

Inhalt

- Orphan Drugs - nur unbekannte Arzneimittel mit geringem Umsatz?
- „GKV-VSG“ – Ärztliche Versorgung per Gesetz verbessern?
- Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Pflege
- Unternehmensbewertung – eine Übersicht verschiedener Methoden
- Neue Wege im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Liebe HEALTH-EBS'ler/innen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

zum Ende des ersten Halbjahres 2011 freuen wir uns, den neuen HEALTH ECONOMIST präsentieren zu können. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unseres diesjährigen Member-Meetings am 13./14. Mai an der EBS in Oestrich-Winkel werden sich an die Vorträge und Diskussionen zu unserem Schwerpunktthema Fachkräftemangel im Gesundheitswesen erinnern. Auch in dieser Ausgabe widmen sich zwei Beiträge der Thematik, die für die Verantwortlichen in der Politik und den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in den kommenden Jahren eine immer stärkere Herausforderung darstellen wird.

Mit dem „GKV-Versorgungsstrukturgesetz“, das in den nächsten Monaten seine parlamentarischen Hürden nehmen wird, soll dem drohenden bzw. regional bereits bestehenden Ärztemangel entgegengewirkt werden. Daneben ist jedoch auch ein eklatanter Fachkräftemangel in den Pflegeberufen zu erwarten – ein Aspekt, der in der bisherigen Debatte meist zu kurz kam, dessen Auswirkungen in den kommenden Jahren aber vermutlich noch weitaus problematischer sein dürften.

Daneben sind Beiträge zu „Orphan Drugs“, Unternehmensbewertungen und betrieblichem Gesundheitsmanagement aus dem Kreise unserer Mitglieder in dieser Ausgabe enthalten. Feedback oder Diskussionsbeiträge hierzu sowie Artikel zu weiteren Themen des Gesundheitswesens sind jederzeit gerne willkommen.

Wir wünschen Ihnen/Euch eine schöne Sommerzeit und eine interessante Lektüre unseres neuen HEALTH ECONOMIST.

Jürgen Merz
(für den Vorstand von HEALTH EBS)

Gesundheitspolitik

Orphan Drugs – nur unbekannte Arzneimittel mit geringem Umsatz?



Dr. André Kleinfeld

Dipl.-Kfm., Dipl.-Hdl.,
Gesundheitsökonom (EBS)
Business Development Manager
der INSIGHT Health GmbH &
Co. KG

Kontakt:
akleinfeld@insight-health.de
Tel: +49 (0) 162 25 25 591

Orphan Diseases sind Krankheiten, die nur sehr selten in der Bevölkerung vorkommen. In Europa ist dies u. a. dadurch definiert, dass höchstens 5 von 10.000 Menschen daran leiden dürfen. Über 7.000 solcher seltenen Erkrankungen gibt es lt. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Deren Therapie erfolgt u. a. mit Arzneimitteln, die als Orphan Drugs oder Orphan Medicinal Products (d. h. als „Waisenkinder“ unter den Arzneimitteln) bezeichnet werden.

Orphan Drugs sind aufgrund des kleinen Marktes und ihres daher verhältnismäßig geringen Umsatzes bei gleichzeitig hohen Entwicklungskosten für viele pharmazeutische Unternehmen von geringem Interesse. Dem versucht der Gesetzgeber mit regulatorischen Hebeln entgegenzuwirken. So hat die EU im Jahr 2000 die Verordnung über Arzneimittel für seltene Leiden in Kraft gesetzt, welche die Förderung und Entwicklung derartiger Arzneimittel zum Ziel hat. Für 2011 wird erwartet, dass

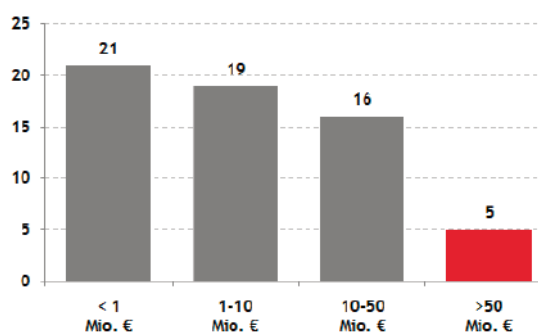
zu den bestehenden 61 zugelassenen Orphan Drugs zehn weitere hinzukommen (bei insgesamt 30 erwarteten Einführungen neuer Wirkstoffe im Jahr 2011).

Auch in dem am 01.01.2011 in Kraft getretenen Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) werden Orphan Drugs gesondert behandelt. So gilt bei ihnen – im Gegensatz zu anderen Arzneimitteln – der medizinische Zusatznutzen bereits mit der Zulassung als belegt. Schließlich sei – so die Begründung zu der Ergänzung in § 35a SGB V – „regelmäßig davon auszugehen, dass es für die Behandlung dieser Erkrankung keine therapeutisch gleichwertige Alternative [gäbe]“. Erst wenn mit einem Orphan Drug ein Umsatz nach Apothekenverkaufspreisen (AVP) von mehr als 50 Millionen Euro in den letzten 12 Kalendermonaten erreicht wird, ist auch für dieses Arzneimittel der Zusatznutzen nachzuweisen.

„Arzneimittel-Waisenkinder“ mit mehr als 50 Mio. Euro Umsatz?

Die Höhe der Umsatzgrenze von 50 Millionen Euro wird sehr unterschiedlich bewertet: Die einen bezeichnen sie als so hoch, dass praktisch kein Orphan Drug unter diese Regelung falle. Die anderen zweifeln dies angesichts der teilweise sehr hohen Therapiekosten der seltenen Erkrankungen an. So betrug beispielsweise im Mai 2011 der Apothekenverkaufspreis der teuersten Arzneimittelpackung eines Orphan Drug 57.735,35 Euro.

INSIGHT Health hat zu dem Thema – u. a. auf Basis einer Vollerfassung nahezu aller abgerechneten ambulanten GKV-Rezepte – eine Sonderanalyse durchgeführt. Danach ergibt sich für die bestehenden 61 Orphan Drugs ein sehr heterogenes Bild: In den letzten zwölf Monaten erzielten die Orphan Drugs zusammen einen Umsatz von über einer Milliarde Euro im ambulanten GKV-Markt. Während einige Präparate im ambulanten Bereich gar nicht oder nur vereinzelt verordnet wurden, erzielten fünf Medikamente einen Umsatz von mehr als 50 Millionen Euro – der Umsatzgrenze, ab der zukünftig für neue Orphan Drugs (Zusatz-)Nutznachweise erfolgen müssen (vgl. Abb. 1). Drei dieser fünf Produkte sind für mehr als eine seltene Erkrankung zugelassen.



Anzahl Orphan Drugs in Abhängigkeit vom ambulanten GKV-Umsatz

Quelle: NVI (INSIGHT Health), MAT April 2011, Umsatz nach Apothekenverkaufspreisen

Zu beachten ist, dass die Regelung des AMNOG nur für nach dem 01.01.2011 neu eingeführte Wirkstoffe gilt. Damit kann diese Übersicht nur eine erste Einschätzung dafür bieten, welche Relevanz dieser Ausnahmeregelung voraussichtlich zukommt. Außerdem ist zu bedenken, dass die Erstzulassung von drei der fünf Arzneimittel mit einem Umsatz > 50 Millionen Euro bereits vor über acht Jahren erfolgte.

Das Thema Orphan Drugs wird dieses Jahr – nicht zuletzt aufgrund der zu erwartenden zehn Neuzulassungen – die Insider dieses „Milliarden-Nischenmarktes“ weiterhin beschäftigen.

Dr. André Kleinfeld

Ausnahmeregelung für Orphan Drugs bei Nutzenbewertung im AMNOG**§ 35a SGB V – Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen**

(1) [...] Für Arzneimittel, die zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden zugelassen sind, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt; Nachweise nach Satz 3 Nummer 2 und 3 [also medizinischer Nutzen und Zusatznutzen] müssen nicht vorgelegt werden. Übersteigt der Umsatz des Arzneimittels nach Satz 10 mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu Apothekenverkaufspreisen einschließlich Umsatzsteuer in den letzten zwölf Kalendermonaten einen Betrag von 50 Millionen Euro, hat der pharmazeutische Unternehmer innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Nachweise nach Satz 3 zu übermitteln und darin den Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie abweichend von Satz 10 nachzuweisen. [...]“



„GKV-VSG“ – Ärztliche Versorgung per Gesetz verbessern?



Jürgen Merz

Krankenkassenfachwirt,
Gesundheitsökonom (EBS)
Koordinator Politik und Ver-
bände der AOK Hessen

Kontakt:

Merz-ruesselsheim@arcor.de
Tel: +49 (0) 171 511 9471

„Ärztemangel“ lautete der wohl meistgebrauchte Begriff in der gesundheitspolitischen Diskussion der vergangenen Monate. Zwischenzeitlich hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit dem Entwurf für ein „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ – kurz: GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) Lösungsvorschläge zur Beseitigung bzw. Vermeidung von Defiziten in der ärztlichen Versorgung präsentiert.

Nach mehrmonatigen Verhandlungen zwischen Bund und Ländern wurde Mitte Mai 2011 eine Vielzahl von Einzelregelungen konsentiert, aus denen ein Gesetzentwurf entstand, der nach der Sommerpause seine parlamentarischen Hürden in Bundestag und Bundesrat nehmen soll. Zum 01. Januar 2012 sollen die meisten Regelungen dann in Kraft treten. Nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) dürfte das GKV-VSG das bislang wichtigste gesundheitspolitische Reformwerk der schwarz-gelben Bundesregierung werden.

Allerdings war (und bleibt) bereits die Problemanalyse hierzu – ob Ärztemangel eher ein regionales Verteilungs- oder ein grundlegend strukturelles Problem ist – zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens strittig. Und auch zu den (Folge)Kosten der beabsichtigten Änderungen bestehen unterschiedliche Auffassungen.



Im Einzelnen sind folgende wesentliche Änderungen und Neuregelungen vorgesehen:

Vertragsärztliche Bedarfsplanung:

- Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche, fachärztliche und spezialärztliche Planungsebene.
- Die spezialärztliche Versorgung soll als neuer sektorenverbindender Versorgungsbereich etabliert werden, in den auch die bisherige ambulante Öffnung der Krankenhäuser (§ 116b SGB V) übergeht.

- Es wird die Möglichkeit vorgesehen, die Planungsregionen für die vertragsärztliche Versorgung abweichend von Stadt- und Landkreisgrenzen zu definieren.
- Bei der Anpassung der Verhältniszahlen für die Bedarfsplanung muss die demografische Entwicklung berücksichtigt werden.

Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit:

- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können nur noch als Personengesellschaft, nicht mehr als Kapitalgesellschaft gegründet werden. Hierdurch soll die Unabhängigkeit der Entscheidungen der im MVZ tätigen Ärzte gesichert werden.
- Die Residenzpflicht für Vertragsärzte – also die Verpflichtung, den Wohnsitz in der Nähe der Praxis zu nehmen – wird weitgehend gelockert.
- Kommunale Träger können in Ausnahmefällen mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eigene Einrichtungen zur medizinischen Versorgung betreiben.
- Der Grundsatz „Beratung vor Regress“ wird gestärkt; bei erstmaliger Budgetüberschreitung erfolgt nur eine verpflichtende Beratung für den Vertragsarzt.
- Die Option für Vertragsärzte zur Beschäftigung eines Praxisvertreters für Zeiten der Kinderbetreuung nach der Geburt wird von bislang sechs auf zwölf Monate ausgeweitet.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband sollen einen Katalog von Leistungen vereinbaren, die delegationsfähig sind – also auf nichtärztliche Berufsgruppen übertragen werden können.

Zudem sind für die ärztlichen Körperschaften einige Änderungen vorgesehen. So soll die Wahl je eines Vorstandsmitglieds der KVen nach getrennten Wahlvorschlägen der Mitglieder der haus- und fachärztlichen Versorgung erfolgen. KVen erhalten zudem die Möglichkeit, sich auch über die Grenzen mehrerer Bundesländer hinweg zusammenzuschließen.

Mehr Kompetenzen der Länder im Gesundheitswesen

Stand zu Beginn der Beratungen zum GKV-VSG – damals noch allgemein als „Versorgungsgesetz“ bezeichnet – die Sicherstellung der ärztlichen Ver-

sorgung als Ausgangsfrage im Zentrum, haben sich die Verhandlungen zwischen Bund und Ländern im weiteren Verlauf eher zu einem „Fingerhaken“ um Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten im Gesundheitswesen entwickelt. So kreiste die Diskussion zum Schluss vorwiegend um die Besetzung von Gremien – allen voran den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) – und die konkreten Beteiligungsrechte der Länder. Neben den Kostenträgern und Leistungserbringern werden im GBA künftig auch die Länder in Fragen der Bedarfsplanung mit zwei Vertretern beratend beteiligt. Zudem erhalten sie gegenüber den Landesausschüssen die gleichen Rechte wie das BMG gegenüber dem GBA – also vor allem ein Beanstandungsrecht für Beschlüsse im Rahmen einer Rechtsaufsicht.

Die Länder haben sich darüber hinaus für die regionale Ebene im Gesundheitswesen neue Einflussmöglichkeiten „erobert“. So müssen künftig alle Einzelverträge von Krankenkassen (hierzu zählen insbesondere Verträge der integrierten Versorgung und der hausarztzentrierten Versorgung) der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Bundeslandes vorgelegt werden, die diese beanstanden kann bzw. auch ein Initiativrecht für solche Verträge hat. Die Krankenkassen müssen zudem je Kassenart für jedes Land einen Vertragsbevollmächtigten bestellen.

Zusammen mit der Rücknahme zentraler Vorgaben bei der vertragsärztlichen Vergütung kann damit insgesamt eine Stärkung der regionalen Ebene der Selbstverwaltung bzw. der Länder in ihren gesundheitspolitischen Kompetenzen bilanziert werden. Nach den bisherigen Tendenzen zur bundesweiten Angleichung und Einheitlichkeit in den Vergütungssystemen ist dies sicherlich der bemerkenswerteste Trend, der sich mit dem GKV-VSG abzeichnet.

Neue Regelung für Innovationen in der GKV

Bedeutsam dürfte auch eine „Innovationsklausel“ werden, wonach der G-BA für neue Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, zunächst eine befristete Erprobungsregelung vorsehen kann. Nach einer Evaluation durch eine unabhängige wissenschaftliche Institution soll dann eine abschließende Entscheidung über die Zulassung der Methode in der ambulanten oder stationären Behandlung getroffen werden. Hiermit wird ein neuer Weg des

Marktzugangs für diagnostische und therapeutische Verfahren insbesondere im ambulanten Sektor eröffnet, der für die GKV allerdings auch mit Mehrkosten verbunden sein dürfte.

Bessere Versorgung – höherer Preis?

Bleibt die Frage, mit welchen Belastungen die Neueregulungen des GKV-VSG insgesamt für die gesetzlichen Krankenkassen und damit für die Beitragszahler zu Buche schlagen werden. Der Referentenentwurf bleibt hierzu eine abschließende Aussage als Summe schuldig und spricht lediglich von vergleichsweise geringen Mehrkosten, die zudem durch Einsparungen kompensiert werden könnten. Die Verbände der Krankenkassen sehen diese Prognose skeptisch und gehen von deutlichen Mehrbelastungen aus, die in den nächsten Jahren auf die Beitragszahler zukommen dürften.



Ob das GKV-Versorgungsstrukturgesetz letztlich seinem inhaltlichen Anspruch und seinen Zielen gerecht werden kann, wird sich vermutlich erst mittel- bis langfristig erweisen. Da die Mehrzahl der Maßnahmen struktureller Art ist – und damit nicht kurzfristig wirkt – dürften alle Akteure einen „langen Atem“ benötigen, bis sich hierdurch spürbare oder gar nachweisbare Verbesserungen der Versorgung einstellen werden.

Jürgen Merz

Weiterführende Informationen:

Aktuelle Informationen zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz und zur Gesundheitspolitik allgemein unter www.reform-aktuell.de



Management

Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Pflege



Kai-Uwe Latten

Diplomkaufmann
Gesundheitsökonom (EBS)
EFQM - Assessor

Kontakt:

CMS Unternehmensgruppe
Konrad-Adenauer-Str. 25
50996 Köln
Tel.: +49 (0) 221 935 760
Fax: +49 (0) 221 935 7622
latten@cms-verbund.de

Pflegefachkräfte werden bereits heute und erst recht morgen dringend gesucht. Die Qualität der Pflege bei einer stetig wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen zu halten oder gar zu verbessern, wird so kaum möglich sein. Aber wie kann dem Fachkräftemangel begegnet werden und welche Rahmenbedingungen sollten vorhanden sein?

Ausgangslage

Der demografische Wandel wird den schon bestehenden Personalmangel bei Pflegekräften weiter verschärfen. Nach aktuellen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes und des Bundesinstituts für Berufsbildung werden im Jahr 2025 bezogen auf die volle tarifliche Arbeitszeit etwa 112.000 Pflegevollkräfte in Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen fehlen. Aufgrund der hohen Teilzeittätigkeit in diesem Sektor ist die Zahl der tatsächlich benötigten Fachkräfte jedoch höher. Ausgehend von den derzeitigen Teilzeitbeschäftigungsquoten fehlen 2025 rund 152.000 Pflegekräfte. Gleichzeitig kommt es zu einer Verlagerung der Nachfrage von der Akut- auf die Altenpflege.



Neben dem erhöhten Pflegebedarf bedingt die Bevölkerungsentwicklung auch eine Überalterung des vorhandenen Pflegepersonals und eine abnehmende Erwerbsbevölkerung. Die erhöhte Fachkraftnachfrage und der altersbedingte Ersatzbedarf, ca. 30-40 % der derzeit Pflegenden gehen voraussichtlich in den nächsten 10-15 Jahren in Rente, trifft allerdings auf eine konstant bleibende Rate von 4,0 - 4,5 % der Schulabgänger, die sich für die Pflege entscheiden. Die sinkende Zahl der Arbeitsfähigen und Schulabgänger verschärft die Konkurrenz zwischen unterschiedlichen Branchen um qualifizierte Mitarbeiter. In einem Berufsfeld, das ohnehin durch ein schlechtes Image geprägt ist, gestaltet sich der Wettbewerb umso härter und wird zu einem Lohnanstieg im Pflegesektor führen. Dem sektorübergreifenden Bedarf nach Fachkräften steht eine defizitäre

Ausbildungsstruktur und sinkende Ausbildungsfähigkeit gegenüber. Die durchschnittliche Erfolgsquote (= Absolventen nach Regelausbildung) liegt zwischen 68,3 % (Krankenpflege) und 72,1 % (Altenpflege). Parallel verändert sich das Aufgabengebiet in der Altenpflege und steigen die Berufsanforderungen kontinuierlich an. Ursächlich hierfür sind u.a. erweiterte gesetzliche Vorgaben, Veränderungen der Pflegebedarfe (z.B. Zunahme von Demenzerkrankungen sowie der chronisch und multimorbiden Pflegebedürftigen), gestiegene Kundenerwartungen und sonstige Rahmenbedingungen (z.B. Budgetierung, Auflösung der Sektor-grenzen, steigende Bedeutung evidenzbasierter Therapie und Pflege).

Die gesetzliche Forderung einer 50 %-Fachkraftquote wird in einzelnen Einrichtungen insbesondere bei krankheitsbedingten Ausfällen oder Personalwechsel bereits zeitweise unterschritten. Dabei entscheidet der Anteil an Fachpersonal schon heute über die Aufnahmekapazitäten von Bewohnern und damit über die Wettbewerbsfähigkeit einer Einrichtung. Die Neubesetzungsdauer von Vakanzen liegt abhängig von Standort und Stelle zwischen 4-7 Wochen und mehreren Monaten. Personalausfälle werden in der Regel durch Mehrarbeit, den Einsatz von Aushilfen oder Zeitarbeitskräften aufgefangen.

Der Berufsalltag ist oft durch Arbeitsverdichtung, Zeitdruck, ungünstige Arbeitszeiten sowie psychische und physische Belastungen geprägt, was zu hohen Krankenständen, Fluktuationstendenzen und geringe Verweildauern im Job führt. So liegt der durchschnittliche Krankenstand von Mitarbeitern in Pflegeheimen nach einer AOK-Studie bei 6 % und damit deutlich über dem Durchschnitt aller Branchen von 4,8 %. Nach einer Erhebung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe denkt 33,1 % aller Pflegenden mehr oder minder regelmäßig über einen Berufswechsel nach. Innersektorale Fluktuation und die Erschließung neuer Berufsfelder (z.B. bei MDK, GKV, Kommunen) verstärken den Fachkräftemangel. Hinzu kommen Motivationseinbußen durch mangelnde Aufstiegs- und eingeschränkte Verdienstmöglichkeiten. Das schlechte Image der Pflege wird durch diese Faktoren weiter negativ verstärkt und führt zu Nachwuchsproblemen und damit zu zusätzlichen Belastungen der verbleibenden Beschäftigten.

Maßnahmen

Diese komplexen, teilweise interdependenten Bedingungen gilt es bei der Entwicklung geeigneter Strategien zu berücksichtigen. Um den Fachkräftemangel zu bewältigen, sind verschiedene Maßnahmen erforderlich, die den Arbeitsmarkt attraktiver machen und die Qualifizierung von Pflegekräften fördern.

tebedarf zu decken ist daher ein ganzes Bündel interner und externer Maßnahmen notwendig. Gesellschaftspolitische Maßnahmen wie die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen, Kapazitätserhöhung der Ausbildungsstätten, integrierte Ausbildung der Alten- und Krankenpflege, Imagekampagnen für die Pflegesektor, Gemeinschaftsinitiativen zum Berufsmarketing, eine engere Verzahnung der Versorgungssektoren, strukturierte Anwerbung von ausländischen Fachkräften, europaweit einheitliche Anerkennungsverfahren usw. sollen hier aus Platzgründen nicht weiter vertieft werden.

Für die Träger ergeben sich durch den Fachkräftemangel neue Herausforderungen an ihr HR-Management. Wo und mit welcher Suchstrategie gewinne ich geeignete Mitarbeiter? Wie binde ich meine Mitarbeiter nachhaltig an meine Einrichtung? Wie kann ich Fach- und Führungskräfte bedarfsgerecht entwickeln? Eine langfristige Strategie ist erforderlich, denn nur wer sich bewusst ist, dass man bei der Personalsuche nicht mehr nur im Wettbewerb mit anderen Betreibern sondern auch mit anderen Branchen steht, kann geeignete Maßnahmenbündel für ein systematisches Personalmanagement entwickeln. Personalmarketing als strategische Aufgabe wird immer wichtiger und umfasst sämtliche Maßnahmen zur Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung sowie die Kontrolle und Auswertungen von Maßnahmen und Ergebnissen um Verbesserungspotentiale zu erkennen und umzusetzen.



Um neue Mitarbeiter zu gewinnen ist es wichtig, sich als attraktiver Arbeitgeber darzustellen. Auf einem chronisch unterbesetzten Arbeitsmarkt reicht es nicht mehr, eine Stellenanzeige in die Zeitung zu setzen. Es ist nämlich nicht mehr die Pflegekraft, die sich um einen Arbeitsplatz bewirbt, sondern die Pflegeeinrichtung muss sich bei ihr bewerben. Der Schlüssel zum langfristigen Erfolg ist Employer Branding. Hierunter versteht man die identitätsbasierte, intern wie extern wirkende Entwicklung und Positionierung als glaubwürdiger und attraktiver Arbeitgeber. Über eine mittels der Faktoren Kommunikation, Interaktion und Information gepflegte Arbeitgebermarke verschafft sich ein Träger Aufmerksamkeit und Anse-

hen, also ein positives Image im Bewerbermarkt. Um dies aufzubauen sind verschiedene Möglichkeiten gegeben, z.B. Teilnahme an Jobmessen, Präsenz in den Medien und der Fachwelt, Mitarbeiterempfehlungen, Stellen- und Imageanzeigen unter Einhaltung des Corporate Image, Informationsbroschüren für Pflegekräfte, Einrichtungsführungen, informativer Internetauftritt, Erwerb von Gütesiegeln, offene Fachveranstaltungen, Wettbewerbe wie TOP JOB und Great place to work usw. Damit der Auftritt transparent, eindeutig und überzeugend ist, empfiehlt sich, dass alle relevanten Stellen einheitliche Maßnahmen und Botschaften festlegen und nach außen kommunizieren. Besonders Weiterempfehlungen von eigenen Mitarbeitern sollten als Imagewerbung und Rekrutierungsmaßnahme nicht unterschätzt werden. Dies setzt jedoch voraus, dass man auch den Mitarbeiter selbst vom positiven Image überzeugen muss.

Personalgewinnung

Basis des strategischen Personalmarketing ist eine mittel- und langfristige Personalbedarfsplanung. Bisher erfolgt die Personalsuche primär reaktiv und nicht vorausschauend. Dabei verlässt sich die Branche noch auf klassische Instrumente wie Stellenanzeigen in Printmedien und auf der Homepage. Die Möglichkeit der Personalgewinnung über Netzwerkkontakte bzw. das Mitarbeiter-Pooling auch mit anderen Einrichtungen wird nur wenig genutzt. Dies deckt sich auch mit dem Suchverhalten der Bewerber. Die Mehrzahl informiert sich über Stellen noch immer über Fachzeitschriften (78,6 %) oder regionale Printmedien (60,7 %). Auch persönliche Empfehlungen (49,6 %) und Online-Jobbörsen (48,8 %) werden genutzt. Die Homepage eines Unternehmens steuern 42,3 % gezielt an. Entscheidend ist ein schneller Zugriff der Interessenten zu weiterführenden Karriereinformationen, dem Stellenprofil, den Unternehmenswerten u.ä. auf der eigenen Webseite.

Weitere Instrumente der Personalgewinnung sind z.B.: Bewerberpools, Arbeitsagentur, Aushänge, Personalberater, Zeitarbeitsfirmen, Kontaktpflege zu Schulen und Ausbildungsorganisationen, Jobbörsen usw. Auch eigene, offene Weiterbildungsangebote und Fachveranstaltungen bieten fremden Fachkräften Anknüpfungs- und Kontaktmöglichkeiten. Viele dieser Instrumente werden in der Praxis bereits genutzt, allerdings selten systematisch und kontinuierlich. Hier gibt es noch Handlungsbedarf. Eine Reserve gegen den Fachkräftemangel bilden zudem die Berufsrückkehrer. Dieses Arbeitskräftepotential wird aber von den Personalverantwortlichen (noch) wenig umworben. Es mangelt hier an einem systematischen Wiedereinstiegsmanagement. Eine zielgerichtete Personalsuche setzt zudem transparente und objektive Anforderungskriterien und eine strukturierte Bewerbungsbearbeitung (Analyse, zeitnahes Feedback, Zwischenmeldungen, Einladun-

gen, Absagen) voraus. Bei der Personalauswahl dominiert in den meisten Einrichtungen das offene Vorstellungsgespräch. Vergleichsweise wenig genutzt werden strukturierte Verfahren wie z.B. Interviewleitfäden, die man anschließend systematisch auswertet.

Personalbindung

Vakante Stellen sind heute äußerst schwierig in angemessener Zeit qualifiziert zu besetzen. Fluktuation verursacht zudem Kosten: Ausschreibung der Stelle, Bewerberauswahl, Einarbeitung, Verlust von Know-How und Netzwerkkontakten, investiertem Geld in die Fort- und Weiterbildung, Mehrbelastung der übrigen Mitarbeiter. Hat man die richtigen Mitarbeiter für vakante Positionen gefunden, gilt es daher diese zu halten und die Identifikation mit dem Haus zu stärken. Hier sind vier Bereiche zu benennen, in denen Maßnahmen – je nach individueller Notwendigkeit – erforderlich sein können: Vergütung, Arbeitsorganisation und Gesundheitsmanagement sowie Personalführung und -entwicklung.

Entgelt

Bei der Vergütung spielt ein subjektiv als gut empfundenes Gehalt eine wichtige Rolle. Allerdings sind die Gehälter durch die Pflegesätze beschränkt. Es gibt jedoch attraktive Zusatzleistungen die angeboten werden können, z.B. verzinste Gehaltskonten (in Kooperation mit einer Bank), betriebliche Altersversorgung, Jobtickets, Bonus-systeme, Weitergabe von Einkaufsvorteilen oder Leasingkonditionen, Mitarbeiterverpflegung, Parkplatzangebot am Arbeitsort oder Zuschüsse für Kita, Fitnesscenter u.ä..

Möglich ist auch Überstundenregelungen zu definieren, z.B. in Form von Zeitwertkonten auf denen Überstunden für spätere Auszeiten angespart werden können. Das Personalmanagement ist gefordert attraktive Benefits zu entwickeln und herauszustellen. Bemerkenswert ist, dass bei der Arbeitsplatzwahl das Einstiegsgehalt ab einer gewissen Höhe an Bedeutung verliert. Image, Wertschätzung, soziales Umfeld und Arbeitsbedingungen genießen dann meist höhere Priorität. Daher kommt es darauf an Gehaltsdefizite mithilfe von „weichen“, immateriellen Faktoren zu kompensieren. Dafür sind zum Teil strukturelle und organisatorische Veränderungen notwendig.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Personaldisposition, Arbeitsabläufe und -organisation gilt es zu optimieren. Verständliche Stellenbeschreibungen für jede Tätigkeit und strukturierte Einarbeitungskonzepte, die durch feste Mentoren und erfahrene Praxisanleiter begleitet werden, sollten vorhanden sein. Darüber hinaus erforderlich sind eine vertikale und horizontale Ausdifferenzierung und eine der jeweiligen Qualifikation entsprechende Zuweisung von Funktionen und

Aufgaben. Organisatorische Defizite äußern sich häufig in unklaren Zuständigkeiten und unzureichender Informationsweitergabe. Unkoordinierte Prozessabläufe zeigen sich z.B. in schlechten Pflegeübergaben und unnötigen Wegstrecken. Ein weiteres Problem ist, dass benötigte Informationen, Material oder Hilfsmittel nicht zeitgerecht zur Verfügung stehen. Effizientere Strukturen und Prozesse können daher die Arbeitsbedingungen verbessern, denn Effizienz bedeutet nicht dem Mitarbeiter mehr Druck zu machen, sondern, dass er seine Arbeitszeit so einsetzen kann, dass die Arbeit in Ruhe und mit guter Qualität erledigt wird. Hierzu gehört auch, dass das Personal in Handhabung und Nutzung der zur Verfügung stehenden Arbeitsmittel und -techniken eingewiesen wird. Weitere Maßnahmen sind z.B. feste Teambesprechungen, Fehlzeitenmanagement, Optimierung der Abläufe an den Schnittstellen, Bereitstellen eines Aushilfs-/Springer-pools, Ausfallregelungen und verbindliche Vertretungsmodelle entwickeln, QM-Begleitung, Anteil pflegefremder Tätigkeiten reduzieren, Austauschrunden zwischen Neulingen und Erfahrenen, regelmäßige, gemeinsame Qualitätszirkel der Mitarbeiter verschiedener Hierarchiestufen und Bereiche, Bürokratie abbauen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass viele bürokratischen Anforderungen von außen auferlegt werden.

Wesentlich ist, die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu verbessern. Hier sind flexible Arbeitszeitmodelle zu prüfen und Schichtmodelle zum Abbau von Arbeitsspitzen durch gestaffelte Anfangszeiten zu erarbeiten. Unerlässlich ist auch eine langfristige, verlässliche und partizipative Dienstplangestaltung.



Problematisch sind fehlende Kinder-Betreuungsplätze, da die Dienstzeiten in der Pflege nicht mit den starren Zeiten öffentlicher Kitas korrelieren. Betriebskindergärten, die Betreuungszeiten entsprechend den Betriebszeiten anbieten, lassen sich nur bei großen oder diversifizierten örtlichen Trägern/Einrichtungen realisieren. Für kleinere Einrichtungen bieten sich aber andere Angebote an z.B. die Kooperation mit nahe liegenden Kitas, Angebot an Tagesmütter und Alltagshilfen für Notfälle, Ferienangebote, Mittagessen für Familienangehörige, Einkaufsservice u.ä..

Gesundheitsmanagement

Gesundheit und Motivation der Beschäftigten sind eine wichtige Ressource für Pflegebetriebe, insbesondere vor dem Hintergrund immer älter werdender Mitarbeiter. Gefragt sind daher Maßnahmen die auf Gesunderhaltung abzielen wie z.B. Gesundheitsschulungen, Stressbewältigung, Ernährungsberatung, Rückenschulung, Raucherentwöhnung, Betriebssport usw.. Die fachliche Begleitung kann durch Arbeitsmedizin, Kassen oder Sportvereine erfolgen. Bei der künftigen Fortbildungsauswahl ist auch der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter Rechnung zu tragen, denn hier besteht großer Bedarf bei gleichzeitig bisher vernachlässigter Umsetzung.

Nach einer AOK-Studie werden Pflegekräfte um 62 % häufiger wegen einer psychischen Erschöpfung arbeitsunfähig geschrieben als die sonstigen Versicherten. Wenn Führungskräfte ihre Mitarbeiter bei der Arbeit sozial unterstützen, sinkt das Burnout-Risiko erheblich. Die Unterstützung kann einerseits instrumentell durch Arbeitsmittel, Tipps und Arbeitsentlastung, andererseits emotional durch Zuspruch, Trost, Motivation und Zuhören erfolgen. Daher muss sozial unterstützendes Verhalten zu einer ständigen Führungsaufgabe werden.

Personalführung und -entwicklung

Von Pflegemitarbeitern am häufigsten gewünscht wird ein kooperativer Führungsstil mit den Elementen: motivieren, qualifizieren, unterstützen, begleiten, wertschätzen und anerkennen. Zentrales Ziel ist die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter zu steigern sowie die Nutzung ihres Know-how für den ständigen Verbesserungsprozess. Interventionen des Managements sollten daher abzielen auf die Erweiterung von Entscheidungskompetenzen, die Förderung von Selbstverantwortung und Eigeninitiative, die Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz sowie das Gewähren von Gestaltungsspielräumen.

Eine systematische Fachaufsicht hilft zudem Schwachstellen und Potenziale aufzudecken. Qualifizierte Rückmeldungen z.B. in Form von Graden der Zielerreichung in Pflegevisiten motivieren gerade die Bezugspflegefachkräfte.

Durch eine vorausschauende Personalentwicklung werden die Arbeitsanforderungen mit den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Mitarbeiter in Einklang gebracht. Mitarbeiterorientierte Potentialanalysen und Weiterbildungsbedarfsanalysen helfen für den Einzelnen individuelle Qualifikationsziele festzulegen. Neben den klassischen Fort- und Weiterbildungen können Mentoring, Coaching, Seminare, Mitarbeiter-/Feedbackgespräche, Workshops, oder Qualitätszirkel eingesetzt werden. Ohne Akzeptanz der Zielgruppe laufen die Maßnahmen allerdings Gefahr wirkungslos zu verpuffen oder gar Frustrationen hervorzurufen. Die Partizipation ist somit ein wichtiges Element erfolgreicher Personalentwicklung. Stark verbesserungswürdig sind zudem die Methoden um das von den Mitarbeitern neu erworbene Wissen auch für andere Mitarbeiter zugänglich und im Betrieb anwendbar zu machen (Multiplikatorfunktion).

Zur Personalentwicklung gehört es auch Perspektiven für den Wiedereinstieg nach Familienzeiten aufzuzeigen sowie die zunehmende Zahl ältere Mitarbeiter einzubinden. Wissen und Erfahrung, die stärkere Identifikation mit der Einrichtung und die geringe Fluktuationsneigung älterer Mitarbeiter lassen sich gut verbinden mit der Leitungsbereitschaft der Jüngeren. Daher müssen sich die Einrichtungen künftig stärker auf die unterschiedlichen Ansprüche ihrer Mitarbeiter einstellen und auf eine ausgewogene Alterstruktur achten.

Fazit

Die Notwendigkeit eines strategischen Personalmanagements ist in der Branche erkannt. Die Maßnahmen stehen bisher aber eher singulär und parallel nebeneinander, greifen also nur begrenzt ineinander und verstärken sich eher selten in ihrer Wirkung. Ein strategisches Personalmarketing ist noch wenig bis unzureichend etabliert und in den meisten Fällen finden bisher keine oder nur wenig Kontrollen und Auswertungen der Aktivitäten statt. Dabei ist ein systematisches HR-Management im Wettbewerb um Fachkräfte künftig das wesentliche Element, das über die kontinuierliche Stellenbesetzung mit qualifiziertem Personal und damit über Erfolg und Wettbewerbsfähigkeit einer Einrichtung entscheidet.

Kai-Uwe Latten



Unternehmensbewertung – eine Übersicht verschiedener Methoden



Dr. med. Henrike Koenig

MBA

International Key Account
Management

Kontakt:

Krauth Surgical GmbH
Von-Axen-Str. 11
22083 Hamburg
Tel.: +49 173-8863766
henrike_koenig@web.de

Die Unternehmensbewertung gehört zu den ältesten und am häufigsten diskutierten Gebieten der Betriebswirtschaft. Sie ist keine exakte Wissenschaft, gewinnt aber zunehmend an Bedeutung, da es immer häufiger zu Transaktionen ganzer Unternehmen oder von Unternehmensteilen kommt. Unternehmen sind daher zu bewerten um einen Preis zu ermitteln. Auch für steuerliche Zwecke müssen Unternehmen bewertet werden. Da es verschiedene Bewertungsmethoden gibt, ist es für erfolgreiche Transaktion zunächst unerlässlich eine geeignete Methode zu finden. Die Auswahl der Methode ist abhängig vom Zweck der Bewertung und hat Auswirkungen auf die Höhe des zu ermittelnden Werts, deshalb muss zunächst der Bewertungszweck geklärt werden um eine inadäquate Bewertung zu vermeiden.



Unternehmensbewertungen unterliegen keinen gesetzlichen Bestimmungen. Das Institut der Wirtschaftsprüfer hat mit den "Grundsätzen zur Durchführung von Unternehmensbewertungen" versucht theoretisches Wissen in die Praxis umsetzbar zu machen. Hiermit wird allerdings lediglich der Rahmen für eine Bewertung geschaffen.

Als derzeit am häufigsten verwendete Bewertungsmethoden gelten das Multiplikatorverfahren und die Discounted Cash-Flow Methode.

Für erbschaftsteuerliche Bewertungen gab es eine vorgeschriebene Methode, das Stuttgarter Verfahren.

Von den o.g. Bewertungsmethoden wird das Stuttgarter Verfahren nur noch selten verwendet, es war jedoch über 50 Jahre eine gängige Methode. Grundlage war das Bewertungsgesetz, in dem Bewertungsvorschriften für alle öffentlich-rechtlichen Abgaben geregelt sind. Bei börsennotierten Unternehmen wurde der aktuelle Preis herangezogen, bei nicht-börsennotierten Unternehmen wurde der Wert über vergleichbare Unternehmen ermittelt. Waren beide Methoden nicht anwendbar, wurde der Wert anhand des Stuttgarter Verfahrens geschätzt.

Das Stuttgarter Verfahren wurde 1955 im Bundessteuerblatt als Verwaltungsanordnung veröffentlicht und seitdem angewendet um Wertpapiere, Beteiligungen oder nicht börsennotierte Aktiengesellschaften für steuerliche Zwecke zu bewerten. Seit Wegfall der Vermögenssteuer war die Wertermittlung nur noch für die Erbschafts- und Schenkungssteuer notwendig. Aufgrund der einfachen Anwendung wurde das Stuttgarter Verfahren in der Praxis auch verwendet um schnell einen Eindruck vom Wert eines Unternehmens zu bekommen, z.B. bei Übernahmen oder Verkäufen kleinerer Unternehmen, die ohne Beratungsfirmen getätigt werden.

Eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Erbschaftsteuer führte 2009 zu einer Reform des Erbschaftsteuer- und Bewertungsrechts. Die Grundlage für das Verfahren entfiel damit, dies wird langfristig zum Aussterben des Verfahrens führen. Da das Stuttgarter Verfahren jedoch über 50 Jahre angewendet wurde, gibt es noch zahlreiche Verträge in denen es zur Bewertung festgelegt ist, z.B. bei Auflösung von Kapitalgesellschaften. Beim Stuttgarter Verfahren wird der Unternehmenswert zusammengesetzt aus:

1. dem Vermögenswert und
2. dem Ertragswert.

Ausgangspunkt war der Wert des Betriebsvermögens aus der Steuerbilanz. Die Ertragsaussichten wurden aus den Durchschnittserträgen der letzten 3 Jahre ermittelt und gewichtet. Das letzte Jahr wurde mit 3, das vorletzte Jahr mit 2 und das davor liegende Jahr mit 1 multipliziert. Die gewich-

teten Erträge wurden addiert und durch 6 geteilt. Man ging davon aus, dass dieser Ertrag in den nächsten 5 Jahren erzielt werden konnte.

Der Wert war nach dem Stuttgarter Verfahren war demnach einfach zu errechnen, er entsprach 69 % der Summe aus Vermögenswert und fünffachem Ertragshundertsatz multipliziert mit dem Stammkapital.

Das Verfahren war einfach, da alle Informationen im Jahresabschluss ersichtlich waren. Die Methode war jedoch umstritten, da der Ertrag des letzten Jahres dreifach gewichtet wurde. Dies konnte bei einem geplanten Verkauf dazu führen, im letzten Jahr die Erträge möglichst hoch zu halten. Zukünftig erwartete Erträge und immaterielle Werte aus bereits getätigter Forschung und Entwicklungsarbeit wurden andererseits nicht berücksichtigt. Da das Verfahren jedoch zur Bewertung erbschaftssteuerlicher Belange entwickelt wurde, wurde die Überbewertung des letzten Jahresertrags hingenommen, da sich erbschaftssteuerliche Bewertungen schlecht planen lassen. Aus pragmatischen Gründen wurde das Stuttgarter Verfahren trotz aller Kritik jahrelang angewandt.

Vor- und Nachteile des Stuttgarter Verfahrens:

Vorteile:

- Notwendige Zahlen leicht zu erhalten
- Einfache Rechnung
- 3fache Gewichtung des letzten Ertrages

Nachteile:

- Stille Reserven werden nicht aufgedeckt
- Substanzwertorientierung
- 9% Verzinsung entspricht nicht dem Aktienmarkt
- 3fache Gewichtung des letzten Ertrages

Das **Multiplikatorverfahren** ist ein vergleichendes Verfahren. Es beruht auf der Annahme, dass ähnliche Unternehmen ähnliche Werte haben müssen. Ein Unternehmen wird hierbei anhand von Kennzahlen und Multiplikatoren bewertet. Da so sehr schnell ein Wert zu erhalten ist, wird dieses Verfahren in der Praxis häufig angewendet.

Mit dem Multiplikator wird das Vielfache einer Kennzahl (z.B. EBIT, EBITDA, Cash-Flow, Umsatz, Gewinn, Buchwert) erzeugt. Es entsteht ein Wert, der je nach Kennzahl den Wert des gesamten Unternehmens oder den des Eigenkapitals bildet. Für die Bewertung ist es entscheidend, dass der Multiplikator auf die Kennzahl angewendet wird mit der der Multiplikator gebildet wurde. Für die Verwendung des EBIT-Multiplikators, muss auch der EBIT des zu bewertenden Unternehmens herangezogen werden.

Ist ein Unternehmen für ein Fünffaches seines EBIT verkauft worden, kann ein vergleichbares Unternehmen auch für ein Fünffaches seines EBIT ge- oder verkauft werden. Meist greift man auf mehrere vergleichbare Unternehmen zurück und bildet einen Mittelwert aus mehreren Multiplikatoren. Oder es werden unterschiedliche Multiplikatoren (Umsatz, EBIT etc.) auf die entsprechenden Kennzahlen des Bewertungsobjektes angewendet. Dieses einfache Bewertungsverfahren findet oft bei kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) Anwendung, da die Informationen aus dem Jahresabschluss häufig keine aufwendigeren Berechnungen zulassen.



Zur Bewertung geht man in fünf Schritten vor:

1. Unternehmensanalyse:

Der Bewerter sollte über gute Kenntnisse der Branche verfügen um die Wettbewerbsposition einschätzen zu können. Die Finanzdaten des Unternehmens werden aufbereitet und analysiert.

2. Multiplikatorauswahl:

Man unterscheidet zwischen Eigenkapital- und Gesamtkapitalgrößen. Die gebräuchlichsten Multiplikatoren sind Umsatz-Multiplikatoren und EBIT-Multiplikatoren.

3. Auswahl vergleichbarer Unternehmen:

Auswahlkriterien sind: Größe, Branche, Kostenstruktur, Marktposition, Lebenszyklusphase, geographische Verbreitung, Finanzierungsstruktur. Diese Auswahl stellt das erste und größte Problem der Methode dar.

4. Berechnung der Multiplikatoren

Bei börsennotierten Unternehmen werden Finanzdaten aus den Geschäftsberichten ermittelt und die Multiplikatoren gebildet. Für nichtnotierte Unternehmen ist es schwierig entsprechende Daten zu finden, da Kaufpreise vergangener Transaktionen häufig nicht veröffentlicht werden.

5. Errechnen des Unternehmenswerts:

Der Wert des Unternehmens wird durch Multiplikation der Kenngröße mit dem entsprechenden Multiplikator errechnet. Hierbei sind die Konsistenz des Werts und der Bezugsgröße, sowie das Bezugsjahr wichtig. Bei der Anwendung mehrerer Multiplikatoren erhält man unterschiedliche Werte, es entsteht also ein Wertebereich innerhalb dessen ein Preis verhandelt werden kann.



Arten von Multiplikatoren

Für die Bewertung mit Multiplikatoren muss man wissen ob es sich um einen Gesamtkapitalbezogenen oder Eigenkapitalbezogenen Multiplikator handelt. Entsprechend wird der Wert des Eigenkapitals oder des gesamten Unternehmens bestimmt.

Multiplikatoren des Gesamtkapitals beziehen sich auf: Wert des investierten Vermögens; EBIT, EBITDA, Umsatz, Brutto-Cash-Flow.

Multiplikatoren des Eigenkapitals beziehen sich auf: Wert des Eigenkapitals; Gewinn, Netto-Cash-Flow.

Ermittlung der Multiplikatoren:

1. Multiplikatoren auf Basis vergleichbarer börsennotierter Unternehmen:

Börsenkurse zur Ermittlung der Multiplikatoren haben den Vorteil, dass die Daten in den jeweiligen Geschäftsberichten schnell zu finden sind, allerdings auch das Problem, dass Kurse verschiedenen Schwankungen unterliegen.

Für das **Kurs-Gewinn-Verhältnis (KGV)** sind alle Ausschüttungen an die Anteilseigner relevant. Mit dem KGV wird erklärt, wie die Börse den Gewinn einer Aktie bewertet. Mit dem **Gewinn pro Aktie (EpS, Earnings per Share)** wird der einzelne Anteil pro Aktie anhand des KGV bewertet.

2. Multiplikatoren auf der Basis vergleichbarer Transaktionen:

Multiplikatoren ermittelt aufgrund von Transaktio-

nen haben den Vorteil, dass bereits realisierte Preise verwendet werden. Aufgrund geringer zur Verfügung stehender Daten bei Unternehmen, die nicht der Publizitätspflicht unterliegen, ist es schwierig Transaktionspreise zu erhalten. Multiplikatoren können dann jedoch analog der Multiplikatoren für börsennotierte Unternehmen gebildet werden. Multiplikatoren können auch anhand anderer Kennzahlen wie z.B. Seitenaufrufe von jungen Internetfirmen oder Anzahl der Kunden ermittelt werden.

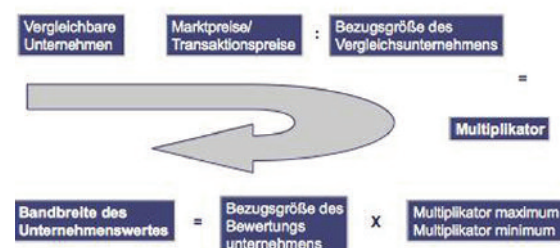
Die Datenbank des Finance-Magazin bietet Multiplikatoren für verschiedene Branchen, Beratungsfirmen haben ebenfalls Datenbanken für Multiplikatoren, die allerdings nicht veröffentlicht werden.

Weitere Einsatzgebiete für Multiplikatoren ist der Vergleich von börsennotierten Unternehmen untereinander, internationale und historische Vergleiche. Multiplikatoren werden auch regelmäßig bei geplanten Börsengängen zur Ermittlung des Emissionskurses des zukünftig gehandelten Unternehmens angewandt.

Vor und Nachteile:

Bei der Multiplikatormethode wird der Preis vergleichbarer Unternehmen mit einer Bezugsgröße in Relation gesetzt um ein anderes Unternehmen zu bewerten. Somit kommt es zu einer Vermischung von Preis und Wert. Ein Wert berücksichtigt die Möglichkeiten des Investors. Der Entscheidungswert stellt den Preis dar, bei dem der Käufer oder Verkäufer nicht schlechter gestellt würde, als wenn er auf die Transaktion verzichten würde. Würde die Transaktion genau zu diesem Preis durchgeführt, bliebe die finanzielle Situation des Investors unverändert, was nicht gewünscht ist. Ein Preis ist allerdings erst das Ergebnis einer Transaktion für die eine Bewertung notwendig war. Außerdem ist es unmöglich identische Unternehmen zu finden. Eine möglichst hohe Ähnlichkeit und hohe Zahl vergleichbarer Unternehmen ist aber Voraussetzung für diese Methode. Andererseits unterliegen alle Bewertung einer gewissen Unsicherheit. Solange also eine Peer-Group gefunden werden kann und Unterschiede zum bewerteten Unternehmen berücksichtigt werden, kann nach dem Multiplikator-Verfahren bewertet werden.

Funktionsweise der Multiplikatormethode



Die Bewertung nach der **Discounted-Cash-Flow-Methode** beruht auf der Diskontierung zukünftiger Zahlungsüberschüsse (Cash-Flows). Die entscheidende Rolle spielt der zur Diskontierung verwendete Zinssatz.

Es muss zwischen Brutto- und Nettokapitalisierung unterschieden werden. Bei der Bruttokapitalisierung wird der Wert des Gesamtkapitals bestimmt. Wird von diesem Wert der Wert des Fremdkapitals abgezogen, erhält man den Eigenkapitalwert. Diskontiert wird jeweils mit den gewogenen Kapitalkosten (Weighted Average Cost of Capital, WACC). Bei der Nettokapitalisierung wird der Wert des Eigenkapitals direkt bestimmt. Bei gleichen Grundlagen für die Brutto- bzw. Netto-Methode erhält man das gleiche Ergebnis.

Basis für die Bruttokapitalisierung ist der operative Zahlungsüberschuss bzw. Cash-Flow. Zahlungsüberschüsse werden vor Zinsen, nach Steuern, Investitionen und Veränderungen des Nettoumlaufvermögens definiert:

-	Umsatz Kosten
=	Operatives Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibung und Amortisation (EBITDA)
±	Abschreibungen/Zuschreibungen
=	Operatives Ergebnis vor Steuern (EBIT)
-	Unternehmenssteuer
=	Operatives Ergebnis vor Zinsen, nach adaptierten Steuern (NOPLAT)
±	Erhöhung/Inanspruchnahmen von Rückstellungen
±	Erhöhung/Verminderung des Umlaufvermögens
=	Operativer (Brutto) Cash-Flow
+	Abschreibung
±	Investitionen/Desinvestitionen
=	Operativer Cash-Flow

Die Besteuerung des Unternehmens ist von den Fremdkapitalzinsen abhängig. Die Definition des operativen Cash-Flows nach Steuern und vor Zinsen führt dazu, dass der Wert von der Finanzierung abhängig ist. Ein rein eigenkapitalfinanziertes Unternehmen hat eine höhere Steuerbemessungsgrundlage, der operative Cash-Flow ist niedriger. Die Steuerersparnis, die durch die Zinsen des Fremdkapitals entsteht, heißt Tax-Shield.

Beim Free Cash Flow-Ansatz (am häufigsten angewandt) wird die Steuerersparnis durch Fremdkapitalzinsen nicht berücksichtigt.

Der Wert des Gesamtkapitals wird ermittelt indem der Free-Cash-Flow mit den gewogenen durchschnittlichen Kapitalkosten (WACC) diskontiert

wird. Der Wert des Eigenkapitals wird dann durch Abzug des Fremdkapitalwertes vom Gesamtwert errechnet.

Beim Total-Cash-Flow (TCF) Ansatz besteht der Unterschied zum FCF Ansatz in der Berücksichtigung der Steuerersparnis durch die Fremdkapitalzinsen. Hierdurch ist der Cash-Flow höher.

Die Nettokapitalisierung basiert direkt auf den zukünftig erwarteten Cash-Flows an die Eigentümer. Sie werden mit der Renditeforderung der Eigentümer diskontiert.

Zur Ermittlung des Cash-Flows an die Eigentümer werden die Fremdkapitalzinsen und Tilgungen vom Total-Cash-Flow (s.o.) abgezogen. Diese Cash-Flows werden mit einem risikoäquivalenten Zinssatz diskontiert. Dieser Zinssatz setzt sich aus dem Zinssatz einer risikolosen Investition und einer Prämie für das unternehmerische Risiko zusammen.



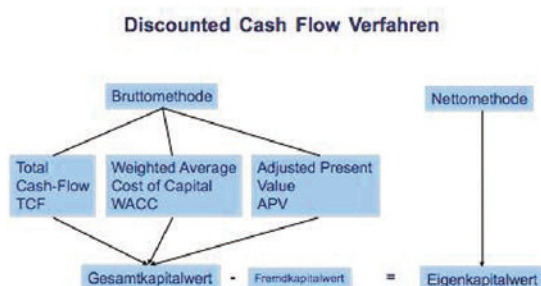
Um eine geplante Investition mit einer anderen vergleichen zu können, müssen die erwarteten Überschüsse mit einem Zinssatz diskontiert werden. Die Renditeerwartung des Investors wird durch den Basiszinssatz abgebildet zu dem ein Risikozuschlag addiert wird. Der Basiszinssatz ist mit einer risikolosen Investition am Kapitalmarkt, wie z.B. Staatsanleihen vergleichbar. Das IDW empfiehlt hierzu auf die täglich von der Bundesbank geschätzte Zinsstrukturkurve für hypothetische Zero-Bonds zurückzugreifen. Daraus werden Durchschnittszinssätze ermittelt und ein Risikozuschlag addiert.

Aus theoretischer Sicht ist das DCF-Verfahren das einzig richtige Verfahren zur Bewertung eines Unternehmens, da es auf die für den Investor interessanten zukünftigen Erfolge abstellt.

In der Praxis ist das Verfahren sehr aufwändig: Zunächst wird der Wert des Eigenkapitals geschätzt und der Zinssatz errechnet. Mit dem errechneten Zinssatz wird dann wiederum der 1. vorläufige Wert ermittelt. Der ermittelte Wert weicht vom geschätzten Wert ab. Im zweiten Schritt wird diese Rechnung mit einem erneut geschätzten Wert, der zwischen dem ersten ge-

schätzten und ersten errechneten Wert liegt, wiederholt. Diese Schritte werden solange wiederholt bis der resultierende Wert dem Wert entspricht, der für die Berechnung des Zinssatzes verwendet wurde. Weiterhin muss der Planungshorizont beachtet werden. Mit einem Planungszeitraum von 5 Jahren lässt sich praktisch jeder Unternehmenswert begründen, da die Unsicherheit immer größer wird. Die Bewertung ist auch abhängig von den Investitionen des Unternehmens: Wurde vor dem Planungszeitraum investiert, können die Zahlungsströme im Planungszeitraum verhältnismäßig hoch sein. Werden diese hohen Cash-Flows angesetzt, kann der Unternehmenswert zu hoch berechnet werden. Genauso können Investitionen im Planungszeitraum die Cash-Flows vermindern und somit der Wert zu niedrig berechnet werden.

Bei der DCF Methode ist keine Größe so umstritten wie der Zinssatz. Schon geringe Verminderungen des Zinssatzes können den Wert überproportional erhöhen; Erhöhungen des Zinssatzes den Wert senken. Trotz Kritik und hohem Aufwand ist die DCF-Methode derzeit vom IDW präferiert.



Zusammenfassung:

Die eine, allgemeingültige Bewertungsmethode gibt es nicht. Jede Methode hat Probleme und Ungenauigkeiten und führt daher zu unterschiedlichen Ergebnissen. Durch die Bewertung können Ertragsschwächen oder -stärken aufgedeckt werden, die zu einem anderen als dem erwarteten Ergebnis führen. In einigen Fällen zeigt sich, dass die Ertragslage des Unternehmens schlechter ist als angenommen, es kann sinnvoller sein das Unternehmen zu zerschlagen anstatt fortzuführen. Außerdem kann sich herausstellen, dass eine Methode aufgrund der zur Verfügung stehenden Zahlen unbrauchbar ist.

Der Wert eines Unternehmens ist aber auch abhängig vom so genannten „Goodwill“ der nicht in exakten Zahlen ausgedrückt werden kann. Ein Preis drückt den Wert des Unternehmens für den Käufer aus, den Betrag den er bereit ist zu zahlen. Der Wert des Unternehmens wird also vom subjektiven Wert des Inhabers bestimmt. Um jedoch überhaupt in Verhandlungen treten zu können, muss zunächst eine Bewertung durchgeführt werden. Der verhandelte Preis ist dann auch vom Verhandlungsgeschick der beiden Parteien und nicht nur vom errechneten Wert abhängig. Generell gilt bei Unternehmenstransaktionen: Der Wert ist das, was man bekommt, der Preis ist das, was man bezahlt.

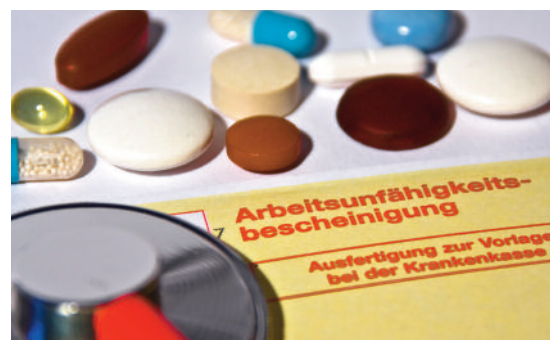
Dr. med. Henrike Koenig

Neue Wege im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Bis 2015 gehen schätzungsweise drei Prozent der globalen Wirtschaftsleistung durch die Folgen von Krankheiten verloren, denen durch betriebliches Gesundheitsmanagement vorgebeugt werden könnte (1). So verursachen z. B. allein Augenprobleme durch Bildschirmarbeit sowie Rückenleiden u. a. durch langes Sitzen vor dem Rechner mittlerweile bundesweit über 30 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage (2). Es steht also außer Frage, dass sich ein Engagement im betrieblichen Gesundheitsmanagement für den Arbeitgeber lohnt. Experten beziffern den Return-on-investment auf 1:5 bis 1:16 (3).

Dabei geht betriebliches Gesundheitsmanagement heutzutage weit über den traditionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz hinaus. Ziel ist vielmehr die Erhaltung und Prävention von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter. Damit

werden gesundheitsrelevante Faktoren zum Grundbestandteil der Unternehmenskultur.



Eine immer komplexer werdende Arbeitswelt mit immer umfassenderen Anforderungen an den einzelnen Mitarbeiter fordert ihren Tribut und stellt damit neue Anforderungen an die Angebote und



Dr. med. Suzann Schmieg-Kirschner

Geschäftsführende Gesellschafterin

Kontakt:
HEALTHadvisory HKB GmbH
Auf der Heide 3
44803 Bochum
Tel.: + 49 (0) 234 93648614
Fax: + 49 (0) 234 93648616
brouns@healthadvisory.de

Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Neben erstmals seit Jahren wieder steigenden Krankenständen besteht die auffälligste Entwicklung des Krankengeschehens in der weiterhin starken Zunahme der psychischen Störungen (u. a. Burn-out, Angststörungen, Suchterkrankungen) (4). Bei der Ursachenforschung drängt sich die Vermutung auf, dass sich die Mitarbeiter dem Druck am Arbeitsplatz nicht gewachsen sehen und sie sich mit ihren Problemen alleine gelassen fühlen. In Bezug auf Gesundheit erhaltende Maßnahmen besteht gerade in großen Unternehmen die Schwierigkeit, alle Mitarbeiter an diesen partizipieren zu lassen – meistens kommen nur einige wenige in den Genuss der Zuwendungen in Form von teuren Seminaren oder (Rücken-)Schulungen.

Die Anforderungen an Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements müssten also moderner sein: „Womit erreiche ich als Arbeitgeber möglichst alle Mitarbeiter?“ und „Was motiviert diese tatsächlich und vor allem nachhaltig?“



Es gibt in Deutschland 18 Millionen Bildschirmarbeitsplätze (5). Jeder dritte Deutsche nutzt das Internet zur Information oder Kommunikation über Gesundheitsfragen (6) – Tendenz steigend. Die Bedeutung des Internets und damit des PCs als Aufklärungs- und Informationsquelle steht somit außer Frage. Dennoch ist es nicht im Sinne der Arbeitgeber, wenn die Mitarbeiter einen Teil ihrer Arbeitszeit für Nachforschungen im Internet verwenden und darum steht dieses ihnen oft auch nicht zur Verfügung. Anders verhält es sich mit dem firmeneigenen Intranet. Diese Einrichtung ist in vielen Firmen mittlerweile Standard und wird als Medium der Verbreitung von Gesundheitsthemen genutzt. Der Nachteil besteht in der Nutzungsrelevanz, d. h. nur derjenige Mitarbeiter wird sich in das Intranet einloggen und sich bis zur entsprechenden Seite durchklicken, der ein Anliegen hat. Vorsorgeprogramme bleiben also denjenigen vor-

enthalten, die sich sowieso interessieren. Wie aber erreiche ich automatisch alle Mitarbeiter, also auch jene Gesundheits“muffel“?

Diese Aufgabenstellung machte sich ein Stab aus Ärzten, IT-Fachleuten, Grafikern und Filmproduzenten zu eigen. Nach langjähriger Forschungsentwicklung ist ein bundesweit bisher einmaliges Konzept entstanden: Humorvolle Gesundheitskampagnen, die jeden Morgen direkt auf dem Bildschirm des Mitarbeiters landen – gleichgültig an welchem Arbeitsplatz er sich gerade befindet und egal in welcher Firmenniederlassung bundesweit. Die Gesundheitsvorsorge erreicht also aktiv alle Mitarbeiter im Unternehmen. Durch die vollständige Integration in den täglichen Arbeitsablauf reduziert sich der Arbeitszeitverlust durch die Maßnahme auf wenige Minuten am Tag. Nach dem Motto „Der stete Tropfen höhlt den Stein“ wird aufgrund der täglichen Präsenz des Themas eine hohe Nachhaltigkeit erzielt.

Bisher wurden die Filme auf mehr als 50 000 Arbeitsplätzen bundesweit gezeigt. Die Filme werden von den Mitarbeitern nicht nur geschaut (tägliche Klickfrequenzen von über 65 %), sondern die gezeigten Übungen auch durchgeführt (Vorher/Nachher-Evaluationen z. B. im Rahmen einer Augentrainingskampagne konnten zeigen, dass schon nach einem 12-wöchigen Augentraining 72 % der Teilnehmenden am Ende des Arbeitstages seltener unter müden, tränenden und brennenden Augen litten (7)).

Aber vielleicht sind es nicht nur kühle Kosten-Nutzenrechnungen und statistische Zahlenwerke, sondern vor allem auch die persönlichen Stimmen der Betroffenen, die zeigen, dass es sich manchmal lohnt, modernen Anforderungen am Arbeitsplatz auf neue, ungewöhnliche Weise zu begegnen: „Vielen Dank für die Kampagne.“, so der O-Ton eines Mitarbeiters der VHV-Versicherungen Hannover, bei der in 2010 drei Kampagnen gezeigt wurden (8).

Dr. med. Suzann Schmiegler-Kirschner

Quellen:

- (1): Innovations-Report, Diabetes-News
- (2): Medialine, Schmerzforum
- (3): Felix-Burda-Stiftung 2011
- (4): BKK-Gesundheitsreport 2008
- (5): Ludwig-Sehzentrum
- (6): Forum Gesundheitspolitik
- (7): HEALTHadvisory- Evaluationsdaten Augentrainingskampagne Interhyp
- (8): HEALTHadvisory-Evaluations-Fragebogen VHV-Versicherung

Impressum

HEALTH ECONOMIST

Vereinsmedium von
HEALTH EBS
Alumni-Vereinigung der
gesundheitsökonomischen
Studiengänge der European
Business School e.V.

Kontakt:
HEALTH EBS e.V.
Geschäftsstelle:
Osterholzer Dorfstraße 63
28307 Bremen
www.health-ebs.de

Layout/ Gestaltung:
marismed
Claudia Ambrus-Köhler
www.marismed.de

Fotos:
Fotolia, Pixelio, aboutpixel

In eigener Sache:

Die Vortragsunterlagen des Member-Meetings 2011 sind im Mitgliederbereich unserer Homepage www.health-ebs.de eingestellt.