

**Zeitschrift für Führung und Personalmanagement
in der Gesundheitswirtschaft**

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

CHANGE MANAGEMENT

Entscheidungsträger
Veränderungen

Interessenausgleich

Machtkämpfe

Revolutionärer Wandel

Ängste

Freiräume

Eigeninteressen

Beteiligung

Feedback

Entschlossenheit

Arbeitspakete

Integrationsstrategie

Erfolgskontrolle

Interessenkonflikte

Chancen



Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm, University of Applied Sciences
Prof. Dr. Uta M. Feser, Präsidentin

Mitherausgeber/ Redaktion

Mario A. Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Harald Mehlich (verantwortlich), V. i. S. d. P.

Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

Redaktionsanschrift

Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Wileystraße 1, 89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731 9762-1621

E-Mail: zfpg@hs-neu-ulm.de

Abonnement

Möchten Sie sich mit einem eigenen Beitrag in die Zeitschrift einbringen oder die Zeitschrift kostenlos per E-Mail erhalten, dann schreiben Sie uns bitte eine Anfrage.

Rechtliche Hinweise

Die Zeitschrift einschließlich aller in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der Redaktion unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Nachdruck, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder.

Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 2, Nr. 3, 2016, S. 1-63. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.01.03.2016-01

Erscheinungsort
Neu-Ulm, 10/ 2016

ISSN Online
2363-9342

ISSN Print
2364-2556

Auflage
1000

QR-Code



Webseiten

Zeitschrift
www.hs-neu-ulm.de/ZFPG

Hochschule
www.hs-neu-ulm.de

Druckerei

Datadruck GmbH
Leibier Weg 8
89278 Nersingen

Beitrag aus der Wissenschaft I



Titel

Die Macht der Spezialisten –
Changemanagement in der Experten-
organisation Krankenhaus

Autoren

Michael Zirlik (links), Dr. Michael
Schneider (Mitte) Prof. Dr. Clifford W.
Sell (rechts)

Die Organisation Krankenhaus im Wandel

Der demographische und epidemiologische Wandel nachfrageseitig sowie der drohende Fachkräftemangel angebotsseitig, in Verbindung mit einem verändertem Ordnungsrahmen, führen dazu, dass Krankenhäuser zunehmend in einem dynamischen Markt- und Wettbewerbsumfeld mit der Folge einer enormen Leistungsverdichtung agieren. Um diesem Druck standhalten zu können, ist von Krankenhäusern ein Wandel hin zu modernen Dienstleistungsunternehmen mit wirtschaftlicher Leistungserstellung gefordert (Schlüchtermann 2006, S. 15 und Oberender/ Zerth 2005, S. 15). Anstatt punktueller Problemlösungen für Patienten mit klar abgrenzbaren Behandlungsepisoden im Sinne einer Dienstleistungsmanufaktur besteht die Notwendigkeit zukünftig darin, eine aus Klientensicht nachhaltige Problemlösungskompetenz in Form interprofessioneller und interdisziplinärer Angebote machen zu können. Der bis vor einigen Jahren gültige Verweis auf den humanen Versorgungsvertrag reicht zur Begründung gewohnter Organisationsstrukturen nicht mehr aus. Die Organisation Krankenhaus sowie die Organisation des Krankenhauses sind begründungspflichtig (Pfaff/ Driller 2007, S. 64).

Durch organisatorische Regeln in Krankenhäusern werden Ressourcen kanalisiert, Stellen gebildet, formelle und informelle Interaktionsmuster geprägt und relevante Wertschöpfungsprozesse definiert (Thom/Wenger 2010, S. 58). Änderungen in den Kernprozessen sind tiefe Eingriffe in die Organisationsstruktur – und umgekehrt – mit unsicheren Effizienzwirkungen und häufig mit Anpassungen der Aufgabenprofile des ärztlichen und pflegerischen Dienstes verbunden. In diesen instabilen unternehmerischen Momenten ist die Gefahr groß, dass politische und persönliche Interessen und Machtansprüche rationale Argumente überlagern (Feldkamp et al. 2012, S. 197 und Frese/ Werder 1993, S. 25).

Es stellt sich deshalb die Frage welche Besonderheiten in der Organisation Krankenhaus zu berücksichtigen sind, um zielgerichtet Veränderungsprozesse realisieren zu können. Aus der Vielzahl der Aspekte wird in diesem Artikel schließlich das Thema „Macht“ in den Fokus gerückt, gerade weil diese Thematik im Klinikalltag häufig tabuisiert wird (zu den Gründen für diese Tabuisierung (Kühn/ Platte/ Wottawa 2006, S. 212).

Das Krankenhaus als Expertenorganisation

Krankenhäuser richten ihre Aktivitäten, genauso wie andere Unternehmen, daran aus, ihre Wertschöpfung zu maximieren, um den Unternehmenswert nachhaltig zu steigern (Jost 2000, S. 283). Nach der Konfigurationsthese von Mintzberg werden langfristig nur diejenigen Unternehmen ihren Unternehmenswert steigern können, denen es gelingt, ihre organisatorischen Regeln den jeweiligen situativen Faktoren anzupassen. Eine von fünf idealtypischen Organisationsformen, die Mintzberg entwickelte, ist die Expertenorganisation („professional bureaucracy“) (Mintzberg 1979, S. 181 ff. und Hurlebaus 2004, S. 79). In Expertenorganisationen resultiert die Wertschöpfungsleistung primär aus einer besonderen Problemlösungskompetenz des Unternehmens aufgrund eines wissens- und kompetenzintensiven Dienstleistungsangebots, meist von Vertrauensgütern. Krankenhäuser werden deshalb Expertenorganisationen zugeordnet (Rasche/ Braun von Reinersdorff 2016, S. 21 und Stabell/ Fjeldstad 1998, S. 420).

Die Gestaltungsparameter von Expertenorganisationen zeichnen sich durch fünf Strukturbausteine aus: (1) den betrieblichen Kern, der sämtliche Behandlungsmöglichkeiten umfasst, (2) die strategische Spitze, die das Leistungsorgan des Krankenhauses darstellt, (3) das mittlere Linienmanagement, das als Mittler zwischen dem operativen Kern und der strategischen Spitze dient, (4) die Technostruktur, der überwiegend Steuerungsaufgaben übertragen werden und (5) der unterstützenden Einheiten, die Aufgaben außerhalb der betrieblichen Arbeitsabläufe übernehmen (Hurlebaus 2004, S. 81 f.).

Dem großen operativen Kern, der durch eine hohe vertikale und horizontale Autonomie gekennzeichnet ist, kommt in der Expertenorganisation Krankenhaus im Leistungserstellungsprozess eine herausragende Bedeutung zu. Weil die Arbeitsprozesse und

-ergebnisse äußerst komplex sind, verfügen die Mitarbeiter meist über eine langjährige universitäre, hochspezialisierte und standardisierte Ausbildung. Die Folge ist, dass Prozesse und Ergebnisse durch professionsexterne Mitarbeiter fachlich nicht beurteilt werden können. Die Gestaltungsmacht der Erbringung der eigentlichen Dienstleistung am Patienten liegt damit bei den Experten, die sich in erster Linie ihren Fachgesellschaften, die die Qualifikationsstandards entwickeln, und berufsständischen Regelungen verbunden fühlen (Mintzberg 1983, S. 163 ff. und Hurlebaus 2004, S. 83 f.). Es ist für Expertenorganisationen daher nicht untypisch, dass sich Experten oft nicht klientenzentriert verhalten, sondern Professionslogiken über die subjektiven Wünsche und Erwartungen ihrer Klienten stellen. Der operative Kern nimmt vielfach sogar Aufgaben der Strategieformulierung oder Personalentwicklung weitgehend eigenständig wahr. Der strategischen Spitze, wie auch der Technostruktur, kommen in der Expertenorganisation Krankenhaus nur eine nachrangige Bedeutung zu. Beide sind deshalb relativ schwach ausgeprägt (Rasche/ Braun von Reinersdorff 2016, S. 21 ff. und Schrappe 2009, S. 199 f.).

Macht in der Expertenorganisation Krankenhaus

Wenn unterschiedliche professionelle Logiken aufeinander treffen, dann werden in manchen Situationen diese Logiken zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen. Der Versuch, die jeweils eigene Logik durchzusetzen, resultiert in Verhandlungsprozessen, in denen auch mit Macht agiert wird. Macht ist dabei „... jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen...“ (Weber 1972, S. 28, sowie Dahl 1957, S. 214) Auch wenn dieses Thema überwiegend negativ (Knoblauch et al. 2012, S. 58 f.) konnotiert ist und häufig tabuisiert wird, so ist doch wertfrei festzustellen, dass Macht in arbeitsteiligen Organisationen immer auch präsent

ist und eine Rolle spielt (Höflich 1984, S. 51). Macht im System Krankenhaus kann dabei sowohl dysfunktional (zu den negativen Folgen für den Patienten im Machtdreieck zwischen Pflege, Medizin und Verwaltung (Westermann-Binnewies 2004, S. 82 ff.) wirken, ist andererseits jedoch im Krisenfall, z. B. bei Notfallpatienten, auch unbedingt notwendig (Westermann-Binnewies 2004, S. 50 f.), um schnelle Handlungsfähigkeit sicher zu stellen. Sie kann Entwicklungs- und Veränderungsprozesse - alleine schon wegen der Angst vor Machtverlust - hemmen (Will 2015, S. 17), andererseits aber auch Veränderung erst ermöglichen.

Das Machtpotenzial einer Person oder Gruppe muss dabei nicht zwangsläufig mit der hierarchischen Position korrespondieren (formelle vs. informelle Macht, Neubauer/Rosemann 2006, S. 43 f.), sondern speist sich vielmehr aus der Beherrschung von „Zonen der Ungewissheit“, die sich im arbeitsteiligen Zusammenspiel der Akteure ergeben (Crozier/ Friedberg 1979, S. 50 ff.) In der Klinik bedeutet dies einerseits, dass auch horizontal zwischen den einzelnen Fachbereichen stets Macht im Spiel ist und andererseits, dass bspw. auch die Pflege durch ihre hohe zeitliche und personelle Präsenz gegenüber der Verwaltung und Ärzteschaft nicht machtlos ist. Derartige informelle Machtkonstellationen gibt es zwar grundsätzlich in allen Organisationen, sie nehmen jedoch mit steigender Spezialisierung zu und können in Expertenorganisationen deutlich stärker sein als die formale Hierarchie (Türk 1978, S. 163: „Spezialisten können in Organisationen faktisch eine Nebenhierarchie aufbauen, die die Einflusspotenziale der formal legitimierten Organisationsmitglieder im Extremfall ganz vernichten kann“).

Folgt man den spieltheoretischen Ansatz nach Crozier und Friedberg bzw. den netzwerktheoretischen Ansätzen (Hollstein/Straus 2006, S. 29 ff., trotz deutlicher Unterschiede in den beiden Theorien verweist

Vetterli (2015, S. 31 ff.) auch auf die unübersehbaren Gemeinsamkeiten dürften v. a. die folgenden Ungewissheitszonen als Machtquellen in der Expertenorganisation Krankenhaus von Bedeutung sein:

- Spezialisierung und Vorsprung an Fachwissen, z. B. medizinischer Art (Ärzte gegenüber Pflege und Verwaltung), hinsichtlich Organisations- und Prozesswissen (vice versa) sowie medizinisches Spezialwissen (Fachärzte untereinander). Es ist v. a. dieses Expertenwissen, das die Berufsgruppen und Akteure in ihren Entscheidungen gegenüber den anderen Berufsgruppen weitgehend autonom und unangreifbar machen.
- Kontrolle der Beziehungen der Organisation zu ihrer Umwelt, z. B. indem ein angesehenes Chefarzt (Experte) von besonderer Bedeutung für das Renommee einer Klinik und die Patienteneinweisungen ist und dadurch auch innerhalb der Organisation hohen Einfluss erlangt.
- Kontrolle von Informationen und Kommunikationskanälen: z. B. hinsichtlich der Pflege, die zeitlich und emotional „näher“ am Patienten ist und über zahlreiche Möglichkeiten der Informationsweitergabe, -zurückhaltung und -modifikation verfügt.
- Organisatorische Regeln, z. B. indem bestimmte Tätigkeiten ausschließlich durch Experten (ärztliches Personal) ausgeführt werden dürfen oder indem Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Weisungsbefugnisse klar geregelt sind und dadurch unterschiedliche Autonomiegrade ermöglichen (Westermann-Binnewies, A. 2004, S. 75 ff: Die Autorin zeigt diese positionsabhängigen Autonomiegrade z. B. anhand der Verfügbarkeit über die eigene Zeit). Akteure können sich im Zweifel immer darauf zurückziehen.

- Durch Knappheit von Experten-Ressourcen in bestimmten Märkten geprägte Macht, z. B. in Pflege- und Supportfunktionen durch den Fachkräftemangel, der in manchen Städten und Regionen die Machtverhältnisse verschiebt

Lösungsperspektiven für Change Prozesse

Wie kann es Krankenhäusern unter diesen Bedingungen trotzdem, gelingen, sich den aktuellen Herausforderungen anzupassen und möglicherweise sogar vorbeugend die Organisation weiter zu entwickeln? Die folgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll einige Impulse dazu liefern, mit Macht im Change Management so umzugehen, dass Machtstrukturen verflüssigt und sogar für den Veränderungsprozess dienlich werden können:

- 1) Enttabuisierung der Machtthematik und konstruktives Konfliktmanagement: Loos weist darauf hin, dass medizinisches und pflegerisches Personal auch heute noch das traditionelle „doctor – nurse – game“ spielen, das im Wesentlichen auf Diplomatie und Konfliktvermeidung basiert und somit traditionelle Machtverhältnisse stabilisiert. Sie plädiert stattdessen dafür, dass „... professionelle Machtdifferenzen benannt sowie Statuskonflikte offen und produktiv geführt werden“ (Loos 2006, S. 38). Letztlich geht es dabei immer auch „... um eine Entwicklung der Kommunikations- und Beziehungskultur und zwar zwischen Einzelpersonen, Gruppen und Institutionen“ (Hinkel/ Ryser 1994, S. 148).
- 2) Aushandlungsprozesse initiieren: Machtspiele laufen in der Regel verdeckt ab. Durch die Offenlegung ergeben sich Möglichkeiten, Machtpotenziale offen auszuhandeln. Kühl, Schnelle und Schnelle empfehlen in ihrem Konzept der lateralen Führung beispielsweise die Einrichtung von Tauschbörsen, in denen Handlungsmöglichkeiten getauscht werden (Kühl/ Schnelle/ Schnelle 2004, S. 76). So übernimmt beispielsweise im Zuge einer Reorganisation die Pflege zusätzliche Tätigkeiten, bekommt dafür aber im Gegenzug mehr Entscheidungsautonomie zugestanden.
- 3) Konflikte positiv bewerten. Konflikte bedeuten auch, dass Beteiligte ein bewusstes oder unbewusstes inneres Bild haben, wie die Situation sein soll. Nicht immer wird dabei konstruktiv kommuniziert. Die andere Seite verstehen zu wollen – anstatt mit Unterstellungen zu arbeiten – ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer gemeinsamen guten Lösung, (Glas 2013 und Koch 2015).
- 4) Erhöhung der Rationalität und Quantifizierung der Auswirkungen von aktuellen Regeln und möglichen Veränderungsideen: Durch das Hinterfragen von Positionen wird deutlich, was „dahinter“ steckt, oder ob es v. a. um die Ausweitung eigener Handlungsmöglichkeiten – und damit Machtpotenzialen – geht (Schnelle 2006, S. 49).
- 5) Qualifizierung und Kompetenzentwicklung: Hierdurch wird durch eine gemeinsame Sprache das Machtgefälle durch (Fach-) Wissen deutlich reduziert. So kann auch die derzeitige Professionalisierung und Akademisierung der Pflege bereits als ein Versuch der Macht-Distanz-Reduktion gesehen werden (Westermann-Binnewies 2004, S. 51).
- 6) Neue Regeln einführen: Jede Regeländerung verändert die Machtverhältnisse (Kühl/ Schnelle/ Schnelle 2004, S. 76). Solche Regeln können die Arbeitsprozesse betreffen, ebenso aber beispielsweise auch die Frage wie, wann und zwischen wem auf welche Art und Weise kommuniziert oder entschieden wird.

- 7) Neue Mitspieler (Kühl/ Schnelle/ Schnelle 2004, S. 76), bzw. neue Perspektiven in den Change Prozess einführen: So kann z. B. eine radikale Orientierung am Patientenwohl und -nutzen in der Gestaltung der Versorgungsprozesse laut Loos ebenso zu einer Reduktion professioneller Hierarchien führen (Loos 2006, S. 37). Dabei ist es wichtig, die Patientenlogik wahrnehmbar zu machen, beispielsweise durch Sounding Boards (Zur Bonsen 2010) oder Service Design Thinking (Stickdorn/ Schneider 2012).
- 8) Stabilisierende Rituale pflegen, die Spezialisten jenseits der Kernaufgabe miteinander vernetzen (Zur Bonsen 2010). Althergebrachte informelle Rituale, beispielsweise die Raucherpause, neigen sich dem Ende zu. Neue Rituale entstehen automatisch; sie zu sehen, zu bewerten und ggf. sie zu entwickeln und zu legitimieren ist hilfreich um neue Kommunikationswege zu finden.
- 9) Sichten abgleichen. In funktionsübergreifenden Workshops kann die zergliederte Prozesskette beispielsweise in Makigami-Workshops oder Wertstromanalysen (Rother 2015 oder auch Wagner 2013) gemeinsam visualisiert und bewertet werden. Dabei wird die Perspektive anderer Prozessteilnehmer wahrgenommen und gemeinsam die Prozesskette überarbeitet.
- 10) Fokus auf das Ziel und den Beitrag. Organisationen entwickeln in die Richtung der Dinge, mit denen sie sich beschäftigen. Dabei verbinden visionsorientierte Methoden wie Appreciative Inquiry (Zur Bonsen und Maleh 2012) und lösungsfokussierte Methoden (Bamberger 2015) die Betroffenen immer wieder mit der gemeinsamen Vision, wie es auch sein könnte und generieren dadurch Veränderungs-Energie in diese Richtung.

Letztendlich bleibt der produktive Umgang mit Macht im Expertensystem Krankenhaus eine besondere Herausforderung für alle externen Organisationsentwickler und internen „Change Agents“: Eine grundsätzliche Kultur eines gesunden – nicht jedoch blinden - Vertrauens ist dabei ebenso notwendig (Knoblauch et al. 2012, S. 122 f.) wie die Fähigkeit, Machtstrukturen zu erkennen und zu bewerten und bei allen Entscheidungen im Change – Prozess diese angemessen zu berücksichtigen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Expertenorganisation Krankenhaus unterliegt einem immensen Veränderungsdruck. Die hohe Spezialisierung und Professionalisierung der einzelnen Berufsgruppen hat vorhersehbare Effekte auf die Machtlogiken. Diese wirken schlussendlich ohne bewusste Gegenmaßnahmen veränderungshemmend. Zentral in der Bewältigung der Machtlogiken ist es diese offen zu legen und dadurch bearbeitbar zu machen. Mehrere konkrete Maßnahmen, um mit Machtlogiken umzugehen, wurden vorgeschlagen. Im Nebeneffekt leiten diese Maßnahmen auch zugleich eine gewisse Veränderungsdynamik ein, auf welcher die Organisation aufbauen kann.

Die hohen intrinsischen Motivationspotenziale der Experten müssen über eine Partizipation am Veränderungsprozess dazu genutzt werden, die Ziele der Professionen mit den Zielen auf Gesamtunternehmensebene abzustimmen. Die bewusste Arbeit auf der Machtebene im Sinne von Veränderungszielen führt erfahrungsgemäß zu einer Entlastung bei den Teilnehmenden und setzt neue Energien im persönlichen, professionellen und organisatorischen Kontext frei.

Literatur

- Bamberger G. (2015) Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch. 5. Auflage. Beltz Verlag. Basel.
- Crozier M., Friedberg E. (1979) Macht und Organisation - Die Zwänge kollektiven Handelns. Athenäum Verlag, Königstein/Ts.
- Dahl R. (1957) The Concept of Power. In: Behavioral Science. Vol. 2. No. 3. pp. 201-215.
- Feldkamp V., Klein R., Kuntz L., Möller D. (2012) Wann führen interprofessionelle Tätigkeitsverlagerungen zu einer höheren Effizienz? – Evidenz bei Krankenhäusern für den positiven Einfluss von Prozessorientierung. In: Kuntz L., Bazan M. (Hrsg.) Management im Gesundheitswesen: Diskussionspapiere des Arbeitskreises Ökonomie im Gesundheitswesen der Schmalenbach-Gesellschaft für Betriebswirtschaft e. V., Wiesbaden. S. 175-203.
- Frese E., Werder v. A. (1993) Zentralbereiche: Organisatorische Formen und Effizienzbeurteilung. In: Frese E., Maly W., Werder v. A. (Hrsg.) Zentralbereiche, Schäffer-Poeschel Verlag. Stuttgart. S. 1-50.
- Glasl F. (2013) Konfliktmanagement: Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater. 11. Auflage. Haupt Verlag. Bern. Verlag Freies Geistesleben. Stuttgart.
- Höflich J. R. (1984) Kommunikation im Krankenhaus. Aspekte zwischenmenschlicher Beziehungen im pflegerischen Bereich. Maro-Verlag. Augsburg.
- Hinkel N., Ryser P. (1994) Macht, das tabuisierte Thema in Non – Profit – Organisationen. In: Organisationsentwicklung. Nr. 2. S. 140-148.
- Hollstein B., Straus F. (2006) Qualitative Netzwerkanalyse: Konzepte, Methoden, Anwendungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Hurlebaus T. (2004) Strategiekonforme Organisationsgestaltung von Krankenhäusern. Deutscher Universitätsverlag. Köln.
- Jost P.-J. (2000) Organisation und Koordination: Eine ökonomische Einführung. Dr. Th. Gabler Verlag. Wiesbaden.
- Knoblauch B., Oltmanns T., Hajnal I., Fink D. (2012) Macht in Unternehmen. Der vergessene Faktor. Gabler / Springer Fachmedien. Wiesbaden.
- Koch B. (2015) Hinter jedem Konflikt steht ein Traum, der sich entfalten möchte: Prozessorientierte Konfliktlösungen im Alltag. Synergia Verlag. Roßdorf.
- Kühl S., Schnelle Th., Schnelle W. (2004) Führen ohne Führung. In: Harvard Business Manager. Januar 2004. Jg. 26. S. 70-79.
- Kühn S., Platte I., Wottawa H. (2006) Psychologische Theorien für Unternehmen. Vandenhoeck & Rupprecht Verlag. Göttingen.
- Loos M. (2006) Neue Regeln im „doctor-nurse-game“?. Die Zusammenarbeit von Krankenpflegern und Ärztinnen. In: Dr. med. Mabase. Nr. 161. Mai/Juni. S. 36-38.
- Mintzberg H. (1979) The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research. Englewood Cliffs New Jersey. Prentice-Hall.
- Mintzberg H. (1983) Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs New Jersey. Prentice-Hall.
- Neubauer W., Rosemann B. (2006) Führung, Macht und Vertrauen in Organisationen. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Oberender P., Zerth J. (2005) Clinical Pathways als eine Zukunftsstrategie des Krankenhauses: eine gesundheitsökonomische Einführung. In: Oberender P. (Hrsg.) Clinical Pathways. Stuttgart. S. 15-27.

Pfaff H., Driller E. (2007) Organisationsentwicklung und Organisationslernen im Krankenhaus. In: Kurscheid C., Schulz-Nieswandt F. (Hrsg.) Das Krankenhaus im Wandel der Versorgungslandschaft. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU). Beiheft 35. Nomos Verlagsgesellschaft Baden. Baden. S. 64-79.

Rasche C., Braun von Reinersdorff A. (2016) Krankenhäuser als Expertenorganisationen. In: Pfannstiel M., Rasche C., Mehlich H. (Hrsg.) Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus – Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden. S. 1-23.

Rother M. (2015) Sehen Lernen: Mit Wertstromdesign die Wertschöpfung erhöhen und Verschwendung beseitigen. 4. Auflage. Lean Management Institut. Mühlheim an der Ruhr.

Schlächtermann J. (2006) Der Krankenhausmarkt der Zukunft und die Auswirkungen auf die Materialwirtschaft und Beschaffung im Krankenhaus. In: Oberender P. O., Schlächtermann J., Schommer R., Da-Cruz P. (Hrsg.) Innovatives Beschaffungsmanagement im Krankenhaus. P.C.O.-Verlag. Bayreuth. S. 11-30.

Schnelle W. (2006) Diskursive Organisations- und Strategieberatung. Books on demand Verlag. Norderstedt.

Schrapppe M. (2009) Führung im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ). Vol. 103. Issue 4. S. 198-204.

Stabell C. B., Fjeldstad Ø. D. (1998) Configuring value for competitive advantage: on chains, shops and networks. In: Strategic Management Journal. Vol. 19. Nr. 5. pp. 413-437.

Stickdorn M., Schneider J. (2012) This is Service Design Thinking. bis publishers. Amsterdam.

Thom N., Wenger A. (2010) Die optimale Organisation: Grundlagen und Handlungsanleitung. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden.

Türk K. (1978) Soziologie der Organisation. Eine Einführung. Enke Verlag. Stuttgart.

Vetterli A. (2015) Machtverteilung in Gruppen. Drei Machttheorien im Vergleich: Welche Schlussfolgerungen lassen sich für eine Gruppenleitung daraus gewinnen? AV Akademikerverlag. Saarbrücken.

Wagner K. W. (2013) WPM – Wertstromorientiertes Prozessmanagement. Carl Hanser Verlag. München.

Weber M. (1972) Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. 5. Aufl. Tübingen.

Westermann-Binnewies A. (2004) Zeit und Macht im Krankenhaus. Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis- und Regelversorgung. uni-edition. Berlin.

Will M. G. (2015) Change-Management gestalten: Pro-aktiv und im wechselseitigen Interesse Organisationen wandeln. Wissenschaftlicher Verlag. Berlin.

Zur Bonsen M. (2010) Leading with Life: Lebendigkeit im Unternehmen freisetzen und nutzen. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Zur Bonsen M., Maleh C. (2012) Appreciative Inquiry (AI): Der Weg zu Spitzenleistung.

gen: Eine Einführung für Anwender, Entscheider und Berater. Beltz Verlag. Basel.

Autorenbiographien

Michael Zirlik, Dipl. – Kaufmann (Univ.) und Systemischer Coach, arbeitet am IDC – Forschungsinstitut sowie am Institut für Ethik der Sozial- und Gesundheitswissenschaften der Wilhelm Löhe Hochschule Fürth. Schwerpunkte bilden die Themen Unternehmenskultur, Werteorientierte Führung, sowie demografieorientierte Personalentwicklung. Darüber hinaus ist er selbstständig tätig als Trainer und Coach für Führungskräfte, sowie als Berater für Change – Prozesse und Unternehmensentwicklung in der Industrie sowie der Sozial- und Gesundheitswirtschaft.

Dr. Michael Schneider studierte nach abgeschlossener Krankenpflegeausbildung Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth und promovierte zum Thema „Wertschöpfungsorientierte Arbeitsteilung im Krankenhaus“. Nach Abschluss seines Studiums arbeitete er am Institut für angewandte Gesundheitsökonomie und in der strategischen Unternehmensplanung eines Krankenhausträgers, bevor er im April 2013 an die Wilhelm Löhe Hochschule als Lehrbeauftragter wechselte. Seine Forschungsschwerpunkte sind Dienstleistungs- und Organisationsmodelle im Gesundheits- und Sozialmarkt.

Prof. Dr. Clifford Sell war 2004 bis 2014 Professor für Unternehmensentwicklung an der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt. 2014 wechselte er an die Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth. Er betreut dort auch einen Bachelorstudiengang zum Technologie- und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Seine aktuellen Schwerpunkte sind die Veränderungsarbeit mit Whole Systems Methoden und die Innovationsarbeit mit Design Thinking.

Autorenanschriften

Michael Zirlik
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften, International Dialog College and Research Institute (IDC) / Institut für Ethik der Gesundheits- und Sozialwirtschaft
Merkurstr. 21 / Südstadtpark
90763 Fürth

E-Mail: michael.zirlik@wlh-fuerth.de

Dr. Michael Schneider
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften, International Dialog College and Research Institute (IDC)
Merkurstr. 41 / Südstadtpark
90763 Fürth

E-Mail: michael.schneider@wlh-fuerth.de

Prof. Dr. Clifford W. Sell
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften
Merkurstr. 41 / Südstadtpark
90763 Fürth

E-Mail: clifford.sell@wlh-fuerth.de