

**Kohlhammer**



Volker E. Amelung, Jörg Sydow und  
Arnold Windeler (Hrsg.)

# **Vernetzung im Gesundheitswesen**

**Wettbewerb und Kooperation**

Verlag W. Kohlhammer

Alle Rechte vorbehalten

© 2008 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN: 978-3-17-019910-1

# Inhaltsverzeichnis

## Einleitung

<i>Volker E. Amelung, Jörg Sydow und Arnold Windeler</i> Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation . . . . .	9
---	---

## 1. Grundprobleme der Vernetzung

<i>Cornelius Schubert und Werner Vogd</i> Die Organisation der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie . . . . .	25
---	----

<i>Philipp Hessinger</i> Soziale Konstruktion von Märkten und integrierte Versorgung – Rationalitätskonflikte in der aktuellen Reorganisation des Gesundheitswesens. . . . .	51
---	----

<i>Holger Pfaff, Christoph Kowalski und Oliver Ommen</i> Modelle zur Analyse von Integration und Koordination im Versorgungssystem . . . . .	75
--	----

## 2. Institutioneller und informationstechnologischer Rahmen

<i>Stefan Greß und Klaus Stegmüller</i> Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte – Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklung . . . . .	91
---	----

<i>Nils Hellrung, Reinhold Haux, Hans-Jürgen Apperath und Wilfried Thoben</i> Informationsmanagement für vernetzte Versorgungsstrukturen . . . . .	103
---	-----

<i>Peter Conrad und Raimund Geene</i> Politikantizipation durch Netzwerkbildung? – Zur Innovationsfähigkeit in der Gesundheitspolitik am Beispiel der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten . . . . .	117
--	-----

<i>Claudia Diederichs und Friedrich Wilhelm Schwartz</i> Vernetzung in der Prävention auf dem Weg zu einer »Public Health Policy« . . . . .	137
---	-----

<i>Johannes Schoder und Peter Zweifel</i> Managed-Care-Konzepte und Lösungsansätze – Ein internationaler Vergleich aus schweizerischer Sicht .....	149
--	-----

### 3. Praxis intraorganisationaler Netzwerke

<i>Christof Schmitz und Peter Berchtold</i> Managing Professionals – Führung im Krankenhaus .....	167
<i>Johannes Rüegg-Stürm, Harald Tuckermann, Silke Bucher, Jürgen Merz und Widar von Arx</i> Management komplexer Wertschöpfungsprozesse im Gesundheitswesen: Vernetzung beginnt in der Organisation .....	181
<i>Jonas Schreyögg</i> Mobilisierung von Netzwerkressourcen in einem vertikal integrierten Gesundheitsnetzwerk – Das Beispiel der US-Veteran Health Administration .....	211

### 4. Neue Formen interorganisationaler Vernetzung

<i>Achim Siegel, Ulrich Stößel, Detlev Geßner, Franziska Beckebans, Helmut Hildebrandt, Christopher Hermann, Alf Trojan und Holger Pfaff</i> Kooperation und Wettbewerb im integrierten Versorgungssystem »Gesundes Kinzigtal« .....	223
<i>Rainer Zeichhardt und Hanswerner Voss</i> Integrierte Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld von Hierarchie, Kooperation und Wettbewerb – Der Netzwerkfall UGOM. ....	237
<i>Ulrike Burkhardt, Stephan Burla und Stefan Osswald</i> Kooperation in ambivalenten Strukturen – Ein kardiologisches Netzwerk in der Schweiz .....	261
<i>Ansgar Klemann</i> Erfolgsfaktoren von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen .....	275
<i>Kurt Promberger und Felix Piazzolo</i> Franchising zur Sicherstellung effektiver Leistungserbringung im Gesundheitswesen .....	297

### 5. Zur Rolle einzelner Netzwerkakteure

<i>Ingo Bode</i> Multiple Vernetzung und disorganisierte Governance – Krankenkassen als Fokalakteure eines vermarktlichten Gesundheitswesens? .....	311
---	-----

*Andreas Kottmeier, Wolfgang Reuter und Britta Biendara*  
 Die DKV Deutsche Krankenversicherung AG als Gestalter  
 von vernetzten Versorgungsstrukturen ..... 325

*Barbara Erbe, Christel Lauer und Sigrid Lange*  
 Compliance Assistenten im Gesundheitswesen –  
 Therapietreue von Patienten verbessern ..... 335

*Benjamin I. Behar und Reinhard Wichels*  
 Einweisermanagement in Gesundheitsnetzwerken –  
 Ein schmaler Grat zwischen Kooperation und Wettbewerb..... 349

*Joachim Kartte und Oliver Rong*  
 Chancen für Universitätsklinika durch Vernetzung mit  
 Leistungserbringern und industriellen Partnern ..... 359

*Lars Schweizer und Barbara Bernhard*  
 Strategische Optionen öffentlicher Krankenhäuser zwischen  
 Markt und Hierarchie – Eine empirische Studie ..... 369

*John N. Weatherly*  
 Berufsfeldübergreifende Kooperationen im Gesundheitswesen –  
 Das Beispiel eines psychiatrischen Medizinischen Versorgungszentrums  
 (MVZ) ..... 385

*Konstantin Beck*  
 Kritische Erfolgsfaktoren der Entwicklung von Health Maintenance  
 Organization (HMO) und Hausarztmodellen in der Schweiz –  
 Ein systematisierter Erfahrungsbericht ..... 399

**Autorenverzeichnis ..... 417**



## **Managing Professionals – Führung im Krankenhaus<sup>30</sup>**

### **Zusammenfassung**

Der Beitrag berichtet von einem Forschungsprojekt, das die Führungsverständnisse von deutschschweizer Spitalmanagern und Chefärzten erfragte. Die unterschiedlichen Verständnisse der beiden Berufsgruppen bezüglich Führung verdeutlichen die Differenz in der Kultur zweier wichtiger Subsysteme von Spitälern. Diese ist aufschlussreich, wenn es um Vernetzung geht, denn Vernetzung ist immer auch mit der Überbrückung kultureller Vielfalt beschäftigt. Eine Nicht-Beachtung oder zu geringe Sorgfalt an dieser Stelle kann sich leicht mit dem Scheitern von Vernetzungsinitiativen rächen.

### **1 Einführung**

Die europäischen Gesundheitswesen stehen vor vielfältigen Herausforderungen: die medizinische Entwicklung generiert immer neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, die demografische Entwicklung steigert die Komplexität der Krankheiten, Leistungsempfänger stellen höhere Ansprüche an Behandlung und Betreuung bzw. deren Qualität während zeitgleich Ressourcenverknappung und Kostendruck stetig zunehmen (z. B. Amelung/Schumacher 2004; Boos 2004; Juhasz 2004; Wiechmann 2003). Insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer, allen voran der Krankenhäuser, münden diese Herausforderungen in einen – gegenüber früher – steigenden Steuerungs- und Managementbedarf (Boos 2004). Dies will nicht heißen, dass früher nicht gesteuert und gemanagt wurde. Seit langem schon waren beispielsweise Leistungsvergütung administrierten Preisen, die Zulassung zu Medizin- und Gesundheitsberufen strikten (Standes-)Regeln oder Krankenhäuser der Aufsicht durch übergeordnete (meist kantonale) Gremien unterworfen. Diese traditionelle Steuerung im Gesundheitswesen bestand im Wesentlichen aus der Durchsetzung berufsständischer oder standespoliti-

---

30 Diese Studie ist in Zusammenarbeit mit Nada Endrissat und Werner R. Müller, Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel Abteilung 'Organisation, Führung und Personal', Rosshofgasse 2, CH-4051 Basel, durchgeführt worden.

scher Regeln und administrativer Kontrollen durch den Staat als Gesetzgeber und Finanzquelle bzw. durch die Versicherer. Die Steuerung von und in Versorgungseinrichtungen – ob Einzelpraxis oder Spitalinstitution – basierte in weiten Teilen auf Selbstorganisation: Das Leistungsprofil einer Klinik beispielsweise wurde stark durch das Kompetenzprofil und die Interessen des Chefarztes bestimmt. Wechselte der Chef, wechselte auch das Profil.

## 2 Mehr Steuerung und Management?

Der Ruf nach und die Ansprüche an Steuerung und Management haben aus den erwähnten Gründen in den letzten zwei Jahrzehnten auf allen Ebenen des Gesundheitssystems und insbesondere in Krankenhäusern drastisch zugenommen (z. B. Berchtold/Michel-Alder 2003; Schmitz 2004), so zum Beispiel:

- Prozesse werden optimiert und Kernprozesse vermehrt auf wissenschaftliche Basis gestellt (z. B. im Rahmen von Disease- oder Case-Management, Evidence-based Medicine),
- Professionelle werden auf explizite Qualitätsstandards verpflichtet (z. B. im Rahmen von Outcome-Messungen),
- Patientenbehandlung ist immer mehr eine komplexe interdisziplinäre Kooperationsaufgabe zwischen verschiedenen Fachspezialisten und Professionen),
- neue Organisationsformen und Führungsarchitekturen überlagern traditionelle Klinikstrukturen (z. B. organspezifische Departemente an Universitätskrankenhäusern, Spitalleitungen mit CEO),
- Preisschilder kleben nicht mehr an einzelnen Leistungen, sondern als Pauschalen an ganzen Behandlungsabläufen (z. B. DRG, Fallpauschalen) oder ganzen Organisationseinheiten (z. B. Globalbudgets),
- zunehmende Ressourcenknappheit schafft ethische Dilemmata am Krankenbett (z. B. implizite Rationierung).

Solche Veränderungen und Herausforderungen rütteln an den traditionellen Rollenverständnissen insbesondere der Mediziner. Sie erfahren diese Veränderungen als realen Kontrollverlust (Atun 2003) und sehen ihre Einflussosphäre als auch ihre (professionelle) Autonomie eingeschränkt (Vogd 2002; Davies/Harrison 2003). Nicht erstaunlich also, dass solche Entwicklungen in vielen Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen zu einer teils heftigen Ablehnung des Managements durch die Mediziner geführt haben (z. B. Doolin 2001; Edwards et al. 2002). Die weitere Ökonomisierung des medizinischen Kerngeschäfts – beispielsweise im Rahmen der DRG-Fallkostenvergütung – könnte diese Ablehnung noch erheblich zuspitzen.

Zusätzlich zu diesen Herausforderungen, die wesentlich die krankenhausinternen Einflussgeflechte betreffen, kommen noch die Vernetzungserfordernisse nach außen durch die Entstehung neuer Kooperationen (z. B. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern, neue Formen der Notfallversorgung durch Zusammenführen von regionalen

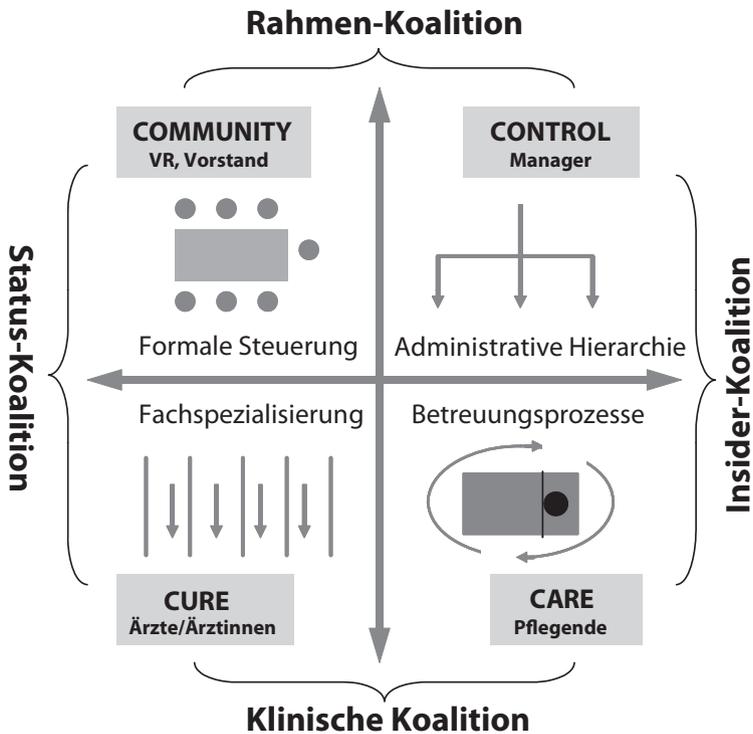
Notfalldiensten und stationären Notfallstationen etc.). Die Uneinheitlichkeit dieser Entwicklungen und ihre Wirkungen und Nebenwirkungen sorgen für gehörige Komplexität. Deren Missachtung kann sich mit der Erzeugung weiterer unbeabsichtigter aber umso folgenschwerer Nebenwirkungen rächen.

### 3 Bedeutung der Professionen

Zurück zum Krankenhaus: was steckt hinter diesem sich immer wieder einstellenden Antagonismus zwischen Medizin und Management, was hinter dem damit verbundenen Ringen um Einfluss und Macht. Davies et al. (2000) verweisen beispielsweise auf die professionskulturellen Unterschiede, die durch die (unterschiedliche) Sozialisation (während der Ausbildung) und später durch die berufliche Tätigkeit die Selbstverständnisse der Mediziner und Manager prägen. Krankenhäuser sind Organisationen, deren Kerngeschäft von Professionen bzw. Professionals (Mediziner, Pflege) betrieben wird. Professionals zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass sie hochspezialisiert ausgebildet und in ihrer Profession sozialisiert werden bzw. ihre Arbeit innerhalb professionseigenen Regeln und Riten erledigen (z. B. Mintzberg 1998). Aufgrund ihres Spezialwissens – das für Außenstehende kaum durchschaubar oder nachvollziehbar ist – bleibt den Professionals in der Regel die Kontrolle ihrer Arbeit selbst überlassen, wodurch sie ein großes Maß an Autonomie in der Berufsausübung in Anspruch nehmen (z. B. Mintzberg 1991, 1998). Professionelle Organisationen verzichten tendenziell auf ›Führung‹ in einem hierarchischen Sinn, da die Gesamtkoordination über festgelegte Fertigkeiten, Normen und Regeln der Profession erfolgt. Die Profession stellt die notwendige Struktur und Koordination zur Verfügung (Mintzberg 1998). An die Stelle von hierarchischer Führung tritt »die immer neue Inszenierung des professionellen Selbstbildes« (Baecker 2003, S. 285).

Die Arbeit von Professionals zeichnet sich neben hoher Autonomie auch durch eine hohe Differenzierung aus, weshalb professionelle Organisationen häufig mit Koordinationsproblemen zwischen den einzelnen Bereichen zu kämpfen haben (Mintzberg 1991). Glouberman und Mintzberg (2001) zeigen nach mehrjähriger Beobachtung des Spitalalltags, dass Krankenhäuser wesentlich durch die vier Subsysteme Cure, Care, Control und Community, die außerordentlich stark differenziert sind, gekennzeichnet sind (Abb. 13).

Cure, die Mediziner, und Care, die Pflegenden, arbeiten beide im operativen Kerngeschäft der Behandlung und Betreuung von Patienten. Und trotzdem trennen ganz unterschiedliche Grundverständnisse diese beiden Subsysteme: Mediziner profilieren sich in ihren Fachdisziplinen, kontrollieren Behandlungsentscheide und orientieren sich gerne außerhalb des Spitals, beispielweise an ihrer Fachdisziplin. Die Pflegenden widmen sich vor allem den Betreuungsprozessen, koordinieren vieles rund um den Patienten und orientieren sich vor allem innerhalb der Organisation. Control, das Management, ist zuständig für die Gesamtsteuerung und kontrolliert Ressourcen – Budget, Betten, Stellen. Das der Gesamtorganisation vorgesetzte Gremium (Community) ist als Repräsen-



**Abb.13:** Differenzierte Subsysteme im Krankenhaus

tant der Öffentlichkeit zur Aufsicht verpflichtet und bildet gleichzeitig die formale Verbindung zur Außenwelt.

Die je eigenen Selbstverständnisse, Kulturen, Hierarchiebezüge und Orientierungen, welche diese vier Subsysteme charakterisieren, sind ausgeprägt und kraftvoll. Sie mögen auf den ersten Blick als relativ stereotype Kategorisierungen erscheinen, gewinnen aber unmittelbar Farbe und Reichhaltigkeit, wenn man die konkreten Erfahrungen der Krankenhaus-Akteure ins Spiel bringt. Diese Differenzierungen sind auch in empirischen Arbeiten beispielsweise von Degeling et al. (2003) eindrücklich nachgewiesen worden. Diese Studien in England, Wales, Neuseeland sowie Australien zeigen, in welchem hohem Maß professionsspezifische Orientierungen – unabhängig von ihrer nationalen Identität – bestimmend sind.

Die jeweiligen Selbstverständnisse der Subgruppen differenzieren. Gleichzeitig ist diese Verschiedenartigkeit nicht statisch, sondern wird zum Beispiel in »Koalitionen« dynamisch gelebt (Glouberman/Mintzberg 2001): Ärzte verbünden sich zum einen mit Pflegenden, wenn es um klinische Anliegen (»Klinische Koalition«) geht. Sie bilden zum anderen gerne eine »Status-Koalition« mit beispielsweise Verwaltungsräten des Spitals oder anderen einflussreichen Personen des öffentlichen Bereichs, um ihren Interessen und Anliegen Kraft zu verleihen. Die Manager bilden eine »Rahmen-Koalition« mit

Verwaltungsrat bzw. Vorstand des Spitals, um beispielsweise Budgetvorgaben oder andere Rahmenbedingungen durchzusetzen, oder aber eine »Insider-Koalition« mit den Pflegenden, die sich wiederum häufig gegen die Ärzte richtet. Die schwächste Verbindung bzw. die größte Distanzierung liegt in den Diagonalen zwischen Cure und Control (bzw. Care und Community) als bildhafte Darstellung des potenziellen Antagonismus zwischen Medizin (Ärzten) und Management.

## 4 »The same everywhere«

Ein wissenschaftliches Vorprojekt ist diesen Unterschieden zwischen Medizin und Management bzw. den Fragen nachgegangen, wie sich betriebswirtschaftliche Kalküle mit den spezifischen medizinischen Aufgaben, Technologien und Kulturen in Krankenhäusern verbinden und welche Entwicklungen sich aktuell beobachten lassen (Schmitz 2004). Befragt wurden ärztliche Direktoren in der Schweiz, in Deutschland und in England. Ärztliche Direktoren sind, insbesondere in großen Häusern, schwergewichtig mit Managementaufgaben beauftragt. Sie müssen deshalb im Regelfall ausreichend mit dieser Perspektive identifiziert sein und gleichzeitig über einen hohen und unmittelbaren Bezug zu den Medizinerinnen verfügen. Die Ergebnisse dieses Vorprojekts waren grundsätzlich identisch zu den vorgängig beschriebenen Studien: Mediziner zu managen bedeutet nicht nur eine spezielle Führungsaufgabe, wie sie generell für das Management von Experten bzw. die Führung professioneller Organisationen zutrifft. Es handelt sich um eine ausgesprochen *prekäre* Aufgabe. »Prekär« meint, dass die Akzeptanz- und Legitimationsbasis des Managens fortlaufend neu zu generieren ist, da es sich um eine eigentliche Grenzüberschreitung handelt, die sorgsam zu handhaben ist (Schmitz 2004). Die in weiten Teilen übereinstimmenden Resultate aller Studien sind insofern bedeutsam, als dass diese prekäre Grundverfasstheit sowie die prinzipiell kritischen Punkte im Aufeinandertreffen von Management und Medizin (Ressourcenbezug von Entscheidungen, Gesamtperspektiven, Systematisierungen von Prozessen etc.) in allen untersuchten Ländern gleichermaßen gelten.

## 5 Studienkonzept

Der konzeptionelle Ausgangspunkt unserer Forschungsfrage war die Erkenntnis, dass Führung nicht universellen Gesetzen folgt, die in Techniken gegossen und damit »richtig« umgesetzt werden können. Angemessener ist ein Verständnis von Führung als kulturelle Praxis, die sich nach den lokalen und weitgehend impliziten Alltagstheorien und Perspektiven der Menschen richtet, welche Führung praktizieren (Müller 2005). Diese Alltagstheorien und Perspektiven sind stark durch die jeweiligen sozialen Felder – in unserem Fall der Medizin und des Managements in Schweizer Krankenhäusern – geprägt. Wissenschaftliche Führungskonzepte (wie beispielsweise das Total Quality Management), die in anderen Kontexten entstanden sind, erweisen sich oft als nicht

anschlussfähig und damit letztlich bedeutungslos (z. B. Lozeau et al. 2002). Es ist daher wichtig, genau zu verstehen, was Führung für die jeweilige Person bzw. für die jeweilige Profession bedeutet.

Das Hauptaugenmerk unserer Forschung lag daher auf der Erkundung der individuellen und kollektiven Annahmen und Vorverständnisse über Führung. Konkret bedeutet dies, dass wir versucht haben, sowohl bei Medizinerinnen wie auch bei Krankenhausmanagern Antworten auf Fragen der folgenden Art zu finden:

- Welches sind die Hauptthemen und Anliegen in der Führungswelt des Mediziners resp. des Managers im Spital?
- Welche subjektiven Führungstheorien, -verfahren, -methoden und -instrumente werden in Anspruch genommen? Welche Beziehungsverständnisse, -qualitäten und -dynamiken verbergen sich dahinter?
- Wo sehen die Führenden ihre Legitimation zur Führung?
- Was wird unter »Führungserfolg« verstanden?
- Welche »Funktionalitäten« resp. »Kosten« sind je mit diesen Führungsverständnissen verbunden?

Zur Rekonstruktion der Führungs- und Beziehungsverständnisse von Medizinerinnen und Spitalmanagern bot sich ein qualitativer Forschungsansatz an: das narrative Interview, bei welchem es nicht um Antworten auf konkrete Fragen, sondern um Führungserfahrungen in Form von Geschichten geht. Die Gesprächspartner bringen ihre Perspektiven, Gesichtspunkte und Deutungen zum Ausdruck, indem sie Erlebnisse, Handlungsabläufe, Personen, eigene und fremde Reaktionen schildern. Wir haben 15 verschiedene Krankenhausmanager aus verschiedenen Institutionen und 15 verschiedene Chefärztinnen aus ebenfalls unterschiedlichen Institutionen – alle in der Schweiz – und unterschiedlichen Fachrichtungen interviewt. Die Auswertung der Interviews und deren Validierung erfolgten in mehreren Schritten. Nach der Kontaktaufnahme wurden narrative Interviews durchgeführt. Im ersten Auswertungsschritt wurde das Interview von den jeweiligen Projektmitarbeiterinnen allein ausgewertet. Ziel war es, am Ende eine Liste mit ungefähr 6–12 Themen aufzustellen. Ein Thema entspricht einem Anliegen der Interviewperson, das etwas über das Selbstverständnis der Person aussagt und innerhalb des Interviews in mehreren Passagen aufscheint und an konkreten Textstellen festzumachen ist.

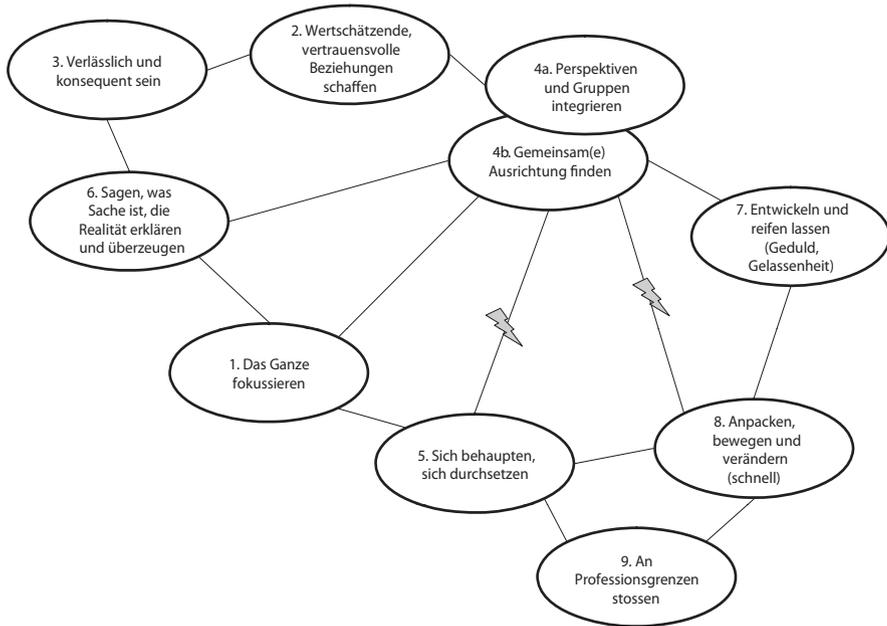
Nach dieser Einzelauswertung trafen sich jeweils mindestens zwei Projektmitarbeiterinnen, um die jeweiligen Einzelauswertungen des Interviews zu besprechen. Durch den Vergleich der beiden unabhängig voneinander erarbeiteten Auswertungen konnte der Einfluss persönlicher Themen und Standpunkte des Auswerters minimiert werden.

In einem dritten Schritt traf sich das Projektteam und diskutierte bzw. konsolidierte die Auswertungen, welche im Anschluss daran den Interviewpartnerinnen zurück gemeldet wurden. Die Interviewpersonen hatten die Möglichkeit, zu der Interpretation Stellung zu nehmen.

Im letzten Schritt wurde die Aggregation der Führungsverständnisse nach Berufsgruppen vorgenommen. Ziel war es, Gemeinsamkeiten und wiederkehrende Themen

innerhalb der verschiedenen Führungsverständnisse einer jeden Berufsgruppe zu identifizieren und auf diese Weise zu einem *berufsgruppenspezifischen Führungsverständnis* zu kommen. Dargestellt wurden diese wiederum als Themenlandschaften, die einen Überblick über das professionsspezifische Führungsverständnis der Krankenhausmanager resp. Chefärzte geben (s. Abb. 14 und 15).

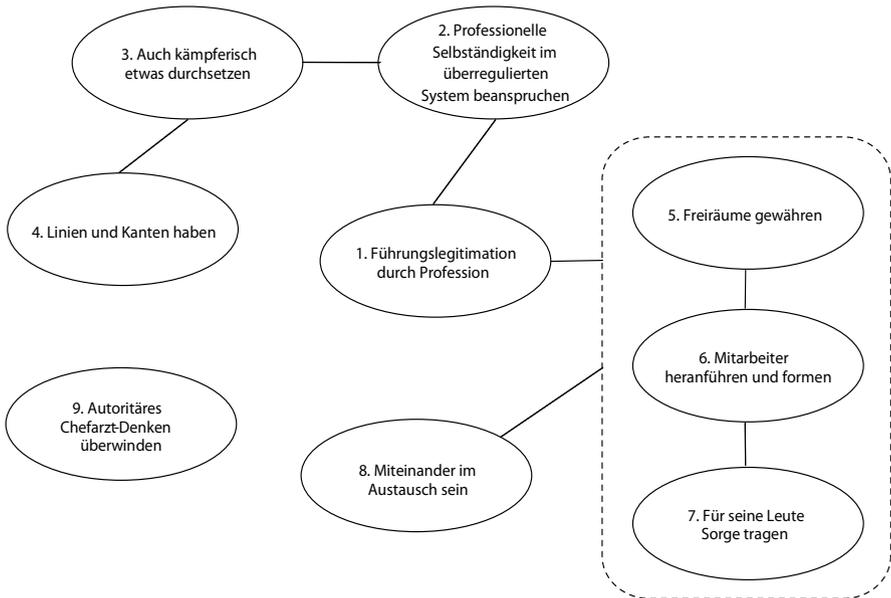
## 6 Die Führungsverständnisse



**Abb. 14:** Themenlandschaft Führungsverständnis Krankenhausmanager

Die *Krankenhausmanager* sehen sich zuständig und verantwortlich für das Krankenhaus in seinem politischen Umfeld und für seine Zukunft als Ganzes, und dies insbesondere aus einer wirtschaftlichen und strategischen Perspektive. Sie bilden damit ein Gegengewicht zur lokalen und fallgetriebenen, operativen Orientierung der professionellen Kader. Führung bedeutet für sie weitgehend Beziehungsgestaltung, erstens um sich selber und ihren Anliegen das erforderliche Gewicht und die notwendige Akzeptanz zu verschaffen, zweitens um die professionellen Führungskräfte des Krankenhauses bei der Wahrnehmung der übergeordneten Belange zu engagieren, und drittens um die fragmentierten und komplizierten professionellen Strukturen zu vereinfachen und zu integrieren. Sie versuchen, sich durch eine klare und konsequente Linie und durch verbindliches Handeln das Vertrauen und den Respekt der Mitarbeiter zu erwerben. Zudem trachten sie danach, Integration und Ausrichtung der Organisation durch die

Gestaltung von partizipativen und konsultativen, engagierenden Prozessen zu bewerkstelligen oder aber durch sachliches und transparentes Entscheiden zu überzeugen und den eigenen Standpunkt durchzusetzen. Die Krankenhausmanager sehen sich einer ausgeprägten professionellen Kultur und einer heterogenen komplizierten Struktur sowie einem schwierigen politischen Umfeld gegenüber. Daraus ergibt sich eine eigenartige Ambivalenz zwischen der Betonung einer gelassenen und geduldigen Gestaltung von Entwicklungsprozessen einerseits und dem Durchsetzen von aus ihrer Sicht notwendigen raschen Veränderungen andererseits.



**Abb. 15:** Themenlandschaft Führungsverständnis Chefärzte

Die *Chefärzte* sehen sich – aufgrund ihrer professionellen Kompetenz – zuständig und verantwortlich für das eigentliche Kerngeschäft des Krankenhauses der qualifizierten Patientenbehandlung. Ihre Perspektive ist deshalb keine institutionelle, sondern eine fallbezogene und disziplinarische. Sie erbringen ihre Leistung, indem sie selber praktizieren, nicht zuletzt auch um ihre eigene Professionalität aufrecht zu erhalten, sowie durch die Führung ihrer Klinik als Pool von weiteren professionellen Mitarbeitenden. Führung bedeutet für sie im Kern den Einsatz ihrer Mitarbeitenden bei gleichzeitiger Entwicklung derer Professionalität, indem sie ihnen über und in der Praxis die erforderlichen Werte, Einstellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln – oder ihnen allenfalls ermöglichen, sich diese anzueignen. Zu dieser »erzieherischen« Führungsaufgabe sehen sie sich vor dem Hintergrund ihrer eigenen langjährigen Professionalisierungsgeschichte und den damit erworbenen überlegenen Qualifizierungen wie auch aufgrund ihres klaren persönlichen Standortes legitimiert. Ihre ausschließliche Legitimation

begründet den Anspruch auf Selbständigkeit in ihrem Leistungsbereich, welche sie durch institutionelle und insbesondere ökonomische Entwicklungen im Umfeld tendenziell bedroht sehen. Die Bemühungen der Krankenhausmanager um Gesamtperspektive und institutionelle Integration widerspricht ihrem Selbstverständnis des professionell begründeten Autonomie-Anspruchs. Ihrer Führungsaufgabe möchten sie nachkommen, indem sie ein entwicklungsförderliches Umfeld, Freiräume zur professionellen Emanzipation und sich selber als Vorbild zur Verfügung stellen, die Weitervermittlung von Erfahrung und Wissenschaft betreiben und organisieren, und indem sie sich bemühen, über fürsorgliche Beziehungen die für die Entwicklung erforderliche Sicherheit und Rückendeckung zu gewährleisten. Sie führen sehr stark über ihre Person und nicht über Strukturen und formale Instrumente. Dies erfordert ein klares persönliches Profil, dessen Durchsetzung auch Abgrenzung bedeutet und der Nähe zu den Mitarbeitenden im Wege stehen kann.

## 7 Herausforderungen

Was ist die Bedeutung der Unterschiede dieser beiden Führungsverständnisse? Auffallend ist zunächst, welchen prominenten Platz Erfahrungen und Episoden mit Chefärzten in den Erzählungen und Geschichten der Krankenhausmanager einnehmen. Anders verhält sich das bei den Chefärzten. In ihren Erzählungen kommen Krankenhausmanager wenig bis kaum vor. Hier ist ein Ungleichgewicht der Wahrnehmung festzustellen. Die geringe Erwähnung von Krankenhausmanagern heißt dabei keineswegs, dass diese von den Chefärzten nicht akzeptiert wären. Diese orientierten sich jedoch an anderen Figuren und Erfahrungen, die für sie höhere Relevanzen beanspruchen.

Während die Krankenhausmanager auch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen in auffallender Weise auf Beziehungsgestaltung setzen und die Integration der verschiedenen Subsysteme und Perspektiven im Krankenhaus anstreben, sind die Ärzte eher an professioneller Eigenständigkeit interessiert. Sie erleben sich als eingegrenzt durch ein aus ihrer Sicht überreguliertes System, das ihnen professionell wesentlich erscheinende Freiheitsgrade nimmt. Beziehungsaspekte treten da in den Hintergrund, die professionelle Sache steht im Vordergrund. Umgekehrt ist für die Krankenhausmanager zentral, Beziehungsdimensionen – Wertschätzung, Glaubwürdigkeit, Vertrauen etc. – zu verfolgen und zu leben. Während also die einen für ihre Sache kämpfen und ihre Persönlichkeit zur Geltung bringen, ringen die anderen um Beziehungsqualitäten und ihre Integrationsaufgabe. Hier stehen sich, etwas zugespitzt, zwei »Modelle« gegenüber: der Arzt, der sich eine gewisse Unangepasstheit zubilligt (»kantig ist«) und der Krankenhausmanager, der stärker an den Erwartungen der anderen orientiert ist und sich selbst entsprechend »regulieren« muss. Zeigen Chefärzte gerne mal Linien und Kanten, exponieren sich persönlich und schrecken auch vor unangenehmen Entscheidungen nicht zurück, so sind die Krankenhausmanager wesentlich »politischer« orientiert, indem sie ihren Einfluss vor allem in bewusster Einrechnung und Abwägung der Chancen und Möglichkeiten gegebener Akteurs- und Netzwerkkonstellationen gestalten.

Man kann annehmen, dass hier im Sinne unterschiedlicher Funktionalitäten Komplementaritäten gegeben sind. Gleichzeitig zeigen sich einige potenzielle Stolpersteine, die in dieser Diversität der Perspektiven enthalten sind. Mit Stolpersteinen sind Potenziale des Missverstehens bzw. des Aneinander-Vorbei-Agierens mit den entsprechenden Chancen in Konflikte zu geraten gemeint, so wie wir es auch allgemein aus interkulturellen Kontakten kennen. Man »liest« sich falsch, missversteht sich, rechnet sich das zu, beginnt sich abzuwerten und läuft in Gefahr, in dysfunktionale Schleifen einzutreten.

Mit diesen Unterschieden leben Krankenhäuser seit geraumer Zeit. Solange die verschiedenen Welten einander wenig in die Quere geraten, ist das relativ unproblematisch. Diffiziler wird es, wenn sich prononcierte Fragen der gemeinsamen Positionierung oder der Optimierung oder der Ressourcenverteilung stellen und die Unterschiede stärker aufeinanderzuprallen beginnen. Was wären dann günstigere Optionen oder produktive Möglichkeiten?

## **8 Produktive Möglichkeiten**

Optionen ergeben sich auf mindestens drei unterschiedlichen Ebenen; zudem können sie auf Vernetzung im Inneren oder nach außen gerichtet sein.

### *Auf der Ebene des Krankenhauses:*

Gemeinsame Vorstellungen entwickeln als Alternative zum potenziell konflikthaft eskalierenden Auseinanderdriften. Kultur- und Führungswelt-Differenzen sind durch strukturelle Lösungen nicht aus der Welt zu schaffen. Notwendig sind prozesshafte Formen des Austauschs, der Bewusstwerdung und Reflexion der jeweiligen handlungsleitenden Kontexte sowie der Gewinnung gemeinsamer Ziele und Erfolge. Im konkreten Krankenhausgeschehen stellen sich dazu einige Fragen: Wie werden solche gemeinsamen Vorstellungen gewonnen? In welchen Räumen und zu welchen Gelegenheiten werden ein anregender Austausch über Führungsvorstellungen und Führungsstrategien gepflegt und Erfolge evaluiert? Welches Management-Development und welche Arbeitsformen können all dies unterstützen?

### *Auf der Ebene Krankenhausmanager:*

Explizites Wissen über erforderliche Kompetenzen erzeugen. Das setzt einerseits Klarheit über Anforderungsprofile bei der sich wandelnden Funktion von Krankenhausmanagern und andererseits Bewusstheit in Verwaltungs- und Stiftungsräten oder auch Gesundheitsdirektionen zu den Anforderungen sowie zum konstitutiven Spannungsverhältnis zwischen »Beziehungsarbeit« und »Durchsetzung« voraus. Heute wird hier eine Fülle falscher Hoffnungen gehegt und gepflegt. In konkreten Situationen ist beispielsweise zu fragen, wie bei der Rekrutierung und Besetzung von Krankenhausmanagement-Funktionen nach solchen Kompetenzen gesucht, wie und wo diese gewonnen und trainiert und auf welche Weise beobachtet werden?

*Auf der Ebene Chefärzte:*

Lokales Denken überwinden, indem etwa bedacht wird, was Chefärzte dazu verleiten kann, stärker auf klinikübergreifende, krankenhausesweite Zusammenhänge Bezug zu nehmen, welche Weiterbildungen dafür hilfreich sein können, was und vor allem wie dazu gelehrt und gelernt werden müsste, wie ein erfahrenes Krankenhausmanagement Chefärzten positiv unterstützend zur Seite stehen kann (und diese das annehmen können ...) und schließlich auch, welche Anreiz-Systeme dies unterstützen können?

Entwicklungen in der Medizin aufgreifen, denn die Führungswelten der Chefärzte werden stark durch die Entwicklungen innerhalb der Medizin beeinflusst und (mit-)gestaltet. Zu beobachten ist zum Beispiel wie in bestimmten Disziplinen stärker teamorientierte Formen der klinischen Arbeit entstanden sind und entstehen. Die Frage ist, wie weit die Ärzteschaft (aber auch die anderen Berufsgruppen) den unterschiedlichen Führungsanforderungen bewusst begegnet und solche Fragen thematisiert.

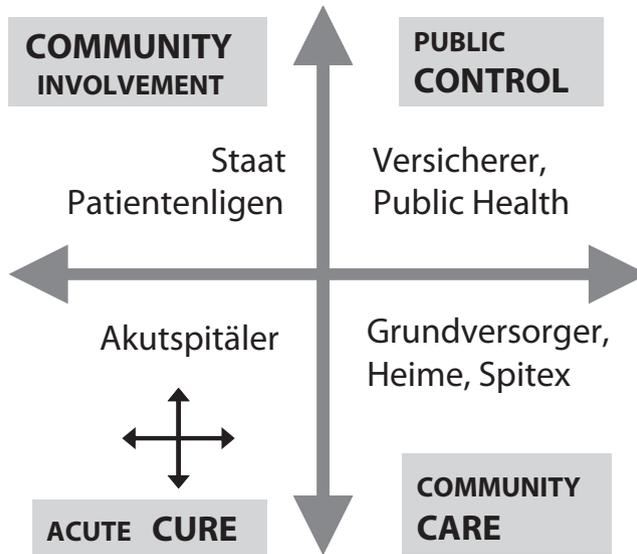
*In der Vernetzung nach innen?*

Das Forschungsprojekt richtete sich gänzlich auf krankenhausesinterne Verhältnisse bzw. befragte Führungsverständnisse zweier interner Gruppen. Die Ergebnisse zeigen die Unterschiede der beiden Gruppen auch hinsichtlich Führung. Diese reihen sich in das von Glouberman und Mintzberg (2001) vorgeschlagene Konzept des Kreuzes des Spitals. Wie alle kraftvollen Kulturunterschiede schließen sie gelingende Kooperation nicht aus, lassen aber erahnen, welche Hindernisse als auch welche Potenziale für Nicht-Gelingen von Kooperation hier schlummern. Dies keineswegs aus Gründen einer Gegnerschaft, sondern resultierend aus unterschiedlicher Orientierung. Für Krankenhausmanager und Chefärzte wird es sich in jedem Fall lohnen, wenn sie sich mit den hier erkundeten handlungsleitenden Denkweisen vertraut machen und lernen, diese in ihrer möglichen Komplementarität wertzuschätzen, statt diese als Grundlage eines Machtkampfes und der Ab- und Ausgrenzung einzusetzen.

*In der Vernetzung nach außen?*

Glouberman und Mintzberg beanspruchen mit ihrem Kreuz nicht nur Aussagen zum Krankenhaus, sondern auch über das Funktionieren des Gesundheitssystems als Ganzes machen zu können. Sie hieven dazu das Kreuz auf die Systemebene und setzen »Cure« mit dem stationären Akutbereich, »Care« mit Grundversorgung, Rehabilitation etc., »Control« mit Krankenkassen, Versicherungen etc. und »Community« mit Staat, Politik etc. gleich.

Und tatsächlich sind zwischen den so beschriebenen Subsystemen des Gesundheitswesens analoge Kulturunterschiede und Grundhaltungen festzustellen wie für das Krankenhaus dargelegt: Krankenhäuser beispielsweise sind entlang medizinischer (Sub-)Spezialitäten konfigurierte Einrichtungen zur Behandlung von Patienten mit akuter Krankheit oder akutem Schub eines chronischen Leidens. Care enthält eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen und Professionales (Grundversorger, Rehabilitationseinrichtungen, spitalexterne Pflege etc.), welche sich aber alle vor allem den Betreuungsprozessen widmen und vieles rund um den Patienten koordinieren. Man kann wohl



**Abb. 16:** Differenzierte Subsysteme im Gesundheitssystem

davon ausgehen, dass eine Reihe der Erfahrungen von Netzwerken (Ärztetze, HMOs, Case Management etc.), die solche Systemgrenzen überbrücken, Referenzwerte dafür abgeben können. Auch hier gelten zunächst »einfach« Kulturunterschiede, zum Beispiel zwischen Spezialisten und Hausarzt oder zwischen Krankenhaus und Nachsorge-Einrichtung, die professionell unproblematisch sind, solange sie nicht die relevanten Einflussphären und Identitäten der Beteiligten tangieren. Wenn Letzteres der Fall ist, dann darf erwartet werden, dass es zu ähnlichen Abgrenzungs- oder Abstoßungsgefahren kommt, wie innerhalb des Krankenhauses. Diese Gefahren werden insbesondere dort drohen – und sorgsam zu »managen« sein – wo Verengungen und Verschiebungen im beschriebenen Sinne zu erwarten sind. Vielleicht sprechen dafür genau jene Erfahrungen, die die teilweise (zu) geringe oder (zu) langsame Weiterentwicklung von Vernetzung(-leistungen) beschreiben, wie beispielsweise die zögerliche und u. a. von Ärzte-seite in Deutschland heftig opponierte Ausweitung von Ärztenetzen im ambulanten Bereich. In jedem Fall jedoch zeigen diese Überlegungen, dass eine differenzierte Gesamtsteuerung der Gesundheitssysteme nicht – wie in vielen politischen Diskussionen üblich – auf die Frage staatliche (hierarchische) Kontrolle oder wettbewerbliche Steuerung reduziert werden kann. Weder ausschließlich staatliche Organe noch der alleinige Wettbewerb (unter Leistungsanbietenden) werden erreichen, gleichzeitig Unnötiges zu verhindern und Notwendiges auch solidarisch zu ermöglichen. Eine differenzierte Steuerung auf Systemebene setzt – in Analogie zum einzelnen Krankenhaus – Vertrautheit mit den hier beschriebenen Verschiedenheiten voraus und die Bereitschaft, diese in ihrer möglichen Komplementarität wertzuschätzen, statt diese als Grundlage eines Machtkampfes und der Ab- und Ausgrenzung einzusetzen.

## Literaturverzeichnis

- Amelung, V.E./Schumacher, H. (2004): *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. 3. Aufl. Wiesbaden.
- Atun, R.A. (2003): Doctors and managers need to speak a common language. In: *British Medical Journal* 326, S. 655.
- Baecker, D. (2003): *Organisation und Management*. Frankfurt a.M.
- Berchtold, P./Michel-Alder, E. (2003): *Die Umarmung des Hippokrates: Systemintegration im Gesundheitswesen*. Basel.
- Boos, L. (2004): *Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses. Die Aufgaben des Spitalmanagements*. Bern.
- Davies, H.T.O./Harrison, S. (2003): Trends in doctor-manager relationships. In: *British Medical Journal* 326, S. 646–649.
- Davies, H.T.O./Nutley, S.M./Mannion, R. (2000): Organisational culture and quality of health care. In: *Quality in Health Care* 9, S. 111–119.
- Degeling, P./Maxwell, S./Kennedy, J./Coyle, B. (2003): Medicine, management, and modernisation: A ‚danse macabre‘? In: *British Medical Journal* 326, S. 649–652.
- Doolin, B. (2001): Doctors as managers. New public management in a New Zealand hospital. In: *Public Management Review* 3 (2), S. 231–254.
- Edwards, N./Kornacki, M.J./Silversin, J. (2002): Unhappy doctors: What are the causes and what can be done? In: *British Medical Journal* 324, S. 835–838.
- Glouberman, S./Mintzberg, H. (2001): Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation. In: *Health Care Management Review*. Winter 2001, S. 56–69.
- Juhász, E. (2004): *Unternehmensberatung im Krankenhaus. Eine qualitative Untersuchung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Basel.
- Lozeau, D./Langley, A./Denis, J.-L. (2002): The corruption of managerial techniques by organizations. In: *Human Relations* 55 (5), S. 537–564.
- Mintzberg, H. (1998): Covert leadership: Notes on managing professionals. In: *Harvard Business Review* 76 (6), S. 140–147.
- Mintzberg, H. (1991): *Mintzberg über Management. Führung und Organisation. Mythos und Realität*. Wiesbaden.
- Müller, W.R. (2005): Die Führungsbücher selber schreiben. In: Resch, D./Dey, P./Kluge, A./Steyaert, C. (Hrsg.): *Organisationspsychologie als Dialog*. Lengerich, S. 113–121.
- Schmitz, C. (2004): *Managing professionals / professionals managing*. Unveröffentlichter Projektbericht. Zürich.
- Vogd, W. (2002): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie: die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. In: *Zeitschrift für Soziologie* 31 (4), S. 294–315.
- Wiechmann, M. (2003): *Manged care. Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem*. Wiesbaden.



# Autorenverzeichnis

- Dr. **Volker Amelung** ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neubergstr. 1, D-30625 Hannover und Vorstandsvorsitzender des Bundesverband Managed Care e. V., Friedrichstr. 136, D-10117 Berlin. [amelung@berlin.de](mailto:amelung@berlin.de)
- Dr. Dr. h.c. **H.-Jürgen Apperath** ist Professor für Praktische Informatik an der Universität Oldenburg, seit 1991 Vorstand des Informatik-Instituts OFFIS mit aktuell mehr als 200 Mitarbeitern und als Beirat und Aufsichtsrat vielfältig in Wissenschaft und Wirtschaft engagiert. OFFIS, Escherweg 2, D-26121 Oldenburg. [apperath@offis.de](mailto:apperath@offis.de)
- Lic.rer.pol. **Widar von Arx** ist Doktorand und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Forschungsprogramms HealthCare Excellence. [widar.vonarx@unisg.ch](mailto:widar.vonarx@unisg.ch)
- Dr. **Konstantin Beck** ist Privatdozent am CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, Universität Zürich. [www.css-institut.ch](http://www.css-institut.ch) / [konstantin.beck@css.ch](mailto:konstantin.beck@css.ch)
- Franziska Beckebans** ist Mitarbeiterin der OptiMedis AG, derzeit Projektkoordinatorin bei Gesundes Kinzigtal GmbH, Hauptstr. 7, D-77716 Haslach. [fb@gesundes-kinzigtal.de](mailto:fb@gesundes-kinzigtal.de)
- Dipl.-Kfm. **Benjamin I. Behar** ist Seniorberater bei McKinsey & Company und Doktorand am Institut für Management der Freien Universität Berlin. [Benjamin\\_Behar@mckinsey.com](mailto:Benjamin_Behar@mckinsey.com)
- PD Dr. **Peter Berchtold** ist Geschäftsleiter des College für Management im Gesundheitswesen (College-M), Freiburgstrasse 41, CH-3010 Bern. [peter.berchtold@college-m.ch](mailto:peter.berchtold@college-m.ch)
- Dipl.-Kffr. **Barbara Bernhard** ist Financial Analysis Manager bei Procter & Gamble Pharmaceuticals Germany GmbH, Dr.-Otto-Röhm-Str. 2-4, D-64331 Weiterstadt. [bernhard.b@pg.com](mailto:bernhard.b@pg.com)
- Dipl. Ges. Ök. **Britta Biendara** ist Referentin Strategisches Gesundheitsmanagement bei der Deutschen Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300, D-50933 Köln. [Britta.Biendara@dkv.com](mailto:Britta.Biendara@dkv.com)
- PD Dr. **Ingo Bode** ist Privatdozent an der Universität Duisburg-Essen; derzeit Vertretung einer Professur für Soziologie an der Bergischen Universität Wuppertal, Gausstr. 20, D-42097 Wuppertal. [bode@uni-duisburg.de](mailto:bode@uni-duisburg.de)
- Dipl.-Kffr. **Silke Bucher** ist Doktorandin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Forschungsprogramms HealthCare Excellence. [silke.bucher@unisg.ch](mailto:silke.bucher@unisg.ch)
- Dr. rer. pol. **Stephan Burla** ist Mitglied der Forschungsgruppe für Spitalmanagement, Institut für Chirurgische Forschung und Spitalmanagement, Universitätsspital Basel, Spitalstraße 26, CH-4031 Basel. [s.burla@burla.ch](mailto:s.burla@burla.ch)
- Dipl.-Verw.wiss. **Ulrike Burkhardt** ist Mitglied der Forschungsgruppe für Spitalmanagement, Institut für Chirurgische Forschung und Spitalmanagement, Universitätsspital Basel, Spitalstraße 26, CH-4031 Basel. [uburkhardt@uhbs.ch](mailto:uburkhardt@uhbs.ch)
- Dr. **Peter Conrad** ist Professor für Personalmanagement an der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften der Helmut-Schmidt-Universität Hamburg, Holstenhofweg 85, D-22039 Hamburg. [peter.conrad@hsu-hh.de](mailto:peter.conrad@hsu-hh.de)
- Claudia Diederichs** ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung und am Stiftungslehrstuhl »Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung«, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, OE 5410, Carl-Neuberg-Str. 1, D-30623 Hannover. [diederichs.claudia@mh-hannover.de](mailto:diederichs.claudia@mh-hannover.de)

**Barbara Erbe** ist die Geschäftsführerin der hiba-impulse gmbh, Neue Kantstr. 10, D-14057 Berlin. erbe@hiba-impulse.de

Prof. Dr. rer. pol. **Raimund Geene** MPH ist tätig an der Hochschule Magdeburg-Stendal im Studiengang Angewandte Kindheitswissenschaften, Osterburger Straße 25, D-39576 Stendal. raimund.geene@hs-magdeburg.de

Dr. med. **Detlev Gessner** ist Mitglied im medizinischen Qualitätsnetz der Ärzteinitiative Kinzigtal e. V., Eisenbahnstr. 70, D-77756 Hausach. d.gessner@mqnk.de

Prof. Dr. **Stefan Gress** vertritt das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Marquardstr. 35, D-36039 Fulda. stefan.gress@hs-fulda.de

Dr. **Reinhold Haux** ist Professor für Medizinische Informatik im Department Informatik der Technischen Universität Braunschweig und Honorarprofessor für Medizinische Informatik an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Er ist zudem Geschäftsführender Direktor des Peter L. Reichertz Instituts für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover. Für den Zeitraum 2007–2010 wurde er zum Präsidenten der International Medical Informatics Association (IMIA) gewählt. Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover, Mühlenpfordtstr. 23, D-38106 Braunschweig. reinhold.haux@plri.de

**Nils Hellrung** ist stellvertretender Leiter des BMBF-geförderten Forschungsprojektes »IT-basiertes Management integrierter Versorgungsnetzwerke« und wissenschaftlicher Angestellter am Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover, Mühlenpfordtstr. 23, D-38106 Braunschweig. nils.hellrung@plri.de

PD Dr. **Philipp Hessinger** ist derzeit Vertretungsprofessor im Fachbereich Sozialwissenschaften, Universität Osnabrück, Seminarstraße 33, D-49069 Osnabrück. philipp.hessinger@t-online.de

**Helmut Hildebrandt** ist Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, Strickerweg 3d, D-77716 Haslach hh@gesundes-kinzigtal.de und Vorstand der Optimedis AG, Borsteler Chaussee 53, D-22453 Hamburg. hh@optimedis.de

Dr. **Christopher Hermann** ist stellv. Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg, Heilbronner Str. 184, D-70191 Stuttgart. Dr.Christopher.Hermann@bw.aok.de

Dr. **Joachim Kartte** ist Partner bei Roland Berger Strategy Consultants im Competence Center Pharma & Healthcare, Alt Moabit 101 b, D-10559 Berlin. joachim\_kartte@de.rolandberger.com.

Dr. rer. pol. **Ansgar Klemann** ist Referent Controlling/Finanz- und Rechnungswesen der St. Franziskus-Stiftung Münster, St. Mauritz-Freiheit 46, D-48145 Münster. klemann@st-franziskusstiftung.de

Dr. **Andreas Kottmeier** ist Leiter des Bereichs Strategisches Gesundheitsmanagement bei der Deutschen Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300, D-50933 Köln. andreas.kottmeier@dkv.com

**Christoph Kowalski** M.A. ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Medizinische Soziologie, Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln, Eupener Straße 129, D-50933 Köln. christoph.kowalski@uk-koeln.de

Dr. med. **Christel Lauer** ist Beraterin bei der hiba impulse GmbH, Neue Kantstr. 10, D-14057 Berlin. lauer@hiba-impulse.de

**Sigrid Lange** ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der hiba impulse GmbH, Neue Kantstr. 10, D-14057 Berlin. lange@hiba-impulse.de

Dipl.-Kfm. **Jürgen Merz** ist Doktorand und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Forschungsprogramms HealthCare Excellence. juergen.merz@unisg.ch

Dr. **Oliver Ommen**, MPH, ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter und wissenschaftlicher Koordinator im ZVFK – Zentrum für Versorgungsforschung Köln, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Eupener Straße 129, D-50933 Köln. oliver.ommen@uk-koeln.de

- Prof. Dr. med. **Stefan Osswald** ist Leitender Arzt Kardiologie, Universitätsspital Basel, Hebelstraße 32, CH-4031 Basel. [osswalds@uhbs.ch](mailto:osswalds@uhbs.ch)
- Dr. **Holger Pfaff** ist Professor für das Fach Medizinische Soziologie, Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln und ZVFK – Zentrum für Versorgungsforschung Köln, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Eupener Straße 129, D-50933 Köln. [holger.pfaff@uk-koeln.de](mailto:holger.pfaff@uk-koeln.de)
- Mag. **Felix Piazo** ist Lehrbeauftragter am Institut für Strategisches Management, Marketing und Tourismus der Universität Innsbruck, Lehr- und Forschungsbereich für Verwaltungsmanagement, E-Government & Public Governance, Universitätsstraße 15, A-6020 Innsbruck. [felix.piazo@uibk.ac.at](mailto:felix.piazo@uibk.ac.at)
- Dr. **Kurt Promberger** ist Professor am Institut für Strategisches Management, Marketing und Tourismus der Universität Innsbruck, Lehr- und Forschungsbereich für Verwaltungsmanagement, E-Government & Public Governance, Universitätsstraße 15, A-6020 Innsbruck. [kurt.promberger@eurac.edu](mailto:kurt.promberger@eurac.edu)
- Dr. **Wolfgang Reuter** ist Leiter der Abteilung Medizinische Beratung der DKV Deutsche Krankenversicherung sowie der Victoria Krankenversicherung AG im Segment Gesundheit der ERGO Versicherungsgruppe, Aachener Str. 300, D-50933 Köln. [wolfgang.reuter@dkv.com](mailto:wolfgang.reuter@dkv.com)
- Oliver Rong** ist Principal bei Roland Berger Strategy Consultants im Competence Center Pharma & Healthcare, Alt Moabit 101 b, D-10559 Berlin. [oliver\\_rong@de.rolandberger.com](mailto:oliver_rong@de.rolandberger.com)
- Prof. Dr. **Johannes Rüegg-Stürm** ist geschäftsleitender Direktor des Instituts für Betriebswirtschaft der Universität St. Gallen, ordentlicher Professor für Organizational Behavior und Ko-Leiter des Forschungsprogramms HealthCare Excellence. [johannes.rueegg@unisg.ch](mailto:johannes.rueegg@unisg.ch)
- Dr. **Christof Schmitz** ist Geschäftsleiter des College für Management im Gesundheitswesen (College-M), Freiburgstraße 41, CH-3010 Bern. [cschmitz@corprag.ch](mailto:cschmitz@corprag.ch)
- Dipl.-Vw. **Johannes Schoder** ist wissenschaftlicher Assistent am Sozialökonomisches Institut der Universität Zürich, Hottingerstr. 10, CH-8032 Zürich. [johannes.schoder@soi.uzh.ch](mailto:johannes.schoder@soi.uzh.ch)
- Dr. **Jonas Schreyögg** ist Juniorprofessor für Ökonomie und Management von Gesundheitstechnologien an der Fakultät für Wirtschaft und Management, Technische Universität Berlin, Straße des 17. Juni 135, D-10623 Berlin; zugleich ist er Research Associate am Center for Primary Care and Outcomes Research/Center for Health Policy, Stanford University, USA. [jonas.schreyoegg@tu-berlin.de](mailto:jonas.schreyoegg@tu-berlin.de)
- Dr. **Cornelius Schubert** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachgebiet Techniksoziologie, Institut für Soziologie, TU Berlin, Franklinstr. 28/29, D-10587 Berlin. [cornelius.schubert@tu-berlin.de](mailto:cornelius.schubert@tu-berlin.de)
- Prof. Dr. med. **Friedrich Wilhelm Schwartz** ist Institutsdirektor am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, OE 5410, Carl-Neuberg-Str. 1, D-30625 Hannover. [schwartz.fw@mh-hannover.de](mailto:schwartz.fw@mh-hannover.de)
- Dr. **Lars Schweizer** ist Professor für Management an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt, UBS-Stiftungsprofessur für Betriebswirtschaftslehre, Campus Bockenheim, Meritonstr. 17, D-60325 Frankfurt. [l.schweizer@em.uni-frankfurt.de](mailto:l.schweizer@em.uni-frankfurt.de)
- Dr. **Achim Siegel** ist wissenschaftlichen Leiter der Evaluationskoordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV), Abt. für Medizinische Soziologie, Universität Freiburg i. Br., Hebelstr. 29, D-79104 Freiburg. [achim.siegel@medsoz.uni-freiburg.de](mailto:achim.siegel@medsoz.uni-freiburg.de)
- Dr. **Ulrich Stössel** ist wissenschaftlicher Leiter der Evaluationskoordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV) Abt. für Medizinische Soziologie, Universität Freiburg i. Br., Hebelstr. 29, D-79104 Freiburg. [ulrich.stoessel@medsoz.uni-freiburg.de](mailto:ulrich.stoessel@medsoz.uni-freiburg.de)
- Prof. Dr. **Klaus Stegmüller** vertritt das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegepolitik am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Marquardstr. 35, D-36039 Fulda. [stegmueller@hs-fulda.de](mailto:stegmueller@hs-fulda.de)

- Dr. **Jörg Sydow** ist Professor für Betriebswirtschaftslehre, insb. Unternehmenskooperation, am Fachbereich Wirtschaftswissenschaft der Freien Universität Berlin, dort zurzeit auch Dekan und zudem Visiting Professor an der Strathclyde Business School. Institut für Management, Freie Universität Berlin, Boltzmannstr. 20, D-14195 Berlin. joerg.sydow@fu-berlin.de
- Dr. **Wilfried Thoben** ist Bereichsleiter »IuK-Systeme im Gesundheitswesen« in OFFIS, Geschäftsführer der OFFIS CARE GmbH sowie Mitgründer und Vorstand der OFFIS-Ausgründung ICS-MED AG, OFFIS, Escherweg 2, D-26121 Oldenburg. thoben@offis.de
- Prof. Dr. Dr. **Alf Trojan** ist Direktor des Institut für Medizin-Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, D-20246 Hamburg. trojan@uke.uni-hamburg.de
- Dr. **Harald Tuckermann** ist Habilitand, Dozent und Ko-Leiter des Forschungsprogramms Health-Care Excellence, harald.tuckermann@unisg.ch
- PD Dr. **Werner Vogd** ist Dozent am Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Konradstr. 6, D-80801 München. Werner.Vogd@soziologie.uni-muenchen.de
- Dipl.-Ing. **Hanswerner Voss** ist Managing Partner der GCN Global Consulting Network HealthNet GbR und Mitgründer von UGOM, wo er bis Ende 2006 als geschäftsführender Gesellschafter tätig war; seit 2007 ist er strategischer Berater von UGOM. www.ugom.de, Englbergweg 63a, D-84036 Landshut. hanswerner.voss@gcn-healthnet.de
- Dr. **John N. Weatherly** ist Geschäftsführer und Senior Management Trainer der NEWSTAND gGmbH Management Akademie Berlin sowie Leitender Geschäftsführer von VITA e. V. Berlin, Genter Straße 63, D-13353 Berlin. john.weatherly@newstand.de
- Dr. **Reinhard Wichels** ist Arzt und Partner bei McKinsey & Company in München. Reinhard\_Wichels@mckinsey.com.
- Dr. **Arnold Windeler** ist Professor für Soziologie, Fachgebiet Organisationssoziologie, am Institut für Soziologie der Technischen Universität Berlin, Franklinstr. 28/29; FR 2-5, D-10587 Berlin. arnold.windeler@tu-berlin.de
- Dipl.-Kfm. **Rainer Zeichhardt** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl Unternehmenskooperation, Institut für Management, Freie Universität Berlin, Boltzmannstr. 20, D-14195 Berlin und Mitglied der Forschungsgruppe »Unternehmensnetzwerke« (www.network-research.net). rainer.zeichhardt@fu-berlin.de.
- Dr. **Peter Zweifel** ist Professor für Volkswirtschaftslehre am Sozialökonomisches Institut der Universität Zürich sowie Mitherausgeber der Zeitschrift »International Journal of Health Care Finance and Economics«, Hottingerstr. 10, CH-8032 Zürich. pzweifel@soi.uzh.ch