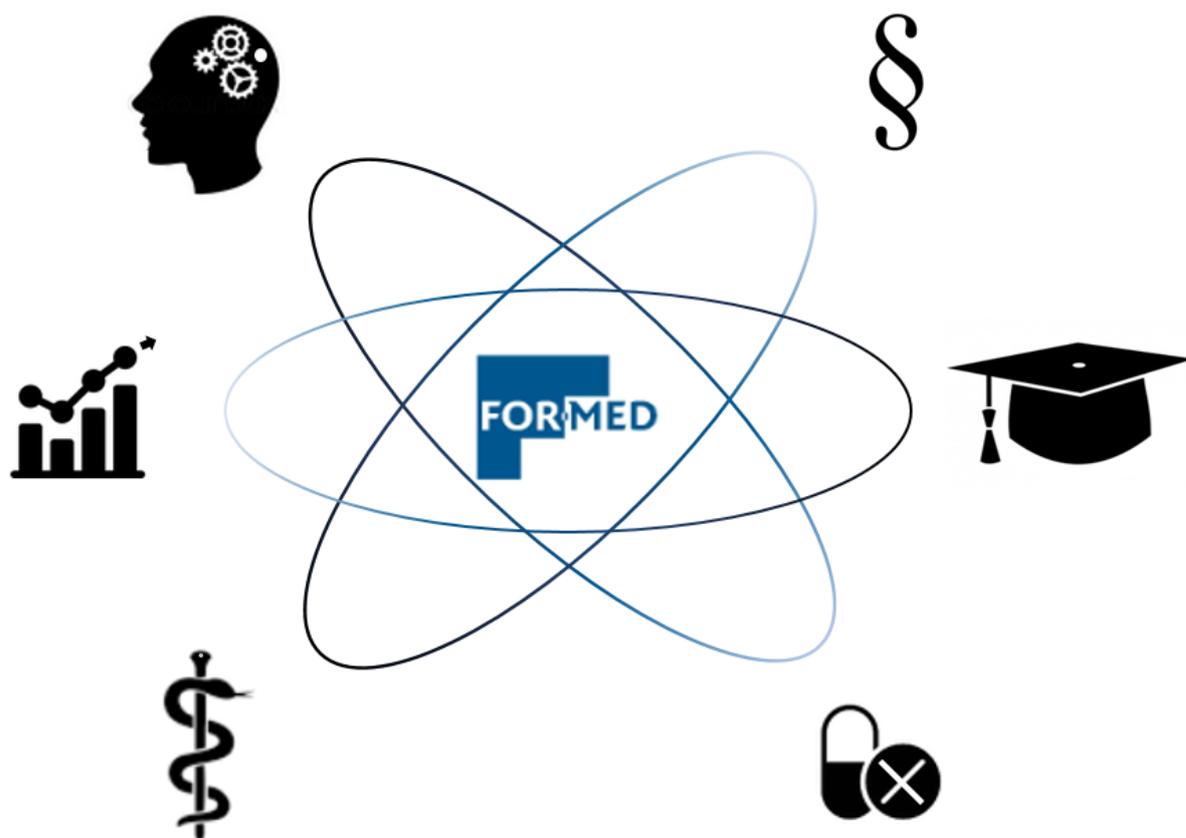


FOR-MED

Zeitschrift für das Management im Gesundheitswesen

Ausgabe 01/2020



Impressum

- Herausgeber:** Prof. Dr. Frank Daumann
Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher
- Reviewer Board:** Prof. Dr. Christoph Rasche
Prof. Dr. Gerald Schmola
Dr. Thomas Rudolf
PD Dr. Uwe Leder
Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke
Prof. Dr. Michael Hartmann
- Chefredakteurin:** Aylin Faber
E-Mail: aylin.faber@for-med.de
- Layout/Design:** Aylin Faber
- Verlag:** FOR-MED GmbH
Postfach 10 06 47
95406 Bayreuth
info@mba-health-care.de
- Hinweise zur Erscheinung:** Die Zeitschrift der For-Med Gesellschaft für Betriebswirtschaft in der medizinischen Praxis mbH erscheint einmal pro Quartal.
- Für Autoren und Anzeigen:** Wenn Sie einen eigenen Beitrag oder eine Anzeige veröffentlichen möchten, nehmen Sie gerne Kontakt zur Redaktion auf:
info@mba-health-care.de
- ISSN:** 2627-5023
- Copyright:** Die Zeitschrift sowie alle enthaltenen Beiträge inkl. Abbildungen und Tabellen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nicht zulässig. Der Nachdruck, die Übersetzung wie auch andere Verwendungen sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion und des Verlages unter Angabe der Quelle gestattet.

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die gegenwärtige Pandemie stellt unsere Wirtschaft und vor allem unser Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen – und sie verändert Sozialstrukturen. Ob all dies nachhaltig geschieht, kann man im Vorfeld nur mutmaßen.

Tatsache ist, daß bei knappen Ressourcen des Gesundheitswesens gerade in diesen Zeiten der effizienten Bewirtschaftung derselben – und das ist die Aufgabe des Gesundheitsmanagements – eine besondere Rolle zukommt.

Vor diesem Hintergrund wünschen wir Ihnen und Ihren Familien von ganzem Herzen Gesundheit!

Vielleicht bleibt Ihnen auch die Zeit, sich den einen oder anderen Beitrag unserer Zeitschrift anzusehen, worüber wir uns sehr freuen würden.

Bitte denken Sie daran: Auch diese Krise wird ein Ende haben!

Es grüßt Sie ganz herzlich

Ihr(e)

Frank Daumann

Herbert Rebscher

Aylin Faber

Inhaltsverzeichnis

EID-Leadership im Gesundheitswesen – Entrepreneurship, Innovation, Digitalisierung - <i>Prof. Dr. Christoph Rasche, Prof. Dr. Christian Schultz und Prof. Dr. Andrea Braun von Reinersdorf</i>	1
Pflege, Plattformen und die Implikationen veränderter (digitaler) Infrastrukturen im Sozialmarkt - <i>Prof. Dr. Jürgen Zerth</i>	13

Anzeigen

Zusammen gegen Corona

Start der Bewerbungsfrist für VLK-Stipendium

EID-Leadership im Gesundheitswesen

- Entrepreneurship, Innovation, Digitalisierung

1. Strukturbrüche und Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen rückt nicht zuletzt aufgrund des demographischen Wandels, gesundheitssensitiver Zielgruppen (z.B. Lifestyle of Health and Sustainability) und virulenter Digitalisierungsimperative verstärkt in den Fokus unterschiedlicher Anspruchsgruppen und Institutionen (McKinsey, 2018; Behm & Klenk, 2019). Während auf der einen Seite langfristig Transformationsprozesse im Gesundheitswesen angemahnt werden, um die prospektiven Herausforderungen professionell abbilden zu können (z.B. Pflegenotstand, Kostenexplosion, Anrechnungsinflation, Klinikkonzentration, integrierte Versorgung, Patientenzentrierung), erschüttern auf der anderen Seite sprunghaft-eruptive Ereignisse die Gesundheitsversorgung auf der Makro- und Mikroebene (vgl. Christensen, Waldeck & Fogg, 2017). Zwar warnen Experten fortwährend vor pandemischen Ereignissen, doch lässt sich die konkrete Krisenbewältigung (z.B. Vogelgrippe, Corona, Masern) oftmals eher mit einem Improvisationstheater oder gar einem Laienschauspiel vergleichen (vgl. Hogan, Beckmann, Rasche & Braun von Reinersdorff, 2011). Orthodoxe Hierarchien, starre Leitungsinstanzen und eine zunehmende fachliche Ausdifferenzierung haben im Gesundheitswesen zur Ausbildung institutioneller Leistungs- und Leitungsinselführung geführt (vgl. Braun von Reinersdorff & Rasche, 2014). Das Ergebnis ist ein diversifiziertes Instanzenportfolio, das unter erheblichen Koordinations-, Kommunikations- und Kooperationsdefiziten leidet. Bisweilen mutiert die evidenzbasierte zur eminenzbasierten Versorgung, wenn Macht-, Prestige- und Hierarchiedenken fachlich-sachliche Imperative dominieren (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2015). Sichtbar werden die hier konstatierten Defizite zum einen in der akuten Krise (z.B. Pandemie, Terroranschlag, Super-Gau) und zum anderen unter typischen VUKA-Bedingungen, wenn den Institutionen des Gesundheitswesens die 3-K-Kompetenzen *Koordination*, *Kommunikation* und *Koordination* abverlangt werden. Das Akronym VUKA beschreibt dabei eine Konstellation, die von hoher *Volatilität*, *Unsicherheit*, *Komplexität* und *Ambidextrie* gekennzeichnet ist (vgl. Tushman, 2004).

Pandemische Konstellationen repräsentieren VUKA-Welten, weil die Institutionen, Akteure und Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen mit disruptiv-pfadbrechenden Inzidenzen konfrontiert werden, die konventionelle Führungs- und Steuerungssysteme schnell an ihre Grenzen führen. Der in diesem Zusammenhang vorgebrachte Vorwurf des Organisations- oder Systemversagens beschreibt dabei einen Zustand der institutionell-behavioristischen Überforderung, weil simple „More-of-the-Same“-Parolen die Misere eher verschlimmern als verbessern (vgl. Wessel & Christensen, 2012).

Einhergehend mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens verstanden sich einstige Versorgungseinrichtungen fortan als Gesundheitsdienstleister, die im Kampf um Patienten, Marktanteile und Renditen über Alleinstellungsmerkmale und Wettbewerbsvorteile verfügen sollten (vgl. Räder, Braun von Reinersdorff, Ochotta, & Rasche, 2011). Damit verbunden war die Adoption kontemporärer Führungs- und Steuerungstechniken des erwerbswirtschaftlichen Sektors, was zur Begründung des Gesundheits-, Krankenhaus- oder Versorgungsmanagements geführt hat – und dies sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis (vgl. Rasche, Margaria & Floyd, 2017). Überspitzt formuliert eroberten Managementdoktrinen das Gesundheitswesen – verbunden mit zu erwartenden Übersteuerungstendenzen, wodurch prompt zur Gegenrevolution „wider der Ökonomisierung im Gesundheitswesen“ aufgerufen wurde (vgl. Braun von Reinersdorff, Heitele & Rasche, 2010; Rasche & Braun von Reinersdorff, 2011). Dabei impliziert letztere lediglich eine nachhaltige, professionelle und nutzenoptimale Disposition knapper Ressourcen zum Wohle legitimer Anspruchsgruppen. In diesem Kontext steht das RRP-Paradigma stellvertretend für ökonomisierte Versorgungskalküle, die – aus der Perspektive der Kritiker – einen Patienten zu einem Fall und einen Arzt einen Medizincontroller werden lassen. **Rationierung**, **Rationalisierung** und **Priorisierung** avancierten zum Feindbild der Gesundheitsethik, weil der Patient entweder zu einem passiven Versorgungsobjekt „degradiert“ oder zum Objekt der Begierde für den Vertrieb lukrativer Wahlleistungen „aufgewertet“ wurde (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2015).

Bis heute wird das operative Leistungsgeschehen vieler Gesundheitsakteure vom Zwang zur Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung geprägt, weil der evidenten Ressourcenknappheit eine anspruchsinflationäre Nachfrage gegenübersteht (vgl. Christensen, Grossman & Hwang, 2009). Vor dem Hintergrund einer aggressiven Marktkonsolidierung im ambulanten und stationären Sektor werden typische Grund- und Regelversorger wohlmöglich ebenso das Nachsehen haben wie ambulante Kleinstversorger in der Peripherie, denen es neben der erfolgskritischen Masse an der dezidierten Spezialisierung auf Leistungsschwerpunkte (Spezialversorger) mangelt (vgl. Hogan & Rasche, 2017). So kann es kaum verwundern, dass sich viele Verantwortliche in die operative Exzellenz flüchten, um durch Leistungsverknappung (Rationierung), Leistungsmobilisierung (Rationalisierung) oder Leistungsspezialisierung (Priorisierung) das Überleben im selektiven Wettbewerbsumfeld zu sichern. In der nüchternen Diktion der Betriebswirtschaftslehre korrespondiert diese Form der kaufmännischen Führung mit einem operativen Wertsteigerungs- oder gar Sanierungsmanagement (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2011).

Das nachvollziehbare Streben nach operativer Exzellenz leitet sich unmittelbar aus der RRP-Logik ab, indem die Unternehmensrendite weniger über den Zähler im Sinne einer strategischen Geschäftsentwicklung (Business Development) als vielmehr über den Nenner im Sinne „harter“ Kosten- und Effizienzmaßnahmen (Business Consolidation) erzielt werden soll (vgl. Rasche, Margaria & Floyd, 2017). Die Schattenseite dieser humorlosen Sanierungslogik: Unternehmen und Gesundheitseinrichtungen lassen sich kaum nachhaltig „zur Größe schrumpfen“! Vielmehr ist längerfristig zu überlegen, wie sich das Streben nach operativer Exzellenz durch strategische Exzellenz in der Logik des EID-Paradigmas flankieren lässt. Hiermit gemeint ist die nachhaltige Führung innerhalb der Dreiecksbeziehung aus Entrepreneurship, Innovation und Digitalisierung (vgl. Rasche, Braun von Reinersdorff, Knoblich & Fink, 2018). EID-Leadership bildet das strategische Pendant zum eher operativen RRP-Management, um den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft jenseits der Wertsicherung, Substanzerhaltung und Leistungseffizienz eine strategische Perspektive abseits der vorherrschenden „Business-as-Usual“-Philosophie zu vermitteln (vgl. Pfannstiel & Rasche, 2019).

2. Operative Exzellenz als Imperativ des RRP-Paradigmas

Versorgung im Fokus operativer Exzellenz: Nachfolgend soll auf das RRP-Paradigma rekurriert werden, weil dieses als managementprägend angesehen werden kann. Der Administration im Gesundheitswesen folgte eine bis heute andauernde Managementära des Planens, Entscheidens, Kontrollierens und

Steuerns bis hin zur Internalisierung des PDCA-Zyklus und der schrittweisen Einführung der Balanced Score Card (BSC) bzw. korrespondierender Kennzahlensysteme (vgl. Kaplan & Norton, 1997; Rasche, Schmidt-Gothan & Roth, 2017). Weiterführend begann sich neben den Disziplinen des Gesundheits- und Krankenhauscontrollings das Medizincontrolling als eigenständiges Fachgebiet an der Nahtstelle von Medizin und Management zu etablieren. Zusätzliche sind das Pflege-, Risiko- und Qualitätsmanagement integrale Elemente einer modernen Klinikführung, wobei zeitversetzt auch der ambulante Sektor verstärkt von diesen Trends erfasst wird. Insbesondere mit der Einführung des DRG-Systems wurde steuerungsseitig ein radikaler Wandel eingeleitet, weil – vergleichbar mit dem Zielkostenmanagement (Target Costing) nicht länger Ressourcenverbräuche aufaddiert und samt Gewinnmarge in Rechnung gestellt werden konnten, sondern nunmehr der Fokus auf einem konsequenten Zielkostenmanagement lag. Wenn der Preis – abgesehen von wenigen Ausnahmen (selektives Kontrahieren) sakrosankt ist – rückt ein effizienzorientiertes Kosten- und Ressourcenmanagement entlang der gesamten Versorgungskette Vordergrund. Das Streben nach operativer Exzellenz im Tagesgeschäft wird unter diesen Bedingungen zum Handlungsimperativ des Managements. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung sind gleichsam Ausdruck des WANZ-Prinzips, das für eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung steht, um eine kostspielige und teilweise gefährliche Überversorgung durch überflüssige Interventionen zu vermeiden (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2011).

Rationalisierung: Hierbei handelt es sich um die Gesamtheit aller Strategien, Transformationsprozesse und Einzelmaßnahmen, um den Leistungserstellungsprozess in der ambulanten und stationären Versorgung effizienter und effektiver zu gestalten. In der Diktion der ressourcenorientierten Unternehmensführung (Resource-based View) sollen knappe Ressourcen dergestalt disponiert werden, dass ein Versorgungsoptimum erreicht werden kann (vgl. Barney, 1991; Rasche & Wolfrum, 1994). In diesem Zusammenhang kommt der Optimierung integrierter Versorgungsprozesse eine entscheidende Bedeutung zu, weil intra- und extramurale Reibungsverluste oftmals aufgrund schlecht synchronisierter Schnittstellen entstehen. Die Vision der Seamless Workflows basiert auf der Idee, dass eine hohen Wertschöpfungsleistung nur dann erbracht werden kann, wenn fließende Prozesslandschaften etabliert werden. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Digitalisierung vormals isolierter Leistungs- und Versorgungsprozesse entscheidend an Relevanz. Nach dem Vorbild der Automobilindustrie und der dort praktizierten globalen Lieferkettenmanagements scheint in der Gesundheitswirtschaft ein Paradigmenwechsel von der experten-zentrierten Klinikmanufaktur zum patientenzentrierten Versorgungsnetzwerk dringend

geboten (vgl. Hogan, Rasche & Braun von Reinersdorff, 2012; Raab & Rasche, 2013). Hiermit gemeint ist eine interprofessionelle, interdisziplinäre und interinstitutionelle Leistungsmobilisierung durch digitalen Informationsaustausch unter Einbeziehung aller Optionen, die sich mittels des proklamierten 5-G-Standards realisieren lassen. Auf niederschwelliger Ebene impliziert die Rationalisierung im Gesundheitswesen eine radikale oder zumindest inkrementelle Prozessoptimierung durch Prinzipien, wie Automatisierung, Vereinfachung, Verlagerung, Delegation, Parallelisierung oder Substitution. Zumeist werden Prozesse im „magischen Dreieck“ von Qualität, Kosten, und Zeit (Termineinhaltung) einem Business Process Re-Engineering (BPR) unterzogen, um darauf basierend in Organisationen Strukturveränderungen einzuleiten. Fast immer bedingen radikal neue Prozesslandschaften korrespondierende Reorganisationsmaßnahmen, damit Strategie, Prozess und Struktur ein kohärentes Wertschöpfungssystem bilden (vgl. Hogan, Braun von Reinersdorff & Rasche, 2012, Rasche, 2017).

Rationierung: Während die Rationalisierung auf die Mobilisierung systemischer Leistungsreserven abzielt, steht bei der Rationierung die Angebotsverknappung im Vordergrund. Typischerweise sind Mangelwirtschaften von der Rationierung betroffen, wenn Ressourcen, Kapazitäten und Güterangebot nicht ausreichen, um den Nachfrageüberhang abzudecken. Die Folge ist ein besonders sparsamer und regulierter Umgang mit Engpassressourcen, wie am Beispiel der Organtransplantation samt Wartelisten deutlich wird. In subtilerer Form ist der Referenzpunkt der Rationierung nicht nur die Menge, sondern auch die Qualität. Gesundheitsleistungen werden zwar in ausreichender Menge angeboten, aber nicht in der gewünschten Qualität. Steht die wirtschaftliche Leistungserbringung eher im Fokus der Rationalisierung, so korrespondiert die ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung unter der Ägide der Rationierung. Allgemein wird die Rationierung meritorischer Versorgungsgüter oftmals als ungerecht oder unethisch empfunden, weil weite Teile der Bevölkerung in der 24/7-Maximalversorgung ein Quasi-Grundrecht sehen. Fakt ist, dass in allen Gesundheitssystemen mehr oder weniger stark mengen- und qualitätsseitig rationiert wird, wodurch die Entstehung lukrativer Wahl- und Zusatzleistungsmärkte im Rahmen der Zielgruppenmedizin begünstigt wird. Abgesehen vom stark regulierten Transplantationsmarkt, lässt sich die Rationierung medizinischer Leistungen durch eine höhere Preisbereitschaft aushebeln, was die Kritiker einer Zwei- und Mehrklassenversorgung auf die Agenda ruft. Bevor rationiert wird, sollte in einem ersten Schritt entweder versucht werden, die systemischen Ineffizienzen im Zuge der Rationalisierung, Automatisierung und Digitalisierung zu reduzieren (Exploitation) oder durch radikale Innovationen einen versorgungsstrategischen Quantensprung zu erreichen (Exploration) (vgl. Rasche,

2017). Während im ersten Fall der Systemausreizung einer Sustaining-Improvement-Logik gefolgt wird, entspricht der zweite Falle der Systemerweiterung einer Disruptive-Improvement-Logik (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2011; Rasche, Margaria & Floyd).

Priorisierung: Eine falsche Prioritätensetzung begünstigt die Ressourcenverschwendung im Gesundheitswesen, wenn knappe Mittel teilweise mit hoher Effizienz für wert- und nutzenvernichtende Ziele eingesetzt werden. Die ABC-Analyse reflektiert die 80:20-Regel der Ressourcendisposition, indem sie die Entscheider zum einen für Verfolgung substanzieller A-Ziele sensibilisiert, von deren Erreichung eine maximale Hebelwirkung erwartet wird. Zum anderen stellt sich immer auch die Frage nach dem erforderlichen Grad der Zielerreichung – fallen doch die letzten Meter einer vollständigen Zielerreichung besonders schwer, obwohl eine solche oftmals nicht zwingend erforderlich ist. Es werden exorbitant hohe Ressourcenverbräuche für einen Zielerreichungsgrad in Kauf genommen, der einem nicht zweckmäßigem Maximum gleichkommt. Diese Form des Medical Overshooting soll durch die Anwendung des WANZ-Prinzips verringert werden, weil bewusst ein Optimum und kein Maximum erreicht werden soll (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2016). Zwar korrespondiert die Priorisierung mit einer kaufmännisch-ökonomischen Logik, doch führt eine radikale Schwerpunktsetzung in der Versorgung normativ-ethische Konfliktsituationen im Rahmen der Behandlung seltener, aber besonders teurer Erkrankungen. Soll sich ein börsennotierter Pharmakonzern auf margenträchtige Krankheitsbilder (Zivilisationskrankheiten) konzentrieren, die weltweit oft auftreten oder sich auch auf besonders seltene und vielleicht auch wenig lukrative Diagnosen konzentrieren? Gleiches mag auch für Kliniken gelten, die attraktive Risiken priorisieren und teure Schadensfälle ablehnen bzw. wegdelegieren. Eine ökonomisch sinnvolle Priorisierung geht im Einzelfall mit einer Strategie des Rosinenpickens einher, wodurch Versorgungslücken bei einer notleidenden Nachfrage entstehen. Aber auch einer Ressourcendisposition nach dem Gießkannenprinzip verstößt unter Umständen eklatant gegen Ethikprinzipien, wenn für die Verfolgung der relevanten Versorgungsziele kaum Ressourcen zur Verfügung stehen. Mit der Einführung der Mindestmengenregelung und Pay-For-Quality-Anreizen sollen einerseits hoch professionelle Leistungsschwerpunkte begünstigt und andererseits amateurhafte Versorgungsfelder zum Ziel einer „Bestenauslese“ diskriminiert werden. Kulminationspunkt dieser industriepolitischen Doktrin ist eine wünschenswerte Marktbereinigung durch eine Priorisierung der Maximal- und Schwerpunkterversorgung (vgl. Rasche, Margaria & Floyd, 2017).

Schattenseiten des RRP-Prinzips: Zweifelsohne trägt das RRP-Prinzip zur Leistungsmobilisierung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen bei. Der Schwerpunkt aller Initiativen liegt auf der Realisierung operativ exzellenter Prozesse, Strukturen und Systeme, um eine kurz- bis mittelfristig höhere Ressourcen- und Kapitalproduktivität zu erreichen (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2016). Diese Form der operativen Führung erschwert mitunter die Einleitung und Realisierung strategischer Quantensprünge jenseits des „Besser- und Billigermachens“ etablierter Wertschöpfungssysteme (vgl. Rasche, 2017). Pfadabhängigen und massenträgen Gesundheitsorganisationen mangelt es bisweilen an der mentalen Agilität, um trotz aller Restriktionen des Marktordnungsrahmens über den „Schatten der Gewohnheit“ zu springen und den eigenen Geschäftszweck infrage zu stellen. Unter dem Motto „Sustaining 2 Disruptive Healthcare“ soll nachfolgend der Versuch unternommen werden das konservative RRP-Prinzip mit dem progressiven EID-Prinzip zu dialogisieren. Während RRP für die „Sustaining World“ steht, repräsentiert EID eher die „Disruptive World“, in der sich gegenwärtig vor allem viele Akteure aus digitalen Geschäftsmodellhemisphäre tummeln. Deren virulentes Bedrohungspotenzial für die etablierten Gesundheitsinstitutionen ist mit Blick auf das offensive Investitionsverhalten von Google, Amazon, SAP und einer Vielzahl innovativer Healthcare-Startups kaum zu negieren. Neben LegalTechs, FinTech oder TaxTechs treten HealthTechs mit hoher Grundaggressivität in arrivierte Gesundheitssegmente ein, indem sie mit kreativen Problemlösungen die „alte Ordnung“ der Etablierten erschüttern (vgl. Tiberius & Rasche, 2017). Im hier verstandenen Sinne handelt sich um EID-Aggressoren, die durch Entrepreneurship, Innovation und Digitalisierung neue Wettbewerbsvorteile aufbauen und dabei gegebenenfalls alte Bastionen zerstören (vgl. Rasche, 2017; Rasche, Margaria & Floyd, 2017).

3. Strategische Exzellenz als Imperativ des EID-Paradigmas

Führung jenseits der operativen RRP-Exzellenz: Eingehend mit den Transformationsprozessen im Gesundheitswesen in Richtung innovativer Versorgungs- und Geschäftsmodelle erweist sich das RRP-Paradigma wohlmöglich als ungeeignet für den Aufbau nachhaltiger Wettbewerbsvorteile abseits der eingeübten Best Practices und Branchenusancen. Gerade die Beispiele der wertvollsten Unternehmen der Welt wie Amazon, Google, Facebook oder Apple zeigen, dass sich durch die operative Exzellenz zwar eine wichtige Basiskompetenz darstellt, aber oftmals erst durch Entrepreneurship, Innovation und Digitalisierung die Wettbewerbsspielregeln neu und vor allem disruptiv definiert werden (vgl. Christensen, 1997). Kritiker mögen einwenden, dass sich Kliniken und Krankenkassen allein schon aufgrund der

Marktregulierung nicht ohne weiteres mit typischen Silicon-Valley-Unternehmen vergleichen lassen. Jedoch ist zu konstatieren, dass die Gesundheitswirtschaft wegen des – im direkten Vergleich zu anderen Branchen – vergleichsweise moderaten Führungs- und Managementniveaus der regulierten Akteure erhebliche Wertsteigerungsreserven aufweist (vgl. Rasche & Braun, 2016), die teilweise durch die EID-Trilogie erschlossen werden können. Bedingt durch den restriktiven Marktordnungsrahmen konzentrierten sich viele Gesundheitsakteure in der Vergangenheit eher auf die Optimierung des Tagesgeschäfts im Zuge der operativen Exzellenz als auf die strategische Neuausrichtung des Portfolios oder die Implementierung innovativer Geschäftsmodelle (vgl. Rasche; Margaria & Floyd, 2017; Rasche, Braun von Reinersdorff, Knoblach & Fink, 2018). Auch macht es in diesem Zusammenhang Sinn, zwischen einem Versorgungs- und einem Geschäftsmodell zu differenzieren. Steht im ersten Fall die bestmögliche Versorgung aller Patienten und Bevölkerungsgruppen im Sinne der Daseinsfürsorge im Vordergrund („Helfen und Heilen“) so inkorporiert ein Geschäftsmodell die Kapitalisierung der eigenen Alleinstellungsmerkmale und Vorteilspositionen (vgl. Gassmann et al., 2013). Ein Versorgungsgeschäftsmodell versucht gleichermaßen einen hohen Kapitalgeber- und Anspruchsgruppennutzen zu stiften, weil sich in der Logik der **Creating-Shared-Value-Logik (CSV)** „Ethik und Monetik“ in der Medizin nicht widersprechen müssen. Vielmehr zeigt das Beispiel der Fresenius-Helios-Gruppe, dass die Erfüllung anspruchsvoller Qualitäts- und Versorgungsziele nicht nur im Einklang mit den Kapitalgeberinteressen besteht, sondern diese substantiell unterstützt. Durch Entrepreneurship, Innovation und Digitalisierung lassen attraktive Versorgungsgeschäftsmodelle ableiten, die den Beweis antreten, dass sich gerade durch eine hohe Patientenzentrierung die Geschäftsentwicklung positiv beeinflussen lässt (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2016).

Entrepreneurship: Zunehmend ist die Entstehung unternehmerischer Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen zu beobachten. Als treibende Kraft fungieren hierbei aber nicht die arrivierten Anbieter, sondern eine Vielzahl innovativer Start-ups aus der MedTech- und HealthTech-Szene. Während typische MedTech-Ventures den ersten und zweiten Gesundheitsmarkt ins Visier nehmen und dabei z.B. telemedizinische Versorgungsformen oder MedBot-Optionen pushen definieren HealthTech-Unternehmen den relevanten Markt weiter und versuchen dabei über Plattformgeschäftsmodelle (vgl. Van Alstyne, Parker & Choudary, 2016), die heterogenen Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen aus einem digitalen Marktplatz mit Mehrwertfunktion zu koordinieren (vgl. Knappe, Hufnagl & Rasche, 2020). Nicht zu vergessen ist der boomende Markt für HealthApps und digitale Assistenzsysteme in Medizin und Pflege bis hin zu KI-Applikationen im

Gesundheitswesen. Etablierte Gesundheitsanbieter verschreiben sich im progressiven Fall einer Intrapreneurship-Philosophie, die auf Corporate Venturing oder Inkubatoren-Modelle abzielt. Jenseits des betrieblichen Vorschlagswesens oder den unterschiedlichen Technologie- und Wissenstransferoptionen wird hier versucht, ein Silicon-Valley-Ambiente im institutionellen Korsett tradierter Konzernstrukturen zu emulieren. Das jüngst propagierte Design Thinking verfolgt die Idee einer Unternehmensverjüngung durch Unternehmertum, das sich von klassischen Verwaltungs- und Managementdoktrinen kreativ abheben soll. Es liegt in diesem Kontext auf der Hand, dass pfadabhängige Klinikbetreiber in öffentlicher Trägerschaft mitunter sehr reserviert auf Transformationsimpulse aus der Neuen Digitalen Ökonomie (NDÖ) reagieren, weil sie Angst vor der eigenen Geschäftsmodellentwertung haben. Dem ist zu entgegnen, dass die aktive Infragestellung des eigenen Tuns die bessere Alternative zum Verharren und Zeitspiel ist (vgl. Christensen & Raynor, 2003), weil aggressive Entrepreneurship-Logik längerfristig einer besitzstandswahrenden Managementlogik überlegen ist. Die Umstellung von einer Administrations- und Managementlogik im Sinne einer effektiven und effizienten Betriebsführung auf ein unternehmerisches Führen und Steuern erweist sich insbesondere für die öffentlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens allein schon aufgrund des Ordnungsrahmens und der Governance-Strukturen als evidenten Problem. Selbst für den Fall einer potenziellen Aufgeschlossenheit gegenüber einer unternehmerischen Führung auf allen Ebenen bestehen in der Realität oft erhebliche Entrepreneurship-Barrieren, die in ihrer Tiefenstruktur zumeist unternehmenskulturelle Gründe haben.

Innovation: Radikale Neuerungen sind nicht selten das Ergebnis einer unternehmerischen Führungsphilosophie, die den Status quo und dessen kontinuierliche Verbesserung (Sustaining Innovation) durchaus kritisch sieht. Während sich inkrementelle Innovationen nur graduell von einem Kaizen-Prozess der stetig-beharrlichen Verbesserung unterscheiden, verfolgen radikale oder gar disruptive Innovation letztlich immer einen Paradigmenwechsel in Gestalt eines Quantensprungs. Aber nicht jede radikale Innovation ist pfadbrechend-disruptiv und nicht jede inkrementelle Innovation pfadbestätigend. So sind eruptive Fortschritte auf der bisherigen Trajektorie ebenso denkbar wie evolutionäre Optimierungen eine alternativen konkurrierenden Geschäftsmodellachse. Neben dem Innovationsgrad ist zusätzlich nach dem Bezugsobjekt der Neuerung zu differenzieren. Es kann sich im Gesundheitswesen um Therapie-, Prozess-, Service-, Produkt-, Problemlösungs-, Organisations- oder ganze Geschäftsmodellinnovationen mit Plattformcharakter handeln (vgl. Knappe, Hufnagl & Rasche, 2020). Aufgrund der exorbitant hohen Floprate im Innovationsmanagement soll an dieser Stelle die P2P-Logik skizziert werden, die eine Kaskade vom Proposal zum

Profit aufzeigt und dabei Patente, Prototypen, Produktion und die 4-P des Marketings als zu durchlaufende Zwischenstufen eines Ausscheidungsrennens auf dem Weg zum Markt betrachtet. Damit aus Ideen und Innovationsvorschlägen (Proposal) ökonomisches Kapital schlagen lässt bedarf eines Stresstests der Innovation, der die ökonomische, technisch-naturwissenschaftliche, rechtliche und ethisch-normative Machbarkeit prüft. Viele Gesundheitsinnovationen wie die Vision einer digitalen X.0-Versorgung scheitern an legalen Barrieren, angedachte Reformen schnell zu Reförmchen mutieren lässt. Elektronische Patienten-Akten, Telemedizinische Problemlösungen, Customer Convenience Clinics oder ambulant-stationäre Hybridversorgungsmodelle erreichen zwar die Agenda der Politik, doch gestaltet sich die flächendeckende Umsetzung als komplex und schleppend. Der Vorteil der jungen HealthTech- und MedTech-Startups besteht in der Option, den Markt mit pfadbrechenden Innovationen zu erschüttern, weil sie Green Field Investments ohne historische Abhängigkeiten durchführen können. Dagegen gestaltet sich ein innovatorischer Neustart auf der grünen Wiese für die etablierten Gesundheitsanbieter oftmals problematisch, weshalb diese oftmals pfadbestätigende Brownfield Investments präferieren (vgl. Rasche, 2017). Im übertragenen Sinne bedeutet dies, dass die arrivierten Akteure oft große Angst vor einer Entwertung des verankerten Geschäftsmodells durch disruptive Innovationen haben. An dieser Stelle impliziert ein strategisches Innovationsmanagement im Gesundheitswesen immer auch Changemanagement (vgl. Rasche & Rehder, 2018), wenn z.B. ein altes durch ein neues Versorgungsparadigma (z.B. Telemedizin, Ambulantisierung, Zentrale Notaufnahmen mit Poliklinik-Funktion, virtuelle Maximalversorgung durch Drehscheibenkonzepte, KI-Assistenzsysteme, etc.) ergänzt oder gar ersetzt werden soll. Hier wird deutlich, dass es sich beim Innovationsmanagement im Gesundheitswesen weniger um eine technologie- und therapie-induzierte Herausforderung, sondern um eine strategische Führungs- und Transformationsaufgabe handelt (vgl. Chesbrough & Teece, 2002). Erfahrungsgemäß lassen sich neue Methoden, Tools und Techniken (z.B. Hardware, Software) weitaus schneller implementieren (vgl. Cooper, 2002) als der kulturell-behavioristische Wandel, der seinen Ursprung bei Expertenwissen (Brainware) und Kompetenzträgern (Peopleware) nimmt.

Digitalisierung: Die beiden Gestaltungsfelder Entrepreneurship und Innovation sind in der postmodernen TIME-Ära (Telekommunikation, Information, Medien, Entertainment) ohne die rasanten Digitalisierungsfortschritte kaum vorstellbar. Unter dem Schlagwort Medizin 4.0 lassen sich alle Strategien, Geschäftsmodelle und Initiativen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene subsumieren, die auf eine optimierte Ressourcentwicklung, Ressourcendisposition und Ressourcennutzung (Exploration & Exploitation) abzielen. In der Diktion der strategischen

und operativen Exzellenzen sollen zum einen die vorhandenen Aktivposten und Erfolgspotenziale effektiver eingesetzt und ausgeschöpft werden, indem z.B. dem Personal 24/7 unter Echtzeitbedingungen relevante Informationen über Patienten, Prozesse, Potenziale, Pflegekonstellationen oder die Pharmaversorgung zu rechten Zeit am rechten Ort in der rechten Granularität zur Verfügung gestellt werden (vgl. Rasche, 2017). Durch die Einführung von Elektronischen Fallakten, Krankenhaus-Informationssystemen, telemedizinischer Versorgungsstrukturen, Personalplanungs-Apps oder Tablet-Visiten lassen sich knappe Gesundheitsressourcen effektiver und effizienter disponieren. Healthcare-Dashboard-Management-Systeme (HDMS) repräsentieren Plattformgeschäftsmodele, die vergleichbar mit einem digitalen Marktplatz die Aktivitäten heterogener Akteure und Anspruchsgruppen mit vielschichtigen Informationen, Interaktionen und Transaktionen unterstützen (vgl. Knappe, Hufnagl & Rasche, 2020). Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei vielen Gesundheitsinstitutionen um Experten- und Hochrisikoorganisationen handelt, avancieren Daten, Informationen, Wissen und Kompetenz zu strategischen Erfolgspotenzialen professioneller, agiler und zuverlässiger Versorgungslandschaften (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2017). Datenvorteile lassen sich zu Informations- und Wissensvorteilen entwickeln, die in enger Kopplung mit Entscheidungs- und Gestaltungskompetenz Grundlage substanzialer Wettbewerbsvorteile sein können. Mit Blick auf diese Vorteils-kaskade wird schnell klar, dass viele der kleinen und großen ICT- bzw. TIME-Player von der digitalen Revolution im Gesundheitswesen profitieren wollen. Insbesondere den Neueinsteigern ist weniger daran gelegen, bestehende Versorgungslandschaften selektiv an einem Referenzpunkt der Wertschöpfung digital zu optimieren. Vielmehr darf analog zu Amazon die Entstehung eines digitalen Plattformwettbewerbs im Gesundheitswesen erwartet werden. Das Alleinstellungsmerkmal des Plattformbetreibers bestünde in der Synchronisation, Koordination und einem Mehrwert schaffenden Serviceportfolio, das in diversen Konstellationen, wie z.B. Patient-2-Patient, Doc-2-Doc, Patient-2-Doc, Clinic-2-Clinic oder auch Industry-2-Clinic angeboten wird. Auf eine einfache Formel gebracht lassen sich gleichermaßen Many-2-Many, Many-2-One- aber auch One-2-One-Formate abbilden, ohne dass hohe Transaktionskosten zu befürchten sind. Ordnungspolitisch stellt sich analog zu digitalen Giganten wie Facebook, Google oder Amazon im Gesundheitswesen zwangsläufig die Monopolfrage – da sich doch auf diese Weise sensible Megadatenströme als ökonomische Kapitalbasis nutzen und dem TTTPPP-Modell zuführen lassen. Dieses Akronym steht für Tracing, Tracking, Tapping, Profiling, Prediction und Profit (vgl. Rasche, Margaria & Floyd, 2017). Damit gemeint ist die zunächst die Erzeugung, Verfolgung und Erschließung gesundheitsbezogener Datenströme, um diese in einem zweiten Schritt zu profilieren, hinsichtlich ihres Nutzens zu prognostizieren, um

dann in einem letzten Schritt Profit zu erzielen. Wearables und Implantables stehen dabei in direkter Beziehung zur Quantified-Self-Bewegung, deren erklärtes Ziel die Selbstoptimierung des Individuums durch digitalen Technologieeinsatz ist. Die auf diese Weise erzeugten Daten beschreiben Vitalparameter und Gesundheitszustände für den entweder persönlichen oder (autori-siert) kollektiven Gebrauch im Fall der Telemedizin oder einer gebilligten Kooperation mit einem Gesundheitsanbieter. Abschließend ist zu konstatieren, dass die Digitalisierung für das Gesundheitswesen aufgrund ihrer großen Hebelwirkung Bedrohung und Chance darstellt. Gerade die etablierten Akteure sind gefordert, in der Digitalisierung nicht nur eine Chance zur operativen Exzellenz zu sehen, sondern auch die Option zur Transformation obsoletter Versorgungsformen der analogen Welt (vgl. Rasche, 2017).

Schattenseiten des EID-Paradigmas: Die RRP-Optionen operativen Exzellenz einerseits und die EID-Optionen der strategischen Exzellenz sollten weniger als Gegensätze, sondern vielmehr komplementäre Steuerungsebenen ein und derselben Medaille verstanden werden. Trotzdem hat aus Sicht der Betroffenen das EID-Paradigma gegenüber den Hands-on-Themen der Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung den Nachteil langfristigen Ergebniswirksamkeit (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2016). Konkret bedeutet dies EID-Themenfelder benötigen gegenüber operativen Topics der optimierten Ressourcendisposition oftmals den längeren Atem, sofern es sich dabei nicht lediglich um eine Fassadensanierung unter der Ägide von Entrepreneurship, Innovation und Digitalisierung handeln soll. Diese Gefahr ist immer dann gegeben, wenn Führungskräfte des Gesundheitswesens Zukunftstrends zwar aus Prestige- und Imagegründen adressieren, ohne diese aber mit hoher Professionalität innerbetrieblich umsetzen zu wollen oder zu können. So macht es einen Unterschied, ob die EID-Philosophie in der Unternehmenskultur verankert ist oder lediglich ein Marketing- und PR-Appendix darstellt. Die rasanten technisch-medizinischen Fortschritte im Gesundheitswesen in enger Kopplung mit einer erhöhten Selbstachtsamkeit und den demographischen Entwicklungen lassen auf eine attraktive und wachsende Nachfrage in diesem Sektor schließen. Jedoch hat bislang die Massenträgheit der etablierten Institutionen verhindert, dass diese zu EID-Protagonisten wurden. Es kann deshalb kaum verwundern, dass der EID-Impetus vornehmlich durch Organisationen erzeugt wird, die nicht den Nukleus der klassischen Gesundheits- und Versorgungswirtschaft abbilden. Die unzureichende Realisierung der EID-Logik lässt sich nicht lediglich auf „technische Lücken“ im MINT-Bereich (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften, Technik) reduzieren, sondern hat ihre Ursache im Führungs- und Organisationsversagen. Damit gemeint ist eine Leitungs- und

Lenkungsarchitektur, die der „Verwaltung der Gegenwart“ gegenüber einer „Gestaltung der Zukunft“ die oberste Priorität einräumt. Dagegen befinden sich – analog zu den FinTechs und Leg-Techs – viele HealthTechs und MedTechs bereits in einem Wettbewerb um die Zukunft – verbunden mit korrespondierenden Kompetenzentwicklungsmaßnahmen, um den prospektiven Umwelthanforderungen unter VUKA-Bedingungen zu genügen (vgl. Tiberius & Rasche, 2017).

4. Holistische Führung im Gesundheitswesen: Synthese von RRP- und EID-Anforderungen

Gestalten statt Verwalten: Dieser überzeichnende Slogan charakterisiert die Handlungsimperative vieler notleidender Kliniken, die nicht länger historische Erfolgsmuster in die Zukunft projizieren können. Deshalb gilt es, die Hemisphäre der Gegenwartsbewältigung mit der Zukunftsgestaltung zu verbinden. Nicht zuletzt aus diesem Grund wird eine Synthese der RRP- und EID-Welt postuliert, wobei im Einzelfall graduelle Unterschiede bestehen können. Befindet sich z.B. ein kommunaler Klinik- und Versorgungskonzern in einer existenziellen Schieflage, die oft das Ergebnis strategischer Tatenlosigkeit ist, dann sind kurzfristige RRP-Rettungsmaßnahmen einzuleiten, um Zeit für eine strategische Neuausrichtung in einer nachhaltigen EID-Logik zu gewinnen. Unter umgekehrtem Vorzeichen verfügen Akteure im Komfortzonenbereich über weitaus größere EID-Spielräume, die sie für ein vorsteuerndes Business Development einsetzen können. Exemplarisch zu nennen ist der Fresenius-Konzern mit seinen vier Töchtern Medical Care, Helios, Kabi und Vamed, der als synergetisch verzahnter Gesundheitskonzern kundenzentrierte Problemlösungen aus einer Hand anbietet. EID und RRP sind gleichsam die Grundprinzipien einer holistischen Konzernsteuerung, wie Abbildung 1 in generischer Form zeigt (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2017).

Während die RRP-Exzellenz eher auf eine Portfolio- und Geschäftsbereichskonsolidierung abstellt steht die EID-Exzellenz für ein progressives Business Development. Im Sinne der Renditesteigerung wird im ersten Fall der Nenner priorisiert und im zweiten Fall der Zähler. Sowohl das Zähler- als auch das Nennermanagement können mit kurz-, mittel- und langfristigen Zielen untersetzt sein. Das RRP-EID-Modell soll das Management für die Notwendigkeit eines multifokalen Managements sensibilisieren, die auf individueller Ebene mit einer beidhändigen oder gar mehrhändigen Führung korrespondiert (Ambidextrie). Führungskräfte im Gesundheitswesen sehen sich zunehmend mit diametralen Kompetenzanforderungen konfrontiert, wenn es darum geht, die Vergangenheit zu bewältigen, die Gegenwart zu meistern und die Zukunft zu gestalten. Nicht zuletzt aus diesem Grund empfiehlt sich der Aufbau eines heterogenen und diversifizierten Kompetenzportfolios im Rahmen der strategischen Personal- und Organisationsentwicklung, um sich in dieser Spagatsituation zu bewähren. Die im Modell genannten Themenfelder erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und fungieren gleichsam als Synonyme für aktuelle Gestaltungsimperative im Gesundheitswesen (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2017).

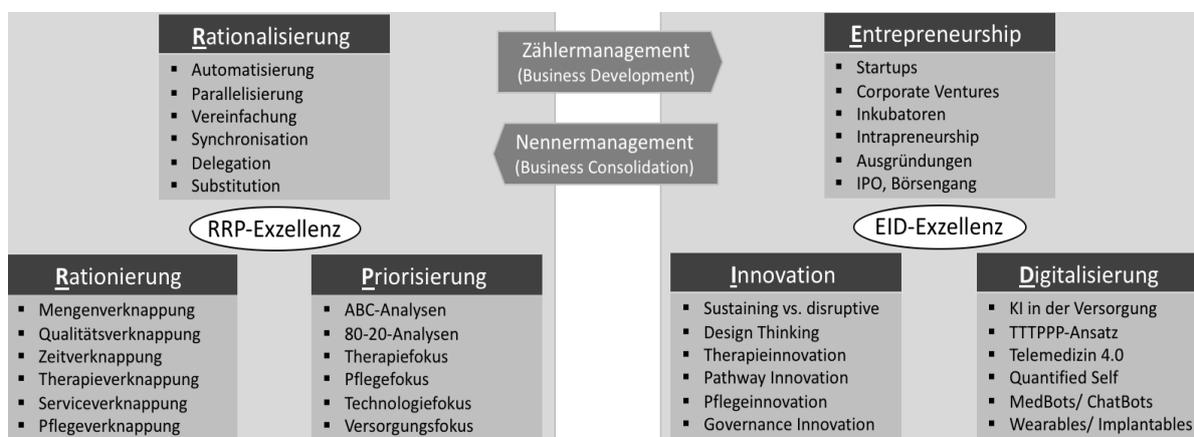


Abbildung 1: RRP- versus EID-Exzellenz im Gesundheitswesen

Return on Healthcare (RoH): Grundsätzlich existiert kein Pauschalrezept der Gewinn- und Renditesteigerung, weshalb immer die Opportunitätskosten der jeweiligen Managemententscheidung gründlich reflektiert werden sollten. Notleidende Gesundheitseinrichtungen werden in der Regel einem kurzfristigen Nenner- vor einem langfristigen Zählermanagement den Vorzug geben, um z.B. eine drohende Insolvenz anzuwenden. Maßnahmen des Zählermanagements sind hier nur operativer Natur (z.B. Forsterungsmanagement, Marktpenetration, Adhoc-Medienpräsenz, Wahlleistungen), um den Umsatz kurzfristig anzukurbeln. Umgekehrt besteht aus der Position der Stärke immer die Möglichkeit eines vorsteuernden Kompetenzaufbaus im Sinne strategischer Erfolgspotenziale, um durch die Verfolgung langfristiger Wachstumsziele komparative Konkurrenzvorteile im Medizin-, Pflege- und Managementbereich zu akkumulieren. Abbildung 2 veranschaulicht den Return-on-Healthcare-Ansatz in stilisierter Form.

Deutlich wird, dass Gesundheitsunternehmen entweder durch die Billiger- und Besser-Optionen eine Renditesteigerung bewirken können oder durch die Anders- und Disruptiv-Option. Organisatorische Projektionsflächen können hierbei die Bereich Medizin und Therapie, Pflege und Service oder Führung, Management und Verwaltung sein (vgl. Rasche, 2017; Rasche & Braun von Reinersdorff, 2017; Knappe, Hufnagl & Rasche, 2020). Weiterhin wird nach dem Horizont und dem Härtegrad der Maßnahmen zur Renditesteigerung differenziert. Ein hoher Härtegrad indiziert eine eher unmittelbare Wirkung, wohingegen ein weicher Härtegrad ein höheres Maß an Ergebnisgeduld erfordert. Dies gilt gleichermaßen für das Expansions- als auch für das Konsolidierungsmanagement. Beide Handlungsfelder wurden exemplarisch konkretisiert, um einzelne Optionen für Zähler- und Nenneroptimierungen aufzuzeigen.

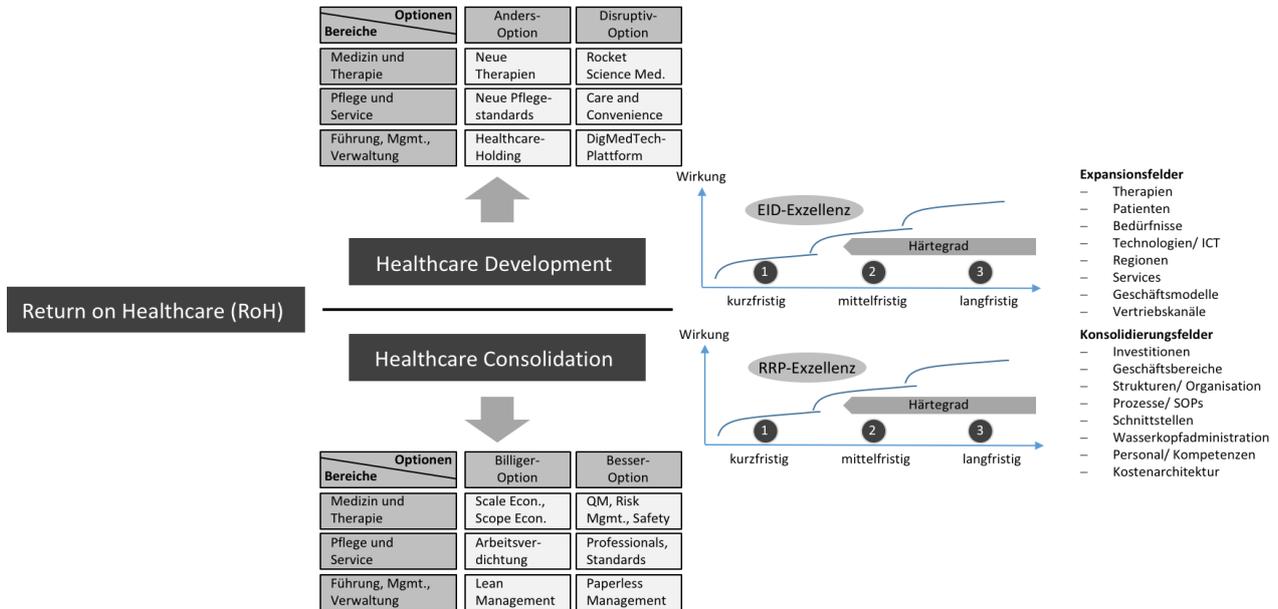


Abbildung 2: Return on Healthcare (RoH)

Wert- und Nutzenstiftung im Gesundheitswesen: Die Wert- und Nutzenstiftung im Gesundheitswesen unterliegt zwar einem restriktiven Ordnungsrahmen, doch sollte dies nicht zu einer passiv-adaptiven Schonhaltung verleiten. Im Gegenteil, es sollte vielmehr versucht werden durch ein holistisches Gesundheitsmanagement alle der hier vorgestellten Stellhebel der Wert- und Nutzenstiftung zunächst organisations- und kontextspezifisch zu prüfen, um dann mit Blick auf Markt- und Wettbewerbsanforderungen sowie die eigenen Kernkompetenzen „die richtigen Prioritäten“ zu setzen. Der skizzierte RRP-EID-Analyserahmen ist zwar kein Garant für den nachhaltigen Erfolg im Gesundheitswesen, doch bietet er im Sinne einer Synopse die Chance zur Berücksichtigung und Validierung relevanter Erfolgsfaktoren im Gesundheitswesen. Zudem werden neben kurz-, mittel- und langfristigen Zielen (Horizontmanagement) Aspekte des Zähler- und Nennermanagements zusammengeführt, um auf diese Weise ein multifokales Handlungs- und Entscheidungssystem zu generieren. Die hier entwickelte Logik ist aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive entstanden und sollte deshalb an den normativen Imperativen des Gesundheitswesens gespiegelt werden, um keine ethisch-moralischen Schiefagen zu erzeugen. Hiermit gemeint ist z.B. die Erfüllung des Versorgungsauftrags im Sinne der Patienten, ohne dabei unattraktive Risiken, Fälle, Diagnosen oder Leistungsschwerpunkte wertsteigerungsoptimierend „auszu-sondern“ (vgl. Rasche & Braun von Reinersdorff, 2017).

5. Ausblick: EID-Leadership als Antagonist der Gesundheitsadministration

Die Intention des Beitrags besteht in einer Sensibilisierung der Gesundheitswirtschaft für die drei Kardinalbereiche der institutionellen Transformation, um nachhaltige Wettbewerbsvorteile jenseits der operativen RRP-Exzellenz aufbauen zu können. Führung im hier verstandenen Sinne transzendiert das Gesundheitsmanagement und die Gesundheitsadministration insofern, als Veränderungen nicht nur durch versierten Tool-Einsatz, Controlling oder strategische Planung erreicht werden sollen. Zielt die transaktionale Führung eher auf Verhaltens-, Organisations- und Strategiewandel durch ein fein ziseliertes Anreiz- und Sanktionssystem ganz im Sinne sogenannter Dashboard-Management-Systeme (z.B. Balanced Scorecard, Business Modell Canvas, Klinik-Informationssysteme) ab (vgl. Knape, Hufnagl & Rasche, 2020), so adressieren die transformationale und symbolische Führung eher die kulturelle und tiefenstrukturelle Dimension der strategischen Transformation. Die Führung durch Wertschätzung, Anerkennung und intrinsische Motivation beinhaltet gleichsam ein System indirekter Maßnahmen der Verhaltensänderung, die im Einzelfall durch eine symbolische oder charismatische Führung verstärkt werden können. In diesem Kontext wird oft auf eine

starke Veränderungskultur rekurriert, um die EID-Transformation im Gesundheitswesen Realität werden zu lassen (vgl. Rasche, Fink, & Knoblach, 2017). Viele Akteure im Gesundheitswesen zeigen zwar auf der fachlich-professionellen Ebene ein hohes Commitment, wie die aktuelle Corona-Krise zeigt, doch findet die Krisenbewältigung bisweilen in der Logik eines Manufakturbetriebs statt (vgl. Hogan, Rasche & Braun von Reinersdorff, 2012; Hogan, Braun von Reinersdorff & Rasche, 2012). EID-Leadership impliziert auf der interprofessionellen und interinstitutionellen Ebene einen Paradigmenwechsel in Richtung vernetzter und integrierter Drehscheibenversorgung (Hub-and-Spoke-Care), damit stärker vom Flow-Prinzip der industriellen Fertigung profitiert werden kann (vgl. Hogan & Rasche, 2017). Beispiele sind die Etablierung regionaler Gesundheitsnetzwerke (Gesundheitscampus), telemedizinischer Versorgungsstrukturen oder einer verbesserten Patienten-Compliance durch digitalen Datenaustausch über professionelle Gesundheitsplattformen. Letztere könnten nicht nur den ersten, zweiten und dritten Gesundheitssektor verzahnen, sondern auch die unterschiedlichen Anspruchsgruppen und Institutionen auf einer hohen Qualitätsstufe zusammenführen. Die Folgen wären neben deutlich geringeren Transaktionskosten eine verbesserte Versorgungsqualität durch einen optimierten Kenntnisstand bei Anbietern und Nachfragern auf gesundheitsrelevanten Märkten. Das EID-Leadership repräsentiert ein Konzept, um eben diese gravierenden Veränderungen abseits des Regelbetriebs zu initiieren und umzusetzen.

Abbildung 3 unterlegt diese Intention am Beispiel unterschiedlicher Gesundheitsinstitutionen mit konkreten EID-Beispielen, deren Passung und Validität immer auch vom Standpunkt des Betrachters abhängt. Entscheidend sind nicht die angeführten Beispiele, sondern die Diskussion rund um relevante EID-Themen im Gesundheitswesen, die durch aggressive Med-Tech- und HealthTech-Unternehmen in die arrivierte Branche hineingetragen worden ist. So könnte z.B. ein Design-Thinking- und Szenario-Prozess angestoßen werden, wie die EID-Evolutionskurve im Gesundheitswesen differenziert nach Sektoren aussehen könnte. Diese Form des Strategic Forecasting lässt sich methodisch mit Experten-Panels, Delphi-Studien, PESTEL-Analysen und komplexen Investitionskalkülen arrondieren, um strategische EID-Kompetenzentwicklungsbedarfe abzuleiten. Auf diese Weise werden strategische und operative Lücken im Kompetenzportfolio sichtbar, um ein Roadmapping der Fähigkeiten-, Technologie- oder Therapieentwicklung anzustoßen.

EID-Leadership Gesundheitsinstitutionen	Entrepreneurship	Innovation	Digitalisierung
Kliniken und ambulanter Versorgungssektor	<ul style="list-style-type: none"> MVZ-Gründungen Beteiligungsmanagement Public Private Partnerships Finanzinvestoren 	<ul style="list-style-type: none"> Telemedizin Hybridversorgungsmodelle Drehscheibenversorgung Precision Medicine 	<ul style="list-style-type: none"> Elektronische Fall-Akte Digitale Visite Remote Surgery Papierlose Verwaltung
Kostenträger und Gesundheitskassen	<ul style="list-style-type: none"> Health Maintenance Organizations (HMO) Private Zusatzversicherung One Face to the Patient 	<ul style="list-style-type: none"> Zielgruppenangebote Disease Management Healthcare-Apps Gedundheitscampus 	<ul style="list-style-type: none"> Digitale Prozesse Digitale Abrechnungen Online-Plattformen Online-Everything
Pharmazie und Medizintechnik	<ul style="list-style-type: none"> Corporate Venturing Startups und Inkubatoren IP-Mgmt: Patente, Lizenzen Beteiligungsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> Precision Pharma Bio-Science-Anwendungen New Target Development Proposal 2 Profit 	<ul style="list-style-type: none"> FuE-Prozesse Big-Data-Anwendungen Datenbanksysteme Supply Chain Management
HealthTech-Unternehmen und Startups	<ul style="list-style-type: none"> Venture Funding Pitches and Roadshows Business Angels Crowd Funding 	<ul style="list-style-type: none"> Neue Geschäftsmodelle Neue Problemlösungen Neuer Nutzen Neue Technologien 	<ul style="list-style-type: none"> Smart Solutions Smart Services Smart Benefit Bundles Smart Healthcare Plattformen
Gesundheitsbehörden, Kontrollorgane, Wissenschaft	<ul style="list-style-type: none"> Kooperationen und Netzwerke Anschubfinanzierungen Fördermaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> Healthcare Consulting Startup-Initiativen Science Spin-offs Science Incubators 	<ul style="list-style-type: none"> Online-Plattformen Online-Services Online-Prozesse Verwaltung 4.0
Weitere Akteure im 1., 2. und 3. Gesundheitsmarkt	<ul style="list-style-type: none"> Aus- und Neugründungen im Markt für Krankheit und Gesundheit als Startup oder etabliertes Unternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> ChatBots, MedBots Quantified-Self-Optionen Homecare-Innovationen Lifestyle 2 Healthstyle 	<ul style="list-style-type: none"> Social Healthcare Media Mobile Health & Fitness Fitness Tracker Selbstdiagnostik-Tools

Beispiele

Prof. Dr. rer. pol. Christian Schultz

Prof. Dr. rer. pol Christian Schultz leitet das Fernstudium der hwtk (University of Applied Sciences) in Berlin und Baden-Baden. Für seine Promotionsarbeit zur „Finanzierung technologieorientierter Unternehmen in Deutschland“ im Jahr 2010 an der Universität Potsdam erhielt er den anerkannten Wolfgang-Ritter-Preis. Seit 2015 ist er ordentlicher Professor und konzentriert sich auf innovative Lehre in den Disziplinen des Entrepreneurship, des Technologiemanagements sowie der Unternehmensfinanzierung. Seine Forschungsarbeiten werden in wissenschaftlichen als auch praxisorientierten Journalen publiziert.

Prof. Dr. rer. pol. Andrea Braun von Reinersdorff

Prof. Dr. rer. pol. Andrea Braun von Reinersdorff übt eine Professur Krankenhaus- und Personalmanagement an der Reformfachhochschule Osnabrück aus. Sie unterrichtet strategisches Gesundheits- und Krankenhausmanagement im Rahmen zahlreicher MBA-Programme (u.a. WU Wien, FH Osnabrück) und widmet sich in der Forschung dem Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen sowie den Gestaltungsoptionen der strategischen Repositionierung von Expertenorganisationen. Gegenwärtig ist Andrea Braun Vizepräsidentin der Hochschule Osnabrück und Dekanin der dortigen WISO-Fakultät.

Abbildung 3: Sektorales EID-Leadership-Modell

Die hier entwickelten Ideen und Konzepte sind als Mantra einer pfadbrechenden Transformation im Gesundheitswesen oder als Erfolgsrezept einer operativen und/ oder strategischen Exzellenz zu verstehen. Vielmehr soll ein notwendiges Gegengewicht zur dominanten RRP-Philosophie im Gesundheitswesen etabliert werden, die oftmals einem strategischen Wandel im Wege steht. Ein solcher wird wohlmöglich durch branchenfremde MedTech- und HealthTech-Unternehmen eingeleitet und soll deshalb den etablierten Akteuren als Motivation zur Eigentransformation dienen. In einem ersten Schritt ist eine offensive und unvoreingenommene Auseinandersetzung mit EID-Themen erforderlich, um diese in einem zweiten Schritt selektiv zu priorisieren, zu pilotieren und zu projektieren. In einem dritten finalen Schritt steht die Verankerung einer EID-Unternehmenskultur im Fokus. Eine solche kann und soll eine eingeübte RRP-Professionalität niemals ersetzen, sondern um kreative Veränderungsimpulse flankieren.

Autoren

Prof. Dr. Christoph Rasche

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. habil. Diplom-Sportökonom ist Leiter der Sektion „Management, Professional Services und Sportökonomie“ an der Universität Potsdam. Von 1995 – 1998 war Prof. Rasche Top-Management-Berater bei der Unternehmerberatung DROEGE & Comp. AG. Er übt(e) u.a. Gastprofessuren an die Universitäten Innsbruck und Alcalá de Henares aus, fungiert als wissenschaftlicher Beirat des Deutschen Instituts für Beratungswissenschaft und ist Vorstand des IFK Potsdam e.V. Professor Rasche lehrt in diversen MBA-Programmen, arbeitet als Berater für Expertenorganisationen und engagiert sich aktiv für das Existenzgründungsmanagement.

Literaturverzeichnis

Barney, J. (1991): Firm Resources and Sustained Competitive Advantage, Journal of Management, 17. Jg., S. 99-120.

Behm, M. & Klenk, T. (2019): Digitalisierung im Gesundheitssektor. In: Klenk, T., Nullmeier, F. & Wewer, G. (Hrsg.): Handbuch Digitalisierung in Staat und Verwaltung, Wiesbaden, S. 1-12.

Braun von Reinersdorff, A., & Rasche, C. (2014): Mobilisierung strategischer und operativer Leistungsreserven im Krankenhaus – Gestaltungsfelder und Grenzen der Service-Industrialisierung, in Bouncken, R., Pfannstiel, M.A., & Reuschl, A.J. (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus (Band II), Berlin, S. 76-85.

Chesbrough, H. W., & Teece, D. J. (2002): Organizing for Innovation: When is Virtual Virtuous?, Harvard Business Review, 80. Jg., August, S. 127–134.

Christensen, C. M. (1997): The Innovator's Dilemma: The Revolutionary Book that will Change the Way You Do Business. New York.

Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009): The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care. New York.

Christensen, C. M.; Raynor, M. E. (2003): The Innovator's Solution – Creating and Sustaining Successful Growth, New York.

Christensen, C., Waldeck, A., & Fogg, R. (2017): How Disruptive Innovation can finally Revolutionize Healthcare. A Plan for Incumbents and Start-Ups to Build a Future of Better Health and Lower Costs. Innosight Industry Horizons, elektronisch veröffentlicht unter: <https://www.christenseninstitute.org/wp-content/uploads/2017/05/How-Disruption-Can-Finally-Revolutionize-Healthcare-final.pdf>.

Cooper, R. G. (2002): Top oder Flop in der Produktentwicklung – Erfolgsstrategien von der Idee bis zum Launch, New York.

Gassmann, O., Csik, M. & Frankenberger, K. (2013): Geschäftsmodelle entwickeln: 55 innovative Konzepte mit dem St. Galler Business Model Navigator, München.

Hogan, B., & Rasche, C. (2017): Hybridversorgungsmodelle – Notfallversorgung auf dem Prüfstand, in: kompakt Supplement Management & Krankenhaus, 01/2017, S. 6-7.

Hogan, B., Beckmann, F., Rasche, C., & Braun von Reinersdorff, A. (2011): EHEC als Stresstest für die Zentrale Notaufnahme: Akutversorgung durch professionelles Prozessmanagement, in: Das Krankenhaus, 103 Jg., Nr. 11, S. 1114-1117.

- Hogan, B., Braun von Reinersdorff, A., & Rasche, C. (2012): Value Creation in Emergency Departments: In Search of Sustainable Management Paradigms for Medicine, in: *Italian Journal of Emergency Medicine*, S. 136-139.
- Hogan, B., Rasche C., & Braun von Reinersdorff, A. (2012): The First View Concept: Introduction of Industrial Flow Techniques into Emergency Medicine Organization, in: *European Journal of Emergency Medicine*, Jg. 19, Nr. 3, S. 136-139.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1997). *Balanced Scorecard: Strategien erfolgreich umsetzen*. München: Schäffer-Poeschel.
- Knappe, T. Hufnagl, P., & Rasche, C. (2020): Dashboardconsulting im Gesundheitswesen – Digitalisierungsoptionen und Anwendungsfelder, in: Pfannstiel, M., Rasche, C., Braun von Reinersdorff, A., Knoblach, B., & Fink, D. (Hrsg.) (2020): *Consulting im Gesundheitswesen – Professional Services als Gestaltungsimperative in der Gesundheitswirtschaft*, Wiesbaden.
- McKinsey (2018): Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland. <https://www.mckinsey.com/de/publikationen/2018-09-27-digitalisierung-im-gesundheitswesen>, elektronisch abgerufen: 2020/03/15.
- Pfannstiel, M., Rasche, C., Braun von Reinersdorff, A., Knoblach, B., & Fink, D. (Hrsg.) (2020): *Consulting im Gesundheitswesen – Professional Services als Gestaltungsimperative in der Gesundheitswirtschaft*, Wiesbaden.
- Raab, E., & Rasche, C. (2013): Die Logik der Manufaktur hat ausgedient: Ansätze für ein Berichtswesen in der Frühphase des PEPP, in: *KU Gesundheitsmanagement*, Jg. 82, März, S. 49-53.
- Rasche, C. (2017): Digitaler Gesundheitswettbewerb – Strategien, Geschäftsmodelle, Kompetenzanforderungen: in: Pfannstiel, M.A., Da-Cruz, P., & Mehlich, H. (Hrsg.): *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I – Impulse für die Versorgung*, Wiesbaden, S. 1-29.
- Rasche, C., & Braun von Reinersdorff, A. (2015): *Gesundheitsmanagement*, in *wisu*, 44. Jg., Heft 8-9, S. 279-286.
- Rasche, C., & Braun von Reinersdorff, A. (2016): Krankenhäuser als Expertenorganisationen - Wertschaffung und Produktivitätssteigerung durch innovative Geschäftsmodelle, in: Pfannstiel, M., Rasche, C., & Mehling, H. (Hrsg.): *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus - Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz*, Wiesbaden, S. 1-24.
- Rasche, C., & Braun von Reinersdorff, A. (2011): Krankenhäuser im Spannungsfeld von Markt- und Versorgungsauftrag: Von der Medizinmanufaktur zur Hochleistungsorganisation, in: Rüter, G., Da-Cruz, P., & Schwegel, P. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik. Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender*, Stuttgart, S. 473-502.
- Rasche, C., Braun von Reinersdorff, A., Knoblach, B., & Fink, D. (2018): Digitales Unternehmen im Gesundheitswesen, in: Pfannstiel, M.A., Da-Cruz, P., & Rasche, C. (Hrsg.): *Entrepreneurship im Gesundheitswesen III*, Wiesbaden, S. 1-31.
- Rasche, C., Fink, D. & Knoblach, B. (2017): *Kulturmanagement*, 46. Jg., Heft 8-9, S. 938-946.
- Rasche, C., Schmidt-Gothan, H. & Roth, S. (2017): Reporting und Controllingssysteme in der Restrukturierung: Entscheidungsvorteile durch Business Analytics und Big Data, in Hommel, U., Knecht, T.C., & Wohlenberg, H. (Hrsg.): *Handbuch Unternehmensrestrukturierung/-sanierung: Grundlagen – Instrumente – Strategien*, 2. Auflage, Wiesbaden, S. 1983-2007.
- Rasche, C., & Wolfrum, B. (1994): Ressourcenorientierte Unternehmensführung. *Die Betriebswirtschaftslehre*, Jg. 54, S. 501-517.
- Räwer, H., Braun von Reinersdorff, A., Ochotta, T., & Rasche, C. (2011): Markt- und Wettbewerbs-positionierung fachärztlicher Praxen Wettbewerbsvorteile durch strategische Leistungsplanung, in: *Der Urologe*, Heft 12/2011: *Gesundheitsökonomie in Klinik u. Praxis*, S. 1550-1559.
- Tiberius, V., & Rasche, C. (Hrsg.) (2017): *FinTechs: Digitale Disruptionen im Finanzsektor*, Wiesbaden.
- Tushman, M. L. (2004): *The Ambidextrous Organization*. *Harvard Business Review*, 82. Jg., Nr. 4, S. 74-81.
- Van Alstyne, M. W., Parker, G. G., & Choudary, S. P. (2016): Pipelines, Platforms, and the New Rules of Strategy. *Harvard Business Review*, 94. Jg., Nr. 4, S. 54-62.
- Wessel, M., & Christensen, C. M. (2012): *Surviving Disruption*. *Harvard Business Review*, 90. Jg., Nr. 12, S. 56-64.

Zusammen gegen Corona



#WIRBLEIBENZUHAUSE

Was Sie aktuell über das Coronavirus SARS-CoV-2 wissen müssen und was Sie jetzt tun müssen, erfahren Sie auf: www.zusammengegencorona.de

Unser **GROßER DANK** gilt den **unermüdlichen Arbeitskräften**

in **Krankenhäusern** und **Pflegeeinrichtungen**,

in **Laboren** und **Forschungseinrichtungen**,

in **Apotheken**,

in **Leitstellen** und im **Rettungsdienst**,

bei der **Feuerwehr** und dem **THW**,

bei der **Polizei**,

im **Einzelhandel**,

in **Versorgungsbetrieben**,

im **öffentlichen Personennahverkehr**,

in **Tankstellen**,

in **Postzustellbetrieben**

und den **Lastkraftwagenfahrern**, die für tägliche Lebensmittel-, Material- und Arzneimittellieferungen sorgen!!

Ihr macht alle einen großartigen Job!!! VIELEN DANK!!!

Lassen Sie uns gemeinsam durch Rücksichtnahme und Zusammenhalt diese schwere Zeit mit neuen Herausforderungen für das Berufs- und Privatleben durchstehen.

Bleiben Sie gesund!

Pflege, Plattformen und die Implikationen veränderter (digitaler) Infrastrukturen im Sozialmarkt

Abstract

Plattformen sind nicht nur im normalen Dienstleistungssektor ein wesentliches Element einer digitalisierten Wirtschaft geworden, sondern können gerade auch in im Gesundheitswesen, insbesondere in der (Langzeit-)Pflege einen wesentlichen Leistungsbeitrag liefern. Gerade die Langzeitpflege ist durch eine hohe Heterogenität der Organisationsbilder und Qualitäten gekennzeichnet. Plattformen können beispielsweise dazu beitragen, heterogene, niedrigrschwellige Bedarfslagen effektiver zu kombinieren (Matching). Weitaus übergreifender und im Lichte sozialer Infrastrukturen zu diskutieren sind Plattformen, die sich als Teil von Versorgungssteuerung von Medizin und Pflege betrachten.

Schlüsselbegriffe:

Plattformen, Matching, Kapazität, Pflegearrangement, Care-Pathway, Matching-Logik, Pflegeeinrichtung, Personalkapazität, Pflegestruktur, Telematikinfrastruktur

1 Wo findet Pflege heute und in der Zukunft statt?

Ein Blick auf Situation und Entwicklung der (Lang-)Zeitpflege unterstreicht unmittelbar die Herausforderungen an eine Pflege heute und in der Zukunft (vgl. (Brugiavini et al. 2017 oder Klimaviciute/Pestieau 2018): Wachsende Fallzahlen und Pflegeschwächen korrespondieren mit einer schwieriger werdenden Kapazitätslage in der Pflege und gleichzeitig verändern und erweitern sich diverse Pflegebedarfe. Die kapazitive Entwicklung der „Teamproduktion“ Pflege steht vor einem deutlichen Wandel. Sowohl die so genannte informelle Pflege, d. h. die nichtprofessionell organisierte, ehrenamtliche Pflege – hier vor allem die Familienpflegenden - als auch die professionelle Pflege suchen nach ausreichenden Fachkräften (vgl. hier Colombo et al. 2011), die dem wachsenden Pflegebedarf Rechnung tragen können.

Prognosen der Europäischen Union (EU 27) schätzen einen Anstieg der Pflegebedürftigen auf 30 Mio. im Jahr 2005 im Vergleich zu 20 Mio. im Jahr 2020 (European Commission 2018). Dabei gerät der Blick auf die so genannte Langzeitpflege zu kurz, wenn nicht die Bezugnahme auf die verknüpften parallelen Sektoren der Gesundheits- und Sozialversorgung mitberücksichtigt wird (vgl. hier Leber und Vogt 2020, 130 f.).

Im Vergleich der belegten Krankenhausbetten zu den belegten Pflegeheimbetten von 1999 bis 2017 lässt sich exemplarisch zeigen, dass sich die belegten Krankenhausbetten von über 500.000 Betten auf unter 400.000 Betten reduzierten, gleichzeitig die Pflegeheimplätze in Belegung im gleichen Zeitraum von unter 600.000 auf fast 900.000 angestiegen sind (vgl. Leber und Vogt 2020). Auch wenn für beide Entwicklungen multifaktorielle Erklärungen zur Fallzahlveränderung und somit zur Kapazitätsauslastung herangezogen werden müssen¹, gilt es doch festzuhalten, dass mit verkürzten Verweildauern und höherer Fallschwere im Krankenhaus, kombiniert mit einem parallelen Anstieg des Medianalters der Krankenhauspatienten und Krankenhauspatientinnen, zeitgleich die Bedeutung der pflegerelevanten Zeiten außerhalb des Krankenhauses, gerade in nachversorgenden Einheiten, zugenommen hat.

Exemplarisch für den Übergang zwischen abgebenden und aufnehmenden Einheiten mit Blick auf den longitudinalen Verlauf von Patientinnen und Patienten steht die so genannte „Drehtürsituation“ zwischen Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen. Dies gilt gerade bei knappen Personalkapazitäten in der Pflege, etwa an Wochenenden oder Feiertagen (vgl. Görres et al. 2016, S. 11–12). Diese Makrobetrachtung lenkt somit unmittelbar den Blick auf die organisationsbezogenen Aspekte von Pflege sowohl in den Übergängen von unterschiedlichen Pflegearrangements (*interorganisationale Arbeitsteilung*) als auch innerhalb eines Pflegearrangements (*intraorganisationale Arbeitsteilung*).

¹ Vgl. exemplarisch für die Abschätzung des Pflegebedarfs Hajek et al. 2017 Einen überblickartigen Ansatz zur Erklärung von Fallzahlentwicklungen im Krankenhaus – unter besonderem Fokus der DRG – geben Milstein und Schreyögg 2020.

2 Überleitung: (Langzeit-)Pflege ein prädestiniertes Feld für Plattformen

Zwischen den verschiedenen Pflegearrangements vermischen sich die Bedarfslagen zwischen medizinischer Versorgung und daraus resultierenden pflegerischen und sozialen Anforderungen. Exemplarisch lässt sich dies etwa an Übergangsphänomenen zwischen Medizin und Pflege beschreiben (vgl. hier auch Nies et al. 2013). Rothgang et al. haben exemplarisch anhand von Barmer-GEK-Daten zeigen können, dass annähernd 60 % der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegekapazitäten mit einem vorherigen Krankenhausaufenthalt korrespondieren (vgl. Rothgang et al. 2015). Gleichzeitig steigen die Fallschweren sowohl im Krankenhaus als auch dann in den nachsorgenden Einrichtungen, in diesem Fall in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung, an. Übergänge zwischen unterschiedlichen Pflegearrangements stehen somit mustergültig für die Herausforderung einer *integrierenden Versorgung* (vgl. gerade hierzu Fünfstück 2017), die sowohl medizinisch, pflegerische als auch soziale Bedarfslagen miteinander zu kombinieren hat.

Mit Blick auf die Übergänge zwischen den genannten Pflegearrangements entstehen sowohl unterschiedliche Verantwortungszuordnungen als auch mannigfaltige Informations- und Kommunikationsbeziehungen bzw. -brüche, die als Herausforderungen eines zielgerichteten Überleitungsmanagements beschrieben werden können. Somit liegt es sehr auf der Hand, dass gerade Digitalisierungsstrategien in der Pflege den Übergangsprozessen besonderes Augenmerk zuwenden und insbesondere der Bedeutung von Plattformlösungen das Wort geredet wird (vgl. exemplarisch Böttinger und Weiß 2019). Welchen Lösungsbeitrag können nun Plattformen im Sinne der geschilderten Herausforderungen beitragen? Hier greifen zwei wesentliche Hebel von Digitalisierungsempfehlungen (vgl. auch Zerth 2019):

- Einerseits können Plattformen als so genannte Intermediäre dazu beitragen, verschiedenartige Sorgebedarfe, die teilweise sehr kleinteilig und heterogen sind, zielgerichtet zu koordinieren und somit ein *Matching dieser Bedarfslagen* herzustellen (Mitchell und Treviranus 2017).
- Andererseits können Plattformen als *Teil eines Versorgungsmanagements* im Sinne der oben adressierten Problemstellungen wirksam werden, in dem sie ebenfalls eine Matching-Funktion wahrnehmen. Beispielsweise könnte etwa die Koordination freier Kurzzeitpflegeplätze mit offenen Bedarfsanfragen unterstützt werden. Gleichzeitig können Plattformen aber auch eine Informationsinfrastruktur zum zielgerichteten Informationstransfer von Klientinnen und Klienten darstellen und in dieser Hinsicht als Teil einer übergreifenden Steuerungsidee im Sinne von *Care-Pathways* (vgl. etwa Novelli und Banerjee 2017) wirksam werden.

Wohingegen das Matching niedrigschwelliger Bedarfe den klassischen Plattformgedanken wieder aufgreift und eine digitalisierte Lösung letztendlich vor allem die Transaktionskosten des Suchens und Koordinierens reduzieren helfen, setzt eine Mitwirkung an der Überleitungsidee sowohl an einer Matching-Strategie als auch an der Idee an, nutzerbezogene Informationen für die abgebende Seite (etwa Krankenhaus) als auch die aufnehmende Seite (etwa Pflegeeinrichtung) zur Verfügung zu stellen.

Digitalisierung verstanden im Sinne von Rachinger et al. (Rachinger et al. 2019, S. 1144) als durch Digitalisierung – Transformation analoger Informationen in digitale Informationen – veränderte Formen der Arbeitsteilung und somit der analogen, organisatorischen Strukturen würde in dieser Hinsicht dazu beitragen können, Patientenüberleitung zeiteffektiver und zeitoptimierter und informationsintegrativer zu gestalten (vgl. Zerth 2019, S. 73). Welche gesundheits- und informationsökonomischen Konsequenzen lassen sich nun ableiten?

3 Informations- und gesundheitsökonomische Implikationen

Wie bereits beschrieben lässt sich grob die Matching-Funktion von der Beförderung einer Care-Pathway-Idee unterscheiden: Beim Blick auf die reine Matching-Funktion wird wiederum der informations- und letztendlich gesundheitsökonomische Gehalt deutlich.

Eine einfache Matching-Logik würde vor allem quantitativ vorhandene Kapazitäten für einen gewissen Zweck, in einem definierten Zeitraum für eine definierte räumliche Struktur in den Blick nehmen. Mit dieser Funktionalität kann eine Plattform vor allem den Suchaufwand reduzieren helfen und somit Transaktionsvorteile generieren (vgl. grds. Goldfarb und Tucker 2019, S. 3). Wenn jedoch Überleitungsphänomene, etwa vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege, verschiedene, unterschiedliche organisierte Stakeholder einbinden soll – Krankenhaus, Pflegeeinrichtung, Medizinischer Dienst, Kranken- und Pflegeversicherung und Angehörige – erhält die Plattform noch ergänzenden qualitativen Gehalt. Dies kann daraus gelingen, wenn beispielsweise durch Anbindung an eine elektronische Patientenakte adjustierte Informationen etwa zur aufnehmenden Einrichtung (z. B. Ausstattung oder Qualitätsbewertungen) *und/oder* auch zum überzuleitenden Patienten (Fallschwere, Hilfsmittelbedarf u. ä.) zu übermitteln. Hier setzen die potenziellen Nutzenpotenziale einer Plattformanbindung für die beteiligten Stakeholder eines Überleitungsprozesses an. Eine abgebende Einheit, etwa das Krankenhaus, hätte c. p. den Anreiz, ausreichende aufnehmende Kapazitäten in einer definierten Zeit und in einem definierten Raum zu finden. Die aufnehmende Einheit Pflegeheim - gerade Kurzzeitpflegeplätze werden von stationären Pflegeeinrichtungen häufig in Alternative zur Dauerbelegung genutzt – hätte u. U. den Anreiz, den potenziellen Pflegeauf-

wand nach Patientenkategorien einzuschätzen und somit die Auswirkungen auf den in den Einrichtungen relevanten „Care-Mix“ der Personalkapazität abzuleiten.

Gerade beim letztgenannten Aspekt stellt sich die Frage, ob es zusätzlich bei Antizipation unterschiedlicher Fallschweren durch die aufnehmende Einheit zu Risikoselektionsverhalten kommen könnte. Ohne auf diese Problematik näher eingehen zu können, es wären tiefere theoretische und empirische Arbeiten notwendig, zeigt sich jedoch prima facie die Bedeutung eines Übergaberegimes zwischen den Schnittstellen. So würde wahrscheinlich eine Plattform, die sich als „Markt für freie Kapazitäten“ definiert, u. U. eine weniger diskriminierende Wirkung erzeugen als eine Plattform, die sich – ungeachtet aller dann zu beachtenden datenschutzrechtlichen Perspektiven – als Plattform für Überleitungs-patientinnen und -patienten betrachtet.

Unbeachtlich dieser wenn auch wesentlichen inhaltlichen Fragestellung wirken Plattformen, wenn sie als Teil einer *integrierenden Versorgung* verstanden werden, im Kontext der Einbettung in einer Interoperabilitätslogik von Digitalisierung in Gesundheit und Pflege. *Stephani et al.* beschreiben damit etwa die Frage, welche neben allen technischen und syntaktischen Schnittstellenfragen notwendigen infrastrukturellen Vorgaben zur Datentransformation notwendig sind, um eine Plattform effektiv und letztendlich effizient nutzen zu können (vgl. Stephani et al. 2019, S. 19–20). Dies gilt insbesondere, wenn Angebote der Gesundheitsversorgung gerade durch den Bedeutungsgewinn chronischer Erkrankungs- und Betreuungsbilder mit Pflege- und Versorgungsstrukturen verknüpft werden müssen. Darüber hinaus sollte auch in regulierten Märkten wie dem Gesundheits- und Sozialmarkt der Blick auf mögliche wettbewerbsrelevante Effekte von Plattformen nicht außer Acht gelassen werden.

Hier gilt es zunächst noch den Fokus auf den regulierten Markt für Langzeitpflege zu legen: Im Gegensatz zur Gesundheitsversorgung im engeren Sinne, die in Deutschland als krankenkassenorientiertes Modell im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung organisiert ist, lässt sich der Pflegemarkt im Sinne eines *Quasi-Marktes* (vgl. Klimaviciute und Pestieau 2018, S. 50–51) definieren, in dem unterschiedliche Akteure mit unterschiedlichen Professionalisierungs- und Organisationsgrad – ehrenamtliche Pflege einerseits, organisierte Pflege andererseits – mit verschiedenen Formen an Erstattungs- und Kontraktmodellen ausgestattet sind.

Gleichwohl liegen für die (Langzeit-)Pflege gesellschaftlich definierte Zielvorstellungen vor, etwa die Beförderung der sozialen Teilhabe einerseits als auch die medizinisch-pflegerische Unterstützung in konkreten Leistungsfällen andererseits, die im Sinne von *Wendt* als Unterstützung der „*Ökonomie der Lebensführung*“ (Wendt 2017) im Sinne einer sozialen Daseinsvorsorge verstanden werden kann.

Im europäischen Vergleich treffen sich mit Blick auf die institutionelle Gestaltung dieser beiden Ziele zwei grundlegende Sozialsystemkulturen (vgl. Geyer et al. 2016): Einerseits ist das familienbasierte System zu nennen, das vor allem durch Unterstützung der ehrenamtlichen Familienstrukturen Pflegebedarfe adressieren und unterstützen will. Andererseits stehen servicebasierte Systeme dagegen, die daran ansetzen, stärker institutionalisierte, professionelle Pflegestrukturen zu fördern. Die jeweilige institutionelle Einbettung dieser Systemkulturen kann wiederum im Sinne von Quasi-Märkten stärker wettbewerblich, wie im deutschen Pflegemarkt, oder eher einheitlich geschehen, wie etwa in den skandinavischen Staaten.

Bei Annahme einer stärkeren Professionalisierung der Pflege, auch aufgrund der eingangs genannten Herausforderungen an die Langzeitpflege, sind nun Plattformen Teil der Verhältnisrahmens von (Langzeit-)Pflege. Aus der allgemeinen wettbewerbsökonomischen Literatur wird nun die Bedeutung insbesondere indirekter Netzwerkeffekte relevant (vgl. Gilbert 2020 oder Weyl 2010), die auch im Hinblick auf den Quasi-Markt Pflege zu diskutieren ist.

Indirekte Netzwerkeffekte entstehen dadurch, wenn verbunden durch die intermediäre Leistung einer Plattform etwa der Nutzen einer Nutzergruppe durch die wachsende Anzahl der Teilnehmer in einer anderen Nutzergruppe ansteigen würde. So können exemplarisch Anbieter von Pflegeheimsoftware davon profitieren, wenn sie über eine Plattform einen größeren Zugang zu Pflegeheimen bekommen können. Gerade weil es sich bei Dokumentationssoftware um eine Guts-kategorie handelt, die hochskalierbar ist, lässt sich ein Wirkungseffekt indirekter Netzwerkeffekte vermuten. Im Gegensatz dazu wird ein rein lokal tätiger Anbieter ambulanten Pflege zwar von der direkten Matching-Funktion einer Plattform profitieren können, indirekte Netzwerkeffekte durch eine stärkere Anbindung (potenziell) Pflegebedürftiger in anderen Regionen dürften jedoch kaum eine Rolle spielen, jedenfalls solange der Pflegeanbieter nur im rein regionalen Markt verortet ist und seine unmittelbaren (analogen) pflegerischen Leistungen nicht skalieren kann. Pflege als Teil einer einerseits örtlichen und regionalen Bedarfsabdeckung, die aber andererseits im Austausch mit integrativen Aspekten der Klienten- und Patientenüberleitung steht, setzt somit auch besondere Ansprüche an Ordnungslogiken für Plattformen in der Pflege.

4. Lehren für die Gesundheitspolitik: ein kurzer Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Nutzer von Plattformen im lokalen Sorgkontext des Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen von den unmittelbaren Matching-Funktionen profitieren werden, gerade um niedrighschwellige, heterogene Bedarfslagen optimaler koordinieren zu können. Niedrighschwellige, kommunal-basierte Plattformen etwa zur Koordination von Einkaufsbedarfen oder Besorgungsgängen für Pflegebedürftige setzen hier an (vgl. Becker und Böckmann 2019) und entwickeln sich weiter.

Bei Berücksichtigung einer wachsenden Verknüpfung medizinischer, pflegerischer und sozialer Bedarfe, verknüpfen sich dann sowohl kleinteilige, eher regionale Plattformstrukturen mit über-regionalen Plattformkonstellationen, etwa der Einbindung von Fachanwendungen, beispielsweise einem Elektronischen Medikationsplan, im Rahmen überregionaler digitaler Infrastrukturlösungen.

Mit Blick auf die deutsche Situation ist die projektierte Einführung einer elektronischen Patientenakte und die damit ebenfalls projektierte Verknüpfung mit den Leistungsbereichen der Pflege Teil einer übergeordneten, infrastrukturellen Herangehensweise, nach der etwa verschiedenen Fachanwendungen auf der Grundlage der Telematikinfrastruktur konkurrieren können. Dies ist zu trennen von der eher lokal wirkenden Unterstützungsplattform, die jedoch von einer Kommune verantwortet „customized“ aus einer bundesweit im Wettbewerb stehenden Lösung regional angepasst werden kann. Hier lassen sich Anknüpfungspunkte zur Weiterentwicklung auch einer veränderten regionalen/kommunalen Daseinsverantwortung ableiten. Ansatzpunkte, kommunale Verantwortung im Sinne sozialer Infrastrukturen, etwa im Kontext sozialer Koordination, alternativ auch mit Blick auf Plattformen zu diskutieren, setzen hier an (vgl. etwa auch Schneider et al. 2018). Somit ergeben sich gerade im Abgleich mit den institutionalisierten, organisieren Formen der Sozialversicherung einerseits und den Sorgstrukturen andererseits neue Fragestellungen digitaler Leistungen und Verknüpfungen.

Jüngere gesetzgeberische Impulse, etwa im Pflegeförderungs-gesetz III, haben hier manche Impulse für eine veränderte mitgestaltende Rolle von kommunaler Infrastrukturverantwortung gesetzt. Gleichwohl bleiben hier parallel zur Weiterentwicklung der Zukunft der Sozialen Pflegeversorgung noch manche Baustellen offen.

Autor



Prof. Dr. Jürgen Zerth

Herr Prof. Dr. Jürgen Zerth ist der Leiter des Forschungsinstituts IDC an der Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften in Fürth.

E-Mail: juergen.zerth@wlh-fuerth.de

Literaturverzeichnis

- Becker, M.; Böckmann, B. (2019): PiQ-eine Pflegeplattform zur Vernetzung quartiersbezogener Versorgungsstrukturen. In: M. Pfanstiel, H. Mehlich und P. DaCruz (Hg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen VI. Wiesbaden: Springer, S. 375–388.
- Böttinger, E.; Weiß, C.-C. (2019): Plattformtechnologien für das Gesundheitswesen von morgen. In: J. Baas (Hg.): Zukunft der Gesundheit. vernetzt, digital, menschlich. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 27–39.
- Brugiavini, A.; Carrino, L.; Orso, C. E.; Pasini, G. (2017): Vulnerability and Long-Term Care in Europe. An Economic Perspective. London: Palgrave Macmillan.
- Colombo, F.; Llana-Nozal, A.; Mercier, J.; Tjadens, F. (2011): Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: OECD-Publishing.
- European Commission (2018): The 2018 Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070). Hg. v. European Commission: Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Brussels (INSTITUTIONAL PAPER 079). Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en, zuletzt geprüft am 03.01.2020.
- Fünfstück, M. (2017): Integrierte Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegenden. Stuttgart: Schattauer, S. 241–251.
- Geyer, J.; Korfhage, T.; Schulz, E. (2016): Andere Länder, andere Wege: Pflege im internationalen Vergleich. In: *G+5* (1), S. 52–58.
- Gilbert, D. (2020): Digitale Plattformen: Konzept, Bedeutung und Analyse der Problembereiche. In: *WiST* 49, S. 12–18.
- Goldfarb, A.; Tucker, C. (2019): Digital Economics. In: *Journal of Economic Literature* 57, S. 3–43.
- Görres, S.; Seibert, K.; Stiefler, S. (2016): Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S. 3–17.
- Hajek, A.; Brettschneider, C.; Ernst, A.; Posselt, T.; Mamone, S.; Wiese, B. et al. (2017): Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. Longitudinal Predictors of the Need for Care. In: *Gesundheitswesen* 79, S. 73–79.
- Klimaviciute, J.; Pestieau, P. (2018): The Public Economics of Long-Term Care. A Survey of recent Contributions. In: *Annals of Public and Cooperative Economics* 89, S. 49–64.
- Leber, W.-D.; Vogt, C. (2020): Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Split. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem und A. Beivers (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Berlin: Springer, S. 111–144.

- Milstein, R.; Schreyögg, J. (2020): Empirische Evidenz zu den Wirkungen der Einführung des G-DRG-Systems. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem und A. Beivers (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Berlin: Springer, S. 25–39.
- Mitchell, J.; Treviranus, J. (2017): Inclusive Design in Ecosystems. In: V. Vimarlund (Hg.): E-Health Two-Sided Markets. Implementation und Business Models. Amsterdam et. al.: Elsevier and Academic Press, S. 43–61.
- Nies, H. K.; Leichsenring, K.; Mak, S. (2013): The Emerging Identity of Long-Term Care and the Role of Informal Carers. In: K. Leichsenring, K. Billings und H. Nies (Hg.): Long-Term Care in Europe. Improving Policies and Practice. Houndsmill: Palgrave Macmillan, S. 19–41.
- Novelli, B.; Banerjee, R. (2017): Closing the Care Gap. In: *Journal of the American Society of Aging* 41, S. 6–9.
- Rachinger, M.; Rauter, R.; Müller, C.; Vorraber, W.; Schirgi, E. (2019): Digitalization and its influence on business model innovation. In: *Journal of Manufacturing Technology Management* 30, S. 1143–1160.
- Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015): Barmer GEK Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Siegburg: Asgard-Verlagsservice (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 36).
- Schneider, M.; Hamm, S.; Zerth, J. (2018): Die Kommune als Gestalter von Versorgungsprozessen - Eine organisationstheoretische Betrachtung. In: M. Pfannstiel, P. Da-Cruz und C. Rasche (Hg.): Entrepreneurship im Gesundheitswesen III. Digitalisierung - Innovationen - Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 243–263.
- Stephani, V.; Busse, R.; Geissler, A. (2019): Benchmarking der Krankenhauser ID: Deutschland im internationalen Vergleich. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hg.): Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus. Berlin: Springer, S. 17–32.
- Wendt, Wolf Rainer (2017): Ökonomie der Lebensführung. Wohlfahrtsbezogene Lebensführung im Kontext sozialen Wirtschaftens. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Weyl, E. G. (2010): A price-theory of multi-sided platforms. In: *American Economic Review* 100, S. 1642–1672.
- Zerth, J. (2019): Pflege in der Zukunft: welche Rolle können insbesondere Plattformen einnehmen? In: *RPG* 25, S. 71–77.

UNIVERSITÄT
BAYREUTH

Start der Bewerbungsfrist: VLK-Stipendium für berufsbegleitenden MBA Health Care Management Studiengang

Bereits zum dritten Mal vergibt der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK) ein Vollstipendium in Höhe von 17.200 € für den berufsbegleitenden MBA Health Care Management Studiengang an der Universität Bayreuth.

Seit inzwischen über 20 Jahren ist die **FOR-MED** in Zusammenarbeit mit der **Universität Bayreuth** und der **Campusakademie** der kompetente Partner in der betrieblichen Weiterbildung für den Bereich Management im Gesundheitswesen. Im letzten Jahr konnte mit dem **VLK** ein weiterer Verbündeter gewonnen und das VLK-Stipendium ins Leben gerufen werden:

Der **VLK** wurde am 16.09.1912 in Münster gegründet. Er ist die einzige ärztliche Interessensvertretung, die sich sowohl bundesweit wie auch auf der Ebene seiner 16 Landesverbände der vielfältigen Anliegen der Leitenden Krankenhausärzte annimmt und diese zielgerichtet gegenüber Klinikträgern, Versicherungsträgern, Politik und Öffentlichkeit vertritt.

Der MBA Health Care Management richtet sich an Ärzte (w/m), Pharmazeuten (w/m), Medizintechniker (w/m), Kranken-, Gesundheits- und Altenpflegekräfte (w/m), Angestellte (w/m) von Krankenkassen und Verbänden sowie insgesamt Berufe mit wirtschafts-, natur- oder geisteswissenschaftlichem Hintergrund.

Start des Studiums ist das Wintersemester 2020/2021. In diesem auf zwei Jahre angelegten Studiengang erweitern die Teilnehmer theoretisch fundiert und praxisorientiert ihr Wissen um einschlägige Management-, gesundheitsökonomische und rechtliche Aspekte. Neben Medizinmanagement sind u.a. auch Leitung und Führung Bestandteil des Pflichtmodulbereichs.

Nähere Informationen zum Studiengang und zum Stipendium erhalten Sie unter: <https://www.mba-health-care.de/stipendium> oder <https://www.campus-akademie.uni-bayreuth.de/de/studiengaenge/mba-health-care-management/Stipendium/index.html>.