

Heinz Locher

*Unternehmensberatung
im Gesundheitswesen*

André C. Wohlgemuth · Christoph Treichler
Herausgeber

UNTERNEHMENSBERATUNG UND MANAGEMENT

DIE PARTNERSCHAFT ZUM ERFOLG

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Unternehmensberatung und Management :
die Partnerschaft zum Erfolg/
André C. Wohlgemuth ; Christoph Treichler Hrsg.
– Zürich : Versus-Verl., 1995
ISBN 3-908143-39-X
NE: Wohlgemuth, André C. [Hrsg.]

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© Versus Verlag AG, Zürich 1995

Umschlagbild: Lize Mifflin Schmid · Illustratorin · Zürich

Satz und Herstellung: Versus Verlag · Zürich

Druck: Fotorotar · Egg/ZH

Printed in Switzerland

ISBN 3 908 143 39 X

	Zusammenfassung
--	------------------------

Angesichts der im wahrsten Sinne des Wortes existentiellen Bedeutung des Gesundheitswesens für den einzelnen und die Gesellschaft unterliegt die Unternehmensberatung in diesem Bereich besonderen Gegebenheiten. Dazu gehören die nur teilweise funktionierenden Marktbeziehungen, die unterschiedlichen Wirkungen von Maßnahmen auf betriebswirtschaftlicher Ebene einerseits, aus volkswirtschaftlicher Sicht andererseits, sowie die oft fehlende Erfahrung bei Angehörigen von Berufen des Gesundheitswesens beim Einsatz betriebswirtschaftlicher Methoden und im Umgang mit Beratern. Der gegenwärtige Reformdruck führt zu einer steigenden Nachfrage nach spezialisierten Beratungsleistungen.

	Inhalt
--	---------------

1	Gesundheitswesen – ein Politikbereich und Wirtschaftszweig mit Besonderheiten	241
2	Europäische Trends bei Ausgestaltung und Reform des Gesundheitssystems	242
3	Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Beratung im Gesundheitswesen	246
4	Besonderheiten der Unternehmensberatung im Gesundheitswesen	249
	Literatur	251

**1 Gesundheitswesen – ein Politikbereich und
Wirtschaftszweig mit Besonderheiten**

Es ist Ziel eines jeden Gesundheitssystems, die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung zu schützen und zu fördern sowie, wenn möglich, bei Krankheit und Unfall wieder herzustellen. Damit deckt das Gesundheitssystem grundlegende Bedürfnisse des Menschen ab.

Diese im wahrsten Sinne des Wortes existentielle Bedeutung des Gesundheitswesens bewirkt einige Besonderheiten bei der Ausgestaltung und Umsetzung dieses Systems:

1. Jede Person soll unabhängig von ihrem wirtschaftlichen Leistungsvermögen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben;
2. die Leistungserbringer besitzen einen gewichtigen Informationsvorsprung vor dem Patienten und wirken damit in wesentlichem Maße bei der Angebotsfestlegung mit;
3. die Preiselastizität der Nachfrage ist in vielen Situationen äußerst gering;
4. angesichts der relativen Dringlichkeit vieler zu erbringender Leistungen, teilweise auch wegen beschränkt vorhandenen personellen und sachlichen Mitteln, entstehen örtliche Monopole;
5. die sich angesichts der möglichen finanziellen Risiken ergebende Notwendigkeit der Einschaltung von Versicherern oder das Bestehen nationaler Gesundheitsdienste können zu spezifischen Verhaltensweisen bei Leistungsanbietern und Patienten wie Risikoaversion bei Diagnose und Behandlung und damit verbundener Mengenausweitung führen.

Es erstaunt deshalb nicht, daß der Staat auf verschiedenen Stufen (national, regional, lokal) und in mehrfachen Rollen (Garant von Grundrechten, Regulator, Leistungsanbieter, Leistungsfinanzierer und Subventionsgeber) mitwirkt. Jede Änderung des Gesundheitssystems ist in viel stärkerem Ausmaße als in andern Wirtschaftszweigen unausweichlich mit neuen Rollenzuteilungen für private und staatliche Akteure ver-

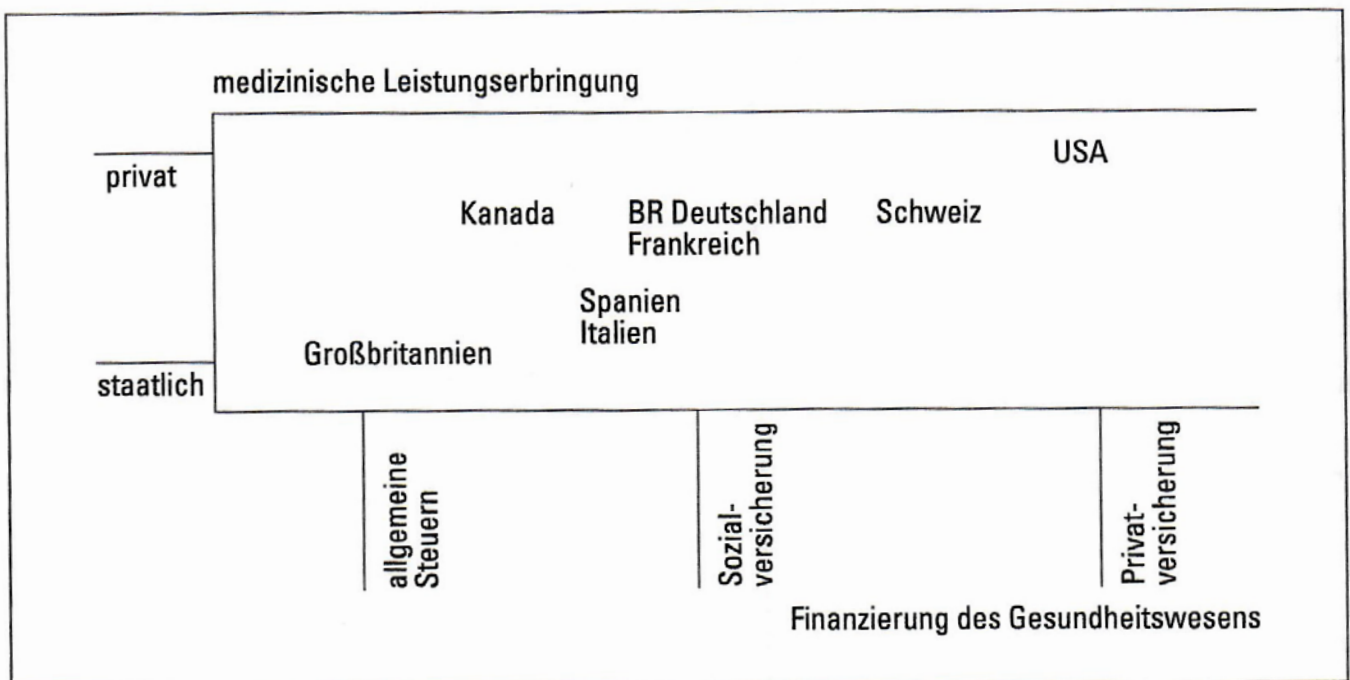
bunden. Die Eingriffe in das Gesundheitswesen umfassen damit immer (ordnungs-)politische, volks- und betriebswirtschaftliche Aspekte. Besonderheiten des Finanzierungssystems führen oft zu unterschiedlichen Wirkungen auf betriebswirtschaftlicher Ebene einerseits und aus volkswirtschaftlicher Sicht andererseits. Durch die Einschaltung von Versicherern entstehen Mehrfachbeziehungen, welche elementare Marktkräfte zwischen Anbietern und Nachfragern außer Kraft setzen.

2 Europäische Trends bei Ausgestaltung und Reform des Gesundheitssystems

2.1 Finanzierung und Leistungserbringung im Gesundheitswesen

Die europäischen und nordamerikanischen Gesundheitssysteme können aufgrund unterschiedlicher Steuerungen, Besitzverhältnisse an Leistungserbringern und Finanzierungen in verschiedene Kategorien eingeteilt werden (vgl. ► Abb. 1).

Jedes System versucht, eine Antwort auf die eingangs erwähnte spezielle Problematik zu geben. Die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitswesens erfolgt stets in Abhängigkeit vom politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kontext eines Landes, etwa die Bedeutung, die der individuellen Konsumwahlfreiheit zugemessen wird, oder dem



▲ Abb. 1 Finanzierung und Leistungserbringung im Gesundheitswesen (Schweizer Rück 1993)

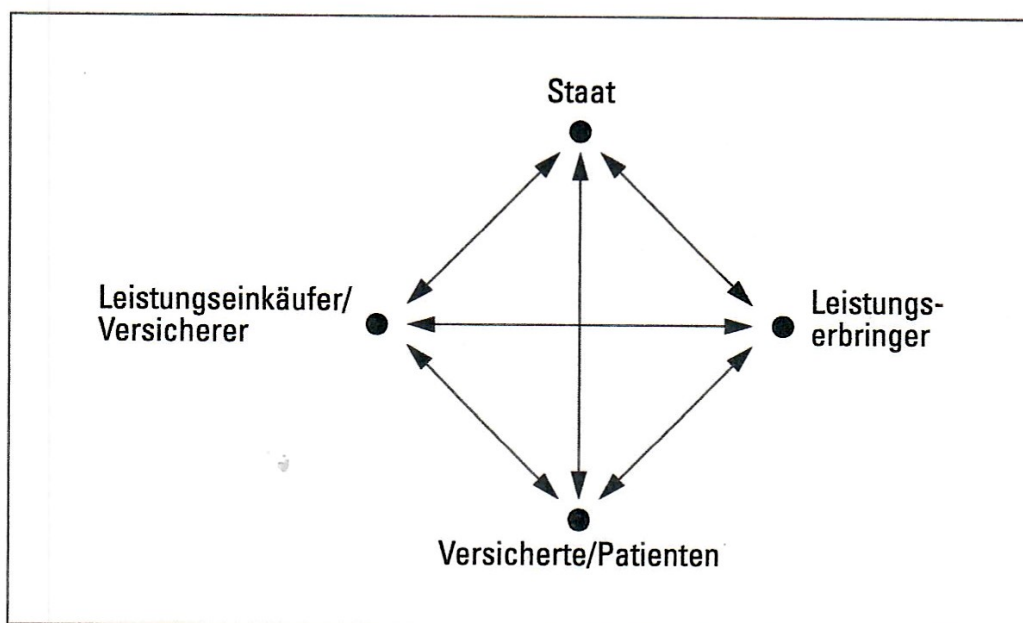
relativen Gewicht der Wirtschaftssteuerung über Marktmechanismen, beziehungsweise über staatliche Planung.

2.2 Organisation der Beziehungen im Gesundheitswesen

Die Organisation der Beziehungen zwischen den wirtschaftlichen Akteuren des Gesundheitswesens kann schematisch und vereinfacht wie in ► Abb. 2 dargestellt werden. Je nach dem Gewicht, das den einzelnen Beziehungen zugemessen wird, ergeben sich unterschiedliche Charakteristika.

Der Staat wird in allen Fällen mindestens die übergeordneten gesundheitspolitischen Ziele festlegen, also namentlich die Gewährleistung eines ausreichenden Leistungsangebots, das allen Bürgerinnen und Bürgern zugänglich sein soll, die Sorge um eine angemessene Qualität und um eine vertretbare Wirtschaftlichkeit sowie der Schutz minimaler Konsumentenwahlfreiheit.

Die neusten Entwicklungen im europäischen Gesundheitswesen sind dadurch charakterisiert, daß die *Versicherer*, dort wo solche zugelassen sind, sich als Leistungseinkäufer verstehen und entsprechende Verhaltensweisen übernehmen. Falls sie gleichzeitig untereinander fusionieren (wie beispielsweise gegenwärtig in der Schweiz), führt dies zu einer wachsenden Nachfragemacht. Bei nationalen Gesundheitsdiensten ohne oder mit beschränkt tätigen Versicherern bestehen Tendenzen zur Trennung der Rollen des Staates als Regulierer, Eigentümer stationärer Einrichtungen und Angebotsfixierer. Regionale Körperschaften übernehmen die Rolle der Leistungseinkäufer (Großbritannien). Beide Entwicklungen gehen zulasten der *Leistungserbringer*, aus dem Verkäufermarkt



▲ Abb. 2 Organisation der Beziehungen im Gesundheitswesen

wird ein Käufermarkt. Die *Leistungsempfänger* stehen sowohl als Versicherte wie als Patienten immer noch im Hintergrund des eigentlich für sie bestimmten Gesundheitswesens. Es ist anzunehmen (und zu wünschen), daß eine kommende Entwicklungsphase die *Versicherten und Patienten*, beziehungsweise ihre Organisationen, in eine stärkere Stellung im Markt führen wird.

Die verstärkte Stellung der Versicherer als Leistungseinkäufer geht auch zulasten des Staates, namentlich soweit dieser, wie beispielsweise in Deutschland oder in der Schweiz, durch Krankenhausplanungen und gespaltene Finanzierungssysteme (Sonderfinanzierung der Investitionen) auf die Zulassung von Leistungsanbietern Einfluß nehmen wollte. Die Leistungserbringer sehen sich, ungeachtet der Rechtsform ihrer Trägerschaft, in verstärktem Maße direkten Leistungseinkäufern gegenüber. In Staaten, in denen sich Versicherer nicht mehr kartellistisch verhalten oder regionale Körperschaften selbständig als Leistungseinkäufer auftreten und Einzelverträge mit einzelnen Leistungserbringern anbieten, erfordert dies beidseitig neue, bisher nicht notwendige Managementfähigkeiten im Bereich der strategischen Positionierung, der Informationssysteme (Vor- und Nachkalkulation), der Bewältigung des Leistungserstellungsprozesses unter Quantitäts-, Qualitäts- und Kostensicht sowie der Fähigkeit der Vertragsgestaltung (contract management).

2.3 Reformansätze

Bei aller Verschiedenheit der konkreten Ausgestaltung der europäischen Gesundheitssysteme können doch eine Vielzahl von Gemeinsamkeiten hinsichtlich des Entwicklungsstandes und der Reformtendenzen beobachtet werden. Auslöser des weltweit feststellbaren Reformdrucks ist die Erkenntnis, daß die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitsversorgungssystems verbessert werden müssen. Vermehrt soll auch eine angemessene Wahlfreiheit der Versicherten und Patienten ermöglicht werden. Die Qualitätssicherung auf allen Stufen sowie der sinnvolle Umgang mit Innovationen im medizinischen und medizinisch-technischen Bereich bedürfen ebenfalls der Förderung.

Die anschließend aufgeführten Reformansätze betreffen demzufolge sowohl das *Gesundheitssystem als Ganzes* als auch *die einzelnen Akteure* in ihren Marktbeziehungen sowie in ihrem internen Leistungserstellungsprozeß.

1. Struktur des Gesamtsystems

- Neugestaltung der Steuerung, Produktionsweise und Finanzierung im Sinne einer Gesamtreform, teilweise beschränkt auf Korrekturen im Finanzierungssystem (z.B. Plafonierung der zur Verfügung gestellten Mittel).

2. *Art, Stellung und Produktionsweise der Leistungserbringer*

- Trennung der Rollen des Staates als Leistungseinkäufer und Leistungserbringer, Regionalisierung und Dezentralisierung staatlicher Funktionen der Regelung des Gesundheitssystems, Verselbständigung (New Public Management) oder Privatisierung der Trägerschaften.
- Professionalisierung des Managements der Leistungserbringung unter Einsatz der in andern Wirtschaftszweigen üblichen Methoden wie strategisches Management, Verbesserung der Effizienz von Leistungserstellungsprozessen, Entwicklung aussagekräftiger Informationssysteme mit entsprechender Informatikunterstützung.
- Verstärkter und systematisch gestalteter Verzicht auf Autonomie bei Leistungserbringern zugunsten der Bildung von Netzwerken unter Anbietern verschiedenster Stufen.
- Stärkung der Stellung der primärärztlichen Versorgung (»gatekeeper«) sowie der spitalexternen Pflege zu Hause, Bildung neuer Modelle wie HMO, Gesundheitszentren.
- Outsourcing von Wertschöpfungsstufen im medizinisch-technischen und administrativen sowie Infrastruktur-Bereich (Labors, Informatik, Küche, Reinigung).

3. *Stellung und Rolle der Leistungseinkäufer*

- Neues Selbstverständnis der Versicherer (wo solche bestehen) als Leistungseinkäufer mit entsprechenden Verhaltensänderungen gegenüber den Leistungsanbietern, teilweise verbunden mit Fusionen unter den Versicherern zur Stärkung der Nachfragemacht.
- Neue, prospektive, leistungsbezogene und an den Kosten leistungsfähiger Produzenten orientierte Finanzierungssysteme: Abkehr von der Deckung individueller Selbstkosten, Entstehenlassen von Marktpreisen.
- »Managed care« als neuer, gesamtheitlicher Lösungsansatz, der die Verantwortung für Menge, Qualität und Kosten nicht mehr zwischen Finanzierer und Leistungserbringer aufteilt, mit vielfältigen Konsequenzen für die Ausgestaltung des Leistungserbringungsprozesses.

4. *Auswirkungen auf Lieferanten der primären Leistungserbringer*

- Neuregulierung im Pharmabereich: Positiv- und Negativlisten, Förderung von Generika und nicht rezeptpflichtigen Medikamenten, Preiskontrollen, neue Vertriebswege, Selbstbehalt für Patienten.

- Korrektur des Einkaufsverhaltens der Leistungsanbieter unter dem Druck der neuen Finanzierungssysteme, professionelleres Einkaufs- und Lagerhaltungsmanagement.

5. *Stärkung der Stellung der Patienten*

- Die Stellung des Patienten, namentlich seine Wahlfreiheit im Versicherungsbereich, wird durch die vorgenannten Entwicklungstendenzen tendenziell verstärkt. Allerdings ist seine Bedeutung im Kräfteparallelogramm immer noch verhältnismäßig bescheiden. Patienten- und Konsumentenschutzorganisationen beginnen nur zaghaft ihre Ansprüche den Finanzierern und Leistungserbringern gegenüber geltend zu machen.

6. *Starker Einfluß der medizinisch-technischen Entwicklung*

- Forschungsergebnisse führen zu neuen Möglichkeiten im Diagnosebereich und gestatten neue Therapieformen wie die minimal-invasive Chirurgie sowie vermehrte ambulante und tagesstationäre Eingriffe.
- Entwicklungen in der Informatik und der Telekommunikation, die auch zu entsprechenden Unternehmenszusammenschlüssen führen, ermöglichen multimediale Systeme, neue Formen der Bildarchivierung und -verteilung usw.

3 Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Beratung im Gesundheitswesen

Die Nachfrage nach Beratungsleistungen steigt bei zunehmendem Veränderungsdruck. Die Reformtendenzen in allen industrialisierten Staaten führen zu grundlegend neuen Ausgangssituationen für Staat, Leistungserbringer und Leistungseinkäufer beziehungsweise Versicherer. Wie in andern Bereichen politischer und wirtschaftlicher Tätigkeit, die durch Kartellisierung und (Über-)Reglementierung charakterisiert waren, führen kurzfristig eingeleitete Reformen zu überproportionalen Veränderungen. Waren bisher alle unternehmerischen Modelle auf Planbarkeit, Berechenbarkeit, Stabilität und fehlenden Wettbewerb ausgerichtet, bewirken die Reformtendenzen das Entstehen eines neuen Paradigmas des gesteuerten Wettbewerbes. Die bisherigen, vom alten Paradigma geprägten Verhaltensweisen genügen nicht mehr, das neue Umfeld verlangt auch nach entsprechend neu gestalteten Führungsmethoden, Informationssystemen und letztlich Managementfähigkeiten.

Damit ergeben sich anspruchsvolle Tätigkeitspotentiale für die Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, die nach Beratungskunden und Beratungsfragestellungen wie folgt unterschieden werden können:

- Kundengruppen
1. *Leistungserbringer*: Ärzte, Krankenhäuser, Laboratorien, medizinische Fakultäten usw.,
 2. *Leistungseinkäufer/Finanzierer*: Krankenkassen, Privatversicherer, staatliche Behörden in dieser Rolle,
 3. *Regulierer*: Nationale, regionale und lokale Behörden,
 4. *Lieferanten*: Pharmaindustrie, Informatikfirmen, Hersteller von medizintechnischen Geräten usw.

- Beratungsfragestellungen
1. *Gesundheitssysteme – Märkte – Bedarfsplanung – Strategie*: Auf dieser Ebene geht es um die Bestimmung der Strategie einzelner Unternehmungen oder von Unternehmungsgruppen, ferner um strategische Allianzen, den Kauf und den Verkauf von Unternehmungen und Unternehmungsteilen, die Privatisierung öffentlicher Anstalten, Marktklärungen, Machbarkeits- und sozio-ökonomische Studien, Marketing-, PR- und Kommunikationsberatungsleistungen.

Bei staatlichen Kunden, und dies stellt eine Besonderheit des Beratungsmarktes Gesundheitswesen dar, kommen Bedarfsplanungen hinzu (z.B. Spitalplanungen), die Festlegung von Leistungsaufträgen im Zeichen des New Public Management, ferner das Erstellen von Leitbildern. Wir haben es hier mit einer Mischung von hoheitlichen, volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Fragestellungen im Grenzbereich zwischen öffentlichem und privatem Recht zu tun, eingeschlossen sind die Besonderheiten von Nonprofit-Organisationen. Es gilt, die Besonderheiten des Gesundheitswesens mit den in andern Wirtschaftszweigen üblichen Lösungsansätzen zu verbinden.

2. *Betriebliche Leistungserbringung*: In dieses Marktsegment gehören alle Fragen der Rechtsform, der Trägerschaft, der Anpassung und Veränderung von Aufbau- und Ablauforganisation, damit verbunden Aspekte der Prozeßsteuerung und des Qualitätsmanagements. Das in Krankenhäusern noch recht verbreitete, verwaltungsorientierte Denken ist stark mit Fragen von Rechtsform, Trägerschaft und Aufbauorganisation verknüpft. Aber auch hier zeigen sich, wie in andern Wirtschaftszweigen, Tendenzen zur stärkeren Betonung von Ablauforganisation und Prozeßsteuerung, Kostenreduktionen und Qualitätssicherung. Dem Prozeß der Organisationsveränderung kommt ebenfalls steigende Bedeutung zu. Das Change Management ist gerade auch im öffentlichen Bereich durch besondere Auflagen, zum Bei-

spiel hinsichtlich der erforderlichen Anpassung gesetzlicher Grundlagen, charakterisiert. Ferner sind vermehrte Quervergleiche im Sinne des Benchmarking erforderlich.

3. *Informationssysteme – Rechnungswesen – Finanz- und Tariffragen – Informatik*: Diesem Bereich kommt eine zentrale Bedeutung zu. Die großen Veränderungen bei der Leistungserbringung erfordern eine Anpassung der Führungsinstrumente. Dafür sind die erforderlichen Informatiklösungen rechtzeitig bereitzustellen und einzuführen (z. B. Weiterentwicklung der Kostenstellen- zu einer Kostenträgerrechnung).
4. »*Human Resources*«: Als sehr personenbezogene und personalintensive Dienstleistung bedarf das Gesundheitswesen einer besonderen Gewichtung aller mit dem Humankapital verbundenen Managementfunktionen, darin eingeschlossen die Personalentwicklung, Aus-, Fort- und Weiterbildung. Weitere Aspekte dieses Fragenbereiches sind Lohnsysteme, aber auch alle Probleme im Zusammenhang mit Unternehmungskultur und innerbetrieblicher Kommunikation, dem Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen sowie das Konfliktmanagement und die Sozialversicherungsfragen.

Die Gleichzeitigkeit des Auftretens gleicher Fragestellungen bei verschiedenen Kundengruppen schafft interessante Konstellationen für den Unternehmensberater. So führt die Neugestaltung eines Vergütungssystems für Krankenhausleistungen in Richtung einer prospektiven, leistungsbezogenen Entschädigung zu unterschiedlichen Fragestellungen bei Regulierern, Leistungseinkäufern und Leistungserbringern. Innerhalb der Krankenhäuser als meistbetroffene Leistungserbringer ergeben sich intern neue Fragestellungen und Gewichtsverschiebungen, beispielsweise hinsichtlich der Mitverantwortung des ärztlichen und des Pflegepersonals für die Kosten erbrachter Leistungen oder bezüglich der Honorierung privatärztlicher Tätigkeit unter neuen Finanzierungssystemen.

Fragestellungen bei den Lieferanten beziehen sich namentlich auf die sie betreffenden Auswirkungen der veränderten Nachfragestrukturen. Die Pharmaindustrie muß sich beispielsweise auf ein neues Einkaufsverhalten von Leistungserbringern oder Krankenkassen einstellen, die geltende und historisch gewachsene Absatzkanäle und Margenstrukturen nicht mehr als gegeben akzeptieren. Spitalsoftwarefirmen andererseits werden sich mit neuen Anforderungen auseinandersetzen haben, die sich aus der erwähnten Abkehr von einzelnen, isoliert tätigen Leistungserbringern ergeben, welche sich lokalen Netzwerken zuwenden. Der interinstitutionelle Datenaustausch gewinnt damit an Bedeutung.

Für die Unternehmensberatungsorganisation stellt sich die Frage der internen Spezialisierung, namentlich weil Identifikationen verschiedener Gruppen von Kunden (z. B. der Leistungseinkäufer) mit »ihren« Beratern deren Einsatz bei andern Kunden, zum Beispiel in Krankenhäusern, sehr erschwert.

4 Besonderheiten der Unternehmensberatung im Gesundheitswesen

4.1 Das Gesundheitswesen als Sonderfall

Spezielle Gegebenheiten des Gesundheitswesens stellen besondere Anforderungen an die Unternehmensberatung in diesem Bereich.

Dazu zählt namentlich im stationären Bereich die große Komplexität der Krankenhäuser als personalintensive Dienstleistungsbetriebe, deren Leistungserbringung meist in Anwesenheit und gar unter Mitwirkung der Patienten erfolgt. Diese Komplexität überträgt sich auf die Beratungsmethodik, begonnen bei der Problemfelddefinition (vgl. hierzu Vansina 1989, Dexner/Königwiese/Titscher 1988). Eine weitere Besonderheit ergibt sich aus dem beruflichen Selbstverständnis insbesondere der Ärzte und des Pflegepersonals als »profession«. Standesdenken, Standesbewußtsein, eigene ethische Richtlinien wirken sich bei positivem Gesamteffekt je nach den Gegebenheiten in der Beratungssituation hilfreich oder hinderlich aus.

Gelegentlich kann dies dann zum »Wir-sind-anders-als-alle-andern«-Syndrom führen, der Abwehrhaltung gegenüber Lösungsansätzen aus andern Branchen, die als zum vornherein für die spezifischen Bedürfnisse des Gesundheitswesens nicht geeignet beurteilt werden.

Angesichts der relativ guten Übersichtlichkeit des Marktes, die sich nicht zuletzt auch aus vielen Kontakten der Branchenangehörigen bei Fachveranstaltungen ergibt, können Berater gleichsam eine »Bugwelle« positiver oder weniger positiver Vor-Urteile vor sich stoßen.

Schließlich bedarf in Beratungsmandaten im Gesundheitswesen angesichts der vielen Besonderheiten die Frage nach dem formellen und dem eigentlichen Auftraggeber des Beratungsprozesses einer besonderen Aufmerksamkeit.

4.2 Fehlende Schulung der Kader in Managementfragen sowie im Umgang mit Beratern

Im Vergleich zu andern Wirtschaftsbereichen besteht im Gesundheitswesen immer noch ein Rückstand bei der *Managementausbildung*. Eine diesbezügliche Vorbildung fand in den letzten Jahren zuerst im Pflegebereich, dann im Verwaltungsbereich Eingang in die Anstellungsanforderungen. Entsprechende berufsgruppenspezifische Lehrgänge, teilweise mit staatlicher Anerkennung der Diplome, bildeten hiezu die Voraussetzung. Im ärztlichen Bereich begann eine vergleichbare Ausbildung erst in jüngerer Vergangenheit. Einer der Gründe hierfür liegt in der noch fehlenden Wertschätzung von Managementaufgaben als Teil des ärztlichen Berufsbildes. Ein erfreulicher Aufschwung ist bei interdisziplinär besetzten Managementausbildungen für Kader des Gesundheitswesens zu beobachten. Wo diese institutionsbezogen stattfinden, in dem zum Beispiel alle Kader eines Krankenhauses gemeinsam Kurse besuchen, ergeben sich positive Effekte für die Umsetzung des Gelernten.

Auch der *Umgang mit Beratern* will gelernt sein – ein neues Segment für die Unternehmensberatung im Gesundheitswesen? Eine entsprechende Qualifizierung der Auftraggeber und ihrer Kader läge, gerade im Gesundheitswesen, nicht nur in deren eigenem Interesse, sondern könnte – die erforderlichen Qualifikationen der Berater einmal vorausgesetzt – auch den Erfolg des Beratungsprozesses unterstützen.

Mögliche Themen für eine solche Ausbildung könnten sein (vgl. hierzu Winterling 1992, S. 82–84):

- Entscheidung, ob beziehungsweise wann Berater beigezogen werden sollen,
- Entscheidung über die der Situation entsprechende zweckmäßige Beraterrolle,
- Kriterien für die Auswahl der geeigneten Berater,
- die Steuerung von Beratungsprojekten,
- Erfolgsfaktoren bei Beratungen,
- der Inhalt des Beratervertrages.

4.3 Verantwortung der Berater im Gesundheitswesen

Der rasche Wandel im Gesundheitswesen einerseits, die bestehende Unerfahrenheit vieler Leistungsanbieter andererseits, die eigene unternehmerische Situation in den Branchenzusammenhang und die darin ablaufenden Entwicklungen einzuordnen, bewirken eine Mitverantwortung der großen Beratungsunternehmungen. Mit ihren vielfältigen Erfahrungen und dem Verfügen über Querbezüge zu andern Branchen können sie bewußt Änderungen des Gesundheitswesens als Ganzes initiieren und gestalten (z.B. Entwicklungen wie gesteuerter Wettbewerb, »managed care«, Netzwerkbildung unter Leistungsanbietern). Voraussetzung für

die Wahrnehmung dieser Rolle ist das Bestehen zumindest einzelner größerer Beratungsunternehmungen mit internationaler Verflechtung, welche diese wichtige laterale Informationsvermittlung übernehmen und während längerer Zeit durchziehen können. Eine derartige Perspektive liegt sowohl im Interesse des Gesundheitswesens als Ganzes als natürlich auch dieser großen Beratungsunternehmungen. Die nähere Zukunft wird zeigen, ob diese Überlegungen Wirklichkeit werden.

Literatur

- Exner, Alexander/Königwiese, Roswita/Titscher, Stefan: Unternehmensberatung – systemisch, theoretische Annahmen und Interventionen im Vergleich zu anderen Ansätzen. In: *Zeitschrift für Organisationsentwicklung*, 7, 1988, S. 1–33
- Güntert, Bernhard J.: *Managementorientierte Informations- und Kennzahlensysteme für Krankenhäuser: Analyse und Konzept*. Berlin 1989.
- Hauke, Eugen (Hrsg.): *Leistungsorientierte Planung im Krankenhaus. Ein partizipativer Ansatz für die Praxis*. Wien 1992.
- Meier, J. (Hrsg.): *Das moderne Krankenhaus. Managen statt verwalten*. Frankfurt 1994.
- Schweizer Rück: Gesundheitswesen in 8 Ländern. In: *Wirtschaftsstudien*, 1/1993, Zürich 1993.
- Vansina L.S.: Berufliche Beratungs-Praxis: Wege zur Entwicklung ausgeglichener Ausbildungsprogramme. In: *Zeitschrift für Organisationsentwicklung*, 8, 1989, S. 25–46.
- Winterling, Klaus: Berater zu Spitzenleistungen anspornen. In: *io Management Zeitschrift*, 61, 1992, S. 82–84.