

Organisieren als Stabilisierung von arbeitsteiliger Wertschöpfung im Kontext fundamentaler Ungewissheit

Sind Spitäler wandelresistent?

Harald Tuckermann^a,
Johannes Rüegg-Stürm^b

- a Dr. oec. HSG, Habilitand und Lehrbeauftragter, Institut für Betriebswirtschaft (IfB) der Universität St. Gallen (HSG)
- b Prof. Dr. oec., geschäftsführender Direktor des IfB der HSG. Arbeitsschwerpunkte: Integrierendes Management, Management von strategischem Wandel, organisationale Wandel- und Erneuerungsfähigkeit, neue Führungs- und Organisationsformen, Prozessmanagement, systemisch-konstruktivistische Organisations- und Führungsforschung, Management von Healthcare-Organisationen

Forschungsprogramm HealthCare Excellence

Silke Bucher, David Kurz, Jürgen Merz, Prof. Dr. Johannes Rüegg-Stürm, Dr. oec. Harald Tuckermann, Dr. med. Jürg Unger-Köppel, Widar von Arx

Institut für Betriebswirtschaft,
St. Gallen

Korrespondenz:
Prof. Johannes Rüegg-Stürm
Institut für Betriebswirtschaft
Dufourstrasse 40a
CH-9000 St. Gallen
Tel. 071 224 23 23
Fax 071 224 23 55

johannes.rueegg@unisg.ch

www.healthcaremanagement.ch
www.ifb.unisg.ch

Konstruktiver Umgang mit Effizienzdruck

Seit Jahren gibt es in Spitälern vielfältige Veränderungsinitiativen, die auf die Steigerung von Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit sowie auf die Einführung von unternehmensähnlichen Managementpraktiken abzielen. Die Erfahrungen damit sind ernüchternd: In den USA [1] oder in England [2] sind viele solcher Initiativen gescheitert.

Woran liegt das? Einige vermuten dahinter eine Verteidigung des Besitzstandes der Ärzteschaft gegenüber der Pflege [3], gegenüber der Verwaltung, gegenüber der Ökonomie im allgemeinen [4] oder gegenüber anderen medizinischen Fachbereichen [5].

Dies mag einerseits zutreffen. Andererseits beschränken sich viele Reformversuche darauf, den Druck auf Krankenhäuser zu begründen, und weniger darauf, neue Formen für einen konstruktiven Umgang mit Effizienzdruck anzubieten [6]. Darauf antworten Spitäler oft mit Rationierung oder mit Privatisierung. Öffentlichen Spitälern stehen diese Handlungsoptionen nicht offen. Sie können nur sparen. Es gibt weniger Personal, weniger Ausstattung, weniger Material. Dafür gibt es mehr Aufgaben, mehr Patientinnen und Patienten und mehr Zeitdruck für die Mitarbeitenden. Der Frust aus dem erlebbaren Widerspruch steigt, und die Identifikation mit dem eigenen Beruf sinkt. So wird die «Zitrone» Spital irgendwann endgültig ausgepresst sein – mit unabhärbaren Folgen für alle Betroffenen.

Eigenartigerweise formulieren nur wenige, was genau denn effizienter werden soll und worin die Herausforderungen von Veränderungsinitiativen in einem Spital bestehen. Wir werden diesen beiden Fragen im folgenden Beitrag nachgehen.

Auf Basis unserer mehrjährigen Forschung in Spitälern zeigen wir in einer kurzen Skizze, wie sich Führen und Organisieren in Spitälern typischerweise manifestiert. Wir bezeichnen die historisch gewachsene Form des Führens und Organisierens in Spitälern als «interaktionales Organisieren». Mit ihr wird die hochanspruchsvolle medizinisch-pflegerische Tätigkeit in Krankenhäusern organisiert. Diese zentrale Tätigkeit kann auch als Wertschöpfung bezeichnet werden, denn sie macht den zentralen Mehrwert

Les hôpitaux résistent-ils aux changements?

La plupart des initiatives de changement dans les hôpitaux, le plus souvent pour des raisons économiques, échouent dans de nombreux pays. Au lieu de se conformer aux réponses habituelles, l'article ci-joint montre comment la conduite et l'organisation se manifestent le plus typiquement dans les hôpitaux. Nous nommons cette forme spécifique de conduite et d'organisation hospitalière «organisation interactionnelle». Cette manière de voir offre une explication possible aux difficultés observées. Car le développement actuel de l'environnement exige des hôpitaux bien plus que d'économiser, d'optimiser ce qu'ils ont déjà ou de se réinterpréter en tant qu'«entreprise». Plus près, nombre d'établissements hospitaliers sont placés devant le défi de changer de fond en comble les pratiques ancestrales de conduite et d'organisation, lesquelles échappent justement à l'attention des acteurs principaux concernés.

aus, den die Patientinnen und Patienten im Spital gewinnen. Die Wertschöpfung in Spitälern ist wesentlich dadurch geprägt, Ungewissheit und Ambiguität in der Behandlungsinteraktion zu absorbieren. Es geht darum, je neu den Gesundheitszustand und die Behandlungsinteraktionen als solche zu stabilisieren, d.h. berechenbar zu machen. Wie dies traditionell in Spitälern praktiziert wird, bietet eine mögliche Erklärung an, warum viele Veränderungsinitiativen scheitern.

Im Zentrum steht eine grundlegende Reflexion traditioneller, von Generation zu Generation tradiert Formen des Führens, Zusammenarbeitens, Organisierens und Entscheidens im unmittelbaren Behandlungskontext und im umfassenden Spitalkontext als Ganzes, um (auch zukünftig) gute Bedingungen für eine gelingende Behandlungsarbeit schaffen zu können. Eine

solche Forderung stellt eine enorme Herausforderung dar: Wie lässt sich etwas bewusst in den Blick nehmen und verändern, was bis anhin ausserhalb der gewohnten Aufmerksamkeit, im Bereich des fraglos Unproblematischen, Selbstverständlichen und damit Irrelevanten lag?

Einen ersten Schritt dazu hofft dieser Beitrag zu leisten, indem er mit dem «interaktionalen Organisieren» eine Konzeptualisierung der Organisationspraxis anbietet, welche die hochanspruchsvolle Wertschöpfung von Spitälern kennzeichnet. In einem zweiten Beitrag wird eine alternative kommunikative Sichtweise von Spitalorganisationen entwickelt, weil die Bedingungen des «interaktionalen Organisierens» zunehmend erodieren. Anschliessend wird in einem dritten Beitrag anhand eines konkreten Beispiels gezeigt werden, wie sich der Perspektivenwechsel nutzen lässt, um konkret Herausforderungen im Alltag zu handhaben.

Wertschöpfung im Spital: Ungewissheitsbewältigung zwischen Einzelfall und Professionswissen

Was ist Gesundheit? Die Weltgesundheitsorganisation bezeichnet sie als «Zustand sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens». Genau zu definieren ist sie nicht, mitunter aber das Gegenteil. So lässt sich Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit verstehen. Entsprechend bieten Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Pflege- und Therapiefachkräfte im Grunde genommen Chancen zur Heilung oder zumindest Linderung von Krankheiten an und arbeiten an einer Zustandsverbesserung bei ihren Patientinnen und Patienten. Dabei haben aber oft nur in eindeutigen Fällen alle Beteiligten ein identisches Verständnis von der angestrebten Zustandsveränderung.

Patientinnen und Patienten vertrauen auf eine richtige Behandlung. Sie machen Expertinnen und Experten dafür verantwortlich, können aber deren Arbeit nur in Ausnahmefällen und mit hohem Aufwand überprüfen. Anders als beim Autokauf oder einer Reisebuchung wird hier direkt an und mit den «Kunden» versucht, einschneidende und bisweilen auch lebensbedrohliche Entwicklungen abzuwenden oder wenigstens abzumildern. Deshalb dürfen sich die «Leistungserbringer» auch keinen Fehler erlauben. Idealerweise muss jede einzelne Untersuchung, Diagnose, Therapie und die dabei mitlaufende Betreuung des Patienten richtig sein. In ihrem Zusammenspiel sollen sie auf eine angestrebte Zustandsveränderung hinführen, die von den Beteiligten oft verschieden oder gar nicht explizit definiert wird.

Vor allem Koproduktion und Ungewissheit steigern die Komplexität: Patienten sind keine Kunden oder gar passiven Empfänger einer Leistung. Sie sind Koproduzenten ihrer eigenen Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung, was bereits mit der regelmässigen Medikamenteneinnahme oder aktiven Teilnahme an Therapien beginnt. Koproduktion kennzeichnet aber auch die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen Pflegenden und Ärzten. Erfolg hängt daher nicht nur von den einzelnen Aktivitäten der Diagnose, Therapie und Betreuung ab, sondern von ihrem Zusammenwirken: Die jeweiligen Beiträge sind wechselseitig voneinander abhängig, erfolgen teilweise gleichzeitig und wiederholt [5].

Nicht nur Patientinnen und Patienten sehen sich mit der Ungewissheit ihres Gesundheitszustands konfrontiert. Auch Pflegenden und Ärzte müssen täglich Ungewissheit bewältigen [4]: Erstens haben Patienten, Ärztinnen und Pflegefachkräfte jeweils andere Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und dem angemessenen Umgang mit beidem. Zweitens gilt es, den mitunter vielfältigen und mehrdeutigen Symptomen durch Anamnese und Diagnose eine oder mehrere Krankheiten richtig zuzuordnen. Drittens ist es im Einzelfall meistens schwierig, genaue Wahrscheinlichkeiten von Behandlungsstrategien auszuloten, besonders wegen der zeitlichen Dynamik von Krankheitsgeschichten.

Den beiden zuletzt genannten Aspekten liegt folgende Schwierigkeit zugrunde: Auch statistisch sehr solide validiertes Wissen lässt sich logisch nicht eindeutig auf den Einzelfall anwenden. Ein Chefarzt der inneren Medizin drückte dies kürzlich wie folgt aus: «Am Einzelfall stösst die Evidence-based Medicine an ihre Grenzen.» Zudem hat sich das für die Behandlungsleistung notwendige Wissen im Zuge moderner Medizinentwicklung immer mehr ausdifferenziert. Demgegenüber sind die Leiden von Patienten unteilbar geblieben.*

In einem solchen Kontext mitunter schwer bestimmbarer Erfolgs, möglichst fehlerfreier Leistung und einer anspruchsvollen Koproduktion aller Beteiligten ist Wertschöpfung im Spital fundamental durch Ungewissheitsbearbeitung geprägt. Behandlungsarbeit ist die Verknüpfung des komplexen Einzelfalls mit komplexem Professionswissen.

Am Beispiel der inneren Medizin lässt sich dabei eine «iterative» Struktur beobachten: Jemand betritt ein Spital mit erlebten oder bereits an anderer Stelle untersuchten Symptomen. Je nach spezifischem Zustand werden zunächst die

* Mit der Aufklärung hat sich die moderne Medizin naturwissenschaftlich unter Marginalisierung komplementärer Perspektiven fundiert. Krankheit wurde von der mittelalterlich-religiösen Deutung als persönliche Sünde abgegrenzt. Vielmehr gilt sie als Unglücksfall des einzelnen und erfordert Behandlung, unabhängig von Herkunft, Taten oder Einstellungen. Darin liegt eine wesentliche gesellschaftliche Errungenschaft moderner Medizin.

Symptome fortlaufend beobachtet bzw. unverzüglich therapeutische Massnahmen eingeleitet. Untersuchungsergebnisse werden mit professionsspezifischem Wissen gedeutet und zu ersten Diagnosen verdichtet. Auf dieser Grundlage kann eine Therapie eingeleitet, verändert oder verfeinert werden. Daran können weitere Untersuchungen anschliessen. Gleichzeitig wird der Patient pflegerisch behandelt.

Insgesamt ergibt sich daraus ein sukzessives Vortasten und Verdichten der diagnostischen Hypothesen. Dieser Prozess pendelt zwischen der Wahrnehmung des Einzelfalls und den Anwendungsoptionen professionserprobten Wissens hin und her. Er geschieht so lange, bis man schliesslich der Krankheit einen Namen geben und den Patienten (weiter-)behandeln kann. In diesem Prozess der sukzessiven Ungewissheits- und Ambiguitätsreduktion geht es darum, im Wechseln zwischen Einzelfall und Professionswissen beide Wahrnehmungshorizonte fortlaufend aufeinander zu beziehen, um über die Zeit sowohl den diagnostischen Befund als auch die gleichzeitig mitlaufende Behandlung und vor allem den Zustand des Patienten in positiver Weise beeinflussen zu können.

In solchen Prozessen treten angesichts der zu bewältigenden Ungewissheit, Ambiguität und zeitlichen Dynamik immer wieder Überraschungen auf. Dann müssen möglichst schnell die nötige Fachexpertise, die technischen Geräte, Materialien und Medikamente mobilisiert werden. Es werden Kolleginnen angerufen, Konsilien vereinbart oder weitere Untersuchungen eingeleitet. Im Arbeitsalltag muss man hierzu unabdingbar «auf Zuruf» spontan «selbstorganisieren» können, um die spezifischen Herausforderungen jeweiliger Behandlungsinteraktionen

zu meistern. Es mag deshalb wenig erstaunen, dass sich im Verlauf der Zeit in Spitälern exzellente Selbstorganisationsfähigkeiten entwickelt haben. Wir nennen die damit verbundene Form des Organisierens, das die Behandlungsinteraktion ins Zentrum stellt, interaktionales Organisieren. Interaktionales Organisieren ermöglicht es, eine hochanspruchsvolle und von Überraschungen begleitete Wertschöpfung zu erbringen. Ausgehend vom jeweiligen Professionswissen werden dabei kontinuierlich therapieleitende Krankheitsdiagnosen und vielfältige Beziehungsmuster zwischen den Beteiligten verfertigt.

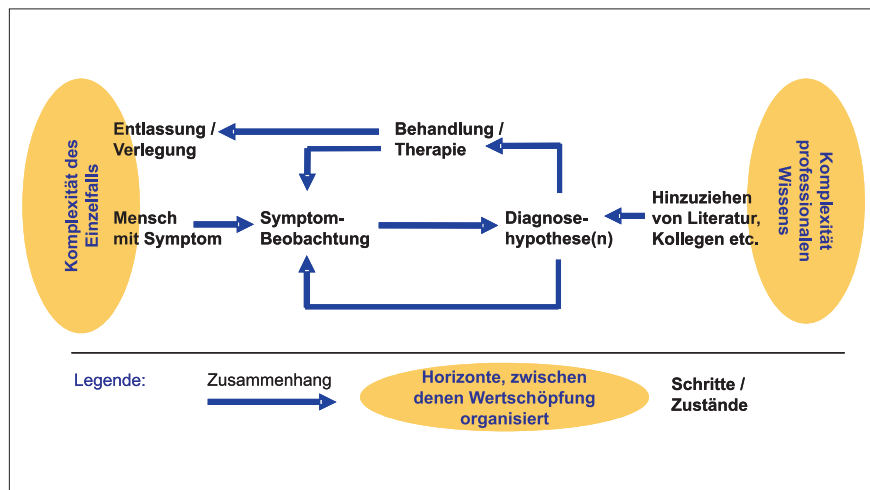
Stabilisierung durch fachliche Ausrichtung, personale Orientierung und ausreichend Ressourcen

Was benötigt man nun, um den skizzierten Arbeitsalltag erfolgreich zu meistern? Wenn Krankheitsbehandlung von Überraschungen begleitet und im wesentlichen als Ungewissheitsbewältigung in einem wechselseitigen Zusammenspiel von Einzelfall und Professionswissen zu verstehen ist, dann bedarf diese Wertschöpfung eines hohen Masses an Stabilität. Vor diesem Hintergrund hat sich im Spitalalltag eine Form des Organisierens mit folgenden Merkmalen entwickelt:

- **Fachliche Ausrichtung:** Das Organisieren orientiert sich an fachlichen Herausforderungen und Kriterien, um mit der fortlaufenden Wissensentwicklung Schritt zu halten und die notwendige praktische Kompetenz zu entwickeln. Daher legen die ärztlichen Kliniken und die Pflege neben der eigentlichen Behandlungsarbeit hohen Wert auf fachliche Aus- und Weiterbildung, Diskussion der Fachliteratur und eigene empirische Fachforschung. In der konkreten Behandlungsarbeit werden kontinuierlich Behandlungsrichtlinien weiterentwickelt, die bei aller Individualität des eigenen Praxisstils ein gewünschtes Mass an Einheitlichkeit sicherstellen.
- **Orientierung an Personen:** In der Organisation stehen Personen und vor allem Ärztinnen und Ärzte im Mittelpunkt. Obwohl der Behandlungserfolg letztlich aus dem erfolgreichen Zusammenwirken von Ärztinnen, Ärzten, Pflegenden, Patientinnen und Patienten erwächst, muss die Entscheidungsverantwortung gerade angesichts der zu bewältigenden Ungewissheit eindeutig zugeordnet werden können. Aufgrund der langen und intensiven Ausbildung wird der Ärzteschaft traditionell ein Wissensvorsprung zugestanden. Demzufolge sind sie in fach-

Abbildung 1

Wertschöpfung im Spital als iteratives Stabilisieren zwischen Einzelfall- und Professionskomplexität.



lichen Fragen weisungsbefugt und haben in der jeweiligen Situation zu entscheiden und die Verantwortung zu übernehmen. Daraus leitet sich auch die Praxis ab, dass der fachlich beste Experte die Klinik leitet sowie Ärztinnen und Ärzte führt.

- Sozialer Kontext der Behandlungsarbeit: Damit Ärztinnen und Ärzte wirksam arbeiten können, ist eine Vielzahl von Voraussetzungen zu schaffen. Der für eine wirksame ärztliche Behandlung erforderliche Kontext wird von der Pflege bereitgestellt. Traditionell haben sich die meist aus christlichen Ordensgemeinschaften stammenden «Schwestern» regelrecht für den Patienten und die behandelnden Ärzte aufgeopfert. Sie waren allzeit bereit, leidende Menschen zu betreuen und den lediglich punktuell zur Behandlung auftauchenden Arzt bedingungslos zu unterstützen. Seit geraumer Zeit befindet sich dieses Verständnis in einem tiefgreifenden Wandel. Eine Pflegekraft ist heute wissenschaftlich geschult und verfügt über eine eigenständige Professionsexpertise. Zusätzlich professionalisiert sich die Pflege bei der Organisation und Führung des Stationsbetriebs. Sie stellt damit den sozialen Kontext gelingender Krankheitsbehandlung für Patienten und Ärzte bereit. In dieser aktuellen Rolle ist die Pflege aber nicht mehr wie früher die Ordensschwestern bereit, der Ärzteschaft bedingungslos zu folgen.
- Infrastruktureller Kontext der Behandlungsarbeit: Die «Verwaltung» kümmert sich um die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen, d. h. um Finanzen, IT, um rechtliche Fragen, Personalarbeit, um die bauliche und technische Infrastruktur einschliesslich Unterhalt und um den Hotelleriebetrieb. Ihre Arbeit erfordert zunehmend ein betriebswirtschaftlich orientiertes Management, das auch die Kosten im Blick behält.

«Interaktionales Organisieren» auf Ebene der Gesamtorganisation eines Spitals

Beim «interaktionalen Organisieren» steht die Behandlungsinteraktion mit Patientinnen und Patienten im Zentrum, der sich alles andere unterzuordnen hat. Auf «Zuruf» müssen selbstorganisierend jederzeit Fachexpertise und andere Ressourcen zur Handhabung von Überraschungen mobilisiert werden können. Das Organigramm markiert dabei die hierarchische Verfügbarkeit von Expertise und Ressourcen. Der Dienstplan zeigt hingegen die zeitliche Verfügbarkeit kritischer Expertise und Ressourcen an. Darüber hinaus kommt es ganz wesentlich auch auf die persönlichen Netzwerke der

Beteiligten an, um sich gegenseitig zu unterstützen. Denn mit befreundeten Kollegen lassen sich anstehende Fragen einfach schneller handhaben als über offizielle Anfragen.

«Interaktionales Organisieren» ist an fachlicher Expertise und an Einzelpersonen orientiert. Im Zentrum steht eine fachlich hochprofessionelle medizinisch-pflegerische Arbeit, bei der blitzschnell und kompetent Entscheidungen getroffen werden können müssen. Traditionell stehen Ärztinnen und Ärzte dabei im Vordergrund. Am Rande oder gar ausserhalb der allgemeinen Aufmerksamkeit der beteiligten Akteure steht dagegen die Bedeutung der Bereitstellung von Bedingungen für gute Entscheidungen, d. h. der Kontext. Zum Beispiel wird oft wenig geschaut, wie routinisierte Abläufe ineinandergreifender Aufgaben unterschiedlicher Beteiligter, die von diesen Beteiligten als wenig effektiv und effizient erlebt werden, verbessert werden können. Dies mag daran liegen, dass die Bereitstellung des Kontextes traditionell der Verwaltung und der Pflege zugerechnet wird, während die Ärzteschaft über ihre Weisungsbefugnis die Entscheidungshoheit beansprucht. Aus dieser historisch gewachsenen Trennung von Entscheidungsort (Ärzschaft) und Tätigkeit für die Kontextbereitstellung (Pflege, Verwaltung) resultiert, dass die Bedingungen guter Behandlungsarbeit nicht oder nur am Rande der normalen Aufmerksamkeit liegen.

Wie wirkt sich dies auf Ebene des Gesamtsitals aus? Was geschieht also, wenn es um das Treffen von Entscheidungen geht, die nicht eine einzelne Behandlungsinteraktion, sondern den Gesamtkontext eines Spitals betreffen?

Empirische Beobachtungen zeigen interessanterweise, dass die Grundelemente des «interaktionalen Organisierens» auch auf der Ebene der Gesamtführung eines Spitals praktiziert werden. Hierzu haben sich im Verlaufe der geschichtlichen Entwicklung von Spitälern spezifische Praktiken und Traditionen herausgebildet, um trotz hoher Autonomie von Kliniken und Abteilungen als Gesamtorganisation handlungsfähig zu sein:

- «Gärtchendenken» bezeichnet den Grundsatz, dass jeder Leitungsperson ein eigenständiger Bereich zusteht. Der Garten impliziert einen eigenen Gestaltungsspielraum und die Möglichkeit, gegenseitig darauf aufzupassen oder sich auszuheilen. Das eine verdeutlicht die Autonomie der Einzelbereiche, das andere die Kooperationsbereitschaft, bei Bedarf einander auch zu unterstützen.**
- Bislang galt die Regel bei Entscheidungen: Mehr ist besser als weniger [4]. Konkret kann

** In England liess sich eine ähnliche Regel beobachten, die aber im Zuge von knapper werdenden Ressourcen zu Verteilungskämpfen zwischen den Fachbereichen geführt hat [7]. Sie wurde dort von den Beteiligten als «Stachel-drahtzaun» bezeichnet.

man beispielsweise beobachten, dass bei Entscheidungen die Beteiligten eher den Ausbau von Personal, Ressourcen oder den Aufbau neuer Diagnose- und Behandlungsfelder bevorzugen. Eine selektive Beschränkung auf spezifische Schwerpunkte fällt dagegen schwer. Das liegt auch am Konsenszwang, der sich wiederum aus dem Autonomiestreben der Kliniken ergibt [3], die gewöhnlich mit der Sicherstellung optimaler Bedingungen für die Weiterentwicklung ihrer Professionsexpertise (= Fortschritt) legitimiert wird.

- Wichtige Entscheidungen werden tendenziell weniger in den dafür vorgesehenen Gremien getroffen. Statt dessen sprechen sich die Beteiligten eher bilateral ab. Angesichts des gegenseitig zugestandenen Anspruchs auf die Autonomie gleichberechtigter Teilbereiche ist das angebracht, auch im Hinblick auf eine schnelle Entscheidungsfindung. Daraus resultiert aber die Gefahr, dass eine Gesamtperspektive von Spital und Spitalorganisation gar nie in den Blick kommt. Übergreifende Problemstellungen werden ausgeblendet oder höchstens fragmentiert bearbeitet. Wachsender Effizienzdruck verstärkt bei einem solchen föderalen Organisationsverständnis die Mikropolitik, destruktive Machtprozesse und schliesslich suboptimale Lösungen.
- Veränderungen in Kliniken scheinen sich traditionell – konform mit dem Gärtchendenken – am Wechsel der Leitungspersonen zu orientieren. Wenn eine neue Pflegeleitung oder eine neue Chefarztin ernannt wird, ergibt sich gewissermassen ein «window of opportunity» für Veränderungen. Dies bewirkt Erwartungssicherheit bei den Mitarbeitenden, weil Wandel – und damit organisationale Ungewissheit – nur dann zu erwarten ist, wenn sichtbare Personalwechsel an der Spitze anstehen. Der Nachteil ist, dass man auch bei offensichtlichem Veränderungsbedarf auf «biologische Veränderungen» warten muss.

Diese Praktiken haben bei aller Funktionalität somit leider auch fatale Nebeneffekte. In ihrem Zusammenwirken erklären sie Schwierigkeiten im Umgang mit Wandel und Erneuerung der Organisation von Spitälern. Ein Grossteil der Schwierigkeiten zur Bewältigung von Wandel ist somit «hausgemacht». Deswegen aber Spitälern Trägheit und Wandelresistenz vorzuwerfen wäre völlig falsch. Stabilisierungsleistungen sind ihr Kerngeschäft und ihre Kernkompetenz – und in vielerlei Hinsicht überlebensentscheidend für Patientinnen und Patienten. Und genau darum

geht es aus strategischer Sicht: auf Gesamtspitalebene neuartige Praktiken des Organisierens und Führens zu entwickeln, die das Gesamtsystem gleichzeitig zu stabilisieren und entwicklungs-offen zu halten vermögen, damit Impulse und Irritationen einer zunehmend dynamischen Umwelt sinnvoll aufgefangen werden können. Dieser Thematik wird der folgende Beitrag gewidmet sein.

Schlussbemerkungen

Dieser Beitrag nahm die Beobachtung zum Ausgangspunkt, dass viele der meist ökonomisch motivierten Veränderungsversuche in Spitälern scheitern. Statt den gängigen Antworten zu folgen, haben wir uns gefragt, was eigentlich in Spitälern organisiert wird und wie das traditionellerweise geschieht. «Interaktionales Organisieren» gibt eine Antwort auf diese Frage und bietet eine alternative Erklärung für die eingängige Beobachtung an. Denn mit der gegenwärtigen Entwicklung ist von Spitälern weitaus mehr gefordert, als zu sparen, Bestehendes zu optimieren oder sich als Unternehmen zu re-interpretieren. Krankenhäuser stehen vor der Herausforderung, gezielte Veränderungen an den Grundlagen ihres Organisierens und Führens in Angriff zu nehmen, das aber bisher nur am Rande der normalen Aufmerksamkeit stand. In den nachfolgenden Beiträgen gehen wir darauf ein, worin diese Herausforderung des Wandels genau besteht und wie mit ihr umgegangen werden kann.

Literatur

- 1 Bazzoli GJ, Dynan L, Burns LR, Yap C. Two decades of organizational change in health care: what have we learned? *Med Care Res Rev.* 2004;61(3):247-331.
- 2 McNulty T, Ferlie E. Process transformation: limitations to radical organizational change within public service organizations. *Organization Studies.* 2004;25(8):1389-412.
- 3 Stratmeyer P. Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektive für die Kooperation zwischen Pflege und Medizing. Weinheim, München: Juventa; 2002.
- 4 Kayser B, Schwefing B. Managed Care und HMOs. Lösung für die Finanzkrise der Krankenversicherung? Bern: Hans Huber; 1998.
- 5 Boos L. Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses. Bern: SGGP; 2001.
- 6 Körfer. 2001.
- 7 Bate. 2000.
- Kirchgässner G. Reform des Gesundheitswesens. Bern: Kommission für Konjunkturfragen; 2006.