

**Stephanie Rüsçh, Maximiliane Wilkesmann,  
Maik Lachmann**

**Kirchliche Krankenhäuser im  
strategischen Wandel**

**Studienergebnisse zur Strategiewahl  
und -implementierung in christlichen  
Krankenhäusern**

**Soziologisches Arbeitspapier Nr. 51/2017**

**Herausgeber**

**Prof. Dr. H. Hirsch-Kreinsen**

**Prof. Dr. J. Weyer**

**Prof. Dr. M. Wilkesmann**

# **Kirchliche Krankenhäuser im strategischen Wandel**

**Studienergebnisse zur Strategiewahl und -implementierung  
in christlichen Krankenhäusern**

**Stephanie Rüscher, Maximiliane Wilkesmann, Maik Lachmann**

**Arbeitspapier Nr. 51 (November 2017)**

ISSN 1612-5355

## **Herausgeber:**

Prof. Dr. Hartmut Hirsch-Kreinsen

Prof. Dr. Johannes Weyer

Prof. Dr. Maximiliane Wilkesmann

Fachgebiet Techniksoziologie

Lehrstuhl Wirtschafts- und Industriesoziologie

johannes.weyer@tu-dortmund.de

Wis.wiwi@tu-dortmund.de

www.wiwi.tu-dortmund.de/ts

[www.wiwi.tu-dortmund.de/wis](http://www.wiwi.tu-dortmund.de/wis)

Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät

Technische Universität Dortmund

D-44221 Dortmund

## **Ansprechpartnerin:**

Britta Tusk, e-mail: wis.wiwi@tu-dortmund.de

Die Soziologischen Arbeitspapiere erscheinen in loser Folge. Mit ihnen werden Aufsätze (oft als Preprint), sowie Projektberichte und Vorträge publiziert. Die Arbeitspapiere sind daher nicht unbedingt endgültig abgeschlossene wissenschaftliche Beiträge. Sie unterliegen jedoch in jedem Fall einem internen Verfahren der Qualitätskontrolle. Die Reihe hat das Ziel, der Fachöffentlichkeit soziologische Arbeiten aus der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Technischen Universität Dortmund vorzustellen. Anregungen und kritische Kommentare sind nicht nur willkommen, sondern ausdrücklich erwünscht.

# Inhalt

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Ziele und Design der Studie .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Teilnehmerstruktur .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Ergebnisse.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Das Krankenhausumfeld .....</b>	<b>7</b>
2.1.1 Internes Umfeld: Charakteristika der Geschäftsführer .....	7
Geschlecht und Alter .....	8
Ausbildung .....	8
2.1.2 Externes Umfeld: Wettbewerbsstrukturen.....	11
<b>2.2 Strategische Ausrichtung .....</b>	<b>13</b>
2.2.1 Unternehmerische Orientierung .....	13
2.2.2 Strategieauswahl .....	16
2.2.3 Strategieerfolg.....	23
<b>2.3 Implementierung der Strategie .....</b>	<b>26</b>
2.3.1 Berichtssysteme .....	27
2.3.2 Anreizsysteme .....	31
2.3.3 Christliche Organisationskultur.....	35
<b>Fazit .....</b>	<b>38</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>39</b>

## Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Auswahl und Umsetzung von Wettbewerbsstrategien in kirchlichen Krankenhäusern zu analysieren. Bei der im Sommer 2015 durchgeführten (Voll-)Erhebung wurden bundesweit rund 600 kirchlich geführte Krankenhäuser angeschrieben. Die Auswertung basiert auf 102 verwertbaren Fragebögen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass sich die meisten christlichen Krankenhäuser umfassend mit strategischen Fragestellungen befassen und sich entsprechend in der Krankenhauslandschaft positionieren. Die zentralen Ergebnisse lassen sich wie folgt hervorheben:

- Die Erhöhung der Versorgungsqualität steht bei der Mehrheit der Befragten im Fokus. Daher setzen die Geschäftsführer bei der strategischen Führung der Krankenhäuser überwiegend auf *Innovativität* in Form von der Entwicklung neuer Prozesse und Leistungen, die insbesondere durch die Zusammenarbeit mit den (Chef-)Ärzten angestrebt wird.
- 21% der teilnehmenden Krankenhäuser sind strategische *Pioniere*. Sie zeichnen sich dadurch aus, potenzielle Marktchancen frühzeitig zu erkennen und auszuschöpfen. 24% der Krankenhäuser verfolgen defensive (*Verteidiger*-)Strategien, die sich auf die Optimierung bestehender interner Prozesse konzentrieren, während 13% umsichtige (*Analysten*-)Strategien zur Ausbalancierung von möglichen Risiken einerseits und Profitchancen andererseits umsetzen. Die restlichen 42% der Krankenhäuser implementieren Hybrid-Strategien, die Mischformen der bereits genannten Strategien darstellen und das vorgestellte Strategieportfolio um drei zusätzliche Typen erweitern.
- Zwischen der Strategieauswahl und dem finanziellen Erfolg bestehen signifikante Zusammenhänge. Insbesondere Krankenhäuser, die eine vorausschauende (*Pionier*- und *Analysten*-)Strategien verfolgen, gehören zu den finanziell erfolgreichen Häusern. Krankenhäuser mit defensiven Strategien hingegen erzielten seltener Überschüsse.
- Unabhängig von den finanziellen Ergebnissen herrschen strategische Wachstumsmaßnahmen in Form von dem Aufbau von Abteilungen, der Gründung von Spezialzentren und der Ausweitung ambulanter Dienste vor.
- Bei der Umsetzung der christlichen Werteorientierung nimmt bei der Mehrheit der Befragten (81%) die Seelsorge mittels eines fundierten Seelsorgekonzepts eine bedeutsame Stelle ein.

lung ein. Ebenso wird besonderer Wert auf die Auswahl von Führungskräften mit christlichen Wertvorstellungen gelegt, die das Krankenhaus – neben ökonomischen Gesichtspunkten – entlang christlich-ethischer Prinzipien leiten.

## **1. Einleitung**

### ***1.1 Ziele und Design der Studie***

Das Krankenhauswesen in Deutschland sieht sich mit tiefgreifenden Veränderungen konfrontiert. Umfassende Krankenhausreformen der letzten Jahre haben zum Ziel, den Wettbewerb zwischen den Akteuren des Krankenhausmarkts zu intensivieren und bestehende Überkapazitäten abzubauen. Aktuell werden in dem am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Vordergrund gerückt. Die Investitionskostenfinanzierung von Seiten der Länder hingegen bleibt auf dem Niveau der vergangenen Jahre, wodurch sich Krankenhäuser weiterhin mit ausgeprägten Finanzierungsengpässen konfrontiert sehen.

Angesichts dieser Gegebenheiten ist eine Überprüfung der (bisherigen) strategischen Positionierung im Hinblick auf die sich verändernden Bedingungen essenziell, um den langfristigen Fortbestand des Krankenhauses zu sichern. Im Gegensatz zu Krankenhäusern unter öffentlicher oder privater Trägerschaft basiert die besondere Marktposition der kirchlichen Krankenhäuser auf ihrer christlich-ethischen Werteorientierung. Diese muss keinesfalls im Widerspruch zu ökonomischen Prinzipien stehen; vielmehr gehört es zu den erklärten Zielen kirchlicher Krankenhäuser, die bestmögliche Versorgung der Patienten unter besonderer Schonung der Ressourcen zu erbringen. Hierzu zählt neben der Optimierung pflegerischer und medizinischer Prozesse ebenso die Ausrichtung des Krankenhauses entlang einer fundierten, langfristig geplanten Unternehmensstrategie.

Die vorliegende Studie<sup>1</sup> hat daher zum Ziel, die Auswahl und Umsetzung von Wettbewerbsstrategien in kirchlichen Krankenhäusern zu analysieren. Sie ist das Ergebnis einer im Jahr 2015 durchgeführten bundesweiten Befragung. Konkret stand die Beantwortung der folgenden Fragen im Fokus:

---

<sup>1</sup> *Gefördert durch die Dr. Werner Jackstädt-Stiftung*

- Wie ist das interne und externe Umfeld der Krankenhäuser ausgestaltet?
- Welche Strategien werden durch die Krankenhäuser verfolgt? Wie erfolgreich sind die gewählten Strategien in Bezug auf das wirtschaftliche Ergebnis?
- Wie wird die Strategiewahl mittels Bericht-, Anreiz und Wertesystemen in den Krankenhäusern umgesetzt?

Die Befragung wurde von Mai bis Oktober 2015 mittels eines Onlinefragebogens durchgeführt, der aus 44 übergeordneten Fragen bestand und insgesamt 133 Variablen abfragte. Die Erstellung des Messinstruments sowie die Datenerhebung erfolgten in Kooperation mit dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. (DEKV) und dem Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD). Die Adressaten des Fragebogens waren kaufmännische Geschäftsführer/innen<sup>2</sup> sämtlicher christlicher Krankenhäuser in Deutschland. Insgesamt wurden 102 verwertbare Fragebögen ausgefüllt, was einer beachtlichen (Netto-)Rücklaufquote von 17% entspricht.

Der Fragebogen bezieht sich im Wesentlichen auf drei Bereiche: Das Krankenhausumfeld, die strategische Ausrichtung der Krankenhäuser sowie die Strategieumsetzung. Zu jedem dieser Bereiche wurden weiterführende Fragen gestellt, die Aufschluss über die Ausgestaltung der genannten zentralen Themen geben sollen. Zum einen wurden im Hinblick auf das interne Krankenhausumfeld verschiedene Charakteristika der Geschäftsführer abgefragt (z.B. demografischer Hintergrund, Karriereverlauf). Zudem erfasst die Studie das externe Krankenhausumfeld mittels einer Analyse der Wettbewerbsstruktur. Im Rahmen der Analyse der Strategiewahl wurden verschiedene Strategietypen herausgearbeitet, die sich bezüglich langfristig verfolgter Ziele, eingesetzter Maßnahmen sowie dem resultierenden Jahresergebnis unterscheiden. Im dritten Bereich, der Strategieumsetzung, wurden den Teilnehmern Fragen hinsichtlich verwendeter Berichtssysteme, Anreizsysteme sowie der christlichen Organisationskultur gestellt. Die Antworten geben Aufschluss über die Art und Weise, wie die zuvor identifizierten Strategien konkret im Krankenhaus umgesetzt werden. Abbildung 1 liefert einen Überblick über das Design des Erhebungsinstruments und zeigt die wesentlichen Fragestellungen sowie die zentralen Studienziele auf.

---

<sup>2</sup> In unseren Ausführungen nutzen wir die verallgemeinernde generische maskuline Form, sofern wir uns nicht explizit auf geschlechtsspezifische Aspekte beziehen.



Abbildung 1: Aufbau des Fragebogens und zentrale Forschungsfragen

## 1.2 Teilnehmerstruktur

Bei quantitativen Befragungen ist die Repräsentativität der Stichprobe essenziell, da sie Voraussetzung dafür ist, aussagekräftige Rückschlüsse bezogen auf die Grundgesamtheit (hier: der deutsche christliche Krankenhaussektor) zu ziehen. Um die Repräsentativität der vorliegenden Stichprobe zu überprüfen, wurde die Verteilung der teilnehmenden Krankenhäuser ( $n=102$ ) bezüglich der Merkmale Trägerschaft (evangelisch, katholisch) und Verortung (Bundesland) mit der entsprechenden Verteilung der Grundgesamtheit ( $N=600$ ) verglichen.

Die Analyse der Teilnehmerstruktur zeigt, dass die erhobene Stichprobe die tatsächliche Struktur des christlichen Krankenhaussektors relativ exakt wiedergibt. Hinsichtlich der Trägerschaft wird die reale Verteilung der Krankenhäuser verhältnismäßig gut repräsentiert (vgl. Abbildung 2). Bei der Interpretation der Daten sollte lediglich beachtet werden, dass die katholischen Krankenhäuser mit knapp 63% (im Vergleich zu knapp 58% in der Grundgesamtheit) leicht überrepräsentiert sind, während die Krankenhäuser unter evangelischer Trägerschaft leicht unterrepräsentiert sind (36% im Vergleich zu 42% in der Grundgesamtheit). Auch die geografische Verteilung der teilnehmenden Krankenhäuser entspricht weitestgehend der tatsächlichen Verteilung christlicher Krankenhäuser in Deutschland (vgl. Abbildung 3). Bis auf die Bun-

desländer Bremen und Mecklenburg-Vorpommern gab es Rückläufe aus allen Bundesländern. Lediglich die Bundesländer Bayern und Rheinland-Pfalz sind etwas überrepräsentiert, unterdessen ist Nordrhein-Westfalen knapp unterrepräsentiert. Diese verhältnismäßig kleinen Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit sind jedoch vernachlässigbar gering, sodass die Repräsentativität der Studie sichergestellt ist.

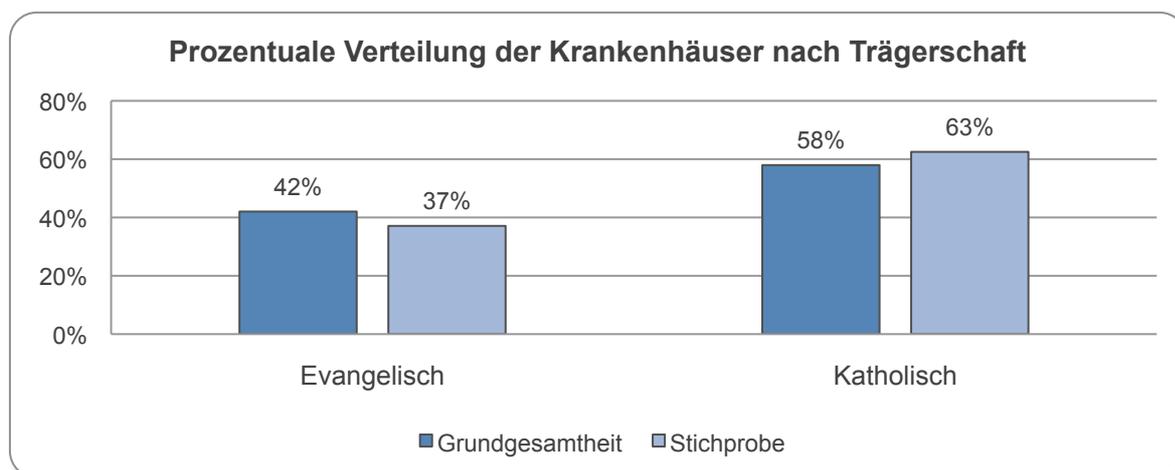


Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Krankenhäuser nach Trägerschaft (n=72)

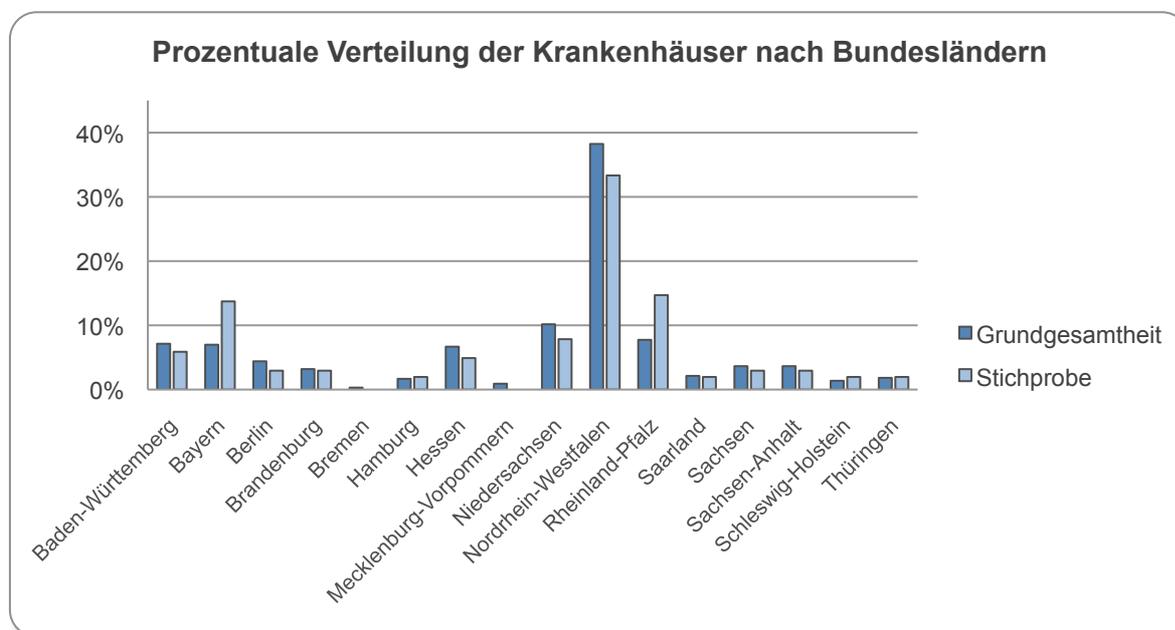


Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der Krankenhäuser nach Bundesländern (n=102)

Bei der Analyse der Teilnehmerstruktur ist zudem die Verteilung der Krankenhäuser in Bezug auf die Krankenhausgröße, gemessen anhand der Planbettenzahl und der Anzahl der Standorte (vgl. Abbildung 4 und Abbildung 5), interessant. Überwiegend handelt es sich in der Stichprobe um kleinere Krankenhäuser: 50% der Häuser verfügen über weniger als 300 Betten,

gleichzeitig weisen 84% maximal zwei Standorte auf. Krankenhäuser mittlerer Größe sind mit 33% vertreten (300-599 Betten), während 17% mehr als 600 Betten aufweisen. Dies entspricht relativ exakt der Größenverteilung der Grundgesamtheit christlicher Krankenhäuser (Prognos, 2009).

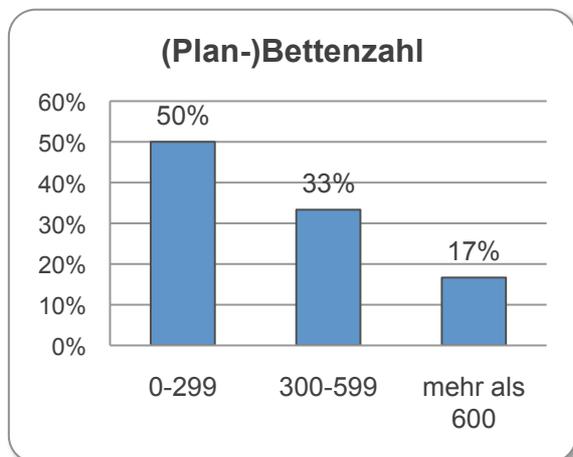


Abbildung 4 (Plan-)Bettenzahl (n=102)

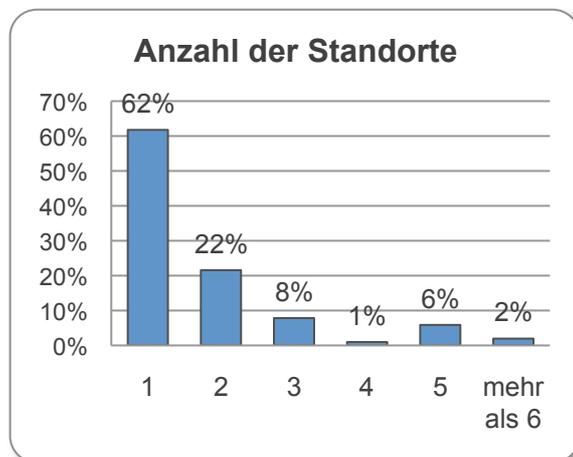


Abbildung 5 Anzahl der Standorte (n=102)

## 2. Ergebnisse

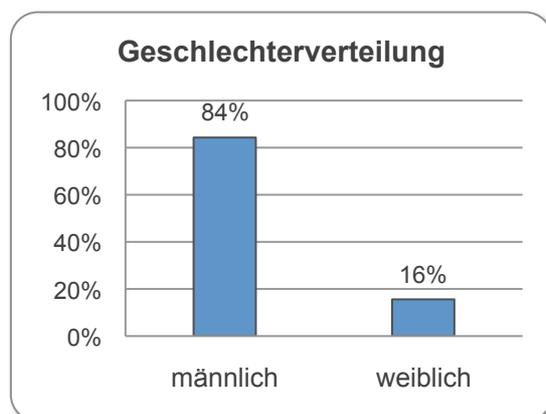
### 2.1 Das Krankenhausumfeld

#### 2.1.1 Internes Umfeld: Charakteristika der Geschäftsführer

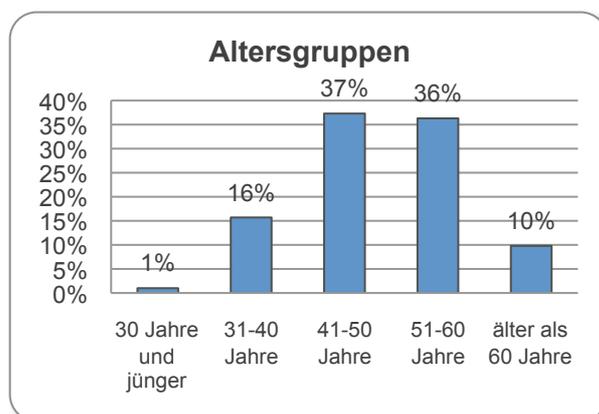
In der Managementforschung untersucht eine wachsende Anzahl wissenschaftlicher Studien den Einfluss spezifischer Eigenschaften der Geschäftsführung (z.B. Geschlecht, Alter, Berufserfahrung) auf die gewählte Unternehmensstrategie (Morelli/Lecci, 2014; Naranjo-Gil, 2009). Bisherige Ergebnisse weisen darauf hin, dass in der Tat Zusammenhänge zwischen Merkmalen des Managements und den getroffenen strategischen Entscheidungen bestehen. Auf Basis dieser Erkenntnisse wurden in dieser Studie ausgewählte Charakteristika der teilnehmenden Geschäftsführer ermittelt, von denen anzunehmen ist, dass sie einen bedeutenden Einfluss auf die Krankenhausstrategie nehmen.

## Geschlecht und Alter

Die befragten Geschäftsführer sind mit 84% überwiegend männlich (vgl. Abbildung 6). Bezüglich der Altersstruktur zeigt Abbildung 7, dass der Großteil der Geschäftsführer (74%) zwischen 41 und 60 Jahre alt ist. Das Durchschnittsalter beträgt knapp 49 Jahre.



**Abbildung 6 Geschlechterverteilung (n=102)**



**Abbildung 7 Altersgruppen (n=102)**

## Ausbildung

Mit 98% besitzen nahezu alle befragten Geschäftsführer einen Studienabschluss (vgl. Abbildung 8). Die meisten Abschlüsse wurden an einer Hochschule bzw. Universität absolviert (69%). Werden die Bildungsabschlüsse hinsichtlich der Altersgruppen gegliedert, lässt sich feststellen, dass in der Personengruppe zwischen 51 und 60 Jahren das Verhältnis zwischen Universitätsabschluss und Fachhochschul- bzw. Berufsakademieabschluss mit 18% bzw. 17% sehr ausgeglichen ist. Hingegen sind in den jüngeren Altersgruppen zwischen 31 und 50 Jahren vermehrt Abschlüsse an einer Hochschule bzw. Universität anzutreffen.

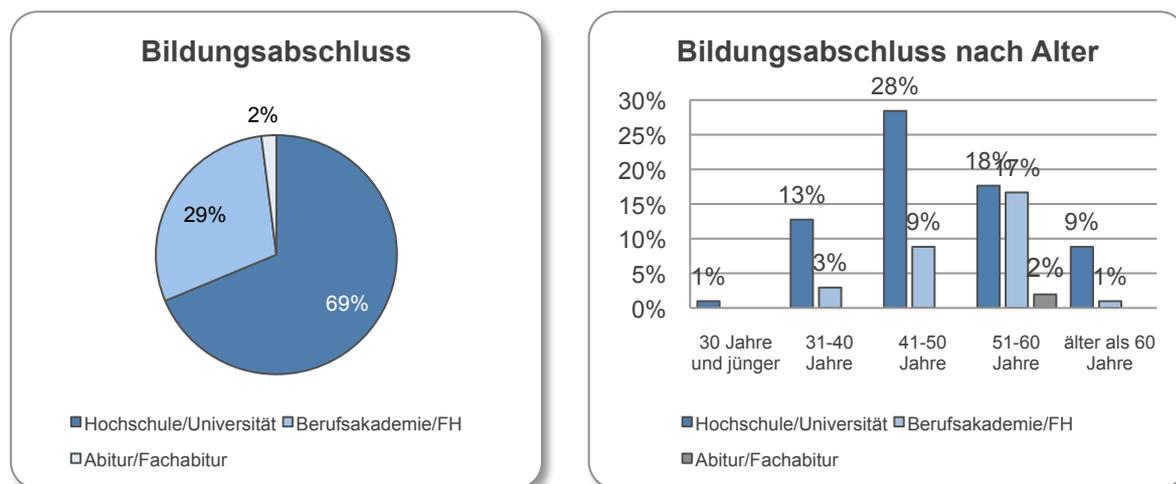


Abbildung 8: Bildungsabschluss (n=102)

Bezüglich des gewählten Studienfachs fällt auf, dass etwa zwei Drittel der Geschäftsführer ein betriebswirtschaftliches Studium absolviert haben (vgl. Abbildung 9). 9% verfügen über einen medizinischen Hintergrund, während 5% ein sozialwissenschaftliches Studium absolviert haben. Sonstige Studienfächer umfassen u. a. Gesundheitsökonomie, Personalmanagement, Pflegewissenschaft und Theologie.

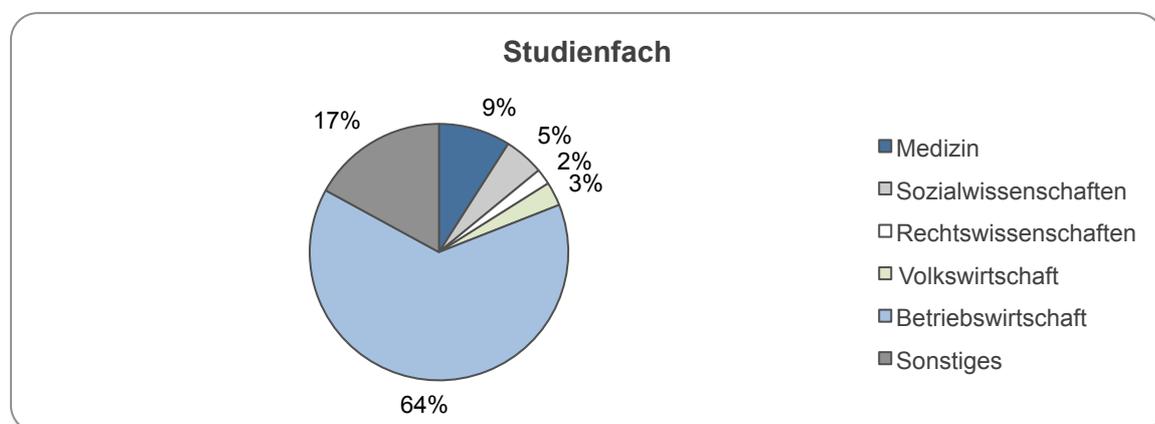


Abbildung 9: Studienfach (n=100)

Knapp 40% der Geschäftsführer haben einen zweiten Abschluss neben ihrem Schwerpunktstudium bzw. ihrer Schwerpunktausbildung absolviert (vgl. Abbildung 10 und Abbildung 11). Hierunter fallen wiederum am häufigsten Abschlüsse im Bereich der Betriebswirtschaft (20%), gefolgt durch Medizin mit 7%. Unter dem Punkt „Sonstiges“ wurden überwiegend Abschlüsse in der Medizinökonomie, im Verwaltungsbereich und in der Krankenpflege genannt, vereinzelt im Hotelfachbereich, der Pädagogik und der Theologie.

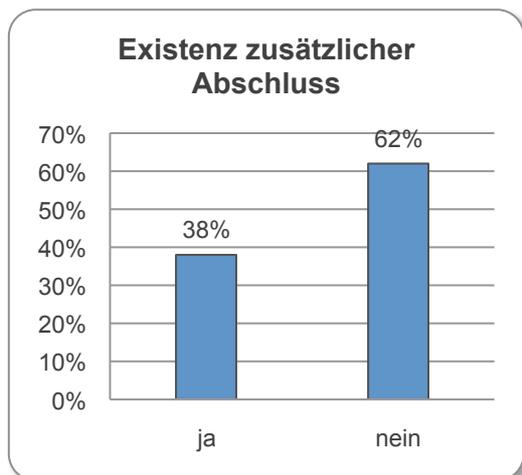


Abbildung 10 Existenz zusätzlicher Abschluss (n=100)

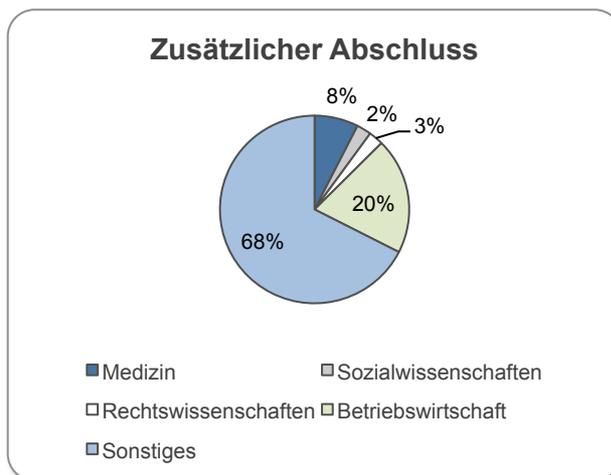


Abbildung 11 Fachbereich des zusätzlichen Abschlusses (n=38)

### Karriereverlauf

Hinsichtlich der Karriereverläufe ist bemerkenswert, dass der Großteil der befragten Geschäftsführer über eine sehr lange Erfahrung, d. h. von über 15 Jahren, im Krankenhaussektor verfügt (vgl. Abbildung 12). Zudem sammelte über die Hälfte der Teilnehmer neben dem Krankenhaussektor ebenso in anderen Branchen Erfahrungen (vgl. Abbildung 13). Hierunter fallen insbesondere Tätigkeiten im Industrie- und Dienstleistungssektor (54%, vgl. Abbildung 14). Es folgen Erfahrungen in der Verwaltung mit 15%, kirchliche Tätigkeiten mit 8% und Tätigkeiten im Bildungssektor mit 4%.

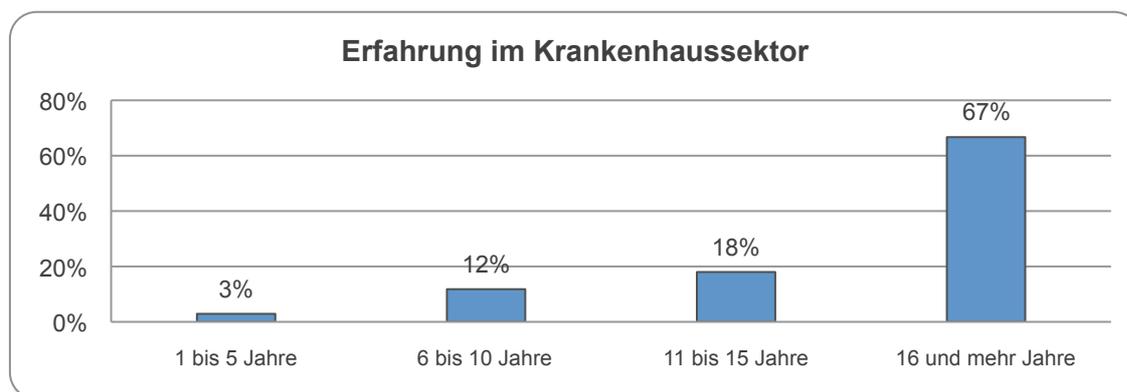
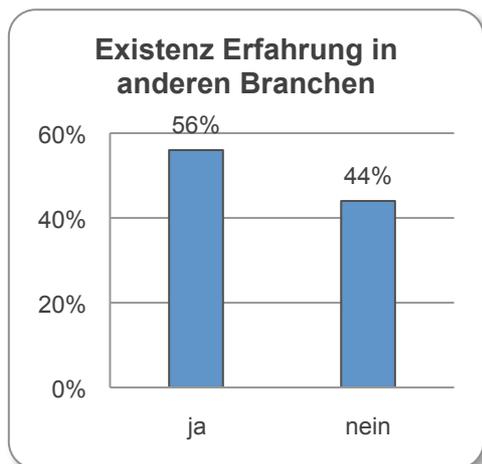
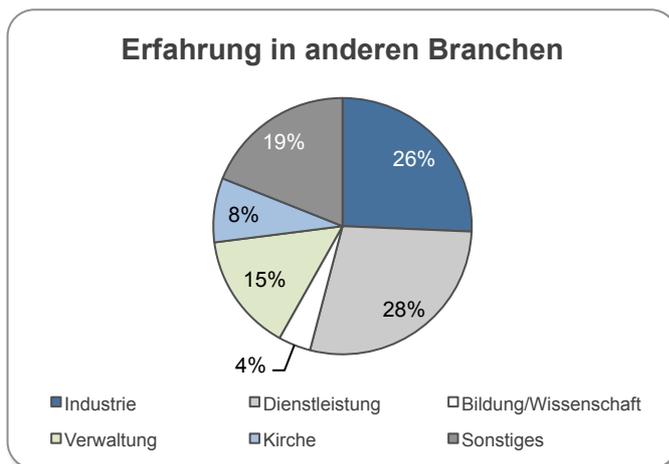


Abbildung 12: Erfahrung im Krankenhaussektor (n=102)

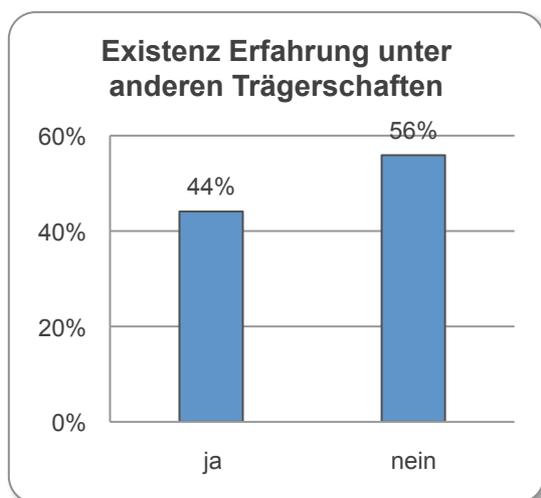


**Abbildung 13 Existenz Erfahrung in anderen Branchen (n=102)**



**Abbildung 14 Erfahrung in anderen Branchen (n=58)**

44% der Geschäftsführer haben im Laufe ihrer Karriere zusätzlich unter einer anderen als der kirchlichen Trägerschaft gearbeitet. Der Großteil hiervon weist Erfahrungen in Krankenhäusern unter öffentlicher Trägerschaft auf (46%), gefolgt von Häusern privater Trägerschaft (35%).



**Abbildung 15 Existenz Erfahrung unter anderen Trägerschaften (n=102)**

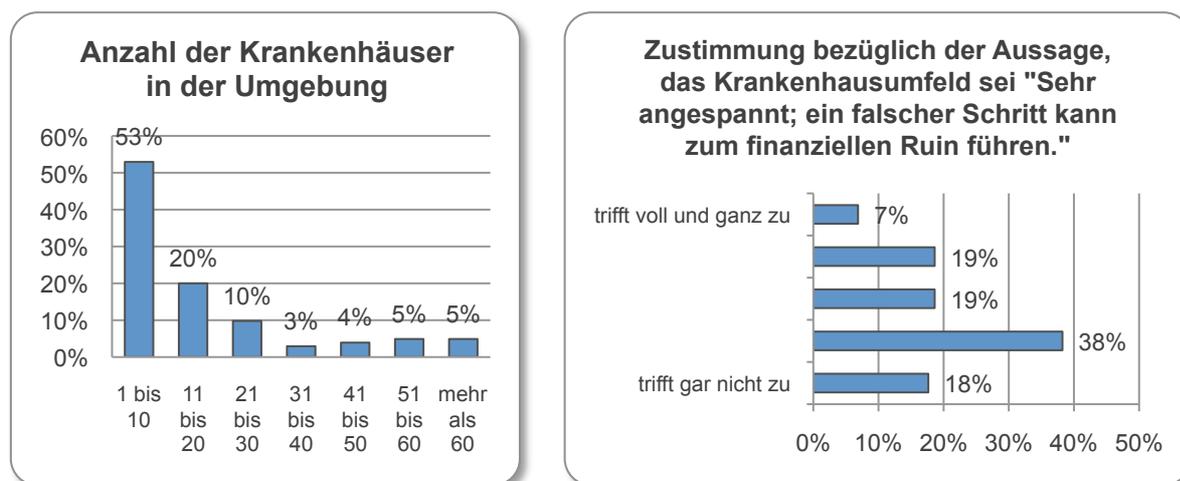


**Abbildung 16 Erfahrung unter anderen Trägerschaften (n=45)**

### 2.1.2 Externes Umfeld: Wettbewerbsstrukturen

Um den Wettbewerbsdruck des Krankenhausumfelds zu messen, können objektive und subjektive Messwerte herangezogen werden. Als objektives Messinstrument dient die Anzahl der Konkurrenten im näheren Umfeld des Krankenhauses. In etwa die Hälfte der Krankenhäuser

weist in einem Umkreis von 30 km zehn Krankenhäuser oder weniger auf (vgl. Abbildung 17). Des Weiteren verfügt nur ein geringer Teil (etwa 10 %) über mehr als 31 Krankenhäuser in direkter Umgebung. Der objektiv gemessene Wettbewerbsdruck scheint somit in Abhängigkeit von dem Krankenhausstandort stark zu variieren. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Betrachtung des subjektiv wahrgenommenen Wettbewerbsdrucks (vgl. Abbildung 18). 56% der befragten Geschäftsführer stimmen der Aussage, dass die Marktsituation sehr angespannt sei, eher nicht oder gar nicht zu. Dem gegenüber stehen 26%, die die Konkurrenzsituation als angespannt bewerten.



**Abbildung 18 Wahrgenommener Wettbewerbsdruck durch die Geschäftsführer (n=102)**

**Abbildung 17 Anzahl der Krankenhäuser in einem Umkreis von 30km (n=102)**

Eine gemeinsame Betrachtung der Anzahl der Konkurrenten und der Zustimmung bezüglich der Aussage, dass das Wettbewerbsumfeld durch Anspannung geprägt sei, zeigt einen hoch signifikanten Zusammenhang ( $p=0.005$ ) zwischen dem subjektiv wahrgenommenen und objektiv messbaren Wettbewerbsdruck. Geschäftsführer von Krankenhäusern, in deren Umfeld mehr als 10 Krankenhäuser verortet sind, spüren einen deutlich höheren Wettbewerbsdruck als jene mit einer geringeren Anzahl an regionalen Konkurrenten. Eine nähere Analyse bezüglich der regionalen Verortung gliedert Deutschland in die vier Regionen Süden, Norden, Osten und Westen. Diese Einteilung ermöglicht Gruppenvergleiche, die aufgrund der teilweise geringen Anzahl der Teilnehmer in den einzelnen Bundesländern nicht möglich gewesen wären. Sie zeigt, dass der Wettbewerbsdruck im Süden (Baden-Württemberg, Bayern) und Norden (Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) Deutschlands relativ schwach ausgeprägt ist (vgl. Abbildung 19). In diesen Regionen weisen 75% der Krankenhäuser lediglich bis zu zehn Konkurrenten in ihrem direkten Umfeld auf. Im Osten (Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) überwiegt ebenso ein vergleichsweise schwach ausgeprägter Wettbe-

werbsdruck. In den betreffenden Bundesländern geben 57% der Teilnehmer an, weniger als elf Krankenhäuser in ihrem Einzugsgebiet anzutreffen. Ein gegensätzliches Bild zeigt sich im Westen (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland). Hier befinden sich bei 61% der Befragten mehr als 10 Krankenhäuser in einem Umfeld von 30 km. Bei genauerer Betrachtung dieser Region wird ersichtlich, dass Nordrhein-Westfalen den Großteil zu diesem Ergebnis beiträgt, da hier ein besonders hoher Wettbewerbsdruck herrscht. 47% der Häuser in Nordrhein-Westfalen weisen zwischen 11 und 40 Konkurrenten auf, immerhin 26% verfügen über mehr als 40 regionale Wettbewerber.

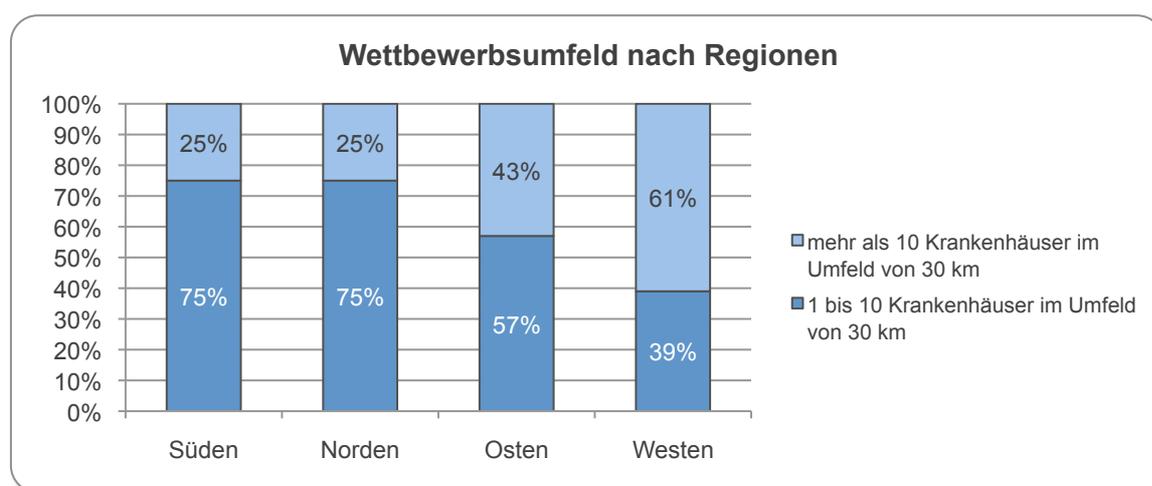


Abbildung 19: Wettbewerbsumfeld nach Regionen (n=102)

## 2.2 Strategische Ausrichtung

### 2.2.1 Unternehmerische Orientierung

Im Wettbewerb um Qualität und Leistung sind die unternehmerischen Fähigkeiten der Geschäftsführung besonders gefordert, um die Marktposition des Krankenhauses angesichts begrenzter Ressourcen und zunehmenden Konkurrenzdrucks langfristig zu sichern. In diesem Zusammenhang wird in der Managementforschung der *unternehmerischen Orientierung* (Morris et al., 2011; Miller, 1983) als Basis für ökonomische Entscheidungen und Handlungen besondere Bedeutung zugeschrieben. Sie ist eng mit Prozessen der strategischen Planung sowie deren Umsetzung verbunden, in denen Entscheidungsträger ihr Unternehmen entlang des Organisationsleitbilds ausrichten. Die unternehmerische Orientierung spiegelt sich in drei Eigenschaften wider: Proaktivität, Innovativität und Risikobereitschaft. *Proaktivität* beschreibt die Fähigkeit, vorausschauend zu handeln und somit mögliche Chancen zu antizipieren und auszuschöpfen. *Innovativität* steht für Kreativität und Experimentierfreude zum Zweck der

Einführung neuer Leistungen und Produkte, während *Risikobereitschaft* mit weitreichenden Investitionen einhergeht, deren Erfolg nicht sicher abschätzbar ist. Im Folgenden wird aufgezeigt, in welchem Maße die befragten Geschäftsführer Aussagen bezüglich der unternehmerischen Orientierung zustimmen.

Bemerkenswerterweise nimmt aus Sicht der Geschäftsführer der Aspekt der *Innovativität* einen verhältnismäßig hohen Stellenwert bei der Leitung der Krankenhäuser ein (vgl. Abbildung 20). Insbesondere stimmt mit knapp 80% der Großteil der Teilnehmer der Aussage zu, regelmäßig an die Chefärzte heranzutreten, um neue Ideen zu generieren. Rund 60% fördern den Einsatz neuartiger Verfahren oder beteiligen sich an der Entwicklung neuer Prozesse mit dem Ziel, die Versorgungsqualität ihres Krankenhauses zu erhöhen. Immerhin die Hälfte der Teilnehmer gibt an, auch Veränderungen durchzusetzen, die sehr weit von dem bisherigen Vorgehen abweichen. Insgesamt scheint demnach Kreativität eine wichtige Rolle bei der Führung der Krankenhäuser zu spielen.

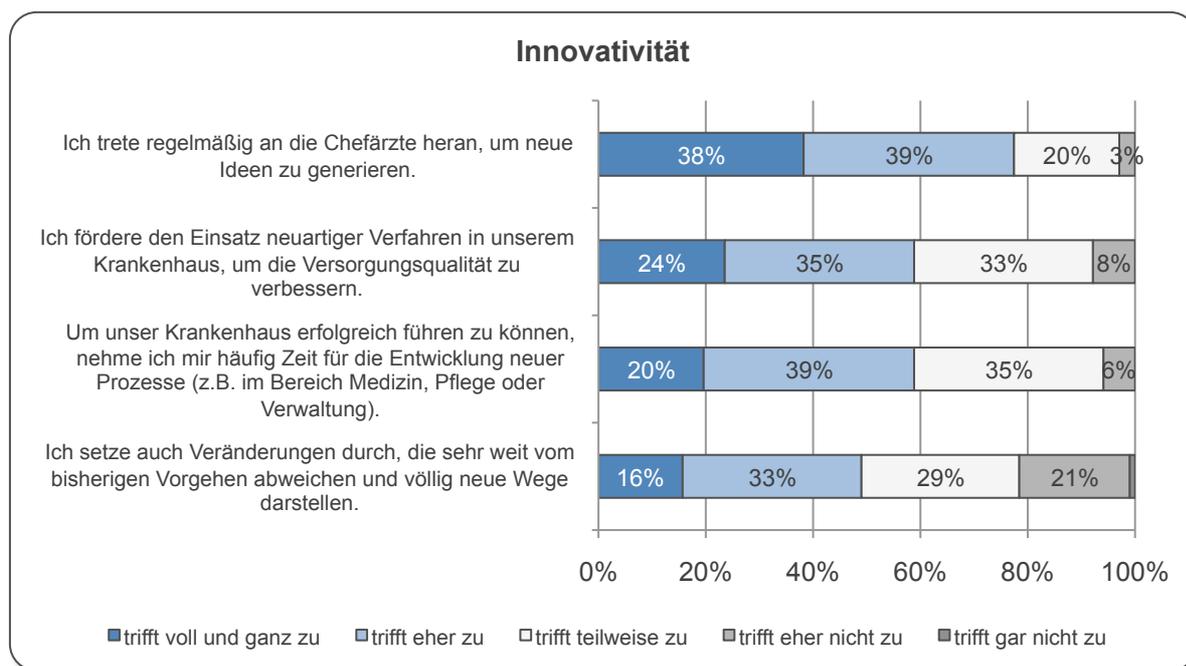


Abbildung 20: Innovativität (n=102)

*Proaktivität* ist unter den befragten Geschäftsführern teilweise verbreitet (vgl. Abbildung 21). Während etwa ein Drittel der Aussage zustimmt, dafür zu sorgen, dass ihr Krankenhaus im Vergleich zu der Konkurrenz technologisch überlegen ist, zeigt ein weiteres Drittel diesbezüglich nur teilweise und das restliche Drittel eher keine bis gar keine Zustimmung. Ebenso lehnen knapp 30% die Aussage ab, dafür zu sorgen, dass ihr Krankenhaus das erste Krankenhaus in der Region ist, das neue medizinische oder pflegerische Leistungen einführt. Dem

gegenüber stehen 40%, die dieser Angabe zustimmen. Ebenfalls waren die Teilnehmer eher geteilter Meinung bezüglich der Ansicht, mit ihrem Krankenhaus regelmäßig Aktionen zu initiieren, auf die Konkurrenzkrankenhäuser reagieren. Hier stimmen gut 20% zu, während rund 40% teilweise und weitere 40% eher nicht bis gar nicht zustimmen. Proaktives Verhalten ist demzufolge unter den befragten Geschäftsführern nur teilweise verbreitet.

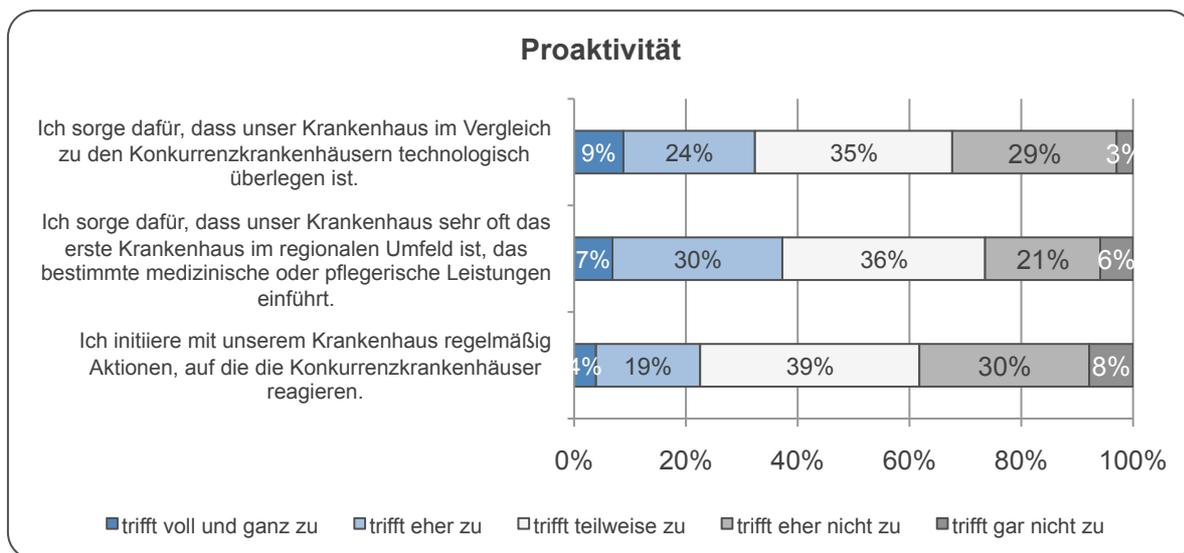


Abbildung 21: Proaktivität (n=102)

*Risikobereitschaft* hingegen ist eher wenig verbreitet (vgl. Abbildung 22): Etwa die Hälfte der Befragten gibt an, sehr umfangreiche interne und externe Analysen durchzuführen, bevor mittel- bis langfristige Investitionen getätigt werden. Die vorausschauende Einschätzung von Maßnahmen und möglichen Konsequenzen dient dabei der Reduzierung von Unsicherheit in ungewissen Situationen. Ebenso lehnt die Mehrheit der Geschäftsführer die Aussage ab, Maßnahmen einzuleiten, deren Erfolg nicht sicher abschätzbar ist. Besonders stark ist die Ablehnung gegenüber der Ansicht, dass auch risikoreiche Projekte angegangen werden, um den Umsatz des Krankenhauses zu steigern. Folglich ist die Bereitschaft, Risiken einzugehen, unter den teilnehmenden Geschäftsführern durchweg kaum vertreten.

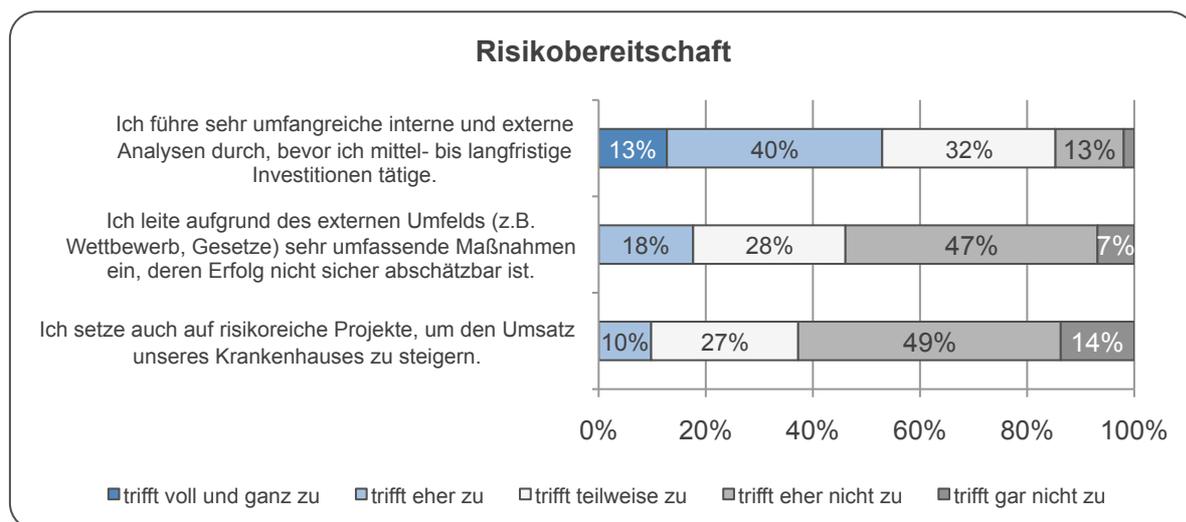


Abbildung 22: Risikobereitschaft (n=102)

### 2.2.2 Strategieauswahl

Die Auswahl der Unternehmensstrategie nimmt nachhaltigen Einfluss auf das langfristige Verhalten des Krankenhauses gegenüber seiner Umwelt. Mittels strategischer Maßnahmen wird die Organisation auf die Erreichung seiner langfristigen Ziele ausgerichtet. Es lassen sich im Rahmen der strategischen Ausrichtung drei verschiedene Strategietypen unterscheiden, die sich hinsichtlich der Auswahl langfristiger Maßnahmen voneinander abgrenzen (Kober et al., 2007; Miles/Snow, 1978)<sup>3</sup>.

- *Pioniere* richten ihre Strategie darauf aus, neue Marktmöglichkeiten zu identifizieren und auszuschöpfen. Ihre Reputation basiert insbesondere auf ihrer Innovationskraft und der entsprechenden *Flexibilität*, neuartige Leistungen und Prozesse einzuführen und umzusetzen. Dabei werden langfristige Verbindlichkeiten (z. B. langfristige Kredite) zu einzelnen technologischen Prozessen weitgehend vermieden.
- *Verteidiger* fokussieren ihre Strategie hauptsächlich auf die Erhöhung ihrer *Effizienz*. Im Rahmen strategischer Entscheidungen ist dementsprechend die Gestaltung und Optimierung interner Prozesse weitaus bedeutsamer als die Anpassung des Krankenhauses an externe Marktentwicklungen. Der Organisationsaufbau ist stark zentralisiert und die interne Kommunikation erfolgt entlang hierarchischer Strukturen.

<sup>3</sup> Die Typologie nach Miles/Snow (1978) bezieht einen weiteren Strategietyp, den „Reactor“, mit ein. Dieser wird in dieser Studie vernachlässigt, da lediglich ein Krankenhaus diesem Typ zugeordnet werden konnte.

- *Analysten* konzentrieren sich darauf, eine *Balance* zwischen der Minimierung möglicher Risiken und der Maximierung des Profits zu erhalten. Die Strategie zielt weniger darauf ab, neue Marktmöglichkeiten als erste zu entdecken, sondern vielmehr darauf, Erfahrungen anderer Marktteilnehmer abzuwarten und anschließend erfolgversprechende Ansätze in dem eigenen Krankenhaus umzusetzen.

In der Stichprobe konnte über die Hälfte der Befragten eindeutig den drei oben beschriebenen Strategietypen zugeordnet werden.<sup>4</sup> Relativ gleichverteilt sind die *Pioniere* und die *Verteidiger* mit jeweils 21% bzw. 24% (vgl. Abbildung 23). Im Vergleich zu den anderen beiden Strategietypen sind *Analysten* anteilmäßig am wenigsten vertreten (13%). Interessanterweise verfolgen die restlichen Teilnehmer hybride Strategien, die Mischformen der oben beschriebenen Strategien darstellen: 16% der Krankenhäuser aus der Stichprobe wurden demnach als *vorausschauende Analysten* identifiziert, die eine Kombination aus *Pionier*- und *Analysten*-Strategie anwenden, während 10% *defensive Analysten* repräsentieren, eine Mischform aus *Analyst* und *Verteidiger*. Zudem wurden 16% der teilnehmenden Krankenhäuser als *flexible Generalisten* gekennzeichnet, da sie Anzeichen für die simultane Verfolgung von mehr als zwei Strategien aufweisen.

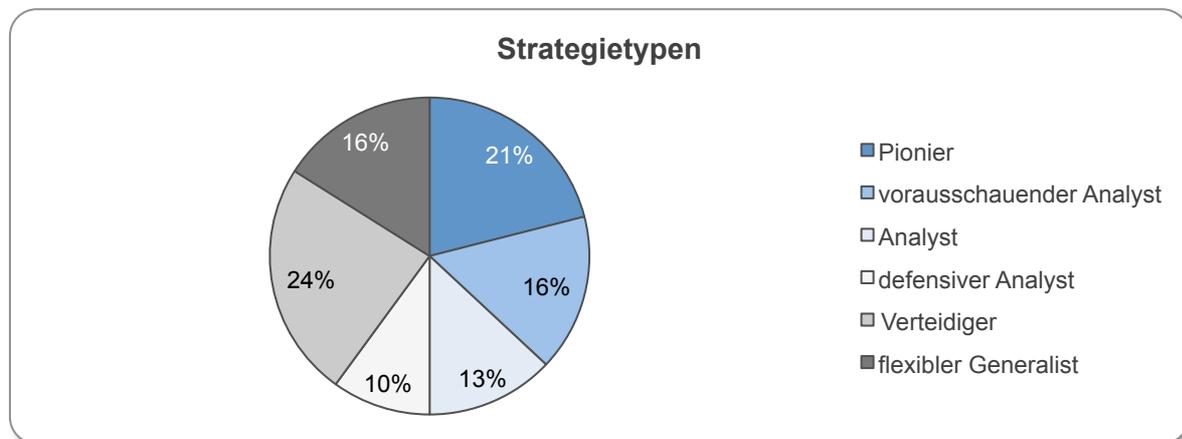


Abbildung 23: Strategietypen (n=100)

<sup>4</sup> Die Einteilung wurde mittels einer Cluster-Analyse (zur Methodik vgl. Helmig et al., 2014) vorgenommen. Diese erfolgte auf Basis der Antworten der Teilnehmer auf neun Fragen (mit Einfachauswahl) bezüglich strategischer Kompetenzen und Ziele, der Haltung gegenüber dem Wettbewerb sowie der angestrebten Reputation.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht bezüglich der charakteristischen Merkmale der identifizierten (reinen und hybriden) Strategietypen auf Basis der Antworten der teilnehmenden Geschäftsführer.<sup>5</sup>

Tabelle 1: Beschreibung der Strategietypen

	Pioniere	Analysten	Verteidiger	Vorausschauende Analysten	Defensive Analysten
Leistungsangebot	innovativ	stabil	stabil	innovativ	stabil
Wachstum	offensiv	gemäßigt	vorsichtig	gemäßigt	gemäßigt/ vorsichtig
Sichern der Wettbewerbsposition	Diversifikation	Sukzessive Veränderung der Leistungen	Standardisierung der Leistungen	Diversifikation/sukzessive Veränderung	Diversifikation/Standardisierung
Kernkompetenz der Führungskräfte	Unternehmerisch	Analytisch	Spezialisiert	Unternehmerisch/analytisch	Spezialisiert/flexibel
Zentrales strategisches Ziel	Innovationen	Synergien	Kosteneffizienz	Innovationen/Synergien	Synergien/Kosteneffizienz
Intensität der Marktbeobachtung	hoch bis mittel	mittel	mittel bis gering	mittel	mittel

Bezüglich des Grads der strategischen Proaktivität bzw. Flexibilität einerseits und des Ausmaßes defensiver Elemente in der strategischen Ausrichtung andererseits lassen sich die identifizierten Strategietypen entlang eines Kontinuums anordnen (vgl. Abbildung 24). Die Extrempole dieses Kontinuums bilden auf der einen Seite die Pioniere, die sich durch besonders hohe Proaktivität auszeichnen, und auf der anderen Seite die Verteidiger, deren Strategie hauptsächlich defensiv ausgerichtet ist. Der Chancen und Risiken abwägende Analyst liegt mittig, flankiert von dem vorausschauenden Hybrid in Richtung des Proaktivität-Pols und der defensiven Mischform in Richtung des defensiven Extrempols. Demnach lassen sich die zuvor identifizierten Strategietypen in eher proaktive (Pionier und vorausschauender Analyst) und defensive (defensiver Analyst und Verteidiger) strategische Ausrichtungen gruppieren.

<sup>5</sup> Eine spezifische Charakterisierung des flexiblen Generalisten ist aufgrund seiner strategischen Ambiguität nicht möglich und wird hier daher vernachlässigt.

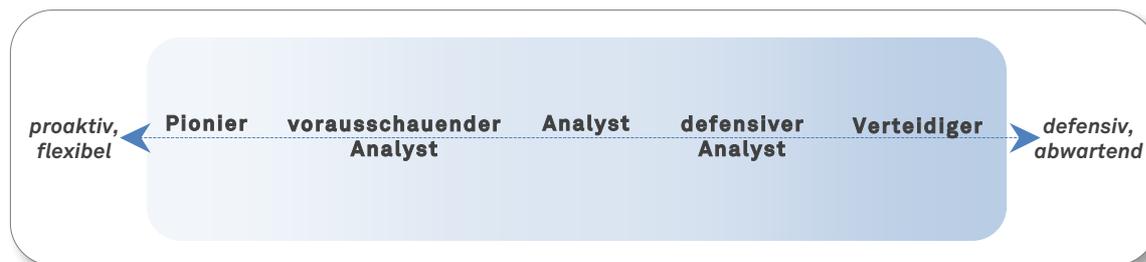


Abbildung 24: Kontinuum der Strategietypen

Bei näherer Betrachtung der einzelnen Strategietypen lassen sich Unterschiede bezüglich verschiedener allgemeiner Merkmale der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 0) feststellen.

Weitere Zusammenhänge lassen sich zwischen der gewählten Strategie und der Tatsache, ob das Krankenhaus einer Kette mit mehreren Standorten angehört, vermuten. Tendenziell sind hier (nicht signifikante) Unterschiede zwischen den Strategietypen festzustellen; so gehört die Hälfte der flexiblen Generalisten einer Kette an, was weiterhin dafür spricht, dass eine fokussierte Strategie über mehrere Standorte schwer zu verfolgen sein könnte. Hingegen weisen die meisten Pioniere (76%) lediglich einen Standort auf. Dies scheint insofern interessant, als dass gerade die Pionier-Strategie aufgrund der charakteristischen Investitionen besonders ressourcenfordernd ist, die in dieser Stichprobe offenbar zumeist durch einen Krankenhausstandort allein generiert und eingesetzt werden.

Signifikante Zusammenhänge sind zwischen der Strategie und dem Wettbewerbsdruck festzustellen. Auffällig ist, dass bei nur 14% der Pioniere mehr als 20 Konkurrenten im Umfeld vorhanden sind. Dies könnte darauf hindeuten, dass diese Krankenhäuser durch den vergleichsweise geringeren Wettbewerbsdruck überhaupt in der Lage sind, die Pionier-Strategie zu verfolgen. In Gebieten mit hohem Wettbewerbsdruck scheint hingegen die Analysten-Strategie in reiner und hybrider (vorausschauender) Form bedeutsam zu sein. Tatsächlich könnte die hohe Anzahl an Konkurrenten eine Erklärung dafür sein, dass Krankenhäuser besonders umsichtig Chancen und Risiken anhand der Erfahrungen der Mitbewerber abwägen, bevor sie in neue Märkte vordringen. Etwas überraschend liegen nur 8% der Verteidiger in Gebieten mit sehr hohem Wettbewerbsdruck. Zumindest unter alleiniger Berücksichtigung des Wettbewerbsdrucks als Charakterisierung für das situative Umfeld der Krankenhäuser ist anzunehmen, dass hier Potenzial für die Verfolgung von proaktiveren Strategien liegt.

Tabelle 2: Zusammenhänge zwischen Strategie und allgemeinen Krankenhauscharakteristika

	Großes Krankenhaus (> 600 Betten)	Krankenkettene (> 1 Standort)	sehr hoher Wettbe- werbsdruck (> 20 Konkurrenten)
<b>Pionier</b>	19%	24%	14%
<b>vorausschauender Analyst</b>	19%	44%	44%
<b>Analyst</b>	8%	46%	46%
<b>defensiver Analyst</b>	20%	20%	20%
<b>Verteidiger</b>	0%	42%	8%
<b>flexibler Generalist</b>	44%	50%	44%
<b>Signifikanz (Chi-Quadrat)</b>	0,016*	n. s.	0,022*

\* signifikanter Zusammenhang.

Tabelle 2 liefert hierzu einen Vergleich der Strategietypen hinsichtlich der Krankenhausgröße, der Anzahl der Standorte und dem lokalen Wettbewerbsdruck. Betrachtet man die Krankenhausgröße, so fällt auf, dass die flexiblen Generalisten vergleichsweise häufig mehr als 600 Betten aufweisen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass sich große Krankenhäuser aufgrund ihrer Vielzahl an Abteilungen kaum auf eine einzige Strategie fokussieren können und daher Teile mehrerer Strategien gleichzeitig verfolgen. Unter den defensiven und vorausschauenden Analysten sowie den Pionieren hingegen sind große Krankenhäuser deutlich seltener, nämlich mit 20% bzw. 19%, vertreten. Auffällig ist, dass kein einziges Krankenhaus mit Verteidiger-Strategie dieser Größenklasse angehört.

Neben den allgemeinen Merkmalen der Krankenhäuser können ebenso Charakteristika der Geschäftsführer, wie die unternehmerische Einstellung und die Managementenerfahrung in kirchlichen Krankenhäusern, mit der Strategiewahl in Verbindung gesetzt werden (vgl. Tabelle 3). Beachtlich ist hier der hoch signifikante Zusammenhang zwischen der verfolgten Strategie und dem Grad der Proaktivität als ein der unternehmerischen Einstellung zugehöriges Attribut. So äußerten die Pioniere im Vergleich zu den restlichen Strategietypen die größte Zustimmung bezüglich proaktiven Aussagen, dicht gefolgt von den flexiblen Generalisten und den vorausschauenden Analysten. Geschäftsführer, die ihr Krankenhaus entlang einer Verteidiger-Strategie ausrichten, zeigten hingegen den geringsten Grad an Proaktivität. Ähnlich verhält es sich bei der Innovativität, wobei hier die vorausschauenden Analysten als besonders innovativ hervortreten. Interessant ist zudem die Betrachtung der Managementenerfahrung der Geschäftsführer in kirchlichen Krankenhäusern. Beachtlich ist, dass 81% der Geschäftsführer von vorausschauenden Analysten über mehr als 5 Jahren an Managementenerfahrung in kirchlichen Krankenhäusern verfügen. Im starken Kontrast hierzu weisen lediglich 33% der Geschäftsführer von Verteidigern vergleichbare Erfahrungen auf. Dies deutet darauf hin, dass das Ausmaß der Managementenerfahrung speziell im christlichen Krankensektor im Zusammenhang damit steht, ob eine eher proaktive oder defensive Strategie implementiert wird. Getestet wurden ebenfalls Zusammenhänge zur allgemeinen Managementenerfahrung im Krankensektor sowie in anderen Branchen, jedoch ohne signifikante Ergebnisse.

Tabelle 3: Zusammenhänge zwischen Strategie und Merkmalen der Geschäftsführung

	Unternehmerische Einstellung			Management- erfahrung
	Mittelwert Innova-	Mittelwert Pro-	Mittelwert Risikobe-	in kirchlichen Kranken- häusern von mehr als 5

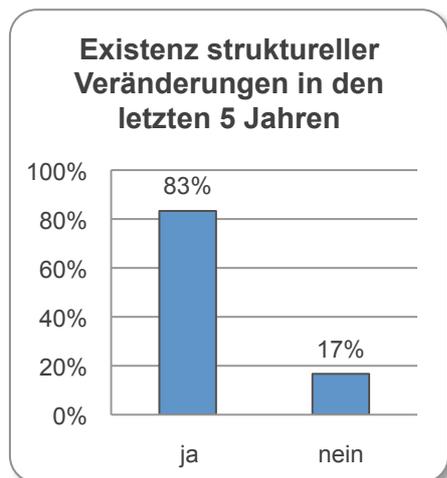
	tivität	aktivität	reitschaft	Jahren
<b>Pionier</b>	3,9	3,4	2,4	67%
<b>vorausschauender Analyst</b>	4,1	3,2	2,4	81%
<b>Analyst</b>	3,8	2,7	2,3	54%
<b>defensiver Analyst</b>	3,7	3,0	2,3	50%
<b>Verteidiger</b>	3,5	2,5	2,1	33%
<b>flexibler Generalist</b>	3,8	3,3	2,5	69%
<b>Signifikanz (Chi-Quadrat)</b>	0,037*	0,000***	n. s.	0,046*

\* signifikanter Zusammenhang, \*\*\* hoch signifikanter Zusammenhang.

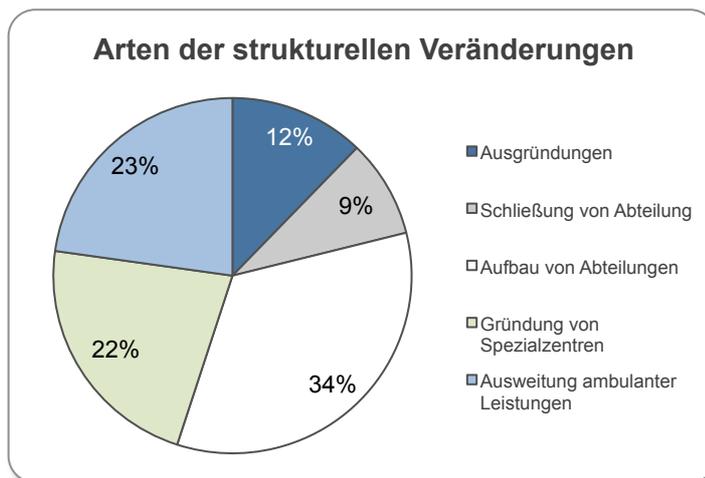
### *Strukturelle Veränderungen*

Um zu analysieren, welche konkreten strukturellen Maßnahmen in den Krankenhäusern durchgeführt wurden, wurden die Teilnehmer nach der Art der in den letzten fünf Jahren implementierten strukturellen Veränderungen gefragt. Als Antwortmöglichkeiten (mit Mehrfachnennung) wurden Ausgründungen, Schließung bzw. Aufbau von Abteilungen, Gründung von Spezialzentren sowie Ausweitung ambulanter Leistungen angeboten.

Die Ergebnisse zeigen, dass unabhängig von der Krankenhausgröße und der Beschaffenheit des Wettbewerbsumfelds strukturelle Veränderungen in den letzten fünf Jahren in 83% der teilnehmenden Krankenhäuser durchgeführt wurden. Der Großteil der Veränderungen bestand mit 34% in dem Aufbau von Abteilungen. An zweiter und dritter Stelle folgen die Ausweitung ambulanter Leistungen (23%) und die Gründung von Spezialzentren (22%). Die Schließung von Abteilungen erfolgte in nur 9% der teilnehmenden Krankenhäuser.



**Abbildung 25 Existenz struktureller Veränderungen in den letzten fünf Jahren (n=102)**



**Abbildung 26 Arten der strukturellen Veränderungen, durchgeführt in den letzten fünf Jahren (n=85)**

Bei näherer Analyse der durchgeführten strukturellen Veränderungen lässt sich feststellen, dass die Strategietypen je nach Art der Veränderung (Ausgründung, Schließung von Abteilungen etc.) unterschiedlich stark vertreten sind (vgl. Abbildung 27). Auffällig ist, dass Ausgründungen in den letzten fünf Jahren relativ häufig von Analysten und Verteidigern (jeweils 23%) vorgenommen wurden. In der Gruppe der Krankenhäuser, die Schließungen von Abteilungen durchführten, sind Krankenhäuser mit einer Pionier-Strategie am häufigsten vertreten (25%).<sup>6</sup> Gleichzeitig liegen Pioniere mit 23% jedoch bei dem Aufbau von Abteilungen vorne. Dies könnte darauf hindeuten, dass sich Pioniere flexibel von (nicht profitablen) Geschäftsbereichen trennen und diese durch profitablere Abteilungen ersetzen. Ähnlich stark vertreten sind Krankenhäuser mit einer vorausschauenden Strategie, wenn es darum geht, Spezialzentren zu gründen (21%). Eine relativ heterogene Verteilung der Strategietypen zeigt sich insbesondere im Rahmen der Ausweitung ambulanter Leistungen. Von allen Krankenhäusern, die ihre ambulanten Leistungen in den letzten fünf Jahren erweiterten, verfolgen 33% eine Pionier-Strategie. Flexible Generalisten sind mit 23%, vorausschauende Analysten mit 20% vertreten. Dahingegen liegen Krankenhäuser, die defensivere Strategien verfolgen (defensiver Analyst, Verteidiger und Analyst), hier deutlich zurück. Dieses Verhältnis zwischen den proaktiveren und defensiveren Strategien zeigt sich am deutlichsten bei der Ausweitung ambulanter Leistungen, ist jedoch ebenso bei den anderen Wachstumsmaßnahmen (Aufbau von Abteilungen, Gründung von Spezialzentren) in abgeschwächter Form sichtbar. Dies könnte darin begründet sein, dass die Krankenhäuser mit defensiver strategischer Ausrichtung weniger auf

<sup>6</sup> Bei der Interpretation der Ergebnisse bezüglich Ausgründungen und Schließungen von Abteilungen ist die insgesamt geringe absolute Anzahl der Krankenhäuser zu berücksichtigen, die diese beiden Arten von strukturellen Veränderungen vorgenommen hat (n=19 bzw. n=14).

Investitionen und damit verbundene Veränderungen setzen, sondern vielmehr auf die Einsparung von Kosten durch gezielte Effizienzerhöhung der vorhandenen Prozesse.

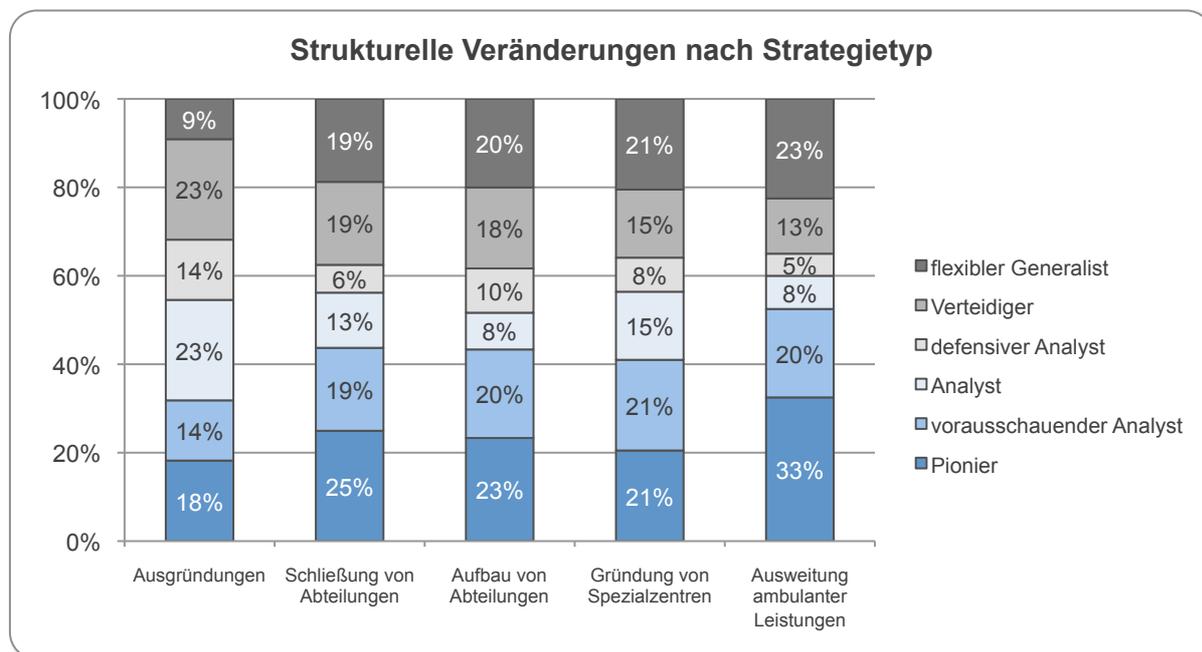


Abbildung 27: Strategietypen und durchgeführte strukturelle Veränderungen (n=85)

### 2.2.3 Strategieerfolg

Erwirtschaftete Jahresüberschüsse werden in kirchlichen Krankenhäusern vollständig reinvestiert und stellen somit wichtiges Kapital für den Ausbau der medizinischen und pflegerischen Leistungen und Prozesse dar. Die finanzielle Stabilität eines Krankenhauses besitzt überdies Signalwirkung bei der Attrahierung von (hoch-)qualifizierten Fachkräften. Zudem ermöglichen freie Finanzmittel die Einstellung zusätzlichen Personals in Fachbereichen, die allgemein vermehrt durch Einsparungen betroffen sind (z.B. im pflegerischen Bereich).

Die Jahresergebnisse der an dieser Studie beteiligten Krankenhäuser weisen für die Jahre 2013 bis 2015 überwiegend einen positiven Betrag auf (vgl. Abbildung 28). Dieses Ergebnis gibt die tatsächliche Situation des (kirchlichen) Krankensektors nicht exakt wider, in dem in etwa jedes dritte Haus Verluste bilanziert (Deutsches Krankenhausinstitut, 2015). Das in dieser Stichprobe positiver ausfallende Ergebnis bezüglich des wirtschaftlichen Erfolgs könnte darin begründet liegen, dass sich insbesondere Geschäftsführer von finanziell erfolgreichen Krankenhäusern zur Teilnahme an dieser Studie entschlossen haben.

Das in dieser Stichprobe vorherrschende positive Jahresergebnis gilt insbesondere für das Jahr 2014, in dem 75% der Häuser Jahresüberschüsse zu verzeichnen hatten. Dem gegenüber stehen 14% mit neutralen Jahresergebnissen und 13% mit Jahresfehlbeträgen. Im Vergleich zu den anderen Jahren war 2013 das am wenigsten erfolgreiche Jahr für die Krankenhäuser: 61% der Häuser mit Jahresüberschuss stehen 23% mit Jahresfehlbetrag und 18% mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis gegenüber. Auffällig im Jahr 2015 ist der verhältnismäßig große Anteil an Krankenhäusern mit neutralem Jahresergebnis (25%), während 65% positive und 12% negative Jahresergebnisse aufwiesen.

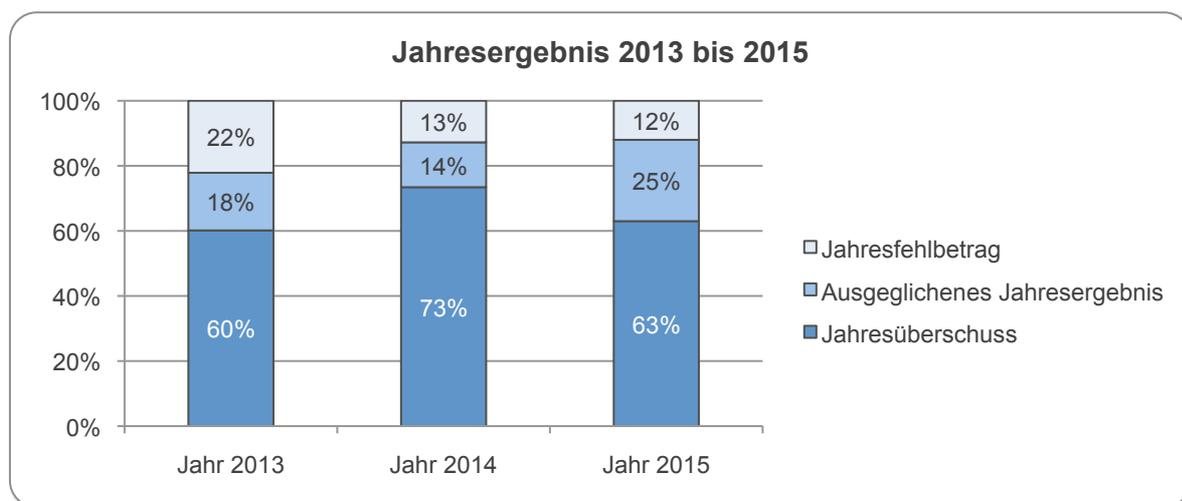


Abbildung 28: Jahresergebnis 2013 bis 2015 (n=102)

Werden das Jahresergebnis und der Strategietyp für die Jahre 2013 bis 2015 gemeinsam betrachtet, lassen sich Unterschiede zwischen den Strategietypen feststellen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Jahresergebnis und Strategie ist jedoch nur im Jahr 2015 vorhanden (vgl. Abbildung 29).<sup>7</sup> Auffällig ist, dass 90% der Pioniere Überschüsse erwirtschafteten, während kein einziges Krankenhaus dieses Strategietyps Verluste aufwies. Im starken Kontrast dazu erzielten lediglich 33% der Verteidiger Gewinne. Gleichzeitig verzeichneten Krankenhäuser dieses Strategietyps im Vergleich zu den anderen Gruppen verhältnismäßig am häufigsten Jahresfehlbeträge (25%). Auch die defensiven Analysten erzielten mit 20% vergleichsweise häufig Verluste, jedoch wurden in dieser Gruppe dennoch überwiegend Überschüsse erzielt (70%). Die Vermutung liegt nahe, dass die finanziellen Unterschiede auch durch die jeweilige lokale Wettbewerbssituation beeinflusst werden. Dies ist hier jedoch nicht

<sup>7</sup> Die Überprüfung von Zusammenhängen zwischen Jahresergebnis und Krankenhausgröße lieferte keine signifikanten Ergebnisse; die aufgedeckten Zusammenhänge zwischen Strategietypen und dem Jahresergebnis lassen sich demnach nicht durch die Krankenhausgröße erklären.

der Fall, es bestehen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Jahresergebnis und dem Wettbewerbsumfeld.

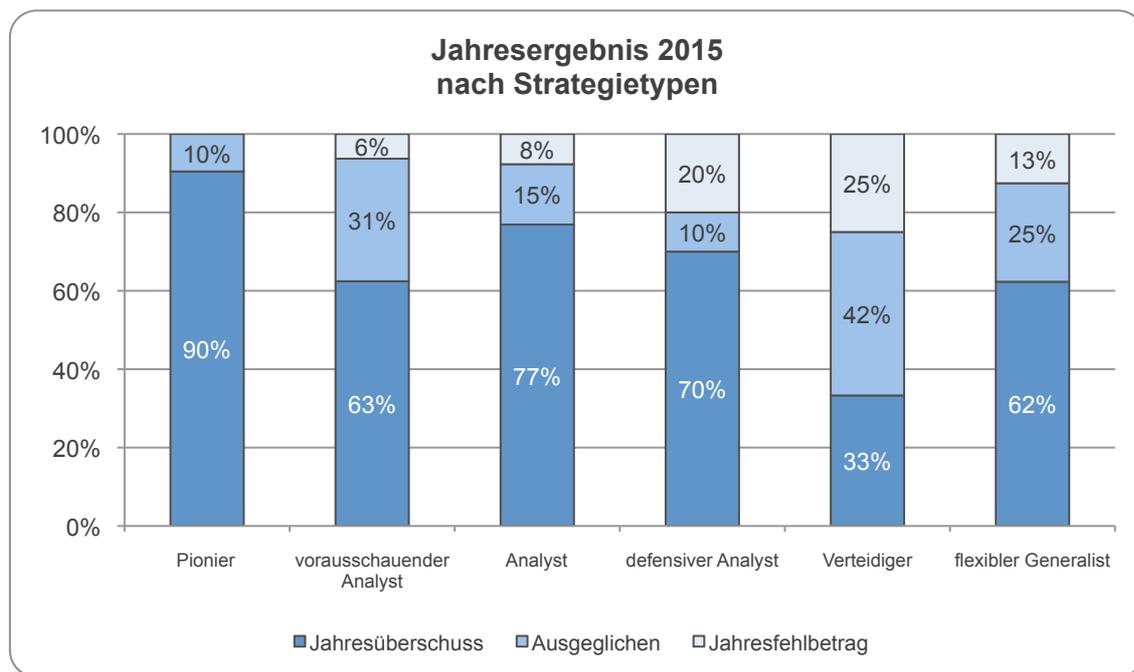
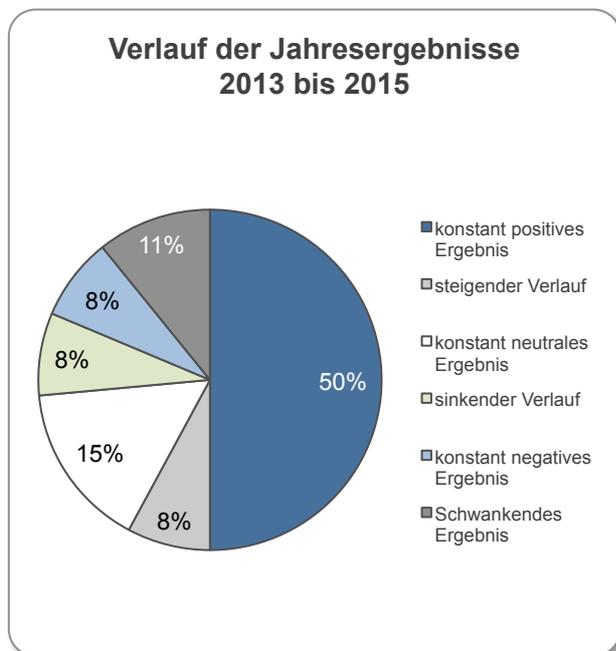


Abbildung 29: Jahresergebnis nach Strategietypen im Jahr 2015 (n=100)

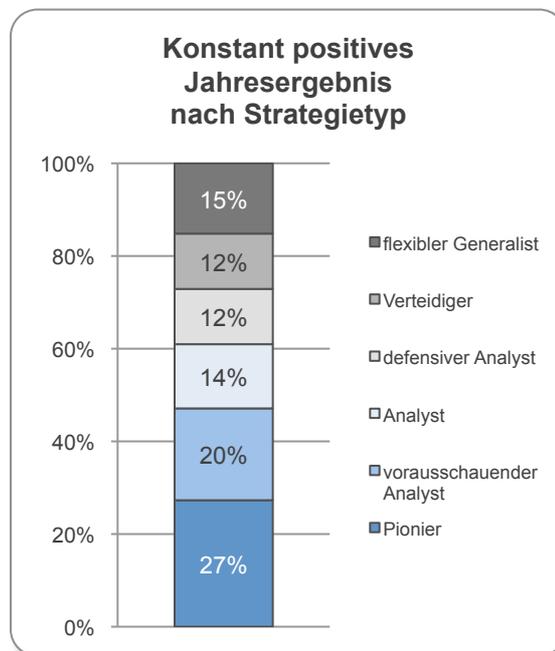
Werden die Jahresergebnisse von 2013 bis 2015 zusammengefasst betrachtet, lassen sich unterschiedliche Krankenhausgruppen identifizieren: (1) Krankenhäuser, die konstant Jahresüberschüsse erwirtschafteten, (2) die ihr Ergebnis steigerten (z.B. von Verlust zu Gewinn), (3) die konstant neutrale Ergebnisse aufwiesen, (4) deren Ergebnis eine sinkende Tendenz zeigt (z.B. von Gewinn zu Verlust), (5) die konstant Fehlbeträge erwirtschafteten und (6) Krankenhäuser mit schwankendem Ergebnis ohne klare positive oder negative Tendenz.

Abbildung 30 zeigt die Verteilung der christlichen Krankenhäuser bezüglich des Verlaufs ihrer jeweiligen Jahresergebnisse. Die Hälfte der Teilnehmer gab an, in den betrachteten drei Jahren konstant Gewinne erwirtschaftet zu haben. Die Jahresergebnisse von 8% der Krankenhäuser weisen immerhin eine steigende Tendenz auf. Konstant neutrale Ergebnisse wurden in 15% der Krankenhäuser erzielt, während lediglich 8% konstant Jahresfehlbeträge erreichten. Weitere 8% der Häuser weisen sinkende Beträge auf. Bei 11% der Krankenhäuser ist kein klarer Trend bezüglich des Jahresergebnisses zu erkennen; sie erzielten zwischen 2013 und 2015 abwechselnd Gewinne, neutrale Ergebnisse und Verluste. Eine nähere Analyse der Gruppe mit konstant positiven Ergebnissen gibt Aufschluss über die Strategieauswahl der durchweg gewinnerzielenden Krankenhäuser (vgl. Abbildung 31). Auffällig ist, dass in etwa die Hälfte dieser Krankenhäuser proaktive Strategien verfolgt (27% Pioniere und 20% voraus-

schauende Analysten). Vergleichsweise defensiv ausgerichtete Krankenhäuser (insbesondere defensive Analysten und Verteidiger mit jeweils 12%) erwirtschafteten deutlich seltener konstant Gewinne.



**Abbildung 30 Verlauf der Jahresergebnisse 2013-2015 (n=102)**



**Abbildung 31 Konstant positives Jahresergebnis nach Strategietyp (n=51)**

## 2.3 Implementierung der Strategie

Um das Krankenhaus strategisch auszurichten, ist nicht lediglich die Formulierung der Strategie, sondern zudem die konkrete Strategieumsetzung in den medizinischen und pflegerischen Prozessen innerhalb des Krankenhauses bedeutsam. Nachfolgend werden ausschlaggebende Instrumente für die Strategieimplementierung aufgezeigt und deren Anwendung in christlichen Krankenhäusern analysiert.

### 2.3.1 Berichtssysteme

#### *Rhythmus und Inhalt*

Hinsichtlich der Geschäftsberichte wurde in dieser Studie abgefragt, welche Kennzahlen in welchem Turnus in den teilnehmenden Krankenhäusern erfasst und an die Krankenhauslei-

tung berichtet werden. Einerseits wurden finanzielle Größen – wie Liquidität, Kosten pro Fallgruppe, Deckungsbeiträge und Kosten pro Patient – abgefragt. Andererseits wurden nicht-finanzielle Größen – wie die durchschnittliche Verweildauer, Anzahl der Patientenbeschwerden, Informationen aus Patientenbefragungen, Personalfehlzeiten und die Umweltleistung (Ressourcenverbrauch durch das Krankenhaus) – berücksichtigt.

Mit Blick auf die zeitlichen Abstände der berichteten Kennzahlen (vgl. Abbildung 32) ist zu bemerken, dass die durchschnittliche Verweildauer sowie Liquiditätsgrößen im Vergleich zu anderen Kennzahlen am häufigsten an die Geschäftsführung übermittelt werden. Die Berichte erfolgen hier überwiegend in einem wöchentlichen (25% bzw. 42%) und monatlichen Turnus (66% bzw. 44%). Rückmeldungen von Seiten der Patienten in Form von Patientenbefragungen und -beschwerden werden ebenso vielfach berichtet. Während die Anzahl der Patientenbeschwerden in kürzeren Abständen (eher wöchentlich bis quartalsweise) mitgeteilt werden, fließen Informationen aus Patientenbefragungen der Geschäftsführung vermehrt quartalsweise bis jährlich zu. Berichte über Größen der internen Kostenrechnung (Kosten pro Patient, Kosten pro Fallgruppe und Deckungsbeiträge) scheinen (noch) nicht in jedem Krankenhaus verbreitet zu sein. So erhalten 33% der Teilnehmer nie Berichte über die Kosten pro Patient. Bezüglich Kosten pro Fallgruppe werden in 23% der Häuser keine Berichte übermittelt, bezüglich der Deckungsbeiträge sind es 17%. In Krankenhäusern hingegen, die mit Berichten über diese Kostenrechnungsgrößen arbeiten, werden diese vermehrt monatlich bis jährlich angefertigt. Ebenso fordert die Geschäftsführung Berichte über nicht-finanzielle Größen wie Personalfehlzeiten und Umweltleistung kaum wöchentlich an. Während Personalfehlzeiten tendenziell monatlich bis jährlich weitergeleitet werden, erfolgen Berichte über Umweltleistungen entweder nie oder monatlich bis jährlich.

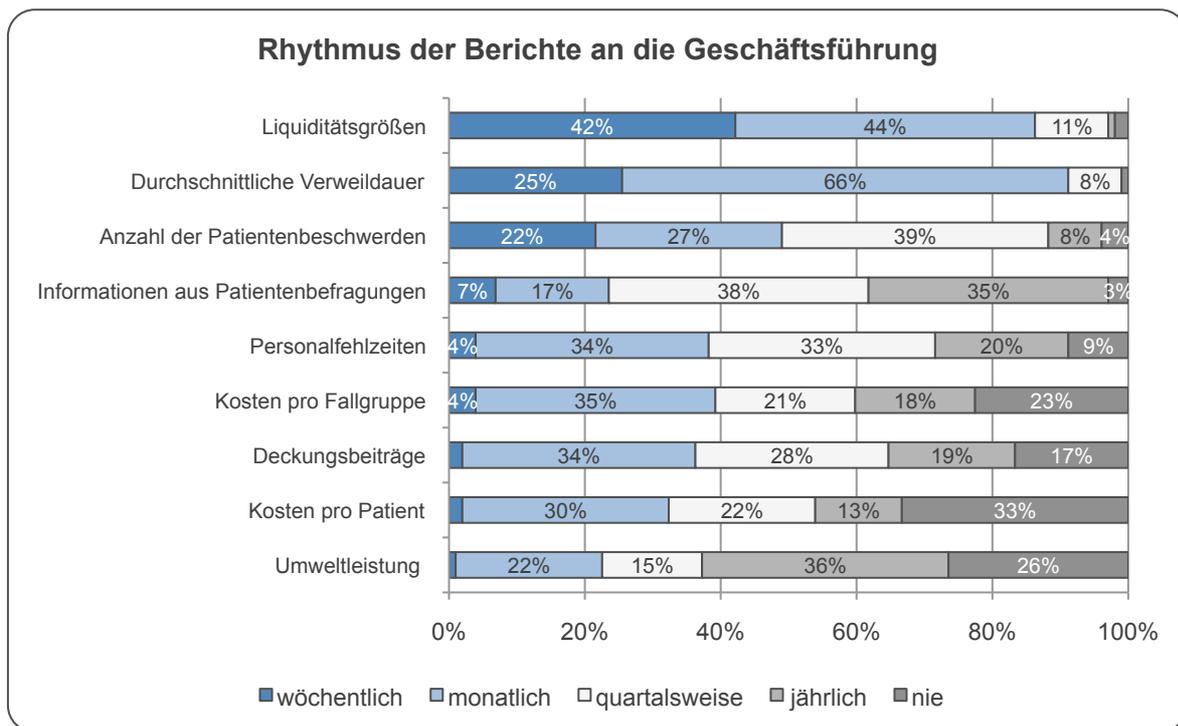


Abbildung 32: Rhythmus und Inhalt der Berichte an die Geschäftsführung (n=102)

### Verwendungszweck

Bezüglich des Verwendungszwecks von Kennzahlenberichten können verschiedene Ansätze unterschieden werden: (1) steuernde, (2) dialogfördernde und (3) wettbewerbsfördernde Ansätze.<sup>8</sup> Erstere zielen darauf ab, Ergebnisse und Leistungen zu erfassen, zu bewerten und bei Bedarf entsprechende (Gegen-)Maßnahmen einzuleiten. Dialogfördernde Vorgehensweisen hingegen werden verwendet, um in den verschiedenen Abteilungen das Bewusstsein für gemeinsame Ziele zu wecken. Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele werden im Gegenstromverfahren zwischen der Geschäftsführung und den Abteilungen diskutiert. Wettbewerbsfördernde Ansätze zielen darauf ab, den Wettbewerb zwischen den Abteilungen anzuspornen und somit Anreize zur jeweiligen Leistungssteigerung zu setzen. Im Folgenden werden die Ansichten der befragten Geschäftsführer bezüglich des Verwendungszwecks der Kennzahlenberichte dargestellt.

Auffällig ist, dass mit 96% beinahe sämtliche Befragten die berichteten Kennzahlen überwiegend zum Zweck der Erfassung von Soll-Ist- bzw. Plan-Ist-Abweichungen verwenden (vgl. Abbildung 33). Dies spricht für eine hohe Bedeutung der Geschäftsführung als steuernde In-

<sup>8</sup> Bzgl. steuernder und dialogfördernder Ansätze vgl. Simons (1995). Die weitere Einteilung in wettbewerbsfördernde Ansätze basiert auf einem zusätzlichen Faktor, der durch die Faktorenanalyse aufgedeckt wurde.

stanz. Zu diesem Bild trägt die Angabe von 75% bzw. 70% der Teilnehmer bei, mittels der Kennzahlen überwiegend den Fortschritt der Zielerreichung zu verfolgen bzw. finanzielle und nicht-finanzielle Ergebnisse zu überwachen.

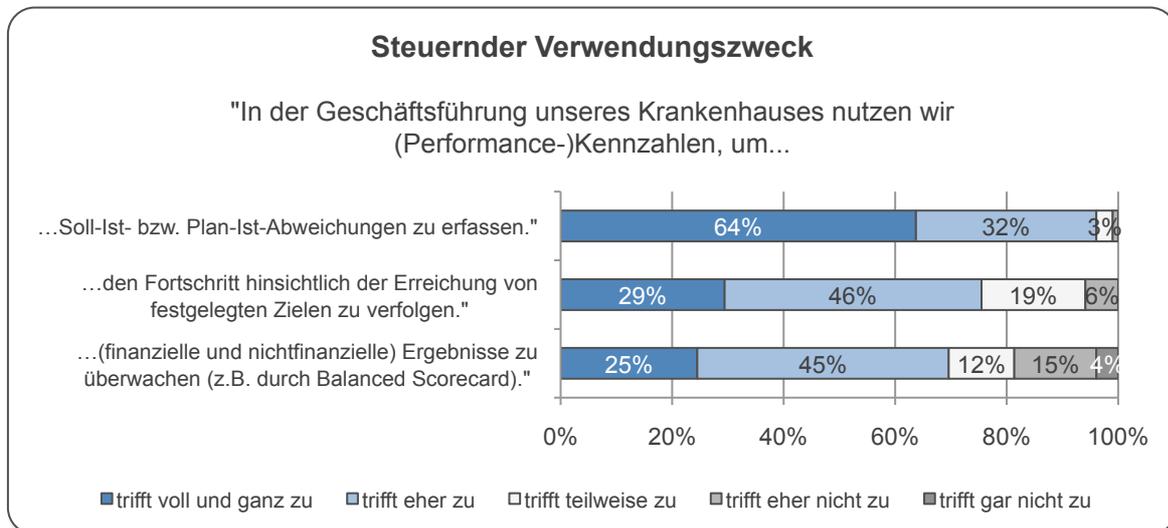


Abbildung 33 Steuernder Verwendungszweck der Kennzahlenberichte (n=102)

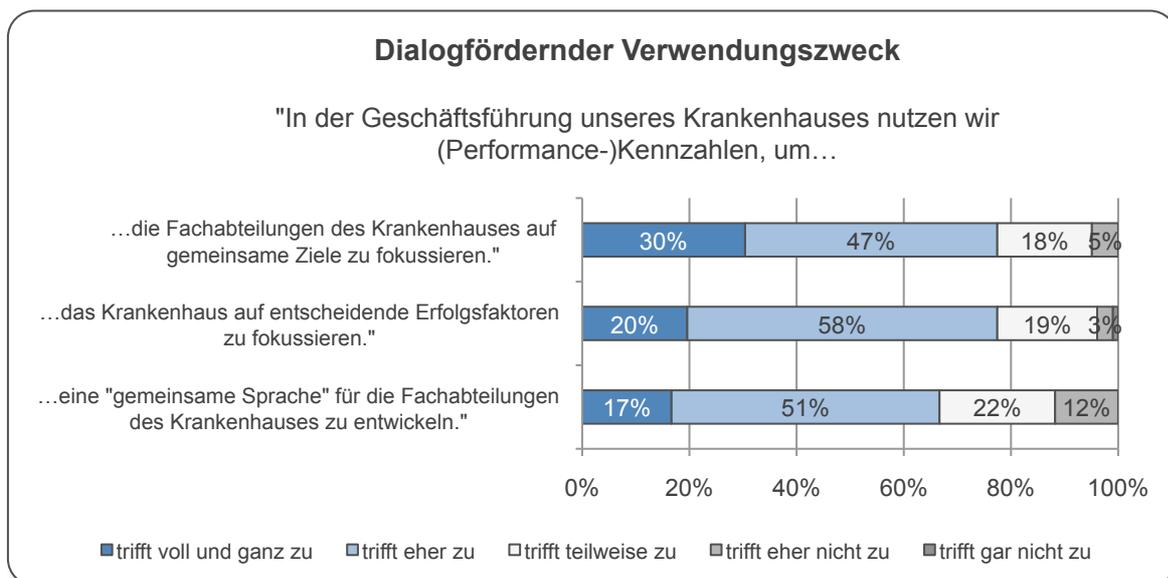


Abbildung 34 Dialogfördernder Verwendungszweck der Kennzahlenberichte (n=102)

Neben der steuernden Funktion scheinen ebenso dialogfördernde Ansätze vermehrt verfolgt zu werden (vgl. Abbildung 34). Dies spiegelt sich in der hohen Zustimmung bezüglich der Aussagen wider, mithilfe der Kennzahlen die Fachabteilungen auf gemeinsame Ziele bzw. entscheidende Erfolgsfaktoren zu fokussieren. Knapp 70% der Befragten geben zudem an, die Kennzahlen zur Entwicklung einer „gemeinsamen Sprache“ zwischen den Abteilungen zu verwenden. Die primäre Funktion der Geschäftsleitung als steuernde Instanz wird diesen Aussagen zufolge durch die Funktion der Zusammenarbeitsförderung ergänzt.

Dementsprechend nehmen wettbewerbsfördernde Ansätze eine untergeordnete Rolle ein (vgl. Abbildung 34). Im Vergleich zu den steuernden und dialogfördernden Aussagen lässt sich hier eine eher ablehnende Haltung beobachten. So sind die Befragten geteilter Meinung bezüglich der Aussage, dass Unterschiede zwischen den Fachabteilungen beurteilt werden: Knapp die Hälfte der Geschäftsführer pflichtet dieser Ansicht bei, während die andere Hälfte teilweise bis gar nicht zustimmt. Als ebenso heterogen erweist sich die Zustimmung bezüglich der Maßnahme, die Fachabteilungen im Sinne eines Benchmarkings miteinander zu vergleichen. Dies lehnen 37% der Befragten ab, während 39% zustimmen. Sehr deutlich zeigt sich die Ablehnung gegenüber wettbewerbsfördernden Maßnahmen in der Reaktion auf die Aussage, dass die Kennzahlen genutzt werden, um den Wettbewerb zwischen den Fachabteilungen zu fördern. Die Mehrheit der Geschäftsführer lehnt dies ab (58%), während lediglich 15% angeben, den Wettbewerb zwischen den Abteilungen anzuspornen.

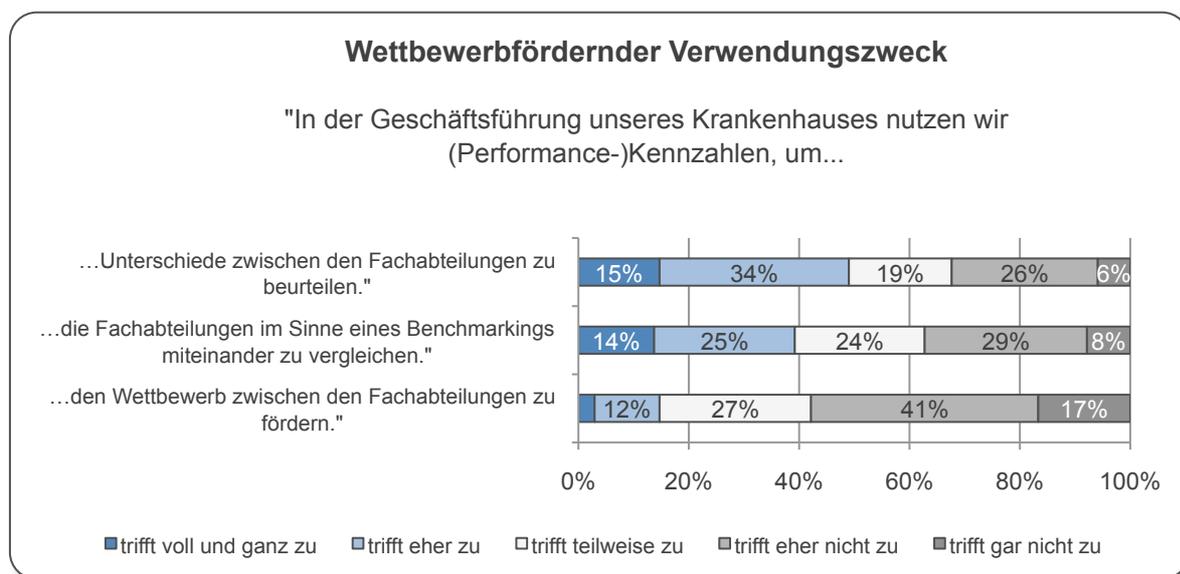


Abbildung 35 Wettbewerbsfördernder Verwendungszweck der Kennzahlenberichte (n=102)

Die weitergehende Analyse der durch die verschiedenen Strategietypen verfolgten Verwendungszwecke von Kennzahlenberichten liefert Einblicke in tendenziell unterschiedliche Herangehensweisen (vgl. Abbildung 36). Die Ergebnisse bezüglich der Aussagen aus den Abbildungen 33-35 wurden hierfür entlang der drei Ansätze – steuernd, dialogfördernd, wettbewerbsfördernd – zusammengefasst und die entsprechenden Mittelwerte<sup>9</sup> je Strategietyp berechnet.

<sup>9</sup> Es handelt sich um die Mittelwerte der Ergebnisse aus den entsprechenden Likert-Skalen (von 5="trifft voll und ganz zu" bis 1="trifft gar nicht zu").

Tendenzielle Unterschiede zeigen sich bei den Strategietypen bezüglich der Verwendung von Kennzahlen zur Leistungssteuerung: Analysten und flexible Generalisten zeigten hier im Durchschnitt die stärkste Zustimmung, während defensive Analysten und Verteidiger vergleichsweise verhaltener antworteten. Ebenso treten Abstufungen bei Betrachtung der dialogfördernden Maßnahmen auf. Hier liegen die vorausschauenden Analysten und die Pioniere (4,1 bzw. 4,0) erkennbar vor den defensiven Analysten und den Verteidigern (3,8 bzw. 3,7). Folglich scheinen Krankenhäuser mit vorausschauender Strategie im Vergleich zu defensiven Strategietypen besonders auf Aktionen zu setzen, die die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Stationen und Abteilungen fördert. Bezüglich wettbewerbsfördernder Ansätze fällt auf, dass – trotz der insgesamt geringen Verbreitung – die vorausschauenden Analysten relativ hohe Zustimmung äußerten (3,5). Recht weit abgeschlagen sind die Pioniere und die (defensiven) Analysten, die Kennzahlenberichte durchschnittlich am seltensten für wettbewerbsfördernde Zwecke einsetzen.

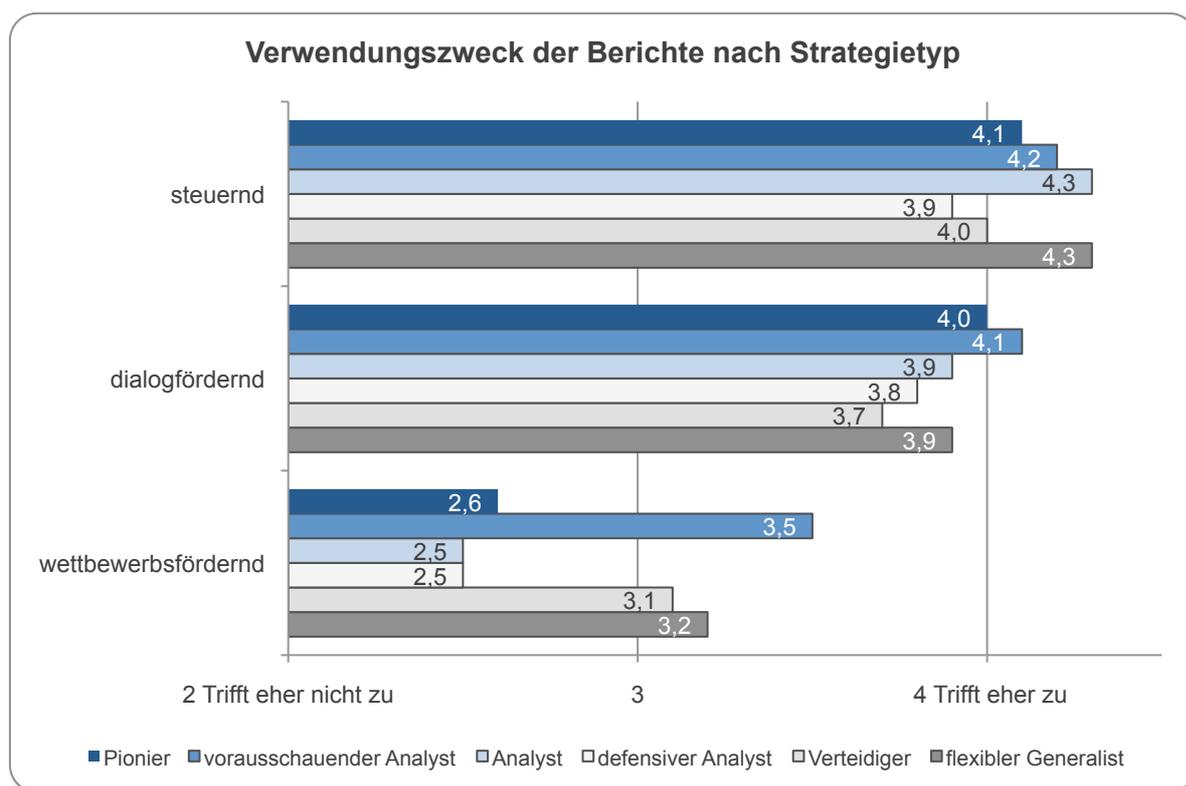


Abbildung 36 Verwendungszweck der Berichte nach Strategietypen (n=100)

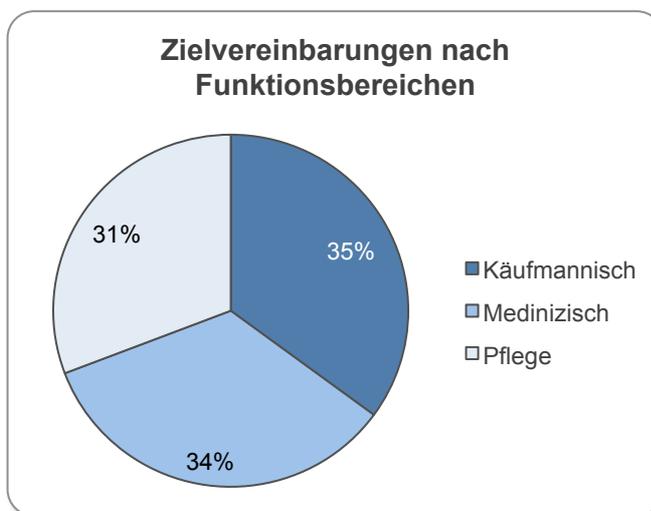
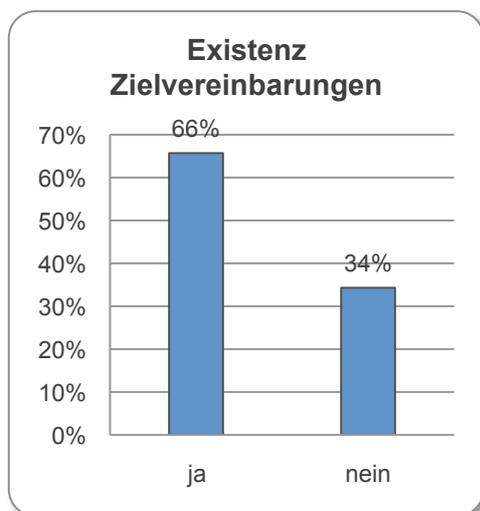
### 2.3.2 Anreizsysteme

Mit Blick auf die Anreizsysteme wurden die Teilnehmer der Studie über die Verwendung von Zielvereinbarungen in den kaufmännischen, medizinischen und pflegerischen Bereichen be-

fragt. Zudem wurde ermittelt, welche Art von Anreizen gesetzt und mit welchen Leistungsgrößen diese Anreize verknüpft werden.

### Zielvereinbarungen

Verbindliche Zielvereinbarungen mit der Krankenhausbelegschaft werden von 66% der befragten Geschäftsführer vorgenommen (vgl. Abbildung 37). Das Einsatzgebiet liegt überwiegend im kaufmännischen (35%) und medizinischen Bereich (34%), während Zielvereinbarungen mit pflegerischem Personal etwa 30% ausmachen<sup>10</sup> (vgl. Abbildung 38).



**Abbildung 37 Existenz Zielvereinbarungen (n=102)**

**Abbildung 38 Zielvereinbarungen nach Funktionsbereichen (n=67)**

Bei näherer Analyse der Zielvereinbarungen je Fachbereich zeigt sich ein differenziertes Bild bezüglich der Bedeutung unterschiedlicher Hierarchieebenen (vgl. Abbildung 39). Zielvereinbarungen zwischen der Geschäftsführung und der Direktion nehmen insbesondere im pflegerischen Bereich eine wichtige Rolle ein: 59% aller Zielvereinbarungen in der Pflege werden mit der Pflegedirektion geschlossen. Im kaufmännischen Segment wird immerhin gut die Hälfte der Zielvereinbarungen mit der Direktion getroffen, während es im medizinischen Fach lediglich 29% sind.

<sup>10</sup> Die Verteilung basiert auf Fragen mit Mehrfachnennung. Als Antwortmöglichkeiten wurden je drei Personengruppen im kaufmännischen und pflegerischen Bereich und fünf Personengruppen im medizinischen Bereich gegeben. Um die Vergleichbarkeit der Fachbereiche zu gewährleisten, wurden die Antworten des medizinischen Bereichs mit dem Faktor 3/5 gewichtet.

Auffällig ist, dass im medizinischen Bereich der Großteil der Ziele mit den Chefärzten vereinbart wird (38%). Zählt man die Oberärzte hinzu, werden in der Ärzteschaft 60% der Zielvereinbarungen mit (der Direktion untergeordneten) Führungskräften getroffen. Dieses Verhältnis zwischen Zielvereinbarungen mit der Direktion einerseits und leitenden Kräften andererseits ist in der Medizin beinahe genau umgekehrt zu jenem in der Pflege – in der knapp 60% der Ziele mit der Direktion und 32% mit der Stationsleitung vereinbart werden – sowie zu der Verteilung im kaufmännischen Bereich (51% mit Direktion; 36% mit Abteilungsleitung). Zielvereinbarungen mit Personen ohne direkte Führungsverantwortung werden in allen drei Bereichen relativ selten vorgenommen.

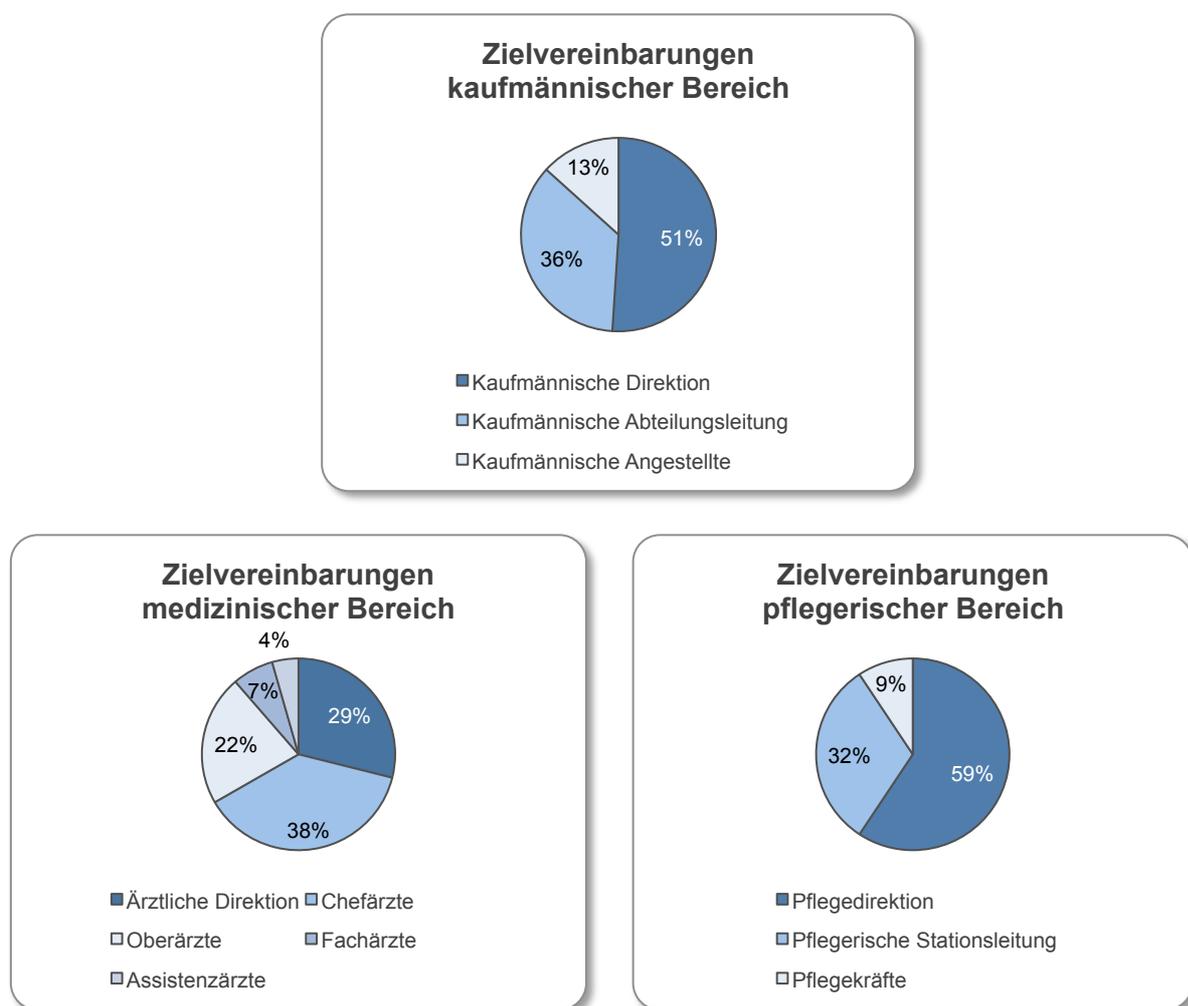


Abbildung 39: Zielvereinbarungen kaufmännischer, medizinischer, pflegerischer Bereich (n=67)

### Art der Anreize

Bei der Analyse der Anreizinhalte wird deutlich, dass insgesamt eher gelegentlich mit konkreten Anreizen gearbeitet wird (vgl. Abbildung 40). Zu den durchschnittlich am häufigsten verwendeten Anreizen gehören Aufstiegsmöglichkeiten, die in rund 35% der Krankenhäuser sehr oft bis oft in Aussicht gestellt werden. Ähnlich sieht es mit dem Privatliquidationsrecht aus, das ebenso in 35% der Krankenhäuser relativ oft gewährt wird. Es folgen Anpassungen des Verantwortungsbereichs bzw. der Arbeitsinhalte, die jeweils durch etwa 30% der Befragten oft bis sehr oft vorgenommen werden. Eine heterogene Verteilung zeigt sich bezüglich des Einsatzes von Bonuszahlungen: Diese werden beinahe zu gleichen Teilen oft bis sehr oft (23%), manchmal (26%), selten (22%) bzw. niemals (29%) in Aussicht gestellt. Hingegen werden Zeit- bzw. Sachangebote im Durchschnitt von dem Großteil der befragten Geschäftsführer (72% bzw. 76%) selten bis gar nicht verwendet.

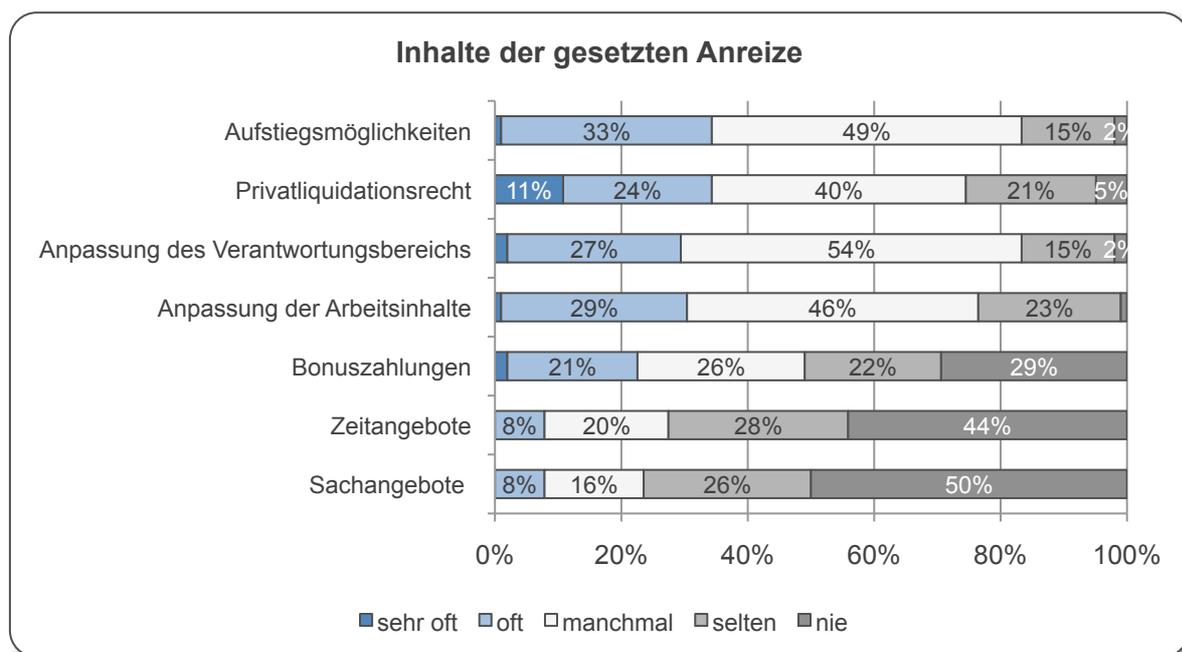


Abbildung 40: Inhalte der gesetzten Anreize (n=102)

### Mit Anreizen verknüpfte Leistungsgrößen

Neben den Inhalten der gesetzten Anreize wurden die Geschäftsführer ebenfalls nach den Leistungsgrößen gefragt, die sie mit den Anreizen verknüpfen. Hier gab die relative Mehrheit von 36% an, qualitätsbezogene Größen (z.B. Patienten-/Zuweiser-/Personalfriedenheit, Infektraten, Ausfallzeiten) zu verwenden. Es folgen ressourcenbezogene Leistungsgrößen (z.B. OP-Auslastung, Personalaufwand, Umweltleistung) mit 24%. Finanzielle (z.B. Fallkosten, Um-

satz, Investitionskosten) und DRG-bezogene Größen (z.B. Casemix, Casemixindex, Bewertungsrelation, Baserate) werden von jeweils 20% der Geschäftsführer verwendet.

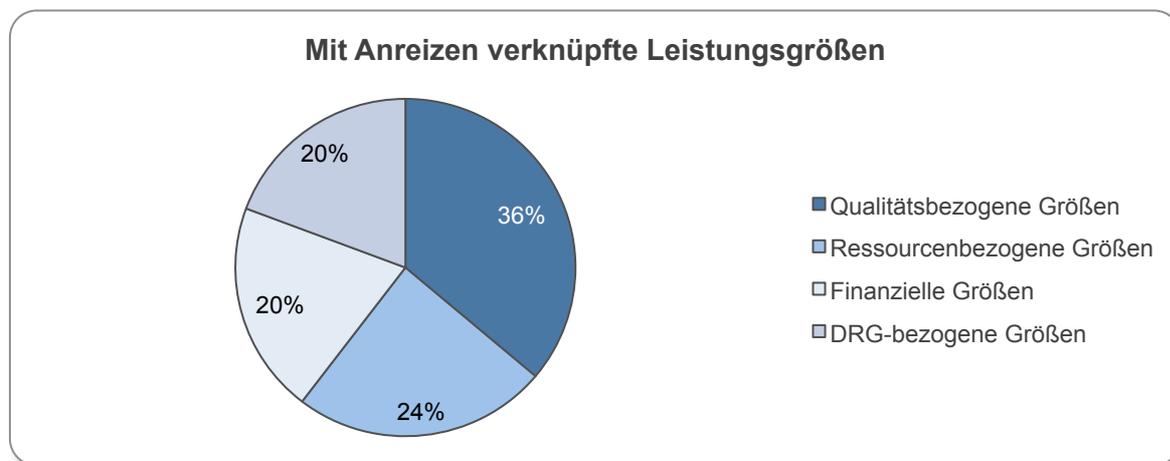


Abbildung 41: Mit Anreizen verknüpfte Leistungsgrößen (n=102)

### 2.3.3 Christliche Organisationskultur

Um die christliche Organisationskultur der Krankenhäuser zu erfassen, wurde auf die speziell auf kirchliche Krankenhäuser angepassten Kategorien der proCum Cert (pCC)-Zertifizierung zurückgegriffen. Die entsprechenden Kategorien, die sich auf die Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus, die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft sowie die Trägerverantwortung beziehen, wurden als Aussagen<sup>11</sup> formuliert und der Zustimmungsgrad abgefragt (vgl. Abbildung 42).

Die durchschnittlich höchste Zustimmung erreichte die Aussage, dass das Krankenhaus über ein fundiertes Seelsorgekonzept verfügt, welches die Seelsorge in die Prozesse und Strukturen des Krankenhauses integriert. Die deutliche Mehrheit von 81% der Teilnehmer stimmt dieser Angabe zu, 47% sogar in hohem Maße. Von hoher Bedeutung sind zudem die gezielte Besetzung von Führungspositionen mit Personen, die sich mit christlichen Werten identifizieren sowie die Beschäftigung von Seelsorger(inne)n. Es wird ersichtlich, dass die Seelsorge wie auch die Besetzung von Führungspositionen in den christlichen Krankenhäusern einen besonders hohen Stellenwert einnimmt.

<sup>11</sup> Kategorie Seelsorge: a.), c.), f.); Kategorie Verantwortung gegenüber Gesellschaft: d.), g.); Kategorie Trägerverantwortung: b.), e.).

Eher differenziert sind die Angaben darüber, ob im Vergleich zur Konkurrenz sehr umfassende Ausbildungsmöglichkeiten geboten werden. Hier stimmt gut die Hälfte der Teilnehmer zu, während rund ein Viertel Ablehnung äußert. Ähnliche – im Vergleich zu den restlichen Aussagen relativ niedrige – Durchschnittswerte zeigen die Angaben bezüglich der ethischen Schulung der Führungskräfte, der Beschäftigung von Mitarbeitern aus verschiedensten Kulturen als religiöse Vermittler sowie hinsichtlich des Angebots an individuellen Arbeitsregelungen.

Wird die Umsetzung der christlichen Organisationskultur bei den einzelnen Strategietypen näher analysiert<sup>12</sup>, werden Unterschiede erkennbar (vgl. Abbildung 43). In den drei Kategorien Seelsorge, Verantwortung gegenüber Gesellschaft und Trägerverantwortung liegen Krankenhäuser mit proaktiven Strategien (Pioniere und vorausschauende Analysten) nach eigenen Angaben durchschnittlich vor defensiven Strategietypen. Erstere zeigten im Mittel durchweg einen vergleichsweise hohen Umsetzungsgrad der christlichen Organisationskultur. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass kein spezifischer Strategietyp mit geringstem Umsetzungsgrad in den drei betrachteten Kategorien benennbar ist. Vielmehr wechseln sich hier der defensive Analyst (Seelsorge), der Verteidiger (Trägerverantwortung) sowie Analyst und Generalist (Verantwortung gegenüber Gesellschaft) ab.

---

<sup>12</sup> Anhand der Mittelwerte aus den Ergebnissen der entsprechenden Likert-Skalen (von 5=„trifft voll und ganz zu“ bis 1=„trifft gar nicht zu“).



Abbildung 42: Umsetzung der christlichen Organisationskultur (n=102)

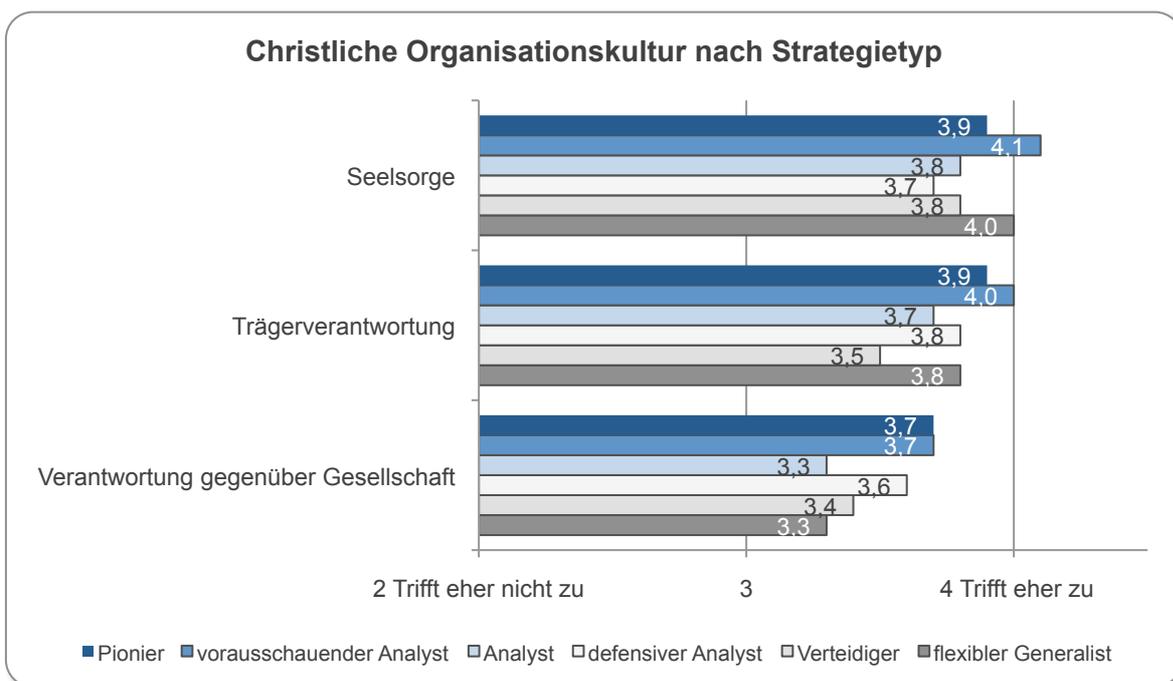


Abbildung 43: Christliche Organisationskultur nach Strategietypen (n=100)

## Fazit

Ziel der vorliegenden Studie war es, das Umfeld der christlichen Krankenhäuser sowie die Strategieauswahl und -implementierung zu analysieren. Die zentralen Ergebnisse bezüglich der eingangs gestellten Forschungsfragen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

### *Krankenhausumfeld*

- Die Geschäftsführer christlicher Krankenhäuser zeichnen sich insbesondere durch eine lange Erfahrung im Krankenhaussektor sowie absolvierte Karriereabschnitte in Branchen außerhalb des Krankenhausmarkts, v. a. im Industrie- und Dienstleistungssektor, aus.
- Ein verstärkter Wettbewerbsdruck wird vornehmlich in der westlichen Region Deutschlands – insbesondere in Nordrhein-Westfalen – aufgrund der hohen Krankenhausedichte verspürt.

### *Strategieauswahl und -erfolg*

- In dem betrachteten Zeitraum von dem Jahr 2013 bis 2015 gehörten insbesondere Krankenhäuser, die vorausschauende (Pionier- und Analysten-)Strategien verfolgen, zu den finanziell erfolgreichen Häusern. Krankenhäuser mit defensiven Strategien hingegen erzielten seltener Überschüsse.
- Unabhängig von den finanziellen Ergebnissen herrschen strategische Wachstumsmaßnahmen in Form von dem Aufbau von Abteilungen, der Gründung von Spezialzentren und der Ausweitung ambulanter Dienste vor. Bei der strategischen Führung der Krankenhäuser setzen die Geschäftsführer überwiegend auf Innovativität, die durch die Zusammenarbeit mit den (Chef-)Ärzten angestrebt wird.

### *Strategieumsetzung*

- Die monatliche Berichterstattung bezieht sich überwiegend auf Liquiditätsgrößen und die durchschnittliche Verweildauer. Daneben werden auch qualitätsbezogene Inhalte, wie Rückmeldungen von Patienten, häufig berichtet.
- Bei der Umsetzung der christlichen Organisationskultur nimmt insbesondere die Seelsorge mittels eines fundierten Seelsorgekonzepts eine bedeutsame Stellung ein. Ebenso wird

großer Wert auf die Auswahl von Führungskräften mit christlichen Wertvorstellungen gelegt, die das Krankenhaus entlang ethischer Prinzipien leiten.

## Literaturverzeichnis

- Helmig, B., Hinz, V., Ingerfurth, S. (2014), "Extending Miles & Snow's strategy choice typology to the German hospital sector", *Health policy*, Jg. 118, Heft 3, S. 363–376.
- Kober, R., Ng, J. and Paul, B. J. (2007), "The interrelationship between management control mechanisms and strategy", *Management Accounting Research*, Jg. 18, Heft 4, S. 425–452.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2015), "Krankenhaus-Barometer 2015", <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/110/aid/4224/title/> (abgerufen am 23.03.2016).
- Miles, R. E., Snow, C. C., Meyer, A. D. and Coleman Jr., H. J. (1978), "Organizational Strategy, Structure, and Process", *Academy of Management Review*, Jg. 3, Heft 3, S. 546–562.
- Miller, D. (1983), "The correlates of entrepreneurship in three types of firms", *Management Science*, Jg. 29, Heft 7, S. 770–791.
- Morelli, M. and Lecci, F. (2014), "Management control systems (MCS) change and the impact of top management characteristics: the case of healthcare organisations", *Journal of Management Control*, Jg. 24, Heft 3, S. 267–298.
- Morris, M. H., Webb, J. W., Franklin, R. J. (2011), "Understanding the Manifestation of Entrepreneurial Orientation in the Nonprofit Context", *Entrepreneurship Theory and Practice*, Jg. 35, Heft 5, S. 947–971.
- Naranjo-Gil, D. (2009), "Strategic performance in hospitals: The use of the balanced scorecard by nurse managers", *Health Care Management Review*, Jg. 34, Heft 2, S. 161–170.
- Prognos (2009), "Kirchliche Krankenhäuser – wertorientiert, innovativ, wettbewerbsstark. Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchlicher Krankenhäuser im Gesundheitswesen in Deutschland", <http://www.prognos.com/publikationen/alle-publikationen/198/show/780aa6afa47f51606e860afb210ceb35/> (abgerufen am 15.01.2016).

## Seit 2009 erschienene Soziologische Arbeitspapiere

Früher erschienene Arbeitspapiere sind auf der folgenden Website zu finden:

[http://www.wiso.tu-dortmund.de/wiso/is/de/forschung/soz\\_arbeitspapiere/index.html](http://www.wiso.tu-dortmund.de/wiso/is/de/forschung/soz_arbeitspapiere/index.html)

- 24/2009 Jörg Abel/Hartmut Hirsch-Kreinsen/Peter Ittermann  
Einfacharbeit in der Industrie. Status quo und Entwicklungsperspektiven  
(Mai 2009)
- 25/2009 Robin D. Fink  
Attributionsprozesse in hybriden Systemen. Experimentelle Untersuchung des Zusammenspiels von Mensch und autonomer Technik  
(Juli 2009)
- 26/2009 Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Innovative Arbeitspolitik im Maschinenbau?  
(September 2009)
- 27/2010 Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Technological Innovation and Finance  
(Oktober 2010)
- 28/2010 Robin D. Fink/Tobias Liboschik  
Bots – Nicht-menschliche Mitglieder der Wikipedia-Gemeinschaft  
(Dezember 2010)
- 29/2011 Jörg Abel/Peter Ittermann/Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Einfacharbeit in der Ernährungsindustrie  
(Februar 2011)
- 30/2012 Jörg Abel/Peter Ittermann/Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Einfacharbeit in der Gummi- und Kunststoffindustrie  
(Januar 2012)
- 31/2012 Peter Ittermann/Jörg Abel/Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Einfacharbeit in der Metallbearbeitung – Anforderungen und Perspektiven  
(Februar 2012)
- 32/2013 Jörg Abel/Peter Ittermann/Marlies Steffen  
Wandel von Industriearbeit. Herausforderung und Folgen neuer Produktionssysteme in der Industrie  
(März 2013)
- 33/2013 Fabian Lücke/Johannes Weyer/Robin D. Fink  
Steuerung komplexer Systeme – Ergebnisse einer soziologischen Simulationsstudie  
(April 2013)
- 34/2013 Marco Hellmann/Sarah Rempe/Jan Schlüter  
Die Katastrophe der Deepwater Horizon – Eine Ursachenforschung im Kontext der Theorie der High Reliability Organizations  
(November 2013)

- 35/2013 Johannes Weyer  
Experimentelle Soziologie - Der Beitrag der Computersimulation zur Weiterentwicklung der soziologischen Theorie  
(November 2013)
- 36/2013 Johannes Weyer/Fabian Adelt/Robin D. Fink  
Steuerung komplexer Systeme - Ein Mehrebenen-Modell von Governance  
(November 2011)
- 37/2013 Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Wie viel akademische Bildung brauchen wir zukünftig? Ein Beitrag zur Akademisierungsdiskussion  
(November 2013)
- 38/2014 Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Wandel von Produktionsarbeit – „Industrie 4.0“  
(Januar 2014)
- 39/2014 Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Financialization of Innovation – the Case of the German Industrial Innovation System  
(August 2014)
- 40/2014 Katrin Hahn  
Innovationsfinanzierung im Spannungsfeld von Risiko und Unsicherheit: Bremsen die gegenwärtigen Finanzmarktbedingungen unternehmerische Innovationen?  
(Oktober 2014)
- 41/2015 Daniel Ruppel  
Hindernisse und Herausforderungen bei der Implementierung von Ganzheitlichen Produktionssystemen  
(Januar 2015)
- 42/2015 Johannes Weyer/Fabian Adelt/Sebastian Hoffmann  
Governance of complex systems -A multi-level model  
(Juni 2015)
- 43/2015 Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Digitalisierung von Arbeit: Folgen, Grenzen und Perspektiven  
(Oktober 2015)
- 44/2015 Johannes Weyer/Fabian Adelt/Sebastian Hoffmann  
Achieving Sustainable Mobility  
(November 2015)
- 45/2015 Johannes Weyer  
Can Pilots Still Fly – Role Distribution and Hybrid Interaction in advanced automated Aircraft  
(November 2015)

- 46/2016 Hartmut Hirsch-Kreinsen  
Industrie 4.0 als Technologieversprechen  
Juni 2016
- 47/2016 Peter Ittermann, Jonathan Niehaus, Hartmut Hirsch-Kreinsen, Johannes Dregger, Michael ten Hompel  
Social Manufacturing and Logistics  
Gestaltung von Arbeit in der digitalen Produktion und Logistik  
(Oktober 2016)
- 48/2016 Hartmut Hirsch-Kreinsen  
"Industry 4.0 as Promising" Technology: Emergence, Semantics and Ambivalent Character  
(Oktober 2016)
- 49/2017 Schulz, Maximilian; Wilkesmann, Maximiliane  
Einstellung und Bewertung betrieblicher Interessenvertretung von außertariflich und leitenden Angestellten – Studienergebnisse der Führungskräftebefragung in der chemisch-pharmazeutischen Industrie  
(April 2017)
- 50/2017 Ittermann, Peter; Eisenmann, Martin  
Hybride Dienstleistungen und Wandel der Arbeit – Herausforderungen und Perspektiven in der Logistik  
(November 2017)