
▪ Zuzahlungen für gesundheitliche Dienstleistungen (2), (3)	10€ je Tag bzw. Besuch	5€ je Tag bzw. Besuch

(1) Vgl. Anhang 7. Die Berechnung für 2015 basiert auf auf einer CAGR von -0,44%.
(2) Vgl. Kapitel 2.2.2. Die Angaben basierten für 2015 auf die aktuellen Zuzahlungen -50%.
(3) Ausgenommen sind Überweisungen und Quartalsbesuche.

Quelle. Eigene Erstellung.

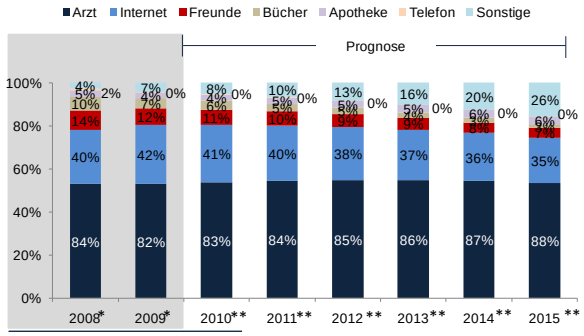
Anhang 10: Übersicht der Entwicklungen im Szenario *„Convenience Care“*

Entwicklung Gesundheitszustand



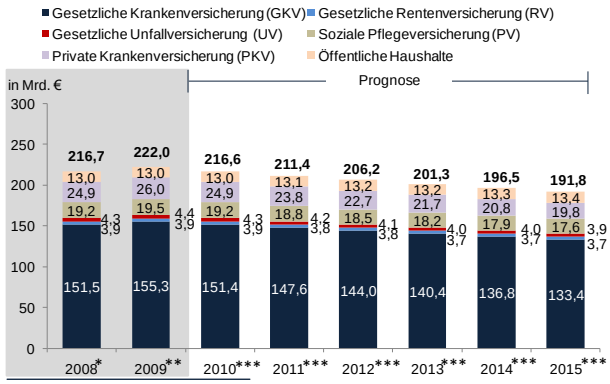
* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitszustand 2010).
** Eigene Berechnung, basierend auf einer CAGR von Gesund: -0,5%, Krank: 4,0% und Unfallverletzt -1,7%. Dabei beziehen sich die Werte auf die Jahre 2000 bis 2008.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für Gesund: 0,5%, Krank: -4,0% und Unfallverletzt: -1,7%.

Entwicklung der Informationsquellen



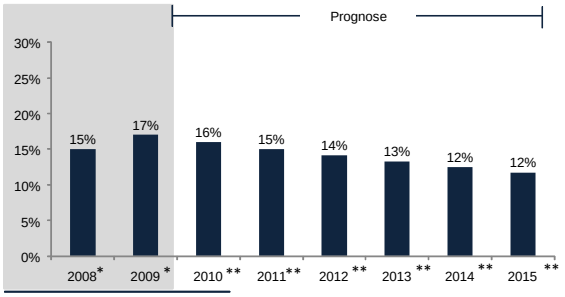
* Angaben basieren auf die Umfrage von *DR. WIESELHUBER & PARTNER* (n=501/Mehrfachnennung möglich). Dabei wurden die Angaben welche auf absoluten Werten basieren, in Prozent Angaben umgerechnet. Vgl. Kresin, M., (Gesundheit 2010).
** Eigene Berechnung. Angaben basierend auf einer CAGR für Arzt: 1,2%; Internet: -3,2%; Freunde: -8,1%; Bücher: -14,0%; Apotheke: 6,5%; Telefon: -64,6% und Sonstige 25,4%.

Entwicklung öffentlichen Gesundheitsausgaben



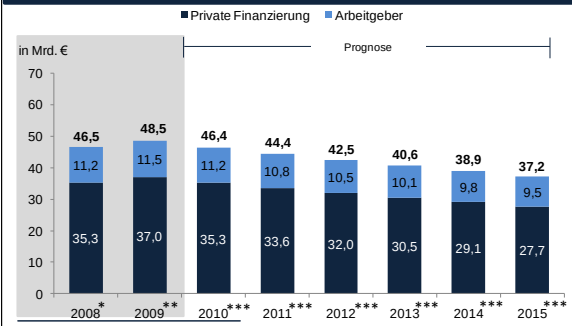
* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010) sowie Anhang 1.
** Eigene Berechnung basierend auf einer CAGR von GKV: 2,5%; RV: 1,1%; UV: 1,9%; PV: 1,7%, PKV: 4,4%; öffentliche Haushalte -0,5% und beziehen sich auf die Jahre 2000 bis 2008. Vgl. ergänzend Anhang 1.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für GKV: -2,5%; RV: -1,1%, UV: -1,9%, PV: -1,7%, PKV: -4,4%; öffentliche Haushalte 0,5%.

Entwicklung der E-Mail Benachrichtigungen zum Thema Gesundheit



* Angaben basieren auf die Umfrage von *SYMANTEC* (n= nicht bekannt/Mehrfachnennung nicht möglich). Vgl. Symantec, (Internet Security 2010), S. 14.
** Eigene Berechnung. Angaben basierend auf einer CAGR von 8%.

Entwicklung privaten Gesundheitsausgaben



* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010) sowie Anhang 1.
** Eigene Berechnung basierend auf einer CAGR von private Finanzierung 4,7% und Arbeitgeber 3,2% und beziehen sich auf die Jahre 2000 bis 2008. Vgl. ergänzend Anhang 1.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für private Finanzierung -4,7%, Arbeitgeber -3,2% und Gesamt -4,4%.

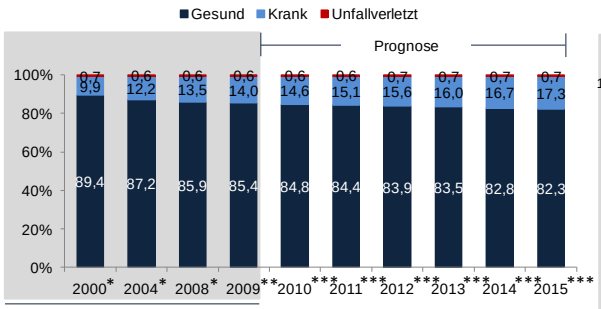
Entwicklung der privaten Finanzierung	2009	2015
▪ Beitragssatz der GKV in % (1)	14,1	13,8
▪ Zuzahlungen zu RX-Produkten (2)	10% und mind. 5 €	5% und mind. 2,50 €
▪ Zuzahlungen für gesundheitliche Dienstleistungen (2), (3)	10€ je Tag bzw. Besuch	5€ je Tag bzw. Besuch

(1) Vgl. Anhang 7. Die Berechnung für 2015 basiert auf auf einer CAGR von -0,44%.
(2) Vgl. Kapitel 2.2.2. Die Angaben basierten für 2015 auf die aktuellen Zuzahlungen -50%.
(3) Ausgenommen sind Überweisungen und Quartalsbesuche.

Quelle: Eigene Erstellung.

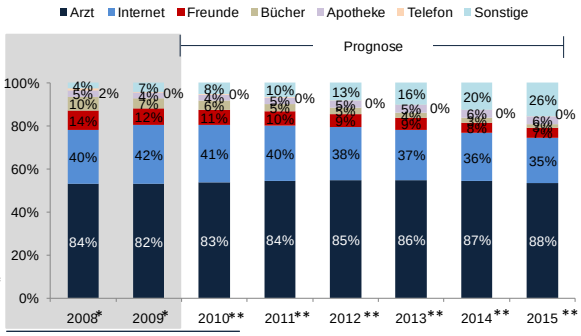
Anhang 11: Übersicht der Entwicklungen im Szenario *„Discount Care“*

Entwicklung Gesundheitszustand



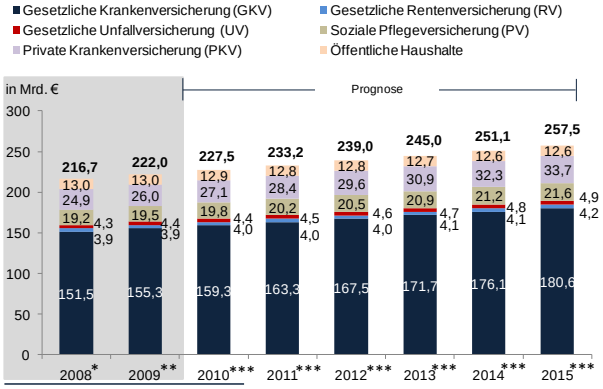
* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitszustand 2010).
** Eigene Berechnung, basierend auf einer CAGR von Gesund: -0,5%, Krank: 4,0% und Unfallverletzt -1,7%. Dabei beziehen sich die Werte auf die Jahre 2000 bis 2008.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für Gesund: -0,5%, Krank: 4,0% und Unfallverletzt: 1,7%.

Entwicklung der Informationsquellen



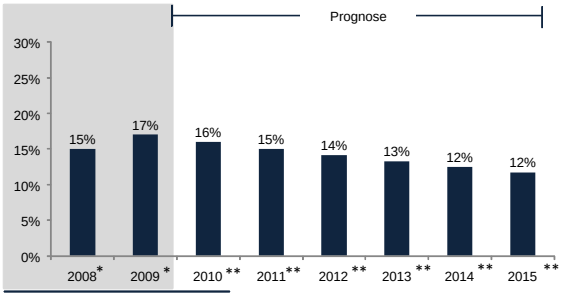
* Angaben basieren auf die Umfrage von *DR. WIESELHUBER & PARTNER* (n=501/Mehrfachnennung möglich). Dabei wurden die Angaben welche auf absoluten Werten basieren, in Prozent Angaben umgerechnet. Vgl. Kresin, M., (Gesundheit 2010).
** Eigene Berechnung. Angaben basierend auf einer CAGR für Arzt: 1,2%; Internet: -3,2%; Freunde: -8,1%; Bücher: -14,0%; Apotheke: 6,5%; Telefon: -64,6% und Sonstige 25,4%.

Entwicklung öffentlichen Gesundheitsausgaben



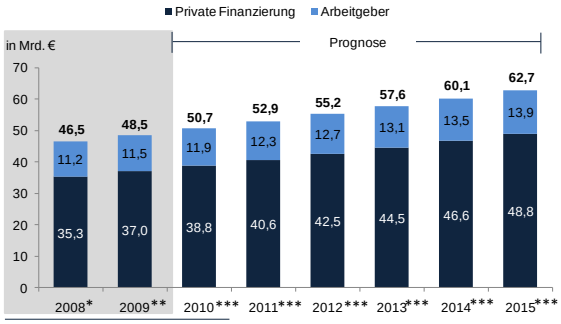
* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010) sowie Anhang 1.
** Eigene Berechnung basierend auf einer CAGR von GKV: 2,5%; RV: 1,1%; UV: 1,9%; PV: 1,7%, PKV: 4,4%; öffentliche Haushalte -0,5% und beziehen sich auf die Jahre 2000 bis 2008. Vgl. ergänzend Anhang 1.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für GKV: 2,5%; RV: 1,1%, UV: 1,9%, PV: 1,7%, PKV: 4,4%; öffentliche Haushalte -0,5%.

Entwicklung der E-Mail Benachrichtigungen zum Thema Gesundheit



* Angaben basieren auf die Umfrage von *SYMANTEC* (n= nicht bekannt/Mehrfachnennung nicht möglich). Vgl. Symantec, (Internet Security 2010), S. 14.
** Eigene Berechnung. Angaben basierend auf einer CAGR von 8%.

Entwicklung privaten Gesundheitsausgaben



* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010) sowie Anhang 1.
** Eigene Berechnung basierend auf einer CAGR von private Finanzierung 4,7% und Arbeitgeber 3,2%, und beziehen sich auf die Jahre 2000 bis 2008. Vgl. ergänzend Anhang 1.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für private Finanzierung 4,7% und Arbeitgeber 3,2% und Gesamt 4,4%.

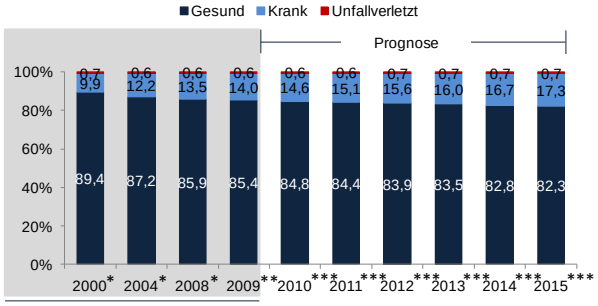
Entwicklung der privaten Finanzierung	2009	2015
▪ Beitragssatz der GKV in % (1)	14,1	14,4
▪ Zuzahlungen zu RX-Produkten (2)	10% und mind. 5 €	15% und mind. 7,50 €
▪ Zuzahlungen für gesundheitliche Dienstleistungen (2), (3)	10€ je Tag bzw. Besuch	15€ je Tag bzw. Besuch

(1) Vgl. Anhang 7. Die Berechnung für 2015 basiert auf auf einer CAGR von 0,44%.
(2) Vgl. Kapitel 2.2.2. Die Angaben basierten für 2015 auf die aktuellen Zuzahlungen 50%.
(3) Ausgenommen sind Überweisungen und Quartalsbesuche.

Quelle: Eigene Erstellung.

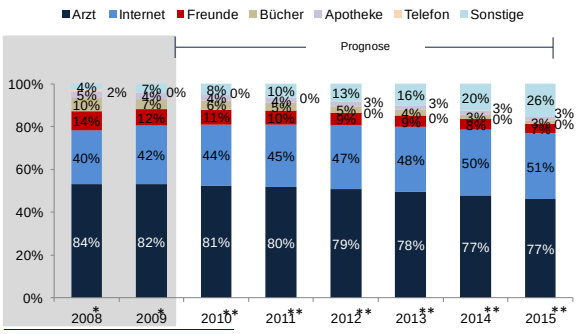
Anhang 12: Übersicht der Entwicklungen im Szenario „*Smart Care*“

Entwicklung Gesundheitszustand



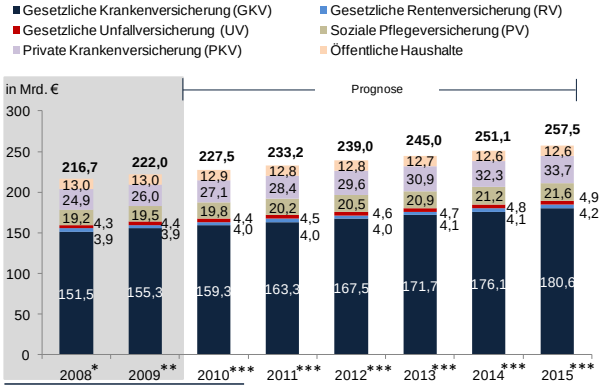
* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitszustand 2010).
** Eigene Berechnung, basierend auf einer CAGR von Gesund: -0,5%, Krank: 4,0% und Unfallverletzt -1,7%. Dabei beziehen sich die Werte auf die Jahre 2000 bis 2008.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für Gesund: -0,5%, Krank: 4,0% und Unfallverletzt: 1,7%.

Entwicklung der Informationsquellen



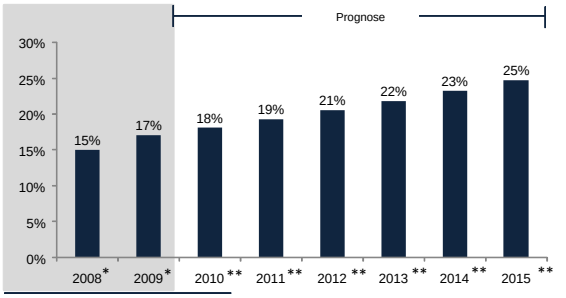
* Angaben basieren auf die Umfrage von *DR. WIESELHUBER & PARTNER* (n=501/Mehrfachnennung möglich). Dabei wurden die Angaben welche auf absoluten Werten basieren, in Prozent Angaben umgerechnet. Vgl. Kresin, M., (Gesundheit 2010).
** Eigene Berechnung. Angaben basierend auf einer CAGR für Arzt: -1,2%; Internet: 3,2%; Freunde: -8,1%; Bücher: -14,0%; Apotheke: -6,5%; Telefon: -64,6% und Sonstige 25,4%.

Entwicklung öffentlichen Gesundheitsausgaben



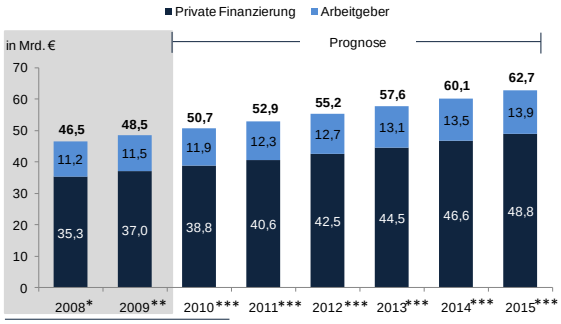
* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010) sowie Anhang 1.
** Eigene Berechnung basierend auf einer CAGR von GKV: 2,5%; RV: 1,1%; UV: 1,9%; PV: 1,7%, PKV: 4,4%; öffentliche Haushalte -0,5% und beziehen sich auf die Jahre 2000 bis 2008. Vgl. ergänzend Anhang 1.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für GKV: 2,5%; RV: 1,1%, UV: 1,9%, PV: 1,7%, PKV: 4,4%; öffentliche Haushalte -0,5%.

Entwicklung der E-Mail Benachrichtigungen zum Thema Gesundheit



* Angaben basieren auf die Umfrage von *SYMANTEC* (n= nicht bekannt/Mehrfachnennung nicht möglich). Vgl. Symantec, (Internet Security 2010), S. 14.
** Eigene Berechnung. Angaben basierend auf einer CAGR 6%.

Entwicklung privaten Gesundheitsausgaben



* Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, (Gesundheitsausgaben 2010) sowie Anhang 1.
** Eigene Berechnung basierend auf einer CAGR von private Finanzierung 4,7% und Arbeitgeber 3,2%, und beziehen sich auf die Jahre 2000 bis 2008. Vgl. ergänzend Anhang 1.
*** Eigene Berechnung. Die Angaben basierend auf einer CAGR für private Finanzierung 4,7% und Arbeitgeber 3,2% und Gesamt 4,4%.

Entwicklung der privaten Finanzierung	2009	2015
▪ Beitragssatz der GKV in % (1)	14,1	14,4
▪ Zuzahlungen zu RX-Produkten (2)	10% und mind. 5 €	15% und mind. 7,50 €
▪ Zuzahlungen für gesundheitliche Dienstleistungen (2), (3)	10€ je Tag bzw. Besuch	15€ je Tag bzw. Besuch

(1) Vgl. Anhang 7. Die Berechnung für 2015 basiert auf auf einer CAGR von 0,44%.
(2) Vgl. Kapitel 2.2.2. Die Angaben basierten für 2015 auf die aktuellen Zuzahlungen 50%.
(3) Ausgenommen sind Überweisungen und Quartalsbesuche.

Quelle: Eigene Erstellung.

PFH Forschungspapiere
PFH Research Papers

2008/01 **Ahrens, Joachim**
Transition towards a Social Market Economy: Limits and Opportunities.

2008/02 **Schlosser, Martin**
Standarddeckende Patente als strategisches Instrument.

2008/03 **Pomfret, Richard**
Turkmenistan after Turkmenbashi.

2009/01 **Spechler, Martin and Spechler, Dina**
Is Russia Winning in Central Asia?

2009/02 **Melnykovska, Inna and Schweickert, Rainer**
Analyzing Bottlenecks for Institutional Development in Central Asia – Is it Oil, Aid, or Geography?

2009/03 **Ahrens, Joachim and Jünemann, Patrick**
Adaptive efficiency and pragmatic flexibility: characteristics of institutional change in capitalism, Chinese-style

2009/04 **Schlossstein, Dominik F.**
Adaptive Efficiency: Can it Explain Institutional Change in Korea's Upstream Innovation Governance?

2009/05 **Riekhof, Hans-Christian, Schäfers, Tobias und Teuber, Sebastian**
Nischenartikel – Wachstumstreiber für den Versandhandel?

2009/06 **Riekhof, Hans-Christian, Schäfers, Tobias und Eiben, Immo**
Behavioral Targeting – ein effizienter Einsatz des Online-Werbebudgets?

2009/07 **Ahrens, Joachim**
The politico-institutional foundation of economic transition in Central Asia: Lessons from China

2009/08 **Riekhof, Hans-Christian und Lohaus, Benedikt**
Wertschöpfende Pricing-Prozesse. Eine empirische Untersuchung der Pricing-Praxis.

2010/01 **Riekhof, Hans-Christian und Werner, Franziska**
Pricing-Prozesse bei Herstellern von Fast Moving Consumer Goods

2011/01 **Joachim Ahrens, Rainer Schweickert und Juliane Zenker**
Varieties of Capitalism, Governance and Government Spending – A Cross-Section Analysis

2012/01 **Frank Albe, Hans-Christian Riekhof, Berit Düvell und Ulrike Gauler**
Das Kirchhof-Steuermodell: Wunsch und Wirklichkeit. Über die Akzeptanz und die Umsetzungschancen aus Sicht von Studierenden und Alumni der PFH Göttingen

2012/02 **Hans-Christian Riekhof und Philipp Wacker**
Pricing-Prozesse für Komponentenhersteller im Maschinen- und Anlagenbau

2012/03 **Dario Colosio und Bernhard H. Vollmar**
Die deutsche Healthcare-Branche im Jahr 2015: Zukunftsszenarien mit strategischen Implikationen

2012/04 **Christian Danne**
Commitment Devices, Opportunity Windows, and Institution Building in Central Asia

2012/05 **Manuel Stark und Joachim Ahrens**
Central Asian Developmental States and their Economies