

Strategische Allianzen im deutschen Krankenhauswesen

Gesundheitswesen; Integrierte Versorgung; Kooperation; Krankenhausmanagement; Managed Care; Netzwerk; Strategische Allianz

Strategische Allianzen haben sich zu einem Phänomen entwickelt, das weltweit und branchenübergreifend die Arbeitsweise von Unternehmen verändert hat. Wie die Erfahrungen im US-amerikanischen Gesundheitswesen gezeigt haben, ist der Gesundheitssektor hervorragend für die Umsetzung von strategischen Allianzen geeignet. Der vorliegende Beitrag stellt zunächst das Konzept der strategischen Allianz aus theoretischer Sicht vor, bevor anschließend eine Übertragung auf das deutsche Gesundheits- und Krankenhauswesen erfolgt. Den Schwerpunkt dieses Beitrags bildet schließlich die Frage, wie strategische Allianzen im Krankenhauswesen erfolgreich gemanagt werden können. Dabei wird eine lebenszyklusorientierte Perspektive gewählt.

I. Einleitung

Das so genannte „Informationszeitalter“, das die letzten 10 bis 20 Jahren umfasst, hat die Art und Weise, wie Unternehmen mit ihren Kunden, Zulieferern, Mitarbeitern und Wettbewerbern interagieren, grundlegend verändert. Angetrieben von einer umfassenden EDV-technischen Durchdringung und Vernetzung der Unternehmen, einer starken Differenzierung der Nachfrage und einer wachsenden Bedeutung der Ressource „Wissen“ haben sich in den letzten Jahren flexible organisatorische Konzepte in den Unternehmen durchgesetzt, die in der Organisationstheorie unter den Schlagworten „hybrid organization“¹, „network organization“² oder „information age organization“³ diskutiert werden. Typisch für diese Ansätze ist die teilweise Auflösung der Coase'schen Unternehmung, die Verdrängung von hierarchischen durch marktliche Prozesse und die verstärkte Anwendung von Kooperationen zwischen formal unabhängigen Unternehmen.⁴

Betrachtet man die in Abb. 1 veranschaulichte geschichtliche Entwicklung der vorherrschenden Verflechtungsformen zwischen Unternehmen, so erkennt man, dass die klassische Vorstellung des unabhängigen Unternehmens, das fast ausschließlich über den Markt mit anderen Unternehmen interagiert, spätestens seit der in den 50er und 60er Jahren einsetzenden Zunahme von Übernahmen und Fusionen nicht mehr der Realität entspricht. Die dadurch entstandenen diversifizierten Konglomerate wurden dann in den

-
- 1 Vgl. Borys/Jemison (1989), S. 234 ff.
 - 2 Vgl. Snow u.a. (1992), S. 5 ff.
 - 3 Vgl. Mendelson/Pillai (1999), S. 253 ff.
 - 4 Vgl. Zenger/Hesterly (1997), S. 209 ff.

80er Jahren durch Unternehmen ersetzt, die stärker auf bestimmte Geschäftsfelder bzw. strategische Geschäftseinheiten fokussiert waren. In den 90er Jahren rückten schließlich interorganisationale Kooperationsformen in den Vordergrund, die eine niedrigere kapitalmäßige Verflechtung beinhalten und als Netzwerke oder strategische Allianzen bezeichnet werden.

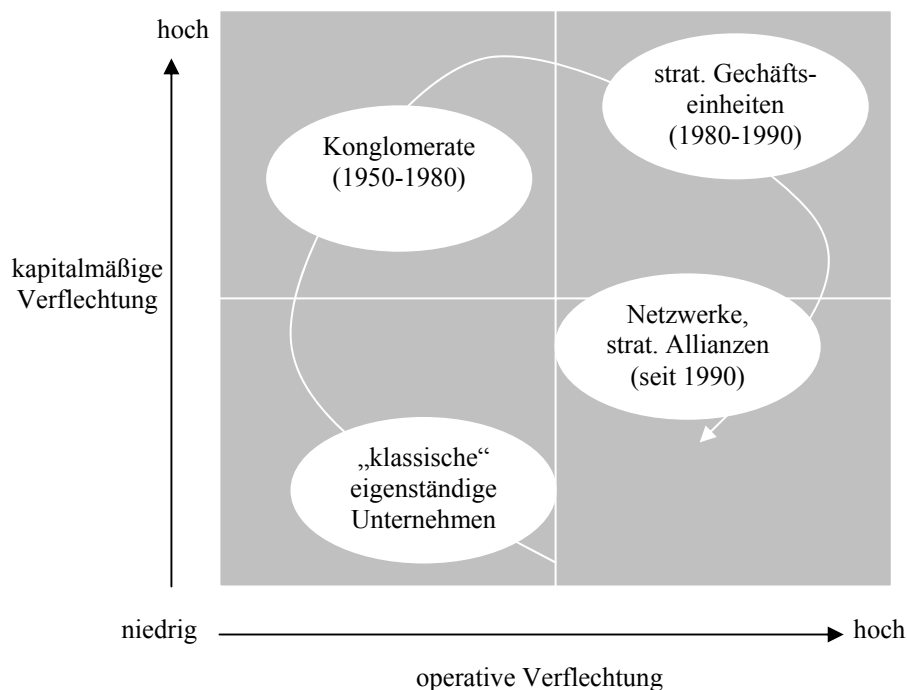


Abb. 1: Vorherrschende Verflechtungsformen von Unternehmen

Quelle: Hinterhuber/Levin (1994), S. 45

Das deutsche Krankenhauswesen hat sich diesen Entwicklungen – anders als z.B. das US-amerikanische Krankenhauswesen – aufgrund der starken staatlichen Regulierung lange Zeit entzogen. Wettbewerbsaspekte spielten in deutschen Krankenhäusern traditionell kaum eine Rolle. In den letzten Jahren hat sich der Gesetzgeber angesichts der stark gestiegenen Kosten⁵ jedoch gezwungen gesehen, mehr Markt- und Wettbewerbselemente im Krankenhaussektor zuzulassen. Besonders wichtig war dabei die 2002 beschlossene Reform der Krankenhausvergütung.⁶ Das neue DRG-System⁷, das in ähnlicher Form bereits z.B. in den USA und Australien erfolgreich eingesetzt wird, ist als leistungsorientierte Vergütungsform konzipiert und gilt unter Anreizgesichtspunkten als sehr effizient.⁸ Für die Krankenhäuser in Deutschland stellt die DRG-Einführung allerdings einen massiven „environmental jolt“⁹ dar, d.h. eine abrupte und schwerwiegende Veränderung der Umwelt, die die Existenz vieler Krankenhäuser gefährdet. Berücksichtigt man zudem die Finanzmittelknappheit der öffentlichen Hand und die bestehenden Überkapazitäten an

5 Vgl. Statistisches Bundesamt (2002), S. 16.

6 Vgl. Lungen/Lapsley (2003), S. 360 ff.

7 DRG: Diagnosis Related Groups; vgl. Fetter (1991), S. 6 ff.

8 Vgl. Hoffmeyer/McCarthy (1994), S. 242 f.

9 Vgl. Meyer (1982), S. 515 ff.

stationären Krankenhausleistungen¹⁰, so wird deutlich, dass die Existenz eines Krankenhauses langfristig nur sichergestellt werden kann, wenn es hocheffizient arbeitet und dabei den steigenden Ansprüchen der Patienten genügt.

Insofern lässt sich festhalten, dass das „Informationszeitalter“ auch für das deutsche Krankenhausmanagement angebrochen ist. Die oben beschriebenen organisatorischen Veränderungen, die in den meisten anderen Branchen und im US-amerikanischen Krankenhaussektor bereits seit 10 bis 20 Jahren stattfinden, müssen in deutschen Krankenhäusern in deutlich kürzerer Zeit nachgeholt werden. Eine wichtige Rolle spielen dabei hybride Organisationsstrukturen, die sich dadurch auszeichnen, dass die traditionellen Grenzen der Unternehmung aufgelöst und durch langfristig ausgerichtete organisatorische Verbindungen ersetzt werden, die die Ressourcen und/oder die Managementstrukturen von mehreren selbständigen Unternehmen gemeinsam nutzen.¹¹ Die in der betriebswirtschaftlichen bzw. organisationstheoretischen Literatur wohl am häufigsten diskutierte und in der Unternehmenspraxis am häufigsten praktizierte hybride Organisationsform ist die strategische Allianz.¹² Die Frage, ob strategische Allianzen im deutschen Krankenhaussektor zweckmäßig sind, ist Gegenstand dieses Beitrags.

II. Strategische Allianzen

1. Begriffsabgrenzung, Zweck und Erscheinungsformen

In der organisationstheoretischen Literatur werden strategische Allianzen normalerweise definiert als freiwillige Vereinbarungen zwischen mehreren Unternehmen, die den Austausch, die gemeinsame Nutzung oder die gemeinsame Entwicklung von Produkten, Technologie oder Dienstleistungen zum Gegenstand haben.¹³ Dabei versteht sich von selbst, dass es sich um langfristig angelegte Vereinbarungen handeln muss. Obwohl Anfang der 90er Jahre noch häufig die Ansicht vertreten wurde, dass strategische Allianzen nur Unternehmen desselben Geschäftsfeldes bzw. derselben Branche umfassen¹⁴, so hat sich mittlerweile in der Fachliteratur die Auffassung durchgesetzt, dass auch branchenübergreifende strategische Allianzen möglich sind.

Unternehmen gehen strategische Allianzen ein, weil sie sich Vorteile davon versprechen. Dabei wird i.d.R. erwartet, dass langfristig sowohl die Effizienz als auch die Profitabilität des Unternehmens positiv beeinflusst werden.¹⁵ Effizienzverbesserungen ergeben sich, wenn Inputs verringert oder Outputs erhöht werden. Strategische Allianzen können dazu beitragen, die Inputs zu verringern, indem z.B. Größenvorteile erzielt werden und Ressourcen von den Allianzpartnern gemeinsam genutzt werden. Sie können außerdem auch

10 Vgl. Lauterbach/Lüngen (2003), S. 52 ff.

11 Vgl. Borys/Jemison (1989), S. 235.

12 Vgl. Schiffrin (2001), S. 26 ff.

13 Vgl. z.B. Gulati (1998), S. 293.

14 Vgl. z.B. Backhaus/Piltz (1990), S. 3.

15 Vgl. Oum/Park/Kim/Yu (2004), S. 845 f.

den Output des Unternehmens erhöhen, indem z.B. Synergien realisiert werden oder der Zugang auf neue Märkte gelingt. Langfristig dürften diese Mechanismen sich auch in einer höheren Profitabilität widerspiegeln, da die Inputverringerung zu Kostensenkungen und die Outputerhöhung zu höheren Umsätzen führen dürften. Außerdem wird sich die durch eine strategische Allianz häufig angestrebte bessere Wettbewerbsposition, die hauptsächlich aus Größeneffekten resultiert, langfristig positiv auf die Profitabilität auswirken.¹⁶

Aufgrund der sehr weiten begrifflichen Abgrenzung lässt sich eine Vielzahl von organisatorischen Phänomenen wie z.B. Joint Ventures oder Lizenzverträge unter das Konzept der strategischen Allianz subsumieren. Die am häufigsten vorzufindende Systematisierung von strategischen Allianzen orientiert sich an der Branchenzugehörigkeit bzw. an der Wertschöpfungskette.¹⁷ Dabei werden vertikale Allianzen zwischen Unternehmen aufeinander folgender Stufen der Wertschöpfungskette, horizontale Allianzen zwischen Unternehmen der gleichen Branche und Wertschöpfungsstufe sowie diagonale Allianzen zwischen Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Wertschöpfungsstufen unterschieden.¹⁸ Eine weitere häufig benutzte Systematisierung differenziert strategische Allianzen anhand der kapitalmäßigen Verflechtung der beteiligten Akteure in Joint Ventures, Minderheitsbeteiligungen und vertragliche Allianzen ohne kapitalmäßige Beteiligung.¹⁹ Geht die kapitalmäßige Verflechtung so weit, dass es zu einer Mehrheitsbeteiligung oder einer Fusion kommt, kann man nicht mehr von einer strategischen Allianz sprechen²⁰, weil entweder keine freiwillige Vereinbarung mehr vorliegt oder keine verschiedenen Unternehmen mehr vorhanden sind.

2. Erklärungsansätze

Strategische Allianzen lassen sich unter Einbeziehung von mehreren Theorieansätzen erklären. Im Mittelpunkt stehen die Ressourcenabhängigkeitstheorie, die Populationsökologie, die industrieökonomische Strategieforschung, der Transaktionskostenansatz²¹ sowie in den letzten Jahren der (neo-) institutionalistische Ansatz.²² Im Folgenden werden lediglich diejenigen drei Ansätze angesprochen, die den größten Beitrag zur Erklärung von strategischen Allianzen liefern.

Eine Schlüsselstellung kommt dem ressourcenorientierten Ansatz zu, der die Ursache für den nachhaltigen Erfolg eines Unternehmen primär in den strategisch wichtigen materiellen und immateriellen Ressourcen des Unternehmens und in der Fähigkeit, diese geschickt zu kombinieren und zu nutzen, sieht.²³ Diese Kernkompetenzen müssen aller-

16 Vgl. Eisenhardt/Schoonhoven (1996), S. 138 f.

17 Vgl. Straßner/Körnert (2003), S. 8.

18 Vgl. Picot/Reichwald/Wigand (2001), S. 305 f.

19 Vgl. Gulati/Singh (1998), S. 792 f.

20 In der frühen organisationstheoretischen Literatur vertrat man noch die entgegengesetzte Auffassung. Vgl. z.B. Borys/Jemison (1989), S. 235.

21 Vgl. hierzu den Überblick bei Auster (1994), S. 4 ff.

22 Vgl. z.B. Sydow/Windeler (1998), S. 265 ff., Gulati (1998), S. 293 ff.

23 Vgl. z.B. Wernerfelt (1984), Grant (1996), Prahalad/Hamel (1990).

dings durch weitere Komplementär- und Peripheriekompetenzen ergänzt werden, die eine geringere strategische Bedeutung haben und oftmals kostengünstiger von Dritten bezogen werden können.²⁴ Strategische Allianzen können dazu dienen, das benötigte Bündel an Kern-, Komplementär- und Peripheriekompetenzen optimal zusammenzustellen.²⁵ Im Mittelpunkt steht meistens die schnelle Übertragung oder gemeinsame Entwicklung von Know-how, so dass strategische Allianzen traditionell besonders häufig in wissens- und technologieintensiven Branchen vorkommen. Aus theoretischer Sicht ist v.a. die Beschaffung der Komplementärkompetenzen, d.h. der Kompetenzen von mittlerer Bedeutung, mittels Allianzen zweckmäßig, während die Kernkompetenzen selber bereitgestellt und die nachrangigen Peripheriekompetenzen auf dem Markt fremdbezogen werden sollten. Bei der praktischen Umsetzung dieser theoretischen Empfehlungen bereitet jedoch die fehlende trennscharfe Abgrenzung zwischen Kern- und Komplementärkompetenzen Schwierigkeiten.

Der marktorientierte Ansatz, der den Grund für den nachhaltigen Erfolg eines Unternehmens primär in der Struktur der Branche sieht, trägt ebenfalls zur Erklärung von strategischen Allianzen bei.²⁶ Strategische Allianzen können demnach eingesetzt werden, um Wettbewerbsvorteile zu erzielen und die strategische Position des Unternehmens gegenüber seinen Wettbewerbern zu stärken.²⁷ Horizontale Allianzen können z.B. dazu dienen, Größenvorteile zu erzielen, um Wettbewerber vom Markt zu verdrängen, um den Markteintritt von neuen Wettbewerbern zu erschweren oder um die Verhandlungsposition von Zulieferern abzuschwächen. Sie ermöglichen aber auch den raschen Eintritt in neue Märkte. Im Gegensatz zum ressourcenorientierten Ansatz kann der marktorientierte Ansatz somit besser erklären, warum strategische Allianzen oftmals auch zur Entwicklung und zum Ausbau von Kernkompetenzen eingegangen werden.

Eine wichtige Rolle bei der Erklärung von strategischen Allianzen spielt schließlich noch der Transaktionskostenansatz.²⁸ Dieser geht davon aus, dass die an einer strategischen Allianz beteiligten Partner aufgrund von Opportunismus und begrenzter Rationalität dazu neigen, den eigenen Nutzen auf Kosten der anderen Partner zu maximieren.²⁹ Dies verursacht Transaktionskosten, insbesondere in Form von Such-, Kontroll- und Koordinationskosten. Den Koordinationskosten kommt in diesem Zusammenhang eine herausragende Stellung zu, da die gemeinsame Leistungserstellung durch mehrere formal unabhängige Unternehmen zu einem sehr komplizierten Entscheidungsfindungsprozess führt und hohe Anforderungen an die kommunikativen Fähigkeiten der beteiligten Partner stellt.³⁰ Der Transaktionskostenansatz führt zunächst zu der theoretischen Empfehlung, dass strategische Allianzen vor allem für die Erstellung von Leistungen mit einer mittleren Spezifität (d.h. bei Komplementärkompetenzen) und einer mittleren Umweltunsi-

24 Vgl. Picot/Reichwald/Wigand (2001), S. 291 f.

25 Vgl. Eisenhardt/Schoonhoven (1996), S. 136 ff.

26 Vgl. Porter (1980), Porter (1985).

27 Vgl. Auster (1994), S. 8 f.

28 Vgl. Coase (1937), Williamson (1985).

29 Vgl. Parkhe (1993), S. 794 ff.

30 Vgl. Gulati/Singh (1998), S. 784.

cherheit geeignet sind.³¹ Im Fall einer hohen Unsicherheit steigt die Bedeutung der mit einer strategischen Allianz erzielbaren Risikominimierung durch Risikoteilung, was das häufig beobachtbare Phänomen erklärt, dass auch hochspezifische Leistungen, die die Kernkompetenzebene der beteiligten Unternehmen betreffen, Gegenstand von strategischen Allianzen sind.

III. Strategische Allianzen im Krankenhauswesen

Da der Einsatz von strategischen Allianzen im Gesundheits- und Krankenhauswesen eng verknüpft ist mit der Notwendigkeit einer integrierten Gesundheitsversorgung, wird im Folgenden zunächst auf diese Thematik eingegangen.

1. Integrierte Gesundheitsversorgung

Das deutsche Gesundheitswesen ist im Vergleich zu anderen Sektoren traditionell ein sehr stark fragmentierter Sektor. Der Output „Gesundheit“ wird von einer vergleichsweise hohen Anzahl an eigenständigen und zum Teil hochspezialisierten Akteuren (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Rehabilitations-Einrichtungen, usw.) erbracht. Dies führt v.a. bei der Behandlung von schwer oder chronisch kranken Patienten zu einer Vielzahl an Schnittstellen, die durch Überweisungen überbrückt werden müssen. Die fehlende ganzheitliche Patientenversorgung entlang des gesamten Behandlungskontinuums verursacht hohe Koordinationskosten und gilt als einer der Hauptgründe für die im internationalen Vergleich geringe Kosteneffizienz des deutschen Gesundheitswesens.³² Hinzu kommt, dass es sich v.a. bei den niedergelassenen Ärzten i.d.R. um sehr kleine Organisationseinheiten handelt. Um die gesetzlich vorgeschriebene flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zu gewährleisten, gibt es aber auch – v.a. in ländlichen Gegenden – viele relativ kleine Krankenhäuser, die kaum Größenvorteile erzielen können.

Die aus einer solchen Branchenstruktur resultierenden Ineffizienzen lassen eine Integration verschiedener Gesundheitsdienstleister angebracht erscheinen. Man spricht in diesem Zusammenhang von integrierter Gesundheitsversorgung.³³ Dabei ist sowohl die horizontale Integration von Anbietern einer Versorgungsstufe (z.B. Zusammenschluss von mehreren niedergelassenen Ärzten) als auch die vertikale Integration von Anbietern verschiedener Versorgungsstufen (z.B. niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser) denkbar. Besonders hohe Effizienzgewinne, die sich sowohl in Kostensenkungen als auch in Qualitätsverbesserungen widerspiegeln können, verspricht man sich von einer besseren „Verzahnung“ des ambulanten und des stationären Sektors, d.h. von der vertikalen Integration.

31 Vgl. Picot/Reichwald/Wigand (2001), S. 293 ff.

32 Vgl. z.B. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Ziffer 352 ff.

33 Vgl. Mühlbacher (2002), S. 18 f.

Eine Form der integrierten Versorgung, die in den USA eine wichtige Rolle spielt, stellt Managed Care dar.³⁴ Unter Managed Care bzw. unter der für dieses Konzept typischen Health Maintenance Organization (HMO) versteht man eine Organisationsform der Gesundheitsversorgung, bei der eine Integration der Versicherungs- und Leistungserbringungsfunktion erfolgt. Durch die Verlagerung des Versicherungsrisikos auf die Leistungserbringer – d.h. auf die Krankenhäuser bzw. Ärzte – entsteht ein starker Anreiz zur effizienten Leistungserbringung. Die am weitesten fortgeschrittene Form von Managed Care stellen die so genannten Integrated Delivery Systems bzw. Integrated Health Networks dar, die nicht nur die Versicherungsfunktion übernehmen, sondern darüber hinaus auch das gesamte medizinische Versorgungskontinuum abdecken.³⁵

In den USA haben sich integrierte Versorgungsformen weitgehend am Gesundheitsmarkt durchgesetzt. Eine empirische Untersuchung aus dem Jahr 1999 zeigt, dass dort z.B. mehr als 70% aller Krankenhäuser einem integrierten System oder Netzwerk angehören.³⁶ In Deutschland haben die bisherigen rechtlichen Rahmenbedingungen eine solche Entwicklung bis dato nicht zugelassen. Mit der Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber allerdings Regelungen in das Sozialgesetzbuch aufgenommen, die den Einsatz von rudimentären integrierten Versorgungsformen ermöglichen. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2004 wurde der Anwendungsbereich dieser Regelungen erneut ausgeweitet.³⁷ Krankenkassen und Leistungserbringer können jetzt auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur sektorenübergreifenden oder interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung abschließen, die separat vergütet werden. Dies unterstreicht erneut den Willen des Gesetzgebers, integrierte Versorgungsformen in Deutschland zu forcieren.

Die Schaffung von vertikal integrierten Versorgungsstrukturen ist theoretisch auf zwei unterschiedliche Arten möglich. Zum einen ist die kapitalmäßige Verbindung von Gesundheitsdienstleistern unterschiedlicher Versorgungsstufen denkbar, z.B. durch Übernahmen oder Joint Ventures. Diese Möglichkeit gilt jedoch nicht in Bezug auf die Integration der Versicherungs- und der Versorgungsfunktion in einem Unternehmen, da dies wegen des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Sektor und der Bundesländer für den stationären Sektor zur Zeit kaum möglich sein dürfte.³⁸ Zum anderen sind freiwillige Kooperationsvereinbarungen, die die rechtliche Selbständigkeit der Vertragspartner nicht berühren, d.h. strategische Allianzen, möglich. Angesichts der vom Gesetzgeber beabsichtigten Förderung von vertikal integrierten Versorgungsstrukturen ist somit davon auszugehen, dass die Bedeutung von strategischen Allianzen im deutschen Gesundheitswesen in naher Zukunft deutlich zunehmen wird. Dies entspräche auch der Entwicklung in den USA, wo sich das Gesundheitswesen Ende der 80er Jahre in einer ähnlichen Situation wie jetzt in Deutschland befand. Obwohl dort sogar die komplette Integration von Versicherungs- und Versorgungsfunktion innerhalb

34 Vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann (2003), S. 409 ff.

35 Vgl. Mühlbacher (2002), S. 44 ff., Friedman/Goes (2001), S. 3 ff.

36 Vgl. Bazzoli/Shortell (1999), S. 683 ff.

37 Vgl. Orłowski/Wasem (2003), S. 91 ff.; Quaas (2004), S. 175 ff.

38 Vgl. Mühlbacher (2003), S. 82.

eines Unternehmens möglich und auch häufig praktiziert worden ist, kam es in den 90er Jahren zu einer bis zur Gegenwart anhaltenden „Explosion“ der Zahl an strategischen Allianzen.³⁹

2. Formen von strategischen Allianzen im Krankenhauswesen

Krankenhäuser können sich in unterschiedlicher Art und Weise an strategischen Allianzen beteiligen. Orientiert man sich an der Wertschöpfungskette, dann können sie horizontale, vertikale und diagonale Allianzen eingehen (vgl. Abb. 2).

Im Fall einer horizontalen Allianz eines Krankenhauses mit einem oder mehreren anderen Krankenhäusern spricht man von einer strategischen Krankenhausallianz.⁴⁰ Ein wichtiges Ziel, das normalerweise mit einer strategischen Krankenhausallianz verfolgt wird, ist offensichtlich: Größe. Die Krankenhausallianz ist um ein Vielfaches größer als die einzelnen Krankenhäuser, aus denen sie sich zusammensetzt. Damit erzielt sie einen deutlich größeren Marktanteil als Krankenhäuser, die keiner Krankenhausallianz angehören. Hinzu kommt, dass auch die Reichweite des Einzugsgebietes zunimmt und damit die Zahl der insgesamt behandelten Patienten. Die teilnehmenden Krankenhäuser können durch eine gezielte Steuerung der Patientenströme – selbstverständlich unter Beachtung der Patientensouveränität – Spezialisierungsvorteile erzielen und dadurch sowohl Kosten senken als auch Qualitätsverbesserungen erzielen. Weitere Kostensenkungen sind außerdem durch die Zusammenlegung von Abteilungen aus dem Wirtschafts- und Verwaltungsbereich erzielbar.⁴¹ Allerdings müssen auch gegenläufige Effekte, die aus dem i.d.R. steigenden Koordinations- und Abstimmungsaufwand resultieren, berücksichtigt werden.

39 Vgl. Judge/Ryman (2001), S. 71 f.

40 Vgl. Olden/Roggenkamp/Luke (2002), S. 33 ff.

41 Vgl. Neubauer (2000), S. 383.

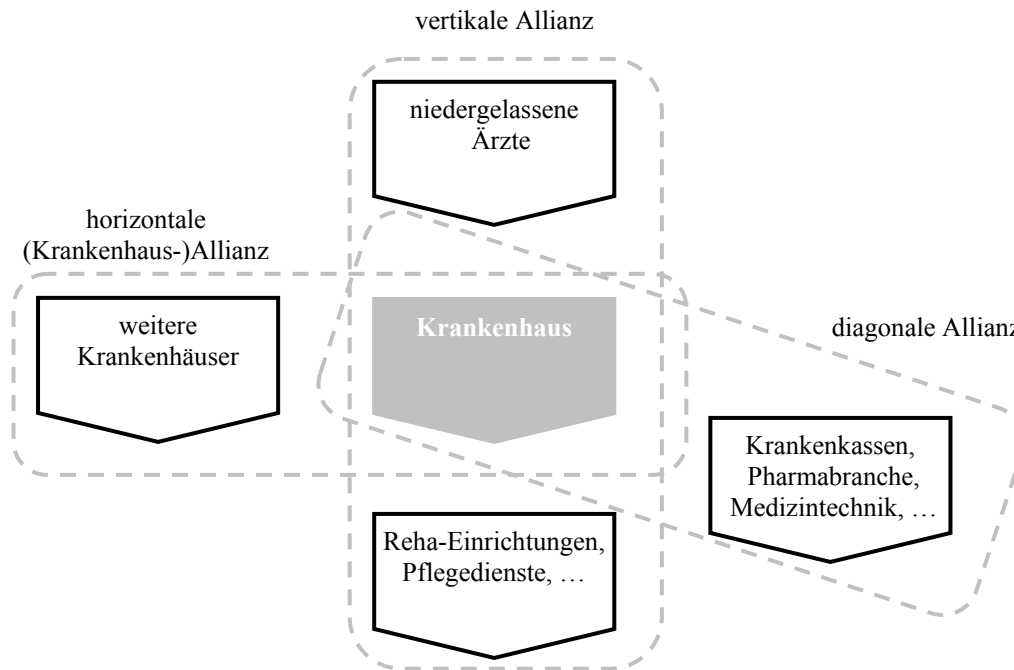


Abb. 2: *Strategische Allianzen im Krankenhauswesen*

Quelle: Eigene Darstellung

Je größer die strategische Krankenhausallianz ist, desto umfassender ist auch das Leistungsspektrum, das sie anbieten kann, wodurch sie an Attraktivität sowohl bei den Patienten als auch bei den Kostenträgern, d.h. den Krankenkassen und -versicherungen, gewinnt. Krankenhausallianzen ermöglichen außerdem eine bessere Auslastung des Anlagevermögens, insbesondere der sehr kostspieligen Großgeräte. Und schließlich verbessert sich aufgrund der Größe die Verhandlungsmacht gegenüber Zulieferern und Kostenträgern. Insgesamt lässt sich daher festhalten, dass ein Krankenhaus durch den Eintritt in eine strategische Krankenhausallianz eine deutliche Verbesserung seiner Wettbewerbsposition sowie seiner Ressourcenausstattung und Ressourcennutzung erreichen kann.

Im Fall von vertikalen strategischen Allianzen verfolgt ein Krankenhaus neben Größenvorteilen auch andere Ziele.⁴² So steht bei vertikalen Allianzen mit niedergelassenen Ärzten v.a. die Versorgung des Krankenhauses mit Patienten im Vordergrund. Die Bedeutung der „Einweisungsmacht“ der niedergelassenen Ärzte für die Wettbewerbsposition eines Krankenhauses darf nicht unterschätzt werden, zumal Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in Bezug auf bestimmte Patientengruppen an der Nahtstelle von ambulanter und stationärer Versorgung durchaus miteinander im Wettbewerb stehen. Eine gezielte Steuerung der Patientenströme im Sinne einer Casemix-Optimierung⁴³ setzt voraus, dass das Krankenhaus mit den einweisenden Ärzten Kooperationsverträge abschließt, um

42 Vgl. Brown/McCool (1986), S. 7 ff.

43 Vgl. Meyer/Harfner (1999), S. 147 ff.

die vom Krankenhaus aus strategischer Perspektive angestrebte Fallzusammensetzung zu erreichen. Dies kann langfristig nur gelingen, wenn die Krankenhäuser die einweisenden Ärzte für die Einweisungen angemessen finanziell belohnen, was bei gegenwärtiger Rechtslage – insb. wenn der rechtliche Rahmen des § 140 a-h SGB V gewählt wird – prinzipiell zulässig sein dürfte.⁴⁴ Am anderen Ende der Wertschöpfungskette sind vertikale strategische Allianzen mit Pflegeheimen, Rehabilitations-Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten möglich. Hier ergibt sich für das Krankenhaus die Möglichkeit, den Zeitpunkt der Überweisung von Patienten, die eine post-stationäre Behandlung benötigen, zu optimieren und den Patienten nicht unnötig lange im stationären Bereich zu behalten.

Bei diagonalen strategischen Allianzen sind aus Sicht der Krankenhäuser v.a. die Krankenkassen von herausragender Bedeutung, da diese für die Vergütung von nahezu allen Krankenhausleistungen zuständig sind. Eine strategische Allianz darf sich nach der jetzigen Rechtslage allerdings nicht auf die Finanzierung von Leistungen beziehen, die Gegenstand der normalen, jährlichen Budgetverhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen sind. Möglich sind allerdings Vereinbarungen über die Vergütung von Leistungen im Rahmen der bereits oben erläuterten integrierten Versorgung, die eine sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung zum Gegenstand haben. Hier bietet es sich an, die Krankenkassen in eine strategische Allianz, die sowohl den ambulanten als auch den stationären und den post-stationären Bereich abdecken sollte, einzubeziehen, damit die Finanzierung der erbrachten Leistungen gewährleistet ist. Zu berücksichtigen sind aber auch die privaten Krankenversicherungen, die zwar nur für einen verhältnismäßig geringen Teil der Patienten die Finanzierung übernehmen, die aber dafür einer wesentlich geringeren Regulierung unterliegen und daher viel flexibler bei der Gestaltung der Kooperation sein können.

Möglich sind schließlich auch diagonale strategische Allianzen zwischen Krankenhäusern und Unternehmen aus der Medizintechnik und aus der Pharmabranche. Im Vordergrund solcher Allianzen steht schwerpunktmäßig die Entwicklung von neuen, innovativen Diagnose- und Behandlungsmethoden. Angesichts der rasanten Fortschritte in der Medizin und Medizintechnik und der enormen Kosten, die neue Medikamente und moderne medizinische Großgeräte verursachen, sind diese Allianzen aus strategischer Sicht von kaum zu unterschätzender Bedeutung. Dies belegt auch eine empirische Studie, die feststellt, dass der häufigste Grund für den Eintritt in strategische Allianzen im US-amerikanischen Gesundheitswesen die Entwicklung von neuen Produkten bzw. Leistungen ist.⁴⁵ Strategische Allianzen ermöglichen nicht nur einen schnelleren Zugang zu neuem Know-how, sondern sie ermöglichen dem Krankenhaus auch einen stärkeren Einfluss auf den Forschungs- und Entwicklungsprozess. Die Neuentwicklungen müssten folglich besser auf den Bedarf im Krankenhaus zugeschnitten sein. Langfristig sollte sich eine Verbesserung der Wettbewerbsposition des Krankenhauses ergeben.

44 Zu den zu erwartenden Auswirkungen der integrierten Versorgung gemäß § 140 a-h SGB V auf die Versorgungslandschaft in Deutschland vgl. Schulz-Nieswandt/Kurscheid/Wölbert (2005), S. 44 ff.

45 Vgl. Adams (2001), S. 256 f.

3. Management von strategischen Allianzen im Krankenhauswesen

Die Art und Weise, wie strategische Allianzen im Krankenhauswesen zu managen sind, unterscheidet sich stark in Abhängigkeit von der Entwicklungsphase, in der sich die Allianz gerade befindet. Daher werden im Folgenden die in Abb. 3 veranschaulichten Lebensphasen einer Allianz nacheinander betrachtet.⁴⁶

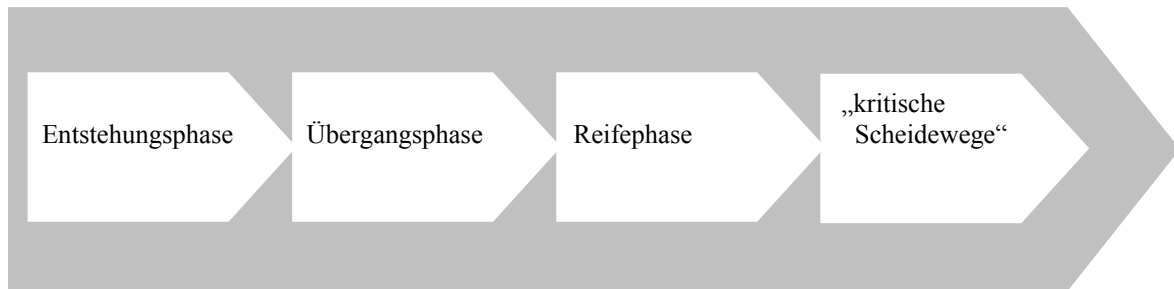


Abb. 3: *Lebenszyklus einer strategischen Allianz*

Quelle: Eigene Darstellung

a) Entstehungsphase

Während der Entstehungsphase führen Entwicklungen in der Krankenhausumwelt und strategische Überlegungen des Managements dazu, dass die Bildung einer strategischen Allianz in Erwägung gezogen wird. Dabei gilt es zunächst die Ziele festzuhalten, die das Krankenhaus mit der strategischen Allianz erreichen soll. Wie bereits im theoretischen Teil dieses Beitrags erläutert wurde, gehören dazu z.B. Kosten-, Zeit- und Know-how-Vorteile sowie die Aussicht auf eine Verringerung von Risiken. Auf der Grundlage eines solchen Zielkatalogs kann beurteilt werden, welche Art von strategischer Allianz geeignet ist, diese Ziele zu erfüllen. Zu entscheiden ist, ob das Krankenhaus eine horizontale Allianz mit einem oder mehreren anderen Krankenhäusern, eine diagonale Allianz mit z.B. einem Pharma-Unternehmen oder eine vertikale Allianz z.B. mit niedergelassenen Ärzten oder poststationären Versorgern eingehen möchte. Zu klären sind jedoch auch die geografische Reichweite und der Zeithorizont der strategischen Allianz und die in die Allianz einzubeziehenden Wertschöpfungsaktivitäten.

In der Entstehungsphase muss darüber hinaus entschieden werden, welche Partner für die Allianz in Frage kommen.⁴⁷ Die von potenziellen Allianzkandidaten zu erfüllenden Kriterien sollten sehr selektiv sein, da dieser Punkt von besonders hoher Bedeutung für den Erfolg der Allianz ist. In Frage kommende Krankenhäuser sollten nicht nur über die benötigten Ressourcen verfügen, sondern auch eine ähnliche Unternehmenskultur und eine ähnliche strategische Ausrichtung aufweisen. Hier kann die Trägerschaft einen wichtigen Anhaltspunkt liefern, da die kulturellen Unterschiede zwischen zwei freigemeinnützigen

⁴⁶ Vgl. D'Aunno/Zuckerman (1987), S. 534 ff.

⁴⁷ Vgl. Straßner/Körnert (2003), S. 21 ff.

Krankenhäusern i.d.R. geringer sein dürften als zwischen einem freigemeinnützigen und einem privaten Krankenhaus. Darüber hinaus sollten auch die Machtverhältnisse zwischen den kooperierenden Krankenhäusern ausgewogen sein, da Machtungleichgewichte langfristig zu Spannungen zwischen den Allianzpartnern führen, die sich negativ auf den Erfolg der Allianz auswirken. So dürfte der Erfolg einer u.U. aus strategischer Sicht durchaus sinnvollen Allianz zwischen einem Universitätsklinikum und einem nahe gelegenen Krankenhaus der Grundversorgung langfristig unter dem großen Machtgefälle leiden.

Die für eine Beurteilung der Eignung der entsprechenden Krankenhäuser benötigten Daten dürften im Allgemeinen nicht öffentlich zugänglich sein, so dass eine diskrete und unverbindliche Kontaktaufnahme mit dem Management oder den Trägern dieser Krankenhäuser bereits in dieser frühen Phase erfolgen sollte. Auf diese Weise lässt sich auch die Kooperationsbereitschaft dieser Krankenhäuser ermitteln. Dabei sollte ein realistisches Bild der mit einer strategischen Allianz erzielbaren Ergebnisse vermittelt und auf die mit der Kooperation verbundenen Kosten und Risiken hingewiesen werden, auch wenn dies zu einem frühzeitigen Abbruch der Gespräche führen könnte.

b) Übergangsphase

Geht es während der Entstehungsphase einer strategischen Allianz noch hauptsächlich um die beiden Fragen, warum die Allianz gebildet werden soll und wer der Allianz beitreten soll, so tritt mit der sich daran anschließenden Übergangsphase die Frage in den Vordergrund, wie die Allianz gestaltet werden soll, damit sie ihre Ziele erreicht. Es müssen Mechanismen eingerichtet werden, die die Koordination der beteiligten Akteure und damit die zielgerichtete Steuerung der strategischen Allianz ermöglichen. Diese Mechanismen sind anschließend vertraglich festzuhalten, um einen zuverlässigen rechtlichen Rahmen für die strategische Allianz zu schaffen.

Eines der Hauptprobleme hierbei stellt die Gestaltung der Ressourcenzuordnung dar. Strategische Allianzen beinhalten stets die gemeinsame Nutzung von Ressourcen, die die Partner in die Allianz einbringen. Allerdings entsteht dadurch ein Freerider-Problem, da aus Sicht der einzelnen Allianzpartner ein Anreiz besteht, möglichst wenige Ressourcen in die Allianz einzubringen und dennoch möglichst umfassend von den von anderen Allianzpartnern eingebrachten Ressourcen zu profitieren.⁴⁸ Die Bereitschaft eines Allianzmitgliedes, Ressourcen in die Allianz einzubringen, wird umso höher sein, je größer der Nutzen ist, der für dieses Mitglied aus der Allianz resultiert. Gleichzeitig hängt der Nutzen einer strategischen Allianz davon ab, in welchem Ausmaß die Allianzpartner Ressourcen einbringen. Um einen Ausweg aus diesem Dilemma zu finden, müssen die Allianzmitglieder ein gewisses Ausmaß an Vertrauen aufbauen und bereit sein, Risiken einzugehen.

48 Vgl. Zajac/D'Aunno (1997), S. 343.

Eine wichtige Rolle spielt dabei die organisatorische und vertragliche Ausgestaltung der Ressourcenzuordnung. Aus organisatorischer Sicht kann die Nutzung der Ressourcen im Rahmen der Wertschöpfungsaktivitäten der Allianz entweder gepoolt oder getrennt erfolgen.⁴⁹ Bei einer gepoolten Ressourcennutzung – wie sie z.B. bei Forschungs- und Entwicklungsallianzen üblich ist – werden die Wertschöpfungsaktivitäten durch die Allianzpartner gemeinsam durchgeführt und die dabei benötigten Ressourcen zu diesem Zweck in einen eigenständigen Ressourcenpool eingebracht. Dies erfordert regelmäßig, dass entsprechende Räumlichkeiten – z.B. Labors – zur Verfügung gestellt werden, die von den beteiligten Akteuren gemeinsam genutzt werden. Bei getrennter Ressourcennutzung wird auf einen solchen Ressourcenpool verzichtet. Die Ressourcen bleiben zumindest räumlich geteilt und auch die Wertschöpfungsaktivitäten durch die Allianzpartner finden weitestgehend getrennt statt. Diese Struktur bietet sich z.B. bei einer Krankenhausallianz an, die die gemeinschaftliche Nutzung der medizinischen Großgeräte einer Universitätsklinik zum Gegenstand hat.

Um die strategische Allianz erfolgreich zu führen, benötigt man ein Organ bzw. ein Führungsgremium, das für die Steuerung der Allianz zuständig ist.⁵⁰ Dabei wird sich das Führungsgremium bei kleineren Allianzen aus Mitgliedern der obersten Führungsinstanzen der beteiligten Krankenhäuser zusammensetzen. Anders als in US-amerikanischen Krankenhäusern, wo i.d.R. mit dem CEO (Chief Executive Officer) als Vorstandsvorsitzendem stets eine eindeutige Zuordnung der Rolle der obersten Führungspersonlichkeit erfolgt, stellt sich in vielen deutschen Krankenhäusern die Frage, ob eher der ärztliche Direktor oder der kaufmännische Direktor für diese Aufgabe in Betracht zu ziehen ist.⁵¹ Angesichts der in den meisten Fällen doch eher betriebswirtschaftlichen Motivation zur Bildung einer strategischen Allianz dürfte die Einbeziehung der kaufmännischen Direktoren der beteiligten Krankenhäuser unverzichtbar sein. Allerdings erscheint es zweifelhaft, ob eine strategische Allianz zielorientiert gesteuert werden kann, wenn das Führungsgremium nicht über ausreichend medizinischen Sachverstand verfügt, so dass auch ärztliche Direktoren einbezogen werden sollten.

c) Reifephase

In der sich an die Übergangsphase anschließenden Reifephase gewinnt die strategische Allianz an Stabilität. Hierfür gibt es zwei Gründe. Zum einen führen die im Zeitablauf gemachten positiven Erfahrungen mit dem Management der kooperierenden Krankenhäuser zu einem gewachsenen Vertrauen.⁵² Hätte man überwiegend negative Erfahrungen gemacht, wäre die Allianz nämlich vermutlich beendet worden. Zum anderen beginnt

49 Vgl. Straßner/Körnert (2003), S. 20.

50 Vgl. Zuckerman/D'Aunno (1990), S. 26 f.

51 Eine Einbeziehung des Pflegedirektors ist ebenfalls denkbar. Allerdings wird der Pflegedirektor angesichts der aus betriebswirtschaftlicher Perspektive erstrebenswerten Zusammenführung der Direktorialbereiche Pflege und Medizin im Folgenden nicht weiter berücksichtigt. Vgl. zu dieser Thematik z.B. Strehlau-Schwoll (2001), S. 91 ff.

52 Vgl. Zajac/D'Aunno (1999), S. 344.

sich die Allianz spätestens in dieser Phase für die beteiligten Krankenhäuser auch auszu zahlen, d.h. es sind positive Auswirkungen auf das wirtschaftliche Ergebnis und/oder auf die Qualität spürbar.⁵³ Dieser prinzipiell begrüßenswerte Effekt kann in dieser Phase al lerdings auch zu Konflikten innerhalb der strategischen Allianz führen, weil die betei ligten Krankenhäuser nun erkennen, dass sie nicht im gleichen Umfang von der Allianz zugehörigkeit profitieren werden. Von entscheidender Bedeutung ist es daher, dass die im Rahmen der strategischen Allianz geschaffenen Werte „fair“ zwischen den Kooperati onspartnern verteilt werden. Dies ist dann der Fall, wenn das Management der beteiligten Krankenhäuser zu der Ansicht gelangt, dass die für die jeweiligen Krankenhäuser durch die Allianz erzeugten Vorteile in einem angemessenen Verhältnis zu den jeweils in die Allianz eingebrachten Ressourcen stehen.

Typisch für die Reifephase ist darüber hinaus, dass es nun zu einem Wachstum der stra tegischen Allianz kommt, d.h. dass neue Kooperationspartner gefunden und in die Alli anz integriert werden. Hieraus ergeben sich neue Herausforderungen für das Management einer solchen Allianz. Schwierigkeiten treten z.B. auf, wenn sich Krankenhäuser, deren Einzugsgebiet sich mit dem Einzugsgebiet eines Allianzpartners überschneidet, um eine Aufnahme in die strategische Allianz bewerben. Die Aufnahme eines solchen Kranken hauses kann aus Sicht der gesamten Allianz durchaus vorteilhaft sein, aus Sicht des Ma nagements des betroffenen Mitglieds der Allianz allerdings als völlig inakzeptabel er scheinen. Da Konkurrenzbeziehungen zwischen den beteiligten Krankenhäusern – auch ohne die Aufnahme neuer Mitglieder – sowie die daraus erwachsenden Konflikte auf lange Sicht unvermeidlich sein dürften, müssen Mechanismen zur Konfliktbewältigung eingerichtet werden. Hinzu kommt, dass häufig auch der Zweck der strategischen Allianz im Zeitablauf an veränderte Rahmenbedingungen – z.B. aufgrund von Reformen der krankenhausrelevanten Gesetzgebung – sowie an veränderte Wünsche und Ziele der be teiligten Krankenhäuser angepasst werden wird. Auch hier dürfte es regelmäßig zu Kon flikten zwischen den Allianzpartnern kommen, die in angemessener Form ausgetragen werden müssen.

Die Mechanismen zur Konfliktbewältigung sind auf der Ebene des Führungsgremiums der strategischen Allianz anzusiedeln. Diese Instanz erfährt durch das Wachstum der Al lianz allerdings ebenfalls Veränderungen. Solange die Anzahl der beteiligten Allianz partner überschaubar blieb, konnte das Führungsgremium der strategischen Allianz so wohl die kaufmännischen als auch die ärztlichen Direktoren umfassen. Ab einer gewissen Mitgliederzahl erschwert und verlangsamt eine große Anzahl an beteiligten Personen die Entscheidungsfindung innerhalb dieses Gremiums, was sich negativ auf den Nutzen der strategischen Allianz auswirken dürfte. Hinzu kommt, dass mit steigender Größe der Al lianz i.d.R. der Koordinationsaufwand zunimmt, so dass der Zeitaufwand der Mitglieder des Führungsgremiums für die Steuerung der Allianz ein Ausmaß erreicht, das nicht mehr mit den sonstigen Verpflichtungen der Mitglieder in Einklang zu bringen ist. Diese Situation kann auch schon bei kleinen strategischen Allianzen entstehen, wenn die Alli-

53 Vgl. D'Aunno/Zuckerman (1987), S. 543.

anz sich auf einen großen Teil der Aktivitäten der beteiligten Krankenhäuser erstreckt und daher der Koordinationsbedarf sehr hoch ist.

In diesen Fällen ist es erforderlich, unterhalb des Führungsgremiums der strategischen Allianz noch eine Organisationseinheit bzw. ein Managementteam zu bilden, das das Führungsgremium unterstützt und eigenständig die operative und taktische Koordination der Allianzaktivitäten übernimmt. Das Führungsgremium kann sich dadurch auf die strategischen Aspekte konzentrieren. Dabei sollte bei der personellen Besetzung des Managementteams darauf geachtet werden, dass ausreichend medizinischer Sachverstand vorhanden ist. Eine zielorientierte Steuerung der Allianz dürfte v.a. auf der operativen und taktischen Ebene ohne die Einbeziehung von ärztlichen Führungskräften kaum möglich sein.

d) „Kritische Scheidewege“

Strategische Allianzen, die ihre Reifephase erreicht haben, werden nach einer gewissen Zeit schließlich einen Punkt erreichen, der sich durch eine relativ hohe Abhängigkeit der beteiligten Krankenhäuser von anderen Allianzmitgliedern und einer relativ starken Zentralisierung von Entscheidungskompetenzen im Führungsgremium der strategischen Allianz auszeichnet. In dieser Entwicklungsphase stehen die beteiligten Krankenhäuser an sog. „kritischen Scheidewegen“⁵⁴, d.h. sie müssen entscheiden, ob die strategische Allianz in der bisherigen Form für das jeweilige Krankenhaus noch opportun ist.

Zum einen wird der Verlust an Autonomie und die starke Abhängigkeit von der Allianz bzw. von bestimmten Allianzmitgliedern manche Krankenhäuser dazu bewegen, die strategische Allianz verlassen zu wollen. Angesichts der vielfältigen ressourcenmäßigen Interdependenzen zwischen den beteiligten Krankenhäuser kann sich dies nachhaltig negativ auf den Erfolg der gesamten Allianz auswirken und den Austritt von anderen Allianzmitgliedern bewirken, so dass u.U. sogar ein Auseinanderbrechen der gesamten strategischen Allianz droht. Zum anderen ist auch die gegenläufige Tendenz zu einer noch stärkeren Bindung der beteiligten Krankenhäuser an die Allianz denkbar, was im Regelfall zu einer kapitalmäßigen Verflechtung der beteiligten Krankenhäuser führen dürfte. Diese könnte entweder in Form eines Krankenhauskonzerns, bei dem die beteiligten Krankenhäuser als Tochtergesellschaften einer Krankenhausholding erhalten bleiben, vollzogen werden oder sogar in eine Fusion münden, bei der die beteiligten Krankenhäuser ihre rechtliche Eigenständigkeit aufgeben und lediglich als Betriebsstätten erhalten bleiben.⁵⁵

Beide Entwicklungen – das Auseinanderbrechen oder die kapitalmäßige Verflechtung – haben zur Folge, dass die strategische Allianz aufhört zu existieren. Insofern zeigt sich hier, dass strategische Allianzen zwar auf unbefristete Zeit abgeschlossen werden, dass ihre Lebensdauer i.d.R. aber durchaus begrenzt ist. Diesen Aspekt müssen die an einer

54 Vgl. Zuckerman/D'Aunno (1990), S. 27 f.

55 Vgl. Neubauer (2000), S. 384.

Allianz beteiligten Krankenhäuser bei ihren Planungen berücksichtigen, d.h. das Management sollte im Rahmen der strategischen Planung stets auch Exit-Optionen berücksichtigen, um nicht unvorbereitet mit den oben beschriebenen Entwicklungen konfrontiert zu werden.

IV. Fazit

Strategische Allianzen haben sich mittlerweile zu einem Phänomen entwickelt, das weltweit und branchenübergreifend die Art und Weise, wie Unternehmen arbeiten, maßgeblich beeinflusst. Sie stellen ein vielfach bewährtes, flexibel einsetzbares Instrument dar, um Effizienzgewinne sowie eine allgemeine Verbesserung der Wettbewerbsposition eines Unternehmens zu erreichen.

Das Gesundheitswesen und v.a. das Krankenhauswesen gehören zu den Branchen, die sich besonders gut für strategische Allianzen eignen. Zum einen liegt das an der hohen Bedeutung von Non-Profit-Akteuren aus dem öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Bereich, die eine geringere Hemmschwelle haben, Kooperationen mit Wettbewerbern einzugehen. Zum anderen erfordert die effiziente Produktion der Dienstleistung Gesundheit eine patientenorientierte und somit unternehmens- und sektorenübergreifende Perspektive, die in den Konzepten der integrierten Versorgung ihren Niederschlag findet. Folgerichtig gehört der Krankenhaussektor in den USA zu den Branchen, die eine besonders hohe Zahl an strategischen Allianzen aufweisen. Das deutsche Krankenhauswesen hat diese Entwicklung aufgrund der fehlenden wettbewerblichen Durchdringung des deutschen Gesundheitswesens versäumt. Die Reformen der letzten Jahre haben jedoch den Wettbewerb im deutschen Krankenhaussektor deutlich intensiviert, so dass mit einer rapiden Zunahme der strategischen Allianzen zu rechnen ist.

Strategische Allianzen werden allerdings nur dann die Wettbewerbsfähigkeit und die Effizienz eines Krankenhauses verbessern, wenn sie effektiv und zielorientiert unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten gemanagt werden. Der vorliegende Beitrag gibt einen groben Überblick über die betriebswirtschaftlich relevanten Aspekte einer strategischen Allianz im Krankenhauswesen. Er soll für die Forschung als Anregung zu einer weitergehenden theoretischen und empirischen Beschäftigung mit dieser Thematik verstanden werden, um die im Vergleich zum englischsprachigen Raum sehr geringe Zahl an qualitativ hochwertigen deutschsprachigen Veröffentlichungen zu erhöhen. Darüber hinaus soll er aber auch für die Krankenhauspraxis als Anregung dienen, dieses bisher nur selten genutzte Instrument auch tatsächlich einzusetzen.

Abstract:

Antonio Vera, Strategic Alliances in German Hospitals

Cooperation; Health Care; Hospital management; Managed Care; Network; Strategic Alliance

Strategic alliances have become a phenomenon that has changed the way firms work in most sectors all over the world. The experiences made in the US have shown that the health care sector is particularly suitable for the use of strategic alliances. This paper first presents the concept of strategic alliances from a theoretical point of view, and then applies it to German health care and to German hospitals. The main focus of this paper is the question how to manage strategic alliances successfully. In doing so a life cycle oriented perspective is used.

Literaturverzeichnis

- Adams, Paul R. (2001), Making strategic alliances work in the healthcare industry, in: International Journal of Medical Marketing, 1. Jg., S. 252-265
- Auster, Ellen R. (1994), Macro and Strategic Perspectives on Interorganizational Linkages, in: Advances in Strategic Management, Band 10 B, Greenwich und London, S. 3-40
- Backhaus, Klaus und Klaus Piltz (1990), Strategische Allianzen – eine Form kooperativen Wettbewerbs? in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Strategische Allianzen, hrsg. von Klaus Backhaus und Klaus Piltz, Sonderheft 27, S. 1-10
- Bazzoli, Gloria und Stephen M. Shortell (1999), A Taxonomy of Health Networks And Systems, in: Health Services Research, 33. Jg., S. 683-718
- Borys, Bryan und David B. Jemison (1989), Hybrid Arrangements as Strategic Alliances: Theoretical Issues in Organizational Combinations, in: Academy of Management Review, 14. Jg., S. 234-249
- Breyer, Friedrich, Peter S. Zweifel und Mathias Kifmann (2003), Gesundheitsökonomie, 4. Aufl., Berlin u.a.
- Brown, Montague und Barbara P. McCool (1986), Vertical integration: exploration of a popular strategic concept, in: Health Care Management Review, 11. Jg., S. 7-19
- Coase, Ronald H. (1937), The Nature of the Firm, in: Economica, 4. Jg., Heft 16, S. 386-405
- D'Aunno, Thomas A. und Howard S. Zuckerman (1987), A Life-Cycle Model of Organizational Federations: The Case of Hospitals, in: Academy of Management Review, 12. Jg., S. 534-545
- Eisenhardt, Kathleen M. und Claudia B. Schoonhoven (1996), Resource-based View of Strategic Alliance Formation: Strategic and Social Effects in Entrepreneurial Firms, in: Organization Science, 7. Jg., S. 136-150
- Fetter, Robert B. (1991), Diagnosis Related Groups – Understanding Hospital Performance, in: Interfaces, 21. Jg., S. 6-26
- Foss, Nicolai J. (2002), Wither Economic Organization? in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Unternehmensentwicklung im Wettbewerb, unter der Schriftleitung von Horst Albach und Bernd Schauenberg, Ergänzungsheft 2, S. 57-66
- Friedman, Leonard und Jim Goes (2001), Why Integrated Health Networks Have Failed, in: Frontiers of Health Services Management, 17. Jg., Nr. 4, S. 3-28
- Grant, Robert M. (1996), Towards a Knowledge-based Theory of the Firm, in: Strategic Management Journal, Special Issue, Winter, 17. Jg., S. 109-122
- Gulati, Ranjai (1998), Alliances and Networks, in: Strategic Management Journal, 19. Jg., S. 293-317
- Gulati, Ranjai und Harbir Singh (1998), The Architecture of Cooperation: Managing Coordination Costs and Appropriation Concerns in Strategic Alliances, in: Administrative Science Quarterly, 43. Jg., S. 781-814
- Hinterhuber, Hans H. und Boris M. Levin (1994), Strategic Networks: The Organization of the Future, in: Long Range Planning, 27. Jg., S. 43-53
- Hoffmeyer, Ulrich K. und Thomas R. McCarthy (1994), The Economics of Health Care Reform – A Prototype, in: Financing Health Care, Band I, hrsg. von Ulrich K. Hoffmeyer und Thomas R. McCarthy, Dordrecht u.a., S. 135-253

- Judge, William Q. und Joel A. Ryman (2001), The shared leadership challenge in strategic alliances: Lessons from the U.S. healthcare industry, in: *Academy of Management Executive*, 15. Jg., Nr. 2, S. 71-79
- Langlois, Richard N. und Paul L. Robertson (1992), Networks and innovation in a modular system: Lessons from the microcomputer and stereo component industries, in: *Research Policy*, 21. Jg., S. 297-313
- Lauterbach, Karl und Markus Lungen (2003), Abschätzung der zukünftigen Auslastung, Bettenkapazität und Standortvorhaltung im akutstationären Bereich, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 57. Jg., Heft 1-2, S. 52-63
- Lungen, Markus und Irving Lapsley (2003), The reform of hospital financing in Germany: an international solution? in: *Journal of Health Organization and Management*, 17. Jg., S. 360-372
- Mendelson, Haim und Ravindran R. Pillai (1999), Information age organizations, dynamics and performance, in: *Journal of Economic Behavior and Organization*, 38. Jg., S. 253-281
- Meyer, Alan D. (1982), Adapting to environmental jolts, in: *Administrative Science Quarterly*, 27. Jg., S. 515-537
- Meyer, Manfred und Anja Harfner (1999), Spezialisierung und Kooperation als Strukturoptionen für deutsche Krankenhäuser im Lichte computergestützter Modellrechnungen, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Krankenhausmanagement*, unter der Schriftleitung von Horst Albach und Uschi Backes-Gellner, *Ergänzungsheft 5*, S. 147-166
- Miles, Raymond E. u.a. (1997), Organizing in the knowledge age – Anticipating the cellular form, in: *Academy of Management Executive*, 11. Jg., Heft 4, S. 7-20
- Mühlbacher, Axel (2002), *Integrierte Versorgung – Management und Organisation*, Bern u.a.
- Mühlbacher, Axel (2003), Die Organisation der „virtuellen“ Integration von Versorgungsleistungen durch Unternehmensnetzwerke der Integrierten Versorgung, in: *Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland*, hrsg. von Klaus-Dieter Henke, Robert F. Rich und Hilmar Stolte, Baden Baden, S. 75-114
- Neubauer, Günter (2000), Kooperation, Fusion, Betreibergesellschaft als Wege in die Zukunft, in: *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 17. Jg., S. 382-385
- Olden, Peter C., Susan D. Roggenkamp und Roice D. Luke (2002), A Post-1990s Assessment of Strategic Hospital Alliances and Their Marketplace Orientations, in: *Health Care Management Review*, 27. Jg., S. 33-49
- Orlowski, Ulrich und Jürgen Wasem (2003), *Gesundheitsreform 2004 – GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)*, Heidelberg
- Oum, Tae H. u.a. (2004), The effect of horizontal alliances on firm productivity and profitability: evidence from the global airline industry, in: *Journal of Business Research*, 57. Jg., S. 844-853
- Parkhe, Arvind (1993), Strategic alliance structuring: a game theoretic and transaction cost examination of interfirm cooperation, in: *Academy of Management Journal*, 36. Jg., S. 794-829
- Picot, Arnold, Ralf Reichwald und R.T. Wigand (2001), *Die grenzenlose Unternehmung – Information, Organisation und Management*, 4. Aufl., Wiesbaden
- Porter, Michael E. (1980), *Competitive Strategy – Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, New York und London
- Porter, Michael E. (1985), *Competitive Advantage*, New York und London
- Prahalad, Coimbatore K. und Gary Hamel (1990), The Core Competence of the Corporation, in: *Harvard Business Review*, 68. Jg., Heft 3, S. 79-91
- Quaas, Michael (2004), Vertragsgestaltungen zur integrierten Versorgung aus der Sicht der Krankenhäuser, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht*, 26. Jg., S. 175-195
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen*, Baden-Baden
- Sanchez, Ron (1995), Strategic flexibility in product competition, in: *Strategic Management Journal*, 16. Jg., S. 135-159
- Schiffirin, M. (2001), Partner or perish, in: *Forbes*, Band 167, Heft 12, S. 26-28
- Schulz-Nieswandt, Frank, Clarissa Kurscheid und Saskia Wölbert (1. Februar 2005), *Integrierte Versorgung auf der Grundlage der Reform des SGB V durch das GMG*, <http://www.uni-koeln.de/wiso-fak/soposem/snw/pdf/gmg.pdf>.
- Snow, Charles C., Raymond E. Miles und Henry J. Coleman (1992), Managing 21st Century Network Organizations, in: *Organizational Dynamics*, 20. Jg., Heft 3 (Winter), S. 5-20
- Statistisches Bundesamt (2002), *Gesundheit – Ausgaben 1992 bis 2000*, Wiesbaden
- Straßner, Robert und Jan Körnert (2003), *Strategische Allianzen als betriebswirtschaftliches Konzept zur strategischen Unternehmensführung*, Diskussionspapier, Greifswald
- Strehlau-Schwoll, Holger (2001), Singuläre versus plurale Leitungsstruktur sowie funktionale versus berufsgruppenspezifische Leistungsstruktur, in: *Krankenhausmanagement – Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung*, hrsg. von Siegfried Eichhorn und Barbara Schmidt-Rettig, Stuttgart und New York, S. 91-103
- Sydow, Jörg und Arnold Windeler (1998), Organizing and Evaluating Interfirm Networks: A Structurationist Perspective on Network Processes and Effectiveness, in: *Organization Science*, 9. Jg., S. 265-284
- Wernerfelt, Biger (1984), A Resource-based View of the Firm, in: *Strategic Management Journal*, 5. Jg., S. 171-180
- Williamson, Oliver E. (1985), *The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting*, New York und London

- Zajac, Edward J. und Thomas A. D'Aunno (1997), Managing Strategic Alliances, in: Essentials of Health Care Management, hrsg. von Stephen M. Shortell und Arnold D. Kaluzny, Albany u.a., S. 328-354
- Zenger, Todd R. und William S. Hesterly (1997), The Disaggregation of Corporations – Selective Intervention, High-powered Incentives, and Molecular Units, in: Organization Science, 8. Jg., S. 209-222
- Zuckerman, Howard S. und Thomas A. D'Aunno (1990), Hospital alliances: Cooperative strategy in a competitive environment, in: Health Care Management Review, 15. Jg., S. 21-30