

Martin Wistuba

Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke



Martin Wistuba

Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke

Vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor steigt der Bedarf nach Kooperationslösungen. Um Patienten entlang der gesamten Versorgungskette bedürfnisgerecht versorgen zu können, besteht vor allem sektorübergreifend Kooperationsbedarf. Am Beispiel der Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) evaluiert der Autor die Versorgungslage und identifiziert Versorgungs- bzw. Vernetzungslücken. Zur Schließung bestehender Lücken entwickelt er ein Konzept und einen Implementierungsvorschlag für ein medizinisch-soziales Netzwerk, das neben der Steigerung der Lebensqualität der Patienten insbesondere die Effizienz des Versorgungssystems verbessern soll. Aus den Erkenntnissen werden allgemeine Erfolgsfaktoren für die Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke abgeleitet.

Martin Wistuba wurde 1983 in Düsseldorf geboren und begann 2003 sein Studium an der Universität Münster, welches er 2008 als Diplom-Kaufmann beendete. Im selben Jahr nahm der Autor seine Tätigkeit am Marketing Centrum Münster auf und beschäftigte sich dort schwerpunktmäßig mit Fragen des Kooperations- und Netzwerkmanagements. 2010 erfolgte die Promotion an der Universität Münster.

Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke

SCHRIFTEN ZU MARKETING UND MANAGEMENT

Herausgegeben von Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert

Band 52



PETER LANG

Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien

Martin Wistuba

Gestaltung
medizinisch-sozialer
Netzwerke

Ein Beitrag zur
Versorgungsforschung
am Beispiel der Altersabhängigen
Makuladegeneration (AMD)



PETER LANG

Internationaler Verlag der Wissenschaften

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.

Zugl.: Münster (Westfalen), Univ., Diss., 2010

Open Access: The online version of this publication is published on www.peterlang.com and www.econstor.eu under the international Creative Commons License CC-BY 4.0. Learn more on how you can use and share this work: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



This book is available Open Access thanks to the kind support of ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.

Gedruckt auf alterungsbeständigem,
säurefreiem Papier.

D 6

ISSN 0176-2729

ISBN 978-3-631-60681-0

ISBN 978-3-631-75018-6 (eBook)

© Peter Lang GmbH

Internationaler Verlag der Wissenschaften

Frankfurt am Main 2011

Alle Rechte vorbehalten.

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

www.peterlang.de

Martin Wistuba - 978-3-631-75018-6

Downloaded from PubFactory at 01/11/2019 09:13:32AM

via free access

Meinen Eltern

Vorwort des Herausgebers

Kooperationen und Netzwerken wird in der betriebswirtschaftlichen Forschung und Praxis ein zunehmendes Interesse zuteil. Im Mittelpunkt der Analyse steht dabei die Frage, wie arbeitsteilige Aktivitäten und Prozesse in organisationsübergreifenden Netzwerken effektiv gestaltet werden können. In der vorliegenden Arbeit wird diese Problemstellung im Gesundheitsbereich untersucht. Die Netzwerkbildung soll hier zum einen zur Überwindung sektoraler Spezialisierung und Trennungen beitragen, die aus historischen, strukturellen und rechtlichen Gründen entstanden sind. Zum anderen stellen Netzwerke eine Versorgungsform dar, die geeignet erscheint, um der zunehmenden Ökonomisierung, den gestiegenen Ansprüchen der Patienten sowie dem verstärkten Wettbewerb Rechnung zu tragen.

Der Fokus der vorliegenden Forschungsarbeit liegt auf der Betrachtung sektorübergreifender Kooperationsbeziehungen, insbesondere zwischen medizinischen und sozialen Leistungsanbietern. Diese Form von Kooperationsbeziehungen hat in der Wissenschaft bislang wenig Beachtung gefunden. Der Autor untersucht die Versorgungs- und Vernetzungssituationen am Beispiel der altersabhängigen Makuladegeneration (AMD). Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen sowie der Bedeutung und Notwendigkeit einer ganzheitlichen medizinischen und sozialen Versorgung erweist sich diese verbreitete chronische Augenerkrankung für die Analyse als besonders geeignet. In der Arbeit werden deskriptive und praktisch-normative Zielsetzungen verfolgt. Mithilfe einer systemtheoretischen Betrachtung werden die zentralen Akteure des Versorgungssystems analysiert und in ihren Verhaltensbeziehungen strukturiert. Auf der Grundlage empirischer Untersuchungen gelingt es, Versorgungs- und Vernetzungslücken aufzudecken und Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungslage abzuleiten. Die Befragung der zentralen Akteure erweist sich angesichts der Wissensdefizite des Forschungsfeldes als sinnvoll. Die Ergebnisse stellen die Grundlage für die Entwicklung eines Netzwerkkonzepts dar, das aus normativer, strategischer und operativer Sichtweise überzeugend spezifiziert und durch einen Implementierungsvorschlag konkretisiert wird.

Die Forschungsarbeit ist im größeren Zusammenhang mit der interdisziplinär arbeitenden Forschergruppe Münster entstanden. Deren Ziel ist es, die Versorgungssituation im Bereich der AMD in Deutschland zu verbessern. Insofern stellt die Dissertation nicht nur einen wertvollen Beitrag für weiterführende Arbeiten bei der Analyse der Lebensqualität von Patienten und dem Qualitätsmanagement von Netzwerken dar. Vielmehr ist sie auch richtungweisend für die Gestaltung eines

entsprechenden Pilotmodells in Nordrhein-Westfalen. Darüber hinaus vermittelt sie wertvolle Erkenntnisse für die Implementierung von Netzwerken bei chronischen Erkrankungen.

Die Arbeiten der Forschergruppe werden durch Drittmittelgeber, insbesondere Stiftungen unterstützt. Die Durchführung der vorliegenden Arbeit wäre ohne die umfassende Projektförderung der Jürgen Manchot Stiftung und die kooperative Zusammenarbeit mit Verbänden und Selbsthilfegruppe nicht möglich gewesen.

Münster, im Dezember 2010

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H. Meffert

Vorwort des Verfassers

Angesichts des demographischen Wandels und des damit einhergehenden Kostendrucks im Gesundheitswesen steigt der Bedarf, innovative Versorgungsformen zu entwickeln, die diesen Anforderungen gerecht werden. Eine besondere Bedeutung kommt dabei Netzwerken zu, die sektorübergreifend die Versorgung der Patienten sicherstellen. Während es in der Praxis zahlreiche Kooperationen und Netzwerke gibt, die schwerpunktmäßig innerhalb des medizinischen Sektors gebildet werden, sind Kooperationen zwischen medizinischen und sozialen Versorgern bislang eher eine Seltenheit. Hinzu kommt, dass sektorübergreifende Kooperationen in der Forschung bislang wenig untersucht wurden.

Auf Basis dieses Forschungsdefizits ist es Zielsetzung dieser Arbeit, einen Beitrag zur Versorgungsforschung im Allgemeinen und einen Beitrag zur Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke im Speziellen zu leisten. Zur Erreichung dieser Zielsetzung erfolgt am Beispiel der altersabhängigen Makuladegeneration eine Untersuchung der Kooperationsbeziehungen zwischen medizinischen und sozialen Leistungserbringern. Neben der Intensität und der Beurteilung der Kooperation wird vor allem analysiert, inwieweit die gegenwärtige Versorgungsstruktur zur Erreichung der Ziele des Versorgungssystems beiträgt. Um die Versorgungslage flächendeckend evaluieren zu können, werden neben zahlreichen qualitativen Expertengesprächen quantitative empirische Befragungen von Augenärzten und Vertretern sozialer Organisationen durchgeführt. Durch die unterschiedlichen Sichtweisen des medizinischen und des sozialen Sektors können nicht nur übereinstimmende Versorgungslücken, sondern auch und insbesondere Wahrnehmungsdifferenzen zwischen den Sektoren aufgedeckt werden.

Anknüpfend an die identifizierten Versorgungslücken werden Optionen für die Verbesserung der Versorgungslage geprüft und ein medizinisch-soziales Netzwerk konzipiert. Weiterhin wird für das Netzwerk ein Implementierungsvorschlag erarbeitet. Mithilfe des Social Return on Investment wird schließlich geprüft, inwieweit die Gründung eines medizinisch-soziales Netzwerks investitionstheoretisch betrachtet sinnvoll ist. Zur Erreichung des Ziels, einen Beitrag zur Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke zu leisten, werden aus den Erkenntnissen der Arbeit Erfolgsfaktoren generiert, die es in weiterführenden Forschungsarbeiten zu prüfen gilt.

Die vorliegende Arbeit wurde im November 2010 von der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster als Dissertation angenommen. Das Entstehen dieser Arbeit war dabei nur mit der Unterstützung zahlreicher Personen und Institutionen möglich. Mein besonderer Dank gilt

zunächst meinem akademischen Lehrer und Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert, der durch meine Einbindung in ein Forschungsprojekt die Themenstellung bereits frühzeitig anregte und laufend unterstützte. Zudem förderte er meine fachliche und persönliche Entwicklung in vielfältiger Weise. Herrn Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff danke ich an dieser Stelle ausdrücklich für die Übernahme des Zweitgutachtens. Darüber hinaus möchte ich Prof. Dr. Daniel Pauleikhoff danken, der mich bei der Vermittlung notwendiger medizinischer Kenntnisse stets unterstützte.

Der Jürgen Manchot Stiftung danke ich für das Stipendium, das sie mir für die Zeit meiner Promotion zur Verfügung gestellt hat. Die empirischen Befragungen wurden ebenfalls durch die Unterstützung der Jürgen Manchot Stiftung ermöglicht.

Für die Durchführung der quantitativen Befragungen danke ich insbesondere Herrn Prof. Dr. Bernd Bertram, der als Vorsitzender des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands e. V. den Versand von Fragebögen an alle in NRW tätigen Augenärzte ermöglicht hat. Herr Werner Lechtenfeld, Frau Gisela Gönster und Frau Sabine Mieth waren mir darüber hinaus bei der Vermittlung von Kontakten zur Befragung von Vertretern sozialer Organisationen behilflich.

Weiterhin möchte ich meinen Kollegen aus dem Team Meffert danken, die mich während der Erstellung der Arbeit tatkräftig unterstützt, motiviert und von anderweitigen Verpflichtungen entlastet haben. Neben Frau Hanna Lena Deitmar M. A. und Herrn Dipl.-Kfm. Christian Rauch möchte ich Frau Dipl.-Kffr. Friederike Rohn besonders hervorheben, die jederzeit für eine fachliche Diskussion zur Verfügung stand und mein Manuskript mehrfach akribisch durchsah. Unabhängig von der fachlichen Unterstützung durch meine Kollegen hat die angenehme Teamkultur dazu beigetragen, dass ich gerne an die Zeit am Institut zurückdenken werde. Außerhalb des Team Meffert danke ich vor allem Herrn Dipl.-Kfm. Tim Hoffmann, der mir trotz eigener zeitlicher Restriktionen stets behilflich war und an kritischen Stellen der Arbeit wertvolle Hinweise eingebracht hat. Für die Unterstützung bei der finalen Durchsicht der Arbeit danke ich meinen Freunden Herrn Thomas Vehren und Herrn Linus Schocke M. A.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner lieben Freundin und zukünftigen Frau Sonja. Sie hat mich stets unterstützt, an mich geglaubt und für den nötigen Ausgleich abseits der Dissertation gesorgt. Die wenige gemeinsame Zeit hat mir Kraft gegeben, um die Anstrengung einer Doktorarbeit bewältigen zu können. Mit ihrer Unterstützung hat sie wesentlich zum Gelingen der Arbeit beigetragen.

Schließlich möchte ich meiner Familie, insbesondere meinen Eltern, danken. Sie haben nicht nur meine Promotion bereits frühzeitig in vielfältiger Weise unterstützt, sondern boten auch während der Erstellung der Arbeit den notwendigen Rückhalt. Als Dank für ihre umfangreiche Unterstützung widme ich ihnen diese Arbeit.

Münster, im Dezember 2010

Martin Wistuba

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	XVII
Tabellenverzeichnis	XIX
Abkürzungsverzeichnis	XXI
A. Medizinisch-soziale Netzwerke als Herausforderung für die Versorgungsforschung	1
1. Bedeutung und Gegenstand der Versorgungsforschung	1
2. Relevanz medizinisch-sozialer Netzwerke in der Versorgungsforschung	6
3. Stand der Versorgungsforschung im Bereich der Altersabhängigen Makuladegeneration	8
4. Zielsetzung und Gang der Untersuchung	13
B. Systemanalyse der AMD-Versorgung in NRW	21
1. Ziele des AMD-Versorgungssystems	21
2. Datenerhebung und Datenbasis zur Analyse der AMD-Versorgung in NRW	26
3. Analyse der Systemelemente	30
3.1 Primäre Systemelemente	30
3.1.1 Patienten	30
3.1.2 Medizinische Versorger	31
3.1.3 Nicht-medizinische Versorger	33
3.2 Sekundäre Systemelemente	41
3.3 Tertiäre Systemelemente	42

4.	Analyse der Systemstruktur und des Systemverhaltens	43
4.1	Analyse von Rollenbeziehungen	43
4.1.1	Sektorinterne Rollenbeziehungen.....	44
4.1.2	Sektorübergreifende Rollenbeziehungen.....	45
4.2	Analyse von Konkurrenzbeziehungen	48
4.2.1	Sektorinterne Konkurrenzbeziehungen.....	48
4.2.2	Sektorübergreifende Konkurrenzbeziehungen	49
4.3	Analyse von Kooperationsbeziehungen	50
4.3.1	Sektorinterne Kooperationsbeziehungen.....	50
4.3.2	Sektorübergreifende Kooperationsbeziehungen.....	52
4.4	Analyse von Machtbeziehungen.....	54
4.4.1	Sektorinterne Machtbeziehungen	54
4.4.2	Sektorübergreifende Machtbeziehungen	55
4.5	Analyse von Kommunikationsbeziehungen	56
4.5.1	Sektorinterne Kommunikationsbeziehungen	56
4.5.2	Sektorübergreifende Kommunikationsbeziehungen	57
4.6	Entwicklung eines Systemmodells.....	59
5.	Analyse der Systemergebnisse	59
5.1	Zusammenarbeit der Akteure	59
5.2	Erreichung der Systemziele.....	68
5.3	Identifikation und Erklärung von Versorgungslücken.....	76
C.	Systemgestaltung zur Verbesserung der AMD-Versorgung in NRW..	79
1.	Alternativen zur Verbesserung der AMD-Versorgung	79

1.1	Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen durch horizontale Kooperation.....	79
1.2	Optimierung von Schnittstellen durch vertikale Kooperation	84
1.3	Multiplikation bestehender Beratungsangebote durch Social Franchising	86
1.4	Kombination horizontaler und vertikaler Kooperation durch ein übergeordnetes organisationales Netzwerk.....	87
1.5	Vergleichende Bewertung	93
2.	Konzeption eines medizinisch-sozialen AMD-Netzwerks	96
2.1	Normative Konzeption	97
2.1.1	Netzwerkvision, -mission und -leitbild	98
2.1.2	Netzwerkkultur	104
2.1.3	Netzwerkverfassung	109
2.2	Strategische Konzeption.....	114
2.2.1	Netzwerkziele	116
2.2.2	Positionierung des Netzwerks	117
2.2.3	Netzwerkpartner	120
2.2.4	Markenstrategie des Netzwerks	125
2.2.5	Nutzen- und Leistungsprofil	130
2.2.6	Kommunikationsstrategie	132
2.2.7	Finanzierungsstrategie	134
2.3	Operative Konzeption	137
2.3.1	Operative Zielsetzungen des Netzwerks	137
2.3.2	Leistungsprofil	140
2.3.3	Kommunikationsprofil	144

2.3.4	Finanzbedarf.....	146
3.	Implementierung eines medizinisch-sozialen AMD-Netzwerks	147
3.1	Kooperationsvertrag	148
3.2	Organisationsstrukturen	150
3.3	Steuerungsmechanismen.....	154
3.4	Informations- und Kommunikationsbeziehungen.....	157
4.	Controlling eines medizinisch-sozialen AMD-Netzwerks.....	162
4.1	Social Return on Investment als Instrument zur Messung des Netzwerkerfolgs	162
4.2	Simulation eines Modells zur Ermittlung des Social Return on Investment.....	166
5.	Weiterentwicklung eines medizinisch-sozialen AMD-Netzwerks	178
D.	Schlussbetrachtung.....	184
Anhang.....	187
	Anhang I (ergänzende Abbildungen und Tabellen).....	189
	Anhang II (Fragebögen der quantitativen Befragungen)	199
	Anhang III (Fragebogen der qualitativen Expertenbefragung).....	226
Literaturverzeichnis	228

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Stellung der Versorgungsforschung innerhalb der Gesundheitsforschung	3
Abb. 2:	Basisvariablen für die Analyse von Systemstruktur und Systemverhalten.....	14
Abb. 3:	Vorgehensweise der Untersuchung	18
Abb. 4:	Sektorzugehörigkeit der Expertengesprächspartner	27
Abb. 5:	Selbstbild-Fremdbild-Perspektiven zur Einschätzung der Versorgungslage in NRW	28
Abb. 6:	Stichproben der quantitativen Befragungen	29
Abb. 7:	Intensität der sektorinternen Zusammenarbeit	51
Abb. 8:	Intensität der sektorübergreifenden Zusammenarbeit.....	53
Abb. 9:	Systemmodell.....	59
Abb. 10:	Intensität und Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren aus der Sicht niedergelassener Augenärzte	60
Abb. 11:	Intensität und Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren aus der Sicht von Klinikärzten.....	61
Abb. 12:	Intensität und Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren aus der Sicht von Vertretern sozialer Organisationen.....	62
Abb. 13:	Profiteure einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen Augenärzten und sozialen Organisationen.....	63
Abb. 14:	Hinderungsgründe für eine intensivere Zusammenarbeit aus Sicht der Augenärzte.....	64
Abb. 15:	Globalbeurteilung sozialer Organisationen durch Augenärzte	65
Abb. 16:	Mittelwertprofil ausgewählter differenzierter Teileinstellungen zu sozialen Organisationen.....	66
Abb. 17:	Bedeutung einzelner Dimensionen für die Gesamtbeurteilung sozialer Organisationen.....	68

Abb. 18: Wichtigkeit und Zielerreichung zentraler Versorgungsfunktionen aus der Sicht der Augenärzte	69
Abb. 19: Wichtigkeit und Zielerreichung zentraler Versorgungsfunktionen aus der Sicht von Vertretern sozialer Organisationen	70
Abb. 20: Erreichung von Systemzielen	75
Abb. 21: Typologisierung interorganisationaler Netzwerke	88
Abb. 22: Eignung der Kooperationsalternativen zur Schließung zentraler Versorgungslücken	92
Abb. 23: Hürden zwischen der Bekanntheit des Netzwerks und der dauerhaften Nutzung sozialer Angebote	136
Abb. 24: Leistungs-, Informations- und Weisungsbeziehungen zwischen den Organen des AMD-Netzwerks	149
Abb. 25: Mehr-Ebenen-Referenzmodell des Informationsmanagements	154

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Zielsetzungen des AMD-Versorgungssystems.....	25
Tab. 2:	Verteilung der AMD-Patienten innerhalb von NRW.....	31
Tab. 3:	Verteilung der Augenärzte innerhalb von NRW.....	32
Tab. 4:	Verteilung kommerzieller primärer Leistungserbringer innerhalb von NRW.....	36
Tab. 5:	Verteilung nicht-kommerzieller primärer Leistungserbringer innerhalb von NRW.....	40
Tab. 6:	Selbst- und Fremdeinschätzung des Bekanntheitsgrads sozialer Organisationen.....	46
Tab. 7:	Selbst- und Fremdeinschätzung des Empfehlungsverhaltens von Augenärzten.....	47
Tab. 8:	Selbst- und Fremdeinschätzung des Kommunikationsverhaltens der Augenärzte gegenüber AMD-Patienten.....	57
Tab. 9:	Vor- und Nachteile unterschiedlicher Kooperationsformen im Hinblick auf die Verbesserung der AMD-Versorgung in NRW.....	91
Tab. 10:	Vergleich gemeinnütziger Rechtsformen.....	109
Tab. 11:	Bedeutung von Kriterien für die Partnerauswahl.....	120
Tab. 12:	Gestaltung von Vertragsinhalten im Rahmen von Kooperationsverträgen.....	146
Tab. 13:	Effekte des Netzwerks und deren Monetarisierbarkeit.....	163
Tab. 14:	Monetäre Wirkung der zeitlichen Entlastung von Augenärzten.....	166
Tab. 15:	Monetäre Wirkung der Entlastung sozialer Organisationen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit.....	167
Tab. 16:	Monetäre Wirkung der Akquise neuer Mitglieder durch soziale Organisationen.....	168
Tab. 17:	Monetäre Wirkung durch die Verringerung von Unterstützung bei Alltagsleistungen.....	170

Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	am angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ac	average case
a. d. O.	an der Oder
AG	Aktiengesellschaft
a. M.	am Main
AMD	Altersabhängige Makuladegeneration, age-related macular degeneration
Aufl.	Auflage
BBE	Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement
bc	best case
Bd.	Band
BFS	Bank für Sozialwirtschaft
BFS	Bund zur Förderung Sehbehinderter
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
bspw.	beispielsweise
BSV	Blinden- und Sehbehindertenverband, Blinden- und Sehbehindertenverein
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
DIN	Deutsches Institut für Normung
DoBuS	Dortmunder Zentrum Behinderung und Studium
Dr.	Doktor
ed.	edition
E-Mail	electronic mail
EN	Europäische Norm
engl.	englisch
et al.	et alii, et aliae, et alia
etc.	et cetera

EUR	Euro
e. V.	eingetragener Verein
f.	folgende
ff.	fortfolgende
Fn.	Fußnote
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hrsg.	Herausgeber
IBM	International Business Machines Corporation
i. H. v.	in Höhe von
ISO	International Standard Organization
IT	Informationstechnologie, information technology
IuK	Information(s-) und Kommunikation(s-)
Jg.	Jahrgang
Kap.	Kapitel
LiM	Lehrstuhl für innovatives Markenmanagement
LPF	Lebenspraktische Fähigkeiten
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
NEF	New Economics Foundation
No.	Number
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
O & M	Orientierung und Mobilität
p.	page
p. a.	per anno
PN	Projektnetzwerk

pp.	pages
QALY	Quality Adjusted Life Years
RFID	radio-frequency identification
RN	Regionales Netzwerk
ROI	Return on Investment
S.	Seite, Seiten
SGB	Sozialgesetzbuch
SN	Strategisches Netzwerk
SROI	Social Return on Investment
St.	Sankt
Tab.	Tabelle
TEUR	tausend Euro
TU	Technische Universität
u. a.	unter anderem
URL	Uniform Resource Locator
USA	United States of America
VEGF	Vascular Endothelial Growth Factor
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume
vs.	versus
VU	Virtuelle Unternehmung
wc	worst case
WHO	World Health Organization
WSW	Wir sehen weiter
WVAO	Wissenschaftliche Vereinigung für Augenoptik und Optometrie
www	world wide web
z. B.	zum Beispiel
ZVA	Zentralverband der Augenoptiker

A. Medizinisch-soziale Netzwerke als Herausforderung für die Versorgungsforschung

1. Bedeutung und Gegenstand der Versorgungsforschung

Das deutsche Gesundheitssystem ist seit einigen Jahren von einem Wandel geprägt. Ein zentraler Treiber hierfür ist der technische bzw. medizinische Fortschritt, mit dem höhere Entwicklungskosten und höhere Behandlungskosten aufgrund einer verlängerten Lebenserwartung der Bevölkerung einhergehen. Der dadurch entstehende Kostendruck wird verstärkt durch den demographischen Wandel¹, der einen starken (relativen) Zuwachs älterer Bevölkerungsgruppen zur Folge hat. Als Reaktion auf die daraus resultierenden Herausforderungen für die Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung kommt es zunehmend zu einer **Ökonomisierung des Gesundheitssektors**.²

Ein weiterer Trend ist der Versuch, **sektorale Trennungen**³ zwischen ambulanter, stationärer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung, die im deutschen Gesundheitssystem aus historischen, rechtlichen und strukturellen Gründen entstanden sind, zu **überwinden**. Dies wird beispielsweise durch medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 2 SGB V), Disease Management Programme (§ 137 f – g SGB V), Case Management oder die durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 in Kraft getretene Integrierte Versorgung (§ 140 a – d SGB V) angestrebt.⁴

¹ Der demographische Wandel beschreibt die Überschreitung der Sterberate gegenüber der Geburtenrate. Das aus ökonomischer Perspektive zentrale Problem der alternden Gesellschaft ist nicht nur, dass ältere Menschen häufiger krank sind, sondern dass die Wahrscheinlichkeit steigt, dauerbehandlungs- und pflegebedürftig zu werden. Vgl. NIEHAUS, F., *Alter und steigende Lebenserwartung – eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben*, Köln 2006, S. 9 ff.

² Vgl. beispielsweise HERMES, H., *Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Begriff, Bedeutung, Folgen – exemplarisch dargestellt am Beispiel der Wirtschaftlichkeitsproblematik des Krankenhauses als Medizinbetrieb*, Osnabrück 2002; FOLLAND, S., GOODMAN, A. C., STANO, M., *The economics of health and health care*, 6. ed., Boston 2010.

³ Vgl. zur Problematik der sektoralen Trennungen im deutschen Gesundheitswesen KLEMMANN, A., *Management sektorübergreifender Kooperationen – Implikationen und Gestaltungsempfehlungen für erfolgreiche Kooperationen an der Schnittstelle von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation*, Münster 2007, S. 6 ff.

⁴ In der Literatur werden diese vier Versorgungsformen intensiv durchleuchtet. Exemplarisch für die unterschiedlichen Formen der Überwindung sektoraler Grenzen sei auf die Arbeiten von HELLMANN ET AL., AHRENS, WENDT und FRANZ verwiesen. Vgl. HELLMANN, W. ET AL., *Medizinische Versorgungszentren erfolgreich führen und weiterentwickeln – Qualität steigern, Erträge ausbauen, Zukunft sichern*, Berlin 2010; AHRENS, H. J., *Zukunftsmodell DMP – Erfolge und Perspektiven der Programme für chronisch Kranke*, Bonn 2007; WENDT, W. R., *Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen – eine Einführung*, 5. Aufl., Freiburg 2010; FRANZ, S., *Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit in der Integrierten Versorgung im Gesund-*

Überdies ist auf der Seite der Patienten ein stärkeres Anspruchsdenken zu beobachten. Gestiegene Erwartungen in Verbindung mit einer besseren Informiertheit erfordern eine stärkere **Patientenorientierung** seitens der Leistungserbringer.⁵

Nicht zuletzt ist der **zunehmende Wettbewerb** zwischen Leistungserbringern ein zentraler Trend im Gesundheitssektor.⁶ Dieser resultiert aus dem bestehenden Kostendruck, höheren Ansprüchen der Patienten sowie dem 2007 verabschiedeten „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“⁷. Mit der Intensivierung des Wettbewerbs geht für Leistungserbringer die Notwendigkeit einher, sich stärker abzugrenzen bzw. zu profilieren.

Aufgrund der Notwendigkeit, Kosten reduzieren, sektorale Trennungen überwinden, Bedürfnisse der Patienten stärker berücksichtigen und sich gegenüber Wettbewerbern profilieren zu müssen, steigt der Bedarf, **innovative Versorgungsformen**, die diesen Anforderungen gerecht werden, zu entwickeln und zu bewerten. Dies wird jedoch durch mangelnde Daten und mangelndes Wissen über die Versorgungssituation und die dort bestehenden Zusammenhänge erschwert.⁸ Aus diesem Grund gewinnt die Versorgungsforschung in zunehmendem Maße an Bedeutung.

Versorgungsforschung kann definiert werden als ein „fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Inputs, Prozesse und Ergebnisse von Kranken- und Gesundheitsversorgung einschließlich der auf sie einwirkenden Rahmenbedingungen mit quantitativen, qualitativen, deskriptiven, analytischen und evaluativen wissenschaftlichen Methoden beschreibt, Bedingungsbeziehungen soweit möglich kausal erklärt, zur Neuentwicklung [...] oder zur Verbesserung vorhandener Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung dieser Konzepte begleitend oder ex post erforscht und die Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder

heitswesen – eine empirische Analyse, Aachen 2008.

⁵ Vgl. **SCHÜLLER, A. M., DUMONT, M.**, Die erfolgreiche Arztpraxis – Patientenorientierung – Mitarbeiterführung – Marketing, 3. Aufl., Heidelberg 2010.

⁶ Vgl. **VON EIFF, W.**, Führung und Motivation in Krankenhäusern – Perspektiven und Empfehlungen für Personalmanagement und Organisation, Stuttgart 2000, S. 51.

⁷ Für eine Übersicht der Veränderungen in den entsprechenden Gesetzestexten siehe **BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (HRSG.)**, Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Bundesgesetzblatt, 2007, Nr. 11, Teil 1, ausgegeben zu Bonn am 30. März 2007, S. 378 ff.

⁸ Vgl. **PFÄFF, H.**, Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: Pfaff, H. et al. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung, Bern 2003, S. 13.

definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden evaluiert⁹. Sie greift Theorien und Methoden beteiligter Disziplinen auf. Im Kern entstammen diese der Medizin, den Sozialwissenschaften, der Psychologie sowie der Ökonomie.¹⁰

Während die Versorgungsforschung in den angelsächsischen Ländern bereits eine längere Tradition hat¹¹, ist die Forschungslandschaft in Deutschland noch vergleichsweise jung und wenig etabliert.¹² Von unterschiedlicher Seite wird ein Mangel an tragfähigen Forschungsansätzen konstatiert und eine **Intensivierung der Versorgungsforschung gefordert**.¹³

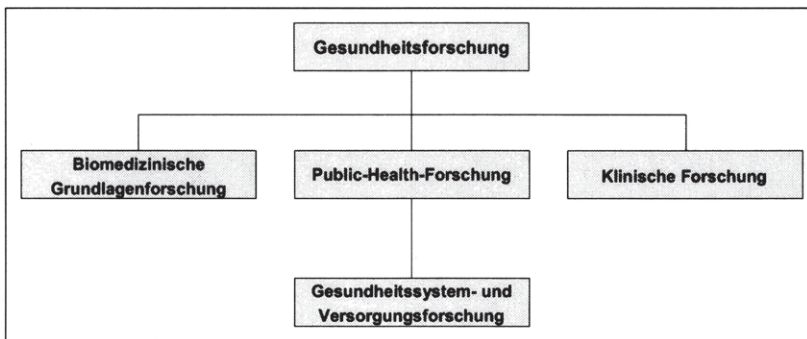


Abb. 1: Stellung der Versorgungsforschung innerhalb der Gesundheitsforschung

Eine einheitliche **Systematisierung** der Versorgungsforschung existiert bislang nicht. SCHWARTZ stellt den Forschungszweig in den größeren Kontext der Gesundheitsforschung. Wie Abbildung 1 zeigt, differenziert er zwischen biomed-

⁹ Vgl. **WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DES ARBEITSKREISES VERSORGUNGSFORSCHUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER** (HRSG.), Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung, 2004, S. 1, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf> [Abruf: 29.08.2009].

¹⁰ Vgl. **PFAFF, H. ET AL.**, Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1), in: Das Gesundheitswesen, 71. Jg., 2009, Nr. 8/9, S. 507.

¹¹ Erstmals wurde der Begriff der Versorgungsforschung (engl. Health Services Research) im Jahr 1966 verwendet. Vgl. hierzu **LOHR, K. N., STEINWACHS, D. M.**, Health services research: An evolving definition of the field, in: Health Services Research, Vol. 37, 2002, No. 1, p. 16.

¹² Vgl. **JANSSEN, C., BORGETTO, B., HELLER, G.**, Versorgungsforschung und Medizinische Soziologie, in: Janssen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.), Medizinsoziologische Versorgungsforschung – Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, München 2007, S. 7.

¹³ Vgl. **SCHERBAUM, W. A., HAUNER, H.**, Versorgungsforschung von Menschen mit Diabetes in Deutschland – wo stehen wir heute?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128. Jg., 2003, Nr. 21, S. 1159.

zinischer Grundlagenforschung, klinischer Forschung und Public-Health-Forschung, wobei Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung Teil der Public-Health-Forschung sind.¹⁴

SCHWARTZ und BUSSE grenzen die Versorgungsforschung von der Gesundheitssystemforschung dahingehend ab, dass erstere auf der Mikroebene und letztere auf der Makroebene angesiedelt ist. Gleichzeitig stellen sie jedoch heraus, dass die Grenzen zwischen Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung in der Praxis fließend sind. Dies gilt insbesondere aufgrund der Notwendigkeit, bei Untersuchungen auf der Mikroebene die Analyse des systemischen Kontextes zu berücksichtigen.¹⁵

Innerhalb der Versorgungsforschung differenzieren PFAFF ET AL. zwischen den drei Teilbereichen epidemiologische Versorgungsforschung, Lebensqualitätsforschung und organisationsbezogene Versorgungsforschung.¹⁶ Während **epidemiologische Versorgungsforschung** die Ursachen und die Verbreitung von Krankheiten in Populationen untersucht, steht bei der Lebensqualitätsforschung die Untersuchung des Einflusses einer Erkrankung auf das Wohlbefinden der Betroffenen im Fokus. Die **organisationsbezogene Versorgungsforschung** beschäftigt sich mit den Strukturen und Prozessen innerhalb und zwischen den an der Versorgungskette beteiligten Gesundheitsorganisationen.

Bei der Durchführung von Studien im Bereich der organisationsbezogenen Versorgungsforschung wird zwischen grundlagen- und anwendungsorientierter Forschung differenziert. Ziel der **grundlagenorientierten Forschung** ist es, die Elemente des Versorgungssystems zu beschreiben, die zwischen den Elementen bestehenden Beziehungen zu untersuchen und darauf aufbauend Erkenntnisse über den Status quo der Versorgung zu erhalten. Demgegenüber ist es Ziel der **anwendungsorientierten Forschung**, Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation abzuleiten, diese umzusetzen und ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

¹⁴ Vgl. SCHWARTZ, F. W., Methoden, Leistungen und Perspektiven der Versorgungsforschung – Public Health vs. Versorgungsforschung, in: Blettner, M. et al. (Hrsg.), Versorgungsforschung als Instrument zur Gesundheitssystementwicklung, Beiträge des Symposiums in der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz, vom 10. bis 11. März 2006, S. 30.

¹⁵ Vgl. SCHWARTZ, F. W., BUSSE, R., Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.), Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. Aufl., München 2003, S. 518 f.

¹⁶ Vgl. PFAFF, H. ET AL., Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1), a. a. O., S. 505 f.

fen.¹⁷ Dadurch soll ein konkreter Beitrag zur Lösung gesundheitlicher Probleme geleistet werden.¹⁸

Die **Ergebnisse der Versorgungsforschung** können die Versorgung direkt oder indirekt verbessern.¹⁹ Im Wesentlichen sind sie geeignet, um

- vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Gesundheitssektor Transparenz über die Kosten und die Qualität des Versorgungssystems zu schaffen,
- Über-, Unter- und Fehlversorgung zu identifizieren,
- bei erkannten Defiziten in der Qualität und/oder Organisation der Versorgung Optimierungsprozesse zu initiieren,
- Anreize für eine Verbesserung der Versorgung zu definieren,
- Bewertungen von Behandlungsabläufen vorzunehmen, die ganzheitliche Optimierungsprozesse einleiten,
- ökonomische Konsequenzen unterschiedlicher Versorgungsstrategien abzubilden,
- durch optimierte Versorgungsstrukturen und Versorgungspfade wesentlich zur Verbesserung von Gesundheitszustand und Lebensqualität der Patienten beizutragen und
- (gesundheits-)politischen Entscheidungsträgern als Entscheidungsgrundlage zu dienen.

¹⁷ Vgl. **PFÄFF, H.**, Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, a. a. O., S. 15.

¹⁸ Vgl. **BORMANN, C.**, Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung, in: Janssen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.), Medizinsoziologische Versorgungsforschung – Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, München 2007, S. 20.

¹⁹ Vgl. im Folgenden **BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG** (HRSG.), Versorgungsforschung – Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkasse (2000 – 2008), Berlin 2008, S. 3; **PFÄFF, H. ET AL.**, Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1), a. a. O., S. 506 f.; **BLETTNER, M. ET AL.**, Versorgungsforschung als Instrument zur Gesundheitssystementwicklung, Beiträge des Symposiums in der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz, vom 10. bis 11. März 2006, S. 12; **BORMANN, C.**, Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung, a. a. O., S. 14.

2. Relevanz medizinisch-sozialer Netzwerke in der Versorgungsforschung

Innerhalb der organisationsbezogenen Versorgungsforschung kommt Kooperationen und Netzwerken bei der Analyse der Strukturen und Prozesse **zwischen Organisationen** eine zentrale Bedeutung zu. Unter einer **Kooperation** kann im Allgemeinen eine „intensive, nicht auf einmalige Transaktionen angelegte, meist vertraglich abgesicherte [Zusammenarbeit] mit anderen rechtlich selbstständig bleibenden Organisationen“²⁰ verstanden werden. Ein **Netzwerk** ist im Verständnis der Kooperationsforschung eine spezifische Form der Kooperation, bei der horizontale und vertikale Kooperationsbeziehungen vorliegen.²¹ In der Gesundheitspraxis ist der Begriff des Netzwerks weit verbreitet, wengleich sich Divergenzen zwischen der Begriffsverwendung in Forschung und Praxis ergeben.

Mit Kooperationen und Netzwerken wird allgemein das Ziel verfolgt, Größen- und Verbundvorteile zu erzielen, um dadurch Synergien nutzen und Effizienzvorteile erreichen zu können. Überdies können Risiken reduziert, neue Märkte oder Know-how erschlossen und Wettbewerbsvorteile gegenüber nicht an der Kooperation bzw. dem Netzwerk beteiligten Wettbewerbern generiert werden.²² Kooperationen und Netzwerke eignen sich daher in besonderer Weise, um den veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor gerecht zu werden.

In der Literatur wird zwischen unterschiedlichen **Netzwerktypen** unterschieden. Differenzierungskriterien sind beispielsweise die Sektorzugehörigkeit der Partner, die Profit- bzw. Non-Profit-Orientierung, der Zweck, die räumliche Ausdehnung oder die Steuerungsform des Netzwerks.²³

²⁰ **THEURL, T.**, Die Kooperation von Unternehmen – Facetten der Dynamik, in: Ahlert, D. (Hrsg.), Handbuch Franchising & Cooperation – das Management kooperativer Unternehmensnetzwerke, Neuwied 2001, S. 73.

²¹ Vgl. z. B. **VON EIFF, W.**, Erfolgsfaktoren für Unternehmensverbindungen im Gesundheitswesen, in: von Eiff, W., Klemann, A. (Hrsg.), Unternehmensverbindungen – Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Wegscheid 2005, S. 23. Horizontale Kooperationen liegen vor, wenn die Kooperationspartner auf der gleichen Stufe der Wertschöpfungskette innerhalb der gleichen Branche tätig sind. Bei vertikalen Kooperationen sind die Kooperationspartner auf hintereinander gelagerten Wertschöpfungsstufen in der gleichen Branche tätig. Zu detaillierten Ausführungen zu horizontalen und vertikalen Beziehungen vgl. Kap. C 1.1 bzw. C 1.2.

²² Vgl. **THEURL, T.**, From Corporate to Cooperative Governance, in: Theurl, T. (Hrsg.), Economics of Interfirm Networks, Tübingen 2005, pp. 159 ff.

²³ Einen ausführlichen Überblick über Netzwerktypen gibt SYDOW. Vgl. **SYDOW, J.**, Management von Netzwerkorganisationen – Zum Stand der Forschung, in: Sydow, J. (Hrsg.), Management von Netzwerkorganisationen – Beiträge aus der Managementforschung, 5. Aufl., Wiesbaden 2011, S. 17-39.

Mit Blick auf bestehende Netzwerke im deutschen Gesundheitssektor zeigt sich, dass es allein 21 Kompetenznetzwerke im Bereich Medizin gibt, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert werden.²⁴ Ihnen ist gemein, dass sie schwerpunktmäßig die Verbesserung der medizinischen Forschung anstreben.²⁵ Entsprechend repräsentieren die an dem Netzwerk beteiligten Partner vorwiegend den medizinischen Sektor. Darüber hinaus gibt es Non-Profit-Netzwerke, denen unterschiedliche Selbsthilfevereinigungen einer Region angehören.²⁶ Es wird deutlich, dass bestehende Kooperationen und Netzwerke vorwiegend **intra**sektoral bestehen. **Inter**sektorale Netzwerke, bei denen medizinische und soziale Akteure miteinander kooperieren, um eine ganzheitliche Patientenversorgung sicherzustellen, sind im Gesundheitsbereich bislang eher eine Seltenheit.²⁷ Unabhängig davon ist den Gesundheitsnetzwerken gemein, dass ihre Entstehung in der Regel nicht auf den Ergebnissen von Studien im Bereich der (organisationsbezogenen) Versorgungsforschung beruht.

3. Stand der Versorgungsforschung im Bereich der Altersabhängigen Makuladegeneration

Bei der altersabhängigen Makuladegeneration²⁸ – kurz AMD – handelt es sich um eine Netzhauterkrankung, die in der westlichen Welt die häufigste Ursache von Sehverlust ab einem Alter von 50 Jahren ist.²⁹ HOLZ ET AL. gehen davon aus, dass

2010, S. 380.

- ²⁴ Vgl. **TECHNOLOGIE- UND METHODENPLATTFORM FÜR DIE VERNETZTE MEDIZINISCHE FORSCHUNG E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.kompetenznetze-medizin.de/Home.aspx> [Abruf: 23.03.2010]. Die Kompetenznetzwerke repräsentieren die Bereiche Infektionserkrankungen, chronisch entzündliche Krankheiten, Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, neurologische Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen.
- ²⁵ Vgl. **BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG** (HRSG.), BMBF feiert erfolgreiche zehn Jahre Kompetenznetze in der Medizin, Pressemitteilung vom 11.06.2009, URL: <http://www.bmbf.de/press/2579.php> [Abruf: 23.03.2010].
- ²⁶ Vgl. exemplarisch **NETZWERK SELBSTHILFE OBERHAUSEN** (HRSG.), URL: <http://www.selbsthilfe-ob.de/> [Abruf: 25.03.2010].
- ²⁷ Als Beispiel für ein Netzwerk, das Selbsthilfegruppen einbindet, sei das Diabetes Netzwerk Deutschland genannt. Vgl. **DIABETES NEWS MEDIA AG** (HRSG.), URL: <http://www.diabetes-news.de/> [Abruf: 25.03.2010].
- ²⁸ Die Makula ist die Stelle des schärfsten Sehens, die das gesamte Spektrum des Gesichtsfeldes abdeckt. Degeneriert die Makula, hat dies zur Folge, dass sich im zentralen Gesichtsfeld ein grauer Fleck bildet, der sich je nach Stadium der Erkrankung nach außen ausweitet. Vgl. **WAHL, H.-W.**, Ältere Menschen mit Sehbeeinträchtigung – eine empirische Untersuchung zur Person-Umwelt-Transaktion, Frankfurt a. M. 1997, S. 43.
- ²⁹ Vgl. **BELLMANN, C., HOLZ, F. G.**, Visual Impairment and Functional Deficits in Age-related Macular Degeneration, in: Wahl, H.-W., Schulze, H.-E. (Hrsg.), *On the Special Needs of Blind and Low Vision Seniors – Research and Practice Concepts*, Amsterdam 2001, p. 49; **CONGDON, N. ET AL.**, Causes and Prevalence of Visual Impairment Among Adults in the United States, in:

bei einem ausreichend hohen Lebensalter jeder Mensch an der AMD erkranken würde.³⁰

Es wird zwischen einer feuchten (neovaskulären) und einer trockenen (nicht-exsudativen) Form der AMD unterschieden.³¹ Die feuchte Form ist mit ca. 15 % aller AMD-Fälle weniger verbreitet als die trockene Form, aber für 80 – 90 % der hochgradigen Sehbehinderungen verantwortlich.³² Auch der Krankheitsverlauf unterscheidet sich: Während bei der trockenen Form die Sehstärke in einem schleichenden Prozess nachlässt, kann die feuchte Form bereits innerhalb weniger Tage zu einem schwerwiegenden Verlust der Sehschärfe führen. Zu einer Erblindung im Sinne eines vollständigen Verlusts der Sehstärke kommt es bei beiden Formen nicht. Gleichwohl ist eine Erblindung im Sinne der Definition des Gesetzgebers möglich.³³

Die AMD stellt aus gesellschaftlicher, wirtschafts- bzw. gesundheitspolitischer, medizinischer, sozialer sowie ethischer Perspektive eine Herausforderung dar.

Aus **gesellschaftlicher Perspektive** ist die AMD relevant, weil in Deutschland – nach Schätzungen der AMD Alliance International – bereits über 5 % der Bevölkerung (4,5 Millionen) von der Erkrankung betroffen sind.³⁴ Gegenwärtig ist ca. jede fünfte Person zwischen 65 und 74 Jahren und etwa jede dritte Person über 75

Archives of Ophthalmology, Vol. 122, 2004, No. 4, p. 477; **FINGER, R. P.**, Blindheit in Deutschland – Dimensionen und Perspektiven, in: *Der Ophthalmologe*, 104. Jg., 2007, Nr. 10, S. 839; **FORAN, S., WANG, J. J., MITCHELL, P.**, Causes of Visual Impairment in two Older Population Cross-Sections – the Blue mountain Eye Study, in: *Ophthalmologic Epidemiology*, Vol. 10, 2003, No. 4, p. 216.

³⁰ Vgl. **HOLZ, F. G. ET AL.**, Altersabhängige Makuladegeneration, 2. Aufl., Berlin 2004, S. 34.

³¹ Während bei der trockenen AMD die Funktionstüchtigkeit des unter der Netzhaut liegenden Gewebes eingeschränkt ist, entstehen bei der feuchten Form zusätzliche Gefäße unter der Netzhaut, die instabil und undicht sind. Vgl. **LAMMERSDORF, K., HOLZ, F. G., FINGER, R.**, Sehbehinderungen und Blindheit im Alter, in: *Heilberufe*, 62. Jg., 2010, Nr. 5, S. 11.

³² Vgl. **ETER, N. ET AL.**, Choroidale Neovaskularisation bei altersabhängiger Makuladegeneration, *Bremen 2007*, S. 26 ff.; **AMBATI, J. ET AL.**, Age-related macular degeneration – etiology, pathogenesis and therapeutic strategies, in: *Survey of Ophthalmology*, Vol. 48, 2003, No. 3, pp. 258 ff.

³³ Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung differenziert in Anlehnung an die Bestimmungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft zwischen den Begriffen blind (verbleibende Sehstärke auf dem besseren Auge < 2 %), hochgradig sehbehindert (verbleibende Sehstärke auf dem besseren Auge < 5 %) und sehbehindert (verbleibende Sehstärke auf dem besseren Auge < 30 %). Vgl. **BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG** (HRSG.), Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz, Bonn 1983. Zur gesetzlichen Definition des Begriffs Blindheit siehe § 72 Abs. 5 SGB XII.

³⁴ Vgl. **HOLZ, F. G. ET AL.**, Moderne Arzneimitteltherapie der altersabhängigen Makuladegeneration, in: *Der Internist*, 47. Jg., 2006, Nr. 2, S. 192.

Jahre an der AMD erkrankt.³⁵ Angesichts des demographischen Wandels und der damit einhergehenden Prognose, dass im Jahr 2060 jeder dritte Deutsche über 65 Jahre alt sein und sich die Zahl der über 80-Jährigen mehr als verdoppeln wird³⁶, ist die Zunahme der AMD – unter der Annahme gleich bleibender Therapiemöglichkeiten – zwangsläufig. Eine entsprechende Morbiditätsprognose bestätigt ein Wachstum der Erkrankung um 169 % bis zum Jahr 2050. Damit wird für die AMD eine höhere Wachstumsrate als beispielsweise für Demenz, Schlaganfall oder Krebs prognostiziert.³⁷ Im Vergleich zu anderen Augenerkrankungen macht die AMD 34 % der Neuerblindungen (im Sinne des Gesetzgebers) aus. Gefolgt wird sie von der diabetischen Retinopathie (14 %) und dem Glaukom (11 %).³⁸

Mit der Erhöhung der Zahl an AMD-Patienten gehen **wirtschafts- und gesundheitspolitische** Probleme einher. Eine Studie von PAULEIKHOFF ET AL. zeigt, dass die jährlichen, gesundheitsbezogenen Kosten von Patienten mit feuchter AMD durchschnittlich 9.871 EUR betragen und somit mehr als sechsmal so hoch sind wie die jährlichen, gesundheitsbezogenen Kosten von Menschen gleichen Alters ohne AMD (1.559 EUR). Von den für AMD-Patienten entstehenden Kosten entfallen 51 % auf direkte nicht-medizinische Kosten, die sich vor allem aus Hilfen bei Alltagsaktivitäten und sozialen Leistungen zusammensetzen. 34 % der AMD-spezifischen Kosten entfallen auf die das Sehvermögen betreffenden, direkten medizinischen Kosten für Behandlungen und diagnostische Maßnahmen. Die verbleibenden 15 % werden durch nicht das Sehvermögen betreffende, direkte medizinische (Folge-)Kosten – wie beispielsweise für Verletzungen durch Stürze, die Behandlung von Depressionen oder sonstige ärztliche Behandlungen – verursacht.³⁹ Wenngleich bislang keine Studien existieren, in denen die durch trockene AMD verursachten Kosten untersucht werden, deuten Plausibilitätsüberlegungen darauf hin, dass auch sie die Kosten der nicht-sehbehinderten Vergleichsgruppe deutlich übersteigen. Für das deutsche Gesundheitssystem ergeben sich jährliche,

³⁵ Vgl. FINE, S. L. ET AL., Age-related Macular Degeneration, in: New England Journal of Medicine, Vol. 342, 2000, No. 7, pp. 483 ff.

³⁶ Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.), Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2009.

³⁷ Vgl. MIHM, A., Morbiditätsprognose 2050 – Deutschland 2050 – alt, krank, teuer, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Ausgabe vom 26.08.2009, URL: <http://www.faz.net/s/Rub0E9EEF84AC1E4A389A8DC6C23161FE44/Doc~E4ED8D09897664246B0A5E2A06830501E~ATpl~Ecommon~Scontent.html> [Abruf: 30.08.2009].

³⁸ Vgl. KNAUER, C., PFEIFFER, N., Erblindung in Deutschland – heute und 2030, in: Der Ophthalmologe, 103. Jg., 2006, Nr. 9, S. 739.

³⁹ Vgl. PAULEIKHOFF, D. ET AL., Neovaskuläre altersabhängige Makuladegeneration in Deutschland – Beeinträchtigung der Lebensqualität und ihre finanziellen Auswirkungen, in: Der Ophthalmologe, 106. Jg., 2009, Nr. 3, S. 250.

AMD-bedingte Ausgaben i. H. v. ca. 18 Mrd. EUR.⁴⁰ Angesichts der skizzierten demographischen Entwicklung werden die Kosten für das Gesundheitssystem weiter steigen. SCHRADER spricht in diesem Zusammenhang von einer „sozioökonomische[n] Zeitbombe“⁴¹.

Aus **medizinischer Perspektive** stellt der aktuelle Forschungsstand im Bereich der AMD eine Herausforderung dar. Weiterer Forschungsbedarf besteht insbesondere bei der trockenen AMD, für die es bislang keine wissenschaftlich gesicherten Behandlungsmöglichkeiten gibt. Darüber hinaus sind die Identifikation von Risikofaktoren und die Krankheitserkennung weiter zu verbessern.

Für einen Großteil der Patienten – insbesondere für nicht therapierbare Betroffene – ergeben sich **soziale Probleme**. Da im Vergleich zu anderen Sinnen ca. 90 % der Informationen über die visuelle Wahrnehmung aufgenommen werden⁴², hat eine Sehbehinderung häufig die Abhängigkeit von anderen Personen und damit den Verlust von Autonomie zur Folge.⁴³ WAHL, HEYL UND LANGER zeigen in einer Studie zur Lebensqualität von AMD-Patienten, dass die Erkrankung die Dimensionen psychologisches Wohlbefinden und Verhaltenskompetenz in der Regel negativ beeinflusst. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein AMD-Patient nicht über ein Netzwerk in seiner Familie oder seinem sozialen Umfeld verfügt, das ihn bei dem Umgang mit seiner Erkrankung unterstützt.⁴⁴ Einschränkungen des Sehvermögens haben zudem negative Auswirkungen auf die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens nachzukommen.⁴⁵ Die negativen Effekte auf die Lebensqualität be-

⁴⁰ Der Berechnung liegt die (vorsichtige) Annahme zugrunde, dass ein Patient mit trockener AMD im Durchschnitt 3.000 EUR p. a. verursacht. Das Ergebnis von ca. 18 Mrd. EUR ergibt sich als Summe aus den Kosten für Patienten mit feuchter AMD (15 % der 4,5 Mio. in Deutschland an AMD erkrankten Patienten multipliziert mit den jährlichen Durchschnittskosten i. H. v. 9.871 EUR) und den Kosten für Patienten mit trockener AMD (85 % der 4,5 Mio. in Deutschland an AMD erkrankten Patienten multipliziert mit den (angenommenen) jährlichen Durchschnittskosten i. H. v. 3.000 EUR).

⁴¹ SCHRADER, W. F., Altersbedingte Makuladegeneration – Sozioökonomische Zeitbombe in der alternden Gesellschaft, in: *Der Ophthalmologe*, 103. Jg., 2006, Nr. 9, S. 742.

⁴² Vgl. PAPE, B., Zum Problem der Hierarchie der Sinne – Historische und neuzeitliche Sinnesdefinitionen, -hierarchien und Versuch einer eigenen Hierarchisierung, München 2006, S. 5 ff.

⁴³ Vgl. WILLIAMS, R. A. ET AL., The psychosocial impact of macular degeneration, in: *Archives of Ophthalmology*, Vol. 116, 1998, No. 4, p. 516.

⁴⁴ Vgl. WAHL, H.-W., HEYL, V., LANGER, N., Lebensqualität bei Seheinschränkungen im Alter – Das Beispiel Altersabhängige Makuladegeneration, in: *Der Ophthalmologe*, 105. Jg., 2008, Nr. 8, S. 739. Auch MITCHELL und BRADLEY weisen den negativen Effekt der AMD auf die Lebensqualität nach. Vgl. MITCHELL, J., BRADLEY, C., Quality of life in age-related macular degeneration – a review of the literature, in: *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 4, 2006, No. 97, p. 7.

⁴⁵ Vgl. HART, P. M. ET AL., A vision specific functional index for use in patients with age-related macular degeneration, in: *British Journal of Ophthalmology*, Vol. 83, 1999, No. 10, p. 1117 f.

dingen, dass die Wahrscheinlichkeit, an Depressionen zu erkranken, bei älteren Menschen mit Sehbehinderung fünf- bis neunmal so hoch ist wie bei einer nicht-sehbehinderten Vergleichsgruppe.⁴⁶ CHIA ET AL. zeigen, dass der negative Einfluss der AMD auf die Lebensqualität dem eines Schlaganfalls ähnelt.⁴⁷

Eine Besonderheit der AMD-Versorgung ist, dass es keine geregelte Rehabilitation gibt. Aus diesem Grund sowie vor dem Hintergrund des Verlusts von Lebensqualität und der damit einhergehenden Folgekosten für das Gesundheitssystem (z. B. für die Behandlung von Depressionen oder die Betreuung im Alltag) bedarf es einer sozialen Betreuung der nicht therapierbaren bzw. austherapierten Patienten.

Nicht zuletzt werden Diskussionen über die **ethische Dimension** der AMD geführt. Bestandteil dieser Diskussionen ist beispielsweise die Frage, ob es eine Altersgrenze für die kostenintensive Behandlung bei der feuchten AMD geben sollte.

Im Bereich der **AMD-Forschung**⁴⁸ kommt der klinischen Forschung die größte Bedeutung zu. Forschungsinhalte sind beispielsweise die Wirkung von Arzneimitteln oder die Erforschung von Therapiemöglichkeiten.⁴⁹ Darüber hinaus gewinnt die biomedizinische Forschung an Relevanz, die beispielsweise Ursachen der AMD, wie genetische Vorbedingungen, erforscht.⁵⁰ Im Vergleich zur klassischen medizinischen Forschung ist die **Versorgungsforschung im Bereich der AMD unterrepräsentiert**. Innerhalb dieses Forschungszweigs gibt es vorwiegend Publikationen zur Lebensqualitätsforschung⁵¹ und zur epidemiologischen Versor-

⁴⁶ Vgl. HIMMELSBACH, I., Altern zwischen Kompetenz und Defizit – der Umgang mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit, Wiesbaden 2009, S. 66.

⁴⁷ Vgl. CHIA, E. M. ET AL., Impact of bilateral visual impairment on health-related quality of life – the Blue Mountains Eye Study, in: Investigative Ophthalmology & Visual Science, Vol. 45, 2004, No. 1, pp. 71 ff.

⁴⁸ Eine Recherche in der – im Bereich der Medizin einschlägigen – Literaturlatenbank PubMed ergibt für den Suchbegriff *age-related macular degeneration* über 14.000 Publikationen.

⁴⁹ Vgl. hierzu z. B. SCHMUCKER, C. ET AL., Intravitreal bevacizumab (Avastin) vs. ranibizumab (Lucentis) for the treatment of age-related macular degeneration – a systematic review, in: Current Opinion in Ophthalmology, Vol. 21, 2010, No. 3, pp. 218 ff.; ÖZKIRIS, A., Anti-VEGF agents for age-related macular degeneration, in: Expert Opinion on Therapeutic Patents, Vol. 20, 2010, No. 1, pp. 103 ff.

⁵⁰ Vgl. z. B. AYALA-HAEDO, J. A. ET AL., Analysis of Single Nucleotide Polymorphism in the NOS2A Gene and Interaction with Smoking with Age-related Macular Degeneration, in: Annals of Human Genetics, Vol. 74, 2010, No. 3, pp. 195 ff.

⁵¹ Die Lebensqualitätsforschung im Bereich der AMD wird mit zwei Stoßrichtungen betrieben. Zum einen wird untersucht, ob die AMD-Erkrankung die Lebensqualität der Betroffenen beeinflusst und mit welcher Intensität welche Faktoren auf die Lebensqualität wirken. Zum anderen wird erforscht, mit welchen Messmethodiken die Lebensqualität valide ermittelt werden kann.

gungsforschung⁵². Im Bereich der **organisationsbezogenen Versorgungsforschung** besteht hingegen ein **Forschungsdefizit**. Dieses betrifft vor allem Studien, die Strukturen und Prozesse in der AMD-Versorgung – organisations- und sektorübergreifend – untersuchen.

Gleichwohl lassen sich in der Praxis einige Kooperationen und Netzwerke identifizieren. Als sektorinterne Beispiele für den medizinischen Sektor können die American Macular Degeneration Foundation⁵³, die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft⁵⁴, die Retinologische Gesellschaft⁵⁵ und OcuNet⁵⁶ angeführt werden. Während die American Macular Degeneration Foundation in den USA tätig ist und sich schwerpunktmäßig der medizinischen Forschung zuwendet, sind die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft und die Retinologische Gesellschaft ebenfalls mit dem Schwerpunkt medizinischer Forschung in Deutschland tätig. Dabei handelt es sich jeweils um Fachgesellschaften, die nicht AMD-spezifisch tätig sind, sondern Augenerkrankungen im Allgemeinen erforschen. Bei OcuNet besteht eine Kooperation zwischen chirurgisch tätigen Augenärzten. Im Fokus steht dabei die Sicherstellung bzw. Verbesserung der Qualität der Versorgung.

Als Beispiele für sektorübergreifende Kooperationen und Netzwerke können die AMD Alliance International⁵⁷, die Macular Disease Society⁵⁸ und die Low Vision

⁵² Im Bereich epidemiologischer Forschung steht die Untersuchung der Prävalenz in unterschiedlichen Stadien im Fokus. Die Ergebnisse bestehender Studien weichen jedoch bislang mitunter deutlich voneinander ab: Während die Rotterdam Study bei n = 6.411 eine Prävalenz von 13,5 % in der Altersgruppe 75-84 Jahre ermittelt, kommt die Beaver Dam Study bei n = 4.756 in der gleichen Altersgruppe auf eine Prävalenz von 36,3 %. Vgl. **KLAVER, C. C. ET AL.**, Epidemiologie, in: Holz, F. G. et al. (Hrsg.), Altersabhängige Makuladegeneration, 2. Aufl., Berlin 2004, S. 4 ff. Entsprechend kann bislang nicht mit Sicherheit gesagt werden, welche Altersgruppen mit welchem Anteil an der AMD erkrankt sind, noch ist bekannt, in welchen Stadien der Erkrankung es wie viele Patienten gibt. Neben der Untersuchung der Prävalenz stellt die Erforschung von Risikofaktoren (z. B. okuläre und vaskuläre Risikofaktoren) der Erkrankung einen weiteren Schwerpunkt der epidemiologischen Forschung dar. Vgl. **KLAVER, C. C. ET AL.**, Epidemiologie, a. a. O., S. 9 ff. sowie die dort angegebenen Literaturverweise.

⁵³ Vgl. **AMERICAN MACULAR DEGENERATION FOUNDATION** (HRSG.), URL: <http://www.macular.org/> [Abruf: 26.01.2010].

⁵⁴ Vgl. **DEUTSCHE OPHTHALMOLOGISCHE GESELLSCHAFT** (HRSG.), URL: <http://www.dog.org/> [Abruf: 26.01.2010].

⁵⁵ Vgl. **RETINOLOGISCHE GESELLSCHAFT** (HRSG.), URL: <http://www.retinologie.org/> [Abruf: 26.01.2010].

⁵⁶ Vgl. **OCUNET** (HRSG.), URL: <http://ocunet.de/> [Abruf: 26.01.2010].

⁵⁷ Vgl. **AMD ALLIANCE INTERNATIONAL** (HRSG.), URL: <http://www.amdalliance.org/> [Abruf: 26.01.2010].

⁵⁸ Vgl. **MACULAR DISEASE SOCIETY** (HRSG.), URL: <http://www.maculardisease.org/> [Abruf: 26.01.2010].

Stiftung⁵⁹ genannt werden. Während die AMD Alliance International und die Macular Disease Society nicht in Deutschland tätig sind, handelt es sich bei der Low Vision Stiftung um ein Netzwerk, das Sehbehinderten im Allgemeinen dient und nicht AMD-spezifisch tätig ist. Folglich existiert in Deutschland bislang kein ganzheitlich⁶⁰ ausgerichtetes, AMD-spezifisches Versorgungsnetzwerk.

4. Zielsetzung und Gang der Untersuchung

Angesichts der aufgezeigten Forschungsdefizite besteht eine generelle Zielsetzung der vorliegenden Arbeit darin, am Beispiel der AMD einen Beitrag zur organisationsbezogenen Versorgungsforschung zu leisten. Daneben werden mit der Arbeit ein deskriptiv-strukturierendes, ein explikatives sowie ein praktisch-normatives Teilziel verfolgt.

Deskriptiv-strukturierendes Teilziel der Arbeit ist die Analyse der Struktur der AMD-Versorgung. Auf Basis der in der betriebswirtschaftlichen Systemtheorie⁶¹ gängigen Schritte werden – anknüpfend an die Zielsetzungen des Systems – diejenigen aktiven Systemelemente bestimmt, die an Transaktionsprozessen im Versorgungs-„Markt“ beteiligt sind. Neben der Herausarbeitung der Elemente und ihrer Aufgaben steht insbesondere die Frage im Fokus, welche Sektoren sich auf Basis welcher Systemelemente in der AMD-Versorgung identifizieren lassen. Im Anschluss daran werden die zwischen den einzelnen Systemelementen bestehenden Beziehungen analysiert. Dabei wird differenziert zwischen Rollen-, Konkurrenz-, Kooperations-, Macht- und Kommunikationsbeziehungen. Auf Basis der Analyse von Systemelementen und den zwischen ihnen bestehenden Beziehungen erfolgt die Entwicklung eines Systemmodells.

Der Analyse der Systemstruktur und des Systemverhaltens liegen dabei die in Abbildung 2 dargestellten Basisvariablen zugrunde.

⁵⁹ Vgl. **LOW VISION STIFTUNG** (HRSG.), URL: <http://www.lowvision-stiftung.de/index.php> [Abruf: 26. 01.2010].

⁶⁰ Ganzheitlich ist in diesem Kontext als die gesamte Versorgungskette betreffend aufzufassen.

⁶¹ Vgl. zur Systemtheorie z. B. **MEFFERT, H.**, Systemtheorie aus betriebswirtschaftlicher Sicht, in: Schenk, K.-E. (Hrsg.), Systemanalyse in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Berlin 1971, S. 174 ff.; **ULRICH, H.**, Der systemorientierte Ansatz, in: von Kortzfleisch, G. (Hrsg.), Wissenschaftsprogramm und Ausbildungsziele der Betriebswirtschaftslehre, Berlin 1971, S. 43 ff.; **BAETGE, J.**, Betriebswirtschaftliche Systemtheorie, Opladen 1974; **MEFFERT, H.**, Die Gestaltung betriebswirtschaftlicher Systeme, in: Baetge, J. (Hrsg.), Grundlagen der Wirtschafts- und Sozialkybernetik, Opladen 1975.

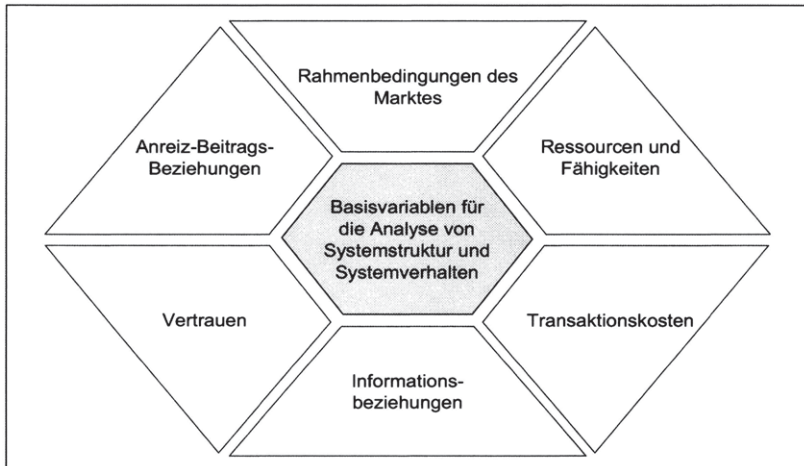


Abb. 2: Basisvariablen für die Analyse von Systemstruktur und Systemverhalten

Die **Rahmenbedingungen des Marktes** sind für die Untersuchung relevant, weil sie gemäß des marktorientierten Ansatzes⁶² das Verhalten einer Organisation und daran anknüpfend ihren Erfolg determinieren.⁶³ In Bezug auf etwaige Kooperationsstrategien erfasst der marktorientierte Ansatz die strategierelevanten Bedingungen des Marktumfelds und erklärt dadurch kooperative Verhaltensweisen als eine mögliche Antwort auf veränderte Marktstrukturen und veränderte Wettbewerbsbedingungen.⁶⁴ Aus diesem Grund kommt der Berücksichtigung der Rahmenbedingungen des Marktes insbesondere in dynamischen und komplexen Märkten und Branchen eine besondere Bedeutung zu. KLEMMANN stellt heraus, dass sich der marktorientierte Ansatz – aufgrund der bestehenden dynamischen Entwicklungen der Rahmenbedingungen – in besonderer Weise als Erklärungsansatz

⁶² Die Basis für den marktorientierten Ansatz bildet die Industrieökonomik. Diese geht zurück auf MASON (1939) und BAIN (1956). Vgl. MASON, E. S., Price and Production Policies of Large-Scale Enterprises, in: American Economic Review, Vol. 29, 1939, pp. 61 ff.; BAIN, J. S., Barriers to new Competition – their character and consequences in manufacturing industries, Cambridge 1956.

⁶³ Vgl. SWOBODA, B., Kooperation: Erklärungsperspektiven grundlegender Theorien, Ansätze und Konzepte im Überblick, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 43.

⁶⁴ Vgl. HERBST, C., Interorganisationales Schnittstellenmanagement – ein Konzept zur Unterstützung des Managements von Transaktionen, Frankfurt a. M. 2002, S. 19.

für die Entstehung sektorinterner und sektorübergreifender Kooperationen im deutschen Gesundheitssektor eignet.⁶⁵

Ressourcen und Fähigkeiten sind von Bedeutung, weil der Erfolg einer Organisation gemäß des ressourcenorientierten Ansatzes⁶⁶ anders als beim marktorientierten Ansatz auf ihre Ressourcen⁶⁷ und ihre Fähigkeit, diese zu nutzen, zurückzuführen ist.⁶⁸ Dem ressourcenorientierten Ansatz liegt die zentrale Annahme der Ressourcenheterogenität zugrunde. Das heißt, dass Organisationen über unterschiedliche Ressourcen verfügen, wodurch sie sich von Wettbewerbern abgrenzen und Wettbewerbsvorteile erzielen können.⁶⁹ Aufgrund einer heterogenen Ressourcenverteilung verfügen Organisationen in der Regel nicht über sämtliche zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Ressourcen. Zum Zweck eines effizienten Einsatzes von Ressourcen ist gemäß des Kernkompetenzansatzes eine Konzentration auf Kernkompetenzen erforderlich. Zur Erbringung von Ergänzungsleistungen eignen sich Kooperationen mit anderen Organisationen, bei denen eine gemeinsame Nutzung oder ein Zugriff auf die benötigte Ressource des Partners ermöglicht wird.⁷⁰ Insbesondere vertikale Kooperationen sind aufgrund komplementärer Kompetenzen von Organisationen auf nacheinander gelagerten Stufen der Wertschöpfungskette häufig durch den ressourcenorientierten Ansatz und den Kernkompetenzansatz zu erklären.

⁶⁵ Vgl. **KLEMMANN, A.**, Management sektorübergreifender Kooperationen – Implikationen und Gestaltungsempfehlungen für erfolgreiche Kooperationen an der Schnittstelle von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation, a. a. O., S. 66.

⁶⁶ Der ressourcenorientierte Ansatz geht zurück auf Penrose. Vgl. **PENROSE, E.-I.**, *The Theory of the Growth of the Firm*, Oxford 1959.

⁶⁷ Unter dem Begriff Ressource versteht **BARNEY** insbesondere Werte (assets), Fähigkeiten (capabilities), Prozesse (organizational processes), Eigenschaften der Organisation (organizational attributes) sowie Informationen und Wissen (knowledge). Vgl. **BARNEY, J. B.**, Firm Resources and Sustained Competitive Advantage, in: *Journal of Management*, Vol. 17, 1991, No. 1, p. 101.

⁶⁸ Vgl. **BURMANN, C.**, Strategiewechsel in turbulenten Märkten – Neuere theoretische Ansätze zur Unternehmensflexibilität, in: Meffert, H., Backhaus, K., Becker, J. (Hrsg.), *Arbeitspapier Nr. 134 der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e. V.*, Münster 2000, S. 26.

⁶⁹ Vgl. **MAHONEY, J. T.**, A Resource-Based Theory of Sustainable Rents, in: *Journal of Management*, Vol. 27, 2001, No. 6; **BARNEY, J. B.**, Resource-Based Theories of Competitive Advantages – A Ten-Year Retrospective on the Resource-Based View, in: *Journal of Management*, Vol. 27, 2001, No. 6; **SWOBODA, B.**, Kooperation: Erklärungsperspektiven grundlegender Theorien, Ansätze und Konzepte im Überblick, a. a. O., S. 51 f.; **RAUTENSTRAUCH, T.**, **GENEROTZKY, L.**, **BIGALKE, T.**, Kooperationen und Netzwerke – Grundlagen und empirische Ergebnisse, Köln 2003, S. 36.

⁷⁰ Vgl. **SAXE, A.**, Erfolgsfaktoren für Stiftungskooperationen – eine theoretische und empirische Analyse, Aachen 2009, S. 107.

Als weitere Variable sind **Transaktionskosten** relevant. Diese entstehen, wenn ein Gut oder eine (Dienst)leistung über eine Schnittstelle hinweg von einem Partner an einen anderen Partner übertragen wird.⁷¹ Unter Berücksichtigung von Effizienzüberlegungen wird für eine Transaktion diejenige Organisationsform gewählt, bei der die Transaktionskosten minimiert werden. In Übereinstimmung mit dem Kernkompetenzansatz kommt die Transaktionskostentheorie⁷² zu dem Ergebnis, dass Kernkompetenzen im Rahmen der Eigenleistung erbracht und Komplementärkompetenzen über Hybridlösungen getätigt werden sollten. Alle übrigen Leistungen können über den Markt bezogen werden.⁷³

Die Betrachtung von **Informationsbeziehungen** ist für die Analyse besonders bedeutsam, weil der Informationsstand zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern oder zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern im Gesundheitssektor in der Regel unterschiedlich ist. Asymmetrisch verteilte Informationsbeziehungen sind gemäß der Principal-Agent-Theorie⁷⁴ problematisch, weil der besser Informierte seinen Informationsvorsprung gegenüber dem schlechter Informierten ausnutzen kann.⁷⁵ Informationsasymmetrien betreffen insbesondere die Qualität einer Leistung sowie die Anstrengungen bzw. die Absichten eines Partners.⁷⁶

Zur Reduzierung asymmetrischer Informationsverteilungen eignet sich beispielsweise der Aufbau von **Vertrauen**. Dieser stellt keinen Selbstzweck dar, sondern

⁷¹ Vgl. **WILLIAMSON, O. E.**, *The Economic Institution of Capitalism – firms, markets, relational contracting*, London 1985, pp. 1 f. Transaktionskosten entstehen ex ante in Form von Anbahnungskosten, Vereinbarungskosten und Abwicklungskosten sowie ex post in Form von Kontrollkosten und Anpassungskosten. Vgl. **WILLIAMSON, O. E.**, *The mechanism of governance*, New York 1999, p. 379.

⁷² Vgl. hierzu **WILLIAMSON, O. E.**, *Markets and Hierarchies – analysis and antitrust implications – a study in the economics of internal organization*, London 1975, S. 10 f.; **WILLIAMSON, O. E.**, *The Economic Institution of Capitalism – firms, markets, relational contracting*, a. a. O. Mit seinen Arbeiten knüpft WILLIAMSON an die Ansätze von COASE an und entwickelt diese weiter. Vgl. hierzu **COASE, R. H.**, *The Nature of the Firm*, in: *Economica*, Vol. 4, 1937, No. 16, pp. 386 f.

⁷³ Vgl. hierzu **PICOT, A., HARDT, P.**, *Make-or-buy-Entscheidungen*, in: Meyer, A. (Hrsg.), *Handbuch Dienstleistungs-Marketing*, Stuttgart 1998, S. 632 ff. Zu Problemen im Zusammenhang mit der Qualität einer Leistung siehe grundlegend **AKERLOF, G. A.**, *The Market for Lemons – Quality uncertainty and the Market Mechanism*, in: *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, 1970, No. 3, pp. 488 ff.

⁷⁴ Vgl. hierzu bspw. **PRATT, J. W., ZECKHAUER, R. J.**, *Principals and Agents – the structure of business*, Boston 1985.

⁷⁵ Vgl. **ROIGER, M. B.**, *Gestaltung von Anreizsystemen und Unternehmensethik – eine norm- und wertbezogene Analyse der normativen Principal-Agent-Theorie*, Wiesbaden 2007, S. 16.

⁷⁶ Vgl. zu den damit einhergehenden Problemen **PICOT, A., DIETL, H., FRANCK, E.**, *Organisation – eine ökonomische Perspektive*, 5. Aufl., Stuttgart 2008, S. 74 ff.

bildet die Grundlage für eine auf Dauer angelegte, effektive Zusammenarbeit.⁷⁷ Deshalb wird Vertrauen auch als „Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität“⁷⁸ bezeichnet. Bei fehlendem Vertrauen könnten Kooperationen unterbleiben, weil die Kosten für eine – nicht auf Vertrauen basierende – Absicherung und Überwachung zu hoch sind.⁷⁹

Nicht zuletzt kommt **Anreiz-Beitrags-Beziehungen** eine wichtige Rolle für die Struktur von bzw. das Verhalten in Systemen zu. Gemäß der Anreiz-Beitrags-Theorie⁸⁰ kommt ein Kooperationsverhältnis nur dann zustande bzw. wird es nur dann aufrechterhalten, wenn die gewährten Anreize den geleisteten Beiträgen entsprechen oder diese übersteigen. Damit kann die Untersuchung von Anreiz-Beitrags-Beziehungen einen Beitrag zur Initiierung, zur Aufrechterhaltung und zur Beendigung von Kooperationen leisten.⁸¹ Eine Kooperationsbeziehung wird beispielsweise dann beendet, wenn entweder die Beiträge die gewährten Anreize übersteigen oder das Anreiz-Beitrags-Verhältnis einer alternativen Kooperation besser ist als das Verhältnis der bestehenden Kooperation.

Anknüpfend an die Analyse der Systemstruktur und des Systemverhaltens wird untersucht, zu welchen Systemergebnissen diese führen. Auf Basis des Grads der Zielerreichung werden in diesem Schritt Versorgungslücken aufgezeigt bzw. Verbesserungsbedarfe in der Versorgung ermittelt. In diesem Zusammenhang wird das **explikative Teilziel** verfolgt, bestehende Versorgungslücken zu erklären.

Schließlich ist es das Ziel der Arbeit, auf Basis der identifizierten Versorgungslücken **praktisch-normative Gestaltungsempfehlungen** für das Design des Systems abzugeben. Dabei wird zunächst geprüft, welche Alternativen für die Verbesserung der AMD-Versorgung bestehen. Für die beste Alternative wird ein detailliertes Umsetzungskonzept entwickelt, das normative, strategische und operative

⁷⁷ Vgl. RIEMER, K., Sozialkapital und Kooperation, Tübingen 2005, S. 42. ff.

⁷⁸ LUHMANN, N., Vertrauen – ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, Stuttgart 2000.

⁷⁹ Vgl. THEURL, T., Das Ringen um Vertrauenswürdigkeit, in: Schwarz, G. (Hrsg.), Vertrauen – Anker einer freiheitlichen Ordnung, Zürich 2007, S. 41.

⁸⁰ Die Anreiz-Beitrags-Theorie stammt aus der verhaltenswissenschaftlichen Organisationstheorie und thematisiert im Ursprung das Verhältnis zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Von unterschiedlicher Seite wurde die Theorie auch auf andere Kooperationsbeziehungen übertragen. Vgl. ausführlich zur Anreiz-Beitrags-Theorie MARCH, J. G., SIMON, H. A., Organizations, New York 1958.

⁸¹ Vgl. HOLZBERG, M., Erfolgsfaktoren sektorübergreifender Kooperationen – ein empirischer Beitrag zur Zusammenarbeit zwischen staatlichen, wirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Institutionen unter besonderer Berücksichtigung von Stiftungen, Wiesbaden 2009, S. 28.

Aspekte beinhaltet. Daran anknüpfend erfolgt die Erarbeitung eines Implementierungsvorschlags, bei dem der Aufbau rechtlicher, personeller, organisatorischer und technischer Infrastrukturen im Fokus steht. Darüber hinaus wird dargestellt, wie der Erfolg der Verbesserungsalternative approximativ gemessen und wie das Umsetzungskonzept perspektivisch weiterentwickelt werden kann.

Im Rahmen der Schlussbetrachtung wird schwerpunktmäßig der Frage nachgegangen, inwieweit die Erkenntnisse aus dem AMD-Sektor übertragbar und damit geeignet sind, um einen allgemeingültigen Beitrag zur Versorgungsforschung zu leisten.

Abbildung 3 visualisiert die Vorgehensweise der Untersuchung.

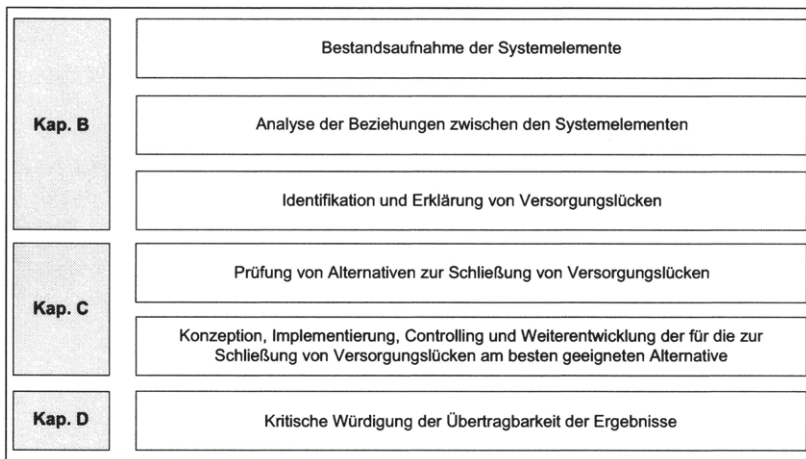


Abb. 3: Vorgehensweise der Untersuchung

Wenngleich das gesamte Versorgungssystem Gegenstand der Systemanalyse ist, soll ein Schwerpunkt auf die Schnittstelle zwischen medizinischer und sozialer Versorgung gelegt werden. Dies lässt sich dadurch begründen, dass fehlende medizinische Therapiemöglichkeiten in Verbindung mit der sozialen Bedeutung der AMD und einer nicht geregelten Rehabilitation auf eine besondere Relevanz dieser Schnittstelle hindeuten.

Darüber hinaus erfolgen die Analyse und Gestaltung des AMD-Versorgungssystems beispielhaft in Nordrhein-Westfalen (NRW). Die Fokussierung auf ein Bundesland hat zwei Gründe: Erstens würde eine deutschlandweite Systemanalyse in Verbindung mit der Identifikation von Versorgungslücken den

Komplexitätsgrad der Untersuchung enorm erhöhen und dadurch die Sicherstellung von annähernder Repräsentativität erschweren. Zweitens ist es mit Blick auf das Konzept und die Implementierung der weiterentwickelten Versorgungsstruktur vorherrschende Meinung in der Marktforschung, dass Neuheiten in Testmärkten erprobt werden sollten.⁸² Dass es sich bei dem Test-Bundesland um NRW handelt, ist nicht allein auf den Standort der Forschungsinstitution, sondern auch und insbesondere auf eine – von Experten bekundete – Vorreiterstellung des Landes NRW in der AMD-Versorgung zurückzuführen. Vor dem Hintergrund einer möglichen Übertragung der Ergebnisse der Arbeit auf andere Bundesländer erscheint es angemessen, Probleme und Problemlösungen in einem starken (Test-)Markt zu identifizieren bzw. zu erproben. Nicht zuletzt ist das bevölkerungsreichste Bundesland Deutschlands sowohl von Ballungsgebieten als auch von ländlichen Regionen geprägt. Mit Blick auf die Identifikation von Über-, Unter- und Fehlversorgung bietet NRW somit ideale Voraussetzungen, um die Beziehung zwischen Bevölkerungsdichte und Versorgung zu untersuchen.

⁸² Vgl. hierzu **MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M.**, Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, 10. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 167.

B. Systemanalyse der AMD-Versorgung in NRW

1. Ziele des AMD-Versorgungssystems

Die AMD-Versorgung lässt sich aufgrund der Interaktion zwischen Rollenhandelnden als soziales System⁸³ interpretieren. Innerhalb des Systems werden bestimmte **Systemziele** verfolgt. Diese lassen sich differenzieren nach übergeordneten Zielen, nach phasenspezifischen Zielen, die die drei Phasen Früherkennung bzw. Prävention, medizinische Versorgung und soziale Versorgung betreffen, sowie nach Zielen an Schnittstellen innerhalb oder zwischen einzelnen Versorgungsphasen. Darüber hinaus erscheint eine Differenzierung zwischen Formalzielen und Sachzielen zweckmäßig.⁸⁴ Sachziele beschreiben konkrete Handlungen einer Organisation im Rahmen ihrer Leistungserstellung. Formalziele richten sich am ökonomischen Erfolg einer Organisation (z. B. Wirtschaftlichkeit, Gewinn und Rentabilität) aus. Mit Blick auf die Erreichung übergeordneter Formalziele haben Sachziele einen instrumentalen Charakter.⁸⁵

Die übergeordneten Ziele der Versorgung sind dadurch gekennzeichnet, dass sie für alle Phasen der Versorgung relevant sind. Als Formalziel auf der übergeordneten Ebene lassen sich die Effektivität und Effizienz der Versorgung identifizieren.⁸⁶ Diese Ziele sind insbesondere vor dem Hintergrund des bestehenden Kostendrucks im Gesundheitssektor relevant. Ein weiteres Formalziel ist die Sicherstellung der Überlebensfähigkeit der an der Versorgung beteiligten Organisationen. Dies gilt für profit- und non-profit-orientierte Anbieter von Versorgungsleistungen gleichermaßen. Das zentrale, übergeordnete Sachziel in der Versorgung ist die Gesundheit der Patienten.⁸⁷ Dabei ist Gesundheit gemäß der World Health Organization „a state of complete physical, mental and social well-being

⁸³ Vgl. zur Thematik sozialer Systeme auch **LUHMANN, N.**, Soziales System, Gesellschaft, Organisation, 5. Aufl., Wiesbaden 2009.

⁸⁴ Vgl. hierzu **KOSIOL, E.**, Erkenntnisgegenstand und methodologischer Standort der Betriebswirtschaftslehre, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 31. Jg., 1961, Nr. 3, S. 130.

⁸⁵ Vgl. **KOSIOL, E.**, Die Unternehmung als wirtschaftliches Aktionszentrum, Hamburg 1972, S. 224.

⁸⁶ Die Effektivität beschreibt die Wirksamkeit einer Maßnahme. Es geht dabei um die Frage, ob die richtigen Dinge getan werden. Unter Berücksichtigung der eingesetzten Mittel beschreibt die Effizienz die Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme, indem die Inputs zu den Outputs ins Verhältnis gesetzt werden. Dabei geht es um die Frage, ob die Dinge richtig getan werden. Vgl. hierzu **DRUCKER, P. F.**, The effective executive, London 1967, pp. 1 f.

⁸⁷ Vgl. z. B. **DIEHL, U.**, Gesundheit – hohes oder höchstes Gut? Über den Wert und Stellenwert der Gesundheit, in: Kick, H. A., Taupitz, J., Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, Münster 2005, S. 113 ff.

and not merely the absence of disease or infirmity“⁸⁸. Wenngleich die Gesundheit der Patienten aus ethischer Sicht das höchste Gut darstellt, ist sie im Sinne der Gesundheitsökonomie ein Mittel zur Sicherung der Effektivität und Effizienz des „Systems“.⁸⁹ Ein weiteres Ziel auf der übergeordneten Ebene ist die Sicherstellung der Patientenzufriedenheit. Dabei handelt es sich ebenfalls um ein Sachziel, da mit einer hohen Zufriedenheit von Patienten eine hohe Patientenbindung einhergeht⁹⁰ und gleichzeitig neue Patienten über Empfehlungen zufriedener Patienten akquiriert werden können. Dadurch wird letztlich die Überlebensfähigkeit der im Versorgungssystem tätigen Organisationen sichergestellt.

Im Bereich der **Früherkennung bzw. Prävention** lassen sich die Bekanntheit der AMD, die Sensibilisierung der Bevölkerung für Risikofaktoren und die Sicherstellung von Früherkennungs-Know-how aufseiten der Augenärzte als zentrale Sachziele identifizieren. Eine Steigerung der Bekanntheit der AMD in Verbindung mit einer Sensibilisierung der Bevölkerung für Risikofaktoren ist notwendig, damit risikobehaftete Altersgruppen regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Gesundheit erhalten bleibt und trägt damit mittelbar zur Erreichung des Formalziels Effektivität bzw. Effizienz des Versorgungssystems bei. Die Sicherstellung des Früherkennungs-Know-hows aufseiten der Augenärzte ist erforderlich, damit bei ersten Krankheitsanzeichen eine frühzeitige Therapie – sofern diese möglich ist – eingeleitet werden kann.⁹¹ Dieses Sachziel trägt ebenfalls zur Gesundheit der Patienten und damit zur Effizienz des Versorgungssystems bei.

Für die Therapierbarkeit der Erkrankung ist im Bereich der **medizinischen Versorgung** eine hohe Qualität der medizinischen Forschung erforderlich. Aufgrund des instrumentalen Charakters handelt es sich hierbei um ein Sachziel. Gleiches gilt für die Sicherstellung der Flächendeckung der medizinischen Versorgung, die

⁸⁸ Vgl. **WORLD HEALTH ORGANIZATION** (HRSG.), Constitution of the World Health Organization, New York 1946, S. 2.

⁸⁹ Vgl. z. B. **BREYER, F., ZWEIFEL, P., KIFMANN, M.**, Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin 2005, S. 11 f. **ADAM** verweist darüber hinaus auf das ökonomische Prinzip. Demgemäß gilt es, die Kosten pro Patient bei gegebener Qualität der Leistungen zu minimieren. Vgl. **ADAM, D.**, Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen – eine Studie über Möglichkeiten zur Verbesserung der Strukturorganisation und des Entscheidungsprozesses in Krankenhäusern, Wiesbaden 1972, S. 46.

⁹⁰ Vgl. **HAHN, O. K.**, Patient Relationship Management – ein CRM-Ansatz für die pharmazeutische Industrie, Wiesbaden 2006, S. 234 bzw. S. 269.

⁹¹ Vor dem Hintergrund der sehr komplexen Formen der AMD ist das Ziel der Sicherstellung von Früherkennungs-Know-how keinesfalls trivial. Im Rahmen der Teilnahme des Autors an unterschiedlichen Tagungen diskutierten Augenärzte teilweise minutenlang über Fotos des Augenhintergrunds bis man sich auf eine Diagnose einigte.

notwendig ist, damit Patienten medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen können. Von zentraler Bedeutung in der medizinischen Versorgung ist zudem die Sicherstellung der Versorgungsqualität. Zur Erreichung dieses Sachziels ist es erforderlich, dass der Augenarzt über den aktuellen Stand der Forschung informiert ist und seine Patienten diesem Stand entsprechend sowie nach festgelegten Qualitätsstandards⁹² behandelt. Eine Differenzierung erfolgt bei der Sicherstellung der Versorgungsqualität zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.⁹³ Eng einher mit der Sicherstellung der Versorgungsqualität geht das Sachziel der Sicherstellung der Seriosität in der medizinischen Versorgung. Dies vor allem deshalb, weil es sich bei der medizinischen Versorgung – aus Sicht der Patienten – um ein Vertrauensgut⁹⁴ handelt.

Ist ein Patient nicht bzw. nicht vollständig therapierbar, bedarf es einer **sozialen Versorgung**.⁹⁵ Ein analog zur medizinischen Versorgung bestehendes Sachziel ist die Sicherstellung der Flächendeckung sozialer Versorgungsangebote. Sofern soziale Angebote in Anspruch genommen werden können, ist es das zentrale Ziel, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern oder zu erhalten. Dabei handelt es sich ebenfalls um ein Sachziel, da Lebensqualität im Sinne der WHO Bestandteil der Gesundheit der Patienten ist. In unmittelbarem Patientenkontakt ist die bedürfnisgerechte Versorgung ein Sachziel, das einerseits der Gesundheit des Patienten und andererseits der Steigerung der Zufriedenheit mit der beratenden Organisation dient. Dies kann z. B. dadurch erreicht werden, dass Patienten bei der Verarbeitung der Diagnose bzw. dem Umgang mit der Erkrankung und deren Auswir-

⁹² Allgemeine Standards im Bereich des Qualitätsmanagements liefert beispielsweise die DIN EN ISO-9000-Normenreihe. Im Bereich der Augenheilkunde kann exemplarisch für operierende Augenärzte das von OcuNet entwickelte Qualitätsmanagement-Handbuch genannt werden, das „leitlinienorientiert Diagnostik- und Behandlungspfade beschreibt“. Vgl. OCUNET (HRSG.), Qualitätsmanagement-Handbuch, Düsseldorf 2008, unveröffentlichtes Dokument.

⁹³ Unter Strukturqualität wird beispielsweise die personelle Ausstattung, die räumliche Ausstattung sowie die apparative Ausstattung aufgefasst. Prozessqualität beinhaltet z. B. den Behandlungsablauf in einer Praxis. Im Bereich der Ergebnisqualität werden – meistens anhand von Kennzahlen – Resultate von Behandlungen gemessen. Auch die Patientenzufriedenheit kann Bestandteil der Ergebnisqualität sein. Vgl. hierzu grundlegend DONABEDIAN, A., *Evaluating the Quality of Medical Care*, in: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, 1966, No. 3, Part 2, pp. 166 ff.

⁹⁴ Bei einem Vertrauensgut kann der Patient Eigenschaften bzw. Qualitäten weder vor noch nach der Behandlung überprüfen, obwohl ihm die Behandlung wichtig ist. Vgl. zum Begriff des Vertrauensguts in der Informationsökonomie MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M., *Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele*, a. a. O., S. 41.

⁹⁵ Grundsätzlich könnten auch therapierbare Patienten soziale Versorgung benötigen. Es ist jedoch von einer positiven Korrelation zwischen Schweregrad der Erkrankung und Bedarf an sozialer Versorgung auszugehen, sodass therapierbare und damit weniger eingeschränkte Patienten tendenziell einen geringeren sozialen Versorgungsbedarf haben.

kungen auf die Psyche betreut werden. Darüber hinaus kann in Abhängigkeit der Bedürfnisse der Patienten eine Beratung in sozialrechtlichen Fragen, eine Beratung bei Seh- oder sonstigen Hilfsgeräten, die Sicherstellung der Mobilität oder die Hilfe zur Selbsthilfe erforderlich sein.⁹⁶ Weitere Sachziele innerhalb der sozialen Betreuung sind – analog zur medizinischen Betreuung – die Sicherstellung von Versorgungsqualität und Seriosität. Die Wichtigkeit der Seriosität in der sozialen Betreuung lässt sich dadurch begründen, dass für Patienten die Gefahr besteht, ausgenutzt zu werden, indem ihnen beispielsweise teure Hilfsgeräte verkauft werden, die für sie nicht oder nur bedingt nützlich sind.

Ein Sachziel an den **Schnittstellen** innerhalb bzw. zwischen Versorgungsphasen ist die Sicherstellung einer – den Bedürfnissen der Patienten entsprechenden – Weiterleitung an andere Versorger. Die Weiterleitung an spezialisierte Versorger dient einerseits unmittelbar der Effizienz der Versorgung und andererseits mittelbar, indem die Gesundheit der Patienten durch eine bedürfnisgerechte Versorgung verbessert werden kann. Grundvoraussetzung für die Weiterleitung an andere Versorger ist Transparenz – hier verstanden als das Wissen um das Leistungsspektrum und den Standort anderer Akteure des Versorgungssystems. Darüber hinaus ist die Sicherstellung der schnittstellenübergreifenden Koordination ein Sachziel. Diese ist erforderlich, da unterschiedliche Kompetenzen von Leistungsanbietern eine Konzentration auf individuelle Kernkompetenzen bedingen, die für eine ganzheitliche Versorgung zusammengeführt werden müssen. Koordination dient insbesondere der Vermeidung der Duplizierung von Anstrengungen, beispielsweise in Form von Doppeluntersuchungen.⁹⁷ Entsprechend kann die Koordination von Aktivitäten die Effektivität und Effizienz der Versorgung steigern.

Tabelle 1 fasst die wesentlichen Ziele des AMD-Versorgungssystems zusammen.

⁹⁶ Vgl. **MEFFERT, H., WISTUBA, M.**, Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, Arbeitspapier Nr. 2 der „Forscherguppe AMD-Netz NRW“, Münster 2009, URL: <http://www.marketing-centrum.de/ifm/data/ArbeitspapierAMD2.pdf> [Abruf: 14.01.2010], S. 13.

⁹⁷ Vgl. **BAUR, R., SCHÜTZ, S.**, Koordination an Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung – Die Sichtweise von Patientinnen und Patienten eines Managed-Care-Modells, in: Schweizerische Ärztezeitung, 87. Jg., 2006, Nr. 49, S. 2129 ff.

		Zielsetzungen des AMD-Versorgungssystems
	Übergeordnet	<p><u>Formalziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherstellung von Effektivität und Effizienz der Versorgung ▪ Sicherung der Überlebensfähigkeit der im Versorgungssystem tätigen Organisationen <p><u>Sachziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherstellung der Gesundheit der Patienten ▪ Patientenzufriedenheit
Phasenspezifisch	Früherkennung/ Prävention	<p><u>Sachziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bekanntheit der AMD ▪ Sensibilisierung der Bevölkerung für Risikofaktoren ▪ Früherkennungs-Know-how
	Medizinische Versorgung	<p><u>Sachziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualität in der medizinischen Forschung ▪ Flächendeckende Versorgung ▪ Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität ▪ Seriosität der Versorger
	Soziale Versorgung	<p><u>Sachziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedürfnisgerechte Betreuung durch <ul style="list-style-type: none"> ○ psychologische Beratung ○ sozialrechtliche Beratung ○ Beratung bei (Seh-)Hilfsmitteln ○ Sicherstellung von Mobilität ▪ Flächendeckende Versorgung ▪ Sicherung einer hohen Versorgungsqualität ▪ Seriosität der Versorger
	Schnittstellen- bezogen	<p><u>Sachziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedürfnisgerechte Weiterleitung an andere Versorger ▪ Transparenz ▪ Koordination

Tab. 1: Zielsetzungen des AMD-Versorgungssystems

Zwischen einzelnen Zielen können **Konfliktbeziehungen** bestehen. Exemplarisch lässt sich die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung im sozialen Sektor anführen, die die Überlebensfähigkeit der Organisation, die ihr Beratungsnetz ausdehnt, gefährden kann. Dies ist der Fall, wenn die dafür entstehenden Kosten höher sind als der – beispielsweise durch die Akquise neuer Mitglieder – entstehende Nutzen. Darüber hinaus können Organisationsziele von Individualzielen beeinflusst bzw. konterkariert werden. ADAM nennt exemplarisch Entscheidungen

von leitenden Krankenhausärzten, denen individuelle Prestige- und Machtüberlegungen zugrunde liegen.⁹⁸

2. Datenerhebung und Datenbasis zur Analyse der AMD-Versorgung in NRW

Auf Basis einer **Internetrecherche** und in Abstimmung mit einem augenmedizinischen Experten aus Münster wurde zunächst untersucht, welchen Akteuren bei der Versorgung von AMD-Patienten in NRW eine wichtige Rolle zukommt. Da nahezu jede Institution mit einer Website im Internet vertreten ist, wurde im Rahmen der Deskription eine Zusammenstellung der Satzungen der Institutionen vorgenommen. Ergebnis der Internetrecherche war ein erster Überblick über das von den Institutionen selbst bekundete Leistungsprofil und deren Angebotsstruktur in NRW.

Mit dem Ziel, darüber hinaus nähere Einblicke in die Arbeit der Institutionen und deren Zusammenarbeit mit anderen Institutionen zu erhalten, wurden Führungskräfte der wesentlichen Akteure angeschrieben, um im Rahmen **qualitativer Befragungen** Expertengespräche durchzuführen. Von 26 angeschriebenen Experten haben 24 einem Expertengespräch zugestimmt, was einer Responsequote von ca. 92 % entspricht. Die **24 Expertengespräche** wurden im Zeitraum von Dezember 2008 bis Juli 2009 durchgeführt. Gegenstand waren Fragen zur Wahrnehmung der AMD in der Bevölkerung, zur Versorgungs- und Vernetzungssituation in NRW sowie zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems, die mit einem teilstandardisierten Fragebogen erhoben wurden.⁹⁹ Überdies stellte ein Großteil der Experten seine Institution sowie deren Ziele, Aufgaben und Verbreitung in NRW vor. Die Dauer der Expertengespräche belief sich in der Regel auf 60 – 90 Minuten. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Bereiche, die die befragten Experten repräsentieren.¹⁰⁰

⁹⁸ Vgl. **ADAM, D.**, Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen – eine Studie über Möglichkeiten zur Verbesserung der Strukturorganisation und des Entscheidungsprozesses in Krankenhäusern, a. a. O., S. 13.

⁹⁹ Der Leitfaden der Expertengespräche befindet sich in Anhang III.

¹⁰⁰ Eine namentliche Auflistung der Expertengesprächspartner ist Anhang I zu entnehmen.

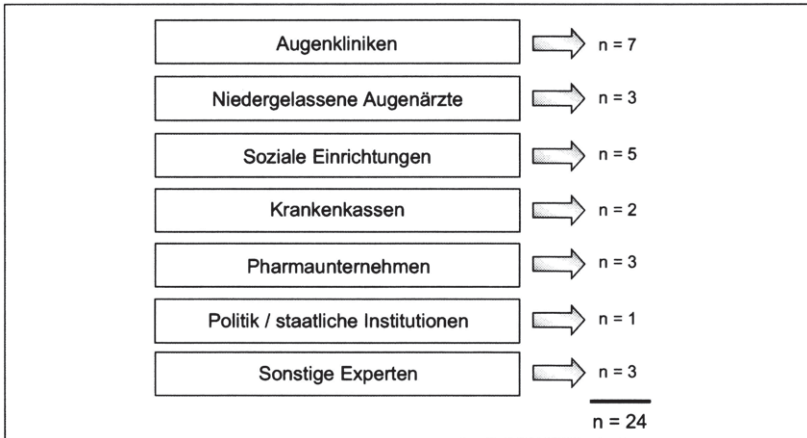


Abb. 4: Sektorzugehörigkeit der Expertengesprächspartner

Zum Zweck der Prüfung der Tendenzaussagen aus den Expertengesprächen mittels **quantitativer Befragungen** wurden standardisierte **Fragebögen für Augenärzte und Vertreter sozialer Organisationen** entwickelt. Im Rahmen des Jackstädt-Kurses, einem Weiterbildungskongress für Augenärzte in Münster, wurde der Ärztefragebogen im Juni 2009 einem Pre-Test unterzogen, an dem sich 38 Augenärzte beteiligten. Auf Basis der Erkenntnisse des Pre-Tests wurde der Fragebogen weiterentwickelt und schließlich finalisiert. Ein großzahliger Pre-Test mit Vertretern sozialer Organisationen konnte aufgrund der Tatsache, dass es in NRW vergleichsweise wenig Vertreter gibt, nicht durchgeführt werden. Deshalb wurde der Fragebogen mit wenigen Experten aus dem sozialen Sektor diskutiert, weiterentwickelt, erprobt und anschließend ebenfalls finalisiert.

Die Fragebögen für den medizinischen Sektor und den sozialen Sektor beinhalten im Kern Fragen zur medizinischen Versorgung, zur sozialen Versorgung sowie zur Schnittstelle zwischen medizinischen und sozialen Akteuren.¹⁰¹ Schwerpunktmäßig wird mit den Befragungen das Ziel verfolgt, Versorgungslücken zu identifizieren. Die in weiten Teilen übereinstimmenden Fragen¹⁰² ermöglichen zudem ein Matching der medizinischen mit der sozialen Sichtweise. Durch einen Ver-

¹⁰¹ Die Fragebögen der Befragung von Augenärzten und Vertretern sozialer Organisationen befinden sich in Anhang II.

¹⁰² Die gleichen Fragen wurden dem medizinischen und dem sozialen Sektor dann gestellt, wenn davon ausgegangen werden konnte, dass ein ausreichender Informationsstand zur Beantwortung der Frage vorliegt. Aus diesem Grund wurde beispielsweise darauf verzichtet, Vertreter sozialer Organisationen zur medizinischen Prävention zu befragen.

gleich des sektorbezogenen Selbstbilds mit dem sektorbezogenen Fremdbild können Fits bzw. Misfits aufgedeckt werden.¹⁰³ Neben der Befragung von Augenärzten und Vertretern sozialer Organisationen wird auf eine ebenfalls am Marketing Centrum Münster durchgeführte Patientenbefragung rekurriert.¹⁰⁴ Wenngleich diese schwerpunktmäßig Lebensqualitätsaspekte untersucht, kann sie hinsichtlich der medizinischen und sozialen Versorgung sowie der Schnittstelle zwischen den Sektoren in Teilen die Fremdbildperspektive erweitern. Abbildung 5 verdeutlicht die unterschiedlichen Perspektiven grafisch.

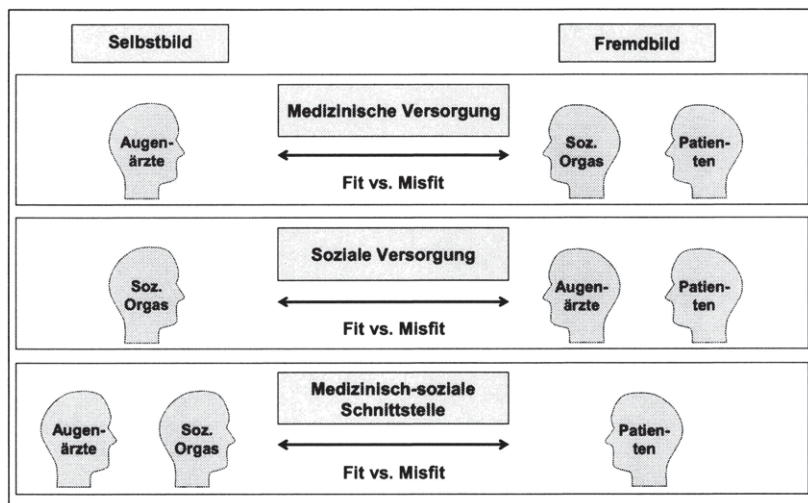


Abb. 5: Selbstbild-Fremdbild-Perspektiven zur Einschätzung der Versorgungslage in NRW

Zum Zweck der Befragung von Augenärzten wurden im Januar 2010 alle in NRW praktizierenden Augenärzte, die Mitglied im Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.¹⁰⁵ sind, angeschrieben. Im Rahmen der schriftlichen Befra-

¹⁰³ BURMANN und MEFFERT differenzieren im Kontext des Markenmanagements bei Abweichungen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung zwischen Wahrnehmungslücken, Leistungslücken, Kommunikationslücken und Identifikationslücken. Vgl. BURMANN, C., MEFFERT, H., Managementkonzept der identitätsorientierten Markenführung, in: Meffert, H., Burmann, C., Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement – identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 108 f.

¹⁰⁴ Der Fragebogen zur Befragung von Patienten befindet sich in Anhang II.

¹⁰⁵ Laut Information des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands e. V. sind ca. 90 % der in NRW tätigen Augenärzte Mitglied im Berufsverband.

gung sind von 1.530 versendeten Fragebögen 155 auswertbare Fragebögen zurückgesendet worden, was einer Responsequote von ca. 10 % entspricht.

Im sozialen Sektor wurden – verteilt auf drei Organisationen – insgesamt 89 Vertreter angeschrieben. Da viele Organisationsvertreter selbst sehbehindert sind, konnten sie alternativ zur schriftlichen Beantwortung des Fragebogens auch in Form eines telefonischen Interviews an der Befragung teilnehmen. Bei insgesamt 41 Antworten, die sich aus 19 schriftlich beantworteten Fragebögen und 22 Telefoninterviews zusammensetzen, beläuft sich die Rücklaufquote auf ca. 46 %.

Abbildung 6 zeigt die Stichproben der quantitativen Befragungen von Augenärzten, sozialen Organisationen und Patienten.

	Augenärzte	Soz. Organisationen	Patienten
Befragte	n = 155	n = 41	n = 150
Durchschnittsalter	55,66 Jahre	62,91 Jahre	77,42 Jahre
Geschlecht	weiblich: 55 % männlich: 45 %	weiblich: 61 % männlich: 39 %	weiblich: 66 % männlich: 35 %
Zusammensetzung der Stichprobe	niedergel. Augenärzte n = 120 (77 %) - Klinikärzte n = 35 (23 %)	BSV / WSW n = 19 (46 %) - Pro Retina n = 10 (24 %) - Rehabilitationslehrer n = 12 (29 %)	feuchte AMD n = 80 (53 %) - trockene AMD n = 57 (38 %) - beide Formen der AMD n = 13 (9 %)

Abb. 6: Stichproben der quantitativen Befragungen

Die Ergebnisse der Befragungen und das daran anknüpfende Konzept zur Verbesserung der Versorgungssituation wurden im Rahmen eines **Expertenworkshops** mit 36 Teilnehmern¹⁰⁶ im März 2010 vorgestellt, diskutiert und weiterentwickelt.

¹⁰⁶ Eine Teilnehmerliste ist Anhang I zu entnehmen.

3. Analyse der Systemelemente

In der Systemanalyse wird zur Beschreibung der (aktiven) Elemente innerhalb komplexer Systeme zwischen primären, sekundären und tertiären Systemelementen differenziert.¹⁰⁷ Übertragen auf das Gesundheitssystem sollen unter primären aktiven Elementen jene gefasst werden, die an der Versorgungsleistung in anbietender oder nachfragender Form unmittelbar beteiligt sind. Sekundäre aktive Elemente sind entweder nicht direkt an der Versorgungsleistung beteiligt, stellen aber Voraussetzungen für die Versorgung zur Verfügung oder sind in flankierenden Prozessen von wichtiger Bedeutung. Tertiäre Elemente beeinflussen die Versorgung durch ihr Kommunikationsverhalten.

3.1 Primäre Systemelemente

3.1.1 Patienten

Patienten sind im Kontext dieser Arbeit diejenigen, bei denen eine AMD diagnostiziert wurde. Sie fungieren in der Versorgung als (**potenzielle**) **Nachfrager**¹⁰⁸ von gesundheitsbezogenen Leistungen. Auf Basis der 4,5 Mio. AMD-Patienten in Deutschland lässt sich die Zahl in NRW auf ca. 965.000 beziffern.¹⁰⁹ Davon weisen ca. 145.000 die feuchte Form und ca. 820.000 die trockene Form der AMD auf.¹¹⁰ Eine Einteilung der Patienten in Stadien ist aufgrund fehlender epidemiologischer Studien nicht möglich. Folglich ist keine valide Aussage darüber zu treffen, wie viele Patienten therapierbar und wie viele austerapiert sind. Die räum-

¹⁰⁷ Vgl. zur Begrifflichkeit von primären, sekundären und tertiären Systemelementen z. B. **MEFFERT, H.**, Marketing – Einführung in die Absatzpolitik, 3. Aufl., Wiesbaden 1978, S. 43.

¹⁰⁸ Die Einschränkung, dass es sich um *potenzielle* Nachfrager handelt, ist dadurch zu begründen, dass nicht jeder Erkrankte eine Versorgungsleistung in Anspruch nimmt. Faktoren, die beeinflussen, ob ein Erkrankter zu einem Nachfrager von gesundheitsbezogenen Leistungen wird, sind beispielsweise Alter, Komorbidität, Mobilität und Einstellungen. (Noch) nicht Erkrankte, die über ein höheres Risiko verfügen, zu erkranken, sollen in diesem Zusammenhang nicht als potenzielle Nachfrager aufgefasst werden.

¹⁰⁹ Der Anteil der über 65-jährigen in NRW an den über 65-jährigen in Deutschland beträgt im Jahr 2010 21,48 %. Vgl. Datenmaterial aus: **STATISTISCHES BUNDESAMT** (HRSG.), Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung in den Bundesländern, dem früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern bis 2060 – Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2010. Da es sich bei über 65-jährigen um die wesentliche Risikogruppe für die AMD handelt, wird nur die Bevölkerungsverteilung in dieser Altersgruppe betrachtet. Darüber hinaus wird angenommen, dass die Häufigkeit der Erkrankung über die deutschen Bundesländer gleichverteilt ist.

¹¹⁰ Die Zahlen ergeben sich entsprechend der Häufigkeiten in der Gesamtbevölkerung als 15 % von 965.000 bei der feuchten Form und 85 % von 965.000 bei der trockenen Form.

liche Verteilung der AMD-Patienten innerhalb von NRW auf Basis der fünf Regierungsbezirke Arnsberg, Detmold, Düsseldorf, Köln und Münster zeigt Tabelle 2.

Regierungsbezirk	Bevölkerung älter als 65 Jahre	Anteil der Bevölkerung älter als 65 Jahre ¹¹¹	AMD-Patienten in NRW	AMD-Patienten pro Regierungsbezirk
Arnsberg	769.247	21,28 %	* 965.000	205.336
Detmold	411.564	11,38 %		109.859
Düsseldorf	1.091.411	30,19 %		291.332
Köln	843.906	23,34 %		225.265
Münster	499.037	13,80 %		133.208

Tab. 2: Verteilung der AMD-Patienten innerhalb von NRW¹¹²

3.1.2 Medizinische Versorger

Als primäre medizinische Versorger fungieren Augenärzte. Sie sind in der Versorgung von AMD-Patienten **Anbieter augenmedizinischer Versorgungsleistungen**. Innerhalb der augenmedizinischen Versorgung wird (vereinfacht) zwischen niedergelassenen Augenärzten und Klinikärzten differenziert. Niedergelassene Augenärzte, von denen ca. 1.040 in NRW tätig sind¹¹³, sind in der Regel die erste augenmedizinische Anlaufstelle für Patienten. Zentrale Aufgabe der niedergelassenen Augenärzte ist die Erkennung und – sofern die technischen Voraussetzungen durch die Augenarztpraxis erfüllt werden – die Behandlung von Erkrankungen des Auges. Der Anteil von AMD-Patienten in niedergelassenen Augenarztpraxen liegt bei ca. 10 %.¹¹⁴ Es ist davon auszugehen, dass die Frequentierung der niedergelassenen Augenarztpraxen von Patienten mit trockener

¹¹¹ Der Anteil der Bevölkerung älter als 65 Jahre gibt an, wie groß der Anteil der über 65-jährigen in einem Regierungsbezirk an den über 65-jährigen in allen Regierungsbezirken des Landes NRW ist.

¹¹² Für die Bevölkerungszahlen der über 65-jährigen in den einzelnen Regierungsbezirken siehe **INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN, GESCHÄFTSBEREICH STATISTIK** (HRSG.), URL: <https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldb NRW/online.jsessionid=D888AA2DE0B99CAD38091AE9B9EAF465?operation=abrufabelleAbrufen&levelindex=1&levelid=1285249381851&index=15> [Abruf: 22.04.2010]. Der Berechnung der Zahl der AMD-Patienten pro Regierungsbezirk liegen zwei Annahmen zugrunde: Erstens wird nur der Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen betrachtet, da diese die Hauptrisikogruppe für AMD-Erkrankungen sind. Zweitens wird angenommen, dass die Häufigkeit über die Regierungsbezirke hinweg gleichverteilt ist.

¹¹³ Im Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. sind 1.040 niedergelassene Augenärzte Mitglied. Die tatsächliche, nicht erhebbare Zahl, dürfte ca. 10 % höher sein. Vgl. hierzu Fn. 105.

¹¹⁴ Studien, die diesbezüglich genaue Daten erheben, gibt es bislang nicht. Der Wert von ca. 10 % beruht auf erfahrungsbasierten Schätzungen von augenmedizinischen Experten.

Form und feuchter Form in etwa der Häufigkeitsverteilung der Erkrankungsformen in der Bevölkerung entspricht.¹¹⁵ In Augenkliniken, in denen in NRW ca. 280 Augenärzte tätig sind¹¹⁶, werden Krankheiten, die aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen von niedergelassenen Augenärzten nicht festgestellt werden können, diagnostiziert und schwerwiegende Sehbehinderungen behandelt. Es wird vermutet, dass der Anteil von AMD-Patienten in Kliniken größer als 10 % ist.¹¹⁷ Differenziert nach feuchter und trockener Form ist der Anteil von Patienten mit feuchter Form in Kliniken – zumindest relativ betrachtet – deutlich höher, da die feuchte AMD dort im Rahmen eines operativen Eingriffs mit Spritzen behandelt wird. Die Behandlung von AMD-Patienten erfolgt grundsätzlich ambulant.

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Augenärzte innerhalb von NRW.

	Amsberg	Detmold	Düsseldorf	Köln	Münster
Niedergel. Augenärzte	189 (1.086) (3 4)	96 (1.144) (5 5)	340 (857) (1 1)	260 (866) (2 3)	155 (859) (4 2)
Klinikärzte	40 (5.133) (3 4)	14 (7.847) (5 5)	93 (3.133) (2 2)	103 (2.187) (1 1)	29 (4.593) (4 3)

Tab. 3: Verteilung der Augenärzte innerhalb von NRW¹¹⁸

Die Tabelle verdeutlicht, dass die meisten Augenärzte – absolut und relativ betrachtet – in den Ballungsgebieten Köln und Düsseldorf tätig sind. Im Regierungsbezirk Detmold ist die Ärztedichte sowohl bei niedergelassenen Augenärzten als auch bei Klinikärzten am geringsten.

¹¹⁵ Hierzu liegen ebenfalls keine Studien vor. Die Annahme basiert auf Plausibilitätsüberlegungen in Verbindung mit Gesprächen mit augenmedizinischen Experten.

¹¹⁶ Die Zahl bezieht sich ebenfalls auf Mitglieder im Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. Vgl. Fn. 105 und 113.

¹¹⁷ Hierzu gibt es bislang ebenfalls keine Studien. Eine Analyse der Frequentierung der AMD-Patientensprechstunde am St. Franziskus-Hospital in Münster und Erfahrungen augenmedizinischer Experten sind Grundlage für die Vermutung.

¹¹⁸ Neben den absoluten Häufigkeiten in der ersten Zeile pro Feld gibt die Klammer in der zweiten Zeile pro Feld an, wie viele Versorger es pro AMD-Patient in dem Regierungsbezirk gibt. In der Klammer in der dritten Zeile je Feld werden im Vergleich zu anderen Regierungsbezirken der absolute Rang (je mehr Versorger, desto besser) und der relative Rang (je weniger Patienten je Versorger, desto besser) angegeben.

3.1.3 Nicht-medizinische Versorger

Den im Folgenden betrachteten primären Versorgern ist gemein, dass sie als **Anbieter nicht-medizinischer Versorgungsleistungen** fungieren. Diese lassen sich differenzieren nach kommerziellen und nicht-kommerziellen Anbietern.¹¹⁹ An der **kommerziellen Versorgung** sind Augenoptiker und Rehabilitationslehrer beteiligt.

Zentrale Aufgabe der **Augenoptiker** ist die Anpassung von Sehhilfen für sehbehinderte Menschen. Augenoptiker sind bundesweit organisiert im Zentralverband der Augenoptiker (ZVA) und im Bundesverband Deutscher Augenoptiker sowie auf Landesebene im Augenoptikerverband NRW.¹²⁰ Darüber hinaus zertifiziert die Wissenschaftliche Vereinigung für Augenoptiker und Optometrie (WVAO) Fachberater für Sehbehinderte, von denen es in NRW 90 gibt.¹²¹ Da die Sehbeeinträchtigung bei AMD-Patienten in der Regel so groß ist, dass Standardbrillen nicht ausreichen, um eine optimale bzw. verbesserte Sehstärke zu erreichen, bedarf es aufseiten der Augenoptiker spezifischer Kompetenzen für hochgradig sehbehinderte Menschen. Vor diesem Hintergrund kommt in der Versorgung von AMD-Patienten jenen Augenoptikern eine besondere Bedeutung zu, die auf vergrößern- de Sehhilfen (wie beispielsweise Lupenbrillen, Fernrohrbrillen oder Bildschirmlesegeräte) spezialisiert sind. Eine solche Spezialisierung bescheinigt der Zentralverband der Augenoptiker 19 in NRW tätigen Augenoptikern.¹²² Überdies wird in

¹¹⁹ Unter kommerziell soll in diesem Zusammenhang verstanden werden, dass mit der Arbeit monetäre Ziele verfolgt werden. Dies ist bei nicht-kommerziellen Akteuren nicht der Fall. Darüber hinaus erfolgt die Arbeit im nicht-kommerziellen Sektor weitestgehend auf ehrenamtlicher Basis.

¹²⁰ Vgl. zu den jeweiligen Leistungsspektren **ZENTRALVERBAND DER AUGENOPTIKER** (HRSG.), URL: <http://www.zva.de> [Abruf: 22.08.2009]; **BUNDESVERBAND DEUTSCHER AUGENOPTIKER** (HRSG.), URL: <http://www.bdao.de/home.html> [Abruf: 22.08.2009]; **AUGENOPTIKER VERBAND NRW** (HRSG.), URL: <http://www.augenoptikerverband-nrw.de> [Abruf: 22.08.2009].

¹²¹ Kriterien für die Zertifizierung sind u. a. der Nachweis fachspezifischer Kenntnisse, eine zeit- und fachgemäße Geräteausstattung sowie eine stetige Wahrnehmung von Weiterbildungen. Vgl. **WISSENSCHAFTLICHE VEREINIGUNG FÜR AUGENOPTIK UND OPTOMETRIE** (HRSG.), URL: <http://www.wvao.de> [Abruf: 24.09.2009].

¹²² Die Möglichkeit für Augenoptiker, sich nach den Richtlinien des Zentralverbandes der Augenoptiker für die Fachgebiete Kontaktlinsen, Sportoptik und vergrößern- de Sehhilfen als Spezialist anerkennen zu lassen, besteht seit 2007. Dafür sind bestimmte Kriterien, wie beispielsweise Fachwissen, Weiterbildung, Betriebsausstattung etc., erforderlich. Für eine Auflistung der auf den Bereich vergrößern- de Sehhilfen spezialisierten Optiker siehe **ZENTRALVERBAND DER AUGENOPTIKER** (HRSG.), URL: http://www.zva.de/ZVA/brancheninfo/spezialisten/080422_sehhilfen.php [letzter Abruf: 15.06.2010].

49 Augenarztpraxen bzw. Augenkliniken in NRW die Anpassung vergrößernder Sehhilfen als nicht-medizinische Zusatzleistung angeboten.¹²³

Im Bereich **Rehabilitationstraining** lassen sich zwei Teilbereiche unterscheiden: zum einen das Training in Lebenspraktischen Fähigkeiten und zum anderen das Training in Orientierung und Mobilität. Bei **Lebenspraktischen Fähigkeiten (LPF)** steht das Wiedererlernen der selbstständigen Verrichtung alltäglicher Handgriffe im Fokus. Kernelemente des Trainings sind Körperpflege, Ernährung, hauswirtschaftliche Versorgung und Kommunikation. Zur Verbesserung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit werden überdies die Möglichkeiten von Kontrastgebung, Beleuchtung sowie optischer Vergrößerung in der Wohn- und/oder Arbeitsumgebung erprobt und den Erfordernissen der Patienten angepasst.¹²⁴ Aufgrund individueller Bedürfnisse der Patienten variieren Inhalte, Dauer und Gestaltung der Schulungen oft stark voneinander. Die Kosten für die Schulung¹²⁵ können gemäß SGB XII §§ 53, 54 im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte vom Sozialhilfeträger übernommen werden.¹²⁶ Dass die Kostenübernahme üblicherweise einkommens- und vermögensabhängig erfolgt, hat zur Folge, dass ein Großteil der Patienten die Finanzierung des Trainings selbst tragen muss.¹²⁷

Zielsetzung der Schulung in **Orientierung und Mobilität (O & M)** ist es, blinde und (hochgradig) sehbehinderte Menschen im Gebrauch des weißen Langstocks so auszubilden, dass sie diesen als Verkehrsschutzzeichen und als Orientierungshilfe einsetzen können, um so die durch Blindheit oder Sehbehinderung bedingte Mobilitäts- und Orientierungsbeeinträchtigung weitestgehend auszugleichen. Das Training fördert das Körperbewusstsein, das Zeitgefühl, die Raumvorstellung sowie den Umgang mit Passanten und das Erfragen von Informationen.¹²⁸ Die Kos-

¹²³ Vgl. **BERUFSVERBAND DER AUGENÄRZTE DEUTSCHLANDS E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.augeninfo.de/listen/lo-vis.pdf> [Abruf: 15.06.2010].

¹²⁴ Vgl. **BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.)**, URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=681> [Abruf: 24.09.2009].

¹²⁵ Die Kosten einer Unterrichtsstunde belaufen sich auf ca. 90 EUR. Vgl. **BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.)**, URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=823> [Abruf: 24.09.2009]. Bei einer angenommenen durchschnittlichen Inanspruchnahme von 25 Unterrichtsstunden entstehen Gesamtkosten i. H. v. ca. 2.500 EUR.

¹²⁶ Vgl. **BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.)**, URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=690> [Abruf: 24.09.2009].

¹²⁷ Vgl. **HIMMELSBACH, I.**, Altern zwischen Kompetenz und Defizit – der Umgang mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit, a. a. O., S. 65.

¹²⁸ Vgl. **BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.)**, URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=680> [Abruf: 24.09.2009].

ten für die Schulung¹²⁹ werden – sofern eine verbliebene Sehfähigkeit von weniger als 30 % vorliegt¹³⁰ – gemäß § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.¹³¹

Für Patienten, die an der AMD erkrankt sind, ist insbesondere das Training in Lebenspraktischen Fähigkeiten von Bedeutung. Das Training in Orientierung und Mobilität ist angesichts der Schulung mit einem Blindenstock nur für im Krankheitsstadium weit fortgeschrittene AMD-Patienten relevant.

Ein Großteil der Rehabilitationslehrer¹³² ist Mitglied im Bundesverband der Rehabilitationslehrer/-lehrerinnen für Blinde und Sehbehinderte e. V. Diesem gehören aus NRW 30 Rehabilitationslehrer an, von denen 14 im Bereich Orientierung und Mobilität, zwei im Bereich Lebenspraktische Fähigkeiten und 14 in beiden Bereichen tätig sind.¹³³

Tabelle 4 zeigt die Verteilung der kommerziellen primären Leistungserbringer innerhalb von NRW. Sie verdeutlicht, dass die Bezirke Düsseldorf und Münster in den für AMD-Patienten besonders relevanten Bereichen auf vergrößernde Sehhilfen spezialisierte Optiker und Anpasser von vergrößernden Sehhilfen mengenmäßig – sowohl absolut als auch relativ betrachtet – gut versorgt sind. In Arnsberg, Detmold und Köln ist die Versorgung tendenziell weniger flächendeckend. Im Be-

¹²⁹ Die Kosten einer Unterrichtsstunde belaufen sich auf ca. 75 EUR. Vgl. **BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=684> [Abruf: 24.09.2009]. Der Bedarf an Unterrichtsstunden variiert zwischen 80 Unterrichtsstunden (einfacher Kontext) und 140 Unterrichtsstunden (komplexer Kontext). Vgl. hierzu **BAMBRING, M.**, Fachgutachten zum Unterrichtsbedarf für eine Schulung in Orientierung und Mobilität mit dem Langstock für sehgeschädigte Menschen, Bielefeld 2002, S. 18. Es kann davon ausgegangen werden, dass für das Training in Orientierung durchschnittlich (110 * 75 EUR zzgl. der Anschaffung eines Blindenstocks) ca. 8.500 EUR anfallen.

¹³⁰ Vgl. **DEMME, H., DRERUP, K. T.**, Selbstbestimmt leben – blinde und sehbehinderte Menschen in der Gesellschaft, in: Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V., Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e. V., (Hrsg.), Schriftenreihe zum Blindenrecht, Heft 2, 2006, URL: <http://www.dbsv.org/ratgeber/recht/schriftenreihe-zum-blindenrecht/heft-02-selbstbestimmt-leben-blinde-und-sehbehinderte-menschen-in-der-gesellschaft/?style=0%29> [Abruf: 16.10.2009].

¹³¹ Vgl. **BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=688> [Abruf: 24.09.2009].

¹³² Im Rahmen dieser Arbeit werden die Bezeichnungen Rehabilitationslehrer und Mobilitätstrainer synonym verwendet. Die offizielle Bezeichnung ist Rehabilitationslehrer. Eine geläufigere Bezeichnung ist jedoch Mobilitätstrainer. Aus diesem Grund wird auch im Rahmen der empirischen Befragungen von Mobilitätstrainern gesprochen.

¹³³ Vgl. **BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V.** (HRSG.), URL: http://www.rehalehrer.de/index.php?id=751&no_cache=1 [letzter Abruf: 15.06.2010].

reich Rehabilitationstraining hat Arnsberg eine Vorreiterstellung, während in Düsseldorf und Münster vergleichsweise wenige Rehabilitationslehrer vertreten sind.

	Arnsberg	Detmold	Düsseldorf	Köln	Münster
Fach- berater (Optiker)	26 (7.898) (1 1)	6 (18.310) (5 5)	25 (11.653) (2 4)	21 (10.727) (3 2)	12 (11.101) (4 3)
Spezialisten für vergr. Sehhilfen	3 (68.445) (3 3)	1 (109.859) (5 4)	9 (32.370) (1 1)	2 (112.633) (4 5)	4 (33.302) (2 2)
Anpasser vergr. Seh- hilfen	5 (41.067) (5 5)	7 (15.694) (4 2)	15 (19.422) (1 4)	12 (18.772) (2 3)	10 (13.321) (3 1)
Rehalehrer in LPF	6 (34.223) (1 1)	3 (36.620) (2 2)	2 (145.666) (4 5)	3 (75.088) (2 3)	1 (133.208) (5 4)
Rehalehrer in O & M	12 (17.111) (1 1)	4 (27.465) (4 2)	5 (58.266) (3 4)	6 (37.544) (2 3)	1 (133.208) (5 5)

Tab. 4: Verteilung kommerzieller primärer Leistungserbringer innerhalb von NRW¹³⁴

Im nicht-kommerziellen Bereich lassen sich als primäre Versorger die Blinden- und Sehbehindertenvereine bzw. -verbände, Pro Retina, die Berater von „Wir sehen weiter“, der Bund zur Förderung Sehbehinderter sowie kliniknahe Beratungsangebote identifizieren.

Bei der größten deutschen sozialen Organisation für sehbehinderte und blinde Menschen handelt es sich um den Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband (DBSV). In NRW ist der DBSV untergliedert in drei Unterverbände: den **Blinden- und Sehbehindertenverband (BSV) Nordrhein**, den **Blinden- und Sehbehindertenverein (BSV) Westfalen** sowie den **Lippischen Blinden- und Sehbehindertenverein (BSV)**. Zentrale Aufgabe der Blinden- und Sehbehindertenvereine bzw. -verbände ist satzungsgemäß die Förderung gesellschaftlicher und beruflicher Eingliederung blinder und sehbehinderter Menschen durch Einflussnahme auf die Gesetzgebung und -anwendung in NRW. Die soziale und berufliche Rehabilitation, die Mitwirkung bei der Erschließung neuer Berufsfelder, die

¹³⁴ Zur Erläuterung der Tabelle vgl. Fn. 118.

Beratung in Hilfsmittelfragen, die Verbesserung der Verkehrssicherheit, die Unterstützung kultureller, geselliger und sportlicher Bestrebungen sowie die Öffentlichkeitsarbeit und die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen komplettieren das Aufgabenspektrum.¹³⁵ Die Aufgaben der Blinden- und Sehbehindertenverbände bzw. -vereine richten sich nicht ausschließlich an AMD-Patienten, sondern an blinde oder sehbehinderte Menschen im Allgemeinen. Seit einigen Jahren entwickeln sich die Verbände bzw. Vereine vermehrt zu Patienten(selbsthilfe-)organisationen.¹³⁶ Das bedeutet, dass sie verstärkt Patienten im Rahmen von Bezirksgruppentreffen zusammenbringen und beraten. Während der BSV Nordrhein über 26 Vereine verfügt¹³⁷, gibt es im BSV Westfalen 39 Bezirksgruppen.¹³⁸ Der Lippische BSV hat keine weitere Vereins- oder Bezirksgruppenuntergliederung. Die in den Blinden- und Sehbehindertenverbänden bzw. -vereinen tätigen Personen engagieren sich weitestgehend auf ehrenamtlicher Basis.

Ein Projekt des BSV Westfalen ist die Ausbildung von „Wir sehen weiter“ (WSW)-Beratern. Aufgabe der zum größten Teil selbst sehbehinderten oder blinden regionalen Berater ist es, Patienten in sämtlichen auftretenden Fragen zu beraten. Dabei verstehen sich WSW-Berater als Lotsen, die Patienten darauf hinweisen, welche Versorger in der Region auf welche Fragen spezialisiert sind. Es wird angestrebt, ein regionales Netzwerk aus Ärzten, Fachoptikern, Kostenträgern sowie Verwaltungs- und Beratungsstellen aufzubauen.¹³⁹ Die im Rahmen des Projekts tätigen Berater wurden im Dortmunder Zentrum Behinderung und Studium (DoBuS) der TU Dortmund u. a. in den Bereichen Beratung, Datenschutz, Networking, Sehschädigungen sowie in speziellen Beratungsbereichen (z. B. Sehhilfen, Blindengeld, Umgang mit Hilfebedarfen etc.) geschult und nach Abschluss der ein-

¹³⁵ Vgl. **BLINDEN- UND SEHBEHINDERTEN-VERBAND NORDRHEIN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.bsv-nordrhein.de/bsvn/satzung.html> [Abruf: 27.09.2009]; **BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN WESTFALEN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.bsvw.de/downloads.php> [Abruf: 27.09.2009]; **LIPPISCHER BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN** (HRSG.), URL: http://www.lbsv.org/downloads/Satzung_LBSV.pdf [Abruf: 27.09.2009].

¹³⁶ Dies wurde einerseits von Führungskräften der Blinden- und Sehbehindertenverbände bzw. -vereine geäußert. Andererseits macht das unten thematisierte Projekt „Wir sehen weiter“ diese Tendenz deutlich.

¹³⁷ Vgl. **BLINDEN- UND SEHBEHINDERTEN-VERBAND NORDRHEIN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.bsv-nordrhein.de/ansprechpartner/vereine.html> [letzter Abruf: 15.06.2010].

¹³⁸ Vgl. **BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN WESTFALEN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.bsvw.de/bzgruppe.php?status=liste> [letzter Abruf: 15.06.2010].

¹³⁹ Vgl. **BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN WESTFALEN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.wir-sehen-weiter.de/index.php?site=beratungsstellen> [Abruf: 12.02.2010].

jährigen Ausbildung zertifiziert.¹⁴⁰ In NRW gibt es 53 aktive, zertifizierte und ehrenamtlich tätige Berater.¹⁴¹

Ein weiterer nicht-kommerzieller, primärer Versorger ist **Pro Retina Deutschland**. Bei Pro Retina handelt es sich um die größte diagnosespezifische Selbsthilfeorganisation für sehbehinderte Menschen in Deutschland. Schwerpunktmäßig widmet sich Pro Retina Netzhautdegenerationen. Während die Selbsthilfeorganisation ursprünglich primär auf die – im Volksmund als Tunnelblick bezeichnete – Krankheit Retinitis pigmentosa ausgerichtet war, gewinnt die AMD für Pro Retina seit einigen Jahren in zunehmendem Maße an Bedeutung. Die zentralen Aufgaben von Pro Retina sind auf dem Gebiet der Netzhautdegenerationen die Förderung der Forschung, die Information, Beratung und praktische Hilfeleistung für Betroffene und Angehörige, die Aufklärung der Öffentlichkeit sowie die Einflussnahme auf staatliche und private Institutionen.¹⁴² In NRW ist Pro Retina mit 14 Regionalgruppen vertreten.¹⁴³ Die Regionalgruppen bzw. deren Leiter organisieren regelmäßige Treffen, bei denen sich Patienten beraten lassen und untereinander austauschen können. Zusätzlich zu den Regionalgruppen sind bei Pro Retina 4 ehrenamtliche Makulaberater tätig¹⁴⁴, was die Tendenz verdeutlicht, dass sich die Organisation verstärkt der AMD zuwendet. Ferner bietet Pro Retina in Kooperation mit der ansässigen Augenklinik bzw. der augenmedizinischen Gemeinschaftspraxis Patientensprechstunden in Bonn und Ahaus an.

Der **Bund zur Förderung Sehbehinderter (BFS)** vertritt die Interessen von sehbehinderten Menschen in allen Lebensbereichen. Der – ebenfalls nicht auf eine spezielle Sehbehinderung fokussierte – Verein verfolgt schwerpunktmäßig die Aufgabe, das Wohl sehbehinderter Menschen im gesundheitlichen, erzieherischen, beruflichen, sozialen und finanziellen Bereich positiv zu beeinflussen. Da-

¹⁴⁰ Vgl. **DORTMUNDER ZENTRUM BEHINDERUNG UND STUDIUM** (HRSG.), Ältere sehgeschädigte Menschen im ehrenamtlichen Netzwerk kompetent beraten – Evaluation des Schulungscurriculums des Projektes „Wir sehen weiter“, 2010, unveröffentlichtes Dokument.

¹⁴¹ Vgl. **BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN WESTFALEN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.wir-sehen-weiter.de/index.php?site=bsuche> [letzter Abruf: 15.06.2010]. Es sei darauf hingewiesen, dass insgesamt 88 Personen ausgebildet wurden. Die Abweichung zu den 53 auf der Website angegebenen Beratungsstellen kommt durch nicht aktive Berater oder durch Anlaufstellen zustande, die von mehreren Beratern besetzt werden.

¹⁴² Vgl. **PRO RETINA DEUTSCHLAND E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.pro-retina.de/ueber-uns> [Abruf: 04.07.2009].

¹⁴³ Vgl. **PRO RETINA DEUTSCHLAND E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.pro-retina.de/regionalgruppen> [letzter Abruf: 15.06.2010].

¹⁴⁴ Vgl. **PRO RETINA DEUTSCHLAND E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.pro-retina.de/netzhauterkrankungen/makula-degeneration/patientenberater> [letzter Abruf: 15.06.2010].

rüber hinaus wirkt er an der Gesetzgebung und der Durchsetzung von Ansprüchen sehbehinderter Menschen mit.¹⁴⁵ Der Bund zur Förderung Sehbehinderter verfügt über einen Landesverband in NRW und ist mit 4 Ortsvereinen in NRW vertreten.¹⁴⁶ Von den Ortsvereinen werden regelmäßige Treffen organisiert.

Abschließend sind im Bereich nicht-kommerzieller primärer Versorger **kliniknahe Beratungsangebote** zu nennen. Hierzu zählen beispielsweise die Akademie des Sehens in Münster, das Netzwerk Sehen in Aachen sowie zwölf an Kliniken angegliederte Sehbehindertenambulanzen.¹⁴⁷ Während ein Großteil der Patientenberatung von Sehbehinderten selbst übernommen wird, liegt eine Besonderheit der **Akademie des Sehens**¹⁴⁸ darin, dass die Beratung von nicht sehbehindertem, pädagogisch geschultem Fachpersonal durchgeführt wird. Das **Netzwerk Sehen** bündelt in der Universitätsaugenklinik Aachen einmal im Monat fachübergreifende Kompetenzen, um sehbehinderte Menschen zu beraten und Patienten über Beratungs- und Hilfemöglichkeiten in der Wohnumgebung aufzuklären.¹⁴⁹ In **Sehbehindertenambulanzen** werden augenmedizinische Kompetenzen beispielsweise mit der Anpassung vergrößernder Sehhilfen oder der Beratung über Möglichkeiten in der beruflichen und sozialen Rehabilitation kombiniert.¹⁵⁰ Den kliniknahen Beratungsangeboten ist gemein, dass auch sie sich in der Regel nicht auf bestimmte Augenkrankheiten fokussieren.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Verteilung der nicht-medizinischen, nicht-kommerziellen primären Leistungserbringer innerhalb von NRW.

¹⁴⁵ Vgl. **BUND ZUR FÖRDERUNG SEHBEHINDERTER E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.bfs-ev.de/index.php?menuid=32> [Abruf: 24.01.2010].

¹⁴⁶ Vgl. **Bund zur Förderung Sehbehinderter – Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V.** (Hrsg.), URL: <http://www.sehbehinderung.de> [letzter Abruf: 15.06.2010].

¹⁴⁷ Einen Überblick über Sehbehindertenambulanzen in NRW gibt der **BUND ZUR FÖRDERUNG SEHBEHINDERTER – LANDESVERBAND NORDRHEIN-WESTFALEN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.sehbehinderung.de/adressen/sehbehindertenambulanzen.html> [letzter Abruf: 15.06.2010].

¹⁴⁸ Zu Zielen, Aufgaben etc. vgl. **AKADEMIE DES SEHENS** (HRSG.), URL: <http://www.muenster.org/ads/> [Abruf: 22.07.2009].

¹⁴⁹ Vgl. **CHRIST, A.**, Netzwerk Sehen informiert Blinde und Sehbehinderte über regionale Unterstützungsmöglichkeiten, URL: http://www.rwth-aachen.de/aw/main/deutsch/Themen/Einrichtungen/Verwaltung/dezernat/Pressemitteilungen_der_RWTH/_/~ym/Netzwerk_Sehen_informiert_Blinde_und_Seh/ [Abruf: 24.04.2010].

¹⁵⁰ Exemplarisch sei in diesem Zusammenhang die Sehbehindertenambulanz im Zentrum für Augenheilkunde am Universitätsklinikum Essen genannt. Vgl. hierzu **ZENTRUM FÜR AUGENHEILKUNDE – UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN** (HRSG.), URL: <http://www.uniklinik-essen.de/augenklinik/sehbe-ambu.html> [Abruf: 02.02.2009].

	Arnsberg	Detmold	Düsseldorf	Köln	Münster
BSV	22 (9.333) (1 1)	8 (13.732) (5 3)	16 (18.208) (2 4)	10 (22.527) (3 5)	10 (13.321) (3 2)
WSW	17 (12.079) (1 2)	4 (27.465) (5 4)	12 (24.278) (2 3)	8 (28.158) (4 5)	12 (11.101) (2 1)
Pro Retina	4 (51.334) (1 1)	1 (109.859) (5 5)	3 (97.111) (2 4)	3 (75.088) (2 3)	2 (66.604) (4 2)
BFS	0 (4 4)	1 (109.859) (2 1)	2 (145.666) (1 2)	1 (225.265) (2 3)	0 (4 4)
Kliniknahe Beratung	4 (51.334) (1 1)	1 (109.859) (5 5)	4 (72.833) (1 4)	4 (56.316) (1 2)	2 (66.604) (4 3)
Σ Anlauf- stellen	47 (4.369) (1 1)	15 (7.324) (5 3)	37 (7.874) (2 4)	26 (8.664) (3 5)	26 (5.123) (3 2)

Tab. 5: Verteilung nicht-kommerzieller primärer Leistungserbringer innerhalb von NRW¹⁵¹

Es zeigt sich, dass der Bezirk Arnsberg sowohl absolut als auch relativ betrachtet eine Vorreiterstellung in NRW einnimmt. Dies gilt für Anlaufstellen einzelner Organisationen ebenso wie für die Summe der Anlaufstellen aller Organisationen. Die absolut betrachtet wenigsten Anlaufstellen gibt es in Detmold. In Münster sind nicht-kommerzielle, primäre Versorger absolut und relativ betrachtet vergleichsweise häufig vertreten. Die Ballungsgebiete Düsseldorf und Köln weisen bei relativer Betrachtung aller Anlaufstellen im Verhältnis zur Zahl der Patienten, die in dem Regierungsbezirk leben, die geringste Versorgungsdichte auf.

Ungeachtet des Vergleichs zwischen Regierungsbezirken wird deutlich, dass der Organisationsgrad nicht-kommerzieller primärer Leistungsanbieter in NRW, gemessen an der Zahl der AMD-Patienten, relativ gering ist. Auch HIMMELSBACH schlussfolgert in ihrer Arbeit, dass die Betreuungslandschaft für ältere Sehbehin-

¹⁵¹ Zur Erläuterung der Tabelle vgl. Fn. 118.

derte (in Deutschland) noch weit davon entfernt ist, flächendeckend gewährleistet zu sein.¹⁵²

3.2 Sekundäre Systemelemente

Als sekundäre Systemelemente fungieren die **Kostenträger** der medizinischen und nicht-medizinischen Versorgung. Dabei handelt es sich – in Abhängigkeit der gesetzlichen Regelungen und der Einkommens- und Vermögenssituation der Patienten – um Krankenkassen und Sozialämter.¹⁵³ Überdies kommt forschenden **Pharmaunternehmen** (bei der Herstellung von Medikamenten) und **Herstellern von medizintechnischen Geräten und Sehhilfsgeräten** für Patienten eine bedeutende Rolle zu. Im Pharmasektor sind die einschlägigen, im AMD-Sektor forschenden und Medikamente herstellenden Unternehmen Alcon Pharma GmbH, Bayer Schering Pharma AG, Novartis Pharma AG und Pfizer Pharma GmbH. Im Bereich von Sehhilfsgeräten haben die Unternehmen Schweizer, Carl Zeiss Vision und Eschenbach Optik (jeweils optische Hilfen) sowie Reinecker Reha-Technik, Baum Retec und Papenmeier (jeweils elektronische Hilfen) eine Vorreiterstellung. Medizintechnische Geräte werden auf dem deutschen Markt insbesondere von Heidelberg Engineering, Carl Zeiss Meditec, IBM und Siemens angefertigt. In der Funktion eines **Mittlers** können **Hausärzte** fungieren, indem sie insbesondere ältere Patienten auf die Notwendigkeit regelmäßiger Augenarztbesuche hinweisen und entsprechende Überweisungen ausstellen. Von entscheidender Bedeutung als **Unterstützer der Patienten** sind **Familienangehörige** sowie Personen aus dem **sozialen Umfeld** der Patienten. Neben vielfältiger Hilfe im Alltag begleiten sie die Patienten in der Regel zu medizinischen Untersuchungen oder zu nicht-medizinischen Anlaufstellen. Damit sind Angehörige und das soziale Umfeld eine Schlüsselgröße bei der Überwindung von Mobilitätsbarrieren, die ältere und gleichzeitig sehbehinderte Menschen tendenziell haben. Darüber hinaus sondieren sie Informationen aus Broschüren oder dem Internet und haben somit einen

¹⁵² Vgl. HIMMELSBACH, I., Altern zwischen Kompetenz und Defizit – der Umgang mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit, a. a. O., S. 62.

¹⁵³ Grundsätzlich übernehmen Krankenkassen jene Kosten, die sie dem Leistungskatalog entsprechend übernehmen müssen. Dabei gilt das Sachleistungsprinzip. Das bedeutet, dass Versicherte nicht gegenüber dem Leistungserbringer in Vorleistung treten müssen. Überdies gibt es Einzelfallentscheidungen. Ist dies der Fall, müssen Patienten in Vorleistung treten und bei Krankenkassen einen Antrag auf Kostenübernahme stellen. Sofern Krankenkassen die Kosten einer gesundheitsbezogenen Leistung nicht übernehmen, können Patienten mit geringem Einkommen einen Antrag auf Übernahme der Kosten durch das Sozialamt stellen. Vgl. hierzu §§ 47-52 SGB XII, die *Hilfen zur Gesundheit* thematisieren.

mittelbaren Einfluss darauf, welche Versorgungsangebote wahrgenommen werden.

3.3 Tertiäre Systemelemente

Als tertiäre Systemelemente sind **Medien** aufzufassen. Dabei handelt es sich nicht um Medien im Allgemeinen, sondern um Medien im Speziellen, die die Versorgung beeinflussen, indem sie neue Therapieformen und Behandlungsoptionen thematisieren oder Stellungnahmen zu Medikamenten etc. formulieren. Darunter zu fassen sind vor allem augenärztespezifische Medien wie beispielsweise *Der Ophthalmologe*, *Der Augenarzt*, *Ophthalmologische Nachrichten* oder *Der Augenspiegel*. Aber auch Informationen auf den Internetseiten oder Newsletter von medizinischen und nicht-medizinischen Akteuren können die Versorgung beeinflussen. Überdies kommt **Meinungsführern**¹⁵⁴ und **Multiplikatoren** eine besondere Bedeutung bei der Beeinflussung des Versorgungsprozesses zu.

4. Analyse der Systemstruktur und des Systemverhaltens

Das Hauptinteresse der Systemanalyse ist es, anknüpfend an die Identifikation von Systemelementen die Beziehungen zwischen diesen zu untersuchen. Als wichtigste dauerhafte Relationen im System lassen sich dabei Rollenbeziehungen, Konkurrenzbeziehungen, Kooperationsbeziehungen, Machtbeziehungen und Kommunikationsbeziehungen identifizieren.¹⁵⁵ Diese fünf Formen von Beziehungsstrukturen werden im Folgenden im Kontext der AMD-Versorgung differenziert nach sektorinternen und sektorübergreifenden Relationen analysiert.

4.1 Analyse von Rollenbeziehungen

In der systemtheoretischen Forschung werden unter **Rollenbeziehungen** Verhaltenserwartungen verstanden, die sich an bestimmte Mitglieder bzw. Teilnehmer im System richten.¹⁵⁶ Sie können sich entweder aus den absoluten Merkmalen der

¹⁵⁴ Als Meinungsführer werden solche Personen innerhalb sozialer Gruppen bezeichnet, die in Kommunikationsbeziehungen im Vergleich zu anderen Gruppenmitgliedern einen stärkeren Einfluss auf andere haben und dadurch deren Meinung beeinflussen können. Vgl. **KROEBER-RIEL, W., WEINBERG, P., GRÖPPEL-KLEIN, A.**, Konsumentenverhalten, 9. Aufl., München 2009, S. 549.

¹⁵⁵ Vgl. **MEFFERT, H.**, Marketing – Einführung in die Absatzpolitik, a. a. O., S. 48.

¹⁵⁶ Vgl. **KIRSCH, W.**, Die Koordination von Entscheidungen in Organisationen, in: Zeitschrift für be-

Systemelemente oder auf Basis vertraglicher Regelungen ergeben.¹⁵⁷ Im Rahmen der Analyse von Rollenbeziehungen wird folglich der Frage nachgegangen, wer was von wem erwartet. Damit einher geht die Frage, inwieweit Erwartungshaltungen erfüllt werden. STEFFENHAGEN zeigt diesbezüglich auf, dass eine mangelnde Übereinkunft in den Rollenerwartungen bzw. Abweichungen zwischen Verhaltenserwartungen und tatsächlichem Verhalten die Hauptursachen für Konflikte sind.¹⁵⁸ Das Verhältnis von Verhaltenserwartung und tatsächlichem Verhalten wird in der Literatur durch das Confirmation-Disconfirmation-Paradigma beschrieben.¹⁵⁹

4.1.1 Sektorinterne Rollenbeziehungen

Sektorinterne Rollenbeziehungen lassen sich sowohl im medizinischen als auch im sozialen Sektor identifizieren. **Innerhalb des medizinischen Sektors** erwarten Augenkliniken aufgrund ihrer spezifischen Ressourcen und ihrer Fachexpertise, dass Patienten für bestimmte Diagnosen oder Therapien von niedergelassenen Augenärzten an sie weitergeleitet werden (Soll-Verhalten der niedergelassenen Augenärzte). Demgegenüber erwarten niedergelassene Augenärzte, dass spezialisierte Augenkliniken die Patienten an sie zurück überweisen (Soll-Verhalten der Augenkliniken).¹⁶⁰ Für die wechselseitigen Überweisungen ist es notwendig, dass Vertrauen aufgebaut wird, da sowohl niedergelassene Augenärzte als auch Spezialkliniken ihre Patienten vorübergehend abgeben. Auch ist es angesichts anfallender Transaktionen und damit verbundener Kosten von hoher Bedeutung, die Schnittstelle zwischen niedergelassenen Augenärzten und Augenkliniken effizient zu gestalten. Das bedeutet, dass Doppeluntersuchungen vermieden werden und ein zielgerichteter Austausch von Patienteninformationen stattfindet (Soll-Verhalten von niedergelassenen Augenärzten und Augenkliniken). Die Gespräche mit Experten verdeutlichen, dass die Verhaltenserwartungen, die niedergelassene Augenärzte an Klinikärzte stellen und umgekehrt, in der Regel erfüllt werden. Ein-

triebswirtschaftliche Forschung, 23. Jg., 1971, Nr. 1, S. 61 ff.

¹⁵⁷ Vgl. MEFFERT, H., Marketing – Einführung in die Absatzpolitik, a. a. O., S. 49.

¹⁵⁸ Vgl. STEFFENHAGEN, H., Konflikt und Kooperation in Absatzkanälen – ein Beitrag zur verhaltensorientierten Marketingtheorie, Wiesbaden 1975.

¹⁵⁹ Das Konzept wird als leistungsfähigster Ansatz innerhalb der Zufriedenheitsforschung bezeichnet. Gegenstand ist ein Soll-Ist-Vergleich. Stimmen Soll- und Ist-Leistung bzw. im vorliegenden Fall Soll- und Ist-Verhalten überein, führt dies zu Zufriedenheit. Bei einer Abweichung im positiven Sinne folgt ebenfalls Zufriedenheit, während bei einer Abweichung im negativen Sinne Unzufriedenheit bzw. im vorliegenden Fall Konflikt folgen. Vgl. z. B. TROMMSDORFF, V., Konsumentenverhalten, 6. Aufl., Stuttgart 2004, S. 139.

¹⁶⁰ Bei der Therapie der feuchten AMD erfolgen Überweisungen in der Regel in abwechselndem Rhythmus. In Kliniken werden Patienten injiziert, während niedergelassene Augenärzte am Tag nach der Injektion den Augendruck der Patienten kontrollieren.

zig zeitnahe Überweisungen sowie die Dauer, die für die Anfertigung von Arztbriefen benötigt wird, sind nach Meinung der Augenärzte zu verbessern.¹⁶¹

Innerhalb des sozialen Sektors besteht das Soll-Verhalten darin, gegenseitig auf die Leistungsangebote anderer Versorger zu verweisen. Dies ist erforderlich, sofern die Kompetenzen einer anderen Organisation für eine bedürfnisgerechte Betreuung eines Patienten besser geeignet erscheinen.¹⁶² Faktisch bestehen aber auch und insbesondere im sozialen Sektor Konkurrenzbeziehungen¹⁶³, die bedingen, dass ein entsprechender Verweis ausbleibt. Entsprechend ist das Verhältnis von Konflikten geprägt.

4.1.2 Sektorübergreifende Rollenbeziehungen

Sektorübergreifende Rollenbeziehungen lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen identifizieren. Die **Beziehung zwischen Leistungserbringern** (Mediziner und Anbieter nicht-medizinischer Versorgungsleistungen), **Leistungsempfängern** (Patienten) und **Kostenträgern** (Krankenkassen und Sozialamt) ist geprägt von sog. doppelten Principal-Agent-Beziehungen. Zum einen beauftragen Patienten als Prinzipal den Mediziner oder einen sonstigen Leistungserbringer mit einer Versorgungsleistung, ohne dessen Qualität beurteilen zu können. Entsprechend erwarten Patienten, dass der Arzt nach dem „Stand der Kunst“ diagnostiziert und therapiert (Soll-Verhalten des Augenarztes). Da der Patient auch nach der Behandlung nicht einschätzen kann, ob die Behandlung zu einem besseren Ergebnis hätte führen können, bleibt der Informationsnachteil bestehen. Insofern ist es von elementarer Bedeutung, dass der Patient seinem Arzt vertraut. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, bei der Wahl eines Augenarztes dessen Signalling, z. B. in Form von Zertifikaten oder Bewertungen anderer Patienten, zu berücksichtigen. Alles in allem geben die befragten Patienten an, dass sie – bei einem Mittelwert von 1,81¹⁶⁴ – mit ihrem Augenarzt zufrieden sind. Vor diesem Hintergrund liegt die Schlussfolgerung nahe, dass Patienten davon ausgehen, dass sich der Arzt trotz seines Informationsvorsprungs zu ihren Gunsten verhält.

¹⁶¹ Vgl. **MEFFERT, H., WISTUBA, M.**, Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 12.

¹⁶² Beispielsweise müssen Patienten, denen es wichtig ist, sich mit anderen Patienten austauschen zu können, auf die Angebote der Selbsthilfeorganisationen hingewiesen werden.

¹⁶³ Vgl. ausführlich dazu Kap. B 4.2.1.

¹⁶⁴ Der Mittelwert ergibt sich auf einer 5er-Skala mit Werten von 1 = *sehr zufrieden* bis 5 = *überhaupt nicht zufrieden*.

Zum anderen wird der Leistungserbringer in der Regel durch Kostenträger vergütet, die den Ressourceneinsatz und die Qualität der Versorgung nicht nachvollziehen können. Aufgrund dessen erwarten Krankenkassen, dass Leistungserbringer die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient einsetzen und eine bestmögliche Behandlung anstreben (Soll-Verhalten der Leistungserbringer). Um dies sicherzustellen, definieren Krankenkassen Standards für die Behandlung von Patienten. In diesem Zusammenhang ist es von elementarer Bedeutung, dass Anreize und Beiträge von Leistungserbringern und Kostenträgern miteinander in Einklang gebracht werden.

In der **Beziehung zwischen Medizinern und sozialen Akteuren** erwarten letztere, dass Augenärzte sich mit sozialen Organisationen im Allgemeinen und deren Leistungsspektren im Speziellen auseinandersetzen (Soll-Verhalten der Mediziner). Dies ist beispielsweise möglich, indem sie Veranstaltungen besuchen, auf denen sich soziale Organisationen vorstellen oder Materialien sichten, die soziale Organisationen ihnen zusenden. Soziale Organisationen erwarten, dass Mediziner als Koordinatoren fungieren¹⁶⁵, indem sie ihre Patienten durch direkten Hinweis oder durch die Mitgabe von Informationsmaterial auf soziale Organisationen aufmerksam machen. Eine notwendige Bedingung für dieses Verhalten ist, dass Mediziner die sozialen Angebote kennen. Auf Basis der empirischen Befragung zeigt Tabelle 6, wie einerseits die Vertreter sozialer Organisationen den Bekanntheitsgrad ihrer Organisation bei Augenärzten und nachgelagert bei Patienten einschätzen und wie hoch andererseits der Bekanntheitsgrad bei Augenärzten und Patienten tatsächlich ist.¹⁶⁶

Es wird deutlich, dass alle sozialen Organisationen ihren Bekanntheitsgrad sowohl bei Augenärzten als auch Patienten mitunter deutlich überschätzen. Ihre Erwartungshaltung wird damit nicht erfüllt.

¹⁶⁵ Vgl. MEFFERT, H., WISTUBA, M., Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 18.

¹⁶⁶ Um sozial erwünschtes Antwortverhalten zu vermeiden, wurden Augenärzte ungestützt nach sozialen Organisationen befragt, d. h., dass ihnen keine Vorgaben gemacht wurden. Patienten hingegen wurden gestützt befragt, um sie nicht zu überfordern.

	Bekanntheit bei Augenärzten			Bekanntheit bei Patienten		
	Einschätzung Organisation	Tatsächliche Bekanntheit	Abweichung	Einschätzung Organisation	Tatsächliche Bekanntheit	Abweichung
Kennen Sie Pro Retina?	50 %	35 %	15 %-Punkte	48 %	14 %	34 %-Punkte
Kennen Sie BSV?	53 %	40 %	13 %-Punkte	45 %	20 %	25 %-Punkte
Kennen Sie Rehallehrer?	56 %	9 %	47 %-Punkte	38 %	4 %	34 %-Punkte
Kennen Sie WSW-Berater?	39 %	1 %	38 %-Punkte	28 %	3 %	25 %-Punkte

Tab. 6: Selbst- und Fremdeinschätzung des Bekanntheitsgrads sozialer Organisationen

Der über den Bekanntheitsgrad hinausgehende Hinweis von Augenärzten auf soziale Organisationen erfolgt entweder durch Informationsmaterial in der Praxis bzw. der Klinik oder durch eine direkte Empfehlung einer sozialen Organisation an den Patienten. Mit Blick auf Informationsmaterialien zeigt die empirische Befragung, dass die Blinden- und Sehbehindertenvereine und Pro Retina vergleichsweise präsent sind. Während 26 % der befragten Augenärzte Informationsmaterial von Blinden- und Sehbehindertenvereinen ausliegen haben, beträgt der Wert bei Pro Retina 19 %. Andere Organisationen werden von Augenärzten mit einem sehr geringen Prozentsatz genannt. Bei der Frage, inwieweit Augenärzte Patienten gezielt soziale Organisationen¹⁶⁷ empfehlen, zeigt sich eine Abweichung zwischen dem von sozialen Organisationen erwarteten Verhalten und dem tatsächlichen Verhalten der Augenärzte. Wie Tabelle 7 verdeutlicht, überschätzen die Rehabilitationslehrer und WSW-Berater das direkte Empfehlungsverhalten der Augenärzte deutlich. Einzig die Vertreter von Pro Retina unterschätzen das Empfehlungsverhalten.

¹⁶⁷ Als soziale Organisationen werden in dieser Arbeit die nicht-kommerziellen, nicht-medizinischen Organisationen sowie Mobilitätstrainer verstanden. Mobilitätstrainer sind formal zwar kommerziell tätig, betreuen Patienten jedoch auch bzw. vor allem in sozialen Aspekten.

	Einschätzung der Organisation	Tatsächliche Empfehlung der Augenärzte	Abweichung
Empfehlen Sie Pro Retina ihren Patienten?	18 %	32 %	-14 %-Punkte
Empfehlen Sie BSV ihren Patienten?	38 %	36 %	2 %-Punkte
Empfehlen Sie Rehalerher ihren Patienten?	42 %	9 %	33 %-Punkte
Empfehlen Sie WSW-Berater ihren Patienten?	15 %	1 %	14 %-Punkte

Tab. 7: Selbst- und Fremdeinschätzung des Empfehlungsverhaltens von Augenärzten

Auf der anderen Seite erwarten Augenärzte von sozialen Organisationen, dass diese – ihrer Kernkompetenz entsprechend – die Beratung der Patienten auf soziale Fragestellungen fokussieren und nicht in den medizinischen Kompetenzbereich der Augenärzte eindringen (Soll-Verhalten sozialer Organisationen). Die empirisch befragten Augenärzte lehnen die Aussage, dass sich soziale Organisationen in medizinische Fragestellungen einmischen, mit einem Mittelwert von 3,34¹⁶⁸ allerdings nur tendenziell ab.

Das **Verhältnis zwischen Medizinern und Augenoptikern** ist von der Erwartung der Mediziner geprägt, dass optische Sehhilfen erst dann von Augenoptikern angepasst werden, wenn eine medizinische Diagnose vom Augenarzt gestellt wurde (Soll-Verhalten der Augenoptiker). De facto sind die Experten aus dem medizinischen Sektor allerdings der Ansicht, dass Augenoptiker – trotz fehlender formaler Qualifikation – Teilaufgaben von Augenärzten übernehmen und Patienten dadurch dazu bewegen, den Augenarzt zu umgehen.¹⁶⁹ Überdies erwarten Augenärzte, dass Augenoptiker sich nach möglichen Therapien der Patienten erkundigen und ihnen keine Sehhilfen verschreiben, während sie sich in einer Therapie befinden (Soll-Verhalten der Augenoptiker).¹⁷⁰ Dieses gewünschte Verhalten wird nach An-

¹⁶⁸ Der Mittelwert ergibt sich auf einer 5er-Skala mit Werten von 1 = *trifft voll und ganz zu* bis 5 = *trifft überhaupt nicht zu*.

¹⁶⁹ Vgl. MEFFERT, H., WISTUBA, M., Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 19.

¹⁷⁰ Dies lässt sich dadurch begründen, dass sich die Sehstärke insbesondere bei der feuchten Form der AMD im Rahmen der Therapie kurzfristig deutlich verändern kann. Insofern kann eine Sehhilfe nach kurzer Zeit nicht mehr der Sehbehinderung entsprechen und damit für den Patienten wertlos werden.

sicht der medizinischen Experten jedoch aus Profitgründen der Augenoptiker ebenfalls nicht eingehalten.¹⁷¹ Vor dem Hintergrund der jeweils negativen Abweichungen vom Ist-Verhalten im Vergleich zum Soll-Verhalten ist das Verhältnis zwischen Medizinern und Augenoptikern als konfliktär zu bezeichnen.

4.2 Analyse von Konkurrenzbeziehungen

Konkurrenzbeziehungen liegen – im systemtheoretischen Verständnis – vor, „wenn ein aktives Element im [...] System seine Ergebnisse nur zu Lasten [...] [eines] anderen Elementes verbessern kann“¹⁷². Dabei wird zwischen horizontaler und vertikaler Konkurrenz differenziert.¹⁷³

4.2.1 Sektorinterne Konkurrenzbeziehungen

Im medizinischen Sektor konkurrieren die Anbieter von Versorgungsleistungen um Patienten. Dies betrifft sowohl unterschiedliche niedergelassene Augenärzte im horizontalen Verhältnis als auch niedergelassene Augenärzte und Augenkliniken im vertikalen Verhältnis. Vor allem in Regionen, in denen es – gemessen an der Zahl der Patienten – viele Leistungserbringer gibt¹⁷⁴, sind der Wettbewerb und das Konkurrenzverhältnis besonders intensiv. Wie im Rahmen der Rollenbeziehungen gezeigt, besteht vertikale Konkurrenz aufgrund unterschiedlicher Ressourcen und Kompetenzen faktisch allerdings kaum.

Im sozialen Sektor bestehen Konkurrenzbeziehungen in Bezug auf Patienten bzw. Mitglieder. Dies ist auf nicht klar voneinander abgegrenzte Angebotsprofile zurückzuführen. Darüber hinaus besteht zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit sozialer Organisationen Konkurrenz um finanzielle Unterstützung, z. B. durch Stiftungen, Private, Wirtschaft und Staat. Nicht zuletzt konkurrieren soziale Organisationen um Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit. Diese ist für die zuvor genannten Ziele eine notwendige Bedingung. Experten weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es nicht immer zielführend ist, wenn soziale Organisationen – ins-

¹⁷¹ Vgl. MEFFERT, H., WISTUBA, M., Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 19.

¹⁷² MEFFERT, H., Marketing – Einführung in die Absatzpolitik, a. a. O., S. 48.

¹⁷³ Zu horizontalen und vertikalen Beziehungen vgl. in ausführlicher Form Kap. C 1.1 und C 1.2.

¹⁷⁴ Dies ist beispielsweise in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf der Fall. Vgl. hierzu auch Kap. B 3.1.2.

besondere vor dem Hintergrund ihrer Non-Profit-Tätigkeit – miteinander konkurrieren, da dadurch Anstrengungen dupliziert werden und Synergiepotenziale ungenutzt bleiben.¹⁷⁵

Weitere horizontale Konkurrenzbeziehungen lassen sich zwischen Pharmaunternehmen, zwischen Herstellern von medizintechnischen und Sehhilfsgeräten, zwischen Rehabilitationslehrern und zwischen Optikern identifizieren. Aufgrund jeweils ähnlicher Leistungsangebote konkurrieren sie um Abnehmer ihrer Leistungen.

4.2.2 Sektorübergreifende Konkurrenzbeziehungen

Sektorübergreifend kann eine potenzielle Konkurrenzbeziehung **zwischen Medizinern und sozialen Organisationen** gesehen werden. Dabei handelt es sich jedoch primär um eine einseitige Konkurrenzbeziehung. Mediziner könnten befürchten, dass die Patientenbindung reduziert wird, wenn Patienten soziale Organisationen aufsuchen.¹⁷⁶ Die empirische Befragung zeigt allerdings, dass soziale Organisationen nicht erwarten, dass Mediziner sie als Konkurrenten empfinden.¹⁷⁷ Damit tendenziell übereinstimmend geben Mediziner an, dass auch sie soziale Organisationen nicht als Konkurrenten wahrnehmen.¹⁷⁸

Eine faktisch bestehende Konkurrenzbeziehung um Patienten und Kompetenzen ergibt sich sektorübergreifend aus den oben aufgezeigten Konflikten zwischen Augenärzten und Optikern.¹⁷⁹

¹⁷⁵ Vgl. Meffert, H., Wistuba, M., Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 16.

¹⁷⁶ Dies gilt insbesondere bei Patienten in späten Stadien, bei denen keine Therapien mehr möglich sind, aber in ca. halbjährigen Abständen routinemäßige Untersuchungen durchgeführt werden.

¹⁷⁷ Auf einer 5er-Skala mit Werten von 1 = *stimme voll und ganz zu* bis 5 = *stimme überhaupt nicht zu* beträgt der Mittelwert für die Aussage „Ärztinnen und Ärzte aus NRW empfinden (die jeweilige soziale Organisation) als Konkurrenten um Patienten“ 4,60.

¹⁷⁸ Auf einer 5er-Skala mit Werten von 1 = *trifft voll und ganz zu* bis 5 = *trifft überhaupt nicht zu* beträgt der Mittelwert für die Aussage „Ich habe Bedenken, dass Patienten, die soziale Einrichtungen nutzen, weniger in meine Praxis kommen“ 4,26.

¹⁷⁹ Vgl. Kap. B 4.2.2.

4.3 Analyse von Kooperationsbeziehungen

Kooperationsbeziehungen bringen im systemtheoretischen Verständnis „die Verhaltenseinschränkungen zugunsten anderer Systemelemente zum Ausdruck“¹⁸⁰. Analog zu konkurrenzbasierten Beziehungen wird zwischen horizontalen und vertikalen Kooperationen differenziert.

4.3.1 Sektorinterne Kooperationsbeziehungen

Innerhalb des medizinischen Sektors lassen sich aus der Perspektive der niedergelassenen Augenärzte Kooperationsbeziehungen zu anderen niedergelassenen Augenärzten und zu Klinikärzten identifizieren. Mit ersteren besteht beispielsweise eine Kooperation in Ärztesubgruppen. Mit Klinikärzten steht die Zusammenarbeit bei der Weiter- bzw. Rückleitung von Patienten im Fokus. Überdies richten einige Kliniken Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Augenärzte aus. Die empirische Befragung zeigt, dass die Intensität der Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Augenärzten auf einer 5er-Skala¹⁸¹ mit einem Mittelwert von 2,62 und mit Klinikärzten mit 1,70 beziffert wird. Das bedeutet, dass niedergelassene Augenärzte vertikal stärker kooperieren als horizontal. Da der Mittelwert der Intensität der Zusammenarbeit mit allen Akteuren aus Sicht der niedergelassenen Augenärzte bei 3,39 liegt¹⁸², zeigt sich, dass beide sektorinternen Kooperationsbeziehungen überdurchschnittlich intensiv sind.

Aus der Perspektive der Klinikärzte werden ebenfalls die beiden sich ergebenden Kooperationsbeziehungen im medizinischen Sektor betrachtet. Während die Inhalte der vertikalen Kooperationen mit niedergelassenen Augenärzten den bereits geschilderten entsprechen, gibt es auf horizontaler Ebene beispielsweise Forschungsk Kooperationen mit anderen Kliniken oder eine Zusammenarbeit in Gremien. Letztere betrifft jedoch hauptsächlich Klinikleiter. Die Klinikärzte beziffern die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Augenärzten durchschnittlich mit einer Intensität von 2,13, während die Zusammenarbeit mit anderen Klinikärzten bei durchschnittlich 2,25 liegt. Analog zu der Sichtweise der niedergelassenen Augenärzte ist die vertikale Zusammenarbeit auch aus der Perspektive der Klinikärz-

¹⁸⁰ MEFFERT, H., Marketing – Einführung in die Absatzpolitik, a. a. O., S. 48.

¹⁸¹ Die Skala zur Messung der Intensität der Zusammenarbeit bildet hier und im Folgenden Werte von 1 = *sehr intensiv* bis 5 = *überhaupt nicht intensiv* ab.

¹⁸² Der Mittelwert ergibt sich aus der Zusammenarbeit mit sektorinternen Akteuren (Abb. 7) und der Zusammenarbeit mit sektorübergreifenden Akteuren (Abb. 8).

te intensiver als die horizontale. Der Durchschnitt der Intensität der Zusammenarbeit mit allen Akteuren liegt bei Klinikärzten bei 3,04¹⁸³, sodass die sektorinternen Kooperationen als überdurchschnittlich intensiv bewertet werden.

Innerhalb des sozialen Sektors bestehen Kooperationen beispielsweise bei der Durchführung von Patientenveranstaltungen. Die Vertreter der sozialen Organisationen beziffern die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe mit einem Mittelwert von 1,92. Die Intensität der Zusammenarbeit mit Sehbehindertenvereinen bzw. Mobilitätstrainern beträgt durchschnittlich 2,24 respektive 2,74. Da der Durchschnitt der Zusammenarbeit mit allen Akteuren bei 2,90 liegt¹⁸⁴, werden alle sektorinternen Kooperationen – wie bereits im medizinischen Sektor – überdurchschnittlich intensiv bewertet.

Abbildung 7 veranschaulicht die Intensität der sektorinternen Zusammenarbeit aus der Sicht von niedergelassenen Augenärzten, Klinikärzten und sozialen Organisationen.

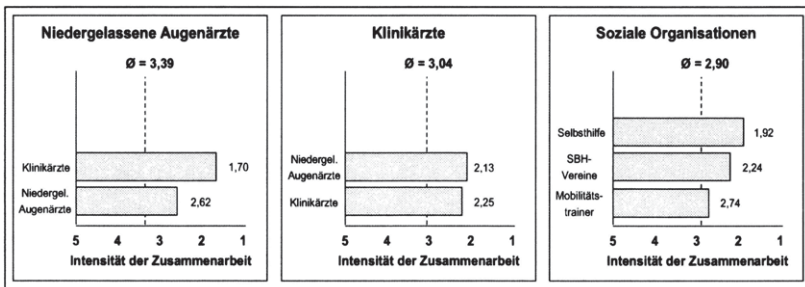


Abb. 7: Intensität der sektorinternen Zusammenarbeit

4.3.2 Sektorübergreifende Kooperationsbeziehungen

Sektorübergreifend arbeiten Mediziner mit Selbsthilfegruppen, Sehbehindertenverbänden, Mobilitätstrainern, Pharmaunternehmen, Optikern, Krankenkassen und Behörden bzw. Ämtern zusammen. Gegenstand der Zusammenarbeit mit Sehbehindertenverbänden, Selbsthilfeorganisationen und Mobilitätstrainern ist beispielsweise die gemeinsame Organisation von Patientenveranstaltungen oder die Zu-

¹⁸³ Vgl. zum Zustandekommen des Mittelwerts Fn. 182.

¹⁸⁴ Vgl. zum Zustandekommen des Mittelwerts Fn. 182.

sammenarbeit in regionalen Netzwerken, wie dem Netzwerk Sehen in Aachen oder in Sehbehindertenambulanzen. Bei Behörden und Ämtern werden beispielsweise sozialrechtliche Ansprüche der Patienten in Erfahrung gebracht. Die Zusammenarbeit mit Pharmaunternehmen bezieht sich auf Forschungsaktivitäten. Mit Optikern arbeiten Mediziner bei der Anpassung von (vergrößernden) Sehhilfen zusammen. Bei der Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Krankenkassen stehen Vertragsabstimmungen im Fokus.

Aus der Sicht der niedergelassenen Augenärzte ist die Zusammenarbeit mit Optikern bei einem Mittelwert von 2,44 am intensivsten. Gleichzeitig ist sie die einzige, die sektorübergreifend (gemessen am Durchschnitt der gesamten Zusammenarbeit) überdurchschnittlich intensiv ausgeprägt ist. Demgegenüber besteht mit Pharmaunternehmen ($\mu = 3,51$), Behörden bzw. Ämtern ($\mu = 3,70$), Krankenkassen ($\mu = 3,78$), Sehbehindertenverbänden ($\mu = 3,87$), Selbsthilfegruppen ($\mu = 4,22$) und Mobilitätstrainern ($\mu = 4,28$) eine weniger intensive Zusammenarbeit.

Aus der Perspektive der Klinikärzte besteht eine überdurchschnittlich intensive Zusammenarbeit mit Krankenkassen ($\mu = 2,37$) und Optikern ($\mu = 2,56$). Mit Behörden bzw. Ämtern ($\mu = 3,26$), Pharmaunternehmen ($\mu = 3,28$), Sehbehindertenverbänden ($\mu = 3,83$), Selbsthilfegruppen ($\mu = 3,89$) und Mobilitätstrainern ($\mu = 4,26$) wird weniger intensiv zusammengearbeitet.

Bei **Betrachtung des medizinischen Sektors als Ganzem** zeigt sich, dass besonders mit dem sozialen Sektor relativ wenig intensiv zusammengearbeitet wird. Darüber hinaus besteht mit Optikern eine Beziehung, die als *Coopetition*¹⁸⁵ bezeichnet wird. Das bedeutet, dass einerseits ein Konkurrenzverhältnis (competition) und andererseits eine intensive Zusammenarbeit (cooperation) besteht.

Aus der **Perspektive der sozialen Organisationen** ist die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Optikern ($\mu = 2,01$), bei der ebenfalls die Anpassung von (vergrößernden) Sehhilfen im Fokus steht, am intensivsten. Gefolgt wird sie von der Zusammenarbeit mit Krankenkassen ($\mu = 2,73$) und mit Behörden bzw. Ämtern ($\mu = 2,94$). Erst danach folgt die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Au-

¹⁸⁵ Das Wort *coopetition* ist ein aus *competition* und *cooperation* zusammengesetztes Kunstwort. Vgl. allgemein NALEBUFF, B., BRANDENBURGER, A., *Coopetition – kooperativ konkurrieren – mit der Spieltheorie zum Geschäftserfolg*, 2. Aufl., Eschborn 2008.

genärzten ($\mu = 3,08$) und Klinikärzten ($\mu = 3,56$). Mit Pharmaunternehmen ($\mu = 4,88$) arbeiten soziale Organisationen kaum zusammen.

Abbildung 8 zeigt die Intensität der sektorübergreifenden Zusammenarbeit aus der Perspektive von niedergelassenen Augenärzten, Klinikärzten und sozialen Organisationen. Es wird deutlich, dass nicht nur der medizinische Sektor die Zusammenarbeit mit dem sozialen Sektor als wenig intensiv einschätzt, sondern dass diese Einschätzung vom sozialen Sektor vice versa geteilt wird.

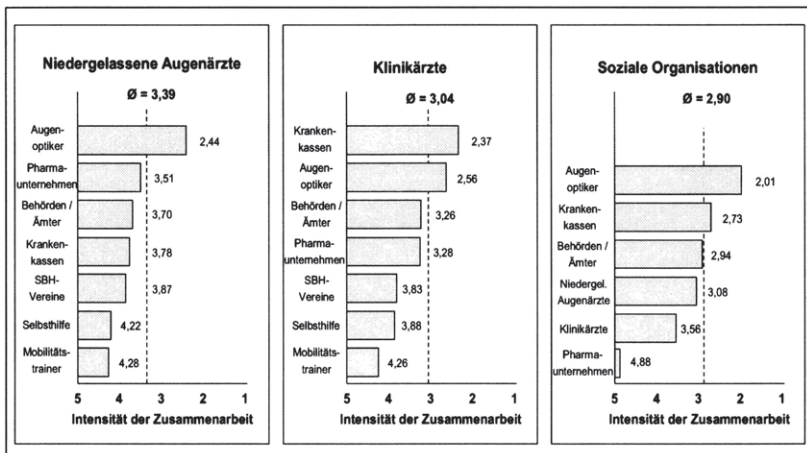


Abb. 8: Intensität der sektorübergreifenden Zusammenarbeit

4.4 Analyse von Machtbeziehungen

Machtbeziehungen „kennzeichnen die Fähigkeit eines Systemelementes, ein anderes zu einem Verhalten zu veranlassen, das es sonst nicht ergreifen würde“¹⁸⁶. Im Rahmen von Machtbeziehungen wird generell differenziert zwischen Belohnungsmacht, Bestrafungsmacht, legitimer Macht, Identifikationsmacht und Expertenmacht.¹⁸⁷ Von diesen Beziehungsformen lassen sich jedoch nicht sämtliche auf den AMD-Sektor anwenden.

¹⁸⁶ MEFFERT, H., Marketing – Einführung in die Absatzpolitik, a. a. O., S. 50.

¹⁸⁷ Vgl. FRENCH, J. R. P., RAVEN, B., The bases of social power, in: Cartwright, D. (Hrsg.), Studies in social power, Ann Arbor 1959, pp. 150 ff.

4.4.1 Sektorinterne Machtbeziehungen

Innerhalb des medizinischen Sektors verfügen die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, die Retinologische Gesellschaft sowie der Berufsverband der Augenärzte über Expertenmacht. Diese kommt beispielsweise in gemeinsamen Stellungnahmen zum Ausdruck, die insofern verhaltensbeeinflussend wirken, als dass sich andere Augenärzte bei der Anwendung von Therapien an den Empfehlungen der Fachgesellschaften orientieren.

Innerhalb des sozialen Sektors lassen sich keine Machtbeziehungen im Sinne von FRENCH und RAVEN identifizieren.

4.4.2 Sektorübergreifende Machtbeziehungen

Für die Analyse von sektorübergreifenden Machtbeziehungen eignet sich beispielhaft die Diskussion um die zur Therapie der feuchten AMD eingesetzten Medikamente Lucentis® und Avastin®. Das von Novartis hergestellte Medikament Lucentis® ist für die Therapie der AMD zugelassen. Eine Injektion verursacht Kosten in Höhe von 1.500 EUR.¹⁸⁸ Bei dem von Roche hergestellten Medikament Avastin® handelt es sich um ein Krebsmittel, das für die Therapie von AMD-Patienten nicht zugelassen ist, wenngleich Experten davon ausgehen, dass die Wirksamkeit der beiden Medikamente vergleichbar ist. Eine Injektion verursacht Kosten in Höhe von 50 EUR und damit gerade 3,3 % der Kosten für Lucentis®. Eine Beantragung auf Zulassung von Avastin® durch den Hersteller ist bislang nicht vorgesehen.¹⁸⁹ Aufgrund des mit der Lucentis®-Therapie einhergehenden Kostendrucks haben Krankenkassen Verträge entwickelt, die Augenärzte monetär besser stellen, wenn sie das nicht zugelassene Medikament Avastin® applizieren. Gleichzeitig verweisen sie darauf, dass die Entscheidung, welches Medikament letztendlich verwendet wird, formell bei den Patienten liegt. Diese haben ein Anrecht darauf, mit Lucentis® behandelt zu werden. Faktisch können Augenärzte die Entscheidung der Patienten durch ihr Empfehlungsverhalten jedoch beeinflussen. Wenngleich sie verpflichtet sind, Patienten über beide Medikamente aufzuklären, besteht die Gefahr, dass eine Empfehlung nur bedingt unabhängig erfolgt, da Ärz-

¹⁸⁸ In der Regel sind bei einer Therapie mindestens drei Injektionen nötig. Vgl. KURTH, N., Schuss ins Auge, in: Die ZEIT, Ausgabe vom 08.05.2008, URL: <http://www.zeit.de/2008/20/Makuladegeneration> [Abruf: 09.06.2008].

¹⁸⁹ Brisant ist in diesem Zusammenhang eine bestehende Kapitalverflechtung zwischen Novartis und Roche. Novartis hält 30 % der stimmberechtigten Aktien von Roche. Vgl. KURTH, N., Schuss ins Auge, a. a. O.

te bei einer Therapie mit Lucentis® wirtschaftlich schlechter gestellt werden als bei einer Therapie mit Avastin®.¹⁹⁰ Der Informationsnachteil des Patienten könnte dazu führen, dass der Patient dem Arzt vertraut, wenn dieser ihm sagt, dass die Wirkstoffe vergleichbar sind.

An diesem Beispiel zeigen sich fünf Machtbeziehungen: Erstens können Pharmaunternehmen die Preise für ihre Medikamente frei bestimmen¹⁹¹ und damit Krankenkassen unter Druck setzen. Zweitens verfügen Pharmaunternehmen über die Macht, selbst darüber entscheiden zu können, ob sie die Zulassung eines Medikaments beantragen. Eine Zwangszulassung ist juristisch nicht möglich, wenn gleich sie in diesem Kontext von der Politik gefordert wurde.¹⁹² Drittens verfügen Krankenkassen gegenüber Pharmaunternehmen über die Macht, die Verwendung eines nicht zugelassenen Medikamentes zu erlauben bzw. – streng genommen – nicht zu verbieten.¹⁹³ Viertens haben Krankenkassen Belohnungs- bzw. Bestrafungsmacht gegenüber Ärzten, indem die Anwendung der Medikamente durch die Vertragsgestaltung unmittelbar an monetäre Anreize der Mediziner gekoppelt wird. Fünftens verfügen Mediziner gegenüber Patienten sowohl über legitimierte Macht als auch über Expertenmacht, da Patienten den Ratschlägen der Mediziner vertrauen (müssen).

4.5 Analyse von Kommunikationsbeziehungen

Eine notwendige Bedingung für die Zusammenarbeit von Elementen im System ist der Austausch zweckorientierter Nachrichten. Diesbezüglich zeigt eine Analyse von **Kommunikationsbeziehungen**, „welche Elemente mit wem wie häufig über was und welche Kanäle Nachrichten austauschen“¹⁹⁴.

¹⁹⁰ Vor dem Hintergrund der Sicherstellung der Überlebensfähigkeit der Praxis bzw. der Klinik könnten die Vergütungsstrukturen in das Entscheidungskalkül der Augenärzte einfließen, weshalb von einer *bedingt unabhängigen* Empfehlung gesprochen werden kann.

¹⁹¹ Zu den Bemühungen der Bundesregierung, die freie Preissetzung einzuschränken, siehe ENGEL, S., Kabinett bringt Pharma-Sparpaket auf den Weg – Ein Schritt zu niedrigeren Arzneimittelpreisen, 2010, URL: <http://www.tagesschau.de/inland/arsmittel124.html> [Abruf: 30.06.2010].

¹⁹² Vgl. o. V., Zwangszulassung – Pharma-Industrie empört über Schmidt-Vorstoß, in: Handelsblatt, Ausgabe vom 18.10.2007, URL: <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/pharma-industrie-empoert-ueber-schmidt-vorstoss;1338771> [Abruf: 26.07.2008].

¹⁹³ Eine entsprechende Vertragsgestaltung der Krankenkassen im Bereich Lucentis® vs. Avastin® stellt einen Präzedenzfall im deutschen Gesundheitssystem dar.

¹⁹⁴ MEFFERT, H., Marketing – Einführung in die Absatzpolitik, a. a. O., S. 50.

4.5.1 Sektorinterne Kommunikationsbeziehungen

Innerhalb des medizinischen Sektors kommunizieren Augenärzte und Klinikärzte primär zum Zweck des Austausches von Patientendaten miteinander. Die Häufigkeit der Kommunikation ist abhängig von der Intensität der Zusammenarbeit. Als Medien für die Übermittlung der zweckorientierten Nachrichten fungieren im Kern die verbale Kommunikation durch das Telefon und die schriftliche Kommunikation in Form von E-Mails oder Briefen.

Innerhalb des sozialen Sektors kommt der verbalen Kommunikation aufgrund des hohen Anteils von Sehbehinderten in sozialen Organisationen eine besondere Bedeutung zu. Deshalb wird primär telefonisch oder face-to-face kommuniziert. Die schriftliche Kommunikation ist bisweilen von untergeordneter Bedeutung, wengleich mittlerweile auch ein Teil der Sehbehinderten per E-Mail oder Brief kommuniziert. Die Häufigkeit der Kommunikation ist – analog zum medizinischen Sektor – abhängig von der Intensität der Zusammenarbeit.

4.5.2 Sektorübergreifende Kommunikationsbeziehungen

Sektorübergreifend kommuniziert nahezu jedes Systemelement mit jedem. Die Häufigkeit der Kommunikation bemisst sich an der Intensität der Zusammenarbeit. Eine zentrale Bedeutung kommt der Kommunikation zwischen Augenärzten und Patienten zu. Die empirische Befragung der Patienten verdeutlicht, dass diese mit der Freundlichkeit der Augenärzte, die größtenteils auf deren Kommunikationsverhalten zurückgeführt werden kann, bei einem Mittelwert von 1,55¹⁹⁵ zufrieden sind. Gleiches gilt für die Verständlichkeit der medizinischen Kommunikation ($\mu = 1,95$). Die Angstbewältigung vor der Therapie bzw. den Folgen der Erkrankung ($\mu = 2,63$) und die Informationen zum Umgang mit der Erkrankung ($\mu = 2,88$) sind im Vergleich zu anderen Merkmalen, die die Zufriedenheit der Patienten mit dem Augenarzt determinieren¹⁹⁶, am schlechtesten ausgeprägt.

Des Weiteren wurden Augenärzte befragt, inwieweit sie Patienten im frühen respektive im späten Stadium¹⁹⁷ der AMD darüber informieren, wie sie mit der Er-

¹⁹⁵ Die Zufriedenheit der Patienten wurde auf einer 5er-Skala mit Werten von 1 = *sehr zufrieden* bis 5 = *überhaupt nicht zufrieden* gemessen.

¹⁹⁶ Andere Zufriedenheitsmerkmale sind die Zeit des Arztes für Untersuchungen (1,92), die Zeit für Beratungen (2,13), die Aufklärung (2,36) sowie das Einfühlungsvermögen (1,95). Die Gesamtzufriedenheit der Patienten beläuft sich auf einen Mittelwert von 1,81.

¹⁹⁷ In der Literatur wird zwischen einem frühen und einem späten Stadium der AMD differenziert.

krankung besser umgehen können und inwieweit sie Patienten auf soziale Organisationen hinweisen, die sich ihrer Bedürfnisse annehmen. Demgegenüber wurden Vertreter sozialer Organisationen befragt, wie sie diesbezüglich das Kommunikationsverhalten der Augenärzte einschätzen. Tabelle 8 zeigt die Mittelwertergebnisse der Selbst- und Fremdeinschätzung.

	Selbstbild (Augenärzte)	Fremdbild (soz. Org.)
Ich (bzw. Augenärzte) informiere(n) Patienten im frühen AMD-Stadium, wie sie mit ihrer Erkrankung besser umgehen können.	1,71	3,51
Ich (bzw. Augenärzte) informiere(n) Patienten im späten AMD-Stadium, wie sie mit ihrer Erkrankung besser umgehen können.	1,56	3,39
Ich (bzw. Augenärzte) weise(n) Patienten im frühen AMD-Stadium auf Organisationen hin, die sich ihrer Bedürfnisse annehmen.	3,53	3,49
Ich (bzw. Augenärzte) weise(n) Patienten im späten AMD-Stadium auf Organisationen hin, die sich ihrer Bedürfnisse annehmen.	2,03	3,22

Tab. 8: Selbst- und Fremdeinschätzung des Kommunikationsverhaltens der Augenärzte gegenüber AMD-Patienten¹⁹⁸

Die Antworten der Augenärzte und der Vertreter sozialer Organisationen lassen vier Schlüsse zu: Erstens geben Augenärzte an, dass sie Patienten – unabhängig vom Stadium der Erkrankung – eher selbst über den Umgang mit der Erkrankung informieren als dass sie auf soziale Organisationen verweisen. Zweitens zeigt sich, dass Augenärzte Patienten in späten Stadien sowohl selber stärker informieren als auch stärker auf soziale Organisationen hinweisen als Patienten im frühen Stadium. Dies ist vor dem Hintergrund der schwereren Sehbehinderung in Verbindung mit einem höheren Versorgungsbedarf plausibel. Drittens wird deutlich, dass die Differenz zwischen den beiden Stadien mit Blick auf die direkte Information der Ärzte deutlich geringer ist als bei dem Hinweis auf soziale Orga-

Vgl. z. B. HOLZ, F. G. ET. AL., Altersabhängige Makuladegeneration, 2. Aufl., a. a. O., S. 2. Aus Vereinfachungsgründen wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass ein frühes Stadium vorliegt, wenn der Sehrest größer als 30 % ist und ein spätes Stadium vorliegt, wenn der Sehrest genau oder weniger als 30 % beträgt. Ein spätes Stadium bringt somit zum Ausdruck, dass die AMD weiter fortgeschritten ist.

¹⁹⁸ Sowohl Augenärzte als auch Vertreter sozialer Organisationen wurden auf einer 5er-Skala mit Werten von 1 = trifft voll und ganz zu bis 5 = trifft überhaupt nicht zu befragt.

nisationen. Dies verdeutlicht, dass Augenärzte der Versorgung durch soziale Organisationen im frühen Stadium (noch) keine hohe Bedeutung beimessen. Viertens zeigt sich in drei von vier Fällen ein deutlicher Misfit zwischen Selbstbild und Fremdbild. Während Augenärzte ihr Kommunikationsverhalten gegenüber Patienten – abgesehen vom Hinweis auf soziale Organisationen bei Patienten im frühen Stadium – vergleichsweise intensiv einschätzen, ist die Fremdeinschätzung der Vertreter sozialer Organisationen deutlich schlechter. Dass das Informationsverhalten der Augenärzte intensiv zu sein scheint, zeigt sich auch darin, dass Augenärzte in der empirischen Befragung angeben, durchschnittlich 9,5 % ihrer augenärztlichen Zeit damit zu verbringen, Patienten in – nicht abrechenbaren – sozialen Fragen zu beraten.

4.6 Entwicklung eines Systemmodells

Anknüpfend an die Identifikation von Systemelementen und die Analyse von Rollenbeziehungen, Konkurrenzbeziehungen, Kooperationsbeziehungen, Machtbeziehungen und Kommunikationsbeziehungen visualisiert Abbildung 9 die Zusammenhänge der Systemelemente im nachfolgenden Systemmodell.

Über die Elemente und deren Beziehungen untereinander hinaus sind externe Faktoren Bestandteil des Systemmodells. Forschungsentwicklungen, Gesetzesänderungen und der demographische Wandel lassen sich beispielsweise als externe Faktoren identifizieren. So könnte die Erforschung von Therapiemöglichkeiten bei der trockenen AMD zu einer ausgeprägten Ausweitung des Marktes aus medizinischer Sicht führen, während der Markt für den sozialen Sektor – aufgrund der nicht mehr bzw. weniger vorhandenen Bedürfnisse der Patienten – verringert werden würde. Sollten sich die Gesetze dahingehend verändern, dass Krankenkassen die entstehenden Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Rehabilitationstraining im Bereich Lebenspraktischer Fähigkeiten übernehmen, würde dies ein stärker ausgeprägtes Frequentierungsverhalten seitens der (potenziellen) Patienten implizieren. Der demographische Wandel führt *ceteris paribus* zu einer Ausweitung des Nachfragermarktes sowohl im medizinischen als auch im sozialen Sektor. Insgesamt bedingen externe Faktoren Verhaltensänderungen der Systemelemente und damit die Dynamik des Systems.

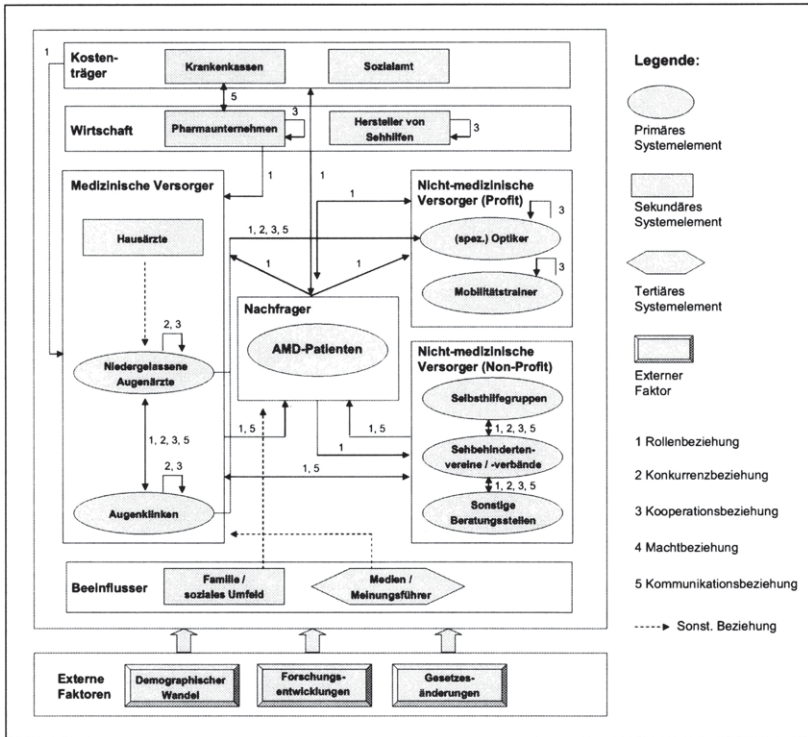


Abb. 9: Systemmodell

5. Analyse der Systemergebnisse

5.1 Zusammenarbeit der Akteure

Anknüpfend an die im Rahmen der Systemstruktur bzw. des Systemverhaltens analysierte Intensität der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren wird im Folgenden die **Güte der Zusammenarbeit als Systemergebnis** analysiert. Dabei wird jeweils aus der Perspektive von niedergelassenen Augenärzten, Klinikärzten und Vertretern sozialer Organisationen eine 4-Felder-Matrix aufgespannt, die darstellt, mit welcher Intensität und welcher Qualität¹⁹⁹ eine Zusammenarbeit mit anderen

¹⁹⁹ Die Qualität der Zusammenarbeit wurde auf einer 5er-Skala gemessen, die Beurteilungen der Zusammenarbeit mit Werten von 1 = *sehr positiv* bis 5 = *überhaupt nicht positiv* zuließ.

Akteuren besteht. Die Mittelwerte der Intensität und die Mittelwerte der Güte trennen jeweils überdurchschnittliche von unterdurchschnittlichen Ausprägungen.

Abbildung 10 zeigt die Ergebnisse der 4-Felder-Matrix aus der Sicht von **niedergelassenen Augenärzten**.

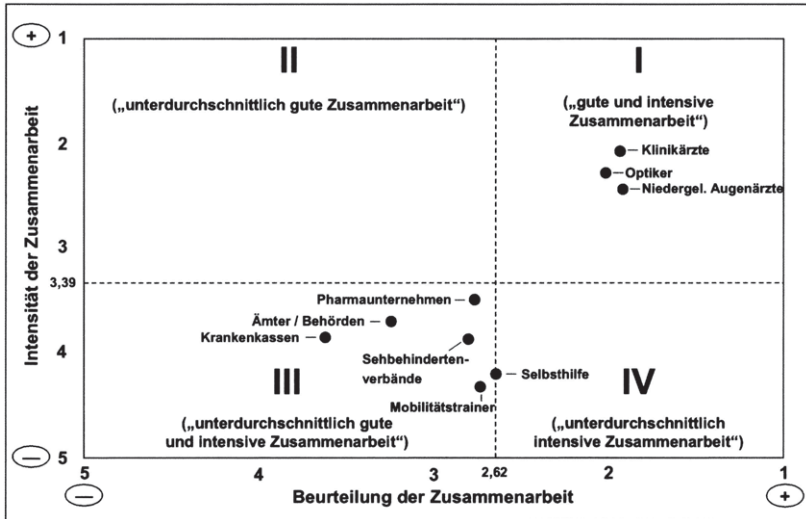


Abb. 10: Intensität und Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren aus der Sicht niedergelassener Augenärzte

Dass die Akteure auf den ersten und dritten Quadranten verteilt sind, legt nahe, dass eine Korrelation zwischen der Intensität und der Beurteilung der Zusammenarbeit besteht. Die intrasektorale Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Augenärzten und mit Klinikärzten ist überdurchschnittlich intensiv und wird überdurchschnittlich gut beurteilt. Gleiches gilt für die intersektorale Zusammenarbeit mit Optikern, was die These der Expertengespräche widerlegt, dass das Verhältnis zwischen Augenärzten und Optikern konfliktbehaftet ist. Mit Organisationen aus dem sozialen Sektor arbeiten niedergelassene Augenärzte unterdurchschnittlich intensiv zusammen und beurteilen die Zusammenarbeit unterdurchschnittlich gut. Dies gilt ebenso für die Zusammenarbeit mit Pharmaunternehmen, Ämtern und Behörden sowie Krankenkassen. Letztere wird von niedergelassenen Augenärzten mit einem Mittelwert von 3,63 am schlechtesten beurteilt.

Aus der Perspektive der **Klinikärzte** ergeben sich die in Abbildung 11 dargestellten Ergebnisse.

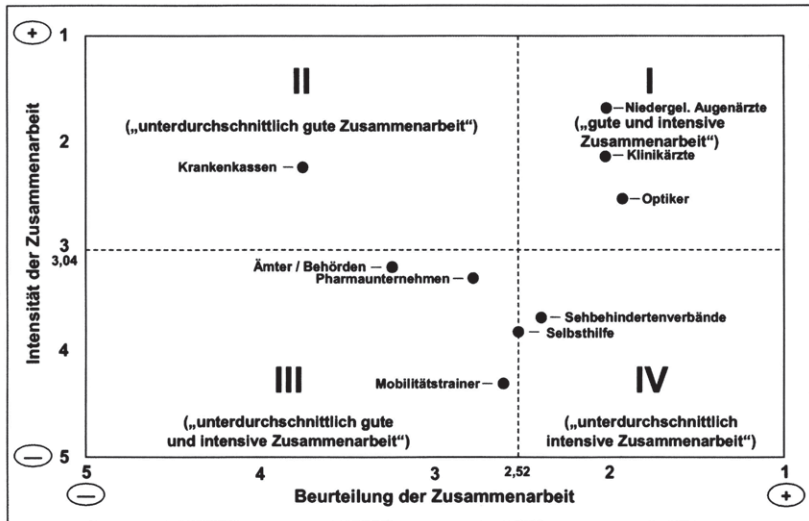


Abb. 11: Intensität und Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren aus der Sicht von Klinikärzten

Analog zu der Einschätzung der niedergelassenen Augenärzte zeigt sich, dass sowohl die Zusammenarbeit innerhalb des medizinischen Sektors als auch die Zusammenarbeit mit Optikern überdurchschnittlich intensiv und überdurchschnittlich gut beurteilt wird. Die Zusammenarbeit mit Optikern wird von Klinikärzten sogar am besten bewertet. Abweichend von den Ergebnissen der niedergelassenen Augenärzte ist die Zusammenarbeit der Klinikärzte mit Krankenkassen deutlich intensiver, wengleich sie ebenfalls am schlechtesten beurteilt wird. Die Zusammenarbeit mit dem sozialen Sektor wird von Klinikärzten tendenziell positiver bewertet als von niedergelassenen Augenärzten. Beispielsweise ist die Zusammenarbeit mit Sehbehindertenverbänden bzw. -vereinen überdurchschnittlich gut. Die Zusammenarbeit mit Pharmaunternehmen sowie Ämtern und Behörden wird von Klinikärzten ähnlich eingeschätzt wie von niedergelassenen Augenärzten. Sie ist bezüglich Intensität und Beurteilung jeweils unterdurchschnittlich ausgeprägt.

Die Einschätzung der Vertreter **sozialer Organisationen** verdeutlicht Abbildung 12.

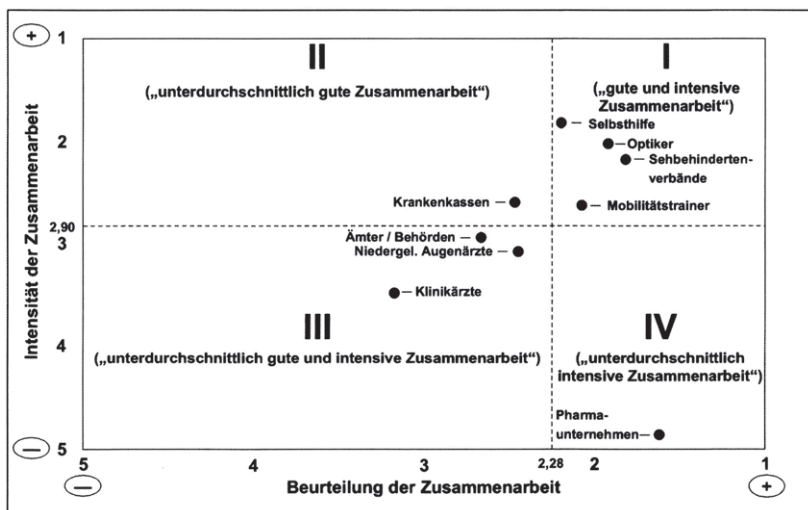


Abb. 12: Intensität und Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren aus der Sicht von Vertretern sozialer Organisationen

Die Einschätzungen der Vertreter sozialer Organisationen ergeben im Vergleich zu den Einschätzungen der Mediziner ein grundlegend anderes Bild, wenngleich sich die Kernaussage spiegelbildlich bestätigen lässt. Ebenso wie die Mediziner beurteilen die Vertreter sozialer Organisationen die Zusammenarbeit intrasektoral sowohl überdurchschnittlich intensiv als auch überdurchschnittlich gut. Dies trifft über den sozialen Sektor hinaus für Optiker zu. Mit Krankenkassen ist die Zusammenarbeit überdurchschnittlich intensiv, wird aber ebenfalls als unterdurchschnittlich gut bezeichnet. Ebenso wie die Einschätzung der Zusammenarbeit mit Ämtern und Behörden wird die Zusammenarbeit sowohl mit niedergelassenen Augenärzten als auch mit Klinikärzten unterdurchschnittlich intensiv und unterdurchschnittlich gut beurteilt. Mit Pharmaunternehmen arbeiten soziale Organisationen kaum zusammen, wenngleich diejenigen Organisationen, die mit Pharmaunternehmen kooperieren, die Zusammenarbeit gut bis sehr gut bewerten.

Insgesamt zeigt sich sowohl aus der medizinischen als auch aus der sozialen Perspektive, dass die **intrasektorale Zusammenarbeit positiv** beurteilt wird, während **sektorübergreifend**, insbesondere zwischen medizinischem und sozialem Sektor, **Verbesserungsbedarf** besteht. Insofern bestätigen die quantitativen empirischen Befragungen die Tendenz der Expertengespräche, in denen die sek-

torale Trennung durch die Begriffe „Scheuklappendenken“ und „gegenseitige Ignoranz“ beschrieben wurde.²⁰⁰

Die suboptimale sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen medizinischem und sozialem Sektor bestätigt sich zudem im Globalurteil der quantitativen empirischen Befragungen. Der Aussage, dass die momentane Zusammenarbeit zwischen medizinischen und sozialen Einrichtungen gut ist, wurde von Augenärzten mit einem Mittelwert von 3,39 und Vertretern sozialer Organisationen mit einem Mittelwert von 3,23 nur bedingt zugestimmt.²⁰¹ Gleichzeitig wird jedoch deutlich, dass sowohl Augenärzte als auch Vertreter sozialer Organisationen der Ansicht sind, dass eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den beiden Sektoren die Wirtschaftlichkeit der Versorgung steigern würde und darüber hinaus für Mediziner, soziale Organisationen und in besonderem Maße für Patienten hilfreich wäre. Abbildung 13 zeigt das entsprechende Mittelwertprofil.

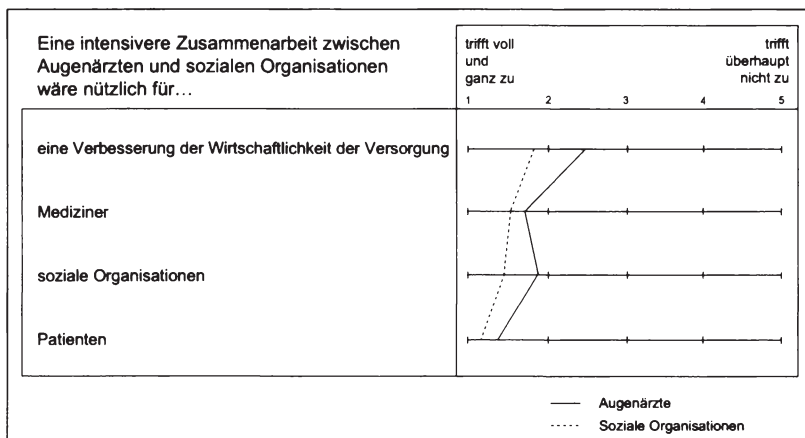


Abb. 13: Profiteure einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen Augenärzten und sozialen Organisationen

Dabei wird deutlich, dass Vertreter sozialer Organisationen den Nutzen jeweils noch positiver einschätzen als Mediziner. Zudem ist auffällig, dass Mediziner angeben, selber von einer intensiveren Zusammenarbeit (geringfügig) stärker zu pro-

²⁰⁰ Vgl. MEFFERT, H., WISTUBA, M., Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 18.

²⁰¹ Das Globalurteil wurde in Aussageform auf einer 5er-Skala mit Werten von 1 = *trifft voll und ganz zu* bis 5 = *trifft überhaupt nicht zu* abgefragt.

fitieren als soziale Organisationen, während soziale Organisationen ihrerseits angeben, selber (geringfügig) stärker zu profitieren als Mediziner. Die Einschätzung aus beiden Sektoren, dass Patienten von einer Intensivierung der Zusammenarbeit am stärksten profitieren könnten, ist im Sinne einer patientenorientierten Versorgung positiv zu bewerten.

Die Ergebnisse auf die Frage, was aus der Sicht der Augenärzte die Zusammenarbeit mit sozialen Organisationen erschwert, zeigt Abbildung 14.

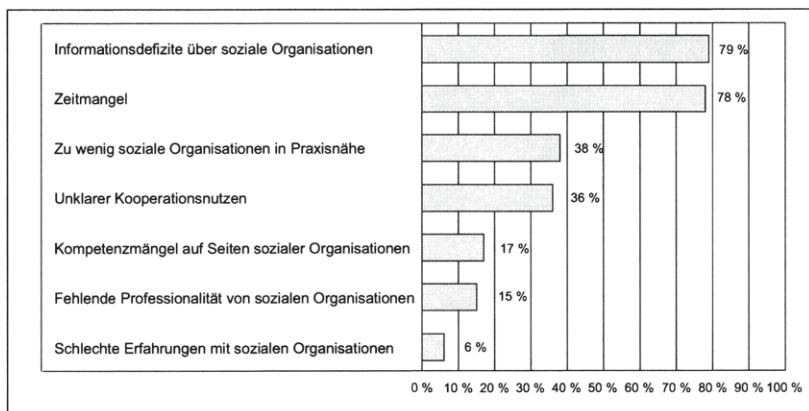


Abb. 14: Hinderungsgründe für eine intensivere Zusammenarbeit aus Sicht der Augenärzte²⁰²

Es wird deutlich, dass Informationsdefizite über soziale Organisationen und der Zeitmangel der Augenärzte die größten Hinderungsgründe für eine intensivere Zusammenarbeit sind. Weiterhin sind Augenärzte der Ansicht, dass es zu wenige soziale Organisationen in der Umgebung der Praxis gibt und der Nutzen einer Kooperation unklar ist. Kulturbedingte Gründe wie die Kompetenz oder die Professionalität von sozialen Organisationen sind von vergleichsweise untergeordneter Bedeutung, wenngleich sie von ca. jedem sechsten Augenarzt genannt werden.

Demgegenüber sind 61 % der empirisch befragten Vertreter sozialer Organisationen der Ansicht, dass der Zeitmangel der Augenärzte ausschlaggebend für die

²⁰² Die Antwortmöglichkeiten wurden aus Expertengesprächen sowie in Anlehnung an SLESINA und KNERR abgeleitet und den Augenärzten vorgegeben. Vgl. SLESINA, W., KNERR, A., Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen – Formen, Nutzen, Wünsche, Bremerhafen 2007, S. 65. Mehrfachnennungen waren möglich. Von der Option, sonstige (nicht vorgegebene) Hinderungsgründe zu nennen, machten die befragten Augenärzte nur zu einem sehr geringen Prozentsatz Gebrauch.

suboptimale Zusammenarbeit ist. Etwa die Hälfte der Vertreter sozialer Organisationen (46 %) meint, dass Augenärzte kein Interesse an einer Zusammenarbeit hätten. Darüber hinaus sind sich soziale Organisationen darüber im Klaren, dass die personelle Ressourcenknappheit (56 %) innerhalb der sozialen Organisationen eine zu geringe räumliche Präsenz begründet und damit ein Hinderungsgrund für eine engere Zusammenarbeit mit Augenärzten ist. Dass Augenärzte Informationsdefizite über soziale Organisationen haben, ist diesen – zumindest in der vorhandenen Größenordnung – nicht bewusst.

Anknüpfend an die Identifikation der Hinderungsgründe wurde mit der empirischen Befragung ermittelt, wie Augenärzte gegenüber sozialen Organisationen eingestellt sind. Die grundsätzlich positive Einstellung gegenüber sozialen Organisationen findet ihren ersten Niederschlag in der Globalbeurteilung sozialer Organisationen.²⁰³ Einen Überblick über die Verteilung der Antworten, die insgesamt zu einem Mittelwert von 1,97 führen, gibt Abbildung 15.

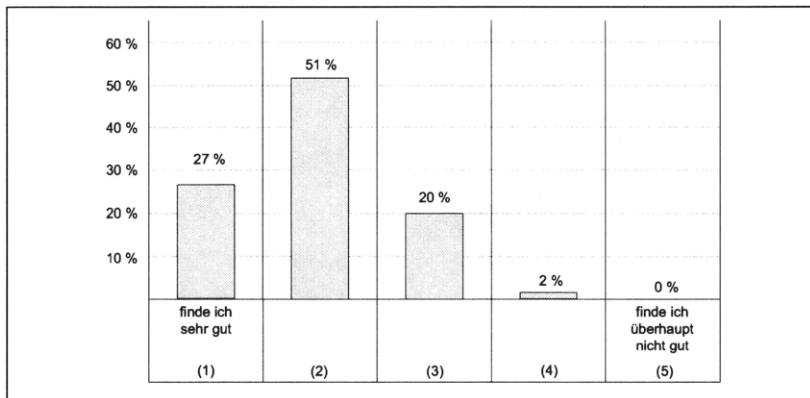


Abb. 15: Globalbeurteilung sozialer Organisationen durch Augenärzte

Zur Ermittlung der differenzierten Teilbeurteilungen wurden den Befragten neun Statements vorgelegt, die wiederholt als mögliche Einflussfaktoren auf die Beurteilung sozialer Organisationen in Expertengesprächen genannt wurden. Wie Abbildung 16 zeigt, bestätigt das Mittelwertprofil der Antwortverteilungen die durch

²⁰³ Auf einer 5er-Skala wurden die Befragten gebeten, den Satz „Was halten Sie persönlich von sozialen Einrichtungen? Ich finde sie...“ zu vollenden. Dabei waren Werte von 1 = *sehr gut* bis 5 = *überhaupt nicht gut* möglich. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang eine Verzerrung (bias) aufgrund der sozialen Erwünschtheit der Antwort.

die Globalbeurteilung aufgezeigte Tendenz. Unter Berücksichtigung der Richtung der Aussagen liegt kein Mittelwert unter dem Skalendurchschnitt.²⁰⁴

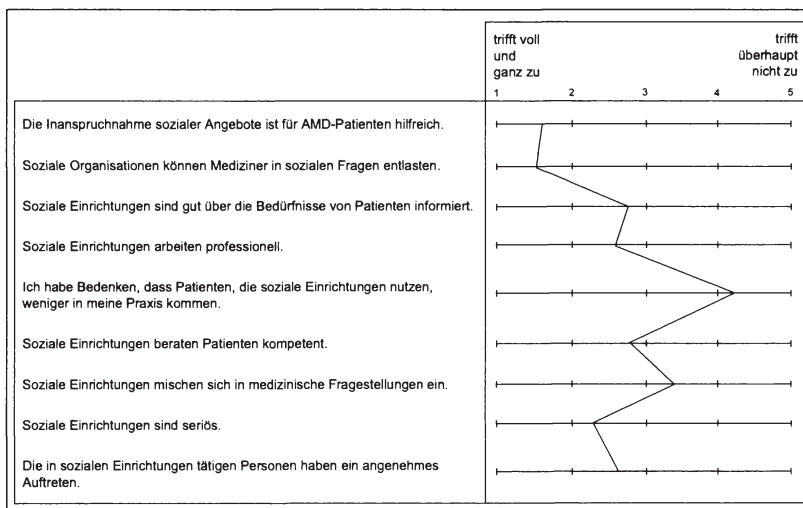


Abb. 16: Mittelwertprofil ausgewählter differenzierter Teileinstellungen zu sozialen Organisationen

Zur Bestimmung der prozentualen Wichtigkeiten der einzelnen Kriterien der Beurteilung sozialer Organisationen eignen sich folgende Analyseschritte: Mittels einer **Faktorenanalyse** werden zunächst drei Faktoren extrahiert²⁰⁵, die kumuliert 65,4 % der Gesamtvarianz der Variablen erklären. Auf den ersten Faktor laden die Hilfe für Patienten durch die Inanspruchnahme sozialer Angebote und die Entlastung der Augenärzte. Faktor 1 kann damit als „**Nutzen**“ durch soziale Organisationen interpretiert werden. Auf den zweiten Faktor laden die Abwanderung der Patienten und die Einmischung sozialer Organisationen in medizinische Fragestellungen. Dieser Faktor kann als „**Konkurrenz**“ durch soziale Organisationen interpretiert werden. Die Kenntnis der Bedürfnisse der Patienten, die Arbeitsweise, die Bera-

²⁰⁴ Die fünfte und die siebte Aussage wurden negativ formuliert. Dadurch, dass der Mittelwert jeweils schlechter ist als der Skalendurchschnitt, der auf einer 5er-Skala bei 3 liegt, bestätigt sich auch in diesen Aussagen die positive Einstellung gegenüber sozialen Organisationen.

²⁰⁵ Zur Überprüfung, ob der vorliegende Datensatz für eine Faktorenanalyse geeignet ist, wurde das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium herangezogen. Die als MSA (measure of sampling adequacy) bezeichnete Prüfgröße beläuft sich für die gesamte Korrelationsmatrix auf 0,792. Der Datensatz gilt damit als „ziemlich gut“ geeignet, um für eine Faktorenanalyse angewendet zu werden. Vgl. **BACKHAUS, K. ET AL.**, Multivariate Analysemethoden – eine anwendungsorientierte Einführung, 12. Aufl., Berlin 2008, S. 336.

tung, die Seriosität sowie das Auftreten der in sozialen Organisationen tätigen Personen bilden den dritten Faktor, der sich als „**Kompetenz**“ sozialer Organisationen interpretieren lässt.

Zur indirekten Bestimmung der Wichtigkeiten der einzelnen Beurteilungsindikatoren für die Gesamtbeurteilung werden zwei separate, multiple **Regressionsanalysen** herangezogen. Zum einen werden die drei extrahierten Faktoren als Regressoren zur Erklärung der Gesamtbeurteilung genutzt, um das Problem der Multikollinearität zu umgehen.²⁰⁶ Zum anderen fließen die neun Beurteilungskriterien einzeln als Regressoren in eine zweite Regressionsanalyse ein, um den Informationsgehalt möglichst hoch zu halten.²⁰⁷ Zur Ermittlung der prozentualen Wichtigkeit der einzelnen Dimensionen werden jeweils die standardisierten Regressionskoeffizienten ins Verhältnis zur Summe aller standardisierten Regressionskoeffizienten gesetzt.²⁰⁸ Abbildung 17 stellt die Ergebnisse der beiden Regressionsanalysen graphisch dar.

Die drei extrahierten Faktoren erklären insgesamt 46,8 % (45,5 % korrigiert) der Varianz der Gesamtbeurteilung sozialer Organisationen, während die neun Dimensionen 48,8 % (44,2 % korrigiert) erklären. Wie in der Abbildung ersichtlich ist, haben von den neun einzelnen Beurteilungsdimensionen nur die Nützlichkeit der Inanspruchnahme, die Kenntnis der Bedürfnisse der Patienten und die Seriosität sozialer Organisationen einen signifikanten Einfluss (mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %) auf die Gesamtbeurteilung sozialer Organisationen. Mit einer relativen Wichtigkeit von 19,1 % ist die **Seriosität** sozialer Organisationen den Augenärzten am wichtigsten. Gefolgt wird sie von der **Kenntnis der Bedürfnisse der Patienten** (16,8 %), der **Nützlichkeit für Patienten** (13,9 %) sowie dem **Auftreten** der in sozialen Organisationen tätigen Personen (13,4 %).

²⁰⁶ Multikollinearität liegt vor, wenn zwei oder mehrere Regressoren (stark) miteinander korrelieren, also eine (ausgeprägte) Abhängigkeit zwischen ihnen besteht. Vgl. **BACKHAUS, K. ET AL.**, *Multivariate Analysemethoden – eine anwendungsorientierte Einführung*, a. a. O., S. 87 f.

²⁰⁷ Durch die Verdichtung der Variablen zu Faktoren kann ein geringerer Teil der Varianz erklärt werden. Dies führt zu einem Informationsverlust. Vgl. **BACKHAUS, K. ET AL.**, *Multivariate Analysemethoden – eine anwendungsorientierte Einführung*, a. a. O., S. 327 f.

²⁰⁸ Bei negativen Beta-Werten wurde mit dem Betrag gerechnet. Vgl. **HOMBURG, C., KLARMANN, M.**, *Die indirekte Wichtigkeitsbestimmung im Rahmen von Kundenzufriedenheitsuntersuchungen: Probleme und Lösungsansätze*, in: Homburg, C. (Hrsg.), *Kundenzufriedenheit – Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, 6. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 222 ff.

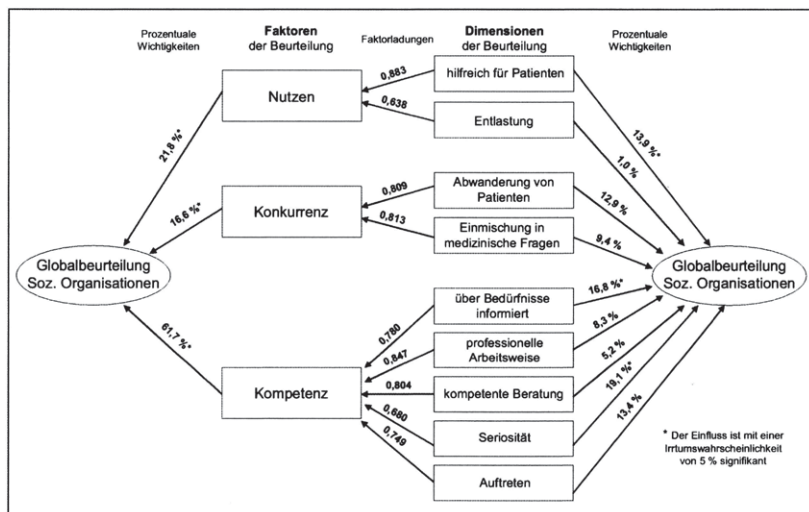


Abb. 17: Bedeutung einzelner Dimensionen für die Gesamtbeurteilung sozialer Organisationen

Die drei extrahierten Faktoren werden dagegen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesamtbeurteilung sozialer Organisationen allesamt als signifikant ausgewiesen (mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %). Den stärksten Einfluss hat hierbei der Faktor der **Kompetenz** sozialer Organisationen mit einer relativen Wichtigkeit von 61,7 %. Gefolgt wird er von dem **Nutzen**, den soziale Organisationen stiften (21,8 %). Der Aspekt der **Konkurrenz** ist vergleichsweise am wenigsten relevant (16,6 %).

5.2 Erreichung der Systemziele

Zur Ermittlung der Erreichung der Systemziele wurde zweistufig vorgegangen. Sowohl Augenärzte als auch Vertreter sozialer Organisationen wurden im ersten Schritt befragt, wie wichtig ihrer Meinung nach die zentralen Versorgungsfunktionen sind. Daran anknüpfend wurde ermittelt, inwieweit die Funktionen bei der Versorgung von AMD-Patienten in NRW als zielerreich angesehen werden.²⁰⁹ Analog zur obigen Vorgehensweise ermöglicht das zweistufige Vorgehen die Ent-

²⁰⁹ Die Fragen wurden jeweils auf einer 5er-Skala gestellt. Bezüglich der Wichtigkeit war eine Abstufung von 1 = *sehr wichtig* bis 5 = *überhaupt nicht wichtig* möglich; bei der Zielerreichung von 1 = *voll und ganz erfüllt* bis 5 = *überhaupt nicht erfüllt*.

wicklung von 4-Felder-Matrizen. Unabhängig davon wurden den Ärzten und den Vertretern sozialer Organisationen zu einigen Versorgungsfunktionen weitere Fragen gestellt, um deren Zielerreichung zu ermitteln. Die Abbildungen 18 und 19 zeigen die Wichtigkeiten und die Zielerreichung der einzelnen Versorgungsfunktionen aus der Perspektive der Augenärzte bzw. der sozialen Organisationen.

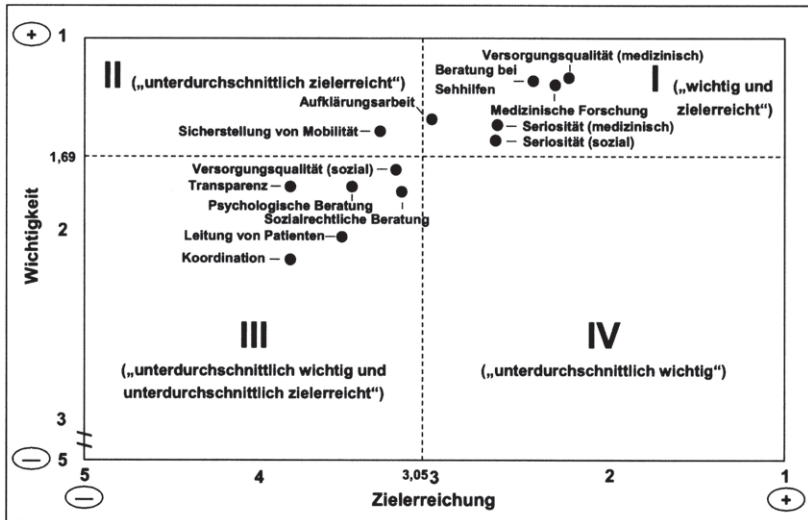


Abb. 18: Wichtigkeit und Zielerreichung zentraler Versorgungsfunktionen aus der Sicht der Augenärzte

In der Phase der **Früherkennung** bzw. der **Prävention** zeigt sich bezüglich der **Aufklärungsarbeit**, dass diese sowohl von Augenärzten als auch von sozialen Organisationen als überdurchschnittlich wichtig erachtet wird. Die Zielerreichung beurteilen Augenärzte allerdings nur durchschnittlich, während soziale Organisationen sie sogar deutlich unterdurchschnittlich bewerten. Dabei zeigen sich beide befragten Gruppen selbstkritisch. Auf die Frage, wer sich der Aufklärungsarbeit annimmt, antworten 98 % der befragten Augenärzte, dass Aufklärungsarbeit ihre Aufgabe sei, während der soziale Sektor die Aufklärung primär als Aufgabe der Selbsthilfe (89 %) und der Sehbehindertenvereine bzw. -verbände (78 %) und nur nachgelagert als Aufgabe der Augenärzte (50 %) sieht.

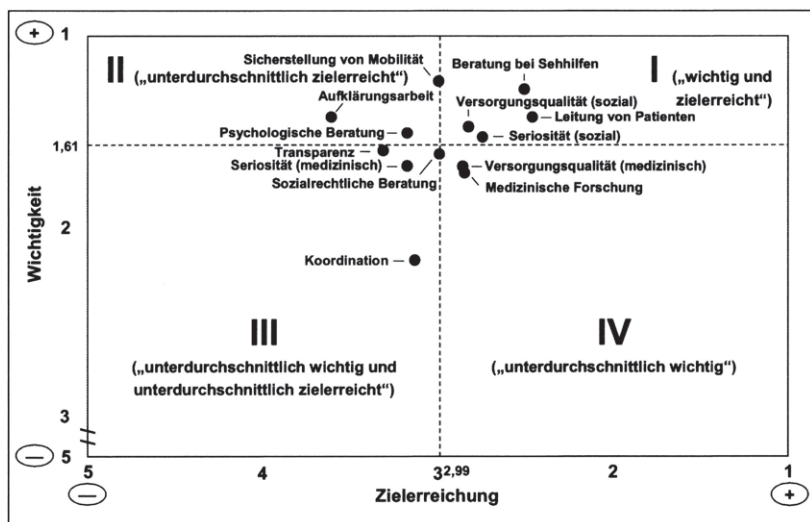


Abb. 19: Wichtigkeit und Zielerreichung zentraler Versorgungsfunktionen aus der Sicht von Vertretern sozialer Organisationen

Mit der vergleichsweise schlecht bewerteten Aufklärungsarbeit bestätigt sich das national wie international vorherrschende Bild, dass die allgemeine Bekanntheit der AMD in der Bevölkerung zwar zunimmt, mit 18 % gemessen an der Zahl der in Deutschland Erkrankten aber dennoch relativ gering ist.²¹⁰ Überdies ist die nähere Bekanntheit der AMD – also die Kenntnis von (beeinflussbaren) Risikofaktoren, Präventionsmöglichkeiten etc. – in der Bevölkerung sehr gering ausgeprägt.²¹¹ Aus der Perspektive der Patienten zeigt sich, dass diese sich bei einem Mittelwert von 2,23²¹² vergleichsweise gut über die AMD informiert fühlen. Zudem wird ersichtlich, dass diejenigen, die Angebote sozialer Organisationen nutzen, deutlich besser informiert sind (Mittelwert von 1,87 im Vergleich zu 2,71). Augenärzte sind der Ansicht, dass eine größere Bekanntheit der AMD und ihrer Risikofaktoren zu einer stärkeren Frequentierung von augenärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ($\mu = 1,69$) und damit einhergehend zu einer Verbesserung der Therapiemöglich-

²¹⁰ Vgl. **AMD ALLIANCE INTERNATIONAL** (HRSG.), Campaign Report 2003 – Länderbericht zu Früherkennung und Low Vision Rehabilitation, 2003, S. 11, URL: http://www.amdalliance.org/user_files/documents/AMD%20German%20report.pdf [Abruf: 14.04.2010].

²¹¹ Vgl. **MEFFERT, H., WISTUBA, M.**, Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 7.

²¹² Auf einer 5er-Skala waren Antworten von 1 = *sehr gut* bis 5 = *sehr schlecht* möglich.

keiten führen würde ($\mu = 1,89$). Das zentrale Problem aus Sicht der Augenärzte ist die geringe Wahrnehmung der AMD in der Öffentlichkeit, die dazu führt, dass AMD-Patienten zu spät einen Augenarzt aufsuchen. Dieses Problem wird von niedergelassenen Augenärzten und Klinikärzten gleichermaßen wahrgenommen. Die von Novartis initiierte Aufklärungskampagne mit dem Titel „Bewahren Sie Ihr Augenlicht“²¹³ wird von Experten positiv eingeschätzt, aber in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen²¹⁴, sodass sie (bislang) nicht signifikant dazu beitragen kann, dass Patienten früher einen Augenarzt aufsuchen.

Innerhalb der **medizinischen Versorgung** bewerten Augenärzte sowohl die **medizinische Forschung** als auch die **Versorgungsqualität** und die **Seriosität** als überdurchschnittlich wichtig und überdurchschnittlich zielerreichend. Insbesondere die Versorgungsqualität wird im Vergleich zu den anderen Funktionen als die am besten zielerreichende Funktion eingeschätzt. Demgegenüber stufen die Vertreter sozialer Organisationen die drei genannten Funktionen unterdurchschnittlich wichtig ein, wenngleich sie sich – absolut betrachtet – ebenfalls auf einem hohen Niveau befinden. Aus sozialer Perspektive sind die medizinische Versorgungsqualität und die medizinische Forschung leicht überdurchschnittlich zielerreichend, während die Seriosität im medizinischen Sektor unterdurchschnittlich eingeschätzt wird. Augenärzte und Vertreter sozialer Organisationen sind sich dahingehend einig, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgungsqualität Aufgabe der Augenärzte und die medizinische Forschung Aufgabe der Augenärzte und Pharmaunternehmen ist. Mit Blick auf die Sicherstellung der Seriosität im medizinischen Sektor ergeben sich jedoch deutliche Unterschiede: Während 82 % der Augenärzte angeben, dass sie die Sicherstellung der Seriosität gewährleisten, teilen diese Einschätzung nur 33 % der Vertreter sozialer Organisationen. Überdies ist ca. ein Fünftel der Vertreter sozialer Organisationen der Ansicht, dass sich niemand der Sicherstellung von Seriosität im medizinischen Sektor annimmt. Wie Kapitel B 3.1.2 gezeigt hat, ist die **Flächendeckung** der medizinischen Versorgung in NRW weitestgehend gewährleistet.

Im Rahmen der **sozialen Versorgung** wird die **Beratung bei Sehhilfen** sowohl von Medizinern als auch von sozialen Organisationen als überdurchschnittlich

²¹³ Zu Detailinformationen zur Kampagne vgl. o. V., URL: <http://www.bewahren-sie-ihir-auge.nl> [Abruf: 17.10.2009].

²¹⁴ Vgl. MEFFERT, H., WISTUBA, M., Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 8.

wichtig und überdurchschnittlich zielerreichend bewertet.²¹⁵ Gleiches gilt für die **Seriosität im sozialen Sektor**. Ebenfalls aus beiden Sektoren überdurchschnittlich wichtig wird die **Sicherstellung der Mobilität der Patienten** beurteilt. Mit Mittelwerten von 3,30 aus medizinischer Sicht und 3,01 aus sozialer Sicht gelingt dies jedoch nur mäßig. Beide Perspektiven sind sich diesbezüglich einig, dass die Sicherstellung der Mobilität der Patienten Aufgabe der Mobilitätstrainer ist. Die **psychologische Beratung** und die **sozialrechtliche Beratung** werden von beiden Gruppen jeweils unterdurchschnittlich zielerreichend angesehen, wenngleich zumindest soziale Organisationen der psychologischen Beratung eine überdurchschnittliche Bedeutung beimessen. Bezüglich der **Versorgungsqualität** im sozialen Sektor weichen die Einschätzungen aus medizinischer und sozialer Sicht voneinander ab. Während der soziale Sektor sie als jeweils leicht überdurchschnittlich wichtig und zielerreichend einstuft, sieht der medizinische Sektor die Ausprägungen jeweils leicht unterdurchschnittlich. Darüber hinaus hat Kapitel B 3.1.3 gezeigt, dass die **Flächendeckung** sozialer Organisationen nicht sichergestellt ist. Dieses deskriptive Ergebnis wird durch die Einschätzungen im Rahmen der empirischen Befragungen bestätigt. Der Aussage, dass die Flächendeckung sozialer Angebote in NRW gut ist, wird aus medizinischer Perspektive nur mit einem Mittelwert von 3,19 zugestimmt. Soziale Organisationen beurteilen die Flächendeckung etwas positiver ($\mu = 2,59$). Neben der fehlenden Flächendeckung identifizieren die befragten Experten eine hohe Fragmentierung der Versorgungsangebote.²¹⁶

Die Erreichung der **schnittstellenbezogenen Ziele** wird von Medizinern und Sozialen am schlechtesten beurteilt. Aus medizinischer Perspektive kommt sowohl der Transparenz als auch der Leitung von Patienten und der Koordination eine unterdurchschnittliche Bedeutung zu. Dass schnittstellenbezogene Ziele die Versorgung nicht unmittelbar tangieren, könnte erklären, weshalb sie im Vergleich zu Funktionen, die die Versorgung direkt betreffen, weniger wichtig eingeschätzt werden. Gleichwohl sind auch sie mit Mittelwerten zwischen 1,8 und 2,2 absolut betrachtet wichtig. Abweichend von der Einschätzung der Mediziner beurteilen soziale Organisationen die Leitung der Patienten als überdurchschnittlich wichtig.²¹⁷

²¹⁵ Dies bestätigt indirekt die von Augenärzten und Vertretern sozialer Organisationen bekundete gute Zusammenarbeit mit Augenoptikern.

²¹⁶ Vgl. **MEFFERT, H., WISTUBA, M.**, Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 25.

²¹⁷ Diese Einschätzung ist plausibel, weil soziale Organisationen gewissermaßen davon abhängig sind, dass Augenärzte ihre Patienten an sie weiterleiten.

Hinsichtlich der Bewertung der **Transparenz** zeigt sich eine vergleichsweise schlechte Bewertung sowohl von Augenärzten ($\mu = 3,76$) als auch von sozialen Organisationen ($\mu = 3,26$). Dies bedeutet, dass unklar ist, welche Versorgungsanbieter es mit welchen Versorgungsangeboten wo gibt. Unabhängig von den organisationsspezifischen Einschätzungen²¹⁸ stimmen Augenärzte der Aussage, dass die Bekanntheit sozialer Angebote bei Mediziner hoch ist, mit einem Mittelwert von lediglich 3,59 nur bedingt zu. Vertreter sozialer Organisationen unterschreiten diesen Wert sogar noch ($\mu = 3,79$). Daran anknüpfend gehen weder Augenärzte ($\mu = 3,88$) noch soziale Organisationen ($\mu = 3,23$) davon aus, dass die Bekanntheit sozialer Angebote bei AMD-Patienten hoch ist. Die befragten AMD-Patienten unterstreichen diese Tendenz, indem 81,2 % der Patienten, die keine sozialen Angebote nutzen, angeben, sich nicht ausreichend über soziale Organisationen informiert zu fühlen. Hinzu kommt, dass Vertreter sozialer Organisationen den Aussagen, dass Ärzte über Ziele und Anliegen sozialer Organisationen ($\mu = 3,17$) und über soziale Angebote in der Umgebung der Praxis ($\mu = 3,55$) gut informiert sind, nur bedingt zustimmen.

Eng einher mit der Transparenz im Versorgungssystem geht die **(Weiter-)Leitung der Patienten** an andere Versorger. Augenärzte, die nicht ausreichend über soziale Organisationen informiert sind, können Patienten nicht auf entsprechende Angebote hinweisen. Während Mediziner die Zielerreichung der (Weiter-)Leitung von Patienten als weniger gut einschätzen ($\mu = 3,58$), beurteilen Vertreter sozialer Organisationen sie eher gut ($\mu = 2,53$). Auf die Frage, wer sich der Leitung der Patienten annimmt, sehen die Augenärzte sich selbst (84 %) in der Rolle des (Weiter-)Leiters. Im sozialen Sektor wird primär die Selbsthilfe (83 %) genannt. Zwar erscheint eine Weiterleitung durch Selbsthilfeorganisationen innerhalb des sozialen Sektors plausibel. Dafür ist jedoch notwendig, dass Augenärzte die Patienten zunächst an Selbsthilfeorganisationen vermitteln. Insofern scheint Augenärzten – zumindest mengenmäßig – eine größere Bedeutung bei der (Weiter-)Leitung der Patienten zuzukommen. Die **Koordination** unterschiedlicher Einrichtungen wird sowohl von Augenärzten ($\mu = 3,76$) als auch aus dem sozialen Sektor ($\mu = 3,13$) vergleichsweise negativ beurteilt.

Die **übergeordneten Ziele** werden – bei Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation in NRW – nur bedingt erreicht. Der Zustand der **Gesundheit** im Sinne einer (vollständigen) Heilung der Patienten kann aufgrund fehlender Therapiemöglichkeiten nicht erreicht werden. Zu Gesundheit im Sinne der WHO können in

²¹⁸ Vgl. hierzu Kap. B 4.2.2.

besonderer Weise soziale Organisationen beitragen. Aufgrund der mangelnden Transparenz und der mangelnden Weiterleitung der Patienten an soziale Organisationen ist deren Nutzungsverhalten jedoch vergleichsweise gering ausgeprägt. **Effektivität und Effizienz** der Versorgung werden durch die sektorinterne Duplizierung von Anstrengungen und die wenig ausgeprägte Kooperation an Schnittstellen eingeschränkt. Darüber hinaus liegen keine klaren Kompetenzabgrenzungen vor. So ist es beispielsweise ineffizient, dass Augenärzte ca. 10 % ihrer medizinischen Zeit mit sozialer Beratung verbringen. Durch eine geringe Bekanntheit und Inanspruchnahme sozialer Organisationen muss zudem die (makroökonomische) Effizienz im Sinne einer Prävention von Folgeerkrankungen kritisch beurteilt werden. Die **Patientenzufriedenheit** im Sinne einer Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ist – auf Basis der empirisch befragten Patienten – gut bis sehr gut.²¹⁹

5.3 Identifikation und Erklärung von Versorgungslücken

Die Analyse hat gezeigt, dass Lücken in der Versorgung von AMD-Patienten in NRW bestehen. Im Kern betreffen diese die Aspekte Aufklärungsarbeit, Transparenz, Weiterleitung von Patienten, Flächendeckung sozialer Angebote, Sicherstellung der Mobilität der Patienten, Koordination und Effizienz sowie (bedingt) Sicherstellung der Versorgungsqualität im sozialen Sektor. Abbildung 20 visualisiert in diesem Zusammenhang, inwieweit die definierten Systemziele in der Versorgung von AMD-Patienten in NRW erreicht werden.

Die identifizierten Versorgungslücken lassen sich folgendermaßen erklären: Hauptgründe für die suboptimale **Aufklärungsarbeit** sind fehlende Anreize und knappe bzw. fehlende finanzielle Mittel. Soziale Organisationen, die gewillt sind, Aufklärungsarbeit zu betreiben, verfügen in der Regel nicht über notwendige finanzielle Mittel. Niedergelassene Augenärzte profitieren (monetär) nur bedingt von AMD-Patienten, da sie in der Regel nicht die lukrativen Injektionen durchführen. Spezialkliniken und sonstige injizierende Augenärzte sind so gut ausgelastet, dass eine weitere Akquirierung von Patienten nicht nötig erscheint. Insofern fehlen Augenärzten (zumindest monetär betrachtet) Anreize für die Durchführung allgemeiner Aufklärungskampagnen. Für die Wirtschaft ist die Durchführung von Aufklärungskampagnen dann relevant, wenn sie die Bekanntheit und das Image des Unternehmens verbessern und/oder ein Verhalten der Zielgruppe generieren, das

²¹⁹ Vgl. Fn. 196

auf monetäre Größen des Unternehmens wirkt. Innerhalb des Wirtschaftssektors ist eine bessere Früherkennung insbesondere für Pharmaunternehmen von Interesse. Darüber hinaus verfügen diese über entsprechende finanzielle Mittel für eine Aufklärungskampagne. Beispielsweise wurde die Kampagne „Bewahren Sie Ihr Augenlicht“ von einem Pharmaunternehmen (Novartis) initiiert. Diese wurde in der breiten Öffentlichkeit jedoch vergleichsweise wenig wahrgenommen.²²⁰ Kostenträger und der Staat hätten einen Anreiz, die Bevölkerung für die AMD zu sensibilisieren, wenn belegt wäre, dass die durch frühe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen entstehenden Kosten durch die Reduzierung von Folgekosten und positive Lebensqualitätseffekte überkompensiert werden. Bestehende Studien gibt es bislang jedoch nicht.

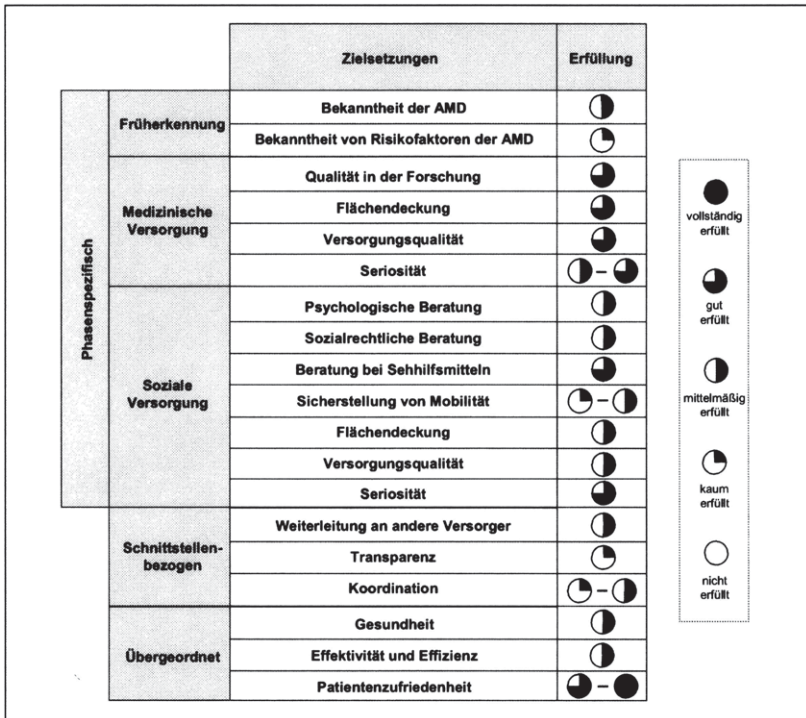


Abb. 20: Erreichung der Systemziele²²¹

²²⁰ Vgl. Kap. B 5.2.

²²¹ Die in Kap. B 1 herausgestellten Ziele Sicherung der Überlebensfähigkeit der im Versorgungssystem tätigen Organisationen und Früherkennungs-Know-how (aufseiten der Augenärzte)

Die fehlende **Transparenz** insbesondere im sozialen Sektor ist nicht darauf zurückzuführen, dass soziale Organisationen keinen Anreiz hätten, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Trotz knapper finanzieller Mittel verfügen nahezu alle sozialen Organisationen über Broschüren, Flyer und einen Internetauftritt. Eine mögliche Erklärung für Intransparenz könnte in der Umsetzung der Öffentlichkeitsarbeit liegen. Dass zu viele Informationen sozialer Organisationen die Zielgruppen (in der Regel Patienten oder Augenärzte) nicht erreichen, könnte damit begründet werden, dass sie entweder nicht zielgruppenspezifisch gestaltet sind oder über Informationsmaterialien hinaus der persönliche Kontakt und damit eine Identifikation mit der Organisation fehlt. Hinzu kommt, dass soziale Organisationen den Effekt ihrer Öffentlichkeitsarbeit offensichtlich überschätzen, da sie davon ausgehen, dass mehr Augenärzte und mehr Patienten ihre Organisation kennen als dies tatsächlich der Fall ist. Nicht zu vernachlässigen ist zudem ein möglicher – in Anbetracht der Zeitknappheit von Ärzten zu betonender – *information overload* durch zu viele Informationen von unterschiedlichen Organisationen.

Die fehlende Transparenz ist zudem ein Erklärungsansatz für die **mangelnde Weiterleitung** durch Augenärzte. Zum einen müssen Augenärzte Transaktionskosten für die Beschaffung von Informationen aufwenden, wenn sie sich – zum Beispiel im Internet – über Versorgungsoptionen informieren oder Broschüren der unterschiedlichen Anbieter sichten und vergleichen. Darüber hinaus besteht eine klassische Principal-Agent-Beziehung, da der Augenarzt – bei ausbleibender Rückmeldung – nicht hinreichend einschätzen kann, wie sein Patient im sozialen Sektor betreut wird. Dies kann – im Verständnis der Principal-Agent-Theorie – dazu führen, dass die Weiterleitung komplett unterbleibt. Denn letztlich ist der Augenarzt indirekt für die Qualität eines nachgelagerten Anbieters von Versorgungsleistungen verantwortlich, wenn er diese seinem Patienten empfiehlt. Aus diesem Grund ist der Aufbau von Vertrauen zwischen Medizinern und sozialen Organisationen von elementarer Bedeutung.

Dass die **Qualität im sozialen Sektor** nur bedingt sichergestellt werden kann, liegt daran, dass es unseriöse Anbieter gibt, deren Angebote Patienten nicht oder nur schwer als unseriös identifizieren können. Eine Differenzierung wird vor allem durch den weitestgehenden Verzicht sozialer Organisationen auf die Festlegung klarer Qualitätsstandards erschwert. Dies wiederum ist darauf zurückzuführen,

wurden nicht näher untersucht. Bezüglich des Früherkennungs-Know-hows wäre bei einer eigenen Kompetenzeinschätzung eine starke Verzerrung aufgrund sozial erwünschten Antwortverhaltens zu erwarten gewesen. Eine realistische Einschätzung der Überlebensfähigkeit der entsprechenden Organisation wäre nicht durch alle Befragten möglich gewesen.

dass fast ausschließlich Ehrenamtliche in sozialen Organisationen tätig sind. Insofern wird es von Führungskräften sozialer Organisationen (bislang) nicht für angemessen gehalten, Ehrenamtlichen Vorschriften für die Versorgung/Beratung der Patienten zu machen.²²² Der Aufbau von Vertrauen wird dadurch sowohl aufseiten der Patienten als auch aufseiten der Augenärzte erschwert.

Dass **soziale Angebote nicht flächendeckend** zur Verfügung stehen, lässt sich – im ehrenamtlichen Bereich des sozialen Sektors – durch fehlende personelle Ressourcen begründen. Die geringe Verbreitung von Mobilitätstrainern in einigen Gebieten ist vor dem Hintergrund eines wachsenden „Patientenmarktes“ und eines entsprechend geringen Wettbewerbs in diesen Gebieten nicht plausibel zu erklären.

Fehlende Koordination an der medizinisch-sozialen Schnittstelle lässt sich durch fehlende Transparenz im System erklären. Fehlende Koordination innerhalb des sozialen Sektors kann auf ein wenig ausgeprägtes Kooperationsverständnis zurückgeführt werden. Dieses äußert sich in einem von Experten identifizierten „Scheuklappendenken“.²²³

Dass Augenärzte nach eigenen Angaben circa 10 % ihrer Zeit mit sozialer Beratung verbringen, lässt sich primär auf ihre Informationsdefizite über soziale Organisationen und deren Leistungsspektren zurückführen. Insofern kann gefolgert werden, dass Augenärzten nicht bewusst ist, welches Entlastungspotenzial durch den Hinweis auf soziale Organisationen besteht.²²⁴

Die Versorgungslücken lassen den Schluss zu, dass in gewissem Maße **Marktversagen** vorliegt, da die Martteilnehmer nicht in der Lage sind oder keine (ausreichenden) Anreize haben, optimale Marktleistungen zu erbringen.

²²² Dies wurde von Führungskräften unterschiedlicher Sozialer Organisationen in Gesprächen und Diskussionen geäußert.

²²³ Vgl. MEFFERT, H., WISTUBA, M., Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 19.

²²⁴ Dies ist zudem ein Erklärungsansatz dafür, dass den Augenärzten der Aspekt der Entlastung bei der Einstellung gegenüber sozialen Organisationen vergleichsweise unwichtig ist. Vgl. Kap. B 5.1.

C. Systemgestaltung zur Verbesserung der AMD-Versorgung in NRW

1. Alternativen zur Verbesserung der AMD-Versorgung

Auf Basis der identifizierten Versorgungslücken wird im Folgenden der Frage nachgegangen, welche Alternativen zur Verbesserung der AMD-Versorgung in NRW bestehen. Angesichts der **suboptimalen organisationsübergreifenden Zusammenarbeit**, die einen Teil der Versorgungslücken begründet, kommen als geeignete Alternativen **verschiedene Kooperationsformen** in Betracht.²²⁵ Einleitend wurde verdeutlicht, dass der Begriff der Kooperation „ein Oberbegriff für eine Vielzahl unterschiedlicher Formen [organisationsübergreifender] Zusammenarbeit“²²⁶ ist. Zum Zweck einer differenzierten Analyse und Bewertung geeigneter Kooperationsalternativen zur Verbesserung der AMD-Versorgung in NRW werden nachfolgend die spezifischen Kooperationsformen horizontale Kooperation, vertikale Kooperation, Social Franchising als Spezialform vertikaler Kooperation sowie übergeordnetes, organisationales Netzwerk betrachtet.²²⁷ Ziel ist es, die am besten geeignete Alternative im Rahmen eines **dreijährigen Modellversuchs** in NRW zu erproben.

1.1 Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen durch horizontale Kooperation

Bei einer horizontalen Kooperation handelt es sich um eine Zusammenarbeit von Organisationen, die in der gleichen Branche auf der gleichen Stufe der Wertschöpfungskette tätig sind.²²⁸ Die Kooperationspartner sind entsprechend aktuelle

²²⁵ VON EIFF zeigt auf, dass Kooperationen, verstanden als Form einer Unternehmensverbindung, geeignet sind, um identifizierte Versorgungslücken zu schließen. Vgl. VON EIFF, W., Erfolgsfaktoren für Unternehmensverbindungen im Gesundheitswesen, a. a. O., S. 20 ff.

²²⁶ VIZJAK, A., Wachstumspotenziale durch Strategische Partnerschaften – Bausteine einer Theorie der externen Synergie, München 1990, S. 28

²²⁷ VON EIFF identifiziert (horizontale) Strategische Allianzen, (horizontale und vertikale) Netzwerke und (vertikales) Outsourcing als wesentliche Kooperationsoptionen. Vgl. VON EIFF, W., Erfolgsfaktoren für Unternehmensverbindungen im Gesundheitswesen, a. a. O., S. 23. Die in der Kooperationsliteratur thematisierten Formen des Joint Ventures oder der partnerschaftlichen Kooperationen erscheinen zur Schließung von Versorgungslücken nicht geeignet und werden deshalb im Folgenden nicht näher thematisiert.

²²⁸ Vgl. KILLICH, S., Formen der Unternehmenskooperation, in: Becker, T. et al. (Hrsg.), Netzwerkmanagement – mit Kooperationen zum Unternehmenserfolg, 2. Aufl., Berlin 2007, S. 18; PAUSENBERGER, E., Zur Systematik von Unternehmenszusammenschlüssen, in: Das Wirtschaftsstudium, 18. Jg., 1989, Nr. 11, S. 622; FRIESE, M., Kooperation als Wettbewerbsstrategie für Dienstleistungsunternehmen, Wiesbaden 1998, S. 149.

oder potenzielle Konkurrenten.²²⁹ BACKHAUS und PILTZ bzw. BACKHAUS und MEYER bezeichnen horizontale Kooperationen als „Strategische Allianzen“.²³⁰

Nach PORTER und FULLER lassen sich grundsätzlich **zwei Formen** von horizontalen Kooperationen unterscheiden.²³¹ Erstens können Aktivitäten gemeinsam durchgeführt werden, um Wettbewerbsvorteile durch eine Bündelung von Stärken zu erzielen. Dies bezeichnet MORSCHETT als Y-Allianz.²³² Zweitens besteht die Möglichkeit, dass sich die kooperierenden Organisationen auf ihre jeweiligen Stärken konzentrieren und die Stärken des Partners zum Ausgleich der eigenen Schwächen nutzen. In diesem Fall wird von so genannten X-Allianzen gesprochen. MORSCHETT macht deutlich, dass bei horizontalen Kooperationen in der Regel Y-Allianzen überwiegen.²³³

Tendenziell werden horizontale Kooperationen eher von kleineren und mittelgroßen Organisationen eingegangen. Dies lässt sich dadurch begründen, dass im Sinne der beschriebenen Y-Allianzen ein Gewicht gegenüber mächtigeren Wettbewerbern gebildet werden soll.²³⁴ Weitere typische Charakteristika horizontaler Kooperationen sind zudem eine offene Anzahl an Partnern und eine meist unbegrenzte Dauer der Kooperation.

Mit horizontalen Kooperationen werden im Kern folgende **Zielsetzungen** verfolgt²³⁵: Zum einen sollen durch die Bündelung von Ressourcen und Kompetenzen Synergieeffekte in Form von Kostendegressions- und Lernkurveneffekten sowie Wettbewerbsvorteile erzielt werden. Zum anderen ermöglicht eine horizontale

²²⁹ Vgl. beispielsweise WEGMETH, U., Horizontale Kooperationen in der Molkereiwirtschaft, München 2002, S. 13.

²³⁰ Vgl. BACKHAUS, K., PILTZ, K., Strategische Allianzen – eine neue Form kooperativen Wettbewerbs?, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Nr. 27 (Sonderheft „Strategische Allianzen“), 1990, S. 1 ff.; BACKHAUS, K., MEYER, M., Strategische Allianzen und strategische Netzwerke, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 22. Jg., 1993, Nr. 7, S. 332.

²³¹ Vgl. PORTER, M. E., FULLER, M. B., Koalitionen und globale Strategien, in: Porter, M. (Hrsg.), Globaler Wettbewerb – Strategien der neuen Internationalisierung, Wiesbaden 1989, S. 389 ff.

²³² Vgl. ausführlich zu Y- und X-Allianzen MORSCHETT, D., Formen von Kooperationen, Allianzen und Netzwerken, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 383.

²³³ Vgl. MORSCHETT, D., Formen von Kooperationen, Allianzen und Netzwerken, a. a. O., S. 392.

²³⁴ Vgl. BIRCHER, B., Wettbewerbsposition nachhaltig stärken, in: Gablers Magazin, 4. Jg., 1990, Nr. 9, S. 17.

²³⁵ Vgl. hierzu z. B. ZENTES, J., MORSCHETT, D., Horizontale und vertikale Online-Kooperationen im Vertrieb, in: Büttgen, M., Lücke, F. (Hrsg.), Online-Kooperationen – Erfolg im E-Business durch strategische Partnerschaften, Wiesbaden 2003, S. 233 ff.; ROTERING, J., Zwischenbetriebliche Kooperation als alternative Koordinationsform – ein transaktionskostentheoretischer Erklärungsansatz, Stuttgart 1993, S. 32 ff.

Kooperation den Zugang zu spezifischem Know-how und damit ein gegenseitiges Lernen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, durch gemeinsames Wirken Standards im Markt zu setzen, was allein aufgrund einer nicht ausreichenden Marktstellung erschwert würde. Nicht zuletzt bieten horizontale Kooperationen die Möglichkeit, Risiken zu reduzieren und Zeitvorteile zu realisieren. Dies gilt insbesondere für Kooperationen im Bereich Forschung & Entwicklung.

In Bezug auf die AMD **bietet der Versorgungssektor zahlreiche Anknüpfungspunkte für horizontale Kooperationen**: Pharmaunternehmen könnten durch gemeinsame Forschungsbestrebungen zu einer grundlegend besseren Versorgung beitragen. Ziel könnte es beispielsweise sein, Therapiemöglichkeiten für die trockene Form der AMD zu erforschen. Mit der gleichen Zielsetzung könnten forschende Klinikärzte ihre Bemühungen ebenfalls stärker koordinieren und von den Vorteilen eines Erfahrungs- bzw. Wissenstransfers profitieren. Im sozialen Sektor erscheinen horizontale Kooperationen insbesondere vor dem Hintergrund der knappen Budgets der einzelnen Organisationen und ihrer geringen Bekanntheit bei Augenärzten und Patienten sinnvoll. So könnten soziale Organisationen einerseits ihre Informationsmaterialien bündeln und andererseits ihre Durchschlagskraft durch eine – zumindest partiell betriebene – gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit erhöhen.²³⁶ Wie Kap. B 5.1 gezeigt hat, ist die horizontale Zusammenarbeit sowohl innerhalb des medizinischen als auch innerhalb des sozialen Sektors bereits vergleichsweise intensiv und gut. Mit Blick auf die optimale Ausschöpfung der beschriebenen Potenziale horizontaler Kooperationen erscheint eine weitere Intensivierung dennoch empfehlenswert. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass horizontale Kooperationen aufgrund der bestehenden Wettbewerbssituation zwischen den potenziellen Partnern nicht oder nur bedingt durch Dritte initiiert werden können. Dies ist lediglich dann möglich, wenn den potenziellen Partnern das Synergiepotenzial der Zusammenarbeit nicht bewusst ist oder die Notwendigkeit besteht, die Kooperationspartner bei der Initiierung bzw. Umsetzung der Kooperation zu unterstützen.

Gegenüber den aufgezeigten Synergiepotenzialen hätte eine Intensivierung horizontaler Kooperationen im AMD-Sektor den Nachteil, dass das in Kap. B 5.1 identifizierte sektorinterne „Scheuklappendenken“ weiter forciert werden könnte. Insbesondere können durch horizontale Kooperationen die schnittstellenbezogenen

²³⁶ Im Rahmen gemeinsamer Öffentlichkeitsarbeit könnte beispielsweise das Nutzenpotenzial sozialer Angebote im Allgemeinen aufgezeigt werden, um Augenärzte und (nachgelagert) Patienten für soziale Organisationen zu sensibilisieren. In einem zweiten Schritt könnten die einzelnen Leistungsprofile kommuniziert werden.

Versorgungslücken, wie die Weiterleitung der Patienten an andere Versorger oder die sektorübergreifende Koordination, nicht gelöst werden.

1.2 Optimierung von Schnittstellen durch vertikale Kooperation

Unter einer vertikalen Kooperation ist eine Zusammenarbeit zwischen Organisationen zu verstehen, die in der gleichen Branche, aber auf unterschiedlichen Stufen der Wertschöpfungskette tätig sind.²³⁷ Im Fokus einer vertikalen Kooperation steht die Konzentration auf diejenigen Wertschöpfungsaktivitäten, für die spezifische Kompetenzen vorhanden sind.²³⁸ Andere Aktivitäten der Wertschöpfungskette werden an ebenfalls spezialisierte Organisationen ausgelagert. Im Rahmen der Kooperation wird der Austausch der jeweiligen Aktivitäten sichergestellt.²³⁹

Die unterschiedlichen Stärken- bzw. Schwächen-Profile der Partner führen dazu, dass einzelne Aktivitäten der Wertschöpfungskette entsprechend der vorhandenen Kernkompetenzen zwischen den Partnern aufgeteilt werden. Aus diesem Grund handelt es sich bei vertikalen Kooperationen gemäß der Systematik von MORSCHETT in der Regel um X-Allianzen.²⁴⁰ ZENTES bzw. SYDOW sprechen in diesem Zusammenhang auch von komplementären Allianzen bzw. Wertschöpfungspartnerschaften.²⁴¹

Grundsätzlich können vertikale Kooperationen **vor- und/oder rückwärts gerichtet** sein.²⁴² In Abhängigkeit der Zahl der beteiligten Wertschöpfungsstufen sind **ein- und mehrstufige** Kooperationen möglich.²⁴³ Analog zu horizontalen Koope-

²³⁷ Vgl. KILLICH, S., Formen der Unternehmenskooperation, a. a. O., S. 19.

²³⁸ Vgl. MORSCHETT, D., Formen von Kooperationen, Allianzen und Netzwerken, a. a. O., S. 393.

²³⁹ Vgl. MEYER, M., Ökonomische Organisation der Industrie, Wiesbaden 1995, S. 158.

²⁴⁰ Vgl. MORSCHETT, D., Formen von Kooperationen, Allianzen und Netzwerken, a. a. O., S. 393.

²⁴¹ Vgl. ZENTES, J., Kooperative Wettbewerbsstrategien im internationalen Konsumgütermarketing, in: Zentes, J. (Hrsg.), Strategische Partnerschaften im Handel, Stuttgart 1992, S. 19 bzw. SYDOW, J., Strategische Netzwerke, Wiesbaden 1992, S. 64. KILLICH verwendet darüber hinaus den Begriff einer klassischen Zulieferer-Abnehmer-Beziehung. Vgl. KILLICH, S., Formen der Unternehmenskooperation, a. a. O., S. 19.

²⁴² Vgl. RAUTENSTRAUCH, T., GENEROTZKY, L., BIGALKE, T., Kooperationen und Netzwerke – Grundlagen und empirische Ergebnisse, a. a. O., S. 14.

²⁴³ Bei zwei Kooperationspartnern handelt es sich um eine einstufige Kooperation. Bei drei oder mehr Partnern ist die Kooperation mehrstufig. Vgl. ZENTES, J., MORSCHETT, D., Horizontale und vertikale Online-Kooperationen im Vertrieb, a. a. O., S. 228.

rationen sind vertikale Kooperationen nicht bezüglich einer Partnerzahl festgelegt. Die Dauer der Kooperation ist ebenfalls in der Regel unbegrenzt.

Allgemein wird mit vertikalen Kooperationen das **Ziel** verfolgt, die Effizienz durch die Konzentration auf Kernkompetenzen zu steigern. Dies kann beispielsweise durch Zeitersparnisse aufgrund fortgeschrittener Lernkurveneffekte erfolgen. Notwendige Voraussetzung hierfür ist, dass die erbrachten Teilleistungen derart koordiniert werden, dass zu einer Optimierung von Schnittstellen beigetragen wird. Sofern dies von den Kooperationspartnern erwünscht ist, kann darüber hinaus Know-how über Wertschöpfungsstufen hinweg transferiert werden. Nicht zuletzt kann eine vertikale Kooperation dazu beitragen, dass eine wettbewerbsfähige Gesamtlösung erreicht werden kann.²⁴⁴

Im Bereich der AMD sind vertikale Kooperationen insbesondere dazu geeignet, die in Kap. B 5.3 aufgezeigten **Schnittstellenprobleme zu verringern**. Dies gilt vor allem in Bezug auf **Koordination** und **Effizienz** an Schnittstellen. Zur Verringerung von Schnittstellenproblemen ist es erforderlich, ganzheitliche, d. h. die gesamte Versorgung betreffende, **Patientenpfade** zu definieren. Ein optimaler Patientenpfad sähe beispielsweise folgendermaßen aus: Bei ersten Anzeichen der Erkrankung wird ein potenzieller AMD-Patient von seinem Hausarzt an einen niedergelassenen Augenarzt überwiesen. Dieser wiederum überweist den Patienten – in Abhängigkeit der Erkrankungsform – an eine spezialisierte Augenklinik. Dort wird der Patient, sofern er an der feuchten Form der AMD erkrankt ist, therapiert und darüber informiert, zu welchem Zeitpunkt eine Anpassung von Sehhilfen sinnvoll ist. Sofern in der Augenklinik keine Anpassung vergrößernder Sehhilfen erfolgt, verweisen Klinikärzte auf entsprechend spezialisierte Augenoptiker. Unabhängig davon weisen Klinikärzte oder niedergelassene Ärzte ihre Patienten auf soziale Organisationen hin, die sie in den Bereichen Mobilität, psychologische Beratung, sozialrechtliche Beratung etc. unterstützen und so zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität beitragen können.

Über die Schließung bzw. Verringerung schnittstellenbezogener Versorgungslücken hinaus, könnte ein Versorgungspfad die Grundlage für das Angebot ganzheitlicher Versorgungsleistungen für Patienten sein. Aufgrund der großen Zahl der

²⁴⁴ Vgl. zu den Zielen vertikaler Kooperationen **VON EIFF, W.**, Erfolgsfaktoren für Unternehmensverbindungen im Gesundheitswesen, a. a. O., S. 23; **KLEMMANN, A.**, Management sektorübergreifender Kooperationen – Implikationen und Gestaltungsempfehlungen für erfolgreiche Kooperationen an der Schnittstelle von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation, a. a. O., S. 102 ff.

Leistungsanbieter in NRW wären jedoch sehr viele vertikale Kooperationen nötig. Fraglich ist diesbezüglich, durch wen die vertikalen Kooperationen initiiert und gesteuert werden. Eine Lösung des Problems durch (ausschließlich) marktliche Mechanismen muss insofern kritisch hinterfragt werden, als dass es bislang kaum klare, sektorübergreifende Zuweisungen gibt.

1.3 Multiplikation bestehender Beratungsangebote durch Social Franchising

Beim klassischen Franchising handelt es sich um ein vertikal-kooperatives, organisiertes Absatzsystem zwischen rechtlich selbstständigen Organisationen auf der Basis eines vertraglichen Dauerschuldverhältnisses.²⁴⁵ Dabei wird differenziert zwischen einem Franchise-Geber und einem Franchise-Nehmer. Während der Franchise-Geber ein Franchise-Paket zur Verfügung stellt und die Einhaltung der Leistungen kontrolliert, zahlt der Franchise-Nehmer eine Lizenzgebühr²⁴⁶ und verpflichtet sich, das Konzept entsprechend der Vorgaben des Franchise-Gebers umzusetzen.²⁴⁷

Seit einigen Jahren wird die Idee des Franchising unter dem Terminus Social Franchising verstärkt vom Non-Profit-Sektor aufgegriffen und unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Sektors angewendet. In Abgrenzung zum kommerziellen Franchising wird beim Social Franchising auf gewinnorientierte Elemente, wie beispielsweise die klassische Gebührenstruktur, verzichtet.²⁴⁸

Ausgangssituation für die Diskussion des Social Franchising ist die Feststellung, dass es vielen Akteuren im Non-Profit-Sektor zwar gelingt, erfolgreiche Pilotprojekte zu initiieren. Allerdings **mangelt es häufig an deren Verbreitung**, was primär auf fehlende personelle und finanzielle Ressourcen sowie auf zeitliche

²⁴⁵ Vgl. KAUB, E., Franchise-Systeme in der Gastronomie, Saarbrücken 1980, S. 29.

²⁴⁶ Über die Franchise-Gebühr hinaus ist es – in Abhängigkeit der Ausgestaltung des Franchise-Vertrags – möglich, den Franchise-Geber an den Umsätzen bzw. Gewinnen des Franchise-Nehmers zu beteiligen.

²⁴⁷ Vgl. AHLERT, D., EVANSCHITZKY, H., WUNDERLICH, M., Kooperative Unternehmensnetzwerke – Nationale und internationale Entwicklungs- und Wachstumsperspektiven des Franchising, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 627.

²⁴⁸ Vgl. BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN, BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.), Nachmachen erwünscht, Methoden erfolgreichen Projekttransfers, URL: http://www.stiftungen.org/fileadmin/bvds/de/Projekte/Projekttransfer/Nachmachen_erwuenscht.pdf [Abruf: 17.12.2009], S. 7; BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN (HRSG.), Social Franchising – Eine Methode zur systematischen Vervielfältigung gemeinnütziger Projekte, Berlin 2008, S. 26.

Restriktionen zurückgeführt werden kann.²⁴⁹ Insofern ist es die generelle Idee des Social Franchising, erfolgreich verlaufene, gemeinnützige Projekte zu verbreiten und damit zu einer Professionalisierung des Non-Profit-Sektors beizutragen.²⁵⁰ Entsprechend definiert der BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN Social Franchising als „eine Methode zur **systematischen Vervielfältigung** gemeinnütziger Projekte“²⁵¹.

Für ein **erfolgreiches Social Franchising** ist es erforderlich, dass ein solides Projektkonzept vorliegt und Kapazitäten sowie Marktpotenzial in ausreichendem Maße vorhanden sind.²⁵² Gemäß WACHS kennzeichnen erfolgreiche Social Franchise-Modelle zudem vier Eigenschaften: der Einsatz als Multiplikations- und Wachstumsstrategie, das Vorhandensein eines Markenkerns, die Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards sowie die Förderung der Franchise-Nehmer, beispielsweise durch Fortbildungen oder die Unterstützung bei zentralisierten Funktionen wie Marketing oder Controlling.²⁵³

Bezogen auf den AMD-Sektor erscheint das Konzept des Social Franchising als eine geeignete Option, um die soziale Versorgung von AMD-Patienten vor dem Hintergrund ihrer **fehlenden Flächendeckung** in NRW auszuweiten.²⁵⁴ Social Franchising sollte in diesem Zusammenhang jedoch nicht als Verbreitung von Projekten, sondern vielmehr als Ausweitung bzw. Multiplikation von (Beratungs-) Konzepten verstanden werden. Die notwendige Bedingung des ausreichenden Marktpotenzials ist angesichts der großen Zahl an AMD-Patienten in NRW erfüllt. Allerdings muss kritisch hinterfragt werden, ob soziale Organisationen über ausreichend ehrenamtliche personelle Kapazitäten verfügen, um die Beratungs-

²⁴⁹ Vgl. BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN (HRSG.), Social Franchising – Eine Methode zur systematischen Vervielfältigung gemeinnütziger Projekte, a. a. O., S. 9.

²⁵⁰ Der Ansatz der Verbreitung gemeinnütziger Projekte wird in der angloamerikanischen Literatur unter dem Terminus *Scaling-up* diskutiert. Kern des *Scaling-up* ist es, durch die Verbreitung von Projekten zu einer Verbesserung des sozialen Nutzens und zu einer Reduktion der Duplizierung von Anstrengungen beizutragen. Vgl. zum Konzept des *Scaling-up* beispielsweise TAYLOR, C. E., *Scaling up social development*, in: *Leisa magazine*, Vol. 17, 2001, No. 3, pp. 14 ff.; BRADACH, J., *Going to scale – the challenge of replicating social programs*, in: *Stanford Social Innovation review*, Spring 2003, pp. 19 ff.

²⁵¹ BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN (HRSG.), Social Franchising – Eine Methode zur systematischen Vervielfältigung gemeinnütziger Projekte, a. a. O.

²⁵² Vgl. BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN (HRSG.), Social Franchising – Eine Methode zur systematischen Vervielfältigung gemeinnütziger Projekte, a. a. O., S. 34.

²⁵³ Vgl. WACHS, P.-C., *Erfolgsmodell für Deutschland? – Ausländische Beispiele des Social Franchising*, in: *Stiftung & Sponsoring*, 10. Jg., 2007, Nr. 4, S. 37.

²⁵⁴ Vgl. zur fehlenden Flächendeckung der sozialen Versorgung in NRW Kap. B 3.1.3 sowie B 5.2.

strukturen auszuweiten. Ungeachtet dessen bietet Social Franchising sozialen Organisationen die Möglichkeit, Synergien zu nutzen, indem Ressourcen effizient eingesetzt werden können. Weitere Synergieeffekte ergeben sich durch den Transfer von Know-how sowie die Vereinfachung des Qualitätsmanagements durch Standardisierung. Überdies kann Social Franchising aufgrund der Übertragung bereits etablierter Konzepte Risiken reduzieren. Auf der anderen Seite gehen mit Social Franchising höhere Kosten für soziale Organisationen einher, da die Ausweitung von Beratungsstrukturen neben der Anmietung von Räumen eine Qualifizierung der Berater erforderlich macht. Eine ausgeweitete Beratungsstruktur erfordert zudem eine stärkere Koordination sowie die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Multiplikation der Konzepte. Sofern die Beratungsangebote nicht ausreichend koordiniert und einer regelmäßigen Qualitätskontrolle unterzogen werden, besteht für den Franchise-Geber die Gefahr von Image- bzw. Reputationsschäden.²⁵⁵

Ein weiterer Nachteil des Social Franchising ist, dass die Ausweitung von Versorgungsstrukturen zwar eine notwendige Bedingung dafür ist, dass mehr AMD-Patienten die soziale Beratung in Anspruch nehmen können und entsprechend zu einer Steigerung ihrer Lebensqualität beigetragen wird. Durch eine reine Ausweitung der Angebotsstruktur lässt sich das Problem der fehlenden Bekanntheit sozialer Organisationen bei Augenärzten und Patienten jedoch nicht lösen. Insofern müsste die Ausweitung von Anlaufstellen für AMD-Patienten durch entsprechende kommunikative Maßnahmen begleitet werden.

Für eine mögliche Umsetzung des Social Franchising im AMD-Sektor ergeben sich zwei Optionen: Zum einen könnte das Social Franchising von Organisationen initiiert werden, bei denen bereits AMD-Berater tätig sind. Dies hätte den Vorteil, dass die Erfahrungen der Berater genutzt werden könnten, um bei der Ausweitung der Beratungsstrukturen Synergien zu nutzen. Zum anderen könnte Social Franchising durch Dritte initiiert werden. Dafür wäre im ersten Schritt ein Benchmarking erforderlich, um organisationsübergreifend best bzw. good practices zu identifizieren und auf dieser Basis einen standardisierten Beratungsleitfaden zu entwickeln. Ein solches Social Franchising durch Dritte hätte den Vorteil, dass **neben dem Effekt der Quantitätsausweitung auch eine Qualitätsverbesserung**

²⁵⁵ Vgl. zu Chancen und Risiken des Social Franchising auch **BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN, BERTELSMANN STIFTUNG** (HRSG.), *Nachmachen erwünscht, Methoden erfolgreichen Projekttransfers*, a. a. O., S. 5; **BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN** (HRSG.), *Social Franchising – Eine Methode zur systematischen Vervielfältigung gemeinnütziger Projekte*, a. a. O., S. 29 ff.

erreicht würde, indem Beratungsangebote sämtlicher Anbieter verglichen und die besten multipliziert würden. Aufgrund einer bislang wenig verbreiteten Evaluationskultur aufseiten sozialer Organisationen und fehlender Daten über die Zufriedenheit der Patienten mit sozialen Beratungsangeboten wird ein Benchmarking durch (neutrale) Dritte jedoch erschwert. Hinzu kommt das Problem der Messbarkeit. SCHREIER führt diesbezüglich aus, dass ein Benchmarking im gemeinnützigen Sektor im Vergleich zum ökonomischen Bereich durch nur bedingt messbare (harte) Kennzahlen problembehaftet ist.²⁵⁶

1.4 Kombination horizontaler und vertikaler Kooperation durch ein übergeordnetes organisationales Netzwerk

Bei einem organisationalen Netzwerk handelt es sich um ein Gebilde, das unterschiedliche Kooperationsformen miteinander vereint. So ist beispielsweise eine Partnerkonstellation denkbar, die sowohl horizontale als auch vertikale (und theoretisch auch laterale²⁵⁷) Beziehungen berücksichtigt. Dadurch ist die Zahl der Partner im Netzwerk in der Regel größer als bei reinen horizontalen oder vertikalen Kooperationen, was höhere Anforderungen an die Koordination und Steuerung bedingt.

Gemäß SYDOW stellt ein Netzwerk „eine auf die Realisation von Wettbewerbsvorteilen zielende Organisationsform [...] [von] Aktivitäten dar, die sich durch komplex-reziproke, eher kooperative denn kompetitive und relativ stabile Beziehungen zwischen rechtlich selbständigen [...] Unternehmungen auszeichnet“²⁵⁸. Innerhalb organisationaler Netzwerke differenziert SYDOW zwischen regionalen Netzwerken, virtuellen Unternehmungen, Projektnetzwerken und strategischen Netzwerken.²⁵⁹ Für eine Zuordnung zu entsprechenden Netzwerktypen werden die Dimensionen **Steuerungsform** und **zeitliche Stabilität** der Netzwerke herangezogen. Bezüglich der Steuerungsform wird differenziert zwischen heterarchisch

²⁵⁶ Vgl. SCHREIER, C., Das Konzept Social Franchising – die systematische Verbreitung von gemeinnützigen Projekten, in: Maecante Institut für Philantropie und Zivilgesellschaft an der Humboldt-Universität zu Berlin (Hrsg.), Opusculum Nr. 34, Berlin 2009, S. 14.

²⁵⁷ Bei lateralen Kooperationsbeziehungen arbeiten Partner unterschiedlicher Wertschöpfungsketten, also unterschiedlicher Tätigkeitsfelder, zusammen. Vgl. GERYBADZE, A., Strategisches Management in vertikalen Kooperationen und Leistungsverbänden, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 461.

²⁵⁸ SYDOW, J., Strategische Netzwerke, a. a. O., S. 79.

²⁵⁹ Vgl. hierzu und im Folgenden SYDOW, J., Management von Netzwerkorganisationen – Zum Stand der Forschung, a. a. O., S. 382 ff.

und hierarchisch gesteuerten Netzwerken. Während die Netzwerkteilnehmer bei heterarchischer Steuerung nicht in einem Über- und Unterordnungsverhältnis, sondern gleichberechtigt nebeneinander stehen, bestehen entsprechende Über- und Unterordnungsverhältnisse im Rahmen der hierarchischen Steuerung. Bezüglich der zeitlichen Stabilität wird differenziert zwischen langfristigen, eher stabilen, und kurzfristigen, eher flexiblen Netzwerken. Wie Abbildung 21 verdeutlicht, werden regionale Netzwerke auf Basis zumeist informeller Beziehungsstrukturen²⁶⁰ heterarchisch gesteuert und können sowohl stabil als auch flexibel sein. Virtuelle Unternehmen können sowohl hierarchisch als auch heterarchisch gesteuert und sowohl stabil als auch flexibel sein. Projektnetzwerke werden von den Projektinitiatoren tendenziell hierarchisch gesteuert. Aufgrund ihrer in der Regel zeitlichen Begrenzung haben sie einen flexiblen Charakter. In Abgrenzung zu Projektnetzwerken sind langfristig ausgerichtete, strategische Netzwerke bei ebenfalls hierarchischer Steuerung zeitlich stabil.

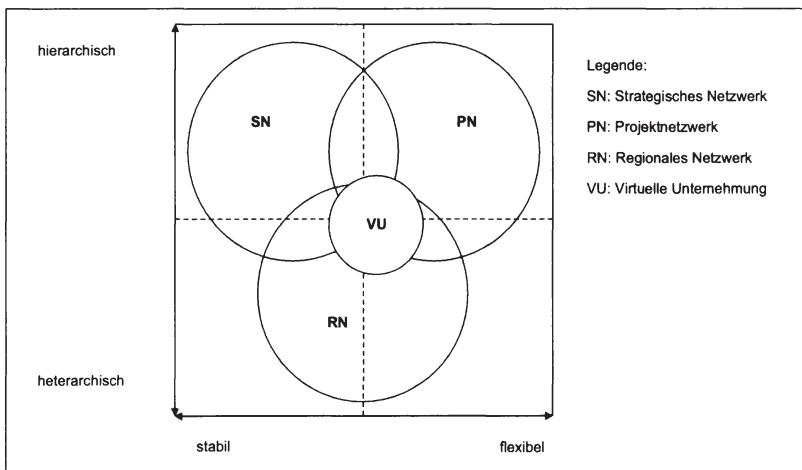


Abb. 21: Typologisierung interorganisationaler Netzwerke²⁶¹

Die zwischen den Netzwerkpartnern bestehenden langfristigen Beziehungen sind zumeist vertraglich geregelt und sowohl personell-organisatorisch als auch tech-

²⁶⁰ Vgl. RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, Wiesbaden 2008, S. 34.

²⁶¹ In Anlehnung an SYDOW, J., Management von Netzwerkorganisationen – Zum Stand der Forschung, a. a. O., S. 382. Zur Beschreibung der zeitlichen Stabilität wählt SYDOW die Begriffe *stabil* und *dynamisch*. Da langfristige, stabile Netzwerke jedoch ebenfalls dynamischer Natur sein können, wurde die Bezeichnung *dynamisch* in der vorliegenden Abbildung sowie den entsprechenden Erläuterungen durch die Bezeichnung *flexibel* ersetzt.

nisch-organisatorisch strukturiert.²⁶² Eine hierarchische Steuerung erfolgt in der Regel durch eine institutionalisierte Systemführung, die eine Art **strategische Metakoordination** der Aktivitäten der Netzwerkpartner betreibt.²⁶³ In der Literatur werden die Systemführer als „Systemkopf“, „Broker“, „Core-Firm“, „fokale Unternehmung“, „Hub firm“, „Leading firm“, „Makler“, „Strategic center“ oder „Systemlieferant“ beschrieben.²⁶⁴ MILES, SNOW und COLEMAN zeigen auf, dass es die zentrale Aufgabe des Systemführers ist, das Netzwerk aufzubauen (architect), die Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkpartnern zu etablieren (lead operator) und das Netzwerk kontinuierlich weiterzuentwickeln (caretaker).²⁶⁵ Das Aufgabenspektrum macht deutlich, dass der Systemführer nicht nur eigene Ressourcen in das Netzwerk einbringt, sondern auch und insbesondere die Aktivitäten der Netzwerkpartner zielgerichtet steuert.²⁶⁶

Unabhängig von der Form des interorganisationalen Netzwerks ist es die **Zielsetzung** von Netzerken, die Ziele horizontaler und vertikaler Kooperationen miteinander zu kombinieren. Dies gilt im Allgemeinen ebenso wie für die in Kap. C 1.1 und C 1.2 herausgestellten Ziele im AMD-Sektor im Speziellen.

Mit Blick auf den AMD-Sektor kann ein Netzwerk aufgrund des beschriebenen Marktversagens und aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen innerhalb des Sektors nur staatlich oder durch eine neutrale dritte Institution initiiert und gesteuert werden. Indem in gewissem Maße Impulse gesetzt werden, kann eine hierarchische Steuerung eine Verbesserung der Versorgungssituation bewirken. Bei einer heterarchischen Steuerung besteht mit Blick auf die Verbesserung der Versorgung das Problem divergierender Interessen, weshalb eine hierarchische Steuerung vorzuziehen ist. Angewendet auf die vier von SYDOW aufgezeigten Netzwerktypen legt die notwendige hierarchische Steuerung die Form eines Projektnetzwerks oder eines strategischen Netzwerks nahe. Da das Netzwerk im Rahmen eines dreijährigen Modellversuchs exemplarisch in NRW initiiert und seine Wirksamkeit in diesem Zeitraum erprobt werden soll, erscheint zunächst die Netzwerkform des **Projektnetzwerks** angemessen. Bei langfristiger Etablierung ist die

²⁶² Vgl. SYDOW, J., *Strategische Netzwerke*, a. a. O., S. 79 f.

²⁶³ Vgl. SYDOW, J., *Strategische Netzwerke*, a. a. O., S. 81.

²⁶⁴ Vgl. BORCHERT, S., *Führung von Distributionsnetzwerken*, Wiesbaden 2001, S. 123 ff.

²⁶⁵ Vgl. SNOW, C. C., MILES, R. E., COLEMAN, H. J., *Managing 21st Century Network Organizations*, in: *Organizational Dynamics*, Vol. 20, 1992, No. 3, pp. 15 ff. Dabei wird von den Autoren der Begriff des „Brokers“ für die Beschreibung des Systemführers verwendet.

²⁶⁶ Vgl. RIEF, A., *Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke*, a. a. O., S. 30 f.

Form des **strategischen Netzwerks** vorzugswürdig. Aufgrund der räumlichen Trennung potenzieller Netzwerkpartner würde das Netzwerk zudem Elemente einer virtuellen Organisation beinhalten.

Da die Integration aller Leistungsanbieter schon allein aufgrund der hohen Anzahl der Augenärzte einen nicht steuerbaren Komplexitätsgrad zur Folge hätte, erscheint die Vernetzung auf einer *übergeordneten* Ebene sinnvoll. Dabei können bestehende Strukturen dahingehend aufgegriffen werden, dass Vertreter von Verbänden und Organisationen als Netzwerkpartner den Vernetzungsgedanken innerhalb ihrer Verbände bzw. Organisationen verbreiten und damit zu einer Weiterentwicklung des Versorgungssystems beitragen. In ein übergeordnetes Netzwerk können Sub-Netze eingebunden und weiterentwickelt bzw. mit anderen Sub-Netzen koordiniert werden.

Ein übergeordnetes Netzwerk hat den Vorteil, dass es zu einer Verringerung bestehender Schnittstellenprobleme bei gleichzeitiger Verbesserung der Koordination auf der horizontalen Ebene beitragen kann. Überdies würde durch die Einbindung aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure in das Netzwerk die Interessenneutralität gewährleistet. Versorgungslücken in den Bereichen Aufklärungsarbeit, Flächendeckung sozialer Organisationen und Versorgungsqualität im sozialen Sektor könnten überdies in Form gezielter Projekte des Netzwerks verringert werden. Das Netzwerk hat zwar den Nachteil, dass mit dem hohen Komplexitätsgrad ein hoher Organisations- und Steuerungsaufwand einhergeht. Dieser kann durch eine Fokussierung der Kooperation auf der übergeordneten (Meta-) Ebene jedoch reduziert werden.

1.5 Vergleichende Bewertung

Tabelle 9 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Vor- und Nachteile der vier Kooperationsalternativen.

Mit Blick auf die Entscheidung für eine der Kooperationsformen sei darauf hingewiesen, dass es sich dabei um ein **schlecht strukturiertes Entscheidungsproblem handelt**, da der Entscheidungssituation ein **Bewertungsdefekt** zugrun-

de liegt. Im vorliegenden Fall heißt dies, dass die ökonomischen Konsequenzen der Kooperationsalternativen nur eingeschränkt quantifizierbar sind.²⁶⁷

	Vorteile	Nachteile
Horizontale Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzung von Synergien durch die Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen ▪ Verbesserung der Koordination 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forcierung eines sektorinternen „Scheuklappendenkens“ ist möglich ▪ Schnittstellenprobleme werden nicht gelöst
Vertikale Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schnittstellenprobleme können durch Versorgungspfad gelöst bzw. verringert werden ▪ Entwicklung einer wettbewerbsfähigen Gesamtlösung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ aufgrund der großen Anzahl an Leistungsanbietern wären sehr viele vertikale Kooperationen notwendig ▪ unklar, wer einzelne vertikale Kooperationen organisiert
Social Franchising	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voraussetzung des ausreichenden „Marktpotenzials“ ist durch die große Zahl von AMD-Patienten in NRW erfüllt ▪ Verbesserung der Flächendeckung sozialer Angebote ▪ Synergien und Risikoreduktion durch die Nutzung bereits bewährter Konzepte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Sicherstellung der Versorgungsqualität (bei Initiative durch beratende Organisation) ▪ Schwierigkeit des Benchmarking (bei Initiative durch Dritte) ▪ Verbesserung der Transparenz und Weiterleitung an soziale Organisation durch mehr Angebote ist nicht sichergestellt ▪ höhere Kosten ▪ Gefahr von Imageschäden ▪ fraglich, ob ausreichende (ehrenamtliche) personelle Ressourcen vorhanden sind
Übergeordnetes Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lösung bzw. Verringerung von Schnittstellenproblemen bei gleichzeitiger horizontaler Koordination ▪ Sub-Netze können integriert werden ▪ Interessenneutralität durch die Mitwirkung aller am Leistungsprozess beteiligten Akteure ▪ einzelne Versorgungslücken könnten durch gezielte Projekte mit Partnern des Netzwerks geschlossen werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hoher Komplexitätsgrad durch viele Akteure und unterschiedliche Interessen ▪ hoher Organisations- und Steuerungsaufwand

Tab. 9: Vor- und Nachteile unterschiedlicher Kooperationsformen im Hinblick auf die Verbesserung der AMD-Versorgung in NRW

Zu dem Zweck, eine Bewertung vornehmen und darauf aufbauend eine Entscheidung für eine der Formen treffen zu können, wird im Folgenden untersucht, welche der vier Alternativen in welchem Ausmaß geeignet ist, die in Kap. B 5.3

²⁶⁷ Vgl. zu schlecht strukturierten Entscheidungsproblemen im Allgemeinen sowie zu Bewertungsdefekten im Speziellen **ADAM, D.**, Planung und Entscheidung – Modelle, Ziele, Methoden, 4. Aufl., Wiesbaden 1996, S. 10 ff. ADAM spricht anstelle von einem *schlecht strukturierten Entscheidungsproblem* von einer *strukturdefekten Entscheidungssituation*.

identifizierten, zentralen Versorgungslücken zu schließen. Abbildung 22 gibt diesbezüglich einen vergleichenden Überblick.

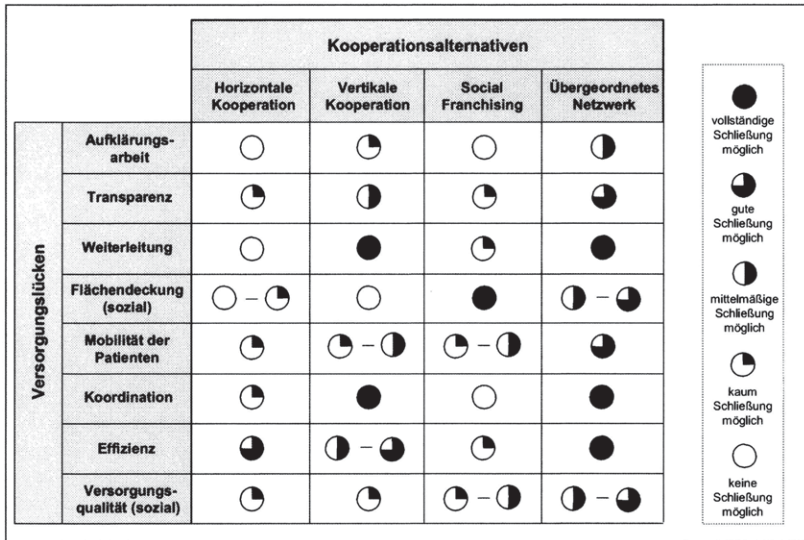


Abb. 22: Eignung der Kooperationsalternativen zur Schließung zentraler Versorgungslücken

Es wird deutlich, dass **horizontale Kooperationen** durch die Nutzung von Synergien primär die Effizienz der Versorgung steigern. Andere Versorgungslücken werden durch horizontale Kooperationen jedoch kaum oder gar nicht geschlossen. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass horizontale Kooperationen vor allem im Bereich der Forschung wichtig sind. Dies wird in der obigen Tabelle jedoch nicht abgebildet, da die medizinische Forschung nicht als Versorgungslücke identifiziert wurde.

Vertikale Kooperationen sind horizontalen Kooperationen mit Blick auf die Eignung zur Schließung von Versorgungslücken überlegen. Dies vor allem deshalb, weil sie die Weiterleitung der Patienten und die sektorübergreifende Koordination in hohem Maße verbessern und darüber hinaus transparenz- und effizienzsteigernd wirken können. Überdies wird durch eine verbesserte Leitung der Patienten dazu beigetragen, dass soziale Angebote genutzt und damit die Mobilität der Patienten verbessert werden kann.

Social Franchising kann primär zu einer Ausdehnung der Flächendeckung sozialer Angebote beitragen. Ob durch mehr soziale Angebote die Weiterleitung der Patienten in den sozialen Sektor und damit einhergehend die Mobilität der Patienten sichergestellt wird, hängt von der Öffentlichkeitsarbeit sozialer Organisationen ab. Sofern es diesen nicht gelingt, neue Beratungsangebote bei Augenärzten bekannt zu machen, kann das Beratungspotenzial nicht ausgeschöpft werden. Die Effizienz des Social Franchising ist davon abhängig, inwieweit der zusätzliche Nutzen durch die Beratung weiterer Patienten die dafür entstehenden zusätzlichen Kosten überkompensiert. Eine Steigerung der Versorgungsqualität ist möglich, sofern der Multiplikation der Beratungsangebote ein Benchmarking zur Identifikation von best practices vorgeschaltet wird.

Im Rahmen eines **übergeordneten Netzwerks** kann die Weiterleitung von Patienten und die sektorübergreifende Koordination in hohem Maße verbessert werden. Die Kombination aus vertikaler und horizontaler Kooperation ermöglicht zudem eine Steigerung der Effizienz der Versorgung. Überdies kann die Einbindung aller Leistungserbringer die Transparenz der Versorgung erhöhen. Analog zu vertikalen Kooperationen führt eine höhere Transparenz und eine bessere Weiterleitung der Patienten an soziale Organisationen zu einer möglichen Steigerung ihrer Mobilität. In Abgrenzung zur vertikalen Kooperation kann die Aufklärungsarbeit, die Flächendeckung sozialer Angebote und die Versorgungsqualität im sozialen Sektor durch gezielte Projekte des übergeordneten Netzwerks verbessert werden.

Die vergleichende Gegenüberstellung macht deutlich, dass ein **übergeordnetes Netzwerk den anderen Kooperationsformen überlegen** und damit am besten geeignet ist, um die Versorgungssituation in NRW zu verbessern. Dieses Ergebnis wird durch die Einschätzungen der befragten Experten bestätigt.²⁶⁸

In Anlehnung an gängige Prozessmodelle aus der Kooperationsforschung²⁶⁹ wird für die gewählte Alternative im Folgenden ein **Konzept** erstellt. Daran anknüpfend

²⁶⁸ Vgl. MEFFERT, H., WISTUBA, M., Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 20 ff.

²⁶⁹ Vgl. hierzu bspw. BRONDER, C., PRITZL, R., Ein konzeptioneller Ansatz zur Gestaltung und Entwicklung Strategischer Allianzen, in: Bronder, C., Pritzl, R. (Hrsg.), Wegweiser für strategische Allianzen – Meilen- und Stolpersteine bei Kooperationen, Frankfurt a. M. 1992, S. 18; MECKL, R., Zur Planung internationaler Unternehmenskooperationen, in: Zeitschrift für Planung, 6. Jg., 1995, Nr. 1, S. 25 ff.; RIGGERS, B., Value System Design – Unternehmenswertsteigerung durch strategische Unternehmensnetzwerke, Wiesbaden 1998; ZENTES, J., SWOBODA, B., MORSCHETT, D., Perspektiven der Führung kooperativer Systeme, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 935 ff.; DAS, T. K., TENG, B. S., The dynamics of alli-

wird ein Vorschlag für die **Implementierung** des Netzwerks erarbeitet. Schließlich erfolgt die Darstellung eines Ansatzes für ein perspektivisches **Controlling** sowie von Möglichkeiten zur **Weiterentwicklung** des Netzwerks.

2. Konzeption eines medizinisch-sozialen AMD-Netzwerks

Die Konzeption des modellhaften medizinisch-sozialen Netzwerks erfolgt auf Basis des **St. Galler Management-Modells**.²⁷⁰ Kernelement des auf dem Systemansatz aufbauenden Modells ist dessen ganzheitliche, integrative Herangehensweise.²⁷¹ Diese eignet sich in Verbindung mit der Berücksichtigung von Beeinflussungs-, Anpassungs- und Lernvorgängen²⁷² in besonderer Weise, um in einem dynamischen System zu dessen Design beizutragen. Dem Modell liegen drei Betrachtungsebenen zugrunde: eine normative, eine strategische und eine operative. Auf der normativen und der strategischen Ebene wird der Rahmen für die operative Umsetzung geschaffen. Dabei kommt dem normativen und strategischen Management eine **gestaltende** Funktion zu, während im Rahmen des operativen Managements **lenkend** auf die Entwicklung einer Organisation eingewirkt wird.²⁷³ Zielsetzung auf jeder der drei Ebenen ist es, Strukturen zu schaffen und Verhaltensweisen zu generieren, die eine zielgerichtete Durchführung von Aktivitäten absichern bzw. optimieren.²⁷⁴

BLEICHER weist darauf hin, dass die drei Ebenen des Konzepts nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können, da sie von vielfältigen Vor- und Rückkopplungsprozessen geprägt sind. Diese betreffen zum einen konzeptionelle,

ance conditions in the alliance development process, in: Journal of Management Studies, Vol. 39, 2002, No. 5, pp. 727 ff.

²⁷⁰ Das St. Galler Management-Modell wurde in den 1960er Jahren an der Universität St. Gallen entwickelt, 1972 erstmalig von ULRICH und KRIEG publiziert und insbesondere von BLEICHER weiterentwickelt. Vgl. ULRICH, H., KRIEG, W., Das St. Galler Management-Modell, Bern 1972 bzw. BLEICHER, K., Das Konzept integriertes Management, Frankfurt a. M. 1991.

²⁷¹ Vgl. BLEICHER, K., Das Konzept integriertes Management – Visionen, Missionen, Programme, 7. Aufl., Frankfurt a. M. 2004, S. 77 f.

²⁷² Vgl. PETRY, T., Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, Wiesbaden 2006, S. 61.

²⁷³ Vgl. hierzu BLEICHER, K., Das Konzept integriertes Management – Visionen, Missionen, Programme, 7. Aufl., a. a. O., S. 80. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die operative Ebene aufgrund ihrer lenkenden Funktion im Verständnis von BLEICHER nicht Gegenstand der Konzeption ist. In dieser Arbeit wird sie dennoch im Kontext der Konzeptionalisierung thematisiert, da das organisationale Netzwerk noch nicht existiert und dessen operative Umsetzung entsprechend ex ante geplant bzw. konzipiert werden muss.

²⁷⁴ Vgl. PETRY, T., Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 62.

normative bzw. strategische Vorgaben, die die operative Umsetzung beeinflussen können, und zum anderen nicht planbare Ereignisse oder wandelnde Rahmenbedingungen, die eine veränderte Ausrichtung und eine Anpassung von Umsetzungsstrategien bedingen.²⁷⁵

Das vorwiegend für Unternehmen entwickelte St. Galler Management-Konzept gilt als geeignet, um auf Kooperationen im Allgemeinen und Netzwerke im Speziellen übertragen zu werden. Exemplarisch lassen sich die Arbeiten von BLEICHER und PETRY nennen, in denen die Systematik der normativen, strategischen und operativen Ebene auf Wertschöpfungsnetzwerke bzw. Unternehmensnetzwerke angewendet wurde.²⁷⁶

2.1 Normative Konzeption

Auf der normativen Ebene werden generelle Ziele, Prinzipien, Normen und Spielregeln festgelegt. Dies ist erforderlich, um das Selbstverständnis einer Organisation zu definieren²⁷⁷ und dessen dauerhafte Lebens- und Entwicklungsfähigkeit zu gewährleisten.²⁷⁸ Die normative Ebene wirkt insofern konstituierend, als dass sie den Grundstein für sämtliche Handlungen einer Organisation legt.²⁷⁹ Damit wird das Ziel verfolgt, „den Mitgliedern des sozialen Systems Sinn und Identität im Inneren und Äußeren“²⁸⁰ zu vermitteln. Auf der normativen Ebene werden das politische Handeln und das Verhalten innerhalb der Organisation durch eine **Vision**, eine **Mission** und ein **Leitbild** beeinflusst. Darüber hinaus wirken die **Verfassung** und die **Kultur** einer Organisation maßgeblich auf deren Politik.²⁸¹ Diese fünf As-

²⁷⁵ Vgl. hierzu BLEICHER, K., Das Konzept integriertes Management – Visionen, Missionen, Programme, a. a. O., S. 80.

²⁷⁶ Vgl. BLEICHER, K., Integriertes Management von Wertschöpfungsnetzwerken, in: Bach, N., Buchholz, W., Eichler, B. (Hrsg.), Geschäftsmodelle für Wertschöpfungsnetzwerke, Wiesbaden 2003, S. 145 ff.; PETRY, T., Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmungsnetzwerken, a. a. O.

²⁷⁷ Vgl. HUNGENBERG, H., Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, 5. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 23.

²⁷⁸ Vgl. BLEICHER, K., Normatives Management – Politik, Verfassung und Philosophie des Unternehmens, Frankfurt a. M. 1994, S. 44.

²⁷⁹ Vgl. BLEICHER, K., Normatives Management – Politik, Verfassung und Philosophie des Unternehmens, a. a. O., S. 46.

²⁸⁰ BLEICHER, K., Das Konzept integriertes Management – Visionen, Missionen, Programme, a. a. O., S. 81.

²⁸¹ Vgl. BLEICHER, K., Normatives Management – Politik, Verfassung und Philosophie des Unternehmens, a. a. O., S. 44 ff.

pekte werden im Folgenden näher erläutert und auf den Kontext des AMD-Netzwerks angewendet.

2.1.1 Netzwerkvision, -mission und -leitbild

Nach HUNGENBERG handelt es sich bei einer **Vision** um den Ursprung unternehmerischen Handelns. Als **langfristiges Zukunftsbild** vermittelt sie eine Vorstellung von der zukünftigen Gestalt einer Organisation und gibt eine grundsätzliche Richtung für die angestrebte Entwicklung einer Organisation vor.²⁸² Eine Vision eignet sich in besonderem Maße, um zum Ausdruck zu bringen, mit welchen Ideen ein Nutzen für die Gesellschaft geschaffen werden soll.²⁸³ Aufgrund ihrer zentralen Aufgabe, dem unternehmerischen Handeln einen strategischen Handlungskorridor vorzugeben, ist sie der Ziel- und Strategieplanung vorgelagert.²⁸⁴

Mit einer Vision werden in Anlehnung an MÜLLER-STEWENS und LECHNER **drei Zielsetzungen** verfolgt: Erstens sollen Visionen **Sinn stiften**, indem das Handeln an etwas Übergeordnetem ausgerichtet wird. Zweitens soll die Differenz zwischen Ist-Zustand und visionärem Soll-Zustand **motivieren**.²⁸⁵ Drittens sollen Visionen als „verbal ausgedrücktes Zielkonzentrat“²⁸⁶ **Handlungen leiten**.²⁸⁷

Neben den Zielsetzungen definiert HUNGENBERG in Anlehnung an BLEICHER folgende drei zentrale **Funktionen** von Visionen:²⁸⁸

- 1) **Identitätsfunktion:** Mit einer Vision soll ein einzigartiges und unverwechselbares Zukunftsbild einer Organisation beschrieben werden.

²⁸² Vgl. HUNGENBERG, H., Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, a. a. O., S. 26.

²⁸³ Vgl. BLEICHER, K., Normatives Management – Politik, Verfassung und Philosophie des Unternehmens, a. a. O., S. 102.

²⁸⁴ Vgl. HAHN, D., HUNGENBERG, H., PuK – Wertorientierte Controllingkonzepte – Planung und Kontrolle, Planungs- und Kontrollsysteme, Planungs- und Kontrollrechnung, Wiesbaden 2001, S. 111.

²⁸⁵ Dies setzt voraus, dass die Erreichung des Soll-Zustands grundsätzlich möglich ist. Bei einem von den Mitarbeitern als nicht erreichbar empfundenen Soll-Zustand könnte die Differenz zu ihm demotivierend wirken.

²⁸⁶ HAHN, D., HUNGENBERG, H., PuK – Wertorientierte Controllingkonzepte – Planung und Kontrolle, Planungs- und Kontrollsysteme, Planungs- und Kontrollrechnung, a. a. O., S. 342.

²⁸⁷ Vgl. hierzu MÜLLER-STEWENS, G., LECHNER, C., Strategisches Management – Wie strategische Initiativen zum Wandel führen, 3. Aufl., Stuttgart 2005, S. 235 f.

²⁸⁸ Vgl. hierzu HUNGENBERG, H., Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, a. a. O., S. 26.

- 2) **Identifikationsfunktion:** Mit einer Vision soll den Mitarbeitern einer Organisation aufgezeigt werden, dass ihre Arbeit einen tieferen Sinn hat und Nutzen generiert. Dadurch soll die Identifikation mit der Organisation sichergestellt werden.
- 3) **Mobilisierungsfunktion:** Mit einer Vision sollen die in einer Organisation tätigen Mitarbeiter auf ein anzustrebendes Zukunftsbild ausgerichtet und dazu angeregt werden, gemeinsam zur Erreichung dieses Zukunftsbildes beizutragen.

Visionen lassen sich in **vier Kategorien** unterteilen.²⁸⁹ In Abhängigkeit davon, welche Stoßrichtung mit der Vision verfolgt wird, kann sie ziel-, feind-, rollen- und wandelfokussiert sein. PETRY stellt heraus, dass zielfokussierte Visionen, mit denen ein konkret anzustrebender Zustand definiert wird, in der Praxis am häufigsten verwendet werden.²⁹⁰

HUNGENBERG weist auf die zentrale Bedeutung von Visionen bei der Gründung von Organisationen hin.²⁹¹ Bei der Visionsfindung sieht er eine Schwierigkeit darin, dass Visionen auf der einen Seite langfristig Gültigkeit besitzen sollen, auf der anderen Seite aber flexibel in Bezug auf veränderte externe Rahmenbedingungen oder Veränderungen im Management angepasst werden können. Damit eine Vision langfristig einen Nutzen generiert, ist es erforderlich, sie den Mitarbeitern einer Organisation zu vermitteln und sie erlebbar zu machen, indem sie in konkrete Ziele übersetzt wird. Darüber hinaus ist ein zentraler Erfolgsfaktor, dass die Orientierung des Managements an der Vision von den Mitarbeitern wahrgenommen und als nachahmenswert empfunden wird.

Im Kontext von Netzwerken werden Visionen in der Regel von den Netzwerkinitiatoren entwickelt. Dies lässt sich dadurch begründen, dass diese die Initiative zur Netzwerkgründung erst aufgrund einer langfristigen Zielvorstellung entwickeln. Bei einer Vision im Netzwerkkontext ist es von zentraler Bedeutung, dass sich die unterschiedlichen Partner des Netzwerks mit der gemeinsamen Vision identi-

²⁸⁹ Vgl. MÜLLER-STEWENS, G., LECHNER, C., *Strategisches Management – Wie strategische Initiativen zum Wandel führen*, a. a. O., S. 236. Dabei lehnen sich MÜLLER-STEWENS und LECHNER an die Ausführungen von COLLINS und PORRAS an. Vgl. hierzu COLLINS, J., PORRAS, J., *Built to Last – Successful Habits of Visionary Companies*, New York 1997.

²⁹⁰ Vgl. PETRY, T., *Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken*, a. a. O., S. 96.

²⁹¹ Vgl. hier und im Folgenden HUNGENBERG, H., *Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren*, a. a. O., S. 26.

zieren können. Individuelle Ziele der Partner im Netzwerk dürfen nicht im Gegensatz zu der übergeordneten Vision stehen.

Anknüpfend an die Erfüllung der Zielsetzungen und Funktionen von Visionen beinhaltet die Vision des **AMD-Netzwerks** folgende Aspekte: Erstens soll das AMD-Netzwerk eine **ganzheitliche Versorgung** der AMD-Patienten sicherstellen. Dies beinhaltet die Versorgung von der Prävention über die medizinische Behandlung bis hin zur medizinischen Nachsorge und der sozialen Betreuung. Zweitens wird mit dem Netzwerk angestrebt, die medizinisch-soziale Versorgung in NRW zu einem „**Leuchtturm**“ in **Deutschland** zu entwickeln. Drittens – und im Vergleich zu den beiden anderen Aspekten am stärksten perspektivisch gesehen – soll das Versorgungskonzept des AMD-Netzwerks bei erfolgreicher Umsetzung in NRW **auf Deutschland übertragen** werden.²⁹²

Insbesondere durch den Aspekt der Entwicklung der Versorgung zu einem „Leuchtturm“ in Deutschland wird deutlich, dass die Vision **zielfokussiert** ist. Dies ist im Rahmen eines Netzwerks vor allem deshalb sinnvoll, um Partner für das Netzwerk zu akquirieren und ein **Gemeinschaftsgefühl** in der Zusammenarbeit rechtlich selbstständiger Organisationen zu entwickeln. Eine feindfokussierte Vision wäre in diesem Kontext sowie vor dem Hintergrund der Non-Profit-Tätigkeit des Netzwerks kontraproduktiv.

Im Rahmen einer **Mission** werden der **Zweck** bzw. der **Grund für die Existenz** einer Organisation zum Ausdruck gebracht.²⁹³ Eine Mission definiert somit einen konkreten Auftrag. Durch ein Mission Statement werden die normativen Ansprüche einer Organisation schriftlich formuliert. Damit wird das Ziel verfolgt, die in der Vision zum Ausdruck gebrachten Ziele und Normen nach innen und nach außen sichtbar zu machen.²⁹⁴ CAMPBELL und NASH weisen darauf hin, dass Mis-

²⁹² Vgl. **MEFFERT, H.**, Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, in: Meffert, H. (Hrsg.), Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Dokumentation der Workshop-Veranstaltung zum Thema „AMD-Netz NRW“, Arbeitspapier Nr. 3 der Forschergruppe „AMD-Netz NRW“, Münster 2010, URL: <http://www.marketing-centrum.de/ifm/data/ArbeitspapierAMD3.pdf> [Abruf: 13.05.2010], S. 23.

²⁹³ Vgl. beispielsweise **HAHN, D.**, US-amerikanische Konzepte strategischer Unternehmensführung, in: Hahn, D., Taylor, B. (Hrsg.), Strategische Unternehmensplanung – Strategische Unternehmensführung – Stand und Entwicklungstendenzen, 9. Aufl., Berlin 2006, S. 53.

²⁹⁴ Vgl. **HUNGENBERG, H.**, Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, a. a. O., S. 458 f.

sionen in der Regel relativ abstrakt sind, aber auf untergeordneten Ebenen näher spezifiziert und schließlich in konkrete Maßnahmen übersetzt werden können.²⁹⁵

Der Zweck einer Organisation kann gemäß KOTLER, KELLER und BLIEMEL ressourcen- oder marktorientiert definiert werden.²⁹⁶ Darüber hinaus ist eine Kombination denkbar. Von Bedeutung ist, dass nicht nur den Mitarbeitern die Sinnhaftigkeit ihres Handelns vermittelt wird, sondern zudem dargelegt wird, „in welchen Bereichen eine Wertschöpfung für Dritte auf Basis welcher Fähigkeiten de[r] [Organisation] erbracht werden soll“²⁹⁷.

HUNGENBERG stellt heraus, dass eine Mission schwerpunktmäßig Aussagen zu drei Teilausrichtungen einer Organisation beinhalten soll. Erstens ist der **Tätigkeitsbereich** der Organisation festzulegen. Dabei ist die Frage „Wo wollen wir arbeiten?“ zu beantworten. Zweitens muss herausgestellt werden, über welche **Kompetenzen** die Organisation verfügt. Dabei geht es um die Frage „Wie wollen wir arbeiten?“. Drittens müssen zentrale **Werte** der Organisation zum Ausdruck gebracht werden. Dabei steht die Frage „Warum wollen wir arbeiten?“ im Fokus.²⁹⁸

Übertragen auf das **AMD-Netzwerk** sind die bestehenden Versorgungslücken in NRW sowie die Aussicht, diese durch das Netzwerk zu schließen bzw. zu verringern, die **Gründungsberechtigung** des Netzwerks. Entsprechend ist es der zentrale Zweck des Netzwerks, die Versorger unterschiedlicher Sektoren zu vernetzen, um zu einer Schließung von Versorgungslücken und übergeordnet zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und einer Steigerung der Effizienz des Versorgungssystems beizutragen.²⁹⁹ Damit die Gründungsberechtigung des Netzwerks in eine **dauerhafte Existenzberechtigung** übergeht, wird im Rahmen begleitender Forschung geprüft, inwieweit das AMD-Netzwerk unterschiedlichen Zielgruppen Nutzen stiftet.

²⁹⁵ Vgl. CAMPBELL, A., NASH, L. L., A sense of mission – defining direction for the large corporation, Reading 1992, p. 35 ff.

²⁹⁶ Vgl. KOTLER, P., KELLER, K. L., BLIEMEL, F., Marketing-Management – Strategien für wertschaffendes Handeln, 12. Aufl., München 2007, S. 90 f.

²⁹⁷ OLAVARRIA, M., Erfolgreiche Marketingstrategien für Business to Consumer-Dienstleistungen, eine empirische Analyse auf Basis des situativen Ansatzes, Berlin 1999, S. 63. OLAVARRIA verwendet anstelle des Begriffs *Organisation* den Begriff *Unternehmen*.

²⁹⁸ Vgl. HUNGENBERG, H., Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, a. a. O., S. 459 f.

²⁹⁹ Vgl. hierzu auch MEFFERT, H., Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 23 f.

Die von HUNGENBERG aufgeworfene Frage „**Wo wollen wir arbeiten?**“ lässt sich folgendermaßen beantworten: Räumlich betrachtet ist das AMD-Netzwerk innerhalb des Modellversuchs in NRW tätig. Sachlich betrachtet betreffen die Aktivitäten des Netzwerks den AMD-Sektor, dem sämtliche Anbieter von AMD-bezogenen Leistungen³⁰⁰ sowie die AMD-Patienten als Nachfrager angehören. Die Frage „**Wie wollen wir arbeiten?**“ lässt sich dahingehend beantworten, dass das Netzwerk patientenorientiert und neutral bzw. unabhängig agieren möchte. Eine besondere Rolle kommt dabei der Forschung zu, auf deren objektiver Basis die Versorgungssituation zum Wohle der Patienten verbessert werden soll. Die abschließende Frage „**Warum wollen wir arbeiten?**“ lässt sich nicht allein durch die bestehenden Versorgungslücken, sondern auch und insbesondere durch die in Kap. A 3 aufgezeigte hohe gesamtgesellschaftliche Relevanz der AMD beantworten. Hinzu kommt, dass die nur bedingt vorhandenen Lösungsansätze des Marktes bzw. des Staates die Initiative des Netzwerks begründen.

Zielsetzung eines **Leitbildes** ist es, „in kompakter Form Antwort[en] auf Fragen der Identität [einer Organisation], [ihrer] Ziele sowie [ihrer] Werthaltungen“ zu geben.³⁰¹ Bei dem Leitbild handelt es sich um die Grundlage der Strategiearbeit. Ein Leitbild hat insofern einen zusammenfassenden Charakter, als dass es die Mission („Wozu existieren wir?“), die Grundwerte („Woran glauben wir?“) und die Vision („Wohin wollen wir?“) beschreibt.³⁰² Damit dient ein Leitbild vor allem der Identifikation, Orientierung, Motivation und Legitimation nach innen und nach außen.³⁰³ Das Besondere an Leitbildern ist, dass sie nicht über Gesetze oder Vorschriften lenken, sondern auf Freiwilligkeit und Überzeugung beruhen.³⁰⁴ Damit ein Leitbild das Selbstverständnis einer Organisation darstellt, sollte es bestimmte **Kriterien** erfüllen. Dazu zählen gemäß BLEICHER Allgemeingültigkeit, Wesentlichkeit, langfristige Gültigkeit, Vollständigkeit, Wahrheit, Realisierbarkeit, Widerspruchsfreiheit

³⁰⁰ Als Anbieter im weiteren Sinne sind hierunter auch Hersteller von Medikamenten, (Seh-) Hilfsgeräten und medizinischen Geräten aufzufassen.

³⁰¹ DOPPLER, K., LAUTERBURG, C., *Change-Management – den Unternehmenswandel gestalten*, 12. Aufl., Frankfurt a. M. 2008, S. 192. DOPPLER und LAUTERBURG verwenden anstelle des Begriffs *Organisation* den Begriff *Unternehmen*.

³⁰² Vgl. WÜRZL, A., *Systemisches Management in Theorie und Praxis – Strategieentwicklung und zielorientierte Organisationsentwicklung mit der Balanced Scorecard*, Bern 2005.

³⁰³ Vgl. BROMANN, P., *Leitbildentwicklung in der Praxis*, in: Belzer, V. (Hrsg.), *Sinn in Organisationen? – oder: Warum haben moderne Organisationen Leitbilder?*, 2. Aufl., München 1998, S. 64.

³⁰⁴ Vgl. ELLERKMANN, F., *Horizontale Kooperationen in der Beschaffungs- und Distributionslogistik – Entwicklung eines Gestaltungsleitfadens unter besonderer Berücksichtigung verhaltens-theoretischer Gesichtspunkte*, Dortmund 2003, S. 84.

und Klarheit.³⁰⁵ BÄTSCHER und ERMATINGER stellen heraus, dass Leitbilder von Non-Profit-Organisationen in Abgrenzung zu Leitbildern von Wirtschaftsunternehmen stärker von persönlichen Motiven und Werten geprägt werden.³⁰⁶

Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien umfasst das **Leitbild des AMD-Netzwerks** im Wesentlichen folgende Aspekte: Das Netzwerk sollte im Sinne der Betroffenen **neutral** bzw. **interessenunabhängig** agieren. Es sollte überdies eine **integrierte Sichtweise** verfolgen. Das beinhaltet, dass das Netzwerk bestehende Strukturen aufgreift und diese mit dem Zweck weiterentwickelt, Leistungen zu bündeln, um Synergien zu schaffen und die Duplizierung von Anstrengungen zu vermeiden. Eine **AMD-spezifische Ausrichtung** erscheint angesichts spezieller Bedürfnisse der in der Regel älteren Betroffenen und der damit verbundenen Notwendigkeit segmentspezifischer Maßnahmen erforderlich. Nicht zuletzt sollte der **Patient im Mittelpunkt** des Leitbildes stehen.³⁰⁷ Dies impliziert, dass sämtliche Aktivitäten des Netzwerks entweder unmittelbar für AMD-Patienten nützlich sind oder dass AMD-Patienten von Aktivitäten, die sich primär an andere Zielgruppen richten, mittelbar profitieren.

2.1.2 Netzwerkkultur

Unter einer Organisationskultur³⁰⁸ kann nach SCHEIN „ein Muster gemeinsamer Grundprämissen [verstanden werden], das [eine] Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme [...] erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt“³⁰⁹. Nach MEFFERT, BURMANN und KIRCHGEORG ist eine Kultur ein „System aus langfristig stabilen Werten und Überzeugungen“³¹⁰.

³⁰⁵ Vgl. BLEICHER, K., Leitbilder – Orientierungsrahmen für eine integrative Management-Philosophie, 2. Aufl., Stuttgart 1994, S. 41 f.

³⁰⁶ Vgl. BÄTSCHER, R., ERMATINGER, J., Strategieentwicklung in Sozialinstitutionen – ein Leitfaden für die Praxis, Zürich 2004, S. 34.

³⁰⁷ Vgl. MEFFERT, H., Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 24.

³⁰⁸ In der Literatur werden die Begriffe Unternehmens- und Organisationskultur meist synonym verwendet, wenngleich der Begriff der Organisationskultur weiter gefasst ist, da er im Vergleich zur Unternehmenskultur nicht nur im Kontext von Wirtschaftsunternehmen Anwendung findet. Im Rahmen dieser Arbeit wird – sofern es sich nicht explizit um eine Netzwerkkultur handelt – der Begriff der Organisationskultur oder allgemein der Kultur verwendet.

³⁰⁹ SCHEIN, E., Unternehmenskultur – ein Handbuch für Führungskräfte, Frankfurt a. M. 1995, S. 25.

³¹⁰ MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M., Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, a. a. O., S. 765, zitiert nach KOTLER, P., ARMSTRONG, G., Principles of Marketing, 11. ed., New Jersey 2006, p. 53.

DILL und HÜGLER weisen darauf hin, dass eine Kultur primär eine **Koordinations-, Integrations- und Motivationsfunktion** hat.³¹¹ SACKMANN ergänzt, dass eine Kultur Organisationen zudem Stabilität, Kontinuität und Orientierung gibt.³¹² Darüber hinaus wirkt sie komplexitätsreduzierend und sinnstiftend.³¹³ Im Kontext der Anreiz-Beitrags-Theorie stellt DIETEL heraus, dass eine starke Kultur die Beitrittsentscheidung, die Beitragsleistungsentscheidung sowie die Entscheidung zum Verbleib in einer Organisation fördert.³¹⁴

Eine **starke Kultur** zeichnet aus,

- dass sie **prägnant** ist, d. h., dass die Organisationsmitglieder ihr Verhalten an ihr ausrichten können,
- dass sie einen **hohen Verbreitungsgrad** hat, d. h., dass ein Großteil oder sogar alle Organisationsmitglieder von ihr überzeugt sind und
- dass sie eine **ausgeprägte Verankerungstiefe** hat, was beinhaltet, dass sie von den Organisationsmitgliedern nicht oberflächlich übernommen wird, sondern tief in deren Bewusstsein verankert ist.³¹⁵

Überdies ist es für die Entwicklung einer starken Kultur förderlich, wenn es innerhalb einer Organisation kleinere, räumlich zusammenhängende Organisationseinheiten sowie kontinuierlich zusammenarbeitende Gruppen mit geringer Fluktuation gibt und die Organisationsmitglieder stark geführt werden.³¹⁶

Im Kontext von Netzwerken werden aber gerade die Aspekte der räumlich zusammenhängenden Organisationseinheiten und der kontinuierlichen Zusammenarbeit durch die räumliche Trennung der Partner erschwert. Hinzu kommt, dass

³¹¹ Vgl. DILL, P., HÜGLER, G., Unternehmenskultur und Führung betriebswirtschaftlicher Organisationen – Ansatzpunkte für ein kulturbewusstes Management, in: Heinen, E., Fank, M., Unternehmenskultur – Perspektiven für Wissenschaft und Praxis, 2. Aufl., München 1997, S. 147 ff.

³¹² Vgl. SACKMANN, S. A., Unternehmenskultur – Erkennen, Entwickeln, Verändern, Neuwied 2002, S. 39 ff.

³¹³ Vgl. MACHARZINA, K., Unternehmensführung, 3. Aufl., Wiesbaden 1999, S. 211 ff.; SACKMANN, S. A., Unternehmenskultur – Erkennen, Entwickeln, Verändern, a. a. O., S. 39 ff.

³¹⁴ Vgl. DIETEL, B., Unternehmenskultur – eine Herausforderung für die Theorie der Unternehmung?, in: Heinen, E., Fank, M., Unternehmenskultur – Perspektiven für Wissenschaft und Praxis, 2. Aufl., München 1997, S. 219 ff.

³¹⁵ Vgl. SCHREYÖGG, G., Unternehmenskultur und Innovation, in: Personal, 41. Jg., 1989, S. 370 f.

³¹⁶ Vgl. SATHE, V., Implications of Corporate Culture – A Manager's Guide to Action, in: Organizational Dynamics, Vol. 12, 1983, No. 2, p. 12.

die Kulturen der Partner eines Netzwerks sehr unterschiedlich sein können. Auch oder gerade deshalb wird in nahezu allen Publikationen im Bereich der Kooperationsforschung auf die hohe Bedeutung einer Kooperations- bzw. Netzwerkkultur hingewiesen.³¹⁷ Gemäß PETRY sind für das Netzwerkmanagement mit Blick auf die Kultur **drei Fragen erfolgskritisch**³¹⁸. Erstens stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Kulturen der Partnerorganisationen zusammenpassen müssen. Zweitens ist zu beantworten, ob es erforderlich ist, eine einheitliche Kultur für das Netzwerk zu entwickeln. Sofern dies der Fall ist, stellt sich drittens die Frage, wie eine einheitliche Netzwerkkultur gestaltet werden kann.

Frage 1 lässt sich dahingehend beantworten, dass die Kulturen der Partner nicht zwangsläufig übereinstimmen müssen. Sie sollten aber im Sinne eines Kultur-Fit³¹⁹ gewissermaßen zueinander passen bzw. sich nicht gegenseitig ausschließen. In diesem Zusammenhang wird häufig der Begriff der notwendigen „Kompatibilität“ der Kulturen verwendet.³²⁰ Sofern die Kulturen potenzieller Partner stark voneinander abweichen oder konfliktär sind, kann es angemessen sein, von einer langfristigen Zusammenarbeit Abstand zu nehmen.³²¹ STÜDLIN betont diesbezüglich die Notwendigkeit, die Kultur potenzieller Partner detailliert zu analysieren, da diese wichtige Schlüsse auf Motive, Ziele und Interessen hinsichtlich der Koopera-

³¹⁷ Vgl. PETRY, T., Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 97.

³¹⁸ Vgl. PETRY, T., Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 98.

³¹⁹ Der Kultur-Fit ist ein in der Kooperationsforschung intensiv thematisierter Bereich. Einen Überblick über Arbeiten, bei denen die kulturelle Ähnlichkeit als Erfolgsfaktor herausgearbeitet wird, gibt MEYER. Vgl. MEYER, T., Interkulturelle Kooperationskompetenz – Eine Fallstudienanalyse interkultureller Interaktionsbeziehungen in internationalen Unternehmenskooperationen, Frankfurt a. M. 2004, S. 61.

³²⁰ Vgl. z. B. PORTER, M. E., FULLER, M. B., Coalitions and Global Strategy, in: Porter, M. E. (Hrsg.), Competition in Global Industries, Boston 1986, p. 341; BUCKLIN, L. P., SENGUPTA, S., Organizing Successful Co-Marketing Alliances, in: Journal of Marketing, Vol. 57, 1993, No. 2, p. 42. KRIEGER, C., Erfolgsfaktoren interkultureller strategischer Allianzen – am Beispiel von bilateralen Kooperationen zwischen deutschen, französischen und japanischen Automobilunternehmen, Duisburg 2001, S. 50; HOLZBERG, M., Erfolgsfaktoren sektorübergreifender Kooperationen – ein empirischer Beitrag zur Zusammenarbeit zwischen staatlichen, wirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Institutionen unter besonderer Berücksichtigung von Stiftungen, a. a. O., S. 74.

³²¹ Vgl. PETRY, T., Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 99.

tion zulässt.³²² Die Analyse der unterschiedlichen Kulturen ist damit insbesondere für die Partnerwahl von Bedeutung.³²³

Bezüglich der zweiten Frage ergeben sich **drei Optionen**³²⁴:

- 1) **Kulturpluralismus**: Die Kulturen der Partner bestehen ohne große Annäherung weiter.
- 2) **Kulturassimilation**: Für das Netzwerk wird ein eigenes, selbstständiges Kulturprofil entwickelt.
- 3) **Kulturübernahme**: Es setzt sich die Kultur eines (dominanten) Partners durch.

In der Literatur wird die Frage, ob es notwendig bzw. überhaupt möglich ist, eine gemeinsame Netzwerkkultur aufzubauen, kontrovers diskutiert. SYDOW hält den Aufbau einer gemeinsamen Netzwerkkultur wegen ihrer integrativen Funktion für wichtig.³²⁵ Dem wird entgegengehalten, dass nicht erwartet werden kann, dass unterschiedliche Kulturen durch eine gemeinsame Kultur ersetzt werden³²⁶, da es sich bei Netzwerken im Gegensatz zu Zusammenschlüssen von Organisationen um eine partielle Form³²⁷ der Kooperation handelt, bei der die Partner ihre Selbstständigkeit behalten. Dennoch ist zu erwarten, dass sich – zumindest im Falle einer langfristigen Zusammenarbeit – eine Kultur mit gemeinsamen Wertvor-

³²² Vgl. STÜDELEIN, Y., Management von Kulturunterschieden – Phasenkonzept für internationale strategische Allianzen, Wiesbaden 1997, S. 228. STÜDELEIN verwendet statt des Begriffs der *Kooperation* den Begriff der *Allianz*.

³²³ Die Partnerwahl wird in Kap. C 2.2.3 vertiefend analysiert.

³²⁴ Vgl. BUONO, A. F., BOWDITCH, J. L., The Human side of Mergers and Acquisitions – Managing Collisions between People, Cultures and Organizations, Washington 2003, pp. 143 ff.; BLEICHER, K., Der Strategie-, Struktur- und Kulturfit Strategischer Allianzen als Erfolgsfaktor, in: Bronder, C., Pritzl, R. (Hrsg.), Wegweiser für Strategische Allianzen – Meilen- und Stolpersteine bei Kooperationen, Frankfurt a. M. 1992, S. 283 f.; KOLESKY verwendet zusätzlich zur Kulturübernahme und zum Kulturpluralismus den Begriff der Kulturmischung. Vgl. KOLESKY, K., Management kultureller Integrationsprozesse bei grenzüberschreitenden Unternehmenszusammenschlüssen, Kassel 2006, S. 183 ff.

³²⁵ Vgl. SYDOW, J., Netzwerkbildung und Kooptation als Führungsaufgabe, in: Kieser, A., Reber, G., Wunderer, R. (Hrsg.), Handwörterbuch der Führung, 2. Aufl., Stuttgart 1995, S. 1632.

³²⁶ Vgl. BECK, T. C., Coopetition bei der Netzwerkorganisation, in: Zeitschrift Führung + Organisation, 67. Jg., 1998, Nr. 5, S. 271 ff.

³²⁷ Partiiell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich nur Teile einer Organisation (also z. B. einzelne Mitarbeiter und einzelne Abteilungen) in eine Kooperation einbringen und der andere (zumeist größere Teil) seine eigentliche Organisationsstätigkeit fortsetzt. Vgl. WITTE, H., Allgemeine Betriebswirtschaftslehre – Lebensphasen des Unternehmens und betriebliche Funktionen, 2. Aufl., München 2007, S. 242.

stellungen, Symbolen und Ritualen entwickeln kann.³²⁸ Sofern es gelingt, eine gemeinsame Netzwerkkultur aufzubauen, hat dies den Vorteil, dass einerseits Synergien durch Handlungsvereinheitlichungen genutzt werden können³²⁹ und andererseits ein Zugehörigkeitsgefühl entstehen kann, das die Identifikation mit den gemeinsamen Zielen erleichtert.³³⁰

Mit Blick auf Frage 3 ist die Ausgestaltung der Netzwerkkultur insbesondere davon abhängig, ob das Netzwerk hierarchisch oder heterarchisch gesteuert wird. Bei hierarchischer Steuerung kommt dem Systemkopf bei der Entwicklung und Durchsetzung einer Netzwerkkultur eine bedeutende Rolle zu.³³¹

Bezüglich des **AMD-Netzwerks** stellen die unterschiedlichen Kulturen des medizinischen und des sozialen Sektors eine zentrale Herausforderung dar. VON KARDOFF und LEISENHEIMER zeigen diesbezüglich auf, dass sich **sprachliche Unterschiede** zwischen dem medizinischen und dem sozialen Sektor durch eine medizinische Fachsprache einerseits und eine von Problemdruck bestimmte Sprache andererseits ergeben. **Institutionelle Verständigungsprobleme** resultieren aus hochformalisierten Organisationsstrukturen im medizinischen Sektor und eher informelle Strukturen im sozialen Sektor. Ein weiterer Kulturunterschied ergibt sich mit Blick auf die **Geschwindigkeit der Entscheidungsfindung**. Während Entscheidungen im Medizinsektor tendenziell hierarchisch getroffen werden, unterliegen Entscheidungen im sozialen Sektor tendenziell langwierigen, basisdemokratischen Verfahren.³³² Überdies sind die befragten Experten der Ansicht, dass die **Arbeitsweise** im sozialen Sektor im Vergleich zum medizinischen Sektor **weniger professionell** ist.³³³ Nicht zuletzt haben soziale Organisationen aufgrund

³²⁸ Vgl. hierzu **PETRY, T.**, Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 98.

³²⁹ Vgl. **STABER, U.**, Steuerung von Unternehmensnetzwerken – Organisationstheoretische Perspektiven und soziale Mechanismen, in: Sydow, J., Windeler, A. (Hrsg.), Steuerung von Netzwerken – Konzepte und Praktiken, Opladen 2000, S. 66.

³³⁰ Vgl. **BEA, F. X., HAAS, J.**, Strategisches Management, 5. Aufl., Stuttgart 2009, S. 485 ff.

³³¹ Vgl. **PETRY, T.**, Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 98. Die Ausgestaltung der Kultur bei heterarchischer Steuerung wird aufgrund ihrer nicht gegebenen Relevanz im Rahmen dieser Arbeit nicht näher thematisiert. Vgl. hierzu auch Kap. C 1.4.

³³² Vgl. hierzu auch **VON KARDOFF, E., LEISENHEIMER, C.**, Selbsthilfe im System der Gesundheitsversorgung – Bestehende Formen der Kooperation und ihre Weiterentwicklung, in: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.), Selbsthilfegruppenjahrbuch 1999, S. 47. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Kulturunterschiede nicht für den AMD-Sektor im Speziellen erarbeitet wurden, sondern das allgemeine Verhältnis zwischen Medizinern und der Selbsthilfe im Gesundheitswesen betreffen.

³³³ Vgl. hierzu **MEFFERT, H., WISTUBA, M.**, Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Experteninterviews mit Wistuba, M., Meffert, H., 2018, S. 10.

ihrer ausschließlichen Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten³³⁴ eine **hohe Erwartungshaltung** gegenüber medizinischen Leistungserbringern, die z. B. aufgrund von Zeitknappheit nicht immer erfüllt werden kann.

Vor diesem Hintergrund erscheint es unangemessen, die Kulturen des medizinischen und des sozialen Sektors durch das AMD-Netzwerk zu vereinheitlichen. Im Rahmen des Netzwerks ist zumindest in der Startphase ein **Kulturpluralismus** zu erwarten. Gleichwohl sollte das AMD-Netzwerk aktiv die Entwicklung von **Shared Values**³³⁵ fördern, um **mittelfristig** zu dem **Aufbau einer Netzwerkkultur** beizutragen. Aufgrund der oben beschriebenen hierarchischen Steuerung des Netzwerks sind die Entwicklung von Shared Values und der Aufbau einer Netzwerkkultur maßgebliche Aufgabe der Netzwerkitiatoren bzw. des Systemkopfs. Gerade wegen der sehr unterschiedlichen Kulturen sollte das Netzwerk eine Offenheit bzw. eine Toleranz gegenüber Netzwerkpartnern entwickeln. Dies ist erforderlich, um im ersten Schritt ein gegenseitiges, intensiveres Kennenlernen zu ermöglichen, das frei von Vorurteilen erfolgt. Auf dieser Basis kann im zweiten Schritt eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gelingen.³³⁶ Außerdem sollte die in der Vision geäußerte Ausrichtung an der Lebensqualität der Patienten als gemeinsamer Wert vorgegeben bzw. (vor-)gelebt werden. Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung einer gemeinsamen Netzwerkkultur ist überdies die Auswahl der Netzwerkpartner.³³⁷

2.1.3 Netzwerkverfassung

Während Werte und Normen im Bereich der Kultur implizit durch die Mitarbeiter entwickelt werden (weicher Entwicklungsaspekt), kommen diese in einer Verfassung explizit zum Ausdruck (harter Gestaltungsaspekt).³³⁸ Unter einer Organisati-

sprächen, a. a. O., S. 16.

³³⁴ Aufgrund dessen werden die meisten sozialen Organisationen auch als Patientenorganisationen bezeichnet.

³³⁵ Eine nähere Beschreibung von Shared Values findet sich beispielsweise bei KOTTER und HESKETT. Vgl. KOTTER, J. P., HESKETT, J. L., *Corporate Culture and Performance*, New York 1992, p. 5.

³³⁶ SYDOW und WINDELER weisen diesbezüglich darauf hin, dass Vertrauen nicht prinzipiell vorhanden ist oder von allein besteht, sondern dass es im Rahmen eines Prozesses der Vertrauensbildung aktiv aufgebaut werden muss. Vgl. SYDOW, J., WINDELER, A., *Knowledge, Trust and Control – Managing Tensions and Contradictions in a Regional Network of Service Firms*, in: *International Studies of Management and Organization*, Vol. 33, 2003, No. 2, p. 95.

³³⁷ Vgl. ausführlich in Kap. C 2.2.3.

³³⁸ Vgl. BLEICHER, K., *Das Konzept integriertes Management – Visionen, Missionen, Programme*, a. a. O., S. 236 f.; PETRY, T., *Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements*, von

onsverfassung kann allgemein „die Gesamtheit der grundlegenden (konstitutiven) und langfristig gültigen Strukturregelungen [einer Organisation] verstanden werden“³³⁹. Mit ihr werden Grundsatzentscheidungen getroffen, die den Ordnungsrahmen für eine Organisation vorgeben. Aus diesem Grund kann eine Organisationsverfassung auch als „Grundgesetz“ einer Organisation bezeichnet werden.³⁴⁰

Zentrale **Aufgabe** der Verfassung ist es, Gestaltungsräume und -grenzen vorzugeben. Dies geschieht unter anderem durch die Festlegung von Kompetenzen und Vollmachten für einzelne Organe.³⁴¹ Bestandteil einer Verfassung können beispielsweise Satzungen, Leitlinien oder Handbücher sein.

Die **Verfassung eines Netzwerks** legt Austauschbeziehungen zwischen Netzwerkpartnern untereinander sowie zwischen Netzwerkpartnern und Organen des Netzwerks, Regeln für Arbeitsbeziehungen, allgemeine Verhaltenskodizes und Abstimmungsregeln fest.³⁴² Überdies ist zu bestimmen, durch wen und in welcher Form Entscheidungen im Netzwerk getroffen werden.³⁴³ Diesbezüglich ist festzulegen, in welchem Umfang den Partnern im Netzwerk Einflussmöglichkeiten auf die Entscheidungsprozesse des Netzwerks eingeräumt bzw. vorenthalten werden.³⁴⁴ Ebenfalls müssen klare Aufgabenprofile für einzelne Organe erstellt und Regeln zum Leistungs-, Informations- und Weisungsaustausch zwischen den Organen des Netzwerks festgelegt werden.³⁴⁵

Ausgangspunkt einer Netzwerkverfassung ist die Festlegung auf eine **Rechtsform**, sofern eine eigene Rechtspersönlichkeit gewünscht wird oder erforderlich

Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 101 f.

³³⁹ **CHMIELEWICZ, K.**, Unternehmensverfassung, in: Wittmann, W. et al. (Hrsg.), Handwörterbuch der Betriebswirtschaft, Bd. 3, 5. Aufl., Stuttgart 1995, Sp. 4400.

³⁴⁰ Vgl. hierzu **BLEICHER, K.**, Das Konzept integriertes Management – Visionen, Missionen, Programme, a. a. O., S. 192.

³⁴¹ Vgl. **BLEICHER, K.**, Das Konzept integriertes Management – Visionen, Missionen, Programme, a. a. O., S. 193.

³⁴² Vgl. **PETRY, T.**, Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 105.

³⁴³ Vgl. **WOHLGEMUTH, O., HESS, T.**, Strategische Planung in Unternehmensnetzwerken, in: Arbeitsbericht Nr. 5/2000 des Instituts für Wirtschaftsinformatik II an der Universität Göttingen, Göttingen 2000, S. 88 ff.

³⁴⁴ Vgl. **Hungenberg, H.**, Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, a. a. O., S. 33. **HUNGENBERG** spricht in diesem Zusammenhang nicht von einem Netzwerk, sondern von einem Unternehmen. Seine Äußerungen können jedoch auf den Netzwerk-kontext übertragen werden.

³⁴⁵ Vgl. **HUTZSCHENREUTER, T.**, Unternehmensverfassung und Führungssystem, Wiesbaden 1998, S. 58 ff.

ist.³⁴⁶ Für das **AMD-Netzwerk** kann eine eigene Rechtspersönlichkeit als sinnvoll erachtet werden, da eine eigene Rechtspersönlichkeit eine Signalwirkung hat, indem der Kooperationsgedanke zwischen medizinischen und sozialen Leistungsanbietern zum Wohle der Patienten auch formal zum Ausdruck gebracht wird. Eine Formalisierung sorgt zudem für klare und nach innen wie außen transparente Verantwortlichkeiten. Nicht zuletzt ist eine eigene Rechtspersönlichkeit für die finanzielle Abwicklung von Netzwerkaktivitäten hilfreich. Als geeignete Rechtsformen kommen durch die Non-Profit-Tätigkeit des AMD-Netzwerks eine Stiftung, ein Verein, eine gemeinnützige GmbH (gGmbH) und eine Genossenschaft infrage. Da eine Genossenschaft aufgrund der Förderung ihrer Mitglieder in Deutschland grundsätzlich jedoch von der Gemeinnützigkeit ausgeschlossen und damit gegenüber den anderen Rechtsformen benachteiligt ist³⁴⁷, wird auf sie im Folgenden nicht näher eingegangen. Bei einer **Stiftung** handelt es sich um eine Einrichtung, die basierend auf dem Willen eines Stifters einen bestimmten Zweck mit Hilfe eines dazu gewidmeten Stiftungsvermögens dauerhaft fördern soll.³⁴⁸ Ein **Verein** ist eine freiwillige und auf Dauer gerichtete Verbindung einer größeren Anzahl von natürlichen oder juristischen Personen zur Erreichung eines gemeinsamen Zwecks.³⁴⁹ Eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ist eine Kapitalgesellschaft mit eigener Rechtspersönlichkeit, bei der die Haftung der Eigentümer auf die geleistete Kapitaleinlage beschränkt ist.³⁵⁰ Eine **gGmbH** unterscheidet sich von einer GmbH lediglich dadurch, dass mit ihr gemeinnützige Ziele verfolgt werden.

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Rechtsform können unterschiedliche Kriterien ausschlaggebend sein: Diese sind beispielsweise Gründungsvoraussetzung und -aufwand, Flexibilität, steuerliche Behandlung, Publizität und Rechnungslegung, Gewinnverwendung, Haftung und Reputation.³⁵¹

³⁴⁶ Vgl. **PETRY, T.**, Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 103. Da es sich bei Netzwerken mitunter um vergleichsweise lose Verbindungen handelt, kann auf eine eigene Rechtspersönlichkeit verzichtet werden.

³⁴⁷ Vgl. **KRAUS, M., STEGARESCU, D.**, Non-Profit-Organisationen in Deutschland, in: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Dokumentation Nr. 05-02, Mannheim 2005, S. 42.

³⁴⁸ Vgl. **SCHLÜTER, A., STOLTE, S.**, Stiftungsrecht – Formen und Einrichtung, Stiftungsaufsicht, Verwaltung, Besteuerung, Internationales Stiftungsrecht, München 2007, S. 23.

³⁴⁹ Vgl. **AUGSTEN, U.**, Steuerrecht in Non-Profit-Organisationen, Wiesbaden 2008, S. 170 f.

³⁵⁰ Vgl. **JUNG, H.**, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 11. Aufl., München 2009, S. 95 f.

³⁵¹ Vgl. **AUGSTEN, U.**, Steuerrecht in Non-Profit-Organisationen, a. a. O., S. 173.

	Stiftung	Verein	gGmbH
Erforderliches Mindestkapital	<ul style="list-style-type: none"> • existenznotwendiges Mindestkapital erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestkapital i. H. v. 25.000 €
Gründungsvorgang	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Willenserklärung des Stifters 	<ul style="list-style-type: none"> • Gründungsver-sammlung • Satzung • Eintragung ins Vereinsregister 	<ul style="list-style-type: none"> • notariell beurkundete Willenserklärung des Gesellschafters • Eintragung ins Handelsregister
Staatliche Aufsicht	<ul style="list-style-type: none"> • Ja 	<ul style="list-style-type: none"> • Nein 	<ul style="list-style-type: none"> • Nein
Änderung des Zwecks	<ul style="list-style-type: none"> • grundsätzlich Nein 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja
Rechnungslegungs- und Publizitätspflichten (HGB)	<ul style="list-style-type: none"> • Nein (aber ordnungsgemäße Buchführung notwendig) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nein (aber ordnungsgemäße Buchführung notwendig) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja
Steuern	<ul style="list-style-type: none"> • Befreiung von der Körperschafts-, Gewerbe- und Schenkungssteuer • Grundsteuerbefreiung ist eingeschränkt möglich • Umsatzsteuerpflicht besteht 		
Vermögensbindung	<ul style="list-style-type: none"> • kann auf die eingelegten Kapitalanteile und Sacheinlagen eingeschränkt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • ist uneingeschränkt möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • kann auf die eingelegten Kapitalanteile und Sacheinlagen eingeschränkt werden
Vermögensverwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendung zur Erhaltung von Steuerbefreiungen jeweils nur zu steuerbegünstigten Zwecken 		
Haftung	<ul style="list-style-type: none"> • für Verbindlichkeiten haftet das Stiftungsvermögen 	<ul style="list-style-type: none"> • für Verbindlichkeiten haftet das Vereinsvermögen • in Ausnahmefällen können Vorstandsmitglieder haften 	<ul style="list-style-type: none"> • die Haftung ist auf die Kapitaleinlage beschränkt
Reputation	<ul style="list-style-type: none"> • aufgrund staatlicher Aufsicht sehr gut 	<ul style="list-style-type: none"> • aufgrund fehlender staatlicher Aufsicht weniger gut 	<ul style="list-style-type: none"> • aufgrund fehlender staatlicher Aufsicht weniger gut
Möglichkeit der Auflösung	<ul style="list-style-type: none"> • grundsätzlich Nein 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja

Tab. 10: Vergleich gemeinnütziger Rechtsformen³⁵²

³⁵² Vgl. in ausführlicher Form **AUGSTEN, U.**, Steuerrecht in Non-Profit-Organisationen, a. a. O., S. 173 ff.

Tabelle 10 zeigt für die drei Rechtsformen eine Gegenüberstellung für jene Kriterien, die für die Wahl der Rechtsform des AMD-Netzwerks entscheidungsrelevant sind.³⁵³

Übereinstimmend mit der Tabelle kommt die BERTELSMANN STIFTUNG zu dem Ergebnis, dass einer Stiftung aufgrund ihrer staatlichen Aufsicht ein hohes Vertrauen entgegengebracht wird und bei potenziellen Zuwendern entsprechend eine höhere Wertigkeit hat als andere Rechtsformen. Darüber hinaus wird das Stiftungsvermögen als zentraler Vorteil angesehen, da es die dauerhafte Verfolgung eines Zwecks ermöglicht.³⁵⁴ Mit Blick auf das AMD-Netzwerk würde eine Stiftung vor allem dessen Neutralität widerspiegeln. Die Rechtsform einer Stiftung ist für das AMD-Netzwerk jedoch aus dreierlei Gründen problematisch. Erstens ist das erforderliche Stiftungsvermögen, das benötigt wird, um in der Startphase handlungsfähig zu sein, relativ hoch. Bei einer – optimistisch kalkulierten – jährlichen Verzinsung von 5 % müsste das Stiftungsvermögen zwanzigmal so groß sein wie das jährlich benötigte Budget; bei schlechterer Verzinsung entsprechend noch höher.³⁵⁵ Zweitens wird das AMD-Netzwerk als Modellversuch in NRW erprobt und hat damit zunächst einen endlichen Charakter. Dieser steht im Widerspruch zu einer grundsätzlich nicht auflösbaren Stiftung, die den Stiftungszweck auf unendliche Zeit verfolgen würde. Drittens könnte – nach Abschluss des Modellversuchs – eine Modifizierung des Netzwerk-Zweckes erforderlich sein. Auch dies wäre bei einer Stiftung problematisch. Insofern erscheint die Rechtsform einer Stiftung für den Modellversuch nicht geeignet.

Ein Verein hat die zentralen Vorteile, dass er aufgrund des nicht notwendigen Mindestkapitals, der Möglichkeit der Änderung des Vereinszwecks und der Möglichkeit der Auflösung relativ flexibel ist. Diese Aspekte erscheinen insbesondere mit Blick auf das AMD-Netzwerk und seine modellhafte Gründung vorteilhaft. Darüber hinaus verweist die BERTELSMANN STIFTUNG auf den Aspekt der Mitgliederstruktur. Diese ermöglicht eine enge und langfristige Bindung von Zuwendern.³⁵⁶ In Abgrenzung zu der Rechtsform der gGmbH unterliegt ein Verein auf-

³⁵³ Die Gewinnverwendung ist aufgrund der Non-Profit-Tätigkeit des AMD-Netzwerks beispielsweise nicht von Bedeutung und wird entsprechend nicht näher betrachtet.

³⁵⁴ Vgl. hierzu **BERTELSMANN STIFTUNG** (Hrsg.), Handbuch Stiftungen – Ziele, Projekte, Management, rechtliche Gestaltung, 2. Aufl., Wiesbaden 2003, S. 622.

³⁵⁵ Unter Berücksichtigung der Verzinsung einer 10-jährigen Bundesanleihe wäre auf Basis des Kurses in Höhe von 2,279 % vom 02.09.2010 ein beinahe fünfundvierzig Mal höheres Vermögen nötig. Vgl. **O. V.**, 10-j Bundesanleihen, URL: <http://www.finanzen.net/zinsen/10j-Bundesanleihen> [Abruf: 02.09.2010].

³⁵⁶ Vgl. **BERTELSMANN STIFTUNG** (Hrsg.), Handbuch Stiftungen – Ziele, Projekte, Management,

grund der nicht vorhandenen Publizitäts- und Rechnungslegungspflichten geringeren formalen Anforderungen. Aus diesen Gründen erscheint die **Rechtsform des Vereins für die Durchführung des Modellversuchs am besten geeignet**. Bei positiver Entwicklung des AMD-Netzwerks und einer damit einhergehenden Multiplikation auf Deutschland kann in Erwägung gezogen werden, den Verein in eine Stiftung zu überführen.³⁵⁷

Nach Festlegung der Rechtsform gilt es im nächsten Schritt, eine **Satzung** für den Verein zu erstellen, welche für die Eintragung des Vereins in das Vereinsregister notwendig ist. Gemäß § 57 BGB sollte eine Satzung mindestens den Zweck, den Namen sowie den Sitz des Vereins beinhalten. Als über die Mindestinhalte hinausgehende Sollinhalte definiert das Gesetzbuch Bestimmungen über den Eintritt und Austritt von Mitgliedern, Bestimmungen über etwaige Beiträge der Mitglieder, Bestimmungen über die Bildung des Vorstands sowie Voraussetzungen, unter denen eine Mitgliederversammlung einzuberufen ist.³⁵⁸

Die im Rahmen einer Verfassung zu definierenden **Netzwerkorgane, Regeln der Arbeitsbeziehungen** und der **Entscheidungsfindung** sowie die Festlegung von **Verhaltenskodizes** werden im Rahmen der Implementierung des Netzwerks, insbesondere im Kontext des Kooperationsvertrags sowie der Organisationsstrukturen, näher spezifiziert.³⁵⁹

2.2 Strategische Konzeption

Während die Aufgabe auf der normativen Ebene primär die Begründung von Aktivitäten ist, wird auf strategischer Ebene darauf abgezielt, **ausrichtend auf Aktivitäten** einzuwirken.³⁶⁰ Das Management soll die Voraussetzungen für die langfristige Erfüllung von normativen Ansprüchen an die Organisationsentwicklung schaffen. Durch die Formulierung, Auswahl und Umsetzung von Strategien wird einerseits die Marktposition und andererseits die Ressourcenbasis festgelegt. Damit

rechtliche Gestaltung, a. a. O., S. 622.

³⁵⁷ Vgl. hierzu auch **MEFFERT, H.**, Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 28.

³⁵⁸ Vgl. § 58 BGB.

³⁵⁹ Vgl. Kap. C 3.1 bzw. C 3.2.

³⁶⁰ Vgl. **BLEICHER, K.**, Das Konzept integriertes Management – Visionen, Missionen, Programme, a. a. O., S. 82.

wird ein langfristig gültiger Rahmen für konkrete Handlungen der Organisation geschaffen und das Ziel der Generierung von Wettbewerbsvorteilen verfolgt.³⁶¹

Im Allgemeinen werden unter dem Attribut „strategisch“ folgende Merkmale subsumiert.³⁶²

- 1) Strategische Managemententscheidungen geben die **grundsätzliche Richtung** der Organisationsentwicklung vor oder beeinflussen diese maßgeblich.
- 2) Zielsetzung strategischer Entscheidungen ist die Sicherung des **langfristigen Erfolgs** einer Organisation.
- 3) Der zukünftige Erfolg einer Organisation wird durch die Festlegung der **internen und externen Ausrichtung** der Organisation sichergestellt.
- 4) Strategische Entscheidungen beziehen sich – in Abgrenzung zu operativen Tätigkeiten – nicht in erster Linie auf konkrete Handlungen, sondern schaffen durch die Festlegung auf eine grundsätzliche Ausrichtung **Handlungsrahmen**, innerhalb derer konkrete Maßnahmen durchgeführt werden können.
- 5) Strategische Entscheidungen werden auf einer **übergeordneten Ebene** getroffen, da für die Beeinflussung der Ausrichtung einer Organisation eine über Organisationseinheiten hinausgehende Sichtweise erforderlich ist.

Strittig und in der Literatur nicht abschließend beantwortet ist die Frage, ob sich die Struktur nach der Strategie (Strategischer Imperativ) oder die Strategie nach der Struktur (Struktureller Imperativ) richten sollte.³⁶³ In dieser Arbeit wird

³⁶¹ Vgl. hierzu **HUNGENBERG, H.**, Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, a. a. O., S. 24 bzw. S. 6.

³⁶² Vgl. **HUNGENBERG, H.**, Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, a. a. O., S. 4 ff. sowie z. B. **MINTZBERG, H. ET AL.**, The Strategy Process – Concepts, Contexts, Cases, 4. ed., Harlow 2003, pp. 3 ff.; **ANDREWS, K. R.**, The Concept of Corporate Strategy, in: Foss, N. J. (Hrsg.), Resources, Firms and Strategies – a reader in the resource-based perspective, Oxford 1997, pp. 52 ff.; **JOHNSON, G., SCHOLLES, K., WHITTINGTON, R.**, Exploring corporate Strategy – Text & Cases, 8. ed., Harlow 2008, pp. 2 ff.; **HINTERHUBER, H. H.**, Strategische Unternehmensführung, 7. Aufl., 2004, S. 17 ff.; **MÜLLER-STEWENS, G., LECHNER, C.**, Strategisches Management – Wie strategische Initiativen zum Wandel führen, a. a. O., S. 15 ff..

³⁶³ Dass die Strategie maßgeblich die Struktur beeinflusst, formuliert **CHANDLER** in der These „Structure Follows Strategy“ (Strategischer Imperativ). Vgl. **CHANDLER, A.**, Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise, Boston 1962, pp. 346 f. Als Antwort darauf formulieren **HALL** und **SAIAS** die Gegenthese „Strategy Follows Structure“ (Struktureller Imperativ). Vgl. **HALL, D., SAIAS, M.**, Strategy Follows Structure, in: Strategic Ma-

CHANDLER folgend ein **strategischer Imperativ** zugrunde gelegt, da im Netzwerk-kontext die Partnerkonstellation und mit ihr die Struktur des Netzwerks davon abhängt, welche Partner in der Lage sind, zu der Erreichung übergeordneter Zielsetzungen beizutragen.

Im Folgenden werden **sieben strategische Aspekte** erläutert und auf das AMD-Netzwerk übertragen. Dabei handelt es sich um die (übergeordneten) Ziele, die (strategische) Positionierung, die Auswahl von Partnern, die Markenstrategie, die strategischen Leistungen, die Kommunikations- sowie die Finanzierungsstrategie.

2.2.1 Netzwerkziele

Die Festlegung von Zielen ist von zentraler Bedeutung, weil einer Strategieplanung ohne klare Ziele die Basis fehlt.³⁶⁴ Gemäß HEINEN beherrschen Zielvorstellungen das Handeln.³⁶⁵ Ziele sind darüber hinaus mit Blick auf die Erfolgskontrolle bedeutsam, da es erst durch die Festlegung klarer Ziele möglich wird, die Zielerreichung und die dafür aufgewendeten Leistungen zu beurteilen.³⁶⁶

KIRSCH stellt heraus, dass Ziele in und von Organisationen ihren Ursprung in den Zielen der in einer Organisation tätigen Personen haben. Aus diesem Grund differenziert er zwischen Individualzielen, Zielen der Individuen für die Organisation und Zielen der Organisation.³⁶⁷ Übertragen auf Netzwerke bedeutet dies, dass es **Individualziele der Netzwerkpartner, Ziele der Netzwerkpartner für das Netzwerk und Ziele des Netzwerks** gibt. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass jede beteiligte Organisation durch die Mitwirkung an einem Netzwerk (auch) eigene Ziele verfolgt.³⁶⁸ Aus diesem Grund ist es die Aufgabe der Führung des Netzwerks, bei der Definition von Netzwerkzielen die individuellen

nagement Journal, Vol. 1, 1980, No. 2, pp. 149 ff. Für einen umfassenden Überblick zu dem Themenkomplex Strategischer Imperativ vs. Struktureller Imperativ vgl. SCHEWE, G., Strategie und Struktur – Eine Re-analyse empirischer Befunde und Nichtbefunde, Tübingen 1998, S. 53 ff.

³⁶⁴ Vgl. FRESE, S., Unternehmensführung, Landsberg 1987, S. 118.

³⁶⁵ Vgl. HEINEN, E., Grundlagen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen – Das Zielsystem der Unternehmung, 3. Aufl., Wiesbaden 1976, S. 29.

³⁶⁶ Vgl. HUNGENBERG, H., Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, a. a. O., S. 27.

³⁶⁷ Vgl. KIRSCH, W., Die Unternehmensziele in organisationstheoretischer Sicht, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 21. Jg., 1969, S. 665 ff.

³⁶⁸ Vgl. PETRY, T., Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 112.

Ziele der Netzwerkpartner zu berücksichtigen und miteinander in Einklang zu bringen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Anreiz-Beitrags-Theorie von Bedeutung.

Den Prozess der **Zielfestlegung** in Netzwerken bezeichnet PETRY als „Gegenstrom“, bei dem auf der ersten Stufe die Ziele potenzieller Netzwerkpartner im Sinne einer bottom-up-Herangehensweise ermittelt und auf der zweiten Stufe die Ziele des Netzwerks den Netzwerkpartnern im Sinne einer top-down-Vorgehensweise vorgegeben werden.³⁶⁹

Mit dem **AMD-Netzwerk** werden – anknüpfend an die identifizierten Versorgungslücken und unter Berücksichtigung der Ziele der Partner – schwerpunktmäßig folgende strategische Zielsetzungen verfolgt³⁷⁰:

- Schaffung von **Transparenz** für Augenärzte, Patienten und Angehörige
- Sicherstellung einer **qualitativ hochwertigen** und **effizienten Versorgung**
- Verbesserung von **Koordination/Vernetzung** der Akteure

Indem die Erreichung dieser Zielsetzungen angestrebt wird, kann gleichzeitig zu der Erreichung der übergeordneten Zielsetzung, der **Steigerung der Autonomie und Lebensqualität von AMD-Patienten**, beigetragen werden.

2.2.2 Positionierung des Netzwerks

Gemäß MEFFERT, BURMANN und KIRCHGEORG verfolgen Organisationen durch ihre Positionierung den Zweck, ihr „Angebot so zu gestalten, dass es im Bewusstsein des Zielkunden einen **besonderen, geschätzten** und **von Wettbewerbern abgesetzten** Platz einnimmt“³⁷¹. Daran anknüpfend wird das **Ziel** verfolgt, Wettbe-

³⁶⁹ Vgl. PETRY, T., Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, a. a. O., S. 113.

³⁷⁰ Vgl. MEFFERT, H., Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 24.

³⁷¹ MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M., Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, a. a. O., S. 372; Vgl. hierzu auch KOTLER, P., KELLER, K. L., Marketing-Management, 13. ed., Upper Saddle River 2009, p. 308 f.

werbsvorteile zu generieren.³⁷² Die Positionierung erfolgt in der Regel mithilfe so genannter Positionierungsmodelle.³⁷³

In der Literatur haben sich unterschiedliche **Anforderungen an die strategische Positionierung** herauskristallisiert.³⁷⁴ Im Einzelnen sind dies

- 1) **Relevanz:** Die Positionierungsmerkmale müssen von den Zielgruppen als **wichtig** erachtet werden.
- 2) **Konzentration:** Die Positionierung muss sich auf **einige wenige Merkmale** fokussieren.
- 3) **Diskriminierungsfähigkeit:** Die Positionierungsmerkmale müssen eine gewisse **Einzigartigkeit** aufweisen, d. h., dass sie klar von den Merkmalen anderer Leistungsanbieter unterschieden werden können.
- 4) **Zukunftsorientierung:** Die Positionierung muss **langfristig ausgerichtet** sein.
- 5) **Flexibilität:** Die Positionierung muss – trotz langfristiger Ausrichtung – **ausreichend flexibel** sein, um **Anpassungen** bei sich wandelnden Rahmenbedingungen vornehmen zu können.
- 6) **Kontinuität:** Trotz ausreichender Flexibilität muss die Positionierung insofern kontinuierlich sein, dass sie für die Zielgruppen auf Dauer **wiedererkennbar** ist.

³⁷² Wettbewerbsvorteile entstehen, wenn die Leistungen einer Organisation wichtig sind, wahrgenommen werden und dauerhaft sind. Vgl. **MEFFERT, H.**, Zur Bedeutung von Konkurrenzstrategien im Marketing, in: *Marketing Zeitschrift für Forschung und Praxis*, 1985, Nr. 1, S. 14; **SIMON, H.**, Schwächen bei der Umsetzung strategischer Wettbewerbsvorteile, in: Dichtl, E., Gerke, W., Kieser, A. (Hrsg.), *Innovation und Wettbewerbsfähigkeit*, Wiesbaden 1987, S. 368.

³⁷³ Vgl. hierzu **LOVELOCK, C. H.**, **WIRTZ, J.**, *Services marketing – People, technology, strategy*, 5. ed., Upper Saddle River 2004, pp. 69 ff.

³⁷⁴ Vgl. **BRUHN, M.**, *Integrierte Unternehmens- und Markenkommunikation – Strategische Planung und operative Umsetzung*, 3. Aufl., Stuttgart 2003, S. 175 f.; **BEDNARCZUK, P.**, *Strategische Kommunikationspolitik für Markenartikel in der Konsumgüterindustrie – Gestaltung und organisatorische Umsetzung*, Offenbach 1990, S. 191 f.; **RIES, A.**, *The Discipline of the Narrow Focus*, in: *Journal of Business Strategy*, Vol. 13, 1992, No. 6, p. 5.

- 7) **Operationalisierbarkeit:** Die strategische Positionierung muss **operativ umsetzbar** sein, d. h., dass konkrete Handlungen an ihr ausgerichtet werden können.

Unter Berücksichtigung dieser Anforderungen lässt sich bezüglich der strategischen Positionierung festhalten, dass das **AMD-Netzwerk** angesichts einer angestrebten Weiterentwicklung bestehender Strukturen auf einer übergeordneten Meta-Ebene **interessenneutral** agieren sollte.³⁷⁵ Diese Eigenschaft wird nicht nur als wichtig erachtet, sondern stellt überdies eine eindeutige Abgrenzung zu sonstigen Marktteilnehmern dar, die beispielsweise monetäre Ziele oder Ziele der Mitgliedererwerbung verfolgen. Ein zweites Positionierungsmerkmal des AMD-Netzwerks ist dessen **Forschungsbegleitung**. Bereits die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Systemanalyse mit der Identifikation von Versorgungslücken stellt ein Alleinstellungsmerkmal dar. Dieses wird durch die begleitende Evaluation der Effekte des Netzwerks weiter verfolgt. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Berücksichtigung möglichst aller Stakeholder bei der Durchführung wissenschaftlicher Studien, um deren Akzeptanz gegenüber den Studien zu steigern. Zudem können die Studien den unterschiedlichen Anspruchsgruppen gleichermaßen nützlich sein, indem individuelle Implikationen abgeleitet werden. Nicht zuletzt ist das Netzwerk **offen für kompetente Partner**. Diese Eigenschaft beinhaltet zwei Aspekte: Die *Offenheit* wurde bereits im Rahmen der Ausführungen zur Netzwerkkultur zum Ausdruck gebracht. Die Partizipation *kompetenter Partner* zielt auf die von den Zielgruppen als besonders wichtig erachtete Verbesserung der Versorgungsqualität im gesamten Versorgungsprozess ab.

Durch die Fokussierung auf insgesamt drei Eigenschaften erfüllt die Positionierung die Anforderung der Konzentration. Um die Glaubwürdigkeit der Eigenschaften langfristig sicherzustellen, muss das Handeln des Netzwerks an der Positionierung ausgerichtet werden. In Bezug auf die Partnerauswahl bedeutet dies beispielsweise, dass die ausgewählten Partner neutral und kompetent sind. Da die Partnerauswahl eine konkrete Handlung ist, erfüllt die Positionierung zudem die Anforderung der Operationalisierbarkeit. Die Sicherstellung der Wiedererkennung kann darüber hinaus z. B. durch die regelmäßige Präsentation von Forschungsergebnissen gewährleistet werden. Durch die Eigenschaften Interessenneutralität, Forschungsbegleitung und Offenheit für kompetente Partner ist die Positionierung

³⁷⁵ Vgl. zu den drei Eigenschaften der Positionierung auch **MEFFERT, H.**, Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 24 f.

des Netzwerks langfristig ausgerichtet. Gleichwohl ist sie hinreichend flexibel, indem sie Änderungen bzw. Ergänzungen nicht ausschließt.

2.2.3 Netzwerkpartner

Unterschiedliche Forschungsarbeiten zeigen, dass die **Auswahl von Partnern** in Kooperationen und Netzwerken ein **entscheidender Erfolgsfaktor** für das Gelingen der Zusammenarbeit ist.³⁷⁶ Obwohl dies allgemein bekannt ist, wird häufig zu wenig Zeit in die Partnerauswahl investiert, was zum Scheitern einer Kooperation führen kann.³⁷⁷ COLDEWEY betont, dass die Sorgfalt bei der Auswahl von Partnern besonders dann groß sein sollte, wenn eine intensive und langfristige Zusammenarbeit geplant ist. Dies sei allein deshalb erforderlich, weil eine fehlerhafte Partnerauswahl nur schwer revidiert werden könne.³⁷⁸ Voraussetzungen für eine geeignete Partnerschaft sind komplementäre Kompetenzen, kooperative Kulturen, kompatible Ziele und ausgeglichene Risikoniveaus.³⁷⁹ Darüber hinaus wird die Ähnlichkeit von Organisationen, z. B. bezüglich ihrer Größe, als Erfolgsfaktor in der Literatur genannt.³⁸⁰

Subsumiert werden die genannten Voraussetzungen unter dem Begriff des **Partner-Fit**. Dieser beinhaltet nach HERRMANN im intraorganisationalen Kontext zwei Aspekte: einen sachlich-rationalen (strategischen) Fit und einen sozio-emotionalen (kulturellen) Fit.³⁸¹ Der Ansatz des Partner-Fit wird in zunehmendem Maße auch auf die Analyse potenzieller Partnerkonstellationen in Kooperationen und Netzwerken angewendet.³⁸²

³⁷⁶ Vgl. FONTANARI, M., Voraussetzungen für den Kooperationserfolg – eine empirische Analyse, in: Schertler, W. (Hrsg.), *Management von Unternehmenskooperationen*, Wien 1995, S. 167; WOLF, I., *Erfolgsfaktoren internationaler strategischer Allianzen – Darstellung und Vergleich ausgewählter Studien*, Hamburg 2002, S. 57.

³⁷⁷ Vgl. DACIN, M., HITT, M., LEVITAS, E., *Selection Partners for Successful International Alliances*, in: *Journal of World Business*, Vol. 32, 1997, No. 1, p. 4.

³⁷⁸ Vgl. hierzu COLDEWEY, B., *Strategisches Management von Unternehmensnetzwerken im Gesundheitswesen – ein netzwerktheoretischer Ansatz aus der Sicht von Krankenhäusern*, Leipzig 2002, S. 137.

³⁷⁹ Vgl. BROUTHERS, K. D., BROUTHERS, L. E., WILKINSON, T. J., *Strategic alliances – Choose your partners*, in: *Long Range Planning – International Journal of Strategic Management*, Vol. 28, 1995, No. 3, pp. 18 ff.

³⁸⁰ Vgl. RAMASESHAN, B., LOO, P., *Factors affecting a partner's perceived effectiveness of strategic business alliance*, in: *International Business Review*, Vol. 7, 1998, No. 2, p. 446.

³⁸¹ Vgl. HERRMANN, R., *Joint Venture-Management*, Gießen 1988, S. 63.

³⁸² Vgl. z. B. BLEICHER, K., *Unternehmenspolitische und unternehmenskulturelle Voraussetzungen erfolgreicher Strategischer Partnerschaften*, in: Zentes, J. (Hrsg.), *Strategische Partner-*

Als **Misserfolgsk Faktoren** im Rahmen der Partnerselektion lassen sich unvollständige Informationen über potenzielle Partner, oberflächliche Gespräche in der Anbahnungsphase sowie ein fehlender Vertrauensaufbau identifizieren.³⁸³

Von entscheidender Bedeutung für die Partnerauswahl ist, dass der Selektion **klare Kriterien** zugrunde gelegt werden. Gemäß KRAEGE sollen sich die Kriterien in erster Linie an den zu schließenden Ressourcen- und Wertschöpfungslücken orientieren.³⁸⁴ Die Definition von Kriterien ist aus zweierlei Gründen notwendig: Erstens wird sichergestellt, dass keine Partner in das Netzwerk aufgenommen werden, deren Netzwerkbeteiligung aus bestimmten Gründen nicht erwünscht ist. Zweitens ist es transparenzfördernd, wenn – insbesondere bei vergleichsweise offenen Netzwerken – argumentiert werden kann, aus welchen Gründen einzelne Netzwerkinteressenten nicht in das Netzwerk aufgenommen werden. Durch die Definition klarer Kriterien wird somit **einer subjektiven Partnerauswahl vorgebeugt**. Gemäß COLDEWEY könnten allgemeine Auswahlkriterien beispielsweise das Leistungsspektrum, die Qualifikation, die Motivation, die Flexibilität, die Qualität sowie die Marktposition potenzieller Netzwerkpartner sein.³⁸⁵

Für die Akquisition eines Netzwerkpartners ist darüber hinaus ein **beiderseitiges Interesse** erforderlich.³⁸⁶ Dieses besteht, wenn der Netzwerkitiator einerseits die Mitwirkung des potenziellen Partners für die Erreichung gemeinsamer Ziele für sinnvoll bzw. notwendig erachtet und der potenzielle Netzwerkpartner andererseits einen Nutzen aus der Mitwirkung in dem Netzwerk generieren kann. NALEBUFF und BRANDENBURGER folgern, dass Ressourcen nur dann in ein Gesamtnetzwerk ein-

schaften im Handel, Stuttgart 1992, S. 307 ff.; **HOLZBERG, M.**, Erfolgsfaktoren sektorübergreifender Kooperationen – ein empirischer Beitrag zur Zusammenarbeit zwischen staatlichen, wirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Institutionen unter besonderer Berücksichtigung von Stiftungen, a. a. O., S. 69 ff.

³⁸³ Vgl. z. B. **FONTANARI, M.**, Voraussetzungen für den Kooperationserfolg – eine empirische Analyse, a. a. O., S. 123; **KRAEGE, R.**, Controlling strategischer Unternehmenskooperationen, München 1997, S. 92; **REIB, M.**, **BECK, T. C.**, Richtig kooperieren im Neuen Mittelstand, in: Reiß, M. (Hrsg.), Der neue Mittelstand, Frankfurt a. M. 1998, S. 129 f.

³⁸⁴ Vgl. **KRAEGE, R.**, Controlling strategischer Unternehmenskooperationen, a. a. O., S. 93.

³⁸⁵ Vgl. **COLDEWEY, B.**, Strategisches Management von Unternehmensnetzwerken im Gesundheitswesen – ein netzwerktheoretischer Ansatz aus der Sicht von Krankenhäusern, a. a. O., S. 138.

³⁸⁶ Vgl. **COLDEWEY, B.**, Strategisches Management von Unternehmensnetzwerken im Gesundheitswesen – ein netzwerktheoretischer Ansatz aus der Sicht von Krankenhäusern, a. a. O., S. 140.

gebracht werden, wenn es sich aus der Sicht der Partner um eine vertrauensvolle und für alle Partner vorteilhafte Zusammenarbeit handelt.³⁸⁷

Sofern eine gegenseitige Akzeptanz der Forderungen vorliegt, sollte ein mündliches – oder besser noch schriftliches – Bekenntnis abgegeben werden.³⁸⁸ Ein schriftliches Bekenntnis kann in einer Vorphase der Kooperation beispielsweise in Form einer Absichtserklärung (letter of intent) und zu Beginn der Kooperation in Form eines Kooperationsvertrags zum Ausdruck gebracht werden.

Mit Blick auf das **AMD-Netzwerk** stellen sich im Zusammenhang der **Partnerauswahl** und **-akquise** vier zentrale Fragen:

- 1) Welche Kriterien sollen für die Auswahl von Partnern herangezogen werden?
- 2) Welche Partner werden auf Basis der Kriterien für das AMD-Netzwerk ausgewählt?
- 3) Wie gelingt es, potenzielle Partner für das Netzwerk zu akquirieren?
- 4) Wie wird mit Leistungsanbietern verfahren, die nicht Mitglied in größeren Organisationen bzw. Verbänden sind, aber an der Mitwirkung im AMD-Netzwerk interessiert sind?

Die Frage nach den **Kriterien für die Partnerauswahl** wurde in unterschiedlichen Strategiegelgesprächen mit Experten des AMD-Sektors intensiv diskutiert. Ergebnis dieser Gespräche war, dass die Mitwirkung eines Partners von dessen Größe bzw. Bedeutung, räumlicher Reichweite in NRW, Aufgabenprofil, spezifischer AMD-Kompetenz sowie Professionalität, Seriosität und Reputation abhängig gemacht werden soll.

Tabelle 11 verdeutlicht, warum die genannten Kriterien für das AMD-Netzwerk bedeutsam sind.

³⁸⁷ Vgl. NALEBUFF, B., BRANDENBURGER, A., Coopetition – kooperativ konkurrieren – mit der Spieltheorie zum Geschäftserfolg, a. a. O.

³⁸⁸ Vgl. THIEDE, J. A., SCHOCH, K., FIEGE, K.-P., Kooperation und Fusion im Focus des Krankenhausmanagements, Melsungen 1999, S. 114 ff.

Kriterium	Bedeutung des Kriteriums für das AMD-Netzwerk
Größe bzw. Bedeutung	Eine Mindestgröße der Partnerorganisation ist erforderlich, um eine Mindestzahl von Patienten zu erreichen. Die Bedeutung des Partners ist für die Reputation des Netzwerks wichtig.
Räumliche Reichweite	Die räumliche Reichweite der Partnerorganisation ist erforderlich, um innerhalb von NRW repräsentativ vertreten zu sein und um Patienten in ausreichendem Maße zu erreichen.
Aufgabenprofil	Das Aufgabenprofil sollte dazu geeignet sein, um Patienten in medizinischen oder (psycho-)sozialen Belangen helfen zu können.
AMD-Kompetenz	Die Partner müssen spezifische Kompetenzen im Bereich der AMD nachweisen, um AMD-Patienten bedürfnisgerecht versorgen zu können.
Professionalität	Die Professionalität der Partner ist erforderlich, damit einzelne Partner im Netzwerk Patienten bedenkenlos an andere Partner im Netzwerk weiterleiten können.
Seriosität	Die Seriosität beinhaltet die Behandlung/Betreuung auf Basis wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse. Die Seriosität der Partner stellt die Reputation des Netzwerks sicher.
Reputation	Die Reputation der Partner resultiert aus deren Kompetenz, Professionalität und Seriosität. Eine gute Reputation der Partner stellt die Reputation des Netzwerks sicher.

Tab. 11: Bedeutung von Kriterien für die Partnerauswahl

Bei der **Frage, wer diese Kriterien erfüllt**, lassen sich diejenigen Organisationen anführen, die im Rahmen der Analyse der Systemelemente als primäre Leistungserbringer identifiziert wurden. Deren Mitwirkung ist insofern bedeutsam, weil das AMD-Netzwerk den gesamten Versorgungsprozess verbessern möchte. Über die primären Leistungsanbieter hinaus erscheint es sinnvoll, dass Krankenkassen und Hersteller von Seh- und sonstigen Hilfsgeräten an dem Netzwerk partizipieren. Aufgrund der Positionierung der Interessenneutralität sollten Pharmaunternehmen nicht als Partner im Netzwerk fungieren.³⁸⁹ Von einigen Experten wurde in diesem Zusammenhang jedoch darauf hingewiesen, dass eine Mitwirkung vor dem Hintergrund der Interessenneutralität unproblematisch sei, sofern sich alle Pharmaunternehmen, die im Bereich der AMD tätig sind, an dem Netzwerk beteiligten.³⁹⁰

³⁸⁹ Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sämtliche Partner des Netzwerks über individuelle Interessen verfügen. Pharmaunternehmen weisen jedoch die am stärksten ausgeprägten monetären Interessen auf, weshalb ihre Mitwirkung die Neutralität des Netzwerks gefährden könnte.

³⁹⁰ Vgl. MEFFERT, H., WISTUBA, M., Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, a. a. O., S. 23.

Um potenzielle Partner für das Netzwerk zu akquirieren, ist es notwendig, bereits in einer Vorfeldphase **intensive Kontakte** zu ihnen zu pflegen, um sie über die Absichten des Netzwerks, den Stand der Gründungsvorbereitungen und das Feedback anderer potenzieller Partner zu informieren. Indem mit Vertretern sämtlicher Organisationen bzw. Verbände, die als potenzielle Netzwerkpartner infrage kommen, bereits zu einem frühen Zeitpunkt Expertengespräche geführt wurden, konnte – neben dem wissenschaftlichen Zweck, Erkenntnisse über die Versorgungslage zu erlangen – ein gegenseitiges Kennenlernen ermöglicht werden. Durch mehrfache Feedbacks wurde der Kontakt aufrechterhalten. Darüber hinaus haben die Projektinitiatoren zwei Workshops ausgerichtet, zu denen potenzielle Partner eingeladen wurden. Im Rahmen der Workshops wurde den Partnern das Netzwerkvorhaben vorgestellt, der **Nutzen der Mitwirkung** verdeutlicht und durch die Integration in Arbeitsprozesse ein „**Wir-Gefühl**“ erzeugt. Das Interesse einzelner, potenzieller Partner hatte zudem einen so genannten „**Me-too-Effekt**“ zur Folge. Diesem Nachahmungseffekt entsprechend haben sich andere potenzielle Partner innerhalb ihrer Organisationen bzw. Verbände intensiv mit dem Netzwerk und der Frage der Mitwirkung im Netzwerk auseinandergesetzt, um einen eventuellen Wettbewerbsnachteil zu vermeiden.

Zur Beantwortung der Frage, wie mit potenziellen Netzwerkpartnern verfahren wird, die beispielsweise aufgrund ihrer fehlenden Größe oder ihrer geringen Reichweite im ersten Schritt nicht berücksichtigt wurden, erscheint es angemessen, eine **Expertenkommission** einzurichten, die über eine Aufnahme in das Netzwerk entscheidet.

Anknüpfend an die Partnerauswahl und -akquise stellt sich abschließend die Frage, wie die **Qualität innerhalb der Partnerorganisationen** unabhängig ihrer Sektorherkunft sichergestellt werden kann. Diese Frage soll durch einen gemeinsamen, alle Partner einschließenden Qualitätsdialog beantwortet werden. Dabei wird im ersten Schritt sichergestellt, dass alle Partner ein gemeinsames Qualitätsverständnis zugrunde legen. Im zweiten Schritt werden sektorspezifische und sektorübergreifende Qualitätsindikatoren und -standards erhoben. Im dritten und letzten Schritt wird ein gemeinsamer, ganzheitlicher Qualitätsanspruch im AMD-Versorgungsprozess für die Mitwirkung im Netzwerk festgelegt und dokumentiert.

2.2.4 Markenstrategie des Netzwerks

Eine Marke ist „ein Nutzenbündel mit spezifischen Merkmalen, die dafür sorgen, dass sich dieses Nutzenbündel gegenüber anderen Nutzenbündeln [...] aus Sicht

relevanter Zielgruppen nachhaltig differenziert³⁹¹. Auf der für Netzwerke eher relevanten Ebene übergeordneter Unternehmensmarken ergänzen MEFFERT und BIERWIRTH, dass es sich um „gesamtunternehmerische Nutzenbündel“³⁹² handelt. Marken ermöglichen es, dass ein Produkt, eine Dienstleistung, ein Unternehmen oder ein Netzwerk wiedererkannt, erinnert oder von anderen unterschieden werden können und tragen dadurch zu der Entwicklung von Markttransparenz bei.³⁹³ Aus strategischer Perspektive ist der Aufbau einer Marke wichtig, weil eine Marke den Nachfragern als **Qualitätsversprechen** dient und damit maßgeblich zu einem **Vertrauensaufbau** der Nachfrager beiträgt.³⁹⁴ Der Aufbau von Vertrauen ist bei Erfahrungs- und Vertrauensgütern von besonderer Bedeutung. Darüber hinaus übernimmt eine Marke eine Orientierungs- und eine Informationsfunktion.³⁹⁵ Neben den Funktionen aus Nachfragersicht erfüllt eine Marke überdies Funktionen aus Anbietersicht. Diese sind beispielsweise Profilierung, Förderung der Entwicklung der Markenloyalität, Stärkung der Kundenbindung und Marktdurchdringung.³⁹⁶ Auf der Ebene der übergeordneten Unternehmensmarke ist überdies vor allem der Aufbau von **Reputation** und **Image** relevant.³⁹⁷

Bei dem Aufbau und der Führung einer Marke gilt es zu beachten, dass Kontinuität und langfristig ausgerichtete Konzepte erforderlich sind, da andernfalls die Gefahr besteht, dass die Marke zu einem substanzlosen Label verkommt.³⁹⁸

Mit der Markierung von Kooperationen können grundsätzlich **ökonomische und psychographische Ziele** verfolgt werden. Während bei den ökonomischen Zielen

³⁹¹ BURMANN, C., BLINDA, L., NITSCHKE, A., Konzeptionelle Grundlagen des identitätsorientierten Markenmanagements, in: Burmann, C. (Hrsg.), LiM Arbeitspapiere, Nr. 1, Bremen 2003, S. 3.

³⁹² MEFFERT, H., BIERWIRTH, A., Corporate Branding – Führung der Unternehmensmarke im Spannungsfeld unterschiedlicher Zielgruppen, in: Meffert, H., Burmann, C., Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 147.

³⁹³ Vgl. IRMSCHER, M., Markenwertmanagement – Aufbau und Erhalt von Markenwissen und -vertrauen im Wettbewerb, Frankfurt a. M. 1997, S. 30.

³⁹⁴ Vgl. MEFFERT, H., BURMANN, C., KOERS, M., Stellenwert und Gegenstand des Markenmanagements, in: Meffert, H., Burmann, C., Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 6 bzw. 11.

³⁹⁵ Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass Marken auch einen ideellen Nutzen stiften können. Dieser Aspekt erscheint für das AMD-Netzwerk jedoch nicht relevant.

³⁹⁶ Für eine Übersicht über Nutzen einer Marke aus Anbieter- und Nachfragerperspektive vgl. MEFFERT, H., BURMANN, C., KOERS, M., Stellenwert und Gegenstand des Markenmanagements, a. a. O., S. 10 ff.

³⁹⁷ Vgl. MEFFERT, H., BIERWIRTH, A., Corporate Branding – Führung der Unternehmensmarke im Spannungsfeld unterschiedlicher Zielgruppen, a. a. O., S. 152.

³⁹⁸ Vgl. MEFFERT, H., BURMANN, C., KOERS, M., Stellenwert und Gegenstand des Markenmanagements, a. a. O., S. 10.

der Markenwert im Fokus steht, zielen psychographische Ziele beispielsweise auf die Markenbekanntheit, die Markenloyalität, die Zufriedenheit, die Weiterempfehlungsrates oder die Markensympathie ab.³⁹⁹

Für die **Markenarchitektur im Kooperationskontext** lassen sich grundsätzlich **drei Optionen** unterscheiden: eine einheitliche, eine differenzierte sowie eine gemischte Markenarchitektur.⁴⁰⁰ Bei einer **einheitlichen Markierung** gehen die Marken der Kooperationspartner in einer gemeinsamen Kooperationsmarke auf. Dadurch wird die hinter der Marke stehende Kooperation am Markt nicht als solche wahrgenommen. Diese Option wird in der Literatur als netzgeführte Marke oder Netzwerkmarke bezeichnet.⁴⁰¹ Die Marke kann entweder neu geschaffen werden oder bereits etabliert sein. Sofern sie bereits etabliert ist, setzt sich in der Regel eine dominante Marke durch.⁴⁰² Zentrale Vorteile eines einheitlichen Markenauftritts sind gemäß MEFFERT und BIERWIRTH die Verringerung von Koordinationskosten und die Nutzung von Synergieeffekten.⁴⁰³ Zu berücksichtigen ist andererseits, dass Investitionen für den Aufbau und die Führung der Marke erforderlich sind.⁴⁰⁴ Aus diesem Grund schlussfolgert KNORR, dass ein einheitlicher Markenauftritt **nur bei dauerhaften Kooperationen** in Frage kommt.⁴⁰⁵

³⁹⁹ Vgl. MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M., Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, a. a. O., S. 354.

⁴⁰⁰ Vgl. MEFFERT, H., BIERWIRTH, A., Corporate Branding – Führung der Unternehmensmarke im Spannungsfeld unterschiedlicher Zielgruppen, a. a. O., S. 155 ff.; BERENS, G., VAN RIEL, C. B. M., VAN BRUGGEN, G., Corporate Associations and Consumer Product Responses – The Moderating Role of Corporate Brand Dominance, in: Journal of Marketing, Vol. 69, 2005, No. 3, p. 35.

⁴⁰¹ Vgl. exemplarisch AHLERT, D., Integriertes Markenmanagement und Kundengetriebenes Category Management in Netzwerken der Konsumgüterdistribution, in: Ahlert, D. (Hrsg.), Münsteraner Schriften zur Distributions- und Handelsforschung, 3. Aufl., Bd. 7, Münster 2003, S. 55 f. bzw. ESCH, F.-R., LANGNER T., Aufbau und Steuerung von Marken in Wertschöpfungsnetzwerken, in: Esch, F.-R. (Hrsg.), Moderne Markenführung – Grundlagen, innovative Ansätze, praktische Umsetzung, 4. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 430. Im Kontext des Gesundheitswesens wird der Begriff der Netzwerkmarke u. a. von VON EIFF verwendet. Vgl. VON EIFF, W., Markenprofil und Markenarchitektur – Einmalig, unverwechselbar und hoch differenziert, in: Krankenhaus Umschau, 2004, Nr. 5, S. 409 f.

⁴⁰² Vgl. BRÜTTING, L., Marken von Kooperationen – Anforderung und Implementation, in: Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Nr. 84, Münster 2009, S. 6.

⁴⁰³ Vgl. MEFFERT, H., BIERWIRTH, A., Corporate Branding – Führung der Unternehmensmarke im Spannungsfeld unterschiedlicher Zielgruppen, a. a. O., S. 157.

⁴⁰⁴ Investitionen für den Aufbau der Marke halten sich in Grenzen, sofern eine bereits etablierte Marke als Netzwerkmarke fungiert.

⁴⁰⁵ Vgl. KNORR, S., Marketing-Partnerschaften – Erfolgsfaktoren im Lebenszyklus, Chur 2005, S. 153.

Bei einer **differenzierten Markierung** treten die Kooperationspartner mit ihren individuellen Marken in Erscheinung.⁴⁰⁶ Dadurch wird die Kooperation am Markt gar nicht oder nur kaum wahrgenommen. Zwar wird durch diese Form der Markierung das Risiko verringert, dass negative Strahlungseffekte entstehen, auf der anderen Seite steigen durch eine erhöhte Komplexität jedoch die Koordinationskosten.⁴⁰⁷

Neben der einheitlichen und der differenzierten Markierung gibt es unterschiedliche **Mischformen**. Sofern die Netzwerkmarke mit der Partnermarke gemeinsam in Erscheinung tritt, ergeben sich zwei Optionen: Erstens kann die Netzwerkmarke die Partnermarken dominieren. Dabei wird die Netzwerkmarke um einen Zusatz, also die Partnermarke, ergänzt. In der Literatur wird diese Option als **Sub-Branding** bezeichnet.⁴⁰⁸ Zweitens können die Partnermarken die Netzwerkmarke dominieren. Dabei wird die Partnermarke um einen Zusatz wie beispielsweise „eine Marke der XY“ oder „Mitglied im Netzwerk XY“ ergänzt. In der Literatur wird diesbezüglich von einem **Endorsed Branding** gesprochen.⁴⁰⁹ Sub-Branding und Endorsed Branding können die Vorteile der einheitlichen mit denen der differenzierten Markenarchitektur verbinden.⁴¹⁰ Darüber hinaus sind sie geeignet, um neue Marken in den Markt einzuführen und neue Marktsegmente zu erschließen.⁴¹¹ Gleichwohl besteht die Gefahr negativer Strahlungseffekte. Sofern die Netzwerkmarke und die Partnermarke nicht gemeinsam in Erscheinung treten, besteht die Option des **Mega-Branding**.⁴¹² Dabei schließen sich unterschiedliche Marken zu einer übergeordneten Marke zusammen und treten mit dieser – wie bei

⁴⁰⁶ Vgl. **AHLERT, D. ET AL.**, Markenführung im Dienstleistungsnetzwerk – Konzeption und empirische Analyse der netzgeführten Marke am Beispiel der internationalen Luftverkehrsbranche, Münster 2007, S. 11.

⁴⁰⁷ Vgl. **MEFFERT, H., BIERWIRTH, A.**, Corporate Branding – Führung der Unternehmensmarke im Spannungsfeld unterschiedlicher Zielgruppen, a. a. O., S. 155 ff.

⁴⁰⁸ Vgl. **BIERWIRTH, A.**, Die Führung der Unternehmensmarke, Frankfurt a. M. 2003, S. 114 in Verbindung mit **KAPFERER, J.-N.**, The new Strategic Brand Management – creating and sustaining brand equity long term, 4. ed., London 2008, pp. 182 ff.

⁴⁰⁹ Vgl. **BIERWIRTH, A.**, Die Führung der Unternehmensmarke, a. a. O., S. 115.

⁴¹⁰ Vgl. **LEUTHESSER, L., KOHLI, C., SURI, R.**, $2 + 2 = 5?$ – A framework for using Co-Branding to leverage a Brand, in: Brand Management, Vol. 11, 2003, No. 1, p. 36.

⁴¹¹ Vgl. **RODRIGUE, C. S., BISWAS, A.**, Brand Alliance Dependency and Exclusivity – an empirical investigation, in: Journal of Product & Brand Management, Vol. 13, 2004, No. 7, p. 477.

⁴¹² Vgl. hierzu z. B. **BURMANN, C., MEFFERT, H.**, Markenbildung und Markenstrategien, in: Albers, S., Herrmann, H. (Hrsg.), Handbuch Produktmanagement – Strategieentwicklung, Produktplanung, Organisation, Kontrolle, 3. Aufl., Wiesbaden 2007, S. 175; **PREININGER, N.**, Markenkooperationen – Erfolgsfaktoren, Implementierung und Management, Lohmar 2010, S. 32; **SCHMIDT, D., VEST, P.**, Die Energie der Marke – ein konsequentes und pragmatisches Markenführungskonzept, Wiesbaden 2010, S. 124; **ESCH, F.-R.**, Strategie und Technik der Markenführung, 6. Aufl., München 2010, S. 444. Im Zusammenhang des Mega-Branding wird häufig das Beispiel der Star Alliance genannt. Dieser gehören beispielsweise Lufthansa, Air Canada und US Airways an.

einer einheitlichen Markenarchitektur – gemeinsam in Erscheinung. In Abgrenzung zur einheitlichen Markenarchitektur sind die Partnermarken unabhängig von der Kooperation jedoch weiterhin als eigenständige Marken am Markt präsent.⁴¹³ Das Mega-Branding verbindet somit die Vorteile einer einheitlichen Markenarchitektur mit der Flexibilität der Partner. Bei einem Mega-Branding besteht allerdings die Herausforderung, das Spannungsfeld zwischen Eigenständigkeit der Partnermarken und Integration in eine gemeinsame Meta-Marke zu bewältigen.⁴¹⁴ Damit dies gelingt, sind „zum einen kongruente Wert- und Qualitätsvorstellungen der Kooperationspartner und zum anderen ausreichende Freiräume für die Positionierung der Partnermarken erforderlich“⁴¹⁵.

Die Beantwortung der **Frage, wer die Markenstrategie** und die Marke **festlegt**, mit der die Kooperation nach außen auftritt, hängt von der Steuerung der Kooperation ab. Bei hierarchischer Steuerung durch einen Systemkopf gibt dieser in der Regel strategische Markenentscheidungen vor. Nicht zu vernachlässigen ist dabei allerdings die Akzeptanz der Kooperationspartner. Mit Bezug auf die Markenarchitektur stellt KREUZPAINTER heraus, dass bei hierarchischer Steuerung häufig die Markenarchitektur der netzgeführten Marke sowie die von einer Kooperationsmarke dominierte Meta-Markenarchitektur präferiert werden.⁴¹⁶

Mit Blick auf die **Markenarchitektur des AMD-Netzwerks** erscheint eine einheitliche Markenarchitektur nicht geeignet, da ein Netzwerk eine vergleichsweise flexible Kooperationsform ist, bei der die Partner ihre Selbstständigkeit und damit auch ihre bestehenden Marken erhalten, um sich unabhängig von der Netzwerkaktivität zu profilieren. Eine differenzierte Markenarchitektur erscheint ebenfalls nicht geeignet, weil das Netzwerk von der Zielgruppe der Patienten nicht als solches wahrgenommen würde. Da das Netzwerk aber neue Maßstäbe in den Bereichen Informationsversorgung und Qualitätssicherung setzen und in diesem Zusammenhang als neutrale, alle Partner verbindende Organisation wahrgenommen werden soll, ist es erforderlich, dass das Netzwerk nach außen in Erscheinung tritt. Insofern erscheint für das AMD-Netzwerk eine **Mischform vorzugswürdig**. Die Form des Sub-Branding ist insofern problematisch, als dass die große Anzahl der Part-

⁴¹³ Vgl. BURMANN, C., MEFFERT, H., BLINDA, L., Markenevolutionsstrategien, in: Meffert, H., Burmann, C., Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 207.

⁴¹⁴ Vgl. SPENGLER, A., Allianzen in der Markenführung – Ansatz zur Planung kooperativer Markenstrategien, Wiesbaden 2005, S. 163.

⁴¹⁵ BRÜTTING, L., Marken von Kooperationen – Anforderung und Implementation, a. a. O., S. 10.

⁴¹⁶ Vgl. hierzu KREUZPAINTER, S., Management unternehmensübergreifender Markensysteme innerhalb virtueller Dienstleistungsunternehmen am Beispiel Luftverkehr, Bamberg 2003, S. 275.

ner im AMD-Netzwerk, die beim Sub-Branding berücksichtigt werden müssten, zu einer Überforderung der Zielgruppen führen würde. Das Endorsed Branding hätte für das AMD-Netzwerk den Vorteil einer schnellen Steigerung des Bekanntheitsgrads, wenn etablierte Marken ihren öffentlichen Auftritt um den Zusatz „Mitglied im AMD-Netz NRW“ ergänzten. Gleichzeitig würde dies das Commitment bereits etablierter Organisationen und Verbände gegenüber dem Netzwerk zum Ausdruck bringen. Neben positiven Strahlungseffekten in beide Richtungen besteht jedoch die Gefahr negativer Strahlungseffekte.

Gegenüber dem Sub-Branding und dem Endorsed Branding hat das Mega-Branding den Vorteil, dass etwaige negative Strahlungseffekte vermieden werden können. Hinzu kommt, dass es die Vorteile einer einheitlichen Markenarchitektur mit der weiter bestehenden Eigenständigkeit der Partnermarken verbindet. Darüber hinaus hätte ein Mega-Branding – für den Fall, dass das Netzwerk nach Abschluss des Modellversuchs nicht auf Deutschland übertragen wird – die geringsten Konsequenzen für die Partnermarken. Aus diesen Gründen erscheint ein **Mega-Branding** für das AMD-Netzwerk **am besten geeignet**.

Entsprechend ist für das AMD-Netzwerk eine **Wort-/Bildmarke** zu entwickeln. Zu beachten ist dabei, dass die Marke sowie ein etwaiger **Claim** als Verdeutlichung des Leistungsversprechens sowohl die Leistungsanbieter (Ärzte und soziale Organisationen) als auch die Leistungsnachfrager (Patienten) anspricht. Unter Berücksichtigung der Sehbehinderung und des in der Regel höheren Alters der Zielgruppe der Patienten sollte der Markenname möglichst verständlich und leicht einprägsam sein. Überdies ist es mit Blick auf die Steigerung des Wiedererkennungswerts der Marke sinnvoll, diese emotional aufzuladen. Unter Berücksichtigung der Kernelemente des Netzwerks sollte das **Logo** sowohl den Aspekt „Sehen“ als auch den Aspekt „Vernetzung“ zum Ausdruck bringen. Bei der graphischen Gestaltung des Logos ist eine sehbehindertengerechte Farb- und Konturenggebung zu beachten.

Im Hinblick auf die Zielsetzung, die mit der Markierung des AMD-Netzwerks verfolgt wird, spielen ökonomische Markenziele aufgrund der Non-Profit-Tätigkeit des Netzwerks eine allenfalls nachgelagerte Rolle. Vielmehr sollten mit der Marke des Netzwerks **psychographische Ziele** verfolgt werden. Dabei sollten die Markenbekanntheit, der Aufbau eines positiven Markenimages und einer guten Reputation, die Markenloyalität, die Zufriedenheit und die Weiterempfehlung im Fokus stehen. Dies ist erforderlich, damit möglichst viele Stakeholder von dem Nutzen, den das Netzwerk stiftet, profitieren können.

2.2.5 Nutzen- und Leistungsprofil

Das strategische Leistungsprofil einer Organisation legt fest, **welche zentralen Leistungen** eine Organisation **für welche Zielgruppen** erbringt und wie sich diese von den Leistungen potenzieller Wettbewerber unterscheiden. Grundsätzlich ist es die Zielsetzung, Leistungen anzubieten, die **Alleinstellungsmerkmale** darstellen und damit geeignet sind, um Wettbewerbsvorteile zu generieren. Bezüglich des AMD-Netzwerks sind Alleinstellungsmerkmale jedoch vielmehr als **innovative Leistungen** aufzufassen, die geeignet sind, um die AMD-Versorgungssituation in NRW zu verbessern. Anstelle einer detaillierten Betrachtung des Leistungsprofils geht es auf der strategischen Ebene vielmehr um die Frage, **welcher Nutzen** durch die Tätigkeiten für unterschiedliche Zielgruppen generiert wird.

Dabei ist es im Rahmen von Kooperationen von besonderer Bedeutung, nicht nur den Nutzen der **Zielgruppen des Netzwerks**, sondern auch und insbesondere den **Nutzen potenzieller Kooperationspartner** darzustellen. Dies ist erforderlich, weil der Nutzen der Kooperation Partizipationsmotive für potenzielle Partner darstellt.

Die **Leistungen des AMD-Netzwerks** richten sich primär an Augenärzte, soziale Organisationen, Patienten sowie flankierend an deren Angehörige. Dabei ist eine Differenzierung dahingehend erforderlich, dass Augenärzte und soziale Organisationen von dem Netzwerk profitieren können, aber gleichzeitig potenzielle Partner des Netzwerks sind. Patienten und deren Angehörige sind hingegen keine unmittelbaren Partner im Netzwerk. Vielmehr profitieren sie als Adressaten von den Leistungen des Netzwerks.

Im Folgenden werden die Nutzenprofile für die einzelnen Zielgruppen beschrieben. Durch welche konkreten Maßnahmen des Netzwerks die jeweiligen Nutzen erreicht werden, wird im Rahmen des operativen Leistungsprofils thematisiert.⁴¹⁷

Augenärzte können durch das AMD-Netzwerk in zeitlicher und emotionaler Form entlastet werden. Dabei erfolgt die zeitliche Entlastung insbesondere durch eine Komplexitätsreduktion bei der Informationsbeschaffung und eine mögliche Reduzierung der Beratungszeit in sozialen Fragen.⁴¹⁸ Eine emotionale Entlastung ist

⁴¹⁷ Vgl. Kap. C 2.3.2.

⁴¹⁸ Letzterer Aspekt wird von den Augenärzten unterschiedlich eingeschätzt. Einerseits ist es eine Konzentration auf die medizinische Kernkompetenz im Interesse der Augenärzte. Andererseits erachten es Augenärzte als ihre Pflicht, Patienten zumindest in einem gewissen Maße auch in

dahingehend möglich, dass mit dem Hinweis auf soziale Organisationen auch nicht therapierbaren bzw. austerapierten Patienten eine Lösungsmöglichkeit zur Verbesserung der Lebensqualität angeboten werden kann. Überdies vermag eine gesteigerte Patientenzufriedenheit durch eine bedürfnisgerechte Versorgung die Patientenbindung zu sichern und die Patientengewinnung zu verbessern. Nicht zuletzt kann die Mitwirkung im AMD-Netzwerk die Reputation der Augenärzte respektive ihrer Praxis oder Klinik verbessern.

Patienten wird durch das AMD-Netzwerk der Zugang zu Informationen erleichtert. Überdies werden sie durch den gesamten Versorgungsprozess geleitet. Da dies neutral und interessenunabhängig erfolgt, kann das Netzwerk den Patienten Sicherheit geben. Die Forschungsbegleitung des Netzwerks ermöglicht eine bedürfnisgerechte und differenzierte Versorgung und kann überdies zu einer Steigerung der Versorgungsqualität beitragen.

Sozialen Organisationen kann durch das AMD-Netzwerk Know-how für ihre Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung gestellt werden. Sie profitieren außerdem durch eine verbesserte Vernetzung mit Augenärzten und durch die stärkere Nutzung von Synergien. Darüber hinaus soll durch das Netzwerk ein Marktvolumeneffekt erreicht werden, der beinhaltet, dass mehr Patienten auf soziale Angebote hingewiesen werden, was die Anzahl potenzieller Nachfrager für soziale Organisationen erhöht. Mit diesem Effekt kann neben der stärkeren Frequentierung von Beratungsleistungen ein Zuwachs an Mitgliedern einhergehen.⁴¹⁹

Angehörige werden durch das AMD-Netzwerk emotional entlastet, indem soziale Organisationen Unterstützung in Bezug auf seelischen Beistand leisten. Überdies ist durch eine vereinfachte Informationsbeschaffung und die Unterstützung bei praktischen Angelegenheiten eine Entlastung in zeitlicher Hinsicht möglich.

2.2.6 Kommunikationsstrategie

Bei einer Kommunikationsstrategie handelt es sich um einen „mittel- bis langfristig angelegte[n] Verhaltensplan, der den Einsatz der Kommunikationsinstrumente und die Gestaltung der Kommunikationsbotschaft bestimmt“⁴²⁰. Schwerpunktmäßig

sozialen Fragen zu beraten.

⁴¹⁹ Vgl. zu den jeweiligen Nutzensausprägungen von Augenärzten, Patienten und sozialen Organisationen **MEFFERT, H.**, Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 25.

⁴²⁰ **MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M.**, Marketing – Grundlagen marktorientierter Unter-

wird dabei festgelegt, welche Kommunikationsbotschaften über welche Kommunikationsinstrumente zu welchem Zeitpunkt bzw. über welchen Zeitraum an welche Zielgruppen kommuniziert werden.⁴²¹ Die Ausgestaltung der Kommunikationsstrategie wird im Wesentlichen von den Kommunikationszielen bestimmt⁴²², die sich wiederum aus den Markenzielen ableiten. Kommunikationsziele können kognitiver (Bekanntheit, Aktualisierung, Information), affektiver (Image, Emotion) und konativer (Kauf- bzw. Nutzungsabsicht und Kauf- bzw. Nutzungsverhalten) Art sein.⁴²³

BRUHN beschreibt die strategische Kommunikationsplanung anhand von vier zentralen Charakteristika:⁴²⁴

- 1) **Prozessbezogenheit:** Die Kommunikationsplanung unterliegt einem dynamischen, mehrere Phasen umfassenden Prozess.
- 2) **Rationalität:** Die Kommunikationsplanung erfolgt nicht intuitiv, sondern auf Basis systematischer Überlegungen.
- 3) **Zukunftsbezogenheit:** Die Kommunikationsplanung ist insofern auf die Zukunft ausgerichtet, als dass die Kommunikationsaktivitäten vor der Realisation kommunikativer Maßnahmen geplant werden.
- 4) **Zielbezogenheit:** Kommunikative Planungsaktivitäten orientieren sich an kommunikationspolitischen Zielen.

Anknüpfend an die Prozessbezogenheit der strategischen Kommunikationsplanung sollte die Kommunikation im **AMD-Netzwerk** in drei Phasen erfolgen:

nehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, a. a. O., S. 637.

⁴²¹ BRUHN empfiehlt diesbezüglich, die Kommunikationsstrategie in Form eines Konzeptpapiers zu dokumentieren. Indem es als verbindliche Grundlage dient, erleichtert es die operative Umsetzung des strategischen Konzepts. Vgl. BRUHN, M., Integrierte Unternehmens- und Markenkommunikation – Strategische Planung und operative Umsetzung, a. a. O., S. 173 f.

⁴²² Vgl. hierzu MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M., Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, a. a. O., S. 637 f.

⁴²³ Vgl. BRUHN, M., Kommunikationspolitik – systematischer Einsatz der Kommunikation für Unternehmen, 2. Aufl., München 2003, S. 135 ff.

⁴²⁴ Vgl. hierzu BRUHN, M., Integrierte Unternehmens- und Markenkommunikation – Strategische Planung und operative Umsetzung, a. a. O., S. 139. Dieser verweist in seinen Ausführungen auf WILD, SANDER und BERNDT. Vgl. WILD, J., Grundlagen der Unternehmensplanung, 4. Aufl., Opladen 1982, S. 13; SANDER, M., Der Planungsprozess der Werbung, in: Berndt, R., Herrmanns, A. (Hrsg.), Handbuch Marketing-Kommunikation, Wiesbaden 1993, S. 263, BERNDT, R., Marketing, 2. Bd., 3. Aufl., Berlin 1995, S. 7.

In der ersten Phase, der **Initiierung des AMD-Netzwerks**, stehen intern Aktive, (potenzielle) Partner des Netzwerks sowie Multiplikatoren im Fokus kommunikationspolitischer Aktivitäten. Zielsetzung in dieser Phase ist es, interne Kommunikationsstrukturen aufzubauen, Unterstützer für das Netzwerk zu gewinnen sowie Bekanntheit und Akzeptanz zu schaffen.

Die zweite Phase ist durch die **Gründung des AMD-Netzwerks** gekennzeichnet. In dieser Phase richtet sich die Kommunikation schwerpunktmäßig an die Kernzielgruppen Augenärzte, Patienten und soziale Organisationen. Ziel ist es vor allem, das zielgruppenspezifische Leistungsangebot des Netzwerks und den damit einhergehenden zielgruppenspezifischen Nutzen zu kommunizieren. Ebenfalls soll in dieser Phase die Kommunikation an die Öffentlichkeit im Mittelpunkt stehen, um die Bekanntheit des Netzwerks zu steigern.

In der dritten Phase, der **Etablierung des AMD-Netzwerks**, sind sowohl die fortlaufende, interne Kommunikation an Netzwerk-Partner als auch die externe Kommunikation an Augenärzte, soziale Organisationen, Patienten und Öffentlichkeit von Bedeutung.⁴²⁵

Mit Blick auf die externe Kommunikation des AMD-Netzwerks empfiehlt sich eine **Differenzierung zwischen** der Strategie des Kommunikations-Push und der Strategie des Kommunikations-Pull.⁴²⁶ Zu Beginn der Phase 2, in der primär die Kernzielgruppen angesprochen werden sollen, ist eine aktive Kommunikationsarbeit des Netzwerks (**Kommunikations-Push**) zu leisten, um es bei den entsprechenden Zielgruppen bekannt zu machen und daran anknüpfend verhaltensbeeinflussend zu wirken. Durch das Interesse an dem Netzwerk und eine damit einhergehende Mund-zu-Mund-Kommunikation innerhalb oder zwischen den Zielgruppen könnte ein Kommunikationszog entstehen (**Kommunikations-Pull**). Beispielsweise könnte ein Patient auf Basis des Gesprächs mit einem anderen Patienten Informationen von seinem Augenarzt über die Leistungen des AMD-Netzwerks erwarten. Sofern der Augenarzt durch den Kommunikations-Push des Netzwerks nicht oder nicht in dem erforderlichen Ausmaß erreicht wurde, ist es für ihn – zur Sicherung der Zufriedenheit seines Patienten – erforderlich, sich aktiv über das Netzwerk zu informieren.

⁴²⁵ Vgl. zu den Zielgruppen und den Zielen innerhalb der Kommunikationsphasen auch **MEFFERT, H.**, Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 25 f.

⁴²⁶ Zu Push- und Pull-Strategien im Allgemeinen vgl. **SZELIGA, M.**, Push und Pull in der Markenpolitik – ein Beitrag zur modellgestützten Marketingplanung am Beispiel des Reifenmarktes, Frankfurt a. M. 1996.

2.2.7 Finanzierungsstrategie

Im Rahmen einer Finanzierungsstrategie wird festgelegt, welche finanziellen Mittel langfristig für die Umsetzung eines Vorhabens, wie z. B. für die Gründung und den Betrieb einer Organisation, benötigt werden und mit welchem **Finanzierungsmix** die erforderlichen Mittel zur langfristigen Deckung des Finanzbedarfs akquiriert werden können.

Im Fall des **AMD-Netzwerks** ist der Mittelbedarf abhängig von den operativen Leistungen.⁴²⁷ Diese bestimmen den Bedarf an personellen, sachlichen und sonstigen Ressourcen. Ein auf Basis der operativen Leistungen entwickelter Finanzplan⁴²⁸ verdeutlicht, dass der **Mittelbedarf** für den Modellversuch des AMD-Netzwerks **jährlich ca. 390.000 EUR** beträgt.⁴²⁹ Darüber hinaus entstehen **Start-up-Kosten** in Höhe von **ca. 95.000 EUR**, sodass sich der **gesamte Finanzbedarf** bis zum Abschluss des dreijährigen Modellversuchs auf **ca. 1,265 Mio. EUR** beläuft.

Zur Deckung des Finanzbedarfs bestehen folgende Überlegungen: Aufgrund der Absicht, die Zahl der Vereinsmitglieder zum Zweck der besseren Steuerbarkeit im Rahmen des Modellversuchs klein zu halten⁴³⁰, können Einnahmen durch etwaige Mitgliedsbeiträge vernachlässigt werden. Da sich das Netzwerk als Dienstleister versteht, der Serviceleistungen für Anbieter und Nachfrager von Versorgungsleistungen zur Verfügung stellt, für die grundsätzlich⁴³¹ keine Beiträge zu entrichten sind, ist ein Großteil des Finanzbedarfs durch Fundraising oder Sponsoring zu akquirieren.

Beim **Fundraising** handelt es sich um jenen Teil des Beschaffungsmarketing einer Non-Profit-Organisation, bei dem für erhaltene Ressourcen (z. B. finanzielle Mittel) keine marktadäquate materielle Gegenleistung erbracht werden muss.⁴³² Als eine Form des Fundraising kann das Spendenmarketing gesehen werden. Hierbei wird beabsichtigt, potenzielle Spender durch **gezielte Aktivitäten** zu gewinnen und dauerhaft an die Organisation zu binden.⁴³³ Vor diesem Hintergrund

⁴²⁷ Die operativen Leistungen des Netzwerks werden in Kap. C 2.3.2 thematisiert.

⁴²⁸ Vgl. hierzu auch Kap. C 2.3.4.

⁴²⁹ Vgl. zur Zusammensetzung der Start-up-Kosten Kap. C 2.3.4.

⁴³⁰ Vgl. hierzu Kap. C 3.2.

⁴³¹ Ausnahmen könnten sich z. B. bei Weiterbildungsveranstaltungen ergeben, für die eine Teilnahmegebühr entrichtet werden müsste.

⁴³² Vgl. **URSELMANN, M.**, Erfolgsfaktoren im Fundraising von Non-Profit-Organisationen, Wiesbaden 1998, S. 21.

⁴³³ Vgl. **HAIBACH, M.**, Fundraising – Definitionen, Abgrenzung und Einordnung, in: Fundraising

ist für eine zielgerichtete Mittelbeschaffung die Erarbeitung einer auf mehrere Jahre angelegten Kommunikationsstrategie erforderlich, die sich primär an potenzielle Förderer richtet.⁴³⁴ Dabei ist analog zur fundraisingunabhängigen Kommunikationsstrategie festzulegen, welche Adressaten über welche Medien mit welchen Botschaften angesprochen werden sollen. Als potenzielle Fundraiser kommen vor allem Private, Stiftungen, der Staat sowie die Wirtschaft infrage.⁴³⁵

In Abgrenzung zum Fundraising beruht **Sponsoring** auf dem Prinzip der Leistung und Gegenleistung. Demzufolge erhält der Sponsor vom Gesponserten für die zur Verfügung gestellten Fördermittel eine Gegenleistung. Dabei kann es sich beispielsweise um die werbewirksame Verwendung des Markennamens des Sponsors handeln. Daneben verfolgen Sponsoren häufig den Zweck, durch das Sponsoring einen Imagetransfer zu erzielen. Dies gelingt dadurch, dass der Sponsor Goodwill generieren kann, indem er durch das Sponsoring ein inhaltliches Commitment mit den Aktivitäten des Gesponserten zum Ausdruck bringt.⁴³⁶ Das Motiv, mithilfe des Sponsoring Kommunikationsziele zu erreichen, erklärt, warum Sponsoren häufig dem Wirtschaftssektor entstammen.⁴³⁷

Es erscheint notwendig, einen Großteil des Mittelbedarfs durch Fundraising zu beschaffen, da eine beim Sponsoring geforderte Gegenleistung die neutrale bzw. interessenunabhängige Positionierung des AMD-Netzwerks gefährden könnte. Als potenzielle Fundraiser für das AMD-Netzwerk kommen der Staat bzw. das Land NRW, Stiftungen, Private und bedingt die Wirtschaft infrage.⁴³⁸ Im Rahmen der Fundraising-Strategie sollte das AMD-Netzwerk den potenziellen Förderern neben einer Markt- und Organisationsanalyse sowie der Maßnahmenplanung insbesondere die Wirkungen des Netzwerks in Form von gesamtgesellschaftlichen Effekten kommunizieren. Dies ist mit Blick auf eine potenzielle Unterstützung des Staates bzw. des Landes NRW besonders bedeutsam. Dabei ist zu differenzieren zwi-

Akademie (Hrsg.), Fundraising – Handbuch für Grundlagen, Strategien und Methoden, 4. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 89.

⁴³⁴ Vgl. HAIBACH, M., Handbuch Fundraising – Spenden, Sponsoring, Stiftungen in der Praxis, Frankfurt a. M. 2006, S. 19

⁴³⁵ Vgl. z. B. FABISCH, N., Fundraising – Spenden, Sponsoring und mehr, 2. Aufl., München 2006.

⁴³⁶ Vgl. hierzu BRUHN, M., Sponsoring – systematische Planung und integrativer Ansatz, 5. Aufl., Wiesbaden 2010, S. 7 f.

⁴³⁷ Vgl. BRUHN, M., Sponsoring – systematische Planung und integrativer Ansatz, a. a. O., S. 6.

⁴³⁸ Fundraising durch Wirtschaftsunternehmen ist vonseiten des Netzwerks durchaus zu begrüßen. Allerdings ist es aus Unternehmensperspektive wahrscheinlicher, dass für die zur Verfügung gestellten Mittel eine Gegenleistung erwartet wird. Deshalb wird die finanzielle Unterstützung von Wirtschaftsunternehmen tendenziell eher dem Bereich des Sponsoring zuzuordnen sein.

schen der Startphase des Netzwerks, in der **angestrebte Effekte** kommuniziert werden können, und der Betriebsphase des Netzwerks, in der erste **nachgewiesene Effekte** kommuniziert werden können.

Ein etwaiges Sponsoring sollte vonseiten des AMD-Netzwerks an bestimmte Bedingungen geknüpft werden. Vor dem Hintergrund der Neutralität sollten Sponsoren beispielsweise **kein Mitspracherecht bei strategischen Fragen** erhalten. Denkbar ist hingegen, dass einzelne Leistungen⁴³⁹ durch Sponsoring finanziert werden. Sofern diese Leistungen mit einem Zusatz wie „unterstützt durch XY“ oder „bereitgestellt durch XY“ versehen werden, kann das Netzwerk einerseits der nötigen Gegenleistung gerecht werden, gefährdet andererseits durch den Verweis auf ein Wirtschaftsunternehmen aber nicht seine Positionierung.⁴⁴⁰ Im Sinne der **Transparenz und Glaubwürdigkeit** des Netzwerks empfiehlt es sich, den Erhalt finanzieller Mittel von Wirtschaftsunternehmen offen zu legen.

2.3 Operative Konzeption

Auf der operativen Ebene werden **konkrete Handlungen durchgeführt**, die sich innerhalb des Handlungsrahmens bewegen, der durch die normative und die strategische Ebene festgelegt wurde. Zu diesem Zweck sind konkrete Ziele und Maßnahmen zu definieren und umzusetzen. Der operativen Ebene kommt darüber hinaus die Aufgabe zu, Wechselbeziehungen zwischen einzelnen Funktions- bzw. Aufgabenbereichen zu definieren.⁴⁴¹

Anknüpfend an dieses Verständnis werden die vier – im Rahmen der strategischen Konzeption thematisierten – Bereiche Ziele, Leistungsprofil, Kommunikation und Finanzierung auf die operative Ebene heruntergebrochen und konkretisiert. Durch veränderte Rahmenbedingungen sind geringfügige Modifikationen bei der tatsächlichen Umsetzung der geplanten Aktivitäten möglich.

⁴³⁹ Exemplarisch lassen sich Veranstaltungen sowie die IT-Plattform anführen, die im Rahmen des operativen Leistungsprofils näher thematisiert werden. Vgl. hierzu Kap C 2.3.2.

⁴⁴⁰ Die Positionierung ist lediglich dann gefährdet, wenn Inhalte der Veranstaltungen oder der IT-Plattform durch den Sponsor bestimmt werden.

⁴⁴¹ Vgl. hierzu **HUNGENBERG, H.**, Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, a. a. O., S. 24 f.

2.3.1 Operative Zielsetzungen des Netzwerks

Ziele werden grundsätzlich anhand der Dimensionen Inhalt, Ausmaß, Segment- und Zeitbezug operationalisiert.⁴⁴² Dies dient dem Zweck, die Ziele messbar zu machen. Basierend auf den strategischen Zielen des Netzwerks wurden im Rahmen des Expertenworkshops folgende operativen Zielsetzungen festgelegt: Es wird angestrebt, dass am Ende des Modellversuchs nahezu 100 % der sozialen Organisationen in NRW das AMD-Netzwerk kennen und von ihnen 75 % an dem Netzwerk mitarbeiten. Während sich die hohe Bekanntheit durch die geringe Anzahl sozialer Organisationen in NRW erklären lässt, erscheint die Mitwirkungsrate vor dem Hintergrund des Nutzens sozialer Organisationen und bereits bekundeter Mitwirkungsabsichten realistisch. Auf der Ebene der Augenärzte ist es die operative Zielsetzung, dass 75 % der in NRW tätigen Augenärzte das AMD-Netzwerk kennen und 50 % an der Umsetzung der Leistungen mitwirken.⁴⁴³ Die Erreichung dieser Ziele hängt insbesondere davon ab, inwieweit es gelingt, Augenärzte kommunikativ zu erreichen und von den Leistungen des Netzwerks zu überzeugen.

Durch die Vernetzung der mitwirkenden sozialen Organisationen und der mitwirkenden Augenärzte wird das operative Ziel verfolgt, die **Informationsdefizite** der Augenärzte gegenüber sozialen Organisationen innerhalb des Modellversuchs zu **verringern**.⁴⁴⁴

Aufgrund der Schlüsselfunktion der Augenärzte in der Versorgung der Patienten ist die **Bekanntheit** des Netzwerks bei Augenärzten eine notwendige Bedingung für die Bekanntmachung des Netzwerks bei Patienten. Unter Berücksichtigung der Zielsetzung, dass 50 % der Augenärzte am Ende des Modellversuchs an der Umsetzung der Leistungen des Netzwerks mitwirken, sollte es das Ziel sein, dass der **Bekanntheitsgrad des Netzwerks bei Patienten** am Ende des Modellversuchs ebenfalls **50 %** beträgt.⁴⁴⁵ Angesichts der mit der Befragung von AMD-Patienten ermittelten gestützten Bekanntheitsgrade der Blinden- und Sehbehin-

⁴⁴² Vgl. hierzu z. B. MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M., Marketing – Grundlagen markt-orientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, a. a. O., S. 248.

⁴⁴³ Vgl. hierzu MEFFERT, H., Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 26.

⁴⁴⁴ Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass Informationsdefizite über soziale Organisationen der stärkste Hinderungsgrund für Augenärzte ist, um intensiver mit ihnen zusammenzuarbeiten. Vgl. Kap. B 5.1.

⁴⁴⁵ Vgl. MEFFERT, H., Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 26. Dieser Schlussfolgerung liegt die Annahme zugrunde, dass die Zahl der Patienten auf die Augenärzte gleichverteilt ist.

dertervereine (20 %) und von Pro Retina (14 %)⁴⁴⁶ erscheint diese Zielsetzung einerseits sehr anspruchsvoll, andererseits aber aufgrund des konzertierten Vorgehens des AMD-Netzwerks nicht unrealistisch.

Über die Bekanntheit des Netzwerks bei Patienten hinaus ist es eine operative Zielsetzung, dass **Patienten die operativen Leistungen des Netzwerks nutzen**. Dies ist eine notwendige Bedingung dafür, dass andere Ziele des Netzwerks erreicht werden. Von zentraler Bedeutung ist es beispielsweise, die **Bekanntheit sozialer Organisationen bei AMD-Patienten zu steigern** und damit zu einer **stärkeren Nutzung der Angebote** sozialer Organisationen beizutragen. Dies ist insofern bedeutsam, als dass mit einer stärkeren Frequentierung sozialer Organisationen die Erreichung weiterer Ziele einhergeht. Zum einen wird die Effizienz der Versorgung gesteigert, indem sich Augenärzte stärker auf ihre medizinische Kompetenz konzentrieren können. Zum anderen können soziale Organisationen neue Mitglieder akquirieren. Des Weiteren können durch die psychosoziale Beratung und durch Mobilitätsschulungen die Autonomie und die Lebensqualität der Patienten verbessert werden. Ebenso kann die Effizienz der Versorgung durch die Reduzierung von Folgekosten gesteigert werden.

Eine Operationalisierung der Ziele im Sinne einer eindeutigen Quantifizierung ist aufgrund bislang nicht untersuchter Wirkungszusammenhänge problematisch. Um zumindest für die stärkere Inanspruchnahme sozialer Organisationen annäherungsweise ein operatives Ziel formulieren zu können, ist Folgendes zu berücksichtigen: Sofern das operative Ziel erreicht wird, dass 50 % der AMD-Patienten bei einer gestützten Befragung am Ende des Modellversuchs das Netzwerk kennen, ist zu bedenken, dass sich nur ein Teil davon näher mit den Leistungen des Netzwerks auseinandergesetzt hat. Von diesem Anteil ist die Betreuung im sozialen Sektor aufgrund des Ausmaßes der Sehbeeinträchtigung wiederum nicht für alle AMD-Patienten relevant. Von den verbleibenden Patienten, die aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung soziale Hilfe benötigen würden, macht nur ein Teil von den Hilfsangeboten Gebrauch. Der andere Teil der Patienten erhält z. B. ausreichende Unterstützung durch seine Familie bzw. sein soziales Umfeld, ist nicht gewillt, soziale Angebote in Anspruch zu nehmen oder ist z. B. aufgrund bestehender Barrieren nicht fähig, soziale Angebote zu nutzen. Von den Patienten, die letztendlich soziale Angebote in Anspruch nehmen, wird ein Teil sie nur einmalig nutzen. Damit die beschriebenen Folgeeffekte eintreten und die damit einhergehenden Ziele erreicht werden, ist jedoch eine mehrfache Nutzung sozialer Angebote notwendig.

⁴⁴⁶ Vgl. hierzu Kap B 4.2.2.

Insgesamt wird deutlich, dass es – wie in Abbildung 23 visualisiert – einige „Hürden“ zwischen dem operativen Ziel der Bekanntheit des Netzwerks bei Patienten und dem operativen Ziel der dauerhaften Nutzung sozialer Organisationen durch Patienten gibt. Somit dürfte die **operative Zielsetzung für die Nutzung der Angebote sozialer Organisationen** – ausgehend von einem gestützten, angestrebten Bekanntheitsgrad in Höhe von 50 % – **im niedrigen Prozentbereich** liegen.

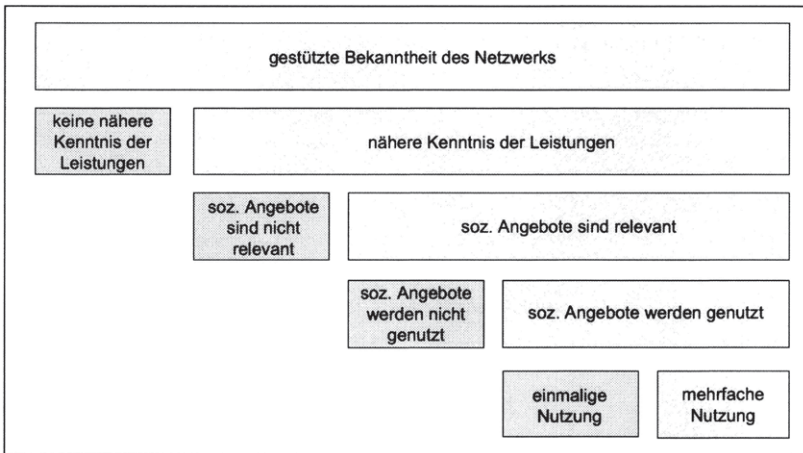


Abb. 23: Hürden zwischen der Bekanntheit des Netzwerks und der dauerhaften Nutzung sozialer Angebote⁴⁴⁷

2.3.2 Leistungsprofil

Eine Kernleistung des AMD-Netzwerks ist die Bereitstellung und Vermittlung von Informationen. Als Informationsmedium dient vor allem eine barrierefreie, **interaktive IT-Plattform**, welche als innovatives Leistungsangebot Informationen für Betroffene und deren Angehörige, Augenärzte und soziale Organisationen zur Verfügung stellt.⁴⁴⁸

⁴⁴⁷ Der Anteil der Patienten, die an den jeweiligen Hürden nicht gebunden werden können, wird nicht durch die Größe der jeweiligen Kästen dargestellt. Eine detaillierte Bestimmung der Größen der Anteile ist aufgrund bislang nicht untersuchter Wirkungszusammenhänge nicht möglich.

⁴⁴⁸ Aufgrund der Sehbeeinträchtigung, des tendenziell höheren Alters der Patienten sowie der im Vergleich zu jüngeren Generationen weniger ausgeprägten Vertrautheit mit neuen Medien, handelt es sich bei der IT-Plattform mit Blick auf die Nutzergruppe der Patienten vor allem um eine perspektivische Leistung.

Ein wesentliches Element der Plattform ist ein **Versorgungsatlas**, der Adressen von medizinischen und sozialen Versorgern in NRW bereitstellt, diese in Form einer Landkarte visualisiert und darüber hinaus mit Steckbriefen über die Leistungsangebote der Versorger informiert. Dadurch erfahren Patienten und Angehörige, welche medizinischen Versorger und sozialen Hilfsangebote sich in ihrem Umfeld befinden und können insbesondere mit Blick auf soziale Hilfen zwischen unterschiedlichen Leistungsprofilen differenzieren. Augenärzte können diese Informationen ebenfalls nutzen, um ihre Patienten auf soziale Angebote in der Umgebung der Praxis oder des Wohnortes hinzuweisen.

Die Nutzung des Versorgungsatlasses in Verbindung mit der Weiterleitung der Patienten an soziale Organisationen hat für Augenärzte vier Effekte: Erstens trägt die Nutzung zu einer Komplexitätsreduktion bei, indem sich die Augenärzte nicht über jede soziale Organisation und deren Angebote in Praxisnähe informieren müssen, sondern diese Information durch die Plattform gebündelt zur Verfügung gestellt bekommen. Zweitens kann eine gezielte Weiterleitung von Patienten an soziale Organisationen im Sinne einer zeitlichen Entlastung zu weniger sozialem Beratungsbedarf in der Praxis selbst führen. Drittens wird eine emotionale Entlastung erreicht, da die Augenärzte ihren Patienten auch bei nicht vorhandenen Therapiemöglichkeiten Lösungsansätze präsentieren können, die zwar nicht die Sehkraft verbessern, aber zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen können. Viertens kann die Informationsleistung der Augenärzte die Patientenzufriedenheit und nachgelagert die Patientenbindung sowie die Weiterempfehlungsrate erhöhen. Soziale Organisationen erhalten durch den Versorgungsatlas eine Plattform, auf der sie sich einer breiten Öffentlichkeit präsentieren können. Dies reduziert einerseits Kosten für die Öffentlichkeitsarbeit und steigert andererseits die Wahrscheinlichkeit, dass die Versorgungsangebote von Patienten frequentiert werden.

Unabhängig von der Versorgungslandkarte ist der Versorgungsatlas mit einem Analysetool verbunden, mit dem spezifische Auswertungen in Bezug auf Versorgungsstrukturen vorgenommen werden können. Es besteht beispielsweise die Möglichkeit, Veränderungen der Bevölkerungsstruktur oder der medizinischen bzw. sozialen Versorgungsstruktur in einer bestimmten Region über einen bestimmten Zeitablauf abzubilden.

Darüber hinaus werden auf der IT-Plattform **aktuelle medizinische Informationen** über die AMD bereitgestellt. Die Integration eines **Veranstaltungskalenders** ermöglicht ferner eine Übersicht über Veranstaltungen zum Thema AMD, die für Betroffene, Augenärzte und soziale Organisationen relevant sind.

Die Einrichtung von **interaktiven Foren** für Betroffene und Angehörige, Augenärzte sowie soziale Organisationen fördert den Dialog innerhalb und zwischen diesen Gruppen. Patienten können beispielsweise Augenärzte in virtuellen Sprechstunden nach medizinischem Rat fragen oder sich mit anderen Betroffenen austauschen.⁴⁴⁹ In diesem Zusammenhang ist durch die Integration eines innovativen Steuerungselements auch die Vernetzung von Patienten über gemeinsame Ziele (z. B. Suche nach Sportarten oder Hobbys) und Krankheitsverläufe möglich.

Weiterhin werden auf der Plattform „**best practices**“, d. h. Versorgungsangebote/-strukturen oder Veranstaltungskonzepte, die sich erfolgreich bewährt haben, dargestellt. Soziale Organisationen können hier beispielsweise Anregungen für ihr Leistungsangebot erhalten. Patienten können sich daran orientieren.

Eng gekoppelt mit der IT-Plattform ist die Bereitstellung von **Handouts für Patienten**. Augenärzte erhalten die Möglichkeit, zielgruppenspezifische Informationen für Patienten von der IT-Plattform des Netzwerks in ihrer Praxis auszudrucken und ihren Patienten auszuhändigen. Anders als bereits vorhandene Informationsmaterialien im Bereich der AMD stellt das Handout, je nach Diagnose des Patienten, zielgruppengerechte, d. h. nur für den Patienten relevante Informationen in Kurzform bereit. Diese betreffen Informationen zum spezifischen Krankheitsbild sowie Informationen/Adressen über bzw. von weiterführende/n, nicht-medizinische/n Versorgungsangebote/n. Mit der individuellen Marke des aushändigenden Augenarztes versehen fungiert das Handout gleichzeitig als Marketinginstrument für Augenärzte. Parallel dazu steigert das Handout die Bekanntheit des AMD-Netzwerks, indem es auf die Internetadresse der IT-Plattform sowie auf die Telefonnummer der im Folgenden beschriebenen AMD-Hotline verweist.

Mit der Einrichtung einer **AMD-Hotline** wird das Ziel verfolgt, auch Betroffenen, die aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder ihres Alters weniger internetaffin sind, einen Zugang zu Informationen zu ermöglichen. Dabei handelt es sich insbesondere um die auf der IT-Plattform enthaltenen Informationen, wie z. B. Versorgungsangebote in der Umgebung der Betroffenen oder Veranstaltungshinweise. Die Hotline kann somit als erste Anlaufstelle für Betroffene auf ihrer Suche nach Informationen und Hilfsangeboten dienen.

⁴⁴⁹ Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Foren fachkundig moderiert werden müssen, damit die Qualität der Inhalte sichergestellt ist.

Ein weiterer Bestandteil des Leistungsangebots ist die Durchführung von AMD-bezogenen **Veranstaltungen**. Dabei kann differenziert werden zwischen Vernetzungsveranstaltungen, Patientenveranstaltungen und Marketing-Workshops. **Vernetzungsveranstaltungen** haben den Zweck, Leistungsanbieter unterschiedlicher Sektoren zusammen zu bringen, um ein gegenseitiges Kennenlernen, insbesondere mit Blick auf die Leistungsprofile, zu gewährleisten. Mit der Durchführung von **Patientenveranstaltungen** wird das Ziel verfolgt, Patienten einen Überblick über das Krankheitsbild der AMD, medizinische Therapiemöglichkeiten, Alltags- und Sehhilfen sowie soziale Beratungsangebote zu geben. Im Rahmen von **Marketing-Workshops** sollen primär⁴⁵⁰ sozialen Organisationen Marketingkenntnisse vermittelt werden.

Unabhängig von Marketing-Workshops, aber inhaltlich eng damit zusammenhängend, bietet das AMD-Netzwerk sozialen Organisationen Unterstützung bei der **Entwicklung von Marketingkonzepten** zur Verbesserung ihrer Öffentlichkeitsarbeit an.

Zur Intensivierung der **örtlichen Vernetzung** von medizinischen und nicht-medizinischen Versorgern werden Konzepte für gemeinsame Beratung, Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen etc. erarbeitet sowie bereits bestehende, erfolgreiche Vernetzungsstrukturen multipliziert.

Darüber hinaus stellt das AMD-Netzwerk Leistungen im Bereich **Forschung** zur Verfügung. Hierbei wird differenziert zwischen drei Bereichen:

- 1) Versorgungsforschung
- 2) Begleitende Evaluation des Modellversuchs
- 3) (Medizinische) AMD-Forschung

Innerhalb der **Versorgungsforschung** werden primär Studien in den Bereichen Lebensqualitätsforschung sowie organisationsbezogene Versorgungsforschung durchgeführt. Zu diesem Zweck werden NRW-weit empirische Befragungen von Patienten und ihren Angehörigen, Augenärzten sowie sozialen Organisationen durchgeführt. Wesentliches Ziel der Studien ist es, auf wissenschaftlicher Basis Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von AMD-Patienten abzuleiten

⁴⁵⁰ Darüber hinaus wäre es denkbar, Marketing-Workshops für Augenärzte anzubieten.

und deren Umsetzung zu initiieren. Exemplarisch sei eine Analyse von Patientensegmenten genannt, die eine zielgruppenspezifische Versorgung ermöglicht.

Im Rahmen der **begleitenden Evaluation des Modellversuchs** wird geprüft, inwieweit das AMD-Netzwerk Teilziele erreicht und damit zu einer Verbesserung der Versorgungssituation in NRW beiträgt. Die Ergebnisse der Evaluation sind ausschlaggebend für eine mögliche Multiplikation des Netzwerkkonzepts auf Deutschland.

Darüber hinaus sollen im Bereich **AMD-Forschung** aktuelle medizinische Forschungsergebnisse, die in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert werden, gebündelt und auf der IT-Plattform zur Verfügung gestellt werden.

Nicht zuletzt soll mittelfristig ein **Qualitätssiegel** entwickelt werden. Dies beinhaltet eine Zertifizierung durch das AMD-Netzwerk auf Basis von Qualitätsstandards und klarer Zertifizierungskriterien. Durch die Zertifizierung können Anbieter von Versorgungsleistungen zu einer Steigerung des Vertrauens von (potenziellen) Patienten beitragen und sich gegenüber ihren Wettbewerbern abgrenzen.

Als perspektivische Leistung des AMD-Netzwerks kommt einerseits die **Aus- und Weiterbildung des nicht-ärztlichen Praxispersonals** hinsichtlich sozialer Fragestellungen bzw. Weiterleitungskompetenz infrage. Diese Leistung dient dem Zweck, die Überwindung der Schnittstelle zwischen medizinischer und sozialer Versorgung bei gleichzeitiger Konzentration des Augenarztes auf seine medizinische Kompetenz zu gewährleisten. Andererseits besteht die Möglichkeit der Durchführung einer **Aufklärungskampagne**. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese mit erheblichem finanziellem Aufwand verbunden ist und entsprechend nur gemeinsam mit Partnern durchgeführt werden kann.

2.3.3 Kommunikationsprofil

Das operative Kommunikationsprofil leitet sich aus der Kommunikationsstrategie ab. Hinsichtlich des **operativen Kommunikationsprofils** des AMD-Netzwerks stellt sich die Frage, welche Zielgruppen mit welchen konkreten Botschaften über welche Medien bzw. welche Instrumente anzusprechen sind.

In Bezug auf **Multiplikatoren** ist es zweckmäßig, den Nutzen des Netzwerks zu kommunizieren. Multiplikatoren sollten von der Idee des Netzwerks insofern überzeugt werden, dass sie – ihrer Rolle entsprechend – in ihrem Umfeld dafür wer-

ben. Damit Multiplikatoren zu Botschaftern des Netzwerks werden, ist eine direkte face-to-face-Kommunikation unumgänglich.

Es erscheint sinnvoll, **Augenärzten** zu kommunizieren, dass die Lebensqualität von Patienten auch dann gesteigert werden kann, wenn keine medizinischen Therapien mehr möglich sind. Darüber hinaus ist ihnen das mögliche Entlastungspotenzial durch die Leistungen des AMD-Netzwerks zu verdeutlichen. Die Kommunikation kann insbesondere über die IT-Plattform, Flyer, Ärztezeitschriften und -kongresse erfolgen.

Patienten sollte primär vermittelt werden, dass sie über das Netzwerk Informationen über Hilfsangebote erhalten. Als Kommunikationsmittel können neben der IT-Plattform Broschüren sowie altersgerechte Medien dienen.

Sozialen Organisationen ist zu signalisieren, dass das Netzwerk ihren Bekanntheitsgrad steigert. Aufgrund der überschaubaren Anzahl an sozialen Organisationen in NRW erscheint eine Direktansprache ergänzend zu der Kommunikation über die IT-Plattform geeignet.

Mit Blick auf die **Öffentlichkeit** ist die Steigerung des Bewusstseins für die Erkrankung notwendig. Damit verbunden sind beispielsweise Aufklärungs- und Präventionsaspekte. Die Kommunikation kann hier über Zeitungen und Zeitschriften erfolgen.⁴⁵¹

Nicht zuletzt ist es notwendig, die Kommunikation des AMD-Netzwerks auf der operativen Ebene an (**potenzielle**) **Förderer** zu richten. Ihnen sollte primär der Nutzen der Leistungen des Netzwerks signalisiert werden. Mit Blick auf die Medien ist zu differenzieren zwischen einer Direktansprache und einer Kommunikation über Massenmedien. Eine Direktansprache ist beispielsweise dann empfehlenswert, wenn entweder bereits Kontakte zu den Förderern bestehen oder – beispielsweise im Fall von Stiftungen – eine hohe Schnittmenge zwischen Stiftungszwecken und Zielen des Netzwerks besteht. Sofern Förderer durch Massenmedien angesprochen werden, ist es gemäß MÜLLERLEILE notwendig, dass die Informationen neuartig, aktuell und bedeutsam sind und die Zielgruppen auf einer emotio-

⁴⁵¹ Vgl. zur Kommunikation gegenüber Augenärzten, Patienten, sozialen Organisationen und der Öffentlichkeit MEFFERT, H., Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, a. a. O., S. 27.

nalen Ebene aktiviert werden. Hilfreich ist es darüber hinaus, wenn die Informationen einen prominenten Absender haben.⁴⁵²

2.3.4 Finanzbedarf

Bezüglich des Finanzbedarfs des AMD-Netzwerks ist eine Differenzierung zwischen Kosten in der Zeit vor der Gründung (Start-up-Kosten) und Kosten für den dreijährigen Modellversuch (Betriebskosten) zweckmäßig. In der Start-up-Phase entstehen Kosten für die Entwicklung einer Wort-/Bildmarke, für die Programmierung, den technischen Support sowie die Hard- und Software der IT-Plattform, für Vorbereitungen der Eröffnungsveranstaltung sowie für die Erstellung von Materialien für Augenärzte. Diese werden wie folgt kalkuliert:

- Entwicklung einer Wort- und Bildmarke: 10.000 EUR
- IT-Plattform: 60.000 EUR
- Materialien für Augenärzte: 25.000 EUR

Daraus folgt ein **Finanzbedarf für die Start-up-Phase** in Höhe von **95.000 EUR**.

Die Kosten für die Phase des Betriebs können differenziert werden nach Personal-, Verwaltungs- und personalunabhängigen Projektkosten. Vor dem Hintergrund des Umfangs der Netzwerkleistungen erscheint es angemessen, vier Mitarbeiter, davon zwei Halbtagskräfte, fest für die Netzwerkarbeit einzustellen. Volle Stellen sollten für einen Geschäftsführer und einen Projekt-/Relationship-Manager eingeplant werden; zwei Halbtagsstellen für Sekretariats- und Kommunikationsarbeiten. Überdies ist es erforderlich, den Betrieb der AMD-Hotline mit einer weiteren halben Stelle zu kalkulieren. Alternativ zu dieser Halbtagskraft könnte die Hotline ausgelagert und von einem externen Dienstleister betrieben werden. Verwaltungskosten entstehen für Miete, Telefon, Porto, Büromaterial und Reisekosten. Personalunabhängige Projektkosten fallen schwerpunktmäßig für die IT-Plattform, die Durchführung von Vernetzungs- und Patientenveranstaltungen sowie von Marketing-Workshops und Materialien für Augenärzte an.

⁴⁵² Vgl. MÜLLERLEILE, C., Kommunikationswege des Fundraising (Fundraising Channels) – Massenmedien, in: Fundraising Akademie (Hrsg.), Fundraising – Handbuch für Grundlagen, Strategien und Methoden, 4. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 470 f.

Die in der Phase des Betriebs jährlich anfallenden Kosten werden folgendermaßen budgetiert:

- Personalkosten: 150.000 EUR
- Verwaltungskosten: 20.000 EUR
- IT-Plattform: 60.000 EUR
- Durchführung von Veranstaltungen: 55.000 EUR
- Materialien für Augenärzte: 5.000 EUR
- AMD-Hotline: 20.000 EUR
- Forschung: 80.000 EUR

Insgesamt ergeben sich **jährliche Kosten** in Höhe von **ca. 390.000 EUR**. Es ist davon auszugehen, dass die Kosten in diesen Bereichen über den dreijährigen Modellversuch nahezu konstant sein werden. Bei der IT-Plattform sind Schwankungen jedoch nicht auszuschließen, da die entstehenden Kosten maßgeblich von dem benötigten technischen Support und möglichen Modifikationen in Verbindung mit Programmieraufwand abhängen. Unter der Annahme, dass im Laufe der Zeit weniger technischer Support erforderlich wird, könnten die Kosten für die IT-Plattform im Zeitablauf sinken.

3. Implementierung eines medizinisch-sozialen AMD-Netzwerks

Im Anschluss an die Konzeption des Netzwerks auf der normativen, strategischen und operativen Ebene ist es erforderlich, das Netzwerk zu implementieren. Dabei ist es die wichtigste Zielsetzung, die getroffene Kooperationsentscheidung auf die betroffenen Kooperationsakteure herunterzubrechen.⁴⁵³ Damit trägt die Implementierung dazu bei, dass die operative Kooperationsumsetzung vorbereitet und somit das Fundament für eine erfolgreiche Kooperation gelegt wird. Als Fundament fungieren insbesondere kooperative Infrastrukturen. Diesbezüglich wird in der Kooperationsliteratur differenziert zwischen rechtlichen, organisatorischen bzw. personellen und technischen Infrastrukturen.⁴⁵⁴ Darauf Bezug nehmend wird im Folgenden

⁴⁵³ Vgl. THEURL, T., Kooperative Governancestrukturen, in: Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Universität Münster, Nr. 48, Münster 2005, S. 17.

⁴⁵⁴ Vgl. LINN, N., Die Implementierung vertikaler Kooperation – Theoretische Konzeption und erste

die Implementierung eines Kooperationsvertrags (rechtliche Infrastruktur), von Organisationsstrukturen und Steuerungsmechanismen (jeweils organisatorische bzw. personelle Infrastruktur) sowie von Informations- und Kommunikationssystemen (primär technische Infrastruktur) thematisiert.

3.1 Kooperationsvertrag

Der Abschluss von Kooperationsverträgen ist gemäß THEURL notwendig, da die in einem Netzwerk bestehenden Abhängigkeiten die Ausbeutung anderer Netzwerkteilnehmer ermöglichen. Vor diesem Hintergrund stellen Verträge bzw. informelle Verhaltensregeln einen **Investitionsschutz** dar.⁴⁵⁵ Bei der Ausgestaltung von Verträgen oder Spielregeln gilt es zu beachten, dass diese transparent, verbindlich und sanktionsbewährt sind.⁴⁵⁶ Die „Hoheit“ über einen Kooperationsvertrag kommt in der Regel dem Systemkopf zu, der kontrolliert, inwieweit die vereinbarten Regeln von den Partnern eingehalten und die im Vorfeld definierten Erfolgsmaße erreicht werden.⁴⁵⁷ Die Intensität der Kontrolle ist davon abhängig, ob der Systemkopf konkrete Vorgaben macht, deren Einhaltung regelmäßig überprüft und bei Nichterreichung sanktioniert.⁴⁵⁸

Ein Kooperationsvertrag sollte neben einer einleitenden Absichtserklärung den Vertragszweck und -gegenstand, die Definition der Rechte und Pflichten der Kooperationspartner, Angaben zur Führung und zur operativen Leistung, etwaige Vertragsstörungen mitsamt der Festlegung entsprechender Wiedergutmachungs- und Ersatzleistungen, Regelungen über das Ausscheiden eines Partners, die Beendigung der Kooperation sowie die Handhabung von Konfliktfällen beinhalten.⁴⁵⁹ Darüber hinaus können beispielsweise Organe und Geheimhaltungsklauseln festgelegt werden.

empirische Ergebnisse zum Prozess der Ausgliederung logistischer Teilaufgaben, New York 1989, S. 62; THEURL, T., *Kooperative Governancestrukturen*, a. a. O., S. 17.

⁴⁵⁵ Vgl. THEURL, T., *Kooperative Governancestrukturen*, a. a. O., S. 29 f.

⁴⁵⁶ Vgl. THEURL, T., *Kooperative Governancestrukturen*, a. a. O., S. 29 f.

⁴⁵⁷ Vgl. AULAKH, P. S., KOTABE, M., SAHAY, A., *Trust and performance in cross-border marketing partnerships – a behavioural approach*, in: *Journal of International Business Studies*, Vol. 27, 1996, p. 1013.

⁴⁵⁸ Vgl. KOLLOGE, K., *Erfolgsfaktoren internationaler Unternehmenskooperationen – eine empirische Untersuchung am Beispiel von Vertriebskooperationen im deutschen Maschinenbau*, Aachen 2010, S. 124 f.

⁴⁵⁹ Vgl. KOELSCHTZKY, J., *Leitfaden Kooperationen*, Berlin 2002, S. 29 ff.

Es erscheint zweckmäßig, die Vertragsinhalte **möglichst flexibel** zu gestalten, um eine kurzfristige Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen sicherzustellen. Eine zu detaillierte Definition von Eventualitäten würde zudem eine Misstrauensvermutung darstellen und somit den Aufbau einer auf Vertrauen basierenden Netzwerkkultur erschweren.⁴⁶⁰ Insofern sollten Kooperationsverträge so viele Regelungen wie nötig, aber so wenige Regelungen wie möglich beinhalten.⁴⁶¹

Gemäß der Anreiz-Beitrags-Theorie ist die Sicherstellung von Anreizkompatibilität ein wesentlicher Aspekt, den es im Rahmen von Kooperationsverträgen zu berücksichtigen gilt. Kooperationsverträge sind entsprechend derart zu gestalten, dass der Nutzen (Anreiz), den ein Partner durch die Mitwirkung im Netzwerk hat, dessen Leistungen (Beiträge) mindestens kompensiert.

Für das **AMD-Netzwerk** erscheint es notwendig, anstelle eines einheitlichen Kooperationsvertrags mit allen Netzwerkpartnern kontext- bzw. partnerspezifische Faktoren in Teilbereichen des Kooperationsvertrags zu berücksichtigen. Tabelle 12 gibt nachfolgend einen Überblick, welche der Vertragsinhalte einheitlich gestaltet und welche auf die Besonderheiten der Partner zugeschnitten werden sollten. Überdies wird die Ausgestaltung einzelner Vertragsinhalte aufgezeigt.

⁴⁶⁰ GRÜNINGER weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Handlungsspielraum umso höher ist, je mehr Vertrauen vorhanden ist und je weniger detailliert Kooperationsverträge sind. Vgl. GRÜNINGER, S., Vertrauensmanagement – Kooperation, Moral und Governance, Marburg 2001, S. 68 ff.

⁴⁶¹ Vgl. KNOP, R., Erfolgsfaktoren strategischer Netzwerke kleinerer und mittlerer Unternehmen – ein IT-gestützter Wegweiser zum Kooperationserfolg, Wiesbaden 2009, S. 115.

Vertragsinhalt	einheitlich/ individuell	Gestaltung im Rahmen von Kooperations- verträgen
Verhaltenskodizes	einheitlich	<ul style="list-style-type: none"> Verhaltenskodizes können beispielsweise den Umgang der Partner untereinander oder Responsezeiten betreffen
Vertragszweck und -gegenstand	einheitlich	<ul style="list-style-type: none"> inhaltliche Orientierung an der Vision und den übergeordneten Zielsetzungen des Netzwerks
Angaben zur Führung bzw. zu Organen	einheitlich	<ul style="list-style-type: none"> die Organe des Netzwerks sowie die Besetzung und die Aufgaben des Systemkopfs sollten definiert werden
Angaben zur operativen Leistung	individuell	<ul style="list-style-type: none"> Definition, welche Leistungen für Partner erbracht werden bzw. welche Gegenleistungen von Partnern zu leisten sind
Festlegung von Vertragsstörungen und Wiedergutmachungsregeln	einheitlich	<ul style="list-style-type: none"> Regelungen können beispielsweise bezüglich definierter Leistungen und Gegenleistungen formuliert werden
Ausscheiden bzw. Ausschluss eines Partners	einheitlich	<ul style="list-style-type: none"> Ausscheiden eines Partners ist durch Kündigung (unter Angabe von Gründen) möglich bei Satzungsverstößen oder anderen triftigen Gründen ist ein Ausschluss von Partnern möglich
Beendigung der Kooperation	einheitlich	<ul style="list-style-type: none"> als Laufzeit des Kooperationsvertrags sollte zunächst die Dauer des dreijährigen Modellversuchs definiert werden
Handhabung von Konfliktfällen	einheitlich	<ul style="list-style-type: none"> Hinweis auf moderierende Rolle des Systemkopfs
Geheimhaltungsklauseln	individuell	<ul style="list-style-type: none"> bei begründeten Bedenken von Partnern kann über die Aufnahme von Geheimhaltungsklauseln verhandelt werden

Tab. 12: Gestaltung von Vertragsinhalten im Rahmen von Kooperationsverträgen

3.2 Organisationsstrukturen

Unter einer Organisationsstruktur kann KIESER und WALGENBACH folgend ein „System von geltenden Regelungen zur Steuerung von Leistung und Verhalten der Organisationsmitglieder“⁴⁶² verstanden werden. Damit bildet eine Organisationsstruktur die notwendige Bedingung, um die Organisation auf ihre übergeordneten Ziele auszurichten.

⁴⁶² KIESER, A., WALGENBACH, P., Organisation, 4. Aufl., Stuttgart 2003, S. 23.

Die Entwicklung einer Organisationsstruktur in Netzwerken wird maßgeblich durch die Steuerungsform des Netzwerks bestimmt. Sofern alle Partner gleichberechtigt sind und über jede Entscheidung abgestimmt werden muss, besteht die **Gefahr einer Ziellosigkeit** des Netzwerks.⁴⁶³ Deshalb bietet sich die Einigung auf einen Systemkopf an, der die Verantwortung für die strategische Führung und Steuerung übernimmt.⁴⁶⁴ In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Organisationsstruktur von Netzwerken zwar grundsätzlich am Reißbrett konzipiert werden kann, sie jedoch mit den Netzwerkpartnern intensiv verhandelt werden muss. Ferner ist zu berücksichtigen, dass sich die Organisationsstruktur durch die Netzwerkarbeit permanent weiterentwickelt.⁴⁶⁵

Im Rahmen der Organisationsstruktur sollen mit Bezug auf das AMD-Netzwerk folgende vier Aspekte thematisiert werden:

- 1) Festlegung von Netzwerkorganen
- 2) Definition der Aufgabenprofile einzelner Netzwerkorgane
- 3) Festlegung von Regeln zum Leistungs-, Informations- und Weisungsaustausch zwischen den Netzwerkorganen
- 4) Regeln der Entscheidungsfindung im Netzwerk

Ad 1: Für das AMD-Netzwerk erscheint die Implementierung eines Vorstands, eines Kuratoriums, einer Geschäftsführung und eines Beirats sinnvoll. Darüber hinaus fungiert ein Kreis von Freunden und Förderern als Organ im weiteren Sinne. Das **Kuratorium** sollte die Mitgliederversammlung des Vereins bilden und – sofern nicht durch die Satzung anders bestimmt – den **Vorstand** des Vereins wählen. Bezüglich des Kuratoriums ist zu berücksichtigen, dass es möglichst mit renommierten Persönlichkeiten sowie neutral besetzt wird und überdies eine Größe von 20 Personen nicht überschreitet. Die Begrenzung des Personenkreises des Kuratoriums dient vor allem dem Zweck, handlungsfähig zu sein und den Komplexitäts- sowie den damit einhergehenden Organisationsgrad im Rahmen des Modellversuchs nicht unnötig zu steigern. Die zusätzlich zum Vorstand eingerichtete

⁴⁶³ Vgl. **SALDITT, T. C.**, Netzwerkmanagement im Handel – Prozessinnovationen im Handel am Beispiel der RFID-Technologie, Wiesbaden 2008, S. 155.

⁴⁶⁴ Vgl. **BORCHERT, S.**, Führung von Distributionsnetzwerken, a. a. O., S. 117 f.

⁴⁶⁵ Vgl. **THEURL, T.**, Kooperative Governancestrukturen, a. a. O., S. 16.

Geschäftsführung sollte nicht Mitglied des Vereins sein, da sie vom Verein angestellt wird. Wie im Rahmen der Finanzierung beschrieben⁴⁶⁶, sollte die operative Geschäftsführung aus einem Geschäftsführer, einem Projekt-/Relationship-Manager sowie einer Sekretariats- bzw. Kommunikationskraft bestehen. Mitglieder des **Beirats** sind die Partner des Netzwerks. Wenngleich die Mitglieder des Beirats keine Vereinsmitglieder sind, sollte eine regelmäßige Interaktion zwischen Beirat und Kuratorium bzw. Vorstand sichergestellt werden. Nicht zuletzt ergänzen **Freunde und Förderer** die Organisationsstruktur des Netzwerks.

Ad 2: Die **Mitgliederversammlung** hat schwerpunktmäßig drei Aufgaben: Die Bestellung des Vorstands, die Änderung der Satzung sowie ggf. die Auflösung des Vereins.⁴⁶⁷ Sofern nichts anderes durch die Ausgestaltung der Satzung bestimmt wird, werden der Mitgliederversammlung grundlegende Entscheidungen zugewiesen, während der Vorstand die laufenden Geschäfte des Vereins führt.⁴⁶⁸ Abweichend von dieser Norm ist im Rahmen des AMD-Netzwerks geplant, dass der **Vorstand** – neben seiner Funktion als Vertretungsorgan des Vereins⁴⁶⁹ – den strategischen Handlungsrahmen vorgibt, der von einer **Geschäftsführung** operativ umgesetzt wird. Innerhalb der Geschäftsführung übernimmt der Geschäftsführer die kaufmännische Leitung des Netzwerks, während es die zentrale Aufgabe des Projekt-/Relationship-Managers ist, Projekte durchzuführen sowie Kontakte zu aktuellen und potenziellen Netzwerkpartnern zu pflegen bzw. herzustellen. Neben der kaufmännischen Leitung und dem Beziehungsmanagement werden das Leistungs- sowie das Kommunikationsprofil des Netzwerks durch die Geschäftsführung umgesetzt.

Aufgrund ihrer Vereinszugehörigkeit bzw. aufgrund der Anstellung im Verein zum Zweck der Leitung der operativen Geschäfte bilden Vorstand, Kuratorium und Geschäftsführung gemeinsam den **Systemkopf** des AMD-Netzwerks.

Dem **Beirat** des Netzwerks kommen neben der Unterstützung der operativen Netzwerktätigkeiten vor allem zwei Aufgaben zu: Einerseits fungieren die Beiratsmitglieder als Bindeglied an der Schnittstelle zwischen ihrer Organisation und dem Netzwerk; andererseits sind sie Ideengeber für mögliche Projekte des Netzwerks.

⁴⁶⁶ Vgl. Kap. C 2.3.4.

⁴⁶⁷ Vgl. §§ 32 ff. BGB.

⁴⁶⁸ Vgl. **BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ** (HRSG.), Leitfaden zum Vereinsrecht, URL: http://www.bmj.de/files/-/3468/Leitfaden_Vereinsrecht_barrierefrei_20090424.pdf [Abruf: 20.07.2010], 2009, S. 24.

⁴⁶⁹ Vgl. § 26 BGB.

scher Ebene durch den Vorstand. Auf der operativen Ebene obliegt sie der Geschäftsführung.

Zum Zweck der frühzeitigen Einbindung der Partner im Vorfeld der Netzwerkgründung ist eine vorübergehende Organisationsstruktur durch die Einrichtung von **Arbeitsgruppen** geschaffen worden. Zentrale Aufgabe der durch das Projektteam koordinierten und gesteuerten Arbeitsgruppen ist die Konkretisierung des Leistungs- und Kommunikationsprofils des Netzwerks.⁴⁷²

3.3 Steuerungsmechanismen

Die Führung bzw. die Steuerung von Organisationen beinhaltet ein gestaltendes Eingreifen in den Wertschöpfungsprozess einer Organisation. Insbesondere durch Koordinierungs- und Harmonisierungshandeln wird dieser maßgeblich beeinflusst.⁴⁷³ Die **Notwendigkeit der Steuerung** lässt sich auf Basis der beiden organisatorischen Grundprinzipien Spezialisierung bzw. Arbeitsteilung und Koordination erklären. Die Trennung von Teilprozessen durch Spezialisierung bzw. Arbeitsteilung erfordert die Zusammenführung bzw. die Abstimmung durch Koordination. MACHARZINA und WOLF weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Begriffe Koordination und Steuerung prinzipiell gleichbedeutend sind.⁴⁷⁴ Aufgrund der in Netzwerken in der Regel noch stärker ausgeprägten Arbeitsteilung im Vergleich zu intraorganisationalen Arrangements kommt der Steuerung von bzw. der Steuerung in Netzwerken eine besondere Bedeutung zu. Unter **Netzwerksteuerung** soll im Folgenden „die notwendige Abstimmung und Ausrichtung dezentraler Entscheidungen interorganisatorisch verknüpfter Einheiten mit dem Zweck, das Verhalten der Netzwerk[partner] mit der gemeinsamen Zielsetzung in Einklang zu bringen“⁴⁷⁵, verstanden werden.

⁴⁷² Folgende extern besetzte Arbeitsgruppen wurden zur Konkretisierung des Leistungs- und des Kommunikationsprofils gegründet: IT-Plattform, Patientenbezogene Informationen und Leistungen, AMD-Forschung, Kommunikation, Veranstaltungen bzw. örtliche Vernetzung und Qualitätsdiskussion.

⁴⁷³ Vgl. MACHARZINA, K., WOLF, J., Unternehmensführung – Das internationale Managementwissen – Konzepte, Methoden, Praxis, 5. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 42.

⁴⁷⁴ Vgl. MACHARZINA, K., WOLF, J., Unternehmensführung – Das internationale Managementwissen – Konzepte, Methoden, Praxis, a. a. O., S. 977.

⁴⁷⁵ RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 48. RIEF lehnt sich mit der Definition der Netzwerksteuerung an die betriebswirtschaftlich-organisatorische Koordinationsdefinition von HOFFMANN an. Vgl. dazu auch HOFFMANN, F., Führungsorganisation – Stand der Forschung und Konzeption, Bd. 1, Tübingen 1980, S. 305.

Der **Koordinationsbedarf** wird maßgeblich von der Komplexität der Steuerungskonstellation beeinflusst.⁴⁷⁶ In Netzwerken hängt der Komplexitätsgrad beispielsweise von der Zahl der Partner, der Art der Beziehungen zwischen den Partnern sowie dem Abstimmungsbedarf ab.⁴⁷⁷ SALDITT weist diesbezüglich darauf hin, dass aus einer hohen Beziehungskomplexität Abstimmungs-, Interaktions-, Informations- und Know-how-Defizite resultieren.⁴⁷⁸ Insofern dient die gezielte Steuerung der Verringerung solcher Defizite.

Grundsätzlich lässt sich im Bereich der Steuerung zwischen Selbststeuerung und Fremdsteuerung differenzieren. Während bei der **Selbststeuerung** auf direkte Verhaltensanweisungen verzichtet wird, werden bei einer **Fremdsteuerung** detaillierte Verhaltensanweisungen mit Blick auf konkrete Maßnahmen oder die Erfüllung von Zielsetzungen formuliert. Neben diesen beiden Steuerungsformen gewinnt eine hybride Form der Steuerung, die als **Kontextsteuerung** bezeichnet wird, zunehmend an Bedeutung.⁴⁷⁹ In Abhängigkeit bestimmter Kontexte wie beispielsweise der Spezifität einer Aufgabe, der Kompetenz eines Partners oder der räumlichen Distanz zu einem Partner wird von der jeweils am besten geeigneten Steuerungsform Gebrauch gemacht. Bei der Kontextsteuerung handelt es sich entsprechend um eine vergleichsweise flexible Form der Steuerung.

Bei **Übertragung** der genannten Steuerungsformen **auf die Institutionalisierung** der Steuerung ergeben sich folgende **Konstellationen**: Eine Fremdsteuerung bzw. die Festlegung von Kontexten, in denen eine Fremdsteuerung erfolgen sollte, wird in der Regel durch den Systemkopf vorgenommen. In einem System, das sich selbst steuert, ist kein Systemkopf erforderlich. Sofern ein Netzwerk einen Systemkopf hat, der jedoch keine detaillierten Anweisungen gibt, sollten von ihm zumindest die Netzwerkerwartungen vorgegeben werden.⁴⁸⁰

⁴⁷⁶ Vgl. SALDITT, T. C., Netzwerkmanagement im Handel – Prozessinnovationen im Handel am Beispiel der RFID-Technologie, a. a. O., S. 152.

⁴⁷⁷ Vgl. SYDOW, J., WINDELER, A., Strategisches Management von Unternehmensnetzwerken – Komplexität und Reflexivität, in: Ortman, G., Sydow, J. (Hrsg.), Strategie und Strukturierung – Strategisches Management von Unternehmen, Netzwerken und Konzernen, Wiesbaden 2001, S. 135 ff.

⁴⁷⁸ Vgl. SALDITT, T. C., Netzwerkmanagement im Handel – Prozessinnovationen im Handel am Beispiel der RFID-Technologie, a. a. O., S. 154.

⁴⁷⁹ Vgl. hierzu RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 210.

⁴⁸⁰ Vgl. RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 212.

Bezüglich des **Steuerungsstils** betonen WETZEL, ADERHOLD und BAITSCH, dass bei der Steuerung von Unternehmensnetzwerken immer häufiger auf partizipative Formen – insbesondere auf **Moderationskonzepte** – zurückgegriffen wird. Sie führen an, dass Moderation

- auf der Sachebene unterschiedliche Interessen und Ziele miteinander in Einklang bringen kann,
- auf der Beziehungsebene Machtasymmetrien verringern kann,
- auf der Prozessebene Arbeitsschritte strukturieren kann,
- auf der Ebene der fachlichen Aufgaben- und Leistungsanforderungen Bedarfe an Input erkennen und befriedigen kann sowie
- auf der Klimaebene motivierend wirken kann.⁴⁸¹

Als **Faktoren für eine erfolgreiche Steuerung** von Netzwerken stellt WINKLER heraus, dass eine Gerechtigkeit mit Blick auf Verfahren und die Verteilung von Aufgaben sichergestellt wird und dass der Managementstil sowohl konsens- als auch dialogorientiert ist. Überdies sollten Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten auch in informellen Kontexten geschaffen, netzwerkübergreifende Gremien und Arbeitsgruppen eingerichtet sowie teamorientierte Lösungen von Problemen gefördert werden.⁴⁸² Als weiterer, grundlegender Erfolgsfaktor wird in der Literatur auf die Notwendigkeit hingewiesen, neben der autoritären Steuerung insbesondere **weiche Steuerungsmechanismen** zu berücksichtigen. Diese sind beispielsweise Vertrauen, Reputation und Kultur.⁴⁸³

Für das **AMD-Netzwerk** ist bereits darauf hingewiesen worden, dass es eines Systemkopfes bedarf⁴⁸⁴, der die Netzwerkaktivitäten steuert. Dies ist allein deshalb erforderlich, weil eine Selbststeuerung annahmegemäß nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation in NRW führen würde. Eine alleinige Sensibi-

⁴⁸¹ Vgl. hierzu WETZEL, R., ADERHOLD, J., BAITSCH, C., Netzwerksteuerung zwischen Management und Moderation – Zur Bedeutung und Handhabung von Moderationskonzepten bei der Steuerung von Unternehmensnetzwerken, in: Gruppendynamik und Organisationsberatung, 32. Jg., 2001, Nr. 1, S. 28 f.

⁴⁸² Vgl. WINKLER, G., Koordination in strategischen Netzwerken, Wiesbaden 1999, S. 183 f.

⁴⁸³ Vgl. BACHMANN, L., Trust, Power and Control in Trans-Organizational Relations, in: Organization Studies, Vol. 22, 2001, No. 2, p. 359.

⁴⁸⁴ Vgl. z. B. Kap. C. 1.4.

lisierung der Versorgungsakteure für die bestehenden Versorgungslücken erscheint mit Blick auf eine Problemlösung nicht zielführend. Insofern ist es erforderlich, die Schließung der Versorgungslücken „von außen“ anzustoßen. Bei der Abwägung zwischen Fremdsteuerung und Kontextsteuerung erscheint letztere vorzugswürdig, weil eine vollständige Fremdsteuerung aufgrund der Autonomie der Netzwerkpartner weder sinnvoll noch möglich ist. Angesichts unterschiedlicher Ziele und Interessen der Netzwerkpartner wird überdies die Anwendung von Moderationskonzepten durch den Systemkopf als hilfreich erachtet. Von diesen könnte beispielsweise im Rahmen der Leitung von Beiratssitzungen Gebrauch gemacht werden. Darüber hinaus ist es eine zentrale Aufgabe des Systemkopfs, Vertrauen, Reputation und eine offene, kooperationsfördernde Kultur aufzubauen. Durch den Aufbau von Vertrauen könnte im Zeitablauf die Zahl der Kontexte, in denen eine Fremdsteuerung nötig ist, verringert werden.

3.4 Informations- und Kommunikationsbeziehungen

Unter einem Informations- und Kommunikationssystem (IuK-System) wird ein System verstanden, dessen Aufgabe „die Verbesserung der inter- und überbetrieblichen Informationsprozesse und die Versorgung der zuständigen Personen mit nachgefragten Informationen“ ist.⁴⁸⁵ Während Information als „zweckorientiertes Wissen“ definiert wird⁴⁸⁶, stellt Kommunikation ein Mittel für den Austausch von Informationen dar.⁴⁸⁷ Die Steuerung von Organisationen ist heutzutage ohne den Einsatz von IuK-Systemen kaum noch denkbar. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass IuK-Technologien die Möglichkeit bieten, räumliche und zeitliche Barrieren zu überwinden und Prozessaktivitäten leichter aufeinander abzustimmen.⁴⁸⁸

Da es im Rahmen von Netzwerken erforderlich ist, die Kommunikation zwischen den Netzwerkpartnern sicherzustellen, ist der Aufbau eines netzwerkweiten IuK-

⁴⁸⁵ Vgl. **GABRIEL, R. ET AL.**, Computergestützte Informations- und Kommunikationssysteme in der Unternehmung – Technologien, Anwendungen, Gestaltungskonzepte, 2. Aufl., Berlin 2002, S. 3.

⁴⁸⁶ Vgl. **WITTMANN, W.**, Unternehmung und unvollkommene Information, Köln 1959, S. 14; **KRAMER, R.**, Information und Kommunikation, Berlin 1966, S. 28 ff.; **KRCMAR, H.**, Informationsmanagement, 4. Aufl., Berlin 2005, S. 17; **KERN, W.**, Industrielle Produktionswirtschaft, 5. Aufl., Stuttgart 1992, S. 15 f.

⁴⁸⁷ Vgl. z. B. **HEISE, N.**, Kommunikation im Unternehmen – Interne Unternehmenskommunikation als grundlegender Bestandteil der Organisationsentwicklung, Frankfurt a. d. O. 2000, S. 14.

⁴⁸⁸ **RIEF, A.**, Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 239.

Systems unabdingbar. Diesem kommt gemäß RIEF ein eigenständiges Steuerungspotenzial zu.⁴⁸⁹ Zentrale Funktion eines netzwerkweiten IuK-Systems ist es, den **Dialog zwischen den Netzwerkpartnern zu unterstützen**, damit eine kooperative Beziehung aufgebaut wird, die zum Erfolg des Netzwerks beiträgt.⁴⁹⁰ Ob es gelingt, eine reibungslose Kommunikation sicherzustellen, hängt zum einen davon ab, inwieweit Organisationsgrenzen durch die IuK-Technologien überwunden werden können. Zum anderen ist es notwendig, dass die IuK-Technologien der Netzwerkpartner miteinander kompatibel sind.⁴⁹¹ Sofern eine Kompatibilität nicht sichergestellt werden kann, ist eine netzwerkindividuelle IuK-Lösung in Erwägung zu ziehen.

Zur näheren Spezifizierung von IuK-Systemen wird das in Abbildung 25 dargestellte **Mehr-Ebenen-Referenzmodell des Informationsmanagements** herangezogen.⁴⁹²

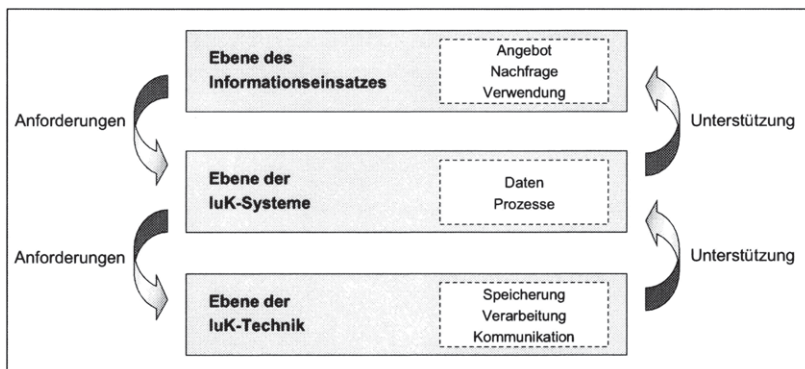


Abb. 25: Mehr-Ebenen-Referenzmodell des Informationsmanagements⁴⁹³

⁴⁸⁹ Vgl. RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 241.

⁴⁹⁰ Vgl. KLEIN, S., Interorganisationssysteme und Unternehmensnetzwerke – Wechselwirkungen zwischen organisatorischer und informationstechnischer Entwicklung, Wiesbaden 1996, S. 170; LANGE, C., SCHAEFER, S., Perspektiven der Controllingforschung – Weiterentwicklung des informationsorientierten Controllingansatzes, in: Controlling, 15. Jg., 2003, Nr. 7/8, S. 403 f.

⁴⁹¹ Vgl. RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 241.

⁴⁹² Vgl. WOLLNIK, M., Ein Referenzmodell des Informationsmanagement, in: Information Management, 3. Jg., 1988, Nr. 3, S. 38 f.; KRCMAR, H., Informationsmanagement, a. a. O., S. 47 ff.

⁴⁹³ Vgl. WOLLNIK, M., Ein Referenzmodell des Informationsmanagement, a. a. O., S. 38 f.; RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 243.

Auf der obersten der drei Ebenen, der Ebene des **Informationseinsatzes**, wird geprüft, inwieweit das zur Verfügung stehende Informationsangebot mit der Nachfrage nach Informationen übereinstimmt. Ziel dieser Ebene ist es, mögliche Ungleichgewichte zwischen Angebot und Nachfrage zu identifizieren.⁴⁹⁴ Auf der mittleren Ebene – der Ebene der **IuK-Systeme** – wird versucht, die auf der obersten Ebene identifizierten Informationslücken zu schließen. Um die dafür notwendige Informationsbeschaffung, -verarbeitung und -weitergabe sicherzustellen, sind personelle, organisatorische und technische Unterstützungsleistungen notwendig.⁴⁹⁵ Auf der untersten Ebene, der Ebene der **IuK-Technik**, stehen schwerpunktmäßig Fragen der Speicherungs-, Verarbeitungs- und Kommunikationstechnik im Vordergrund.⁴⁹⁶ Aufgabe auf dieser Ebene ist es, die technische Infrastruktur bereitzustellen und zu verwalten sowie etwaige technische Anpassungen zu planen und umzusetzen.⁴⁹⁷

Analog zu der Implementierung eines Intranets in Organisationen empfiehlt es sich in Netzwerken, eine **technische Plattform einzurichten**, über die die Netzwerkpartner Informationen austauschen und miteinander kommunizieren können.⁴⁹⁸ Zu berücksichtigen sind bei der Einrichtung einer solchen Plattform gemäß REICHWALD und RUPPRECHT folgende potenzielle Problembereiche:⁴⁹⁹

- **technisch:** Die Funktionsfähigkeit könnte durch inkompatible Schnittstellen eingeschränkt werden. Mangelnde Datensicherheit könnte die Mitwirkung der Netzwerkpartner behindern.
- **wirtschaftlich:** Das Investitionsvolumen könnte den Nutzen der Plattform übersteigen.

⁴⁹⁴ Vgl. LINK, J., Die methodologischen, informationswirtschaftlichen und führungspolitischen Aspekte des Controlling, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 52. Jg., 1982, Nr. 3, S. 263 ff.

⁴⁹⁵ Vgl. hierzu RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 243.

⁴⁹⁶ Vgl. RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 244.

⁴⁹⁷ Vgl. KRCMAR, H., Informationsmanagement, a. a. O., S. 48.

⁴⁹⁸ Vgl. RIEF, A., Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, a. a. O., S. 244.

⁴⁹⁹ Vgl. REICHWALD, R., RUPPRECHT, M., Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Rahmen zwischenbetrieblicher Kooperation, in: Hermanns, A., Flegel, V. (Hrsg.), Handbuch des Electronic Marketing, Funktionen und Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnik im Marketing, München 1992, S. 424 ff.

- rechtlich: Probleme könnten sich durch Verletzungen des Daten- oder Patentschutzes ergeben.
- personell: Netzwerkpartner könnten die Plattform aufgrund fehlender Qualifikationen nicht oder nicht ausreichend nutzen.

Im Rahmen der IuK-Systeme kommen dem Systemkopf eines Netzwerks folgende Aufgaben zu: Erstens sind **aktive Netzwerkpartner** in die IuK-Systeme zu **integrieren**. RIEF weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es zum Zweck der Stärkung des Zugehörigkeitsgefühls einer aktiven Rolle des Systemkopfs bedarf. Somit kann es angebracht sein, eine informationsbezogene Hol-Schuld der Netzwerkpartner durch eine **Bring-Schuld des Systemkopfs** zu ersetzen. Zweitens ist es eine wichtige Aufgabe des Systemkopfs, die **Partner über Planungen des Netzwerks zu informieren**. Dies betrifft insbesondere Partner, die nicht an einer bestimmten Entscheidung mitgewirkt haben. Darüber hinaus sollte der Systemkopf **IuK-Beziehungen zu potenziellen Netzwerkpartnern aufbauen**, um diese ggf. kurzfristig in das Netzwerk integrieren zu können. Drittens sollte der Systemkopf als **Vermittler** fungieren, indem er – zur Sicherstellung des Gesamtinteresses des Netzwerks – in Konfliktfällen als Mediator lösungsorientiert schlichtet.⁵⁰⁰

Innerhalb des **AMD-Netzwerks** erscheint es aufgrund der Heterogenität der IuK-Systeme nicht realistisch, die Kompatibilität zwischen den IuK-Systemen der einzelnen Netzwerkpartner sicherzustellen. Deshalb **bedarf es einer Plattform für die Netzwerkarbeit**. Diese hat zudem den Vorteil, dass die beteiligten Akteure eine klare Trennung zwischen der Arbeit innerhalb ihrer Organisationen und der Arbeit im Rahmen des AMD-Netzwerks vornehmen können. Bei der Wahl einer Plattform ist zu berücksichtigen, dass sie sich an den gängigen Schritten des **Projektmanagements** orientiert. Überdies ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Plattform barrierefrei ist, weil ein Großteil der in sozialen Organisationen vertretenen Personen selbst von der AMD oder einer anderen Sehbehinderung betroffen ist. Vor dem Hintergrund der Funktionsweise, der Barrierefreiheit, der Kosten sowie der Handhabung ist für das AMD-Netzwerk nach Rücksprache mit Experten aus dem IT-Sektor die Plattform *Basecamp* implementiert worden. Diese ermöglicht es, für bestimmte Projekte *Meilensteine* zu definieren, daran anknüpfend *To do's* festzulegen und diese an die Mitglieder der Plattform unter Berück-

⁵⁰⁰ Vgl. zu den Aufgaben eines fokalen Unternehmens im Rahmen der Netzwerksteuerung RIEF, A., *Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke*, a. a. O., S. 246 ff..

sichtigung von Fristen zu verteilen. Die Netzwerkplattform bietet zudem die Möglichkeit, *Nachrichten* zu schreiben, *Kommentare* abzugeben, *Dateien* auszutauschen und Dokumente mit Hilfe von *Writeboards* gemeinsam zu entwickeln. Der Systemkopf⁵⁰¹ ist dafür verantwortlich, dass alle Netzwerkpartner auf die Plattform eingeladen werden und stellt Hilfe bereit, sofern diese benötigt wird. Darüber hinaus wirkt der Systemkopf steuernd, indem er in Diskussionen als Impulsgeber fungiert und die Netzwerkpartner mit Blick auf die Erreichung von Meilensteinen koordiniert. Die Plattform hat darüber hinaus den Vorteil, dass der Systemkopf über den Stand sämtlicher Projekte informiert ist und Informationen, die unterschiedliche Projekte betreffen, entsprechend verteilen kann. Über die Internetplattform hinaus erfolgt die Kommunikation unter den Netzwerkpartnern neben persönlichen Treffen vor allem in Form von Telefonkonferenzen. Diese werden über die Netzwerkplattform zunächst koordiniert und von dem Systemkopf moderiert.

4. Controlling eines medizinisch-sozialen AMD-Netzwerks

Anknüpfend an die Konzeption des Netzwerks und die Entwicklung eines Implementierungsvorschlags wird im Folgenden untersucht, wie der Erfolg des AMD-Netzwerks gemessen werden kann. Da die Leistungen des Netzwerks erst zukünftig erbracht und sich die Wirkungen entsprechend ebenfalls erst in der Zukunft entfalten, handelt es sich dabei um ein perspektivisches Controlling. Vereinfacht kann das Controlling des AMD-Netzwerks zu drei Ergebnissen führen. Sofern die Ziele des Netzwerks erreicht oder übertroffen werden, ist das in NRW erprobte Konzept unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten auf andere Bundesländer zu übertragen. Sofern Teilziele nicht erreicht werden, ist das Konzept zu modifizieren. Dafür ist eine Analyse der Ursachen der Zielverfehlung erforderlich. Falls das Netzwerk seine Ziele deutlich verfehlen sollte, ist eine Auflösung des Netzwerks in Betracht zu ziehen. Aufgrund der Non-Profit-Tätigkeit des Netzwerks wird zur Messung des Netzwerkerfolgs auf das Konzept des Social Return on Investment rekuriert.

⁵⁰¹ In der Phase vor der Gründung des Netzwerks und des Vereins, in der es noch keinen institutionalisierten Systemkopf gibt, werden die Aufgaben des Systemkopfs durch das Projektteam durchgeführt.

4.1 Social Return on Investment als Instrument zur Messung des Netzwerkerfolgs

Angesichts knapper finanzieller Mittel stellt sich die Frage, inwieweit Maßnahmen und Projekte im Dritten Sektor erfolgreich waren bzw. sind. Für private und staatliche Mittelgeber ist es häufig nicht mehr ausreichend, einen Nachweis darüber zu erhalten, dass die Gelder ordnungsgemäß ausgegeben wurden. Stattdessen möchten sie wissen, welche Effekte durch die zur Verfügung gestellten Gelder erzielt werden konnten. Vor diesem Hintergrund ist es ein an Bedeutung zunehmender Ansatz im Dritten Sektor, verausgabte Mittel als „**Soziale Investition**“ aufzufassen und – anknüpfend an das in der Betriebswirtschaftslehre gängige Verfahren des „Return on Investment (ROI)“ – den so genannten „Social Return on Investment (SROI)“ zu bestimmen.⁵⁰² Im Rahmen des SROI-Ansatzes wird davon ausgegangen, dass die für soziale Zwecke verausgabten Mittel nicht verloren sind, sondern Effekte nach sich ziehen, die nützlich für die Gesellschaft sind. Ein Kernelement des Ansatzes ist der Versuch, die Wertsteigerungen für die Gesellschaft – soweit möglich – auch monetär abzubilden. Die Wertsteigerung wird durch den SROI insofern ausgedrückt, als dass dieser das **Verhältnis zwischen monetären Inputs und geldwerten Social Outcomes** darstellt. Der SROI ist dahingehend zu interpretieren, dass er angibt, wie viele monetäre Einheiten durch den Einsatz einer Einheit sozialer Investitionen in die Gesellschaft zurückgeflossen sind.⁵⁰³

Eine SROI-Analyse wird anhand unterschiedlicher, in der Literatur nicht einheitlich dargestellter, **Schritte** durchgeführt.⁵⁰⁴ Im Kern sind dies die zeitliche Abgrenzung,

⁵⁰² Vgl. hierzu **MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R.**, Social Return on Investment – Ein vielversprechender Ansatz zur Wirkungsmessung im Dritten Sektor?, in: Bundesnetzwerk Bürger-schaftliches Engagement (Hrsg.), BBE-Newsletter, 2009, Nr. 15, URL: http://www.b-b-e.de/fileadmin/inhalte/aktuelles/2009/07/nl15_mildenberger_muenscher.pdf [Abruf: 13.03.2010], S. 1 f.. Das Verfahren des SROI wurde 1996 vom Robert Enterprise Development Fund in San Francisco vorgestellt und 2003 von der New Economics Foundation (NEF) durch eine weitere Version ergänzt.

⁵⁰³ Vgl. hierzu **MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R.**, Social Return on Investment – Ein vielversprechender Ansatz zur Wirkungsmessung im Dritten Sektor?, a. a. O., S. 2.

⁵⁰⁴ Vgl. für eine Darstellung der wesentlichen Schritte **THE NEW ECONOMICS FOUNDATION** (HRSG.), Measuring value – a guide to Social Return on Investment (SROI), 2. ed., London 2008, pp. 32 ff.; **KÖHNKE, J., NOVER, S.**, Social Return on Investment (SROI) – Messmethodik, um gesellschaftliche Renditen öffentlicher Investitionen darzustellen, URL: http://www.muenster.de/stadt/zuwanderung/pdf/sroi-methodik_de.pdf [Abruf: 13.03.2010], S. 4 ff.; **MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R.**, Social Return on Investment – Ein vielversprechender Ansatz zur Wirkungsmessung im Dritten Sektor?, a. a. O., S. 3; **MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R.**, Wirkungsmessung im Dritten Sektor durch „Social Return on Investment“?, in: Bank für Sozialwirtschaft (Hrsg.), BFS-Info, Nr. 1, Köln 2010, S. 16. Ein Überblick über Guidelines bei der Durchführung einer SROI-Analyse geben zudem **LINGANE und OLSEN**. Vgl. **LINGANE, A., OLSEN, S.**, Guidelines for Social Return on Investment, in: California Management Review, Vol. 46, 2004, No. 3, p. 120.

die Analyse der Stakeholder, die Ermittlung der Effekte⁵⁰⁵, die Berechnung des SROI sowie die abschließende Berichterstattung.

Im Rahmen der zeitlichen **Abgrenzung** wird darauf eingegangen, welcher Zeitraum betrachtet wird und ob mit der Untersuchung bereits realisierte Arbeit evaluiert oder zukünftige Arbeit prognostiziert wird.⁵⁰⁶ Die **Stakeholderanalyse** untersucht, welche Interessengruppen durch die Durchführung von Maßnahmen in welcher Weise berührt werden.⁵⁰⁷ Bezüglich der **Ermittlung der Effekte** unterscheiden KEHL und THEN drei Wertekategorien:⁵⁰⁸

- 1) **Ökonomischer Mehrwert:** Der ökonomische Mehrwert wird definiert als das eigentliche *betriebswirtschaftliche Ergebnis*.
- 2) **Sozioökonomischer Mehrwert:** Der sozioökonomische Mehrwert wird definiert als *monetär quantifizierbarer Zusatzertrag*. Dabei handelt es sich beispielsweise um vermiedene soziale Kosten.
- 3) **Sozialer Mehrwert:** Der soziale Mehrwert wird definiert als *nicht monetär quantifizierbarer Zusatzertrag*. Dabei handelt es sich beispielsweise um einen möglichen Zuwachs an Glück oder Lebensqualität. Diese Effekte werden jedoch explizit nicht in der Berechnung des SROI berücksichtigt.⁵⁰⁹

Bei Schritt 4, der **Berechnung des SROI**, werden die monetarisierbaren Wirkungen der Investition gegenübergestellt. Um bei der Berechnung den gegenwärtigen Nutzenwert bestimmen zu können, ist die Diskontierung der monetären Wirkungen einzelner Perioden erforderlich. Nicht selten wird bei der Berechnung des SROI

⁵⁰⁵ Dieser Aspekt wird in der Literatur in der Regel tiefer untergliedert. KÖHNKE und NOVER fassen darunter beispielsweise die Erstellung einer sog. Impactmap, die Definition der Indikatoren, die Erhebung von Daten, die Verifizierung sowie die Monetarisierung. Vgl. KÖHNKE, J., NOVER, S., Social Return on Investment (SROI) – Messmethodik, um gesellschaftliche Renditen öffentlicher Investitionen darzustellen, a. a. O., S. 4 ff.

⁵⁰⁶ Vgl. KÖHNKE, J., NOVER, S., Social Return on Investment (SROI) – Messmethodik, um gesellschaftliche Renditen öffentlicher Investitionen darzustellen, a. a. O., S. 5

⁵⁰⁷ Vgl. KÖHNKE, J., NOVER, S., Social Return on Investment (SROI) – Messmethodik, um gesellschaftliche Renditen öffentlicher Investitionen darzustellen, a. a. O., S. 5.

⁵⁰⁸ Vgl. hierzu KEHL, K., THEN, V., Analytischen Tiefgang wagen! – Vom „Social Return on Investment“ zur sozioökonomischen Mehrwertanalyse, in: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (Hrsg.), BBE-Newsletter, 2009, Nr. 15, URL: http://www.b-b-e.de/fileadmin/inhalte/aktuelles/2009/07/nl15_kehl_then.pdf [Abruf: 13.03.2010], S. 2.

⁵⁰⁹ Vgl. z.B. MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R., Social Return on Investment – Ein vielversprechender Ansatz zur Wirkungsmessung im Dritten Sektor? a. a. O., S. 2.

eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt⁵¹⁰, die die Entwicklung des SROI unter Berücksichtigung unterschiedlicher Annahmen darstellt. Damit gelingt es, diejenigen Elemente zu identifizieren, die die Gesamtrechnung besonders stark beeinflussen und entsprechend ein hohes Bedeutungsgewicht haben.⁵¹¹ Im Rahmen der abschließenden **Berichterstattung** wird der SROI interpretiert. Überdies werden die qualitativen Effekte aufgeführt, die nicht in die Berechnung des SROI eingeflossen sind.

In der Literatur wird das Konzept des SROI **kontrovers diskutiert**. Kritiker führen an, dass viele Projekte im Dritten Sektor gerade auf die Steigerung der Lebensqualität abzielen, diese im berechneten SROI jedoch nicht berücksichtigt werden. Ferner besteht das Problem der Zurechenbarkeit. Maßnahmen, die sich auf ein Individuum richten, sind häufig nicht isolierbar, sodass etwaige Effekte auch auf andere Einflüsse zurückgeführt werden könnten. Außerdem wird vereinzelt vermutet, dass SROI-Analysen die Wirkung von Maßnahmen überschätzen können, weil eventuelle negative Folgen nicht in das Modell integriert werden oder weil die langfristige Wirkung der Effekte nicht ausreichend getestet wird.⁵¹² Auf der anderen Seite wird positiv angemerkt, dass der SROI die Effizienz gemeinnütziger Organisationen steigern kann. Überdies können die Ergebnisse von SROI-Analysen gegenüber Geldgebern genutzt werden, um diesen zu signalisieren, dass die Mittel nicht nur zweckmäßig eingesetzt, sondern außerdem positive gesellschaftliche Effekte erzielt werden.⁵¹³ Die NEW ECONOMICS FOUNDATION merkt positiv an, dass unterschiedliche Stakeholder berücksichtigt werden und damit deutlich wird, wer in welchem Maße von einer Maßnahme profitiert. Mit der Durchführung von SROI-Analysen wird entsprechend die Transparenz gemeinnütziger Projekte gesteigert.⁵¹⁴ Überdies sind SROI-Analysen hilfreich für das Management. Gemäß LINGANE und OLSEN helfen sie erstens bei der Planung von Projekten, indem ggf. Modifizierungen vorgenommen werden oder bessere Alternativen erkannt werden. Zweitens erleichtern sie die Allokationsentscheidung begrenzter finanzieller Mittel.

⁵¹⁰ Vgl. THE NEW ECONOMICS FOUNDATION (HRSG.), *Measuring value – a guide to Social Return on Investment (SROI)*, a. a. O., pp. 32 ff.

⁵¹¹ Vgl. MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R., *Wirkungsmessung im Dritten Sektor durch „Social Return on Investment“? (Teil II)*, in: Bank für Sozialwirtschaft (Hrsg.), *BFS-Info*, Nr. 2, Köln 2010, S. 15.

⁵¹² Vgl. zur Kritik KEHL, K., THEN, V., *Analytischen Tiefgang wagen! – Vom „Social Return on Investment“ zur sozioökonomischen Mehrwertanalyse*, a. a. O., S. 4; LINGANE, A., OLSEN, S., *Guidelines for Social Return on Investment*, a. a. O., pp. 127 f.

⁵¹³ Vgl. hierzu MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R., *Social Return on Investment – Ein vielversprechender Ansatz zur Wirkungsmessung im Dritten Sektor?*, a. a. O., S. 4 bzw. S. 6.

⁵¹⁴ Vgl. hierzu THE NEW ECONOMICS FOUNDATION (HRSG.), *Measuring value – a guide to Social Return on Investment (SROI)*, a. a. O., pp. 4 f.

Drittens können durch die Bewertung von Alternativen die spezifischen Ziele sozialer Investoren berücksichtigt werden.⁵¹⁵

Insgesamt sind die Grenzen des SROI-Verfahrens bekannt. Deshalb wird in der Literatur davor gewarnt, den berechneten Wert des SROI isoliert zu interpretieren.⁵¹⁶ MILDENBERGER und MÜNSCHER weisen diesbezüglich darauf hin, dass die Erfassung des gesamtgesellschaftlichen Nutzens nicht zwingend objektiv erfolgen kann. Stattdessen wird den Autoren gemäß „eine nach bestem Wissen und Gewissen erfolgte, versuchsweise Abschätzung vorgelegt, die in vielen Punkten auf Annahmen, Setzungen und Schätzungen beruht, die meist auch anders beurteilt werden können“⁵¹⁷.

4.2 Simulation eines Modells zur Ermittlung des Social Return on Investment

Im Folgenden werden die fünf skizzierten Phasen einer SROI-Analyse auf das AMD-Netzwerk angewendet:

Ad 1: Abgrenzung: Die SROI-Analyse betrifft im Kern den Zeitraum des dreijährigen Modellversuchs. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass bereits in der Vorlaufphase Kosten entstehen, die ebenfalls als Investitionskosten zu berücksichtigen sind. Ferner ist zu beachten, dass Nutzeneffekte auch nach Beendigung des Modellversuchs eintreten können. Da die SROI-Analyse zur Entscheidungsunterstützung in Bezug auf die Gründung des Netzwerks dienen soll, werden im Folgenden nur prospektive Effekte betrachtet.

Ad 2: Stakeholderanalyse: Von den Wirkungen der Investitionen des Netzwerks werden im Kern Patienten und Angehörige, Augenärzte, soziale Organisationen sowie Kostenträger von Gesundheits- und Sozialleistungen wie Krankenkassen und das Sozialamt tangiert.

Ad 3: Ermittlung der Effekte: Im Wesentlichen werden durch die Netzwerkarbeit folgende Effekte erzielt: **Augenärzte** werden durch den gezielten Hinweis auf so-

⁵¹⁵ Vgl. LINGANE, A., OLSEN, S., Guidelines for Social Return on Investment, a. a. O., p. 119.

⁵¹⁶ Vgl. MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R., Social Return on Investment – Ein vielversprechender Ansatz zur Wirkungsmessung im Dritten Sektor?, a. a. O., S. 6.

⁵¹⁷ MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R., Wirkungsmessung im Dritten Sektor durch „Social Return on Investment“? (Teil II), a. a. O., S. 15.

ziale Organisationen entlastet. Sie können sich auf ihre augenmedizinische Kernkompetenz konzentrieren und soziale Fragestellungen, für die sie nicht honoriert werden, an soziale Organisationen „outsourcen“. Unter der Annahme einer wachsenden Nachfrage können künftig entstehende Engpässe durch eine Konzentration auf medizinische Kompetenzen überwunden werden. Dies schafft einen sozioökonomischen Mehrwert. Die darüber hinaus bestehende emotionale Entlastung stellt einen sozialen Mehrwert dar.

Soziale Organisationen profitieren von dem AMD-Netzwerk durch eine verstärkte Bekanntmachung ihrer Leistungsangebote und die Verbesserung der Vernetzung mit Augenärzten. Daraus resultieren zwei Effekte: Erstens können soziale Organisationen aufgrund der Unterstützung durch das Netzwerk Mittel für ihre Öffentlichkeitsarbeit einsparen. Dabei handelt es sich um einen sozioökonomischen Mehrwert. Zweitens kann durch eine höhere Bekanntheit und eine bessere Vernetzung mit Augenärzten die Mitgliederzahl gesteigert und – sofern Mitgliedsbeiträge erhoben werden – die finanzielle Situation gestärkt werden. In diesem Fall wird ein ökonomischer Mehrwert geschaffen.⁵¹⁸

Patienten werden durch das AMD-Netzwerk bedürfnisgerechter versorgt. Dies betrifft insbesondere die Versorgung außerhalb des medizinischen Sektors. Unter der – durch die empirische Befragung bestätigten – Annahme, dass die Nutzung sozialer Angebote für Patienten hilfreich ist⁵¹⁹, können die Mobilität, die Selbstständigkeit und damit einhergehend die Lebensqualität der Patienten gesteigert werden. Dies stellt einen sozialen Mehrwert dar.

Angehörige werden durch die Verbesserung der Selbstständigkeit und dem damit verbundenen gesteigerten Wohlbefinden der Patienten in Bezug auf die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und die psychologische Betreuung entlastet. Bei der primär emotionalen Entlastung handelt es sich um einen sozialen Mehrwert. Sofern die für die Unterstützung aufgebrauchte Zeit als Opportunitätskosten interpretiert wird, handelt es sich bei der durch das Netzwerk bewirkten Entlastung um einen sozioökonomischen Mehrwert.

⁵¹⁸ Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass auch Non-Profit-Organisationen einen ökonomischen Mehrwert erzielen können. Dieser dient jedoch nicht der Gewinnerzielung. Stattdessen können die Einnahmen gesteigert werden, wodurch höhere Ausgaben zum Zweck der Erreichung der Organisationsziele möglich sind.

⁵¹⁹ Vgl. hierzu Abb. 16 in Kap B 5.1. Augenärzte haben der Aussage, dass die Inanspruchnahme sozialer Angebote für AMD-Patienten hilfreich ist, mit einem Mittelwert von 1,67 auf einer Skala von 1 = trifft vollständig zu bis 5 = trifft überhaupt nicht zu zugestimmt.

Krankenkassen und Sozialämter werden durch eine intensivere Patientenbetreuung durch soziale Organisationen kaum belastet, da die Beratung in der Regel auf ehrenamtlicher Basis stattfindet. Kosten ergeben sich jedoch durch Mobilitätstraining und die Übernahme von Sehhilfsgeräten, wie beispielsweise Bildschirmlesegeräten. Als Investition betrachtet stellen diese Kosten eine Minderung des betriebswirtschaftlichen Mehrwerts dar. Entlastungen können sich auf der anderen Seite durch die Vermeidung bzw. Verringerung von Behandlungskosten von Folgekrankheiten, wie beispielsweise Stürzen oder Depressionen, ergeben. Darüber hinaus kann angenommen werden, dass Patienten, die ihre Selbstständigkeit länger erhalten, einen geringeren Bedarf an Betreuung im Alltag haben. Bei beiden Effekten entsteht aufgrund der potenziellen Vermeidung anfallender Kosten ein sozioökonomischer Mehrwert.

Effekt	Form des Mehrwerts	Monetarisierbarkeit
Zeitliche Entlastung der Augenärzte	Sozioökonomischer Mehrwert	Unter Berücksichtigung von Annahmen ist eine Monetarisierung möglich.
Emotionale Entlastung der Augenärzte	Sozialer Mehrwert	Der Effekt ist nicht monetarisierbar.
Einsparungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit aufseiten sozialer Organisationen	Sozioökonomischer Mehrwert	Unter Berücksichtigung von Annahmen ist eine Monetarisierung möglich.
Steigerung der Mitgliederzahlen von sozialen Organisationen	Ökonomischer Mehrwert	Unter Berücksichtigung von Annahmen ist eine Monetarisierung möglich.
Gesteigerte Lebensqualität der Patienten	Sozialer Mehrwert	Der Effekt ist nicht monetarisierbar. ⁵²⁰
Emotionale Entlastung von Angehörigen	Sozialer Mehrwert	Der Effekt ist nicht monetarisierbar.
Zeitliche Entlastung von Angehörigen	Sozioökonomischer Mehrwert	Eine Monetarisierung ist wg. fehlender Informationen der Opportunitäten im Kontext dieser Arbeit nicht sinnvoll.
Reduzierung von Folgekosten für Kostenträger	Sozioökonomischer Mehrwert	Eine Monetarisierung ist eingeschränkt und unter Berücksichtigung von Annahmen möglich.

Tab. 13: Effekte des Netzwerks und deren Monetarisierbarkeit

⁵²⁰ Auf Basis der von KEHL und THEN oben zugrunde gelegten Definition handelt es sich bei Lebensqualitätseffekten um soziale Mehrwerte, die nicht monetarisierbar sind. Im Gesundheitswesen wird seit geraumer Zeit jedoch versucht, Lebensqualitätseffekte monetär zu bewerten. Ein Ansatz ist beispielsweise das Konzept des QALY (*quality adjusted life years*), mithilfe dessen der Nutzwert eines Lebensjahrs berechnet wird. Das QALY-Konzept ist im Bereich der AMD jedoch noch nicht hinreichend angewendet worden, um im Rahmen der Berechnung des SROI herangezogen werden zu können. Vgl. zum Konzept des QALY beispielsweise LOOMES, G., MCKENZIE, L., The use of QALYs in health care decision making, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 28, 1989, No., 4, pp. 299 ff.; TORRANCE, G. W., FEENEY, D., Utilities and Quality-

Tabelle 13 gibt einen zusammenfassenden Überblick, welche Effekte durch das AMD-Netzwerk generiert werden und um welche Form des Mehrwerts es sich dabei handelt. Überdies verdeutlicht die Tabelle, welche der Effekte monetarisiert werden können.

Die Tabelle verdeutlicht, dass die zeitliche Entlastung der Augenärzte, die Einsparungen sozialer Organisationen im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit, der Mitgliederzuwachs für soziale Organisationen sowie die Verringerung von Folgekosten monetär quantifiziert werden können und damit geeignet sind, um in die Berechnung des SROI einzufließen.

Ad 4: Berechnung des SROI: Im Folgenden werden die monetären Auswirkungen einzelner Effekte untersucht, um darauf aufbauend den SROI zu berechnen. Der **zeitlichen Entlastung** der Augenärzte liegen folgende Daten bzw. Annahmen zugrunde:

- 1) In NRW sind 1.500 Augenärzte tätig.⁵²¹
- 2) Augenärzte arbeiten 250 Tage im Jahr ca. zehn Stunden täglich.
- 3) Der durchschnittliche Arbeitslohn beträgt 80 EUR/Std.⁵²²
- 4) 10 % der von Augenärzten behandelten Patienten sind an einer AMD erkrankt.⁵²³
- 5) Augenärzte verbringen 9,5 % ihrer medizinischen Arbeitszeit damit, Patienten in sozialen Fragen zu beraten.⁵²⁴

Aus den Annahmen 1 und 2 resultiert, dass Augenärzte in NRW pro Jahr 3,75 Mio. Arbeitsstunden tätig sind. Auf die soziale Beratung (9,5 %) von AMD-

Adjusted Life Years, in: International Journal of Technology Assessment in Health Care, Vol. 5, 1989, No. 4, pp. 559 ff.

⁵²¹ Vgl. Kap. B 3.1.2.

⁵²² Gemäß einer Untersuchung der Bundesärztlichen Kassenvereinigung beläuft sich das Jahresgehalt niedergelassener Augenärzte auf ca. 200.000 EUR. Vgl. o. V., Honorar (in 1.000 Euro) niedergelassener Ärzte in Deutschland im Jahr 2007 nach Fachbereichen, URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/4792/umfrage/arzt-gehaelter-2007/#info> [Abruf: 20.06.2010]. Auf Basis von Annahme 2 resultiert ein durchschnittlicher Stundenlohn von 80 EUR.

⁵²³ Vgl. Kap B 3.1.2.

⁵²⁴ Vgl. Kap. B 4.6.2.

Patienten (10 %) entfallen entsprechend 35.625 Arbeitsstunden pro Jahr. Multipliziert mit dem durchschnittlichen Stundenlohn der Augenärzte ergeben sich 2,85 Mio. EUR. Daraus folgt, dass für jeden Prozentpunkt, den Augenärzte AMD-Patienten weniger in sozialen Fragen beraten, durch frei gewordene Kapazitäten für medizinische Behandlungen Opportunitätskosten in Höhe von 285.000 EUR pro Jahr verringert werden könnten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es nicht das Ziel ist, die soziale Beratung der Augenärzte zu minimieren. Stattdessen sollen Augenärzte ihre Patienten einerseits ausreichend informieren. Andererseits besteht die Möglichkeit, die Beratungszeit in sozialen Fragen durch den Einsatz gezielter Instrumente zu reduzieren. Angesichts dessen soll angenommen werden, dass der optimale Beratungsanteil 7 % beträgt.

Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Phasen des Lebenszyklus des Netzwerks⁵²⁵ kann nicht davon ausgegangen werden, dass die jährlichen Effekte der Entlastung konstant sind. In der Einführungs- sowie der Wachstumsphase steigt die Inanspruchnahme von Leistungen und damit einhergehend die Entfaltung des Nutzens mit zunehmenden Raten. In der Reifephase steigt die Inanspruchnahme weiter, allerdings mit abnehmenden Raten. Sobald eine Sättigung erreicht ist, sinkt die Inanspruchnahme. Dies betrifft insbesondere die Phase der Degeneration. Für den Modellversuch des AMD-Netzwerks soll angenommen werden, dass die drei Jahre die Phase der Einführung sowie den Beginn der Wachstumsphase repräsentieren. Tabelle 14 gibt nachstehend einen Überblick über die Effekte bei unterschiedlichen, konservativ angesetzten Entlastungsniveaus. Dabei werden ein worst-case(wc)-Szenario, ein average-case(ac)-Szenario und ein best-case(bc)-Szenario zugrunde gelegt. Die prozentualen Effekte lassen sich folgendermaßen begründen: Ausgangspunkt ist die Reduzierung sozialer Beratung im average case am Ende des Modellversuchs ($t = 3$). Unter der Annahme, dass der optimale Beratungsanteil 7 % beträgt, besteht ein Reduzierungspotenzial von (9,5 % - 7 %) 2,5 %-Punkten. Unter Berücksichtigung, dass am Ende des Modellversuchs annahmegemäß 50 % der Augenärzte an dem Netzwerk mitwirken⁵²⁶, verbleibt ein Reduzierungspotenzial von 1,25 %-Punkten. Es wird angenommen, dass dieser Wert in einem worst-case- bzw. best-case-Szenario nach unten bzw. oben abwei-

⁵²⁵ Klassische Lebenszyklusmodelle beinhalten die Phasen Einführung, Wachstum, Reife, Sättigung und Degeneration. Vgl. z. B. MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M., Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, a. a. O., S. 821. Lebenszyklusmodelle können auf Produkte, Kunden, aber auch auf Organisationen im Allgemeinen und Netzwerke im Speziellen angewendet werden.

⁵²⁶ Vgl. hierzu die operative Zielsetzung in Kap. C 2.3.1.

chen kann.⁵²⁷ Unter Berücksichtigung der Entwicklung in der Einführungs- bzw. Wachstumsphase werden die Werte für die Phasen $t = 1$ und $t = 2$ berechnet.

	t = 1			t = 2			t = 3		
	wc	ac	bc	wc	ac	bc	wc	ac	bc
Reduzierung sozialer Beratung der Augenärzte [%-Punkte]	0,0	0,35	0,7	0,2	0,75	1,3	0,5	1,25	2,0
Verringerte Opportunitätskosten [TEUR]	0	100	200	57	214	371	143	356	570
Verringerte Opportunitätskosten (diskontiert auf $t = 0$) [TEUR]	0	97	194	54	202	349	130	326	522

Tab. 14: Monetäre Wirkung der zeitlichen Entlastung von Augenärzten

Für das aufgezeigte worst-case-Szenario ergibt sich unter Berücksichtigung eines angenommenen Diskontierungssatzes von 3 % eine gesamte Reduzierung von Opportunitätskosten in Höhe von ca. 184.000 EUR. Der Effekt im average-case-Szenario beläuft sich auf ca. 625.000 EUR. Im best-case-Szenario beträgt die Verringerung der Opportunitätskosten ca. 1.065.000 EUR.

Falls sich das Netzwerk nach Abschluss des Modellversuchs auflösen sollte, würden Augenärzte aufgrund ihres besseren Informationsstands ungeachtet der Auflösung weiter entlastet werden. Dieser – über das Jahr 3 hinausgehende – Effekt wird in der Berechnung des SROI jedoch nicht berücksichtigt.

Der Entlastung sozialer Organisationen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit liegt die zentrale Annahme zugrunde, dass Investitionen des Netzwerks, die eine Steigerung der Bekanntheit von sozialen Organisationen bewirken, nicht von sozialen Organisationen (zur Erzielung der gleichen Wirkung) erbracht werden müssen. Das heißt, dass die Wirkung der Öffentlichkeitsarbeit sozialer Organisationen bei – aus ihrer Perspektive – gleich bleibenden Leistungen und entsprechend gleich bleibenden Kosten verbessert wird. Bei diesen Investitionen handelt es sich

⁵²⁷ Eine Abweichung nach oben lässt sich bei einem optimalen Beratungsanteil von 7 % dadurch erklären, dass mehr als 50 % der Augenärzte an dem Netzwerk mitwirken.

beispielsweise um die im Rahmen des operativen Leistungsprofils beschriebenen Handouts und die AMD-Hotline⁵²⁸, mit denen gezielt auf soziale Organisationen hingewiesen wird. Wenngleich soziale Organisationen darüber hinaus zweifelsohne von dem Versorgungsatlas auf der IT-Plattform profitieren, wird diese eingesparte Investition im Folgenden nicht berücksichtigt, weil die Investition in den Versorgungsatlas als ein Element der IT-Plattform quantitativ nicht eindeutig zurechenbar ist.

Die Investitionen für die Handouts bzw. die AMD-Hotline belaufen sich jährlich auf 5.000 EUR bzw. 20.000 EUR⁵²⁹ und werden im Zeitverlauf als konstant angenommen. Eine differenzierte Betrachtung von Szenarien scheint bei diesem Effekt aus Wesentlichkeitsgründen nicht notwendig. Tabelle 15 verdeutlicht die entsprechenden Einsparungseffekte im Rahmen des Modellversuchs.

	t = 1	t = 2	t = 3
Monetäre Einsparung Hotline [TEUR]	20	20	20
Monetäre Einsparung Handouts [TEUR]	5	5	5
Σ der monetären Einsparungen [TEUR]	25	25	25
Σ der monetären Einsparungen (diskontiert auf t = 0) [TEUR]	24	24	23

Tab. 15: Monetäre Wirkung der Entlastung sozialer Organisationen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit

Innerhalb des dreijährigen Modellversuchs resultiert für soziale Organisationen ein Einsparungseffekt in Höhe von ca. 71.000 EUR.

Der **Akquise neuer Mitglieder durch soziale Organisationen** liegt die Annahme zugrunde, dass der durchschnittliche Mitgliedsbeitrag sozialer Organisationen jährlich 50 EUR beträgt.⁵³⁰ Für jedes Prozent der 965.000 AMD-Patienten in NRW, das Mitglied in einer sozialen Organisation wird, entstehen Mitgliedseinnahmen in

⁵²⁸ Vgl. Kap. C 2.3.2.

⁵²⁹ Vgl. Kap. C 2.3.4.

⁵³⁰ Pro Retina erhebt beispielsweise einen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 60 EUR. Vgl. **PRO RETINA DEUTSCHLAND E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.pro-retina.de/faq> [Abruf: 20.06.2010]. Der jährliche Mitgliedsbeitrag im Bund zur Förderung Sehbehinderter beläuft sich auf 27 EUR. Vgl. **BUND ZUR FÖRDERUNG SEHBEHINDERTER E. V.** (HRSG.), Beitrittserklärung, URL: <http://www.bfs-ev.de/index.php?menuid=13> [Abruf: 22.06.2010]. Aus Vereinfachungsgründen wird ein mittlerer Wert von 50 EUR angenommen.

Höhe von ca. 500.000 EUR⁵³¹. Analog zu der Entlastung der Augenärzte ist davon auszugehen, dass unter Berücksichtigung der Einführungs- und Wachstumsphase des Netzwerks im zweiten und dritten Jahr aufgrund der steigenden Bekanntheit der Organisationen mehr Patienten Mitglied werden als im ersten Jahr. Im Rahmen der operativen Zielsetzungen des Netzwerks wurde gezeigt, dass der Anteil der dauerhaften Nutzer sozialer Angebote einen geringen Prozentsatz ausmacht.⁵³² Daran anknüpfend soll im Folgenden die vorsichtige Annahme bzw. Schätzung zugrunde gelegt werden, dass im dritten Jahr des Modellversuchs die Akquise von Mitgliedern zwischen 1,4 % (worst case) und 2,8 % (best case) schwankt.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass mit einer höheren Anzahl der Mitglieder auch die Kosten, beispielsweise für Materialien, Porto und Verwaltung, steigen. Auf Basis der Erfahrungen von Experten aus dem sozialen Sektor soll nachfolgend davon ausgegangen werden, dass sich der Anteil der entstehenden Kosten im Verhältnis zum Mitgliedsbeitrag auf 75 % beläuft. Es wird überdies davon ausgegangen, dass sich die Akquise neuer Mitglieder auf die Aktivitäten des Netzwerks zurückführen lässt. Tabelle 16 verdeutlicht die monetären Wirkungen der Mitgliederakquise.

	t = 1			t = 2			t = 3		
	wc	ac	bc	wc	ac	bc	wc	ac	bc
Mitgliederakquise [%]	0,5	1,0	1,5	0,9	1,5	2,1	1,4	2,1	2,8
Monetärer Effekt [TEUR]	250	500	750	450	750	1.050	700	1.050	1.400
Monetärer Effekt nach Abzug der Kosten [TEUR]	63	125	188	113	188	263	175	263	350
Monetärer Effekt nach Abzug der Kosten (diskontiert auf t = 0) [TEUR]	61	121	182	106	177	247	160	240	320

Tab. 16: Monetäre Wirkung der Akquise neuer Mitglieder durch soziale Organisationen

⁵³¹ Aus Vereinfachungsgründen wird der genaue Wert von 482.500 EUR aufgerundet.

⁵³² Vgl. Kap. C 2.3.1.

Für das worst-case-Szenario ergibt sich innerhalb des Modellversuchs ein Effekt in Höhe von ca. 327.000 EUR. Die monetären Wirkungen des average-case- bzw. des best-case-Szenarios belaufen sich auf ca. 538.000 EUR bzw. ca. 749.000 EUR. Zu beachten ist analog zu der zeitlichen Entlastung der Augenärzte, dass neue Mitglieder sozialer Organisationen ihre Mitgliedschaft für den Fall der Auflösung des Netzwerks nach Beendigung des Modellversuchs nicht kündigen würden. Entsprechend profitieren soziale Organisationen auch in den Perioden nach Abschluss des Modellversuchs, was jedoch entsprechend der Vorgehensweise oben nicht berücksichtigt wird.

Mit Blick auf die **Verringerung der Folgekosten** der AMD wird auf eine – bereits zu Beginn dieser Arbeit – thematisierte Studie von PAULEIKHOFF ET AL. rekurriert.⁵³³ Im Rahmen dieser Studie wird untersucht, welche Kosten Patienten mit feuchter AMD für das Gesundheits- und Sozialwesen verursachen. Abgesehen von höheren medizinischen Kosten wird deutlich, dass die Gesamtkosten für **erhaltene Hilfe bei Alltagsleistungen** bei Patienten mit feuchter AMD im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bei einer Differenz von jährlich ca. 3.500 EUR signifikant höher sind. Bezüglich der Kosten aufgrund von Stürzen und Kosten für die Behandlung von Depressionen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Vor dem Hintergrund, dass 15 % aller AMD-Patienten an der feuchten Form erkrankt sind (also ca. 150.000 in NRW), resultieren jährliche Zusatzkosten in Höhe von 525 Mio. EUR allein aufgrund der Inanspruchnahme von Alltagshilfen. Für jedes Prozent der Summe aller AMD-Patienten, bei dem es gelingt, die Hilfe bei sozialen Aktivitäten um einen Prozentpunkt zu verringern, ergibt sich ceteris paribus ein Einsparungseffekt von 52.500 EUR. Zunächst sei vereinfacht angenommen, dass die Betroffenen ausschließlich von ehrenamtlichen Beratern betreut und mit Blick auf die Erhaltung von Autonomie und Mobilität beraten werden. Der Effekt der Verringerung der Unterstützung bei Alltagsleistungen wird entsprechend sehr gering sein. Ferner ist zu berücksichtigen, dass der sozioökonomische Effekt der Entlastung des Gesundheits- und Sozialwesens mit einer zeitlichen Verzögerung (einem so genannten *time-lag*) eintritt. Dies lässt sich dadurch begründen, dass ein Großteil der Patienten aufgrund des Krankheitsverlaufs nicht bereits zum Zeitpunkt der Diagnose oder der ersten sozialen Beratung Hilfe bei Alltagsleistungen benötigt, sondern erst einige Jahre danach. Da der Effekt für die Beurteilung des gesamtgesellschaftlichen Nutzens wesentlich ist, wird in Abgrenzung zu den vorherigen Effekten die über den dreijährigen Modellversuch hinausgehende Wirkung be-

⁵³³ Vgl. PAULEIKHOFF, D. ET AL., Neovaskuläre altersabhängige Makuladegeneration in Deutschland, a. a. O.

trachtet. Es wird dabei angenommen, dass der *time-lag* einen Zeitraum von fünf Jahren betrifft. Aus diesem Grund werden die Wirkungen in den Jahren 6, 7 und 8 betrachtet. Tabelle 17 verdeutlicht diesbezüglich die monetären Wirkungen unter Berücksichtigung dreier Szenarien. Im Rahmen der Szenarien wird einerseits differenziert, wie viele Patienten dahingehend erreicht werden, dass sie soziale Angebote in Anspruch nehmen. Dabei ist die Prozentzahl der erreichten Patienten analog zu den Mitgliederzuwächsen sozialer Organisationen gewählt. Andererseits wird bezüglich der Wirkung auf die Verringerung der Unterstützungsleistungen im Alltag differenziert. Die Verringerung der Alltagshilfen beruht auf vorsichtigen Schätzungen.

	t = 6			t = 7			t = 8		
	wc	ac	bc	wc	ac	bc	wc	ac	bc
Erreichte Patienten [%]	0,5	1,0	1,5	0,9	1,5	2,1	1,4	2,1	2,8
Verringerung der Alltagshilfen [%-Punkte]	1,0	2,0	3,0	3,0	5,0	7,0	6,0	9,0	11,0
Monetärer Effekt [TEUR]	26	105	236	142	394	772	441	992	1.617
Monetärer Effekt (diskontiert auf t = 0) [TEUR]	22	88	198	115	320	628	348	783	1.277

Tab. 17: Monetäre Wirkungen durch die Verringerung von Unterstützung bei Alltagshilfen

Für das worst-case-Szenario ergibt sich innerhalb des Modellversuchs ein Effekt in Höhe von ca. 485.000 EUR. Die monetären Wirkungen des average-case- bzw. des best-case-Szenarios belaufen sich auf ca. 1.191.000 EUR bzw. ca. 2.103.000 EUR.

Sofern die Patienten professionell, beispielsweise durch Rehabilitationslehrer, betreut werden, gehen damit Investitionen für Krankenkassen, das Sozialamt oder Patienten selbst einher.⁵³⁴ Des Weiteren ist davon auszugehen, dass die Verringerung der Unterstützung bei Alltagsleistungen durch die professionelle Beratung deutlich höher sein wird als bei der Beratung durch Ehrenamtliche. Ohne diesen Effekt näher zu berechnen, sei auf eine **kritische Größe** hingewiesen. Aus mone-

⁵³⁴ Vgl. hierzu Kap. B 3.1.3.

tärer Sicht ist die Investition in Rehabilitationstraining lohnend, wenn die aufgrund des Rehabilitationstrainings eingesparten Kosten für die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten die Kosten für das Rehabilitationstraining überkompensieren. Unter der Annahme, dass das Rehabilitationstraining durchschnittliche Kosten in Höhe von 2.500 EUR verursacht⁵³⁵, wäre die kritische Größe erreicht, wenn ein Patient aufgrund des Trainings 0,71 Jahre⁵³⁶ weniger Unterstützung bei Alltagsaktivitäten benötigt.

Mit Blick auf die Verringerung der Folgekosten ist abschließend zu betonen, dass die berechneten Wirkungen nur die feuchte Form der AMD betreffen. Aufgrund fehlender Studien könnten Effekte für die trockene Form der AMD nur auf Basis grober Schätzungen berechnet werden. Da die Zahl der trockenen AMD-Patienten jedoch fast sechsmal so hoch ist wie die der Patienten mit feuchter AMD, ist trotz erwartungsgemäß geringeren Belastungen pro Patient von einer erheblichen Belastung auszugehen.

Auf Basis der vier untersuchten Effekte können die SROI für die unterschiedlichen Szenarien berechnet werden. Der Berechnung liegt im Allgemeinen folgende Formel zugrunde:

$$\text{SROI} = \frac{R(E_{d1}) + R(E_{d2}) + R(E_{d3}) + R(E_{d4})}{I_{t=0} + I_{t=1} * ((1+i)^{-1}) + I_{t=2} * ((1+i)^{-2}) + I_{t=3} * ((1+i)^{-3})}$$

mit:

R = monetärer Rückfluss

E_d = Effekt (diskontiert auf $t = 0$ mit $i = 0,03$)

I = Investition

t = Jahr des Modellversuchs

i = Diskontierungssatz

Im Zähler werden die auf den Zeitpunkt $t = 0$ diskontierten monetären Wirkungen der vier Effekte abgebildet. Im Nenner sind die Investitionen, aufgeschlüsselt in

⁵³⁵ Vgl. hierzu Kap. B 3.1.3. Zugrunde gelegt wird hierbei das Rehabilitationstraining in Lebenspraktischen Fähigkeiten, das für AMD-Patienten tendenziell eher relevant ist als das Training im Bereich Orientierung und Mobilität. Für das Training in Orientierung und Mobilität, das durchschnittlich Kosten in Höhe von 8.500 EUR verursacht, würde sich die kritische Größe auf 2,43 Jahre belaufen.

⁵³⁶ Wie oben gezeigt wurde, sind die jährlichen Kosten für die Unterstützung bei Alltagsleistungen bei Patienten mit feuchter AMD durchschnittlich 3.500 EUR pro Jahr höher als bei einer Kontrollgruppe. Die kritische Größe von 0,71 Jahren ergibt sich aus dem Quotienten aus Investition (2.500 EUR) und Rückfluss in Form der eingesparten Unterstützung (3.500 EUR pro Jahr).

Start-up-Kosten und jährliche, auf den Zeitpunkt $t = 0$ diskontierte Kosten des Netzwerks, abgebildet.⁵³⁷

Für die drei Szenarien ergeben sich folgende Ergebnisse:

1) worst-case-Szenario:

$$SROI_{wc} = \frac{(184.000 + 71.000 + 327.000 + 485.000)}{(95.000 + 390.000 * (1,03^{-1}) + 390.000 * (1,03^{-2}) + 390.000 * (1,03^{-3}))} = 0,89$$

2) average-case-Szenario:

$$SROI_{ac} = \frac{(625.000 + 71.000 + 538.000 + 1.191.000)}{(95.000 + 390.000 * (1,03^{-1}) + 390.000 * (1,03^{-2}) + 390.000 * (1,03^{-3}))} = 2,02$$

3) best-case-Szenario:

$$SROI_{bc} = \frac{(1.065.000 + 71.000 + 749.000 + 2.103.000)}{(95.000 + 390.000 * (1,03^{-1}) + 390.000 * (1,03^{-2}) + 390.000 * (1,03^{-3}))} = 3,33$$

Es wird deutlich, dass die Investition im worst-case-Szenario geringfügig größer ist als die Rückflüsse. Aus diesem Grund wird der Break-even-Punkt des SROI in Höhe von 1 leicht unterschritten. Sowohl im average-case-Szenario als auch im best-case-Szenario sind die Rückflüsse jedoch deutlich höher als die Investition.

Ad 5: **Berichterstattung:** Insgesamt zeigt sich, dass die Investition in das AMD-Netzwerk aus rein monetär ausgerichteten Kriterien investitionstheoretisch sinnvoll ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der sehr konservativen Annahmen und der Nicht-Berücksichtigung weiterer monetärer Effekte innerhalb des Modellversuchs und in den Folgejahren. Unabhängig von der monetären Betrachtung kann durch das Netzwerk ein erheblicher gesellschaftlicher Beitrag bzw. ein erheblicher sozialer Mehrwert geschaffen werden, da die durch das Netzwerk geschaffenen Verbesserungen zu einer Steigerung der Lebensqualität der Patienten sowie einer emotionalen Entlastung der Angehörigen und der Augenärzte beitragen können.

⁵³⁷ Vgl. zu den Kosten p. a. auch Kap. C 2.2.7 bzw. C 2.3.4.

5. Weiterentwicklung eines medizinisch-sozialen AMD-Netzwerks

Anknüpfend an das dargestellte perspektivische Controlling gilt es, den **Netzwerk-erfolg in der Betreibungsphase begleitend zu evaluieren**. Damit wird überprüft, inwieweit die Ziele des AMD-Netzwerks innerhalb des Modellversuchs erreicht wurden. Für eine umfassende Erfolgskontrolle ist es erforderlich, sämtliche Stakeholdergruppen, die von der Arbeit des Netzwerks tangiert werden, empirisch zu befragen. Im Kern sind dies Patienten, Angehörige der Patienten, Augenärzte und soziale Organisationen. Zur Sicherstellung der Zurechenbarkeit möglicher Effekte empfiehlt sich die Durchführung von Gruppenvergleichen. Damit kann beispielsweise untersucht werden, ob Patienten, die Leistungen des AMD-Netzwerks nutzen, signifikant besser über die AMD informiert oder signifikant zufriedener sind als Patienten, die Leistungen des AMD-Netzwerks nicht nutzen. Gleiches ist mit Blick auf die Entlastung von Augenärzten und Angehörigen sowie die Steigerung der Bekanntheit und der Frequentierung sozialer Organisationen möglich. Darüber hinaus ist der Social Return on Investment auf Basis der Netzwerkergebnisse zu berechnen und mit dem – auf Zielen basierenden – prognostizierten Social Return on Investment zu vergleichen.

Vereinfacht kann die Evaluierung des Netzwerkerfolgs drei Schlussfolgerungen zulassen. Sofern die **Ziele des Netzwerks deutlich verfehlt** werden, ist die Auflösung des Netzwerks in Betracht zu ziehen. Sollten **Teilziele nicht erreicht** werden, ist eine Modifikation des Netzwerkkonzepts erforderlich. Um das Konzept gezielt zu modifizieren, bedarf es einer Fehleranalyse sowie der Ableitung von Maßnahmen zu deren Behebung. Sofern die **Zielsetzungen erreicht oder übertroffen** werden, kann das Netzwerkkonzept fortgeführt bzw. multipliziert werden.

Wenn die Netzwerkziele im Rahmen des dreijährigen Modellversuchs in NRW erreicht werden, erscheint die Übertragung des Netzwerkkonzepts auf Deutschland im Sinne einer **regionalen Multiplikation** sinnvoll. Dabei sind folgende Fragen relevant:

- 1) Wie ist die **strategische Programmplanung** des AMD-Netzwerks zu übertragen bzw. weiterzuentwickeln?
- 2) Inwieweit ist eine Anpassung der **Strukturen** des AMD-Netzwerks erforderlich?
- 3) Wie kann die **Finanzierung** des Netzwerks dauerhaft sichergestellt werden?

ad 1: Die Frage nach der Übertragung der Programmplanung lässt sich in zwei Punkte untergliedern. Einerseits ist zu prüfen, welche **bestehenden Leistungen** sich mit welchem zusätzlichen Aufwand in welcher Form auf Deutschland übertragen lassen. Andererseits stellt sich die Frage, durch welche **neuen Elemente** die Programmplanung weiterentwickelt werden kann. Mit Blick auf die Multiplikation bestehender Leistungen lässt sich folgendes festhalten:

Die Übertragung der **IT-Plattform** auf Deutschland ist insgesamt mit einem verhältnismäßig geringen zusätzlichen Aufwand möglich. Dies gilt insbesondere für die in der Regel nicht NRW-spezifischen **medizinischen Informationen**, die Nutzung **interaktiver Foren** sowie die Identifikation von best practices in Bezug auf medizinische Versorger, soziale Versorger und Hilfsmittel. Bezüglich des Elements des **Versorgungsatlas** ist es notwendig, die Adressdaten aller in Deutschland tätigen medizinischen und nicht-medizinischen Leistungsanbieter, die Partner des AMD-Netzwerks sind, zu beschaffen und auf der IT-Plattform zu hinterlegen. Da im Rahmen des Modellversuchs überwiegend Landesgruppierungen von deutschlandweit tätigen Organisationen und Verbänden im Netzwerk vertreten sind, erscheint eine Kontaktherstellung zur bundesweiten Führungsebene und eine damit einhergehende Datenbeschaffung möglich. Bei Organisationen, die nicht in NRW tätig sind, ist zunächst eine Kontaktaufnahme nötig, um sie für das Netzwerk zu akquirieren und daran anknüpfend Daten für den Versorgungsatlas zu erhalten. Im Hinblick auf den **Veranstaltungskalender** ist die Beschaffung von Veranstaltungsterminen – analog zur Datenbeschaffung für den Versorgungsatlas – über die bundesweiten Partner möglich. Bei einem deutschlandweiten Veranstaltungskalender empfiehlt es sich, eine Differenzierung nach Bundesländern vorzunehmen, da es beispielsweise angesichts bestehender Mobilitätsbarrieren nicht zielgruppengerecht ist, AMD-Patienten über jede Veranstaltung in Deutschland zu informieren. Unabhängig von etwaigen Mobilitätsbarrieren würde der Hinweis auf sämtliche Veranstaltungen den Komplexitätsgrad der Informationen unnötig erhöhen.

Sofern es gelingt, die Adressen der Leistungsanbieter für den Versorgungsatlas zu beschaffen, ermöglicht dies die Erstellung von **Handouts** für Patienten. Die Übersicht über Leistungsanbieter in der Umgebung der Praxis wird dabei mit den auf dem Versorgungsatlas hinterlegten Daten synchronisiert. Eine Anpassung medizinischer Diagnosen ist nicht erforderlich.

Bezüglich der **AMD-Hotline** ist eine Übertragung auf Deutschland ohne größere Schwierigkeiten möglich, da sie die Informationen übermittelt, die auf der IT-

Plattform digital zur Verfügung gestellt werden. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass eine deutschlandweite AMD-Hotline voraussichtlich stärker frequentiert würde, was eine Anpassung der personellen Kapazität erfordern könnte.

Vernetzungsveranstaltungen, Patientenveranstaltungen sowie **Marketing-Workshops** können auf Basis der Erfahrungen des Modellversuchs deutschlandweit durchgeführt werden. Gleiches gilt für die Entwicklung von **Marketing-Konzepten** für soziale Organisationen. Bei der Sicherstellung der **örtlichen Vernetzung** können best practices aus dem Modellversuch, beispielsweise hinsichtlich der Kontaktaufnahme zu Augenärzten und anderen örtlichen Versorgern, auf die deutschlandweite Ebene übertragen werden.

Eine differenzierte Betrachtung ist bei der **AMD-Forschung** nötig. Der Bereich der medizinischen Forschung ist nicht NRW-spezifisch, sodass die Übertragung auf Deutschland keine größeren Veränderungen erfordert. Die Versorgungsforschung wird bei einer Übertragung des Netzwerks auf Deutschland jedoch deutlich komplexer, da bei einer deutschlandweiten Betrachtung die Zahl der Akteure steigt und unterschiedliche strukturelle Gegebenheiten zu berücksichtigen sind.

Bei der Planung der Übertragung bestehender Leistungen ist eine entsprechende **Vorlaufzeit** zu berücksichtigen. So müssen die deutschlandweiten Daten für den Versorgungsatlas beispielsweise bereits einige Monate vor der Übertragung beschafft werden, um neben der IT-Plattform auch die Handouts und die AMD-Hotline deutschlandweit auszuhändigen bzw. betreiben zu können. Ebenfalls erforderlich ist die **Anpassung der Kommunikationsstrategie**. Dies ist notwendig, um die Zielgruppen des AMD-Netzwerks außerhalb von NRW über die Leistungen des AMD-Netzwerks zu informieren. Analog zur Kommunikationsplanung im Rahmen des Modellversuchs empfiehlt sich ein stufenweises Vorgehen, bei dem zunächst die interne Kommunikation mit den deutschlandweiten Partnern und daran anschließend die externe Kommunikation im Fokus stehen. Bei der externen Kommunikation erscheint es angebracht, Multiplikatoren einzubeziehen und sich z. B. über nationale Kongresse an die Zielgruppe der Augenärzte zu wenden. Im Idealfall können Erfolge des Modellversuchs aus NRW kommuniziert werden, um das Netzwerk deutschlandweit bekannt zu machen und eine Mitwirkung zu generieren.

Als **neuartige Leistung** kommt die Durchführung einer **bundesweiten Aufklärungskampagne** in Betracht. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass für eine bundesweite Aufklärungskampagne erhebliche finanzielle Mittel erforderlich sind.

Deshalb erscheint die Durchführung einer Kampagne nur in Kooperation mit Partnern oder durch die Unterstützung von Sponsoren möglich. Ob und in welcher Form eine Aufklärungskampagne durchgeführt wird, sollte unter anderem von den Entwicklungen im Bereich der Forschung abhängig gemacht werden. Grundsätzlich lässt sich diesbezüglich folgern, dass eine Aufklärungskampagne umso sinnvoller ist, je besser die Früherkennung und die Therapiemöglichkeiten sind. Entsprechend sollte kritisch geprüft werden, ob der mit einer Kampagne einhergehende Nutzen die dafür entstehenden Kosten überkompensiert.

Eine weitere perspektivische Leistung könnte die **Aus- und Weiterbildung von Praxispersonal** sein. Auf Basis erster Tests in NRW könnten im Rahmen der Übertragung Curricula entwickelt und Ausbildungspersonal akquiriert werden.

Nicht zuletzt kommt die Entwicklung eines **Qualitätssiegels** als eine perspektivische Leistung des Netzwerks in Betracht. Schwerpunktmäßig für die Multiplikation auf Deutschland relevant ist sie aus zweierlei Gründen: Erstens müssen zunächst Qualitätsstandards definiert und klare Kriterien festgelegt werden. Dies erfolgt innerhalb des Modellversuchs im Rahmen eines gemeinsamen Lernprozesses, in den sich die Partner des Netzwerks einbringen. Zweitens wäre es insbesondere in grenznahen Regionen wettbewerbsverzerrend und damit konfliktbehaftet, wenn ein Arzt, dessen Praxis sich außerhalb von NRW befindet, alleine deshalb kein Qualitätssiegel erhalten würde.

ad 2: Eine **Anpassung der Strukturen** innerhalb des Netzwerks ist insofern nötig, als dass Vertreter von Partnerorganisationen auf Bundesebene Mitglied im Netzwerk werden. Dies betrifft schwerpunktmäßig den mit Partnern besetzten Beirat des Netzwerks. Anpassungen innerhalb des Kuratoriums sind ebenfalls möglich. Veränderungen im Vorstand sollten im Sinne der Kontinuität des Netzwerks möglichst vermieden werden. Aufgrund zunehmender Komplexität und höherer Anforderungen an die Koordination bei einer Multiplikation des Netzwerks auf Deutschland ist es notwendig, die personelle Struktur innerhalb des Netzwerks auszuweiten. Davon betroffen ist insbesondere der Bereich der operativen Geschäftsführung. Auf Basis eines Ressourcenplans ist rechtzeitig zu prüfen, wie viel operativ tätiges Personal für die Planung und Umsetzung deutschlandweiter Leistungen erforderlich ist.

ad 3: Wenngleich die Beantwortung von Frage 1 gezeigt hat, dass eine Übertragung der Netzwerkleistungen aus dem Modellversuch mit einem verhältnismäßig geringen zusätzlichen Aufwand möglich ist, besteht kein Zweifel daran, dass eine

Übertragung des Netzwerks auf Deutschland mit höheren Kosten verbunden ist. Dies lässt sich auf die mögliche Durchführung einer Aufklärungskampagne sowie den höheren Bedarf an personellen Ressourcen zurückführen. Um den Mittelbedarf dauerhaft zu decken, ergeben sich drei Optionen: Erstens wäre die Überführung des Vereins in eine Stiftung möglich. Unter der Annahme eines Mindestkapitalbedarfs in Höhe von ca. 500.000 EUR pro Jahr würde das notwendige Stiftingskapital bei einer angenommenen jährlichen Verzinsung von 3 % allerdings ca. 17 Mio. EUR betragen. Zweitens besteht die Option, Förderer dauerhaft an das Netzwerk zu binden bzw. neue Förderer des Netzwerks zu gewinnen. Mit Blick auf die Gewinnung neuer Förderer kommt bei einer Übertragung des Konzepts auf Deutschland insbesondere der Staat in Betracht. Die Option der Finanzierung durch Förderer ist jedoch risikobehaftet, da sich eine gewisse Abhängigkeit nicht vermeiden lässt. Drittens besteht die Möglichkeit der Entwicklung von Geschäftsmodellen. Diese könnten dazu beitragen, dass sich das Netzwerk weitestgehend selbst trägt. Als mögliche Einnahmequellen zur Sicherung der Geschäftsfähigkeit kommen beispielsweise die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen und die Durchführung von Marketingfortbildungen für Augenärzte infrage. Weitere potenzielle Einnahmequellen sind im Laufe des Modellversuchs zu erarbeiten. Bei der Prüfung möglicher Geschäftsmodelle ist zu berücksichtigen, dass diese die Positionierung des Netzwerks nicht konterkarieren.

Um das Netzwerkkonzept übertragen zu können, ist die **Untersuchung der Versorgungssituation in anderen Bundesländern** eine notwendige Bedingung. Damit wird das Ziel verfolgt, zu prüfen, inwieweit sich die im Rahmen dieser Arbeit identifizierten Versorgungslücken deutschlandweit bestätigen lassen. Vor dem Hintergrund, dass Experten die Versorgung in NRW vergleichsweise gut einschätzen, könnten die Versorgungslücken in anderen Bundesländern noch deutlicher ausgeprägt sein. Falls in anderen Bundesländern beispielsweise weniger soziale Beratungsstellen vorhanden wären, hätte dies zur Folge, dass in einem ersten Schritt die Strukturen entwickelt werden müssten und erst in einem zweiten Schritt sektorübergreifend zusammengeführt werden könnten.

Neben einer regionalen Multiplikation besteht die Möglichkeit, das Versorgungskonzept auf andere Krankheitsbereiche zu übertragen (**funktionale Multiplikation**). Aufgrund der Erfahrungen des AMD-Netzwerks in der Versorgung von sehbehinderten Menschen sowie bestehender Kontakte zu einzelnen Versorgern erscheint insbesondere eine Übertragung auf **andere Augenerkrankungen** sinnvoll. Überdies ist eine funktionale Multiplikation auf **andere altersbedingte Erkrankungen** möglich, da die Bedürfnisse älterer Patientengruppen tendenziell ähnlich

sind. Grundsätzlich ist eine Übertragung auch auf Krankheiten, die weder das Auge noch ältere Patientengruppen betreffen, denkbar. Wie bei anderen Augenerkrankungen und anderen altersbedingten Erkrankungen sind dabei jedoch **krankheitsspezifische Faktoren** zu berücksichtigen, die die Ausgestaltung bzw. Übertragung des Versorgungskonzepts beeinflussen können. Solche Faktoren sind beispielsweise die Dringlichkeit der medizinischen Hilfeleistung, die Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung, die gesetzlichen Regelungen zur Rehabilitation oder die Wirkung der Erkrankung auf das psychologische Wohlbefinden der Patienten. Zusätzlich ist die Zahl der Betroffenen ein wesentlicher Faktor. Diesbezüglich ist davon auszugehen, dass die Anwendung des Netzwerkkonzepts unter Berücksichtigung von Effizienzüberlegungen umso sinnvoller ist, je mehr Patienten davon profitieren können.

Bei der Übertragung von Leistungen des AMD-Netzwerks auf Krankheiten, die weder das Auge, noch ältere Patientengruppen betreffen, erscheint **in besonderem Maße die IT-Plattform geeignet**. Dies vor allem deshalb, weil jüngere, nicht sehbehinderte Patienten tendenziell stärker internetaffin sind und die Plattform somit intensiver nutzen können. Die Einrichtung einer Hotline ist in diesem Fall weniger relevant. Gleichwohl empfiehlt es sich, sie als alternatives Angebot zur Internetplattform einzurichten, da nicht alle Patienten einen Zugang zum Internet haben. Entsprechende Tests zur Frequentierung sollten im Vorfeld durchgeführt werden. Ebenfalls sinnvoll erscheint die Übertragung der Handouts, die Kurzbeschreibungen zur Erkrankung und ggf. weitere Anlaufstellen beinhalten.

Speziell für soziale Organisationen und Selbsthilfegruppen, die in anderen Krankheitsbereichen tätig sind, können die **Erkenntnisse der örtlichen Vernetzung** hilfreich sein. Dies vor allem deshalb, weil soziale Organisationen und Selbsthilfegruppen in nahezu allen Krankheitsbereichen Schwierigkeiten haben, Kontakte zu Ärzten und anderen Versorgern aufzubauen.

Nicht zuletzt ist die Übertragung von **Marketingveranstaltungen** zweckmäßig. Diese können sich einerseits an soziale Organisationen richten, um deren Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern. Andererseits kann mit dem Zweck der Profilierung im Wettbewerb auch die Zielgruppe der Ärzte angesprochen werden.

D. Schlussbetrachtung

Am Beispiel der AMD wurde auf Basis einer Systemanalyse Verbesserungsbedarf in der Versorgung identifiziert. Im Anschluss daran wurde aufgezeigt, dass ein übergeordnetes medizinisch-soziales Netzwerk die am besten geeignete Alternative ist, um den Grad der Erreichung von Systemzielen zu verbessern. Schließlich wurde ein Gestaltungskonzept für das Netzwerk entwickelt.

Im Sinne eines **induktiven Vorgehens** stellt sich die Frage, welche Erkenntnisse dieser Arbeit für die Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke im Allgemeinen genutzt werden können, um einen Beitrag zur organisationsbezogenen Versorgungsforschung zu leisten.

Für die Identifikation von Erfolgsbedingungen bzw. erfolgskritischen Fragen bei der Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke erscheint eine **phasenspezifische Betrachtung** angemessen. Im Einzelnen kann zwischen der Initiierungs-, der Anbahnungs- und der Umsetzungsphase differenziert werden. Darüber hinaus ist von Relevanz, durch welche Faktoren die Stabilität medizinisch-sozialer Netzwerke gewährleistet werden kann.

In der Initiierungsphase kommt dem **Personenkreis der Initiatoren** eine Schlüsselrolle zu. Die Erfahrungen des medizinisch-sozialen Netzwerks im AMD-Sektor zeigen, dass der Zugang zu hochrangigen Vertretern medizinischer und sozialer Organisationen erleichtert wird, wenn es sich bei den Initiatoren um **renommierte Persönlichkeiten** handelt, die eine Expertise im Gesundheitssektor oder angrenzenden Disziplinen aufweisen.⁵³⁸ Des Weiteren steigert die **Betroffenheit** eines Initiators die Authentizität eines Vorhabens.⁵³⁹ Die Glaubwürdigkeit der Initiative wird weiterhin durch die **Unabhängigkeit** des Initiatorenkreises gesteigert. Dementsprechend ist es vorteilhaft, wenn die Initiative von einer Person/Institution

⁵³⁸ Der Einfluss des Renommées des Initiatorenkreises auf den Zugang zu hochrangigen Vertretern medizinischer und sozialer Organisationen zeigt sich in der Responsequote im Rahmen der Expertengespräche. Diese lag – wie in Kap. B 2 gezeigt – bei 92 %. Die Experten wurden von Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Bertelsmann Stiftung, persönlich angeschrieben. In dem Anschreiben wurde auf seine ehemalige Tätigkeit als Vorstandsvorsitzender der Bertelsmann Stiftung und auf medizinische Experten, die das Vorhaben unterstützen, hingewiesen.

⁵³⁹ In den Anschreiben an die Experten wurde ebenfalls auf die eigene Betroffenheit des Initiators hingewiesen. Vgl. zu dem Engagement aus persönlicher Betroffenheit auch **MATZAT, J.**, Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen – unter besonderer Berücksichtigung der Patienten-Selbsthilfebewegung, in: Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ Deutscher Bundestag (Hrsg.), Bürgerschaftliches Engagement und Sozialstaat, Opladen 2003, S. 289.

ausgeht, die nicht Bestandteil des Versorgungssystems ist und dadurch keine Interessen verfolgt, die im Gegensatz zu Interessen einzelner Systemelemente stehen könnten. Bei branchenexternen Initiatoren ist zu berücksichtigen, dass der **Aufbau von branchenspezifischem Know-how** notwendig ist. Dabei können **Fach- und Beziehungspromotoren** unterstützend wirken, die einerseits Know-how transferieren und andererseits Kontakte innerhalb des Versorgungssektors herstellen.⁵⁴⁰ Nicht zuletzt werden die Glaubwürdigkeit und die Akzeptanz der Initiative durch **ehrenamtliche (Vor-) Arbeiten** des Initiatorenkreises gesteigert.⁵⁴¹

Zur Identifikation von Problembereichen bzw. von Verbesserungsbedarf ist die Durchführung einer **Situationsanalyse** in der Initiierungsphase erforderlich. Um einen möglichst umfassenden Überblick über die Versorgungssituation zu erhalten, ist eine Berücksichtigung möglichst aller an der Versorgung beteiligten **Stakeholder** zweckmäßig. Die Erfahrungen im AMD-Sektor zeigen, dass es – analog zu der Herkunft des Initiatorenkreises – vorteilhaft ist, wenn die Situationsanalyse von **unabhängigen Instanzen** durchgeführt wird. Dies steigert die Akzeptanz der Ergebnisse, da eine Beeinflussung zur Durchsetzung eigener Interessen innerhalb des Versorgungssystems ausgeschlossen werden kann. Sofern – wie im Rahmen dieser Arbeit – empirische Befragungen durchgeführt werden, sollten diese zumindest annähernd **repräsentativ** sein. Dies ist erforderlich, um Maßnahmen ableiten zu können, die für das betrachtete System bzw. eine betrachtete Region relevant sind. Falls sich regionale Besonderheiten identifizieren lassen, ist die Gestaltung des Systems segmentspezifisch vorzunehmen.

Neben der Identifikation von Verbesserungsbedarf ist es ein Ziel der Situationsanalyse, zu untersuchen, welche Systemelemente welche Leistungen innerhalb des Systems erbringen. Dies wirkt etwaigen Reaktanzen bei der Systemgestaltung entgegen, die entstehen können, wenn sich bestehende Leistungserbringer durch eine neue Initiative in ihrem Leistungsspektrum bedrängt fühlen. Weiterhin haben die Erfahrungen im AMD-Sektor gezeigt, dass es hilfreich ist, im Rahmen der Situationsanalyse bestehende **Konflikte bzw. Konfliktpotenziale** innerhalb des Versorgungssystems zu identifizieren. Darüber hinaus hat es sich bewährt, ein **Rollenverständnis** zu entwickeln. Die Untersuchungen haben beispielsweise gezeigt, dass Medizinern aufgrund ihres Kontakts zu Patienten an der medizinisch-

⁵⁴⁰ Vgl. grundlegend WITTE, E., Organisation für Innovationsentscheidungen – das Promotoren-Modell, Göttingen 1973; HAUSCHILDT, J., GEMÜNDEN, H. G., Promotoren – Champions der Innovation, 2. Aufl., Wiesbaden 1999.

⁵⁴¹ Im Rahmen des AMD-Netzwerks ist das ehrenamtliche Engagement des Initiatorenkreises von Akteuren des Versorgungssektors wiederholt geschätzt und als Erfolgsfaktor benannt worden.

sozialen Schnittstelle eine **Schlüsselfunktion** zukommt. Bestehende Konfliktpotenziale und Rollenverständnisse sind bei der Gestaltung des Versorgungssystems zu berücksichtigen. Im Sinne einer **transparenten Kommunikation** ist es empfehlenswert, die Ergebnisse der Situationsanalyse zu veröffentlichen und dabei vor allem bestehenden Verbesserungsbedarf hervorzuheben.

Bei der Gestaltung eines Systems ergeben sich Analogien zu **Change-Prozessen**, da das System auf Basis in der Situationsanalyse identifizierter Problem- bzw. Verbesserungsbereiche verändert wird.⁵⁴² Dabei ist es besonders relevant, zunächst ein Veränderungsbewusstsein zu schaffen⁵⁴³, um darauf aufbauend Einstellungen und Verhaltensweisen zu beeinflussen.⁵⁴⁴ Um diesen Prozess anzustoßen, bedarf es der Definition und Kommunikation von **Netzwerkvisionen und -zielsetzungen**. Bezüglich der einzelnen Ziele ist eine konsensfähige Priorisierung vorzunehmen. Im Rahmen des AMD-Netzwerks hat es sich bewährt, bei der Erarbeitung von **Strategien** zur Verbesserung der Versorgungssituation Ideen und Vorschläge der Akteure des Versorgungssystems einzubeziehen.

Als notwendige Bedingung für die Umsetzung eines medizinisch-soziales Netzwerks bedarf es der **Akquise von Partnern**. Dabei ist erstens zu berücksichtigen, dass die beteiligten Partner den medizinischen und sozialen Sektor ausreichend repräsentieren. Die Integration entsprechender Verbände in ein medizinisch-soziales Netzwerk ist daher erfolgskritisch. Zweitens bedarf es der Sicherstellung eines **Kultur-Fit**. Wie die Untersuchungen gezeigt haben, sind die Kulturen des medizinischen und sozialen Sektors sehr unterschiedlich.⁵⁴⁵ Deshalb steht im Rahmen des Kultur-Fit die **Kompatibilität** der Kulturen im Vordergrund. Wenngleich eine deutliche Annäherung der Kulturen nur schwer erreichbar erscheint, sollte im Rahmen eines medizinisch-sozialen Netzwerks zumindest ein **wertschätzender Umgang** miteinander sichergestellt werden. Das beinhaltet, dass andere Sichtweisen angehört, wahrgenommen und toleriert werden.⁵⁴⁶ Ein offenes und **empathisches Verhalten** ist entsprechend sowohl von medizinischen Vertretern

⁵⁴² Vgl. zu Change-Prozessen im Allgemeinen auch **KRAUS, G., BECKER-KOLLE, C., FISCHER, T.**, Handbuch Change-Management – Steuerung von Veränderungsprozessen in Organisationen, 2. Aufl., Berlin 2006, S. 178 ff.

⁵⁴³ Vgl. z. B. **KÖRFER, R.**, Merger Integration – die ultimative Herausforderung des Change Management, in: Borowicz, F., Mittermair, K., Strategisches Management von Mergers & Acquisitions – State of the Art in Deutschland und Österreich, Wiesbaden 2006, S. 284.

⁵⁴⁴ Vgl. **BACH, N.**, Einstellungen und Verhalten der Betroffenen Mitarbeiter, in: Krüger, W., Excellence in Change – Wege zur strategischen Erneuerung, 4. Aufl., Wiesbaden 2009, S. 193 ff.

⁵⁴⁵ Vgl. Kap. C 2.1.2.

⁵⁴⁶ Vgl. hierzu auch **KRAUS, G., BECKER-KOLLE, C., FISCHER, T.**, Handbuch Change-Management – Steuerung von Veränderungsprozessen in Organisationen, a. a. O., S. 378.

als auch von Vertretern des sozialen Sektors nötig. Sofern die unterschiedlichen Sichtweisen im Rahmen eines medizinisch-sozialen Netzwerks durch eine Intensivierung des Dialogs zwischen den Sektoren zusammengeführt werden, ist ein **gegenseitiges Lernen** möglich, das beide Perspektiven für die jeweils andere sensibilisiert.⁵⁴⁷ Im Rahmen eines Lernprozesses können so **Shared Values** entwickelt werden. Von zentraler Bedeutung ist über die Sicherstellung eines Kultur-Fit hinaus die **Definition von Kriterien** für die Akquise von Partnern für ein medizinisch-soziales Netzwerk. Als wesentliche Kriterien, die nicht nur für die Anwendung im AMD-Sektor geeignet erscheinen, lassen sich die Kompetenz, die (nachgewiesene) Qualität und die Reputation der potenziellen Partner identifizieren. Werden diese Kriterien nicht erfüllt, sind negative **Strahlungseffekte auf das Netzwerk** möglich. Ein weiterer wesentlicher Aspekt im Hinblick auf die Akquise von Partnern ist die **Definition von Anreizen** zur Mitwirkung. Vor dem Hintergrund der Anreiz-Beitrags-Theorie ist davon auszugehen, dass potenzielle Partner an dem Netzwerk mitwirken werden, wenn der ihnen dadurch entstehende Nutzen die Kosten der Mitwirkung übersteigt. Entsprechend ist von den Netzwerkinitiatoren klar zu definieren, welchen Nutzen einzelne Partner an der Mitwirkung haben und welcher Beitrag von ihnen zu leisten ist. Somit ist es die Aufgabe der Netzwerkinitiatoren, **Win-win-Konstellationen** zu schaffen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht nur das Verhältnis von Anreizen zu Beiträgen der einzelnen Partner positiv ist, sondern dass das Anreiz-Beitrags-Verhältnis im Vergleich zu den Anreiz-Beitrags-Verhältnissen anderer Netzwerkpartner als gerecht empfunden wird.

Im Zusammenhang der Partnerakquise hat sich gezeigt, dass der **Auf- bzw. Ausbau von Vertrauen** erfolgskritisch ist, da sich Vertrauen als notwendige Bedingung für das Zustandekommen einer langfristig angelegten Zusammenarbeit erwiesen hat. Der Aufbau von Vertrauen ist insbesondere mit Blick auf etwaige **Selektionsprobleme** relevant, die entstehen können, wenn die Qualitäten oder Absichten der potenziellen Partner nicht erkennbar sind.

Nicht zuletzt sind bereits in der Anbahnungsphase eines medizinisch-sozialen Netzwerks etwaige **Finanzierungsquellen** zu prüfen. Dabei sollten sich Initiatoren mit der Grundsatzfrage auseinandersetzen, ob Sponsoringaktivitäten von Unter-

⁵⁴⁷ Vgl. zur Möglichkeit des gegenseitigen Lernens bei unterschiedlichen Kulturen **MEFFERT, H., HOLZBERG, M.**, Intra- und intersektorale Kooperationen – ein Beitrag zur Erfolgsfaktorenforschung von Netzwerken im Profit- und Non-Profit-Sektor, in: Schröder, H. et al. (Hrsg.), *Distribution und Handel in Theorie und Praxis*, Wiesbaden 2009, S. 37; **HAMEL, G.**, Competition for competence and interpartner learning within international alliances, in: *Strategic Management Journal*, Vol. 12, 1991, summer special, pp. 88 ff.

nehmen aus dem Versorgungssektor infrage kommen oder aus Gründen der Neutralität des Netzwerks kategorisch ausgeschlossen werden.

Im Rahmen der Umsetzungsphase ist es von zentraler Bedeutung, das geplante **Kommunikations- und Leistungsprofil** zu realisieren. Dafür ist die Einrichtung eines hauptamtlichen Netzwerkmanagements zweckmäßig⁵⁴⁸, das einerseits als direkter Umsetzer fungiert und andererseits die Partner des Netzwerks mit Blick auf die Leistungen und die Kommunikation des Netzwerks koordiniert. Eine weitere Aufgabe des Netzwerkmanagements ist das **Management von Spannungsverhältnissen**.⁵⁴⁹ Diese können sich beispielsweise zwischen Autonomie und Abhängigkeit, zwischen Vertrauen und Kontrolle oder zwischen Kooperation und Wettbewerb (**Coopetition**) der Partner ergeben.

Ein zentrales Ziel in der Umsetzungsphase ist die Entwicklung eines medizinisch-sozialen Netzwerks zu einer **Marke**, mit der ein **Qualitätsversprechen** verbunden wird, das als **Vertrauensanker** dient.⁵⁵⁰ Voraussetzung hierfür ist die Einrichtung eines **Qualitätsmanagements**, das auf Basis definierter Standards die Qualität der Partner sektorübergreifend sicherstellt. Durch eine starke Marke kann sowohl das Vertrauen der Partner als auch das Vertrauen der Adressaten eines Netzwerks gesteigert werden. Darüber hinaus ist es möglich, die **Akquise finanzieller Mittel** zu erleichtern. Somit ist eine starke Marke die Grundlage dafür, dass sich ein medizinisch-soziales Netzwerk dauerhaft selbst trägt.

Die im Rahmen der Umsetzung erbrachten Leistungen eines medizinisch-sozialen Netzwerks sollten sich grundsätzlich an **Effizienzüberlegungen** orientieren. Dementsprechend ist die Durchführung von Maßnahmen nur dann sinnvoll, wenn der dadurch generierte Nutzen die dafür entstehenden Kosten übersteigt.⁵⁵¹

In der Umsetzungsphase sind zudem kulturelle Unterschiede zwischen dem medizinischen und dem sozialen Sektor zu berücksichtigen, die einen Einfluss auf die operative Arbeitsweise haben. Dies gilt beispielsweise mit Blick auf die **Arbeits-**

⁵⁴⁸ Im Vergleich zu rein ehrenamtlichen Strukturen erscheint die Sicherstellung von Professionalität in medizinisch-sozialen Netzwerken durch hauptamtliche Strukturen besser gewährleistet werden zu können.

⁵⁴⁹ Vgl. SYDOW, J., Management von Unternehmensnetzwerken – Auf dem Weg zu einer reflexiven Netzwerkentwicklung?, in: Howaldt, J., Kopp, R., Flocken, P. (Hrsg.), Kooperationsverbände und regionale Modernisierung, Wiesbaden 2001, S. 92.

⁵⁵⁰ Vgl. hierzu auch Kap. C 2.2.4.

⁵⁵¹ Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang die Problematik der Messbarkeit von Nutzen im Gesundheitssektor. Vgl. hierzu auch Kap. C 4.1 bzw. C 4.2.

geschwindigkeit und die **zeitlichen Kapazitäten**, die für die Mitwirkung in einem medizinisch-sozialen Netzwerk zur Verfügung stehen. Zur Vermeidung von Reaktionen erscheint es zweckmäßig, Vertreter des medizinischen Sektors vor dem Hintergrund ihrer tendenziellen Zeitknappheit nur mit relevanten Informationen auszustatten. Auf der anderen Seite ist eine Überforderung sozialer Organisationen durch knappe Fristen zu vermeiden.

Nicht zuletzt erscheint es zweckmäßig, Leistungen medizinisch-sozialer Netzwerke zunächst in **Test-Märkten** zu erproben. Dies gilt insbesondere für innovative Leistungen. Test-Märkte können dabei einzelne Städte, Regionen oder Bundesländer sein. Die Erprobung dient dem Zweck, Lerneffekte zu erzielen, die Nachfrage zu testen und damit die Risiken von Investitionen zu reduzieren. Auf Basis der Erfahrungen können die Leistungen in anderen Märkten umgesetzt werden.

Im Anschluss an die Durchführung von Maßnahmen ist es notwendig, im Rahmen eines **Controlling** zu überprüfen, inwieweit die im Vorfeld definierten Ziele erreicht wurden. Bei Abweichungen in der Zielerreichung sind Ursachen zu identifizieren und Möglichkeiten der Nachbesserung zu prüfen. Ersteres ermöglicht es, Lerneffekte zu erzielen und damit die Effizienz eines medizinisch-sozialen Netzwerks zu steigern.

Mit Blick auf die **Nachhaltigkeit**⁵⁵² bzw. **Stabilität** medizinisch-sozialer Netzwerke erscheinen folgende Aspekte erfolgskritisch.⁵⁵³ Erstens ist es eine zentrale Herausforderung, **Partner langfristig in das Netzwerk einzubinden**. Dafür ist es einerseits notwendig, die Partner in die Strukturen und Arbeitsprozesse des Netzwerks einzubeziehen. Andererseits bedarf es einer kontinuierlichen Akquise neuer Partner und Mitglieder. Um die Partner langfristig zu binden, ist von deren Seite

⁵⁵² Der Begriff der Nachhaltigkeit wird in der Literatur unterschiedlich definiert. In der betriebswirtschaftlichen Literatur überwiegt das Verständnis eines Drei-Säulen-Modells, das die Dimensionen ökologische Nachhaltigkeit, ökonomische Nachhaltigkeit und soziale Nachhaltigkeit berücksichtigt. Vgl. MEFFERT, H., MÜNSTERMANN, M., Corporate Social Responsibility in Wissenschaft und Praxis – eine Bestandsaufnahme, in: Meffert, H., Backhaus, K., Becker, J. (Hrsg.), Arbeitspapier Nr. 186 der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e. V., Münster 2005, S. 22. Im Kontext der Stabilität von Netzwerken soll unter Nachhaltigkeit die Sicherung des langfristigen Bestehens aufgefasst werden. Neben diesem ökonomischen Aspekt sind auch soziale Aspekte Gegenstand medizinisch-sozialer Netzwerke, indem ein Nutzen für die Gesellschaft (z. B. in Form von Lebensqualität der Patienten) generiert wird. Die ökologische Dimension ist im Kontext dieser Arbeit nicht relevant.

⁵⁵³ Vgl. hier und im Folgenden BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE (HRSG.), Kontinuität, Stabilität und Effektivität – Wie Netzwerke und Cluster nachhaltig erfolgreich sein können!, Berlin 2010, URL: http://www.kompetenznetze.de/service/nachrichten/2010/medien/bmwi_nc_lowres.pdf [Abruf: 25.05.2010], S. 17 ff. Martin Wistuba - 978-3-631-75018-6

ein klares **Commitment**, idealerweise in Form eines schriftlichen Bekenntnisses, erforderlich. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie die **Verbindlichkeit** bzw. eine annähernde **Vereinheitlichung des Verhaltens** der Partner gewährleistet werden kann. Da Kooperationsverträge dies nur bedingt leisten können und der Systemkopf bei partiellen Kooperationsformen keine legitimierten Durchgriffsrechte hat, sind **Anreize** zu schaffen, die die Verbindlichkeit des Verhaltens sicherstellen. Zweitens ist die Nachhaltigkeit eines medizinisch-sozialen Netzwerks von der **Stabilität der Finanzierungsquellen** abhängig. Als geeignet gelten variable Finanzierungsquellen sowie die Umstellung von öffentlicher Förderung auf privatwirtschaftliche Förderung. Drittens steigert die **Integration eines Innovationsmanagements** die Stabilität von Netzwerken. Dadurch können Innovationsthemen identifiziert und forciert werden. Nicht zuletzt sind erfolgreiche Netzwerke von einem **beständigen Wachstum** geprägt. Dieses ist durch das Netzwerkmanagement in Form der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Leistungsspektrums sicherzustellen.

Abschließend lassen sich auf Basis der Erkenntnisse dieser Arbeit folgende **Hypothesen** für die erfolgreiche Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke formulieren. In weiteren Arbeiten im Bereich der Versorgungsforschung ist zu prüfen, inwieweit sich diese verifizieren bzw. falsifizieren lassen.

- H₁: Je höher das Renommee der Initiatoren, desto höher die Akzeptanz eines medizinisch-sozialen Netzwerks.
- H₂: Je deutlicher der empirische Nachweis des Bedarfs eines medizinisch-sozialen Netzwerks, desto höher die Akzeptanz des Netzwerks.
- H₃: Je höher die Intensität ehrenamtlicher Vorarbeiten, desto höher die Akzeptanz eines medizinisch-sozialen Netzwerks.
- H₄: Je ausgeprägter der individuelle Partnernutzen der Partizipation, desto höher die Akzeptanz eines medizinisch-sozialen Netzwerks.
- H₅: Je höher der Kultur-Fit zwischen den Partnern, desto höher der Erfolg eines medizinisch-sozialen Netzwerks.
- H₆: Je höher das Vertrauen zwischen den Partnern, desto höher der Erfolg eines medizinisch-sozialen Netzwerks.

- H₇: Je höher das Vertrauen zwischen den Partnern und dem Systemkopf, desto höher der Erfolg eines medizinisch-sozialen Netzwerks.
- H₈: Je intensiver die Einbindung der Partner in die Arbeitsprozesse, desto höher der Erfolg eines medizinisch-sozialen Netzwerks.
- H₉: Je intensiver die Kommunikation zwischen Partnern und Systemkopf, desto höher der Erfolg eines medizinisch-sozialen Netzwerks.
- H₁₀: Je stärker die Marke eines medizinisch-sozialen Netzwerks, desto höher der Erfolg des Netzwerks.

Eine zentrale Herausforderung in der Forschung ist es, unter Berücksichtigung des situativen Ansatzes Kontexte zu identifizieren, in denen die Hypothesen Gültigkeit besitzen. Als Kontexte können unterschiedliche Netzwerktypen gelten. Zu prüfen ist beispielsweise, ob und inwieweit sich Differenzen zwischen regionalen und nationalen medizinisch-sozialen Netzwerken ergeben.

Anhang

Anhang I (ergänzende Abbildungen und Tabellen)**Verzeichnis des Anhangs I:**

Anh. 1:	Expertengesprächspartner	190
Anh. 2:	Teilnehmer am Expertenworkshop.....	191
Anh. 3:	Detaillierte Ergebnisse der Faktorenanalyse.....	193
Anh. 4:	Detaillierte Ergebnisse der Regressionsanalysen	195

Anh. 1: Expertengesprächspartner

Expertengruppe	Gesprächspartner	Institution
Zentren / Kliniken	Prof. Dr. Norbert Bornfeld	Augenklinik Essen
	Prof. Dr. Frank G. Holz	Augenklinik Bonn
	Prof. Dr. Antonia Joussem	Augenklinik Düsseldorf
	Prof. Dr. Bernd Kirchhof	Augenklinik Köln
	PD Dr. Klaus D. Lemmen	St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf
	Prof. Dr. Daniel Pauleikhoff	Augenklinik Münster
	Prof. Dr. Norbert Pfeiffer	Augenklinik Mainz
	Dr. Stefanie Schmickler	Gemeinschaftspraxis Ahaus
Niedergelassene Augenärzte	Prof. Dr. Peter Walter	Augenklinik Aachen
	Dr. Maria Baumgart Prof. Dr. Bernd Bertram	Praxis Münster Praxis Aachen, BVA
Soziale Einrichtungen	Gerd Kozyk / Lothar Schubert	Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband
	Werner Lechtenfeld	Pro Retina e.V.
	Ulrike Schade	Bundesverband der RehabilitationslehrerInnen
	Ursula Witt	Akademie des Sehens
Krankenkassen	Detlef Böhler	Barmer Ersatzkasse
	Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher	DAK
	Dr. Véronique Deguille / Anisa Idris	Novartis
Pharmaunternehmen	Sirkka Meier	Pfizer
	Dr. Christine Ulrich	Bayer Schering Pharma
	Staatssekretär Dr. Walter Döllinger	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW
Sonstige Expertisen	Ursula Hahn	OcuNet
	Prof. Dr. Kunibert Krause	Hochschullehrer für Augenoptik
	Dr. Brigitte Mohn	Bertelsmann Stiftung

Anh. 2: Teilnehmer am Expertenworkshop

Name	Institution	Funktion
Prof. Dr. Bernd Bertram	Augenarztpraxis Aachen, Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V.	1.Vorsitzender (BVA)
Dr. Hans Biermann	Biermann Medizin	Geschäftsführer
Dr. Stephan Dohm	Augenzentrum Siegburg	Facharzt für Augenheilkunde
Dr. Walter Döllinger	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW	Staatssekretär
Dr. Christof Eichert	Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration NRW	Ministerialdirigent, Abteilungsleiter für Integration und Generation
Isabel Fricke	Reinecker Reha-Technik GmbH	Vertriebsaußendienst (Augenoptikermeisterin)
Klaus Hahn	Blinden- und Sehbehindertenverein Westfalen e.V.	Vorsitzender
Ursula Hahn	OcuNet Verwaltungs GmbH	Geschäftsführerin
Prof. Dr. Frank G. Holz	Universitäts-Augenklinik Bonn	Direktor
Prof. Dr. Werner Ischebeck	Dr. Werner Jackstädt Stiftung	Mitglied des Kuratoriums BWL
Dr. Regine Kämmerer	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW	Ministerialrätin, Referatsleitung
Gerd Kozyk	Blinden- und Sehbehindertenverband Nordrhein e.V.	1.Vorsitzender
Dr. Ruth Kölb-Keerl	Augenarztpraxis Düsseldorf	Fachärztin für Augenheilkunde
Dr. Rudolf Kösters	Deutsche Krankenhausgesellschaft	Präsident
Prof. Dr. Kunibert Krause	Hochschule Aalen, Studiengang Augenoptik / Augenoptik & Hörakustik	Hochschullehrer
Werner Lechtenfeld	PRO RETINA Deutschland e.V.	Geschäftsführer
PD Dr. Klaus D. Lemmen	St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf, Augenklinik	Leitender Chefarzt
Dr. André Lipski	Universitätsklinikum Essen, Zentrum für Augenheilkunde	Oberarzt

Sabine Mieth	Blinden- und Sehbehindertenverein Westfalen e.V.	Verwaltungsleitung
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert	Marketing Centrum Münster	em. Direktor des Instituts für Marketing
Katharina Meffert	Marketing Centrum Münster	Wiss. Hilfskraft
Dr. Johannes Meier	Xi GmbH	Geschäftsführer
Ute Palm	PRO RETINA Deutschland e.V.	Stellv. Vorsitzende des Vorstands
Prof. Dr. Daniel Pauleikhoff	Augenabteilung des St. Franziskus Hospitals Münster	Leitender Facharzt
Franca Piepenbrock	Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe	Geschäftsleitung
Klaus Plum	Optik Plum	Inhaber
Max Reinecker	Reinecker Reha-Technik GmbH	Geschäftsführung
Friederike Rohn	Marketing Centrum Münster	Wiss. Mitarbeiterin
Willi Schalk	(ehem.) BBDO	(ehem.) President BBDO Worldwide, Medienberater
Dr. Konrad Schily	Dr. Werner Jackstädt Stiftung	Vorsitzender des Kuratoriums BWL
Prof. Dr. Norbert Schrage	Krankenhaus Merheim - Augenklinik	Chefarzt
Lothar Schubert	Blinden- und Sehbehindertenverein Düren e.V.	Vorsitzender
Günther Seidenberg	Blinden- und Sehbehindertenverein Westfalen e.V.	Geschäftsführer
Prof. Dr. Christian Thielscher	FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Essen	Professur für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Medizinökonomie
Martin Wistuba	Marketing Centrum Münster	Wiss. Mitarbeiter
Ursula Witt	Akademie des Sehens	Leiterin der Beratungsstelle

Anh. 3: Detaillierte Ergebnisse der Faktorenanalyse**KMO- und Bartlett-Test**

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,792
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	292,686
	df	36
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion	Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
		Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz
1	38,575	3,127	34,750	34,750
2	52,459	1,462	16,246	50,996
3	65,389	1,295	14,394	65,389
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente		
	1	2	3
v2_4	-,049	-,020	,883
v3_1_1	,317	-,072	,638
v3_4_1	,780	,113	,210
v3_4_2	,847	-,091	-,067
v3_4_3	-,131	,809	,053
v3_4_4	,804	-,237	,090
v3_4_5	-,108	,813	-,140
v3_4_6	,680	-,230	,151
v3_4_7	,749	-,108	,078

Extraktionsmethode:
Hauptkomponentenanalyse.
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-
Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 4 Iterationen
konvergiert.

Variablen:

- v2_4 Die Inanspruchnahme sozialer Angebote ist für AMD-Patienten hilfreich.
- v_3_1_1 Soziale Organisationen können Mediziner in sozialen Fragen entlasten.
- v_3_4_1 Soziale Einrichtungen sind gut über die Bedürfnisse von Patienten informiert.
- v_3_4_2 Soziale Einrichtungen arbeiten professionell.
- v_3_4_3 Ich habe Bedenken, dass Patienten, die soziale Einrichtungen nutzen, weniger in meine Praxis kommen.
- v_3_4_4 Soziale Einrichtungen beraten Patienten kompetent.
- v_3_4_5 Soziale Einrichtungen mischen sich in medizinische Fragestellungen ein.
- v_3_4_6 Soziale Einrichtungen sind seriös.
- v_3_4_7 Die in sozialen Einrichtungen tätigen Personen haben ein angenehmes Auftreten.

Anh. 4: Detaillierte Ergebnisse der Regressionsanalysen

a) Dimensionen als Regressoren

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,698 ^a	,488	,442	,551

a. Einflußvariablen : (Konstante), v3_4_7, v2_4, v3_4_3, v3_1_1, v3_4_5, v3_4_1, v3_4_6, v3_4_2, v3_4_4

ANOVA^b

Modell	F	Sig.
1 Regression	10,684	,000 ^b
Nicht standardisierte Residuen		
Gesamt		

a. Einflußvariablen : (Konstante), v3_4_7, v2_4, v3_4_3, v3_1_1, v3_4_5, v3_4_1, v3_4_6, v3_4_2, v3_4_4

b. Abhängige Variable: v4

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	,748	,414		1,808	,074
	v2_4	,166	,081	,160	2,063	,042
	v3_1_1	,011	,077	,011	,139	,890
	v3_4_1	,174	,088	,194	1,981	,050
	v3_4_2	,084	,096	,096	,879	,381
	v3_4_3	-,114	,063	-,149	-1,823	,071
	v3_4_4	,053	,099	,060	,532	,596
	v3_4_5	-,079	,058	-,109	-1,352	,179
	v3_4_6	,196	,082	,221	2,381	,019
	v3_4_7	,145	,091	,155	1,606	,111

a. Abhängige Variable: v4

Variablen:

v2_4	Die Inanspruchnahme sozialer Angebote ist für AMD-Patienten hilfreich.
v_3_1_1	Soziale Organisationen können Mediziner in sozialen Fragen entlasten.
v_3_4_1	Soziale Einrichtungen sind gut über die Bedürfnisse von Patienten informiert.
v_3_4_2	Soziale Einrichtungen arbeiten professionell.
v_3_4_3	Ich habe Bedenken, dass Patienten, die soziale Einrichtungen nutzen, weniger in meine Praxis kommen.
v_3_4_4	Soziale Einrichtungen beraten Patienten kompetent.
v_3_4_5	Soziale Einrichtungen mischen sich in medizinische Fragestellungen ein.
v_3_4_6	Soziale Einrichtungen sind seriös.
v_3_4_7	Die in sozialen Einrichtungen tätigen Personen haben ein angenehmes Auftreten.
v_4	Was halten Sie persönlich von sozialen Einrichtungen? Ich finde Sie...

b) Faktoren als Regressoren**Modellzusammenfassung**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,684 ^a	,468	,455	,5445610

a. Einflussvariablen : (Konstante), K3, K2, K1

ANOVA^b

Modell	F	Sig.
1 Regression	35,230	,000 ^a
Nicht standardisierte Residuen		
Gesamt		

a. Einflussvariablen : (Konstante), K3, K2, K1

b. Abhängige Variable: v4

Koeffizienten ^a						
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	,453	,371		1,222	,224
	K1	,623	,081	,550	7,717	,000
	K2	-,132	,062	-,148	-2,135	,035
	K3	,244	,087	,194	2,808	,006

a. Abhängige Variable: v4

Variablen:

K 1 Kompetenz

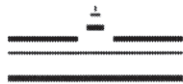
K 2 Konkurrenz

K 3 Nutzen

v4 Was halten Sie persönlich von sozialen Einrichtungen? Ich finde Sie.

Anhang II (Fragebögen der quantitativen Befragungen)**Verzeichnis des Anhangs II:**

Anh. 1:	Befragung der Augenärzte	200
Anh. 2:	Befragung sozialer Organisationen (am Beispiel der RehabilitationslehrerInnen)	208
Anh. 3:	Befragung von Patienten	215

Anh. 1: Befragung der Augenärzte

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
AMD-Netz NRW – Forschergruppe Münster
 Leitung: Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H. Meffert



Forschungsprojekt:
„Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für AMD in NRW“

Sehr geehrte Augenärztin, sehr geehrter Augenarzt,

das Marketing Centrum Münster führt in Kooperation mit Prof. Dr. Pauleikhoff (Augenabteilung des St. Franziskus Hospitals Münster), Prof. Dr. Dr. von Eiff (Centrum für Krankenhausmanagement Münster) und Prof. Dr. Hense (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Münster) ein Forschungsprojekt zum Thema „Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für Altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in NRW“ durch. Ziel des Forschungsvorhabens ist die Identifikation von Versorgungslücken und die Verbesserung der Versorgungsstruktur unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstelle zwischen Medizinern und sozialen Organisationen.

Vor dem Hintergrund Ihrer medizinischen Expertise würden wir Sie in diesem Zusammenhang gerne befragen. Uns interessiert vor allem Ihre Einschätzung der medizinischen und sozialen Versorgung in NRW. Bitte füllen Sie hierzu den folgenden Fragebogen aus. Die Befragung wird ca. 20 Minuten beanspruchen.

Datenschutzhinweise:

Alle Angaben sind freiwillig und werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verarbeitet und genutzt. Eine personenbezogene Speicherung der Daten wird nicht vorgenommen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Dipl.-Kfm. Martin Wistuba
Marketing Centrum Münster
Am Stadtgraben 13-15 • 48143 Münster
Telefon: 0251 / 56095 • Telefax: 0251 / 47886
E-Mail: martin.wistuba@wiwi.uni-muenster.de

Zunächst möchten wir Sie bitten, die **Versorgungssituation im Bereich der AMD in NRW** einzuschätzen. Dies beinhaltet Fragen zur AMD-Vorsorge, zu sozialen Angeboten sowie zu der Zusammenarbeit zwischen Medizinern und sozialen Organisationen.

1. Bitte beurteilen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen zur **AMD-Vorsorge** aus Ihrer Sicht zutreffen. Nehmen Sie hierzu eine Abstufung von 1 (= trifft voll und ganz zu) bis 5 (= trifft überhaupt nicht zu) vor.

	trifft voll und ganz zu			trifft überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5
Eine größere Bekanntheit der AMD und ihrer Risikofaktoren führt zu einer stärkeren Frequentierung von augenärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine hohe Frequentierung von augenärztlichen Vorsorgeuntersuchungen verbessert Therapiemöglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine hohe Frequentierung von augenärztlichen Vorsorgeuntersuchungen verringert Folgekosten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMD-Patienten suchen in der Regel rechtzeitig einen Augenarzt auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bitte beurteilen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen zu **sozialen Angeboten** (z. B. von Selbsthilfegruppen, Sehbehindertenverbänden, Mobilitätstrainern und sonstige Beratungsstellen für AMD-Patienten) aus Ihrer Sicht zutreffen. Nehmen Sie hierzu eine Abstufung von 1 (= trifft voll und ganz zu) bis 5 (= trifft überhaupt nicht zu) vor.

	trifft voll und ganz zu			trifft überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5
Die Flächendeckung sozialer Angebote für AMD-Patienten in NRW ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bekanntheit sozialer Angebote für AMD-Patienten ist bei Medizinern hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bekanntheit sozialer Angebote ist bei AMD-Patienten hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inanspruchnahme sozialer Angebote ist für AMD-Patienten hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Bitte beurteilen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen zur **Zusammenarbeit zwischen Medizinern und sozialen Organisationen** aus Ihrer Sicht zutreffen. Nehmen Sie hierzu eine Abstufung von 1 (= trifft voll und ganz zu) bis 5 (= trifft überhaupt nicht zu) vor.

	trifft voll und ganz zu			trifft überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5
Zusammenarbeit zwischen Medizinern und sozialen Organisationen					
Soziale Organisationen können Mediziner in sozialen Fragen entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die momentane Zusammenarbeit zwischen medizinischen und sozialen Einrichtungen ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft voll und ganz zu				trifft überhaupt nicht zu
	1	2	3	4	5
Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Medizinern und sozialen Organisationen...					
... würde die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wäre für Mediziner nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wäre für soziale Organisationen nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wäre für Patienten nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsverhalten gegenüber Patienten					
Ich informiere Patienten im frühen AMD-Stadium, wie sie mit ihrer Krankheit besser umgehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich informiere Patienten im späten AMD-Stadium, wie sie mit ihrer Krankheit besser umgehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weise Patienten im frühen AMD-Stadium auf Organisationen hin, die sich ihrer Bedürfnisse annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weise Patienten im späten AMD-Stadium auf Organisationen hin, die sich ihrer Bedürfnisse annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung sozialer Einrichtungen					
Soziale Einrichtungen sind gut über die Bedürfnisse von Patienten informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen arbeiten professionell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Bedenken, dass Patienten, die soziale Einrichtungen nutzen, weniger in meine Praxis kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen beraten Patienten kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen mischen sich in medizinische Fragestellungen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen sind seriös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die in sozialen Einrichtungen tätigen Personen haben ein angenehmes Auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was halten Sie persönlich von sozialen Einrichtungen? Ich finde sie...					
sehr gut	(1)	(2)	(3)	(4)	überhaupt nicht gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bitte geben Sie an, was für Sie die größten Erschwernisse / Hindernisse sind, um (noch intensiver) mit sozialen Organisationen zusammen zu arbeiten. (Mehrfachnennungen möglich)					
Zeitmangel	<input type="checkbox"/>				
Informationsdefizite über soziale Organisationen	<input type="checkbox"/>				
Zu wenig soziale Organisationen in der Umgebung der Praxis	<input type="checkbox"/>				
Unklarer Kooperationsnutzen	<input type="checkbox"/>				
Schlechte Erfahrungen mit sozialen Organisationen in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>				
Kompetenzmängel auf Seiten sozialer Organisationen	<input type="checkbox"/>				
Fehlende Professionalität von sozialen Organisationen	<input type="checkbox"/>				
Konkurrenz um Patienten	<input type="checkbox"/>				
Sonstiger Grund: _____	<input type="checkbox"/>				

6. Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent Ihrer ärztlichen Tätigkeit Sie damit verbringen, Patienten in sozialen Fragen zu beraten.

Ca. _____ %

7. Bitte geben Sie an, welche sozialen Einrichtungen Sie kennen und welche Sie Ihren AMD-Patienten empfehlen.

Folgende soziale Einrichtungen kenne ich	Von dieser Einrichtung habe ich Informationsmaterialien in meiner Praxis ausliegen		Diese Einrichtung empfehle ich meinen Patienten persönlich	
1.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

8. Bitte geben Sie an, wie intensiv Sie mit den folgenden Akteuren bei der Betreuung von AMD-Patienten zusammenarbeiten und wie Sie die Zusammenarbeit beurteilen. Nehmen Sie eine Abstufung von 1 (= sehr intensiv) bis 5 (= überhaupt nicht intensiv) bzw. von 1 (= sehr positiv) bis 5 (= überhaupt nicht positiv) vor.

AKTEURSGRUPPE	Intensität der Zusammenarbeit					Beurteilung der Zusammenarbeit					Es besteht keine Zusammenarbeit
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Niedergelassene Augenärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenärzte aus Kliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehbehindertenverbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilitätstrainer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmaunternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behörden / Ämter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden möchten wir Sie um eine Einschätzung zentraler Versorgungsfunktionen im Bereich der AMD in NRW bitten.

9. Bitte geben Sie zunächst an, inwieweit die aufgelisteten AMD-Versorgungsfunktionen Ihrer Meinung nach wichtig sind und wie sie aktuell in NRW erfüllt werden. Nehmen Sie eine Abstufung von 1 (= sehr wichtig) bis 5 (= überhaupt nicht wichtig) bzw. von 1 (= voll und ganz erfüllt) bis 5 (= überhaupt nicht erfüllt) vor.

VERSORGUNGSFUNKTIONEN	Wichtigkeit					Erfüllung der Versorgungsfunktion				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Aufklärungsarbeit (hinsichtlich Erkrankung, Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination unterschiedlicher Organisationen (Inwieweit werden z. B. Aktivitäten abgestimmt?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitung von Patienten (an Organisationen, an die sie sich mit ihren Bedürfnissen wenden können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERSORGUNGSFUNKTIONEN	Wichtigkeit					Erfüllung der Versorgungsfunktion				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sicherstellung von medizinischer Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von sozialer Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transparenz (Welche Angebote gibt es wo?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Forschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung der Mobilität von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung von Patienten hinsichtlich Sehhilfsgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung der Patienten in sozialrechtlichen Aspekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung der Patienten in psychologischen Aspekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Seriosität im medizinischen Sektor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Seriosität im sozialen Sektor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Funktion: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Bitte geben Sie nun an, welche Akteursgruppe / n sich der Erfüllung der AMD-Versorgungsfunktionen aus Frage 9 annimmt / annehmen. (Mehrfachnennungen möglich)

VERSORGUNGSFUNKTIONEN	Selbsthilfegruppenverbände	Sehbehindertenverbände	Mobilitätstrainer	Optiker	Pharmaindustrien	Augenärzte	Hausärzte	Behörden / Ämter	Sonstige	keine
Aufklärungsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination unterschiedlicher Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von med. Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von soz. Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transparenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Forschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung bei Sehhilfsgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung in sozialrechtlichen Aspekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung in psychologischen Aspekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Seriosität im med. Sektor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Seriosität im soz. Sektor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Funktion: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im nächsten Schritt geht es uns um Ihre **Einschätzung der Lebensqualität Ihrer Patienten**. Konkret möchten wir von Ihnen gerne wissen, inwieweit sich die AMD auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt.

11. Bitte beurteilen Sie, inwieweit die **Lebensqualität** Ihrer AMD-Patienten **durch deren Erkrankung beeinflusst wird**. Bewerten Sie die einzelnen Lebensbereiche unter der **Annahme**, dass der Patient **keine AMD hätte** und nehmen Sie eine Abstufung von 1 (= sehr viel besser) bis 5 (= schlechter) vor. Legen Sie hierfür ein **spätes Stadium** (Visus des besseren Auges $\leq 0,3$) des AMD-Patienten zugrunde.

	Wenn ein Betroffener in einem späten Stadium (Visus $\leq 0,3$) keine AMD hätte und normal sehen würde,				
	sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	schlechter
	1	2	3	4	5
wäre seine Lebensqualität...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte er seine Aufgaben im Haushalt ... erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte er seine persönlichen Angelegenheiten (Briefe, Rechnungen usw.) ... erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre er ... in der Lage, seine Einkäufe zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre sein Berufsleben...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre sein Familienleben...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wären seine Freundschaften und sozialen Kontakte...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre seine äußere Erscheinung...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte er ... unterwegs sein (z. B. zu Fuß, mit dem Auto, dem Bus oder mit der Bahn).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre sein Urlaub...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte er seine Freizeitaktivitäten und Interessen (z.B. Lesen, Fernsehen, Hobbys) ... genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre die Art und Weise, wie andere auf ihn reagieren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wären seine Gefühle in Bezug auf die Zukunft (z.B. Sorgen, Hoffnungen)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre seine finanzielle Situation...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte er Dinge ... selbständig erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte er ... etwas für Andere tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre sein psychologisches Wohlbefinden...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr viel mehr	viel mehr	etwas mehr	genauso viel	weniger
wäre er körperlich zu ... in der Lage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr viel größer	viel größer	etwas größer	genauso groß	geringer
wäre sein Selbstvertrauen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre seine Motivation, etwas zu tun...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend möchten wir Sie darum bitten, einzuschätzen, an welchen Stellen in der **AMD-Versorgung in NRW Verbesserungsbedarf** besteht.

12. Was müsste Ihres Erachtens bei der Versorgung (sowohl im medizinischen Bereich als auch an der medizinisch-sozialen Schnittstelle) **verbessert** werden?

Medizinisch: _____

Medizinisch-sozial: _____

13. Wie hilfreich wäre es für Sie, wenn ...

	sehr hilfreich				überhaupt nicht hilfreich
	1	2	3	4	5
... soziale Einrichtungen Sie stärker in sozialen Fragen entlasten würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es mehr soziale Angebote in der Umgebung Ihrer Praxis geben würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es eine Abrechnungsziffer gäbe, die Sie für die Beratung von Patienten entlohnen würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es Informationsbroschüren gäbe, die wesentliche Informationen für AMD-Patienten beinhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... für Ihre Praxis ein Leitfaden erstellt werden würde, der sämtliche Angebote in Ihrer Umgebung beinhaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... potenzielle AMD-Patienten stärker von Vorsorgeuntersuchungen Gebrauch machen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie stärker über das Leistungsspektrum sozialer Organisationen informiert werden würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Person / Ihrer Arztpraxis

Alter	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Beginn der augenärztlichen Tätigkeit (Jahr)	
Ich bin tätig in	<input type="checkbox"/> einer niedergelassenen Arztpraxis <input type="checkbox"/> in einer Uniklinik / einer Spezialpraxis / einem Zentrum
Ich bin tätig als	<input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt
Ort der Praxis / der Klinik / des Zentrums	

Teilnahme an einer Nachbefragung



Sehr geehrte Augenärztin, sehr geehrter Augenarzt,

wir danken Ihnen nochmals herzlich, dass Sie an unserer Befragung teilgenommen haben. Im Anschluss an die Auswertung der Fragebögen werden wir eine vertiefende Nachbefragung durchführen, die insbesondere die Einschätzung der Lebensqualität von AMD-Patienten beinhaltet. Wären Sie dazu bereit, uns im Rahmen der Nachbefragung noch einmal zu unterstützen? Für weitere Fortschritte hinsichtlich des Forschungsprojekts wäre dies sehr hilfreich.

Bitte geben Sie an, ob Sie eine telefonische oder eine schriftliche Befragung vorziehen würden und / oder ob Sie daran interessiert sind, die Ergebnisse der Befragung kostenlos zugesendet zu bekommen.

- Ich stehe für eine telefonische Nachbefragung zur Verfügung.
- Ich stehe für eine schriftliche Nachbefragung zur Verfügung.
- Sie können mich sowohl telefonisch als auch schriftlich kontaktieren.
- Bitte senden Sie mir die Ergebnisse der Befragung zu.

Parallel zu der Ärztebefragung führen wir in NRW eine Befragung von AMD-Patienten durch. Ziel der Befragung ist es, die Lebensqualität der Patienten zu messen und eine Verbindung zwischen der Versorgungssituation und der wahrgenommenen Lebensqualität herzustellen. Zu diesem Zweck wäre es für das Forschungsprojekt sehr hilfreich, wenn wir in Ihrer Praxis AMD-Patienten (selbstverständlich in anonymisierter Form) befragen dürften. Ein Teil der Befragung zielt darauf ab, die Zufriedenheit der Patienten mit der Augenarztpraxis zu messen. Die Ergebnisse der Befragung würden wir Ihnen (ebenfalls anonymisiert) praxisindividuell und kostenlos zur Verfügung stellen.

- Ich bin an einer Befragung meiner (AMD-)Patienten interessiert.

Abschließend möchten wir Sie bitten, uns Ihre Kontaktdaten zu hinterlassen:

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ / Ort _____

Tel.: _____ - _____

Fax: _____ - _____

Herzlichen Dank!

Anh. 2: Befragung sozialer Organisationen (am Beispiel der RehabilitationslehrerInnen)



Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Marketing Centrum Münster
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H. Meffert

Befragung Rehabilitationslehrer/innen

Forschungsprojekt: „Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für AMD in NRW“

Sehr geehrte Befragungsteilnehmerin, sehr geehrter Befragungsteilnehmer,

das Marketing Centrum Münster führt in Kooperation mit Prof. Dr. Pauleikhoff (Augenabteilung des St. Franziskus Hospitals Münster), Prof. Dr. Dr. von Eiff (Centrum für Krankenhausmanagement Münster) und Prof. Dr. Hense (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Münster) ein Forschungsprojekt zum Thema „Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für Altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in NRW“ durch. Ziel des Forschungsvorhabens ist die Identifikation von Versorgungslücken und die Verbesserung der Versorgungsstruktur unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstelle zwischen Medizinern und sozialen Organisationen.

Vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen im Bereich der sozialen Versorgung von sehbehinderten Menschen würden wir Sie in diesem Zusammenhang gerne befragen. Bitte füllen Sie hierzu den folgenden Fragebogen aus.

Datenschutzhinweise:

Alle Angaben sind freiwillig und werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verarbeitet und genutzt. Eine personenbezogene Speicherung der Daten wird nicht vorgenommen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Dipl.-Kfm. Martin Wistuba
Marketing Centrum Münster
Am Stadtgraben 13-15 • 48143 Münster
Telefon: 0251 / 56095 • Telefax: 0251 / 47886
E-Mail: martin.wistuba@wiwi.uni-muenster.de

2

Angaben zu Ihrer Person / Ihrer Tätigkeit als Rehabilitationslehrer/in

Alter	___ Jahre
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Ich bin tätig im Bereich	<input type="checkbox"/> Orientierung und Mobilität <input type="checkbox"/> Lebenspraktische Fähigkeiten
Ich bin tätig in der Region	_____
Wie viele sehbehinderte Menschen betreuen Sie durchschnittlich pro Monat?	_____
Wie groß ist von den durch Sie betreuten Menschen der Anteil von AMD-Patienten?	_____ %

Als erstes möchten wir Sie um Ihre Einschätzung von zentralen Funktionen in der Versorgung von AMD-Patienten bitten.

1. Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die aufgelisteten **AMD-Versorgungsfunktionen Ihrer Meinung nach wichtig sind und wie sie aktuell in NRW erfüllt werden**. Nehmen Sie eine Abstufung von 1 (= sehr wichtig) bis 5 (= überhaupt nicht wichtig) bzw. von 1 (= vollständig erfüllt) bis 5 (= überhaupt nicht erfüllt) vor.

VERSORGUNGSFUNKTIONEN	Wichtigkeit					Erfüllung der Versorgungsfunktion				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Aufklärungsarbeit (hinsichtlich Erkrankung, Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination unterschiedlicher Organisationen (Inwieweit werden z. B. Aktivitäten abgestimmt?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitung von Patienten (an Organisationen, an die sie sich mit ihren Bedürfnissen wenden können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von medizinischer Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von sozialer Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transparenz (Welche Angebote gibt es wo?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Forschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung der Mobilität von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung von Patienten hinsichtlich Sehhilfsgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung der Patienten in sozialrechtlichen Aspekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung der Patienten in psychologischen Aspekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Seriosität im medizinischen Sektor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Seriosität im sozialen Sektor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Funktion: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bitte geben Sie nun an, **welche Akteursgruppe / n sich der Erfüllung der AMD-Versorgungsfunktionen aus Frage 1 annimmt / annehmen.** (Mehrfachnennungen möglich)

VERSORGUNGSFUNKTIONEN	Selbsthilfegruppen	Sehbehinderterverbände	Rehabilitationslehrer	Optiker	Pharmakunternehmen	Augenärzte	Hausärzte	Behörden / Ämter	Sonstige	keine
Aufklärungsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination unterschiedlicher Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von med. Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von soz. Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transparenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Forschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung bei Sehhilfgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung in sozialrechtlichen Aspekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung in psychologischen Aspekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Seriosität im med. Sektor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Seriosität im soz. Sektor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Funktion: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun möchten wir Sie zu Ihrer **Zusammenarbeit mit Augenärzten und anderen AMD-Akteursgruppen** sowie zu der **Sichtweise von AMD-Patienten auf Ihr Angebot** befragen.

3. Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent der Augenärzte in Ihrer Region ...

Ihr Rehabilitationsangebot kennen: _____ %

den Patienten Ihr Rehabilitationsangebot persönlich empfehlen: _____ %

4. Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent der AMD-Patienten in Ihrer Region ...

Ihr Rehabilitationsangebot kennen: _____ %

Ihr Rehabilitationsangebot nutzen: _____ %

sich ausreichend über soziale Einrichtungen informiert fühlen: _____ %

gerne mehr über soziale Einrichtungen erfahren würden: _____ %

5. Bitte beurteilen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen. Nehmen Sie hierzu eine Abstufung von 1 (= trifft voll und ganz zu) bis 5 (= trifft überhaupt nicht zu) vor.

	trifft voll und ganz zu			trifft überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5
Ärztinnen und Ärzte aus NRW ...					
... sind gegenüber Rehabilitationslehrern positiv eingestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind über Ziele und Anliegen der Rehabilitationslehrer gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... empfinden Rehabilitationslehrer als Konkurrenten um Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... streben ein partnerschaftliches Verhältnis zu Rehabilitationslehrern an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben bereits ein gutes Verhältnis zu Rehabilitationslehrern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Bitte geben Sie an, wie intensiv Sie mit den folgenden Akteuren zusammenarbeiten und wie Sie die Zusammenarbeit beurteilen. Nehmen Sie eine Abstufung von 1 (= sehr intensiv) bis 5 (= überhaupt nicht intensiv) bzw. von 1 (= sehr positiv) bis 5 (= überhaupt nicht positiv) vor.

	Intensität der Zusammenarbeit					Beurteilung der Zusammenarbeit					Es besteht keine Zusammenarbeit
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Niedergelassene Augenärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenärzte aus Kliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehbehindertenverbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmamunternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behörden / Ämter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Nennen Sie uns bitte die größten **Hindernisse / Erschwernisse**, um (stärker) mit Augenärzten zusammen zu arbeiten. (Mehrfachnennungen möglich)

Zeitmangel der Ärzte	<input type="checkbox"/>
Fehlendes Interesse auf Seiten der Ärzte	<input type="checkbox"/>
Zu geringe öffentliche Präsenz von Rehabilitationslehrern	<input type="checkbox"/>
Unterschiedliche Kompetenzen	<input type="checkbox"/>
Unterschiedliche Kulturen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

Als nächstes möchten wir Sie bitten, die allgemeine **Versorgungssituation im Bereich der AMD in NRW** einzuschätzen. Dies beinhaltet insbesondere Fragen zu Angeboten sozialer Einrichtungen (z. B. von Selbsthilfegruppen, Sehbehindertenverbänden, Rehabilitationslehrern oder sonstigen Beratungsstellen) sowie zu der Zusammenarbeit zwischen Medizinern und sozialen Einrichtungen.

8. Bitte beurteilen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen. Nehmen Sie hierzu eine Abstufung von 1 (= trifft voll und ganz zu) bis 5 (= trifft überhaupt nicht zu) vor.

	trifft voll und ganz zu			trifft überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5
Soziale Versorgung					
Die Flächendeckung sozialer Angebote in NRW ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bekanntheit sozialer Angebote ist bei Medizinern hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bekanntheit sozialer Angebote ist bei Patienten hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inanspruchnahme sozialer Angebote ist für Patienten hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit zwischen Medizinern und sozialen Einrichtungen					
Soziale Einrichtungen können Mediziner in sozialen Fragen entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die momentane Zusammenarbeit zwischen medizinischen und sozialen Einrichtungen ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte sind über soziale Angebote in ihrer Umgebung gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Medizinern und sozialen Organisationen...					
würde die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre für Mediziner nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre für soziale Organisationen nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre für Patienten nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft voll und ganz zu			trifft überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5
Einschätzung des Informationsverhaltens der Ärzte gegenüber Patienten					
Ärzte informieren Patienten im frühen AMD-Stadium, wie sie mit ihrer Krankheit besser umgehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte informieren Patienten im späten AMD-Stadium, wie sie mit ihrer Krankheit besser umgehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte weisen Patienten im frühen AMD-Stadium auf Organisationen hin, die sich ihrer Bedürfnisse annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte weisen Patienten im späten AMD-Stadium auf Organisationen hin, die sich ihrer Bedürfnisse annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend möchten wir Sie um **Verbesserungsvorschläge** für die AMD-Versorgung in NRW bitten.

9. Was müsste Ihres Erachtens bei der Versorgung (sowohl im sozialen Bereich als auch an der medizinisch-sozialen Schnittstelle) verbessert werden?

Sozial: _____

Medizinisch-sozial: _____

10. Wie hilfreich wäre es für Sie, wenn ...

	sehr hilfreich			überhaupt nicht hilfreich	
	1	2	3	4	5
... Sie einen intensiveren Kontakt zu Augenärzten haben würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Organisation (Bundesverband) stärker mit anderen sozialen Einrichtungen zusammenarbeiten würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Organisation (Bundesverband) speziell im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit unterstützt werden würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein Leitfaden für Ärzte erstellt werden würde, der sämtliche Angebote (inkl. der Rehabilitationslehrer) in ihrer Umgebung beinhaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie zufrieden sind Sie mit dem Bundesverband der Rehabilitationslehrer?

sehr zufrieden

überhaupt nicht
zufrieden

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

12. Was könnte / müsste Ihrer Meinung nach beim Bundesverband für Rehabilitationslehrer verbessert werden?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Anh. 3: Befragung von Patienten

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Marketing Centrum Münster
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H. Meffert

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Marketing Centrum Münster führt in Kooperation mit Prof. Dr. Pauleikhoff (Augenabteilung des St. Franziskus Hospitals Münster), Prof. Dr. Dr. von Eiff (Centrum für Krankenhausmanagement Münster) und Prof. Dr. Hense (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Münster) ein Forschungsprojekt zum Thema „**Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für Altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in NRW**“ durch. Ziel des Forschungsvorhabens ist eine Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung von AMD-Patienten in NRW.

Damit wir im Rahmen unseres Projektes Ihre persönlichen Bedürfnisse berücksichtigen können, möchten wir Sie herzlich darum bitten, uns durch die Beantwortung des nachfolgenden Fragebogens zu unterstützen. Wir möchten zum einen von Ihnen erfahren, auf welche Lebensbereiche sich Ihre AMD-Erkrankung auswirkt und in welchen Bereichen Sie besonders auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen sind. Zum anderen würden wir gerne erfahren, wie zufrieden Sie mit der sozialen und medizinischen Versorgung sind.

Datenschutzhinweise:

Alle Angaben sind freiwillig und werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verarbeitet und genutzt. Eine personenbezogene Speicherung der Daten wird nicht vorgenommen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Dipl.-Kffr. Friederike Rohn
Marketing Centrum Münster
Am Stadtgraben 13-15 • 48143 Münster
Telefon: 0251 / 56096 • Telefax: 0251 / 47886

Vom Arzt auszufüllen:

Diagnose:	
Visus:	LA: RA:

Angaben zur Person

Geschlecht:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Alter:	
Familienstand:	
Wohnsituation:	
PLZ / Wohnort:	
Höchster Ausbildungsabschluss:	Volksschule/Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/>
Beruf:	derzeitig noch berufstätig: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Monatliches Nettoeinkommen:	
Visus:	LA: RA:
Wann diagnostiziert:	vor _____ Jahren
Niedergelassener Augenarzt:	
Behandelnde Spezialklinik:	
Art der Versicherung	Privatpatient <input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/>

1. Wie würden Sie - abgesehen von der AMD - Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr gut sehr schlecht

(1) (2) (3) (4) (5)

Liegen neben Ihrer Augenerkrankung weitere Erkrankungen vor?

2. Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre AMD-Erkrankung gesundheitlich beeinträchtigt?

sehr beeinträchtigt überhaupt nicht beeinträchtigt

(1) (2) (3) (4) (5)

3. Wie beurteilen Sie Ihr derzeitiges Sehvermögen?

sehr gut sehr schlecht

(1) (2) (3) (4) (5)

4. Wie gut fühlen Sie sich hinsichtlich der Altersbedingten Makuladegeneration informiert?

sehr gut sehr schlecht

(1) (2) (3) (4) (5)

5. Welche Medien nutzen Sie im Allgemeinen?Fernsehen Zeitung Zeitschriften Radio Internet mit Spracherkennungssoftware Internet ohne Spracherkennungssoftware sonstiges: _____Falls Sie das Internet nutzen: Online-Communities (Netzgemeinschaft, wie z. B. facebook) **6. Nutzen Sie die Angebote einer Hörbücherei für Sehbehinderte?**Ja Nein **7. Woher beziehen Sie Informationen über Ihre Krankheit?**Fernsehen niedergelassener Augenarzt Spezialklinik Internet Informationsbroschüren Zeitschrift Soziale Einrichtung (z. B. Selbsthilfegruppe) Angehörige sonstiges: _____**8. Wie fähig sind Sie, Ihren Alltag selbstständig zu bewältigen?**

sehr fähig

überhaupt nicht fähig

(1)
(2)
(3)
(4)
(5)
9. Wie sehr sind Sie gewillt, Ihren Alltag trotz Ihrer AMD-Erkrankung soweit wie möglich selbstständig zu bewältigen?

sehr gewillt

überhaupt nicht gewillt

(1)
(2)
(3)
(4)
(5)
10. Wie sehr sind Sie in den nachfolgend aufgeführten Bereichen auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen?

	sehr angewiesen		überhaupt nicht angewiesen		
	1	2	3	4	5
Umgang mit Sehhilfen und Alltagshilfen (z. B. sprechende Uhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Behörden (z. B. Behindertenausweis oder Blindengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologisch (Umgang mit der Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsaktivitäten (Haushalt, Körperpflege, Fortbewegung im Straßenverkehr usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zur selbstständigen Bewältigung des Alltags (Hilfe zur Selbsthilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Durch wen wird Ihnen jeweils geholfen? Ist diese Hilfe ausreichend?

	Hilfe durch								Hilfe ausreichend
	Familie	Freunde/Bekannte	Soziale Einrichtung	Augenarzt	Optiker	Psychologe	Haushilfs-hilfe	keinen	
Umgang mit Sehhilfen und Alltagshilfen (z. B. sprechende Uhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Umgang mit Behörden (z. B. Behindertenausweis oder Blindengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Psychologisch (Umgang mit der Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Alltagsaktivitäten (Haushalt, Körperpflege, Fortbewegung im Straßenverkehr usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Beratung zur selbstständigen Bewältigung des Alltags (Hilfe zur Selbsthilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

12. Welche sozialen Hilfsorganisationen sind Ihnen bekannt? Wie häufig nutzen Sie deren Angebote?

	Einrichtung bekannt	nutze Angebote aktuell	Angebote in der Vergangenheit genutzt, jetzt aber nicht mehr	Angebote bislang nicht genutzt	falls genutzt, wie häufig?		
					einmalig genutzt	mehrfach genutzt (zwei- bis fünfmal)	häufig genutzt (mehr als fünfmal)
Pro Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blinden- und Sehbehindertenverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berater „Wir sehen weiter“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilitätstrainer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5

13. Wobei wird/wurde Ihnen konkret geholfen und inwiefern ist die Nutzung sozialer Angebote hilfreich für Sie (gewesen)? Bitte nehmen Sie eine Bewertung von 1 (= sehr hilfreich) bis 5 (= überhaupt nicht hilfreich) vor.

	sehr hilfreich				überhaupt nicht hilfreich	
	1	2	3	4	5	nicht genutzt
Umgang mit Sehhilfen und Alltagshilfen (z. B. sprechende Uhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Behörden (z. B. Behindertenausweis, Blindengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologisch (Umgang mit der Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zur selbstständigen Bewältigung des Alltags (Hilfe zur Selbsthilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei Alltagsaktivitäten (Haushalt, Körperpflege, Fortbewegung im Straßenverkehr usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Angeboten sozialer Einrichtungen?

sehr zufrieden (1) (2) (3) (4) (5) überhaupt nicht zufrieden

15. Wie sind Sie auf soziale Einrichtungen aufmerksam geworden?

Durch meinen Arzt	<input type="checkbox"/>
Durch Broschüren / Flyer aus dem Wartezimmer meines Arztes	<input type="checkbox"/>
Durch Familie / Bekannte	<input type="checkbox"/>
Durch Medien (z. B. Fernsehen, Internet)	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

16. Fühlen Sie sich ausreichend über soziale Einrichtungen informiert?

Ja Nein

17. Würden Sie gerne mehr über soziale Einrichtungen erfahren?

Ja Nein

Falls nein: warum nicht? _____

18. Die folgende Tabelle enthält verschiedene Aspekte, die Ihre Lebensqualität betreffen. Bitte beurteilen Sie zunächst, wie diese Aspekte bei Ihnen ausgeprägt wären, wenn Sie keine AMD-Erkrankung hätten. Bitte nehmen Sie eine Bewertung von 1 (= sehr viel besser) bis 5 (= schlechter) vor. Beurteilen Sie darüber hinaus bitte, wie wichtig Ihnen diese Aspekte sind. Bitte nehmen Sie eine Bewertung von 1 (= sehr wichtig) bis 4 (= gar nicht wichtig) vor.

	Wenn ich keine AMD hätte, ...					Der genannte Aspekt ist mir...			
	sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	schlechter	sehr wichtig	wichtig	etwas wichtig	gar nicht wichtig
	1	2	3	4	5	1	2	3	4
wäre meine Lebensqualität...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
könnte ich meine Aufgaben im Haushalt ... erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte ich meine persönlichen Angelegenheiten (Briefe, Rechnungen usw.) ... erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre ich ... in der Lage, meine Einkäufe zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre mein Berufsleben...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre mein Familienleben...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wären meine Freundschaften und sozialen Kontakte...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre meine äußere Erscheinung...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte ich ... unterwegs sein (z. B. zu Fuß, mit dem Auto, dem Bus oder mit der Bahn).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre mein Urlaub...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte ich meine Freizeitaktivitäten und Interessen (z. B. Lesen, Fernsehen, Hobbys) ... genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre die Art und Weise, wie andere auf mich reagieren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wären meine Gefühle in Bezug auf die Zukunft (z. B. Sorgen, Hoffnungen)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre meine finanzielle Situation...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte ich Dinge ... selbständig erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte ich ... etwas für Andere tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre mein psychologisches Wohlbefinden ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr viel mehr	viel mehr	etwas mehr	genauso viel	weniger	sehr wichtig	wichtig	etwas wichtig	gar nicht wichtig
wäre ich körperlich zu ... in der Lage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr viel größer	viel größer	etwas größer	genauso groß	geringer	sehr wichtig	wichtig	etwas wichtig	gar nicht wichtig
wäre mein Selbstvertrauen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäre meine Motivation, etwas zu tun...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7

19. Welche Sehhilfsgeräte (Brillen, Lupen, Computertechnologie etc.) und Alltagshilfen (z. B. sprechende Uhr) nutzen Sie und wie zufrieden sind Sie mit diesen?

	sehr zufrieden				überhaupt nicht zufrieden
	1	2	3	4	5
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Augenarzt? Bitte nehmen Sie eine Bewertung von 1 (=sehr zufrieden) bis 5 (= überhaupt nicht zufrieden) vor.

	sehr zufrieden				überhaupt nicht zufrieden
	1	2	3	4	5
Zeit des Arztes für Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit des Arztes für Beratungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung des Arztes über Therapiemöglichkeiten und weiteres Vorgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen des Arztes / Informationsmaterialien zum Umgang mit der Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständlichkeit der Erklärungen des Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit des Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfühlungsvermögen des Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigung der Angst vor Krankheit/Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wie hilfreich wäre es für Sie, wenn...

	sehr hilfreich				überhaupt nicht hilfreich
	1	2	3	4	5
...es ein AMD-Hilfstelefon geben würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihr Arzt mehr Zeit hätte, Sie zu beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Sie sich mit anderen AMD-Patienten austauschen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Rehabilitations-Maßnahmen für AMD-Patienten angeboten würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Sie intensiveren Kontakt zu sozialen Einrichtungen (z. B. Pro Retina) hätten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...es Informationsbroschüren gäbe, die wesentliche Informationen für AMD-Patienten beinhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Wie hoch sind durchschnittlich die jährlichen Kosten, die aufgrund Ihrer AMD-Erkrankung anfallen, aber nicht von der Krankenkasse übernommen werden (für Injektionen, Sehhilfen, Alltagshilfen usw.)?

Ca. _____ €

23. Was wünschen Sie sich für Ihre Versorgung / Betreuung?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang III (Fragebogen der qualitativen Expertenbefragung)



Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Marketing Centrum Münster
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H. Meffert

Leitfaden für Expertengespräche im Rahmen des Forschungsvorhabens „AMD-Netzwerk“

A Wahrnehmung der AMD in der Bevölkerung (in D / NRW)

1. Wie schätzen Sie die **allgemeine Bekanntheit** der AMD in der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen ein?
2. Wie schätzen Sie die **Bekanntheit von Risikofaktoren** der AMD in der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen ein?
3. Wie schätzen Sie die **Bekanntheit der Präventionsmöglichkeiten** der AMD in der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen ein?
4. Inwiefern **beeinflusst die Kenntnis** der AMD, ihrer Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten **das Verhalten** (z. B. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) **potenzieller Patienten**?

B Versorgungs- und Vernetzungssituation (in D / NRW)

1. Medizinische Versorgung
 - Wie bewerten Sie den aktuellen **Forschungsstand**?
 - Wie bewerten Sie die **Versorgungsqualität**?
2. Soziale Versorgung
 - Wie beurteilen Sie die **Flächendeckung** sozialer Versorgungsangebote?
 - Wie beurteilen Sie die **Bekanntheit** sozialer Angebote **bei Medizinern und Patienten**?
 - Wie schätzen Sie das **Nutzungsverhalten** von Patienten ein?
 - Wie beurteilen Sie die **Versorgungsqualität** bzw. den **Nutzen** für Patienten?
3. Schnittstelle zwischen niedergelassenen Augenärzten und Spezialkliniken
 - Wie beurteilen Sie das Verhältnis von niedergelassenen Augenärzten und Spezialkliniken hinsichtlich
 - **Koordination**
 - **Forschungstransfer** (→ Qualitätssicherung)
4. Schnittstelle zwischen medizinischen und sozialen Einrichtungen
 - Wie beurteilen Sie das Verhältnis von medizinischen und sozialen Einrichtungen hinsichtlich
 - **Koordination**
 - einer **effektiven Aufgabentrennung**
5. Gesamtbeurteilung
 - Wie schätzen Sie **insgesamt** die **Versorgungs- und Vernetzungssituation** in Nordrhein-Westfalen ein?
 - Welche **Wirkung** hat die aktuelle Versorgungs- und Vernetzungssituation Ihres Erachtens **auf die Lebensqualität der Patienten**?
 - Wo besteht Ihrer Meinung nach **Bedarf für Verbesserungen**?

C Medizinisch-soziales Netzwerk

1. Stellenwert
 - Welchen **Stellenwert** haben medizinisch-soziale Netzwerke zur Lösung bestehender (Schnittstellen-)Probleme?
2. Organisationen
 - Welche AMD-Organisationen spielen für die Lösung bestehender (Schnittstellen-)Probleme eine besonders **wichtige Rolle**?
 - Welche AMD-Organisationen sind Ihrer Meinung nach **problematisch**?
3. Aktuelle Kooperationen
 - **Mit welchen Organisationen** arbeiten Sie zusammen?
 - **Welche Aufgaben** erfüllen Sie im Rahmen der Zusammenarbeit?
4. Kooperationsgestaltung

Netzwerkteilnehmer

 - **Welche Akteure** könnten im Rahmen eines AMD-Netzwerks zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen?
 - **Welche Größe** sollte ein AMD-Netzwerk Ihrer Meinung nach haben?

Funktionen / Aufgaben

 - Welche **Funktionen bzw. Aufgaben** sollte Ihres Erachtens ein medizinisch-soziales Netzwerk erfüllen, die von anderen Organisationen nicht übernommen werden?

Institutionalisierung

 - Welche **Organisationsform bzw. Rechtsform** (z. B. Verein oder Stiftung) sollte das Netzwerk Ihrer Meinung nach haben?
 - Welche Aspekte sollte ein **Kooperationsvertrag** Ihrer Meinung nach beinhalten?

Steuerung des Netzwerks

 - **Durch wen** sollte das Netzwerk Ihrer Meinung nach **gesteuert** werden?
 - In welcher **Form (zentral / dezentral)** sollte die Steuerung erfolgen?

Finanzierung des Netzwerks

 - **Durch welche Akteure** kann das Netzwerk Ihrer Meinung nach **finanziert** werden?

Teilnahmevoraussetzungen / Rolle von Akteuren

 - Unter welchen **Voraussetzungen** würden Sie einem AMD-Netzwerk **beitreten**?
 - Welche **Rolle** können **Sie** sich im Rahmen eines AMD-Netzwerks vorstellen?
 - Welche **Rolle** sollten Ihrer Meinung nach **andere Akteure** spielen?
5. Erfolgsbedingungen
 - Was sind Ihrer Meinung nach **zentrale Erfolgsbedingungen** für ein medizinisch-soziales Netzwerk?
6. Netzwerkperspektive
 - Wie schätzen Sie die **mittel- und langfristigen Chancen** eines medizinisch-soziales AMD-Netzwerks ein?

Literaturverzeichnis

- ADAM, D.**, Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen – eine Studie über Möglichkeiten zur Verbesserung der Strukturorganisation und des Entscheidungsprozesses in Krankenhäusern, Wiesbaden 1972.
- ADAM, D.**, Planung und Entscheidung – Modelle, Ziele, Methoden, 4. Aufl., Wiesbaden 1996.
- AHLERT, D.**, Integriertes Markenmanagement und Kundengeführtes Category Management in Netzwerken der Konsumgüterdistribution, in: Ahlert, D. (Hrsg.), Münsteraner Schriften zur Distributions- und Handelsforschung, 3. Aufl., Bd. 7, Münster 2003.
- AHLERT, D. ET AL.**, Markenführung im Dienstleistungsnetzwerk – Konzeption und empirische Analyse der netzgeführten Marke am Beispiel der internationalen Luftverkehrsbranche, Münster 2007.
- AHLERT, D., EVANSCHITZKY, H.**, Dienstleistungsnetzwerke – Management, Erfolgsfaktoren und Benchmarks im internationalen Vergleich, Berlin 2003.
- AHLERT, D., EVANSCHITZKY, H., WUNDERLICH, M.**, Kooperative Unternehmensnetzwerke – Nationale und internationale Entwicklungs- und Wachstumsperspektiven des Franchising, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 623-646.
- AHRENS, H. J.**, Zukunftsmodell DMP – Erfolge und Perspektiven der Programme für chronisch Kranke, Bonn 2007.
- AKADEMIE DES SEHENS (HRSG.)**, URL: <http://www.muenster.org/ads/> [Abruf: 22.07.2009].
- AKERLOF, G. A.**, The Market for Lemons – Quality uncertainty and the Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics, Vol. 84, 1970, No. 3, pp. 488-500.
- AMBATI, J. ET AL.**, Age-related macular degeneration – etiology, pathogenesis and therapeutic strategies, in: Survey of Ophthalmology, Vol. 48, 2003, No. 3, pp. 257-293.

- AMD ALLIANCE INTERNATIONAL** (HRSG.), Campaign Report 2003 – Länderbericht zu Früherkennung und Low Vision Rehabilitation, 2003, S. 11, URL: http://www.amdalliance.org/user_files/documents/AMD%20German%20report.pdf [Abruf: 14.04.2010].
- AMERICAN MACULAR DEGENERATION FOUNDATION** (HRSG.), URL: <http://www.macular.org/> [Abruf: 26.01.2010].
- ANDREWS, K. R.**, The Concept of Corporate Strategy, in: Foss. N. J. (Hrsg.), Resources, Firms and Strategies – a reader in the resource-based perspective, Oxford 1997.
- AUGENOPTIKER VERBAND NRW** (HRSG.), URL: <http://www.augenoptikerverband-nrw.de> [Abruf: 22.08.2009].
- AUGSTEN, U.**, Steuerrecht in Non-Profit-Organisationen, Wiesbaden 2008.
- AULAKH, P. S., KOTABE, M., SAHAY, A.**, Trust and performance in cross-border marketing partnerships – a behavioural approach, in: Journal of International Business Studies, Vol. 27, 1996, pp. 1005-1032.
- AYALA-HAEDO, J. A. ET AL.**, Analysis of Single Nucleotide Polymorphism in the NOS2A Gene and Interaction with Smoking with Age-related Macular Degeneration, in: Annals of Human Genetics, Vol. 74, 2010, No. 3, pp. 195-201.
- BACH, N.**, Einstellungen und Verhalten der Betroffenen Mitarbeiter, in: Krüger, W., Excellence in Change – Wege zur strategischen Erneuerung, 4. Aufl., Wiesbaden 2009, S. 193-230.
- BACHMANN, L.**, Trust, Power and Control in Trans-Organizational Relations, in: Organization Studies, Vol. 22, 2001, No. 2, pp. 337-365.
- BACKHAUS, K. ET AL.**, Multivariate Analysemethoden – eine anwendungsorientierte Einführung, 12. Aufl., Berlin 2008.
- BACKHAUS, K., MEYER, M.**, Strategische Allianzen und strategische Netzwerke, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 22. Jg., 1993, Nr. 7, S. 330-334.
- BACKHAUS, K., PILTZ, K.**, Strategische Allianzen – eine neue Form kooperativen Wettbewerbs?, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Nr. 27 (Sonderheft „Strategische Allianzen“), 1990, S. 1-10.

- BAETGE, J.**, Betriebswirtschaftliche Systemtheorie, Opladen 1974.
- BÄTSCHER, R., ERMATTINGER, J.**, Strategieentwicklung in Sozialinstitutionen – ein Leitfaden für die Praxis, Zürich 2004.
- BAIN, J. S.**, Barriers to new Competition – their character and consequences in manufacturing industries, Cambridge 1956.
- BAMBRING, M.**, Fachgutachten zum Unterrichtsbedarf für eine Schulung in Orientierung und Mobilität mit dem Langstock für sehgeschädigte Menschen, Bielefeld 2002.
- BARNEY, J. B.**, Firm Resources and Sustained Competitive Advantage, in: Journal of Management, Vol. 17, 1991, No. 1, pp. 99-120.
- BARNEY, J. B.**, Resource-Based Theories of Competitive Advantages – A Ten-Year Retrospective on the Resource-Based View, in: Journal of Management, Vol. 27, 2001, No. 6, pp. 643-650.
- BAUR, R., SCHÜTZ, S.**, Koordination an Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung – Die Sichtweise von Patientinnen und Patienten eines Managed-Care-Modells, in: Schweizerische Ärztezeitung, 87. Jg., 2006, Nr. 49, S. 2129-2133.
- BEA, F. X., HAAS, J.**, Strategisches Management, 5. Aufl., Stuttgart 2009.
- BECK, T. C.**, Coopetition bei der Netzwerkorganisation, in: Zeitschrift Führung + Organisation, 67. Jg., 1998, Nr. 5, S. 271-276.
- BEDNARCZUK, P.**, Strategische Kommunikationspolitik für Markenartikel in der Konsumgüterindustrie – Gestaltung und organisatorische Umsetzung, Offenbach 1990.
- BELLMANN, C., HOLZ, F. G.**, Visual Impairment and Functional Deficits in Age-related Macular Degeneration, in: Wahl, H.-W., Schulze, H.-E. (Hrsg.), On the Special Needs of Blind and Low Vision Seniors – Research and Practice Concepts, Amsterdam 2001, S. 49-57.
- BERENS, G., VAN RIEL, C. B. M., VAN BRUGGEN, G.**, Corporate Associations and Consumer Product Responses – The Moderating Role of Corporate Brand Dominance, in: Journal of Marketing, Vol. 69, 2005, No. 3, pp. 35-48.

- BERNDT, R.**, Marketing, 2. Bd., 3. Aufl., Berlin 1995.
- BERTELSMANN STIFTUNG** (Hrsg.), Handbuch Stiftungen – Ziele, Projekte, Management, rechtliche Gestaltung, 2. Aufl., Wiesbaden 2003.
- BERUFSVERBAND DER AUGENÄRZTE DEUTSCHLANDS E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.augeninfo.de/listen/lo-vis.pdf> [Abruf: 15.06.2010].
- BIERWIRTH, A.**, Die Führung der Unternehmensmarke, Frankfurt a. M. 2003.
- BIRCHER, B.**, Wettbewerbsposition nachhaltig stärken, in: Gablers Magazin, 4. Jg., 1990, Nr. 9, S. 15-19.
- BLEICHER, K.**, Das Konzept integriertes Management, Frankfurt a. M. 1991.
- BLEICHER, K.**, Unternehmenspolitische und unternehmenskulturelle Voraussetzungen erfolgreicher Strategischer Partnerschaften, in: Zentes, J. (Hrsg.), Strategische Partnerschaften im Handel, Stuttgart 1992, S. 307-325.
- BLEICHER, K.**, Der Strategie-, Struktur- und Kulturfit Strategischer Allianzen als Erfolgsfaktor, in: Bronder, C., Pritzl, R. (Hrsg.), Wegweiser für Strategische Allianzen – Meilen- und Stolpersteine bei Kooperationen, Frankfurt a. M. 1992, S. 267-292.
- BLEICHER, K.**, Leitbilder – Orientierungsrahmen für eine integrative Management-Philosophie, 2. Aufl., Stuttgart 1994.
- BLEICHER, K.**, Normatives Management – Politik, Verfassung und Philosophie des Unternehmens, Frankfurt a. M. 1994.
- BLEICHER, K.**, Integriertes Management von Wertschöpfungsnetzwerken, in: Bach, N., Buchholz, W., Eichler, B. (Hrsg.), Geschäftsmodelle für Wertschöpfungsnetzwerke, Wiesbaden 2003, S. 145-178.
- BLEICHER, K.**, Das Konzept integriertes Management – Visionen, Missionen, Programme, 7. Aufl., Frankfurt a. M. 2004.
- BLETTNER, M. ET AL.**, Versorgungsforschung als Instrument zur Gesundheitssystementwicklung, Beiträge des Symposiums in der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz, vom 10. bis 11. März 2006.

- BLINDEN- UND SEHBEHINDERTEN-VERBAND NORDRHEIN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.bsv-nordrhein.de/ansprechpartner/vereine.html> [letzter Abruf: 15.06.2010].
- BLINDEN- UND SEHBEHINDERTEN-VERBAND NORDRHEIN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.bsv-nordrhein.de/bsvn/satzung.html> [Abruf: 27.09.2009].
- BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN WESTFALEN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.bsvw.de/bzgruppe.php?status=liste> [letzter Abruf: 15.06.2010].
- BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN WESTFALEN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.bsvw.de/downloads.php> [Abruf: 27.09.2009].
- BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN WESTFALEN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.wir-sehen-weiter.de/index.php?site=beratungsstellen> [Abruf: 12.02.2010].
- BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN WESTFALEN E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.wir-sehen-weiter.de/index.php?site=bsuche> [letzter Abruf: 15.06.2010].
- BORCHERT, S.**, Führung von Distributionsnetzwerken, Wiesbaden 2001.
- BORMANN, C.**, Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung, in: Janssen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.), Medizinsoziologische Versorgungsforschung – Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, München 2007, S. 12-24.
- BRADACH, J.**, Going to scale – the challenge of replicating social programs, in: Stanford Social Innovation review, Spring 2003, pp. 19-25.
- BREYER, F., ZWEIFEL, P., KIFMANN, M.**, Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin 2005.
- BROMANN, P.**, Leitbildentwicklung in der Praxis, in: Belzer, V. (Hrsg.), Sinn in Organisationen? – oder: Warum haben moderne Organisationen Leitbilder?, 2. Aufl., München 1998, S. 63-80.
- BRONDER, C., PRITZL, R.**, Ein konzeptioneller Ansatz zur Gestaltung und Entwicklung Strategischer Allianzen, in: Bronder, C., Pritzl, R. (Hrsg.), Wegweiser für strategische Allianzen – Meilen- und Stolpersteine bei Kooperationen, Frankfurt a. M. 1992, S. 17-44.

- BROUHERS, K. D., BROUHERS, L. E., WILKINSON, T. J.**, Strategic alliances – Choose your partners, in: Long Range Planning – International Journal of Strategic Management, Vol. 28, 1995, No. 3, pp. 18-25.
- BRÜTTING, L.**, Marken von Kooperationen – Anforderung und Implementation, in: Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Nr. 84, Münster 2009.
- BRUHN, M.**, Integrierte Unternehmens- und Markenkommunikation – Strategische Planung und operative Umsetzung, 3. Aufl., Stuttgart 2003.
- BRUHN, M.**, Kommunikationspolitik – systematischer Einsatz der Kommunikation für Unternehmen, 2. Aufl., München 2003.
- BRUHN, M.**, Sponsoring – systematische Planung und integrativer Ansatz, 5. Aufl., Wiesbaden 2010.
- BUCKLIN, L. P., SENGUPTA, S.**, Organizing Successful Co-Marketing Alliances, in: Journal of Marketing, Vol. 57, 1993, No. 2, pp. 32-46.
- BUND ZUR FÖRDERUNG SEHBEHINDERTER E. V. (HRSG.)**, URL: <http://www.bfs-ev.de/index.php?menuid=32> [Abruf: 24.01.2010].
- BUND ZUR FÖRDERUNG SEHBEHINDERTER – LANDESVERBAND NORDRHEIN-WESTFALEN E. V. (HRSG.)**, URL: <http://www.sehbehinderung.de> [letzter Abruf: 15.06.2010].
- BUND ZUR FÖRDERUNG SEHBEHINDERTER – LANDESVERBAND NORDRHEIN-WESTFALEN E. V. (HRSG.)**, URL: <http://www.sehbehinderung.de/adressen/sehbehindertenambulanzen.html> [letzter Abruf: 15.06.2010].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (HRSG.)**, Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz, Bonn 1983.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (HRSG.)**, BMBF feiert erfolgreiche zehn Jahre Kompetenznetze in der Medizin, Pressemitteilung vom 11.06.2009, URL: <http://www.bmbf.de/press/2579.php> [Abruf: 23.03.2010].

- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (HRSG.), Versorgungsforschung**
– Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkasse (2000 – 2008), Berlin 2008.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (HRSG.), Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung**, in: Bundesgesetzblatt, 2007, Nr. 11, Teil 1, ausgegeben zu Bonn am 30. März 2007.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (Hrsg.), Leitfaden zum Vereinsrecht**, URL: http://www.bmj.de/files/-/3468/Leitfaden_Vereinsrecht_barrierefrei_20090424.pdf [Abruf: 20.07.2010], 2009.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE (HRSG.), Kontinuität, Stabilität und Effektivität – Wie Netzwerke und Cluster nachhaltig erfolgreich sein können!**, Berlin 2010, URL: http://www.kompetenznetze.de/service/nachrichten/2010/medien/bmwi_nc_lowres.pdf [Abruf: 25.05.2010].
- BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.),** URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=680> [Abruf: 24.09.2009].
- BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.),** URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=681> [Abruf: 24.09.2009].
- BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.),** URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=684> [Abruf: 24.09.2009].
- BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.),** URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=688> [Abruf: 24.09.2009].
- BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.),** URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=690> [Abruf: 24.09.2009].
- BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V. (HRSG.),** URL: http://www.rehalehrer.de/index.php?id=751&no_cache=1 [letzter Abruf: 15.06.2010].

- BUNDESVERBAND DER REHABILITATIONSLEHRER/-LEHRERINNEN FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.rehalehrer.de/index.php?id=823> [Abruf: 24.09.2009].
- BUNDESVERBAND DEUTSCHER AUGENOPTIKER** (HRSG.), URL: <http://www.bdao.de/home.html> [Abruf: 22.08.2009].
- BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN, BERTELSMANN STIFTUNG** (HRSG.), Nachmachen erwünscht, Methoden erfolgreichen Projekttransfers, URL: http://www.stiftungen.org/fileadmin/bvds/de/Projekte/Projekttransfer/Nachmachen_erwuenscht.pdf [Abruf: 17.12.2009].
- BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN** (HRSG.), Social Franchising – Eine Methode zur systematischen Vervielfältigung gemeinnütziger Projekte, Berlin 2008.
- BUONO, A. F., BOWDITCH, J. L.**, The Human side of Mergers and Acquisitions – Managing Collisions between People, Cultures and Organizations, Washington 2003.
- BURMANN, C.**, Strategiewechsel in turbulenten Märkten – Neuere theoretische Ansätze zur Unternehmensflexibilität, in: Meffert, H., Backhaus, K., Becker, J. (Hrsg.), Arbeitspapier Nr. 134 der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e. V., Münster 2000.
- BURMANN, C., BLINDA, L., NITSCHKE, A.**, Konzeptionelle Grundlagen des identitätsorientierten Markenmanagements, in: Burmann, C. (Hrsg.), LiM Arbeitspapiere, Nr. 1, Bremen 2003.
- BURMANN, C., MEFFERT, H.**, Managementkonzept der identitätsorientierten Markenführung, in: Meffert, H., Burmann, C., Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement – identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 73-112.
- BURMANN, C., MEFFERT, H.**, Markenbildung und Markenstrategien, in: Albers, S., Herrmann, H. (Hrsg.), Handbuch Produktmanagement – Strategieentwicklung, Produktplanung, Organisation, Kontrolle, 3. Aufl., Wiesbaden 2007, S. 163-183.

- BURMANN, C., MEFFERT, H., BLINDA, L.**, Markenevolutionsstrategien, in: Meffert, H., Burmann, C., Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 183-212.
- CAMPBELL, A., NASH, L. L.**, A sense of mission – defining direction for the large corporation, Reading 1992.
- CHANDLER, A.**, Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise, Boston 1962.
- CHIA, E. M. ET AL.**, Impact of bilateral visual impairment on health-related quality of life – the Blue Mountains Eye Study, in: Investigative Ophthalmology & Visual Science, Vol. 45, 2004, No. 1, pp. 71-76.
- CHMIELEWICZ, K.**, Unternehmensverfassung, in: Wittmann, W. et al. (Hrsg.), Handwörterbuch der Betriebswirtschaft, Bd. 3, 5. Aufl., Stuttgart 1995.
- CHRIST, A.**, Netzwerk Sehen informiert Blinde und Sehbehinderte über regionale Unterstützungsmöglichkeiten, URL: http://www.rwth-aachen.de/aw/main/deutsch/Themen/Einrichtungen/Verwaltung/dezernat/Pressemitteilungen_der_RWTH/_/~ym/Netzwerk_Sehen_informiert_Blinde_und_Seh/ [Abruf: 24.04.2010].
- COLDEWEY, B.**, Strategisches Management von Unternehmensnetzwerken im Gesundheitswesen – ein netzwerktheoretischer Ansatz aus der Sicht von Krankenhäusern, Leipzig 2002.
- COLLINS, J., PORRAS, J.**, Built to Last – Successful Habits of Visionary Companies, New York 1997.
- CONGDON, N. ET AL.**, Causes and Prevalence of Visual Impairment Among Adults in the United States, in: Archives of Ophthalmology, Vol. 122, 2004, No. 4, pp. 477-486.
- DACIN, M., HITT, M., LEVITAS, E.**, Selection Partners for Successful International Alliances, in: Journal of World Business, Vol. 32, 1997, No. 1, pp. 3-16.
- DAS, T. K., TENG, B. S.**, The dynamics of alliance conditions in the alliance development process, in: Journal of Management Studies, Vol. 39, 2002, No. 5, pp. 725-746.

- DEMME, H., DRERUP, K. T.**, Selbstbestimmt leben – blinde und sehbehinderte Menschen in der Gesellschaft, in: Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V., Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e. V., (Hrsg.), Schriftenreihe zum Blindenrecht, Heft 2, 2006, URL: <http://www.dbsv.org/ratgeber/recht/schriftenreihe-zum-blindenrecht/heft-02-selbstbestimmt-leben-blinde-und-sehbehinderte-menschen-in-der-gesellschaft/?style=0%29> [Abruf: 16.10.2009].
- DEUTSCHE OPHTHALMOLOGISCHE GESELLSCHAFT (HRSG.)**, URL: <http://www.dog.org/> [Abruf: 26.01.2010].
- DIABETES NEWS MEDIA AG (HRSG.)**, URL: <http://www.diabetes-news.de/> [Abruf: 25.03.2010].
- DIEHL, U.**, Gesundheit – hohes oder höchstes Gut? Über den Wert und Stellenwert der Gesundheit, in: Kick, H. A., Taupitz, J., Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, Münster 2005, S. 113-136.
- DIETEL, B.**, Unternehmenskultur – eine Herausforderung für die Theorie der Unternehmung?, in: Heinen, E., Fank, M., Unternehmenskultur – Perspektiven für Wissenschaft und Praxis, 2. Aufl., München 1997, S. 211-237.
- DILL, P., HÜGLER, G.**, Unternehmenskultur und Führung betriebswirtschaftlicher Organisationen – Ansatzpunkte für ein kulturbewusstes Management, in: Heinen, E., Fank, M., Unternehmenskultur – Perspektiven für Wissenschaft und Praxis, 2. Aufl., München 1997, S. 141-209.
- DONABEDIAN, A.**, Evaluating the Quality of Medical Care, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, 1966, No. 3, Part 2, pp. 166-206.
- DOPPLER, K., LAUTERBURG, C.**, Change-Management – den Unternehmenswandel gestalten, 12. Aufl., Frankfurt a. M. 2008.
- DORTMUNDER ZENTRUM BEHINDERUNG UND STUDIUM (HRSG.)**, Ältere sehgeschädigte Menschen im ehrenamtlichen Netzwerk kompetent beraten – Evaluation des Schulungscurriculums des Projektes „Wir sehen weiter“, 2010, unveröffentlichtes Dokument.
- DRUCKER, P. F.**, The effective executive, London 1967.

- ELLERKMANN, F.**, Horizontale Kooperationen in der Beschaffungs- und Distributionslogistik – Entwicklung eines Gestaltungsleitfadens unter besonderer Berücksichtigung verhaltenstheoretischer Gesichtspunkte, Dortmund 2003.
- ENGEL, S.**, Kabinett bringt Pharma-Sparpaket auf den Weg – Ein Schritt zu niedrigeren Arzneimittelpreisen, 2010, URL: <http://www.tagesschau.de/inland/arzneimittel124.html> [Abruf: 30.06.2010].
- ESCH, F.-R.**, Strategie und Technik der Markenführung, 6. Aufl., München 2010.
- ESCH, F.-R., LANGNER T.**, Aufbau und Steuerung von Marken in Wertschöpfungsnetzwerken, in: Esch, F.-R. (Hrsg.), Moderne Markenführung – Grundlagen, innovative Ansätze, praktische Umsetzung, 4. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 427-453.
- ETER, N. ET AL.**, Choroidale Neovaskularisation bei altersabhängiger Makuladegeneration, Bremen 2007.
- FABISCH, N.**, Fundraising – Spenden, Sponsoring und mehr, 2. Aufl., München 2006.
- FINE, S. L. ET AL.**, Age-related Macular Degeneration, in: New England Journal of Medicine, Vol. 342, 2000, No. 7, pp. 483-492.
- FINGER, R. P.**, Blindheit in Deutschland – Dimensionen und Perspektiven, in: Der Ophthalmologe, 104. Jg., 2007, Nr. 10, S. 839-844.
- FOLLAND, S., GOODMAN, A. C., STANO, M.**, The economics of health and health care, 6. ed., Boston 2010.
- FONTANARI, M.**, Voraussetzungen für den Kooperationserfolg – eine empirische Analyse, in: Schertler, W. (Hrsg.), Management von Unternehmenskooperationen, Wien 1995, S. 117-187.
- FORAN, S., WANG, J. J., MITCHELL, P.**, Causes of Visual Impairment in two Older Population Cross-Sections – the Blue mountain Eye Study, in: Ophthalmologic Epidemiology, Vol. 10, 2003, No. 4, pp. 215-225.
- FRANZ, S.**, Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit in der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen – eine empirische Analyse, Aachen 2008.
- FRENCH, J. R. P., RAVEN, B.**, The bases of social power, in: Cartwright, D. (Hrsg.), Studies in social power, Ann Arbor 1959, pp. 150-167.

- FRESE, S.**, Unternehmensführung, Landsberg 1987.
- FRIESE, M.**, Kooperation als Wettbewerbsstrategie für Dienstleistungsunternehmen, Wiesbaden 1998.
- GABRIEL, R. ET AL.**, Computergestützte Informations- und Kommunikationssysteme in der Unternehmung – Technologien, Anwendungen, Gestaltungskonzepte, 2. Aufl., Berlin 2002.
- GERYBADZE, A.**, Strategisches Management in vertikalen Kooperationen und Leistungsverbänden, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 457-474.
- GLAESKE, G. ET AL.**, Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung, in: Das Gesundheitswesen, 71. Jg., 2009, Nr. 10, S. 685-693.
- GRÜNINGER, S.**, Vertrauensmanagement – Kooperation, Moral und Governance, Marburg 2001.
- HAHN, D.**, US-amerikanische Konzepte strategischer Unternehmensführung, in: Hahn, D., Taylor, B. (Hrsg.), Strategische Unternehmensplanung – Strategische Unternehmensführung – Stand und Entwicklungstendenzen, 9. Aufl., Berlin 2006, S. 51-72.
- HAHN, D., HUNGENBERG, H.**, PuK – Wertorientierte Controllingkonzepte – Planung und Kontrolle, Planungs- und Kontrollsysteme, Planungs- und Kontrollrechnung, Wiesbaden 2001.
- HAHN, O. K.**, Patient Relationship Management – ein CRM-Ansatz für die pharmazeutische Industrie, Wiesbaden 2006.
- HAIBACH, M.**, Handbuch Fundraising – Spenden, Sponsoring, Stiftungen in der Praxis, Frankfurt a. M. 2006.
- HAIBACH, M.**, Fundraising – Definitionen, Abgrenzung und Einordnung, in: Fundraising Akademie (Hrsg.), Fundraising – Handbuch für Grundlagen, Strategien und Methoden, 4. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 88-93.
- HALL, D., SAIAS, M.**, Strategy Follows Structure, in: Strategic Management Journal, Vol. 1, 1980, No. 2, pp. 149-163.

- HAMEL, G.**, Competition for competence and interpartner learning within international alliances, in: Strategic Management Journal, Vol. 12, 1991, summer special, pp. 83-103.
- HART, P. M. ET AL.**, A vision specific functional index for use in patients with age-related macular degeneration, in: British Journal of Ophthalmology, Vol. 83, 1999, No. 10, pp. 1115-1120.
- HAUSCHILDT, J., GEMÜNDEN, H. G.**, Promotoren – Champions der Innovation, 2. Aufl., Wiesbaden 1999.
- HIMMELSBACH, I.**, Altern zwischen Kompetenz und Defizit – der Umgang mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit, Wiesbaden 2009.
- HINTERHUBER, H. H.**, Strategische Unternehmensführung, 7. Aufl., 2004.
- HEINEN, E.**, Grundlagen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen – Das Zielsystem der Unternehmung, 3. Aufl., Wiesbaden 1976.
- HEISE, N.**, Kommunikation im Unternehmen – Interne Unternehmenskommunikation als grundlegender Bestandteil der Organisationsentwicklung, Frankfurt a. d. O. 2000.
- HELLMANN, W. ET AL.**, Medizinische Versorgungszentren erfolgreich führen und weiterentwickeln – Qualität steigern, Erträge ausbauen, Zukunft sichern, Berlin 2010.
- HERBST, C.**, Interorganisationales Schnittstellenmanagement – ein Konzept zur Unterstützung des Managements von Transaktionen, Frankfurt a. M. 2002.
- HERMES, H.**, Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Begriff, Bedeutung, Folgen – exemplarisch dargestellt am Beispiel der Wirtschaftlichkeitsproblematik des Krankenhauses als Medizinbetrieb, Osnabrück 2002.
- HERRMANN, R.**, Joint Venture-Management, Gießen 1988.
- HOLZ, F. G. ET AL.**, Altersabhängige Makuladegeneration, 2. Aufl., Berlin 2004.
- HOLZ, F. G. ET AL.**, Moderne Arzneimitteltherapie der altersabhängigen Makuladegeneration, in: Der Internist, 47. Jg., 2006, Nr. 2, S. 192-198.

- HOLZBERG, M.**, Erfolgsfaktoren sektorübergreifender Kooperationen – ein empirischer Beitrag zur Zusammenarbeit zwischen staatlichen, wirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Institutionen unter besonderer Berücksichtigung von Stiftungen, Wiesbaden 2009.
- HOMBURG, C., KLARMANN, M.**, Die indirekte Wichtigkeitsbestimmung im Rahmen von Kundenzufriedenheitsuntersuchungen: Probleme und Lösungsansätze, in: Homburg, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit – Konzepte, Methoden, Erfahrungen, 6. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 225-261.
- HUNGENBERG, H.**, Strategisches Management in Unternehmen – Ziele, Prozesse, Verfahren, 5. Aufl., Wiesbaden 2008.
- HUTSCHENREUTER, T.**, Unternehmensverfassung und Führungssystem, Wiesbaden 1998.
- INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN, GESCHÄFTSBEREICH STATISTIK** (HRSG.), URL: <https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw/online;jsessionid=D888AA2DE0B99CAD38091AE9B9EAF465?operation=abrufabelleAbrufen&levelindex=1&levelid=1285249381851&index=15> [Abruf: 22.04.2010].
- IRMSCHER, M.**, Markenwertmanagement – Aufbau und Erhalt von Markenwissen und –vertrauen im Wettbewerb, Frankfurt a. M. 1997.
- JANSSEN, C., BORGETTO, B., HELLER, G.**, Versorgungsforschung und Medizinische Soziologie, in: Janssen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.), Medizinsoziologische Versorgungsforschung – Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, München 2007, S. 7-11.
- JOHNSON, G., SCHOLES, K., WHITTINGTON, R.**, Exploring corporate Strategy – Text & Cases, 8. ed., Harlow 2008.
- JUNG, H.**, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 11. Aufl., München 2009.
- KAPFERER, J.-N.**, The new Strategic Brand Management – creating and sustaining brand equity long term, 4. ed., London 2008.
- KAUB, E.**, Franchise-Systeme in der Gastronomie, Saarbrücken 1980.

- KEHL, K., THEN, V.**, Analytischen Tiefgang wagen! – Vom „Social Return on Investment“ zur sozioökonomischen Mehrwertanalyse, in: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (Hrsg.), BBE-Newsletter, 2009, Nr. 15, URL: http://www.b-b-e.de/fileadmin/inhalte/aktuelles/2009/07/nl15_kehl_then.pdf [Abruf: 13.03.2010].
- KERN, W.**, Industrielle Produktionswirtschaft, 5. Aufl., Stuttgart 1992.
- KIESER, A., WALGENBACH, P.**, Organisation, 4. Aufl., Stuttgart 2003.
- KILLICH, S.**, Formen der Unternehmenskooperation, in: Becker, T. et al. (Hrsg.), Netzwerkmanagement – mit Kooperationen zum Unternehmenserfolg, 2. Aufl., Berlin 2007, S. 13-21.
- KIRSCH, W.**, Die Unternehmensziele in organisationstheoretischer Sicht, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 21. Jg., 1969, S. 665-675.
- KIRSCH, W.**, Die Koordination von Entscheidungen in Organisationen, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 23. Jg., 1971, Nr. 1, S. 61-82.
- KLAVER, C. C. ET AL.**, Epidemiologie, in: Holz, F. G. et al. (Hrsg.), Altersabhängige Makuladegeneration, 2. Aufl., Berlin 2004, S. 1-23.
- KLEIN, S.**, Interorganisationssysteme und Unternehmensnetzwerke – Wechselwirkungen zwischen organisatorischer und informationstechnischer Entwicklung, Wiesbaden 1996.
- KLEMMANN, A.**, Management sektorübergreifender Kooperationen – Implikationen und Gestaltungsempfehlungen für erfolgreiche Kooperationen an der Schnittstelle von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation, Münster 2007.
- KNAUER, C., PFEIFFER, N.**, Erblindung in Deutschland – heute und 2030, in: Der Ophthalmologe, 103. Jg., 2006, Nr. 9, S. 735-741.
- KNOP, R.**, Erfolgsfaktoren strategischer Netzwerke kleinerer und mittlerer Unternehmen – ein IT-gestützter Wegweiser zum Kooperationserfolg, Wiesbaden 2009.
- KNORR, S.**, Marketing-Partnerschaften – Erfolgsfaktoren im Lebenszyklus, Chur 2005.

- KÖHNKE, J., NOVER, S.**, Social Return on Investment (SROI) – Messmethodik, um gesellschaftliche Renditen öffentlicher Investitionen darzustellen, URL: http://www.muenster.de/stadt/zuwanderung/pdf/sroi-methodik_de.pdf [Abruf: 13.03.2010].
- KOELSCHTZKY, J.**, Leitfaden Kooperationen, Berlin 2002.
- KÖRFER, R.**, Merger Integration – die ultimative Herausforderung des Change Management, in: Borowicz, F., Mittermair, K., Strategisches Management von Mergers & Acquisitions – State of the Art in Deutschland und Österreich, Wiesbaden 2006, S. 279-295.
- KOLESKY, K.**, Management kultureller Integrationsprozesse bei grenzüberschreitenden Unternehmenszusammenschlüssen, Kassel 2006.
- KOLLOGE, K.**, Erfolgsfaktoren internationaler Unternehmenskooperationen – eine empirische Untersuchung am Beispiel von Vertriebskooperationen im deutschen Maschinenbau, Aachen 2010.
- KOSIOL, E.**, Erkenntnisgegenstand und methodologischer Standort der Betriebswirtschaftslehre, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 31. Jg., 1961, Nr. 3, S. 129-136.
- KOSIOL, E.**, Die Unternehmung als wirtschaftliches Aktionszentrum, Hamburg 1972.
- KOTLER, P., ARMSTRONG, G.**, Principles of Marketing, 11. ed., New Jersey 2006.
- KOTLER, P., KELLER, K. L.**, Marketing-Management, 13. ed., Upper Saddle River 2009.
- KOTLER, P., KELLER, K. L., BLIEMEL, F.**, Marketing-Management – Strategien für wertschaffendes Handeln, 12. Aufl., München 2007.
- KOTTER, J. P., HESKETT, J. L.**, Corporate Culture and Performance, New York 1992.
- KRAEGE, R.**, Controlling strategischer Unternehmenskooperationen, München 1997.
- KRAMER, R.**, Information und Kommunikation, Berlin 1966.

- KRAUS, G., BECKER-KOLLE, C., FISCHER, T.**, Handbuch Change-Management – Steuerung von Veränderungsprozessen in Organisationen, 2. Aufl., Berlin 2006.
- KRAUS, M., STEGARESCU, D.**, Non-Profit-Organisationen in Deutschland, in: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Dokumentation Nr. 05-02, Mannheim 2005.
- KRCMAR, H.**, Informationsmanagement, 4. Aufl., Berlin 2005.
- KREUZPAINTER, S.**, Management unternehmensübergreifender Markensysteme innerhalb virtueller Dienstleistungsunternehmen am Beispiel Luftverkehr, Bamberg 2003.
- KRIEGER, C.**, Erfolgsfaktoren interkultureller strategischer Allianzen – am Beispiel von bilateralen Kooperationen zwischen deutschen, französischen und japanischen Automobilunternehmen, Duisburg 2001.
- KROEBER-RIEL, W., WEINBERG, P., GRÖPPEL-KLEIN, A.**, Konsumentenverhalten, 9. Aufl., München 2009.
- KURTH, N.**, Schuss ins Auge, in: Die ZEIT, Ausgabe vom 08.05.2008, URL: <http://www.zeit.de/2008/20/M-Makuladegeneration> [Abruf: 09.06.2008].
- LAMMERSDORF, K., HOLZ, F. G., FINGER, R.**, Sehbehinderungen und Blindheit im Alter, in: Heilberufe, 62. Jg., 2010, Nr. 5, S. 10-12.
- LANGE, C., SCHAEFER, S.**, Perspektiven der Controllingforschung – Weiterentwicklung des informationsorientierten Controllingansatzes, in: Controlling, 15. Jg., 2003, Nr. 7/8, S. 399-404.
- LEUTHESSER, L., KOHLI, C., SURI, R.**, $2 + 2 = 5?$ – A framework for using Co-Branding to leverage a Brand, in: Brand Management, Vol. 11, 2003, No. 1, pp. 35-47.
- LINGANE, A., OLSEN, S.**, Guidelines for Social Return on Investment, in: California Management Review, Vol. 46, 2004, No. 3, pp. 116-135.
- LINK, J.**, Die methodologischen, informationswirtschaftlichen und führungs-politischen Aspekte des Controlling, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 52. Jg., 1982, Nr. 3, S. 261-280.

- LINN, N.**, Die Implementierung vertikaler Kooperation – Theoretische Konzeption und erste empirische Ergebnisse zum Prozess der Ausgliederung logistischer Teilaufgaben, New York 1989.
- LIPPISCHER BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENVEREIN (HRSG.)**, URL: http://www.lbsv.org/downloads/Satzung_LBSV.pdf [Abruf: 27.09.2009].
- LOHR, K. N., STEINWACHS, D. M.**, Health services research: An evolving definition of the field, in: Health Services Research, Vol. 37, 2002, No. 1, pp. 15-17.
- LOOMES, G., MCKENZIE, L.**, The use of QALYs in health care decision making, in: Social Science & Medicine, Vol. 28, 1989, No., 4, pp. 299-308.
- LOVELOCK, C. H., WIRTZ, J.**, Services marketing – People, technology, strategy, 5. ed., Upper Saddle River 2004.
- LOW VISION STIFTUNG (HRSG.)**, URL: <http://www.lowvision-stiftung.de/index.php> [Abruf: 26.01.2010].
- LUHMANN, N.**, Vertrauen – ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, Stuttgart 2000.
- LUHMANN, N.**, Soziales System, Gesellschaft, Organisation, 5. Aufl., Wiesbaden 2009.
- MACHARZINA, K.**, Unternehmensführung, 3. Aufl., Wiesbaden 1999.
- MACHARZINA, K., WOLF, J.**, Unternehmensführung – Das internationale Managementwissen – Konzepte, Methoden, Praxis, 5. Aufl., Wiesbaden 2005.
- MACULAR DISEASE SOCIETY (HRSG.)**, URL: <http://www.maculardisease.org/> [Abruf: 26.01.2010].
- MAHONEY, J. T.**, A Resource-Based Theory of Sustainable Rents, in: Journal of Management, Vol. 27, 2001, No. 6, pp. 651-660.
- MARCH, J. G., SIMON, H. A.**, Organizations, New York 1958.
- MASON, E. S.**, Price and Production Policies of Large-Scale Enterprises, in: American Economic Review, Vol. 29, 1939, pp. 61-74.

- MATZAT, J.**, Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen – unter besonderer Berücksichtigung der Patienten-Selbsthilfebewegung, in: Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ Deutscher Bundestag (Hrsg.), Bürgerschaftliches Engagement und Sozialstaat, Opladen 2003, S. 287-330.
- MECKL, R.**, Zur Planung internationaler Unternehmenskooperationen, in: Zeitschrift für Planung, 6. Jg., 1995, Nr. 1, S. 25-39.
- MEFFERT, H.**, Systemtheorie aus betriebswirtschaftlicher Sicht, in: Schenk, K.-E. (Hrsg.), Systemanalyse in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Berlin 1971, S. 174-206.
- MEFFERT, H.**, Die Gestaltung betriebswirtschaftlicher Systeme, in: Baetge, J. (Hrsg.), Grundlagen der Wirtschafts- und Sozialkybernetik, Opladen 1975, S. 97-104.
- MEFFERT, H.**, Marketing – Einführung in die Absatzpolitik, 3. Aufl., Wiesbaden 1978.
- MEFFERT, H.**, Zur Bedeutung von Konkurrenzstrategien im Marketing, in: Marketing Zeitschrift für Forschung und Praxis, 1985, Nr. 1, S. 13-19.
- MEFFERT, H.**, Konzeption eines Modells für ein AMD-Netzwerk, in: Meffert, H. (Hrsg.), Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Dokumentation der Workshop-Veranstaltung zum Thema „AMD-Netz NRW“, Arbeitspapier Nr. 3 der Forschergruppe „AMD-Netz NRW“, Münster 2010, URL: <http://www.marketing-centrum.de/ifm/data/ArbeitspapierAMD3.pdf> [Abruf: 13.05.2010].
- MEFFERT, H., BIERWIRTH, A.**, Corporate Branding – Führung der Unternehmensmarke im Spannungsfeld unterschiedlicher Zielgruppen, in: Meffert, H., Burmann, C., Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 143-162.
- MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M.**, Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, 10. Aufl., Wiesbaden 2008.

- MEFFERT, H., BURMANN, C., KOERS, M.**, Stellenwert und Gegenstand des Markenmanagements, in: Meffert, H., Burmann, C., Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 3-15.
- MEFFERT, H., HOLZBERG, M.**, Intra- und intersektorale Kooperationen – ein Beitrag zur Erfolgsfaktorenforschung von Netzwerken im Profit- und Non-Profit-Sektor, in: Schröder, H. et al. (Hrsg.), Distribution und Handel in Theorie und Praxis, Wiesbaden 2009, S. 23-46.
- MEFFERT, H., MÜNSTERMANN, M.**, Corporate Social Responsibility in Wissenschaft und Praxis – eine Bestandsaufnahme, in: Meffert, H., Backhaus, K., Becker, J. (Hrsg.), Arbeitspapier Nr. 186 der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e. V., Münster 2005.
- MEFFERT, H., WISTUBA, M.**, Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für altersabhängige Makuladegeneration (AMD) in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus Expertengesprächen, Arbeitspapier Nr. 2 der „Forscherguppe AMD-Netz NRW“, Münster 2009, URL: <http://www.marketing-centrum.de/ifm/data/ArbeitspapierAMD2.pdf> [Abruf: 14.01.2010].
- MEYER, M.**, Ökonomische Organisation der Industrie, Wiesbaden 1995.
- MEYER, T.**, Interkulturelle Kooperationskompetenz – Eine Fallstudienanalyse interkultureller Interaktionsbeziehungen in internationalen Unternehmenskooperationen, Frankfurt a. M. 2004.
- MIHM, A.**, Morbiditätsprognose 2050 – Deutschland 2050 – alt, krank, teuer, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Ausgabe vom 26.08.2009, URL: <http://www.faz.net/s/Rub0E9EEF84AC1E4A389A8DC6C23161FE44/Doc~E4ED8D09897664246B0A5E2A06830501E~ATpl~Ecommon~Scontent.html> [Abruf: 30.08.2009].
- MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R.**, Social Return on Investment – Ein vielversprechender Ansatz zur Wirkungsmessung im Dritten Sektor?, in: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (Hrsg.), BBE-Newsletter, 2009, Nr. 15, S. 1-7, URL: http://www.b-b-e.de/fileadmin/inhalte/aktuelles/2009/07/nl15_mildenberger_muenscher.pdf [Abruf: 13.03.2010].

- MILDENBERGER, G., MÜNSCHER, R.**, Wirkungsmessung im Dritten Sektor durch „Social Return on Investment“?, in: Bank für Sozialwirtschaft (Hrsg.), BFS-Info, Nr. 1, Köln 2010, S. 13-16.
- MINTZBERG, H. ET AL.**, The Strategy Process – Concepts, Contexts, Cases, 4. ed., Harlow 2003.
- MITCHELL, J., BRADLEY, C.**, Quality of life in age-related macular degeneration – a review of the literature, in: Health and Quality of Life Outcomes, Vol. 4, 2006, No. 97, pp. 1-20.
- MORSCHETT, D.**, Formen von Kooperationen, Allianzen und Netzwerken, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 377-404.
- MÜLLERLEILE, C.**, Kommunikationswege des Fundraising (Fundraising Channels) – Massenmedien, in: Fundraising Akademie (Hrsg.), Fundraising – Handbuch für Grundlagen, Strategien und Methoden, 4. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 459-475.
- MÜLLER-STEWENS, G., LECHNER, C.**, Strategisches Management – Wie strategische Initiativen zum Wandel führen, 3. Aufl., Stuttgart 2005.
- NALEBUFF, B., BRANDENBURGER, A.**, Coopetition – kooperativ konkurrieren – mit der Spieltheorie zum Geschäftserfolg, 2. Aufl., Eschborn 2008.
- NETZWERK SELBSTHILFE OBERHAUSEN (HRSG.)**, URL: <http://www.selbsthilfe-ob.de/> [Abruf: 25.03.2010].
- NIEHAUS, F.**, Alter und steigende Lebenserwartung – eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Köln 2006.
- o. V.**, Honorar (in 1.000 Euro) niedergelassener Ärzte in Deutschland im Jahr 2007 nach Fachbereichen, URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/4792/umfrage/arzt-gehaelter-2007/#info> [Abruf: 20.06.2010].
- o. V.**, Zwangszulassung – Pharma-Industrie empört über Schmidt-Vorstoß, in: Handelsblatt, Ausgabe vom 18.10.2007, URL: <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/pharma-industrie-empoert-ueber-schmidt-vorstoss;1338771> [Abruf: 26.07.2008].

- o. V.**, 10-j Bundesanleihen, URL: <http://www.finanzen.net/zinsen/10j-Bundes-anleihen> [Abruf: 02.09.2010].
- o. V.**, URL: <http://www.bewahren-sie-ihr-auge/licht.de> [Abruf: 17.10.2009].
- OCUNET (HRSG.)**, URL: <http://ocunet.de/> [Abruf: 26.01.2010].
- OCUNET (HRSG.)**, Qualitätsmanagement-Handbuch, Düsseldorf 2008, unveröffentlichtes Dokument.
- OLAVARRIA, M.**, Erfolgreiche Marketingstrategien für Business to Consumer-Dienstleistungen, eine empirische Analyse auf Basis des situativen Ansatzes, Berlin 1999.
- OZKIRIS, A.**, Anti-VEGF agents for age-related macular degeneration, in: Expert Opinion on Therapeutic Patents, Vol. 20, 2010, No. 1, pp. 103-118.
- PAPE, B.**, Zum Problem der Hierarchie der Sinne – Historische und neuzeitliche Sinnesdefinitionen, -hierarchien und Versuch einer eigenen Hierarchisierung, München 2006.
- PAULEIKHOFF, D. ET AL.**, Neovaskuläre altersabhängige Makuladegeneration in Deutschland – Beeinträchtigung der Lebensqualität und ihre finanziellen Auswirkungen, in: Der Ophthalmologe, 106. Jg., 2009, Nr. 3, S. 242-251.
- PAUSENBERGER, E.**, Zur Systematik von Unternehmenszusammenschlüssen, in: Das Wirtschaftsstudium, 18. Jg., 1989, Nr. 11, S. 621-626.
- PENROSE, E.-I.**, The Theory of the Growth of the Firm, Oxford 1959.
- PETRY, T.**, Netzwerkstrategie – Kern eines integrierten Managements von Unternehmensnetzwerken, Wiesbaden 2006.
- PFAFF, H.**, Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: Pfaff, H. et al. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung, Bern 2003, S. 13-23.
- PFAFF, H. ET AL.**, Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1), in: Das Gesundheitswesen, 71. Jg., 2009, Nr. 8/9, S. 505-510.
- PICOT, A., DIETL, H., FRANCK, E.**, Organisation – eine ökonomische Perspektive, 5. Aufl., Stuttgart 2008.

- PICOT, A., HARDT, P.**, Make-or-buy-Entscheidungen, in: Meyer, A. (Hrsg.), Handbuch Dienstleistungs-Marketing, Stuttgart 1998, S. 629-648.
- PORTER, M. E., FULLER, M. B.**, Coalitions and Global Strategy, in: Porter, M. E. (Hrsg.), Competition in Global Industries, Boston 1986, pp. 315-343.
- PORTER, M. E., FULLER, M. B.**, Koalitionen und globale Strategien, in: Porter, M. (Hrsg.), Globaler Wettbewerb – Strategien der neuen Internationalisierung, Wiesbaden 1989, S. 363-399.
- PRATT, J. W., ZECKHAUER, R. J.**, Principals and Agents – the structure of business, Boston 1985.
- PREININGER, N.**, Markenkooperationen – Erfolgsfaktoren, Implementierung und Management, Lohmar 2010.
- PRO RETINA DEUTSCHLAND E. V.** (HRSG.), ULR: <http://www.pro-retina.de/netzhaut-erkrankungen/makula-degeneration/arbeitskreis/patientenberater> [letzter Abruf: 15.06.2010].
- PRO RETINA DEUTSCHLAND E. V.** (HRSG.), ULR: <http://www.pro-retina.de/regional-gruppen> [letzter Abruf: 15.06.2010].
- PRO RETINA DEUTSCHLAND E. V.** (HRSG.), ULR: <http://www.pro-retina.de/ueber-uns> [Abruf: 04.07.2009].
- RAMASESHAN, B., LOO, P.**, Factors affecting a partner's perceived effectiveness of strategic business alliance, in: International Business Review, Vol. 7, 1998, No. 2, pp. 443-458.
- RAUTENSTRAUCH, T., GENEROTZKY, L., BIGALKE, T.**, Kooperationen und Netzwerke – Grundlagen und empirische Ergebnisse, Köln 2003.
- REICHWALD, R., RUPPRECHT, M.**, Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Rahmen zwischenbetrieblicher Kooperation, in: Hermanns, A., Flegel, V. (Hrsg.), Handbuch des Electronic Marketing, Funktionen und Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnik im Marketing, München 1992, S. 407-428.
- REIS, M., BECK, T. C.**, Richtig kooperieren im Neuen Mittelstand, in: Reiß, M. (Hrsg.), Der neue Mittelstand, Frankfurt a. M. 1998, S. 119-144.
- RETINOLOGISCHE GESELLSCHAFT** (HRSG.), URL: <http://www.retinologie.org/> [Abruf: 26.01.2010].

- RIEF, A.**, Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, Wiesbaden 2008.
- RIES, A.**, The Discipline of the Narrow Focus, in: Journal of Business Strategy, Vol. 13, 1992, No. 6, pp. 3-9.
- RIEMER, K.**, Sozialkapital und Kooperation, Tübingen 2005.
- RIGGERS, B.**, Value System Design – Unternehmenswertsteigerung durch strategische Unternehmensnetzwerke, Wiesbaden 1998.
- RODRIGUE, C. S., BISWAS, A.**, Brand Alliance Dependency and Exclusivity – an empirical investigation, in: Journal of Product & Brand Management, Vol. 13, 2004, No. 7, pp. 477-487.
- ROIGER, M. B.**, Gestaltung von Anreizsystemen und Unternehmensethik – eine norm- und wertbezogene Analyse der normativen Principal-Agent-Theorie, Wiesbaden 2007.
- ROTERING, J.**, Zwischenbetriebliche Kooperation als alternative Koordinationsform – ein transaktionskostentheoretischer Erklärungsansatz, Stuttgart 1993.
- SACKMANN, S. A.**, Unternehmenskultur – Erkennen, Entwickeln, Verändern, Neuwied 2002.
- SALDITT, T. C.**, Netzwerkmanagement im Handel – Prozessinnovationen im Handel am Beispiel der RFID-Technologie, Wiesbaden 2008.
- SANDER, M.**, Der Planungsprozess der Werbung, in: Berndt, R., Herrmanns, A. (Hrsg.), Handbuch Marketing-Kommunikation, Wiesbaden 1993, S. 261-284.
- SATHE, V.**, Implications of Corporate Culture – A Manager's Guide to Action, in: Organizational Dynamics, Vol. 12, 1983, No. 2, pp. 4-23.
- SAXE, A.**, Erfolgsfaktoren für Stiftungs Kooperationen – eine theoretische und empirische Analyse, Aachen 2009.
- SCHEIN, E.**, Unternehmenskultur – ein Handbuch für Führungskräfte, Frankfurt a. M. 1995.

- SCHERBAUM, W. A., HAUNER, H.**, Versorgungsforschung von Menschen mit Diabetes in Deutschland – wo stehen wir heute?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128. Jg., 2003, Nr. 21, S. 1159-1160.
- SCHEWE, G.**, Strategie und Struktur – Eine Re-analyse empirischer Befunde und Nichtbefunde, Tübingen 1998.
- SCHLÜTER, A., STOLTE, S.**, Stiftungsrecht – Formen und Einrichtung, Stiftungsaufsicht, Verwaltung, Besteuerung, Internationales Stiftungsrecht, München 2007.
- SCHMIDT, D., VEST, P.**, Die Energie der Marke – ein konsequentes und pragmatisches Markenführungskonzept, Wiesbaden 2010.
- SCHMUCKER, C. ET AL.**, Intravitreal bevacizumab (Avastin) vs. ranibizumab (Lucentis) for the treatment of age-related macular degeneration – a systematic review, in: Current Opinion in Ophthalmology, Vol. 21, 2010, No. 3, pp. 218-226.
- SCHRADER, W. F.**, Altersbedingte Makuladegeneration – Sozioökonomische Zeitbombe in der alternden Gesellschaft, in: Der Ophthalmologe, 103. Jg., 2006, Nr. 9, S. 742-748.
- SCHREIER, C.**, Das Konzept Social Franchising – die systematische Verbreitung von gemeinnützigen Projekten, in: Maecante Institut für Philantrophie und Zivilgesellschaft an der Humboldt-Universität zu Berlin (Hrsg.), Opusculum Nr. 34, Berlin 2009.
- SCHREYÖGG, G.**, Unternehmenskultur und Innovation, in: Personal, 41. Jg., 1989, S. 370-373.
- SCHÜLLER, A. M., DUMONT, M.**, Die erfolgreiche Arztpraxis – Patientenorientierung – Mitarbeiterführung – Marketing, 3. Aufl., Heidelberg 2010.
- SCHWARTZ, F. W.**, Methoden, Leistungen und Perspektiven der Versorgungsforschung – Public Health vs. Versorgungsforschung, in: Blettner, M. et al. (Hrsg.), Versorgungsforschung als Instrument zur Gesundheitssystementwicklung, Beiträge des Symposiums in der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz, vom 10. bis 11. März 2006.
- SCHWARTZ, F. W., BUSSE, R.**, Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.), Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. Aufl., München 2003, S. 518-546.

- SIMON, H.**, Schwächen bei der Umsetzung strategischer Wettbewerbsvorteile, in: Dichtl, E., Gerke, W., Kieser, A. (Hrsg.), *Innovation und Wettbewerbsfähigkeit*, Wiesbaden 1987, S. 367-376.
- SLESINA, W., KNERR, A.**, Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen – Formen, Nutzen, Wünsche, Bremerhafen 2007.
- SNOW, C. C., MILES, R. E., COLEMAN, H. J.**, Managing 21st Century Network Organizations, in: *Organizational Dynamics*, Vol. 20, 1992, No. 3, pp. 5-20.
- SPENGLER, A.**, Allianzen in der Markenführung – Ansatz zur Planung kooperativer Markenstrategien, Wiesbaden 2005.
- STABER, U.**, Steuerung von Unternehmensnetzwerken – Organisationstheoretische Perspektiven und soziale Mechanismen, in: Sydow, J., Windeler, A. (Hrsg.), *Steuerung von Netzwerken – Konzepte und Praktiken*, Opladen 2000, S. 58-87.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.)**, Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2009.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.)**, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung in den Bundesländern, dem früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern bis 2060 – Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2010.
- STEFFENHAGEN, H.**, Konflikt und Kooperation in Absatzkanälen – ein Beitrag zur verhaltensorientierten Marketingtheorie, Wiesbaden 1975.
- STÜDLEIN, Y.**, Management von Kulturunterschieden – Phasenkonzept für internationale strategische Allianzen, Wiesbaden 1997.
- SWOBODA, B.**, Kooperation: Erklärungsperspektiven grundlegender Theorien, Ansätze und Konzepte im Überblick, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), *Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven*, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 35-64.
- SYDOW, J.**, *Strategische Netzwerke*, Wiesbaden 1992.

- SYDOW, J.**, *Netzwerkbildung und Kooptation als Führungsaufgabe*, in: Kieser, A., Reber, G., Wunderer, R. (Hrsg.), *Handwörterbuch der Führung*, 2. Aufl., Stuttgart 1995, S. 1622-1635.
- SYDOW, J.**, *Management von Unternehmensnetzwerken – Auf dem Weg zu einer reflexiven Netzwerkentwicklung?*, in: Howaldt, J., Kopp, R., Flocken, P. (Hrsg.), *Kooperationsverbände und regionale Modernisierung*, Wiesbaden 2001, S. 79-101.
- SYDOW, J.**, *Management von Netzwerkorganisationen – Zum Stand der Forschung*, in: Sydow, J. (Hrsg.), *Management von Netzwerkorganisationen – Beiträge aus der „Managementforschung“*, 5. Aufl., Wiesbaden 2010, S. 373-472.
- SYDOW, J., WINDELER, A.**, *Strategisches Management von Unternehmensnetzwerken – Komplexität und Reflexivität*, in: Ortmann, G., Sydow, J. (Hrsg.), *Strategie und Strukturation – Strategisches Management von Unternehmen, Netzwerken und Konzernen*, Wiesbaden 2001, S. 129-142.
- SYDOW, J., WINDELER, A.**, *Knowledge, Trust and Control – Managing Tensions and Contradictions in a Regional Network of Service Firms*, in: *International Studies of Management and Organization*, Vol. 33, 2003, No. 2, pp. 69-100.
- SZELIGA, M.**, *Push und Pull in der Markenpolitik – ein Beitrag zur modellgestützten Marketingplanung am Beispiel des Reifenmarktes*, Frankfurt a. M. 1996.
- TAYLOR, C. E.**, *Scaling up social development*, in: *Leisa magazine*, Vol. 17, 2001, No. 3, pp. 14-17.
- TECHNOLOGIE- UND METHODENPLATTFORM FÜR DIE VERNETZTE MEDIZINISCHE FORSCHUNG E. V.** (HRSG.), URL: <http://www.kompetenznetze-medizin.de/Home.aspx> [Abruf: 23.03.2010].
- THE NEW ECONOMICS FOUNDATION** (HRSG.), *Measuring value – a guide to Social Return on Investment (SROI)*, 2. ed., London 2008.
- THEURL, T.**, *Die Kooperation von Unternehmen – Facetten der Dynamik*, in: Ahlert, D. (Hrsg.), *Handbuch Franchising & Cooperation – das Management kooperativer Unternehmensnetzwerke*, Neuwied 2001, S. 73-91.

- THEURL, T.**, From Corporate to Cooperative Governance, in: Theurl, T. (Hrsg.), *Economics of Interfirm Networks*, Tübingen 2005, pp. 149-193.
- THEURL, T.**, Kooperative Governancestrukturen, in: *Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Universität Münster*, Nr. 48, Münster 2005.
- THEURL, T.**, Das Ringen um Vertrauenswürdigkeit, in: Schwarz, G. (Hrsg.), *Vertrauen – Anker einer freiheitlichen Ordnung*, Zürich 2007, S. 37-45.
- THIEDE, J. A., SCHOCH, K., FIEGE, K.-P.**, Kooperation und Fusion im Focus des Krankenhausmanagements, Melsungen 1999.
- TORRANCE, G. W., FEENY, D.**, Utilities and Quality-Adjusted Life Years, in: *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 5, 1989, No. 4, pp. 559-575.
- TROMMSDORFF, V.**, *Konsumentenverhalten*, 6. Aufl., Stuttgart 2004.
- ULRICH, H.**, Der systemorientierte Ansatz, in: von Kortzfleisch, G. (Hrsg.), *Wissenschaftsprogramm und Ausbildungsziele der Betriebswirtschaftslehre*, Berlin 1971, S. 43-60.
- ULRICH, H., KRIEG, W.**, *Das St. Galler Management-Modell*, Bern 1972.
- URSELMANN, M.**, *Erfolgsfaktoren im Fundraising von Non-Profit-Organisationen*, Wiesbaden 1998.
- VIZJAK, A.**, *Wachstumspotenziale durch Strategische Partnerschaften – Bausteine einer Theorie der externen Synergie*, München 1990.
- VON EIFF, W.**, *Führung und Motivation in Krankenhäusern – Perspektiven und Empfehlungen für Personalmanagement und Organisation*, Stuttgart 2000.
- VON EIFF, W.**, Markenprofil und Markenarchitektur – Einmalig, unverwechselbar und hoch differenziert, in: *Krankenhaus Umschau*, 2004, Nr. 5, S. 407-411.
- VON EIFF, W.**, *Erfolgsfaktoren für Unternehmensverbindungen im Gesundheitswesen*, in: von Eiff, W., Klemann, A. (Hrsg.), *Unternehmensverbindungen – Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen*, 2. Aufl., Wegscheid 2005, S. 17-38.

- VON KARDOFF, E., LEISENHEIMER, C.**, Selbsthilfe im System der Gesundheitsversorgung – Bestehende Formen der Kooperation und ihre Weiterentwicklung, in: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.), Selbsthilfegruppenjahrbuch 1999, S. 44-52.
- WACHS, P.-C.**, Erfolgsmodell für Deutschland? – Ausländische Beispiele des Social Franchising, in: Stiftung & Sponsoring, 10. Jg., 2007, Nr. 4, S. 36-37.
- WAHL, H.-W.**, Ältere Menschen mit Sehbeeinträchtigung – eine empirische Untersuchung zur Person-Umwelt-Transaktion, Frankfurt a. M. 1997.
- WAHL, H.-W., HEYL, V., LANGER, N.**, Lebensqualität bei Seheinschränkungen im Alter – Das Beispiel Altersabhängige Makuladegeneration, in: Der Ophthalmologe, 105. Jg., 2008, Nr. 8, S. 735-743.
- WEGMETH, U.**, Horizontale Kooperationen in der Molkereiwirtschaft, München 2002.
- WENDT, W. R.**, Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen – eine Einführung, 5. Aufl., Freiburg 2010.
- WETZEL, R., ADERHOLD, J., BAITSCH, C.**, Netzwerksteuerung zwischen Management und Moderation – Zur Bedeutung und Handhabung von Moderationskonzepten bei der Steuerung von Unternehmensnetzwerken, in: Gruppendynamik und Organisationsberatung, 32. Jg., 2001, Nr. 1, S. 21-36.
- WILD, J.**, Grundlagen der Unternehmensplanung, 4. Aufl., Opladen 1982.
- WILLIAMS, R. A. ET AL.**, The psychosocial impact of macular degeneration, in: Archives of Ophthalmology, Vol. 116, 1998, No. 4, pp. 514-520.
- WILLIAMSON, O. E.**, Markets and Hierarchies – analysis and antitrust implications – a study in the economics of internal organization, London 1975.
- WILLIAMSON, O. E.**, The Economic Institution of Capitalism – firms, markets, relational contracting, London 1985.
- WILLIAMSON, O. E.**, The mechanism of governance, New York 1999.
- WINKLER, G.**, Koordination in strategischen Netzwerken, Wiesbaden 1999.

- WISSENSCHAFTLICHE VEREINIGUNG FÜR AUGENOPTIK UND OPTOMETRIE (HRSG.)**, URL: <http://www.wvao.de> [Abruf: 24.09.2009].
- WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DES ARBEITSKREISES VERSORGFORSCHUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER (HRSG.)**, Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung, 2004, S. 1, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf> [Abruf: 29.08.2009].
- WITTE, E.**, Organisation für Innovationsentscheidungen – das Promotoren-Modell, Göttingen 1973
- WITTE, H.**, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre – Lebensphasen des Unternehmens und betriebliche Funktionen, 2. Aufl., München 2007.
- WITTMANN, W.**, Unternehmung und unvollkommene Information, Köln 1959.
- WOHLGEMUTH, O., HESS, T.**, Strategische Planung in Unternehmensnetzwerken, in: Arbeitsbericht Nr. 5/2000 des Instituts für Wirtschaftsinformatik II an der Universität Göttingen, Göttingen 2000.
- WOLF, I.**, Erfolgsfaktoren internationaler strategischer Allianzen – Darstellung und Vergleich ausgewählter Studien, Hamburg 2002.
- WOLLNIK, M.**, Ein Referenzmodell des Informationsmanagement, in: Information Management, 3. Jg., 1988, Nr. 3, S. 34-43.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION**, Constitution of the World Health Organization, New York 1946.
- WÜRZL, A.**, Systemisches Management in Theorie und Praxis – Strategieentwicklung und zielorientierte Organisationsentwicklung mit der Balanced Scorecard, Bern 2005.
- ZENTES, J.**, Kooperative Wettbewerbsstrategien im internationalen Konsumgütermarketing, in: Zentes, J. (Hrsg.), Strategische Partnerschaften im Handel, Stuttgart 1992, S. 3-31.
- ZENTES, J., MORSCHETT, D.**, Horizontale und vertikale Online-Kooperationen im Vertrieb, in: Büttgen, M., Lücke, F. (Hrsg.), Online-Kooperationen – Erfolg im E-Business durch strategische Partnerschaften, Wiesbaden 2003, S. 223-248.

ZENTES, J., SWOBODA, B., MORSCHETT, D., Perspektiven der Führung kooperativer Systeme, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 935-962.

ZENTRALVERBAND DER AUGENOPTIKER (HRSG.), URL: <http://www.zva.de> [Abruf: 22.08.2009].

ZENTRALVERBAND DER AUGENOPTIKER (HRSG.), URL: http://www.zva.de/ZVA/brancheninfo/spezialisten/080422_sehhilfen.php [letzter Abruf: 15.06.2010].

ZENTRUM FÜR AUGENHEILKUNDE – UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN (HRSG.), URL: <http://www.uniklinik-essen.de/augenklinik/sehbe-ambu.html> [Abruf: 02.02.2009].

SCHRIFTEN ZUM MARKETING

- Band 1 Friedrich Wehrle: Strategische Marketingplanung in Warenhäusern. Anwendung der Portfolio-Methode. 1981. 2. Auflage. 1984.
- Band 2 Jürgen Althans: Die Übertragbarkeit von Werbekonzeptionen auf internationale Märkte. Analyse und Exploration auf der Grundlage einer Befragung bei europaweit tätigen Werbeagenturen. 1982.
- Band 3 Günter Kimmeskamp: Die Rollenbeurteilung von Handelsvertretungen. Eine empirische Untersuchung zur Einschätzung des Dienstleistungsangebotes durch Industrie und Handel. 1982.
- Band 4 Manfred Bruhn: Kundenzufriedenheit und Beschwerden. Erklärungsansätze und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in ausgewählten Konsumbereichen. 1982.
- Band 5 Heribert Meffert (Hrsg.): Kundendienst-Management. Entwicklungsstand und Entscheidungsprobleme der Kundendienstpolitik. 1982.
- Band 6 Ralf Becker: Die Beurteilung von Handelsvertretern und Reisenden durch Hersteller und Kunden. Eine empirische Untersuchung zum Vergleich der Funktionen und Leistungen. 1982.
- Band 7 Gerd Schnetkamp: Einstellungen und Involvement als Bestimmungsfaktoren des sozialen Verhaltens. Eine empirische Analyse am Beispiel der Organspendebereitschaft in der Bundesrepublik Deutschland. 1982.
- Band 8 Stephan Bentz: Kennzahlensysteme zur Erfolgskontrolle des Verkaufs und der Marketing-Logistik. Entwicklung und Anwendung in der Konsumgüterindustrie. 1983.
- Band 9 Jan Honsel: Das Kaufverhalten im Antiquitätenmarkt. Eine empirische Analyse der Kaufmotive, ihrer Bestimmungsfaktoren und Verhaltenswirkungen. 1984.

SCHRIFTEN ZU MARKETING UND MANAGEMENT

- Band 10 Matthias Krups: Marketing innovativer Dienstleistungen am Beispiel elektronischer Wirtschaftsinformationsdienste. 1985.
- Band 11 Bernd Faehsler: Emotionale Grundhaltungen als Einflußfaktoren des Käuferverhaltens. Eine empirische Analyse der Beziehungen zwischen emotionalen Grundhaltungen und ausgewählten Konsumstrukturen. 1986.
- Band 12 Ernst-Otto Thiesing: Strategische Marketingplanung in filialisierten Universalbanken. Integrierte Filial- und Kundengruppenstrategien auf der Grundlage erfolgsbeeinflussender Schlüsselfaktoren. 1986.
- Band 13 Rainer Landwehr: Standardisierung der internationalen Werbeplanung. Eine Untersuchung der Prozeßstandardisierung am Beispiel der Werbebudgetierung im Automobilmarkt. 1988.
- Band 14 Paul-Josef Patt: Strategische Erfolgsfaktoren im Einzelhandel. Eine empirische Analyse am Beispiel des Bekleidungsfachhandels. 1988. 2. Auflage. 1990.
- Band 15 Elisabeth Tolle: Der Einfluß ablenkender Tätigkeiten auf die Werbewirkung. Bestimmungsfaktoren der Art und Höhe von Ablenkungseffekten bei Rundfunkspots. 1988.
- Band 16 Hanns Ostmeier: Ökologieorientierte Produktinnovationen. Eine empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung ihrer Erfolgseinschätzung. 1990.
- Band 17 Bernd Büker: Qualitätsbeurteilung investiver Dienstleistungen. Operationalisierungsansätze an einem empirischen Beispiel zentraler EDV-Dienste. 1991.

- Band 18 Kerstin Ch. Monhemius: Umweltbewußtes Kaufverhalten von Konsumenten. Ein Beitrag zur Operationalisierung, Erklärung und Typologie des Verhaltens in der Kaufsituation. 1993.
- Band 19 Uwe Schürmann: Erfolgsfaktoren der Werbung im Produktlebenszyklus. Ein Beitrag zur Werbewirkungsforschung. 1993.
- Band 20 Ralf Birkelbach: Qualitätsmanagement in Dienstleistungszentrum. Konzeption und typenspezifische Ausgestaltung unter besonderer Berücksichtigung von Verkehrsflughäfen. 1993.
- Band 21 Simone Frömbling: Zielgruppenmarketing im Fremdenverkehr von Regionen. Ein Beitrag zur Marktsegmentierung auf der Grundlage von Werten, Motiven und Einstellungen. 1993.
- Band 22 Marcus Poggenpohl: Verbundanalyse im Einzelhandel auf der Grundlage von Kundenkarteninformationen. Eine empirische Untersuchung von Verbundbeziehungen zwischen Abteilungen. 1994.
- Band 23 Kai Bauche: Segmentierung von Kundendienstleistungen auf investiven Märkten. Dargestellt am Beispiel von Personal Computern. 1994.
- Band 24 Ewald Werthmüller: Räumliche Identität als Aufgabenfeld des Städte- und Regionenmarketing. Ein Beitrag zur Fundierung des Placemarketing. 1995.
- Band 25 Nicolaus Müller: Marketingstrategien in High-Tech-Märkten. Typologisierung, Ausgestaltungsformen und Einflußfaktoren auf der Grundlage strategischer Gruppen. 1995.
- Band 26 Nicolaus Henke: Wettbewerbsvorteile durch Integration von Geschäftsaktivitäten. Ein zeitablaufbezogener wettbewerbsstrategischer Analyseansatz unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes von Kommunikations- und Informationssystemen (KIS). 1995.
- Band 27 Kai Laakmann: *Value-Added Services* als Profilierungsinstrument im Wettbewerb. Analyse, Generierung und Bewertung. 1995.
- Band 28 Stephan Wöllein: Betriebstypenprofilierung in vertraglichen Vertriebssystemen. Eine Analyse von Einflußfaktoren und Erfolgswirkungen auf der Grundlage eines Vertrags-händlersystems im Automobilhandel. 1996.
- Band 29 Michael Szeliga: Push und Pull in der Markenpolitik. Ein Beitrag zur modellgestützten Marketingplanung am Beispiel des Reifenmarktes. 1996.
- Band 30 Hans-Ulrich Schröder: Globales Produktmanagement. Eine empirische Analyse des Instrumenteinsatzes in ausgewählten Branchen der Konsumgüterindustrie. 1996.
- Band 31 Peter Lensker: Planung und Implementierung standardisierter vs. differenzierter Sortimentsstrategien in Filialbetrieben des Einzelhandels. 1996.
- Band 32 Michael H. Ceyp: Ökologieorientierte Profilierung im vertikalen Marketing. Dargestellt am Beispiel der Elektrobranche. 1996.
- Band 33 Mark Unger: Die Automobil-Kaufentscheidung. Ein theoretischer Erklärungsansatz und seine empirische Überprüfung. 1998.
- Band 34 Ralf Ueding: Management von Messebeteiligungen. Identifikation und Erklärung messe-spezifischer Grundhaltungen auf der Basis einer empirischen Untersuchung. 1998.
- Band 35 Andreas Siefke: Zufriedenheit mit Dienstleistungen. Ein phasenorientierter Ansatz zur Operationalisierung und Erklärung der Kundenzufriedenheit im Verkehrsbereich auf empirischer Basis. 1998.
- Band 36 Irene Giesen-Netzer: Implementierung von Rücknahme- und Recyclingsystemen bei Gebrauchsgütern. 1998.

- Band 37 Frithjof Netzer: Strategische Allianzen im Luftverkehr. Nachfragerorientierte Problemfelder ihrer Gestaltung. 1999.
- Band 38 Silvia Danne: Messebeteiligungen von Hochschulen. Ziele und Erfolgskontrolle. 2000.
- Band 39 Martin Koers: Steuerung von Markenportfolios. Ein Beitrag zum Mehrmarkencontrolling am Beispiel der Automobilwirtschaft. 2001.
- Band 40 Frank Wolter: Koordination im internationalen Umweltmanagement. Dargestellt an Beispielen aus der Automobilindustrie. 2002.
- Band 41 Mirko Caspar: Cross-Channel-Medienmarken. Strategische Optionen, Ausgestaltungsmöglichkeiten und nachfragerseitige Bewertung. 2002.
- Band 42 Andreas Seifert: Typologie des Marketing-Management. Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen und internationale empirische Befunde. 2002.
- Band 43 Markus Dömer: Ressourcenbasierte Erschließung neuer Märkte. Dargestellt am Beispiel der Textilindustrie. 2002.
- Band 44 Jens Röder: Europäische Markterschließungsstrategien im Schienenverkehrsdienstleistungsbereich am Beispiel des Personenverkehrs der Deutschen Bahn AG. 2003.
- Band 45 Andreas Bierwirth: Die Führung der Unternehmensmarke. Ein Ansatz zum zielgruppenorientierten Corporate Branding. 2003.
- Band 46 Mathias Giloth: Kundenbindung in Mitgliedschaftssystemen. Ein Beitrag zum Kundenwertmanagement - dargestellt am Beispiel von Buchgemeinschaften. 2003.
- Band 47 Fabian Hieronimus: Persönlichkeitsorientiertes Markenmanagement. Eine empirische Untersuchung zur Messung, Wahrnehmung und Wirkung der Markenpersönlichkeit. 2003.
- Band 48 Marcel Kranz: Die Relevanz der Unternehmensmarke. Ein Beitrag zum Markenmanagement bei unterschiedlichen Stakeholderinteressen. 2004.
- Band 49 Bastian Grunberg: Zeitbezogene Nutzenkomponenten von Verkehrsdienstleistungen. Erklärung und Wirkung am Beispiel von Bahnreisen. 2004.
- Band 50 Christian Ebert: Identitätsorientiertes Stadtmarketing. Ein Beitrag zur Koordination und Steuerung des Stadtmarketing. 2004.
- Band 51 Michael Ahrens: Experimentelle Analyse der Wirkungen ausgewählter Direktmarketing-Instrumente. Ein Beitrag zur Effektivitäts- und Effizienzmessung im Direktmarketing. 2007.
- Band 52 Martin Wistuba: Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke. Ein Beitrag zur Versorgungsforschung am Beispiel der Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD). 2011

www.peterlang.de

Michael Ahrens

Experimentelle Analyse der Wirkungen ausgewählter Direktmarketing-Instrumente

Ein Beitrag zur Effektivitäts- und Effizienzmessung im Direktmarketing

Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien, 2007.
268 S., zahlr. Tab. und Graf.

Schriften zum Marketing und Management.

Herausgegeben von Heribert Meffert. Bd. 51

ISBN 978-3-631-53747-3 · br. € 50,80*

Trotz der in den letzten Jahren stetig gewachsenen Bedeutung des Einsatzes des Direktmarketings zur Erreichung der Marketing-Ziele vieler Unternehmen wird der systematischen und umfassenden Analyse der zentralen, die Effektivität und Effizienz des Direktmarketing-Einsatzes beeinflussenden Determinanten nur geringe Aufmerksamkeit gewidmet. Vor diesem Hintergrund ist das Ziel dieser Arbeit, einen Beitrag zur experimentellen Analyse der Wirkungsweise der Direktmarketing-Instrumente Mailing, Email und SMS zu leisten. Aufbauend auf einer theoretischen Fundierung des direktmarketing-spezifischen Wirkungsprozesses werden zunächst die Wirkungen der zentralen endogenen und exogenen Determinanten des Direktmarketing-Einsatzes analysiert und in einem Wirkungsmodell zusammengefasst. Auf Basis einer umfangreichen empirischen Analyse verschiedener Direktmarketing-Aktionen eines Unternehmens aus dem Verkehrsdienstleistungsbereich werden zusammenfassend Einflussrichtung und -stärke der identifizierten Determinanten untersucht sowie Implikationen für Wissenschaft und Praxis abgeleitet.

Aus dem Inhalt: Effektivitäts- und Effizienzorientierung als Herausforderung an das Direktmarketing · Konzeptionelle Analyse des Einflusses endogener und exogener Determinanten des Direktmarketing-Erfolges · u.v.m.



Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien

Auslieferung: Verlag Peter Lang AG

Moosstr. 1, CH-2542 Pieterlen

Telefax 0041 (0)32/376 17 27

*inklusive der in Deutschland gültigen Mehrwertsteuer

Preisänderungen vorbehalten

Homepage <http://www.peterlang.de>

