

1 Hinführung zum Thema

Winfried Zapp

Die stabile Krankenhausumwelt ist Vergangenheit. Das Management muss sich – bedingt durch eine deutliche Veränderung der ökonomischen, politisch-rechtlichen, sozio-kulturellen, technischen und ökologischen Einflussfaktoren – an eine turbulente Umwelt anpassen (vgl. Eichhorn 2008a, S. 81 ff.). Die Einbindung des Strategischen Managements in die Krankenhausführung ist zwingend notwendig, denn die Strukturen und die Entwicklungen der Umweltsysteme in ihren vielfältigen Facetten erfordern über die operative Ausrichtung hinaus »eine systematische Erfassung und Durchleuchtung zukünftiger strategischer Chancen und Risiken« (Patt 1996, S. 97). Insbesondere die seit einigen Jahren angestrebte tendenziell marktwirtschaftliche Ordnungspolitik in der Krankenhauswirtschaft, die sich unter anderem in der Einführung der preisbezogenen DRG-Fallpauschalen und den damit verbundenen Konsequenzen für die Verfahren der Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung ausdrückt, wird den Marktdruck für die Krankenhäuser erhöhen (vgl. Eichhorn 1995, S. 15 ff.). Nach Eichhorn scheidet eine rein marktwirtschaftlich organisierte Krankenhauswirtschaft – gekennzeichnet durch volle Handlungsfreiheit der Nachfrager (Patienten) und Anbieter (Krankenhäuser) – aus, da die Lenkung und Koordination der Krankenhausversorgung über die Nachfrage und Zahlungsbereitschaft der Patienten eine Gefährdung der flächendeckenden Krankenhausversorgung darstellen würde. Erschwerend kommt hinzu, dass die Krankenhausleitung bisher mit den zu erwartenden Wettbewerbsbedingungen keinerlei Erfahrung sammeln konnte. Unklar ist, in welcher Ausprägung die zukünftigen Marktmechanismen greifen werden: Preiswettbewerb oder Qualitätswettbewerb? Der finanzielle Druck, den Krankenhäuser bisher durch das DRG-System erfahren, wird sich weiter verstärken. Die operativ denkenden Krankenhäuser sind darauf jedoch nicht ausreichend vorbereitet. Neben der Ablösung der bürokratischen Verwaltungsstrukturen und unflexiblen Fachabteilungen können aber nur jene Einrichtungen strategisch agieren, die finanziell abgesichert sind und die die richtigen Instrumente frühzeitig implementiert haben. Auch der Deutsche Verein für Krankenhauscontrolling e. V. prognostizierte für das Ende der Konvergenzphase in den Krankenhäusern drastische Steuerungs- und Veränderungsmaßnahmen aufgrund des weiter zunehmenden Kostendrucks und fordert die Weiterentwicklung von Controlling-Methoden und -Instrumenten (vgl. Zapp 2005, S. 277).

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Strategien fassbar machen, Strategien umsetzen – langfristige Ziele, um den Bestand zu sichern und den Versorgungsauftrag zu erfüllen oder den anstehenden Problemen adäquat zu begegnen – solche Denkweisen werden von den eher operativ denkenden Krankenhaus-Managern vernachlässigt, nicht angedacht oder es wird ihnen aus Zeitgründen einfach nicht weiter nachgegangen. Es kommen jedoch Anforderungen und gravierende Herausforderungen auf die Krankenhäuser zu, die nicht mehr durch Reaktion, sondern nur durch eine proaktive Unternehmensführung bewältigt werden können. Hier wird die strategische Ausrichtung ein wesentliches Instrument sein.

Ziel dieses Buches ist es daher, diesen Gedanken weiter nachzugehen und Konzeptionen für Krankenhäuser zu entwickeln, um nicht nur allgemeine Trends abzuleiten und darzustellen, sondern auch um strategische Entscheidungen zur Sicherung der Fähigkeiten, sich auf dem Markt zu behaupten, vorzubereiten. Das Problem liegt nicht allein in der Strategieformulierung, sondern in der Strategieumsetzung. Es geht um die Frage, wie der Weg vom Sollkonzept zur Umsetzung der Strategie gestaltet werden muss.

Aber damit werden aufgrund dieser klaren Formulierungen doch gleich schon wichtige Unklarheiten benannt: Was ist z. B. unter dem Begriff der Strategie zu verstehen? Ist die Strategieformulierung so deutlich benennbar, dass eine Umsetzung vorgenommen werden kann? Oder ist die Strategie nicht wie ein Nebelfeld, dem nur evolutionär gefolgt und sich angepasst werden kann? Gibt es eine oder mehrere Planungen oder Planungsalternativen? Ist Strategie deterministisch oder dynamisch? Führt eine deterministische Strategieauffassung nicht wieder dazu, dass man keiner Strategie bedarf, weil es sie letztendlich zwar gibt, aber es doch anders kommt, als man denkt. Und ist dann die Strategische Planung nicht ad absurdum geführt? Die alte Frage, ob die Struktur der Strategie oder die Strategie der Struktur folgt (vgl. Chandler 1966), scheint nicht mehr schlüssig zu sein, weil die Struktur als Gestalt selbst Teil einer Strategie geworden ist. Und wo setzt die Strategie an? Bei den Fähigkeiten, die sich einen Markt suchen, oder bei den Märkten, die Fähigkeiten herausfordern? Oder ist ein Fit gemeint, der beide Ansichten harmonisiert? Was ist dabei überhaupt ein Markt, und ist der Krankenhausmarkt ein Markt?

Hier ist Klarheit geboten. Dabei ist zu beachten, dass bei aller Klarheit auch die eigene Position und Betrachtungsebene zu berücksichtigen sein wird. Denn auch die jeweilige Unternehmung bzw. der Analysierende bringt sich mit seinem Vorwissen ein. Aber eine Klärung der Begriffe kann aufzeigen, was auf der Grundlage dieser Begrifflichkeiten zielorientiert erfolgen kann.

1.2 Vorgehensweise und Aufbau

Dieses Buch betrachtet aus unterschiedlichen Perspektiven die strategische Entwicklung, um so entscheidungsrelevante Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

a) Theoretische Fundierung

Über eine Bestandsaufnahme ist zu verdeutlichen, was mit strategischer Ausrichtung gemeint ist. Herausgearbeitet werden sollen Konzeptionen, die es ermöglichen, sich an die Gegebenheiten anzupassen und gestalterisch einzugreifen. Im Vordergrund stehen hier deshalb strategisch angelegte Analysen, die helfen, über das Krankenhausgeschehen ein Portfolio zu erstellen, mit dem das Krankenhaus – nicht nur leistungsmäßig, sondern auch ökonomisch – bestehen kann.

Im Vordergrund steht zunächst die strategische Positionierung als eine Ausrichtung für strategisch orientiertes betriebswirtschaftliches Handeln. Die Betriebswirtschaftslehre ist im Gesundheitsbereich sehr stark eingebettet in die volkswirtschaftliche Komponente. Ein freies Bewegen wie in der Industrie ist im Krankenhaus so ohne weiteres nicht möglich, weil Begrenzungen aufgestellt sind. Deshalb ist eine Bestandsaufnahme des Wettbewerbs hier vorzunehmen.

b) Empirische Erhebungen

Die Realität soll durch empirische Befragungen herausgearbeitet werden: Im Rahmen eines Forschungsauftrages der Arbeitsgemeinschaft Innovative Projekte (AGiP) in Niedersachsen wurde an der Hochschule Osnabrück eine bundesweite Vollerhebung durchgeführt. Die Ergebnisse werden hier erstmalig publiziert. Darüber hinaus wird aus unterschiedlichen Erhebungen eine Zusammenstellung wesentlicher Kennzahlen für ein Cockpit erarbeitet.

c) Portfolio-Analysen

Als strategische Analyse-Ebene wird hier von der Portfolio-Analyse ausgegangen, die sowohl theoretisch fundiert abgebildet als auch in mehreren Praxiseinrichtungen exemplarisch getestet wurde. Darauf aufbauend wird durch eine Geokodierung die Möglichkeit einer Strategieentwicklung herausgearbeitet. Die Anwendungsbeispiele sind in ausgewählten Krankenhäusern durchgeführt worden. Die hier aufgeführten Daten entsprechen aber nicht der Realität, sondern werden durch exemplarische Daten ersetzt, die auf der Grundlage der exakten Daten abgeleitet wurden. Rückschlüsse auf die realen Zahlen und Fakten sind so nicht möglich.

Im Zentrum der Portfolio-Analyse steht unter anderem die Analyse von Einteilungskriterien für die Bildung von Strategischen Geschäftseinheiten. Damit verbunden ist die Auslastung von Kapazitäten. Diese Belegbarkeit von »Betten« wird durch die Übertragbarkeit von Industriekonzeptionen auf das Krankenhaus analysiert, um so innovative Ansätze zu finden und entsprechende Impulse zu setzen.

2 Theoretische Grundlagen als Ausgangspunkt

Winfried Zapp

Die betriebswirtschaftliche Theorie hat viele methodische Konzepte und verschiedene betriebswirtschaftliche Instrumente entwickelt. Aber wie können diese Strategien, die ja den Instrumenten als Analyse vorgeschaltet sind, selbst erfasst und definiert werden?

2.1 Strategieentwicklung und Positionierung im Krankenhaus

Die Strategien, die aus der Portfolio-Analyse entwickelt werden, können als Orientierungsstrategien (auch Normstrategien genannt – vgl. Kreilkamp 1987, S. 567) verstanden und interpretiert werden. Ist man also gewollt, die Portfolio-Analyse qualifizierter zu gestalten, ist der Strategieentwicklung mehr Gewicht als bisher beizulegen. Es gilt aber nicht nur, allgemeine Wachstumsziele zu benennen oder zu erfüllen, den Service für Patienten zu erhöhen und zu verbessern, oder Politiken zu entwickeln, die eine Richtung anzeigen! Vor Fehlentwicklungen ist also Vorsicht geboten:

a) Strategie-Ende als offen ansehen

Eine Strategieformulierung kann nicht exakt das Ende aufzeigen: Denn unter solchen deterministischen Entscheidungen wäre dann die Strategie unbedeutend. Eine Strategie ist aber unternehmungsbedeutend, unternehmungsspezifisch und auf die Zukunft ausgerichtet, so dass nur das Mögliche am Horizont skizziert werden kann.

b) Denkooptionen beachten

Eine Strategieformulierung kann nicht Komplexität und Kontingenz vernachlässigen. Neben einer differenzierten Strategiediskussion ist also auch die Berücksichtigung von vielfältigen Möglichkeiten, probabilistischen Abläufen und wahrnehmbaren Einflüssen (Perzeptibilität) vorzunehmen, da sonst die Gefahr besteht, isolierten Stückwerkcharakter zu produzieren.

c) Möglichkeiten und Verfahren unterscheiden

Eine Strategieformulierung darf nicht schon allein differenziert formulierte

Möglichkeiten bereits als (operative) Maßnahmen ansehen. Das Kennzeichen von Strategie ist eine handlungsorientierte Zielverfolgung auf Unternehmungs- und Strategischer Geschäftseinheits-Ebene (SGE-Ebene), die durchaus auch Einfluss auf die operativen Entscheidungen haben kann (Strategie bei Budgetverhandlungen). Dies ist hier aber nicht nur gemeint, sondern aus der Portfolio-Analyse heraus sollen strategische Ziele und Handlungen formuliert werden, sodass der langfristige Charakter eine besondere gewichtige Rolle spielt. So eine strategische Ausrichtung kann nur im Zusammenspiel von Unternehmungs- und SGE-Ebene erfolgen (vgl. Hungenberg 2008, S. 11).

Krankenhäuser können nach der Art ihrer Leistungserstellung einerseits als Dienstleistungsunternehmen definiert werden (vgl. Eichhorn 1975, S. 13), da sie die klassischen Kernelemente der verschiedenen Dienstleistungsdefinitionen wie Immaterialität, Nichtlager- und Nichttransportfähigkeit (Gültigkeit des Uno-actu-Prinzips) erfüllen (vgl. hierzu ausführlich Zapp 2010, vor allem S. 4 ff. und die dort angegebene Literatur). Andererseits verfolgen sie jedoch als sogenannte Nonprofit-Unternehmungen des stationären Gesundheitssektors neben den Sach- und Formalzielen auch metaökonomische Ziele in Form von karitativen, diakonischen, humanitären oder weltanschaulichen Wertvorstellungen, an denen sich nach Möglichkeit sämtliche ökonomische Aktivitäten orientieren sollen. Aufgrund von verpflichtenden Leistungszielen – nämlich Produktion von Gesundheit (anders Eichhorn 1975, der die Erfüllung des Versorgungsauftrages in den Vordergrund rückt) – und finanzierungsbezogenen Beschränkungen – wie keiner freien Preisgestaltung – ist sowohl keine klare Zuordnung zu den Nonprofit-Organisationen als auch zu den typischen Dienstleistungsunternehmen möglich. Die Dienstleistungsunternehmung Krankenhaus befindet sich somit in einem Spannungsfeld zwischen der klassischen Dienstleistungsunternehmung und den Nonprofit-Institutionen, was mit praktischen Konsequenzen für die Ausgestaltung des Controllings verbunden ist (vgl. Wendel 2001, S. 101).

Die Verfolgung metaökonomischer Ziele lässt sich in der Regel bei freigemeinwirtschaftlichen Nonprofit-Unternehmungen bzw. bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern beobachten. Mit Blick auf das Controlling kommt es in diesem Zusammenhang aber darauf an, dass die Metaziele (Werte, Normen) – sowie auch die Sach- und Formalziele – für die Unternehmungslenkung operationalisiert werden. Daher gehen Krankenhäuser immer mehr dazu über, die metaökonomischen Wertvorstellungen in Form von Leitbildern abzufassen. Allerdings bedingt ein Transport der Metaziele in die Unternehmung nicht nur die strategisch orientierte Leitbildgestaltung, sondern es bedarf einer Verzahnung des Leitbildes mit dem operativen Tagesgeschäft. Von Bedeutung für die Krankenhauslenkung ist dabei, dass die Operationalisierung des qualitativ strategisch ausgerichteten Zielsystems nicht mit einem in der Regel nur quantitativ orientierten operativen Controlling-System gelingen wird (vgl. Wendel 2001, S. 86). Hier gilt es, ein Controlling-System zu gestalten, das sowohl »harte« als auch »weiche« Daten miteinander harmonisiert.

2.1.1 Strategiebegriff

Der Strategiebegriff stammt aus dem Griechischen (strategos=Führung) und bezeichnet die Kunst der Heeresführung. Erste Analogien zwischen dem militärischen und dem »Management«-Kontext fielen schon Sokrates auf (vgl. Bracker 1980, S.219). Diese Vorstellung war jedoch in Vergessenheit geraten, so dass erst von Neumann und Morgenstern (1947) in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts wieder Parallelen zwischen Militär und Wirtschaft sahen. Sie führen den Strategiebegriff aus einem mathematisch-spieltheoretischen Kontext in die Wirtschaftstheorie ein. Danach besteht die Strategie »aus der Planung einer bestimmten Folge von Spielzügen (von Handlungen), wobei in dem Plan für jeden Entscheidungsknoten spezifiziert ist, welche Handlung je nach den vorausgegangenen Zügen der Mitspieler und der eigenen Züge ausgeführt werden soll. Die Strategie liefert also eine vollständige Beschreibung, welche Handlungen der Spieler auszuführen plant, und zwar für jedes Entscheidungsproblem, vor dem er im Verlauf des Spiels (vom Anfang bis zum Ende) steht. Dabei ... [wird unterstellt], dass der Spieler für alle Eventualitäten Pläne macht – d.h. auch für Situationen, von denen er gar nicht erwartet, dass sie im Spielverlauf eintreten« (Holler und Illing 1991, S.34). Widersprüchlich bei dieser spieltheoretischen Definition des Strategiebegriffs ist jedoch die Einsicht, dass Strategien die Handlungen aufgrund der dynamisch und komplex geprägten Umwelt nicht deterministisch festlegen können. »Strategien stellen eine Art Heuristik dar, mit deren Hilfe in konkreten Situationen Handlungsoptionen generiert werden« (zu Knyphausen-Aufseß 2002, S.1869). Somit verwundert es nicht, dass in der Literatur zunächst konservative Begriffsdefinitionen dominierten, wie zum Beispiel von Chandler (1966) oder der Harvard Business School, deren Definition auf dem SWOT-Konzept aufbaut (vgl. Learned et al. 1965; Andrews 1971). In diesen Arbeiten finden sich jedoch viele wichtige Ideen wieder, die die Entwicklung der Strategie als Wissenschaft bis heute prägen:

a) Chandler prägte Anfang der 1960er die These »Structure follows Strategy«, wonach die Unternehmungen erst nach einer geeigneten Strategie und dann nach der passenden Organisationsstruktur suchen sollen (vgl. Chandler 1966). Es folgten zahlreiche empirische Untersuchungen mit dem Ergebnis, dass die bestehende Struktur die vorgelagerte Strategieformulierung (Strategy follows Structure) beeinflusst (vgl. Bleicher 1979, S.66). Wurde hier primär der Zusammenhang von Strategie und Struktur diskutiert, geht es in der jüngeren Vergangenheit vorrangig um den Zusammenhang von Strategieprozessen und Struktur (Entscheidungscentralisation, Formalisierung und Spezialisierung, Entscheidungsdezentralisation, Arbeitsteilung, Rationalität der Prozesse, Strategieumsetzung). Dabei hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die interne Abstimmung von Strategie und Struktur – sowohl in prozessualer als auch in inhaltlicher Hinsicht – eine wesentliche Voraussetzung für die externe Abstimmung des Krankenhauses mit seiner Umwelt sowie für die Erzielung von Erfolg ist (vgl. Eichhorn 2008, S.152 ff).

b) Andrews (1971) unterscheidet in seinem Buch »The Concept of Corporate Strategy« die Strategieprozesse in eine Phase der Formulierung einer Strategie und ihrer anschließenden Implementierung. Zudem betrachtet er Strategien in einem Umwelt- und Fähigkeitsaspekt und betont, dass jede Unternehmung eine Strategie hat. Wenn sie nur implizit vorhanden ist, kann sie aus seiner Sicht aus dem Handeln der Mitarbeiter rekonstruiert werden, weil er unterstellt, dass jedes Handeln zweckgerichtet ist (vgl. Müller-Stewens und Lechner 2003, S. 11).

c) Ansoff verwendete im Jahre 1965 den Begriff »Strategie« so, wie er heute vielfach bezeichnet wird: Strategien sind Maßnahmen zur Sicherung des langfristigen Erfolges einer Unternehmung (vgl. Ansoff 1965; Bea und Haas 1997, S. 45).

Weitere ausgewählte Definitionen des Strategiebegriffs in der wissenschaftlichen Literatur fasst ► **Tab. 2.1** zusammen.

Tab. 2.1: Darstellung ausgewählter Definitionen des Strategiebegriffs

Autor	Definition
Oettinger, B. (1983)	»... ist das, was sie schon immer war: die konsequente Suche nach Vorteilen, nach einzigartigen, verteidigungsfähigen Eigenschaften im Vergleich zur Konkurrenz.«
Hinterhuber, H. H. (2004, S. 22)	»Die Strategie ist der Weg von der Kernkompetenz zum Kernauftrag.«
Gälweiler, A. (2005, S. 66)	»Strategie bedeutet [...], sein Denken, Entscheiden, Handeln an den übergeordneten oder obersten Zielen zu orientieren und sich dabei nicht durch vordergründige Dringlichkeiten [...] ablenken zu lassen.«
von Reibnitz, C. (2006, S. 49)	»Strategie kann als die gezielte Suche nach einem Plan von Aktivitäten definiert werden, die den Wettbewerbsvorteil für ein Unternehmen entwickeln und fortschreiben.«
Eichhorn, S. (2008, S. 141)	»Strategie bedeutet vielmehr das Suchen nach Wegen zum Beleben des Krankenhausbetriebes sowie im Bereich der Krankenhauswirtschaft das Suchen nach Wegen zur dauerhaften Absicherung der Existenz des Krankenhauses im Krankenhausmarkt.«
Sobhani, B. (2009, S. 36)	»Strategien sollen die für das Unternehmen zukünftig einzunehmende Position im Verhältnis zu ihren Anspruchsgruppen aufzeigen und Wege beschreiben, wie diese Positionierung erreicht werden kann.«
Haake, K./ Seiler, W. (2010, S. 11)	»Das übergeordnete Ziel einer Strategie ist, die Marktposition des Unternehmens nachhaltig und systematisch zu verbessern.«

Der Strategiebegriff ist als vielfältig zu verstehen. Um ihn zu erfassen, soll er nun nach folgenden Perspektiven, die zusammen den Begriff erläutern, analysiert werden.

2.1.2 Strategieperspektiven

Die Perspektiven sollen die unterschiedlichen Varianten des Strategiebegriffs herausarbeiten. So lässt sich die Bandbreite besser erfassen, analysieren und für eine pragmatische Anwendung gestalten.

A. Begriffsperspektive:

Mintzberg hat fünf »Grundpfeiler der Strategie« unterschieden, mit denen sich Strategien beschreiben lassen und die auch hier gelten sollen (vgl. Mintzberg 1987, S. 11 ff.) (► **Tab. 2.2**).

In diesem Buch wird durch die Portfolio-Analyse die Wettbewerbsposition der Unternehmung aus der Gesundheitswirtschaft untersucht und bestimmt (Position 3), um durch diese Marktanalyse die Möglichkeit der Strategie (-weiter-)entwicklung zu eruieren. Hierbei werden verschiedene Handlungsfelder und -positionen analysiert, bewertet, gegebenenfalls mit einer Strategie belegt und in eine Strategische Planung überführt (Position 1). Die Strategische Planung kann erst dann erstellt und implementiert werden, wenn die strategische Entwicklung erkennbar ist – z. B. durch die Portfolio-Analyse.

Tab. 2.2: Grundpfeiler der Strategie

1. Plan (Handlungsplan):	Die Strategie ist ein Handlungsplan, der den Akteuren eine Orientierung vorgibt.
2. Pattern (Muster):	Die Strategie kann als Muster konsistenter Handlungen bezeichnet werden.
3. Position (Position):	Die Strategie beschreibt eine Position im Wettbewerbsgefüge.
4. Perspective (Perspektive):	Die Strategie bezeichnet eine Perspektive, d. h. die Art und Weise, wie eine Unternehmung ihr Geschäft begreift und betreibt.
5. Ploy (List):	Die Strategie ist eine List, mit der versucht wird, einen Konkurrenten zu überraschen.

Ein Muster als Strategie (Position 2) wird hier nicht weiter verfolgt; als Beispiel ließe sich apodiktisch formulieren: Nur über ein MVZ kann eine Strategie verfolgt werden. Die Strategieformulierung soll von solchen Vorbedingungen freigehalten werden, weil solche Muster eher Begrenzungen darstellen und den Fo-

kus und damit die Möglichkeiten einschränken. Solche Muster mögen eher von Beratungsfirmen vorgehalten werden, um nach solchen Mustern Strategien umzusetzen.

Sich auf die Strategie als Perspektive (Position 4) zu fokussieren, würde den Fokus zu sehr auf die Leitlinienbildung richten und damit im Bereich Unternehmenspolitik und normatives Management angesiedelt sein. Diese Überlegungen sind sinnvoll und dem strategischen Prozess vorgelagert, sie sind aber grundlegender verankert. Eine List (Position 5) soll hier nicht weiter verfolgt werden.

B. Ausgangsperspektive:

Hier lassen sich die Ansätze von Market-based view und Resource-based view einordnen. Nach dem Market-based view-Ansatz, auch Outside-in-Perspektive genannt, kann eine Strategie umgesetzt werden, wenn der Markt vorhanden ist (vgl. Steinle 2005, S.246; Porter 1981, S.611). Auf das Krankenhaus bezogen können nur Behandlungen durchgeführt werden, wenn die betreffenden Patienten sich in dem betreffenden Haus einfinden. Das ist aber nur möglich, wenn das Krankheitsbild der betreffenden Fachabteilung oder der DRG o. Ä. »vorhanden« ist. Der Markt mit seinen Krankheitsbildern und der demografischen Entwicklung wird hier in das Zentrum der Analyse gestellt. Dazu ist es erforderlich, dass eine möglicherweise notwendige Ausweitung des Budgets in den Verhandlungen mit den Sozialleistungsträgern durchgesetzt wird und das Krankenhaus über Durchsetzungsstrategien verfügt, diese Mehr-Fälle an sich zu ziehen und nicht dem Nachbarkrankenhaus zu überlassen. Diese Vorgehensweise scheint für den Gesundheitsbereich eine nachvollziehbare Strategie und logische Vorgehensweise darzustellen.

Andererseits müssen (Kern-)Kompetenzen vorhanden sein, um Strategien auch intern durchhalten zu können, wie der Resource-based view-Ansatz – auch Inside-out-Perspektive genannt – postuliert (vgl. Pearce und Robinson 2004, S. 150; Barney 1991).

Kritisch wird angemerkt, dass die Grundannahmen nicht realistisch oder sogar tautologisch seien (vgl. hierzu ausführlich Priem und Butler 2011, S.28): Die Ressourcen müssen strategisch wertvoll für den Kunden sein, selten und nicht lizitierbar sein, nicht substituierbar und erfolgreich umsetzbar sein.

Diese Forderungen treffen so auf die Krankenhäuser nicht zu: Krankheitsbilder sind in erster Linie nicht selten, sondern treten häufiger auf; sie sind aber individualistisch zu behandeln, was mit dem Begriff »Seltenheit« aber schwer zu umschreiben ist. Behandlungen sind – meistens und in der Regel – von versierten und spezialisierten Ärzten und Pflegekräften durchführbar. Schließlich wird ein Zusammenhang von internen qualifizierten Ressourcen auf die Marktdurchdringung kaum herzustellen sein (vgl. de Wit und Meyer 2004; D’Aveni 1995): Der Markt der Geburtshilfe ist durch noch so qualifizierte Ärzte nicht zu erobern, wenn die Geburten zurückgehen. Qualifiziertes Personal ist notwendig,

aber nicht hinreichend für eine erfolgreiche Strategie, sodass in diesem Buch der Market-based view-Ansatz in den Mittelpunkt gestellt wird.

Die Market-based view basiert auf den volkswirtschaftlichen Überlegungen, dass die Struktur des Marktes das Verhalten der Marktteilnehmer bestimmt, sodass daraus ein entsprechender Erfolg realisiert werden kann. Erfolgreiche Wettbewerbspolitik setzt deshalb an den Marktstrukturen an (vgl. Mason 1939; Bain 1959; Kreikebaum, Gilbert und Bhenam 2011, S. 114f.).

Die Kritikpunkte des Resource-based view Anfang 1990 – wie oben ausgeführt – haben zwar den Ansatz der Marktstrukturen in Frage gestellt, konnten aber seine Überlegenheit nicht eingrenzen. Ab dem Jahr 2000 entwickelten sich neue Überlegungen an der Orientierung von Strategien an den Marktstrukturen, indem Analysen zu diesen Marktstrukturen und dem daraus abgeleiteten Verhalten der Unternehmungen durchgeführt wurden. Richtigerweise wurde herausgearbeitet, dass die Wettbewerbsstrukturen als von den Unternehmungen vorgefundene Bedingungen und Anforderungen aufzufassen sind. Diese Sichtweise führt nun dazu, dass eine Unternehmung seine Strategie so konzipieren und anlegen muss, dass man sich gegen die Konkurrenz in einem relativ bekannten und überschaubaren Markt durchsetzt (vgl. Kim und Mauborgne 2005, S. 125 ff.). Diese Vorgehensweise erscheint eine gute Beschreibung des Strategievorgehens zu sein: Mit vorhandenen Ressourcen und Kernkompetenzen lassen sich Umsatzeinbrüche bei den konkurrierenden Unternehmungen erreichen. Somit wird der Market-based view-Ansatz bestätigt, der mit dieser Analyse auch als strukturalistische Perspektive bezeichnet wird (vgl. Kreikebaum et al. 2011, 124f.). Kim und Mauborgne (2005, S. 125) bezeichnen diese Perspektive auch als »Red Ocean«, weil sich die Unternehmungen auf den ihnen bekannten Märkten bewegen.

Von dieser Ausgangsthese sind Kim und Mauborgne (2005) nicht überzeugt und formulieren eine Perspektive des »Blue Ocean« oder der rekonstruktivistischen Perspektive (vgl. Kreikebaum et al. 2011, 124f.). Unternehmungen sollen ihre Umfeldler selbst gestalten, indem sie der Konkurrenz insoweit ausweichen, dass sie einen neuen Markt kreieren (vgl. Paul 2010, S. 374). Kreikebaum et al. (2011, S. 124f.) verweisen sehr gut herausgearbeitet auf das Beispiel von Apple mit dem Online-Vertrieb von Musik (existierende Branche mit innovativen Produkten) und dem Vertrieb von Apps (erschließen neuer Märkte).

Aus der Sicht der Krankenhaus-Branche ist der Blue Ocean nicht ganz so blau, wie manche vermuten könnten: Wellnessmarkt und Schönheitschirurgie mögen diesen Eindruck vermitteln. Ob das Marktpotenzial aber als sehr groß angesehen werden kann, mag bezweifelt werden. Schließlich sind auch ethische Einstellungen zu berücksichtigen.

Für dieses Buch ist die Market-based view Perspektive, der strukturalistische Ansatz und das Red–Ocean–Denken als Grundvoraussetzung strategischer Überlegungen anzusehen. Die innovativen Konzepte von Blue Ocean, rekonstruktivistische Perspektive und die Resource-based Perspektive sollten dabei nicht ganz ausgeschlossen werden. Sie ermöglichen kreative Spielräume, deren Realisierbarkeit im Gesundheitsbereich aber immer kritisch beachtet werden muss (► Tab. 2.3).