Mario A. Pfannstiel
Patrick Da-Cruz
Harald Mehlich *Hrsg.*

Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I

Impulse für die Versorgung

Springer Gabler

Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I

Mario A. Pfannstiel · Patrick Da-Cruz
Harald Mehlich
(Hrsg.)

Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I

Impulse für die Versorgung

Springer Gabler

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

Harald Mehlich Dekan
Fakultät Gesundheitsmanagement
Hochschule Neu-Ulm
Neu-Ulm, Deutschland

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

ISBN 978-3-658-12257-7 ISBN 978-3-658-12258-4 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-12258-4

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

Springer Gabler
© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2017
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Mit der Digitalisierung von Dienstleistungen stellt sich im Gesundheitswesen auch die Frage, wie der Wert und die Qualität von Dienstleistungsangeboten durch die Digitalisierung gesteigert werden kann. Wertsteigerung kann ein Unternehmen durch Wertschöpfung erzeugen, indem die Durchführung und Gestaltung des Wertschöpfungsprozesses bei der Digitalisierung in Schritten erfolgt. Notwendig ist eine Strategie für die Digitalisierung von Dienstleistungsangeboten. Die Erarbeitung einer Strategie bildet dabei den ersten Schritt. Dieser beinhaltet die Ausrichtung der digitalen Strategie an eindeutigen Unternehmenszielen und Visionen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen von Konsumenten mit in die Strategie einfließen. Die Strategie muss hier an den Fähigkeiten, Anforderungen und Ressourcen eines Unternehmens ansetzen. Im zweiten Schritt sind neue digitalisierte und innovative Dienstleistungen einzubinden, die eine Verknüpfung zu den aufgestellten Zielsetzungen des Unternehmens darstellen. Dabei ist zu beachten, dass zukünftige Dienstleistungsanforderungen miteinzubeziehen sind, sodass eine Transformation auf die nächste Wertschöpfungsebene möglich ist. Nachdem die Strategie und innovative Dienstleistungen einbezogen wurden, ist im Hinblick auf ein neues Geschäftsmodell zu überlegen, welche Veränderungen auf die Mitarbeiter und Führungskräfte im Unternehmen durch die Digitalisierung zukommen. Je nach Umfang und Detaillierungsgrad zur Einbindung sind Aktivitäten und Maßnahmen umzusetzen. Fragen zum Vertrieb, Marketing und der Erstattung von neuen Dienstleistungsangeboten sind zu klären. Vorbehalte und Bedenken sind vorab durch Gespräche mit den relevanten Stakeholdern aus dem Weg zu räumen. Der frühzeitige Einbezug von allen potenziellen Entscheidungsträgern ist wichtig und sichert die spätere Implementierung und Akzeptanz. Ergänzend ist hinzuzufügen, dass Dienstleistungen zur Digitalisierung hinsichtlich ihres Wertschöpfungsgrades zu identifizieren sind, um eine kundenorientierte Verbesserung bzw. Rekonstruktion zu gewährleisten. Die Ausrichtung von Gestaltungsvorhaben an den Konsumentenbedürfnissen trägt dazu bei, dass der Konsument im Mittelpunkt steht. Im dritten Schritt ist die digitale Strategie weiter zu verfeinern. Reale und ideale Gestaltungsmöglichkeiten sind gegenüberzustellen, wobei zukünftige Dienstleistungen aus dem Vergleich zu realisieren sind. Die Weiterentwicklung und Wertsteigerung erfolgt schrittweise und ist ein dynamischer Prozess, bei

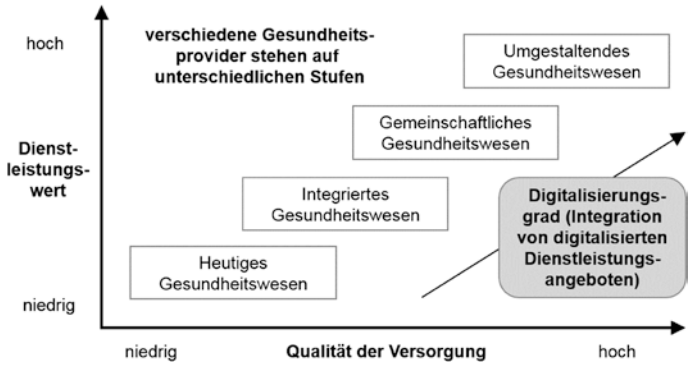

Abb. 1 Qualitäts- und Wertsteigerung bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen. (Quelle: Eigene Darstellung 2016)

dem sich durch die Digitalisierung die bestehende Dienstleistung ändert und in eine neue Dienstleistung überführt wird. Das traditionelle Geschäftsmodell geht durch Transformation in ein digitalisiertes Geschäftsmodell über. Der vierte Schritt zielt auf die Konzeption ab, d.h. es ist zu prüfen, inwieweit die Konsumentenanforderungen erreicht wurden. Die neu gestaltete Dienstleistung ist systematisch von Fehlern zu bereinigen, bevor eine Implementierung erfolgen kann. Entspricht die neue Dienstleistung den neuen Anforderungen, so ist diese zu übernehmen. Den Endpunkt der Gestaltung von digitalisierten Dienstleistungen bildet Schritt fünf. Mit der Implementierung beginnt die Einbindung der digitalisierten Dienstleistung in das betriebliche Umfeld. Es ist darauf zu achten, dass die neue Dienstleistung zum richtigen Zeitpunkt implementiert und möglichst direkt nach der Sollkonzeption zum Einsatz kommt, um das gestaltete Potenzial zur Wertsteigerung zu entfalten. Die Implementierung von neuen Dienstleistungsangeboten ist zu kontrollieren und zu überwachen.

Durch die Digitalisierung von Dienstleistungen in Unternehmen erfolgt eine Umgestaltung von Dienstleistungen. Dadurch verändert ein Unternehmen seinen öffentlichen Auftritt und präsentiert sich seinen Konsumenten in einer neuen Form. Konsumenten erkennen schnell, ob die Dienstleistung Nutzen stiftend, sicher und schnell ist. Neue Dienstleistungen sollten daher immer so gestaltet sein, dass eine noch größere Konsumentennähe entsteht, Fehler und Schnittstellen reduziert werden und Informationswege beschleunigt werden. Anzustreben sind Dienstleistungen, die es ermöglichen, schnell auf Marktentwicklungen und den Wettbewerb zu reagieren. Ziel sollte ein umgestaltendes Gesundheitswesen sein, in dem Dienstleistungsangebote mit einem hohen Wert für das Unternehmen und einer hohen Qualität für den Konsumenten entstehen (siehe Abb. 1).

Die Beiträge der einzelnen Autoren in diesem Sammelband sind wie folgt zusammengestellt: Zusammenfassung, Gliederung, Autorenanschrift, Einleitung, Hauptteil, Schluss,

Literaturverzeichnis und Autorenbiografie. Die Ausführungen und Erkenntnisse der Beiträge werden von jedem Autor in einer Schlussbetrachtung am Beitragsende zusammengefasst. Im Anhang wird ein Stichwortverzeichnis bereitgestellt, das zum besseren Verständnis des Sammelbandes dienen und die gezielte Themensuche beschleunigen soll.

Unser Dank gilt den zahlreichen Autorinnen und Autoren aus Praxis und Wissenschaft, die sich am Sammelband beteiligt haben und ihr Wissen und ihre Erfahrungen zur digitalen Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen mit eingebracht haben. Ein besonderer Dank gebührt Frau Hasenbalg und Frau Dange vom Springer Gabler Verlag – wir danken ihnen für die zügige Drucklegung und Formatierung der einzelnen Beiträge.

Neu-Ulm, Deutschland
im Juli 2016

Mario A. Pfannstiel
Patrick Da-Cruz
Harald Mehlich

Inhaltsverzeichnis

1 Digitaler Gesundheitswettbewerb: Strategien, Geschäftsmodelle, Kompetenzanforderungen 1
Christoph Rasche

2 Software-as-a-Service-Anwendungen im Gesundheitswesen – Anwendungsgebiete, Herausforderungen, Lösungen 31
Dominik Deimel und Stefan Fritz

3 Digitalisierte Gesundheitsnetzwerke mit Telemedizin: Produktive Netzwerkmedizin am Beispiel Schlaganfall 41
Asarnusch Rashid, Julian Laufer, Layal Shammas, Kurt Marquardt, Bernd Griewing und Hassan Soda

4 Methoden zur Erhebung von Patientenpräferenzen im telemedizinischen Kontext 59
Ralph Tunder und Belinda Martschinke

5 Digitale telediabetologische Versorgungssysteme – Effekte eines innovativen Therapiemanagements insulinpflichtiger Diabetiker 67
Heiko Burchert, Christian Krey und Janko Schildt

6 Die telemedizinische Konsultation 93
Andrea Vincenzo Braga

7 Potenziale nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Gebieten am Beispiel der Telemedizin 109
Hans-R. Hartweg, Karin Agor, Rolf Kaestner, Alexander Rzesnitzek und Michael Wessels

8 Herausforderungen der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen am Beispiel der elektronischen Gesundheitskarte 121
Alexander Mertes und Florian Liberatore

9 Umsetzung standardbasierter Sicherheitsdienste mit eGK, HBA und SMC-B 133
Jörg Caumanns, Olaf Rode und Ben Kraufmann

10 Digitalisierte Arzneimittelversorgung am Beispiel des bundeseinheitlichen patientenbezogenen Medikationsplans – eine Frage der Stakeholderakzeptanz 149
Harald Dormann, Michael Bangemann, Hans-Ulrich Prokosch und Jürgen Zerth

11 Elektronische Verordnungsverfahren 165
Guido Noelle

12 Digitale Zukunft – Der steinerne Weg der M-Health-Evolution 175
Thomas Jäschke

13 Digital Health, Mobile Health und Co. – Wertschöpfung durch Digitalisierung und Datenverarbeitung 185
Sven Meister, Stefan Becker, Florian Leppert und Linus Drop

14 Mobile Lösungen in der klinischen Praxis 213
Thorsten Schütz

15 Digitalisierung in den Versorgungssektoren: Aktueller Stand und Perspektiven 239
Philipp Karbach und Michael Reiher

16 Medical Apps im Kontext von Zulassung und Erstattung 249
Martin Bierbaum und Melanie E. Bierbaum

17 Companion: Eine App zur Unterstützung der Peer-Kultur in Betrieben 265
Rainer Telesko und Oliver Bendel

18 Wearables als Herausforderung im Gesundheitswesen – Revolutionieren Wearables das Gesundheitswesen im 21. Jahrhundert? 277
Robert Mischak

19 Telemedizinische Assistenzsysteme in Prävention, Rehabilitation und Nachsorge – Ein Überblick über aktuelle Entwicklungen 289
Michael John und Johannes Einhaus

20 Wie Medical-Decision-Support-Systeme die Arzt-Patient-Beziehung verändern – Digitalisierung von Informationen führt zu einer erhöhten Autonomie des Patienten 311
Eberhard Scheuer

21 IT-Konzept einer Klinischen Prozessführung 323
Rüdiger Molle

Stichwortverzeichnis 355

Herausgeberverzeichnis

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

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

Prof. Dr. Harald Mehlich ist Dekan der Fakultät Gesundheitsmanagement an der Hochschule Neu-Ulm und Mitglied im Kompetenzzentrum „Vernetzte Gesundheit“. An der Universität Bamberg übernahm er die Leitung des BMBF-Forschungsprojekts „Virtuelle Unternehmens- und Arbeitsstrukturen im Kommunalbereich“. Er leitete zahlreiche Beratungs- und Evaluationsprojekte mit Schwerpunkt Computereinsatz in Produktion und Verwaltung. Beim Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO), Stuttgart, arbeitete er an Projekten zur Einführung von Computern in Verwaltung und Produktion. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich IT-Vernetzung und Datenverarbeitung im Gesundheitswesen und Informations- und Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Digitaler Gesundheitswettbewerb: Strategien, Geschäftsmodelle, Kompetenzanforderungen

1

Christoph Rasche

Zusammenfassung

Die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft führt im Ergebnis zu einem hohen Veränderungsbedarf aus Sicht der involvierten Akteure. Diese müssen nunmehr mit Blick auf disruptive oder zumindest diskontinuierliche Schockwirkungen ihre Strategien, Geschäftsmodelle und Kompetenzprofile auf den Prüfstand stellen, um im digitalen Wettbewerb erfolgreich bestehen zu können. Neben der Diskussion der Markt- und Wettbewerbsdynamik liegt der Fokus dieses Beitrags auf den Optionen eines strategischen Geschäftsmodellmanagements. An dieser Stelle wird die These vertreten, dass sich der Wettbewerb im Gesundheitswettbewerb zunehmend von der Endleistungsebene auf die holistische Ebene innovativer Geschäftsmodelle verlagert. Dies bedeutet nicht, dass der Therapie-, Technologie- oder Servicewettbewerb keine bedeutende Rolle mehr spielen wird. Ganz im Gegenteil: Geschäftsmodelle bilden das Fundament und Wurzelwerk einer komplexen Wertschöpfungsarchitektur, damit über exzellente Outcomes ein nutzenzentrierter Impact aus Kunden- und Patientensicht generiert werden kann. Schließlich werden Geschäftsmodelle einem Lackmustest unterzogen, weil nur wenige Geschäftsmodelle über das Potenzial verfügen, den Aufbau und die Verteidigung substanzieller Wettbewerbsvorteile zu unterstützen.

C. Rasche (✉)
Humanwissenschaftliche Fakultät, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Potsdam, Management Professional Services Sportökonomie, Weinbergstraße 38, 14469 Potsdam, Deutschland
E-Mail: rasche@stratvanguard.de

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2017

M.A. Pfannstiel et al. (Hrsg.), *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I,* DOI 10.1007/978-3-658-12258-4_1

Inhaltsverzeichnis

1.1 Markt- und Wettbewerbsdynamik im Gesundheitswesen 2
1.2 Merkmale und Facetten der digitalen Gesundheitswirtschaft 7
1.2.1 Gesundheitswirtschaft 4.0: Versorgung jenseits von Big Data 7
1.2.2 Erfolgspositionen im digitalen Gesundheitswettbewerb 11
1.3 Geschäftsmodellwettbewerb im Gesundheitswesen 16
1.3.1 Vom Endleistungs- zum Geschäftsmodellwettbewerb 16
1.3.2 Vom Geschäftsfeld zum Geschäftsmodell 19
1.4 Geschäftsmodell-Anforderungen 23
1.4.1 VRIO(R)-Anforderungen 23
1.4.2 Compliance-Anforderungen 25
1.5 Schlussbetrachtung 27
Literatur 28
Über den Autor 30

1.1 Markt- und Wettbewerbsdynamik im Gesundheitswesen

Die Markt- und Wettbewerbsdynamik im Gesundheitswesen wurde bislang von den drei Handlungsimperativen der Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung geprägt. Die letzten Dekaden der Gesundheitspolitik zielten auf die Schaffung eines regulativen Ordnungsrahmens ab, der eine Harmonisierung von Finanzierungs-, Qualitäts-, Versorgungs- und Anspruchsgruppenzielen zum Gegenstand hatte. Angesichts evidenter Ressourcenengpässe, anspruchsinflationärer Erwartungshaltungen, demografischer Verschiebungen und galoppierender Therapiekosten scheinen unter dem gegenwärtigen Status quo Zielkonflikte vorprogrammiert (Rasche und Braun von Reinersdorff 2015, 2016). Die Chronologie der Gesundheitsreformen verdeutlicht, dass die Politik bis in die Gegenwart auf der Suche nach einem zieloptimalen Versorgungssystem ist. Je nach politischer Weltanschauung oszilliert das Spektrum der Reformvorschläge zwischen einer planwirtschaftlich-administrierten Einheitsversorgung und einer marktinduzierten Individualversorgung. Eine solidarische, staatlich dekretierte Grundversorgung wird dabei oft mit einer Wettbewerbsverhinderung gleichgesetzt, weil Leistungsanbieter und Leistungsnehmer im Rahmen des definierten Normenkorsetts stark eingeschränkt werden (Heitele 2010, S. 27 ff.). Umgekehrt erweckt die jüngst propagierte Zielgruppenmedizin den Eindruck einer Kommerzialisierung meritorischer Versorgungs- und Vertrauensgüter, die nunmehr den Regeln des Konsumgüterwettbewerbs unterworfen werden sollen (grundlegend Huber et al. 2015). Hier kann es nicht verwundern, dass Medizinethiker mit dem Negativszenario eines Risiko, Preis und Patienten diskriminierenden Gesundheitssystems aufwarten, das den Not leidenden Menschen entweder zu einem „kalkulatorischen Fallpauschalen-Konstrukt“ oder zu einem preisbereiten Gesundheitskunden mutieren lässt. Mediziner und Pfleger verschreiben sich im Extremfall nicht länger dem Primat des Heilens und Helfens, sondern sind Mikroelemente einer prozessoptimierten Wertschöpfungskette im Spannungsfeld von Rendite- und Versorgungszwängen (Rasche und Braun von Reinersdorff 2015, 2016). Unstrittig ist aber auch, dass die Projektion

der wettbewerbsarmen Vergangenheit in die Zukunft wohlmöglich den Zugang zu Produktivitäts-, Innovations- und Wertsteigerungspotenzialen versperrt. Der Blick über den Tellerrand in Richtung privatisierter und liberalisierter „Staatsindustrien“ zeigt, dass ein konstruktiver Wettbewerb zu einem Gleichlauf von Wohlfahrts- und Wirtschaftsinteressen führen kann (Heitele 2010, S. 32 ff.). Porters Creating-Shared-Value-Konzept ist als Plädoyer für eine monetäre Wertschaffung im Rahmen eines normativen Werteinventars zu interpretieren (Porter 2011). Die Synthese von Moralwerten und monetären Werten bildet die Basis eines konstruktiven Gesundheitswettbewerbs, der in Deutschland im Qualitätswettbewerb kulminieren soll. Während der Wettbewerb um die niedrigsten Kosten, effizientesten Prozesse, schlankesten Organisationsstrukturen oder gar niedrigsten Preise mit Blick auf das Heilversprechen gesellschaftspolitische Bedenken provoziert, wird ein Qualitätswettbewerb als unkritisch eingestuft – soll hier doch der Genesungswunsch des Patienten bestmöglich erfüllt werden (Grosch et al. 2013). Zahlreiche Gesundheitsportale sollen helfen, die Medizin- und Krankenhausqualität vergleichbar zu machen, damit Patienten und Gesundheitszielgruppen ein objektives Bild der Leistungsperformanz erhalten. Grundsätzlich ist der Qualitätswettbewerb – trotz aller Mess- und Validierungsprobleme bei komplexen Vertrauensgütern zu begrüßen – doch darf dadurch nicht der Blick für andere Wettbewerbsformen im Gesundheitswesen verstellt werden (ergänzend Heitele 2010). Nachfolgend soll der mehrdimensionale Gesundheitswettbewerb skizziert werden, um keine myopische Sicht auf ein komplexes Systemgefüge entstehen zu lassen:

Kostenwettbewerb

Der Wettbewerb um niedrige Wertschöpfungskosten ist eine Intention des DRG-Systems, um das Effizienz- und Effektivitätsstreben im Kliniksektor zu forcieren. Durch das RRP-Prinzip (Rationierung, Rationalisierung, Priorisierung) soll die Dienstleistungsproduktivität gesteigert werden, um die knappen Versorgungsressourcen nutzenoptimal einzusetzen (Rasche und Braun von Reinersdorff 2015). Im Vordergrund stehen Maßnahmen der besseren Ressourcenausschöpfung im Rahmen des Nennermanagements, das auf eine Reduzierung der Investments, eine Erhöhung des Kapitalumschlags, ein optimiertes Kapazitätsmanagement, eine Variabilisierung der Fixkosten oder eine generelle Verschlankung der Zentral- und Supportbereiche abstellt.

Preiswettbewerb

Entgegen der landläufigen Annahme eines regulierten Preissystems im Gesundheitswesen bestehen außerhalb der DRG-Doktrin zahlreiche Optionen einer flexiblen Preispolitik. Zu denken ist hierbei nur an den Wahlleistungssektor oder das selektive Kontrahieren, bei dem Menge, Qualitätsstufen und Preise zwischen Versorgungsanbietern und Kostenträgern verhandelt werden können. Regulierte Preissysteme im Gesundheitswesen sollen zum einen einer Ausbeutung evidenter Notsituationen vorbeugen, wenn Problemlösungen zur Linderung akuten Leids besonders hoch vergütet würden – läge doch hier in aller Regel eine extreme Preisbereitschaft vor. Auf der anderen Seite wird bei Vertrauensgütern oft auf den Preis-/Qualitätszusammenhang rekurriert, der mit einer niedrigen Preisstellung ein Qualitätsdumping nahelegt.

Qualitätswettbewerb
Der Reputationsverlust ist oft am größten, wenn an der Qualität der Patientenversorgung gespart wird und dadurch wohlmöglich zivil- und/oder strafrechtliche Rechtsfolgen drohen. Die oft bemühten Illustrationen „blutig entlassener" Patienten, die wenig später aufgrund poststationärer Komplikationen durch die „Drehtür" als neue Fallpauschale im Klinikum erscheinen, sind gleichsam illustrative Anschauungsobjekte für nicht tolerierbare Fehlqualitäten und Fehlsteuerungen. Qualitätsorientierte Vergütungssysteme sollen Anreize schaffen, damit sich Leistung lohnt und Low Performer politisch gewollt aus dem Markt ausscheiden. Der Qualitätswettbewerb soll letztlich eine Markbereinigung hin zu wenigen konzentrierten Qualitätsanbietern bewirken, die über hohe Fallzahlen Spitzenleistungen bei produktivitätsinduziert günstigen Kostenstrukturen erbringen. Jedoch stellt die Operationalisierung und Messung der Qualität verhaltens- und bewertungsunsicherer Vertrauensgüter eine große Hürde dar (hierzu ergänzend Grosch et al. 2013).

Innovations- und Technologiewettbewerb
Was nützt dem Patienten eine hohe Standardqualität auf Basis überholter Therapien, Technologien und Behandlungspfade? Oder anders formuliert: Versteinerte Leistungsqualitäten sind oft das Ergebnis verpasster Paradigmensprünge innerhalb eines günstigen Zeitfensters der Veränderung. Inventionen, Innovationen und neue Therapien können zu radikalen Qualitätssprüngen führen, die auf Basis einer weiteren Verbesserung des „ausgereizten" Altstatus gar nicht möglich wären. Im Gesundheitswesen wird der Innovations- und Technologiewettbewerb oft recht kritisch gesehen, weil damit zumeist immer Kosten- und Preisanstiege in Verbindung gebracht werden. Zu denken ist hierbei onkologische Therapieinnovationen im Pharmasektor, die pro Fall mehrere hunderttausend Euro Behandlungskosten pro Jahr verursachen, obwohl deren Zusatznutzen im Vergleich zur Regeltherapie oft nur marginaler Natur ist. Vergessen werden dabei oft die Optionen der Cost Innovations, die auf eine kosteneffizientere Erreichung eines definierten Ziels abstellen (Williamson 2010). Durch telemedizinische Prozessinnovationen, Automatisierungstechnologien und künstliche Assistenzsysteme lassen sich wohlmöglich erhebliche Produktivitätsfortschritte erreichen, die auf dem gezielten Einsatz innovativer Workflows basieren. Zudem zeigen Beispiele aus dem Bereich der Medizintechnik, dass bisweilen eine ausgeprägte Neigung zur Technologievergeudung besteht, obwohl sich durch Cost Innovation, Value Engineering und Target Costing ein hoher Kernnutzen bei gleichzeitig moderaten Investments erzielen lässt (weiterführend Taylor et al. 2014; Huber et al. 2015).

Kompetenzwettbewerb
Anknüpfend an den Technologie- und Innovationswettbewerb lässt sich dieser nur erfolgreich bestreiten, wenn Gesundheitsanbieter künftige Kompetenzfelder antizipieren und in der Personal- und Organisationsentwicklung reflektieren. Digitale Big Data-Imperative und veränderte Arbeitswelten lassen völlig neue Kompetenzprofile entstehen,

die vorsteuernd abgedeckt werden müssen (Rasche 2013). Schlagworte wie Medizin 4.0, intersektorale Drehscheibenversorgung, ambulant-stationäre Hybridmodelle oder personalisierte Medizin sind starke Signale für veränderte Kompetenzlandschaften, auf die Krankenhäuser reagieren müssen, um ihre Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten (Braun von Reinersdorff et al. 2010; Huber et al. 2015). Aber auch jenseits von Medizin, Pflege und patientenzentrierter Versorgung sind die Klinikadministrationen gefordert, behördliche Kontrollmentalitäten durch eine progressive Klinik-Governance und eine Kultur des Veränderns und Ermöglichens zu ersetzen. Nicht zu Unrecht grassiert Meinung, dass viele Kliniken ein Arsenal unverbundener Hochtechnologien und Spitzentherapien im Korsett eines Manufakturbetriebs bewirtschaften (Hogan et al. 2012; Rasche und Braun von Reinersdorff 2011; Raab und Rasche 2013). Damit aber dieses Ressourcenarsenal seine volle Produktivität entfalten kann, bedarf es integrativer Management- und Führungskompetenzen auf allen Leitungs- und Professionenebenen – medizinisches und pflegerische Personal eingeschlossen.

Service- und Convenience-Wettbewerb

Hier wird die Brücke von der evidenzbasierten Qualitätssicht der Expertenorganisation zur subjektiven Perzeption des Patienten geschlagen, für den Qualität etwas anderes bedeutet als die professionelle Anwendung medizin- und pflegezentrierter Leitfäden. Service, Empathie und Convenience reflektieren die erlebbaren „Touch-and-Feel"-Faktoren einer sonst schwer einschätzbaren Krankenhausdienstleistung. Privatlieger- und Komfortstationen verdeutlichen den Wunsch vieler Patienten nach einem luxuriösen Wohlfühlambiente außerhalb der „Anstaltslogik" einer verordneten Expertenmedizin. Die aus anderen Bereichen bekannte „24/7-immer-und überall"-Mentalität infiltriert zunehmend das Gesundheitswesen, weshalb sich anspruchsvolle Patienten eine „Flatrate"-Versorgung einfordern, die ihnen jederzeit, in bester Qualität und smartem Ambiente zustehe (Huber et al. 2015). Zentrale Notaufnahmen werden vermehrt mit diesem Anspruch konfrontiert, wenn sich diese zu zentralen Access Points für ein sehr heterogenes Patientengut entwickeln (Hogan et al. 2014). Mit Blick auf den Kosten- und Effizienzdruck im Gesundheitsweisen sind perspektivisch aber auch „No-Frills"-Geschäftsmodelle denkbar, die einer Aldi- oder RyanAir-Logik folgend, nur den technisch-funktionalen Grundnutzen der Therapiekette akzentuieren. Für den Fall einer weitergehenden Liberalisierung des gesamten Gesundheitswesens, käme diesem „Fielmann"-Model auch in der ambulanten und stationären Versorgung hohe Relevanz zu.

Geschäftsmodell- und Wertschöpfungswettbewerb

Lag in der Vergangenheit der Schwerpunkt oft auf schlanken, ranken und effizienten Prozessen im Rahmen von Qualitäts-, Kosten- und Zeitanforderungen, so verlagert sich gegenwärtig die Perspektive auf das übergeordnete Wertschöpfungssystem oder gar das Geschäftsmodell (grundlegend Schmidt 2015; Müller und Rasche 2013). Letzteres sollte nicht technokratisch als Spiegelbild des Business Model Canvas verstanden werden, sondern als verschränkte Führungs-, Kompetenz-, Prozess- und Beziehungsarchitektur,

die alle tangiblen und intangiblen Aktivposten einer Organisation auf den nachhaltigen Unternehmenserfolg ausrichtet. Hiernach konkurrieren Gesundheitsanbieter nicht nur auf der Endleistungsebene (Therapie gegen Therapie, DRG gegen DRG, Service-Item gegen Service-Item), sondern auch auf wertschöpfungsholistischer Ebene. Börsennotierte Gesundheitskonzerne oder Gesundheitspioniere versuchen derzeit, die orthodoxen Geschäftslogiken aus den Angeln zu heben und – vergleichbar mit IKEA, RyanAir oder Google – mit einem alternativen Wert- und Nutzenversprechen zu untersetzen. Die simple Devise: Warum Regeln, Dogmen und Paradigmen als gegeben akzeptieren, wenn man diese umdefinieren, manipulieren oder komplett ersetzen kann. Disruptiven Geschäftsmodellen (Christensen 2011; Christensen et al. 2013) steht gegenwärtig im Gesundheitswesen der rigide Marktordnungsrahmen entgegen, der bisher immer mit Blick auf die Patientensicherheit und Behandlungsqualität digitale Geschäftssysteminnovationen behindert und verhindert hat (ergänzend Huber et al. 2015).

Cross-Market-Wettbewerb

Ausgehend von der großen Hebelwirkung marktübergreifender Innovationen (Cross Market Innovations) zeichnet sich in der Gesundheitswirtschaft ein Sektoren übergreifender Wettbewerb auf horizontaler und vertikaler Ebene ab. Bei Digitalisierungstechnologien handelt es sich um typische Querschnittsphänomene, die den ersten, zweiten und dritten Gesundheitsmarkt ebenso betreffen wie B2B-, B2C- und C2C-Märkte. Cross-Market-Innovationen verfügen nicht nur über ein hohes Skalierbarkeitspotenzial innerhalb ein und derselben Branche, sondern entfalten auch eine hohe Nutzenstiftung in angrenzenden Märkten (Schmidt 2016). Signalerkennungssysteme, Touchscreens und lernende Datenbanksysteme fallen genauso unter diese Rubrik wie Miniaturisierungs-, Personalisierungs- und soziale Netztechnologien, die gegenwärtig „Markt für Markt“ und „Branche für Branche“ erobern. Der Cross-Market-Wettbewerb im Gesundheitswesen muss aber nicht immer technologieinduzierter Natur sein, sondern kann auch im Geschäftsmodelltransfer bestehen. Hierbei übernehmen Krankenhäuser Geschäftspraktiken branchenfremder Unternehmen, wie sich am Beispiel spezialisierter Wahlleistungskliniken zeigt, die mit hotelähnlichen Services um die Gunst anspruchsvoller Gesundheitskunden buhlen. Private Klinikbetreiber wollen nicht länger auf den Status regionaler Krankenversorger reduziert, sondern sehen sich als One-Stop-Shopping-Healthcare-Holdings, die als deutschlandweite Problemlöser im Markt für Pathogenese und Salutogenese auftreten (Huber et al. 2015). Ihr Geschäftsmodell gleicht dem einer Zwiebel, das ausgehend von Kern der Pathogenese schalenförmig in den Markt für Salutogenese anpeilt (ergänzend Räwer et al. 2011).

Eine Reduzierung des Gesundheitswettbewerbs auf Kosten- und Qualitätsparameter im Sinne zu harmonisierender Zielgrößen stellt eine verkürzte Sicht auf eine komplexe Branche dar, die von mehrdimensionalem Wettbewerb gekennzeichnet ist. Die Digitalisierungswelle erfasst schrittweise das gesamte Gesundheitswesen und ihre Akteure, wodurch die zuvor dargestellten Wettbewerbsformen zusätzlichen Impetus erhalten. Die Digitalisierung in ihren vielschichtigen Facetten ist gleichsam ein Clusterphänomen, das jede Form des

Wettbewerbs tangiert und damit Einfluss auf die Optionen der Vorteilserzielung im Markt nimmt (ergänzend Rasche 2013).

1.2 Merkmale und Facetten der digitalen Gesundheitswirtschaft

1.2.1 Gesundheitswirtschaft 4.0: Versorgung jenseits von Big Data

Unter dem populistischen Schlagwort Gesundheit 4.0 lassen sich alle Initiativen, Aktivitäten und Geschäftsmodelle subsumieren, die eine interaktive, vernetzte, intersektorale und interprofessionelle Versorgungssteuerung unter Echtzeitbedingungen zum Gegenstand haben, um jenseits von Big Data-Anwendungen substanzielle Wertsteigerungen zu erzielen. Hierdurch könnte im günstigsten Fall ein konstruktiver Wettbewerb entstehen, der einerseits auf Konkurrenz und andererseits auf Kooperation, Koordination und Komplementarität basiert. Aus dem Blickfeld des strategischen Managements erfüllt der Wettbewerb immer die Funktion einer Bestenauslese durch Selektion von Grenzanbietern und unternehmerischen Fehlleistungen. Die Digitalisierung ist als eine der Triebkräfte des Hyperwettbewerbs zu sehen (Rasche 2002a, b), weil im Rekordtempo rationalisiert, automatisiert, synchronisiert, verdichtet, verglichen und optimiert wird (weiterführend Rasche et al. 2010; Rasche 2013; Schmidt 2016). Kondensierte Wertketten und Geschäftsmodelle, bei denen die Akteure unter Echtzeitbedingungen Informationen veredeln und nutzenoptierte Entscheidungen treffen sind Folge. Aber nicht nur Mediziner und Gesundheitsexperten werden künftig Zugang zu therapie- und patientenrelevanten Großdatensätzen haben, wie dies die Intention von elektronischen Fallakten ist, sondern auch die Patienten und Gesundheitskunden zeigen ein verstärktes Interesse an ihren eigenen Vitaldaten. Nachfolgend sollen Triebkräfte des digitalen Gesundheitswettbewerbs einschließlich ihrer möglichen Folgen für das strategische Verhalten der betroffenen Stakeholder verdeutlich werden (Taylor et al. 2014).

Von Big Data zu Big Decisions

Landläufig wird der Eindruck erweckt, als würden Großdatensätze per se zu komparativen Konkurrenzvorteilen führen. Dabei stellt der Zugang zu Großdatenwolken lediglich eine Option dar, um optimierte Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Damit Daten zu Informationen verdichtet und diese wiederum zu vorteilsrelevanten Handlungsmustern veredelt werden, bedarf es einer hohen Grunddatenqualität. Daten sollten demnach verifizierbar, valide, relevant, aktuell, legal und legitim sowie verwertbar sein. Gerade im Gesundheitswesen sollte der Datenqualität ein höherer Stellenwert beigemessen werden als der schieren Datenmenge und dem damit verbundenen Problem verwaister Datenfriedhöfe, die oft das Ergebnis schlecht synchronisierter IT-Systeme sind (Rasche 2013; Taylor et al. 2014; Huber et al. 2015).

Tracing, Tracking, Profiling, Prediction (TTPP)
Hiermit gemeint ist die Fähigkeit, Datenspuren aufzunehmen und zu verfolgen, um auf dieser Basis prognosevalide Patienten- und Gesundheitsprofile anzulegen. Das TTPP-Paradigma ist dabei gleichermaßen für Mediziner, Patienten und Krankenkassen von Relevanz – je nachdem welche Interventionsintentionen verfolgt werden. Mediziner z. B. können patientenzentrierte Therapieverläufe unter Kosten-/Nutzengesichtspunkten besser abschätzen, Krankenkassen erhalten wertvolle Informationen über zielgruppenspezifische Krankheitsbilder, Therapienutzen oder die Patienten-Compliance. Der Patient selbst wiederum wird durch digitales Feedback wohlmöglich eine Mikrosteuerung seines Gesundheitsverhaltens vornehmen können und dadurch zum Experten seiner eigenen Krankheit. Zudem können Metadatenbanken entscheidend dazu beitragen, personalisierte Medizin- und Therapieentscheidungen zu treffen, die effektiv und ressourcenschonend sind, weil bereits Best-Practice-Referenzen und Vergleichsmaßstäbe existieren (Rasche 2013).

Algorithmen-basierte Data-Mining-Technologien
Zweifelsohne wird das individuelle Urteilsvermögen des jeweiligen Gesundheitsexperten auch in Zukunft Diagnose- und Therapieentscheidungen entscheidend prägen, doch sind digitale Assistenzsysteme auf den Vormarsch. Grundlage hierfür sind Data Mining Technologien, um Algorithmen basiert „künstlich intelligente“ Entscheidungen treffen zu können, die den Charakter einer qualifizierten Zweitmeinung haben. Frey und Osborne (2013) zeigen in ihrer Studie zur Automatisierung der Arbeitswelt, dass Expertensysteme die Kompetenz der Experten wohlmöglich nicht nur arrondieren, sondern in Teilbereichen sogar ersetzen werden. Die Automatisierungswelle in der Labormedizin, der Radiologie oder der Kardiologie könnte zu erheblichen Produktivitätsfortschritten führen, sofern menschliche Routinen und Expertenentscheidungen rationalisiert würden. Zu denken ist hierbei nur an das algorithmenbasierte Trading im Wertpapierhandel.

Mindfulness
Das Gesundheitsinteresse (Involvement) weiter Teile der Bevölkerung ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, wie die Entwicklungen im zweiten und dritten Gesundheitsmarkt zeigen. Unter dem Schlagwort der Achtsamkeit lassen sich alle Verhaltensweisen subsumieren, die auf einen selbst reflektierten, selbst gesteuerten und selbstbewussten Lebensstil abzielen. Zahlen, Daten und Fakten zu den eigenen Vitalparametern, die der achtsame Gesundheitskunde mittels Wearables erfasst, sollen ihm zu einer optimierten Lebensführung verhelfen. Vor diesem Hintergrund vermag es nicht verwundern, dass die globalen ICT-Konzerne ein vitales Geschäftsinteresse am Markt für Achtsamkeit zeigen. Trotz aller ethischer Bedenken könnten aus Wearables künftig Implantables im Sinne sensorischer Datenimplantate werden, die dem Patienten und Therapeuten feingranulare „Wasserstandsmeldungen“ liefern. Allerdings stellt sich hier die Frage nach den Opportunitätskosten dieser Form der Eigen- und Fremdsteuerung mit Blick auf eine dadurch provozierte Verhaltenspathologie. Der bekannte Hypochonder erhält durch die

„Vermessung seines Körpers“ mittels implantierter Sensorik nunmehr ein effektives Werkzeug an die Hand, um sich rund um die Uhr möglicher Krankheits- und Gesundheitskonstellationen zu widmen (ergänzend Taylor et al. 2014; Huber et al. 2015).

Safety, Security, Surveillance, Service

Der digitale Gesundheitswettbewerb wird durch die Eckpunkte des 4-S-Quadrats definiert, weil der ubiquitäre Datenzugang zur Steigerung der Patienten- und Therapiesicherheit beitragen soll (Safety). Vermeidbare Risiken und Fehlerquellen sollen durch verbesserten Informationszugang eliminiert werden. Statusrelevante Fallinformation werden z. B. unter Echtzeitbedingungen von der Unfallstelle in die zentrale Notaufnahme übermittelt, damit diese rechtzeitig alle erforderlich Maßnahmen einleiten kann, um die benötigten Spezialisten im Rahmen ihrer Leitstellenfunktion zu koordinieren. Security dagegen impliziert Sicherheit im kriminologischen Sinne, weil Krankenhäuser potenziell zum Ziel von Terror-, Gewalt- und Sabotagehandlungen werden können. Schon heute müssen Notaufnahmen verstärkte Sicherheitsvorkehrungen treffen, um gewalttätiges, übergriffiges oder psychotisches Patientengut schadensminimierend zu kanalisieren. Zudem stellen Krankenhausinfrastrukturen weiche Anschlagsziele dar, die digitaler Überwachungstechnologien als Ergänzung zu einer Kultur der Wachsamkeit bedürfen. Surveillance im hier verstandenen Sinne beinhaltet die Observation der Prozesse und Personen einer Klinik zum Ziel der Gefahrenabwehr. In Analogie zur Logik der Smart Homes lässt sich Forderung nach Smart Hospitals erheben, die über intelligente Infrastruktur-Überwachungs-Systeme verfügen. Hierbei handelt es sich um das Spektrum digitaler Gebäudeassistenten zur Ortung verdächtiger Signale. Safety-, Security- und Surveillance-Imperative stehen zumeist im Konflikt mit den Servicegedanken, weil die Hochrisikoorganisation „Krankenhaus“ nicht zu einem Überwachungsstaat verkommen darf. Jedoch besteht ein zentraler Dienstleistungsaspekt in der Vermittlung einer objektiven und gefühlten Sicherheitskultur, die sich in diskreter Form einem ganzheitlichen Risikomanagement verschreibt (Taylor et al. 2014; Huber et al. 2015).

Kooperenz und intersektorale Versorgungssymbiosen

Ein Wertoptimum in institutionellen Ökosystemen ist oft nur durch konstruktiven Wettbewerb zu erreichen, der von Konkurrenz, Kooperation und Koordination geprägt ist. Durch digitale Vernetzung lassen sich nicht nur Kommunikations- und Versorgungsbrüche vermeiden, sondern auch die Dienstleistungsproduktivität deutlich steigern, wie sich am Beispiel der schlecht harmonisierten Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung oder der Interaktion zwischen Kassen, Kliniken, KVen und dem MDK zeigt. Zwar existieren schon heute die technischen Möglichkeiten zur Verwirklichung reibungsloser Informations- und Datenflüsse, doch provozieren letztere neben juristischen Bedenken immer auch machtpolitische Widerstände. Wenn Wissen Macht ist, dann ist neben verbindlichen IT-Governance- und Compliance-Regimen vor allem reziprokes Vertrauen gefragt, intersektorale und interprofessionelle Blockadehaltungen zu

vermeiden (ergänzend Braun von Reinersdorff und Rasche 2014, Rasche und Braun von Reinersdorff 2016).

Sharing Economy
Die im digitalen Zeitalter propagierte Ökonomie des Teilens stellt den Zugang zu strategischen Aktivposten über eigentums- und verfügungsrechtliche Besitztümer (Rivkin 2011). Outsourcing, Cloud Services, Geräteleasing, Belegarztmodelle oder ambulant-stationär betriebene MVZs folgen der Leitmaxime der Nutzungs- und Zugangsoptionen, die auch in der Drehscheibenversorgung eine zentrale Rolle spielen. Einige wenige Hochleistungsknoten versorgen über abgehende Speichen die Peripherie, ohne dass diese selbst aufwendige Infrastrukturen vorhalten müssen. Smart Grids im Energiesektor und virtuelle Netzwerke funktionieren nach einem ähnlichen Prinzip, um eine gleichbleibend gute Versorgungsqualität bei effizienter und effektiver Ressourcennutzung zu erreichen (Huber et al. 2015).

Informationstransparenz bei Vertrauensgütern
Bestand in vordigitalen Ära für den Nutzer von Vertrauensgütern eine großes Problem im ressourcenökonomischen Abbau evidenter Informationsasymmetrien als Folge exorbitanter Informations- und Suchkosten, so ist generell über weite Güterklassen eine Reduktion der Transaktionskosten zu konstatieren. Patienten, Einweiser, Kostenträger oder Angehörige haben über die gezielte Netz- und Portalnutzung die Option auf Erlangung eines „semiprofessionellen“ Kenntnisstandes bezüglich der nachgefragten Gesundheitsdienstleistungen. Auch wenn immer wieder Kritik an Informationsqualität digitaler Medizin- und Gesundheitsforen geäußert wird, so stehen heutzutage dem urteilsfähigen und differenzierenden User eine Vielzahl multimedialer Quellen zur Verfügung, die dem mündigen Patienten derart qualifizieren, dass er nicht mehr aus Laienposition dem Medizinexperten gegenübertreten muss. Patienten beginnen zunehmend, den Wert der Information im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu erkennen und nutzen diese als Instrument ihrer Interessendurchsetzung (Rasche 2013; Taylor et al. 2014; Huber et al. 2015).

Der technologisch-innovatorische Fortschritt hat über die Vorstadien 1.0, 2.0, 3.0 mit der 4.0-Bewegung seinen aktuellen Kulminationspunkt erreicht, wenngleich prospektiv die „4“ durch den Parameter „X“ zu ersetzen ist um zu verdeutlichen, dass z. B. mit dem Vormarsch der vielversprechender Augmented-Reality-Problemlösungen die Gesundheitswirtschaft im Umbruch befindlich ist und auf einen digitalen Paradigmenwechsel zusteuert.

1.2.2 Erfolgspositionen im digitalen Gesundheitswettbewerb

Nachfolgend wird das Markstrukturmodell von Porter in modifizierter Form herangezogen werden, um dieses aus der Perspektive des digitalen Wettbewerbs mit sechs

6 Optionen / 6 Kräfte	Billiger-Option	Besser-Option	Anders-Option	Disruptiv-Option	Agil-Option	Smart-Option
Marktmarkt der Kunden	• Online-Termine • Preiskampf bei Wahlleistungen	• Free WLAN • Wahloptionen • Hotel-Services	• Versorgung durch Angehörige	• Tele-Medizin • OP-on Demand • 24/7-Access	• Patienten-zentrierung • Client First	• Smart Care • Smart Therapy • Smart Service
Marktmacht der Lieferanten	• Bargain for Profit • Zentraleinkauf	• Vernetzung • Schnittstellen • Information	• MVZ-Joint Ventures • Ökosymbiose	• Extended Clinic • Payer als Player • HMO in GER	• Einweiser als digitaler Value Net Partner	• Smart Care • Smart Therapy • Smart Service
Bedrohung durch Neueinsteiger	• Dr. Google • Telemedizin • Spezialkliniken	• ICT-Konzerne • Krankenkassen • Spezialkliniken	• Healthcare-APPs • Mobile Health	• Aldi-Kliniken • Franchising • 24/7 Poliklinik	• Health Nets • Hub & Spoke-Drehscheiben	• Smart Care • Smart Therapy • Smart Service
Bedrohung durch Ersatzprodukte	• Dr. Google • Telemedizin • Home Care	• ICT-Konzerne • Krankenkassen • Spezialkliniken	• Healthcare-APPs • Mobile Health	• Prävention • Quantified self • Health-Style	• Achtsamkeit • Wearables • Assisted Health	• Smart Care • Smart Therapy • Smart Service
Komplementär-Unternehmen	• Dr. Google • Telemedizin • Home Care	• ICT-Konzerne • Krankenkassen • Spezialkliniken	• Healthcare-APPs • Mobile Health	• Prävention • Quantified self • Health-Style	• Achtsamkeit • Wearables • Assisted Health	• Smart Care • Smart Therapy • Smart Service
Wettbewerb in der Branche	• Selektives Kontrahieren • RRP-Methode	• Benchmarking • QM-Offensiven • Kliniksicherheit	• Client vor Case • Intermuralität • Poliklinik-ZNA	• Delegation • Empowerment • Learn and earn	• First-view in ED • M&A, Allianzen • Crossover Care	• Smart Care • Smart Therapy • Smart Service

Abb. 1.1 Positionierungsoptionen in der Gesundheitsbranche (Illustrativdarstellung). (Quelle: Eigene Darstellung 2016)

Strategieoptionen zu konfrontieren. Auf diese Weise entsteht ein zweidimensionales Rastermodell, das als Y-Achse die Triebkräfte des Wettbewerbs abbildet und entlang der X-Achse in stilisierender Form sechs Strategieoptionen aufzeigt. Hierbei handelt es um die Optionen 1) billiger, 2) besser, 3) anders, 4) disruptiv, 5) smart und 6) agil, um komparative Wettbewerbsvorteile aufbauen zu können. Jede der sechs Strategieoptionen lässt sich je nach Aggressionsneigung eher defensiv-passiv oder offensiv-progressiv ausüben – je nachdem, ob sich einzelne Gesundheitsanbieter eher als Pacemaker oder Mitläufer sehen (siehe Abb. 1.1).

Billiger-Option

Hierbei gehen Krankenhäuser in die Preis-, Kosten- und Effizienzoffensive. Sofern aufgrund des DRG-Systems keine Preisspielräume bestehen, können immer noch Kosten- und Effizienzmaßnahmen durch Automatisierung, Standardisierung und Digitalisierung umgesetzt werden. Konkret nutzen Krankenhäuser in allen direkten und indirekten Bereichen die sich durch Digitalisierung bietenden Spielräume auf der System- und Prozessebene zur aggressiven Kostensenkung. Im Ergebnis lässt sich die Dienstleistungsproduktivität durch digitale Wertschöpfungsoptimierung deutlich erhöhen, sofern durch Koordination, Kommunikation und Synchronisation eine höhere Ressourcenausschöpfung erreicht werden kann. Einschränkend ist zu bemerken, dass die Leaner-, Meaner- and Cleaner-Option von vielen Wettberbern als Konsolidierungs- und Sanierungsmaßnahme verstanden wird, um Ballast abzuwerfen und Kostensenkungspotenziale in den direkten und indirekten Bereichen zu erschließen. Die Billiger-Option besticht weniger durch Kreativität als vielmehr durch Umsetzungshärte

und Maßnahmenkonsequenz. Typische Kliniksanierungen verfolgen die Billiger-Option, indem durch ein vorsteuerndes Liquiditätsmanagement der Spielraum für nachhaltige Restrukturierungen geschaffen wird.

Besser-Option

Zwar sollte das Kostendämpfungsgesetz zur Effizienz- und Produktivitätssteigerung im Gesundheitswesen beitragen, doch wurde schnell erkannt, dass die Nebenwirkungen einer Kostendämpfungstherapie in einem Qualitätsdumping bestehen. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz soll nun das Bessermachen gegenüber aggressiven Kahlschlägen der Vorzug gegeben werden. Hiernach soll sich Qualität lohnen und zum Gegenstand eines konstruktiven Wettbewerbs gemacht werden. Qualitätsportale, Therapie-Apps, telemedizinische 24/7-Service-Zugänge, therapeutische Metadatenbanken sowie personalisierte Gesundheitsinformationen können entscheidend dazu beitragen, bei gleichem Ressourceneinsatz eine höhere Wert- und Nutzenstiftung zu erreichen. Zwar lassen sich Leistungsverbesserungen durch digitale Technologien maßgeblich flankieren, doch werden diese nur im Spannungsfeld mit denen handelnden Professionen ihr schnittellenübergreifendes Potenzial entfalten. Aktuell verschreiben sich viele Kliniken Qualitäts- und Verbesserungsoptionen, weshalb nachhaltige Wettbewerbsvorsprünge auf dieser Arena schnell aufgeholt werden. – Zumal dann, wenn die immer gleichen QM-Instrumente zum Einsatz kommen und das Qualitätsmanagement als methodenuntersetzte „Pflichtübung“ verstanden wird.

Anders-Option

Aggressiv operierende Gesundheitsanbieter begnügen sich nicht mit dem Anspruch billiger und/oder besser sein zu wollen als die Konkurrenz, sondern streben nach stark differenzierenden Alleinstellungsmerkmalen entlang eines oder gleich mehrerer Positionierungsvektoren. Letztere definieren sich u. a. über Prozesse und Wertschöpfungsketten, Führungsprinzipien, Kernkompetenzen oder innovative Leistungsversprechen bis hin zur Infragestellung reformbedürftiger Organisationsdogmen wie der Trias-Governance aus Medizin, Pflege und Verwaltung. Grundsätzlich stellt sich für jeden Anbieter die Frage nach dem Grad der Andersartigkeit, weil der Rechts- und Regulierungsrahmen der Gesundheitswirtschaft oft nur limitierte Freiheitsgrade der unternehmerischen Differenzierung bietet. Trotzdem meinen viele Gesundheitsanbieter, durch ein „Mehr“ an Routine und operativer Professionalität einen Mangel an Kreativität bei der Neuausrichtung ihres Geschäftsmodells kompensieren zu können. Eine organisationsweite Kultur der „Differenzierung im Kleinen“ kann in Summe eine Große Hebelwirkung bewirken. Design Thinking, Kreativitätstechniken, Zukunftskonferenzen, Changemanagement oder „Be-Different“-Initiativen können dazu beitragen, dass aus einst produktiven Praktiken und Prinzipien unvorteilhafte Pfadabhängigkeiten werden. „Anders“ im hier verstandenen Sinne bedeutet, dass Payer und Player im Gesundheitsweisen nicht nur auf der Suche nach pfadbestätigenden Informationen sind. Vielmehr ebnen oft erst pfadbrechende Entscheidungen den Weg für eine substanzielle Neuausrichtung zum Ziel der Marktabhebung.

Disruptiv-Option

Der oft zitierte Innovationsforscher Christensen geht in seinen Argumentationsketten über den Imperativ der Andersartigkeit hinaus, wenn er auf die zerstörerische Kraft disruptiver Innovationen abstellt (Christensen et al. 2013). Diese entfalten einen schumpeterschen Paradigmensprung, bei dem eine alte durch eine neue Ordnung ersetzt wird. Derart radikale Systemveränderungen können schleichend oder abrupt in auftreten. Die oft beschworene digitale Revolution ist eher evolutionärer Natur, weil sich schon vor zwei Dekaden mit der Emergenz des Internets relativ exakte Prognosen über mögliche Veränderungen im Kommunikations- und Transaktionsverhalten von Institutionen, Unternehmen und Verbrauchern ableiten ließen. Die Tatsache, dass eine Innovation schleichender Natur ist, impliziert nicht automatisch, dass sie nicht disruptiv und pfadbrechend sein kann. So wurde die konventionelle Fotografie und Bildgebung schrittweise durch digitale Anwendungen verdrängt, wie sich am Beispiel der der Radiologie illustrieren lässt. Die aktuell geführte Diskussion um die Medizin 4.0 basiert letztlich auf einer schrittweisen Digitalisierung bisher analoger Branchen, Märkte und Geschäftsmodelle, die nun vernetzt, integriert und virtualisiert werden. Die wenigsten der technologieinduzierten Innovationen waren spontan-eruptiv, sondern entfalteten zunächst eher unterschwellig ihr Potenzial bis zur Erreichung des Tipping Points bzw. der erfolgskritischen Masse. Hierbei handelt es sich um neuralgische Wendepunkte, die ein exponentielles Wachstum einer anfangs unbedeutenden Innovation begünstigen. Es bleibt im Zuge der „Digital Natives“ abzuwarten, ob sich die Telemedizin mit dem Erreichen der kritischen Masse als dominantes Versorgungsparadigma durchsetzen wird – vergleichbar mit dem Homebanking, Skype-Konferenzen oder Online-Transaktionen in ihren unterschiedlichen Spielarten. Fakt ist aber auch, dass zahlreiche als disruptiv propagierte Innovationen nicht den Sprung zur Markt- und Kundenakzeptanz geschafft haben, weil rechtliche, technische, ökonomische oder sozialpsychologische Barrieren die „alte Ordnung“ schützen. Die technisch machbare, aber rechtlich komplexe und gesellschaftspolitisch kontrovers diskutierte Debatte um die Einführung der elektronischen Fall-Akte (eFA) ist ein Beispiel, dafür, dass sich gerade im Gesundheitswesen radikale Veränderungen oft nur inkrementell umsetzen lassen (ergänzend Taylor et al. 2014; Huber et. al 2015).

Robust-Option

Organisationen, die entweder über extreme Ressourcenreserven verfügen oder z. B. qua Größe als systemrelevant gelten, sind zumeist sehr widerstandsfähig gegenüber internen und externen Schockwirkungen. Krisensituationen und Umweltvolatilitäten können aufgrund der vorhandenen Immunität „ausgesessen“ werden, ohne dass auf jede Bedrohung oder Chance sofort reagiert werden muss. Registrieren, analysieren, abwarten und gegebenenfalls reagieren ist das Motto robuster Organisationen, die über eine „dicke Haut“ verfügen und deshalb nicht gezwungen sind, jeder Modewelle und jedem Trend zu folgen. General Electric, Bayern München, VW oder die Charité sind aufgrund ihrer monopolartigen Versorgungsrelevanz systemrelevant robust und widerstandsfähig, weil viele Stakeholder ein großes Interesse in Krisensituationen daran haben, Rettungsschirme

für die Giganten ihrer Zunft aufzuspannen. Medizin ohne die Charité, Fußball ohne den FC Bayern oder eine Autoindustrie ohne Volkswagen oder Mercedes sind kaum akzeptierbare Branchenszenarien, weshalb auch im Fall des Organisations- und Managementversagens auf Unterstützung gehofft werden kann. Allerdings spielen Organisationen mit dem Feuer, wenn sie ihre eigene Systemrelevanz und Widerstandsfähigkeit falsch einschätzen und sich der Unmut Stakeholder gegen sie richtet. Zu denken ist hierbei an die Energiewirtschaft, die Deutsche Bank, die Kommerzbank oder den VW-Konzern, die Vertrauen und Kredit „verspielt" haben und nicht in jedem Fall auf Dauerimmunität hoffen können. Die Initiative der Charité, sich aktiv mit der Medizin 4.0 zu befassen oder die Arrondierung des Kerngeschäfts traditioneller Medienhäuser und Handelskonzerne mit innovativen Start-ups zeigt, dass man sich nicht nur auf robuste Strukturen, Prozesse und Führungsprinzipien verlassen möchte. Vielmehr wird in der Agilität eine Chance für den organisatorischen Wandel und eine strategische Neuausrichtung gesehen (weiterführend Rasche 2002a, b).

Agil-Option

Der Fixstern vieler robuster, aber bisweilen scherfälliger Traditionsorganisationen sind heutzutage agile, reflexive und anpassungsfähige Start-up-Unternehmen, die trotz limitierter Ressourcen die Markt- und Wettbewerbsdynamik flexibel und zweckopportunistisch beherrschen. Ihnen inhärent ist ein hohes Improvisationstalent und Kreativitätspotenzial, das sie zum Anziehungspunkt für viele Young Professionals macht, die Konventionen, Dogmen und Traditionen eher ablehnen. Trotz ihrer enormen Größe versuchen Digital Player wie Google oder Facebook im schnelllebigen ICT-Markt stets agil zu sein, um nicht selbst zum Opfer pfadabhängiger Strategien und Geschäftsmodelle zu werden. Das Dinosaurierbeispiel der Evolution wird in diesem Kontext oft bemüht, um auf den Selektionsdruck im Hyperwettbewerb zu verweisen, der gerade scheinbar robuste Spezies existenziell gefährdet. Sogenannte Legacy-Systeme in IT, Medizin, Industrie und Dienstleistung sind Ausdruck rigider Geschäftspraktiken und historischer Commitments, die nicht mehr mit zukünftigen Herausforderungen harmonieren. Zwar sehen sich Kliniken mit hohen technologisch-therapeutischen Agilitätsanforderungen konfrontiert, doch verhindern oft massenträge Organisationsstrukturen die Einleitung gebotener Veränderungsprozesse. Traditionskliniken neigen oft zur Legendenbildung, verbunden mit der Konsequenz, dass diese lediglich die Oberflächenstruktur einer digitalen Modernisierung unterziehen (z. B. Internet-Auftritt, Nutzung sozialer Netze, Mobile Health). Vergessen wird dabei oft eine kritische Reflexion der organisatorischen Tiefenstruktur samt starrer Routinen, einstudierter Verhaltensstereotype und Professionendifferenzierung. Mitunter steht das Streben nach Agilität im Konflikt zum Klinikleitbild oder dem gelebten Wertekanon, wenn in ihr ein Freibrief für opportunistisches und beliebiges Verhalten gesehen wird. Trotzdem zeigen zahlreiche Erfolgsbeispiele aus dem Software- und Service Engineering, das agile, leichtgewichtige und adaptive Projektorganisationen (z. B. SCRUM,

XMDD) ein hohes Maß an Markt- und Kundenorientierung garantieren. Damit diese funktionieren, bedarf es insbesondere in Expertenorganisationen auf der Professionenebene eines Grundverständnissens für systemische Agilität, die auf einer konsequent problemlösungsorientierten Koordination verteilter Spezialisten und Generalisten beruht. Interdisziplinäre Notaufnahmen folgen einer agilen Dienstleistungslogik, weil ein großes Spektrum unvorhersehbarer Ereignisse souverän und professionell koordiniert werden muss (Taylor et al. 2014; Huber 2015).

Smart-Option

In den letzten Jahren diffundierte der Smart-Begriff in das deutsche Managementvokabular, wobei es diesem an semantischer Profilschärfe mangelt. Smart-Phones, Smart-Shopping oder auch Smart-Homes konnotieren einen Zustand postmoderner Progression in Richtung ubiquitärer Informationszugänglichkeit, Abrufbarkeit und Vernetzung. Schwerfällig monolithische Problemlösungen der Eigentums- und Besitzökonomie müssen smarten Geschäftsmodellen der Zugangsökonomie (Sharing Economy, Access Economy) weichen, weil Verfügungs- und Nutzungsrechte mitunter einen höheren Stellenwert genießen als klassische Eigentumsrechte (Rifkin 2011). Zwar ist die Vision der Smart Hospitals heutzutage noch nicht realisiert, doch lassen sich daraus interessante Impulse für die Führung, Steuerung und Organisation des Ressourcen aufzehrenden Gesundheitswesens ableiten. Krankenhäuser stellten lange Zeit typische „Bricks-and-Mortar"-Institutionen dar, die ihre Leistungsfähigkeit über physische Ausstattungsmerkmale definierten (Technik, Technologie, Therapie). Diese Hardware-Orientierung wird durch die Smart-Option insofern relativiert, als Software, Peopleware und Brainware eher weiche strategische Ressourcen darstellen, die die Wert- und Nutzenstiftung einer Klinik entscheidend prägen. Smart im hier verstandenen Sinne korrespondiert mit kreativ-originellen Problemlösungen, die zu einer hohen Hebelwirkung limitierter Versorgungsressourcen führen. Die Slogans „Big is beautiful!" oder „Viel hilft viel!" stehen stellvertretend für einen klobiges Versorgungsparadigma, das im Extremfall in nicht erforderlichen, nicht zweckmäßigen, nicht notwendigen und völlig unwirtschaftlichen Problemlösungen kulminiert. Erschwerend kommt hinzu, dass nicht smarte Krankenhausinfrastrukturen die Anpassung an volatile Markt- und Wettbewerbsbedingungen erschweren. Die Diskussion rund um sogenannte Smart Buildings im Sinne intelligent-agiler Gebäude, die sich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren und diese nicht zur Manövriermasse degradieren, erstreckt sich zunehmend auf das Krankenhaus 4.0 (Huber et al. 2015).

Die sechs Optionen billiger, besser, anders, disruptiv, agil und smart haben heuristischen Charakter, indem sie ein Optionenspektrum der Markt- und Wettbewerbspositionierung aufzeigen, das zunehmend höhere Anforderungen an das Gesundheitsmanagement stellt. Während Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung (RRP-Paradigma) eher mit der Billiger-Option korrespondieren und ein Plädoyer für eine grundsolide Finanz- und

Haushaltsorientierung darstellen, erzwingen die restlichen fünf Optionen eine mehr oder weniger starke Infragestellung des Status quo.

1.3 Geschäftsmodellwettbewerb im Gesundheitswesen

1.3.1 Vom Endleistungs- zum Geschäftsmodellwettbewerb

In der Gesundheitswirtschaft verlagert sich der Wettbewerb zunehmend von der Endleistungsebene auf die abstraktere und höher granulare Geschäftsmodellebene (Müller und Rasche 2013). Konkurrierten bislang viele Payer und Player auf der Ebene isolierter Service-Items (z. B. sicher, komfortabel, patientenzentriert), so ist für die Zukunft ein Wettbewerb um komplette Wertschöpfungsarchitekturen zu konstatieren. Zwar werden Krankenhäuser auf der Therapie-, Fallpauschalen- und oder Wahlleistungsebene weiterhin konkurrieren, doch ist hier nur eine begrenzte Hebelwirkung zu erwarten. Abb. 1.2 veranschaulicht die unterschiedlichen Aggregationszustände des Gesundheitswettbewerbs, wobei nach der Komplexität und den Auswirkungen der jeweiligen Wettbewerbsform differenziert wird. Gegenstand des Modells sind sieben Wettbewerbsformen, die patientennah („downstream“) oder patientenfern („upstream“) in Erscheinung treten. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens hat dabei Auswirkungen auf alle Wettbewerbsformen, die sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern parallel auf dem strategischen

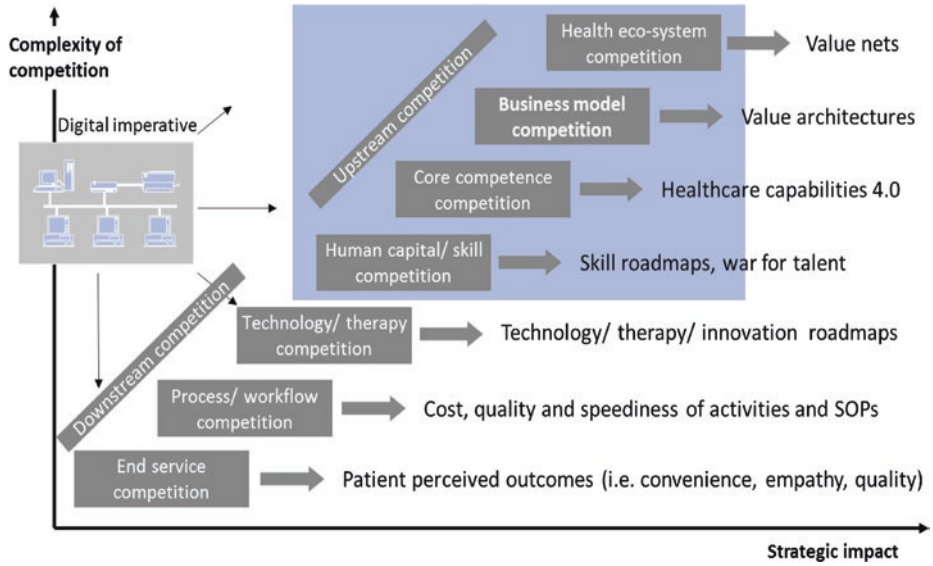

Abb. 1.2 Aggregationszustände des Gesundheitswettbewerbs. (Quelle: Eigene Darstellung 2016)

Radar eines Gesundheitsunternehmens präsent sein sollten. Substanzielle Wettbewerbsvorteile lassen sich dabei in Regel nur dann aufbauen, wenn diese in ihrer Tiefenstruktur über ein proaktives Kompetenz- und Geschäfts-Modell-Management vorgesteuert werden.

End service competition
In diesem Fall konkurrieren z. B. Kliniken auf der Endleistungsebene um die Gunst der Patienten und Kostenträger. Neben dem objektiv evidenzbasierten Outcome spielt die subjektive Leistungsanmutung aus Patientensicht eine wichtige Rolle – zumal Anbieter und Nachfrage ein und dieselbe Endleistung aufgrund divergierender Leistungsanforderungen und Nutzenerwartungen oft unterschiedlich beurteilen. Patienten ziehen als Referenzmaßstab der Outcome-Beurteilung vielfach Ersatzindikatoren der Qualität heran, die nicht mit dem Experten basierten Leistungsversprechen korrespondieren müssen.

Process/workflow competition
Die avisierte Endleistung ist oft eine Funktion professioneller Workflow-Landschaften. Der Wettbewerb um Best Practices und Goldstandards der Prozessausführung hat neben Qualitätssteigerungen immer auch Zeit- und Produktivitätsgewinne zum Gegenstand. Prozesse, die ein hohes Digitalisierungspotenzial aufweisen, werden sich analog-manueller Form kaum mehr legitimieren lassen. Agile und synchronisierte IT-Landschaften im Sinne des IoT-Paradigmas (Internet of Things) unterstützen die Automatisierung bisher manuell erbrachter Standardprozeduren. Eine hohe operative Exzellenz im Tagesgeschäft ist die Folge.

Technology/therapy competition
Wer die Zukunftsmärkte dominieren möchte, muss strategisch vorsteuernd die diesbezüglich relevanten Technologie- und Therapiefelder besetzen. Der Einsatz kanalisierender Roadmaps, Innovationsportfolios oder Szenarien kann helfen, Innovations- und Veränderungsprioritäten zu setzen, um aus der Position der Stärke im Wettbewerb um medizinisch-therapeutische Leuchttürme zu punkten. Eine unreflektierte Technik- und Equipment-Beschaffung führt oft direkt in die „Asservatenkammer“ der Klinik, weil Hardware immer eines konkreten Problem-, Therapie- und Verwendungsbezugs bedarf, der durch Technologie-Kontextualisierung sichergestellt werden muss.

Human capital/skill competition
Damit Technik ihr volles Nutzenpotenzial entfalten kann, bedarf es adjustierter Fähigkeiten und Trainingsmaßnahmen an der Nahtstelle von Mensch und Maschine. Digital Natives haben durch ihre höhere Medienkompetenz oft geringere

Berührungsängste mit neuen Gerätegenerationen und Technologiemustern als ältere Professionen der analogen Medizinwelt. Dementsprechend wichtig ist eine Nach- und Parallelqualifizierung der Gesundheitsberufe auf dem Gebiet digitaler Medizin- und Versorgungslandschaften, die sich parallel zur patienten- und bettzentrierten Realversorgung entwickeln. Zu denken ist hierbei nur an die steigende Relevanz des Medizincontrollings und dessen digitale Informationsbasis, die Grundlagen entscheidungsunterstützender Krankenhaus-Informations-Systeme (KIS) ist. Der Talente-Krieg beschreibt das Bemühen vieler Kliniken, künftige Kompetenzanforderungen mit nachhaltigen Personal- und Organisationsentwicklungsstrategien zu verbinden, um keine strategischen Lücken entstehen zu lassen.

Core competence competition

Eine Kernkompetenz hat Querschnittscharakter und verkörpert weitaus mehr als ein Portfolio koordinierter Einzelfertigkeiten und Routinen. Kernkompetenzen befähigen eine Organisation zur Beherrschung komplexer Aufgabencluster (Rasche 1994). Minimalinvasive Operationstechniken, telemedizinische Verbundlösungen mit interdisziplinärem Charakter oder ein intersektorales Versorgungsmanagement lassen sich ebenso als Kernkompetenzen einer Klinik interpretieren wie die personalisierte Medizin oder der professionelle Einstieg in die hotelähnliche Convenience-Versorgung. Prospektive Kernkompetenzen auf der Führungs- und Steuerungsebene bestehen in Harmonisierung von Markt- und Versorgungsauftrag, der Drehscheibenversorgung auf der Holdingebene sowie dem mehrdimensionalen Wertsteigerungsmanagement. Weiterhin sind Klinikkonzerne gefordert, sich nicht länger mit der Bestandsverwaltung zu begnügen, sondern unternehmerische Initiativen an der Kunden-, Innovations- und Dienstleistungsfront zu entwickeln.

Business model competiton

Die konsequente Fortsetzung des Kompetenzwettbewerbs besteht im Wettstreit um das leistungsfähigste Geschäftsmodell (Schmidt 2015, 2016). Dieses bildet das Fundament der Wertschöpfungsarchitektur und synthetisiert Kompetenzen, Ressourcen, Prozesse, Strukturen, Kooperationen, Therapien und Leistungsversprechen dergestalt, dass trotz aller Engpässe und Widrigkeiten ein exzellentes Kosten-/Nutzenverhältnis und ein daraus resultierender Positionierungsvorteil erreicht werden kann. Im Gegensatz zu eher generischen Erfolgspotenzialen lassen sich Geschäftsmodelle nicht „freiverkäuflich“ erwerben oder als Blueprint klonen. Oft sind diese in der Unternehmenskultur verwurzelt und müssen organisch durch eine komplexe Trajektorie des Lernens und Innovierens „generiert“ werden. Zwar lassen sich durch Benchmarking und Konkurrenzanalyse die Goldstandards der Wettbewerber kopieren, doch scheitert die Imitierung eines kompletten Geschäftsmodells oft an dessen Komplexität in der Tiefenstruktur. Durch den Business Model Canvas oder die Balanced Score Card wird entgegen der Meinung der Verfechter dieser Tools zumeist lediglich die Oberflächenstruktur eines Geschäftsmodells

beschrieben, ohne dabei dessen Feinmechanik vollumfänglich zu erfassen (ergänzend Schmidt 2015).

Health eco-system competiton
Vernetzte und synchronisierte Geschäftsmodelle folgen der Logik ökonomischer Ökosysteme, die eine wertoptimale Nutzung komplementärer Aktivposten und Positionierungsvorteile der eingebundenen Gesundheitsinstitutionen unterstützen (Braun von Reinersdorff et al. 2010). Wenn heute Gesundheitsregionen, Gesundheitsnetzwerke und Gesundheits-Campus-Projekte initiiert werden, dann soll aus den komplementären und sich verstärkenden Geschäftsmodellen der unterschiedlichen Akteure Kapital geschlagen werden. Allerdings ist die Governance derartiger Ökosysteme höchst anspruchsvoll, weil multiple Stakeholder, Interessenlagen und Nutzenfunktion auf ein übergeordnetes Gesamtziel bezogen werden müssen. Vergleichbar mit der Europäischen Union, die als wirtschaftspolitisches Ökosystem zu zerfallen droht, laufen interinstitutionelle Verbundlösungen im Gesundheitswesen Gefahr, an ihrer Fragilität und Vulnerabilität gegenüber Opportunismus und Egoismus zu scheitern.

Die hier diskutierten Wettbewerbsformen im Gesundheitswesen erhalten durch die Digitalisierung zusätzliche Dynamik, weil dadurch nicht nur eine Verdichtung der Entscheidungsprozesse bewirkt wird, sondern auch die Erosion angestammter Erfolgspositionen und Best Practices. Einhergehend mit der Verfügungsgewalt über individualisierte, lokalisierte und personalisierte Big Data wird sich das Entscheidungsverhalten insofern dramatisch verändern, als durch Tracing-, Tracking-, Profiling- und Prediction-Assistenzsysteme völlig neue Optionen der Mikrosteuerung zur Verfügung stehen. Die analoge „Paper-and-Pencil"-Dokumentation wird durch Business Intelligence- und Business-Analytics-Systeme ersetzt werden, die dem Entscheider wertvolle, valide und wahrscheinlichkeitsinduzierte Dashboard-Informationen über multiple Bezugsobjekte wie Therapierverläufe, Kostenverläufe, Patientenstatus und vieles mehr liefern. Die etablierten Geschäftsmodelle und Ökosysteme geraten dadurch massiv unter Druck bzw. laufen perspektivisch sogar Gefahr, in das Visier aggressiver Regelbrecher aus benachbarten und angrenzenden Branchen zu geraten.

1.3.2 Vom Geschäftsfeld zum Geschäftsmodell

Über die Dekaden hinweg wurde die Managementforschung von dominanten Paradigmen geprägt, die teilweise auch dem Zeitgeist geschuldet waren. Wurden die achtziger Jahre stark durch die Portfoliosteuerung strategischer Geschäftsfelder geprägt, die es als Produkt-/Marktkombinationen in attraktiven Branchen erfolgreich zu positionieren galt, so wurde in den neunziger Jahren diese Markt- und wettbewerbsorientierte Sicht um den kompetenzstrategischen Ansatz arrondiert. Fortan sollten sich Unternehmen weniger auf ihr Markt- und Wettbewerbsumfeld konzentrieren, als vielmehr auf einzigartige Kernkompetenzen (grundlegend Rasche 1994, 2002a, b, 2007). Schließlich