

# Wieviel Harmonie verträgt ein Gesundheitssystem?

## Impulse aus der allgemeinen Managementlehre für die Gesundheitssystemgestaltung

DR. MALTE HARING<sup>1</sup>,  
PROF. DR. MARTIN  
GERSCH<sup>2</sup>,  
PROF. DR. VOLKER  
AMELUNG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Epidemiologie,  
Sozialmedizin und Gesund-  
heitssystemforschung,  
Medizinische Hochschule  
Hannover

<sup>2</sup>Department Wirtschafts-  
informatik, School of Busi-  
ness & Economics, Freie  
Universität Berlin

**Die Patientenorientierung scheint – zumindest an der Oberfläche – alle Akteure des Gesundheitswesens zu einen. Unter der Oberfläche existiert aber eine Vielzahl von berechtigten Partikularinteressen. In der allgemeinen Managementlehre gibt es eine umfassende Diskussion zu den Implikationen unterschiedlicher Interessen und vor allem dazu, wann sie konstruktiv wirken und wann sie zu unauflösbaren Konflikten führen. Anhand von Beispielen aus der aktuellen Gesundheitspolitik wird aufgezeigt, wie diese Erkenntnisse auf das Gesundheitssystem übertragen werden können.**

### Einleitung

Die Interessen der Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt der Versorgung stehen. Dieses Credo der patientenzentrierten Versorgung ist derart dominant, dass es stellenweise den Eindruck erweckt, alle Stakeholder im Gesundheitswesen würden harmonisch an einem Strang ziehen, wenn es um die Weiterentwicklung des Systems geht. Bei der konkreten Umsetzung von Veränderungsprozessen und -maßnahmen hin zu einer patientenzentrierten Versorgung trifft dieses Leitbild eines vernetzten bzw. integrierten Systems jedoch auf die Realität eines Gesundheitswesens, das von starker Fragmentierung, Heterogenität, steilen Hierarchien und Interessensgegensätzen geprägt ist [1]. Innovationen und somit Veränderungen bedeuten, dass Grundsätze ins Wanken geraten und althergebrachte Überzeugungen neuen Realitäten gegenüberstehen: Berufsbilder und Wirkungsbereiche, wie die des Apothekers oder des Mediziners, geraten

zunehmend in Konflikt mit digitalen Produkten, Plattformen und Anbietern, neuen Berufsgruppen und dem Verschmelzen von Gesundheits- und Sozialpolitik [2]. Es ist offensichtlich, dass mit den Veränderungen auch Spannungen respektive Konflikte als Folge gegensätzlicher, mitunter widersprüchlicher Interessen, Werte und Überzeugungen der an der Versorgung beteiligten Akteure einhergehen, z. B. hinsichtlich Finanzierung, Wettbewerb oder der Ausgestaltung einer patientenzentrierten Versorgung [3, 4, 5].

### Eigene Interessen werden verschleiert

Im Gesundheitswesen wird jedoch in der Regel so getan, als gäbe es diese Partikularinteressen der Akteure nicht. Konfliktlinien zwischen den Stakeholdern werden vielmehr an einem divergierenden Verständnis einer adäquaten Versorgung der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Die eigentlichen Widersprüchlichkeiten und Interessenskonflikte finden überwie-

gend verdeckt statt. Dies führt zu einer fehlenden Artikulation und Transparenz der zugrundeliegenden Stakeholder-Interessen, sodass daraus resultierende Spannungen zwischen den Akteuren nicht erkannt, nicht verstanden, nicht bewältigt und nicht genutzt werden können. Das teilweise nur vermeintliche oder vorgebliche Handeln im Sinne der Patienteninteressen und das daraus resultierende Verschleiern der „wahren“ bzw. eigenen Interessen stellt sowohl ein Dilemma als auch eine Bremse für die Weiterentwicklung von Organisationen und des Gesundheitssystems als Ganzes dar: Die nicht transparent gemachten und dadurch unverstandenen und ungelösten Konflikte können Veränderungsprozesse ausbremsen und verhindern auf Mikro-, Meso- und Makroebene die Implementierung nachhaltiger Lösungen. Für die Gestaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ist es daher unerlässlich, diesen Nebel über den Partikularinteressen der Akteure zu lichten, Spannungen und ihre Auswirkungen zu verstehen und auf diesem Wissen aufbauend einen reflektierten Umgang damit zu entwickeln [6, 7, 8].

Dass eine Ausgewogenheit der Interessen in Organisationen und insbesondere in Veränderungsprozessen nicht der Realität entspricht, wird in der Managementliteratur seit vielen Jahren thematisiert [5, 9]. Hier besteht somit ein Ansatzpunkt für den Transfer von belastbaren Erkenntnissen und ihrer Anwendung im Gesundheitswesen. Da Interessenkonflikte und die daraus resultierenden Spannungen sowohl konstruktiv wie destruktiv wirken können, ist ein tiefergehendes Verständnis der Thematik notwendig.

## Erkenntnisse aus der Managementlehre hinsichtlich Spannungen

Die Auseinandersetzung mit der Entstehung, der Ausprägung und dem Umgang mit organisatorischen Spannungen geht auf die Kontingenztheorie zurück. Sie betrachtet u. a. Gegensätze innerhalb von Organisationen. Diese Auseinandersetzung mit Gegensätzlichkeiten führte zu der Erkenntnis, dass der Ausgleich widersprüchlicher Anforderungen die Effektivität einer Organisation erhöht [10].

Die Forscherinnen Wendy Smith und Marianne Lewis haben sich diese Ein-

sicht zu eigen gemacht und die unterschiedlichen Interessen innerhalb von Organisationen und in Veränderungsprozessen einer differenzierten Betrachtung unterzogen. Dabei wurden vor allem die Entstehung und Auflösung von Widersprüchen sowie die zwischen den gegensätzlichen Polen entstehenden Reibungen und Spannungen analysiert. Um diese Dynamiken darzustellen, entwickelten Smith und Lewis ein zyklisches Modell für organisatorische Spannungen. Das Modell bildet ab, wie Führungskräfte versuchen, wahrgenommene Spannungen in ihrer Organisation anzugehen. Die Bemühungen darum, aus Veränderungen resultierende Spannungen auszugleichen, führen ihrerseits ebenfalls zu Veränderungen, die wiederum neue Konflikte auslösen können. Das bedeutet, dass Managemententscheidungen trotz ihres Ziels, die Auswirkungen von Spannungen zu bewältigen, kontinuierlich neue Spannungen erzeugen können. [5, 9, 11–13]

Zusammenfassend lassen sich Spannungen auf zwei Arten betrachten: Zum einen geben sie Hinweise auf Konflikte und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit, die abgeschwächt oder vermieden werden können. Zum anderen können sie als potenzieller Anstoß für Maßnahmen und Reaktionen dienen, die dazu beitragen können, die Wettbewerbsfähigkeit und den Erfolg der Organisation zu steigern. Daher ist es von großer Bedeutung, ein vertieftes Verständnis für die Ursachen hinter den Spannungen zu entwickeln und mögliche Ansätze für einen Umgang mit ihnen zu identifizieren. Diese Sensibilität für bestehende Widersprüchlichkeiten oder Interessengegensätze stellt einen relevanten Ausgangspunkt dar, um Konflikte zu verstehen, zu bewältigen und die Effizienz der Organisation durch eine reflektierende Herangehensweise zu verbessern [5, 9].

## Kategorien organisatorischer Spannungen

Zu diesem Zweck haben Smith und Lewis eine Systematik für die Klassifizierung von organisatorischen Spannungen entwickelt, die eine nützliche Grundlage zur Einordnung und zum besseren Verständnis von Spannungssituationen darstellt. So gibt es **Organisatorische Spannungen** („Organizing tensions“), die entstehen, wenn ver-

schiedene Organisationssysteme miteinander kombiniert werden müssen und dies zu konkurrierenden Entwurfs- und Prozessansätzen führt, **Ausführungsspannungen** („Performing tensions“), die auftreten, wenn in notwendigen Kooperationen verschiedene Akteure unterschiedliche Ziele verfolgen, **Lernspannungen** („Learning tensions“), die entstehen, wenn bestehende Praktiken genutzt oder verändert werden müssen, um neue Ansätze zu entwickeln, und **Zugehörigkeitsspannungen** („Belonging tensions“), die durch konkurrierende Identitäten entstehen, mit denen Einzelpersonen sich identifizieren, insbesondere wenn Aufgaben über etablierte berufliche Grenzen hinweg verschoben oder verändert werden sollen [5, 14].

## Überlegter Umgang mit Spannungen vermeidet das Entstehen von Teufelskreisen

Im Umgang mit diesen unterschiedlichen Arten von Spannungen ist es nicht ausreichend, sich ausschließlich auf die Vermeidung und rasche Bewältigung von Spannungen zu konzentrieren sowie unreflektierte Reaktionen des Managements zuzulassen. Vielmehr geht es um die Auswahl geeigneter Maßnahmen und einen reflektierten Umgang mit Spannungen, um angemessen auf die verschiedenen Arten und Intensitäten von Spannungen reagieren zu können. Es haben sich drei Strategien bewährt, die als Teil eines reflexiven Managements die produktiven Potenziale von Spannungen heben und ihre negativen Effekte vermeiden [5, 9, 11, 15, 16]:

–Der „**Entweder-oder-Ansatz**“ zielt darauf ab, widersprüchliche Anforderungen zu trennen und Konflikte durch das Vorziehen einer Position gegenüber der anderen oder zeitliche/örtliche Trennung zu lösen. Dies birgt jedoch das Risiko von wiederkehrenden Konflikten, insbesondere bei systematischer unterschiedlicher Berücksichtigung der gegensätzlichen Pole. Bei stärkeren Spannungen und Paradoxien erfordert die Managementstrategie oft einen komplexeren Ansatz.

–Der „**Sowohl-als-auch-Ansatz**“ strebt danach, eine ausgewogene Integration der gegensätzlichen Pole unter Berücksichtigung ihrer gegenseitigen Abhängigkeit zu erreichen. Es kann dabei jedoch vorkommen, dass das positive Potenzial von Spannungen ungenutzt bleibt.

–Der „Mehr-als-Ansatz“ hat zum Ziel, aus Konfliktsituationen neue Perspektiven oder Elemente zu generieren, die die bestehenden Differenzen überwinden können. Dies erfordert allerdings eine komplexe Herangehensweise. Erfolgreich angewendet, ermöglicht es diese Strategie, Spannungen zu nutzen, um innovative Lösungen zu schaffen, obgleich auch bei Anwendung dieser Strategie das Potenzial besteht, mögliche Synergien durch das Zusammenführen unterschiedlicher Perspektiven ungenutzt zu lassen.

### Bedeutung für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

In einer reflektiven Auseinandersetzung mit Gegensätzlichkeiten besteht somit ein großes Potenzial. Auf der einen Seite kann zu viel Harmonie zu Lethargie führen und somit die Entwicklung umfassender Veränderungsprozesse verhindern. Auf der anderen Seite können zu große und ungelöste Konflikte im schlimmsten Fall zu einem Ende von Entwicklungen führen, in jedem Fall aber zu massiven Störungen und zeitlichen Verzögerungen in der Umsetzung von Veränderungsprozessen. Zwischen diesen Extremen gilt es eine Balance zu finden, in der ein konstruktiver Umgang mit Spannungen als Motor für Veränderung gelingt [5, 9, 17, 18].

Dafür müssen sowohl die Strukturen als auch die individuellen Bedingungen vor Ort betrachtet und reflektiert werden. Bei der Gestaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bleibt dies bisher weitestgehend unberücksichtigt, sodass die grundsätzlichen Interessen der Akteure häufig nicht artikuliert werden. So fehlt es häufig an einem Verständnis für gegensätzliche Ansichten und zugrundeliegende Konflikte. Bewältigungsstrategien und Rahmenbedingungen für einen konstruktiven Umgang mit gegensätzlichen Interessen und Spannungen in Veränderungsprozessen sind im Gesundheitswesen dementsprechend ebenfalls unterentwickelt [8, 17, 18].

Im Folgenden wird diese Situation anhand von drei aktuellen Veränderungsvorhaben im Gesundheitswesen beispielhaft aufgezeigt und es werden abschließende Anregungen gegeben, wie diese durch mehr Transparenz und Konfliktkultur positiv beeinflusst werden könnten.

## Aktuelle Beispiele für einen fehlenden Umgang mit Spannungen

### Beispiel 1: Digitalisierung im Gesundheitswesen

Mit den aktuellen Kabinettsbeschlüssen zum Digital-Gesetz (DigiG) sowie dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) soll der Grad der Digitalisierung des Gesundheitswesens nachhaltig erhöht und nicht zuletzt eine datenbasierte, bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten erreicht werden. Dass es in diesem Bereich überhaupt zu diesem Nachholbedarf gekommen ist, ist auch auf nicht offen ausgesprochene Interessen der Stakeholder zurückzuführen: Die mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens einhergehenden Entwicklungen hinsichtlich Transparenz, Interoperabilität sowie effizienten, vernetzten Strukturen stellen eine Bedrohung für etablierte Geschäftsmodelle und Praktiken dar [19, 20]. Von einem gewissen Maß an Intransparenz, fehlender Vernetzung und Fragmentierung haben überbordende Strukturen und Organisationen unterschiedlicher Akteursgruppen lange profitiert [21]. Die öffentliche Diskussion der Verbände dreht sich häufig jedoch nicht um diese Auswirkungen der Digitalisierung, sondern findet unter der Prämisse des Schutzes der Patientendaten und -souveränität sowie der Zuweisung von Verantwortlichkeiten und Versäumnissen statt, was sich am Beispiel der jahrelangen Verzögerungen bei der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) oder auch der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ablesen lässt [22, 23].

Dieser Zustand führt dazu, dass wesentliche Interessenkonflikte und Herausforderungen in Bezug auf die Digitalisierung nicht deutlich genug ausgesprochen werden und Spannungen, die daraus entstehen, somit ungelöst bleiben. Sinnvoll wären a) eine offene und informierte Diskussion zur Nutzung von Versorgungsdaten in Deutschland, b) die Entwicklung einer Motivationsumkehr aufseiten der Stakeholder und Nutzen hin zu einem positiven Streben, dem Wunsch nach mehr Digitalisierung und den damit einhergehenden Erleichterungen für die Anwenderinnen und Anwender, c) die Weiterentwicklung der Ver-

gütungsstrukturen analog zu den sich verändernden Prozessen und Strukturen.

Aus der Perspektive des Bundesministeriums für Gesundheit gilt es vor allem, die Spannungsfelder zu verstehen, um entsprechend steuernd auf diese eingehen zu können. Die strategischen Optionen sind dabei vielfältig, wobei ein besonderes Augenmerk auf das Schnüren von Reformpaketen gelegt werden sollte. Diese müssen verschiedene, aus Sicht der beteiligten Akteure, sowohl gute als auch schlechte Komponenten beinhalten: Wenn beispielsweise Honorare in der ambulanten Versorgung erhöht werden, sollte dies mit Kompensationen verbunden sein. Durch diese Vereinbarungen respektive die Einbindung der einzelnen Perspektiven können somit die bestehenden Spannungen aufgelöst werden.

### Beispiel 2: Gesundheitskioske und -regionen

Die 2021 im Koalitionsvertrag zwischen den Koalitionsparteien festgehaltenen Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung zielen auf ganz unterschiedliche Versorgungsbereiche. Damit Patientinnen und Patienten einen erleichterten Zugang zu unterschiedlichen Beratungsangeboten und Leistungen erhalten, sind die Ansätze so ausgestaltet, dass sie die Belange und Wirkungsbereiche unterschiedlicher Sektoren und Stakeholder berühren: Sei es die Einrichtung niedrigschwelliger Angebote zu Behandlung und Prävention, die Schaffung von Gemeindefachkräften und Gesundheitslotsen im ländlichen Raum oder die Entwicklung einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung [24] – wenn diese Vorhaben auf den unterschiedlichen Ebenen umgesetzt werden, führen sie zu grundlegenden Veränderungen für die an der Versorgung beteiligten Akteure.

Da diese Entwicklungen auf bestehende Strukturen, Prozesse und Praktiken treffen, führt dies erwartungsgemäß zu Konflikten bzw. zu den oben beschriebenen *Organisatorischen Spannungen*, *Ausführungsspannungen* oder *Zugehörigkeitsspannungen*. Letztere sind zum Beispiel bei der Verschmelzung von Gesundheits- und Sozialgesetzgebung bzw. der Bündelung von Aufgaben aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern (SGB II, SGB V, SGB IIX, SGB IX, SGB XI) im Rahmen der Schaffung von Gesundheits-

kiosken zu erwarten. Die Ursachen für diese Spannungen sollten daher bei der Durchführung der Projekte berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wäre es beispielsweise von entscheidender Bedeutung, den Interessenkonflikt zwischen den angestrebten Wirkungen dieses neuen Beratungsangebots und der Finanzierung der angebotenen Leistungen zu thematisieren und zu reflektieren. Da eine erfolgreiche Umsetzung der Ansätze voraussetzt, dass die verschiedenen Akteure eine gemeinsame Linie finden, sind Umsetzungs- bzw. Managementstrategien erforderlich, die es ermöglichen, die gegensätzlichen Interessen zu integrieren. Nur so können Widerstände abgebaut und ein nachhaltiges Engagement erreicht werden.

### Beispiel 3: Innovationsfondsprojekte

Mit dem Innovationsfonds wurde ein Instrument zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in Veränderungsvorhaben geschaffen, um Versorgungslücken zu schließen und innovative Ansätze für die Regelversorgung zu entwickeln. Der Innovationsfonds fördert dabei explizit die Einbindung unterschiedlicher Stakeholder in Projektkonsortien in denen gegensätzliche Ansichten und Interessen zusammengeführt werden. Die definierten Strukturen (z. B. das gemeinsame Ausarbeiten von Projektanträgen) und das Vertragswerk des Innovationsfonds forcieren dabei Spannungen, indem sie vorsehen, dass die einzelnen Akteure auf einer gemeinsamen Budgetbasis Aufgaben und Verantwortlichkeiten verteilen und gemeinsam bearbeiten. Den Projektpartnern obliegt es dabei, Einigkeit über die Ziele sowie die Vorgehensweisen innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens sowie der bewilligten Ressourcen zu erzielen. Die im Rahmen des Innovationsfonds geförderten Projekte zur Erforschung und Weiterentwicklung der Versorgung sind somit grundsätzlich dafür prädestiniert, positive Beispiele für den Umgang mit Widersprüchen und Interessenkonflikten in Veränderungsvorhaben abzugeben [18, 25–27].

Insbesondere in der Projektinitiierung werden potenziell divergierende Interessen bei Innovationsfondsprojekten in der Regel jedoch nicht thematisiert, da die Realisierung der finanziellen Ressourcen ein übergeordnetes und verbindendes Interesse darstellt. Wenn im

mehrjährigen Projektverlauf aus den gegensätzlichen Interessen aber sichtbare Konflikte entstehen, können daraus schnell Zeitverzögerungen, Demotivation und eine belastende Atmosphäre in der Zusammenarbeit entstehen. Es wäre daher zielführend zu Beginn eines Projektes ein Bewusstsein der Akteure für die verschiedenen Interessenlagen bei den Projektpartnern und das daraus resultierende Konfliktpotenzial zu schaffen. In der Auseinandersetzung damit können konstruktive Rahmenbedingungen für den Umgang mit Spannungen entwickelt werden. Dabei entscheiden dann nicht zuletzt die Koordination und Kommunikation der Erwartungen und Anforderungen darüber, ob Spannungen als Triebfeder für Veränderungsprozesse nutzbar gemacht werden können, oder ob sie ausschließlich destruktiv auf Projekte und Zusammenarbeit wirken [17, 18].

Darüber hinaus sollte eine stärkere Einbindung der Patientenperspektive in die Konzepterstellung erfolgen. Da bei der Entwicklung von innovativen Versorgungsansätzen häufig die Systemperspektive und Fragen der Ressourcenallokation durch Unter-, Über- oder Fehlversorgung im Fokus stehen, sind Konflikte, die aus unterschiedlichen Sichtweisen auf diese Fragen resultieren, erwartbar. Als Alternative dazu sollten Konzepte entwickelt werden, die Patientenperspektive und Patientendpfade durch das System berücksichtigen – und das nicht nur auf Basis der Wahrnehmung einzelnen Stakeholder, sondern auch auf der von Patientenvertretungen. Mit einer stärkeren Einbindung der Patientenperspektive reduzieren sich somit nicht nur potenzielle systembedingte Spannungsauslöser, sondern es wird auch eine echte Stärkung der Patientenzentrierung sowie das Vorantreiben von bedarfsgerechten Versorgungsinnovationen ermöglicht.

### Schlussfolgerungen

Angesichts dieser aktuellen Beispiele wird deutlich, dass das Transparentmachen unterschiedlicher und gegensätzlicher Interessen und Perspektiven ein wichtiger Schritt ist, um eine Grundlage für Veränderungen im Gesundheitswesen zu schaffen und diese in das System zu bringen. Es ist wertvoll, aus den vorhandenen Managementenerfahrungen zu lernen und sie in Veränderungsprozessen anzuwenden. Um dieses Ziel zu

erreichen, sollten sich die für die Umsetzung verantwortlichen Akteure auf verschiedenen Ebenen an den folgenden vier Punkten orientieren:

- 1) Verstehen, was passiert: Wo liegen die wirklichen Interessen und strategischen Eckpunkte der Stakeholder? (siehe Beispiel 1)
- 2) Ansetzen, wo es weh tut: Welche Strategien sind erforderlich, um mit den Interessenkonflikten umzugehen? (siehe Beispiel 2)
- 3) Herstellen einer Balance von Spannungen: Wie kann ein Status konstruktiver Spannung erreicht und erhalten werden? (siehe Beispiel 3)
- 4) Fokussierung auf Reformpakete, die unterschiedliche Komponenten und Perspektiven beinhalten, anstatt auf solitäre Einzelmaßnahmen (z. B. Einführung der ePA): Wie können akzeptable Kompromisse geschlossen werden (siehe Beispiel 1)?

Dafür müssen Rahmenbedingungen und Räume geschaffen werden, in denen Einzelinteressen und Ansichten der involvierten Stakeholder offengelegt und ein gemeinsames Verständnis entwickelt werden kann. Dass es diese Räume und Offenheit derzeit noch zu selten gibt, ist ein Hemmschuh für Veränderungen, der jedoch abgelegt werden kann. Dabei kann die Anpassung des rechtlichen und finanziellen Rahmens immer nur ein erster Baustein sein, auf dem konkrete Aktivitäten des verantwortlichen Managements aufbauen. Ohne die Bereitschaft und eine offene Haltung der Stakeholder werden auch die besten Rahmenbedingungen keine nachhaltige Wirkung zeigen.

Dass Patientenzentrierung durch die unterschiedlichen Akteure so hochgehalten wird, ist gut und richtig. Der Wunsch nach Harmonie und Einigkeit darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass neben den Interessen der Patientinnen und Patienten stets auch andere Interessen existieren, die aus der Perspektive der verschiedenen Stakeholder ebenfalls eine Berechtigung haben. Bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung sollte daher aus den Erkenntnissen der Managementlehre gelernt werden: Wenn Partikularinteressen ignoriert oder verschleiert werden, um eine vermeintliche Harmonie herzustellen, erschwert dies die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems vielmehr, anstatt sie zu befördern.

## Literatur

1. Auschra C. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *Int J Integr Care*. 2018;18(1):5.
2. Haberfellner R, Hueber B. Arbeitsmarkt- und Berufstrends im Gesundheitssektor unter besonderer Berücksichtigung des medizinisch-technischen Bereiches. 2017. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/194206/1/1008670448.pdf> [Letzter Zugriff 16.10.2023].
3. Amelung V, Eble S, Sjuts R, Ballast T, Hildebrandt H, Knieps F, Lägél R, Ex P. Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. Berlin: MWV; 2020.
4. Erwin C, Eisenring C. Oszillierende Organisationen – kommunikative und kulturelle Herausforderungen für das Gesundheitswesen. *ZögU*. 2009;32(1):91–102.
5. Smith W, Lewis MW. Toward a theory of paradox: A dynamic equilibrium model of organizing. *AMR*. 2011;36(2):381–403.
6. Kopp D. Zwischen Patientenwohl und Gewinnstreben: Die Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und ihre Auswirkungen auf die Einführung integrierter Versorgungsprogramme. 2011. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/08227.pdf> [Letzter Zugriff 16.10.2023].
7. Köster-Steinebach I. Reformoptionen der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Gemeinwohl und Partikularinteressen: die Rolle der Patienten. *Sozialer Fortschritt*. 2019;68(6/7):547–565.
8. Haring M, Gersch M. Organisatorische Spannungen. *Monitor Versorgungsforschung*. 2022(6):37–39.
9. Smith W, Lewis MW. *Both/And Thinking: Embracing Creative Tensions to Solve Your Toughest Problems*. Boston: Harvard Business Review Press; 2022.
10. Lawrence P, Lorsch J. Organizations and environment: Managing differentiation and integration. *ASQ*. 1967;12(1):1–47.
11. Lewis MW. Exploring Paradox: Toward a More Comprehensive Guide. *AMR*. 2000;25(4):760–76.
12. Lüscher LS, Lewis MW. Organizational change and managerial sensemaking: Working through paradox. *AMJ*. 2008;51(2):221–40.
13. Smith W, Erez M, Jarvenpaa S, Lewis MW, Tracey P. Adding complexity to theories of paradox, tensions, and dualities of innovation and change: Introduction to organization studies special issue on paradox, tensions, and dualities of innovation and change. *Organ Stud*. 2017;38(3–4):303–317.
14. Gersch M. Digitalisierung im Gesundheitswesen. In: Roth S, Corsten H (Hrsg.): *Handbuch Digitalisierung*. München: Vahlen; 2022:1015–1042.
15. Gregory RW, Keil M, Muntermann J, Mähring M. Paradoxes and the nature of ambidexterity in IT transformation programs. *Inf. Syst. Res*. 2015;26(1):57–80.
16. Putnam L, Fairhurst G, Banghart S. Contradictions, Dialectics, and Paradoxes in Organizations: A Constitutive Approach. *Annals*. 2016;10(1):65–171.
17. Haring M, Freigang F, Amelung V, Gersch M. What can healthcare systems learn from looking at tensions in innovation processes? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1299.
18. Haring M, Schiller J, Gersch M, Amelung V. Why Should Stakeholders Consider the Effect of Tensions in Collaborative Innovation in Healthcare – Lessons Learned from Surveying Integrated Care Projects in Germany. *BMC Health Serv Res*. 2023(1):1292.
19. Bundesministerium für Gesundheit. Bundeskabinett beschließt Digitalgesetze für bessere Versorgung und Forschung im Gesundheitswesen. 2023: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundeskabinett-beschliesst-digitalgesetze-fuer-bessere-versorgung-und-forschung-im-gesundheitswesen.html> [Letzter Zugriff 16.10.2023].
20. Stegemann L, Gersch M. Interoperability – Technical or economic challenge? it – Information Technology. 2019;61(5–6):243–255.
21. Gersch M, Wessel L. Digital Transformation in Health Care: The Role of Professional Practices. In: Kipping M, Takafumi K, Westney DE (Hrsg.): *The Oxford Handbook of Industry Dynamics*. Oxford: Oxford University Press; 2023: C19S1-C19P166.
22. Bratan T, Schneider D, Heyen N, Pullmann L, Friedewald M, Kuhlmann D, Brkic N, Hüsing B. E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich. 2022. [https://www.e-fi.de/fileadmin/Assets/Studien/2022/StuDIS\\_12\\_2022.pdf](https://www.e-fi.de/fileadmin/Assets/Studien/2022/StuDIS_12_2022.pdf) [Letzter Zugriff 16.10.2023].
23. Wessel L, Gersch M, Harloff E. Talking Past Each Other – A Discursive Approach to the Formation of Societal-Level Information Pathologies in the Context of the Electronic Health Card in Germany. *BISE*. 2017;59(1):23–40.
24. Mehr Fortschritt wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90 / Die Grünen und FDP. 2021. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>. [Letzter Zugriff 16.10.2023].
25. Berghöfer A, Göckler DG, Sydow J, Auschra C, Wessel L, Gersch M. The German health care Innovation Fund – An incentive for innovations to promote the integration of health care. *J Health Organ Manag*. 2020;34(8):915–23.
26. Bundesministerium für Gesundheit. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. 2017. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html>. [Letzter Zugriff 16.10.2023].
27. Milstein R, Blankart CR. The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany. *Health Policy*. 2016;120(5):445–51.