

HTW Chur
Hochschule für Technik und Wirtschaft

Fachhochschule Ostschweiz
University of Applied Sciences

Churer Schriften zur Informationswissenschaft

Herausgegeben von
Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Wolfgang Semar

Arbeitsbereich
Informationswissenschaft

Schrift 36

Einsatz von Competitive Intelligence in Schweizer Spitälern

Michaela Spiess

Chur 2009

Churer Schriften zur Informationswissenschaft

Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl,
und Wolfgang Semar

Schrift 36

Einsatz von Competitive Intelligence in Schweizer Spitälern

Michaela Spiess

Diese Publikation entstand im Rahmen einer Diplomarbeit zum Abschluss als dipl.
Informations- und Dokumentationsspezialistin FH.

Referent: Prof. Dr. Rüdiger Buchkremer

Korreferent: Sonja Hierl

Verlag: Arbeitsbereich Informationswissenschaft

ISSN: 1660-945X

Chur, November 2009

Abstract

Möglichst aktuelle Kenntnisse über Mitbewerber und Märkte sind bedeutende Grundlagen für strategische Managemententscheidungen. Steigende Kosten im Gesundheitswesen und damit verbundener Kostendruck fördern den Wettbewerbsgedanken in den Krankenhäusern. Um das eigene Unternehmen optimal im Spitalmarkt zu positionieren, gewinnt die Methode Competitive Intelligence an Bedeutung. Inwiefern dabei systematische Ansätze angewandt werden und wie die Spitäler ihre Informationen generieren, ist bisher in der Schweiz weitgehend unerforscht.

In einem ersten Schritt werden theoretische Grundlagen erarbeitet, bevor im zweiten Teil eine Darstellung der schweizerischen Spitallandschaft folgt. Darin wird die Struktur des Spitalmarkts nach dem Fünf-Kräfte-Modell von Porter analysiert. Im dritten Teil werden Competitive-Intelligence-Aktivitäten in Spitälern mit Hilfe von einundzwanzig telefonisch geführten Experteninterviews untersucht. Es wird auch der Frage nachgegangen, ob Privatkliniken mehr Wettbewerbsaktivitäten aufweisen als öffentliche Spitäler.

Schlagwörter: Competitive Intelligence, Intelligence Economique, Veille Stratégique, Environment Scanning, Strategic Scanning, Strategic Intelligence, Business Intelligence, Market Monitoring, Market Intelligence, Market Research, Knowledge Management, Wettbewerberanalyse, Konkurrenzbeobachtung.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Inhaltsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	8
Vorwort.....	9
1 Einleitung	10
1.1 Ausgangslage	10
1.2 Problembeschreibung und Fragestellung	10
1.3 Zielsetzung der Arbeit.....	11
1.4 Forschungsfeld	11
1.5 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	12
2 Grundlagen Competitive Intelligence	13
2.1 Begriffsdefinition und Einführung in Competitive Intelligence	13
2.2 Entstehung und historische Entwicklung	14
2.3 Abgrenzungen	16
2.4 Competitive Intelligence als Zyklus.....	16
2.4.1 Planung	17
2.4.2 Datenerhebung.....	18
2.4.3 Analyse.....	20
2.4.4 Berichterstattung	20
3 Gesundheitswesen – Schweizer Spitäler.....	21
3.1 Grundlagen zum schweizerischen Gesundheitssystem	21
3.1.1 Akteure	21
3.2 Spital – Begriffsdefinition und kurzer historischer Abriss.....	22
3.3 Spitaltypologie	23
3.4 Finanzierung der Spitäler.....	24

4	Branchenstrukturanalyse des Spitalmarktes nach dem Fünf-Kräfte-Modell von Porter	25
4.1	Spitalbranche	25
4.2	Branchenstrukturanalyse nach Porter	25
4.2.1	Verhandlungsstärke der Lieferanten	26
4.2.2	Bedrohung durch neue Marktteilnehmer	28
4.2.3	Verhandlungsstärke der Kunden (Patienten)	29
4.2.4	Bedrohung durch Ersatzprodukte oder Ersatzdienstleistungen	30
4.2.5	Wettbewerbsdruck innerhalb der Branche	30
4.2.6	Zusammenfassung	31
5	Empirische Untersuchung	32
5.1	Forschungsdesign	32
5.1.1	Wahl der Erhebungsmethode	32
5.1.2	Entwicklung des Fragebogens	33
5.1.3	Pretest	34
5.2	Durchführung der Erhebung	34
5.2.1	Kennzahlen der Organisation	36
5.2.2	Konkurrenzbeobachtung/Marktanalyse	36
5.2.3	Systematische Konkurrenzbeobachtung	36
5.2.4	Systematische Marktanalyse	38
5.2.5	Zuständigkeiten der Konkurrenzbeobachtung/Marktanalyse	40
5.2.6	Quellen	41
5.2.7	Organisation der Informationen	45
5.2.8	Entstehung neuer Dienstleistungen oder Angebote	46
5.2.9	Informationsbedürfnisse	47
5.2.10	Schadenfälle wegen zuwenig Information	48
5.2.11	Massnahmen zur Sicherung von Informationen	49
5.2.12	Zukünftige Bedeutung von Competitive Intelligence	50
5.2.13	Informationen zu Competitive Intelligence	51

5.2.14	Exkurs: Befragung von Chefärzten bzw. Co-Chefarzt.....	51
5.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	52
5.3.1	Katalog für die Informationsbedürfnisse des Spitals	53
6	Reflexion	55
7	Fazit und Ausblick.....	56
8	Literatur- und Quellenverzeichnis	58
	Anhang.....	63

Abkürzungsverzeichnis

BFS	Bundesamt für Statistik (Schweiz)
BI	Business Intelligence
CEO	Chief Executive Officer
CI	Competitive Intelligence
DRG	Diagnosis Related Groups
EFQM	European Foundation for Quality Management
HMO	Health Maintenance Organization
HTW	Hochschule für Technik und Wirtschaft
IE	Intelligence Economique
ISO	International Standards Organisation
KIQs	Key Intelligence Questions
KITs	Key Intelligence Topics
KVG	Krankenversicherungsgesetz
SCIP	Society of Competitive Intelligence Professionals
Tarmed	Tarif Médical
USB	Universal Serial Bus
UVG	Unfallversicherungsgesetz
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: In Anlehnung an Kahaner: Competitive Intelligence Cycle	17
Abbildung 2: Frage nach systematischer Konkurrenzbeobachtung	37
Abbildung 3: Frage nach systematischer Markanalyse.....	39
Abbildung 4: Zuständigkeiten für Konkurrenzbeobachtung und Marktanalyse	40
Abbildung 5: Primärquellen	41
Abbildung 6: Sekundärquellen	43
Abbildung 7: Angaben zur Organisation und Dokumentation von gesammelten Informationen	45
Abbildung 8: Frage nach Herkunft von neuen Dienstleistungen oder Angeboten	46
Abbildung 9: Informationsbedürfnisse	47
Abbildung 10: Massnahmen zur Sicherung von Informationen.....	49
Abbildung 11: Wunsch nach Informationen zu Competitive Intelligence	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Primär- und Sekundärquellen.....	19
Tabelle 2: Anonymisierte Liste der geführten Interviews	35
Tabelle 3: Informationsmanko	48

Vorwort

Systematische Wettbewerbsbeobachtung, welche auch mit „Competitive Intelligence“ (CI) bezeichnet werden kann, gehört seit vielen Jahren zum Tagesgeschäft internationaler Grossunternehmen. Wie eine aktuelle Studie der Hochschulen HTW Chur und HES Genf nachweist, wird es inzwischen auch von vielen kleineren und mittleren Unternehmen (KMU) und von (öffentlichen) Einrichtungen in der Schweiz praktiziert. Um systematische Wettbewerbsbeobachtung erfolgreich durchzuführen, ist informationswissenschaftliches Know-How in Ergänzung zu klassischen CI-Praktiken von immensem Vorteil, weshalb diese Untersuchung auch am Schweizerischen Institut für Informationswissenschaft durchgeführt wurde.

Hochschulen stehen im Wettbewerb um Studierende und Forschungsgelder, Bibliotheken stehen im Wettbewerb um Besucher bzw. Kunden und Finanzierungsmöglichkeiten – nahezu jede Einrichtung befindet sich im Wettbewerb mit anderen, so auch Spitäler. Nicht selten wird der Wettbewerbsdruck durch das „Umfeld“ noch erhöht. So werden steigende Gesundheitskosten Einfluss auf die schweizerische Spitallandschaft haben. Die Frage stellt sich, ob öffentliche Spitäler und Privatkliniken in der Schweiz diese Wettbewerbssituation beobachten und wie systematisch sie dabei vorgehen.

In dieser Diplomarbeit sollte zunächst das Wettbewerbsumfeld erfasst werden, um daraus eine empirische Untersuchung abzuleiten. Befragt wurden insgesamt ca. 20 Spitäler, da eine flächendeckende Untersuchung den Rahmen für diese Arbeit gesprengt hätte.

Aus der groben Branchenstrukturanalyse resultierte, dass der Wettbewerbsdruck für Spitäler nicht allein durch die Wettbewerber und makroökonomische Faktoren entsteht, die Lieferanten der Spezialgeräte und zunehmend auch die Patienten spielen dabei eine wichtige Rolle.

Die Befragung ergab zudem, dass über 80 Prozent der befragten Spitäler bereits Wettbewerbsbeobachtung betreiben und 50 Prozent dabei systematische Verfahren anwenden, wobei sich öffentliche Spitäler und Privatkliniken kaum unterscheiden.

Insgesamt kann daraus geschlossen werden, dass schweizerische Spitäler die Wettbewerbssituation erkannt haben. Die Tatsache, dass nur etwa 50 Prozent systematisch dabei vorgehen, spricht jedoch für mehr Aufklärung und mehr Ausbildung auf diesem Sektor.

Insgesamt bietet die Arbeit von Frau Spiess deutlich mehr Ergebnisse als in diesem Vorwort erwähnt. Diese sind sicherlich nicht nur für Beschäftigte in Spitälern interessant.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern eine spannende Lektüre!

Prof. Dr. Rüdiger Buchkremer

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Gesundheitswirtschaft befindet sich seit Jahren in einem tief greifenden Struktur- und Kulturwandel und dies nicht nur in der Schweiz, sondern in allen Industriestaaten. Demographische Entwicklungen und ein rasanter medizinischer Fortschritt haben zu einer vermehrten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen geführt. Als Folge davon stiegen die Kosten im Gesundheitswesen stark an. Dies führt zu einem stetig wachsenden Wettbewerb unter den Spitälern als Akteure, denn unrentablen Spitälern droht die Auflösung. Vor diesem Hintergrund wird wirtschaftlichen Überlegungen eine immer grössere Bedeutung zugemessen. Krankenhäuser sind vom Umsatz her die grössten Leistungserbringer im Gesundheitswesen. In der Schweiz wird auf einer ersten Ebene zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken unterschieden. Die Finanzierung stellt das grösste und wichtigste Unterscheidungsmerkmal dar. Öffentliche Spitäler werden normalerweise von Kantonen oder Gemeinden getragen, während Privatkliniken in den meisten Fällen privatrechtlich organisiert sind und die Trägerschaft somit eine juristische Person ist. Bis vor wenigen Jahren führten die Kantone ihre öffentlichen Spitäler selbst. Nach einer schweizweiten Reformierung der Spitäler, was unter dem Begriff "Spitalliberalisierung" oder "Privatisierung" in die Geschichte eingegangen ist, existieren heute öffentlich-rechtliche Anstalten und privat-rechtliche Anstalten als Aktiengesellschaften (Schumacher, 2006, S. 7-10).

1.2 Problembeschreibung und Fragestellung

Die Klage über steigende Spitalkosten und der Ruf nach einer Reduktion der Spitalzahl ziehen sich wie ein roter Faden durch die Diskussion über die Zukunft des Spitalmarktes in der Schweiz. Um die Kosten in den Griff zu bekommen, werden Sparmassnahmen gefordert wie z.B. Spitalschliessungen und/oder Effizienzsteigerungen. Weil der Wettbewerb¹ als wirksames Mittel gilt die Kosten im Gesundheitswesen zu senken, ist es sinnvoll auch im Spital dem Gedanken „Wettbewerb“ mehr Platz einzuräumen (Arnold, 2008, S. 525). Dies ist schwierig, weil die Medizin und die Ökonomie völlig unterschiedliche Referenzmassstäbe besitzen. Während die Medizin eher versucht den Behandlungserfolg am Machbaren zu maximieren, drängt die Ökonomie darauf nur so lange zu investieren, bis die wirtschaftlichen Grenzen erreicht sind (von Arx / Rüegg-Stürm, 2007, S. 1214-1219). Mit Competitive Intelligence ist ein System gemeint, das zur Beobachtung und Steuerung eines Unternehmens andere Mitkonkurrenten oder das

¹ Wettbewerb ist ein wichtiges Instrument und ein wesentlicher Bestandteil des wirtschaftlichen Handelns von Unternehmen und Staaten (Caraça et al., 1997, S. 10). Der Begriff Wettbewerb wird in dieser Arbeit synonym zum Wort Konkurrenz gebraucht.

wirtschaftliche Umfeld beobachtet und systematisch erfasst. Vor dem eingangs beschriebenen Hintergrund kann Competitive Intelligence (CI) dazu dienen, das eigene Unternehmen optimal im Markt zu positionieren und gleichzeitig die Entscheidungsqualität im Spitalbetrieb zu steigern. So können mögliche Risiken frühzeitig erkannt werden. Ein Wagnis könnte beispielsweise eine neue Spezialisierung im Bereich Medizin darstellen oder eine neue Operationstechnik, die sich erst etablieren muss.

Möglicherweise werden bereits heute in einzelnen Spitälern oder Abteilungen CI verwendet, ohne dass sich die Spitalleiter² dessen überhaupt bewusst sind. Dies soll mit der vorliegenden Arbeit erforscht werden. Die Fragestellung lautet: *Was machen die Schweizer Spitäler bereits heute, was unter dem Begriff Competitive Intelligence subsumiert werden kann?* Da Privatkliniken ohne staatliche Subventionen auskommen müssen, wird die zu untersuchende These aufgestellt, dass Privatspitäler im Gegensatz zu den öffentlichen Spitälern, mehr Aktivitäten in Richtung Competitive Intelligence aufweisen.

1.3 Zielsetzung der Arbeit

Mit einer Branchenstrukturanalyse werden relevante Wettbewerbskräfte des Spitalmarktes eruiert und abgegrenzt. Die empirische Untersuchung soll Aufschluss darüber geben, wo genau und wie Aktivitäten zu Competitive Intelligence bereits heute in Schweizer Spitälern angewendet werden. Zusätzlich soll ein Katalog zusammengestellt werden, über die Informationsbedürfnisse der Spitäler. Ein Vergleich von Privatkliniken und öffentlichen Spitälern soll die eingangs gestellte These beantworten.

1.4 Forschungsfeld

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, würde das Spital komplett (d.h. auf jeder Hierarchiestufe) zu diesem Thema untersucht werden. Die Organisation Spital besteht aus diversen Einheiten und Untereinheiten. Für die Erhebung wurden hauptsächlich die Ebenen der Direktion und der Klinikleiter berücksichtigt. Die Sichtweise des CEO bezieht sich auf die Gesamtorganisation und vergleicht beispielsweise die Position des eigenen Betriebs im Vergleich mit anderen Spitälern. Eine zweite hierarchische Ebene im Spital, die eines Klinikleiters oder Chefarztes, konzentriert sich auf die eigene Abteilung. Zum besseren Verständnis soll dies mit folgendem Beispiel veranschaulicht werden. Während die Unternehmensebene (Spitalleitung, CEO etc.), beispielsweise eine Augenklinik, nach Patientenzahlen, Haftpflichtfällen oder Personalfuktuation beurteilt, wird sich die zweite Ebene auf das konkrete Medizinangebot und neue Technologien für die Augenklinik

² Ein Hinweis: Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie. z. B. Teilnehmer/Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für beide Geschlechter.

konzentrieren. Was medizinisch realisierbar ist, kann allerdings nur der Fachmann in seinem Gebiet abschätzen. Es versteht sich somit von selbst, dass der Fokus nicht der gleiche ist und die Informationsbedürfnisse sich unterscheiden. Weitere Aspekte des Spitals, wie z.B. Pflegepersonal, Physiotherapie, Ergotherapie, medizinische und technische Dienste, Labor etc. wurden für diese Arbeit nicht mitberücksichtigt.

Die Sichtweise der Wirtschaftsinformatik von Competitive Intelligence, die Wettbewerbsinformationssysteme hauptsächlich als technische Produkte wahrnimmt, wird in dieser Schrift nicht berücksichtigt.³

1.5 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in drei Teile gegliedert und weist theoretische und empirische Bestandteile auf. In einem ersten Schritt wird die Zielsetzung der Arbeit, deren Grenzen, sowie eine Einführung in Competitive Intelligence (Kapitel 2) vorgenommen. Im zweiten Teil (Kapitel 3) wird die Spitallandschaft in der Schweiz dargelegt und mit einer Branchenstrukturanalyse (Kapitel 4) in die verschiedenen Akteure und Kräfte aufgegliedert. Im empirischen Teil der Arbeit (Kapitel 5), wird in einem dritten Schritt die Methode der Erhebung beschrieben und die Daten aus den einundzwanzig erhobenen Telefoninterviews ausgewertet. Die Arbeit wird mit einer Reflexion und einem Fazit abgeschlossen (Kapitel 6 und 7).

³ Für die Sichtweise der Wirtschaftsinformatik siehe Kemper/Baars (2006).

2 Grundlagen Competitive Intelligence

Nachfolgend wird der Begriff Competitive Intelligence eingeführt, definiert und abgegrenzt. Ein kurzer historischer Rückblick soll die Entstehung dieser Methode aufzeigen und den aktuellen Stand der Forschung darstellen. Das Kapitel wird mit der Beschreibung des Competitive Intelligence Cycles abgerundet.

2.1 Begriffsdefinition und Einführung in Competitive Intelligence

Der Terminus Competitive Intelligence (CI) wird unterschiedlich aufgefasst und interpretiert. Eine eindeutige Übersetzung von Competitive Intelligence in die deutsche Sprache existiert nicht, deshalb finden sich in der Literatur⁴ diverse freie Übersetzungen wie Wettbewerbs-analyse, Konkurrenzanalyse oder Wettbewerbsbeobachtung.

Je nach Anwendung von Competitive Intelligence liegt der Schwerpunkt mehr auf "... fachübergreifende Disziplin für moderne Unternehmensführung und -entwicklung" (Michaeli, 2006, S. 1) oder der Prozess an sich wird in den Vordergrund gestellt (Brody, 2008, S. 7; Kahaner, 1996, S. 23).

Das Fundament zur Begriffsdefinition für diese Schrift legte Kahaner 1996 in seinem Buch „Competitive Intelligence“.

"Competitive intelligence is a systematic program for gathering and analyzing information about your competitors' activities and general business trends to further your own company's goals" (Kahaner, 1996, S. 16)

Im Gegensatz dazu, definiert die Society of Competitive Intelligence Professionals (SCIP), ein internationaler Berufsverband für Markt- und Wettbewerbsbeobachter (Praktiker und Spezialisten) CI wie folgt:

"Competitive intelligence is a systematic, legal and ethical process for the gathering and (insightful) analysis of information, and the dissemination of actionable intelligence to decision makers, that can affect your company's plans, decisions and operations" (SCIP, 2008).

Diese Definition erweitert den Terminus von Competitive Intelligence vor allem um den zusätzlichen Aspekt der Ethik und grenzt sich so gegenüber der Wirtschaftsspionage ab. Die Mitglieder der SCIP, ob Einzelpersonen oder Unternehmen, müssen sich einem "ethischen Code" verpflichten. Dieser beinhaltet beispielsweise, dass die Gesetze national wie international zu beachten sind oder dass aufrichtige und realistische Empfehlungen für Competitive Intelligence zu treffen sind, um nur einige Punkte aus diesem Code zu nennen

⁴ Beispiele dafür sind: Michaeli (2006), Pfaff (2005), Romppel (2006), Freibichler (2006), Fritz (2005).

(Michaeli, 2006, S. 587). Zweck dieses Ethik-Codes ist hauptsächlich die Thematisierung der Wirtschaftsspionage, weil das englische Wort "Intelligence" nicht nur mit Intelligenz, sondern auch mit Geheim- und Nachrichtendienst übersetzt wird. Erwähnenswert ist, dass es keine Aufsichtsbehörde gibt – oder gar eine Kontrollstelle –, die das Berufsfeld in diesem Bereich kontrollieren würde (Pfaff, 2005, S. 147).

Douglas betont das inhärente Element des Frühwarnsystems von Competitive Intelligence, weil dadurch Veränderungen frühzeitig erkannt werden und Möglichkeiten geschaffen werden können, adäquat zu reagieren.

"A strategic early warning system lies at the very heart of a firm's competitive intelligence programme. It involves the earliest possible identification of dynamic or idiosyncratic features of a situation which may affect company interests" (Douglas, 2003, S. 39).

Romppel bezeichnet CI gar salopp als "Navigationssystem im Wettbewerb" und beschreibt so den Begriff kurz und einprägsam (Romppel, 2006, S. 9).

Eine noch umfassendere Sicht bietet die "intelligence économique" (IE), das Pendant zu Competitive Intelligence im Französischen. Das französische Modell, als Trilogie "veille, protection et influence" beinhaltet explizit auch den Informationsschutz im Wort "protection". Weil sich diese Arbeit auch auf die Spitälern in der Romandie bezieht, ist es sinnvoll, auch die französische Begriffsdefinition kurz vorzustellen. In Anlehnung an Deschamps folgende Beschreibung: "L'intelligence économique comprend à la fois des activités de veille, de protection de l'information et de lobbying ou d'utilisation de l'information de manière offensive" (Deschamps, 2008).

Zusammenfassend kann Competitive Intelligence bezeichnet werden als die regelmässige, legale und systematische – nach einem System oder Plan – Sammlung und Auswertung von gezielten Informationen zur Konkurrenz, Wettbewerbsprodukten, Marktentwicklungen, Branchen, Kundenerwartungen und neuen Technologien. Parallel dazu sollen ebenso Anstrengungen unternommen werden um das so generierte Wissen aktiv zu schützen. Dies wird in der Literatur mit Counter Intelligence bezeichnet (Michaeli, 2006, S. 548 ff).

2.2 Entstehung und historische Entwicklung

Bégin et al. (2007) sehen die Wurzeln von Competitive Intelligence in der Militärgeschichte und beziehen sich auf den chinesischen General Sun Tsu, der bereits vor Christi Geburt über die Wichtigkeit von Informationen zum Thema Stärken und Schwächen der eigenen Armee oder die des Gegners schrieb (Bégin et al., 2007, S. 4). Andere Quellen gehen weiter zurück und finden gar im Alten Testament den Ursprung von CI "...to spy out the land of Canaan to see what the land is, and whether the people who dwell in it are strong

or weak, whether there are few or many..." (Douglas, 2003, S. 9). Wobei hier jedoch entgegengehalten werden muss, dass dies als Spionage zu bezeichnen ist und somit nicht unter Competitive Intelligence fällt.

Competitive Intelligence in der heutigen Verwendung hat sich aus der Marktforschung heraus entwickelt. Den Grundstein dazu legte Michael Porter mit seiner Veröffentlichung "Competitive Strategy: Techniques for analysing industries and competitors" (1980) und seinem Modell der Five Forces (Lux / Peske, 2002, S. 24 ff). Aber erst die Weiterentwicklung dieser Methoden gilt als Ansatz zu Competitive Intelligence. Eine simple Konkurrenzanalyse ist nur statisch. Es werden beispielsweise Ziele des Konkurrenten, seine gegenwärtige Strategie, Stärken und Schwächen erfasst (Fritz, 2005, S. 12). Competitive Intelligence geht jedoch einen Schritt weiter und beinhaltet implizit den Prozess der Beobachtung, mit dem Modell des "Intelligence Cycle"⁵ aber auch dessen Ergebnis, also das Wissen über das Wettbewerbsumfeld, Markt und/oder neue Technologien.

In Frankreich wird diese Thematik intensiver verfolgt. Es wird gar von einem "French paradigm for CI" gesprochen (Smith / Kossou 2008, S. 80). In der USA, UK oder Deutschland werden Competitive Intelligence Aktivitäten als Domäne für die Privatwirtschaft angesehen. In Frankreich hingegen, wird diese Methode bis in die öffentliche Verwaltung hinein praktiziert. So untersuchte beispielsweise der *Carayon Report* aus dem Jahre 2003, wie und wo die nationale Verwaltung die "intelligence économique" (Synonym von Competitive Intelligence) einsetzt. Durch den Einzug von Competitive Intelligence auch in staatliche Bereiche erweitert sich das Feld zusätzlich um den Ansatz von Lobbying. "Faire de l'intelligence économique, c'est n'est pas seulement collecter, traiter et diffuser de l'information, c'est également influencer son environnement concurrentiel ou juridique de l'entreprise". Es geht also nicht nur um das Sammeln, Verwaltung und Verteilen von Information, sondern es geht zusätzlich um eine Beeinflussung von Abgeordneten durch Interessengruppen (Revelli, 1998, S. 16).

Weder in Deutschland noch in der Schweiz (Deutschschweiz) wird ein Ausbildungslehrgang für Competitive Intelligence an einer Hochschule angeboten, was den Stellenwert dieses Themas zum Teil widerspiegelt. In Frankreich gibt es seit 1997 die "Ecole de Guerre Economique" und die FH Genf bietet seit 2007 ein Nachdiplomstudium für Intelligence économique et veille stratégique an.

⁵ Darauf wird später in dieser Arbeit noch genauer eingegangen.

2.3 Abgrenzungen

In der Literatur finden sich unterdessen diverse Intelligence-Ausrücke, z.B. Technical Intelligence, Strategic Intelligence, Market Intelligence, Partner Intelligence, Competitor Intelligence, Corporate Intelligence und einige mehr. Der gemeinsame Gedanke *einer Gewinnung und Nutzung von wettbewerbsrelevanten Informationen* liegt allen Termini zugrunde.

Um Verwechslungen mit Business Intelligence (BI) zu vermeiden ist eine klare Abgrenzung nötig – zumal CI und BI oft synonym in der Literatur verwendet werden. Business Intelligence ist eine jüngere Begrifflichkeit als Competitive Intelligence und wurde durch die Gartner Group⁶ geprägt. Nach Gluchowski ist Business Intelligence IT-basiert und umfasst alle Systemkomponenten, die operatives Datenmaterial zur Informations- und Wissensgewinnung aufbereiten und speichern (Gluchoski, 2008, S. 88 f). Es gibt Unterschiede, ob man das Begriffsverständnis eng oder weit fasst (Kemper / Baars, 2006, S. 7 ff), darauf wird hier jedoch nicht näher eingegangen. Eine rudimentäre Sichtweise stellt Business Intelligence als Tätigkeitsfeld nach innen und Competitive Intelligence als Aktivitäten nach aussen dar. Auch wenn diese Darstellung in der Literatur immer noch angetroffen wird (Neugarten, 2007, S. 23), darf dies künftig in Frage gestellt werden. Denn die Veränderung mit den neuen Technologien lassen die Grenzen – "Innen" und "Aussen" – eines Betriebes, verschmelzen. Browserbasierte Anwendungen via Internet lassen sich nicht mehr klar abtrennen. Der zunehmende Einsatz von Social Software (Weblogs und Wikis), mit einem grossen Potenzial für Kollaboration, kann nicht nur "als nach aussen oder innen gerichtet" betrachtet werden. Neuere Publikationen⁷ bestätigen dies, indem sie Competitive-Intelligence-Aktivitäten nicht nur nach aussen gerichtet sehen, sondern explizit betonen, dass das Augenmerk auch ins Innere der Firma zu richten ist. "... La compétitivité des entreprises ne dépend pas uniquement de la connaissance des grandes tendances externes qui affectent l'environnement concurrentiel. Au contraire, celle-ci doit impérativement être arrimée au traitement des informations internes à l'entreprise..." Frei übersetzt bedeutet dies, dass die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen nicht allein die Kenntnisse von externen Stossrichtungen im Umfeld betreffen, sondern diese müssen mit den internen Informationen einer Unternehmung verknüpft werden (Bégin et al., 2007, S. 14).

2.4 Competitive Intelligence als Zyklus

Der Prozess von Competitive Intelligence gliedert Kahaner schematisch in vier Phasen: Planung, Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung (Kahaner, 1996, S. 44). In der

⁶ Gartner ist ein Anbieter für Marktforschung und Analyse in der weltweiten Technologie-Industrie.

⁷ Vgl. Bégin et al., 2007, S. 14.

Literatur werden zum Teil auch fünf bis acht Phasen erwähnt, je nachdem wie differenziert die Darstellung ausfällt (Romppel, 2006, S. 45).



Abbildung 1: In Anlehnung an Kahaner: Competitive Intelligence Cycle

2.4.1 Planung

Für Romppel ist das Feststellen dessen, was überhaupt an Informationen und Analyse benötigt wird, die "grösste Herausforderung im Competitive Intelligence Geschäft" (Romppel, 2006, S. 16). In dieser ersten Phase geht es um die Bestimmung des Informationsbedarfs der Entscheidungsträger. Die Themen werden mittels Key Intelligence Topics (KITs) erhoben und dann konkret als Key Intelligence Questions (KIQs) mit Hilfe von Schlüsselfragen abgeleitet.

Ein mögliches Beispiel aus der Spitalpraxis: Strategisches Geschäftsziel könnte sein, dass die Patientenzahlen konstant bleiben oder wachsen sollen. Nun soll anhand der KIQs festgestellt werden, warum in den letzten Jahren die Anzahl an ophthalmologischen Patienten⁸ im Spital gesunken ist.

Mögliche KITs dazu:

- Sinkende Patientenzahlen in der Abteilung Ophthalmologie

Mögliche KIQs dazu:

- a) Gab es in der näheren geografischen Umgebung neue Augenarztpraxen oder gar Ophthalmologieabteilungen in einem Nachbarspital?
- b) Gab es neue Praxiszusammenschlüsse von Ophthalmologen, die auf diese Weise möglicherweise effizienter arbeiten können?
- c) Verzeichnet die Klinik vermehrt Haftpflichtfälle in diesem Bereich in den letzten Jahren?

⁸ Ophthalmologie: Augenheilkunde.

- d) Wie fielen die Patientenrückmeldungen zu diesem Thema aus? (Hier zeigt sich ob die Patientenbefragung professionell durchgeführt wurde. Wenn die Fragen zu oberflächlich gestellt werden, ist eine Patientenumfrage für Competitive Intelligence nicht brauchbar. Eine Frage nach der Zufriedenheit eines Spitalaufenthaltes liefert zu wenig Aussagekraft für CI-Methoden. Die Frage nach Zufriedenheit muss auf einer zweiten Ebene weiter aufgeschlüsselt werden nach verschiedenen Parametern wie; Behandlung durch den Arzt, Pflegepersonal, Aspekte zur Hotellerie etc.)
- e) Wie sieht die Krankheitsstatistik in der Schweiz generell zum Thema Augenkrankheiten aus? (Möglicherweise haben sich diese landesweit zurückgebildet.)

Es ist wichtig, die Schlüsselfragen möglichst breit im Sinne von vielen möglichen Themen zu stellen, um das zu untersuchende Feld vollständig abbilden zu können.

2.4.2 Datenerhebung

Es stellt eine Herausforderung dar, das richtige Informationsvolumen sicherzustellen. Idealerweise wird ein Projektplan (Erhebungsplan) erstellt und festgelegt, auf welchem Weg die Informationen beschafft werden und wer welche Information generiert. Eine Gewichtung wäre hilfreich, vor allem dann, wenn die zur Verfügung stehende Zeit plötzlich knapp wird.

In der Literatur finden sich verschiedene Ansätze, was unter Primär- und Sekundärquellen zu verstehen ist. Gemäss Lux / Peske wird den primären Informationsquellen ein direkter Kontakt mit Menschen zum Zweck der Informationsgewinnung verstanden. Als sekundäre Informationsquellen gelten allgemein zugänglichen Daten in Printmedien, Internet oder Datenbanken (Lux / Peske, 2002, S. 79 ff). Aus Sicht von Kahaner liegt der Hauptunterschied der beiden Quellenarten in der Möglichkeit einer Manipulation der Daten, denn seine Definition lautet wie folgt: "*Primary sources* are unadulterated facts directly from the source" und "*Secondary sources* offer altered information" (Kahaner, 1996, 53-54).

In Anlehnung an Pfaff sind in dieser Arbeit Primärquellen Daten, die für einen bestimmten Zweck (Studie, Bericht etc.) erhoben wurden. Sekundärquellen stellen Informationen dar, die ursprünglich für andere Zwecke erstellt wurden (Pfaff, 2005, S. 56).

Tabelle 1: Primär- und Sekundärquellen

Primärquellen	Sekundärquellen
Veröffentlichte Geschäftsberichte	Zeitungen
Patientenrückmeldungen	Magazine
Persönliche Beobachtung	Bücher
Human Intelligence (gezielte Befragungen)	Internet (Newsgroups, Weblogs)
Staatliche Dokumente (Gesetze etc.)	Infobrokerdienste (Bsp. Infonlinemed.ch)
Reden	Broschüren
Interviews	Datenbanken
Kongresse	Private Publikationen
Live Sendungen (Radio, TV)	generell Erhebungen, die primär für eine andere Fragestellung erfasst wurden

Eine sehr wichtige Primärquelle im Krankenhaus sind die eigenen Spitalmitarbeiter. Dies wohl deshalb, weil nur ein kleiner Teil ihres impliziten Wissens⁹ überhaupt jemals publiziert oder anderswie erfasst wird. Wohl in keiner Branche ist soviel Know-how an den Menschen gebunden wie im Tagesgeschäft einer Klinik. Das Spitalpersonal, ob Arzt- oder Fachpersonal, rotiert innerhalb der Ausbildung nicht nur innerhalb eines Spitals, sondern häufig zwischen ganz unterschiedlichen Krankenhäusern. So werden verschiedene Arbeitstechniken gesehen und erlernt und können bei Bedarf externalisiert werden. Dies natürlich nur dann, wenn im Spital eine offene Kommunikationskultur vorhanden ist und Anregungen oder andere Sichtweisen willkommen sind.

Folgende Quellen könnten auf die im Beispiel (Kap. 2.4.1) gestellten Fragen Auskunft geben:

Zur Frage c) und d) müssen die Daten in der eigenen Organisation vorhanden sein.

Zur Frage c) könnten auch juristischen Zeitschriften oder Bücher Tendenzen in Form von Aufsätzen zu diesem Thema liefern. Es kann davon ausgegangen werden, dass, wenn schweizweit die Haftpflichtfälle steigen, dies in der Rechtsliteratur unseres Landes früher oder später thematisiert wird.

⁹ Implizites Wissen ist an Menschen gebunden. Dies im Gegensatz zum expliziten Wissen, das in Tabellen, Datenbanken oder als Zeichen irgendwo erfasst ist.

Zur Frage a) und b) könnten Infobrokerdienst, Lokalpresse, Dachverband FMH, Spitalverband H+, Internet und Spitalmitarbeiter als Quellen dienen.

Zur Frage e) ist das Bundesamt für Statistik oder ophthalmologische Fachliteratur heranzuziehen. Auch Kongressliteratur oder ophthalmologische Verbände könnten Informationen liefern.

2.4.3 Analyse

Das Ziel der Analyse ist es eine Antwort auf die gestellten Fragen (KIQs) zu erhalten. Die gewonnenen Erkenntnisse werden strukturiert und klassifiziert und mit Attributen angereichert. Dies kann nach formalen oder thematischen Aspekten geschehen.

Informationen machen gelegentlich erst Sinn, wenn sie ausserhalb der ursprünglichen Datenerhebungsziele in einem neuen Zusammenhang gesehen werden. Beispielsweise sind politische Voten bezüglich Gesundheitswesen in der Schweiz nicht nur unter dem Aspekt der Parteizugehörigkeit des Politikers zu betrachten, sondern ebenso unter dem Aspekt einer allfälligen verwaltungsrätlichen Tätigkeit in einer Klinik. Dies stellt ein schönes Beispiel dar, wie sich Competitive Intelligence zur Marktforschung abgrenzt: Die eben beschriebene Verknüpfung macht erst diesen Mehrwert aus. Zusätzlich stützt sich die Marktforschung meist auf vollständig erhobene Daten, während CI-Recherchen auch subjektive oder intuitive Beurteilungen zulassen. Daraus folgt, dass zwei CI-Analysten selten identische Erbeisse erzielen (Michaeli, 2006, S. 36).

2.4.4 Berichterstattung

Der letzte Schritt im Intelligence-Cycle besteht in der Berichterstattung und Präsentation der gesammelten Informationen. Da jeder Intelligence-Bericht auch als Visitenkarte betrachtet werden kann, sind die Form und der Inhalt wichtig. Der Stil und das Sprachniveau sollen den Auftraggebern oder Berichtempfängern angepasst werden. Falls das Reporting auch mündliche Sequenzen vorsieht, ist der Termin so anzulegen, dass alle Beteiligten daran teilnehmen können. Im Spitalalltag stellt dies eine Herausforderung dar. Während das Verwaltungspersonal relativ disponibel ist, trifft dies für einen Chirurgen oder Anästhesisten nicht zu, weil diese während ihrer Schicht mehrheitlich im Operationssaal stehen.

3 Gesundheitswesen – Schweizer Spitäler

Es ist unmöglich über die Spitallandschaft in der Schweiz zu schreiben, ohne eine kurze Einführung in unser Gesundheitssystem voranzustellen. Die Begriffe Gesundheitssystem und Gesundheitswesen werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Zu Beginn werden vor allem die Akteure im Gesundheitssystem vorgestellt. Nachfolgend wird die schweizerische Spitallandschaft beschrieben.

3.1 Grundlagen zum schweizerischen Gesundheitssystem

Wohl kaum ein Themenbereich wird derart kontrovers und emotional diskutiert wie jener des Konglomerats: Gesundheit, Medizin und Ökonomie. Gesundheit gilt als wichtigstes Gut und hat einen hohen Stellenwert. Über die Definition von Gesundheit herrscht kein Konsens. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „...*einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen*“ (WHO, 1947). Galt in der Antike z.B. Krankheit noch als Strafe der Götter ist diese heute in der westlichen Medizin gemäss Pschyrembel lediglich „...eine Störung der normalen Funktionen der Organe oder Organsysteme des Körpers“ (Pschyrembel, 1997, S. 867). Erkennbar ist eine Tendenz zu einer immer breiteren Begriffsauslegung, welche neuerdings auch die Erhaltung von Gesundheit und Prävention mit einschliesst. Daraus lässt sich die Kernaufgabe der Medizin und des Gesundheitswesens ablesen.

Das Schweizer Gesundheitswesen gilt als äusserst komplex und weist, nach den USA, seit Jahren die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf auf (Oggier, 2007, S. 83). Man spricht gar von einer Kostenexplosion.

3.1.1 Akteure

Als Folge der föderalistischen Staatsstruktur kennt unser Gesundheitssystem verschiedene Akteure, was zu unklaren Kompetenzverteilungen führt und von diversen Seiten immer wieder kritisiert wird. Jeder Kanton hat sein eigenes Gesundheitswesen, welches er mit einem kantonalen Gesundheitsgesetz regelt. Deshalb spricht man in der Schweiz oft von 26 verschiedenen Gesundheitswesen. Kocher, Gesundheitsökonom, widerspricht dem zwar in seinem kürzlich erschienen Buch, indem er meint: "Seit Jahrzehnten wird oft die falsche Behauptung wiederholt, das Gesundheitswesen liege in der Kompetenz der Kantone" (Kocher, 2007, S. 115). Die Autorin meint jedoch, dass die Kantone, solange sie ihre *Vierfachrolle* als Spitalbetreiber, Spitalplaner (Bewilligungsbehörde), Rekursinstanz bei Tarifstreitigkeiten und als Geldgeber der Spitäler inne haben (Jaeger, 2004, S. 34), dies nach wie vor der Fall ist. Als Beispiel für diese Machtdemonstration der Kantone möge das ungelöste Problem der Standorte für die

Spitzenmedizin dienen, wo die Macht der Kantone es bis heute verunmöglicht hat, dass von den fünf Standorten einer oder zwei gestrichen werden kann.

- a) Dem Bund obliegen die Kompetenz zum Schutz der Gesundheit (z.B. Lebensmittelgesetz, Heilmittelgesetz, Betäubungsmittelgesetz) und der Schutz des ökologischen Gleichgewichts (z.B. Umweltschutzgesetz). Ebenso regelt er das Krankenversicherungsgesetz (KVG) seit 1996 und das der Unfallversicherung (UVG).
- b) Die Tätigkeiten der Gemeinden beschränken sich hauptsächlich auf die Finanzierung von spitalexternen Kranken und der Finanzierung von gewissen Spitälern.
- c) Die Versicherer unterscheiden sich in Krankenkasse für die Grundversicherung und die Privatkasse, auch Privatversicherer genannt, die nur im Zusatzversicherungsbereich tätig ist.
- d) Als Leistungserbringer gelten alle medizinischen und paramedizinischen Berufe, die Spitäler, Pflegefachleute, Apotheker und die pharmazeutische Industrie.

All diese Akteure steuern durch die Bereitstellung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen die Gesundheitsversorgung in unserem Land – sichern oder steigern gar das Gesundheitsniveau der Bevölkerung.

3.2 Spital – Begriffsdefinition und kurzer historischer Abriss

Der Ausdruck „Spital“ wird heute im deutschsprachigen Raum nur in Österreich und der Schweiz verwendet. In Deutschland ist das Wort „Krankenhaus“ verbreitet (Krankenhaus, 2008). Spitäler sind „zeitgemäss eingerichtete und betriebene öffentlich und private Anstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung oder Kontrolle stehen und der Behandlung und Pflege von Kranken dienen“ (Eichenberger, 1995, S. 35).

Eichenberger datiert die Geschichte der Spitäler bis ins Mittelalter zurück. Damals stand die Wohltätigkeit mit Speis und Trank im Vordergrund. Eine Unterkunft, einschliesslich Krankenpflege und seelsorgerischen Aufgaben, rundeten das Angebot ab (Eichenberger, 1995, S. 41). Nach einer Aufbauphase in der Nachkriegszeit, wo einige neue Spitäler in der Schweiz entstanden sind (z.B. die Stadtspitäler von Zürich) folgte in den Achtzigerjahren eine Umstrukturierungsphase, die mit dem Begriff New Public Management umschrieben wird. Es galt nun für ein Spital nicht mehr nur zu verwalten, sondern die Organisation musste mit modernsten Instrumenten geführt werden. Bis Ende des letzten Jahrhunderts führten die Kantone die öffentlichen Spitäler selbst. Die Kantone übernahmen die strategische Führung und die Aufsicht. Das operative Tagesgeschäft wurde mit Hilfe von Gesetzen und Weisungen geregelt. Mit der so genannten

Spitalliberalisierung begannen sich die Spitäler in den letzten Jahren zu verselbständigen. Wie es dem föderalistisch strukturierten Schweizer Staat entspricht, unterscheidet sich diese Entwicklung von Kanton zu Kanton. Es haben sich diverse Formen von öffentlich-rechtlich Spitälern und privat-rechtlichen Spitälern herausgebildet. Die Veränderung der Rechtsform veränderte auch die Führungsstrukturen. Noch vor wenigen Jahren war das klassische Modell, das sogenannte Dreibein verbreitet. Dieses sah eine ärztliche, pflegerische und administrative Leitung vereint in einem Gremium vor. Das Zweibein Modell kennt nur die ärztliche und administrative Leitung. Mit der Verselbständigung der öffentlichen Spitäler wurde zunehmend das CEO-Prinzip (Chief Executive Officer) populär, das durch einen Verwaltungsrat und Spitalleitung (Geschäftsleitung) ergänzt wird.

Die Privatspitäler sind meistens als Aktiengesellschaft organisiert. Die Hirslanden Holding AG beispielsweise ist nach der Übernahme 2007 von der südafrikanischen Medi-Clinic Corporation Limited an der Börse in Südafrika kotiert. Diese Privatklinikgruppe hat 1990 in der Schweiz mit vier Kliniken begonnen und ist zwischenzeitlich auf 13 Kliniken angewachsen (Hirslanden, 08.07.2008). Daneben gibt es die Interessengemeinschaft Swiss Leading Hospitals, welcher 19 Organisationen angeschlossen sind (Swiss Leading Hospitals, 08.07.2008). Viele Privatkliniken haben einen religiösen oder gemeinnützigen Hintergrund, andere sind profitorientiert (Saladin et al., 2007, S. 337). Seit dem Jahr 2007 betreibt die Sonnenhof-Gruppe aus Bern eine exklusive Privatklinik in den Vereinigten Emiraten (Ras al-Khaimah) und weitere Projekte werden in Ägypten und Indonesien verfolgt (infolinemed, 07.07.2008). Die Berner steuern das Know-how für die medizinische Versorgung und das Spital-Management bei, während die Betriebskosten von lokalen Investoren übernommen werden. Unter diesen Umständen kann nicht mehr von einem nationalen Markt gesprochen werden, dieser ist unterdessen international geworden.

3.3 Spitaltypologie

Generell unterscheidet man auf einer ersten Ebene die Krankenhäuser in Privatkliniken und in öffentliche Spitäler. Jaeger definiert ein Privatspital wie folgt: „Eine Klinik, die sich als privatrechtlich bezeichnet und weder über eine Betriebsbeitragsgarantie noch über eine Defizitdeckung verfügt, gilt als „privat“. Gelten die genannten Kriterien nicht, handelt es sich um ein öffentliches Spital (Jaeger, 2004, S. 2). Diese Definition ist rein technischer Art, um die Krankenhäuser, die öffentliche Gelder erhalten von denen zu trennen, die nicht subventioniert werden.

Auf einer weiteren Ebene wird von allgemeinen Spitälern und von Spezialkliniken gesprochen (BFS, 2008). Unter ein allgemeines Spital fallen die Grundversorgung und die Zentrumsversorgung. Als Spezialklinik gelten beispielsweise eine Psychiatrische Klinik

oder eine Rehabilitationsklinik. Die Grösse der Spitäler ist sehr unterschiedlich. Das Universitäts-spital Genf gilt als grösstes schweizer Spital mit 2200 Betten. Kleinstes Spital ist das Ospidal Val Müstair, welches in Santa Maria, Graubünden, liegt und nur fünf Betten anbietet (Saladin et al., 2007, S. 336).

3.4 Finanzierung der Spitäler

Spitäler finanzieren in der Schweiz:

- a) Die Kantone
- b) Die Sozialversicherer
- c) Die Privatversicherer
- d) Patienten und Patientinnen (Selbstzahler)

a) Die Kantone finanzieren in Form von Pauschalen für die Leistungsabgeltung, Defizitdeckung und teilweise mit Globalbudgets die öffentlichen Spitäler am meisten. Momentan liegt der Finanzierungsgrad für KVG-Leistungen der Kantone im Schweizer Durchschnitt bei 54 % und jener der Krankenversicherer bei 46 %. Es herrschen jedoch grosse Unterschiede zwischen den Kantonen. Zum Beispiel übernehmen die Kantone Basel-Stadt und Genf je 65 % der gesamten stationären Spitalkosten (Saladin et al., 2007, S. 344).

b) Die sozialen Krankenversicherungen zahlen gemäss KVG Tarife für stationäre Leistungen in Privatspitälern den vollen Tarif und in öffentlichen, subventionierten Spitälern gemäss KVG einen Anteil bis zu 50 %. Die Schweiz kennt die obligatorische Grundversicherung, die per Gesetz gesamtschweizerisch definierte Leistungen erbringen muss und mittels KVG geregelt ist.

c) Die freiwilligen Zusatzversicherungen der Krankenkassen (Privatversicherung) decken weitere Leistungen ab, wie z.B. die freie Spitalwahl, Hotellerievorteile (Einzelzimmer) und je nach Kategorie auch die Behandlung durch den Chefarzt.

d) Grundsätzlich ist es möglich mit einer sog. Out-of-pocket-Zahlung sich in einem Privatspital behandeln zu lassen. Beispielsweise wenn eine Spitalleistung gewünscht wird, die ausserhalb des versicherten Grundleistungskataloges liegt. Diese Zahlungen kommen bei ausländischen Patientinnen und Patienten oft vor.

4 Branchenstrukturanalyse des Spitalmarktes nach dem Fünf-Kräfte-Modell von Porter

In diesem Kapitel wird zuerst kurz auf die Spitalbranche eingegangen, dann werden die relevanten Wettbewerbskräfte durch eine Branchenstrukturanalyse nach dem Fünf-Kräfte-Modell von Porter analysiert, um die Branchenattraktivität aufzuzeigen. Aufgrund der Komplexität und grossen Dynamik dieses Marktes, ist es in dieser Arbeit nicht möglich eine vollständige und umfassende Strukturanalyse zu erstellen. Auf die Thematiken der Krankenkassen und der Politik einzugehen würde den Rahmen sprengen. Deshalb wird auf diese Aspekte verzichtet bzw. nur dort erwähnt, wo es für das Verständnis wichtig ist.

4.1 Spitalbranche

Als Spitalbranche gilt in dieser Arbeit die im letzten Kapitel vorgestellte Spitallandschaft der Schweiz. Die Krankenhäuser, oft auch als Leistungserbringer betitelt, bieten mehr oder weniger die gleichen Produkte oder Dienstleistungen an. Die Privatkliniken werden in der Branchenstrukturanalyse nicht von den allgemein öffentlichen Spitälern unterschieden, weil auch sie das gleiche Gut, nämlich medizinische Leistungen, anbieten.

In der Literatur wird der Spitalmarkt als gemischtes Oligopol¹⁰ bezeichnet (Jaeger, 2004, S. 38). Die grossen Anbieter werden hier von den Spitälern repräsentiert. In gemischten Märkten entstehen zwangsläufig Probleme. So fühlen sich Privatkliniken gegenüber den öffentlichen Spitalorganisationen benachteiligt, weil ihre Allgemeinpatienten nicht von der öffentlichen Hand subventioniert werden. Im Gegenzug fühlen sich die öffentlichen Spitäler durch die Existenz der privaten Kliniken bedroht, weil sie oft besser bei Effizienzkriterien¹¹ abschneiden (Jaeger, 2004, S. 38).

Laut Bundesamt für Statistik werden in der Schweiz total 333 Spitäler (BFS, 2006) betrieben. Privatkliniken mit stationärem Angebot machen 20 % der Spitalbranche aus (Biersack, 2005, S. 17). Vor zehn Jahren gab es in der Schweiz noch 399 Spitäler. Diese abnehmende Tendenz ist nicht ein rein schweizerisches Phänomen, auch umliegende Staaten reduzieren die Anzahl ihrer Krankenhäuser. In Deutschland kann sich der interessierte Leser gar mit Hilfe einer Webseite über Gründe und Zeitpunkt von Klinikschliessungen bis zurück ins Jahr 2003 informieren (Kliniksterben, 2008).

4.2 Branchenstrukturanalyse nach Porter

Für Michaeli (Michaeli, 2006, S. 320) ist die von Porter eingeführte Methode der Wettbewerbsanalyse ein Standardverfahren für Competitive-Intelligence-Betrachtungen.

¹⁰ Form des Monopols, bei der der Markt von einigen wenigen Grossunternehmen beherrscht wird.

¹¹ Darunter ist das Verhältnis von Kosten zu Leistungen zu verstehen (Oggier, 2007, S. 85).

Das erwähnte Modell der Five Forces analysiert eine Branche und ermöglicht, mittels Wettbewerbsstärke die Kräfte im Markt zu untersuchen und die treibenden Faktoren zu erkennen. Das Gewinnpotential einer Unternehmung wird durch die totale Stärke dieser Kräfte beeinflusst. Porter geht ebenso davon aus, dass die Intensität des Wettbewerbs in einer Branche nichts mit Zufall oder Pech zu tun hat. Der Wettbewerb wurzelt in der ökonomischen Struktur, die der Branche zugrunde liegt und geht über das Verhalten der existierenden Wettbewerber hinaus (Porter, 1999, S. 33). Hier soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass es sich beim Spitalmarkt nicht um einen freien Markt handelt.

Der Stand des Wettbewerbs in einer Branche hängt von folgenden fünf grundlegenden Wettbewerbskräften ab.

- Verhandlungsstärke der Lieferanten
- Bedrohung durch neue Marktteilnehmer
- Verhandlungsstärke der Kunden (Patienten)
- Bedrohung durch Ersatzprodukte oder Ersatzdienstleistungen
- Konkurrenz zwischen existierenden Wettbewerbern

4.2.1 Verhandlungsstärke der Lieferanten

Wie stark bestimmen Lieferanten Kosten, Qualität und Verfügbarkeit von Ressourcen?

Gemäss Porter (Porter, 1999, S. 62 ff) sind Lieferanten alle Unternehmen, die es einem Spital überhaupt ermöglichen seine Leistungen zu erbringen. Dies geschieht zu grossen Teilen durch die Hausärzte, die den Krankenhäusern Patienten zuweisen oder durch andere Kliniken, die ihrerseits Patienten in ein anderes Spital überweisen, weil sie z.B. die gewünschte Therapie oder Operation selber nicht anbieten. Es stellt sich allerdings die Frage, ob Hausärzte aus Sicht des Spitals als Lieferant oder gar als Wettbewerber mit Substitutionspotential betrachtet werden müssen. In dieser Arbeit wird deshalb der Hausarzt in beiden Feldern aufgeführt, er ist Lieferant und gleichzeitig potentieller Wettbewerber.

In den letzten Jahren sind die öffentlichen Spitäler durch die Verbreitung von Privatkliniken, mit vielfältigen Angeboten z.B. im Bereich der Hotellerie immer mehr unter Druck gekommen. Privatkliniken (z.B. Amiklinik Aarau, heute Hirslanden Klinik Aarau) boten schon in den späten Achtziger Jahren Wahlmenüs oder à la carte Speisen an. Die Spitalkost in einem öffentlichen Spital präsentiert sich heute qualitativ besser, was als Folge dieses Wettbewerbsdrucks verstanden werden kann. Das gleiche Muster zeichnet sich beim speziellen Angebot rund um die Geburt ab. Privatkliniken unterstützten den Geburtsvorgang mit Hilfsmitteln wie Badewannen, Lianen etc. bereits in den Achtziger

Jahren und öffentliche Spitäler wurden dadurch gezwungen ihre Gebärabteilungen zu sanieren, wollten sie nicht zu viele Patienten an die Privatklinken verlieren.

Um bessere Einkaufsbedingungen durch grössere Mengenabnahmen zu erzielen, haben sich diverse Spitäler zu Einkaufsgemeinschaften zusammengeschlossen wie z.B. Jura Südfuss¹². Hier hat die Verhandlungsmacht der Warenbezüger (Spitäler) durch die Kooperation zugenommen, weil grössere Mengen eingekauft werden können.

Nachhaltigen Einfluss im Spitalwesen hat die Entwicklung im Informations- und Kommunikationstechnologiebereich. Die Technologieentwicklung erleichtern zwar einerseits Spitalleistungen, weil Daten schneller und leichter von einem Ort an den anderen gelangen oder durch optimierte Darstellungskraft¹³ bessere Diagnosen liefern. Auf der anderen Seite führen sie wiederum zu verstärktem Wettbewerb zwischen den Spitälern, weil der Unterhalt von Informationstechnologie kostspielig ist und immer wieder neue Investitionen in neue technische Geräte erforderlich sind. So sind die Spitäler laufend zu neuen Investitionen gezwungen um konkurrenzfähig zu bleiben.

Eine sogenannte Vorwärtsintegrationen entsteht, wenn Ärzte das Krankenhaus oder die Aktienmehrheit der Klinik übernehmen. Damit entsteht ein Einsteigen in die nachgelagerte Wertschöpfungskette¹⁴. Ein Beispiel dafür ist die *Villa im Park* in Rothrist. Im Jahre 2008 ist diese Privatklinik wieder im Besitz eines einzigen Aktionärs (Füglister, Interview).

Ein anderes Modell ist das so genannte Shop in Shop Konzept, welches Spitäler analog zur Wirtschaft aufgegriffen haben. Das Kantonsspital Aarau hat sich beispielsweise im Spital Zofingen eingemietet und betreibt dort eine Dialyse¹⁵-Aussenstation, dies parallel zur eigenen Station im Kantonsspital Aarau (Blum, 2008, S. 13). Ein anderes Beispiel sind die Notfallstationen der Krankenhäuser Baden und Bürgerspital Solothurn. Diese Abteilungen waren chronisch überlastet, deshalb wurde den üblichen Notfallärzten zusätzlich eine ambulante Hausarzt-Versorgung vorgeschaltet. Diese Stelle, die durch einen Hausarzt besetzt wurde, führt die Triage der eintreffenden Notfallpatienten durch und unterteilt in *spitalbedürftige Patienten* und in *Hausarztpatienten*. Dieses System birgt Synergien für beide Seiten und fördert den fruchtbaren Austausch zwischen Praxis und Spital. Eine Vergrösserung der Notfallorganisationen wäre teurer gewesen und konnte so umgangen werden.

¹² Jurasüdfuss ist eine Einkaufsgemeinschaft der Spitäler Solothurn (Bürgerspital) und Grenchen, mit dem Ziel die Verhandlungsmacht mit den Lieferanten von Verbrauchsmaterial zu verstärken.

¹³ Dies ist beispielsweise bei der Computertomographie der Fall.

¹⁴ Die Wertschöpfungskette beschreibt die Stufen des betrieblichen Leistungsherstellungsprozess von der Beschaffung über die Produktion bis hin zum Vertrieb bzw. zum Kunden.

¹⁵ Dialyse ist ein Blutreinigungsverfahren, eine Art künstliche Niere.

Ein weiterer Faktor sind die sogenannten *Wechselkosten*, die bei der Einführung eines neuen Produkts oder beim Wechsel des Lieferanten sogenannte Umstellungskosten verursachen (Porter, 1999, S. 294). Wechselkosten entstehen im Spital, wenn beispielsweise das Heftpflaster gegen ein anderes Pflasterprodukt getauscht wird und beim Patienten deswegen Hautunverträglichkeiten auftreten, die dann zusätzlich behandelt werden müssen und so Mehrkosten verursachen. Ein anderes Beispiel wäre ein allfälliger Wechsel des Infusionslieferanten. Weisen die neuen Infusionsflaschen Flaschenhalterungen auf, die nicht kompatibel sind mit dem im Hause vorhandenen Infusionsständer, dann braucht es entweder neue Infusionsständer oder das Spital muss den Infusionslieferanten wechseln.

4.2.2 Bedrohung durch neue Marktteilnehmer

Wie hoch sind die Eintritts- und Austrittsbarrieren im Spitalmarkt?

Die kapitalintensiven Investitionen in Anlagen und medizinische Geräte erschweren es neuen Anbietern, im Spitalsektor Fuss zu fassen. Deshalb kann von hohen Markteintrittsbarrieren gesprochen werden. Viele Spitäler sind zudem lokal verankert, was für neue Anbieter als Erschwernis zu betrachten ist. Als effektive Markteintrittsbarrieren gilt jedoch die Aufnahme oder Nichtaufnahme einer Organisation in sogenannte Spitallisten¹⁶, die durch den Kanton geführt werden. Im Gegensatz dazu stellen die kostspieligen Investitionen in einer Klinik eine hohe Marktaustrittsbarriere dar, weil die kapitalintensiven Investitionen schwierig wieder zu veräussern sind. Medizinische Geräte sind schnell veraltet, was einer kurzen Amortisationszeit gleichkommt. Hohe Markteintritts- und hohe Marktaustrittsbarrieren sind ein Indiz für eine geringe Wettbewerbsintensität, weil so die Bedrohung für die bestehenden Spitäler im Markt gering ist.

Auch ausgebildetes Fachpersonal¹⁷ stellt eine Eintrittsbarriere dar, weil dieses in der Schweiz ungenügend vorhanden ist. Es wird ein Ärztemangel prognostiziert, nachdem die Zahl der Ärzte jahrzehntelang kontinuierlich zugenommen hatte. Dieser Engpass entstand vor allem wegen den Anpassungen des neuen Arbeitsgesetzes (2005), das den Ärzten zu mehr Ruhezeiten verholfen hat. Um die Dienstpläne so zu gestalten, dass den Bedürfnissen des Spitals und den der Patienten entsprochen werden konnte, musste mehr Personal eingestellt werden. Heute sind 40 % des Arztpersonals ausländischer Herkunft, was den Ärztemangel in der Schweiz abbildet (Suter et al., 2006, S. 713). Möglicherweise wird es künftig auch schwieriger, unternehmerische Chefärzte zu rekrutieren, denn durch die neuen Strukturen in den Krankenhäusern reicht es nicht mehr nur fachlich kompetent

¹⁶ Eine vom Kanton geführte Liste, die das Spitalangebot, welches zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) Leistungen erbringen darf, steuert und begrenzt (Biersack, 2005, S. 14).

¹⁷ Hauptsächlich Ärzte und Pflegende.

zu sein, sondern es werden auch betriebswirtschaftliche Kenntnisse eingefordert. In diesem Sinne haben leitende Ärzte eine Doppelfunktion inne, weil sie nicht nur für den Patientenfluss und medizinische Fragen zuständig sind, sondern auch mehr und mehr für Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus. Heute ist es eher schwierig Personal aus den umliegenden deutschsprachigen Nachbarländern zu gewinnen, weil auch diese Staaten unterdessen zu wenig Personal im Spitalsektor haben. Dehnt man die Personalsuche in andere geografische Gebiete aus, engen Sprachprobleme den Rekrutierungsradius wiederum ein.

Wird der Blickwinkel über die Schweiz hinaus Richtung Süddeutschland gerichtet, kann von einer Bedrohung durch Rehabilitationsangebote aus dem Ausland gesprochen werden. Deutsche Kliniken im grenznahen Raum von Baden-Württemberg bieten Rehabilitations-Aufenthalte an, die 30–50% weniger kosten als in der Schweiz. Zusätzlich werden potentielle Kundinnen und Kunden mit Transportkostenübernahmen und Franchiseerlassen geködert (Goetz, 2007).

4.2.3 Verhandlungsstärke der Kunden (Patienten)

Welchen Druck können Patienten ausüben?

Die Verhandlungsstärke der Patienten hat durch gesellschaftliche Veränderungen zugenommen. „Der Wandel der Patientenrolle vollzieht sich vom passiven Empfänger zum kritischen Konsumenten medizinischer Leistungen“ (Erdwien, 2005, S. 9). Dies hat die Arzt-Patient-Beziehung verändert. Galt vor Jahren noch das „Paternalistic Model“, wo der Arzt unidirektional den Behandlungsweg vorgab, spricht man heute von „Shared Decision Making“ oder auch vom "mündigen Patienten", das heisst, der Empfänger ärztlicher Leistungen entscheidet nach der Konsultation selber, wie die Behandlung sein soll (Büchi et al., 2000, S. 2276). Alleine die Tatsache, dass heute nicht mehr nur vom Patient die Rede ist, sondern der Begriff Kunde sich etabliert hat zeigt die Veränderung der Beziehung von Arzt und Patient. War diese früher noch asymmetrisch so ist diese heute mehr und mehr symmetrisch geworden. Dadurch hat der Druck des Patienten auf den Arzt zugenommen. Dies ändert sich sobald ein Patient hospitalisiert ist, dann reduziert sich seine Verhandlungsstärke wiederum, weil – im Gegensatz zur freien Arztpraxis – die Wahlmöglichkeiten des Patienten bezüglich des behandelnden Arztes eingeschränkt¹⁸ sind (Erdwien, 2005, S. 8).

Die Patienten können sich durch die Fortschritte der Informations- und Kommunikationstechnologie besser über Angebote und Dienstleistungen informieren. Interessant ist die Frage, ob Patienten in Zukunft auch Weblogs einsetzen werden, um Empfehlungen und

¹⁸ Je nachdem wie man versichert ist ändert sich diese Situation. Ein Privatpatient genießt freie Arztwahl.

Erfahrungen z.B. bezüglich Qualität in Spitälern auszutauschen – dies in Analogie zu Hotelbewertungen durch dafür vorgesehene Internetplattformen.

4.2.4 Bedrohung durch Ersatzprodukte oder Ersatzdienstleistungen

In welchem Masse können Produkte oder Dienstleistungen substituiert werden?

Im Zentrum stehen hier neue Operationsmethoden, die mit dem Oberbegriff Minimal-invasive Chirurgie (MIC) bezeichnet werden und ein Operieren mit möglichst wenig Verletzung von Haut und Weichteilen meint. Diese neue Technik ermöglicht es, viele konventionelle Operationsverfahren inzwischen ambulant durchzuführen, weil geringere postoperative Pflege nötig ist. Dieser Substitutionsdruck durch ambulante Operationsmöglichkeiten bedeutet für die Spitäler eine Leistungsverschiebung vom stationären hin zum ambulanten Bereich. In der Schweiz wurden deshalb viele Bettenstationen geschlossen und stattdessen Tageskliniken eingerichtet (Morra, 1996, S. 61).

Ein Hausarzt hatte früher die Funktion eines Gate Keepers inne, weil er entscheiden konnte, ob ein Patient von ihm selber behandelt wird, oder ins Spital eingewiesen werden muss. Er war eine wichtige Instanz im Gesundheitssystem, weil er Krankheit und Gesundheit, körperliche und psychische Probleme betreute und dieses Wissen in die Therapie einfließen konnte.

Mit Hilfe von Telemedizin¹⁹ kann eine örtliche oder zeitliche Distanz zwischen Arzt und Patient überbrückt werden und so ein Gang ins Spital möglicherweise erspart bleiben. Es können so Spezialistenmeinungen eingeholt werden, ohne dass der Spezialist vor Ort sein muss. Beispielsweise werden im Spital Samedan Gewebeproben von Patienten entnommen und in Basel untersucht. Der Befund kann während der Operation zurückgemeldet werden (Arnet, 2007, S. 37)

4.2.5 Wettbewerbsdruck innerhalb der Branche

Welche Faktoren intensivieren den Wettbewerb?

Es wird von einer zunehmenden Wettbewerbsintensität im Spitalsektor ausgegangen. Vor allem Kleinspitäler und Regionalspitäler fürchten um ihre Existenz, weil sie Leistungen anbieten, die auch Zentrumsspitäler übernehmen können. Die Wettbewerbsintensität im Spitalsektor ist vor allem innerhalb eines Kantons gross, weil der Kanton via Spitallisten die Zahl der Spitäler regelt. Staatliche Vorgaben erzeugen innerhalb der Branche am meisten Druck. Wenn beispielsweise die freie Spitalwahl in der Schweiz realisiert wird,

¹⁹ Die Telemedizin bezeichnet Diagnostik und Therapie mit Hilfe der Überbrückung einer räumlichen oder zeitlichen Distanz durch Telekommunikation.

nimmt der Wettbewerb zu, weil das Auswahlangebot sich vergrössert. Heute ist es so, dass es nicht möglich ist, sich ohne Zusatzversicherung in einem anderen Kanton behandeln zu lassen kann, es sei denn, die Kantone verfügen über spezielle Abkommen untereinander.

4.2.6 Zusammenfassung

Die Branchenstrukturanalyse lässt sich folgendermassen zusammenfassen:

Die neuen Diagnostik- und Therapiemethoden erhöhen den Leistungsdruck auf die Spitäler, denn diese sind gezwungen ihre Strukturen kontinuierlich den neuesten medizinischen Erkenntnissen anzupassen, um dem wachsenden Anspruchsniveau der Patienten gerecht zu werden, und nicht zuletzt, um fachlich auf dem neusten Stand zu bleiben. Spitaldienstleistungen können durch Operationstechniken, wie das Beispiel der „Minimal-invasiven Chirurgie“, substituiert werden. Die Rekrutierungsschwierigkeiten von qualifizierten Krankenhausmitarbeitern können als hohe Eintrittsbarrieren betrachtet werden, weil es für neue Organisationen aufwändig würde, das nötige Personal zu rekrutieren. Eintrittsbarrieren entstehen auch durch die staatliche Politik, wie beispielsweise die geplante freie Spitalwahl schweizweit.

5 Empirische Untersuchung

In diesem Teil der Arbeit erfolgt die empirische Untersuchung und Überprüfung der eingangs formulierten Fragestellung. Um abgestützte Aussagen über Verbreitung und Formen von Competitive-Intelligence-Aktivitäten in Krankenhäusern treffen zu können, wurden einundzwanzig Telefoninterviews durchgeführt. In einem ersten Schritt wurden zehn öffentliche Spitälern und acht Privatkliniken untersucht. Der Fokus liegt auf der Frage wie und wo Informationen zu Mitbewerbern oder zum Markt in einem Spital erhoben werden. Nachdem den Klinikleitern²⁰ in den Interviews eine zentrale Rolle zugeordnet wurde, folgte in einem zweiten Schritt – als kleiner Exkurs – noch eine Befragung von drei Chefarzten aus öffentlichen Spitälern. Diese weiteren Interviews werden nicht in die Haupterhebung integriert, weil die Sichtweise eines Chefarztes auf das Spital nicht die gleiche ist wie die eines Direktors oder eines CEO. Ziel dieser Zusatzbefragung war es, allfällige Unterschiede von Informationsbedürfnissen zu erfassen und Abweichungen bei der Beantwortung der Fragen zu ermitteln, um das Bild abrunden zu können. Der Klinikleiter fokussiert sich auf seine Abteilung oder Klinik und weniger aufs ganze Spital als Gesamtorganisation. Der Exkurs folgt am Schluss des Kapitels und ist in sich geschlossen.

5.1 Forschungsdesign

Die empirische Erhebung dieser Arbeit wird gemäss Forschungsdesign nach Atteslander gegliedert. Dieser subsumiert unter dem Forschungsdesign die Wahl der Methode, Untersuchungseinheiten und die Erhebungsinstrumente (Atteslander, 2003, S. 54).

5.1.1 Wahl der Erhebungsmethode

Für die vorliegende Untersuchung wurde eine qualitative Erhebungsmethode mittels der telefonischen Befragung gewählt. Eine schriftliche Umfrage wurde nicht in Betracht gezogen, weil der Rücklauf eines Fragebogens schwierig zu steuern ist. Ebenso wurde eine geringe Beteiligung befürchtet, aber eine persönliche Befragung hätte die zeitlichen und monetären Ressourcen gesprengt. Somit verblieb das telefonische Interview, das in Ahnlehnung an Atteslander, folgende Vorteile aufweist (Atteslander, 2003, S. 176):

- a) erhöhte Erreichbarkeit
- b) rasche Verarbeitungsmöglichkeit der erhaltenen Daten durch sofortiges Transkribieren
- c) relativ rascher Ersatz für Ausfälle

²⁰ Klinikleiter ist ein Synonym von Chefarzt.

Atteslander führt folgende Nachteile an (Atteslander, 2003, S. 176):

- a) Erschwerte Kontrolle der Interviewsituation
- b) hoher Grad an Artefakten²¹
- c) Schwierigkeit komplizierte Sachverhalte per Telefon zu klären.

Die in der Literatur beschriebenen ungünstigen Umstände trafen zum Teil tatsächlich ein. So bestätigte ein CEO einen Termin, liess sich dann von einer anderen Person vertreten. Etwa vierzig Prozent der Interviews konnten nicht zur vereinbarten Zeit durchgeführt werden.

Als Untersuchungsmethode wird ein Leitfaden-/Experteninterview²² angewendet. Die Stichprobe gilt als repräsentativ, wenn sie in der Verteilung aller Merkmale der Gesamtmasse entspricht (Atteslander, 2003, S. 304 ff). In dieser Erhebung umfasst die Grundgesamtheit die vom Bundesamt für Statistik erfassten 330 Spitäler (BFS, 2008). Diese repräsentieren das ganze Spektrum an Krankenhäusern. Weil die Grundgesamtheit nicht homogen ist, wurde eine Zufallsstichprobe ausgeschlossen. Gewählt wurde die systematische Stichprobe nach dem Quotenverfahren (Atteslander, 2003, S. 308). Ziel war es in der Teilerhebung möglichst viele Spitalarten abzubilden und der geografischen Verteilung einigermaßen Rechnung zu tragen. Es stellte sich heraus, dass es im Rahmen dieser Arbeit unmöglich war, alle Ausprägungen der Spitäler hundertprozentig abzubilden, das gelingt nur mit einer Vollerhebung. Mit Hilfe einer Prioritätenliste nach Privatklinik und öffentliches Spital, nach Grösse und Rechtsform und nach der geografischen Lage, wurde eine Liste für die potentiellen Interviews erstellt.

5.1.2 Entwicklung des Fragebogens

Für den Fragebogen wurde die Teilstandardisierung gewählt, eine Kombination von offenen und geschlossenen Fragen. Dort wo die Vergleichbarkeit der Antworten für das Untersuchungsziel wichtig war, wurde eine geschlossene Frage gestellt, damit die Vergleichbarkeit ausgeprägter ausfallen konnte. Aus diesem Grunde ist es nicht möglich, eine genaue Grenze zwischen qualitativ und quantitativer Erhebung zu ziehen, denn Atteslander reiht offene Fragen unter qualitativ und geschlossene Fragen unter quantitativ ein (Atteslander, 2003, S. 238). Mit Ausnahme der letzten Frage wurde dem Interviewpartner bei den standardisierten Fragen die Möglichkeit für eigene Anmerkungen gegeben.

²¹ Ein Artefakt meint die Einschränkung durch die Wahl des Instrumentes. Ein Artefakt liegt auch vor, wenn Begriffe nicht klar sind (Atteslander, 2003, S. 134).

²² Experten sind in dieser Arbeit Spitaldirektoren, CEOs, oder andere Personen, die für Wettbewerbsbeobachtung oder Marktanalysen im Spital zuständig sind.

Aus Rücksicht auf die Dramaturgie des Fragebogens waren die ersten Fragen einfach zu beantworten. Einstiegsfragen sollen entscheidend für das ganze Interview sein, weil sich hier Spannung oder Desinteresse sofort manifestiert (Porst, 2008, S. 138 ff). Erkenntnisse aus der Branchenstrukturanalyse, wie z.B. die steigende Anspruchshaltung der Patienten sollten im Fragebogen mitberücksichtigt werden. Die Frage nach Konkurrenz- und Marktanalyse noch weiter zu spezifizieren - und, detailliert auszuführen – entstand aus den gewonnenen Einsichten des Literaturstudiums zu Competitive Intelligence. Die Frage nach den genauen Quellen war einerseits zentral für das Thematik CI und gleichzeitig auch Schnittstelle zur Informationswissenschaft.

5.1.3 Pretest

Am 16. Juni 2008 wurde der geplante Pretest durchgeführt, um die Tauglichkeit des Fragebogens zu prüfen. Sind die Fragen klar gestellt? Ist die sprachliche Verständlichkeit überall gewährleistet? Die Testperson weist sowohl ein Medizinstudium als auch eine betriebswirtschaftliche Ausbildung (Executive MBA, HSG) auf und arbeitet als Leiter der Abteilung Innovationsmanagement in einem Universitätsspital. Nach dem Testlauf wurde der Fragebogen angepasst, da die breite Sichtweise der befragten Person konstruktive Anmerkungen beisteuerte. Die Fragen wurde vorgängig per E-Mail zugesandt was das Telefoninterview erleichterte, weil die Fragestellung so immer schriftlich präsent war. Die Voruntersuchung lieferte Einsichten bezüglich der Interviewtechnik und des Zeitrahmens. Das Interview wurde zusätzlich zur Tonbandaufnahme auch rudimentär schriftlich festgehalten.

5.2 Durchführung der Erhebung

Bevor ein geplantes Interview²³ per Telefon stattfand, wurde der Fragebogen²⁴ per E-Mail dem Interviewpartner zugesandt, damit sich die Person mit dem Thema auseinandersetzen konnte und beim Gespräch die Fragestellung in schriftlicher Form vor sich hatte.

Weil das Wort „systematisch“ bei der Frage drei und vier wichtig war, wurde dieses speziell bei jedem Interview mündlich definiert. Nach den ersten Telefoninterviews stellte sich heraus, dass die Chefärzte eine zentrale Rolle im Hinblick auf neue Produkte oder Dienstleistungen in einem öffentlichen Spital spielen. Um diese Sichtweise in reduziertem Masse auch aufzeigen zu können, wurden zusätzlich, in einem zweiten Schritt, drei Interviews mit zwei Chefärzten und einem Co-Chefarzt erhoben. Die Auswertung dieser

²³ Sicherheitshalber wurde in der Folge jedes Interview mit einem MP3 Aufnahmegerät und zusätzlich mit Audacity (Open Source Software für Audiobearbeitung) aufgezeichnet.

²⁴ Der Fragebogen enthielt nebst den Fragen zum Thema auch eine Begriffsdefinition zu Competitive Intelligence und eine Zusicherung, dass die Interviewdaten anonymisiert werden.

kleinen Extraerhebung findet sich im Kapitel *Exkurs*. Weil Privatkliniken, wie bereits eingangs erwähnt, das Belegarztsystem kennen, wurde hier auf eine Befragung der Belegärzte verzichtet, denn diese sind nicht gleichermassen in eine Spitalorganisation integriert wie die Klinikvorsteher.

Total wurden acht Personen aus den Privatkliniken, zehn Vertreter der öffentlichen Spitäler plus drei Klinikvorsteher bzw. Stellvertreter befragt. Das kürzeste Interview dauerte 16 Minuten, das längste 43 Minuten. Die Daten wurden nach Möglichkeit noch am Interviewtag transkribiert. Durch die auf dem Fragebogen bestehenden Antwortvorgaben konnten leicht Kategorien gebildet werden, die für die Datenauswertung hilfreich waren.

Um der Anonymisierung der Daten Rechnung zu tragen, werden die Interviewpartner nur nach geografischer Lage aufgeführt.

Tabelle 2: Anonymisierte Liste der geführten Interviews

Personenliste der geführten Interviews vom 20. Juni – 07. Juli 2008	
Öffentliche Spitäler:	Privatklinken:
AA , CEO	BA , Directeur
AB , Leiter Marketing	BB , Direktor
AC , CEO	BC , Direktor
AD , Vertreter Geschäftsleitung	BD , Direktor
AE , secrétaire générale	BE , Direktor
AF , CEO	BF , Direktor
AG , Directeur administratif et financier	BG , Direktor
AH , Betriebswirtschafter	BH , Direktor
AI , Kommunikationsleiterin	Chefärzte/Co-Chefarzt:
	CA , Chefarzt
AK , Direktor	CB , Chefarzt
Pretest: (16. Juni 2008)	CC , Co-Chefarzt
XX , Leiter Med. Angebotsstrategie/Innovationsmanagement	

5.2.1 Kennzahlen der Organisation

Frage 1: Kennzahlen zu Ihrer Organisation

Die Einstiegsfrage diente dazu, einen Bezug zwischen dem zu untersuchenden Objekt und der Interviewerin herzustellen. Die Fragen nach Bettenzahl, Mitarbeiter und Patientenzahlen hätten zum Teil ebenso via Geschäftsbericht oder Webseite des Krankenhauses ermittelt werden können. Mit dieser Form konnte jedoch ein Interesse an der Organisation der zu befragenden Person signalisiert werden, was sich aus Sicht der Verfasserin positiv auf das Telefongespräch auswirken sollte.

Umfrageergebnisse:

Die kleinsten Organisationen in dieser Erhebung weisen eine Bettenanzahl von 50 (öffentliche Spitäler) und 38 (Privatkliniken) auf. Demgegenüber stehen die grössten Spitäler mit 950 Betten (öffentliche Spitäler) und 182 Betten (Privatkliniken). Weitere Angaben können dem Anhang unter Spitalprofile entnommen werden.

5.2.2 Konkurrenzbeobachtung/Marktanalyse

Frage 2: Betreibt Ihr Spital Konkurrenzbeobachtung oder Marktanalyse?

Diese Frage wurde bewusst sehr offen gehalten, um einen positiven Einstieg ins Gespräch zu schaffen.

Umfrageergebnisse:

Alle Befragten Personen bejahten diese Frage. Die konkreten Beispiele dazu werden in den nächsten Fragen detailliert aufgeführt.

Fazit: Diese Einstimmigkeit signalisiert, dass Wettbewerb und Markt auch in den Spitälern wichtige Themenbereiche sind, unabhängig davon ob es sich um öffentliche Spitäler oder Privatkliniken handelt. Als Competitive Intelligence Aktivität kann dies jedoch noch nicht betrachtet werden, dazu müsste sich eine Systematik manifestieren.

5.2.3 Systematische Konkurrenzbeobachtung

Frage 3: Betreibt Ihr Spital systematisch Konkurrenzbeobachtung?

Damit zusätzlich eine Gewichtung der beiden Themen *Konkurrenz* und *Markt* ermittelt werden konnte, wurden beide Bereiche separat abgefragt. In einem ersten Schritt galt die Frage der Konkurrenzbeobachtung. Vor allem aber interessierte, ob dies auch *systematisch* gemacht wird, um damit die Verknüpfung zu Competitive Intelligence zu demonstrieren. Konkurrenzbeobachtung in einem Spital beinhaltet implizit Folgendes: Was sind strategische Absichten der Konkurrenzhäuser? Welches sind die direkten und indirekten Konkurrenten? Wie entwickeln sich Leistungspotentiale? Wie reagieren

Wettbewerber auf neue Strategien? Steht allenfalls eine Chefarztpensionierung im Nachbarspital an? Gibt es Abteilungs-schliessungen oder -eröffnungen beim Mitbewerber? Diese Beispiele repräsentieren nur einen Bruchteil von möglichen Fragestellungen und sind nicht als abschliessend zu betrachten.

Um die Ergebnisse noch präziser zu erfassen, wurde zusätzlich die Kategorie semi-systematisch eingeführt. Und auch um dem Umstand gerecht zu werden, regelmässig, aber nicht nach einer Ordnung oder als Kehrbeispiel, nach einem Plan aber nur einmalig (z.B. nach Bedarf) die Konkurrenz zu beobachten. Diese zusätzliche Kategorie wurde jeweils mündlich bei der Befragung eingeführt.

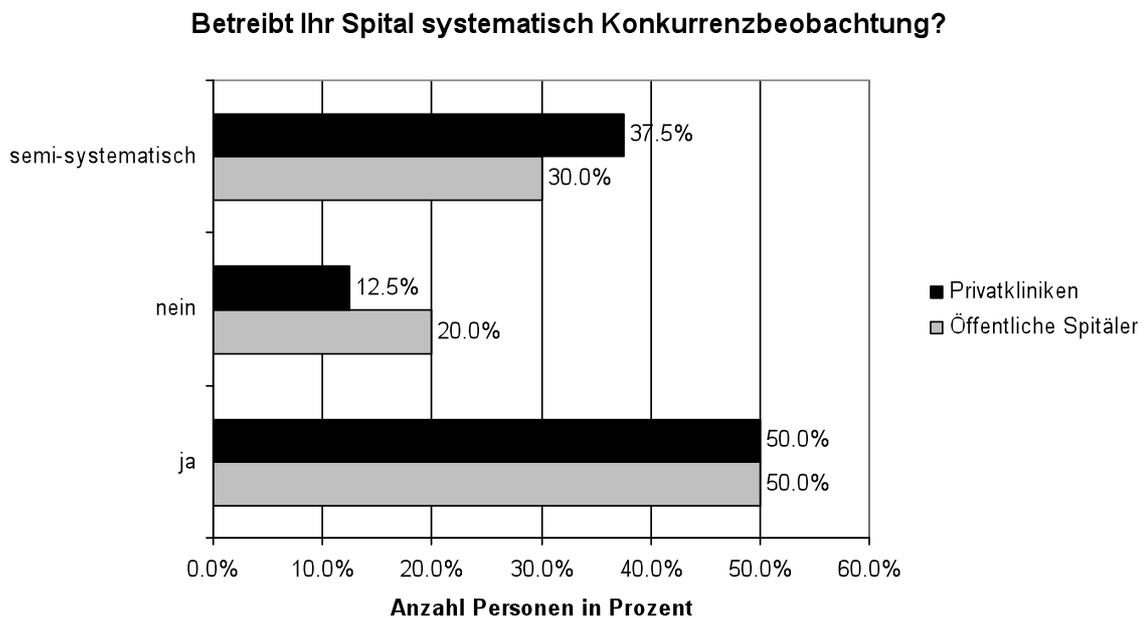


Abbildung 2: Frage nach systematischer Konkurrenzbeobachtung

Umfrageergebnisse:

Privatkliniken: Nur eine Klinik beobachtet die Konkurrenz unsystematisch. Die anderen sind auf dem Weg zu noch mehr Systematik oder haben diese bereits implementiert. Vereinzelt wird angestrebt, die Zeiträume für Überwachungsprozesse zu verkürzen und diese nicht nur jährlich durchzuführen. Ebenso wurde erwähnt, dass die Intensität der Konkurrenten-beobachtung parallel zur Distanz abnimmt. Eine Person wollte den Ausdruck Konkurrent mit dem Begriff Mitbewerber ersetzt haben. Diese Sensibilität gegenüber der Wortwahl könnte als vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Konkurrenz betrachtet werden oder als schlechte Erfahrung in der Vergangenheit mit der Bezeichnung Wettbewerber. Als konkrete Massnahmen für Konkurrenzbeobachtung werden Jahresberichte und Leistungszahlen ausgewertet.

Öffentliche Spitäler: Ein Fünftel der öffentlichen Spitäler ermittelt Informationen zur Konkurrenz noch unsystematisch. Es wird ermittelt was es Neues auf dem Markt gibt, was andere machen oder wohin neue Trends führen. Es gibt Krankenhäuser die für jede Klinik²⁵ zusätzlich einen Controller beschäftigen, der Daten für solche Analysen erhebt.

Fazit: Es kann kein signifikanter Unterschied in dieser Frage zwischen den verschiedenen Spitalformen ausgemacht werden. Dies wurde in dieser Deutlichkeit nicht erwartet und ist als Zeichen zu werten, dass die öffentlichen Spitäler dem Thema Wettbewerb offener gegenüberstehen als vermutet wird. Eine systematische Konkurrenzbeobachtung kann als Teil von Competitive Intelligence verstanden werden, es fehlt nur noch der qualitative Aspekt. Dies wäre beispielsweise mit den vorgängig formulierten KIQs eher gewährleistet.

Für die öffentlichen Spitäler ist es möglicherweise schwieriger Konkurrenten überhaupt als solche wahrzunehmen, weil sie oft dem Spagat zwischen Wettbewerb und Kooperation, eine Art von „Co-opetition“, ausgesetzt sind. Die Versorgungsnetze reichen oft über Organisationsgrenzen hinaus um so die medizinische Grundversorgung zu sichern.

5.2.4 Systematische Marktanalyse

*Frage 4: **Betreibt Ihr Spital systematisch Marktanalyse?***

Erschwerend ist bei dieser Frage, dass die Grenzen des Spitalmarktes schwierig zu ziehen sind. Je nachdem ob der Fokus auf Heilung von Krankheiten oder auf Erhaltung von Gesundheit und Prävention liegt, fällt die Analyse anders aus.

²⁵ Abteilungen (Departement) innerhalb eines Spitals wie beispielsweise die Chirurgie, Medizin oder Orthopädie. Klinik kann auch als Synonym für Krankenhaus stehen.

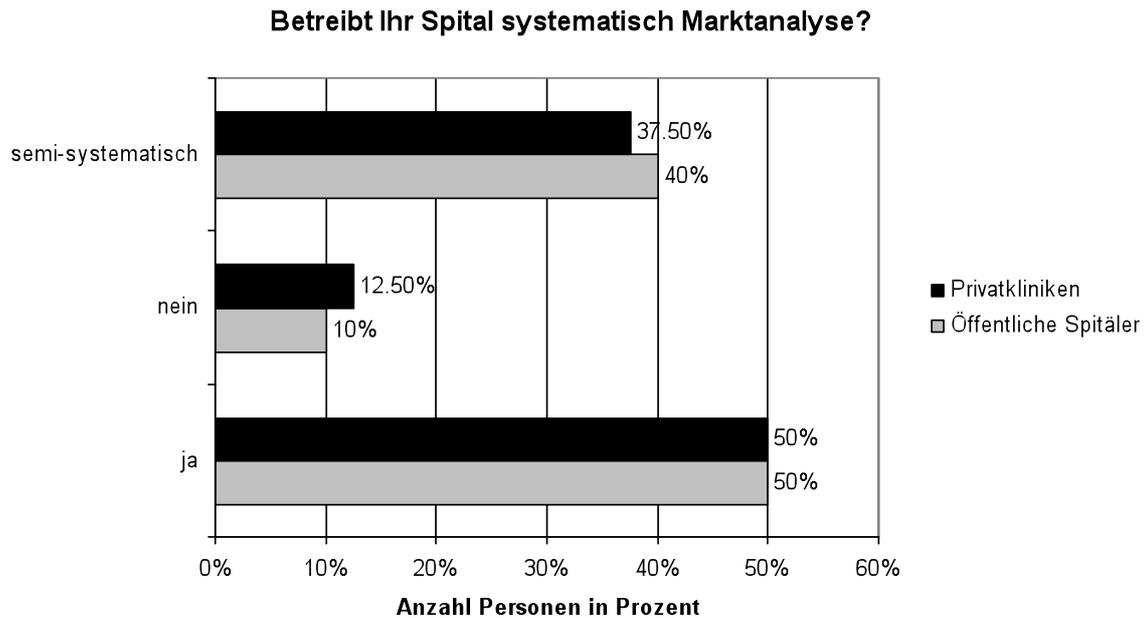


Abbildung 3: Frage nach systematischer Markkanalyse

Umfrageergebnisse:

Privatspitäler: Privatspitäler betreiben die Marktanalyse hauptsächlich systematisch oder zumindest semi-systematisch. Vor der Einführung eines neuen Produktes wird in diversen Kliniken vorgängig eine Marktstudie in Auftrag gegeben. Obwohl die Fragen zur Konkurrenzanalyse und zur Marktanalyse auf dem Diagramm das gleiche Resultat aufweisen, sind sie inhaltlich nicht ganz identisch. Eine Klinik macht eine systematische Konkurrenzanalyse und keine systematische Marktanalyse. Bei einer anderen Klinik verhält es sich umgekehrt, deshalb sieht das Diagramm zwar gleich aus, die Antworten sind aber nicht identisch.

Öffentliche Spitäler: Auch bei den öffentlichen Spitälern ergibt sich keine grosse Änderung. Ein Grossteil erhebt die Informationen zum Markt systematisch oder semi-systematisch. Häufig wurde erwähnt, dass dies oft auch eine Stufe tiefer, d.h. auf Klinikebene, bei den Chefärzten stattfindet.

Fazit: Auch bei dieser Frage kann kein eindeutiger Unterschied zwischen den öffentlichen Spitälern und den Privatkliniken in der Beantwortung der Fragen ausgemacht werden. Auch hier fehlt der qualitative Aspekt zum vollständigen Competitive Intelligence. Durch das Fehlen der KIQs werden möglicherweise auch Daten erhoben, die schlussendlich nicht gebraucht werden. Es reicht nicht eine Fünfjahresstrategie zu erstellen und in Ahnlehnung an diese Informationen zu sammeln. Es müssen vorgängig die Themenbereiche abgesteckt und eingegrenzt werden und ganz konkret entlang dieses

Schemas mögliche Fragestellungen erfasst werden, die dann als Gerüst für die Recherche dienen.

5.2.5 Zuständigkeiten der Konkurrenzbeobachtung/Marktanalyse

Frage 5: Wer ist in Ihrem Unternehmen für Konkurrenzbeobachtung und/oder Marktanalyse hauptsächlich zuständig?

Mit dieser Frage sollen der Verantwortungsbereich und die Zuständigkeit für die Konkurrenzbeobachtung und Marktanalyse umrissen werden. Es kann ebenso eine Gewichtung ausgemacht werden, wenn ein Betrieb eine Abteilung für solche Themen und Analysen führt. Allerdings ist die Grösse der Organisationen ebenso ein Gradmesser, da bei kleineren Spitälern diese Tätigkeit oftmals beim Direktor angesiedelt ist. Ab dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich, was die Eindeutigkeit der Ergebnisse etwas relativiert.

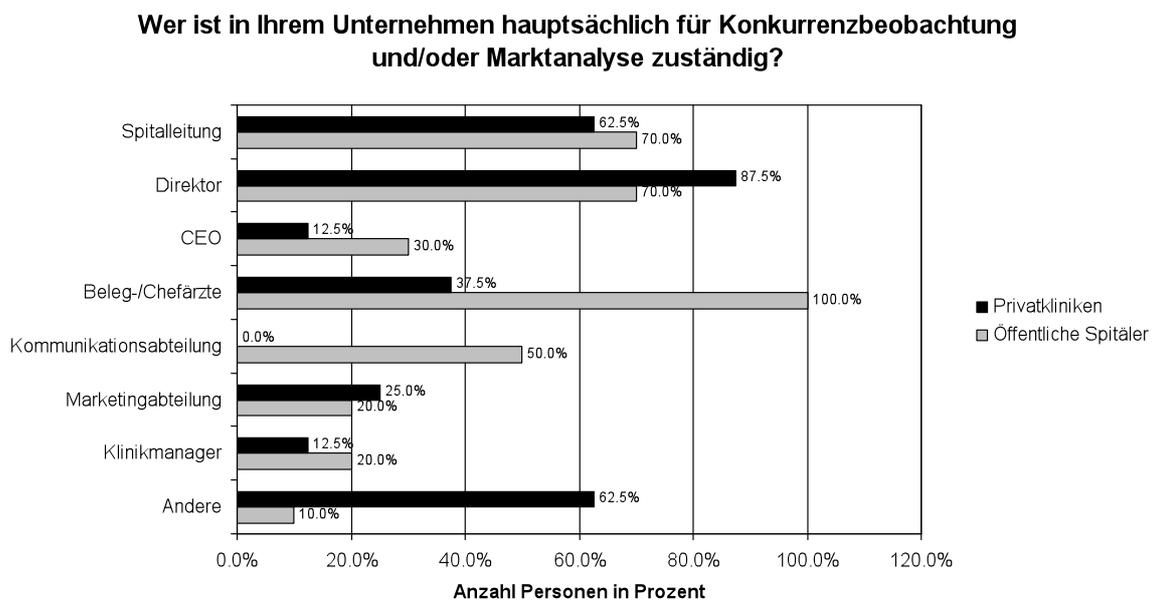


Abbildung 4: Zuständigkeiten für Konkurrenzbeobachtung und Marktanalyse

Umfrageergebnisse:

Privatkliniken: Die Verantwortung für Konkurrenzbeobachtung und Marktanalyse liegt bei den Privatkliniken hauptsächlich in den Händen von den Direktoren und der Spitalleitung. Unter „Andere Möglichkeiten“ wurden dreimal der Verwaltungsrat genannt und je einmal die Pflegedienstleitung und das Medizincontrolling.

Öffentliche Spitäler: In den öffentlichen Spitälern liegt die Zuständigkeit für Konkurrenz und Markt hauptsächlich bei den Chefärzten. Hier manifestiert sich die Tatsache, dass ein Klinikvorsteher (Chefarzt) rein fachlich ganz nahe am Markt ist und gleichzeitig durch sein

Tagesgeschäft nahe beim Patienten und seinen Bedürfnissen. Unter anderem wurde einmal der Betriebswirtschafter erwähnt.

Fazit: Bei dieser Frage ist zu berücksichtigen, dass die Privatspitäler, wie bereits erwähnt, ein sogenanntes Belegarztsystem führen, d. h. die Klinik stellt für den Arzt die ganze Infrastruktur zu Verfügung und der Arzt belegt lediglich Spitalbetten mit seinen Patienten. Durch diesen Organisationsunterschied erhält die Direktion eines Privatspitals ein grösseres Gewicht. Deshalb ist hauptsächlich die Direktion für Konkurrenzbeobachtung und Marktanalyse zuständig.

5.2.6 Quellen

Frage 6: Welche Quellen benutzen Sie für die genannten Erhebungen?

Diese Frage ist das Herzstück der Umfrage, denn die Verwendung verschiedenster Datenquellen stellt die Basis von effektiven Competitive-Intelligence-Aktivitäten dar (Pfaff, 2005, S. 64). Darüber hinaus ist es die Schnittstelle zur Informationswissenschaft, die als Kernkompetenz das Auswerten, Bereitstellen, Suchen und Finden von Wissen via Informations- oder Kommunikationsprozesse versteht. Um die Ressourcen etwas übersichtlicher darzustellen, wurden diese in Primär- und Sekundärquellen unterteilt.

Es wird davon ausgegangen, dass alle aufgeführten Quellen bekannt sind, mit Ausnahme des Brokerdienstes²⁶. Deshalb wurde im Gespräch explizit danach gefragt, ob dieser Service überhaupt bekannt sei.

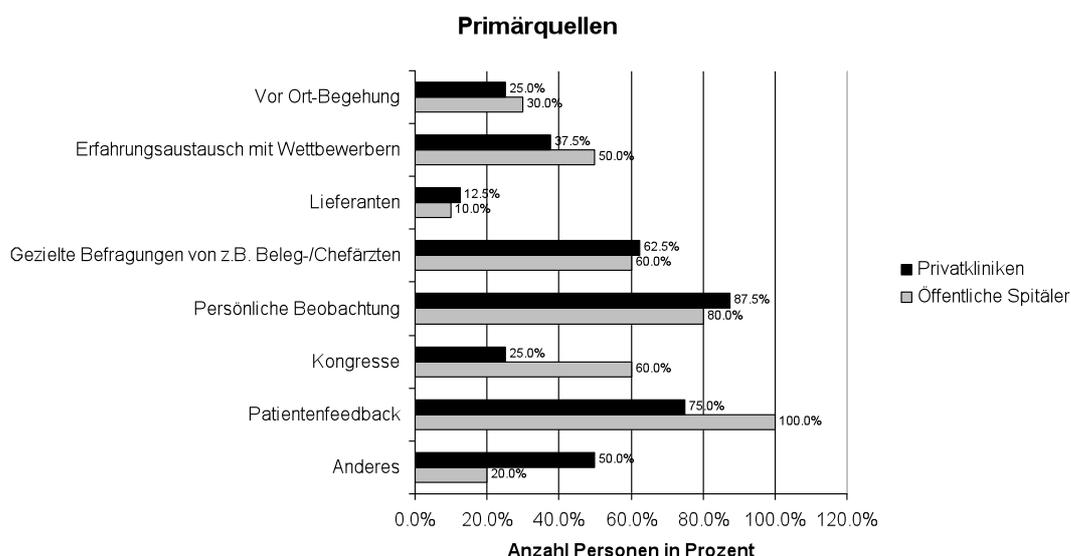


Abbildung 5: Primärquellen

²⁶ Der Brokerdienst Infonlinemed ist ein medizinischer Kundendienst. Täglich kann via Internet ein Medienspiegel über die ganze schweizerische Presse heruntergeladen werden und nach eigenen Wünschen zusammengestellt werden. Die Sprache ist wählbar, Deutsch oder Französisch (Infonlinemed, 2008).

Umfrageergebnisse:

Privatkliniken: Persönliche Beobachtung und das Patientenfeedback dominieren bei dieser Frage. Gespräche mit den Belegärzten finden regelmässig und oft auch in einem informellen Rahmen statt. Dies könne durchaus bei einem Essen oder einem Glas Wein sein. Unter „Anderes“ wurden öfters der Jahresbericht genannt oder Leistungszahlen. Ebenso der Erfahrungsaustausch innerhalb einer Organisation, wenn diese beispielsweise mehrere Spitäler an diversen Standorten beinhaltet.

Öffentliche Spitäler: Wichtigste Primärquelle ist für das öffentliche Spital das Patientenfeedback. Erwähnt wurden in diesem Zusammenhang die Plattformen wie Comparis und Picker. Comparis stellt den grössten Internetvergleichsdienst, nicht nur für gesundheitliche Themen, in der Schweiz dar. Picker ist ein nichtkommerzielles, wissenschaftliches Forschungsinstitut, das Befragungen im Bereich Gesundheitswesen durchführt. Ebenso wurde die Firma Mecon²⁷ genannt. Sie macht auch Zufriedenheitsmessungen im Gesundheitswesen. Als Schlüsselpersonen wurden hin und wieder die Chefärzte genannt, die oft gut vernetzt mit der Pharma- oder der Medizintechnikindustrie sind. Persönliche Beobachtung und Erfahrungsaustausch mit Wettbewerbern sind öfters erwähnt. Die Ergebnisse einer gezielten Befragung werden teils in einer folgenden Sitzung durch blosses Erinnerungsvermögen manifest oder die Befragungen (Ärzte und Mitarbeiter) werden systematisch erfasst und fliessen ins Jahresziel mit ein. Mehrmals erwähnt wurde die Bedeutung der Netzwerke²⁸. Einerseits profitiert man voneinander und andererseits steht man in Konkurrenz zueinander. Unter „Andere Möglichkeiten“ wurden Geschäftsberichte im Internet und medizinische Statistiken genannt.

Fazit: Informationen aus den Primärquellen sind oft an menschliche Wissensträger gebunden. Die Häufigkeit dieser Art von Quellennutzung ist möglicherweise damit zu erklären, dass das Spitalwesen als „People Business“ gilt und hier ohnehin überdurchschnittlich viel implizites Wissen vorhanden ist. Dass dem Patientenfeedback neuerdings so grosse Relevanz zukommt hat verschiedene Gründe. Diese können sowohl ökonomisch, medizinisch als auch gesellschaftspolitischer Art sein. Als ökonomisches Argument sind die Qualitätssicherung und die Kundenbindung zu nennen. Aus der medizinischen Perspektive können Patientenbefragungen wichtig sein, weil ein zufriedener Patient bessere Heilungs- und Behandlungserfolge aufweist (Steffen, 2004, S. 88). Der

²⁷ Measure & Consult GmbH, 8003 Zürich.

²⁸ Netzwerke sind hier Kontakte zwischen mehreren, voneinander unabhängigen Organisationen oder Spitälern.

Wandel des paternalistischen Rollenverständnisses²⁹ von Arzt und Patient hin zu einer Kunden-Leistungserbringer-Konstellation gibt dem Patientenfeedback noch eine weitere Dimension (Büchi et al., 2000, S. 2776). Die Patienten sind nicht mehr länger als passive Konsumenten medizinischer Leistungen anzusehen, sondern der Patient hat sich zum aktiven und informierten Teilnehmer entwickelt (Schmid, 2003, S. 2133). Im Herbst 2007 wurde in der Schweiz erstmals eine Erhebung über die Patientenzufriedenheit in Schweizer Spitälern öffentlich zugänglich gemacht (Comparis, 2007). In der Befragung haben wir aber gesehen, dass bei den öffentlichen Spitälern drei verschiedene Institutionen genannt wurden, die für sie Patientenbefragungen erheben. Diese Vielfalt an Institutionen hat den Nachteil, dass diese Studien nur bedingt vergleichbar sind, unter anderem weil die Fragebogen nicht identisch sind.

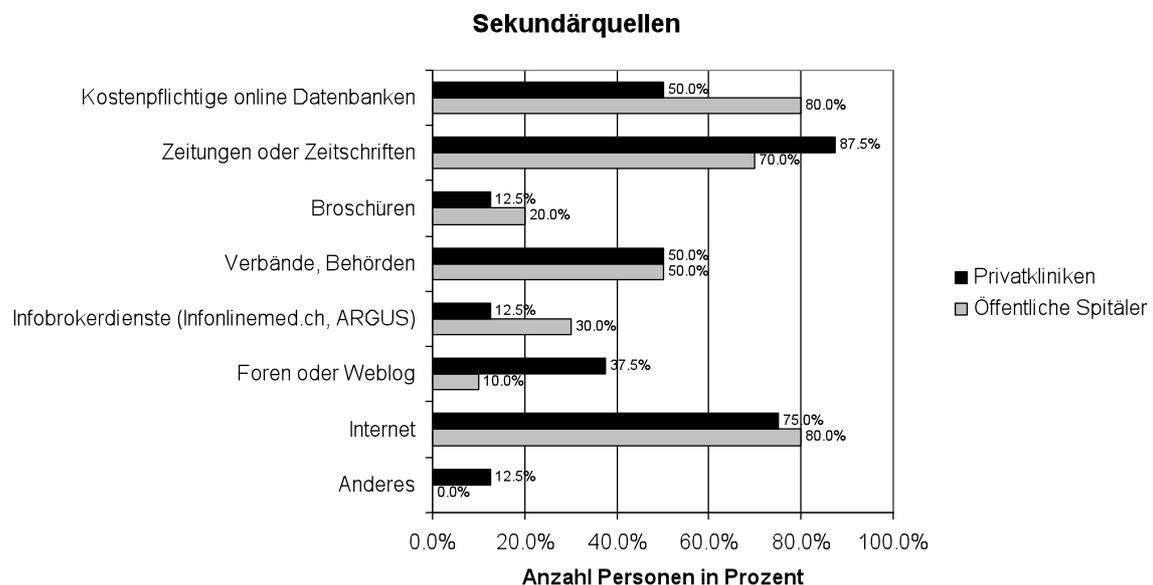


Abbildung 6: Sekundärquellen

Umfrageergebnisse:

Privatkliniken: Privatkliniken setzen hauptsächlich auf Zeitschriften/Zeitungen und das Internet. Die Nachfrage, ob Infobrokerdienste wie beispielsweise Infonlinemed bekannt sind, wurde dreimal verneint. Eine Klinik braucht Foren intensiv, um speziell Patientenbedürfnisse zur Thematik Brustkrebs zu erforschen. Unter „Anderes“ wurde ein informeller Datenaustausch genannt, der nicht näher beschrieben werden wollte.

Öffentliche Spitäler: Internet und Zeitungen oder Zeitschriften sind in öffentlichen Spitälern die Hauptquellen. Dreimal wurde zu Protokoll gegeben, den Brokerdienst Infonlinemed nicht zu kennen. Eine Person erwähnte, dass in seiner Organisation vor drei Monaten ein

²⁹ Das paternalistische Rollenverständnis meint, dass der Patient kooperiert und befolgt, was ihm der Arzt empfiehlt oder verordnet. (vgl. lat. pater wird mit Vater übersetzt).

Informationsspezialist gesucht wurde, der hauptsächlich für die Virtuelle Bibliothek des Spitals verantwortlich sei, daneben aber auch die Funktion eines Wissensmanagers inne habe.

Fazit: Unter kostenpflichtige Datenbanken wird hauptsächlich Literatur für die Ärzte und allenfalls für das Pflegepersonal verstanden. Nur kleinere Kliniken haben keine Lizenzen für online Literatur für das medizinische Personal. Die beiden befragten Universitätsspitäler haben Zugang auf die Plattform des Konsortiums für Schweizer Hochschulbibliotheken und so eine breite Auswahl von Zeitschriften und Datenbanken zu medizinischen Themen. Der Verband H+ für Schweizer Spitäler betreibt seit Januar 2008 ein eigenes online Portal mit einem breiten Informationsangebot zu spitalspezifischen Themen wie z.B. Tarmed, Swiss DRG, Qualität und Patientensicherheit, eHealth und Statistik, Arbeitssicherheit, Migrant Friendly Hospitals um nur einige zu nennen (H+, 2008). Als Grund, warum der Infobrokerdienst Infonlinemed nicht auf breitere Akzeptanz stösst, könnte in der generellen Informationsflut vermutet werden.

Die Sekundärquelle Weblog³⁰ hat in wirtschaftlichen Unternehmen in letzter Zeit an Bedeutung gewonnen, weil Web 2.0 Anwendungen wie Blogroll³¹, Permalink³², Trackback³³ den Austausch von digitaler Informationen erleichtern (Alby, 2008, S. 23). Mittels Monitoring³⁴ oder Trendscouting³⁵ können frühzeitig Informationen über Entwicklungen zu verschiedenste Themengebiete ohne grossen Aufwand (neue Medikamente, Entwicklungen bezüglich medizinischem Verbrauchsmaterial, Implantate etc.) eingeholt werden. Im Spitalalltag scheint sich dieser Service noch nicht etabliert zu haben.

Die Tatsache, dass ein Spital vor kurzem einen Informationsspezialisten suchte, um die online Literatur des Spitals zu organisieren und ein Wissensmanagement aufzubauen, zeigt, dass die Informationswissenschaft langsam auch im Krankenhaus Tätigkeitsfelder erschliesst. Vor allem anstehende Themen wie DRG³⁶ und elektronische Krankenakte, könnten zusätzlich zu den klassischen Bibliotheksarbeiten wie die Verwaltung einer

³⁰ Ein Weblog ist eine häufig aktualisierte Webseite, auf der Inhalte jeglicher Art in chronologisch absteigender Form angezeigt werden.

³¹ Blogroll ist eine Liste mit Links zu eigenen Lieblingsweblogs.

³² Unter Permalink ist eine eindeutige Webadresse zu verstehen, die es erlaubt jeden Beitrag immer wieder zu finden.

³³ Mit der Trackback Funktion ist es möglich informiert zu werden, wenn in einem anderen Blog auf den eigenen Blog Bezug genommen wird.

³⁴ Monitoring meint hier eine systematische Überwachung mit Hilfe von Internettechnologien.

³⁵ Gemäss Duden spürt der Trendscout neuen Entwicklungen nach (Duden, 2001, S. 1009).

³⁶ DRG (Diagnosis related groups) meint ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die dann nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet werden.

virtuellen Bibliothek es ist, ein potenzielles neues Einsatzgebiet von Informationsspezialisten sein bzw. werden.

5.2.7 Organisation der Informationen

Frage 7: *Wie sind die gesammelten Informationen intern organisiert?*

Nebst der internen Organisation und Dokumentation soll hier des Weiteren ermittelt werden, ob ein spezielles Softwareprogramm für Informationen zu Wettbewerb- oder Marktdaten im Einsatz ist.

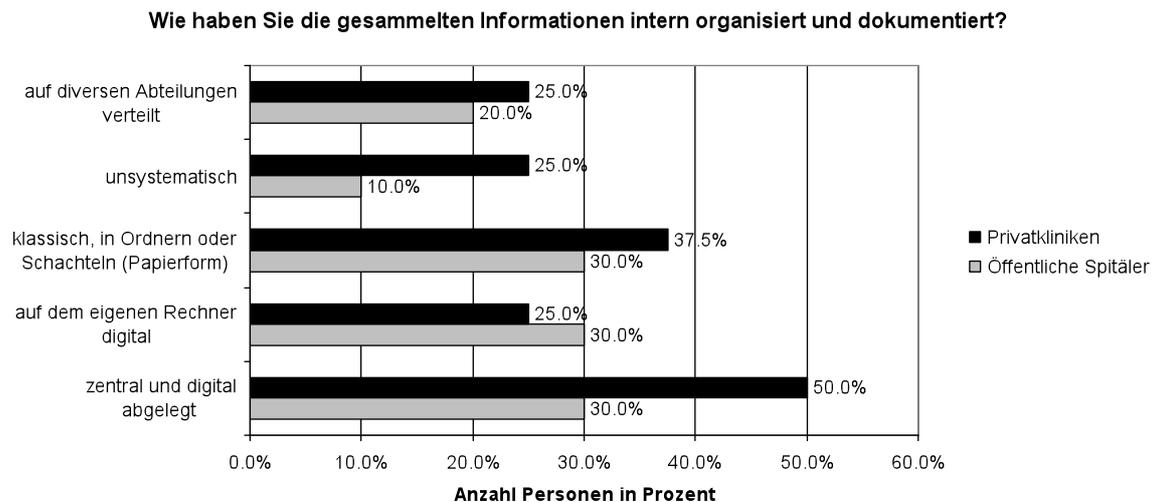


Abbildung 7: Angaben zur Organisation und Dokumentation von gesammelten Informationen

Umfrageergebnisse:

Privatkliniken: Die Daten werden hauptsächlich zentral und auch klassisch in Ordnern abgelegt. Es wurde immer wieder betont, dass der Personenkreis klein ist, der auf diese Daten zugreifen muss und deshalb reiche auch eine Exceltabelle oder die klassische Variante mit den Ordnern aus. Ein spezielles Softwareprodukt hat niemand angegeben. Oftmals werden in derselben Klinik beide Varianten verfolgt, nämlich die digitale Ablage und die Ablage im Papierformat.

Öffentliche Spitäler: Es kann von keiner eindeutigen Neigung gesprochen werden, die Handhabung ist überall verschieden. Auch hier ist kein spezielles Softwareprodukt im Einsatz. Medienbeobachtungen werden in einem Spital zentral abgelegt. Ein weiteres Spital betreibt eine zentrale Ideenbörse, dessen Inhalt dann in die Jahresplanung einfließt.

Fazit: Bis anhin wurde keine Frage so kontrovers beantwortet wie diese. Alle organisieren sich anders und nirgends ist eine Tendenz feststellbar.

5.2.8 Entstehung neuer Dienstleistungen oder Angebote

Frage 8: *Wie entstehen in Ihrem Spital neue Dienstleistungen oder Angebote?*

Mit dieser Frage soll erforscht werden, woher ein Spital seine Ideen für neue Dienstleistungen und Angebote bezieht.

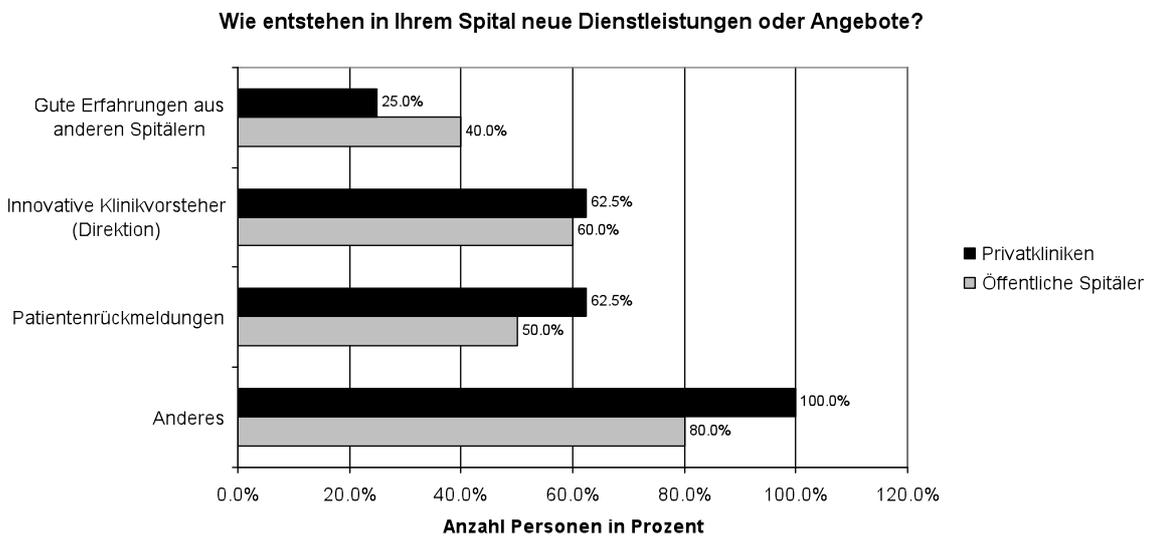


Abbildung 8: Frage nach Herkunft von neuen Dienstleistungen oder Angeboten

Umfrageergebnisse:

Privatkliniken: Patientenrückmeldungen und innovative Klinikvorsteher wurden hauptsächlich auf oben gestellte Frage genannt. In einer Klinik sind die Patientenrückmeldungen zwar relevant, haben bis heute jedoch noch zu keiner neuen Dienstleistung oder zu neuen Produkt geführt. Folgendes wurde je einmal unter „andere Anmerkungen“ zusätzlich angefügt: innovative Direktion, Mitarbeiter, Multiplikation aus anderen Kliniken der Organisation, Meetings mit anderen Spitaldirektoren, systematische Marktanalyse, aus dem Jahresziel, Strategievorgaben, Literatur und Studien zu Patientenbedürfnisse, innovative Belegärzte und Lieferantenbedürfnisse (im Sinne von Zulieferer).

Öffentliche Spitäler: Klinikvorsteher und Patientenrückmeldungen generieren die meisten Dienstleistungen oder Produkte. Unter „andere Anmerkungen“ wurde je einmal aufgeführt: Zusammenarbeit mit anderen Spitalern, Chefärztekonzferenz, Beispiele aus der Praxis, strategischer Plan, Literatur der Fachgesellschaften, von aussen via Gesundheitsdirektoren, Kongresse, Qualitätsmanagement.

Fazit: Tendenziell sind die Klinikvorsteher und die Patientenrückmeldungen wichtig für neue Produkte und Dienstleistungen. Zentral aber ist, dass der Informationsfluss zwischen der strategischen Ebene und den Ärzten und allgemein zwischen den Mitarbeitern im

Spital gut und problemlos fliesst, damit das konkrete Fachwissen um Produkte und möglichen Dienstleistungen auch von den strategischen Stellen ermittelt werden kann. Mehrmals wurde der Aspekt des Netzwerks erwähnt. Die Frage stellt sich allerdings: Wo genau beginnt das Netzwerk und wo endet es?

5.2.9 Informationsbedürfnisse

Frage 9: Welche Informationsbedürfnisse hat Ihr Unternehmen?

Mit dieser Frage sollen potenzielle Informationsbedürfnisse³⁷ der Spitäler für den eingangs erwähnten Katalog erhoben werden. Mit einer Recherche Infonlinemed wurden diese Themenvorgaben ermittelt (Infonlinemed, 2008).

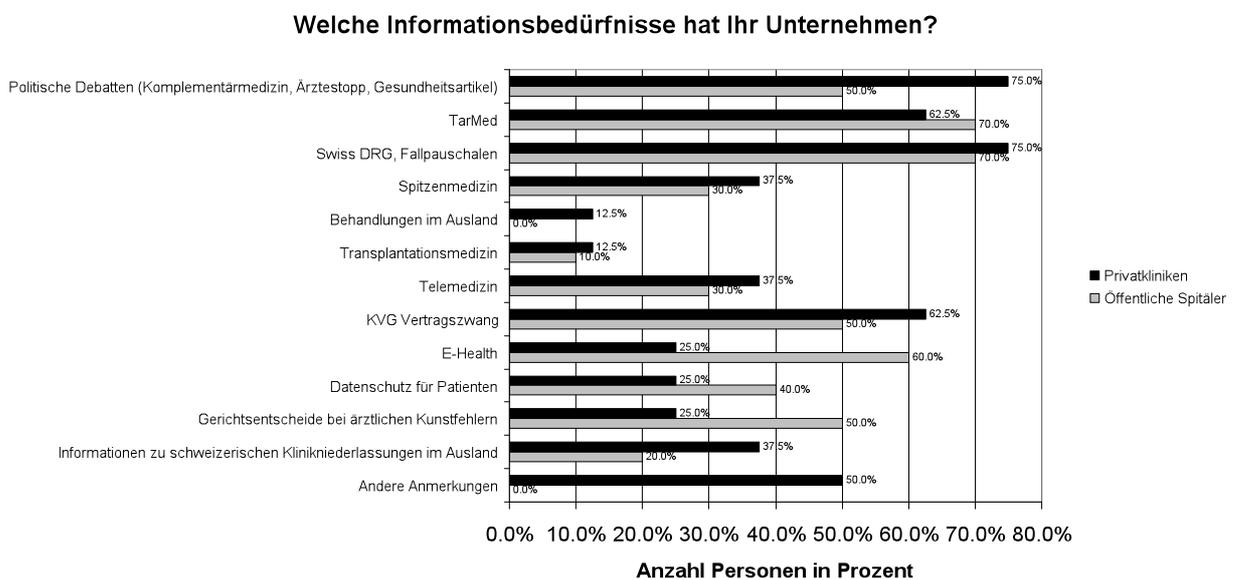


Abbildung 9: Informationsbedürfnisse

Umfrageergebnisse:

Privatklinken: Bei Privatkliniken liegt das Schwergewicht der Informationsbedürfnisse bei den politischen Themen. Unter „andere Anmerkungen“ wurden zweimal neue Medikamente, Technologieneuheiten, Patientenwünsche und Trends aus dem ausländischen Markt genannt.

Öffentliche Spitäler: Die Schwerpunkte liegen auch hier bei politischen Themen. Gerichtssentscheide, Datenschutz und E-Health.

Fazit: Im Vordergrund stehen Informationen zu politischen Themen. Dies hat damit zu tun, dass politische Entscheide sich nicht sofort im Spitalalltag niederschlagen. Wird

³⁷ Die Bedeutung der aufgeführten Antwortvorgaben wird im Glossar am Anhang dieser Arbeit erläutert.

beispielsweise das Kontingent für ausländisches Personal verändert kann dies für ein Spital bedeuten, dass ganze Abteilungen geschlossen werden müssen.

5.2.10 Schadenfälle wegen zuwenig Information

Frage 10: Wo führte ein Informationsmanko zu Schaden?

Diese Frage muss im Zusammenhang mit der vorhergehenden Frage betrachtet werden, wo Informationsbedürfnisse eines Spitals erfasst wurden. In diesem zweiten Schritt wird der Bedarf nun indirekt erhoben, indem dieser aus einem Informationsmanko abgeleitet wird. Implizit wird auch eine Sensibilisierung für die Wichtigkeit und den Wert von Informationen offengelegt, weil diese als Schadensverhütung erkannt werden soll.

Ergebnisse:

Tabelle 3: Informationsmanko³⁸

Privatkliniken	Öffentliche Spitäler
Problematik Informationsüberfluss	Das kann prinzipiell überall passieren
Nicht bereit sein für neue Gesetze	Akute Ereignisse wie Massenunfall
Produktneuerungen nicht kennen	Wahl einer schlechten Strategie
Bettenauslastung zu wenig nutzen	Definition Schaden? Ziel viel Umsatz zu generieren? Nicht alles was rentiert ist sinnvoll
Fehlende Kapazität für Neuerung	Nicht am Puls des Marktes zu sein
Fehlendes Qualitätsmanagement	Verabreichungsfehler wegen Stress
Behandlungsschemen ignorieren	Sie sind noch nie zu Schaden gekommen, kann sich nichts darunter vorstellen
Bei Neuerungen nicht à jour sein	Nicht erfassen von Patientenforderungen (Komfort und Betreuung)
	Reportingsystem Haftpflichtfälle zuwenig implementiert
	Patientenbedürfnisse zu wenig kennen

³⁸ Die Aufzählungen sind zufällig aufgelistet und entsprechen keiner Wertigkeit.

Fazit: Die Antworten sind sehr verschieden und es ist kein eigentlicher Schwerpunkt auszumachen. Einzig das Thema Zeit oder präziser formuliert, „zu langsam auf etwas reagieren zu können“, wird wiederholt genannt. Das Ziel von Competitive Intelligence ist es, genau dies zu verhindern, weil die nötigen Informationen zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort sind.

5.2.11 Massnahmen zur Sicherung von Informationen

Frage 11: Welche Massnahmen trifft Ihr Spital zur Sicherung von Informationen?

Mit dieser Frage sollen Counter-Intelligence-Massnahmen ermittelt werden. Es handelt sich dabei um Massnahmen zur Abwehr von Informationsverlust des eigenen Unternehmens – quasi ein Schutz von Competitive-Intelligence-Aktivitäten anderer Organisationen. Datenschutzmassnahmen werden im Gesundheitswesen seit jeher praktiziert und haben einen hohen Stellenwert, um den Schutz der Persönlichkeit und die Grundrechte der Patienten zu sichern.

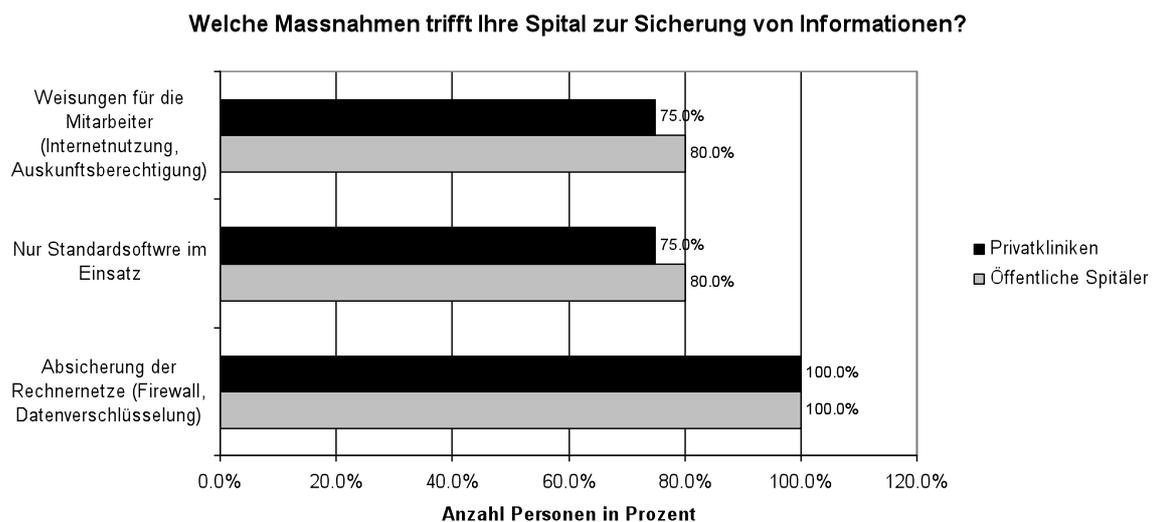


Abbildung 10: Massnahmen zur Sicherung von Informationen

Privatkliniken: Privatkliniken messen der Absicherung der Rechnernetze die grösste Bedeutung zu. Fünfzig Prozente sind ISO oder EFQM zertifiziert. Diese Qualitätsstandards verpflichten dazu, dass Weisungen von den Mitarbeitern unterschrieben werden.

Öffentliche Spitäler: Auch bei den öffentlichen Spitälern ist ganz klar die Sicherheit der Rechnernetze an erster Stelle. Weisungen existieren in den meisten Fällen, auch wenn die Organisationen kein ISO oder EFQM Zertifikat aufweisen.

Fazit: Diese Frage wurde von allen Teilnehmern identisch beantwortet. Zum Teil wurde näher ausgeführt was die Absicherung der Rechnernetze genau beinhalten, etwa dass keine exe Dateien ausgeführt würden innerhalb des Spitals, oder keine eigene Tastatur

installiert werden könne. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Gefahren durch USB und Mobiltelefon hingewiesen. Hat beispielsweise ein Arzt seine Sprechstundenplanung auf seinem Mobile und dieses ginge verloren, könnten so sensible Daten in fremde Hände geraten.

„Was ich bei der Behandlung oder auch ausserhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren“. Das ist nicht aus dem Code of Ethics der Society of Competitive-Intelligence-Professionals, sondern ein Bestandteil des Eid des Hippokrates (Hippokrates, 2008). Obwohl dieser Eid nicht mehr von den Ärzten geleistet wird, prägt er bis heute die Spitalkultur. Weisungen bezüglich Kommunikation nach aussen sind wohl in keiner Branche so verinnerlicht wie in einem Krankenhaus. Dies vielleicht deshalb, weil die Patientendaten immer als sensibel betrachtet wurden und der Ethikgedanke durch den Eid Spuren hinterlassen hat.

5.2.12 Zukünftige Bedeutung von Competitive Intelligence

Frage 12: Wird Competitive Intelligence in den nächsten Jahren in Ihrem Unternehmen an Bedeutung gewinnen?

Ergebnisse:

Privatkliniken: Diese Frage wurde zweimal verneint und sechsmal bejaht.

Öffentliche Spitäler: Einmal wurde mit nein geantwortet und neunmal mit ja.

Fazit: Die Antworten signalisieren dass der Wettbewerbsgedanke längst im Spital Einzug gehalten hat.

5.2.13 Informationen zu Competitive Intelligence

Frage 13: *Möchten Sie zukünftig von der HTW Chur über Entwicklungen im Bereich Competitive Intelligence informiert werden?*

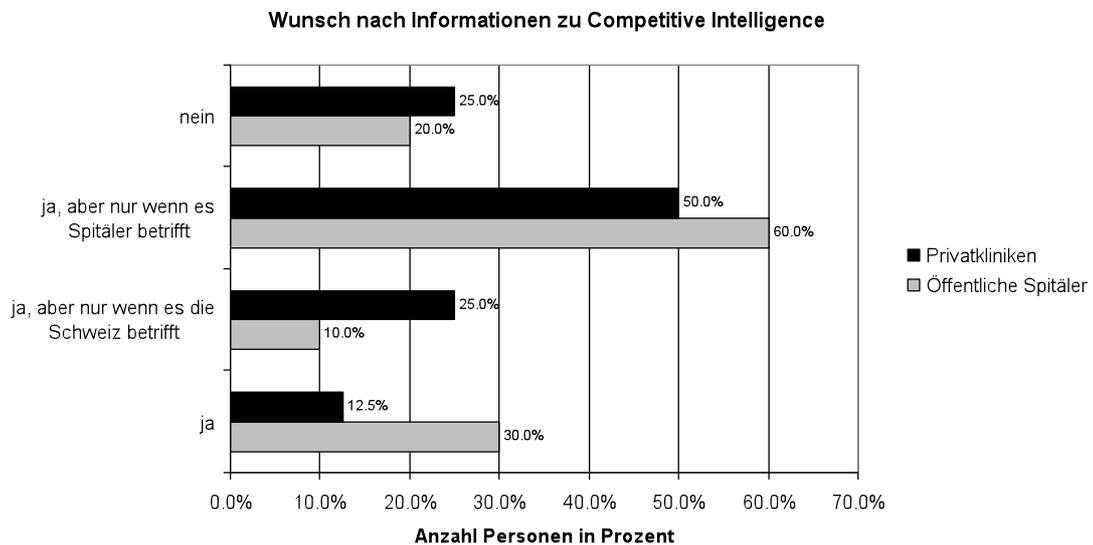


Abbildung 11: Wunsch nach Informationen zu Competitive Intelligence

Privatkliniken: Das Thema scheint zu interessieren, da eine signifikante Mehrheit zu diesem Thema weitere Informationen wünscht. Bei der einen Verneinung der Frage liegen sprachliche Aspekte zugrunde, weil die Informationen nicht auf Französisch angeboten werden und bei der zweiten sind es Gründe der Informationsüberflutung.

Öffentliche Spitäler: Auch hier ist tendenziell ein Interesse am Thema feststellbar. Die beiden Nein-Antworten sind im riesigen Informationsangebot generell begründet.

Fazit: Das gezeigte Interesse ist als Bestätigung der vorhergehenden Frage zu interpretieren. Allerdings muss zur Berichtigung angefügt werden, dass bereits die Zu- oder Absage für dieses Interview als eine Selektion zu werten ist. Sceptiker zum Thema Wettbewerb im Spital waren nicht bereit bei dieser Erhebung mitzuwirken.

5.2.14 Exkurs: Befragung von Chefärzten bzw. Co-Chefarzt

In den Interviews mit Vertretern von öffentlichen Spitälern kam zum Ausdruck, dass die Chefärzte eine zentrale Rolle bei der Konkurrenzbeobachtung und/oder der Marktanalyse einnehmen. Deshalb wurden mit der gleichen Fragestellung auch drei Klinikleiter befragt. Sie stellen mit ihrer Sichtweise eine zweite Ebene von Wettbewerb- oder Marktbeobachtung dar, weil sie durch ihre Tätigkeit näher am Produkt³⁹ sind und hauptsächlich auf die eigene Abteilung fokussieren und nicht das Spital als ganzes

³⁹ Mit Produkt ist hier eine Dienstleistung, Operationstechnik, Methode einer Behandlung etc. gemeint.

betrachten. Diese Betrachtungsweise wirkt sich hauptsächlich bei der Wahl der Quellen aus, was in dieser Erhebung zu interessanten zusätzlichen Erkenntnissen führte.

Umfrageergebnisse:

Die Befragung der Chefärzte lieferte zu den meisten Fragen die gleichen Ergebnisse wie sie in der Erhebung mit den öffentlichen Spitälern ermittelt wurden. Die Ausnahme bildet die Frage nach den Quellen. Als Primärquellen wurden die Kongresse und Patientenrückmeldungen als zentrale und wichtigste Quelle genannt. Kongresse stellen für Ärzte ein wichtiges Instrument für Wissensaustausch und die Bildung von Kontakten dar. Höchste Priorität für Chefärzte haben kostenpflichtige online Datenbanken und online Fachzeitschriften. Zwei Personen gaben an, dass eine deutliche Zunahme von ökonomisch orientierten Aufsätzen in der einschlägigen medizinischen Fachliteratur feststellbar sei.⁴⁰ Bei der Befragung der öffentlichen Spitäler oder der Privatkliniken wurde oft darauf verwiesen, dass dieses Angebot hauptsächlich für die Ärzte und allenfalls noch für das Pflegepersonal sei. Möglicherweise bieten aber gerade die primär für den Arzt gedachten Quellen wichtige Informationen für das Management.

5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die These, dass Privatkliniken im Gegensatz zu den öffentlichen Spitälern, mehr Aktivitäten in Richtung Competitive Intelligence aufweisen, konnte in dieser Erhebung nicht bestätigt werden. Bezüglich der systematischen Konkurrenzbeobachtung und systematischen Marktanalyse sind gar identische Resultate erhoben worden. Auch bezüglich der Informationssicherung sind praktisch keine Unterschiede auszumachen, mit der Ausnahme, dass die Privatklinken mehr ISO oder EFQM Zertifikate aufweisen, wie aus den Antworten geschlossen werden konnte. Dass dem Thema Datensicherung sehr grosse Bedeutung beigemessen wird, kann aus dem Ergebnis geschlossen werden, dass alle Beteiligten die Absicherung der Rechnernetze als sehr wichtig betrachten. Datensicherheit ist nicht nur auf technischer Ebene zu betrachten, da Informationen auch via Mitarbeiter in "falsche Hände" gelangen können. Begründet durch den Hippokratischen Eid der Ärzte hat sich im Krankenhaus eine eigene Kultur des Informationsflusses gebildet, die sich in einer grösseren Sensibilisierung gegenüber Daten allgemein manifestiert. Interne Weisungen, wie man sich z.B. gegenüber Journalisten oder Medienvertretern zu verhalten hat, sind nicht nur auf Papier dokumentiert, sondern durch Traditionsbewusstsein der Mitarbeiter abgesichert.

Unterschiede sind bei der Zuständigkeit für neue Dienstleistungen und Produkte erfasst worden, dies hängt wie bereits erwähnt mit dem Umstand zusammen, dass die

⁴⁰ Als konkretes Beispiel wurde folgender Aufsatztitel genannt: „Cost-effectiveness of endarterectomy in patients with asymptomatic carotid artery stenosis“ (BJS, 2008, S. 714-720).

öffentlichen Spitälern die Chefärzte direkt in die Organisation einbinden und die Privatspitäler das System des Belegarztes betreiben. Grössere Spitäler verfügen über Marketing- oder Kommunikationsabteilungen, die gegen Auftrag Erhebungen zu den beschriebenen Themen leisten. Bei kleinen Krankenhäusern ist dieser Bereich oftmals bei der Direktion oder Spitalleitung angesiedelt.

Interessant ist der Umstand, dass zwar politische Entscheide in der Umfrage stark gewichtet wurden, aber diese Gremien⁴¹ spärlich systematisch genutzt oder gar für eigene Zwecke verwendet werden. Nur ein Krankenhaus gibt an, dass es ein strategisches Ziel sei, einen Politiker für den Verwaltungsrat zu gewinnen. In einigen Kantonen, wie beispielsweise St. Gallen, ist sogar der zuständige Regierungsrat per Gesetz verpflichtet, im Verwaltungsrat des Kantonsspitals St. Gallen Einsitz zu nehmen. Ob es noch weitere Kantone gibt, die nach diesem System funktionieren, ist eine weiterführende Forschungsfrage.

Den Befragten zufolge wird die Bedeutung von Competitive Intelligence in den Spitälern in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen. Diese Meinung kann durch das Interesse der Interviewpartner an Informationen zu CI noch verdeutlicht werden.

Die Möglichkeiten von Web 2.0 Technologien sind in diesem Bereich des Spitals, aus Sicht der Verfasserin, nicht voll ausgeschöpft. Gerade im Zusammenhang mit der Frage 10, wo sich der Wunsch nach Schnelligkeit verdeutlicht, könnte eine konsequente Nutzung von bestehenden Internettechnologien wie die RSS Feed, eine Art Newsticker auf den eigenen PC, Mehrwert generieren. Voraussetzung ist aber, dass die Wettbewerber diese Technologien auf ihren Webseiten überhaupt anbieten. Eine Recherche auf den Webseiten der befragten Spitäler hat aber ergeben, dass dies im Moment bei keiner Klinik der Fall ist.

5.3.1 Katalog für die Informationsbedürfnisse des Spitals

Im Folgenden soll ein Themenkatalog Aufschluss darüber geben, welche Informationsbedürfnisse in einem Spital (öffentliche Spitäler und Privatklinken) vorhanden sind. Es findet keine Gewichtung statt, nur eine Auflistung.

Wettbewerber:

Patientenzahlen (ambulante und stationäre), Umsatzzahlen, Fälle, Leistungszahlen, neue Abteilungen oder Angebote, Arbeitsmethodik, Behandlungen in ausländischen Kliniken.

Markt:

⁴¹ Nationalrat und Ständerat auf Bundesebene; Kantons- oder Grossrat auf Kantonebene.

Neue Produkte, neue Medikamente, Trends aus dem Ausland, Patientenbedürfnisse, Patientenforderungen, Kenntnisse über Patientenströme.

Politik:

Politische Debatten zu DRG, Fallpauschalen, Spitzenmedizin, Komplementärmedizin, Ärztestopp, Gesundheitsartikel, KVG, Tarmed, Datenschutz, Gerichtsentscheide, Entscheide bezüglich Standorte Transplantationsmedizin.

Technik:

Neue Technologien, E-Health, Telemedizin.

6 Reflexion

Die Auseinandersetzung mit Competitive Intelligence in Verbindung mit dem Gesundheitswesen der Schweiz war einerseits sehr spannend und interessant, andererseits auch schwierig, weil es in der Literatur die Kombination von CI und Spitälern im deutschsprachigen Raum noch nicht zu geben scheint. Der erweiterte französische Ansatz von Competitive Intelligence fand in der deutschen Literatur bisher wenig Resonanz. Der Aspekt von Lobbying wäre gerade im Gesundheitsbereich angebracht und sogar wünschenswert, damit mehr Kommunikation und Wissenstransfer zwischen den Spitälern und der Politik stattfinden könnte und so mehr Transparenz entstehen würde.

Die Kontaktaufnahme und Zusicherung für ein Telefoninterview war ein zeitraubender Prozess. Möglicherweise lag es daran, dass die Sommerferien bevor standen und die potenziellen Gesprächspartner deshalb per se wenig Zeit hatten. Es brauchte viel Überredungskünste und Hartnäckigkeit, um Zusagen für ein Interview zu erhalten. Die meisten Gesprächspartner wurden zuerst via Sekretärin telefonisch kontaktiert. Um eine grössere Anzahl gleichzeitig anfragen zu können, wurden auch E-Mails verschickt. Dies war aber noch weniger effektiv als die telefonische Kontaktaufnahme. Es wird vermutet, dass eine Zusage an dieser Erhebung teilzunehmen als eine Art Vorselektion angesehen werden kann, weil Absagen teilweise darin begründet waren, dass dem Thema Wettbewerb im Spital grosse Skepsis entgegengebracht wurde.

Generell wurde bei Fragen mit Antwortvorgaben wenig von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, zusätzliche, andere Antworten anzugeben.

Eine sprachliche Herausforderung waren die beiden französischen Interviews, denn diese stellten grosse Ansprüche an das fachliche Sprachvokabular.

7 Fazit und Ausblick

Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit war die Ermittlung von Competitive-Intelligence-Aktivitäten in schweizerischen Spitälern. Ein erstes Ziel der Arbeit war es, nach einer Literaturanalyse, eine Branchenstrukturanalyse des Spitalmarktes nach dem Fünf-Kräfte-Modell von Porter zu erstellen. Damit sollten die relevanten Wettbewerbskräfte des Spitalmarktes erfasst werden. Die Branchenstrukturanalyse wurde teilweise von der empirischen Untersuchung bestätigt, indem die gleichen Themen eine ähnliche Gewichtung erhielten. Dies war hauptsächlich bei der Verhandlungsstärke der Patienten der Fall, wo die spätere Befragung dem Thema Patientenfeedback eine zentrale Rolle zuwies.

In einem zweiten Schritt sollte eine empirische Erhebung Aufschluss darüber geben, wo und wie Spitäler hierzulande Competitive Intelligence einsetzen. Die Beantwortung der Forschungsfragen wurde mit Hilfe von einundzwanzig telefonischen Interviews erhoben. Die eingangs gestellte These, dass Privatkliniken sich bezüglich Wettbewerbsaktivitäten von den öffentlichen Spitälern stark unterscheiden würden, konnte nicht bestätigt werden. Gemäss Umfrage gibt es wenig Unterschiede in der systematischen Konkurrenzbeobachtung und systematischen Marktanalyse zwischen diesen beiden Spitaltypologien.

Unterschiede konnten vor allem bei der Zuständigkeit der Wettbewerbthematik und den Informationsbedürfnissen ausgemacht werden. Diese lassen sich in der unterschiedlichen Organisationsstruktur begründen. Bei kleineren Organisationen und den Privatkliniken liegt die Zuständigkeit für alle Wettbewerberdatenerfassung oder Marktstudien hauptsächlich beim Direktor. Bei den öffentlichen Spitälern ergab die Studie einen hohen Stellenwert der Chefärzte in diesem Bereich. Dies deckt sich mit der in der Literatur vertretenen Meinung, dass 75-80% der Informationen, die für die Competitive-Intelligence-Aufgaben notwendig sind, bereits im Unternehmen existieren (Pfaff, 2005, S. 64; Freibichler, 2006, S. 197). Sie sind wichtige Informationsquellen weil bei ihnen viel implizites Wissen vorhanden ist, da sie nahe am Produkt sind (Behandlungsmethoden, Operationstechniken, Kenntnisse über neue Produkte jeglicher Art) und ebenso Patientennähe aufweisen. Zusätzlich sind sie in die Organisationsstruktur des Spitals direkt eingebunden. Um die Wettbewerbstauglichkeit eines Krankenhauses optimal zu gestalten ist es nötig, dieses Know-how der verantwortlichen strategischen Spitalleitung zu kommunizieren. Wichtig ist ein gutes Einvernehmen zwischen Wissensträger und Nachfrager. Dieser Beziehungsaspekt wird bei den Privatkliniken möglicherweise mehr gepflegt als bei den öffentlichen Spitälern. Dies wurde in der Studie nicht explizit erhoben, wurde aber dennoch in den Interviews thematisiert, indem informelle Gespräche in einer Klinik oft auch bei einem Glas Wein stattfinden oder bei einem Essen.

Die Mehrheit der Befragten gibt zu Protokoll, dass die Bedeutung von Competitive Intelligence in ihrem Unternehmen in den nächsten Jahren zunehmen wird. Dies wird mit dem Wunsch nach Information zu Competitive Intelligence noch verstärkt. Möglicherweise werden die Spitäler die gesammelten Informationen nicht mehr klassisch in Ordnern oder Schachteln aufbewahren, sondern der Rat von Zuckermann „Insist on development of a competitive intelligence database system“ umgesetzt (Zuckerman, 2007).

Bezüglich der aktuellen Auseinandersetzung mit Competitive Intelligence in der Literatur⁴² kann festgehalten werden, dass Frankreich und auch die USA als Herkunftsland führend sind, und die Competitive-Intelligence-Thematik bereits tiefer in die Verwaltungsstruktur integriert haben. Das zeigt sich nicht nur in der Literaturmenge zu diesem Thema sondern auch daran, dass in diesen Ländern an den Hochschulen Studienangebote dazu existieren.

Weil Michael Porter in dieser Arbeit etliche Male erwähnt wird und gar als Vater von Competitive Intelligence gilt (Lux / Peske, 2002, S. 24) scheint es sinnvoll, erst recht im Zusammenhang mit diesem Thema, seine neuen Thesen, die er im Buch "Redefining Health Care" beschreibt, noch kurz zu präsentieren. „Throughout the economy, competition among privat-sector rivals is the most powerful force yet discovered...“ but „...competition is failing in health care because it is the wrong kind of competition“ (Porter / Teisberg, 2006, Preface). Ziel der Gesundheitspolitik soll nicht der weitere Ausbau sein, sondern die Gesundheit selbst. „Health care competition must be transformed to a value-based competition on results“ (Porter / Teisberg, 2006, S. 97). Das amerikanische Gesundheitssystem funktioniert anders als das schweizerische, dennoch sind seine Gedanken interessant und können teilweise auch auf die Schweiz angewendet werden.

⁴² Vgl. Smith/Koussou, 2008, S. 70ff.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

Alby, Tom (2008): Web 2.0. Konzepte, Anwendungen, Technologien, 3., überarb. Aufl., München: Hanser.

Arnet, Beat (2007): E-Health. In: Kocher, Gerhard; Oggier, Willy (Hrsg.); Gesundheitswesen Schweiz. 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Aufl. S. 37-45. Bern: Huber.

Atteslander, Peter (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. 10., neu bearb. und erw. Aufl., Berlin: Walter de Gruyter GmbH.

Bégin, Lucie / Deschamps, Jacqueline / Madinier, Hélène (2007): Une approche interdisciplinaire de l'intelligence économique. URL: Zugriff am 14.07.2008 unter http://www.hesge.ch/heg/crag/doc/pub_wp_HM_01112007.pdf.

Bégin, Lucie / Deschamps, Jacqueline / Madinier, Hélène (2008): Intelligence économique et veille stratégique dans les PME de Suisse romande: leçons tirées d'une recherche-action. URL: Zugriff am 14.07.2008 unter http://www.hesge.ch/heg/crag/doc/pub_hm_pp_27032008.pdf.

Biersack, Ortrud (2005): Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz. Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen. Berlin: Verlag im Internet.

Blum, Kurt (2008): Ab sofort wohnortsnahe Dialyse. In: Aargauer Zeitung. 06.08.2008.

Brody, Roberta (2008): Issues in Defining Competitive Intelligence. An Exploration. Journal of Competitive Intelligence and Management, 4 (3), S. 3-15. URL: Zugriff am 13.07.2008 unter <http://www.scip.org/publications/JCIMCurrentIssue.cfm?navItemNumber=530>.

Büchi, M; Bachmann, L.M.; Fischer, J.E.; Peltenburg, M.; Steurer, J. (2000): Alle Macht den Patienten? Schweizerische Ärztezeitung, 81 (49), S. 2776-2780.

Bundesamt für Statistik (2006) URL: Zugriff am 08.08.2008 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/key/01.html>.

Caraça, Joao et al. (1997): Grenzen des Wettbewerbs. Die Globalisierung der Wirtschaft und die Zukunft der Menschheit. München: Luchterhand.

Comparis Internet-Vergleichsdienst (2008) URL: Zugriff am 08.08.2008

unter <http://www.comparis.ch>.

Deschamps, Jacqueline (2008): Mail vom 10.04.2008 zum Thema l'intelligence économique.

Douglas, Bernhardt (2003): Competitive Intelligence. Acquiring and using corporate intelligence and counter-intelligence. FT Prentice Hall, (Nov), S. 1-109.

Eichenberger, Thomas (1995): Die Rechtsstellung des Arztes am öffentlichen Spital. Bern: Haupt.

Erdwien, Birgitt (2005): Kommunikationsstrukturen in der Arzt-Patient- und Pflege-Patient-Beziehung im Krankenhaus. Berlin: Dissertation.de.

Freibichler, Wolfgang (2006): Competitive Manufacturing Intelligence. Systematische Wettbewerbsanalyse zur Entscheidungsunterstützung im strategischen Produktionsmanagement der Automobilindustrie. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Fritz, Melanie (2005): Markt- und Wettbewerbsbeobachtung für Unternehmensnetzwerke. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Gluchowski, Peter / Gabriel, Roland / Dittmar, Carsten (2008): Management Support Systeme und Business Intelligence. Computergestützte Informationssysteme für Fach- und Führungskräfte. 2. vollst. überarb. Aufl., Berlin: Springer.

Goetz, Ulrich (2007): Fremdgehen ist noch nicht „in“. Schwarzwaldkliniken werben noch ohne grossen Erfolg um Schweizer Patienten. In: Basler Zeitung. 12.06.2007.

H+ Verband für Schweizer Spitäler (2008) URL: Zugriff am 08.08.2008 unter: http://www.hplus.ch/de/servicenav/aktuell_medien/medienkonferenzen/archiv/medienkonferenz_spitalqualitaet_wird_oeffentlich_2008.

Hipokrates (Version 29. Juli 2008) In: Wikipedia. URL: Zugriff am 30.07.2008 unter http://de.wikipedia.org/wiki/Eid_des_Hippokrates.

Hirslanden (2008) URL: Zugriff am 08.08.2008 unter <http://www.hirslanden.ch>.

Infonlinemed (2008) URL: Zugriff am 10.08.2008 unter: http://www.infonlinemed.ch/infonlinemed_08/index.cfm?cfid=8409851&cftoken=99995213

&navi=artDetail&callerNavi=allTopics&artikel_id=79714&changeLang=1&key=D086DFF9566DC58AD4E9A0AEBB832B10.

Jaeger, Franz (2004): Die Rolle und Bedeutung der Privatkliniken im schweizerischen Gesundheitswesen. St. Gallen: Forschungsinstitut für Empirische Ökonomie und Wirtschaftspolitik. Universität St. Gallen.

Kahaner, Larry, (1996): Competitive Intelligence. New York: Simon & Schuster.

Kemper, Hans-Georg / Baars, Henning (2006): Business Intelligence und Competitive Intelligence. (IT-basierte managementunterstützung und markt-/wettbewerbsorientierte Anwendungen. In: HMD – Praxis der Wirtschaftsinformatik, 247. Stuttgart: Dpunkt.

Kliniksterben (2008) URL: Zugriff am 08.08.2008 unter <http://www.kliniksterben.de>.

Kocher, Gerhard (2007): Kompetenz – und Aufgabenteilung Bund–Kantone–Gemeinden. In: Kocher, Gerhard; Oggier, Willy (Hrsg.); Gesundheitswesen Schweiz. 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Aufl. S. 109-118. Bern: Huber.

Krankenhaus (09.08.2008) In: Wikipedia. URL: Zugriff am 10.08.2008 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhaus>.

Publikation Krankenhausstatistik (2006) URL: Zugriff am 10.08.2008 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen>. Document.104643.pdf.

Lux, Christian / Peske, Thorsten (2002): Competitive Intelligence und Wirtschaftsspionage. Analyse, Praxis, Strategie. Wiesbaden: Gabler.

Michaeli, Rainer (2006): Competitive Intelligence. Strategische Wettbewerbsvorteile erzielen durch systematische Konkurrenz-, Markt- und Technologieanalysen. Heidelberg: Springer.

Morra, Francesco (1996): Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement. Bern: Haupt.

Neugarten, Michael Louis (2007): Noticing noticing: the role of noticing in the praxis of Competitive Intelligence. Bamberg: Difo-Druck.

Oggier, Willy (2007): Internationale Vergleiche. In: Kocher, Gerhard; Oggier, Willy (Hrsg.); Gesundheitswesen Schweiz. 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Aufl. S. 81-92. Bern: Huber.

Pfaff, Dietmar (2005): Competitive Intelligence in der Praxis. Frankfurt: Campus.

Klett Sprachen (2007): Pons Wörterbuch Englisch-Deutsch 2., neu bearb. Aufl., Stuttgart: Klett.

Porst, Rolf (2008): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Porter, Michael E.; Theisberg Elizabeth O. (2006): Redefining Health Care. Boston: Harvard Business School Press.

Porter, Michael E. (1999): Wettbewerbsstrategie. Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten. 10., durchgesehene und erw. Aufl., Frankfurt: Campus.

Pschyrembel (1997): Klinisches Wörterbuch. 254. Aufl., Berlin: Walter de Gruyter.

Reichlin, Serge (2008): Paradigmenwechsel im Schweizer Gesundheitswesen. Schweizerische Ärztezeitung, 89 (17), S. 757-761.

Revelli, Carlo (1998): Intelligence stratégique sur internet. Comment développer efficacement des activités de veille et de recherche sur les réseaux. Paris: Dunod.

Riekert, Wolf-Fritz (2001): Eine Dokumentvorlage für Diplomarbeiten und andere wissenschaftliche Arbeiten. Unveröffentlicht, Hochschule der Medien (HdM) Stuttgart.

Romppel, Andreas (2006): Competitive Intelligence. Konkurrenzanalyse als Navigationssystem im Wettbewerb. Berlin: Cornelsen.

Rossig, Wolfram E. / Prättsch, Joachim (2002): Wissenschaftliche Arbeiten : ein Leitfaden für Haus-, Seminar-, Examens- und Diplomarbeiten sowie Präsentationen – mit PC- und Internet Nutzung. Bremen: Wolfdruck.

RSS (Version 18.07.2008) In: Wikipedia. URL: Zugriff am 02.08.2008 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/RSS>.

Saladin, Peter; Wegmüller, Bernhard; Gillioz, Anne; Bienlein, Martin: Spitäler. In: Kocher, Gerhard; Oggier, Willy (Hrsg.); Gesundheitswesen Schweiz. 2007 – 2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Aufl. S. 333-351. Bern: Huber.

Santésuisse: Tarmed (2003) Start Tarmed im Krankenversicherungsbereich. URL: Zugriff am 28.06.2008 unter <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200312101520342.pdf>.

Schätti, Guido (2008): Schweizer Spitäler drängen ins Ausland. Cash daily. 13.05.2008. Abgerufen am 10.08.2008, aus Infonlinemed Brokerdienst.

Schmid, Margrit (2003): Der Patient der Zukunft: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Umbruch. Schweizerische Ärztezeitung, 84 (41), S. 2133–2135.

Society of Competitive Intelligence Professionals (SCIP) URL: Zugriff am 11.08.2008 unter <http://www.scip.org>.

Schumacher, Erika (2006): Öffentliche Spitäler und ihre Rechtsformen: Übersicht. Competence, 70 (7-8), S. 7-10.

Smith, Jamie / Kossou, Leila (2008): The Emergence and Uniqueness of Competitive Intelligence in France. Journal of Competitive Intelligence and Management, 4 (3) S. 63-85. URL: Zugriff am 17.07.2008 unter <http://www.scip.org/publications/JCIMCurrentIssue.cfm>.

Steffen, Petra (2004): Weiche Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. In: Holger Pfaff et al. (Hrsg.); Patientenzufriedenheit als Zielgrösse für das strategische Krankenhausmanagement. S. 85-108. Bern: Huber.

Suter, Peter; de Haller, Jacques; Täuber, Martin, Gassmann, Barbara (2006): Zukünftiger Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung, 87 (17), S. 713-714.

Swiss Leading Hospitals (2008) URL: Zugriff am 08.08.2008 unter <http://swissleadinghospitals.ch>.

Thissen, Frank (1998): Arbeits-, Lern- und Präsentationstechniken. Unveröffentlichtes Manuskript, Hochschule der Medien (HdM) Stuttgart.

WHO. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation: URL: Zugriff am 28.06.2008 unter <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>.

Von Arx, Widar / Rüegg-Stürm, Johannes (2007): Spitäler im Umbruch–Ansatzpunkte für eine gelingende Weiterentwicklung. Schweizerische Ärztezeitung, 88 (27/28), S. 1214-1219.

Zuckerman, Alan M. (2007): Competitive Strategy a new era. In: Healthcare Financial Management. Aus Datenbank ABI/Inform. Abgerufen am 24.06.2008.

Anhang

Glossar⁴³

Belegarzt

Ein Belegarzt ist ein niedergelassener Arzt, der einige Betten in einem Krankenhaus mit seinen Patienten belegen kann.

Chefarzt

Ein Chefarzt ist ein Arzt in verantwortlich leitender Funktion, in der Regel in einem Krankenhaus. Er ist verantwortlich für die medizinischen und strukturellen Abläufe in seiner Abteilung. Im Weiteren soll er die Tätigkeit der Oberärzte überwachen und mit ihnen zusammen die in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzte bei ihrer Arbeit anleiten.

E-Health

Unter E-Health versteht man ganz allgemein elektronische Austauschbeziehungen zwischen zwei und mehr Parteien im Gesundheitswesen. Alternativ kann der Begriff Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitsbereich verwendet werden.

Gatekeeper

Der Gatekeeper ist ein Arzt (Allgemeinpraktiker), an den sich der Patient immer zuerst wenden muss und der ihn dann nötigenfalls an einen Spezialisten oder einen anderen Leistungserbringer weiterleitet.

HMO (Health Maintenance Organization)

Eine Gruppenpraxis, deren Ärzte mit einer MCO Managed-Care-Vertrag abgeschlossen haben, um die Behandlung einer vorbestimmten Gruppe von Versicherern zu übernehmen. Die Ärzte üben ein Gatekeeping aus und sind entweder Angestellte der MCO oder Eigentümer ihrer HMO.

Klinik

Einerseits wird der Begriff Klinik als Synonym zum Wort Spital oder Krankenhaus gebraucht, andererseits kann eine Klinik auch eine Abteilung/Departement im Spital sein wie beispielsweise die Medizin oder Chirurgie.

KVG (Krankenversicherungsgesetz)

Seit 1996 in Kraft. Gilt als wichtigstes Gesetz im Schweizer Gesundheitswesen. Es regelt direkt oder indirekt zahllose Bereiche im Gesundheitssystem.

⁴³ Die Begriffsdefinitionen beziehen sich auf deren Anwendung in der Schweiz. Bei weiterführenden Fragen und Unklarheiten verweise ich auf das sehr umfangreiche Portal von H+, das über folgenden Link erreichbar ist. URL: <http://www.hplus.ch/> (zuletzt besucht am 04.08.2008).

Leistungserbringer

Leistungserbringer sind alle, die Leistungen für die Versicherten der Krankenkassen erbringen. Das sind Ärzte, Apotheken, freischaffende Hebammen, Physiotherapeuten und unter anderem auch Spitäler.

Spitalleitung

Die klassische Form ist das sogenannte Dreibein, das sich aus der Direktion, ärztliche Leitung und Pflegedienstleitung zusammensetzt.

TarMed

Mit Tarmed (tarif médical) ist der Tarif für ambulante ärztliche Leistungen, in Arztpraxen und in Spitälern der Schweiz gemeint.

Telemedizin

Telemedizin dient der Überbrückung einer örtlichen und/oder zeitlichen Distanz zwischen Arzt und Patient.

Interviewleitfaden**Frage 1**

Kennzahlen zu Ihrer Organisation (Betten, Mitarbeiter, Patientenzahl)

Chiffres sur votre hôpital (nombre de lits, nombre de collaborateurs, nombre de patients par an)

Frage 2

Betreibt Ihr Spital Konkurrenzbeobachtung oder Marktanalyse?

Est-ce que votre hôpital pratique une stratégie de veille pour observer les marchés et la concurrence?

Frage 3

Betreibt Ihr Spital *systematisch* Konkurrenzbeobachtung?

Est-ce que votre hôpital pratique systématiquement une stratégie de veille pour observer les marchés?

Frage 4

Betreibt Ihr Spital *systematisch* Marktanalyse?

Est-ce que votre hôpital pratique systématiquement une stratégie de veille pour observer la concurrence?

Frage 5

Wer ist in Ihrem Unternehmen für Konkurrenzbeobachtung und/oder Marktanalyse hauptsächlich zuständig? (Spitalleitung, Direktor, CEO, Chef-ärzte, Kommunikationsabteilung, Marketingabteilung, Klinikmanager, andere Anmerkungen)

Qui est principalement responsable de la stratégie de veille pour les études des marchés et l'observation de la concurrence? (direction de l'hôpital, directeur, CEO, médecin-chef, service de communication, département marketing, chef administratif, autres)

Frage 6

Welche Quellen benutzen Sie für die genannten Erhebungen? (*Primärquellen:* Patientenfeedback, Kongresse, Persönliche Beobachtung, gezielte Befragungen (Human Intelligence: z.B. von Chefärzten, Pflegepersonal) Lieferanten, Erfahrungsaustausch mit Wettbewerbern; *Sekundärquellen:* Internet, Weblogs, Foren, Infobrokerdienste (z.B. Infonlinemed), Verbände, Behörden, Broschüren, Zeitungen oder Zeitschriften kostenpflichtige online Datenbanken, andere Anmerkungen bitte ausführen)

Quelles sources utilisez-vous pour les enquêtes précitées? (*Des sources primaires:* réactions de patients, congrès, observations personnelles, communications de collaborateurs (Human Intelligence), fournisseurs, échanges, visites d'autres hôpitaux; *des sources secondaires:* internet, blog, forums, brokers (par ex. Infonlinemed), associations, instances officielles professionnelles, brochures, presse, périodiques, bases de données payantes, autres... merci de développer)

Frage 7

Wie haben Sie die gesammelten Informationen intern organisiert und dokumentiert? (zentral und digital abgelegt (Datenbank), auf dem eigenen Rechner digital, klassisch, in Ordnern oder Schachteln (Papierform), unsystematisch, auf diversen Abteilungen verteilt, andere Anmerkungen, bitte ausführen)

Comment archivez-vous, organisez-vous et présentez-vous les données collectées de manière interne? (archivage électronique (par ex. base de données) seulement pour vous-même, archivage électronique (par ex. base de données) accessible par d'autres personnes, archivage traditionnel (sous forme papier), dans des classeurs ou des boîtes, pas de système particulier, archivage disséminé dans plusieurs services de votre hôpital, autres... merci de développer)

Frage 8

Wie entstehen in Ihrem Spital neue Dienstleistungen oder Angebote?

(Patientenrückmeldungen, innovative Klinikvorsteher, gute Erfahrungen aus anderen Spitälern werden übernommen, andere Anmerkungen, bitte ausführen)

Comment se créent dans votre hôpital des nouveaux services ou de nouvelles offres? (réactions de patients, chefs de clinique innovants, bonnes expériences d'autres hôpitaux sont adoptées, autres...merci de développer)

Frage 9

Welche Informationsbedürfnisse hat Ihr Unternehmen? (Informationen zu schweizerischen Klinikniederlassungen im Ausland, Gerichtsentscheide bei ärztlichen Kunstfehlern, Datenschutz für Patienten, E-Health, KVG Vertragszwang, Telemedizin, Transplantationsmedizin, Behandlungen im Ausland, Spitzenmedizin, Swiss DRG, Fallpauschalen, TarMed, Politische Debatten („Ja zur Komplementärmedizin“, „Ärztestopp“, „Gesundheitsartikel“, andere Anmerkungen, bitte ausführen)

Quelles sortes d'informations sont importantes pour votre hôpital? (informations sur l'expansion d'hôpitaux suisses à l'étranger, informations juridiques (par ex. sur les fautes médicales professionnelles, e-santé, loi fédérale sur l'assurance-maladie et obligation de contracter, télémédecine, médecine de la transplantation, traitement à l'étranger, médecine de pointe, SwissDRG (Diagnosis Related Group – forfaits par cas), tarmed, débats politiques (médecine complémentaire, gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, article sur la santé, autres... merci de développer)

Frage 10

Wo führte ein Informationsmanko zu Schaden?

Quels dommages pourraient causer un manque d'informations dans votre hôpital?

Frage 11

Welche Massnahmen trifft Ihr Spital zur Sicherung von Informationen? (Absicherung der Rechnernetze, nur Standardsoftware im Einsatz, keine eigenen Softwareprodukte, Weisungen für die Mitarbeiter, andere Anmerkungen, bitte ausführen)

Quelles mesures prenez-vous pour protéger vos propres informations? (protection de vos réseaux informatiques, utilisation de logiciels informatiques standards, directives pour vos employés de l'hôpital, autres... merci de développer)

Frage 12

Wird Competitive Intelligence in den nächsten Jahren in Ihrem Unternehmen an Bedeutung gewinnen?

Est-ce que l'intelligence économique pourrait gagner de l'importance dans votre hôpital dans les prochaines années?

Frage 13

Möchten Sie zukünftig von der HTW Chur (Hochschule für Technik und Wirtschaft) über Entwicklungen im Bereich „Competitive Intelligence“ informiert werden? (Ja, ja, aber nur wenn es die Schweiz betrifft, ja, aber nur wenn es Spitäler betrifft, nein)

Aimeriez-vous recevoir à l'avenir des informations sur le sujet de l'intelligence économique de la HTW Chur (Hochschule für Technik und Wirtschaft)? (Oui, oui, mais seulement si cela concerne la Suisse, oui, mais seulement si cela concerne les hôpitaux, non merci)

Bisher erschienene Schriften

Ergebnisse von Forschungsprojekten erscheinen jeweils in Form von Arbeitsberichten in Reihen.
Sonstige Publikationen erscheinen in Form von alleinstehenden Schriften.

Derzeit gibt es in den Churer Schriften zur Informationswissenschaft folgende Reihen:
Reihe Berufsmarktforschung

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 1
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Reihe Berufsmarktforschung – Arbeitsbericht 1:
Josef Herget
Thomas Seeger
Zum Stand der Berufsmarktforschung in der Informationswissenschaft
in deutschsprachigen Ländern
Chur, 2007 (im Druck)
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 2
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Reihe Berufsmarktforschung – Arbeitsbericht 2:
Josef Herget
Norbert Lang
Berufsmarktforschung in Archiv, Bibliothek, Dokumentation
und in der Informationswirtschaft: Methodisches Konzept
Chur, 2007 (im Druck)
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 3
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Reihe Berufsmarktforschung – Arbeitsbericht 3:
Josef Herget
Norbert Lang
Gegenwärtige und zukünftige Arbeitsfelder für Informationsspezialisten
in privatwirtschaftlichen Unternehmen und öffentlich-rechtlichen Institutionen
Chur, 2004
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 4
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Sonja Hierl
Die Eignung des Einsatzes von Topic Maps für e-Learning
Vorgehensmodell und Konzeption einer e-Learning-Einheit unter Verwendung von Topic Maps
Chur, 2005
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 5
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Nina Braschler
Realisierungsmöglichkeiten einer Zertifizierungsstelle für digitale Zertifikate in der Schweiz
Chur, 2005
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 6
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Reihe Berufsmarktforschung – Arbeitsbericht 4:
Ivo Macek
Urs Naegeli
Postgraduiertenausbildung in der Informationswissenschaft in der Schweiz:
Konzept – Evaluation – Perspektiven
Chur, 2005
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 7
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Caroline Ruosch
Die Fraktale Bibliothek:
Diskussion und Umsetzung des Konzepts in der deutschsprachigen Schweiz.
Chur, 2005
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 8
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Esther Bättig
Information Literacy an Hochschulen
Entwicklungen in den USA, in Deutschland und der Schweiz
Chur, 2005
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 9
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Franziska Höfliger
Konzept zur Schaffung einer Integrationsbibliothek in der Pestalozzi-Bibliothek Zürich
Chur, 2005
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 10
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Myriam Kamphues
Geoinformationen der Schweiz im Internet:
Beurteilung von Benutzeroberflächen und Abfrageoptionen für Endnutzer
Chur, 2006
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 11
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Luigi Ciullo
Stand von Records Management in der chemisch-pharmazeutischen Branche
Chur, 2006
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 12
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Martin Braschler, Josef Herget, Joachim Pfister, Peter Schäuble, Markus Steinbach, Jürg Stuker
Evaluation der Suchfunktion von Schweizer Unternehmens-Websites
Chur, 2006
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 13
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Adina Lieske
Bibliotheksspezifische Marketingstrategien zur Gewinnung von Nutzergruppen:
Die Winterthurer Bibliotheken
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 14
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Christina Bieber, Josef Herget
Stand der Digitalisierung im Museumsbereich in der Schweiz
Internationale Referenzprojekte und Handlungsempfehlungen
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 15
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Sabina Löhner
Kataloganreicherung in Hochschulbibliotheken
State of the Art Überblick und Aussichten für die Schweiz
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 16
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Heidi Stieger
Fachblogs von und für BibliothekarInnen – Nutzen, Tendenzen
Mit Fokus auf den deutschsprachigen Raum
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 17
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Nadja Kehl
Aggregation und visuelle Aufbereitung von Unternehmensstrategien
mithilfe von Recherche-Codes
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 18
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Rafaela Pichler
Annäherung an die Bildsprache – Ontologien als Hilfsmittel für Bilderschliessung
und Bildrecherche in Kunstbilddatenbanken
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 19
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Jürgen Büchel
Identifikation von Marktnischen – Die Eignung verschiedener Informationsquellen
zur Auffindung von Marktnischen
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 20
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Andreas Eisenring
Trends im Bereich der Bibliothekssoftware
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 21
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Lilian Brändli
Gesucht – gefunden? Optimierung der Informationssuche von Studierenden
in wissenschaftlichen Bibliotheken
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 22
Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl
Beatrice Bürgi
Open Access an Schweizer Hochschulen – Ein praxisorientierter Massnahmenkatalog für
Hochschulbibliotheken zur Planung und Errichtung von Institutional Repositories
Chur, 2007
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 23

Herausgegeben von Josef Herget und Sonja Hierl

Darja Dimitrijewitsch, Cécile Schneeberger

Optimierung der Usability des Webauftritts

der Stadt- und Universitätsbibliothek Bern

Chur, 2007

ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 24

Herausgegeben von Nadja Böller, Josef Herget und Sonja Hierl

Brigitte Brüderlin

Stakeholder-Beziehungen als Basis einer Angebotsoptimierung

Chur, 2008

ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 25

Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann

Jonas Rebmann

Web 2.0 im Tourismus, Soziale Webanwendungen im Bereich der Destinationen

Chur, 2008

ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 26

Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann

Isabelle Walther

Idea Stores, ein erfolgreiches Bibliothekskonzept aus England – auf für die Schweiz?

Chur, 2008

ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 27, im Druck

Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann

Scherer Auberson Kirsten

Evaluation von Informationskompetenz: Lässt sich ein Informationskompetenzzuwachs messen?

Eine systematische Evaluation von Messverfahren

Chur, 2009

ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 28

Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann

Nadine Wallaschek

Datensicherung in Bibliotheksverbänden.

Empfehlungen für die Entwicklung von Sicherheits- und Datensicherungskonzepten

in Bibliotheksverbänden

Chur, 2009

ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 29

Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann

Laura Tobler

Recherchestrategien im Internet

Systematische Vorgehensweisen bei der Suche im Internet

dargestellt anhand ausgewählter Fallstudien

Chur, 2009

ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 30

Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann

Bibliotheken und Dokumentationszentren als Unternehmen:

Antworten von Bibliotheken und Dokumentationszentren

auf die Herausforderungen der digitalen Gesellschaft

Chur, 2009

ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 31
Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann
Karin Garbely, Marita Kieser
Mystery Shopping als Bewertungsmethode der Dienstleistungsqualität
von wissenschaftlichen Bibliotheken
Chur, 2009
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 32
Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann
Tristan Triponez
E-Mail Records Management
Die Aufbewahrung von E-Mails in Schweizer Organisationen als technische,
rechtliche und organisatorische Herausforderung
Chur, 2009
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 33
Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Urs Dahinden, Sonja Hierl
und Hans-Dieter Zimmermann
Die Lernende Bibliothek 2009
Aktuelle Herausforderungen für die Bibliothek und ihre Partner im Prozess
des wissenschaftlichen Arbeitens
Chur, 2009
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 34
Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann
Rene Frei
Die Informationswissenschaft aus Sicht des Radikalen Konstruktivismus
Chur, 2009
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 35
Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Hans-Dieter Zimmermann
Lydia Bauer, Nadja Böller, Sonja Hierl
DIAMOND Didactical Approach for Multiple Competence Development
Chur, 2009
ISSN 1660-945X

Churer Schriften zur Informationswissenschaft – Schrift 36
Herausgegeben von Robert Barth, Nadja Böller, Sonja Hierl und Wolfgang Semar
Michaela Spiess
Einsatz von Competitive Intelligence in Schweizer Spitäler
Chur, 2009
ISSN 1660-945X

Über die Informationswissenschaft der HTW Chur

Die Informationswissenschaft ist in der Schweiz noch ein junger Lehr- und Forschungsbereich. International weist diese Disziplin aber vor allem im anglo-amerikanischen Bereich eine jahrzehntelange Tradition auf. Die klassischen Bezeichnungen dort sind Information Science, Library Science oder Information Studies. Die Grundfragestellung der Informationswissenschaft liegt in der Betrachtung der Rolle und des Umgangs mit Information in allen ihren Ausprägungen und Medien sowohl in Wirtschaft und Gesellschaft. Die Informationswissenschaft wird in Chur integriert betrachtet.

Diese Sicht umfasst die Teildisziplinen Bibliothekswissenschaft, Archivwissenschaft und Dokumentationswissenschaft. Auch neue Entwicklungen im Bereich Medienwirtschaft und Informationsmanagement werden gezielt aufgegriffen und im Lehr- und Forschungsprogramm berücksichtigt.

Der Studiengang Informationswissenschaft wird seit 1998 als Vollzeitstudiengang in Chur angeboten und seit 2002 als Teilzeit-Studiengang in Zürich. Künftig wird ein berufsbegleitender Masterstudiengang das Lehrangebot abrunden.

Der Arbeitsbereich Informationswissenschaft vereinigt Cluster von Forschungs-, Entwicklungs- und Dienstleistungspotentialen in unterschiedlichen Kompetenzzentren:

- Information Management & Competitive Intelligence
- Records Management
- Library Consulting
- Information Laboratory

Diese Kompetenzzentren werden im **Swiss Institute for Information Research** zusammengefasst.

IMPRESSUM

Verlag & Anschrift

Arbeitsbereich Informationswissenschaft

HTW - Hochschule für Technik und Wirtschaft
University of Applied Sciences
Ringstrasse 37
CH-7000 Chur
www.informationswissenschaft.ch
www.htwchur.ch

ISSN 1660-945X

Institutsleitung

Prof. Dr. Niklaus Stettler
Telefon: +41 81 286 24 61

Email: niklaus.stettler@htwchur.ch

Sekretariat

Telefon : +41 81 286 24 24
Fax : +41 81 286 24 00
Email: clarita.decurtins@htwchur.ch
