

Adelheid Susanne Esslinger

**Neues Denken in der
Gesundheitsversorgung Hochbetagter**

GABLER RESEARCH

nbf neue betriebswirtschaftliche forschung
Band 373

Adelheid Susanne Esslinger

Neues Denken in der Gesundheitsversorgung Hochbetagter

Vernetzung und Kooperation
im Blickwinkel der Strukturation



GABLER

RESEARCH

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Habilitationsschrift Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 2009

1. Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© Gabler | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009

Lektorat: Claudia Jeske | Britta Göhrisch-Radmacher

Gabler ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

www.gabler.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-8349-1964-9

Geleitwort

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht in den kommenden Jahren vor erheblichen Herausforderungen. Zunehmende Ausgaben, insbesondere bedingt durch die demografischen Veränderungen und den medizin-technischen Fortschritt, sind aktuelle und zukünftige Realität. Gleichzeitig nehmen die Einnahmen ab und man scheint bezüglich der Sozialabgaben eine Belastungsgrenze zu erreichen, die sowohl für das Individuum als auch für die Volkswirtschaft als Ganzes kaum noch tragbar ist. Vor diesem Hintergrund hat Frau Dr. Esslinger es sich zur Aufgabe gestellt, das deutsche Gesundheitswesen nach Effizienzreserven zu durchforsten und damit insbesondere den Fokus der Hochbetagten einzunehmen. Diese Bevölkerungsgruppe wurde in der Vergangenheit in der gesundheitsökonomischen Forschung bislang noch kaum berücksichtigt, benötigt aber andere Versorgungskonzepte als die übrigen Versichertengruppen. Es handelt sich um eine Bevölkerungsgruppe, die in der Zukunft quantitativ und qualitativ immer bedeutender werden wird.

Frau Dr. Esslinger zeigt ein tiefes Verständnis für die Struktur und Funktionsweise des Gesundheitswesens und insbesondere auch für die Versorgung von Hochbetagten. Auf Basis der theoretischen Fundierung anhand der Strukturierung erklärt sie die Standortbestimmung der Versorgung und arbeitet die Erfordernisse der Akteure für ihr zukünftiges Handeln in der Dienstleistungserstellung heraus. Mit einer Reihe von Praxisprojekten wird der theoretische Rahmen ausgefüllt. Geschickt hat Frau Dr. Esslinger seit einigen Jahren durch ihre Forschungstätigkeit viele Puzzlestücke erstellt, die sich in der vorliegenden Habilitationsschrift gut zu einem runden Ganzen zusammenfügen. Schlussendlich leitet sie Ansätze für ein vernetztes und kooperatives Agieren der Akteure zwischen Struktur und Handeln ab. Diese Lösungsansätze können den Anspruchsnehmern gerecht werden und das dauerhafte Bestehen der professionell agierenden Marktteilnehmer in der Versorgungslandschaft unterstützen.

Vorwort

„Warum setzt Du Dich als junge Wissenschaftlerin mit Altersfragen auseinander? Ist das nicht morbide? Und dann auch noch die Hochbetagten?! Warum machst Du nicht lieber was über die Gesundheitsversorgung für Kinder?“ Diese Fragen hörte ich in den vergangenen Jahren oft. Genauso oft diskutierte ich mit Kolleginnen und Kollegen darüber, dass die Auseinandersetzung mit Altersfragen schlussendlich auch uns selbst später zugutekommen wird – wir also für unsere eigene Zukunft forschen. Für die Zukunft forschen, eine bessere Zukunft für alle gestalten – was gibt es für ein größeres Ziel für eine/n Wissenschaftler/in?!

Umso mehr freue ich mich, dass ich diese Arbeit im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften an der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) als Habilitationsschrift vorlegen konnte. Hierbei erinnerte ich mich stets an die Worte meines ersten universitären Lehrers „Wissenschaft muss aus der Praxis für die Praxis gestaltet werden und darf kein Selbstzweck sein!“ Der Anspruch, einen Beitrag zu leisten, der eine bessere Zukunft in der Gesundheitsversorgung schaffen kann, der neben einer theoretischen Fundierung auch praktische Relevanz birgt, war eine Herausforderung, die ich niemals ohne ein gut funktionierendes berufliches und persönliches Netzwerk hätte meistern können. Dementsprechend gebührt vielen verschiedenen Menschen, die ich kennenlernen durfte und die mich begleiteten, Dank.

Es ist mir ein persönliches Anliegen, zu allererst Herrn Professor (Univ.) Dr. Oliver Schöffski, der mir stets den kreativen Freiraum zur Ausgestaltung meiner Ideen einräumte, sowie Herrn Professor (Univ.) Dr. Harald Hungenberg, der mir jederzeit den erforderlichen Rückhalt gab und mich vorbehaltlos in sein Lehrstuhlteam integrierte, zu danken. Unbedingt danken möchte ich insbesondere den Herren Professoren (Univ.) Dr. Dr. h.c. mult. Peter Mertens, Dr. Dr. h.c. Horst Steinmann, Dr. Dr. Andreas Löffler sowie Dr. Manfred Stosberg, die mir stets mit Rat und Tat zur Seite standen und an mich glaubten.

Dank gebührt an dieser Stelle den Kooperationspartnerinnen und -partnern aus der Praxis, durch deren langjähriges Vertrauen, Offenheit und Kooperationsbereitschaft die Arbeit praktische Bedeutung erlangen konnte: Frau Edeltraud Rager, Heimleiterin „Seniorenzentrum am Zelterschloß“, Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Nürnberg-Stadt; Herrn Oberarzt Dr. Hans Jürgen Heppner, Medizinische Klinik 2 Akutgeriatrie, Klinikum Nürnberg sowie Lehrstuhl für Innere Medizin V, FAU Erlangen-Nürnberg und seinem ehemaligen Kollegen

Herrn Dr. med. Jens Trögner, Chefarzt, Schön Klinik Rosenheim; Frau Sabrina Dellith, Leiterin des Seniorenamtes Nürnberg und ihrer Mitarbeiterin Frau Katharina Schmidt sowie Herrn Reinhard Beck, Geschäftsführer des Stadtkrankenhauses Schwabach. Ich danke außerdem der Hans-Frisch-Stiftung für eine finanzielle Förderung im Rahmen der Arbeit.

Ganz besonderer Dank gilt all den Freundinnen und Freunden, die mich in den letzten Jahren unermüdlich auch in meinem wissenschaftlichen Wirken unterstützten. An erster Stelle gebührt hierbei der Dank Frau Dr. Gabriele Brambach. Ebenso danke ich Herrn Professor (FH) Dr. Holger Truckenbrodt, Herrn Udo Eich, Frau Professorin (FH) Dr. Susanne Wigger-Spintig, Frau Professorin (Univ.) Dr. Susanne Robra-Bissantz und Frau Professorin (FH) Dr. Brigitte Bürkle. Spezieller Dank geht auch an Herrn Florian Meier, Herrn Dr. Ulrich Dörrie, Frau Olga Hein und Herrn Dr. Martin Emmert. Weiterhin danke ich meinem direkten Kollegenteam am Lehrstuhl für Unternehmensführung sowie dem Team des Lehrstuhls für Gesundheitsmanagement an der FAU.

Schließlich danke ich meinem Bruder Wolfgang und „last but not least“ meiner Mutti! Ihnen widme ich dieses Werk.

Nürnberg, im August 2009

PD Dr. Adelheid Susanne Esslinger

Inhalt

1	Ausgangslage.....	1
1.1	Demografiebedingte Herausforderungen und Forschungsfragen.....	1
1.2	Theoretische Einordnung.....	5
1.2.1	Positionen in der Betriebswirtschaftslehre.....	5
1.2.2	Systemtheorie und verhaltenswissenschaftliche Ansätze.....	6
1.2.3	Strukturationsansatz.....	9
1.3	Methodik und Gang der Arbeit.....	14
2	Gesundheitsversorgung.....	19
2.1	Gesundheitsbranche.....	19
2.1.1	Grundlegendes.....	19
2.1.2	Branchenstruktur.....	22
2.1.2.1	Eintrittsbarrieren für neue Anbieter.....	24
2.1.2.2	Klienten.....	26
2.1.2.3	Kostenträger.....	30
2.1.2.4	Ersatzleistungen.....	34
2.1.2.5	Rivalität in der Branche.....	35
2.1.3	Prägende Kräfte der Umwelt.....	37
2.1.3.1	Demografische Veränderungen.....	38
2.1.3.1.1	Chronifizierung und Multimorbidität.....	40
2.1.3.1.2	Frailty.....	46
2.1.3.1.3	Hochaltrigkeit.....	49

2.1.3.1.4	Gerontopsychiatrische Erkrankungen, insbesondere Demenz	52
2.1.3.2	Medizintechnik.....	56
2.1.3.2.1	Angebot und Nachfrage.....	61
2.1.3.2.2	Einsatz von Geräten für die Diagnostik und Therapie	64
2.1.3.2.3	Telemedizin, Robotik, elektronische Gesundheitskarte und E-Health.....	67
2.1.3.3	Kritische Würdigung der prägenden Kräfte Demografie und Medizintechnik für die Gesundheitsversorgung.....	70
2.1.4	Zusammenfassung	72
2.2	Versorgungsanforderungen und Aufwand	73
2.2.1	Bedeutung der Effektivität und Effizienz	73
2.2.2	Stellenwert der Geriatrie und Gerontologie in der Versorgung ...	75
2.2.2.1	Prävention	80
2.2.2.2	Behandlung	85
2.2.2.2.1	Ambulant	87
2.2.2.2.2	Teilstationär	90
2.2.2.2.3	Stationär.....	91
2.2.2.3	Rehabilitation	94
2.2.2.4	Pflege	96
2.2.2.4.1	Ambulant	98
2.2.2.4.2	(Teil)Stationär.....	99
2.2.2.5	Gerontopsychiatrie	103
2.2.2.5.1	Aufgaben.....	103
2.2.2.5.2	Versorgungsarrangements und -einrichtungen	104
2.2.2.6	Palliation	107
2.2.2.7	Angehörigenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement ...	110
2.2.2.8	Kritische Würdigung der bestehenden Versorgung.....	112
2.2.3	Ausgaben- und Kostenbetrachtung der Versorgung	113
2.2.3.1	Ausgabenstruktur	115
2.2.3.1.1	Prävention	116
2.2.3.1.2	Behandlung	122
2.2.3.1.3	Rehabilitation.....	124
2.2.3.1.4	Pflege	125
2.2.3.1.5	Gerontopsychiatrie.....	128
2.2.3.1.6	Palliation.....	130

2.2.3.1.7	Angehörigenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement	131
2.2.3.2	Kostenintensive Erkrankungen.....	133
2.2.3.3	Kostenzeitpunkte, insb. Kosten in Todesnähe.....	135
2.2.3.4	Kritische Würdigung der Ausgaben- und Kostenbetrachtung für die Versorgung der Hochbetagten .	137
2.2.4	Ethische Aspekte vor dem Hintergrund knapper Ressourcen.....	138
2.2.4.1	Rationierungsbegriff	138
2.2.4.2	Theoretische Positionen zum Thema Altersrationierung ...	140
2.2.4.3	Praktische Betrachtung der Rationierung.....	146
2.2.4.3.1	Methodik und Vorgehensweise.....	147
2.2.4.3.2	Ergebnisse.....	148
2.2.4.3.3	Ergebnisinterpretation.....	152
2.2.4.4	Kritische Würdigung ethischer Aspekte.....	152
2.2.5	Zusammenfassung	154
2.3	Quantitative Analyse der Versorgung im stationären Bereich.....	160
2.3.1	Klinische Daten hochbetagter Patienten	160
2.3.2	Spezifika in der Versorgung und Hypothesengenerierung.....	162
2.3.3	Vorgehensweise	163
2.3.4	Ergebnisse.....	167
2.3.4.1	Allgemeine Charakteristika der betrachteten Patientengruppe.....	167
2.3.4.2	Hypothesentests und Implikationen	172
2.3.4.2.1	Multimorbidität.....	172
2.3.4.2.2	Chronifizierung.....	173
2.3.4.2.3	Frailty.....	174
2.3.4.2.4	Gerontopsychiatrische Erkrankungen	175
2.3.4.2.5	Zwischenfazit.....	176
2.3.4.2.6	Krankheitskosten und Alter	176
2.3.4.2.7	Entlassungsgründe	181
2.3.4.3	Kritische Würdigung der empirischen Datenanalyse	182
2.3.5	Zusammenfassung	183

2.4	Zwischenfazit und Beantwortung der Forschungsfragen, Teil 1	185
3	Organisationssoziologische Perspektive	193
3.1	Strukturationsansatz als architektonischer Bezugsrahmen.....	193
3.1.1	Anforderungen an den Steuerungsrahmen	193
3.1.1.1	Interessenpluralismus durch Stakeholder	194
3.1.1.2	Spannungsfeld der optimalen Versorgung bei knappen Ressourcen	198
3.1.1.3	Prinzipielle Elemente der Strukturation	200
3.1.2	Ebene der Struktur	203
3.1.2.1	Kostenträger als Anspruchsgruppe.....	204
3.1.2.2	Sicherung guter Versorgung durch Qualitätsmanagement .	208
3.1.2.3	Elemente der Strukturebene	210
3.1.2.3.1	Herrschaft	211
3.1.2.3.2	Legitimation.....	212
3.1.2.3.3	Signifikation	215
3.1.2.4	Wirkung der Elemente der Strukturebene in horizontaler Interdependenz	217
3.1.3	Ebene des Handelns	219
3.1.3.1	Mitarbeiter und Kooperationspartner als Anspruchsgruppen.....	220
3.1.3.1.1	Mitarbeiter	220
3.1.3.1.2	Kooperationspartner.....	226
3.1.3.2	Möglichkeitsraum der Handelnden durch kooperative Versorgung	234
3.1.3.3	Elemente der Handlungsebene	238
3.1.3.3.1	Macht	239
3.1.3.3.2	Sanktion.....	243
3.1.3.3.3	Kommunikation	244
3.1.3.4	Wirkung der Elemente der Handlungsebene in horizontaler Interdependenz.....	246
3.1.4	Ebene der Vermittlung	248
3.1.4.1	Hochbetagte und Bürgerschaftliches Engagement als Anspruchsgruppen	248

3.1.4.1.1	Hochbetagte	248
3.1.4.1.2	Bürgerschaftliches Engagement.....	252
3.1.4.2	Ganzheitliche Steuerungsleistung mit der Balanced Scorecard.....	256
3.1.4.3	Elemente der Vermittlungsebene	261
3.1.4.3.1	Machtmittel.....	262
3.1.4.3.2	Norm	264
3.1.4.3.3	Interpretation.....	265
3.1.4.4	Wirkung der Vermittlungselemente in horizontaler Interdependenz.....	267
3.1.5	Gesamtsynthese der Elemente auf den Ebenen der Struktur, des Handelns und der Vermittlung vor dem Hintergrund der Versorgung der Hochbetagten	269
3.1.6	Kritische Würdigung des strukturationstheoretischen Bezugsrahmens	274
3.2	Kennzeichen bestehender Praxis.....	277
3.2.1	Zufriedenheit Hochbetagter und Angehöriger mit einer Koordinationsstelle für ambulante regionale pflegerische Versorgung.....	279
3.2.1.1	Vorstellung der Koordinationsstelle.....	279
3.2.1.2	Methodik und Vorgehensweise.....	282
3.2.1.3	Ergebnisse	284
3.2.1.4	Ableitbare Kennzeichen bestehender Praxis vor dem Hintergrund der Strukturation (Angehörige und Hochbetagte)	288
3.2.2	Schnittstellenanalyse aus Sicht möglicher Kooperationspartner zwischen ambulanter und teilstationärer Versorgung.....	290
3.2.2.1	Vorstellung der Tagesklinik	290
3.2.2.2	Methodik und Vorgehensweise	291
3.2.2.3	Ergebnisse	292
3.2.2.4	Ableitbare Kennzeichen bestehender Praxis vor dem Hintergrund der Strukturation (Kooperationspartner)	299
3.2.3	Mitarbeiterzufriedenheit im Krankenhaus als stationärer Versorger.....	300

3.2.3.1	Vorstellung des Krankenhauses	301
3.2.3.2	Methodik und Vorgehensweise	303
3.2.3.3	Ergebnisse	304
3.2.3.4	Ableitbare Kennzeichen bestehender Praxis vor dem Hintergrund der Strukturation (Mitarbeiter).....	311
3.2.4	Beziehungsmanagement in der stationären Altenpflege, insb. in Bezug auf die Kostenträger	313
3.2.4.1	Vorstellung der stationären Pflegeeinrichtung	313
3.2.4.2	Methodik und Vorgehensweise	315
3.2.4.3	Ergebnisse	315
3.2.4.4	Ableitbare Kennzeichen bestehender Praxis vor dem Hintergrund der Strukturation (Kostenträger).....	320
3.2.5	Kritische Würdigung der empirischen Studien	321
3.2.6	Zusammenfassung	324
3.3	Bewusstseinsstand und Implikationen	327
3.3.1	Bewusstseinsstand der Stakeholder vor dem Hintergrund der Strukturation.....	327
3.3.2	Anknüpfungspunkte für einen neuen Steuerungsansatz auf Basis eines erweiterten Bewusstseins der Stakeholder	331
3.4	Zwischenfazit und Beantwortung der Forschungsfragen, Teil 2	334
4	Fazit	339
	Literaturverzeichnis	343

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Einordnung der Arbeit	3
Abbildung 2:	Rekursivität zwischen Struktur und Handeln.....	11
Abbildung 3:	Branchenstrukturanalyse für die Gesundheitsbranche	23
Abbildung 4:	Bevölkerungsentwicklung in Deutschland.....	39
Abbildung 5:	Lebenserwartung von Frauen von 1840-2040.....	50
Abbildung 6:	Erwartete Zahl von Demenzpatienten in Deutschland zwischen 2000 und 2050 (mittlere Variante).....	54
Abbildung 7:	Erforderliche Versorgungselemente	79
Abbildung 8:	Beziehung zwischen Grad der Pflegebedürftigkeit und geeigneter Versorgungsstruktur	104
Abbildung 9:	Idealtypisches Schema des Hilfesystems der Gerontopsychiatrie und Altenarbeit.....	106
Abbildung 10:	Palliativstationen und Hospize in Deutschland	108
Abbildung 11:	Ausgabenanteile der Gesetzlichen Krankenversiche- rungen im Jahr 2006.....	114
Abbildung 12:	Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für Prä- vention und den Gesundheitsschutz für das Jahr 2004.....	116
Abbildung 13:	Krankheitskosten in Deutschland in Mrd. Euro	121
Abbildung 14:	Gesundheitsausgaben 2005, nach Einrichtungen	123
Abbildung 15:	Altersabhängiger Kostenverlauf für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (2004).....	128
Abbildung 16:	Krankheitskosten 2004 nach Geschlecht und Alter.....	136
Abbildung 17:	Altersrationierung	138
Abbildung 18:	Formen der Rationierung	140
Abbildung 19:	Einstellungen bezüglich zukünftiger Einsparmaßnahmen..	148
Abbildung 20:	Einstellungen bzgl. der altersabhängigen Leistungs- vergabe	149
Abbildung 21:	Einstellung zu der vom Kostenträger bewilligten Dauer der Rehabilitationszeit	150
Abbildung 22:	Einstellungen gegenüber der Vorbehandlung (ambulant/stationär)	151
Abbildung 23:	Organisationsrelevante Stakeholder in der Gesundheitsbranche	195

Abbildung 24:	Spannungsfeld in der Gesundheitsversorgung der Hochbetagten	199
Abbildung 25:	Strukturationsansatz als Rahmenkonzeption der Akteure im Gesundheitswesen	201
Abbildung 26:	Ebene der Struktur als Beschreibungs- und Erklärungsansatz	204
Abbildung 27:	Stakeholder Kostenträger und ihre Interessen	205
Abbildung 28:	Ebene des Handels als Beschreibungs- und Erklärungsansatz	220
Abbildung 29:	Stakeholder Mitarbeiter und ihre Interessen.....	221
Abbildung 30:	Ebene der Vermittlung als Beschreibungs- und Erklärungsansatz	248
Abbildung 31:	Stakeholder Hochbetagte und ihre Interessen	249
Abbildung 32:	Stakeholder Angehörige und Freiwillige und ihre Interessen	252
Abbildung 33:	Steuerungsleistung durch das Controlling in Organisationen	257
Abbildung 34:	Patientenorientierte Prozesse zum Wohle des Gesamtinteresses	260
Abbildung 35:	Horizontale und vertikale Interdependenz der Elemente der Strukturation.....	270
Abbildung 36:	Strukturationsansatz: Struktur und Handeln über Modalität im Gesundheitswesen	271
Abbildung 37:	Theoretischer Bezugsrahmen der Untersuchung der Nutzerzufriedenheit mit der Dienstleistungsqualität einer Koordinationsstelle für Pflege.....	283
Abbildung 38:	Erwartungen an eine Beratung	285
Abbildung 39:	Rotierte Komponentenmatrix bezüglich der Qualitätsaspekte der Beratung.....	286
Abbildung 40:	Übersicht über die Befragungsergebnisse bezüglich der Zusammenarbeit zwischen der Geriatrischen Tagesklinik und den niedergelassenen Ärzten aus deren Sicht.....	293
Abbildung 41:	Übersicht über die Fortsetzung der Empfehlungen der Geriatrischen Tagesklinik in der ambulanten Versorgung	295
Abbildung 42:	Benannte Schwachstellen in der Zusammenarbeit mit der Geriatrischen Tagesklinik aus Sicht der niedergelassenen Ärzte.....	296
Abbildung 43:	Nützliche Informationen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte, die durch die Geriatrische Tagesklinik bereitgestellt werden könnten	298

Abbildung 44:	Aussagen der Mitarbeiter eines Krankenhauses zur Beziehung zu Kollegen	305
Abbildung 45:	Aussagen der Mitarbeiter im Krankenhaus zur Vorgesetztenbeziehung	307
Abbildung 46:	Aussagen der Mitarbeiter zur Leitungsebene	308
Abbildung 47:	Bewertung des Informationswesens im Klinikum aus Mitarbeitersicht	309
Abbildung 48:	Experteneinschätzung der Stakeholder zum Baustein „Wissen“	316
Abbildung 49:	Experteneinschätzung der Stakeholder zum Baustein „Wertegemeinschaft“	317
Abbildung 50:	Experteneinschätzung der Stakeholder zum Baustein „Vertrauen“	319
Abbildung 51:	Überblick über die Studiergebnisse und Relevanz für die Theoriebausteine Wissen, Wertegemeinschaft und Vertrauen.....	322
Abbildung 52:	Ergebnisse der empirischen Studien im Überblick.....	325
Abbildung 53:	Strukturationsmatrix und Zuordnung der Stakeholder	327

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Häufigste chronische Erkrankungen bei Menschen, älter als 65 Jahre	41
Tabelle 2:	Krankheitshäufigkeit und Anteil ihres einzelnen Auftretens bei 18- bis 80-Jährigen.....	43
Tabelle 3:	Einzelkrankungen nach Häufigkeit bei 75- bis 80-Jährigen ...	44
Tabelle 4:	Frailty-Kriterien nach Fried.....	48
Tabelle 5:	Medizintechnik im weiteren Sinne nach Produktgruppen	59
Tabelle 6:	Inlandsmarkt für Medizinprodukte nach Produkthauptgruppen	63
Tabelle 7:	Anzahl der geriatrischen Einrichtungen in Deutschland 1997 und 2000 im Vergleich	86
Tabelle 8:	Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung nach Pflegestufen und Versorgungsart im Jahr 2005.....	97
Tabelle 9:	Krankheitskosten 2004 nach Altersgruppen	115
Tabelle 10:	Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen der Prävention	117
Tabelle 11:	Kosten einer Oberschenkelhalsfraktur 1996.....	121
Tabelle 12:	Rangfolge der Krankheitskosten bei Menschen über 85 Jahren (2004).....	133
Tabelle 13:	Kurzüberblick der Argumente für und gegen eine Rationierung von Gesundheitsleistungen im Alter	146
Tabelle 14:	Altersgruppen im gesamten Datensatz	168
Tabelle 15:	Durchschnittsalter mit Minima und Maxima in den Gruppen und im gesamten Datensatz	168
Tabelle 16:	Alterabhängige Geschlechterverteilung im gesamten Datensatz	169
Tabelle 17:	Entlassungsgrund nach Aufenthalt im gesamten Datensatz	170
Tabelle 18:	Wichtigste MDC in der Gruppe 2/3 („Ältere“), aufgeteilt nach Gruppe 2: Alte und Gruppe 3: Hochbetagte.....	171
Tabelle 19:	Krankheitskosten der Hochbetagten	177
Tabelle 20:	Verweildauer bei den Älteren.....	178
Tabelle 21:	Ränge bezüglich Schweregrad (PCCL).....	179
Tabelle 22:	Diskriminanzanalyse für die Variablen VWD, CD und DRGEntgelt, unterschieden nach hochbetagten Patienten mit und ohne Operationen	179

Tabelle 23:	Gleichheitstest der Gruppenmittelwerte bezüglich VWD, CW und DRGEntgelt, unterschieden nach hochbetagten Patienten mit und ohne Operationen	180
Tabelle 24:	Entlassungsgründe im Vergleich der Gruppen 2 und 3	181
Tabelle 25:	Nutzererwartungen der Kostenträger	206
Tabelle 26:	Attribute der Herrschaft und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten	211
Tabelle 27:	Attribute der Legitimation und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten	213
Tabelle 28:	Attribute der Signifikation und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten	215
Tabelle 29:	Nutzererwartungen der Mitarbeiter	223
Tabelle 30:	Nutzererwartungen der Kooperationspartner	228
Tabelle 31:	Attribute der Macht und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten	241
Tabelle 32:	Attribute der Sanktion und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten	243
Tabelle 33:	Attribute der Kommunikation und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten	245
Tabelle 34:	Nutzererwartungen der Hochbetagten.....	250
Tabelle 35:	Nutzererwartungen der Angehörigen und des Ehrenamtlichen Engagement	254
Tabelle 36:	Attribute der Machtmittel und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten	262
Tabelle 37:	Attribute der Normen und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten	264
Tabelle 38:	Attribute der Interpretation und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten	266
Tabelle 39:	Übersicht über die durchgeführten Studien	278
Tabelle 40:	Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit mit den Bereichen im Klinikum	306

1 Ausgangslage

1.1 Demografiebedingte Herausforderungen und Forschungsfragen

Weltweit steigt kontinuierlich die Zahl Hochbetagter¹, also der Menschen, die erfolgreich² das 85. Lebensjahr erreicht oder überschritten haben. Die spezielle Betrachtung der Patientengruppe der Hochbetagten gilt als ein bislang wenig beachtetes Forschungsfeld. So schrieb Rott et al. im Jahre 2001, dass für die Altersgruppe von 80 Jahren und darüber in Deutschland ein gravierendes Forschungsdefizit besteht.³ Auch im Vierten Altenbericht der Bundesregierung wird auf diesen Mangel, insb. im Zusammenhang mit Gesundheit, hingewiesen.⁴

Aufgrund der Spezifika der betroffenen Hochbetagten werden im Gesundheitswesen andere Versorgungskonzepte als sonst üblich nötig, um ihre bestmögliche Lebensqualität zu erhalten.⁵ So fehlen insb. gelungene Ansätze, die integrierend und sektorenübergreifend wirken und dabei über Pilotprojekte hinausgehen.⁶ Garms-Homolová und Schaeffer etwa benennen als Versorgungsbedarfe eine multiprofessionelle, integrierte Behandlungs- und Betreuungsstrategie, differenzierte Angebote, ein am Krankheitsverlauf langzeitorientiertes Management, die Einbeziehung des sozialen Umfelds, den Ausbau der Altersrehabilitation, die Stärkung der Prävention sowie die Gewährung der weiteren sozialen Integration und Vermeidung von Diskriminierung.⁷ Angemessene Lösungen für die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft können also immer nur aus einer multidimensionalen Perspektive erfolgen.⁸ Die verschiedenen Organisatio-

¹ Vgl. z. B. Garms-Homolová / Schaeffer (2003), S. 675; ebenso Olbermann / Reichert (1993), S. 200.

² Zum Terminus „erfolgreiches Altern“ vgl. z. B. Baltes et al. (1989).

³ Vgl. Rott et al. (2001), S. 357. Z. B. „Gesundheit im Alter“ – so heißt eine Informationsbroschüre, die vom Statistischen Bundesamt im Jahr 2006 herausgegeben wurde, und lediglich bei einer von sieben Abbildungen das Alter ab dem 85. Lebensjahr gesondert ausweist (Statistisches Bundesamt (2006a), S.4).

⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (2002), S. 63 ff.

⁵ Die Spezifika der Gruppe der Hochbetagten werden im Abschnitt 2.1.3.1 der Arbeit näher ausgeführt. Ein Vorschlag für ein gelingendes Versorgungskonzept steht im Mittelpunkt des dritten Teils dieser Arbeit.

⁶ Siehe z. B. Projekte der niederschwelligen Versorgung im Bereich der Gerontopsychiatrie.

⁷ Vgl. Garms-Homolová / Schaeffer (2003), S. 678.

⁸ Im Zusammenhang mit einer älter werdenden Gesellschaft haben sich in den vergangenen Dekaden noch relativ junge Forschungs- und Fachgebiete sowohl in der Gerontologie als auch in der

nen und Mitarbeiter unterschiedlichster Berufsgruppen sowie Engagierte im Rahmen des Bürgerschaftlichen Engagements sind in ihrem Handeln gefragt.

Neben dem Erhalt einer hohen Lebensqualität, die auch auf einer hohen Versorgungsqualität basiert, muss im Gesundheitswesen, nicht zuletzt wegen der demografiebedingt⁹ steigenden Kosten, rational gehandelt werden. Im internationalen Vergleich der unterschiedlichen Gesundheitssysteme wurde – unbeschadet aller Probleme der Indikatorenauswahl und ihrer Gewichtung – festgestellt, dass das deutsche System eher eine „mittelmäßige Leistungsfähigkeit“¹⁰ hat. So sichert es zwar eine flächendeckende Versorgung aller Bürger mit einem weitgehenden Versicherungsschutz und umfassenden Leistungsangeboten auf hohem Niveau. „Diesem durchaus beachtlichen Niveau auf der Kapazitäts- und Leistungsseite steht jedoch ein weit überdurchschnittlicher Ressourceneinsatz gegenüber.“¹¹ Dies erfordert eine Professionalisierung und die Etablierung von geeigneten betriebswirtschaftlichen Steuerungsansätzen – eine Managementperspektive muss eingenommen werden.¹² Das Management im Gesundheitswesen¹³, das als junge Disziplin gilt, nimmt somit weiter an Bedeutung zu¹⁴, um die Herausforderung, das Spannungsfeld der optimalen Versorgung bei knappen Ressourcen aufzulösen. Der Interessenpluralismus muss in einer verständigungsorientierten Zielübereinkunft der Akteure vor dem Hintergrund des Patientenwohls und der Prämisse der Effektivität und Effizienz der Versorgung berücksichtigt werden (Abb. 1). Präziser nimmt die Arbeit den Blickwinkel der Organisation ein,

Geriatricie herausgebildet (vgl. Balthes / Balthes (1992), S. 8; ebenso Schwartz / Walter (2003), S. 163). Geriatricie ist die „Lehre von den Krankheiten des alternden und alten Menschen, von der Vorbeugung und Behandlung dieser Krankheiten.“ (Füsgen / Summa (1995), S. 20). (Etymologisch: „geron“: Alter Mann (griech.), „iaticos“: medizinische Behandlung (griech.)). Bei der Gerontologie handelt es sich um die Wissenschaft des Alterns und bei der Geriatricie um die speziellere Altersmedizin. Das Spezifikum beider Fachgebiete ist ihre interdisziplinäre Ausrichtung. Siehe hierzu ausführlicher Abschnitt 2.2.2.

⁹ Vgl. z. B. Garner (2005), S. 286; ebenso Statistisches Bundesamt (2006d), S. 2; Prognosen zur Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens vgl. z. B. Schlander / Schwarz (2005).

¹⁰ WHO (2000); ähnlich Evans et al. (2001); ebenso Mossialos (1997).

¹¹ Wille et al. (2005), S. 37.

¹² Diese Managementsicht weicht ab von einer gesundheitsökonomischen Perspektive, die umfassender in der Betrachtung ist (vgl. Busse / Schreyögg (2006), S. 4 ff.) und in einer solchen Arbeit aufgrund der Komplexität nicht im vorliegenden Detaillierungsgrad leistbar wäre.

¹³ Als Indikator sei hier die Präsenz des Faches an Universitäten betrachtet: Das Fach(!) Gesundheitsmanagement ist im Jahr 2008 lediglich an 13 Universitäten studierbar (Bayreuth, Berlin, Bielefeld, Bremen, Duisburg-Essen, Erlangen-Nürnberg, Greifswald, Hannover, Köln, Magdeburg, München, Münster und Stuttgart-Hohenheim). Als eine der ersten Fachhochschulen richtete die Fachhochschule Osnabrück im Jahre 1980 „bereits“ den Studiengang „Betriebswirtschaftslehre in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ ein.

¹⁴ Vgl. Busse / Schreyögg (2006), S. 6.

die den Hochbetagten versorgt und sich hierbei einer professionellen Steuerung bedient.

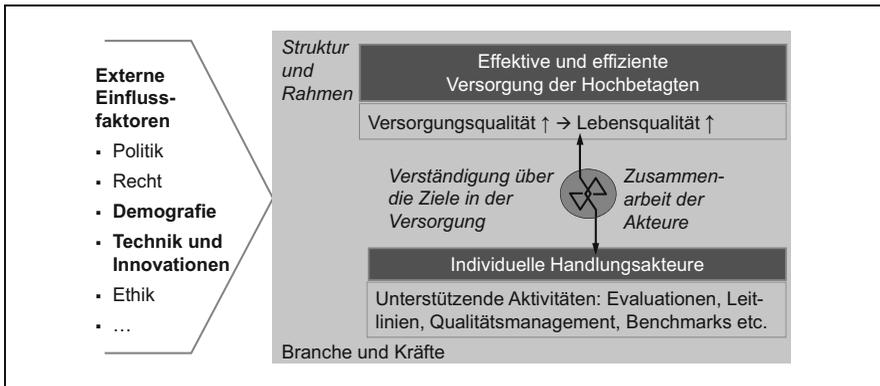


Abbildung 1: Einordnung der Arbeit

Das Gesundheitssystem¹⁵ wird geprägt durch Faktoren aus der Umwelt, wie beispielsweise politische und rechtliche Rahmenbedingungen sowie gesellschaftliche und ethische Aspekte. Die politischen Argumente münden in Gesetzgebungen und beeinflussen den Umfang des Versorgungsauftrags. Dieser wird durch Kostenträger gesichert und durch Dienstleister wahrgenommen. So wirken insb. diese Einflussfaktoren restringierend auf die Verständigung über inhaltliche Ausgestaltungen der Versorgung durch die Akteure. Die externen Einflussfaktoren Demografie und Technik sind dabei von besonderer Relevanz. Beide Einflussgrößen bedingen sowohl die Ausgaben als auch das Wachstum der Branche. In Bezug auf die Technik spielen vor allem die Medizintechnik, die Pharmazeutische Industrie und Biotechnologie sowie die Informationstechnik wesentliche Rollen in der Versorgung, da durch sie ein längeres Leben ermöglicht bzw. unterstützt wird und gleichermaßen hohe Ausgaben entstehen. Bei der inhaltlichen Betrachtung der Versorgungsabläufe stößt man unwillkürlich auf die Gegensätze einer erforderlichen Spezialisierung im Hinblick auf die Patientengruppe einerseits und einer umfassenden Allgemeinkenntnis der Dienstleister andererseits. Dies gilt für die Versorgungsprozesse und die zu erstellenden individuellen Leistungspakete. Um eine bestmögliche Versorgungsqualität und somit ebenso Lebensqualität für die Hochbetagten zu sichern, müssen patientenorientierte Dienstleistungsangebote in Übereinstimmung der beteiligten Akteure ausgehandelt

¹⁵ Zum Systemansatz in der Betriebswirtschaftslehre vgl. Raffée (1995), S. 79 ff.

werden. Hierbei geht es um den Ausgleich der pluralistischen Interessen individueller Handlungsakteure. Der Stellenwert der Integration bei der Lösungserarbeitung wird unübersehbar. Nur so gelingt eine bestmögliche effektive und effiziente Versorgung der Hilfsbedürftigen. Um den Herausforderungen einer angemessenen Steuerung gerecht zu werden, sind Antworten auf die folgenden Fragen zu finden:

1. Bestandsaufnahme im Gesundheitswesen

- a. Wie ist die Gesundheitsbranche strukturiert?
- b. Welches sind die treibenden Kräfte aus der Umwelt auf die Branche?

2. Angemessenheit der Versorgung von Hochbetagten

- a. Was bedeutet Effektivität im Hinblick auf die Versorgung der Hochbetagten?
- b. Welche Ressourcen werden für die Versorgung verbraucht?
- c. Wo liegen die Grenzen der Versorgung vor dem Hintergrund knapper Ressourcen?

3. Identifikation relevanter Bausteine eines innovativen Steuerungsansatzes

- a. Welche Anforderungen stellen sich an einen neuartigen Steuerungsrahmen?
- b. Welche Elemente gestalten den architektonischen Bezugsrahmen?
- c. Was kennzeichnet die bestehende Praxis vor diesem Hintergrund?

4. Schaffung eines veränderten Bewusstseins der Akteure und Implikationen hinsichtlich der Steuerungsleistung

- a. Lassen sich die theoretischen und praktischen Erkenntnisse zu einem neuen Bewusstsein verdichten?
- b. Wie führt gegebenenfalls ein solches Bewusstsein zu einer effektiven und effizienten Steuerung der Gesundheitsversorgung Hochbetagter?

Diese Forschungsfragen werden im Laufe der Arbeit sukzessive geklärt. So werden die Fragen 1a, und 1b sowie 2a, 2b, und 2c am Ende von Teil 2 beantwortet und die Beantwortung der Fragen 3a, 3b, und 3c sowie 4a und 4b erfolgt am Ende von Teil 3 der Arbeit.

1.2 Theoretische Einordnung

1.2.1 Positionen in der Betriebswirtschaftslehre

In der Betriebswirtschaftslehre wird seit Jahrzehnten der Pluralismus von Paradigmen kritisch diskutiert¹⁶ und es werden diesbezüglich verschiedene Lösungswege vorgeschlagen.¹⁷ Ein Pluralismus kann befürwortet werden. Hier sei beispielhaft auf das viel zitierte indische Märchen mit dem Elefanten¹⁸ hingewiesen, der ausgehend von der Betrachtungsperspektive individuell unterschiedlich interpretiert wurde.¹⁹ Obwohl jeder Einzelne in seiner Betrachtung richtig lag, irrten sich doch alle und wurden der Wirklichkeit nicht gerecht. Pluralismus wird von einigen Wissenschaftlern nicht nur als Bereicherung gesehen, sondern als Notwendigkeit akzeptiert und gefordert.²⁰ Der Einsicht in die Notwendigkeit einer methodologischen Vielfalt wird in dieser Arbeit gefolgt, da der Untersuchungsgegenstand „Gesundheitswesen“ komplex ist und nur durch eine mehrdimensionale Betrachtung analysiert werden kann. In der nachfolgenden Argumentation werden daher die Paradigmen jeweils präsentiert, ihre Eignung im Hinblick auf die Lösung der aufgeworfenen Forschungsfragen überprüft und es wird sich für die für den Forschungsgegenstand geeignete, noch relative junge Strukturtheorie von Giddens²¹, entschieden. Sie leistet eine Integration verschiedener Sichtweisen.

¹⁶ Zur Vielfalt der theoretischen Zugänge vgl. z. B. Kieser / Ebers (2006); bzgl. älterer Paradigmen in der BWL sei auf Schanz verwiesen (vgl. Schanz (1988), S. 89 ff.); ebenso Seidel (2001), S. 21; kurze Übersicht in Wolf (2003), S. 22.

Zur Diskussion vgl. z. B. Freeman / Lorange (1985); Lueken (1992); Schanz (1990); Ortman / Sydow (2001), S. 423 f.; Witt (1995) kritisiert „Theorielosigkeit, Beliebigkeit, undurchdachter Relativismus und Skeptizismus sowie Eklektizismus [...] und Synkretismus [...]“; die er als „[...] kaum zu übersehende Charakteristika der zeitgenössischen Forschung“ ansieht (Witt (1995), S. 276). Zur Inkommensurabilität in der Wissenschaft vgl. Kuhn (1962); Kuhn (1970), zitiert in Scherer (1995), S. 149 ff.; ebenso Scherer (2006), S. 40 f.; Steinmann / Scherer (1994), S. 1 ff.; Kirsch et al. (2007), S. 114 ff.

¹⁷ Lösungswege wären 1) „Back to basics“, 2) „Isolationismus“, 3) „Anything goes“ und 4) „Multiparadigmen-Strategie“ vgl. insb. Scherer (1995), S. 149 ff.; allg. auch Scherer (2006).

¹⁸ Das Märchen schildert die Situation, dass mehrerer Personen mit verbundenen Augen verschiedene Körperteile eines Elefanten berühren und beschreiben und sich darüber einigen sollen, worum es sich handelt. So interpretieren sie jeweils abhängig vom Körperteil ein sehr unterschiedliches Tier (Rüssel, Bein, Schwanz, Bauch etc.) und erst durch die Passung aller Aussagen kann auf die komplexe Erscheinung des Elefanten geschlossen werden.

¹⁹ Vgl. z. B. Kieser / Walgenbach (2003), S. 65; Ortman / Sydow (2001), S. 425; Witt (1995), S. 275.

²⁰ Vgl. z. B. Schanz (1990), S. 105; Diefenbach (2003), S. 62, S. 80; Kirsch et al. (2007), S. 159; Kieser / Walgenbach (2003), S. 67 f.

²¹ Vgl. Giddens (1984a).

Neben dem bestehenden methodologischen Pluralismus finden seit Jahren Diskussionen unter Wissenschaftlern über die Notwendigkeit an sich statt, sich mit methodologischen Fragestellungen ausführlich auseinanderzusetzen, unter den Stichworten „Rigor versus Relevanz“.²² Es geht um die Polarität zwischen einer starken Gewichtung exakter wissenschaftstheoretischer Verortung von Forschungsfragen und ihrer praktischen Relevanz. Das Gesundheitsmanagement ist hierbei eher den anwendungsorientierten Wissenschaften zuzuordnen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es erst seit einigen Jahren auf Basis realer Probleme etabliert wurde, deren Lösung es dienlich sein soll. Fragestellungen in diesem Bereich sind komplex und zeichnen sich insb. durch die Schwierigkeit der vorherrschenden Interessenpluralität aus. Deshalb muss einem interdisziplinären Dialog gefolgt werden. Gleichermäßen gilt selbstverständlich aber auch hier, dass eine methodologisch begründbare Betrachtungsweise erforderlich wird.

1.2.2 *Systemtheorie und verhaltenswissenschaftliche Ansätze*

Grundsätzlich bestehen neben systemtheoretisch orientierten Denkansätzen verhaltens- und entscheidungstheoretisch fundierte Ansätze in der Betriebswirtschaftslehre.²³ Als prominenter Vertreter eines systemtheoretischen Zugangs in die Betriebswirtschaftslehre gilt Ulrich, dessen Ansatz als sozialkybernetische Variante der **Systemtheorie** verstanden werden kann.²⁴ Als Ausgangspunkt gilt das Verständnis, dass Phänomene nach gleichen Prinzipien funktionieren.²⁵ Systeme sind Teile von Supersystemen und können unterteilt werden in Subsysteme. Wird der Auffassung von Luhmann gefolgt, hat ein funktional-struktureller Ansatz dann Gültigkeit, wenn die Systemtheorie als System-Umwelt-Theorie verstanden wird. Die Funktion der Systembildung ist nur rekonstruierbar, wenn der Bezugspunkt außerhalb des Systems liegt, da dann die Relation zwischen Um-

²² Z. B. gewählt als Rahmenthema der Jahrestagung des Verbandes der Hochschullehrer für Betriebswirtschaftslehre (VHB-Tagung) im Jahre 2007; ebenso diskutiert bei Kirsch et al. (2007) (vgl. Kirsch et al. (2007), S. 186 ff. und S. 247 ff.); Alt (2004), S. 20 ff.; Kieser / Nicolai (2005); Nicolai (2004); Shrivastava (1987).

²³ Daneben existieren weitere Denkschulen (vgl. z. B. Schanz (1990), S. 85 ff.), auf die hier aber aus Gründen der Forschungsfrage und der entsprechend möglichen bzw. geringeren Relevanz nicht näher eingegangen wird.

²⁴ Schwanninger führt aus, dass der Ansatz der St. Galler Schule, „[...] zur Basiswissenschaft der allgemeinen Managementlehre“ avanciert (Schwanninger (2004), S. 4 f.); sinngemäß vgl. Ulrich (1995). Zum Stellenwert der Kybernetik in der Betriebswirtschaftslehre vgl. auch Martens (1997), S. 265 ff.; Zur Systemtheorie in der Betriebswirtschaftslehre vgl. auch Wolf (2003), S. 126 ff.

²⁵ Vgl. Breisig (2004), S. 27.

welt und System beschreibbar ist. Es geht nicht primär darum, Einflussfaktoren zu erkennen, sondern diese Relationen zu beschreiben.²⁶ Einige Bereiche werden hierbei ausgegrenzt und die Vielfalt reduziert. In der System-Umwelt-Konzeption werden soziale Gebilde als komplexe und sinnhaft konstituierte Einheiten begriffen, die zur Zielerreichung dienlich sind.²⁷ Es wird primär beschrieben und nicht erklärt.²⁸

Kirsch et al. werfen kritisch die Frage auf, wie die konkrete Forschungspraxis ohne Erklärung auskommt. Sie argumentieren in Folge, dass das Erkenntnisinteresse lediglich verlagert, nicht aber reduziert wird.²⁹ Um als Wissenschaftler die Handlungen der Akteure letztlich in ihrer Motivation begreifen zu können, muss es zu Erklärungen des Verhaltens kommen. Je nach Forschungsparadigma erfolgt zumindest eine Öffnung hin zur erklärenden Forschung wie es bei verhaltenswissenschaftlichen Ansätzen und einer hermeneutischen Vorgehensweise der Fall ist.³⁰ Dementsprechend wird nachfolgend ein systemtheoretischer Blickwinkel auf die Forschungsfragen verworfen und zunächst die Eignung eines verhaltenstheoretischen Paradigmas³¹ erörtert, was eine erste Öffnung zur qualitativen Sozialforschung mit sich bringt.

In der **Verhaltenstheorie** werden **zwei Standpunkte**³² unterschieden: Es ist zum einen von der Entscheidungstheorie, bei der es um erklärbare Realitäten geht, die Rede. Zum anderen wird die reine Verhaltenswissenschaft benannt, in deren Mittelpunkt die individuellen Interaktionen und Präferenzen stehen.³³ Bei der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre vollzieht sich eine Öffnung des Faches hin zu den Sozialwissenschaften.³⁴ Bei der strikten verhal-

²⁶ Vgl. Simon (2007), S. 12 f.

²⁷ Vgl. Luhmann (2006); Zu Luhmanns Theorieansatz vgl. Martens / Ortmann (2006), S. 427 ff.

²⁸ Vgl. Schanz (1990); Schanz (1988), S. 94.

²⁹ Vgl. Kirsch et al. (2007), S. 184; Kritik an einer systemtheoretischen Fundierung äußert auch Martens (1997), S. 265 ff.

³⁰ Zur Hermeneutik vgl. Raffée (1995), S. 21; Raffée (1974), S. 43; Giddens (1984b), S. 27 ff., S. 199.

³¹ Die Betriebswirtschaftslehre wird hierbei als Erfahrungswissenschaft (im Sinne einer angewandten Sozialwissenschaft) konzipiert (vgl. Schanz (1988), S. 94). Zum Begriff in Anlehnung an Kuhn (1976), S. 183: „Ein Paradigma ist das, was den Mitgliedern einer wissenschaftlichen Gemeinschaft gemeinsam ist, und umgekehrt besteht eine wissenschaftliche Gemeinschaft aus Menschen, die ein Paradigma teilen.“ (Witt (1995), S. 321).

³² Vgl. z. B. Wolf (2003), S. 99 ff.

³³ Zu verhaltenstheoretischen Ansätzen vgl. z. B. Schanz (1990), S. 39 ff.; Zur verhaltenswissenschaftlichen Entscheidungstheorie vgl. Kieser / Walgenbach (2003), S. 40 ff.; Berger / Bernhard-Mehlich (2006), S. 169 ff.

³⁴ Vgl. Schanz (1990), S. 86; Zur Diskussion über die Abgrenzung von Verhaltenswissenschaften und entscheidungsorientierter Betriebswirtschaftslehre vgl. Kirsch et al. (2007), S. 152 ff.; Witt (1995), S. 27 ff. Es wird sich hier gegen eine strikte Abgrenzung entschieden. Vgl. auch Kirsch et al. (2007), S. 152 f.; ebenso Schanz (1988), S. 97.

tenstheoretischen Orientierung wird eine systematische Integration des Faches in die Sozialwissenschaften angestrebt. **Entscheidungswissenschaftlich** gesehen existieren ein individueller Dispositionsspielraum und eine Willensfreiheit der Akteure, die nicht alle identische Informationen zur Verfügung haben.³⁵ Aufgrund der Informationsasymmetrien oder, anders ausgedrückt, der begrenzten Rationalität kommt es in den Interaktionen der Handelnden zu Verträgen.³⁶ Statt individueller Willkür und Unvernunft greifen diese Verträge³⁷ und führen zu einer rationalen Selbstbindung in der Interaktion. Die soziale Wirklichkeit der Institutionen wird als Konstrukt gesehen, wenn Organisationen über Verträge miteinander verbunden sind. Hierbei können die Abkommen die soziale Ordnung aber nicht erklären. Die Vertreter einer **strikten Verhaltenswissenschaft** hingegen erklären Interaktionen und die „Ausgestaltung der Rationalität über Verträge“ mit spieltheoretischen oder institutionenökonomischen bzw. vertragstheoretischen Ansätzen. Akteure sind entweder als Individuen soziale Akteure oder aber sie sind in Form von Institutionen als soziale Konstrukte zu begreifen. So findet das spieltheoretische Modell menschlichen Entscheidungsverhaltens³⁸ durch March und Simon Anwendung in der Betriebswirtschaftslehre. In der Institutionenökonomie³⁹ ist insb. der Transaktionskostenansatz⁴⁰ für die betriebswirtschaftliche Forschung relevant. In diesem Zusammenhang nimmt die „Hierarchietheorie“ von Coase einen hohen Stellenwert ein.⁴¹ Darüber hinaus kann der Ansatz hinsichtlich der Möglichkeit opportunistischen Verhaltens und der Berücksichtigung von Wechselwirkungen zwischen Organisationszielen und persönlichen Zielen erweitert werden.⁴² Williamson beschreibt in Ansätzen eine

³⁵ Vgl. z. B. Kieser / Walgenbach (2003), S. 41 f.; Zum Entscheidungsansatz vgl. auch Raffée (1995), S. 94 ff.; Schanz weist 1990 darauf hin, dass Ulrich (z. B. 1970 und 1974) keinen Widerspruch eines systemtheoretischen Ansatzes zum entscheidungsorientierten Ansatz sieht (vgl. Schanz (1990), S. 112).

³⁶ Die Vertragsparteien wählen sich – anders als bei der zugrunde gelegten Spieltheorie – das Spiel selbst (vgl. Rudolph (2007), S. 3).

³⁷ Zu vertragstheoretischen Ansätzen vgl. Hobbes (1969).

³⁸ Vgl. Witt (1995), S. 191 zitiert nach Neumann von / Morgenstern (1967).

³⁹ Vgl. dazu Kieser (2001), S. 199 ff.; Ebers / Gotsch (2006), S. 247 ff. Zu den Hauptansätzen der Institutionenökonomie zählen die „Property Rights-Konzeption“ (Hauptvertreter: Coase (The nature of the firm, 1937)), das „Principal-Agent-Modell“ (z. B. Versicherer und Versicherungsnehmer) sowie die „Transaktionskostentheorie“ (vgl. Wuppermann (2006), S. 192 ff.; Rudolph (2007)); ebenso Terberger (1994); Wieland (1997), S. 35 ff.

⁴⁰ Vgl. Williamson (1975); Williamson (1995).

⁴¹ Vgl. Witt (1995), S. 218 ff. und S. 277.

⁴² Vgl. Witt (1995), S. 199. Ortman et al. kritisieren eine häufig reduzierte Sichtweise auf den Ansatz von Coase, einzig auf das opportune Element des Handelns, das auch bei Williamson weiter ausgeführt wird. Sie argumentieren, dass Informationsökonomik, organisationales Wissen und Spezialisierung ebenso relevante Faktoren darstellen. Unter dem Stichwort „Rückkehr des

Theorie der hybriden Institutionen, die in Netzwerken interagieren.⁴³ „Diesbezüglich entwickelte Jörg Sydow [Sydow (1992), S. 78] in kritischer Auseinandersetzung mit dem Transaktionskostensatz eine sozialwissenschaftlich verbreiterte Grundlage für die Analyse von ‚Unternehmensnetzwerken‘ im Sinne von institutionalisierten Entscheidungsabhängigkeiten über Markt-Organisationsgrenzen hinweg.“⁴⁴ Netzwerke lassen sich auf Basis des Strukturationsansatzes von Giddens erklären. Er kann generell als organisationssoziologischer Ansatz zur Erklärung sozialer Interaktionen dienen und wird im Folgenden erläutert. Er ist vor allem deshalb geeignet, weil er der Komplexität und insb. dem Interessenpluralismus im Gesundheitswesen gerecht werden kann und somit einen systematischen Ansatz bietet, bessere Lösungen der Steuerung in der Gesundheitsversorgung der Hochbetagten zu finden.

1.2.3 *Strukturationsansatz*

Giddens Ansatz ist eine Sozialtheorie, die einen konzeptionellen Rahmen und eine Verfahrensweise bietet sowie einen Interpretationsrahmen schafft.⁴⁵ Giddens selbst schreibt 1984, dass die Strukturierung einen Erklärungsansatz darstellt.⁴⁶ Hierbei allerdings drückt er aus, dass der Ansatz nicht als „Forschungsprogramm“ zu sehen ist, sondern dazu dienlich sein kann, breite Fragestellungen über Organisationen und Transformationsprozesse zu erhellen.⁴⁷ Ortman und Sydow beschreiben Giddens Strukturationstheorie als „Dritte Position“, die eine allgemein-sozialtheoretische Begründung ermöglicht und eine „[...] Integrationskraft im Hinblick auf sozialwissenschaftliche Theorien unterhalb dieser Metaebene – auf Gesellschaftstheorien, ökonomische, politische und Rechtstheorien, auf Organisationstheorien und eben auch auf Theorien des strategischen

Sozialen“ führen sie die Diskussion weiter (vgl. Ortman et al. (1997a), S. 26 ff.). Kritik ebenso bei Pirker (1997), S. 67 ff.

⁴³ Vgl. Witt (1995), S. 251 ff. nach Williamson (1991).

⁴⁴ Witt (1995), S. 252.

⁴⁵ Vgl. Walgenbach (1994), S. 90; Ortman et al. (1997a), S. 33 f. Die Eignung von Sozialtheorien als theoretisches Fundament wird bestätigt z. B. von Kappelhoff (1997), S. 218 ff.; Kieser / Walgenbach (2003), S. 64. Auch Ortman et al. bezeichnen die Strukturationstheorie als Sozialtheorie und weisen darauf hin, dass manche Wissenschaftler von einer Meta-Theorie sprechen (vgl. Ortman et al. (1997b), S. 321). Als Sozial- und Meta-Theorie bezeichnet sie z. B. Walgenbach (vgl. Walgenbach (2006), S. 403); ebenso Ortman / Sydow (2001)). Diese Ansicht teilen Osterloh und Grand nicht, würdigen aber dennoch Giddens Ansatz (vgl. Osterloh / Grand (1997), S. 355 ff.).

⁴⁶ Vgl. Giddens (1984b), S. 146; speziell zum „Erklären“ siehe S. 158 ff.

⁴⁷ Vgl. Giddens (1991), S. 213.

Managements [...]“ entfaltet.⁴⁸ So handelt es sich um eine mikropolitische Organisationsanalyse, im Sinne einer organisationssoziologischen Forschung. Sie dient dazu, Erkenntnisse über komplexe Zusammenhänge bezüglich Herrschaft, Verhältnisse, Einstellungen, Ziele und Motivationen zu erlangen und geht somit über eine Analyse der Verbindung von Organisationen und Entscheidungen, also eine betriebswirtschaftliche Organisationsforschung hinaus. Durch eine hermeneutische Herangehensweise wird zunächst die Rekonstruktion des Bedeutungsrahmens vorgenommen und dann der Kontext untersucht. Wertvoll wird in einem nächsten Schritt, dass die Grenzen der Bewusstheit durch die Betrachtung der modalen Ebene offenbart werden und in der Dualität die Bestimmung der institutionellen Ordnungen erklärt wird. Giddens spricht in diesem Zusammenhang von einer doppelten Hermeneutik⁴⁹, da sich zwei Bedeutungsrahmen, der subjektive und objektive Sinn durchdringen.⁵⁰ Zwar bestehen gegenüber Giddens Theorieansatz durchaus kritische Meinungen⁵¹, gleichermaßen wird er aber ebenso gewürdigt. Zudem findet zwischenzeitlich eine Übertragung auf empirische Untersuchungen statt⁵², auch wenn quantitative Analysen bisher noch ausgeblieben sind.

Giddens Ansatz besticht durch seine Integrationskraft von Handeln⁵³ und Struktur aufgrund seiner Rekursivität bzw. Dualität (Abb. 2).⁵⁴ Der Bezugspunkt der Strukturierungstheorie ist immer der Akteur mit seinen Wechselbeziehungen zur sozialen Praxis.⁵⁵ Im Sozialen **rekursieren Handeln und Struktur** aufeinander. Einzelne Akteure haben Handlungsmacht und sind „[...] mit Reflexionsmächtigkeit und Intentionalität ausgestattet.“⁵⁶ Handeln kann durch Routine

⁴⁸ Ortman / Sydow (2001), S. 427; sinngemäß vgl. Ortman et al. (1997a), S. 21 ff.

⁴⁹ Vgl. hier auch Giddens (1984b), S. 199.

⁵⁰ Vgl. Giddens (1984b), S. 95, S. 187, S. 199.

⁵¹ Vgl. Kieser / Walgenbach (2003), S. 64; Abraham (o. J.), S. 10 ff.; Zur Diskussion der Kritikpunkte vgl. Walgenbach (2006), S. 418 ff. Genannt werden durch andere Autoren insb. der Vorwurf des Eklektizismus, die Unkonkretheit der Begrifflichkeiten und mangelnde Diskursfähigkeit und Reflexionsfähigkeit der Akteure; außerdem wird ihm vorgeworfen, dass es sich derzeit bestenfalls um einen heuristischen Analyserahmen handeln kann und seine empirische Fruchtbarkeit noch nachzuweisen ist. Gegen den Vorwurf des Eklektizismus argumentiert Walgenbach sowie Kilminster (1991), S. 74 ff.

⁵² Vgl. Kieser / Walgenbach (2003), S. 64; Ortman et al. (1997b), S. 315 ff.; Übertragung z. B. insb. tabellarisch in Ortman et al. (1997b), S. 341 f.; Ortman / Sydow (2001); Wuppermann (2006), S. 225 ff.; Ortman et al. (1997a), S. 15 ff; Ortman / Schnelle (2001); Gilbert (2003).

⁵³ Vgl. hierzu Giddens (1984b), S. 91 ff.

⁵⁴ Vgl. Ortman (1995), S. 49; Ortman / Sydow (2001), S. 428: z. B. das Paradigma „structure follows strategy“ ist rekursiv ebenfalls richtig im Sinne von „strategy follows structure“.

⁵⁵ Vgl. Giddens (1984a).

⁵⁶ Kieser / Walgenbach (2003), S. 63.

und auf Basis von Reflexion entstehen⁵⁷, auch wenn Handlungsfolgen ungeplant sein können.⁵⁸

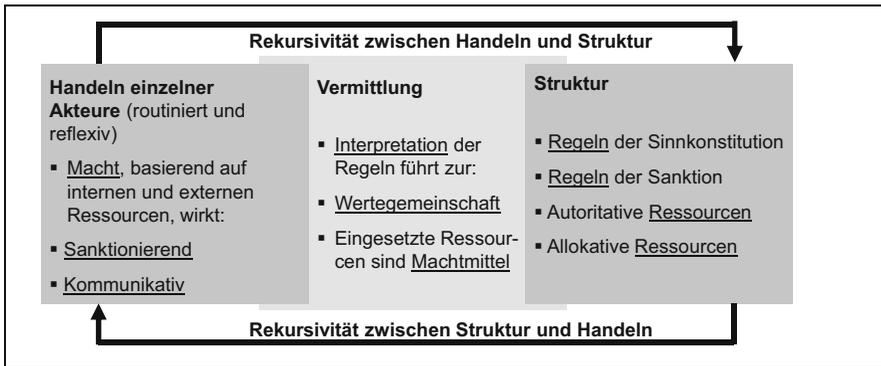


Abbildung 2: Rekursivität zwischen Struktur und Handeln⁵⁹

Struktur ist das Ergebnis jeglichen Handelns. Gleichzeitig beeinflusst Struktur dieses Handeln. Hierdurch entstehen letztlich (soziale) Systeme.⁶⁰ Die Dimensionen des Sozialen sind im Kontext befindlich bzw. bilden diesen. Struktur ermöglicht den Akteuren das Handeln und restringiert sie. Die Struktur ist jedoch veränderbar und nicht notwendigerweise als Grenze zu interpretieren.⁶¹ Diese Sichtweise impliziert unumgänglich eine Steuerung auf Basis von Verständigung.⁶² Die Beziehungen zwischen den Dimensionen sind zu erhellen und theo-

⁵⁷ Vgl. Giddens (1984a), S. 5; Walgenbach (2006), S. 407. Hier sei eingeräumt, dass in Anlehnung an Lueken, der Handeln von Verhalten unterscheidet, ein bewusstes Handeln in diesem Sinne Handeln (als absichtsgeleitetes Tun) ist, Routine allerdings Verhalten darstellt. Eine Unterscheidung von Handeln und Verhalten ist nur kommunikativ ermittelbar. Dies bedeutet, dass von der Beobachter- in die Teilnehmerperspektive gewechselt werden muss (vgl. Lueken (1992), S. 191ff.); ähnlich vgl. Scherer (2006), S.49 ff.; hierzu vgl. auch Giddens (1984b), S. 28 ff.

⁵⁸ Vgl. Walgenbach (2006), S. 409.

⁵⁹ Vgl. Giddens (1984a), S. 29; ähnlich Giddens (1984b), S. 112 ff.; insb. S. 148; ebenso Ortmann (1995), S. 58, S. 60; Ortmann et al. (1997b), S. 325; Walgenbach (2006), S. 413.

⁶⁰ Vgl. Abraham (o. J.), S. F10-8. Ortmann und Sydow sprechen hier von der Rekursivität, die einen Dualismus ablöst (vgl. Ortmann / Sydow (2001), S. 426). Es sei hier auf die Schwierigkeit der Letztbegründung hingewiesen, die im Rahmen des sogenannten Münchhausen-Trilemma diskutiert wird (vgl. Lueken (1992), S. 255). Gleichmaßen ist allerdings die Frage zu stellen, ob eine Letztbegründung überhaupt erforderlich ist – schließlich werden eben ja gerade soziale Systeme, die wandelbar und immer wieder hinterfragbar sind, untersucht.

⁶¹ Vgl. Sydow et al. (1995), S. 24; Wuppermann (2006), S. 229 f.; Ortmann (1995), S. 56 f.

⁶² Im kantianischen Verständnis sind zunächst die bestehenden Regularien nicht in Frage zu stellen, sondern als normativ geprägte Handlungsleitlinien zu verstehen (Sollen). Allerdings kann eine

retisch angemessen zu erfassen. Die Rekursivität ist im Sinne wechselseitiger Konstitutionsbedingungen relevant.⁶³

Die **Vermittlung** (der von Giddens benannte dritte Weg) verbindet Struktur und Handeln. Die Vermittlungsmodalitäten sind Regeln und Ressourcen. Regeln sind normative Elemente und können über Kommunikationshandeln auf der sozialen Interaktionsebene eine Wertegemeinschaft konstituieren. Ressourcen können allokativ (materiell/ökonomisch) und autoritativ (Verfügbarmacht, politisch) verstanden werden.⁶⁴ Regeln können in der Vermittlung als kodifizierte Interpretationen (im Sinne der Einhaltung von formalen Regeln) zum Ausdruck kommen. Oder sie werden erst im jeweiligen Kontext wirksam und stabilisieren hierdurch die Interaktionen zwischen Handeln und Struktur.⁶⁵ Die Regeln sind somit generell interpretierbar, was zu einer Öffnung der Vermittlung führt. Gleichmaßen kommt es aber durch den Handlungskontext zu einer Einschränkung aufgrund der im Kontext befindlichen und wirksam werdenden Strukturelemente.⁶⁶ Die Elemente sind die Folgenden: Regeln der Sinnkonstitution, Regeln der Sanktion (normative Ordnung) sowie allokativ und autoritative Ressourcen (Macht).⁶⁷ Macht ist hierbei, laut Giddens, ein konstitutiver Bestandteil von Handeln (Fähigkeit, anders zu handeln) und führt zu Autonomie.⁶⁸ Macht und Konsens schließen einander nicht aus.⁶⁹ Macht basiert auf Expertenwissen, vorhandenen Umweltbeziehungen, Informationsflüssen und Kommunikationskanälen sowie der Nutzung von organisationalen Regeln.⁷⁰ Hieraus abgeleitet wird deutlich, dass Strukturen Einfluss auf Macht haben. Das gestalterische Element aus der Sicht Giddens lässt sich mit folgendem Zitat fassen: „Strukturierung ist ein Prozeß und Strukturen existieren nur im Handeln, also in strukturierten Prozessen, das heißt: Strategiebildung ist ein Prozeß, und die Realisation von Strategiewürfen kann sich nur im Handeln ereignen.“⁷¹

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen bedeutet dies: Im Gesundheitswesen treten Akteure auf, die im sozialen Kontext handeln. Hierbei müssen sie die gegebenen Strukturen zur Kenntnis nehmen und als nicht-starren

Öffnung, hin zum Diskurs, geboten sein (Sein). Dies findet z. B. in permanenten Gesetzesreformen im Gesundheitswesen Ausdruck. Kommunikatives Handeln führt zu einer Korrektur des bestehenden Sollens durch das Sein und führt zu einem neuen Sollen. Die Klärung von Verteilungsfragen im Gesundheitswesen ist hier z. B. zu nennen.

⁶³ Vgl. Ortmann et al. (1997a), S. 22 ff.; Ortmann (1995), S. 49.

⁶⁴ Vgl. Ortmann et al. (1997b), S. 320; Wuppermann (2006), S. 230 f.

⁶⁵ Vgl. Kieser / Walgenbach (2003), S. 62.

⁶⁶ Vgl. Kieser / Walgenbach (2003), S. 62.

⁶⁷ Vgl. Ortmann (1995), S. 56 f.

⁶⁸ Vgl. Giddens (1984a), S. 14. Zum Begriff der Macht vgl. Kappelhoff (1997).

⁶⁹ Vgl. Ortmann (1995), S. 51.

⁷⁰ Vgl. Ortmann (1995), S. 52 zitiert nach Crozier / Friedberg (1979), S. 51 ff.

⁷¹ Ortmann / Sydow (2001), S. 429.