

Betriebswirtschaftliche Forschungsergebnisse

Band 116

Kooperationen von Krankenhäusern

**Eine Fallstudienanalyse von
Kooperationsprojekten**

Von

Marc Dreßler



Duncker & Humblot · Berlin

Marc Dreßler

Kooperationen von Krankenhäusern

Betriebswirtschaftliche Forschungsergebnisse

Begründet von

Prof. Dr. Dres. h. c. Erich Kosiol †

Fortgeführt von

Prof. Dr. Dr. h. c. Knut Bleicher, Prof. Dr. Klaus Chmielewicz, Prof. Dr. Günter Dlugos,
Prof. Dr. Dres. h. c. Erwin Grochla, Prof. Dr. Heinrich Kloidt, Prof. Dr. Heinz Langen,
Prof. Dr. Siegfried Menrad, Prof. Dr. Ulrich Pleiß, Prof. Dr. Ralf-Bodo Schmidt,
Prof. Dr. Werner Vollrodt, Prof. Dr. Dres. h.c. Eberhard Witte

Herausgegeben von

Prof. Dr. Marcell Schweitzer
Eberhard-Karls-Universität Tübingen

in Gemeinschaft mit

Prof. Dr. Franz Xaver Bea
Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Prof. Dr. Erich Frese
Universität zu Köln

Prof. Dr. Oskar Grün
Wirtschaftsuniversität Wien

Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Hauschildt
Christian-Albrechts-Universität Kiel

Prof. Dr. Wilfried Krüger
Justus-Liebig-Universität Gießen

Prof. Dr. Hans-Ulrich Küpper
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Dieter Pohmer
Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Prof. Dr. Henner Schierenbeck
Universität Basel

Prof. Dr. Dr. h. c. Norbert Szyperski
Universität zu Köln

Prof. Dr. Ernst Troßmann
Universität Hohenheim

Prof. Dr. Dr. h. c. Rütger Wossidlo
Universität Bayreuth

Band 116

Kooperationen von Krankenhäusern

Eine Fallstudienanalyse von
Kooperationsprojekten

Von

Marc Dreßler



Duncker & Humblot · Berlin

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Dreßler, Marc:

Kooperationen von Krankenhäusern : eine Fallstudienanalyse
von Kooperationsprojekten / von Marc Dreßler. – Berlin :

Duncker und Humblot, 2000

(Betriebswirtschaftliche Forschungsergebnisse ; Bd. 116)

Zugl.: Wien, Univ., Diss., 1995

ISBN 3-428-09319-4

Alle Rechte vorbehalten

© 2000 Duncker & Humblot GmbH, Berlin

Fotoprint: Berliner Buchdruckerei Union GmbH, Berlin

Printed in Germany

ISSN 0523-1027

ISBN 3-428-09319-4

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ☹

Vorwort

Zum Gelingen dieser Dissertation haben mehrere mir nahestehende Personen durch ihre persönliche und fachliche Unterstützung beigetragen. Herrn Professor Dr. Oscar Grün danke ich für die intensive Begleitung der Dissertation und die Ermöglichung einer unvergeßlichen „Wiener Periode“, die meinen Lebensweg entscheidend geprägt hat. Herzlich bedanken möchte ich mich bei meinem langzeitigen Mentor, Professor Dr. Alfred Thimm. Sein Vertrauen und die Initiierung des Promotionsgedankens bildeten die Grundlage für einen persönlich erfolgreichen Schritt im Anschluß an eine wundervolle Zeit an der University of Vermont. Professor Dr. Washington Winn bin ich aufgrund der Unterstützung meines Research-Aufenthalts in den USA, der Vermittlung von Expertengesprächen, der kritischen fachlichen Diskussionen und der freundschaftlichen Begleitung zu tiefem Dank verbunden. Ich hoffe sehr, daß mir ihre Lebenswegbegleitung auch in Zukunft erhalten bleibt.

Besonderen Dank richte ich an meine Eltern. Ihre unermüdliche Begeisterung für meine Ideen in unterschiedlichsten Lebensphasen ist zu bewundern. Auch der Großfamilie und besonders meinem Paten gebührt herzlicher Dank für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit und der generellen Verbundenheit.

Bianca möchte ich für die allzeitige Motivation in fachlichen und persönlichen Fragestellungen und ihre wertvolle kreative Begleitung in den letzten zehn Jahren danken.

Für eine finanzielle Unterstützung zur notwendigen Forschung in den USA bedanke ich mich bei „The German Marshall Fund of the United States“.

Wien, September 1999

Marc Dreßler

Inhaltsverzeichnis

A. Einleitung	21
I. Thematische Einführung	21
II. Forschungsziel und Problemstellung	23
III. Forschungsdesign	26
1. Forschungsmethodik	26
2. Datenquellen	28
IV. Aufbau der Arbeit	29
B. Grundlagen	33
I. Die Komplexität der Krankenhausversorgungsleistung	33
1. Systemtheoretische Betrachtung eines Krankenhauses	33
2. Aufgabenstruktur der Krankenhäuser	35
II. Die treibenden Kräfte für die Kooperation	36
1. Medizinische und technologische Innovationen	36
2. Politischer Einfluß	38
3. Gesellschaftlicher Wandel	42
4. Die demographische Entwicklung	44
III. Organisationsempfehlungen zur Erweiterung des Krankenhausspielraumes	46
1. Gestaltungsalternativen zwischenbetrieblicher Austauschvorgänge	47
2. Die Koordinationsalternative Integration	48
3. Die Koordinationsalternative Fremdvergabe	50
4. Vorteilhaftigkeit der kooperativen Koordinationsform	54
IV. Der Kooperationsbegriff	57
C. Stand der Forschung	61
I. Vorteilhaftigkeit der Ausdehnung des Kooperationsbegriffs	61
II. Absteckung eines Theorierahmens	64

1. Theoretische Ansätze in der Kooperationsforschung.....	64
2. Theoretische Ansätze zur Betrachtung multiorganisationaler Beziehungen von Gesundheitsversorgern.....	66
a) Der Resource-Dependency-Ansatz.....	68
b) Der Transaktionskostenansatz.....	70
c) Der Institutional-Theory-Ansatz.....	70
d) Der Politökonomische Ansatz.....	71
e) Der Stakeholder-Ansatz.....	72
f) Die Principal-Agent-Theorie.....	72
g) Der Austauschtheoretische Ansatz.....	73
h) Die Spieltheorie.....	74
i) Die Population-Ecology-Theorie.....	75
III. Empirische Untersuchungen.....	76
1. Globalaussagen zu den empirischen Untersuchungen.....	76
a) Zeitliche Forschungsschwerpunkte.....	76
b) Zugang zur Thematik.....	77
c) Die Untersuchungsobjekte und deren Stufe im Versorgungssystem.....	78
d) Aussagen über die untersuchten Einflußfaktoren.....	78
2. Darstellung der Erkenntnisse der einzelnen Untersuchungen.....	80
3. Untersuchungen zum Kooperationserfolg.....	86
a) Ebenen der Erfolgsbeurteilung.....	86
b) Erfolgskriterien bei der Kooperationsbeurteilung.....	88
c) Erfolgsbeurteilung von Krankenhauskooperationen.....	91
IV. Zusammenfassung.....	92
D. Fallstudien zur Kooperation von Krankenhäusern.....	94
I. Allgemeine Merkmale der Fallstudien.....	94
1. Verfasser und Adressaten.....	95
2. Zeitliche Einordnung.....	96
a) Publikationszeitraum.....	96
b) Einordnung im Kooperationszyklus.....	97
3. Geographische Einordnung.....	98

II. Generierung des Aussagengerüsts.....	99
1. Aufstellen eines Merkmalschemas	99
2. Problematik der „Missing Values“	102
III. Merkmale der Krankenhauskooperationen.....	103
1. Kooperationskontext der Krankenhauskooperationen	104
a) Motive der Partner	104
b) Kooperationserfahrung der Partner	114
c) Die Partnerwahl	116
aa) Kriterien der Partnerwahl.....	116
(1) Selektionskriterium „Regionale Gesichtspunkte“	119
(2) Selektionskriterium „Leistungspotentiale“	120
(3) Selektionskriterium „Trägerschaft“	121
bb) Strategischer Fit der Partner	122
2. Form der Krankenhauskooperationen	124
a) Die Partnerstruktur.....	124
aa) Anzahl der Kooperationspartner	125
bb) Kooperationsrichtung und Art der Partner	126
b) Der Kooperationsinhalt.....	129
aa) Ziele der Kooperationsvorhaben.....	129
bb) Komplexität der Kooperation	132
cc) Der Kooperationsbereich	134
dd) Die Reichweite der Kooperation	141
c) Form der organisatorischen und vertraglichen Ausgestaltung.....	143
aa) Finanzielle Beteiligung	143
bb) Die Institutionalisierung der Kooperation	145
cc) Rechtsformen der Kooperationen	147
dd) Einflußnahme der Partnerorganisationen	152
(1) Die Führungskfiguration der Kooperation	152
(2) Die Machtverteilung zwischen den Partnern.....	155
ee) Kommunikationsmedien und Einfluß der EDV	156
d) Verhaltensmuster	159

aa) Kulturelle Kompatibilität der Partner	159
bb) Vertrauensbasis und Vertrauensbildung	164
3. Der Kooperationserfolg	166
a) Erfolgsindikator „Stabilität“	166
b) Erfolgsindikator „Wirtschaftlicher Erfolg“	167
c) Erfolgsindikator „Zufriedenheit“	168
d) Erfolgsindikator „nicht spezifizierte Zielerreichung“	169
e) Gesamtbeurteilung des Kooperationserfolgs	170
f) Zusammenfassung	171
4. Merkmale von beendigten Kooperationen	172
a) Gründe für die Beendigung der Kooperation	172
b) Formen der Beendigung der Kooperation	173
aa) Akquisition der Kooperation durch einen Partner	173
bb) Verschmelzung der Kooperationspartner	174
E. Die Typologie von Krankenhauskooperationen	176
I. Vorgehensmethode	176
1. Typologien in der krankenhausspezifischen Kooperationsforschung	179
2. Typologie des Aufgabenspektrums	182
3. Typologie der Organisationsform	184
II. Basistypen der Krankenhauskooperation	188
1. Typ „Beschaffungsalianz“	189
a) Das Aufgabenspektrum	189
b) Das Organisationsspektrum	191
aa) Gestaltungsdimension „Partner“	191
bb) Gestaltungsdimension „Intensität“	191
cc) Gestaltungsdimension „Symmetrie“	192
dd) Gestaltungsdimension „Weiche Faktoren“	192
c) Kongruenz von Aufgabe und Organisation	193
d) Problemfelder und zukünftige Entwicklung des Typs	194
2. Typ „Strategische Koordination“	197
a) Das Aufgabenspektrum	197

b)	Das Organisationsspektrum	198
aa)	Gestaltungsdimension „Partner“	198
bb)	Gestaltungsdimension „Intensität“	199
cc)	Gestaltungsdimension „Symmetrie“	199
dd)	Gestaltungsdimension „Weiche Faktoren“	199
c)	Kongruenz von Aufgabe und Organisation	200
d)	Problemfelder und zukünftige Entwicklung des Typs	201
3.	Typ „Kooperative Leistungserweiterung“	203
a)	Horizontaler Kooperationstyp	203
aa)	Das Aufgabenspektrum	203
bb)	Das Organisationsspektrum	205
(1)	Gestaltungsdimension „Partner“	205
(2)	Gestaltungsdimension „Intensität“	206
(3)	Gestaltungsdimension „Symmetrie“	206
(4)	Gestaltungsdimension „Weiche Faktoren“	207
cc)	Kongruenz von Aufgabe und Organisation	208
dd)	Problemfelder des Typs	209
b)	Vertikaler Kooperationstyp	211
aa)	Das Aufgabenspektrum	211
bb)	Das Organisationsspektrum	213
(1)	Gestaltungsdimension „Partner“	213
(2)	Gestaltungsdimension „Intensität“	213
(3)	Gestaltungsdimension „Symmetrie“	214
(4)	Gestaltungsdimension „Weiche Faktoren“	214
cc)	Kongruenz von Aufgabe und Organisation	215
dd)	Problemfelder des Typs	216
c)	Vergleich der horizontalen und vertikalen Varianten und zukünftige Entwicklung des Typs	218
4.	Typ „Tauschähnliche Partnerschaft“	220
a)	Horizontaler Kooperationstyp	221
aa)	Das Aufgabenspektrum	221

bb) Das Organisationsspektrum.....	222
(1) Gestaltungsdimension „Partner“	222
(2) Gestaltungsdimension „Intensität“	223
(3) Gestaltungsdimension „Symmetrie“.....	224
(4) Gestaltungsdimension „Weiche Faktoren“.....	224
cc) Kongruenz von Aufgabe und Organisation.....	225
dd) Problemfelder und zukünftige Entwicklung des Typs.....	226
b) Vertikaler Kooperationstyp.....	228
aa) Das Aufgabenspektrum	229
bb) Das Organisationsspektrum.....	230
(1) Gestaltungsdimension „Partner“	230
(2) Gestaltungsdimension „Intensität“	230
(3) Gestaltungsdimension „Symmetrie“.....	231
(4) Gestaltungsdimension „Weiche Faktoren“.....	231
cc) Kongruenz von Aufgabe und Organisation.....	232
dd) Problemfelder und zukünftige Entwicklung des Typs.....	234
5. Typ „Umfassende Partnerschaft“	235
a) Das Aufgabenspektrum.....	235
b) Das Organisationsspektrum.....	236
aa) Gestaltungsdimension „Partner“.....	236
bb) Gestaltungsdimension „Intensität“	236
cc) Gestaltungsdimension „Symmetrie“.....	237
dd) Gestaltungsdimension „Weiche Faktoren“	237
c) Kongruenz von Aufgabe und Organisation	237
d) Problemfelder und zukünftige Entwicklung des Typs.....	238
6. Typ „Qualitätsprojekte“	242
a) Das Aufgabenspektrum.....	242
b) Das Organisationsspektrum	243
aa) Gestaltungsdimension „Partner“.....	243
bb) Gestaltungsdimension „Intensität“	244
cc) Gestaltungsdimension „Symmetrie“.....	244

dd) Gestaltungsdimension „Weiche Faktoren“	244
c) Kongruenz von Aufgabe und Organisation	245
d) Problemfelder und zukünftige Entwicklung des Typs	246
7. Typ „Logistische Partnerschaft“	247
a) Das Aufgabenspektrum	247
b) Das Organisationspektrum	249
aa) Gestaltungsdimension „Partner“	249
bb) Gestaltungsdimension „Intensität“	249
cc) Gestaltungsdimension „Symmetrie“	249
dd) Gestaltungsdimension „Weiche Faktoren“	250
c) Kongruenz von Aufgabe und Organisation	250
d) Problemfelder und zukünftige Entwicklung des Typs	252
III. Typenübergreifende Analyse	253
1. Die Taxonomie der Krankenhauskooperationen	253
a) Kooperationen mit medizinischem Leistungsinhalt	254
b) Kooperationen mit nicht-medizinischem Leistungsinhalt	261
2. Aufgabenbereiche ohne entsprechenden Kooperationstyp	261
3. Die Taxonomie aus einer dynamischen Perspektive	264
a) Einstiegstypen	264
b) Typenwechsel	267
c) Neue Typen	268
F. Zusammenfassung und Ausblick	269
Literaturverzeichnis	273
Sachwortverzeichnis	291

Tabellenverzeichnis

Tabelle B-1:	Ältere Menschen in europäischen Mitgliedstaaten	44
Tabelle C-1:	Theoretische Ansätze interinstitutioneller Beziehungen.....	66
Tabelle C-2:	Empirische Forschung zu multiinstitutionellen Beziehungen von Krankenhäusern	80
Tabelle D-1:	Kategorisierte Kooperationsmotive in der Literatur	105
Tabelle D-2:	Kooperationsmotive der Partner (N = 81)	108
Tabelle D-3:	Kriterien bei der Auswahl der Partner (N = 59)	119
Tabelle D-4:	Anzahl der in das Kooperationsunternehmen eingebundenen Partner (N = 109)	125
Tabelle D-5:	Die Kooperationsrichtung in den Fallstudien (N = 120)	127
Tabelle D-6:	Die Partner in den Krankenhauskooperationen (N = 120).....	128
Tabelle D-7:	Kooperationsziele in den Fallstudien (N = 90).....	131
Tabelle D-8:	Die Anzahl der im Kooperationsprojekt enthaltenen unterschiedlichen Leistungen (N = 120).....	133
Tabelle D-9:	Medizinische und pflegerische Kooperationsinhalte	135
Tabelle D-10:	Die nicht-medizinischen Leistungsbereiche der Krankenhauskooperationen	137
Tabelle D-11:	Aufgliederung des Koordinationsfeldes „Personal“	138
Tabelle D-12:	Aufgliederung des Koordinationsfeldes „Beschaffung“	138
Tabelle D-13:	Aufgliederung des Koordinationsfeldes „Krankenhausmarketing“	139
Tabelle D-14:	Aufgliederung des Koordinationsfeldes „Sonstiges“	141
Tabelle D-15:	Geographische Reichweite der Krankenhauskooperationen (N = 119)	142
Tabelle D-16:	Finanzielle Beteiligung am Kooperationsprojekt (N = 68).....	144
Tabelle D-17:	Überblick über Rechtsformen von Krankenhauskooperationen	146
Tabelle D-18:	Rechtsformen der analysierten Kooperationen (N = 80)	147

Tabelle D-19: Übernahme der Führungsfunktion in den Krankenhauskooperationen (N = 62)	154
Tabelle D-20: In den Fallstudien explizierte Kommunikationsmedien (N = 36).....	157
Tabelle D-21: Einfluß der EDV in den Fallstudien (in zunehmender Intensität) (N = 21)	159
Tabelle D-22: Ausprägungen des Merkmals „Kultur“ in den Fallstudien (N = 15) .	161
Tabelle D-23: Vertrauensbasis der Kooperationspartner (N = 32)	164
Tabelle D-24: Die Ausprägungen der Fallstudien bezüglich der untersuchten Erfolgsindikatoren (N = 85)	167
Tabelle D-25: Ausprägungen des Indikators „Zufriedenheit“	169
Tabelle D-26: Anzahl der verwendeten Indikatoren zur Erfolgsbeurteilung (N = 85)	170
Tabelle D-27: Die Fusion als strategische Weiterentwicklung der Kooperation	174

Abbildungsverzeichnis

Abb. A-1:	Aufbau der Arbeit	30
Abb. B-1:	Netzwerk des Krankenhauses	35
Abb. B-2:	Medizintechnologische Bedeutung unter Betrachtung des Lebenszyklus.....	37
Abb. B-3:	Veränderung der Verweildauern.....	43
Abb. B-4:	Altersgliederung in Österreich.....	45
Abb. B-5:	Abgrenzung der alternativen Organisationsformen	47
Abb. B-6:	Befragungsergebnis zu Outsourcing im Krankenhaus.....	53
Abb. B-7:	Betriebswirtschaftliche Systemisierungskriterien für Kooperationen	58
Abb. C-1:	Theorien Interorganisationaler Beziehungen	65
Abb. C-2:	Das Gefangenendilemma.....	75
Abb. D-1:	Jahr der Veröffentlichung der Fallstudien (N = 119).....	97
Abb. D-2:	Bestand der Kooperationsprojekte (N = 84)	98
Abb. D-3:	Gestaltungsparameter in der deutschsprachigen Kooperationsliteratur.....	100
Abb. D-4:	Merkmale von empirisch untersuchten Zusammenhängen in der Kooperationsforschung.....	101
Abb. D-5:	Kontingenz- und Effizienztheorie der Kooperation.....	103
Abb. D-6:	The Health Care Value-Adding Chain.....	150
Abb. E-1:	Die Klassifizierung von Luke.....	180
Abb. E-2:	Die Klassifizierung von Zuckerman und Kaluzny.....	181
Abb. E-3:	Morphologie des Aufgabenkomplexes von Krankenhauskooperationen	183
Abb. E-4:	Dimensionen der Kooperation	185
Abb. E-5:	Die Dimensionen der Organisationsform	185
Abb. E-6:	Morphologie des Organisationsspektrums von Krankenhauskooperationen	187

Abb. E-7:	Aufgabenstruktur Typ „Beschaffungsalianz“	190
Abb. E-8:	Aufgabenstruktur Typ „Strategische Koordination“	198
Abb. E-9:	Aufgabenstruktur Typ „Horizontale Kooperative Leistungserweiterung“	204
Abb. E-10:	Aufgabenstruktur Typ „Vertikale Kooperative Leistungserweiterung“	212
Abb. E-11:	Aufgabenstruktur Typ „Horizontale tauschähnliche Partnerschaft“ ...	222
Abb. E-12:	Aufgabenstruktur Typ „Vertikale tauschähnliche Partnerschaft“	229
Abb. E-13:	Aufgabenstruktur Typ „Umfassende Partnerschaft“	235
Abb. E-14:	Aufgabenstruktur Typ „Qualitätsprojekte“	242
Abb. E-15:	Aufgabenstruktur Typ „Logistische Partnerschaft“	248
Abb. E-16:	Überblick über die Kooperationstypen	256
Abb. E-17:	Schwerpunkte der Krankenhauskooperationstypen	259
Abb. E-18:	Übersicht über die trennscharfen Merkmale	260
Abb. E-19:	Entwicklungspfade des Typs „Qualitätsprojekte“	265
Abb. E-20:	Entwicklungspfad des Typs „Vertikale tauschähnliche Partnerschaft“	266
Abb. E-21:	Entwicklungspfade des Typs „Horizontale tauschähnliche Partnerschaft“	267

Abkürzungsverzeichnis

ASQ	Administrative Science Quarterly (ZS)
EF	Erfolgsfaktor
einheitl.	einheitlich
einm.	einmalig
f & w	Führen und Wirtschaften (ZS)
FS	Fallstudie
gem.	gemeinschaftlich
GN	gemeinnützig
GO	gewinnorientiert
H&HSA	Hospital and Health Services Administration (ZS)
HBR	Harvard Business Review (ZS)
HCMR	Health Care Management Review (ZS)
Hfgkt.	Häufigkeit
Hier.	Hierarchische Organisationsform
hor.	horizontal
HSA	Health Services Administration (ZS)
HSR	Health Services Research (ZS)
IBM	International Business Machines Corp.
ident.	identisch
i. e.	id est
IO	interinstitutionell
IOB	Interinstitutionelle Beziehungen
IS	Integrationsstrategie
JAMA	Journal of American Medical Association (ZS)
JfB	Journal für Betriebswirtschaft
Jnl.	Journal
JONA	Journal of Nursing Administration (ZS)
JV	Joint Venture
KH	Krankenhaus

KHG	Krankenhausgesetz
KI	kirchliche Trägerschaft
KK	Krankenkasse
Koop.	Kooperative Organisationsform
Krit.	Kriterium
KU	Krankenhaus-Umschau (ZS)
LP	Limited Partnership
LRP	Long Range Planning (ZS)
med.	medizinisch
mehrm.	mehrmalig
MH	Modern Healthcare (ZS)
MIR	Management International Review (ZS)
MIT	Massachusetts Institut of Technology
NEJM	New England Journal of Medicine (ZS)
NW	Nordrhein-Westfalen
ÖKZ	Österreichische Krankenhaus-Zeitung (ZS)
prim.	primär
resp.	respektive
RHC	Rural Hospital Consortia
ROI	Return on Investment
sek.	sekundär
SMJ	Sloan Management Journal (ZS)
TQM	Total Quality Management
U.	Unternehmen
u. E.	unseres Erachtens
urspr.	ursprünglich
USA	United States of America
VAP	Value-Adding Partnership
vert.	vertikal
WHO	World Health Organization
WiSt	Wissenschaftliches Studium (ZS)
zbf	Zeitschrift für Betriebswirtschaftliche Forschung (ZS)
zfo	Zeitschrift für Organisation (ZS)
ZS	Zeitschrift

A. Einleitung

I. Thematische Einführung

Unter dem Begriff Kooperation versteht man in der Betriebswirtschaftslehre die Zusammenarbeit von mindestens zwei rechtlich selbständigen Unternehmen. Den Kooperationen können dabei unterschiedliche Ziele und organisatorische Ausformungen zugrunde liegen. Bei der gemeinschaftlichen Verfolgung des Kooperationsziels müssen allerdings die jeweiligen Einzelziele der beteiligten Unternehmen berücksichtigt werden. Kooperationen stehen daher in einem Spannungsverhältnis von Interessenkongruenz und Interessenkonflikt. Dementsprechend bergen Kooperationsprojekte neben dem Erfolgspotential auch Konfliktpotential. Kooperationsunternehmungen sind somit von besonderem Interesse für die Betriebswirtschaftslehre.¹

Globalisierung und *technologischer Fortschritt* kennzeichnen die momentane Wettbewerbssituation. Die daraus resultierenden kürzeren Produktzyklen und der zunehmende Wettbewerb bedingen *unternehmerische Flexibilität*, um ohne Verzögerung auf betriebsbeeinflussende Veränderungen reagieren zu können. Die Kooperation ist ein geeignetes, zunehmend eingesetztes Instrumentarium zur Durchsetzung einer flexiblen Strategie. Sie ermöglicht eine Zielerreichung unter Schonung von Ressourcen. Da Ressourcen knapp sind, führt verminderte Ressourcenbindung für ein Projekt, das kooperativ durchgeführt wird, zu freien Mitteln für zusätzliche Projekte. So ist zum Beispiel eine gemeinsame Grundlagenforschung zur Entwicklung und Herstellung von Mikrochips für die beteiligten Partner bei geringerem Kapitaleinsatz möglich, als dies bei alleiniger Projektdurchführung der Fall wäre, da die Investitionssumme sich auf die Partner aufteilt.

Wenn Unternehmen Kooperationen eingehen, können sie sich auf ihre Kerngeschäfte konzentrieren und erhalten die für einen erfolgreichen Wettbewerb notwendige Flexibilität. Kooperationen steigern dementsprechend die Effizienz, sie entwickeln sich zunehmend zur strategischen Waffe.

Für Krankenhäuser gilt ein anderes Szenario. Da Krankenhäuser in erster Linie *Dienstleistungen am Menschen* erbringen, ist bei Entscheidungsprozessen die Verantwortlichkeit gegenüber dem Patienten maßgebend. Eine Betriebsfüh-

¹ Vgl. *Schrader* (Kooperation), S. 223.

nung rein nach ökonomischen Prinzipien ist daher nicht möglich. Unternehmerische Entscheidungen werden eingeschränkt. Aber auch für Krankenhausmanager zeigen Veränderungen der Umwelt Auswirkungen auf ihre Unternehmen. Vor allem durch den anhaltenden Kostendruck im Gesundheitswesen, sich verändernde Altersstrukturen der Bevölkerung und technologische Neuentwicklungen in der Medizin werden von Krankenhäusern Anpassungen und Veränderungen verlangt. Organisatorische Anpassungen sind jedoch in den Krankenhäusern aufgrund der Befassung mit dem Menschen als „Transformationsprodukt“, der vielfältigen Trägerschaften und der speziellen Situation einer Abweichung von Leistungsempfänger (Patient) und unmittelbarem Leistungsträger (Sozialleistungsträger) nicht ohne weiteres mit der industriellen Realität vergleichbar.

Trotz der grundlegenden Unterschiede zwischen Krankenhausbetrieben und sonstigen Unternehmen werden Kooperationen auch in der Krankenhausbetriebslehre als nötiges und wirksames *Instrumentarium für eine Effizienzsteigerung der Krankenhäuser* betrachtet.² Dabei stellt gerade das Krankenhaus einen äußerst komplexen Fall eines betriebswirtschaftlichen Objekts dar und eröffnet vielfältige Möglichkeiten zu Kooperationsprojekten.

Während grundlegende Erörterungen existieren, ist eine eingehende Betrachtung der Kooperationstheorie für Krankenhäuser und deren organisatorische Umsetzung in der Praxis nicht durchgeführt worden. Die Notwendigkeit einer vertiefenden Forschung in diesem Bereich wird durch die Bedeutung des Krankenhauswesens für eine Volkswirtschaft unterstützt.

Die Untersuchung von Kooperationen von Krankenhäusern und deren Auswirkungen auf den Handlungsspielraum ist auch für Unternehmen, die mit Krankenhäusern in Leistungsbeziehungen stehen, von Interesse. Einerseits wird der Trend zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Zulieferern betrachtet, andererseits ergeben sich auch aus Partnerschaften von Krankenhäusern untereinander oder mit Ärzten, Sozialdiensten u. a. wichtige Einflußfaktoren für Anbieter von pharmazeutischen und medizinischen Leistungen. Die Veränderung der Marktmacht der Krankenhäuser durch gemeinsamen Einkauf, Herausbildung von Kooperationsfeldern, Auswirkungen auf langfristige Beziehungen von Anbietern von medizinischem Gerät und den Krankenhäusern als Abnehmern, Möglichkeit zum Abschluß von Großaufträgen und gezielterer Schulung bei Verhandlungen mit kooperierenden Krankenhäusern sind nur einige Beispiele.

² „... one of three hospitals is currently involved in some type of cooperative venture.“ Vgl. *Shortell* (Joint Ventures), S. 539.

II. Forschungsziel und Problemstellung

In der vorliegenden Arbeit wird das Ziel verfolgt, die Einsatzmöglichkeiten von Kooperationen im Krankenhausbereich aufzuzeigen und die organisatorischen Umsetzungen darzulegen.

Anfänglich ist daher zu prüfen, ob im Kontext, in den die Krankenhäuser eingebunden sind, kooperative Beziehungen brauchbare Instrumente der Krankenhausführung darstellen. Konkretisiert wird die Problemstellung durch die Frage, *ob Kooperationen zur Überwindung des Dilemmas zwischen Qualitätsanspruchsverhalten und Kostenminimierungsforderungen an die Krankenhäuser beitragen können.*³ Eine Flexibilisierung im Rahmen des eingegrenzten Handlungsspielraums ist seitens des Managements dringend notwendig. Bisherige Beiträge über Kooperationen von Krankenhäusern beschränken sich auf exemplarische Darstellungen oder das Aufzeigen grundsätzlich möglicher Einsatzbereiche von Partnerschaften zwischen Krankenhäusern.⁴ Weiterhin ist der Zugang zur Thematik, besonders im nordamerikanischen Bereich, über verschiedene theoretische Ansätze versucht worden, ohne einen integrativen Rahmen für das Untersuchungsobjekt zu bieten. Die bestehende Forschung ist fragmentiert, auf bisherige Erkenntnisse wird nicht ausreichend zurückgegriffen.

Die theoriegeleitete Literatur zielt primär auf eine Begründung der Existenz von Kooperationsformen im Krankenhausbereich. Ebenso wie die theoretisch geleiteten Artikel weisen empirische Beiträge zur Thematik vor allem zwei Defizite hinsichtlich einer zu fordernden Kooperationstheorie für Krankenhäuser auf. Einerseits wird die Kooperation umfassend als eine Koordinationsform betrachtet, ohne eine Differenzierung verschiedener Gestaltungsformen dieses Instrumentariums vorzunehmen. Getroffene Aussagen und beobachtete Tatbestände sind globaler Natur und erschöpfen sich in der Feststellung, daß die Kooperation per se eine wünschenswerte Koordinationsform darstellt. Wird hingegen eine besondere Ausformung der Kooperation untersucht, dann erfolgt keine Betrachtung oder kein Vergleich alternativer Kooperationsformen, um eine aufgaben- und situationsbedingte Alternativenwahl zu ermöglichen.⁵ Die Erkenntnisse der Literatur erweisen sich als nicht ausreichend, um einen theoretisch fundierten und empirisch geprüften Handlungsrahmen für Krankenhausmanager zu bieten, der integrativ und situationsbezogen Informationen zum Management von Kooperationen bietet.

³ Vgl. *Kaluzny/Zuckerman* (Strategic Alliances), S. 144.

⁴ Beispielsweise *Gronemann* (Kooperation), S. 6 f.; *Bergmann* (Überlegungen).

⁵ Wurche spricht in diesem Zusammenhang davon, daß die Entscheidung nicht nur „binärer Natur“ im Sinne von Kooperation versus Nichtkooperation ist, sondern eine Wahl unter mehreren Alternativen darstellt. Vgl. *Wurche* (Kooperation), S. 20.