

Mario A. Pfannstiel  
Christoph Rasche  
Andrea Braun von Reinersdorff  
Bianka Knoblach  
Dietmar Fink *Hrsg.*

# Consulting im Gesundheitswesen

Professional Services  
als Gestaltungsimperative  
der Unternehmensberatung



Springer Gabler

---

# Consulting im Gesundheitswesen

---

Mario A. Pfannstiel • Christoph Rasche  
Andrea Braun von Reinersdorff  
Bianka Knoblach • Dietmar Fink  
Hrsg.

# Consulting im Gesundheitswesen

Professional Services als  
Gestaltungsimperative der  
Unternehmensberatung

*Hrsg.*

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

Christoph Rasche  
Universität Potsdam  
Potsdam, Deutschland

Andrea Braun von Reinersdorff  
Hochschule Osnabrück  
Osnabrück, Deutschland

Bianka Knoblach  
Deutsches Institut für  
Beratungswissenschaften  
Berlin, Deutschland

Dietmar Fink  
Deutsches Institut für  
Beratungswissenschaften  
Berlin, Deutschland

ISBN 978-3-658-25478-0      ISBN 978-3-658-25479-7 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-25479-7>

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, ein Teil von Springer Nature 2020

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 allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

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. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

---

# Vorwort

Der vorliegende Herausgeberband widmet sich mit dem Consulting im Gesundheitswesen einem Spezialgebiet der Unternehmensberatung. Erstens handelt es sich bei den Institutionen des Gesundheitswesens zunehmend um Hybridorganisationen, die oftmals sozialstaatliche Versorgungsziele und leistungswirtschaftliche Markt- und Finanzziele verfolgen. Zweitens handelt es sich bei vielen Gesundheitsinstitutionen um typische Expertenorganisationen in einem stark regulierten Markt- und Wettbewerbsumfeld, was die unternehmerischen Gestaltungsspielräume beträchtlich einschränkt. Drittens werden zumeist verhaltens- und bewertungsunsichere Vertrauensgüter auf B2B- und B2C-Dienstleistungsmärkten angeboten, die einer besonderen ökonomischen Logik folgen – es zahlt oft nicht der Patient, sondern die Krankenkasse für den Leistungsbezug. Viertens steht dem Gesundheitswesen womöglich eine Ära der Privatisierung, Konzentration und Dienstleistungsorientierung im stationären und ambulanten Sektor bevor, wie sich am Beispiel überregionaler Gesundheitskonzerne zeigt. Fünftens handelt es sich bei der Gesundheitswirtschaft um eine Branche, die wie kaum ein anderer Dienstleistungssektor mit den Folgen der digitalen Transformation konfrontiert wird. Sechstens leiten sich hieraus neue Dienstleistungsbedarfe in Gestalt innovativer Geschäftsmodelle ab, die einen hohen Beratungsbedarf entstehen lassen.

## **Beratungsbedarf im Gesundheitswesen**

Deutlich wird dabei, dass es sich bei der Gesundheitswirtschaft um ein sehr spezifisches Branchenmosaik handelt, das nach differenzierten Beratungsansätzen verlangt. Diese lassen sich aus folgenden Grundsatzüberlegungen zur Mechanik der Gesundheitswirtschaft ableiten.

- (a) **Hybridorganisationen:** Bei vielen der Gesundheitsinstitutionen handelt es sich um typische Hybridorganisationen, die sich in den Dienst eines marktwirtschaftlichen Leistungsauftrags und eines sozialstaatlichen Versorgungsauftrags stellen lassen müssen. Gemeinnützige Klinikverbände lassen zunehmend Konzernstrukturen und einen unternehmerischen Impetus erkennen. Wirtschaftliche Geschäftsbetriebe existieren

parallel neben ideeller Zweckverfolgung, wodurch substanzielle Beratungsbedarfe an der Nahtstelle von Markt- und Versorgungszielen entstehen. Auch ist zu bedenken, dass Hybridorganisationen allein schon aufgrund ihres Mischcharakters anders zu führen sind als DAX-Konzerne – zumal das Versorgungsgut Gesundheit hohe moralische Erwartungshaltungen evoziert.

- (b) **Expertenorganisationen:** Insbesondere Krankenhäuser und Arztpraxen sind nicht nur Expertenorganisationen, sondern auch Hochrisikoorganisationen im Sinne einer bestmöglichen Erreichung der Patientensicherheit. Expertenorganisationen definieren sich in ihrer Wettbewerbsfähigkeit entscheidend über das Kompetenzniveau ihrer Fachkräfte, die sich oft mehr mit ihrer Profession als mit ihrem Arbeitgeber identifizieren. Das sogenannte Cat-Herding-Phänomen beschreibt den Umstand, dass sich viele Professionals als Freigeister verstehen, die sich nur ungern durch Dogmen und Doktrinen drangsalieren lassen. Zu denken ist hierbei nur an universitäre Chefärzte, die ihr Ordinariat über die Gestaltungsempfehlungen externer Berater stellen – zumal es diesen oftmals an der medizinischen Augenhöhe mangelt, um von Experte zu Experte strategische Versorgungsprobleme zu diskutieren.
- (c) **Verhaltens- und bewertungsunsichere Vertrauensgüter:** Bei Gesundheitsdienstleistungen handelt es sich oftmals um institutionenökonomisch komplexe Transaktionen, die regelmäßig zu multilateralen Informationsasymmetrien führen. An dieser Stelle kann es nicht verwundern, dass verschärfte Complianceregeln zur Eindämmung und präventiven Abwendung krimineller Handlungen im Gesundheitswesen führen sollen. Insbesondere der Leistungsnehmer verfügt gegenüber dem Professional oft nur über einen relativen Laienstatus, der im Einzelfall situationsopportunistische Ausbeutungssituationen entstehen lässt. Es wird unlauter abgerechnet oder lukrative Leistungen werden erbracht, die medizinisch nicht zwingend indiziert sind, um zum Beispiel zum Jahresende die obligatorische Mindestmenge zu erreichen. Für das Consulting im Gesundheitswesen bedeutet dies, dass Beurteilung von Leistungs- und Kostenpositionen im Sinne einer Wirtschaftlichkeitsanalyse extrem schwerfällt, weil ethisch-normative Argumentationsketten die ökonomische Rationalität konterkarieren. Wer schließt schon eine stereotyp angeführte Geburtsstation „auf dem platten Lande“, die höchstens verlustminimierend zu führen ist.
- (d) **Privatisierungs- und Konzentrationsfokus:** Hiermit gemeint ist die Marktberreinigung im ambulanten und stationären Sektor. Während diese mit der Kettenbildung bereits im Kliniksektor weit fortgeschritten ist, entstehen nunmehr an der Nahtstelle von ambulant-stationärer Versorgung integrierte Hybridversorgungsmodelle im poliklinischen Ambiente. Zu erwarten ist die Emergenz professioneller One-Stop-Versorgungsmodelle mit direktem Klinikanschluss, die für den Patienten den Vorteil einer zentralen Anlaufstelle mit Clearing-Point-Funktion besitzen. Schon heute werden vakante Kassensitze von Medizinische Versorgungszentren (MVZs) oder Kliniken gekauft, um den ambulanten Versorgungsmarkt zu konsolidieren. Zudem ist zu erwarten, dass spezialisierte Private-Equity-Firmen in den expandierenden Gesundheitsmarkt als Buy-and-build-Investoren einsteigen. Die Logik dabei: Wertsteigerung

- gen in vergleichsweise unprofessionell bewirtschafteten Dienstleistungssektoren sind aufgrund der niedrigen Absprungbasis leichter zu realisieren als in Leading Industries.
- (e) **Digitale Transformation:** Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT)-induzierte Beratungsbedarfe sind symptomatisch für das gesamte Gesundheitswesen, das wie kaum eine andere Branche aus der Transformation von Wissen, Kompetenz und Information ihre Legitimation bezieht. Paper-and-Pencil-Versorgungsmodelle sollen zunehmend durch digitale Lösungen ergänzt oder ersetzt werden, um systemische Leistungsreserven zu mobilisieren. Neben der Implementierung technischer Neuerungen steht aber auch der Abbau psychologischer und rechtlicher Digitalisierungsbarrieren im Vordergrund. So nützlich auf der einen Seite patientenzentrierte Matedatenbanken auch sein mögen, so kritisch wird auch die künstlich-intelligente Großdatenauswertung mit Blick auf den Datenschutz und Persönlichkeitsrechte gesehen. In diesem Kontext sind auch alle cybercrimeinduzierten Beratungsfelder zu sehen, weil Gesundheitseinrichtungen immer auch weiche Anschlagziele repräsentieren.
- (f) **Geschäftsmodellinnovationen:** Die Telemedizin steht stellvertretend für Versorgungslandschaften im Umbruch, wenn erstmals eine distanzbasierte Leistungserbringung in Erwägung gezogen wird. Der Clustercharakter der Digitalisierung lässt im konservativen Gesundheitswesen zahlreiche interessante Innovationsfelder im B2B-, B2C-, aber auch C2C-Format entstehen, wodurch die etablierten Anbieter unter Zugzwang geraten. Digitale Geschäftsmodelle sind im Gesundheitswesen in Medizin, Pflege und Service im Sinne einer komfortablen Versorgungs- und Leistungssteuerung bis hin zu app-basierten Terminierungen denkbar. Consulting 4.0 im Gesundheitswesen könnte auch einen Prozess der gemeinschaftlichen Geschäftsmodellentwicklung im engen Schulterschluss mit dem Klienten beinhalten. Die umsetzungsorientierte Beratung geht dabei nahtlos in die Geschäftsmodellmodellierung bis hin zum Start-up-Management über.

Aus diesen exemplarischen Vorüberlegungen wird deutlich, dass künftig im Gesundheitswesen erhebliche Beratungsbedarfe entstehen werden, die nach maßgeschneiderten Lösungen verlangen. Es bleibt abzuwarten, ob diese klassischen Strategieberatungen, die weltumspannenden Vollsortimenter wie PWC, EY, Deloitte und KPMG oder spezialisierte Hidden Champions des Consultings generiert werden.

### **Beiträge im Überblick: Digitalisierung als integrative Klammer**

Die insgesamt sechzehn Fachbeiträge renommierter Autoren lassen holistisches Gesamtportfolio der Unternehmensberatung im Gesundheitswesen entstehen. Dabei wird dieses bewusst weit interpretiert, um eine myopische Reduktion auf den Krankenkassen- und Versorgungssektor zu verhindern. Vielmehr werden mit Blick auf die durch Digitalisierung schleichend oder disruptiv bewirkten Veränderungen auch neuartige Beratungsfelder ins Visier der Autoren genommen.

Der erste Beitrag befasst sich mit dem Dashboardconsulting im Gesundheitswesen und den sich daraus ergebenden Digitalisierungsoptionen. Die Autoren verfolgen die Idee

eines Scorecard-Systems für Gesundheitsinstitutionen, das die integrierende Logik des Business Model Canvas weiterentwickelt. Während in der Vergangenheit das Medizin- und Krankenhauscontrolling oftmals eher nachsteuernd stattfand, eröffnen app-basierte Dashboardsysteme die Optionen auf verdichtete Echtzeitinformationen. Digital-Health-Anwendungen wird ein hohes Beratungspotenzial attestiert, die in diesem Beitrag mit dem Healthcare Business Transformation Tool (HBTT) pilotiert werden sollen. Hierbei handelt es sich um eine holistische Consultingtoolbox, um digitale Transformationsprozesse im Gesundheitswesen beratungsseitig zu begleiten.

Der zweite Beitrag, der mit „Anforderungen an Führungskräfte im Krankenhaus – Wer ist ein guter CEO in Transformationszeiten?“ überschrieben ist, nimmt die Perspektive des Leadershipconsultings ein, indem die Kardinaligenschaften guter CEOs in Zeiten des Wandels diskutiert werden. Deutlich wird, dass Transformationszeiten und Disruption andere Anforderungen an Führungskräfte stellen als Zeiten der Kontinuität und Planbarkeit.

Gegenstand des dritten Beitrags sind Gesundheitshandwerker und Homecareunternehmen im Spannungsfeld zwischen Ausschreibungen und Social Media. Bedingt durch die teilweise rasanten Veränderungen des Markt- und Wettbewerbsumfelds ergeben sich für die arrivierten Player erhebliche Bedrohungspotenziale durch aggressive Neueinsteiger und Substitutionslösungen. Konkret droht ein Kompetenzentwertungswettbewerb für den Fall, dass sich konventionelle Versorgungsmodelle den digitalen Herausforderungen verweigern.

Mit dem vierten Beitrag wird die Brücke zum IT-Consulting geschlagen. Die IT-Integrationsberatung für Medizinproduktehersteller avanciert angesichts unterschiedlicher Normen, Standards und Schnittstellen zu einem wichtigen Handlungsfeld. Schlecht synchronisierte Technologie- und Systemwelten stellen für Gesundheitsanbieter nicht nur ein medizinisches Sicherheitsrisiko dar, sondern verursachen auch hohe Vernetzungskosten. Medizinproduktehersteller verkaufen in einer modernen Diktion weniger Hardware als vielmehr integrierte Problemlösungen, weshalb im Extremfall auch Wettbewerbsprodukte zum Gegenstand des Beratungsansatzes werden können.

Der fünfte Beitrag hat grundsätzlichen Charakter, indem die digitale Transformation als strategische Herausforderung für das Gesundheitswesen interpretiert wird. Deutlich wird, dass digitale Imperative die Sektoren des Gesundheitswesens in unterschiedlichen Geschwindigkeiten erfassen werden. Fakt ist, dass es sich bei der Digitalisierung um einen Veränderungstreiber handelt, der längerfristig zu tektonischen Verschiebungen bei den etablierten Geschäfts- und Versorgungsmodellen führen wird.

Der sechste Beitrag thematisiert den Wertbeitrag externer Berater, denen eine wichtige Komplementärfunktion zugewiesen wird. Die Autoren votieren für eine Integration des Klienten in den Beratungsprozess, um sicherzustellen, dass keine realitätsfernen und aseptischen Konzepte entwickelt werden, die nicht in den Klinikkontext passen.

Der siebte Beitrag widmet sich dem durch Digitalisierung bewirkten Kulturumbruch in der Medizin. Schnell wird klar, dass die Digitalisierungsdebatte nicht nur auf Technologie- und Rechtsfragen reduziert werden sollte, sondern vor allem die Kultur als weichen Faktor des Wandels ausdrücklich anerkennen sollte.

Projektsteuerung, Due Diligence und Kaufpreisfindung bei Transaktionen im Gesundheitswesen sind Analysefelder des achten Beitrags, der in diesem Prozess die Rolle der Unternehmensberatung untersucht. Das Fusions-, Übernahme- und Beteiligungsmanagement gewinnt im Gesundheitswesen zunehmend an Relevanz, wodurch hohe Beratungsbedarfe entstehen werden.

Der neunte Beitrag lenkt die Aufmerksamkeit auf IT-Themen im Gesundheitswesen, die stärker strategisch vorgedacht werden sollten. Während bislang im Gesundheitswesen IT-Fragestellungen auf sehr operativer Ebene behandelt wurden, plädieren die Autoren diesbezüglich für eine stärkere Strategieorientierung, um eine Langfristorientierung im Gesundheitswesen sicherzustellen. Gerade mit Blick auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens bedarf es zunehmend einer strategischen Grundsatzorientierung, um visionäre Führung und operatives Tagesgeschäft zu synchronisieren.

Der zehnte Beitrag hat juristischen Charakter und thematisiert die Maßnahmen zur Umsetzung der europäischen Medical Device Regulation bei klein- und mittelständischen Herstellern von Medizinprodukten. Hier geht es aus KMU-Sicht um Sicherstellung der Richtliniencompliance, die oft zum Flaschenhals des Unternehmenserfolgs wird. Die Rechts-, Regel- und Regulationstreue stehen unter Ägide verschärfter Compliancerichtlinien, deren Verkennung bzw. Falschauslegung zu negativen ökonomischen Konsequenzen führen kann.

Der elfte Beitrag greift die medizinische Strategieentwicklung und -implementierung in Krankenhäusern auf, die in der Diktion der Autoren eine eigenständige Planungsdimension repräsentieren. Die Medizin lässt sich als Wertschäftungsmotor eines jeden Krankenhauses interpretieren, weshalb sie einer dezidierten, aber dennoch integrierten Strategieentwicklung bedarf. Konkret bedeutet dies eine enge Verzahnung von medizinischer und betriebswirtschaftlicher Strategieentwicklung, um keine Janusköpfigkeit in der Ausrichtung eines Krankenhauses zu erzeugen.

Der zwölfte Beitrag beschäftigt sich fallstudienartig mit dem virtuellen Klinikverbund KREX als Lösungsansatz und Zukunftskonzept für kleine und mittelgroße Krankenhäuser, die im Sinne der Sharing Economy von den Skalen- und Synergieeffekten der Vernetzung profitieren wollen. Shared-Services-Lösungen – unterstützt von KREX-Experten – ermöglichen die Virtualisierung der eigenen Leistung durch koordinierte Zusammenführung komplementärer Aktivposten. Auf diese Weise lässt sich einerseits die rechtliche Unabhängigkeit aufrechterhalten und andererseits gegenüber den großen Klinikkonzernen Sichtbarkeit und Marktmacht generieren.

Mit dem 13. Beitrag wird die Verbindung zur Evidenzberatung aus Sicht der Medizingeräteindustrie hergestellt. Diskutiert werden Instrumente der Evidenzgenerierung als Grundlage für Geschäftslösungen in der Healthcare-Industrie. Die gesundheitsökonomische Fachberatung erweist sich hierbei als Schlüssel zu faktenbasierter Nutzenkommunikation gegenüber erfolgskritischen Anspruchsgruppen und Institutionen.

Im 14. Beitrag wird die Warenwirtschaft mit den Digitalisierungsherausforderungen konfrontiert und dabei die These einer gegenwärtig anachronistischen Ressourcenbewirtschaftung aufgestellt. Leistungsstarke Bewirtschaftungskonzepte stehen zwar zur Verfügung,

doch mangelt es oft an der professionellen und kontextspezifischen Implementierung. Nur so kann es gelingen, Qualitäts-, Kosten- und Zeitvorteile zu realisieren. Der Beitrag führt dem Leser vor Augen, wie der Transformationsprozess analoger Warenwirtschaftssysteme gelingen kann, um aus den Chancen der Digitalisierung Kapital zu schlagen.

Der 15. Beitrag akzentuiert das strategische Krankenhausmarketing aus einer holistisch-integrativen Perspektive. „Mitarbeiter motivieren, Einweiserpotenziale heben, Patienten begeistern“ lautet die Kernaussage der Autoren, wenn es darum geht, erfolgskritische Zielgruppen anzusteuern. Deutlich wird dabei, dass das strategische Krankenhausmarketing vielschichtiger Natur ist, weil Einweiser, Mitarbeiter und Patienten zunehmend Kundenstatus genießen, die den Charakter strategischer Erfolgspotenziale besitzen.

Der letzte und 16. Beitrag widmet sich den Public Affairs in der Gesundheitspolitik, indem das Spannungsfeld zwischen Produktlobbying und Patienteninteressen thematisiert wird. In stark regulierten Gesundheitsmärkten entwickelt sich die professionelle „Bespielung“ des Nichtmarktsystems zu einem strategischen Erfolgsfaktor, um auf indirektem Weg ökonomische Interessen durchzusetzen. Die Autoren gehen der Fragestellung nach, wie verspieltes Vertrauen auf Gesundheitsmärkten wiederhergestellt werden kann, die keiner rein marktwirtschaftlichen Logik folgen.

### **Consulting im Gesundheitswesen im Visier der Digitalisierung**

Je nach Standpunkt wird die Digitalisierung als Segen oder Fluch empfunden. Allen Beiträgen ist jedoch inhärent, dass eine Negierung oder Ausblendung digitaler Imperative längerfristig mit erheblichen Wettbewerbsnachteilen einhergeht. Gerade weil die Gesundheitswirtschaft extrem wissens- und kompetenzintensiv ist, bietet die Digitalisierung die große Chance einer Skalierung, Veredelung und userzentrierten Zuleitung entscheidungsrelevanter Informationen. Unternehmensberatung im Gesundheitswesen impliziert eine sehr differenzierte Betrachtungs- und Herangehensweise allein schon aufgrund des rigiden Marktordnungsrahmens und der auf Gesundheitsmärkten angebotenen Vertrauensgüter. Zum einen müssen digitale Probleme in Gesundheitsbetrieben gelöst werden, zum anderen aber stehen zunehmend digitale Tools zur Verfügung, um die Unternehmensberatung zu ökonomisieren – und dies auch im Gesundheitssektor. Als Vorgriff auf die folgenden Beiträge sollen nun eine Reihe diskutabler Thesen zum Consulting im Gesundheitswesen abgeleitet werden, um die Thematik in einen provokativen Gesamtzusammenhang einzubetten:

Künstlich-intelligente Consultingtools werden die Art und Qualität der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen substanziell vereinfachen und verbessern.

Es ist eine zunehmende Nachfrage nach Complianceconsulting im weiteren Sinne festzustellen, um aus Sicht der betroffenen Unternehmen Konflikte mit dem Rechts- und Regulierungsrahmen präventiv zu vermeiden.

Strategisches Denken und Lenken avanciert im Gesundheitswesen zum kritischen Erfolgsfaktor, um die Herausforderungen der digitalen Disruption in etablierten, aber neuen Geschäfts- und Versorgungsmodellen zu berücksichtigen.

Das Vertrauensgut Gesundheit bedarf differenzierter Beratungsansätze, um ethisch-moralische Konflikte auf normativen Handlungsebenen zu vermeiden. Viele Stakeholder stellen an Gesundheitsgüter besonders hohe ethische Anforderungen, die teilweise eine Modifizierung klassischer Beratungsdoktrinen erzwingen.

Hidden Champions und Healthcare-Spezialisten sind in Teilbereichen den großen Consultingflaggschiffen überlegen, weil sie den Stallgeruch der Branche stärker in die Problemlösungen einbringen.

Jede Branche beansprucht für sich ein Unikat zu sein, doch lassen sich trotz aller Unterschiedlichkeit die Consulting-Best-Practices anderer Branchen in adjustierter Form auf das Gesundheitswesen übertragen.

Die Beiträge der einzelnen Autoren in diesem Sammelband sind wie folgt zusammengestellt: Zusammenfassung, Gliederung, Anschrift, 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.

Wir möchten uns bei den zahlreichen Autoren des Bandes bedanken, die viele aktuelle und spannende Themen aus Praxis und Wissenschaft eingebracht haben. Weiterhin möchten wir uns ganz herzlich an dieser Stelle bei Frau Schlomski und bei Frau Sekar bedanken, die uns bei der Erstellung des Sammelbandes sehr mit ihren Ideen unterstützt haben.

Neu-Ulm, im September 2018

Christoph Rasche  
Mario A. Pfannstiel  
Andrea Braun von Reinersdorff  
Bianka Knoblach  
Dietmar Fink

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Dashboardconsulting im Gesundheitswesen – Digitalisierungsoptionen und Anwendungsfelder</b> . . . . .	1
Thorsten Knappe, Peter Hufnagl und Christoph Rasche	
<b>2 Anforderungen an Führungskräfte im Krankenhaus – Wer ist ein guter CEO in Transformationszeiten?</b> . . . . .	29
Markus Bazan	
<b>3 Gesundheitshandwerker und Homecareunternehmen im Spannungsfeld zwischen Ausschreibungen und Social Media</b> . . . . .	47
Michael Messner, Stipo Vukoja und Maya Petrov	
<b>4 IT-Integrationsberatung für Medizinproduktehersteller</b> . . . . .	63
Andreas Zimolong und Sandra Fiehe	
<b>5 Digitale Transformation als strategische Herausforderung</b> . . . . .	79
Beate Kasper, Heike Kielhorn und Matthias P. Schönermark	
<b>6 Komplementärberatung in einem dynamischen Markt</b> . . . . .	103
Pia Drauschke, Stefan Drauschke, Hartmut Ponßen und Jörg Risse	
<b>7 Digitalisierung ist Kulturumbruch – Medizin im Zentrum des Wandels</b> . . .	117
Konrad Rippmann	
<b>8 Projektsteuerung, Due Diligence und Kaufpreisfindung – Unternehmensberatung bei Transaktionen im Gesundheitswesen</b> . . . . .	135
Matthias Borchers und Karolin Kwickert	
<b>9 IT-Strategieberatung für Krankenhäuser</b> . . . . .	159
Uwe Günther und Timo Braun	
<b>10 Maßnahmen zur Umsetzung der europäischen Medical Device Regulation bei klein- und mittelständischen Herstellern von Medizinprodukten</b> . . . . .	179
Franz Menean, Nicole Menean, Florian Rometsch, Michael Großmann und Tamara Becker	

---

<b>11</b>	<b>Medizinische Strategieentwicklung und -implementierung in Krankenhäusern</b> .....	201
	Annika Emde und Michaela Lemm	
<b>12</b>	<b>Der virtuelle Klinikverbund</b> .....	217
	Fred Andree, Kristin Blendow und Jan Patrick Glöckner	
<b>13</b>	<b>Instrumente der Evidenzgenerierung als Grundlage für Geschäftslösungen in der Healthcare-Industrie</b> .....	241
	Tino Schubert und Tobias Vogelmann	
<b>14</b>	<b>Bewirtschaftung im Wandel – Vom Säbelzahn tiger zum digitalen Zeitalter</b> .....	263
	Tanja Heiß	
<b>15</b>	<b>Strategisches Marketing im Krankenhaus – Mitarbeiter motivieren, Einweiserpotenziale heben, Patienten begeistern</b> .....	285
	Andrea E. Raab, Thomas Doyé, Klaus Legl, Julia Wolf und Bettina Kriegl	
<b>16</b>	<b>Vertrauen schaffen und Lösungen anbieten</b> .....	317
	Holger Friedrich und Rieke Schulz	
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	333

---

## Über die Herausgeber

**Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel** ist Professor für Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen – insbesondere innovative Dienstleistungen und Services an der Hochschule Neu-Ulm. 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. Die Promotion erfolgte an der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät und dem Lehrstuhl für Management, Professional Services und Sportökonomie der Universität Potsdam. Im Herzzentrum Leipzig arbeitete er als Referent des Ärztlichen Direktors. Seine Forschungsarbeit umfasst zahlreiche Beiträge, Zeitschriften und Bücher zum Management in der Gesundheitswirtschaft.

**Univ.-Prof. Dr. rer. pol. habil. Christoph Rasche** Jahrgang 1965 in Münster, ist Leiter der Sektion „Professional Services“ an der Universität Potsdam. Zugleich war er mehrere Jahre geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Sportwissenschaft und fungiert als Professor für Sportmanagement und Sportökonomie. Professor Rasche besitzt eine Doppelmitgliedschaft in der Humanwissenschaftlichen und der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam. Von 1995–1998 war Prof. Rasche Topmanagementberater bei der Unternehmerberatung DROEGE & Comp. AG. Er übt(e) u. a. Gastprofessuren an den Universitäten Innsbruck, Alcalá de Henares (Madrid), Jena sowie der Hochschule Osnabrück im Rahmen der MBA-Ausbildung aus. Prof. Rasche wirkt als Unternehmensberater und Executive Trainer zur Stimulierung des Diskurses zwischen Wissenschaft und Praxis. Seine Forschungs- und Beratungsschwerpunkte beinhalten folgende Themenfelder: multifokales Management, Corporate Restructuring, Professional Services sowie Sport- und Gesundheitsmanagement. Die Dissertation erfolgte zum Thema „Wettbewerbsvorteile durch Kernkompetenzen“; der Titel Habilitationsschrift lautet „Multifokales Management“.

**Prof. Dr. rer. pol. Andrea Braun von Reinersdorff** Jahrgang 1966, übt eine Professur Krankenhaus- und Personalmanagement an der Hochschule Osnabrück aus. Sie unterrichtet strategisches Gesundheits- und Krankenhausmanagement im Rahmen zahlreicher MBA-Programme (u. a. WU Wien, Hochschule Osnabrück) und widmet sich in der Forschung dem Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen sowie den Gestaltungsoptionen der strategischen Repositionierung von Expertenorganisationen. Andrea Braun von Reinersdorff promovierte an der Universität Bayreuth zum „Balanced Hospital Management“. Ihre Dissertation erscheint demnächst als Standardwerk der Gesundheitswirtschaft in der 3. vollständig überarbeiteten Auflage. Derzeit wirkt Andrea Braun als Dekanin für Forschung und Lehre und Innovationsbeauftragte der Hochschule Osnabrück.

**Bianka Knoblach** ist geschäftsführende Direktorin der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Management und Beratung (WGMB) in Bonn und leitet das Deutsche Institut für Beratungswissenschaften in Berlin. Nach verschiedenen Stationen in der Management- und Technologieberatung forscht und lehrt sie seit über zehn Jahren an verschiedenen Hochschulen in den Bereichen Organisationspsychologie und Beratung. Ihre Arbeiten zur Kompetenz, zur Reputation und zum Impact von Beratern haben in der Wissenschaft und in der Praxis seit vielen Jahren ihren festen Platz. Sie ist Autorin zahlreicher wissenschaftlicher Fachbeiträge und mehrerer Bücher zu den Themen Macht und Beratung.

**Professor Dr. Dietmar Fink** ist Inhaber der Professur für Unternehmensberatung an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, geschäftsführender Direktor der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Management und Beratung (WGMB) in Bonn und wissenschaftlicher Beirat des Deutschen Instituts für Beratungswissenschaften in Berlin. Er gilt als anerkannter, aber auch kritischer Begleiter der Beraterszene. Seit 20 Jahren berät er Firmen wie McKinsey, die Boston Consulting Group, KPMG, PwC und andere führende Beratungsunternehmen. Er ist Autor zahlreicher Bücher sowie einer Vielzahl von Artikeln und Kommentaren in renommierten Publikationen der Tages-, Fach- und Wirtschaftspresse.

---

## Herausgeberanschriften

**Prof. Dr. Dietmar Fink** Deutsches Institut für Beratungswissenschaften, Berlin, Deutschland, [dietmar.fink@wgmb.org](mailto:dietmar.fink@wgmb.org)

**Bianka Knoblach** Deutsches Institut für Beratungswissenschaften, Berlin, Deutschland, [bianka.knoblach@wgmb.org](mailto:bianka.knoblach@wgmb.org)

**Prof. Dr. Mario Pfannstiel** Fakultät Gesundheitsmanagement, Hochschule Neu-Ulm, Neu-Ulm, Deutschland, [mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de](mailto:mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de)

**Prof. Dr. Christoph Rasche** Humanwissenschaftliche, Fakultät, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche, Fakultät, Management Professional Services Sportökonomie, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland, [chrasche@uni-potsdam.de](mailto:chrasche@uni-potsdam.de)

**Prof. Dr. Andrea Braun von Reinersdorff** Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Deutschland, [a.braun@hs-osnabrueck.de](mailto:a.braun@hs-osnabrueck.de)

---

## Autorenverzeichnis

**Fred Andree** KREX GmbH, Siegburg, Deutschland, [f.andree@krex-kliniken.de](mailto:f.andree@krex-kliniken.de)

**Markus A. Bazan** BAZAN Managementgesellschaft mbH, Witten, Deutschland, [bazan@bazan.de](mailto:bazan@bazan.de)

**Tamara Becker** MEDAGENT GmbH, Mühlheim an der Donau, Deutschland, [tamara.becker@medagent.de](mailto:tamara.becker@medagent.de)

**Kristin Blendow** KREX GmbH, Siegburg, Deutschland, [k.blendow@krex-kliniken.de](mailto:k.blendow@krex-kliniken.de)

**Matthias Borchers** Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Curacon GmbH, Münster, Deutschland, [matthias.borchers@curacon.de](mailto:matthias.borchers@curacon.de)

**Timo Braun** Sanovis GmbH, München, Deutschland, [info@sanovis.com](mailto:info@sanovis.com)

**Prof. Dr. Thomas Doyé** Business School, Technische Hochschule Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland, [Thomas.Doye@thi.de](mailto:Thomas.Doye@thi.de)

**Stefan Drauschke** Next Health GmbH, Berlin, Deutschland, [stefan.drauschke@nexthealth.de](mailto:stefan.drauschke@nexthealth.de)

**Annika Emde** hcb GmbH, Essen, Deutschland, [annika.emde@hcb-institute.de](mailto:annika.emde@hcb-institute.de)

**Sandra Fiehe** Synagon GmbH, Aachen, Deutschland, [Sandra.Fiehe@Synagon.de](mailto:Sandra.Fiehe@Synagon.de)

**Dr. Holger Friedrich** Pathways Public Health GmbH, Berlin, Deutschland, [Holger.friedrich@pathways-ph.com](mailto:Holger.friedrich@pathways-ph.com)

**Jan Patrick Glöckner** KREX GmbH, Siegburg, Deutschland, [jp.gloeckner@krex-kliniken.de](mailto:jp.gloeckner@krex-kliniken.de)

**Michael Großmann** MEDAGENT GmbH, Mühlheim an der Donau, Deutschland, [michael.grossmann@medagent.de](mailto:michael.grossmann@medagent.de)

**Dr. Uwe Günther** Sanovis GmbH, München, Deutschland, [info@sanovis.com](mailto:info@sanovis.com)

**Tanja Heiß** Leitung Marketing und Vertrieb, Lenus GmbH, Frankfurt, Deutschland, [tanja.heiss@lenus.de](mailto:tanja.heiss@lenus.de)

**Prof. Dr. Peter Hufnagl** Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland, [peter.hufnagl@charite.de](mailto:peter.hufnagl@charite.de)

**Beate Kasper** SKC Beratungsgesellschaft mbH, Hannover, Deutschland, [kasper@skc-beratung.de](mailto:kasper@skc-beratung.de)

**Heike Kielhorn** SKC Beratungsgesellschaft mbH, Hannover, Deutschland, [kielhorn@skc-beratung.de](mailto:kielhorn@skc-beratung.de)

**Thorsten Knappe** Universität Potsdam, Berlin, Deutschland, [thorsten.knappe@uni-potsdam.de](mailto:thorsten.knappe@uni-potsdam.de)

**Bettina Kriegl** Technische Hochschule Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland, [Bettina.Kriegl@thi.de](mailto:Bettina.Kriegl@thi.de)

**Karolin Kwickert** Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Curacon GmbH, Ratingen, Deutschland, [karolin.kwickert@curacon.de](mailto:karolin.kwickert@curacon.de)

**Klaus Legl** Technische Hochschule Ingolstadt, München, Deutschland, [klauslegl@aol.com](mailto:klauslegl@aol.com)

**Dr. Michaela Lemm** hcb GmbH, Essen, Deutschland, [michaela.lemm@hcb-institute.de](mailto:michaela.lemm@hcb-institute.de)

**Franz Menean** MEDAGENT GmbH, Mühlheim an der Donau, Deutschland, [franz.menean@medagent.de](mailto:franz.menean@medagent.de)

**Nicole Menean** MEDAGENT GmbH, Mühlheim an der Donau, Deutschland, [nicole.menean@medagent.de](mailto:nicole.menean@medagent.de)

**Michael Messner** M Assist GmbH, Troisdorf, Deutschland, [mmessner@massist.de](mailto:mmessner@massist.de)

**Maya Petrov** M Assist GmbH, Troisdorf, Deutschland, [mpetrov@massist.de](mailto:mpetrov@massist.de)

**Prof. Dr. Andrea E. Raab** Business School, Technische Hochschule Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland, [Andrea.Raab@thi.de](mailto:Andrea.Raab@thi.de)

**Konrad Rippmann** LOHMANN konzept GmbH, Hamburg, Deutschland, [k.rippmann@lohmannkonzept.de](mailto:k.rippmann@lohmannkonzept.de)

**Florian Rometsch** MEDAGENT GmbH, Mühlheim an der Donau, Deutschland, [florian.rometsch@medagent.de](mailto:florian.rometsch@medagent.de)

**Prof. Dr. Matthias P. Schönermark** SKC Beratungsgesellschaft mbH, Hannover, Deutschland, [schoenermark@skc-beratung.de](mailto:schoenermark@skc-beratung.de)

**Tino Schubert** LinkCare GmbH, Stuttgart, Deutschland, [ts@link-care.de](mailto:ts@link-care.de)

**Rieke Schulz** Pathways Public Health GmbH, Berlin, Deutschland, [rieke.schulz@pathways-ph.com](mailto:rieke.schulz@pathways-ph.com)

**Tobias Vogelmann** LinkCare GmbH, Stuttgart, Deutschland, [ts@link-care.de](mailto:ts@link-care.de)

**Stipo Vukoja** M Assist GmbH, Troisdorf, Deutschland, [svukoja@massist.de](mailto:svukoja@massist.de)

**Dr. Julia K. Wolff** IGES Institut, München, Deutschland, [julia.wolf@email.de](mailto:julia.wolf@email.de)

**Andreas Zimolong** Synagon GmbH, Aachen, Deutschland, [Andreas.Zimolong@Synagon.de](mailto:Andreas.Zimolong@Synagon.de)



# Dashboardconsulting im Gesundheitswesen – Digitalisierungsoptionen und Anwendungsfelder

1

Thorsten Knappe, Peter Hufnagl und Christoph Rasche

## Inhaltsverzeichnis

1.1 Consulting im Gesundheitswesen .....	2
1.2 Dashboardconsulting als Gestaltungsimperativ .....	4
1.3 Digital-Health-Consulting: Status, Perspektiven und Anwendungen .....	8
1.3.1 Erfolgsdimensionen von Digital-Health-Anwendungen .....	8
1.3.2 Stresstest für Digital-Health-Applikationen .....	10
1.3.3 Reifegradmanagement digitaler Geschäftsmodelle .....	12
1.3.4 Strategie – Geschäftsmodell – Erfolgsautomatismus? .....	14
1.4 Healthcare-Business-Transformation-Consulting .....	16
1.4.1 HBTT-Digital-Health-Dashboard für Gesundheitslösungen .....	16
1.4.2 Das HBTT-Digital-Health-Dashboard im Detail mit Leitfragen .....	17
1.4.3 Vorgehensweise: Der HBTT-Digital-Health-Business-Sprint .....	20
1.4.4 Der HBTT-Business-Modul-Portfolio-Konfigurator .....	21
1.4.5 Digitale Perspektiven .....	22
1.5 Schlussbetrachtung .....	24
Literatur .....	25

---

T. Knappe (✉)

Management & Professional Services, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

E-Mail: [thorsten.knappe@uni-potsdam.de](mailto:thorsten.knappe@uni-potsdam.de)

P. Hufnagl

Telemedizin Centrum, Digitale Pathologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

E-Mail: [peter.hufnagl@charite.de](mailto:peter.hufnagl@charite.de)

C. Rasche

Humanwissenschaftliche, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

E-Mail: [chrasche@uni-potsdam.de](mailto:chrasche@uni-potsdam.de)

---

## Zusammenfassung

An dieser Stelle sollen unter die Rubrik der Dashboardmanagementsysteme stark kondensierte Canvas- und Navigatorenmodelle subsumiert werden, die dem Management künftig unter Echtzeitbedingung die Möglichkeit eines feingranularen Geschäftsmodellcontrollings bieten. Einhergehend mit der digitalen Transformation fast aller Wirtschaftszweige sind hohe Beratungsbedarfe zu konstatieren, die sich zunehmend im datengetriebenen Gesundheitswesen ergeben. Kaum eine Branche ist derart wissens- und kompetenzintensiv wie das Gesundheitswesen, wenngleich hier mit teilweise anachronistischen Managementpraktiken operiert wird. Die Irrungen und Wirrungen rund um die Einführung der elektronischen Patientenakte verdeutlichen, dass zwar im Gesundheitswesen selektiv Hochtechnologieinseln existieren, die aber im Sinne einer holistischen Internet of Things-Logik kaum miteinander schnittstellenübergreifend kommunizieren. Das Dashboardconsulting verschafft dem Management echtzeitbasierte Zugänge zu den Datenwelten komplexer Geschäftsmodelle, um bessere und effizientere Entscheidungen fällen zu können. Hierüber definiert sich gerade das Gesundheitswesen. Dieser Beitrag fasst erste Ergebnisse der Arbeiten des Forschungsprojekts „AID: Mensch-Technik-Inter-Aktion zur Individualisierten Depressionsbehandlung und -verhinderung“ zusammen, das mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Programm KMU-innovativ gefördert wurde (Förderkennzeichen 16 SV 7879).

---

## 1.1 Consulting im Gesundheitswesen

Der Markt für Beratungsleistungen entwickelt sich gegenwärtig sehr günstig und ist von einem hohen Wachstum einschließlich einer Vielzahl neuer Geschäftsmodelle und Anbieter gekennzeichnet. Allgemein üblich ist eine Differenzierung der Akteure nach unterschiedlichen Vektoren, um die Art und Qualität der Beratungsleistung qualifizieren zu können. Abgesehen von den wenigen Ausnahmen einer Vollsortimentsstrategie fokussieren sich die meisten der Akteure auf Beratungsschwerpunkte zum Ziel der Erlangung profilscharfer Alleinstellungsmerkmale im Markt. Beratungsleistungen lassen sich dabei entlang folgender Ordnung schaffender Kriterien differenzieren, wobei diese nicht ausschließlicher Natur und damit kombinierbar sind (Rasche et al. 2017, S. 176 ff.).

- a. **Branchenfokus:** Hiermit gemeint ist die Konzentration der Beratungsleistung auf eine Branche, wie zum Beispiel das Gesundheitswesen im Allgemeinen oder einzelne Subsektoren des Gesundheitswesens. Zu denken ist hierbei an Klinikberatung, Krankenkassenberatung oder die Konzentration auf den ambulanten Sektor. Bei weiterer Marktabgrenzung im Sinne einer Synthese von Pathogenese und Salutogenese umfasst das Healthcare-Consulting den ersten, zweiten und dritten Gesundheitsmarkt, sodass der Markt für pharmazeutische Produkte, Medizingeräte oder Fitnessprodukte ebenfalls von hoher Relevanz ist.

- 
- b. **Funktionsfokus:** In diesem Fall konzentriert sich die Beratungsleistung auf eine oder mehrere Wertschöpfungsaktivitäten, wie z. B. Einkauf, Beschaffung und Logistik, Leistungserstellung und Dienstleistungsproduktion oder Marketing und Vertrieb. Oftmals liegt der Schwerpunkt der Beratung auch auf einer Optimierung der indirekten Bereiche einer Organisation, wenn eine Verschlinkung der Verwaltungsbereiche auf der Agenda der Unternehmensberatung steht. Häufig sind für den Kliniksektor Beratungsbedarfe entlang der gesamten Wertschöpfungskette festzustellen, wobei sich dann die Frage stellt, ob eine einzelne Unternehmensberatung hierfür qualifiziert ist oder ob mehrere Spezialisten zu rekrutieren sind.
- c. **Globalisierungsfokus:** Bis auf wenige Ausnahmen wie Big Pharma oder die Medizingeräteindustrie war das Gesundheitswesen bedingt durch den landesspezifischen Marktordnungsrahmen stark national oder sogar regional bis lokal geprägt. Aufgrund grenzüberschreitender Klinikakquisitionen, einer europaweiten Personalsuche, internationaler Patientenströme, globaler Finanzinvestoren und globaler Patientenströme werden den Unternehmensberatungen im Gesundheitswesen zunehmend globale Fähigkeiten abverlangt. Gesundheits- und Klinikkonzerne müssen gezielt auf die Globalisierungsanforderungen vorbereitet werden – zumal der Trend zur Kettenbildung im stationären, aber ambulanten Sektor anhalten wird.
- d. **Methodenfokus:** Gerade im ausdifferenzierten Gesundheitswesen ist eine Consultingprofilierung durch eine Konzentration auf Tools und Techniken möglich, die einen konkreten Klientennutzen bieten. Zu denken ist in diesem Fall an das Dashboardconsulting im Gesundheitswesen, um den Entscheidungsträgern erfolgskritische Informationen über medizinische, pflegerische oder betriebswirtschaftliche Sachverhalte unmittelbar auf mobilen Endgeräten zuzuleiten. Zu nennen wäre auch eine spezifische Methodenkompetenz auf dem Gebiet des Risiko-, Qualitäts- und Sicherheitsmanagements eines Krankenhauses – handelt es sich hierbei doch um eine Hochrisikoorganisation. Ein weiterer methodischer Schwerpunkt könnte im Bereich des Medizincontrollings liegen, ohne dass eine professionelle Klinikführung unmöglich scheint.
- e. **Problemlösungsfokus:** Viele Unternehmensberatungen setzen thematische Akzente, indem sie sich z. B. auf Strategie- oder Umsetzungsthemen konzentrieren. Einige Consultingfirmen arbeiten stark studien- und wissenschaftsorientiert, wobei der Schwerpunkt auf der Problemfeldanalyse liegt, ohne die von ihnen entwickelten Konzepte notwendigerweise umsetzen zu wollen. Allerdings ist die analytisch differenzierte Ratgeberrolle klientenseitig immer weniger gefragt, weil Unternehmensberatungen moderner Prägung verstärkt als Co-Value Creators agieren. Hiermit gemeint ist die Ergreifung konkret unternehmerischer Initiativen in engem Dialog mit dem Kunden, um messbare Ergebnisse durch eine meilensteinbasierte Projektumsetzung zu erzielen. Mitunter entwickelten Unternehmensberater im Schulterchluss mit ihren Kunden konkrete Geschäftsideen, projektieren diese und stellen zudem Beteiligungskapital zur Verfügung.
- f. **Governance-Fokus:** Hiermit gemeint ist eine formale Rechtsstellung einer Organisation im Sinne definierter Eigentums- und Verfügungsrechte, wie sich am Beispiel fremd- und selbst organschaftlich geführter Unternehmen zeigt. Krankenhäuser werden in

öffentlicher, kirchlicher oder privater Trägerschaft auf unterschiedlichen Versorgungsstufen betrieben. Letztere reichen vom Grund- und Regelversorger bis hin zur Universitätsklinik. Aus unterschiedlichen Trägerschaften und Betriebsgrößen leiten sich oftmals variiende Beratungsbedarfe ab. Übertragen auf den Consultinggesamtmarkt bedeutet dies, dass es neben vielen KMU-Beratern auch solche gibt, die nur Beratungsmandate ab einer bestimmten Betriebsgröße akzeptieren, also organisationsdemografische Kriterien bei der Entscheidungsfindung heranziehen. Jenseits der formalen Rechtsstellung und der Beteiligungsverhältnisse gilt für viele Institutionen des Gesundheitswesens, dass es sich hierbei um Expertenorganisationen handelt. Dieser Organisationstypus verlangt in der Regel nach spezifischen Beratungsansätzen, weil sich Professionals (Experten, Wissenschaftler, Mediziner) oftmals grundlegend von „konventionellen“ Arbeitnehmern unterscheiden.

Unternehmensberatungen haben nun die Möglichkeit, entlang der hier diskutierten Fokussierungsvektoren Prioritäten zu setzen. Typische Hidden Champions der Unternehmensberatung sehen ihr Alleinstellungsmerkmal in der starken Spezialisierung, während global agierende Generalisten mit einer Gesamtmarktabdeckung multivektoriell zu punkten versuchen. One-face-to-the-customer-Geschäftsmodelle sind kennzeichnend für die großen Beratungshäuser, die von der Strategieberatung über die Organisations- und Prozessberatung auch das operative IT-Consulting sowie die Wirtschafts-, Steuer- und Rechtsberatung im Rahmen ihres diversifizierten Leistungsportfolios anbieten. Zwar sind zwischen den einzelnen Geschäftsfeldern aus Compliancegründen juristische Demarkationslinien zu ziehen, doch lassen sich strategische Synergieambitionen nicht negieren. Der stark wachsende, konvergierende und auf Größenvorteile bedachte Gesundheitsmarkt rückt dabei verstärkt in das Blickfeld der Unternehmensberatung, weil infolge der Markt- und Wettbewerbskonsolidierung nicht nur eine steigende Marktdynamik festzustellen ist, sondern auch eine überregionale bis internationale Anbieterstruktur. Die entstehenden Klinikkonzerne werden anders geführt als kommunale Grundversorger – verbunden mit attraktiven und vor allem lukrativen Beratungsfeldern (Rasche et al. 2018).

---

## 1.2 Dashboardconsulting als Gestaltungsimperativ

Unter dem Schlagwort des Dashboardconsultings sollen alle beratungsaffinen Ansätze subsumiert werden, die eine stark kondensierte Unternehmenssteuerung über strategische und operative Leistungsindikatoren zum Gegenstand haben. Vorreiter auf diesem Gebiet waren die Balanced Scorecard (BSC) oder auch das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM), denen eine mehrdimensionale und kausale Leistungserfassung inhärent ist. Allgemein differenziert wird zwischen eher unabhängigen Beeinflussungsgrößen und abhängigen Ergebnisvariablen, wie z. B. die finanzielle Performanz. Während die unabhängigen Leistungsindikatoren die Tiefenstruktur eines Geschäftsmodelles abbilden, repräsentieren abhängige Key Performance Indicators (KPIs) bzw. Ergebnisvariablen dessen Oberflächenstruktur im Sinne unmittelbarer und

direkt quantifizierbarer Erfolgsdimensionen. Gemein ist dem Dashboardconsulting eine ausgeprägte Neigung zur Klientensensibilisierung für multifokale und kausal vernetzte Messmetriken, um die kurz-, mittel- und langfristige Leistungsfähigkeit ihrer Organisation möglichst quantitativ zu erfassen (Rasche und Schmidt-Gothan 2017, S. 1983 ff.). Zwar ist ein Führen und Steuern mit Kennzahlen nicht gänzlich neu in der Betriebswirtschaftslehre, doch besteht im Zuge der digitalen Transformation nunmehr die Option zur verzögerungsfreien Großdatenanalyse mittels künstlicher Intelligenz (KI). Trotz ihrer bislang noch embryonalen Anwendungen wird dieser prospektiv das Triggerpotenzial zur Bewirkung tektonischer Verschiebungen im Consultingsektor zugeschrieben. Im konkreten Fall des Gesundheitswesens erhält der Unternehmensberater nicht nur Zugang zu den Datenwelten eines Krankenhauses, sondern er steuert die Technologien zur massiven Daten- und Entscheidungsveredelung bei. Anwenderzentrierte, quasi Echtzeitdaten (im Sinne von weitgehend verzögerungsfrei) können auf mobilen Endgeräten bis hin zur Smartwatch nicht nur empfangen werden, sondern dem User werden gleichzeitig Problemfelder samt Lösungsräumen kredenzt. Damit der Wunsch Wirklichkeit wird, sind beim Einsatz der hier skizzierten Dashboardmanagementsysteme allerdings noch eine Reihe technischer, rechtlicher, organisatorischer, betriebswirtschaftlicher und soziopsychologischer Barrieren zu beseitigen. Trotzdem ist die Vision verlockend, im Rahmen von Cockpitmodellen Organisationsrealitäten entsprechend der Nutzeranforderung kaskadenförmig-kausal abbilden und szenariobasiert simulieren zu können. Auf einer strategischen Granulationsstufe evolviert ein digitalisiertes Dashboardmanagement 4.0 zu einem Geschäftsmodellmanagement (Rasche 2013, S. 1076 ff.). Dieses wiederum ist eng verkoppelt mit dem Business-Model-Development, dem es um die Generierung neuer Expansionsoptionen entlang unterschiedlicher Wachstumspfade geht (Produkt, Markt, Kunde, Vertriebskanal, Technologie, Service etc.). Im hier verstandenen Sinne sorgen korrespondierende Dashboardmanagementsysteme für die oft fehlende Erdung visionärer Geschäftsmodelle, denen es oftmals an der metrischen Untersetzung mit Leistungsindikatoren mangelt. Gerade Investoren stellen sich Frage nach der Transformation einer innovativen Geschäftsmodellidee in eine strukturierende Ordnungslogik, die wiederum die Basis für ein Dashboardmanagementsystem bildet. Dieses wiederum lässt im übertragenen Sinne die P2P-Doktrin Realität werden: „from patent to profit“. Nachfolgend sollen einige der prominentesten Dashboardconsultingmethoden kursorisch umrissen werden:

- a. **Führen und Steuern mit Kennzahlen:** Hier wird versucht, ein Unternehmen über betriebswirtschaftliche Leistungskennzahlen erfolgreich zu positionieren. Gesundheitsunternehmen bedienen sich dabei auch immer versorgungsrelevanter Kennzahlen, wie z. B. Bettenbelegungen, Verweildauern oder Komplikationsraten. Bisher wurden Kennzahlen oft nur zur Ex-post-Kontrolle genutzt, anstatt sie zum Gegenstand eines vorsteuernden Medizin- und Krankenhauscontrollings werden zu lassen. Auch mangelte es oftmals an einem holistischen Kennzahlengebäude im Sinne eines House of Indicators.
- b. **Key Performance Indicators:** KPIs lassen sich als strategische Erfolgsfaktoren interpretieren, die den Erfolg einer Organisation maßgeblich determinieren. Diese können dabei ihre Wirkung sowohl auf strategischer als auch auf operativer Ebene entfalten und sind

die Grundlage für Positionierungs- und Effizienzvorteile. Non-Profit-Organisationen mit Versorgungsauftrag verfolgen dabei eine mehrdimensionale KPI-Logik, weil sich deren Gesamtleistung über betriebswirtschaftliche, medizinische und gesamtgesellschaftliche Dimensionen definiert. Angesichts der Volatilität vieler Märkte sollte aber klar sein, dass strategische Erfolgsfaktoren im Zeitablauf an Relevanz bis hin zu Bedeutungslosigkeit verlieren können. Gerade der technisch-medizinische Wandel im Gesundheitswesen begünstigt derartige Kompetenzbewertungsprozesse, wie sich am Beispiel verdrängter oder substituierter Technologien, Therapien oder Medikationen zeigt.

- c. **Cockpitmanagement:** In Analogie zum Cockpitinstrumentarium eines Piloten sollen Managern entsprechende Informationsquellen zur Verfügung stehen, um „auf einen Blick“ die neuralgischen Determinanten des Unternehmenserfolgs überwachen zu können. Letztlich handelt sich beim Cockpitmanagement um eine stark kondensierte Zusammenstellung der entscheidungsrelevanten Leistungs- und Risikoindikatoren im Sinne der 80:20-Regel. In einer modernen Diktion werden die analogen Cockpitcharts durch Cockpit-Apps ersetzt, um „auf Knopfdruck“ die entscheidenden Stellhebel des Organisationserfolgs jederzeit beeinflussen zu können. Predictive-Maintenance-Informationen über den Zustand der Flaschenhalse einer sensiblen Infrastruktur z. B. erfüllen dabei nicht nur die Red-Alert-Funktion, sondern auch die vorsteuernde Intervention zur präventiven Risikoabwehr.
- d. **Balanced Scorecard:** Der Unternehmenserfolg sollte hiernach nicht lediglich auf die abhängige Variable der finanziellen Performanz reduziert werden, sondern das kausale Ergebnis vorgelagerter Variablen. Hierbei handelt es sich um die einzigartige Markt- und Wettbewerbsstellung, ohne die exorbitanten Gewinne und Wertsteigerungen kaum denkbar sind. Kundenwünsche lassen sich wiederum nur dann effizient und exzellent befriedigen, wenn die korrespondierenden Wertschöpfungsprozesse im magischen Dreieck von Qualität, Kosten und Zeit perfektioniert werden. Diese Form der permanenten Geschäftsprozessoptimierung steht in einer sachlogischen Beziehung zu den Lern-, Wachstums- und Kompetenzentwicklungsambitionen einer Organisation, wodurch die strategische Relevanz des Humankapitals in den Fokus der betrieblichen Steuerung rückt. Heutzutage sind fehlende Professionals im Gesundheitswesen ein Hauptgrund für verfehlte Prozess-, Markt- und Finanzziele. Die BSC präjudiziert eine Messbarkeit und Kaskadierung der Organisationsziele bis hin zur Nominierung von Zielverantwortlichen (Challenge Owner), die für deren Erreichung haftbar gemacht werden können.
- e. **Business Model Canvas:** Der BMC (vgl. Osterwalder und Pigneur 2010) dient in seiner Grundlogik der Beschreibung ganzer neuer oder etablierter Geschäftsmodelle über neun Dimensionen. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um: Schlüsselpartner, Schlüsselaktivitäten, Schlüsselressourcen, Wertversprechen, Vertriebskanäle, Kundenbeziehungen, Kundensegmente, Kostenstruktur und Einnahmeströme. Zu monieren ist sowohl die fehlende Strategie- und Wettbewerbsorientierung als auch die mangelnde Umsetzungsorientierung. Den meisten Unternehmen ist nicht mit einer Zustandsbeschreibung eines Geschäftsmodells gedient, ohne dabei auf dessen Verortung im Strategiesystem einzugehen. Ebenso stellt sich die Frage, wie sich prosaische Geschäftsmodelle in implementierte Geschäftssysteme transformieren lassen. Modelle sind zwar

wirklichkeitsgetreue Abbilder der Realität, doch bedürfen diese einer ergebniswirksamen Validierung. Trotzdem eignet sich der BMC als Beratungsansatz im Gesundheitswesen, um z. B. neue Versorgungsmodelle oder Healthcare-Start-ups zu analysieren.

- f. **Business Model Navigator:** Dieses Modell verfolgt eine ähnliche Intention wie der BMC in wesentlich reduzierter Form. Differenziert wird nach dem Nutzenversprechen (Was?), der Ertragsmechanik (Wert?) und der Wertschöpfungsmechanik (Wie?; Gassmann et al. 2017). Geschäftsmodelle sollten einen überlegenen Kundennutzen stiften, ohne den sich Erträge kaum erzielen lassen werden. Wichtig ist aber auch das Innenleben eines Geschäftsmodells, das durch die Wertschöpfungsarchitektur charakterisiert wird. Diese muss wiederum angesichts funktionierender Märkte und einer hohen Arbeitsteiligkeit der Weltwirtschaft nicht notwendigerweise proprietärer Natur sein. Viele Unternehmen scheuen eine Vollintegration aufgrund der hohen Kapitalbindung und der Einsicht, sich auf Kernelemente (Value Slices) der Wertschöpfungsleistung konzentrieren zu müssen. Mit Blick auf eine sektorenübergreifende Versorgung bietet sich eine vernetzte Wertschöpfungsleistung an, um die Vorteile der ambulanten und stationären Versorgung sinnvoll zu koppeln. Der BMN empfiehlt sich insofern als Consultingtool für das Gesundheitswesen, als Aufmerksamkeit von Führungskräften, Medizinerinnen und Pflegepersonal auf drei kardinale Fragen des Betriebserfolgs gelenkt wird, ohne dabei managementunerfahrene Adressaten betriebswirtschaftlich zu überfordern.
- g. **Balanced-Hospital-Management:** Das BHM erkennt insbesondere im Kliniksektor die Notwendigkeit eines Ziel-, Interessen- und Anspruchsgruppenausgleichs zur Vermeidung etwaiger Übersteuerungstendenzen. Strategische und operative Ziele sind dabei ebenso in eine Balance zu bringen wie Medizin-, Versorgungs-, Service-, Technologie- und Gewinnimperative (Braun von Reinersdorff 2007). Zudem gilt es, neben dem Marktsystem das Nichtmarktsystem zu beherrschen, weil im Gesundheitswesen das Political-Impact-Management von großer Bedeutung ist (Rasche et al. 2019). Unter den Bedingungen eines stark regulierten Ordnungsrahmens können sich „Markt und Wettbewerb“ nicht voll entfalten, weshalb die einzelnen Akteure oft mit Ansätzen auf politischem und machtingduziertem Weg versuchen, betriebswirtschaftliche Interessen durchzusetzen. Zudem sensibilisiert das BHM die Akteure für die PESTEL (Political, Economic, Social, Technological, Ecological, Legal)-Compliance im Sinne einer Vermittlung zwischen politischen, ökologischen, sozialen, technologischen, ökonomischen und rechtlichen Herausforderungen (Rasche 2014).
- h. **Multifokales Management:** Dieser Ansatz postuliert ein Multi-Constraint-Management mit Blick auf die multiplen operativen und strategischen Flaschenhälse, denen sich Organisationen im Rahmen eines oft grassierenden Hyperwettbewerbs ausgesetzt sehen (Rasche 2002). Wie schon beim BHM angedeutet, müssen auch hier ganz im Sinne eines Multitasking mehrere Prioritäten gleichzeitig verfolgt werden, ohne sich dabei in Details zu verlieren. Oft müssen nicht nur Markt- und Technologieprioritäten synchronisiert werden, sondern Finanz- und Wohlfahrtsprioritäten. Zudem gilt es, einen Ausgleich zwischen dirigistischer Zentralsteuerung und dezentralen Bottom-up-Initiativen zu finden. Viele arrivierte Unternehmen leiden unter virulenten Pfadabhängigkeiten

und Trägheitsmomenten bis hin zur Systemstarrheit, weil das Kerngeschäft für sakrosankt erklärt wird. Wie aber können unter solchen Bedingungen Neugeschäfte, Innovationen und Start-ups gedeihen, die auf einer Kultur der Offenheit, Kreativität und flachen Hierarchien basieren. Übertragen auf das Gesundheitswesen gilt es, erforderliche Veränderungsprozesse bei voller Fahrt einzuleiten, ohne die Bestandsgeschäfte zu gefährden und die Zukunft zu verspielen.

Der gemeinsame Nenner der hier vorgestellten Modelle besteht in ihrer konzeptionellen Tauglichkeit für ein Dashboardconsulting auf digitaler Niveaustufe.

---

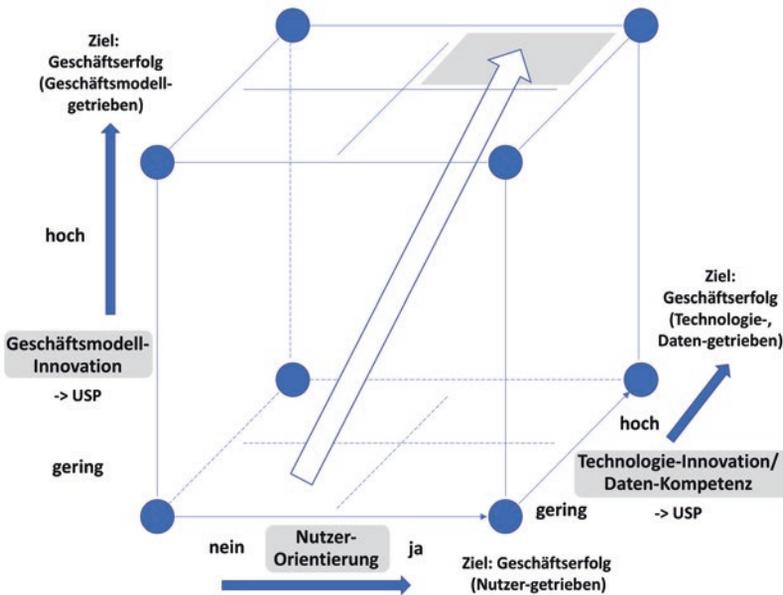
### **1.3 Digital-Health-Consulting: Status, Perspektiven und Anwendungen**

Nachfolgend soll der Fokus auf Digital-Health-Anwendungen liegen, denen ein hohes Beratungspotenzial attestiert wird, um dann mit dem Healthcare Business Transformation Tool (HBTT) eine holistische Consultingtoolbox vorzustellen, die Transformationsprozesse im Gesundheitswesen unterstützt. Zum einen stehen die Einleitung und Umsetzung erforderlicher Veränderungsprozesse mittels digitaler Supporttools im Vordergrund. Zum anderen aber gilt es, die digitale Transformation im Gesundheitswesen beratungsseitig zu begleiten.

#### **1.3.1 Erfolgsdimensionen von Digital-Health-Anwendungen**

Die Gesundheitswirtschaft wird stark von digitalen Inventionen und Innovationen infiltriert, die sich aber oft (noch) in einem embryonalen Status der relativen Markt- und Anwendungserferne befinden. Trotzdem ist eine digitale Transformation der Gesundheitswirtschaft zu erwarten, wenngleich dieser Veränderungsprozess allein schon aufgrund der vielschichtigen Barrieren und Opponenten eher schleichend und schleppend verlaufen wird. Abb. 1.1 veranschaulicht in kursorischer Form die Erfolgsdimensionen von Digital-Health-Anwendungen, wobei nach der Geschäftsmodellinnovation, der Nutzerorientierung und der Technologie- und Datenorientierung differenziert wird. Im Sinne einer Balanced Strategy empfiehlt sich dabei eine möglichst frühzeitige Harmonisierung von Markt- und Technologieprioritäten, um keine Unwucht im Geschäftsmodell entstehen zu lassen. Ein hoher oder gar radikaler Innovationsgrad ist dabei nicht generell als positiv einzustufen.

Sogenannte Liabilities of Newness deuten die möglichen Risiken radikaler Innovationen an, wenn diese z. B. technisch unausgereift sind, den konkreten Kundennutzen verfehlen, gültiges Recht bzw. ethische Standards verletzen oder aber wenig lukrativ sind. Auf eine einfache Formel gebracht verbindet das Modell die Nutzer-, Technologie- und Innovationsorientierung zu einem Analyse- und Entscheidungsraum, aus dem sich evidente Beratungsbedarfe ableiten lassen.



**Abb. 1.1** Business Model Cube. (Quelle: eigene Darstellung 2018)

- a. **Nutzerorientierung:** Oft mangelt es digitalen Anwendungen in der Gesundheitswirtschaft an der konkreten Nutzenstiftung aus Sicht der Patienten, Ärzte oder Krankenkassen. Erfolgskritisch sind eine konsistente Marktabgrenzung, -segmentierung, -auswahl und -positionierung der angebotenen Leistungen. So ist einerseits zwischen dem ersten, zweiten und dritten Gesundheitsmarkt zu differenzieren, zumal fließende Übergänge zwischen dem Markt für Krankheit und Gesundheit bestehen. Andererseits macht es einen großen Unterschied, ob digitale Gesundheitsdienstleistungen im B2B- oder B2C-Kontext vermarktet werden. Denkbar sind auch C2C-Konstellationen, die sich durch End-User-Vernetzung in Social-Media-Kontexten ergeben. Gesundheitsaffine User, Patienten oder Sportler speisen ihre Vital- und Fitnessparameter in digitale Räume ein, um sich zu vergleichen oder Trainingsfortschritte zu diskutieren. Werbefinanzierte und spielanimierte Gesundheits-Apps haben das Potenzial, im dritten Gesundheitsmarkt die Transformation vom Lifestyle zum Health Style datenunterstützt zu begleiten.
- b. **Technologieorientierung:** Hier gilt es, den Designtrieb der Nerds und Freaks in betriebswirtschaftlich relevante Bahnen zu lenken, um kostspielige Technologieverguldungs- oder Over-Engineering-Ambitionen zu relativieren. Deutlich werden sollte, dass digitale Technologien in der Gesundheitswirtschaft Mittel zum Zweck der Nutzengenerierung und Problemlösungsorientierung sein sollten. Technologische Leistungsvorteile in Gestalt von Patenten müssen langfristig in Produkt- und Prozessvorteile umgemünzt werden, weil oftmals erst die Skalierbarkeit des Geschäftsmodells für die

Kosteneffizienz und Profit sorgt. Handelt es sich um komplexe Technologiesysteme, die im Rahmen von Gesamtarchitekturen beherrscht werden müssen, dann stellt sich die Frage nach dem proprietären Charakter des Technologieregimes. Bisweilen müssen Forschungs-, Design- und Technologiekooperationen eingegangen werden, um Zugriff auf die komplementären Aktivposten der Netzwerkpartner zu erhalten.

- c. **Innovationsorientierung:** Oft wird fälschlicherweise der Eindruck vermittelt, dass Unternehmen immer nach disruptiv-radikalen Innovationen streben sollten, um Markt und Wettbewerb aus den Angeln zu heben. Gerade aber im regulierten und bisweilen veränderungsresistenten Gesundheitswesen verbietet sich eine Politik der Quantensprünge, wenn Institutionen, Ordnungsrahmen und Politik zwar einen Paradigmenwechsel medienwirksam proklamieren, diesen aber insgeheim eher fürchten. So ist der Grad der Innovationsneigung im Gesundheitswesen segmentspezifisch zu analysieren, weil auch hier Pionier-, Folger- und Schlafmützenphänomene zu beobachten sind. Auch qualifiziert sich nicht jedes Gesundheitsunternehmen für radikale Innovationen, weil dies der Ordnungsrahmen oder das Kompetenzniveau nicht zulassen. Radikales Denken und inkrementelles Lenken sind im Gesundheitswesen oftmals der Regelfall, weil multiple Innovationsbarrieren den strategischen Wandel erschweren.

Damit Digital-Health-Anwendungen bis hin zur Marktreife entwickelt werden können, sind diese einem Stresstest zu unterziehen. Dieser erfüllt die Funktion eines Frühwarnsystems, um aussichtslose Projekte frühzeitig zu stoppen.

### 1.3.2 Stresstest für Digital-Health-Applikationen

Zwar erfreuen sich Apps, Bots und digitale Assistenzsysteme auf mobiler Basis insbesondere bei der Zielgruppe der Digital Natives großer Akzeptanz, doch ist dies kein Garant für den Erfolg digitaler Gesundheitsapplikationen. Deshalb wird an dieser Stelle eine Stresstest für Digital-Health-Applikationen vorgeschlagen, um teure Fehlschläge zu vermeiden. Gerade für Inventionen und Innovationen ist eine hohe Floprate zu konstatieren, weshalb diese folgende Complianceanforderungen erfüllen sollten:

- a. **Wirtschaftlich-finanzielle Compliance:** Die Digitalisierung von Produkten, Dienstleistungen, Anwendungen und Geschäftsmodellen ist per se kein finanzieller Erfolgsgarant. Vielmehr ist der Nachweis zu erbringen, dass sich digitale Anwendungen im Gesundheitswesen tatsächlich rechnen. Zu denken ist hierbei nur an die Erstattungsfähigkeit therapeutischer Apps oder die Vergütung telemedizinischer Leistungen. Auch ist Skalierbarkeit digitaler Anwendungen kritisch zu hinterfragen mit Blick auf die geringen Grenzkosten ihrer Reproduktion. Sofern hohe Design- und Entwicklungsinvestitionen erforderlich sind, sollte das Ziel in der Bearbeitung ausreichend großer und expandierender Märkte bestehen. Für den Fall einer exklusiven Nischenstrategie muss sich das Investment über hohe Gewinnmargen amortisieren. Zu fordern ist ein aktives

Business-Development samt korrespondierender Vertriebskanäle, um bei digitalen Anwendungen schnell für die erfolgskritische Installed Base und ein dominantes Applikationsdesign zu sorgen.

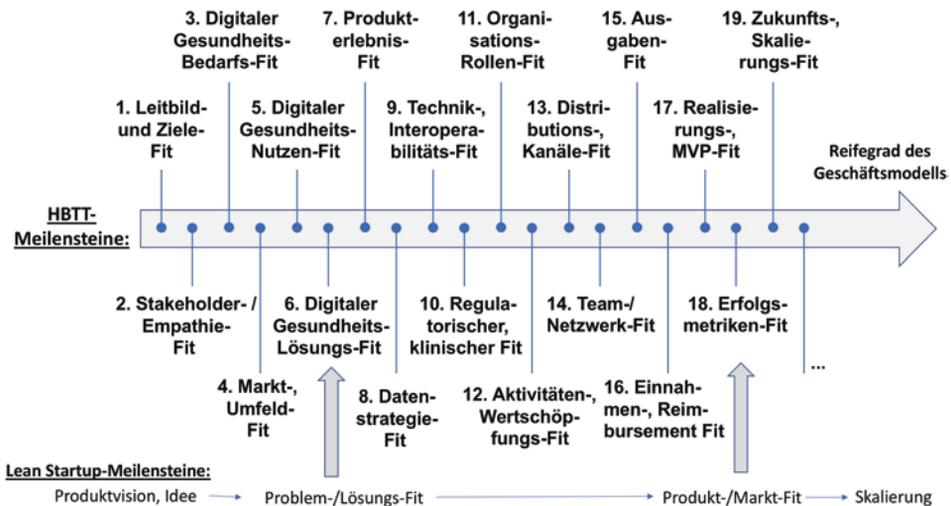
- b. **Technologisch-innovatorische Compliance:** Viele Ideen und Konzepte, die dem Design Thinking oder Forschungsabteilungen entspringen, funktionieren in den frühen Entwicklungsphasen und der kleinformigen Prototypenerstellung. Jedoch stellt die Anforderung der Skalierbarkeit, der Großserienproduktion oder eines flächendeckenden Roll-outs viele junge Unternehmen samt ihrer Geschäftsmodelle vor existenzielle, technische Probleme. Hierfür sind frühzeitig ein entsprechendes Requirements Engineering, User-Experience-Analysen und ein Risikomanagement zu etablieren, sodass ein kostspieliges Update- und Distributionsmanagement verhindert wird. Handelt es sich zudem um digitale Gesundheitsanwendungen, die in risikogeeigneten Kontexten angeboten werden, dann verbieten sich zu häufige iterative Leistungsverbesserungsansätze mit Blick auf die negativen Rechtsfolgen einer möglichen Patientenschädigung. So könnte z. B. ein chronisch kranker Patient Regressforderungen für den Fall des technischen Zusammenbruchs der telemedizinischen Versorgung oder des Biodaten-Hacking stellen. Das Risk-, Safety- und Security-Consulting spielt bei digitalen Gesundheitsanwendungen eine entscheidende Rolle, um systemische Sicherheitslücken zu erkennen und Haftungsnotstände zu vermeiden.
- c. **Rechtlich-politische Compliance:** Der Ordnungsrahmen des regulierten und administrierten Gesundheitswesens lässt wirtschaftlich sinnvolle und technisch machbare Anwendungen schnell an ihre Grenzen stoßen. Nicht selten erweist sich der Rechts- und Regulierungsrahmen des Gesundheitswesens als Hauptfeind des digitalen Wandels. Fast schon symptomatisch hierfür ist das Desaster rund um die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Erstattungsfähige Therapie-Apps oder telemedizinische Leistungen haben ebenso mit rechtlichen Barrieren zu kämpfen wie die Digitalisierung des Medikamentenvertriebs. Gleiches gilt für die Bring-your-own-device-Devisen, die von fast allen Krankenhäusern aus sicherheitstechnischen Gründen abgelehnt wird. Die Liste der Fallbeispiele ließe sich beliebig fortsetzen, bei der rechtliche Complianceprobleme zu lösen sind. Dies gilt umso mehr für digitale Therapieanwendungen, für die zu klären ist, ob und wann es sich hierbei um Medizinprodukte im juristischen Sinne handelt.
- d. **Ethisch-normative Compliance:** Die Akteure und Institutionen des Gesundheitswesens müssen ihr Tun nicht nur an legalen Imperativen ausrichten, sondern auch das etablierte Werteinventar einer Gesellschaft zum Gegenstand der Geschäftsmodellentwicklung machen. Ein zwar legaler Verstoß gegen die Moralvorstellungen und guten Sitten der Gesundheitsgemeinschaft wird oft als unanständig oder gar illegitim empfunden. Zu denken wäre hierbei an dringend benötigte Gesundheitsprodukte, die einem strikten Patentschutz unterliegen und bei gleichzeitig geringen Herstellungskosten zu Höchstpreisen angeboten werden. Wenn also Unternehmen aus der Not des Patienten oder Bedürftigen im unternehmerischen Sinne Kapital zu schlagen versuchen, dann droht in der Medienöffentlichkeit der nächste Shitstorm. Das oft zitierte Tandem aus „Wutbürgertum“ und „Empörungsgesellschaft“ verbündet sich gegen Unternehmen,

die offenkundig die Moralvorstellungen moderner Zivilgesellschaften verletzen. Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, in das Complianceconsulting auch ethisch-normative Restriktionen einzubeziehen.

Der vierstufige Stresstest für digitale Anwendungen korrespondiert mit einer verdichteten PESTEL-Complianceanalyse, um in der Logik der strategischen Früherkennung etwaige Geschäftsrisiken frühzeitig zu erkennen. Der vorgestellte Compliancestresstest für digitale Gesundheitsanwendungen ist Teil des Krisen- und Interventionsmanagements in frühen Marktstadien. Hier sind Leistungsbeeinflussungsmöglichkeiten im Vergleich zu Spätstadien vergleichsweise groß, ohne dass die Designveränderungskosten „explodieren“. Umgekehrt sind ein (zu) spätes Requirements-Management und unzureichende User-Experience-Orientierung gleichermaßen aufwendig und teuer, weil bereits irreversible Investitionen durchgeführt worden sind.

### 1.3.3 Reifegradmanagement digitaler Geschäftsmodelle

Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen können sich in zum Teil sehr unterschiedlichen Reifestadien bewegen, die nach unterschiedlichen Kompetenzprofilen verlangen. Zur erfolgreichen Bewältigung der einzelnen Entwicklungsstufen bis zur Markteinführung macht es Sinn, der Fit-Logik orientiert am Customer Development Framework (Blank 2013) und den drei Start-up-Phasen (Maurya 2012, Abb. 1-1, S. 5) des Lean-Start-up-Ansatzes (Ries 2011) zu entsprechen, je nach Stufe eine weitgehende Kongruenz zwischen internen und externen Anforderungen zu erreichen. Abb. 1.2 veranschaulicht



**Abb. 1.2** HBTT-Reifegrade eines Digital-Health-Geschäftsmodells (Meilensteinweg). (Quelle: eigene Darstellung 2018)