

Dr. Petra Dlugosch

Businessplan



Zentrum für Altersmedizin GmbH

Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Neurologie

Behandlung, Fort- & Weiterbildung



Inhaltsverzeichnis

1. MANAGEMENT SUMMARY	1
2. UNTERNEHMEN	3
2.1 UNTERNEHMENSPROFIL	4
2.1.1 Rechtsform	4
2.1.2 Bestehendes Produktprogramm	5
2.2 UNTERNEHMENSZIELE	7
2.2.1 Ausgangslage	7
2.2.2 Angestrebte Ziele	8
2.2.3 Geplante Strategie	9
3. PRODUKTE/ ANWENDUNG UND HERSTELLUNG	10
4. MARKT UND WETTBEWERB	11
4.1 GESAMTMARKT	11
4.1.1 Marktpotential	11
4.1.2 Marktentwicklung	12
4.1.3 Charakteristika	13
4.2 SEGMENTIERUNG GESAMTMARKT	13
4.2.1 Einteilung in homogene Teilgruppe	13
4.2.2 Zielmarkt	13
4.2.3 Kundengruppen	14
4.3 WETTBEWERBSANALYSE	15
5. MARKETING UND VERTRIEB	16
5.1 PRODUKTPOLITIK	16
5.2 PREISPOLITIK	16
5.3 DISTRIBUTIONSPOLITIK	18
6. MANAGEMENT UND ORGANISATION	19
6.1.1 Dachverband LWL	19
6.1.2 LWL-Klinik Dortmund	19
6.1.3 Abteilung Gerontopsychiatrie	19
6.1.4 Das Zentrum für Altersmedizin GmbH (ZfA) als neues Angebot	20
7. FINANZPLANUNG/ DREIJAHRESPLANUNG	21
8. CHANCEN UND RISIKEN	25
9. KAPITALBEDARF	27
10. ANLAGE	28

1. Management Summary

Ausgangssituation für die Gründung des Zentrums für Altersmedizin (ZfA) ist die demographische Entwicklung mit der bestehenden Überbelegung der Abteilung Gerontopsychiatrie (66 stationäre Plätze für ein Einzugsgebiet von fast 1 Million Einwohner) der LWL-Klinik Dortmund, mit ihrem seit Jahren entwickelten differenzierten Angebot (Depressionsbehandlung, 2 Tageskliniken, Ambulanz) und Fehlbelegungen im Haus sowie in anderen Kliniken der Stadt Dortmund¹. Bundesweit und regional gibt es andere Träger, aber auch andere LWL-Kliniken, die für die zunehmend notwendigen Behandlungen der immer älter werdenden PatientInnen angemessene Angebote schaffen. Vier Geriatrien befinden sich in Dortmund und Unna (eine weitere ist geplant) und auch vier neurologische Abteilungen. Zwei in Dortmund bestehende psychiatrische Abteilungen haben Anteile von Stationen speziell für die Behandlung älterer psychisch Erkrankter umgebaut.

Im Klinikspektrum fehlen bisher Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten durch verschiedene medizinische Fachdisziplinen aus einer Hand, vor allem für hoch- und höheraltrige PatientInnen auf einer Station und im ambulanten Setting.

Analog den Veränderungen in jungen Jahren spielt gerade der Körper durch seine somatischen Veränderungen als Organisator eine Hauptrolle im Leben der älter werdenden Menschen (Heuft, 1994²). Häufig kommt es mit zunehmendem Alter zu den bekannten Körpererkrankungen, welche sich in somato-psychischen Störungen ausdrücken können, und gibt es seelische Erkrankungen, die sich psycho-somatisch darstellen. Eine angemessene Therapie und Diagnostik wird in beiderlei Hinsicht notwendig. Z.B. müssen entstandene Verluste von Angehörigen, aber auch von Körperfunktionen, seelisch verarbeitet werden. Erfolgt keine angemessene Begleitung durch entsprechende Fachleute, können leicht Chronifizierungen entstehen, die es zu vermeiden gilt. Höhere Kosten und verfrühte Heimeinweisungen sind mögliche Folgen.

Als neues Angebot beinhaltet das Zentrum für Altersmedizin (ZfA) daher

¹ Stadt Dortmund, Gesundheitsamt (Hrsg.). (2005). Psychiatriebericht der Stadt Dortmund 1998-2003

² Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (Hrsg.). (2006). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie

- eine interdisziplinär arbeitende Station (20 Betten), v.a. für multimorbide hochheraltertrige Patienten, mit dem Facharztstandard Gerontopsychiatrie, Geriatrie und Neurologie (vorzugsweise in der Nähe einer somatischen Klinik)
- Nervenarztpraxis (Portalfunktion) wird zusätzlich erworben, um weitere Synergien nutzen zu können, Bildung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) angestrebt (Nervenärzte arbeiten als Honorarkräfte in der ambulanten Versorgung bereits zusätzlich mit)
- angegliederter ambulanter Pflegedienst mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- Fort-/ Weiterbildungsakademie für Gerontopsychiatrie (Krankheitsbilder und deren ärztliche und pflegerische Behandlungsmöglichkeiten und das Altern allgemein, Anlage I).

Aufsuchende multiprofessionelle Teams werden aus dem Mitarbeiterpool rekrutiert, um im Vorfeld einer stationären Aufnahme auch präventiv arbeiten zu können. Die PatientInnen stehen im Vordergrund der Arbeit und die Nutzung von Synergien durch z.B. kurze Wege, Vermeiden von Doppeluntersuchungen und schnellstmögliche Diagnostik und Therapie sind das Ziel. Fehlbelegungen im stationären und teilstationären Rahmen sowie lange Leidenswege im ambulanten Rahmen kommen aufgrund der multiprofessionellen übergreifenden Kommunikation seltener vor.

Geschäftsführerin ist die Chefärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie (stiller Teilhaber ist der LWL). Aus v.a. steuer-, insolvenz- und gesellschaftsrechtlichen Gründen wurde die Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) gewählt. Die Abrechnung erfolgt, außer im Akademiebereich, nach den bekannten Modalitäten eines psychiatrischen Krankenhauses, z.Zt. Berechnungsgrundlage noch Pflegesatz pro Tag; Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie (§ 17d KHG, analog DRG-Abrechnung ist für 2013 in der Psychiatrie geplant)³. Für die weitere Kalkulation sollten bekannte Abrechnungen (Mittelwert 4250€/Fall plus 2000-2500€/Fall für die geriatrische Komplexbehandlung) zugrunde gelegt werden, um auch im zukünftigen Abrechnungssystem wettbewerbsfähig zu sein. In der bestehenden psychiatrischen Institutsambulanz gibt es eine Fallpauschale für nichtärztliches Personal und ärztliche Gebührensätze, nach EBM und GOÄ, deren Leistungen stark nachgefragt werden.

³ © InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus | 2007, 2008, 2009, 2010

2. Unternehmen

Unsere Gesellschaftsstruktur hat und wird sich weiter verändern. Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung hat stark zugenommen und wird in Zukunft weiter steigen. Rund 25 % der über 65-jährigen Menschen leiden unter psychischen Erkrankungen (Anlage F), Multimorbidität nimmt mit steigendem Alter zu. Diesen Personenkreis und seine Angehörigen kompetent in speziellen Krankheitszuständen zu behandeln, betreuen und zu beraten, ist die Aufgabe des Zentrums für Altersmedizin (ZfA), das ein fachübergreifendes Angebot für gerontopsychiatrische, geriatrische und neurologische stationäre Behandlung darstellt und ergänzt hiermit das bestehende, bereits recht umfassende Angebot der gerontopsychiatrischen Abteilung der LWL-Klinik Dortmund, wie

- stationäre und teilstationäre gerontopsychiatrische Behandlung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die über weitere Zusatzqualifikationen, wie z.B. Neurologie oder Geriatrie verfügen
- Gedächtnisambulanz mit z.B. testpsychologischer Hirnleistungsdiagnostik, auch als Frühdiagnostik der Demenz
- Ambulante gerontopsychotherapeutische Einzelgespräche, Gruppenpsychotherapie, v.a. bei depressiv Erkrankten
- gerontopsychiatrischer Konsiliar-/ (Liason)dienst in den regionalen Krankenhäusern
- aufsuchender ärztlicher, sozialarbeiterischer und pflegerischer Dienst, in erster Linie für PatientInnen in Alten- und Pflegeheimen, auch im Rahmen von Hausbesuchen (Institusambulanz)
- Beachtung gerontopsychosomatischer, gerontologischer und rehabilitativer sowie gesundheitsökonomischer Aspekte
- Kooperation mit der Stadt Dortmund als Demenzservicezentrum und ein Weiterbildungsangebot mit einer Geriatrie

Die Behandlung und Pflege älterer Menschen mit seelischen Störungen erfordert ein multiprofessionelles und methodenübergreifendes Handeln.

2.1 Unternehmensprofil

Das Zentrum für Altersmedizin (ZfA) bietet den Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern im Seniorennetzwerk eine Erweiterung der Diagnostik und der Behandlung auf Facharztstandard, entstehende Synergien unterstützen die ökonomischen Notwendigkeiten. Im ZfA werden sowohl die somatischen (geriatrisch und neurologisch) als auch die psychischen Erkrankungen untersucht und behandelt und notwendiges Wissen vermittelt. Durch den engen Zusammenschluss der verschiedenen medizinischen Fächer entsteht höchste Qualität und Spezialisierung aus einer Hand

- Interdisziplinäre komplexe stationäre Behandlung und Beratung, d.h. körperliche Erkrankungen werden auf kurzen Wegen untersucht, die vorliegende seelische Erkrankung erfasst. Die Vermeidung von Doppeluntersuchungen schützt Patienten und das Budget
- abgestimmte auch ambulante Behandlungsmöglichkeiten, z.B. durch den neu eingerichteten ambulanten Pflegedienst mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt. Aufsuchende multiprofessionelle Teams werden hieraus rekrutiert, um im Vorfeld auch präventiv arbeiten zu können.
- eine Nervenarztpraxis (wird erworben), als Portalfunktion und um zusätzliche Synergien nutzen zu können. Z.B. wird die Bildung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) angestrebt. Nervenärzte arbeiten als Honorarkräfte in der ambulanten Versorgung mit.
- Wissensvermittlung und zusätzliche Beratungen durch die o.g. Professionen in der angeschlossenen Fort-/ Weiterbildungsakademie

In der veränderten Lebensführung durch die Erkrankung, bedürfen PatientInnen, Angehörige, ärztliche KollegInnen und MitarbeiterInnen im Seniorennetzwerk bei Fragen Erkrankungen und Behandlungen der älteren bzw. alten PatientInnen betreffend, neben den bereits bekannten Angeboten der Gerontopsychiatrischen Abteilung und Geriatrien, zusätzliche Wissensvermittlung, die durch die angegliederte Fort-/ Weiterbildungsakademie aus einer Hand geboten wird.

2.1.1 Rechtsform

Die bei der Unternehmensgründung gewählte Rechtsform als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) bietet, seit deren Einführung in 1892 und Reform zuletzt 2008 durch den Gesetzgeber, hohe Flexibilität und eine Anpassung an die modernen

Anforderungen in der Wirtschaft. Möglichkeiten zum Missbrauch der Rechtsform der GmbH wurden eingeschränkt. Der Unternehmensgegenstand der GmbH, darf sich nach § 1 GmbHG grundsätzlich auf jede gesetzlich zulässigen Unternehmensform und Branche ausrichten, also auch für freiberufliche, künstlerische oder wissenschaftliche Zwecke und ist auch insbesondere für Unternehmen im gemeinnützigen Bereich ohne Gewinnerzielungsabsicht geeignet. Es handelt sich um eine juristische Person des Privatrechts mit eigener Rechtspersönlichkeit und eigenem Vermögen (strikte Trennung vom Vermögen der beteiligten Gesellschafter). Die GmbH gewährt die Möglichkeit einer Haftungsbeschränkung auf das Gesellschaftsvermögen (Gesellschafter haften nicht persönlich). Geschäftliche Beziehungen zwischen evtl. mehreren Gründern (Gesellschaftern) lassen sich übersichtlich gestalten, die Kapitalaufbringung wird von Anfang an geregelt. Es geht um bessere steuerliche Kriterien (Gewinne der GmbH unterliegen der Körperschaftsteuer, mit einem Steuersatz von 15%. Ist sie bezahlt, ist sie definitiv und wird nicht auf die Einkommensteuer der Gesellschafter angerechnet. Im Falle der Gewinnausschüttung der GmbH an ihre Gesellschafter erfolgt nochmals eine Besteuerung (Gesellschafter einer Personenhandelsgesellschaft unterliegen mit Gewinnanteilen der progressiv ansteigenden Einkommensteuer). Zahlreiche Formalien sind zu beachten. Die Gründung einer GmbH und andere Organisationsakte (z.B. eine Satzungsänderung) bedürfen der notariellen Beurkundung und Eintragung in das Handelsregister, Abtretungen von Geschäftsanteilen müssen ebenfalls notariell beurkundet werden⁴. Gesellschafter und Geschäftsführer müssen sich stets bewusst sein, dass das Gesellschaftsvermögen formal fremdes Vermögen ist und danach handeln. Der Gesetzgeber hat strenge Vorschriften mit Sanktionen bei deren Nichtbeachtung erlassen. Bei der GmbH ist neben der Zahlungsunfähigkeit die Überschuldung (d.h. das Vermögen der GmbH deckt nicht mehr deren Verbindlichkeiten) ein Insolvenzgrund⁵.

2.1.2 Bestehendes Produktprogramm

Das Behandlungs- und Fort-/ Weiterbildungsangebot beinhaltet

- Psychiatrische/psychologische/somatische Diagnostik ambulant, teil- und stationär, Abklärung des Krankheitsbildes und Einleitung der erforderlichen Therapiemaßnahmen

⁴ <http://www.existxchange.de/rechtsform/checkliste-die-vor-und-nachteile-einer-gmbh.html>, vom 18.2.2011

⁵ <http://www.iyotta.de/index.php/gmbh/437-gmbh-vor-und-nachteile.html>, vom 18.2.2011

- Mehrdimensionale Behandlung nach aktuellen therapeutischen Standards, Case-Management zur Erfassung des Hilfebedarfs in Zusammenarbeit mit unserem Sozialdienst, dem Gerontopsychiatrischen Netzwerk, wie z.B. dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter in der Region
- Behandlung in Kooperation mit Haus- und Fachärzten
- Nachsorge nach stationärer und teilstationärer Behandlung (auch durch Pflegepersonal), zur Sicherung des Behandlungserfolges, sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung bei Behördenangelegenheiten
- Stationäre, teilstationäre und ambulante Psychoedukationsgruppen (Depression, Psychosen) durch Psychologen/-in
- zum Erhalt der kognitiven Funktionen Gedächtnis- und ADL- (Alltagsfertigkeiten) Training durch Ergotherapeutin/-en
- Hausbesuche zum Kennenlernen des persönlichen Umfeldes unter medizinischen und rehabilitativen Gesichtspunkten, Vermittlung von rehabilitativen Hilfen
- Hausbesuche, falls der/die Patient/in nicht in der Lage ist, die Ambulanz aufzusuchen, pflegerische Betreuung (zum Erhalt des häuslichen Umfeldes)
- Vermittlung von Altenhilfsangeboten zur Förderung sozialer Kontakte
- Psychiatrische Konsiliar- (Liasion)dienste in Allgemeinkrankenhäusern, therapeutischen Einrichtungen und in Alten- und Pflegeheimen
- Zusammenarbeit mit den Personen des sozialen Umfeldes des Patienten, insbesondere Angehörigen, Beratung und Schulung von Angehörigen und/oder anderen Bezugspersonen, Kriseninterventionen
- Beratung hinsichtlich rechtlicher Aspekte oder Pflegeversicherung
- Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Einrichtungen der Altenhilfe in spezifischen gerontopsychiatrischen Themen
 - bestehende Kooperation mit der Stiftung eines Hospitals
 - durch Fachkräfte der Abteilung GP oder Honorarkräfte (Demenz-Servicezentrum) zunehmend in der LWL-Klinik Do. aufgebaut

2.2 Unternehmensziele

2.2.1 Ausgangslage

Ausgangssituation für die Gründung des Zentrums für Altersmedizin (ZfA) ist die demographische Entwicklung mit der bestehenden Überbelegung der Abteilung Gerontopsychiatrie (66 stationäre Plätze für ein Einzugsgebiet von fast 1 Million Einwohner) der LWL-Klinik Dortmund, mit ihrem seit Jahren entwickelten differenzierten Angebot (Depressionsbehandlung, 2 Tageskliniken, Ambulanz) und Fehlbelegungen im Haus sowie in anderen Kliniken der Stadt Dortmund⁶.

Bundesweit sowie regional gibt es andere Träger, aber auch andere LWL-Kliniken, die für die zunehmend notwendigen Behandlungen der immer älter werdenden PatientInnen angemessenere Angebote schaffen. Vier Geriatrien befinden sich in Dortmund und Unna (eine weitere ist geplant) und auch vier neurologische Abteilungen. Zwei in Dortmund bestehende psychiatrische Abteilungen haben Anteile von Stationen speziell für die Behandlung älterer psychisch Erkrankter umgebaut.

Im Klinikspektrum fehlen bisher Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten durch verschiedene medizinische Fachdisziplinen aus einer Hand, vor allem für hoch- und höheraltrigen PatientInnen auf einer Station und im ambulanten Setting.

Analog den Veränderungen in jungen Jahren spielt gerade der Körper durch seine somatischen Veränderungen als Organisator eine Hauptrolle im Leben der älter werdenden Menschen (Heuft, 1994⁷). Die Wahrscheinlichkeit, im Alter an einer oder mehreren Erkrankungen zu leiden, steigt. Dies ist bedingt durch physiologische Alterungsveränderungen, erschwerend kommt oftmals die soziale Isolation hinzu. Erkrankungen im höheren Lebensalter können akut verlaufen, langsam voranschreiten oder aber einen chronischen Verlauf nehmen. In jedem Fall kommt es auf eine rasche fachliche Hilfe an. Bekannte Körpererkrankungen, die v.a. im höheren Alter in noch größerem Maße zunehmen können, können sich in somato-psychischen und auch psycho-somatischen Störungen ausdrücken. Eine angemessene Therapie wird in beiderlei Hinsicht notwendig, z.B. müssen entstandene Verluste von Angehörigen, aber auch von Körperfunktionen, seelisch verarbeitet werden. Erfolgt keine angemessene Begleitung durch dementsprechende Fachleute, kommt es leicht zur Chronifizierung,

⁶ Stadt Dortmund, Gesundheitsamt (Hrsg.). (2005). Psychiatriebericht der Stadt Dortmund 1998-2003

⁷ Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (Hrsg.). (2006). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie

die es zu vermeiden gilt. Höhere Kosten und verfrühte Heimeinweisungen sind mögliche Folgen.

In der veränderten Lebensführung bedürfen Betroffene neben der ärztlich geleiteten Behandlung eventuell auch häufig einer pflegerischen Betreuung und sozialarbeiterischer Hilfe, z.B. bei der Vermittlung spezifischer Angebote der Altenhilfe oder bei behördlichen Angelegenheiten. In der Regel erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Hausarzt/der behandelnden Hausärztin.

Häufig werden die Belange älterer Menschen nicht angemessen in unserer Leistungsgesellschaft gewürdigt. Die bisherige Berechnungsgrundlage für das stationäre Personalgerüst berücksichtigt die ärztliche Arbeitsleistung der Abteilung Gerontopsychiatrie in eher geringer zugrunde gelegten Minutenwerten (Psych-PV⁸). Immer wieder wurde deutlich, dass die älteren PatientInnen, die ja häufig an mehreren Erkrankungen leiden, durch viele Ärzte im Vorfeld behandelt wurden, aber niemand die Gesamtbehandlung überblickt. Viel zu viele Medikamente werden verordnet, die der alternde Körper kaum oder schlechter verarbeiten kann, da sich auch z.B. die Pharmakokinetik verlangsamt hat. Manche Medikamente vertragen sich untereinander nicht, erhöhen oder vermindern die Wirksamkeit der anderen Medikamente erheblich. Vermeidbare Doppeluntersuchungen finden statt. Wenig Wissen besteht zum Altern an sich, zu den spezifischen Altersveränderungen und -erkrankungen sowohl im professionellen Rahmen als auch bei den Betroffenen und deren Angehörigen.

2.2.2 Angestrebte Ziele

Zu den Zielsetzungen des Zentrum für Altersmedizin (Geriatric/ Gerontopsychiatrie/ Neurologie) gehören daher

- ❖ Mildern der Krankheitssymptomatik und Besserung des subjektiven Befindens der PatientInnen, insbesondere Verbesserung der beeinträchtigten Lebensqualität unter Nutzung von Synergieeffekten in einem angemessenen Umfeld und bei ausreichender Kostendeckung
- ❖ Aktivierung erhaltener Fähigkeiten der PatientInnen und damit Erhalt einer größtmöglichen selbständigen Lebensführung
- ❖ Vermeidung oder Verkürzung einer stationären Behandlung im Krankenhaus, Verhindern oder zumindest Hinauszögern der Aufnahme in ein Alten- und

⁸ Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-Psych-PV, <http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html> vom 3.4.2011)

- Pflegeheim, Information und Entlastung der Angehörigen,
Angehörigenschulungen vor Ort, auch durch das Demenz-Servicezentrum
(DSZ, Kooperation Stadt Do. mit der Abteilung GP)
- ❖ Beratung und Psychoedukationsgruppen (Demenz, Depression, Psychose),
auch für Angehörige im Umgang mit gerontopsychiatrischen/ geriatrischen
Patienten
 - ❖ Familiäre (therapeutische) Krisengespräche, Türkischsprachiger Pflegekurs
(Refinanzierung Pflegekassen)
 - ❖ Fort-/ Weiterbildung der in der Altenhilfe, insbesondere der im
gerontopsychiatrischen/ geriatrischen Bereich tätigen professionellen Helfer
 - ❖ Supervision
 - ❖ zur möglichen Synergienutzung, noch engere Vernetzung mit weiteren
 - medizinischen Disziplinen, komplementären Einrichtungen der
Psychiatrie
 - stationären, teilstationären und ambulanten Altenhilfesystem der Region

2.2.3 Geplante Strategie

Das Zentrum für Altersmedizin (Geriatric/ Gerontopsychiatrie/ Neurologie) ist auf die Besonderheiten in der Diagnostik und Behandlung älterer Patientinnen und Patienten spezialisiert und bietet dieses Wissen umfassend an. Verschiedene Anteile, auch Schulungen betreffend, bestehen bereits, sollten aber zusammengeführt und aus einer Hand geleistet werden.

- Ansiedelung der neuen interdisziplinär arbeitenden Station (20 Betten)
vorzugsweise in der Nähe einer somatischen Klinik, mit kurzen Wegen zur
Diagnostik
- Auf- und Ausbau der Vernetzung des ambulanten mit dem teil- und stationären
Behandlungsangebot. Praxisübernahme (Nervenarzt) als Basis zur Gründung
eines MVZ; niedergelassene Nervenärzte arbeiten als Honorarkräfte in der GP
Ambulanz mit (auch Ausweitung auf die Allgemeinpsychiatrie möglich)
- Gründung ambulanter gerontopsychiatrischer Pflegedienst (evtl. Kooperation
mit bestehendem Pflegedienst in Hemer)
- Eröffnung der Akademie für das gerontopsychiatrische Fort-/
Weiterbildungsangebot für Angehörige, Mitarbeiter im Seniorennetzwerk (Ärzte
und Pflegepersonal)

3. Produkte/ Anwendung und Herstellung

Patienten ab 60 Jahren, Angehörigen und Mitarbeitern im Seniorennetzwerk bietet das bestehende Angebot der gerontopsychiatrischen Abteilung der LWL-Klinik Dortmund bereits Behandlungen, Kooperationen und Schulungsangebote (intern und extern) wie

- umfassende stationäre, teilstationäre und ambulante gerontopsychiatrische Behandlung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die über weitere Zusatzqualifikationen, wie z.B. Neurologie oder Geriatrie verfügen
- Gedächtnisambulanz mit z.B. testpsychologischer Hirnleistungsdiagnostik, auch als Frühdiagnostik der Demenz
- Ambulante gerontopsychotherapeutische Einzelgespräche, Gruppenpsychotherapie v.a. bei depressiv Erkrankten
- gerontopsychiatrischen Konsiliar-/(Liasion)dienst in den regionalen Krankenhäusern
- aufsuchender ärztlicher, sozialarbeiterischer und pflegerischer Dienst in erster Linie für PatientInnen in Alten- und Pflegeheimen, auch im Rahmen von Hausbesuchen
- Einzel- und Teamberatung, Supervision, Coaching der Mitarbeiter im Seniorennetzwerk
- Physikalische Therapie (z.B. Massage, Lymphdrainage), Krankengymnastik, Aquafitness, (Nordic) Walking
- ambulante Ergotherapie und Theaterprojekt; stationäre Clownsvsitate

und erfahren durch das Zentrum für Altersmedizin (ZfA) im engen Zusammenschluss, v.a. mit der Geriatrie und Neurologie auf Facharztstandard, zusätzliche wesentliche Aspekte wie

- ein komplexes Behandlungs- (Neurologie, Geriatrie) und Beratungsangebot, körperliche Erkrankungen v.a. bei Hochaltrigen werden wie die seelischen Erkrankungen auf kurzen Wegen in angemessenen Räumen untersucht und mit behandelt
- ein ambulanter Pflegedienst mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie kommt hinzu und außerdem
- Wissensvermittlung und Beratung durch die o.g. Professionen aus einer Hand

4. Markt und Wettbewerb

4.1 Gesamtmarkt

4.1.1 Marktpotential

In allen Kliniken werden insgesamt sehr viele ältere Patienten behandelt, die z.T. als Fehlbelegungen in einigen somatischen Kliniken behandelt werden. Im Psychiatriebericht der Stadt Dortmund werden gestiegene Aufnahmen Dortmunder Bürger wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in allen Krankenhäusern beschrieben. In den psychiatrischen Institutionen der Stadt nahmen diese im gleichen Zeitraum noch wesentlich stärker zu. Von 1998 bis 2000 kam es zu einem Anstieg dieser Anzahl Aufnahmen und auch des prozentualen Anteils (Tabelle 1)⁹.

Tabelle 1: Stationäre Aufnahmen mit psychiatrischer Diagnose insgesamt in Dortmund, 1998, 2002; absolut (N) und prozentual (%)

Aufnahmen Jahr	Dortmund Gesamt N	Anstieg in %	Psychiatrie N	Anstieg in %
1998	9.102	-	5.979	-
2002	10.531	+15,7	8.539	+42,8

Dieser Trend ist sicherlich ungebrochen.

Es fehlen die fachlichen Qualifikationen für die häufig notwendigen interdisziplinären medizinischen Behandlungen, da kein Schwerpunkt in der Altersmedizin besteht. Fehlbelegungen sind relativ häufig. Kenntnisse über bestehende Spezifika sind häufig nur eingeschränkt vorhanden, die einerseits durch das Altern des Körpers mit seinen vielfachen Erkrankungen und/ oder auch hierdurch entstehende seelische Konflikte oder Probleme, die durch somatische Erkrankungen häufig bestehen, oder auch durch z.B. vermehrte Trennungen ausgelöst werden.

In der LWL-Klinik kam es v.a. bis 2008 zu immer mehr Aufnahmen von Patienten ab 60 Jahren in die Abteilung Gerontopsychiatrie. Wegen knapper räumlicher Ressourcen, rezidivierend notwendigen Schließungen der Stationen für Aufnahmen aus unterschiedlichen Gründen und die zeitgleich eingezogene Erhöhung der Altersgrenze, hat bereits in 2008 eine um 60 verminderte Fallzahl zu Vorjahren nach sich gezogen, die im Folgejahr noch verstärkt war. 2010

⁹ Stadt Dortmund, Gesundheitsamt (Hrsg.). (2005). Psychiatriebericht der Stadt Dortmund 1998-2003

wurden hier 887 Patienten stationär, 272 teilstationär in den bereits speziell für die Bedürfnisse der älteren Patienten gebauten Tageskliniken (Anlage D, Ist 2010) und mehr als 6000 Patienten ambulant behandelt. Ältere PatientInnen müssen weiter in anderen, nicht speziell auf dieses Klientel ausgerichteten psychiatrischen Abteilungen aufgenommen werden (Anlage C). Die Entwicklung entspricht auch den demographischen Prognosen (Anlage A), die sich ebenfalls in der Aufnahmeentwicklung nach Alter in der Klinik 2010 widerspiegelt (Anlage B; Anlage D, Plan 2011). Der Trend geht nach oben, mindestens noch eine Station kann mit diesen PatientInnen gefüllt werden und ist eine Basis für die Gründung und Zielsetzung des Zentrums für Altersmedizin (ZfA).

Im Bereich der Hochaltrigkeit kommt es zunehmend zu Multimorbidität, seelischer (Anlage F) und somatischer Art. Interdisziplinäres Wissen wird unumgänglich. Die Krankheitslehre und das Wissen über mögliche Auslöser werden immer komplexer und bedürfen erweiterter Kenntnisse der Betroffenen, deren Angehörigen und v.a. der in diesem Umfeld Arbeitenden des entsprechenden professionellen Netzwerks. Diese werden innerhalb der angegliederten Akademie mittels der vorgehaltenen Schulungen und Fortbildungen auf die gestiegenen Ansprüche in diesem Zusammenhang vorbereitet und in ihrer schweren Arbeit unterstützt. Weitere Aktivitäten sind

- Symposien für professionell Arbeitende im Seniorenbereich (bereits erfolgt für z.B. Gewalt oder Depression im Alter)
- Einzel- sowie Gruppenunterricht, nach Notwendigkeit auch Supervision
- Vorträge in unterschiedlichsten Zusammenhängen (vor Leiterinnen von Frauenhilfegruppen, in Selbsthilfegruppen oder politischen Gremien) dienen dem Abbau von Vorurteilen und sind Beispiele für die Umsetzung der Arbeit der Akademie im Zentrum für Altersmedizin

4.1.2 Marktentwicklung

Das Einzugsgebiet der LWL Klinik Dortmund, Abteilung GP, umfasst mit Dortmund und dem Kreis Unna fast 1 Million Einwohner, ca. 20% sind älter als 60 Jahre. Das Potential für das Angebot des Zentrums für Altersmedizin (ZfA) wird somit als sehr positiv eingeschätzt, da es immer mehr ältere Menschen geben wird (Anlage A). Wachstumsmöglichkeiten sind in erheblichem Umfang gegeben, die demographische Entwicklung kommt diesem Marktsegment auch zukünftig sehr zu Gute. Die Qualität und der bereits vorhandene gute Name werden im Wettbewerb punkten.

4.1.3 Charakteristika

Die Behandlungen finden tagesklinisch und ambulant überwiegend gerontopsychiatrisch statt. Im stationären Setting wird auch der geriatrische und neurologische Schwerpunkt mit behandelt, was in vielen anderen Kliniken eher nicht als Gesamtkonzept besteht und aufgrund der mangelnden Kenntnisse nicht vorgehalten werden kann.

Die Akademie für Fort- und Weiterbildung mit den Schwerpunkten Gerontopsychiatrie und Altern als eine wichtige Säule in die GmbH aufzunehmen, erklärt sich aus den o.g. Tatsachen und auch um betroffene Angehörige zu schulen bzw. zu unterstützen. Die Übernahme des bereits bestehenden Angebotes erleichtert die genannten Vorstellungen, d.h. eine notwendige Erweiterung und der Ausbau dieses Segmentes soll erfolgen. Es gibt verschiedene Träger, die die beschriebenen Schulungsthemen bereits anbieten, allerdings ist hier der Vorteil, dass ein hochqualitativer Ausbildungsstandard gewährleistet werden kann. Fachlich ist sicherlich im Zentrum für Altersmedizin eine höhere Qualifikation, die einerseits durch die vielfältige Erfahrung (Anlage D, Plan 2011), andererseits auch durch die breite interdisziplinäre Aufstellung gegeben ist.

4.2 **Segmentierung Gesamtmarkt**

4.2.1 Einteilung in homogene Teilgruppe

Professionelle Seniorenhelfer (Ärzte, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen, ArzthelferInnen, aber auch Angehörige von psychisch erkrankten älteren PatientInnen und diese selbst.

4.2.2 Zielmarkt

Während der Anteil der jünger als 30jährigen in Dortmund zwischen den Jahren 1980 und 2007 von 39,5% auf 31,5% sank, verdoppelte sich der Anteil der Hochbetagten (> 80 Jahren) an der Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum von 2,4 auf 4,9% und zeigt bis heute eine steigende Tendenz. Der Frauenüberschuss dieser Jahrgänge besteht im Wesentlichen aufgrund der Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges sowie der höheren Lebenserwartung. Von den rund 47.000 verwitweten Personen sind mehr

als vier Fünftel weiblichen Geschlechts¹⁰. Das zunehmende inhaltliche und zahlenmäßige Gewicht der psychiatrischen Versorgung älterer Menschen spiegelt sich nach dem Sachstandsbericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes Dortmund auch in den Gesamtunterbringungszahlen wider. Die Zwangsunterbringungsanzahl der ab 60jährigen wuchs von 19,8% im Jahre 1997 auf 33% in 2007¹¹. Ein weiterer soziodemographischer Faktor, der eine Rolle für die Häufigkeit von Zwangsunterbringungen spielt, ist die Zahl der Einpersonenhaushalte, da sie als Indikator für Vereinzelung anzusehen ist. Regus und Gries¹² prüfen den Zusammenhang mit der Unterbringungshäufigkeit nach PsychKG und stellen heraus, dass Regionen mit vielen Einpersonenhaushalten in der Regel eine höhere Unterbringungsquote aufweisen als Regionen mit geringerer Einwohnerdichte und vielen Haushalten, die drei oder mehr Mitglieder bzw. eher traditionelle Familienstrukturen haben. Hier gibt es auch eine relativ hohe Anzahl älterer Frauen, die dann z.B. verwaarlosten und dann aufgrund von Eigengefährdung in die Klinik eingewiesen werden¹³. Diese Gruppe kann z.B. sehr von dem neuen Spezialangebot profitieren, wenn die Hilfe auch präventiv durch die Ambulanzteams eingesetzt wird.

4.2.3 Kundengruppen

- Patienten, die älter als 60 Jahre sind, mit im Vordergrund stehenden gerontopsychiatrischen, neurologischen sowie geriatrischen Erkrankungen und
- deren Angehörige oder Interessierte, die sich über spezifische Altersthemen und -erkrankungen informieren wollen
- Seniorennetzwerk mit seinen bereits bestehenden vielfältigen Angeboten und weiterhin zunehmenden Mitarbeitern
- Schulungen bzw. Fortbildungen für Professionelle aus dem Seniorennetzwerk, wie z. B. Seniorenheimmitarbeiter, Hausärzte, Sozialarbeiter etc.

¹⁰ Stadt Dortmund, Fachbereich Statistik (Hrsg.). (2008). Jahresbericht Bevölkerung, Dortmunderstatistik. Agentur Dortmund

¹¹ Stadt Dortmund, Gesundheitsamt (Hrsg.). (2008). Sozialpsychiatrischer Dienst 1997-2007, Sachstandsbericht zur Entwicklung

¹² Regus, M., Gries, K. (2003). Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen und Möglichkeiten der Nutzung im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Qualitätsmanagements. Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste, Universität Siegen

¹³ Dlugosch, P. (2010). Vergleich der Aufnahmesituation, des Status sowie der Krankheitsmerkmale von zwangsuntergebrachten und freiwillig aufgenommenen Patienten, LWL-Klinik Dortmund, Dissertation Ruhr-Universität Bochum

4.3 Wettbewerbsanalyse

Im Einzugsgebiet des LWL, in der Nähe der LWL-Klinik Dortmund gibt es zwei psychiatrische Abteilungen, die auch zunehmend ältere Patienten aufnehmen und ambulant behandeln. Deren Vorteil besteht in der direkten Nähe zu somatischen Abteilungen und sie haben bereits eine bessere räumliche Ausstattung.

Die nächste große gerontopsychiatrische Abteilung (incl. Gerontoneuropsychiatrie) besteht in Hemer, ebenfalls eine Klinik des LWL (Entfernung 45 km), die verwaltungstechnisch mit der LWL-Klinik Dortmund zusammen gefasst ist. Eine weitere gerontopsychiatrische Station gibt es in der Uni-Klinik Bo (Entfernung 36 km, ein Neubau und Erweiterung ist geplant). Jeweils wird auch eine gerontopsychiatrische Ambulanz vorgehalten. Im genannten Einzugsgebiet gibt es 4 Geriatrien (1 zusätzlich in Planung) und außerdem 4 neurologische Abteilungen. In allen weiteren somatischen Abteilungen gibt es ebenfalls viele ältere Patienten und Patientinnen, die teilweise eine Fehlbelegung darstellen. Eine vorliegende psychische Erkrankung verzögert oder verhindert die Heilung, Linderung oder Besserung der möglichen somatischen Erkrankung oder spiegelt diese nur vor.

Die Erweiterung zum Zentrum für Altersmedizin als marktgerechtes Angebot, bietet der Region ein fachlich hochqualitatives Angebot im Altersbereich aus einer Hand. Der LWL und die LWL-Klinik Dortmund, durch die dieses Leuchtturmprojekt im Rahmen innovativen Strategiedenkens erst ermöglicht wurde, profitieren durch die vor Ort vorgehaltenen Synergien im altersmedizinischen Bereich und ermöglichen die Erhöhung der positiven Bilanz in der Öffentlichkeitsarbeit.

Die räumlichen stationären Bedingungen der bestehenden Abteilung entsprechen nicht mehr dem aktuellen Standard und bedürfen dringend einer Renovierung. Die Einrichtung einer Demenzstation ist seit längerem geplant, scheitert aber bisher an der Zuteilung einer weiteren Station. Ein Neubau ist im Gelände der LWL-Klinik Dortmund geplant, alle Abteilungen sollen Stationen dort bekommen. Einsparpotential ist dann eventuell durch übergreifenden Personaleinsatz insgesamt gegeben. KrankenpflegehelferInnen können Begleitungen von PatientInnen (Aufnahme zur Station, bei Konsilen) StationssekretärInnen (z.B. medizinische Fachangestellte) können durch Übernahme administrativer Tätigkeit ÄrztInnen und Pflegepersonal spürbar entlasten, wie bereits auf einer Station bestens erprobt. Hieraus gewonnene pflegerische Ressourcen könnten bestens in der Ambulanz eingesetzt werden, um die Arbeit dort inhaltlich und qualitativ zu unterstützen.

5. Marketing und Vertrieb

Die zusammenfassenden Bereiche im Unternehmen, die im Rahmen des Marketings benannt werden, werden Marketingmix genannt. In der Literatur werden viele Marketinginstrumente aufgeführt, die als variable und alternative Instrumente systematisch katalogisiert werden können. Jedoch lassen sich alle im Wesentlichen (im deutschsprachigen Bereich) auf eine 4er-Systematik eingrenzen¹⁴. Die Marketinginstrumente werden auch als die 4 Ps bezeichnet (product, price, promotion, place)¹⁵. Im folgenden Verlauf bedeutet der Marketingmix eine optimale Vernetzung von marketingstrategischen Maßnahmen, um die Erweiterung (Zentrum für Altersmedizin) der Abteilung Gerontopsychiatrie zu fördern.

5.1 Produktpolitik

Hohe Qualität, wie sie in den bereits längerfristig etablierten Anteilen besteht, wird auch auf der neuen interdisziplinären Station und im ambulanten Pflegesetting eingehalten. Diese wird durch Einweiser-, Patienten- und Angehörigenbefragungen in regelmäßigen Abständen überprüft, um durch die Wahrnehmung der Kunden, im Rahmen des Markenmanagements gezielt die Produktpalette zu steuern. Die vorgehaltenen Dienstleistungen im Gesundheitsbereich werden dem Kunden in Foldern oder Flyern beschrieben. Vorträge werden zur Aufklärung über die bekannten Krankheitsbilder, zur Diagnostik und Therapie sowie zum Altern an sich gehalten; die dementsprechenden Pressemitteilungen dienen auch der Werbung.

Fort-/Weiterbildungen, auch die Produktinnovationen, werden im Rahmen von Modulzusammenstellungen in einem Folder beschrieben. Deren Vorteile, wie z.B. verbesserter Umgang mit den z.T. schwer körperlich und seelisch erkrankten Patienten wird vermittelt. Auch ist die Erlangung eines Zertifikates im Rahmen der Weiterbildungsprogramme möglich.

5.2 Preispolitik

Im Gesundheitswesen wird die Abrechnung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung für die stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung zu

¹⁴ Bieberstein, I. (2006). Dienstleistungsmarketing

¹⁵ Tomczak, T. Kuß, A. (2009). Marketingplanung

Grunde gelegt. Die Preisgestaltung ist somit in diesem Segment nicht frei festlegbar sondern an die verhandelten Preisvorgaben für die einzelnen Diagnosen gebunden (z.Zt. Berechnungsgrundlage noch Pflegesatz pro Tag; Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie (§ 17d KHG), analog DRG-Abrechnung für 2013 in der Psychiatrie geplant¹⁶. Hier muss auf eine angemessenere Bewertung der personellen Ressourcen für die Gerontopsychiatrie hingearbeitet werden).

Als Berechnungsgrundlage nutzen die bereits vorhandenen Daten über Behandlungskosten im LWL für stationäre und teilstationäre Budgets sowie die bestehende Ambulanz (Fallpauschale plus ärztliche Gebührenscheitel, nach EBM und GOÄ). Auch können zur besseren Kalkulation die bekannten Abrechnungen der geriatrischen Fälle (Mittelwert 4250€/Fall plus 2000-2500€/Fall für die geriatrische Komplexbehandlung) hinzugezogen werden, um auch im zukünftigen Abrechnungssystem wettbewerbsfähig zu bleiben.

Eine Kalkulation im Sinne einer freien Marktwirtschaft wird nur für den Fort-/ Weiterbildungsanteil (Akademie) einbezogen und muss nach den jeweiligen Vorgaben bzw. Umfang berechnet werden. Das Entgelt richtet sich abgestuft nach den jeweilig gewünschten Inhalten. So kosten z.B. 1 ½ Std. Einzelsupervision durch eine/n erfahrene/n Supervisor/in 130€, Teamsupervision z.B. 200€ plus Fahrtkosten. Ist ein Fortbildungscurriculum für eine Seniorenheimmitarbeiterin gewünscht, richtet sich das Entgelt nach der Stundenanzahl sowie den vereinbarten zu vermittelnden Inhalten (medizinisch, pflegerisch etc.). Die Weiterbildung zum Fachgesundheits- und Krankenpfleger für die Pflege in der Psychiatrie ist schon länger etabliert und kann eine mögliche Richtgröße darstellen. Die bereits in Kooperation mit einer Geriatrie gegründete Weiterbildung Geriatrie/ Gerontopsychiatrie (750 Std. in 2 Jahren, plus Praktika) kostet z.B. 6.400,-€ Euro pro Teilnehmer, wovon 10 benötigt werden, um keine Verluste zu erleiden. Das unternehmerische Risiko liegt grundsätzlich beim ZfA, mögliche Kooperationspartner zahlen einen reduzierten Festpreis, wenn sie im Rahmen eines Weiterbildungsverbundes, für diesen Teil mit uns das unternehmerische Risiko tragen. Nach Beendigung eines Kurses wird gerechnet, ob eventuell noch nachgezahlt werden muss oder ob Gutschriften auf weitere Zahlungen ausgegeben werden können.

¹⁶ © InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus | 2007, 2008, 2009, 2010

5.3 Distributionspolitik

Im Bereich Gewinnung von neuen Kunden (akquisitorische Aktivitäten) gibt es zwei zu beachtende Anteile:

Die neue stationäre interdisziplinäre Behandlung wird über die vorgehaltenen Wege bezüglich ihrer kompletten Handlungen und Maßnahmen beschrieben. Ein neuer Folder wird hierzu erstellt, der über die bekannten Wege des jetzt schon reichlich verteilten Informationsmaterials innerhalb der gerontopsychiatrischen Stationen, Tageskliniken und der Ambulanz zusätzlich verteilt werden. Hier wird über die Inhalte informiert, indem Flyer ausgelegt werden, an die Hausärzte und ambulant arbeitende Fachärzte sowie andere Kliniken verschickt werden. Hierfür bestehen ein Werbe- und Public Relation-Budget, auch um Maßnahmen, wie Teilnahme an Messen (z.B. Seniorenmesse in Dortmund oder Gesundheitsmesse in Kamen), durchzuführen. Sie stellen ebenfalls eine gute Plattform für die Akquise sowohl von PatientInnen als auch MitarbeiterInnen dar. Auch Vorträge unterschiedlichsten Inhalts (zu einzelnen Krankheitsbildern, zum Alter allgemein) werden in verschiedenen Kontexten (z.B. Seniorentag, Frauenhilfe, Bündnis gegen Depressionen) gehalten.

Im Rahmen der Akademie wird die Akquise, für die noch weiter auszubauenden Fort-/Weiterbildungen, z.B. auch über die bekannten Verteiler im Seniorennetzwerk betrieben, an das bereits bestehende Werbe- und PR-Verfahren wird angeknüpft. Entsprechende Printwerbung, Versendung von Flyern und Broschüren positive Presseberichte und Anzeigen im Einzugsbereich auch durch PR-Arbeit (Besuch einer Altenpflegeschule, s.u.) wird genutzt, um die zusätzlichen Dienstleistungen der Akademie des Zentrums für Altersmedizin bekannt zu machen. Insbesondere die Bekanntmachung bei ortsansässigen Kliniken und niedergelassenen Ärzten, ambulanten sowie stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens sind erforderlich.



6. Management und Organisation

6.1 Dachverband LWL

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) arbeitet als Kommunalverband für die 8,3 Millionen Menschen in der Region. Mit rund 13.000 Beschäftigten erfüllt der LWL als Dienstleister Aufgaben in den Bereichen Soziales, Psychiatrie, Maßregelvollzug, Jugend/Schule und Kultur. 35 Förderschulen, 19 Krankenhäusern, 17 Museen und als einer der größten deutschen Hilfezahler für behinderte Menschen erfüllt der LWL Aufgaben im sozialen Bereich, in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und in der Kultur. Neun kreisfreie Städte und 18 Kreise in Westfalen-Lippe sind die Mitglieder des LWL, die den Landschaftsverband finanzieren und der durch ein Parlament mit 101 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert wird.

Jährlich werden rund 51.000 Menschen mit seelischen Störungen allein in den LWL-Kliniken und LWL-Tageskliniken behandelt. Psychisch erkrankte und suchtkranke Menschen finden hier abgestimmte individuelle Hilfe. Die Behandlungsform hängt von der Art und Schwere der Krankheit ab. Das gesamte LWL-Versorgungsnetz, das von einem Landesrat geleitet wird, umfasst 3.224 stationäre Plätze, 40 Tageskliniken mit 630 Plätzen und 43 Institutsambulanzen für die ambulante Behandlung.

6.2 LWL-Klinik Dortmund

Die Klinik besteht aus 4 Krankenhausabteilungen mit insgesamt 416 stationären Plätzen für die Erwachsenenpsychiatrie (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin). Eine Forensik, ein Wohnverbund und Pflegezentrum runden das Angebot ab. In der LWL-Klinik bilden fachlich qualifizierte MitarbeiterInnen aus verschiedenen Berufsgruppen multiprofessionelle Teams: FachärztInnen, Krankenschwestern und Pfleger sowie Beschäftigte aus den Bereichen Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeit, Ergo-, Kunst-, Bewegungs- und Physiotherapie.

6.3 Abteilung Gerontopsychiatrie

wird von einer Chefärztin und einer Pflegekraft geleitet und beinhaltet 66 Plätze auf drei Stationen (offene Aufnahmestation 41/1, geschlossene Station 41/2 und Depressionsstation 17/1). 4 Oberärzte arbeiten verteilt in den unterschiedlichsten

Arbeitsgebieten. Die Gerontopsychiatrische Ambulanz ist mit einem Anteil der Patienten und einigen Mitarbeitern mit einem Teil der Ambulanz und Leitungspersonen in ein kleineres Haus umgezogen, was bereits eine erhebliche räumliche Verbesserung bedeutet, da v.a. verkürzte Arbeitswege und ein angenehmes Umfeld für die PatientInnen der Ambulanz, mit moderner gestalteten Behandlungsräumen, entstanden sind. Ein Konferenzraum ermöglicht, dass dort Sitzungen mit Mitarbeitern der Abteilung stattfinden, und Schulungen durchgeführt werden. Der andere Teil der stetig anwachsenden gerontopsychiatrischen Ambulanz wird in Do.-Brackel und Bergkamen an den jeweiligen vor wenigen Jahren, speziell für die älteren Patienten und Patientinnen, neu gebauten gerontopsychiatrischen Tageskliniken (je 20 Plätze) mit bearbeitet. Therapieequipment und Gerätschaften zur ärztlichen und psychologischen Diagnostik sind vorhanden. Die Personal- und Organisationsstruktur ist mit der zusätzlichen Ambulanzbesetzung auskömmlich.

Das Zentrum für Altersmedizin GmbH (ZfA) als neues Angebot

- Interdisziplinäre Station (20 Betten), v.a. für psychisch erkrankte und multimorbide hoch-höheraltrige Patienten, vorzugsweise in der Nähe einer somatischen Klinik
- Nervenarztpraxis (Portalfunktion)
- ambulanter Pflegedienst mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- Akademie für Gerontopsychiatrie (ärztlich und pflegerisch)

→ Geschäftsführerin ist die Chefärztin der Gerontopsychiatrie

(Gesellschafter sind z.Zt. nicht vorgesehen; stiller Teilhaber LWL/-Klinik möglich)

Das Qualitätsmanagement EFQM wird in der LWL-Klinik Dortmund angewandt, die insgesamt nach KTQ zertifiziert ist, was auch im Zentrum für Altersmedizin für den stationären Teil angestrebt wird. Überprüfungsmaßnahmen (Controlling) können wie in der LWL-Klinik durchgeführt werden.



7. Finanzplanung/ Dreijahresplanung

Eine GmbH unterliegt im vollen Umfang den Vorschriften des Handelsgesetzbuches, d.h. der Verpflichtung zur Führung von Handelsbüchern und der Erstellung von Handelsbilanzen. Aus steuerrechtlichen Gründen ist eine lückenlose Dokumentation aller Geschäfte zwischen GmbH und Gesellschafter erforderlich, zwingend muss ein jährlicher Vermögensvergleich gem. § 4 Abs. 1 EStG i.V.m. § 5 EStG, bestehend aus Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung, erstellt und veröffentlicht werden¹⁷.

7.1 Investitionen

- Bei Gründung der GmbH ist das Stammkapital von mindestens 25.000€ erforderlich (davon ist mindestens die Hälfte einzubezahlen)
- Kosten für Umbau / Ausbau / Renovierung 1x 1.500.000€ (behindertengerechte Bäder sind z.B. einzurichten! Kommen alle Stationen dazu x 4)
- Kosten für Anschaffung Ausstattung von Behandlungsräumen
- Neuanschaffung einer kompletten Stationseinrichtung (100.000€) erforderlich, da Erweiterung von 20 Betten geplant, neu anzuschaffen sind die Betten (a 3000€), mit dem dazugehörenden Equipment
- Kosten für Praxiskauf 50.000€
- Klinik- und Büroräume können evtl. in der LWL-Klinik Dortmund oder anderer stationärer Einrichtung angemietet werden
- Kosten für Anschaffung von medizinischen und therapeutischen Gerätschaften sind sonst eher niedrig, da sie größtenteils aus dem bestehenden Bestand zu übernehmen sind (bereits abgeschrieben)

¹⁷ <http://www.iyotta.de/index.php/gmbh/437-gmbh-vor-und-nachteile.html>, vom 18.2.2011

7.2 Betriebsmittelbedarf

Die weitere Budgetplanung richtet sich nach den hinzuzufügenden einzelnen Anteilen, die nach und nach von der GmbH übernommen werden. Z.Zt. kosten 3 Stationen ca. 5,5 Millionen/Jahr (Anlage G und Aufstellung unten), die neue Station wird mit 2.800.000,-€ zusätzlichen Kosten/Jahr kalkuliert. 400 Fälle im Jahr und eine mittlere VD von 22 Tagen werden zunächst angenommen (Anlage D, Plan 2011), der Basis- und Abteilungspflegesatz beträgt stationär 220€/d, an Zuschlägen kommen momentan 77€/ Fall hinzu (ca. 2.000.000€ Erlös). Die prognostizierten Belegungszahlen sind bei Akzeptanz des neuen interdisziplinären Angebotes sicherlich zu steigern, außerdem ist bei den hier eher schwerer somatisch Erkrankten häufiger die Einstufung in G2 nach Psych-PV¹⁸ möglich, was höhere Erlöse im Folgejahr nach sich zieht. Im Rahmen der Abrechnung analog DRG¹⁹ ergibt sich ebenfalls wegen der vielen bestehenden somatischen Begleiterkrankungen bei den psychisch erkrankten PatientInnen ein dementsprechend höherer Erlös.

-Sachkosten für die neue Station sind analog der Aufstellung unten anzunehmen.

- Personalkosten (unterteilt in Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten, SD, MFA) innerhalb der kompletten Abteilung (incl. ZfA) müssen anteilig für die neue Station berechnet werden unter Berücksichtigung des etwas höheren Arzteinsatzes durch die Interdisziplinarität. Synergien sind hier zu nutzen, wie auch bei dem zusätzlich notwendigen Bereitschaftsdienst.

7.3 Liquiditätsplanung

Ein Dreijahresplan²⁰ 2011, 2012, 2013 ist erforderlich und nach Kenntnis der Gesamtkosten, wie Miete für die Station, Akademie- und ambulante Pflegedienststräume zu erstellen.

Summe Ärztlicher Dienst	616.623,32
Summe Pflegedienst incl. Schüler/innen	962.823,43
Summe MTD	200.310,76
Summe Funktionsdienst	56.570,87
Summe Personalkosten patientennaher Bereich	1.836.328,38
PK Klein. Hauspersonal	59.614,08
PK Wirtschafts- und Versorgungsdienst	64.324,52
Summe Techn. Dienst	31.805,35
Summe Verwaltungsdienst	106.106,13
Summe Wirtschafts- und Verwaltungsdienst	261.850,08
Summe Sonderdienst	23.355,18
Summe Sonstiges Personal	13.417,86
Nicht zurechenbare Personalkosten	9.714,72
Summe Personalaufw. Patientenfern	46.487,75
Summe Personalaufwendungen	2.144.666,21
Lebensmittel und bezogene Leistungen	48.801,67
Summe Med. Bedarf	161.821,46
Wasser, Energie, Brennstoffe	50.740,51
Wirtschaftsbedarf	80.436,42
Verwaltungsbedarf	43.653,48
Aufwendungen für zentrale Dienste	64.680,62
Instandhaltung	52.287,31
Steuern, Abgaben, Versicherungen	8.022,09
Sonst. ordentl. Aufwendungen	27.461,71
übrige Aufwendungen	5.589,02
Forderungs-AFA	-3.462,74
Sachkosten	540.031,55
Zinsen und ähnl. Aufwendungen	482,53
Kapitalkosten	482,53
Summe Sachaufwand	540.514,08
Gesamtkosten des Betriebes	2.685.180,29

¹⁸ Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-Psych-PV, <http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html> vom 3.4.2011)

¹⁹ InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus | 2007, 2008, 2009, 2010

²⁰ Ottersbach, J.H. (2007). Der Businessplan

7.4 Marketingvorhaben

Kosten für Werbebudget, PR: Werbeanzeigen auf ca. 5.000,-€. Hierzu zählen Anzeigen in den örtlichen Tageszeitungen sowie in ortsübergreifenden Wochen- und Monatszeitungen. Darüber hinaus wird ein Betrag von ca. 1.000,-€ für den Druck von neuen Flyern (z.B. 5.000 Stck.) angesetzt. Die Erstellung der Flyer wird über die bereits im Bereich der LWL beauftragten Werbefirma durchgeführt, zusätzliche Kosten für die Änderung/ Erweiterung der bereits bestehenden Flyer werden auf 250,-€ geschätzt. Durch die feste Integration der bereits bestehenden Ambulanz wird im Rahmen der Kommunikationspolitik lediglich auf die Vergrößerung bzw. auf die Ausweitung der Plätze und des Angebotes, sowohl die Behandlung als auch die Fortbildung betreffend, hingewiesen.

Auch soll ein Eröffnungssymposium stattfinden. Hier können noch Drittmittel (Pharmaindustrie) eingeworben werden.

7.5 Entwicklungsvorhaben

Eventuell sollte das ZfA um die Abteilung Gerontopsychiatrie erweitert werden, falls sich die Voraussage der Synergieausschöpfung durch kurze Wege, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen beweist und die Finanzierung sicher ist.

Für den zukünftigen Gesamtplan, neue interdisziplinäre Station, Integration der Abteilung Gerontopsychiatrie, Übernahme der Praxis und Bildung des ambulanten Pflegedienstes sowie Eröffnung der Fort-/ Weiterbildungsakademie sind mindestens auch nach der Psych-PV (Anlage E) 19 Ärzte (a 80.000€), 2 Psychologinnen (a 60.000€), 4 ErgotherapeutInnen (a 50.000€), 2 KunsttherapeutInnen (a 50.000€), 3 KrankengymnastInnen (a 40.000€), 1,5 physikalische TherapeutInnen (a 35.000€), 3 BewegungstherapeutInnen (a 40.000€), 75 Mitarbeiter Pflege (a 35.000€), 8 Haushaltshilfen (a 15.000€), 3,5 Sozialarbeiter (a 45.000€), 6 StationssekretärInnen incl. Schreibdienst (a 25.000€), 5 Medizinische Fachangestellte (a 25.000€), 1 Kodierfachkraft (30.000€), 1 Geschäftsführerin (100.000,-€), 1 kaufmännische Kraft (48.000€), Honorarkräfte (10.000€) und Dozententätigkeit (50€/Std.) notwendig (Anlage G). Auch Supervisionskosten (20.000€, Anlage H) müssen für alle Bereiche zusätzlich Berücksichtigung zur Unterstützung der häufig seelisch und körperlich äußerst anstrengenden Arbeit finden.

Eine neue zu bauende Abteilung Gerontopsychiatrie an einem oder in der Nähe eines somatischen Krankenhauses könnte neben der zu schaffenden positiven

Atmosphäre sehr viele Personalressourcen einsparen, die Behandlung würde somit preisgünstiger. Fahrtkosten und Begleitung in dem jetzt vorgehaltenen Ausmaß (zur Durchführung der Diagnostik oder von Konsilen) fallen weg. Sollte dies nicht möglich sein, sollte neben der hier beschriebenen interdisziplinären Station mit 20 Betten, in der LWL-Klinik Dortmund der Umzug in den Neubau mit 36 Betten erfolgen (Demenzstation und geschützte Aufnahmestation), weitere 36 Betten sollten vorgehalten werden, um den ebenfalls bestehenden gerontopsychotherapeutischen (bei z.B. Demenz, Depression) und gerontopsychosomatischen (z.B. Psychokardiologie oder pseudoneurologisch) Behandlungsnotwendigkeiten mit dem vorhandenen Fachwissen besser entsprechen zu können.

Es erreichen uns immer wieder neue Anfragen für ambulante Behandlungen, so dass hier auch noch ein weiterer Ausbau möglich ist. In der bestehenden psychiatrischen Institutsambulanz gibt es eine Fallpauschale für nichtärztliches Personal und ärztliche Gebührensätze, nach EBM und GOÄ, deren Leistungen stark nachgefragt werden. Auch hier ist ein weiterer Ausbau möglich und notwendig, ambulant arbeitende Nervenärzte haben teilweise eine Wartezeit von bis zu sechs Monaten, niedergelassene PsychotherapeutInnen (ÄrztInnen, PsychologInnen) bis zu einem Jahr.

Eine Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten hat sich entwickelt, die auf Honorarbasis einige der von uns bereits besuchten 57 Seniorenheime mit betreuen. So ist auch hier ein stationärer und ambulanter Synergieeffekt möglich, Antidementiva, die z.T. nicht oder erst nach speziellen Begründungen von den Krankenkassen im Budgetrahmen der Praxisverordnung übernommen werden, können so als Mittel der ersten Wahl, leitlinienkonform im Institutsrahmen diesen Klienten verordnet werden. Eine zusätzliche Erweiterung ist hier geplant, eine nervenärztliche Praxis soll erworben und auf den genannten speziellen Schwerpunkt mit ausgerichtet werden. Eventuell ist dies die Basis für ein noch zu gründendes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ).

8. Chancen und Risiken

Aufgrund der vorher beschriebenen demographischen Entwicklung sind die Chancen, das ZfA im Marktsegment der Seniorenarbeit weiter zu entwickeln, sehr groß.

Besonders in Bezug auf den stationären Sektor, werden sich neben der Synergienutzung v.a. noch im Rahmen der fallbezogenen Abrechnungen erhebliche Verbesserungen zu der bis dahin üblichen Abrechnung nach Berechnungstagen unter Zugrundelegung der Personalbemessung nach Psych-PV²¹ ergeben. Die Schwere der Erkrankung hat bisher nur eine begrenzte Rolle in der Ressourcenzuteilung gespielt, die Multimorbidität mit all ihren Anforderungen an spezielles medizinisches Wissen hat in der Psych-PV zwar Einfluss, kommt aber wegen sehr strenger Kriterien nur selten zur Anwendung (Einstufung nach G1/ G2 liegt parallel zum Bundesdurchschnitt).

Die Akademie für die Fort- und Weiterbildung wird wegen der bekannten guten Qualität auch in der jetzt schon geleisteten Behandlung gut angenommen. Neue Anfragen nach speziellen Fortbildungsprogrammen liegen bereits vor. Hier bestehen wie in allen Unternehmen dieser Art auch die möglichen Risiken im Rahmen der freien Marktwirtschaft.

Gegenwärtige und zukünftige Planungen, die möglicherweise die Übernahme der bestehenden Abteilung Gerontopsychiatrie beinhalten, sollten bedenken, dass hier teilweise die schwächsten Mitglieder der Gesellschaft behandelt werden, die unserer vermehrten Aufmerksamkeit bedürfen. Ressourcenzuteilungen werden genau beobachtet (jüngere Angehörige sind gute Multiplikatoren und eventuell potentielle Kunden anderer Abteilungen), da sie auch die Wertschätzung der Institution gegenüber den ehemals wertschöpfenden Mitgliedern der Gesellschaft widerspiegeln.

Auch um wettbewerbsfähig im demographischen Wandel zu bleiben, müssen die Belange der älteren PatientInnen berücksichtigt werden. Abteilungspsychiatrien werden zunehmend als Konkurrenten spürbar, geriatrische Abteilungen werden mittlerweile im Umfeld oft neu gegründet.

Die Risiken bestehen in der allgemein schwierigen Gesundheitsmarktsituation mit der Maßgabe der Reduktion der Gesamtklinikbetten. Anhand der aber ebenfalls

²¹ Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-Psych-PV, <http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html> vom 3.4.2011)

steigenden psychischen Erkrankungshäufigkeit im Alter, allein schon durch die Erhöhung der Anzahl der älteren Menschen, wird dieses Angebot wohl einen erheblichen Stellenwert in der zukünftigen modernen medizinischen Versorgung im Alter bekommen.

Andere Anbieter könnten dasselbe Kundenprofil erstellen, bewerben und mit eventuell größerem Kapital bessere räumliche und personelle Ressourcen vorweisen, so dass prognostizierte Fallzahlen nicht einzuhalten sind. Oder die demographische Entwicklung trifft nicht wie erwartet ein (z.B. wie durch die Spanische Grippe 1918-1920²² oder Influenza A und B 1984/85, die die höchste Letalität seit 1975/76 in den USA v.a. bei älter als 65jährigen Personen, hatte²³ oder andere eingreifende Geschehnisse).

²² <http://www.neue-medizin.com/mcbean1.htm> v. 23.3.2011

²³ Gross, R., Schölmerich, P., Gerok, W. (1987). Lehrbuch der Inneren Medizin

9. Kapitalbedarf

Der gesamte Kapitalbedarf wird auf 10 Millionen € geschätzt, wenn alle Anteile gleichzeitig in die GmbH aufgenommen werden und z.B. ein Krankenhaus gekauft würde. Der Gewinn müsste dann ca. 800.000€ sein, um laufende Zinskosten, Steuerberater etc. bezahlen zu können. Personal-/ Sachkosten, wie Miete etc. müssen sich aus den Pflegesätzen finanzieren.

Da dies Zukunftsmusik ist und bei eventuell momentan schwer zu realisierenden Krediten in dieser Höhe, kommt nur eine abgestufte Verwirklichung des Zentrums für Altersmedizin GmbH (ZfA) in Betracht. Aus diesem Grund ist die Einrichtung der neuen interdisziplinären Spezialstation mit 20 Betten für die hochaltrigen, somatisch teilweise schwerst erkrankten Patienten, die vermehrte personelle Ressourcen benötigen und wegen der psychischen Symptomatik in einem somatischen Krankenhaus nur eingeschränkt behandelbar sind, ein erster Schritt (laufende Kosten ca. 2.800.000€). Die Betroffenen werden rascher und umfassender behandelt, auch können angemessene räumliche Bedingungen in der Nähe einer somatischen Klinik vorgehalten werden.

Der ambulante Pflegedienst, und die Fort-/ Weiterbildungsakademie mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie sind als nächstes einzurichten. Räume hierfür können eventuell innerhalb der LWL-Klinik Dortmund zu günstigen Konditionen angemietet werden. Die Miete für die zusätzlich gekaufte Praxis und das zugehörige Personal muss ebenfalls berücksichtigt werden.

Das notwendige Fremdkapital muss auf dem freien Markt geliehen werden, der Zinssatz sollte so günstig wie möglich gehalten werden, evtl. ermäßigte Kreditmöglichkeiten (möglicherweise über den LWL, KfW) müssen ausgeschöpft werden (Vorteil: z.Zt. niedriges Zinsniveau). Die Tilgung sollte in größeren Schritten erfolgen, damit so schnell wie möglich (innerhalb der nächsten 3 Jahre) die GmbH einen Liquiditätsüberschuss erwirtschaftet. Dieses wird möglich werden, da die stationäre, teilstationäre und die ambulanten Anteile jeweils über die genannten Wege abgerechnet werden, über die dann die jeweils laufenden Personal- und Sachkosten der Station und der anderen Einheiten zu begleichen sind. Abschreibungen fallen a.e. nur für das neu angeschaffte Stationsinventar an, Büromöbel etc. für die beiden anderen Anteile des ZfA können evtl. von der Klinik gebraucht übernommen werden. Gewinne sind hauptsächlich aus dem Fortbildungs-/ Schulungsanteil zu erwarten, sonst wird die sogenannte Schwarze Null angestrebt.



10. Anlage

A. Bevölkerungsvorausberechnung nach Alter und Geschlecht

Bevölkerungsvorausberechnung 2008 bis 2030/2050 nach
 Alterjahren und Geschlecht -
 kreisfreie Städte und Kreise - Stichtag, Bevölkerungsanzahl
 Dortmund, krfr. Stadt

Alter (Jahre)	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w
	01.01.2010			01.01.2014			01.01.2019			01.01.2024			01.01.2029		
60-<65	31573	15563	16010	35843	17476	18367	38576	19105	19471	42575	21274	21301	43498	22220	21278
65-<70	33149	15629	17520	28459	13605	14854	33338	15903	17435	36121	17544	18577	40087	19681	20406
70-<75	34267	15641	18626	31538	14364	17174	25745	11903	13842	30492	14109	16383	33286	15727	17559
75-<80	23435	9815	13620	28218	12108	16110	27161	11799	15362	22468	9962	12506	26945	11999	14946
80-<85	18045	6616	11429	17424	6767	10657	22113	8950	13163	21636	8922	12714	18248	7728	10520
85-<90	9714	2687	7027	10867	3588	7279	11215	4081	7134	14946	5720	9226	14952	5868	9084
>=90	3524	780	2744	4761	1180	3581	6138	1888	4250	6777	2340	4437	9007	3327	5680
Summe	153707	66731	86976	157110	69088	88022	164286	73629	90657	175015	79871	95144	186023	86550	99473
Insgesamt	585550	287031	298519	583489	286758	296731	582301	287072	295229	579368	286293	293075	573485	283858	289627
<1 - >90															

Kreis Unna

Alter (Jahre)	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w
	01.01.2010			01.01.2014			01.01.2019			01.01.2024			01.01.2029		
60-<65	22559	11267	11292	27208	13374	13834	29455	14358	15097	31703	15690	16013	31834	15564	16270
65-<70	24466	11821	12645	20467	9896	10571	25683	12358	13325	27950	13371	14579	30224	14705	15519
70-<75	23566	10833	12733	23180	10845	12335	18843	8859	9984	23758	11141	12617	26021	12165	13856
75-<80	16666	7185	9481	19719	8569	11150	20210	9061	11149	16693	7557	9136	21225	9612	11613
80-<85	12376	4577	7799	12581	4990	7591	15832	6440	9392	16489	6967	9522	13916	5977	7939
85-<90	6831	1881	4950	7917	2548	5369	8566	3098	5468	11275	4231	7044	11987	4699	7288
>=90	2431	593	1838	3583	890	2693	4883	1438	3445	5642	1894	3748	7447	2649	4798
Summe	108895	48157	60738	114655	51112	63543	123472	55612	67860	133510	60851	72659	142654	65371	77283
Insgesamt	414403	202748	211655	404714	197641	207073	393903	192066	201837	383528	186673	196855	372981	181182	191799
<1 - >90															

(C)opyright Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), Düsseldorf, 2010. Vervielfältigung und Stand: 13.04.2010 / 15:09:37

B. Aufnahmen nach Alter 2010 in den Abteilungen der LWL-Klinik Dortmund

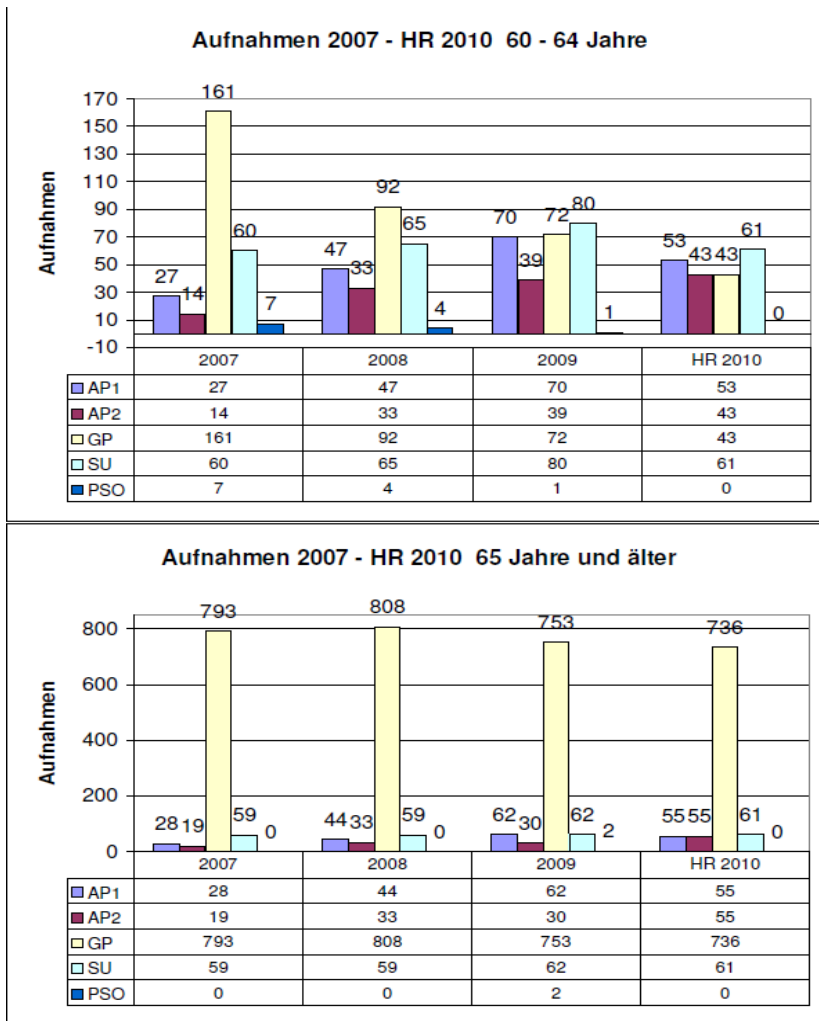
LWL-Klinik Dortmund
 Betriebs. Controlling

Alter bei Aufnahme - 2010

Anzahl von Alter bei Aufnahme	FachRicht	FachBer	Aufnahmestation	Alter bei Aufnahme2			Gesamtergebnis	
				Bis 60	60 - 65 Jahre	66 Jahre und älter		
AP	AP1	17/2		105	3	1	109	
		17/3		143	4		147	
		41/3		321	12	1	334	
		41/7		287	6	1	294	
		41/8		554	18	26	598	
		41/9		399	26	29	454	
	AP1 Ergebnis				1.809	69	58	1.936
	AP2	18/2		149	8		157	
		30		196	5	2	203	
		41/5		417	20	34	471	
		41/6		400	11	7	418	
	AP2 Ergebnis				1.162	44	43	1.249
	SU	13/1		491	2		493	
		13/2		448	25	10	483	
26			400			400		
41/4			977	62	41	1.080		
SU Ergebnis				2.316	89	51	2.456	
GP	17/1			44		109	153	
	41/1			21		315	336	
	41/2			1	24	332	357	
GP Ergebnis				1	89	756	846	
Gesamtergebnis				5.288	291	908	6.487	



C. Aufnahmen nach Alter 2007-2009 in den Abteilungen der LWL-Klinik Dortmund



D. Belegung Ist 2010, Plan 2011

Belegung Tageskliniken			Vollstationär			Gesamt
IST 2010			IST 2010			
Bezeichn	TK Brackel	TK B' kamen	41/1	41/2	17/1	G'
Berechn.Tg	4.258	4.443	8.890	9.210	6.091	24.191
Fallzahl	135,0	137,5	352,5	357,5	177,5	887,5
Verweild.	31,54	32,31	25,22	25,76	34,32	27,26
Pat.	16,76	17,49	24,36	25,23	16,69	66,28
254 Vorausplan 2011			Vorausplan 2011			Gesamt
Bezeichn	TK Brackel	TK B' kamen	41/1	41/2	17/1	G'
Berechn.Tg	4.521	4.521	8.432	8.596	6.198	23.225
Fallzahl	135,0	135,0	357,1	390,0	187,0	934,1
Verweild.	33,50	33,50	23,61	22,04	33,14	24,86
Pat.	17,80	17,80	23,10	23,55	16,98	63,63

E. Personalbedarfsrechnung nach PsychPV 2011

PERSONALBEDARFSBERECHNUNG NACH PSYCH - PV 2011								Geronto
Effektive Arbeitszeit bei Ausfall in %								
Vereinbarung 2011		33,26 16,84%	30,42 21,00%	31,96 17,00%	31,96 17,00%	31,96 17,00%	31,96 17,00%	31,96 17,00%
BEHANDLUNGS - BEREICH	PATIENTEN- STRUKTUR	IN %	ÄRZTE	PFLEGE- PERSONAL	DIPLOM- PSYCHOL.	ERGO- THERAP.	BEWEG.- THERAP:	SOZIAL- ARBEITER
G 1	48,69	49,04%	4,46	26,47	0,66	2,59	0,89	1,90
G 2	14,94	15,05%	1,58	10,00		0,61	0,31	0,40
G 3								
G 4								
G 5								
G 6	35,66	35,91%	2,05	1,84	1,54	3,11	0,48	1,26
ZWSCH.SUM.:	99,29	100,00%	8,10	38,30	2,20	6,30	1,68	3,57
NACHTWACHEN	6,00			13,81				
ÄRZTL.BER.DIE.			1,49					
STAT.SOCKEL	25000,00			13,70				
LEIT.KRÄFTE			1,29	1,29				
Summe:	99,29		10,88	67,10	2,20	6,30	1,68	3,57
Abschlag für allgemeine Bereich			-0,46					
Soll gemindert			10,41					
Ist-Bes. Jahresdurchschnitt 2010			14,20		1,38			
zzgl. VK Ger- Amb/ DSZ			2,25		0,23			
VK Geronto:			12,66		2,43			15,10
Erlöse aus Geb.ziffern Ambulanz GER (Hochrechnung 2010)					281.478			
davon 70%					197.035			
D.Gehalt Ärztl. Dienst 2011					96.000			
finanzierbare VK					2,05			

F. Prävalenz seelischer Erkrankungen

Prävalenz seelischer Erkrankungen (Häufigkeit einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt; Feldstudien für über 65-Jährige, Cooper, Sosna 1983; Weyerer, Dilling 1984)

Neurosen und neurotische Persönlichkeitsstörungen 10 – 11 %
(andere Literatur 9 – 18 %)

Angst (incl. Zwang 2 – 3 %), häufigste Störung 13 – 15 %
Mittleres bis Seniorenalter (Blazer 1991) Frauen 6,1 %
Männer 2,9 %

Psychosen 3,0 %
organische Psychosyndrome, z. B. Demenzerkrankungen
leicht 5,0 %
schwer 6,0 %

Depression (Gesamtprävalenz) Frauen 14 %
Männer 6,0 %

Ersterkrankungen im Alter (Dilling) 3,4 %
Major Depression (Beekman et al 1993) 0,5 – 1,8 %
Depressive Syndrome (häufigstes Krankheitsbild bei 60 und 75jährigen) 9 – 20 %

Abhängigkeitserkrankungen im Alter

Medikamentenabhängigkeit
Tranquillizer, Verordnungen > 60 Jahre v. a. Frauen (D) 30 – 45 %
Missbrauch/Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei > 70 J. 1,0 %
(Wächtler / DGGPP, 2000) Hohe Dunkelziffer, da Grenze schwer erkennbar

Abhängige > 69-jährige (BAS/CH) 0,5 %
Steigender **Alkoholabusus** v. a. älterer Männer (D) ca. 1 – 5 % (CH) 2 – 3 %
ältere Frauen (Ruhwinkel 2010) (CH) 0,5 – 1 %

Illegale Drogen, z. B. Heroin, Kokain, Cannabis, Exstasy, LSD Spielsucht weniger bei älteren Menschen, Fernsehen (Computer) häufiger

G. Kostenhochrechnung der Stationen

Hochrechnung 2010

Kosten der Stationen incl. Umlagen aus Infrastruktur und allg. Kostenstellen

	Station 17/1	Station 41/1	Station 41/2
Summe Ärztlicher Dienst	208.764,40	217.362,91	308.311,66
Summe Pflegedienst incl. Schüler/Innen	585.310,63	795.322,20	962.823,43
Summe MTD	119.669,79	135.427,78	200.310,76
Summe Funktionsdienst	79.368,42	72.589,41	56.570,87
Summe Personalkosten patientennaher Bereich	993.113,24	1.220.702,30	1.528.016,72
PK Klin. Hauspersonal	39.243,06	57.370,17	59.614,08
PK Wirtschafts- und Versorgungsdienst	42.527,02	62.076,55	64.324,52
Summe Techn. Dienst	20.951,95	30.622,33	31.805,35
Summe Verwaltungsdienst	66.931,83	96.843,98	106.106,13
Summe Wirtschafts- und Verwaltungsdienst	169.653,86	246.913,03	261.850,08
Summe Sonderdienst	14.309,36	19.607,34	23.355,18
Summe Sonstiges Personal	8.664,15	12.776,03	13.417,86
Nicht zurechenbare Personalkosten	5.774,42	7.696,83	9.714,72
Summe Personalaufw. patientenfern	28.747,93	40.080,20	46.487,75
Summe Personalaufwendungen	1.191.515,03	1.507.695,53	1.836.354,56
Lebensmittel und bezogene Leistungen	32.654,34	47.134,05	48.801,67
Summe Med. Bedarf	50.387,57	112.395,36	161.821,46
Wasser, Energie, Brennstoffe	33.401,83	48.830,71	50.740,51
Wirtschaftsbedarf	34.711,21	60.747,67	80.436,42
Verwaltungsbedarf	28.478,50	39.917,36	43.653,48
Aufwendungen für zentrale Dienste	42.646,44	62.164,78	64.680,62
Instandhaltung	32.465,82	48.380,87	52.287,31
Steuern, Abgaben, Versicherungen	5.681,00	7.773,57	8.022,09
Sonst. ordentl. Aufwendungen	9.530,27	16.285,61	27.461,71
übrige Aufwendungen	2.715,58	4.127,16	5.589,02
Forderungs-AFA	-340,70	50,02	-3.462,74
Sachkosten	272.331,85	447.807,17	540.031,56
Zinsen und ähnl. Aufwendungen	308,80	467,00	482,53
Kapitalkosten	308,80	467,00	482,53
Summe Sachaufwand	272.640,66	448.274,17	540.514,10
Gesamtkosten des Betriebes	1.464.155,69	1.955.969,70	2.376.868,65

H. Supervisionskosten

STATION	BUDGET	Supervisor gem. Vertrag		ANZAHL TERMINE max. gem. Budget	SUMME
		HONORAR	FAHRTKOST.		
41.1	2.500,00 €	204,52€	19,80 €	11,1	2.691,84 €
41.2	2.500,00 €	204,52€	19,80 €	11,1	2.243,20 €
17.1	2.500,00 €	205,00€	3,60 €	12,0	2.294,00 €
AMB.- / SEKR.TEAM		165,00€	- €	3,0	1.155,00 €
GERONTO TK BRACKEL	2.500,00 €	205,00€	3,60 €	12,0	2.089,00 €
GERONTO TK BERGKAMEN	2.500,00 €	170,00€	32,00 €	12,4	1.616,00 €
SUMME	12.500,00€				12.089,04 €

I. Definition Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie (von griech. γέρων, gérōn, „der Greis“ und ψυχιατρική, psychiatrike, „die Seelenheilkunde“) ist eine notwendige Schwerpunktbehandlung in der Psychiatrie, die sich mit älteren Menschen ab dem 60. Lebensjahr (teilweise schon 55. Lebensjahr) und ihren psychischen Erkrankungen beschäftigt. In dieser Phase bestehen psychische Erkrankungen aus dem jüngeren Erwachsenenleben fort oder treten typischerweise erst im Alter auf, wie insbesondere dementielle Erkrankungen und „Depressionen im Alter“.

Die Gerontopsychiatrie ist ein sich lebhaft entwickelndes Gebiet der Psychiatrie. Wegen des demographischen Wandels nimmt die Bedeutung psychischer Erkrankungen im Alter und auch die volkswirtschaftliche Bedeutung dieses Teilgebietes zu. Die Arbeit in der Gerontopsychiatrie erreicht die PatientInnen durch das multiprofessionell aufgestellte Team (ÄrztInnen, PsychologInnen, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen Ergo-/ KunsttherapeutInnen, Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen) in jeder Hinsicht. Neue Therapiemöglichkeiten, wie z.B. Psychotherapie im Alter, nebenwirkungsärmere medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz und Depressionen wurden entwickelt. Ethische Probleme im Zusammenhang mit der Versorgung Demenzkranker stellen Politik und Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Beziehungen hat die Gerontopsychiatrie unter anderem zur Gerontologie, Geriatrie, Neurologie und Gerontopsychosomatik. In Deutschland können FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, auch in speziell hierfür von den Ärztekammern weiterbildungsermächtigten Gerontopsychiatrischen Abteilungen, die Zusatz-Weiterbildung „Geriatrie“ erwerben.

An großen psychiatrischen Einrichtungen gibt es meistens spezielle Abteilungen für Gerontopsychiatrie. Im Klinikalltag werden aktivere ältere PatientInnen gerne von Allgemeinpsychiatern in jüngere Gruppen integriert und fördern so eine Kumulation schwerer, auch körperlich Kranker in der Gerontopsychiatrie. Dieser Trend verschärft sich momentan noch durch die Erhöhung des Rentenalters auf 67 Jahre. Die Trennung von Altern und Krankheit und die Grenze, ab welchem Alter „das Alter“ definiert werden soll, sind grundlegende Fragen der Altersmedizin. Weder das Altern an sich, noch die ihm zugrunde liegenden Prozesse, sind eindeutig definiert. Der Mensch durchläuft in seinem Leben verschiedene Stadien von der Geburt bis zum Tod, die Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter und das Alter (Reife). Erschwert wird die Einteilung in diese Stadien durch eine notwendige differenzierte Betrachtung dieser Lebensphasen, die zeigt, dass von allgemein verbindlichen Abschnitten nicht gesprochen werden kann. Es gibt viele Überschneidungen zu den anderen Lebensphasen. Wichtig ist in diesem Kontext, dass ab 60 Jahren hohe inter- und intraindividuelle Unterschiede bestehen, da das biologische, kalendarische, psychisch-intellektuelle und soziale Alter deutlicher voneinander abweichen kann als in jüngeren Lebensphasen (nach <http://de.wikipedia.org/wiki/Gerontopsychiatrie>, vom 23.1.2012).