

Andrea Braun von Reinersdorff

# Strategische Krankenhausführung

Vom Lean Management  
zum Balanced Hospital Management

2. Auflage



Andrea Braun von Reinersdorff  
**Strategische  
Krankenhausführung**

Verlag Hans Huber  
**Programmbereich Gesundheit**

*Wissenschaftlicher Beirat:*  
Felix Gutzwiller, Zürich  
Manfred Haubrock, Osnabrück  
Klaus Hurrelmann, Bielefeld  
Petra Kolip, Bremen  
Horst Noack, Graz  
Doris Schaeffer, Bielefeld



## Bücher aus verwandten Sachgebieten

Haubrock/Schär (Hrsg.)

**Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus**

4., überarb. und erw. Auflage  
2007. ISBN 978-3-456-83943-1

Leuzinger/Luterbach

**Mitarbeiterführung im Krankenhaus**

3. Auflage  
2000. ISBN 978-3-456-83434-4

Dykes/Wheeler

**Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungspfade**

2002. ISBN 978-3-456-83258-6

Mühlbacher

**Integrierte Versorgung: Management und Organisation**

2002. ISBN 978-3-456-83808-3

Ewers/Schaeffer

**Case Management in Theorie und Praxis**

2., erg. Auflage  
2005. ISBN 978-3-456-84272-1

Klapper

**Die Aufnahme im Krankenhaus**

2003. ISBN 978-3-456-84007-9

Vogd

**Die Organisation Krankenhaus im Wandel**

2006. ISBN 978-3-456-84356-8

Wingenfeld

**Die Entlassung aus dem Krankenhaus**

2005. ISBN 978-3-456-84216-5

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter:  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com).

Andrea Braun von Reinersdorff

# **Strategische Krankenhausführung**

Vom Lean Management zum  
Balanced Hospital Management

2., unveränderte Auflage

Verlag Hans Huber

*Anschrift der Autorin:*

Prof. Dr. Andrea Braun von Reinersdorff  
Fachbereich Wirtschaft  
Fachhochschule Osnabrück  
Caprivistr. 1  
D-49009 Osnabrück

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt  
Herstellung: Daniel Berger  
Satz und Layout: Jörg Haßmann  
Umschlagillustration: pinx-design, Wiesbaden  
Umschlaggestaltung: Atelier Mühlberg, Basel  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten  
Printed in Germany

*Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek*

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



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Verlag Hans Huber  
Lektorat Medizin/Gesundheit  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

1. Nachdruck 2009 der 2. Auflage 2007  
© 2002, 2007 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
ISBN 978-3-456-84469-5

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Geleitwort</b>	<b>9</b>
<b>Vorwort</b>	<b>11</b>
<b>1 Einführung</b>	<b>15</b>
1.1 Problemstellung	15
1.2 Zielsetzung	27
1.3 Vorgehensweise	35
<b>2 Systemkonzept zum Balanced Hospital Management</b>	<b>41</b>
2.1 Das Balanced Management im Spannungsfeld multipler Referenzpunkte	41
2.2 Operationalisierung des Krankenhausmanagements durch die Logik der Systemwirtschaftlichkeit	52
2.3 Fundamentalprinzip effizienter und effektiver Versorgung	55
2.4 Schaffung und Aufrechterhaltung von Wettbewerbsvorteilen in dynamischen Umwelten	63
2.4.1 Wettbewerbsbedingungen von Krankenhäusern	63
2.4.2 Grundlage und Bezugsobjekt von Wettbewerbsvorteilen	65
2.4.3 Wettbewerbsvorteile von Krankenhäusern	68
2.4.4 Synthese von strategischer und operativer Exzellenz als Anforderung an Wettbewerbsfähigkeit in dynamischen Umwelten	73
2.5 Wettbewerbsvorteile durch ein mehrdimensionales Innovationsmanagement	80
2.5.1 Mehrdimensionalität von Krankenhausinnovationen	81
2.5.2 Veränderungsgrad von Innovationen	84
2.5.3 Besonderheiten eines Innovationsmanagements in Krankenhäusern	89
2.5.4 Entstehung von Innovationen	90
2.5.5 Promotoren und Hemmfaktoren im Innovationsprozeß	91
2.5.6 Zeitinduzierte Wettbewerbsvorteile	94
<b>3 Dynamische Analyse interner und externer Erfolgspotentiale</b>	<b>97</b>
3.1 Das Modell der Erfolgspotentialanalyse	99
3.2 Analyse systemexterner Kräftefelder	104
3.2.1 Politisch-rechtliches Aktions- und Kräftefeld	104
3.2.2 Das gesundheitspolitische Kräftefeld im engeren Sinne	108

3.2.3	Markt- und Wettbewerbskonstellation von Krankenhäusern	113
3.2.3.1	Aktuelle Entwicklungen und Prognosen	113
3.2.3.2	Besonderheiten und Trends des Gesundheitsmarktes	115
3.2.3.3	Branchendynamik und Konkurrenzsituation	120
3.2.3.4	Bezugsrahmen zur Konkurrenzanalyse in dynamischen Umwelten	126
3.2.3.5	Strategische Gruppen als branchenspezifische Mikroinstitutionen	127
3.2.3.6	Absatzmarktconstellation des Krankenhauses	133
3.2.3.6.1	Der Patient als Primärkunde	133
3.2.3.6.2	Krankenkassen als Sekundärkunden	139
3.2.3.7	Analyse der Beschaffungsmarktconstellation	141
3.2.3.8	Analyse des medizinischen und technischen Umfelds	142
3.2.3.8.1	Besonderheiten des medizinischen Fortschritts	142
3.2.3.8.2	Innovative Technologien revolutionieren die Gesundheitsversorgung	146
3.2.3.8.3	Auswirkungen des Internet auf die Gesundheitsversorgung	148
3.2.3.8.4	Medizinische Trends des 21. Jahrhunderts	151
3.3	Analyse systeminterner Einflußgrößen	151
3.3.1	Der Resource Based View als analyseleitender Bezugsrahmen	153
3.3.2	Konstitutionelle und strukturelle Veränderungen	157
3.3.3	Personalwirtschaftliche Aspekte	161
3.3.4	Medizinisch-technologische Beschaffenheit der Ausstattung des Krankenhauses	162
3.3.5	Systeminput des Krankenhauses	163
3.3.6	Dienstleistungsimmanenter Systemoutput als Gestaltungsparameter	164
<b>4</b>	<b>Operative Exzellenz von Krankenhäusern</b>	<b>167</b>
4.1	Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management (BHM)	167
4.2	Gestaltungsprinzipien der operativen Exzellenz	169
4.2.1	Lean Management als Basisanforderung der operativen Exzellenz	169
4.2.2	Realisierung von methodischen und Attitüden-Prinzipien (prozessuale Prinzipien)	172
4.2.2.1	Methodische Prinzipien	172
4.2.2.1.1	Prinzip der Ganzheitlichkeit	172
4.2.2.1.2	Prinzip der Prozeßorientierung	175
4.2.2.2	Attitüden Prinzipien	178
4.2.2.2.1	Sachorientierung vor Wertorientierung	178
4.2.2.2.2	Umsetzungsorientierung	178

4.2.2.2.3	„Mastery“ durch Perfektion im Detail	179
4.2.2.2.4	Vermeidung von Verschwendung	180
4.2.2.2.5	Patientenorientierung und Convenience	185
4.2.3	Inhaltliche Gestaltungsprinzipien des Lean Managements	190
4.2.3.1	Gestaltung der erweiterten Versorgungskette von Krankenhäusern	190
4.2.3.2	Reduktion der Organisationskomplexität in Krankenhäusern	194
4.2.3.3	Perspektivenwechsel vom Sach- zum Humanvermögen	200
4.2.3.4	Gestaltung der erweiterten Versorgungskette als ein lernendes System	206
4.2.3.5	Integrierte Betrachtung der Potential-, Prozeß- und Ergebnisebene	210
4.3	Systemwirtschaftlichkeitsbetrachtung von Krankenhäusern	213
4.3.1	„Aktivitäten“ als Optimierungsparameter der Systemwirtschaftlichkeit	213
4.3.2	Grundzüge der Aktivitätennetzwerk-Analyse (ANA)	214
4.3.3	Prozeßorientierte Optimierung von Krankenhausaktivitäten	220
4.4	Das Agilitätskonzept als Erweiterung des Lean Managements unter dynamischen Wettbewerbsbedingungen	223
4.4.1	Dynamisierung des Wettbewerbsumfelds im Gesundheitssektor	223
4.4.2	Strategische und operative Agilität als Antwort auf Diskontinuitäten	227
4.4.3	Bezugsrahmen zur Management-Agilität im Gesundheitssektor	232
4.5	Strategische Standardisierung	239
4.5.1	Best Practices und Routinen als strategische Optionen	239
4.5.2	Die „Focused Health Care Factory“ als Basis der Strategischen Standardisierung	247
<b>5</b>	<b>Strategische Exzellenz von Krankenhäusern</b>	<b>253</b>
5.1	Integratives Portfolio-Management in Krankenhäusern	254
5.1.1	Markt-Portfolios als Instrument der strategischen Geschäftsfeldplanung von Krankenhäusern	256
5.1.1.1	Die BCG-Matrix und ihre Anwendung im Gesundheitsbereich	257
5.1.1.2	Kritische Würdigung des Leistungsvermögens der „konventionellen“ Instrumente zur strategischen Geschäftsfeldplanung	259
5.1.1.3	Modifizierte BCG-Matrix für den Gesundheitsbereich	262
5.1.1.4	Multiattributive Marktportfolios („Business Screens“)	266



5.1.2	Das Medizin-Portfolio als Basis der strategischen Neuausrichtung von Krankenhäusern	268
5.1.2.1	Vorbemerkungen	268
5.1.2.1.1	Perspektive des Medizinmanagements	270
5.1.2.1.2	Erosion der medizinischen Substanz	273
5.1.2.1.3	Überlebenssicherung durch eine medizinische Pionier-Position	274
5.1.2.1.4	Einordnung des Medizinmanagements in das BHM-Modell	276
5.1.2.2	Darstellung des Medizin-Portfolio (MPF)	277
5.1.2.2.1	Aufbau eines Medizin-Portfolios (MPF)	278
5.1.2.2.2	Ablauf der Medizin-Portfolio-Analyse	281
5.1.2.2.3	Indikatoren der medizinischen Planung	283
5.1.2.2.4	Ableitung einer zielführenden Medizin-Strategie	295
5.1.3	Steuerung von Krankenhäusern über multiple Portfolios	298
5.2	Innovatives Servicemanagement	301
5.2.1	Die Wertinnovation als Wachstumsoption für Krankenhäuser	302
5.2.2	Möglichkeiten gradueller Serviceinnovationen	304
5.3	Versorgungsketten und –architekturen als Wachstumsoptionen	311
5.3.1	Supply Chain Management als neues Paradigma für Krankenhäuser	311
5.3.1.1	Konzeptionelle Grundlagen eines Supply Chain Managements	315
5.3.1.2	Agile Versorgungsketten	316
5.3.2	Business Migration in der Gesundheitsbranche	318
5.3.2.1	Perspektivenwechsel zum Wertschichtenwettbewerb	319
5.3.2.2	Neues Verständnis der Versorgungsarchitektur von Krankenhäusern	321
5.3.2.3	Up-market- versus Down-market-Migration	323
<b>6</b>	<b>Abschließende Bemerkungen</b>	<b>325</b>
6.1	Zusammenfassung	325
6.2	Ausblick	329
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>337</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>405</b>
	<b>Index</b>	<b>409</b>

## Geleitwort

Das gesamte Gesundheitswesen steht vor gravierenden Veränderungen, die für alle Akteure gleichsam Chancen und Risiken repräsentieren. Technisch-medizinischer Fortschritt, mündige Patienten, Kostenexplosion in der Versorgung, Vitalität im Alter, Zweiklassenmedizin, Marktliberalisierung sowie die Überalterung weiter Teile der Bevölkerung in den meisten Industriestaaten implizieren als Megatrends im Gesundheitswesen eine Neuordnung der industrieökonomischen Rahmenbedingungen und Wettbewerbsspielregeln. Vormalig getrennte Wertschöpfungssegmente weisen Überlappungen auf, ergänzen sich komplementär oder treten in Konkurrenz zueinander. Das Ergebnis sind konvergierende Gesundheitsinstitutionen im Kontext einer unter Kosten-, Leistungs- und Innovationsdruck stehenden Branche, deren Akteure sich teilweise völlig neuen Marktanforderungen stellen müssen. Zur dauerhaften Sicherung ihrer nationalen und zunehmend auch internationalen Wettbewerbsfähigkeit müssen die Betroffenen nach innovativen Wegen der strategischen und operativen Krankenhausführung suchen, weil das Streben nach Perfektion im Tagesgeschäft häufig einem inkrementalen Aktionismus gleichkommt. Umgekehrt scheitern oftmals oberflächliche Krankenhausvisionen an der Realität des Faktischen, wenn deren Umsetzung an Ressourcenengpässen, Fähigkeitsdefiziten oder allgemein an unterschätzten psychologischen Barrieren scheitert. Die Notwendigkeit einer ausgewogenen und pragmatischen Krankenhausführung lässt sich der Logik der Balanced Scorecard entnehmen, die dem Management eine Verzahnung von strategischem Denken und operativer Umsetzung über ein konsistentes Indikatorensystem abfordert.

Die Verfasserin des vorliegenden Buches, Frau Andrea Braun, legt die ausgewogene Steuerung und Kontrolle multipler und bisweilen widersprüchlicher Entscheidungsparameter ihren Ausführungen als Leitidee zugrunde. Krankenhäuser repräsentieren institutionenökonomisch betrachtet Koalitionen heterogener Anspruchsgruppen mit oftmals stark divergierenden Interessen. Im Gestaltungssystem „Krankenhaus“ dominiert nicht nur ein Silodenken zwischen den drei Hauptinteressengruppen Ärzten, Pflegern und kaufmännischen Personal, sondern innerhalb jeder dieser Zweckkoalitionen bestehen nicht selten erhebliche Schnittstellenkonflikte. Im Außenverhältnis des Krankenhauses agiert und reagiert dieses im Spannungsfeld vielschichtiger externer Stakeholder, wie Krankenkassen, Politikern, Patienten, niedergelassenen Ärzten, Apothekern oder Pharma-Unternehmen. Frau Braun plädiert in überzeugender Form dafür, moderne Management- und Gestaltungsprinzipien „balanciert“ und „wohldosiert“ in Krankenhäusern einzusetzen, um die oft beklagten Übersteuerungstendenzen in der Unternehmensführung zu verhindern. Anstatt einseitig und unreflektiert den aktuellen Managementtrends nachzueifern, sollten Krankenhäuser – dem Modularprinzip folgend – einen Pool von strategischen und operativen Managementtechniken beherrschen, um diese als Einzelmodule zu einer integrativen Problemlösung zu kombinieren. Die im Rahmen dieser Arbeit diskutierte Bandbreite an

Entscheidungsheuristiken reicht von Medizinportfolios über Lean Management, Supply Chain Management, EFQM und dem Agility Management bis hin zum Rahmenkonzept der Balanced Scorecard. Letztere bildet gleichsam die logische Verklammerung der vorgenannten Ansätze, indem sie diese als Mittel zur „Herunterbechung“ strategischer Lern- und Wachstumsziele in operative Finanzziele und meßbare Ergebnisgrößen interpretiert.

Mit dem vorliegenden Buch wird eine Lücke in der Literatur zum Krankenhausmanagement geschlossen, weil in gelungener Form der aktuelle Forschungsstand des General bzw. Strategic Management auf die methodisch „unterentwickelte“ Krankenhausbranche projiziert wird. Auf diese Weise entsteht eine lesenswerte Lektüre für Wissenschaftler, Praktiker und Studierende der Gesundheitsökonomie bzw. –des Krankenhausmanagements. Die vorliegende Monographie reflektiert den Status quo des Healthcare Managements und die sich darin abzeichnenden Entwicklungen. Eine Reihe normativer Handlungsempfehlungen zur Repositionierung der Institution „Krankenhaus“ in Richtung eines modernen Dienstleistungsunternehmens runden das Buch ab. Anerkennung verdient in diesem Zusammenhang der Versuch, über den Tellerrand der aktuellen Diskussion zur Reformierung des Gesundheitswesens zu schauen. Anstatt sich in politischen Diskussionen für oder wider einen makroökonomischen Reformvorschlag zu verlieren, schlägt die Autorin die Brücke von „der großen Gesundheitspolitik“ zur einzelwirtschaftlichen Ebene des Krankenhauses. Damit verbunden sind konkrete Hilfestellungen zur Unterstützung des vehement eingeforderten Transformationsprozesses von (vermeintlich) ineffektiven Krankenhausbehörden zu patienten- und marktorientierten „Hochleistungskrankenhäusern“. Die Diktion des Buches versteht sich also eher als „Reform von unten“, ohne die eine „Reform von oben“ an mikroinstitutionellen Widerständen scheitert.

Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann

im Dezember 2001

## Vorwort

Bedingt durch gravierende Veränderungen in der technologischen, politisch-rechtlichen, ökonomischen und sozialen Umwelt geraten die meisten Krankenhäuser unter einen zunehmenden Kosten- und Leistungsdruck. Dieser kulminiert in verschärften Wettbewerbsbedingungen und harten Selektionsprozessen unter den Akteuren. Krankenhausführungsmodelle, die in der Vergangenheit praktikable Lösungen ermöglicht haben, versagen unter dynamischen Wettbewerbsbedingungen, weil sich komplexe Probleme zumeist nicht mit „holzschnittartigen“ Managementmethoden angehen lassen. Übersteuerungstendenzen und sogenannte Herdeneffekte sind die Folge einer unreflektierten Applikation generischer Managementtools auf spezifische Problemfelder. Dies gilt um so mehr für die bislang stark regulierte Krankenhausbranche und die dort lokalisierten Institutionen. Während in hochkompetitiven Branchen die einzelnen Anbieter für den Wettbewerb gerüstet sind bzw. über eine ausreichende Erfahrung im Umgang mit der Konkurrenz verfügen, stehen Krankenhäuser vor der Herausforderung den Strukturbrüchen im Gesundheitswesen mit innovativen Managementkonzepten – jenseits der üblichen „Kochrezepte“ der einschlägigen Beratungsunternehmen und Strategiegurus – zu begegnen. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die explizite Berücksichtigung der Spezifika einer zunehmend konvergierenden Gesundheitsbranche und ihrer Erfolgsfaktoren. Als Folge der Liberalisierung des Gesundheitswesens und der einschneidenden soziodemographischen Veränderungen ergeben sich zwar auf der einen Seite für alle Akteure neue Freiheitsgrade der Marktbearbeitung, doch geht damit auf der anderen Seite vermutlich eine erhebliche Wettbewerbsverschärfung einher. Insbesondere für die etablierten Versorgungskrankenhäuser bringt eine derartige Entwicklung zu mehr „Markt und Wettbewerb“ beträchtliche Risiken in Form schwer kalkulierbarer Verhaltensmuster aller relevanten Stakeholder mit sich. Insbesondere von staatlicher Seite sind gravierende Maßnahmen zu erwarten, um der prognostizierten Kostenexplosion Einhalt zu gebieten. Der Kosten- und Leistungsdruck erhält zusätzlichen Vorschub durch die Krankenkassen, die ein fundamentales Interesse an einer Steigerung der Effektivität, Effizienz und Qualität von Krankenhausdienstleistungen durch Einführung innovativer Geschäftsmodelle zeigen. Mit dem Trend zur systematischen Ausdünnung der vergütungsfähigen Leistungen durch die Krankenkassen wird zusätzlicher Druck von „kritischen“ Patienten auf die Leistungserbringer ausgeübt. Diese müssen nunmehr einen immer größeren Teil der medizinischen Leistungen „aus eigener Tasche“ finanzieren und beginnen sich deshalb in Interessenvereinigungen zu organisieren, um das kuratorische Wertäquivalent für die geleisteten Zahlungen konsequent einzufordern bzw. einzuklagen.

Kurzum: Krankenhäuser können unter diesen Bedingungen nur dann erfolgreich existieren, wenn sie nicht über eine Reihe von Inkrementallösungen die Krisensymptome zu kaschieren versuchen bzw. auf ein einseitiges Cost Cutting setzen. Gefragt sind vielmehr ausgewogene, aber dennoch effektive Führungs-

modelle zur Steigerung der operativen und strategische Exzellenz. Während momentan die meisten Krankenhäuser den Kostendruck durch einen konsequenten Sparkurs abzumildern versuchen, mangelt es Krankenhäusern an einer konsistenten strategischen Positionierung und damit korrespondierenden Managementmodellen. Zu konstatieren ist leider oftmals trotz aller Anstrengungen eine Leadership-Krise, die sich in einem Mangel an strategischem Denken und Handeln manifestiert. Bis auf wenige Ausnahmen ähneln Krankenhäuser tayloristisch organisierten Verwaltungsbetrieben, denen aufgrund evidenter Trägheitsmomente und funktionaler Barrieren der Weg zu modernen Dienstleistungsunternehmen versperrt bleibt.

Das vorliegende Buch kann als Plädoyer für eine Synthese aus strategischer und operativer Exzellenz verstanden werden. Strategische Konzepte ohne Augenmaß und Bodenhaftung erweisen sich dabei als ebenso unbrauchbar wie ein operativer Inkrementalismus. Zahlreiche Untersuchungen im Bereich der strategischen Unternehmensführung belegen, daß moderne Hochleistungsorganisationen multifokal im Sinne eines permanenten Ausgleichs zwischen teilweise konfligierenden Zielen handeln. Das Streben nach Balance zwischen fundamentaler strategischer Veränderung und operativer Perfektion im Tagesgeschäft erfordert in dynamischen Umwelten eine Abkehr von monofokalen Leitbildern, weil diese zwangsläufig Schief lagen provozieren. Dagegen ebnet das hier entwickelte Konzept zum Balanced Hospital Management den Weg für eine erfolgreiche Krankenhausführung im Fadenkreuz diametraler Anforderungen, wie z.B. Stabilität versus Veränderung, Kostendruck versus Qualitätssicherung, Generalistentum versus Spezialistentum. Auch wenn kein Zehn-Punkte-Plan zum Hochleistungs-krankenhaus entwickelt wird, so werden doch Heuristiken, Managementtechniken und Best Practices diskutiert wie sich Gesundheitseinrichtungen im teilweise aufkeimenden Hyperwettbewerb dauerhaft durch nachhaltiges Wirtschaften behaupten können.

Ganz wesentlich zum Gelingen dieses Buches beigetragen haben neben Herrn Professor Dr. Werner Pfeiffer (Universität Erlangen-Nürnberg), von dem der eigentliche Anstoß für die Anfertigung dieses Buches ausging, mein akademischer Lehrer Herr Professor Dr. Jörg Schlüchtermann sowie Herr Professor Dr. Peter Oberender (beide Universität Bayreuth), deren wissenschaftliche Impulse und große Unterstützung unverzichtbar waren. Besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. Heymo Böhler (Universität Bayreuth) für die bereitwillige Übernahme des Prüfungsvorsitzes. Ganz herzlich bedanken möchte ich mich auch bei meinen Kollegen der Fachhochschule Osnabrück, insbesondere bei Herrn Professor Dr. Manfred Haubrock, für die Nachsicht, Geduld und Unterstützung während der Übergangszeit als Vertreterin meiner jetzigen Professur für Krankenhausmanagement. Ferner verdienen Frau Dipl.-Kffr. Elisabeth Blömer und Herr Dipl.-Kfm. Marc Prill meine ganz besondere Anerkennung für die inhaltliche und stilistische Durchsicht. Dies gilt ebenso für Herrn Dipl.-Kfm. Stefan Völkl, der an der graphischen Gestaltung wesentlich beteiligt war.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Dipl.-Kfm., MA., Jörg Hassmann, der durch seinen großen persönlichen Einsatz bei der Gestaltung und Durchsicht des Manuskriptes sowie durch seine menschliche Unterstützung wesentlich zum Gelingen dieses Buches beigetragen hat.

Nur unzureichend läßt sich mit wenigen Worten beschreiben, welchen Anteil meine Eltern und mein Freund am Gelingen dieses Projektes hatten: Für eine sorgenfreie und glückliche Zeit sowie der Chance auf Bildung gebührt meinen Eltern mein herzlicher Dank. Last but not least danke ich vor allem meinem Freund Professor Dr. Christoph Rasche (Universität Potsdam), von dem ich ganz wesentliche Unterstützung erhalten habe. Er hat mich trotz der erfahrenen emotionalen Wärme schonungslos zur Anfertigung dieses Buches „angetrieben“ und entscheidende Impulse für eine Neuorientierung im strategischen Management geliefert.

Prof. Dr. Andrea Braun

im Dezember 2001



”Efficiency versus adaptability represents a delicate balance between managing for the present and managing for the future. The balance achieved between these two, often competing, demands will be influenced by a number of factors. The changing nature of the health care industry will certainly influence the balance sought and achieved but internal factors will influence choices as well. Some of these internal factors will relate to specific operational and logistical expertise whereas others will relate to the ‚character‘ or culture of the organization itself.”  
(Ginter/Swayne/Duncan)<sup>1</sup>

# 1 Einführung

## 1.1 Problemstellung

”Survival of the fittest.”<sup>2</sup> - Dieses Überlebensprinzip charakterisiert den Existenzkampf der Krankenhäuser im zunehmend marktwirtschaftlich geprägten Gesundheitswesen. Wie nie zuvor sind Einrichtungen des Gesundheitswesens durch vielschichtige Veränderungen, tiefgreifende Umwälzungen und krisenhafte Umbrüche geprägt. Überleben wird nur, wer so rechtzeitig den Wandel erkennt, daß er die realisierte Zeitspanne für erforderliche Anpassungen nutzen kann. Wandel kann nicht mehr als Ausnahmesituation, sondern muß als Normalfall im Managementalltag von Krankenhäusern begriffen werden. Mißerfolge in der Entscheidungsfindung dürfen nicht dadurch vorprogrammiert sein, weil Problemlösungsheuristiken angewendet werden, die in der Vergangenheit funktioniert haben, aber den heutigen Problemsituationen nicht mehr angemessen sind.<sup>3</sup>

Abbildung 1 veranschaulicht in plakativer Form die Kerntrends in der allein schon aus demographischen Gründen schnell wachsenden Gesundheitsbranche. Als Implikation dieses Modells ergibt sich die Forderung nach einem in sich konsistenten und ausgewogenen Managementmodell, das die Gesundheitsinstitutionen bei der Bewältigung der vielschichtigen und bisweilen konfligierenden Herausforderungen unterstützt. Management in dynamischen Umwelten bedeutet aus Sicht der Betroffenen auch immer ein Trade-off-Management im Sinne eines permanenten Zwangs zur Harmonisierung multipler Widersprüche.<sup>4</sup> Aus dem in

---

<sup>1</sup> Ginter/Swayne/Duncan (1998), S. 113.

<sup>2</sup> Diese auf Darwin zurückgehende Feststellung ist mit „Überleben des Passendsten“ zu übersetzen und nicht wie oft fälschlicherweise geschehen mit „Überleben des Stärksten“. Im Sinne des „Survival of the fittest“ geht es also um „Evolution“, ständige Anpassung an Veränderungen zur langfristigen Existenzsicherung.

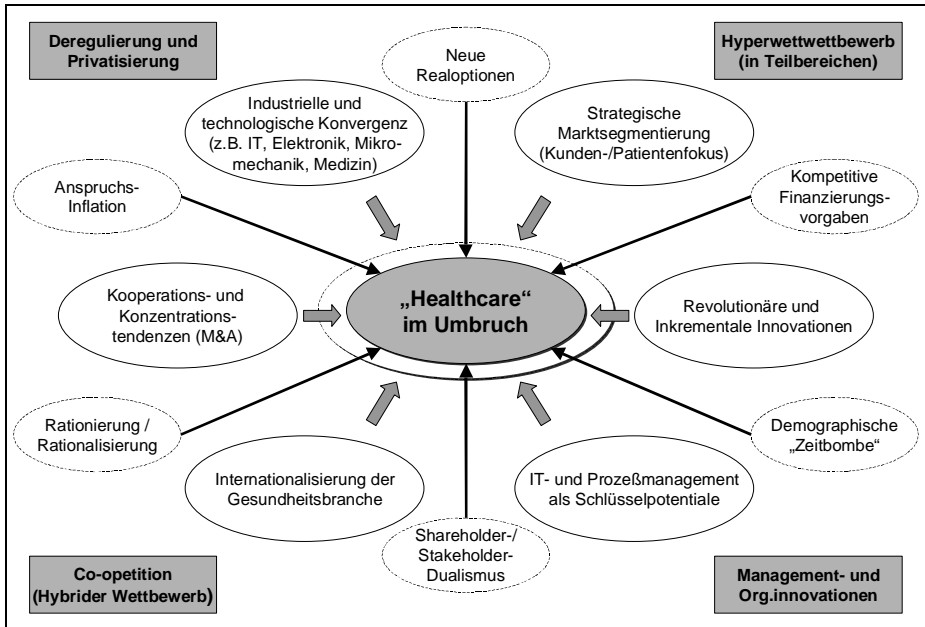
<sup>3</sup> Vgl. Hamel/Prahalad (1995), S. 57 ff.

<sup>4</sup> Vgl. grundlegend Rasche (2000c) und (2001).



Abbildung 1 entworfenen Umweltszenario des Healthcare-Sektors leitet sich auf mikroinstitutioneller Ebene die Forderung nach „Hochleistungsorganisationen“ ab,<sup>5</sup> um nachhaltige Wettbewerbsvorteile aufbauen und verteidigen zu können. Zwar lassen sich die unten skizzierten Kerntrends im Healthcare-Sektor nur in stark stilisierter Form wiedergeben, doch kommt ihnen eine strategisch vorsteuernde Rolle für die Entwicklungsrichtungen der Gesundheitsbranche zu.

**Abbildung 1: Kerntrends im Healthcare-Sektor**



Quelle: Eigene Darstellung

Deregulierung und Privatisierung sind oftmals die Ursache für die zumeist räumlich und/oder zeitlich begrenzte Ausbreitung des Hyperwettbewerbs in seinen unterschiedlichen Ausprägungsformen. Das von *Böhler/Rasche* entworfene Konzept des pluralistischen Wettbewerbs läßt allerdings ausreichend Raum für multiple Interaktionsformen im Spannungsfeld von Kooperation und Wettbewerb.<sup>6</sup> Das Oxyoron des Co-opetition beschreibt dieses Phänomen eines hybriden

<sup>5</sup> Vgl. zum Themenfeld der „Hochleistungsorganisation“ Friedrich/Rasche/Stahl (2001) und Friedrich/Hinterhuber/Rasche (2001).

<sup>6</sup> Vgl. Böhler/Rasche (2000).

Wettbewerbs.<sup>7</sup> Die Implementierung von Managementinnovationen und organisatorischen Innovationen begünstigt häufig zudem die Entstehung von Strukturbrüchen im Gesundheitswesen. Eine Veränderung der Wettbewerbsregeln ist fast immer auch eine Funktion der Diffusion und Adoption neuer Management- und Organisationsprinzipien, die „Methodenpionieren“ zumindest temporäre Wettbewerbsvorteile verschaffen.<sup>8</sup>

Die diagnostizierte Neuordnung des Wettbewerbsumfelds im Gesundheitssektor läßt sich nur auf „multiparadigmatischem“ Wege erklären, weil eine Vielzahl häufig vernetzter Einflußgrößen für den Umbruch im Healthcare-Sektor verantwortlich zeichnet. Vor allen anderen Einflußgrößen sei auf den medizinischen und technologischen Fortschritt verwiesen, der eine Konvergenz vormals isolierter Forschungs- und Fachgebiete begünstigt. Die Symbiose isolierter Kompetenzfelder wiederum kann zu inkrementalen und revolutionären Innovationen führen, weil entweder komplementäres Wissen auf bisher ungelöste Fragen projiziert wird oder durch die Interaktion heterogener Erfolgspotentiale innovative Forschungsfragen aufgeworfen werden.<sup>9</sup>

Auf politisch-soziologischer Ebene zwingt die demographische „Zeitbombe“ in den meisten Industrienationen zur Einleitung harter Effizienz- und Effektivitätsmaßnahmen, um der Kostenexplosion Einhalt zu gebieten. In diesem Zusammenhang sehen sich die meisten Gesundheitseinrichtungen einem Shareholder-/Stakeholder-Dualismus ausgesetzt, weil die Dienstleistung „Volksgesundheit“ zu einem wohlfahrtsökonomischen Politikum außerhalb des rein betriebswirtschaftlichen Kalküls wird. Der staatliche Versorgungsauftrag impliziert die Interessenverfolgung diverser Anspruchsgruppen, so daß die Anteilseigner einer Gesundheitseinrichtung häufig Sekundärcharakter haben.<sup>10</sup>

Im Zuge der diskutierten Marktliberalisierung gewinnt eine marktorientierte Unternehmensführung stark an Bedeutung, weil sich neue Freiheitsgrade in der Marktdefinition und Marktbearbeitung ergeben. Damit verbunden ist allerdings häufig eine Anspruchsinflation der Patienten und Krankenkassen, die höchsten Service bei niedrigsten Preisen erwarten. Das Konzept der Marktsegmentierung

---

<sup>7</sup> RASCHE versteht hierunter die unterschiedlichen und im permanenten Fluß befindlichen Zwischenformen zwischen Kooperation und Hyperwettbewerb, die das Wirtschaftsleben in dynamischen Umwelten kennzeichnen. Vgl. Rasche (2000a).

<sup>8</sup> Zu den Trends und Entwicklungen im Gesundheitswesen vgl. insbesondere die Spezialausgabe des California Management Review (2000), Jg. 43, Fall, Nr. 1: *Special Issue on Healthcare*.

<sup>9</sup> Vgl. ergänzend Henderson/Clark (1990).

<sup>10</sup> Die Differenzierung nach Shareholdern und Stakeholdern fällt im Gesundheitswesen aufgrund der oftmals in der öffentlichen Hand liegenden Kapital- und Verfügungsrechte besonders schwer, da die Träger gemeinnütziger Gesundheitseinrichtungen in Personalunion Shareholder und Stakeholder sind. Finanzmitteliüberschüsse dürfen demzufolge gemäß der Satzungszwecke nicht an die Anteilseigner ausgeschüttet werden, sondern müssen zweckgebunden reinvestiert werden.