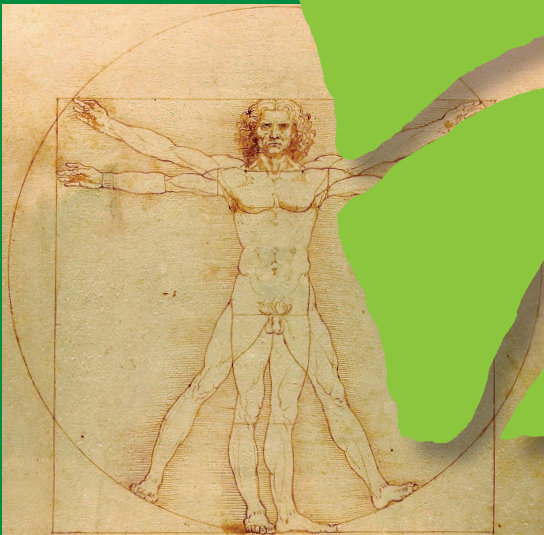


Johannes Rüegg-Stürm/Thomas Bieger (Hrsg.)

Unternehmerisches Management

Herausforderungen
und Perspektiven



Auszug

■ Haupt

1. Auflage: 2012

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.

ISBN 978-3-258-07770-3

Alle Rechte vorbehalten.

Copyright © 2012 by Haupt Berne

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlages ist unzulässig.

Umschlag: René Tschirren nach einem Entwurf von V. Kraus

Satz: Verlag Die Werkstatt, Göttingen

Cartoons: Volker Kraus

Printed in Germany

www.haupt.ch

Management im Spital – auch das noch?!

Johannes Rüegg-Stürm und Arnold Bachmann¹

1 Einleitung und Überblick

Management fristet in Gesundheitsorganisationen ein eigenartiges Dasein. Zum einen wird es als problemlose Aufgabe verstanden. Man praktiziert es, man kann es, als Chefarzt, als Pflegeleitung – ohne besondere Ausbildung. Zum anderen scheinen sich viele davor zu fürchten: Bitte keine «professionellen» Manager – und wenn schon, dann dürfen sie uns nicht stören!

Zudem wird in den meisten Debatten und Auseinandersetzungen im Gesundheitssektor Management mit Ökonomie gleichgesetzt. Manager werden als diejenigen wahrgenommen, welche die Forderung nach Produktivität und Wirtschaftlichkeit, d. h. die ökonomische Rationalität ins Spital tragen – wo sie aber traditionell nichts zu suchen hat!

Diese Gleichstellung ist eine eigenartige Verkürzung von Management. Management beinhaltet schwergewichtig etwas anderes als die Verkörperung der ökonomischen Rationalität. Im Zentrum von Management als Praxis steht die Entwicklung und Gewährleistung von *gemeinschaftlicher Arbeits- und Entscheidungsfähigkeit* im Kontext von hoher *Arbeitsteiligkeit*, Ungewissheit, Unsicherheit, Mehrdeutigkeit und Zeitdruck (Rüegg-Stürm, 2009b). So verstanden, ist Management etwas, wovon vor allem die Patientinnen und Patienten profitieren können, sei es über eine patientenzentrierte Versorgung, sei es über die Verbesserung der Patientensicherheit, sei es über mehr «Convenience», gerin-

¹ Beide Autoren haben in partnerschaftlicher Zusammenarbeit in gleicher Weise zur Entstehung dieses Texts beigetragen. Dr. Harald Tuckermann danken wir für die wertvolle gedankliche Mitwirkung, Dr. Christian Erk und PD Dr. med. Ludwig Theodor Heuss für die Aufbereitung von FMH-Daten.

gere Wartezeiten, Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und besserer Planbarkeit des Behandlungsprozesses.

Management hat in allererster Linie die Aufgabe und Funktion, *optimale Voraussetzungen* für die Erzielung von Behandlungsqualität zu schaffen. Im Fokus von Management stehen die Voraussetzungen und *Praktiken* der gemeinschaftlichen «Produktion» und Reflexion von tragfähigen Entscheidungen und den Erfolgsvorstellungen, die mit diesen Entscheidungen mitverfertigt werden.

Die zielgerichtete Schaffung dieser Voraussetzungen und die Entwicklung geeigneter Entscheidungspraktiken sind anspruchsvolle Problemstellungen. Zwar kann man sogar darauf verzichten, aber nur unter ganz bestimmten Bedingungen (wie weitgehend unbegrenzte Ressourcenverfügbarkeit), die im Moment in der Auflösung begriffen sind (Tuckermann und Rüegg-Stürm, 2008).

Deshalb wird eine systematische *Management-Entwicklung* zunehmend zu einer normativ gebotenen und strategisch erforderlichen, d. h. existenzrelevanten ethischen Kernaufgabe von Management in einem Spital (Rüegg-Stürm, 2009a). Das klingt paradox und ist es auch. Management als Kernfunktion in einem Spital muss sich *selbst entwickeln*, aus sich selbst heraus professionalisieren. Vor welchem Hintergrund dies geschieht und wie es geschieht, wird in diesem Beitrag simultan aus dem Blickwinkel eines theoretisch interessierten Praktikers und eines praktisch interessierten Theoretikers beleuchtet.

Im zweiten Kapitel dieses Beitrags wird die fortschreitende Spezialisierung und Arbeitsteilung im Gesundheitswesen beleuchtet. Im dritten Kapitel wird gezeigt, welche Herausforderungen dieser zentrale Entwicklungstrend nach sich zieht. Im vierten Kapitel wird vor diesem Hintergrund die Bedeutung und Funktion von Management erörtert. Im fünften Kapitel wird skizziert, was den Kern einer Management-Entwicklung (Management als Funktion) bildet. Im sechsten Kapitel werden diese Überlegungen am Beispiel der Management-Entwicklung des Kantonsspitals Graubünden konkret illustriert.

Weil eine solche Management-Entwicklung letztlich einem tief greifenden Veränderungsprozess entspricht, werden im siebten Kapitel wichtige Voraussetzungen für gelingende Veränderungsprozesse in einem Spital reflektiert. Der Beitrag schließt ab mit einer Einschätzung absehbarer Entwicklungsstoßrichtungen im Bereich der Management-Entwicklung in Spitälern.

2 Wachsende Spezialisierung und Arbeitsteilung

Das Gesundheitswesen ist in den vergangenen Jahrzehnten zu einem der wichtigsten und größten Wertschöpfungssektoren der heutigen Gesellschaft geworden. Rund ein Achtel der jährlichen volkswirtschaftlichen Wertschöpfung wird in der Schweiz im Gesundheitssektor erbracht – mit steigender Tendenz.

Während andere Güter und Dienstleistungen aufgrund von Produktivitätsfortschritten immer billiger und damit erschwinglicher werden, steigt die Wichtigkeit von Gesundheitsleistungen. Anders formuliert: Die *relative Knappheit* an Gesundheit, d. h. die *Nutzenpräferenz* für Gesundheitsleistungen, nimmt im Vergleich zu anderen Konsumgütern zu. Der Anteil Gesundheitskosten an der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung wird deshalb weiter steigen. Treiber für das Wachstum des Gesundheitssektors sind zudem fortlaufende medizinisch-technische Fortschritte, die demografische Entwicklung und ganz generell eine wachsende Erwartungshaltung der Bevölkerung.

Fortschritt und Innovation im Gesundheitssektor sind in vielerlei Hinsicht verbunden mit *fortschreitender Arbeitsteilung und Spezialisierung*. Diese Spezialisierung ist zunächst einmal an einer starken Ausdifferenzierung von Professionen erkennbar.

Je nach Spital bilden Medizin, Pflege und «Verwaltung»² fast völlig eigenständige Lebenswelten («Säulen») – mit eigenständigen Identitäten und Ansprüchen auf Status, auf Führung und auf Wertschätzung, mit eigenständigen Führungsstrukturen, Erfolgsvorstellungen und Erfolgspraktiken sowie mit einem hohen Anspruch auf Handlungs- und Entscheidungsautonomie – und dies, obwohl sich ihre arbeitsteilige Wertschöpfung letztlich am Gleichen orientiert: am *unteilbaren Leiden* einzelner Patientinnen und Patienten (Tuckermann, Lai und Mitterlechner, 2012; Tuckermann und Rüegg-Stürm, 2012).

2 Die häufig in Spitälern gebrauchten Begriffe *Verwaltung* oder *Administration* erweisen sich heute als semantische Fehlleistungen. Sie transportieren eine passive, oftmals geradezu abwertende Bedeutung für die Leistungen, die damit bezeichnet werden. Viel präziser wäre ein Begriff wie *Systemlogistik*, denn es geht um nichts weniger als um die *effiziente, zeitgerechte koordinative Bereitstellung* von Informationen, Geräten, Räumlichkeiten, Infrastrukturen, Personal und nicht zuletzt auch Patientinnen und Patienten zugunsten einer patientenzentrierten Wertschöpfung. Allerdings wäre aber auch eine Substitution dieser Begriffe durch den Begriff *Management* nicht sehr hilfreich. Es geht zwar im Bereich der Systemlogistik in vielerlei Hinsicht um Leistungen, die das *Gesamtspital* betreffen, aber Management erschöpft sich keineswegs auf die Systemlogistik, sondern umfasst auch viele Entscheidungen, die im unmittelbaren Arbeitskontext der Medizin und der Pflege getroffen werden müssen.

Zusätzlich vollzieht sich auch *innerhalb* der Professionen fortschreitend eine ausgeprägte Spezialisierung. Alleine in der Medizin haben sich bis heute aufgrund medizinischer Fortschritte rund fünfundvierzig unterschiedliche Fachgesellschaften formiert. An den Fachgesellschaften orientiert sich ihrerseits vielerorts die *Formierung von Kliniken* innerhalb von Spitälern. Die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten müssen daher, sobald sie an *Mehrfacherkrankungen* leiden, gleichzeitig Leistungen von mehreren Fachrichtungen in Anspruch nehmen.

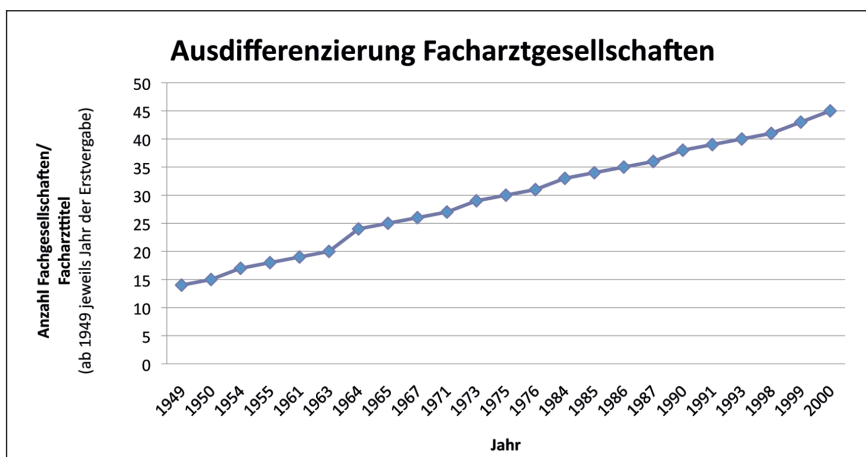


Abbildung 1: Wachstum der Fachgesellschaften in der FMH (Angaben FMH)

3 Bewältigung von wachsender Spezialisierung und Arbeitsteilung

Die Strukturierung und Koordination dieser arbeitsteiligen Wertschöpfung erfolgt auf der Ebene der *gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsversorgung* politisch-administrativ und nicht über einen Markt.

Marktbezogene Koordinationsformen implizieren eine *Ausschlussfunktion*: Wer als Nachfrager den Marktpreis nicht zahlen kann, muss auf entsprechende Leistungen verzichten. Wer als Anbieter nicht kostendeckend produzieren kann, wird genauso ausgeschlossen. Dies erachtet die heutige Gesellschaft aber nicht als erstrebenswert. Die professionell erbrachten Leistungen der Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung werden im Verständnis

der modernen Gesellschaft nicht als «normale» Konsumgüter betrachtet. Sie sind so unmittelbar mit der Lebensqualität und Lebenserhaltung der einzelnen Menschen verknüpft, dass ihnen nahezu der Charakter eines Menschenrechts zugeschrieben wird (Erk, 2011). Es besteht ein gesellschaftlicher Konsens, dass im Sinne einer *Solidargemeinschaft* niemand aus wirtschaftlichen Gründen von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden darf.

Dazu kommt, dass die Gesundheitskosten extrem unterschiedlich verteilt sind: Rund 20 Prozent der Bevölkerung verursachen in der Schweiz ca. 78 % der Gesundheitskosten, lediglich 2,5 Prozent der Bevölkerung rund 30 % aller Gesundheitskosten. Das unterschiedlich verteilte Risiko, zu verunfallen oder zu erkranken und demzufolge Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen, wird über Sozialversicherungen ausgeglichen.

Die Koordination des *Angebots* von Gesundheitsleistungen erfolgt im Kontext der beschriebenen Solidargemeinschaft vor allem *politisch-administrativ* über den Staat: Spitalplanungen, Spitallisten und Leistungsaufträge, die Erteilung von Praxisbewilligungen usw. regeln die Vielfalt und regionale Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen.

Auf der Ebene der unmittelbaren *Leistungserbringung* führt die wachsende Arbeitsteilung und Spezialisierung der Medizin dazu, dass immer mehr Leistungen im Kontext von *Organisationen* (Spitäler, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime, Spitex, medizinische Versorgungszentren, Gruppenpraxen) und *Netzwerken* erbracht werden. In der Schweiz werden mindestens 70 bis 80 % der gesamten Gesundheitswertschöpfung (d. h. rund 10 % des BIP) in solchen institutionalisierten arbeitsteiligen Arrangements erbracht.

4 Management als Praxis und seine Bedeutung in Gesundheitsorganisationen

Weil das Leiden von Patientinnen und Patienten unteilbar ist, führen Arbeitsteiligkeit und Spezialisierung in Gesundheitsorganisationen dazu, dass es *spezifischer Anstrengungen* bedarf, um vielfältige Formen von Expertise (oft auch Spezialexpertise), Räumlichkeiten, Hightech-Geräte, Hilfsmaterialien, Medikamente, Patienten- und Diagnosedaten, und die Patienten selbst sachlich, sozial und zeitlich so zu *koordinieren*, dass eine friktionsfreie, ressourcenschonende patientenzentrierte Wertschöpfung entsteht.

Diese Form der Koordination kann auf verschiedene, sich ergänzende Weisen erbracht werden:

- ▶ Ein Weg beruht auf *situativen* kommunikativen Absprachen und Entscheidungen, d. h. über spontane *bilaterale Rücksprachen* und über Rapporte.
- ▶ Ein anderer Weg besteht in der Etablierung von *generalisierten* Entscheidungsprämissen, Regeln und Routinen arbeitsteiligen Handelns und Entscheidens.

An dieser Koordinationsnotwendigkeit setzt Management an. Die Kernaufgabe von Management als Praxis besteht darin, *optimale Voraussetzungen* für gleichermaßen patientenzentrierte und effiziente Koordinationsleistungen zu schaffen. Management muss die sachliche, soziale, und zeitliche *Handhabung von Arbeitsteiligkeit* in einer Weise erwirken, dass für die Nutznießenden der größtmögliche Nutzen unter sorgfältigem Einsatz knapper Ressourcen erfolgt.

Im Kontext der enormen Ungewissheit, Unsicherheit und Mehrdeutigkeit von Krankheitsverläufen erfordert und beinhaltet die Handhabung von Arbeitsteiligkeit je neu komplexe *Entscheidungen*, weil sich bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten immer eine *Vielfalt* von Optionen ergeben – nicht nur, was die eigentliche Behandlung betrifft, sondern auch die Form der Arbeitsteiligkeit in der Erbringung dieser Behandlung. Deshalb braucht es in Spitälern Management als koordinierende und integrierende *Funktion*. Diese Funktion muss aufgrund der erforderlichen Kontextkenntnisse zu wesentlichen Teilen von den *Beteiligten selber* wahrgenommen werden.

Dies bedeutet, dass die Schaffung optimaler Voraussetzungen für die Kernwertschöpfung nicht von einer einzelnen Person (z. B. an der Spitze einer Organisation) wahrgenommen werden kann. Vielmehr ist Management selbst zu einer *arbeitsteiligen Funktion* geworden. Zudem kann ganz besonders in einer Expertenorganisation Management nicht als elitäre Top-down-Angelegenheit funktionieren (Denis, Lamothe und Langley, 2001). Neben der ungleich verteilten fachlichen und kontextbezogenen Expertise liegt dies an zwei Besonderheiten von Entscheidungen, die zum Kernbereich von Management als Praxis gehören:

Erstens ist für die Notwendigkeit von Management stets ein *Optionenüberschuss* konstitutiv, d. h. die Notwendigkeit, auf *arbeitsteilige Weise unentscheidbare Entscheidungen* zu treffen (von Foerster, 1994). Unentscheidbar sind Entscheidungen dann, wenn sie sich nicht berechnen lassen. Das heißt, echte Entscheidungsarbeit muss dann geleistet werden, wenn entweder die *Entschei-*

zungskriterien vielfältig und kontrovers sind und somit keine eindeutige Wahl hergeleitet werden kann. Oder dann, wenn die zu entscheidenden Optionen *gleichwertig* im Sinne eines Dilemmas sind. Schließlich erweisen sich Entscheidungen immer dann als unentscheidbar, wenn sie mit hoher Ungewissheit, Unsicherheit und Mehrdeutigkeit behaftet sind. Bei solchen Entscheidungen ist echte Entscheidungsarbeit zu leisten, wobei dafür meistens nur begrenzt Zeit und Ressourcen für ihre Bearbeitung zur Verfügung stehen.

Zweitens sind Entscheidungen im Kontext *arbeitsteiliger Zusammenarbeit* von Expertinnen und Experten – im Gegensatz zu unserem Alltagsverständnis von Entscheidungen – nicht als etwas Personenzentriertes oder gar Intrapyschisches zu verstehen. Vielmehr sind Entscheidungen in organisationalen Kontexten eine *kommunikativ verfertigte, kollektive, gemeinschaftliche Errungenschaft*. Nur wenn in einer kommunikativen Auseinandersetzung Festlegungen spezifiziert werden, die *für Dritte* als *verbindliche Prämissen* des eigenen Handelns und Kommunizierens anerkannt werden, kann von einer wirksamen Entscheidung gesprochen werden.

Mit anderen Worten sind die *kommunikative Form* der Entscheidungsfindung, *kommunikative Praktiken der Bearbeitung* von Entscheidungen von fundamentaler Bedeutung, ob in einer Organisation erstens das verfügbare Erfahrung- und Expertenwissen angemessen in die zu treffenden Entscheidungen einfließen kann und zweitens über die *Berechenbarkeit der grundsätzlichen Form von Entscheidungsprozessen* ein solches Maß an Erwartbarkeit, Berechenbarkeit und damit Stabilität entsteht, die eine verlässliche und motivierende Zusammenarbeit überhaupt erst einigermaßen möglich machen.

Im Falle von Gesundheitsleistungen ist diese Forderung nach Erwartbarkeit, Berechenbarkeit, Stabilität und verlässlicher Zusammenarbeit besonders wichtig, weil die eigentliche Wertschöpfung selbst nicht etwas deterministisch Planbares ist, sondern systematisch mit sehr hoher Ungewissheit behaftet ist (Tuckermann und Rüegg-Stürm, 2007).

- Gesundheitsleistungen sind Dienstleistungen, die im Rahmen eines *Ko-Produktionsprozesses* von Patientinnen und Patienten, von Medizinerinnen, von Pflegefachpersonen und von medizinisch-technischen Berufsleuten erbracht werden. Damit verbunden ist ein hohes Maß an Offenheit und «Kontingenz»: Es besteht allseitig eine Freiheit des Handelns, man kann sich immer auch anders als erwartet verhalten, z. B. verspätet zur Visite erscheinen, die verschriebenen Medikamente vorschriftsgemäß einnehmen oder eben auch nicht usw.

- Die im Zentrum der Wertschöpfung stehenden Prozesse der somatischen und psychosozialen Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung (Heilung) sind derart komplex, dass sie *höchstens in Ansätzen planbar* sind. Der Alltag im Spital ist durch die *Allgegenwärtigkeit* von *Ungewissheit*, von *Unsicherheit* und das *Auftreten von Unerwartetem* gekennzeichnet. Dies wird alleine schon daran deutlich, dass in Akutspitälern oft 60 bis 70 % der Patientinnen und Patienten über den Notfall eintreten.

Aus einem solchen Blickwinkel betrachtet, besteht eine zentrale Wertschöpfung von Gesundheitsorganisationen – abstrakt formuliert – in einer situationsbezogenen, möglichst raschen, arbeitsteiligen, expertenbasierten Abarbeitung von Ungewissheit und Unerwartetem. Es geht also um die *Stabilisierung* des somatischen, psychischen und psychosozialen Zustands einer Vielzahl unterschiedlicher und verschieden prädisponierter Patientinnen und Patienten, oder in anderen Worten: um die fortlaufende «Herstellung» von *Erwartbarkeit*.

Genau diese Alltagsherausforderung der Health Professionals wird seit jeher als Legitimation für eine weitestgehend unbeschränkte *Handlungsautonomie* der Ärztinnen und Ärzte ins Feld geführt. Um situativ rasch und kompetent mit dem *jederzeit erwartbaren Unerwarteten* fertig werden zu können, ist nahezu unbegrenzte Handlungsautonomie unerlässlich – so die Begründungslogik der Mediziner. Demgegenüber wurden Pflegefachpersonen und «Verwaltung» von den Ärztinnen und Ärzten traditionell als zudienende Funktionen betrachtet.

Eine weitestgehend unlimitierte Handlungsautonomie wird seitens der Medizin (als Profession) als unabdingbare Voraussetzung betrachtet, um *situativ kompetent* mit der Komplexität und Unberechenbarkeit der Krankheitsverläufe der zu behandelnden Patientinnen und Patienten zurechtzukommen.

Diese an vielen Orten immer noch uneingeschränkt geltende Prämisse ist in der Tat so lange funktional, als die Wertschöpfung am Patienten durch *einzelne* qualifizierte Expertinnen und Experten (Solisten) alleine erbracht werden kann, d. h. *keinerlei Arbeitsteiligkeit* erforderlich ist.

Genau dies hat sich jedoch in den vergangenen Jahrzehnten dramatisch verändert (vgl. hierzu Abbildung 1) und wird sich in den kommenden Jahrzehnten noch weiter verändern. Professionelle Gesundheitswertschöpfung ist in einer geradezu extremen Form zu einem hochkomplexen arbeitsteiligen, idealerweise kooperativen Zusammenspiel von Spezialexpertise geworden.

Mit anderen Worten hat der *Voraussetzungsreichtum* der einzelnen Behandlungssituation, was die zeitgerechte Koordination und das örtliche Verfügbarmachen von Spezialexpertise, Räumlichkeiten, Hightech-Geräten, Hilfsmaterialien, Medikamenten, Patienten- und Diagnosedaten sowie Patientinnen und Patienten anbelangt, dramatisch zugenommen.

Genau dieser Sachverhalt scheint aber einen folgenschweren blinden Flecken, insbesondere der Profession Medizin, zu bilden, der z. B. an folgenden Phänomenen erkennbar wird:

- ▶ In den heutigen Spitälern finden sich meistens nur Entscheidungsplattformen (z. B. Rapporte), die der situativen Erarbeitung von Behandlungsentscheidungen für die jeweiligen Patienten im Einzelnen gewidmet sind. Für die gemeinschaftliche Entwicklung *förderlicher Arbeits- und Entscheidungsbedingungen* und der hierzu erforderlichen Ressourcen und Infrastrukturen (IT, Geräte, Räumlichkeiten, Verfügbarkeit von Diagnosedaten, Verfügbarkeitsdaten³ und finanzielle Daten usw.) existieren demgegenüber vielerorts kaum institutionalisierte Kommunikations- und Entscheidungsplattformen. Anders formuliert, fehlt es an «Organisationsrapporten», an kommunikativen Gefäßen für eine förderliche Organisationsentwicklung des Gesamtsitals.
- ▶ Als Kostentreiber der medizinischen Wertschöpfung werden ausschließlich *Behandlungsentscheidungen* der Ärztinnen und Ärzte betrachtet, was bei knapper werdenden Ressourcen notgedrungen Fragen nach einer Ratio- nierung von Gesundheitsleistungen aufwirft. Dass aber ein maßgeblicher Teil der Kosten auch von der *Qualität der Zusammenarbeit* und der *Organisation der Patientenbetreuung insgesamt* abhängt, wird ausgeblendet (so z. B. auch in der 2012 veröffentlichten neusten Studie der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften SAMW zum Health Technology Assessment).
- ▶ Der «blinde Fleck» Organisation zeigt sich auch daran, dass bei Gesprächen zur Organisation zum einen lediglich die (Infra-)Struktur und das Personal im Vordergrund der Aufmerksamkeit stehen. Regelungen, die nicht selten in Form von Berichten und Formularen maßgeblich den täglichen Ablauf strukturieren, gelten lediglich als Ausfluss von «Administra-

3 Unter Verfügbarkeitsdaten verstehen wir Daten zur örtlichen und zeitlichen Verfügbarkeit von Expertinnen und Experten, Räumlichkeiten, Betten, Geräten, Medikamenten usw.

tion», die eben auch noch erledigt werden muss. Zum anderen wird bei Gesprächen zu Organisation und Management häufig der Patientennutzen angeführt. Dabei fällt jedoch auf, dass stets der *einzelne* Patient und eine *einzelne* Behandlung in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt werden. Spitäler sind aber gefordert, *gleichzeitig viele* Patientinnen und Patienten zu behandeln, was eine ganz andere Aufmerksamkeit für die Voraussetzungen gelingender Patientenbetreuung erfordert.

- Besonders deutlich erkennbar wird der blinde Fleck «Organisation» schließlich an den tradierten Legitimationspraktiken zur Erlangung von Führungsverantwortung: Eine Klinikleitung wird, sozusagen dogmatisch unhinterfragt, immer durch eine Chefärztin oder einen Chefarzt wahrgenommen. Zur Chefärztin oder zum Chefarzt gewählt werden die besten medizinischen Fachexpertinnen und Fachexperten, weil traditionell erwartet wird, dass sie diese Fachexpertise auch täglich in die unmittelbare Wertschöpfung einbringen und dabei einerseits die Reputation eines Spitals stärken und andererseits wichtige finanzielle Entgelte erwirtschaften. Demgegenüber wird Expertise im Bereich einer wirksamen Handhabung von Arbeitsteiligkeit und der gemeinschaftlichen Schaffung förderlicher Arbeits-, Entscheidungs- und Entwicklungsbedingungen kaum als relevant betrachtet – und monetär auch keineswegs lukrativ entschädigt. Dementsprechend orientieren sich Kaderarztverträge oft an den Honoraren für Privatpatienten und nicht am Klinikerfolg.

Diese strikte Ausrichtung von Beförderungsentscheidungen an der medizinischen Fachexpertise wäre kein Problem, wenn nicht Klinikchefs genau dies oftmals in Anspruch nähmen: für alles kompetent und zuständig zu sein, für erstklassige Forschung und für optimale Ausbildung von Nachwuchskräften, für heikle Behandlungsentscheidungen *und* für die hochkomplexe *Bereitstellung von kommunikativen und infrastrukturellen Bedingungen und Voraussetzungen*, die situativ eine Erfolg versprechende Behandlung überhaupt erst ermöglichen.

Genau für Letzteres fehlen aber vielfach die Zeit und meistens auch das nötige Wissen, solange man selber intensiv im Behandlungsprozess engagiert ist und dort eine ausschlaggebende Rolle wahrnimmt. Ärztliche Führungspersonen sind erst in Teilzeit und nachrangig zur Patientenbehandlung mit der Leitung eines arbeitsteiligen Systems beschäftigt. Und meistens ergreifen die meisten den Arztberuf auch nicht aus diesem Grund.

Zum Problem wird das skizzierte ausgreifende Führungsselbstverständnis von Chefärztinnen und Chefarzten spätestens dann, wenn die Vielfalt und Komplexität von Entwicklungsherausforderungen, die mit hoher Dringlichkeit angepackt werden müssen, substanziell zunimmt. Das ist aktuell der Fall. Treiber dieser Entwicklung ist vor allem ein Auseinanderklaffen zwischen dem fortschreitenden Wachstum der medizinisch-technischen Behandlungsoptionen, d. h. dem medizinisch Machbaren, und dem ungleich kleineren Wachstum an verfügbaren Mitteln zur Finanzierung solcher Optionen. Aus dieser wachsenden Lücke zwischen Machbarkeit und Finanzierbarkeit ergibt sich eine Vielzahl von komplexen Entscheidungsnotwendigkeiten (z. B. Schwerpunktbildung), die unabdingbar arbeitsteilig, d. h. gemeinschaftlich bearbeitet werden müssen.

Zusammenfassend bedarf es im Kontext der heutigen Umfeldentwicklungen der Formierung zusätzlicher spezifischer Plattformen und Praktiken zur *gemeinschaftlichen Bearbeitung des wachsenden Entscheidungsdrucks*. Im Zentrum stehen dabei Entscheidungen, die zum einen die gesamte *strategische Positionierung und Schwerpunktbildung* eines Spitals und zum anderen die *Bereitstellung optimaler Behandlungsvoraussetzungen* für eine patientenzentrierte Wertschöpfung beinhalten.

5 Management-Entwicklung als Verfertigung von Regeln und Praktiken der gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung

In den nachfolgenden Kapiteln werden zentrale Entwicklungsstoßrichtungen beleuchtet, mit denen im Kantonsspital Graubünden *Management-Entwicklung* betrieben wird. Der bis heute durchlaufene Prozess der Management-Entwicklung ist nicht einer sequenziellen Logik gefolgt: zuerst dies, danach das und schließlich jenes. Vielmehr sind die nachfolgend skizzierten Entwicklungsschwerpunkte erstens als *miteinander verwobene Prozesse* zu verstehen, die einander wechselseitig voraussetzen und stützen, was die Handhabung vielfältiger Paradoxien nach sich zieht. Zweitens ist die gesamte Management-Entwicklung als Prozess der *fortlaufenden Konkretisierung und Differenzierung* grundlegender Entwicklungsstoßrichtungen zu verstehen.

Handhabung von Paradoxien

In der Praxis erweist sich, wie folgende Beispiele zeigen, Management-Entwicklung als in vielerlei Hinsicht ausgesprochen paradoxes Unterfangen:

- ▶ Management-Entwicklung ist selbst eine Managementleistung, muss sich also gewissermaßen selbst erfinden und verfertigen – und dies selbstverständlich bei laufendem Betrieb, also anhand konkret zu treffender Entscheidungen. Weil solche Entscheidungen aber nach Maßgabe eines historisch gewachsenen Musters getroffen werden, entsteht die paradoxe Herausforderung, die eigene Entscheidungspraxis durch eigene Entscheidungen zu verändern (Tuckermann und Rüegg-Stürm, 2012).
- ▶ Betriebsdaten sind eine unabdingbare Grundlage für eine konstruktive gemeinschaftliche Selbstbeobachtung und Entscheidungsfindung. Doch bevor Daten erhoben werden können, muss im Rahmen einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung geklärt werden, welche Daten entscheidungsrelevant sein könnten. Dies kann aber nur geklärt werden, wenn anhand *bereits erhobener Daten* entschieden werden kann, welche Daten überhaupt entscheidungsrelevante Informationen liefern und effizient erhoben werden können.

Wie soll mit solchen Paradoxien produktiv umgegangen werden?

Erstens empfiehlt sich ein gesundes Maß an Pragmatismus, d.h., man muss beginnen und dabei so tun, *als ob* das Grundlegende bereits klar und das Angestrebte erfolgreich realisierbar sei, was sich aber erst im Entwicklungsprozess klären wird.

Genau deshalb muss zweitens der Entwicklungsprozess *lern- und revisionsfreundlich*, d.h. *reflexiv* angelegt werden. Man muss Fehler machen dürfen, man muss Korrekturen vornehmen dürfen, ohne dass dem gesamten kreativen Entwicklungsprozess gleich die gesamte Legitimation abgesprochen wird. Dies ist besonders kritisch, weil in einem reflexiven und revisionsfreundlichen Lernprozess immer auch grundlegend neue Blickwinkel eröffnet werden, Transparenz geschaffen wird, neue Einflussphären kreiert werden. Kurz: Es geht darum, eine innovationsfreundliche lernende Organisation zu entwickeln. Damit ändern sich die Machtverhältnisse, was für viele eine bedrohliche Wirkung entfaltet.

Deshalb müssen drittens solche Vorhaben von denjenigen, die sich als Protagonisten eines zeitgemäßen Managements verstehen, ausgesprochen achtsam, kommunikativ zugänglich und respektvoll vorangetrieben werden. Diese

drei Hinweise machen deutlich: Management-Entwicklung ist ein hochfragiles Entwicklungsvorhaben.

Patientenzentriertes Prozessmanagement anstatt Professionsorientierung

Ausgangspunkt der Management-Entwicklung im Kantonsspital Graubünden war in den neunziger Jahren eine isolierte «Dreibein-Organisation». Medizin, Pflege und Verwaltung existierten als weitgehend eigenständige Arbeitswelten (vgl. hierzu auch Mintzberg, 1997). In diesem Dreibein waren die Aufgaben klar aufgeteilt. Die resultierenden Wirkungen (und entsprechenden Verantwortlichkeiten) beim Patienten, dessen Leiden unteilbar ist, waren indessen nicht mehr so klar zuordenbar.

Auch die Verantwortlichkeiten in der damaligen Spitalleitung waren alles andere als geklärt. Eigentliche Spitalleitungssitzungen gab es kaum und wenn, dann waren sie durch Schuldzuweisungen geprägt, wenn etwas schief lief. Alle Führungspersonen, die nicht den Chefärzten oder der Pflegeleitung unterstellt waren, wurden direkt dem Spitaldirektor unterstellt, der eine Führungsspanne von 49 Direktunterstellten bewältigen musste. Die Chefärzte selbst waren direkt der Spitalkommission (Spitalaufsicht) unterstellt. Die Wahl eines neuen Spitaldirektors erlaubte es, diese problematische Governance neu zu strukturieren.

Als eine der zentralen Aufgaben wurde dabei die Überwindung dieser Dreibein-Organisation mit der Einführung prozessorientierter Organisationsformen betrachtet (vgl. hierzu ausführlicher Grossmann, 2002). Zu diesem Zweck wurde eine *Segmentierung von Patientengruppen* mit ähnlichen Krankheitsbildern und entsprechend erforderlichen Leistungsbündeln vorgenommen. Ausgerichtet auf diese Patientengruppen, wurden die Aktivitäten, die direkt in der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten erfolgen, zu *Kernprozessen* gebündelt. Mittelbar wirksame Leistungen wie Anästhesie oder Radiologie wurden in *internen Leistungszentren* zusammengefasst.

Für die Kernprozesse wurden *Patientenpfad-Manager* bestimmt.

- Im Bereich der inneren Medizin sind die Patientenpfad-Manager *Allgemeinmediziner*, d.h. *Generalisten*. Ihnen obliegt situativ die Mobilisierung von Spezialexpertise, z. B. der Beizug eines Kardiologen, Infektiologen etc.
- In der Chirurgie dagegen übernimmt ein *Spezialist*, z. B. ein Handchirurg, Viszeralchirurg oder Orthopäde von Beginn an das Patientenpfad-Management.

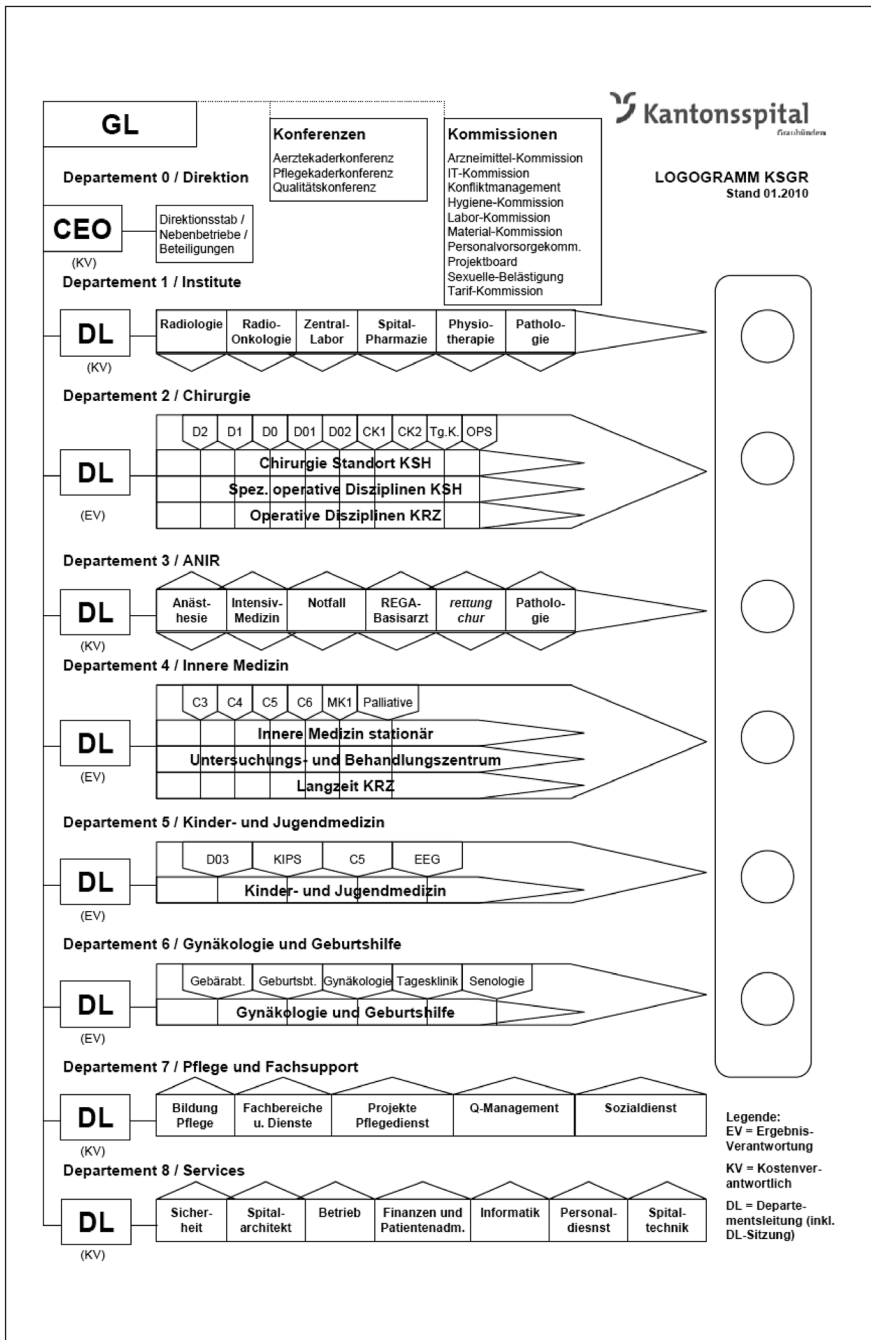


Abbildung 2: Organisationsmodell des Kantonsspitals Graubünden

Als schwierig erwies sich dabei eine gute Integration der Pflege in das Management der Kernprozesse. Die Pflege hatte sich in den vergangenen Jahren erfolgreich zu einer eigenständigen Profession mit eigenen Handlungsspielräumen emanzipiert, musste nun aber wieder stärker ins Management der Kernprozesse integriert werden. Daraus resultierte schließlich eine Doppelunterstellung: Die Pflegefachpersonen sind personalrechtlich dem Bereich «Pflege und Fachsupport», organisatorisch und betrieblich dagegen den jeweiligen Kernprozessen unterstellt, deren Patientenpfad-Management von Medizinern wahrgenommen wird. Daraus resultiert eine Doppelhierarchie.

Ebenfalls nicht optimal, sondern pragmatisch gelöst werden musste die Konfiguration der Kliniken, deren Konstitution sich weiterhin an den binnenmedizinisch ausgerichteten Professionen und weniger an den Behandlungserfordernissen und Patientenbedürfnissen orientiert. Andere Lösungen hätten die gewachsene Identität der medizinischen Professionen und die Organisationskultur überfordert.

Management im Mikrokontext: Strukturiertes Problemlösungsverhalten

Die Arbeit von Medizin und Pflege orientiert sich ganz ausgeprägt an der *situativen, unmittelbaren* Auseinandersetzung mit der Krankheit eines Patienten. Dabei kommen ganz unterschiedliche Entscheidungspraktiken zum Einsatz. In der Chirurgie dominiert eine Art hierarchisch-analytisches, extrem auf Zeiteffizienz getrimmtes Entscheidungsbaumdenken. Die innere Medizin ist dagegen viel stärker durch ein multifaktorielles, eher hermeneutisch orientiertes «Sensemaking» geprägt, bei dem man sich iterativ-zirkulär zu robusten Diagnosen und Behandlungsinterventionen vortastet (Tuckermann et al., 2012; Tuckermann und Rüegg-Stürm, 2012).

Für Problemstellungen im Bereich des Managements, d.h. der bereichs- und professionsübergreifenden Schaffung und Optimierung günstiger Handlungs- und Entscheidungsbedingungen unter effizientem Ressourceneinsatz existierten demgegenüber auch im Kantonsspital Graubünden noch kaum etablierte Praktiken.

Eine Schlüsselaufgabe der Management-Entwicklung bestand deshalb darin, eine Art *Entscheidungsheuristik für Managementproblemstellungen* zu entwickeln. Dabei leisteten die Grundüberlegungen des Vernetzten Denkens (Gomez und Probst, 1995) eine große Hilfe. Allerdings zeigte sich rasch, dass die zu entwickelnde Heuristik so einfach wie möglich gestaltet werden musste.

In einem stetigen Vereinfachungsprozess kristallisierte sich schließlich ein einfacher Dreischritt heraus:

Gemeinschaftliche Managemententscheidungen sind immer in Form (1) einer sauberen *Ausgangslage*, (2) von *Erwägungen* und (3) schließlich eines *Antrags* (max. zwei Seiten) aufzubereiten. Der Antrag muss immer drei Lösungsvarianten aufweisen. In den Entscheidungssitzungen werden dabei nur noch die drei Lösungsvarianten diskutiert, wobei als Folge der Auswahl von drei Varianten oft eine Neigung in Richtung der progressivsten Option beobachtbar ist – ein Entscheidungspraktik also, die sich offensichtlich als strukturell innovationsförderlich erweist.

Diese einfache Strukturierung von Entscheidungsprozessen macht ihren Verlauf erwartbarer, transparenter und effizienter – und durchaus auch kreativer und innovationsfreundlicher.

Management im Makrokontext: Rhythmisierte strukturierte Selbstbeobachtung und Planung im Dreijahreszyklus

Viele Entscheidungen, die im Zusammenhang mit der Positionierung und Weiterentwicklung eines Spitals und mit der Bereitstellung förderlicher Arbeitsbedingungen stehen, haben einen *langfristigen Wirkungshorizont*. Leistungsangebots-, Investitions-, Technologie-, Bau- oder räumliche Entscheidungen legen ein Spital auf lange Sicht fest. Solche Entscheidungsprozesse können – auch wenn sie nach Maßgabe der beschriebenen Entscheidungsheuristik erfolgen – *nicht situativ* durchgeführt werden. Vielmehr müssen sie in den größeren Zusammenhang einer förderlichen Entwicklung der Gesamtorganisation, des gesamten Spitals gestellt werden (Bohmer, 2011). Hierzu ist eine Vielzahl von Entscheidungsprozessen sachlich (Themen), sozial (Expertinnen und Experten) und zeitlich sinnvoll miteinander zu verknüpfen. Gefordert ist somit der Bau von einer Art *Entscheidungs- oder Managementarchitektur*.

Dabei müssen Entscheidungsplattformen mit spezifischen Problemkategorien und entsprechenden Teilnehmenden konfiguriert werden, die es erlauben, die fraglichen Entscheidungen mit weitreichendem Wirkungshorizont sachlich und zeitlich in eine logische Reihenfolge zu bringen (Rüegg-Stürm, 2009b).

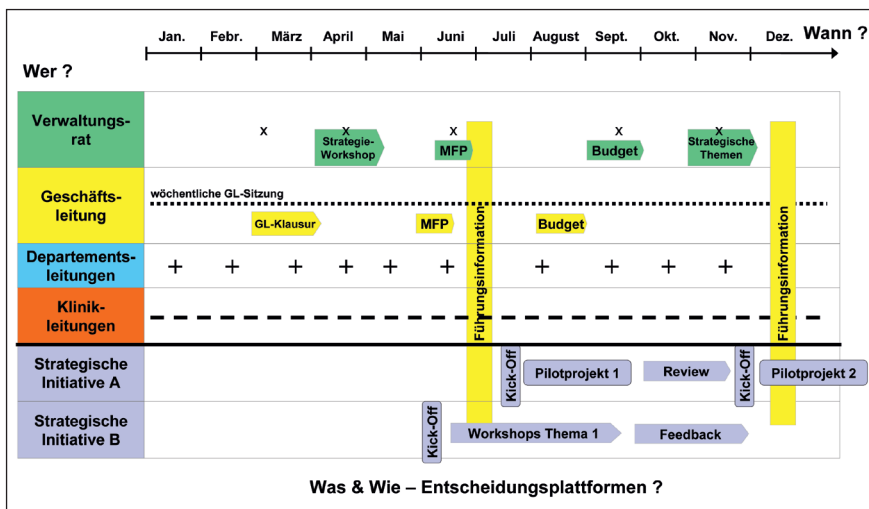


Abbildung 4: Schematisches Plattformdiagramm

- Den Ausgangspunkt der Strategiearbeit bilden Befragungen, Trendanalysen im Gesundheitswesen und interne Finanzdaten, insbesondere die Profitcenterrechnung. Über drei Jahre werden gestaffelt pro Jahr jeweils eine Befragung entweder der Patientinnen und Patienten, der Zuweisenden oder der Mitarbeitenden durchgeführt.
- Die Ergebnisse der Befragungen fließen zusammen mit der Trendanalyse im Gesundheitswesen sowie den Erkenntnissen aus den Finanzdaten (Profitcenterrechnung) in eine über die Departemente zum Gesamtspital verdichtete SWOT-Analyse.
- Daraus werden am Schluss drei bis maximal sechs Entwicklungsschwerpunkte pro Jahr definiert.

Medizinerinnen und Mediziner waren am Anfang wenig begeistert für die Teilnahme an dieser Form der kerngeschäftsfernen Strategiearbeit – obwohl die Teilnahme an diesem Entscheidungsprozess durchaus vergleichbar ist mit der Teilnahme an einem Medizinkongress. Deshalb wird diese Strategiearbeit als eine Art «Kongress zur Spitalentwicklung», als sogenanntes Strategiemeeting, konzipiert.

Um qualifizierte Entscheidungen treffen zu können, reichen allgemeine Trendanalysen (auf der Basis externer Daten und Studien) und periodisch durchgeführte Befragungen nicht aus. Parallel zu dieser Form der Strategiearbeit wurde deshalb viel Energie in den Aufbau einer systematischen *Erfassung von Betriebsdaten und Kostendaten* investiert (vgl. hierzu auch Bohmer, 2011).

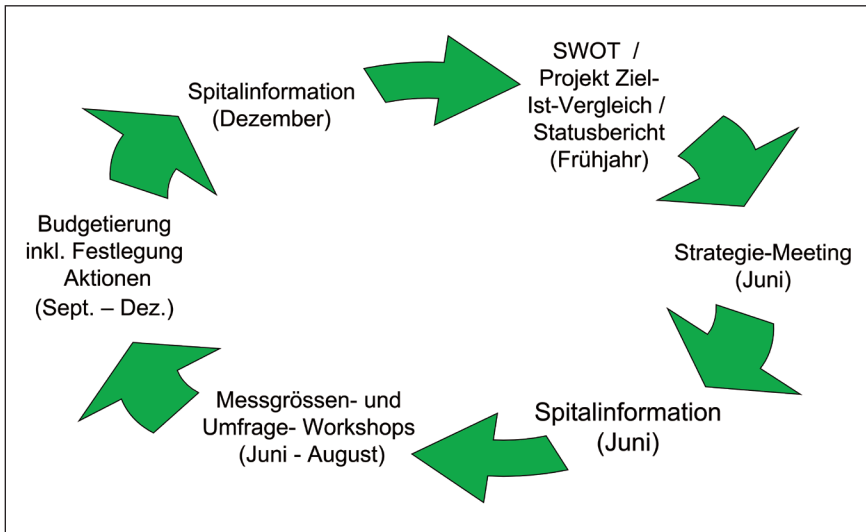


Abbildung 5: Jährlicher Führungsprozess am Kantonsspital Graubünden

Eingebettet in diese Form der Strategiearbeit, wurde ein systematischer *Investitionsplanungs- und Projektfreigabeprozess* entwickelt. Während früher über Investitionen und Projekte – ganz nach Maßgabe der medizinischen Entscheidungslogik – situativ entschieden worden ist, wenn sich z. B. nach dem Besuch eines Medizinkongresses das Bedürfnis nach einer Anschaffung neuer Geräte zeigte, werden Investitions- und Projektanträge heute in einem *strukturierten Entscheidungsprozess* gesammelt und immer (a) vor dem Hintergrund der überhaupt verfügbaren Ressourcen (b) in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit und (c) im Hinblick auf ihren Beitrag zur strategischen Weiterentwicklung des Gesamtsitals beurteilt (vgl. hierzu auch Bohmer, 2011).

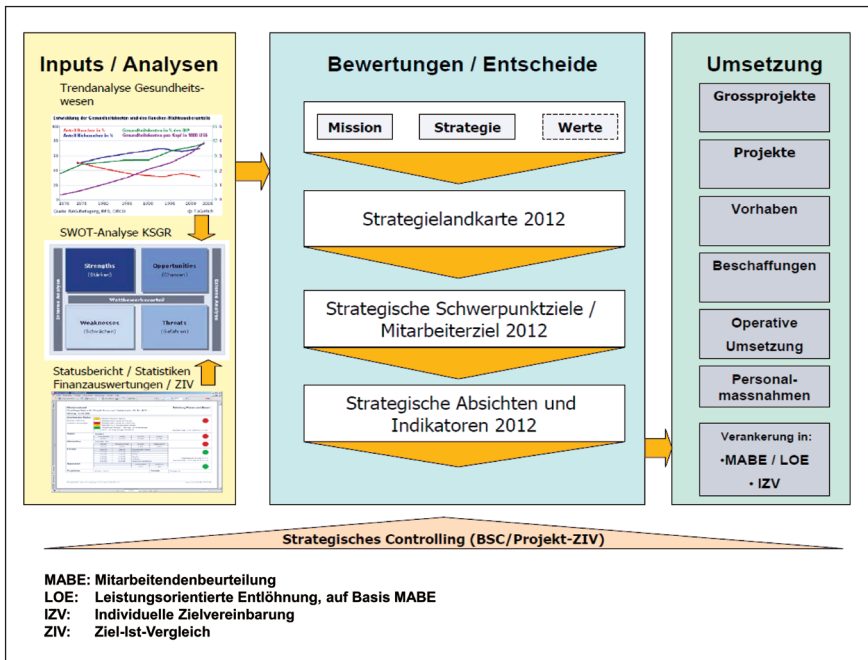


Abbildung 6: Strategieprozess am Kantonsspital Graubünden

Die Systematisierung und Strukturierung von Entscheidungsprozessen im Zeitablauf und die Etablierung von *Entscheidungsplattformen* mit klar definierten Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten⁴ führte keineswegs zu einer Zentralisierung und Bürokratisierung von Entscheidungen. Vielmehr erlaubte sie eine möglichst weitgehende *Delegation* dieser Entscheidungen an die «Front», wozu als Hilfsmittel ein Geschäftsreglement in Form eines Funktionendiagramms eingesetzt wird (im Sinne von Abbildung 3). Diese möglichst weitgehende Delegation von Entscheidungen hat vier Effekte, die einem unternehmerischen Denken im Spital ausgesprochen förderlich sind:

4 Die Zuweisung von *Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten* wird in Wissenschaft und Praxis sehr oft auf eine *individuelle Führungsperson* bezogen und in einer Stellenbeschreibung formalisiert. Diese Betrachtungsweise greift aus Organisationssicht zu kurz und sollte unbedingt ergänzt werden durch sorgfältig und gemeinsam erarbeitete Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsprofile für die einzelnen Entscheidungsplattformen.

- ▶ Erstens werden die Entscheidungen dort getroffen, wo die *erforderliche Expertise* tatsächlich vorhanden ist, was der *Sorgfalt* und *Motivation* der verantwortlichen Entscheidungsträger an der Front zur Mitwirkung und der *Legitimität* der getroffenen Entscheidungen ausgesprochen förderlich ist.
- ▶ Zweitens *beschleunigt* dies die Entscheidungsprozesse und bewahrt die Geschäftsleitung vor einem Entscheidungsstau.
- ▶ Drittens stärkt die hohe Entscheidungsgeschwindigkeit die *Veränderungsbereitschaft* und damit die *strategische Entwicklungsfähigkeit* eines Spitals, weil die Mitarbeitenden konkret erleben, dass «sich hier etwas bewegen lässt».
- ▶ Viertens reduziert die hohe Entscheidungsgeschwindigkeit Warteperioden der Ungewissheit, macht Entscheidungsprozesse berechenbarer und trägt damit zur Stabilisierung der Führungsarbeit insgesamt bei.

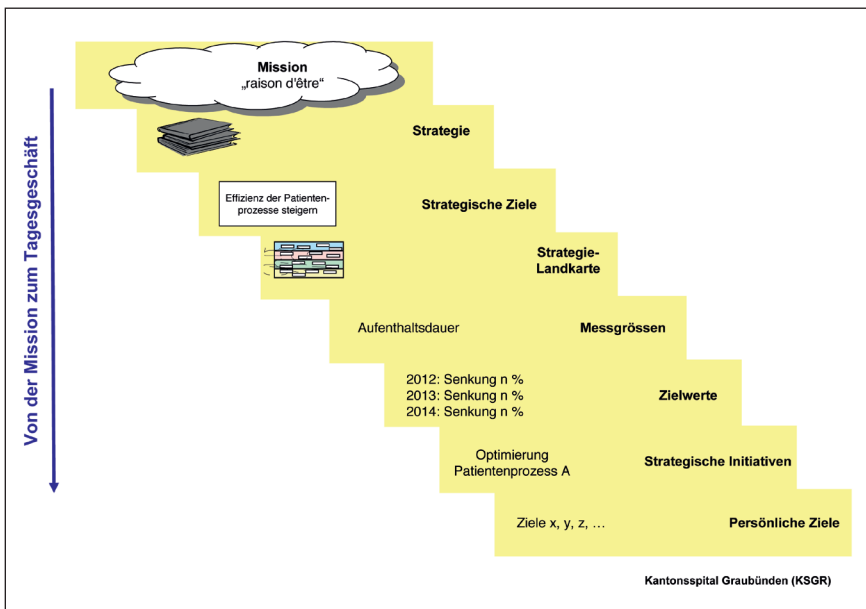


Abbildung 7: Durchgängiger Zielklärungs- und Zielvereinbarungsprozess am Kantonsspital Graubünden

Zentrale Strukturierung gemeinsam benutzter Kapazitäten

Ein idealtypischer Anwendungsfall gemeinschaftlichen Entscheidens bzw. der Schaffung gemeinschaftlicher Entscheidungsfähigkeit ist der Zugriff auf gemeinsam benutzte Ressourcen (vgl. auch Bohmer, 2011). Diese Thematik gewinnt an Bedeutung, denn die zunehmende Spezialisierung kann aus wirtschaftlichen Gründen nicht durch Schaffung vollständig autonomer Teileinheiten (Departemente, Kliniken) institutionalisiert werden. Vielmehr führt die zunehmende Spezialisierung dazu, dass gemeinsam genutzte Ressourcen (Betten, Ops-Kapazität, Radiologie- und Laborkapazität, IT insgesamt) systematischer geplant werden müssen. Die geteilte Ressourcennutzung erfordert eine sorgfältige Priorisierung, das heißt, die Ressourcen müssen stärker nach Dringlichkeit und Wichtigkeit auf die Kernprozesse hin alloziiert werden. Damit dies gelingen kann, sind drei Voraussetzungen zu schaffen:

- ▶ zeitverzugslose Transparenz über die aktuelle und bereits verplante Nutzung knapper Kapazitäten
- ▶ Regeln und Kriterien zur Priorisierung knapper Ressourcen
- ▶ Regeln und kommunikative Entscheidungsplattformen zur Bearbeitung des Nichtregelbaren

Die mengenmäßig und qualitativ bedeutsamste und zugleich knappste Ressource eines Spitals ist die personelle Kapazität. Eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine gleichermaßen patientenzentrierte und effiziente Wertschöpfung ist vollständige Transparenz über die verfügbaren personellen Ressourcen. Zu diesem Zweck ist im Kantonsspital Graubünden die disziplinierte Nutzung einer Personaleinsatzplanungssoftware eingeführt worden, die über eine Koppelung mit den herkömmlichen Terminkalendern (Outlook, Lotus Notes, Smartphones) eine transparente Einsatzplanung sicherstellt. Dies reduziert substanziell unnötige Suchprozesse und belastende Umdisponierungen.

6 **Ansatzpunkte wirksamer Management-Entwicklung**

Vor dem Hintergrund der skizzierten Entwicklungsprozesse ergeben sich aus praxisbezogener Sicht zurzeit sechs große Entwicklungs- und Transformationsfelder, die sich *wechselseitig voraussetzen und stützen*.

- ▶ Es braucht erstens eine Transformation von einer Dominanz *expertisen-zentrierter, innengerichteter Professionen* («Säulen») zu einer kooperativen Orientierung an einer *prozessorientierten, integrativen Wertschöpfung* für die Patientinnen und Patienten und für weitere Anspruchsgruppen einer Gesundheitsorganisation.
- ▶ Es braucht zweitens *strukturierte Formen und Praktiken einer partnerschaftlichen, bereichsübergreifenden Entscheidungsfindung*, in deren Zentrum Entscheidungen stehen, die eine produktive, integrativ-patientenzentrierte Form von Arbeitsteiligkeit möglich machen und unterstützen.
- ▶ Es braucht drittens *prozesshaft vernetzte Kommunikations- und Entscheidungsplattformen*, die es erlauben, angelegt auf einen *längeren Zeithorizont* (ein bis fünf Jahre) und ausgerichtet auf das Spital als *Gesamtsystem* eine *strukturierte Selbstbeobachtung* vorzunehmen.
- ▶ Eine kollektive Selbstbeobachtung (gemeinsamer Blick in den Spiegel) ist eine unabdingbare Voraussetzung, um gemeinschaftlich Entscheidungen treffen und strukturierte *Planungsprozesse* realisieren zu können, die einer förderlichen Spitalentwicklung dienlich sind (Bohmer, 2011). Unter strukturierter Selbstbeobachtung ist die systematische Erhebung, Aufbereitung und *gemeinschaftliche Interpretation* aller Arten von Daten der eigenen Wertschöpfung zu verstehen: Qualitätsdaten, Finanzdaten, Befragungen von Patienten, Zuweisern und Mitarbeitenden usw.
- ▶ Es braucht viertens Anstrengungen einer *kollektiven Weiterbildung*, zuallererst in der Spitalleitung selbst und idealerweise im gesamten Kader.
 - ▷ Eine solche Weiterbildung erlaubt es erstens, eine *gemeinsame Sprache* für die Bearbeitung von Managementherausforderungen und auf dieser Grundlage eine *gemeinsame Perspektive* auf die wichtigsten Entwicklungs herausforderungen des Spitals zu entwickeln.
 - ▷ Zweitens schafft eine solche Weiterbildung die Möglichkeit, aus reflexiver Distanz diese Entwicklungs herausforderungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln der jeweils anderen Kolleginnen und Kollegen zu betrachten.

- ▷ Drittens stärken solche Anstrengungen, wenn sie respektvoll vorangetrieben werden, die «*Beziehungsarchitektur*», was für die rasche Bewältigung kritischer Entscheidungen im Alltag ausgesprochen förderlich ist.
- ▷ Vor allem aber entsteht so etwas wie ein *geteiltes Orientierungswissen*, ein geteiltes Koordinatensystem, eine geteilte Landkarte, die es erlaubt, diffuse und mehrdeutige Entwicklungen sinnhaft einzuordnen und zu verstehen – und darauf aufbauend, sobald notwendig, auch *rasch* Entscheidungen mit weitreichenden Folgen zu treffen.
- ▶ Gemeinschaftliche Strategiearbeit und Weiterbildung schaffen fünftens die Voraussetzung für eine starke *Delegation* von Entscheidungen nach möglichst weit vorne an den Ort des Geschehens, damit die dort verfügbare Expertise kooperativ zum Tragen kommen kann. Diese Stärkung der Selbstverantwortung beruht auf Vertrauen und schafft Vertrauen. Vor allem aber führt sie zu einer *Beschleunigung* von Entscheidungsprozessen und ist damit der für gelingende Kooperation erforderlichen Berechenbarkeit, Erwartbarkeit, Sicherheit und Stabilität zuträglich.
- ▶ Hinter all den skizzierten Anstrengungen einer systematischen Management-Entwicklung im Spital steht sechstens der Umbau von einer diskretionären zu einer regelbasierten Organisation. Mit «diskretionär» ist eine kompromisslose Orientierung der Health Professionals an der Maximierung der persönlichen Handlungsautonomie gemeint, um situativ auftretende Herausforderungen optimal bewältigen zu können. Regelbasiert meint dagegen gemeinschaftliche Schaffung von Regeln (gemeinsam geteilten, wechselseitig unterstellten Erwartungen) und Entscheidungskriterien, die dank ihrer Verbindlichkeit ein erwartbares Verhalten ermöglichen. Damit ist eine Art «Reframing» des Strukturverständnisses verbunden und die Entwicklung eines neuartigen konstruktiven *Verhältnisses* von *Struktur* und von *Handlungsautonomie*. Struktur wird im Allgemeinen als Gegensatz von Handlungsautonomie betrachtet: je mehr Struktur, desto weniger Handlungsautonomie. Aus einem extrem individualistischen Blickwinkel mag dies zutreffen, nicht jedoch im Kontext einer wachsenden Spezialisierung, Arbeitsteiligkeit und wechselseitigen Abhängigkeit. In arbeitsteiligen Kontexten besteht eine zentrale Wirkung von Struktur nicht nur in Einschränkung, sondern genauso auch in Ermöglichung – Ermöglichung *durch* Einschränkung bzw. Standardisierung. Denn erst klare Verhältnisse und routinisierte Formen der Entscheidungsfindung schaffen jenes Maß an Berechenbarkeit, das eine zwingende Voraus-

setzung für diejenigen *Handlungsspielräume* und *Kooperationsmöglichkeiten* bildet, auf die engagierte Health Professionals so dringend angewiesen sind. So schränkt der Entscheid für eine bestimmte Konzernsprache in einem globalen Konzern nicht nur ein, sondern diese Einschränkung und Einigung auf eine bestimmte Sprache eröffnet Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten, die ohne eine solche Einschränkung undenkbar wären.

Standardisierung und Routinisierung schränken – ganz besonders in einem Spital – nicht nur ein, sondern sie schaffen auch Freiräume, um mit dem Unberechenbaren und Unerwarteten flexibel umgehen zu können, weil man sich so viel besser auf das Verhalten anderer verlassen kann. In diesem Sinne sind Standardisierung (z. B. im Bereich der Dokumentation und Planung) und Individualisierung (im Bereich der unmittelbaren Behandlung) nicht Gegensätze, sondern Standardisierung ist geradezu eine zwingende *Voraussetzung* für Flexibilisierung und Individualisierung.

Die Arbeit an diesen Entwicklungs- und Transformationsfeldern ist zweifelsohne ausgesprochen anspruchsvoll, voraussetzungsreich und muss demzufolge langfristig ausgerichtet sein. Deshalb werden im Folgenden anhand der Erfahrungen aus dem Kantonsspital Graubünden und weiterer Spitäler eine Reihe von Erfolgsvoraussetzungen beleuchtet, die parallel zu den Entwicklungs- und Transformationsprozessen «mitverfertigt» werden müssen.

7 Erfolgsvoraussetzungen: Governance und kulturverträgliches Change Management

Die vorgängig beschriebene Management-Entwicklung ist mit großen Veränderungen verbunden, welche die Kultur der Zusammenarbeit und Führung, das Führungsselbstverständnis, den Status und das Selbstwertgefühl der Health Professionals massiv tangieren. Die damit verbundene Destabilisierung birgt große *Widerstandspotenziale*. Daraus ergeben sich zwei Anforderungen:

- ▶ Erstens kann ein solcher Prozess nur in einem stabilen Umfeld gelingen, was eine berechenbare Governance voraussetzt.
- ▶ Zweitens müssen solche Change-Management-Praktiken angewandt werden, die achtsam die unausweichliche Verunsicherung und Destabilisierung ernst nehmen und aktiv mitbearbeiten.

Im Kantonsspital Graubünden wurden diese Anforderungen wie folgt adressiert.

Governance

Wie zu Beginn dieses Beitrags umschrieben, operieren Spitäler in einem stark regulierten Umfeld und sind oft im Eigentum einer öffentlichen Körperschaft. Daraus resultiert eine Governance, in der eine Reihe unterschiedlicher Akteure mitspielt: Bevölkerung, Parlament, Kantonsregierung und öffentliche Verwaltung (Gesundheitsdirektion).

Diese Akteure interagieren im Kontext *politischer* Prozesse, die vier Eigenheiten aufweisen: Erstens orientieren sich Entscheidungsprozesse der Politik stark an den Wiederwahlzyklen, d.h., die Kontinuität von Einfluss ist beschränkt. Zweitens ist Politik immer auch Parteipolitik, bei der es um die Bildung von Mehrheiten und um die Absicherung von Macht geht. Im Zentrum der Politik steht deshalb drittens die medienwirksame Ausschöpfung situativer Opportunitäten, der das Verfolgen langfristiger Prioritäten untergeordnet wird. Viertens lädt diese politische Rationalität Politikerinnen und Politiker dazu ein, in vielen Fällen so lange wie möglich unverbindlich zu bleiben, um bei kontroversen Themen situationsbezogen auf der «richtigen Seite» Partei ergreifen zu können. Eindrücklich war dieses Phänomen im Kanton St. Gallen zu beobachten, als die gleichen Politiker zunächst die Einführung von «Quadrigen» (Bildung unternehmerisch geführter Spitalregionen) mit einer Stärkung unternehmerischen Verhaltens vorangetrieben haben und im Nachgang Partei für die Gegenseite ergriffen.

Aus der politischen Rationalität der öffentlichen Governance können somit erhebliche Irritationspotenziale für die Führung eines Spitals erwachsen, spätestens dann, wenn Fragen der Gesundheitsversorgung zum Erfolg versprechenden Spielball und Profilierungsinstrument bestimmter politischer Parteien und Akteure werden.

Entscheidend ist demzufolge, eine gewisse *Pufferung* zwischen Politik und Spitalmanagement realisieren zu können, d.h., eine *lose Koppelung* zwischen politischer Arena und einem Spital als Organisationssystem zu verwirklichen (Orton und Weick, 1990).

Im Kanton Graubünden ist das Kantonsspital inzwischen in eine privatrechtlich verfasste Stiftung überführt worden, der die Grundstücke, Gebäude und das übrige Anlagevermögen gehören. Die Stiftungsräte dieser Stiftung sind nach Anforderungsprofilen ausgesucht worden. Für die Anforderungs-

profile maßgebend waren strategische Überlegungen (z. B. Vertreter wichtiger Zuweiserregionen). Außer einer gewissen Geschlechterquote gab es keinerlei (partei-)politische Kriterien. Kanton (drei Mitglieder) und Gemeindeverband (drei Mitglieder) sowie die Stadt Chur (ein Mitglied) haben zwar ein Vorschlagsrecht. Die Wahl obliegt aber dem Stiftungsrat, der die Wahlvorschläge ablehnen und vier Mitglieder frei wählen kann. Als Besonderheit muss der Präsident aus den frei wählbaren Mitgliedern stammen. Letztlich wählt sich der Stiftungsrat selbst, weil sich ein Stiftungsrat selbst konstituieren muss.

Dieser Stiftungsrat wiederum bestimmt den Verwaltungsrat des Kantonsspitals, der genau wie ein Verwaltungsrat einer Unternehmung die Aufsicht der Geschäftsführung wahrnehmen und die grundlegenden strategischen Entscheidungen mit entsprechenden finanziellen Implikationen genehmigen muss. Damit werden weitreichende strategische Entscheidungen vor erratischen Einflussnahmen der Politik weitgehend geschützt, was die erforderliche Stabilität für grundlegende Veränderungsprozesse gewährleistet.

Umgekehrt fallen Gewinne/Verluste aus dem operativen Betrieb des Kantonsspitals nicht zugunsten/zulasten der öffentlichen Hand an, sondern verbleiben vollständig bei der Stiftung.

Im Grunde genommen widerspiegelt die Governance-Struktur des Kantonsspitals Graubünden eine Art *Lizenz-Modell*, indem der Kanton über einen Versorgungsauftrag und über Finanzierungszusagen auf der Basis von DRGs und einer bestimmten Base Rate einen leistungsorientierten und damit für das Spital einen berechen- und beeinflussbaren Teil der Finanzierung des Spitals sicherstellt.

Change Management im Spital

Im vorliegenden Fall des Kantonsspitals Graubünden werden eine Reihe von Managementpraktiken erkennbar, die vermutlich maßgeblich zu einer wirksamen Institutionalisierung von *Management als Funktion* im Spital beigetragen haben.

► *Legitimation durch strukturierte Selbstbeobachtung*

In Gesundheitsorganisationen gehört im Umgang mit Patientinnen und Patienten die *Abarbeitung von Unerwartetem* und die *Herstellung von Stabilität* zum «Kerngeschäft». Daraus resultiert eine ausgesprochen starke *Stabilisierungstendenz* im Verhalten der Beteiligten, die sich bei angedachten

Veränderungsprozessen rasch einmal als Widerstand äußern kann (Tuckermann und Rüegg-Stürm, 2007). Veränderungen erlangen vor diesem Hintergrund erst dann Legitimität, wenn der «case for action», d.h. die Veränderungsnotwendigkeit überaus deutlich wird. Hierzu braucht es einen klaren gemeinsamen *Blick in den eigenen Spiegel* (z.B. über die Erhebung von Betriebsdaten oder Befragungen). Mit anderen Worten muss die Vergemeinschaftung der Problemlage möglichst faktenbasiert erfolgen.

► *Notsituationen für Veränderungen mobilisieren*

In den skizzierten Ausführungen wird deutlich, dass sehr oft Notsituationen, «Betriebsunfälle» und Einschnitte als Anlass für Veränderungsprozesse mobilisiert worden sind. Diese vereinfachen den Aufbau des erforderlichen Handlungs- und Veränderungsdrucks.

► «Peer Control» – *positive Beispiele schaffen Nachahmungsdruck*

Grundlegende Innovationen können in einer Expertenorganisation nicht top-down vorgegeben und flächendeckend eingeführt werden, obwohl es sich letztlich durchaus um innovationsfreundliche Organisationen handelt. Entscheidend ist, rechtzeitig Personen mit hoher Reputation für Experimente zu gewinnen. Dies stärkt die Legitimation des Neuen und löst über Imitationslernen Nachahmereffekte und eine allmähliche Diffusion des Neuen aus.

► *Experimente – so tun, «als ob»*

Im Spital kann alles verändert werden, solange dies auf den ersten Blick nicht gleich substanziell die eigene Handlungsautonomie tangiert. Veränderungsinitiativen, die aus Sicht der Adressaten die Handlungsautonomie beeinträchtigen *könnten*, sollten deshalb sorgfältig als *Experimente* konzipiert werden, damit Verlustängsten und entsprechender Abwehr vorgebeugt werden kann. Dies bedeutet,

- ▷ dass das Neue als *reversible Option* konzipiert werden sollte, auf die man wieder zurückkommen kann, wenn sie unerwartete Nachteile mit sich bringt.
- ▷ dass die *Zielsetzungen* von Veränderungsinitiativen nicht zu klar, zu restriktiv und zu scharf formuliert werden sollten, sondern durchaus eine gewisse *Ambiguität* aufweisen sollten, die es erlaubt, das Neue auf vielfältige Weise zu interpretieren und situativ sinnvoll umzusetzen.
- ▷ dass Veränderungs- und Innovationsprozesse als *revisionsfreundliche Lernprozesse* angelegt werden sollten, die es erlauben, positive und negative Erfahrungen rasch in die fortlaufende Konzeption und Konkretisierung des Neuen einfließen zu lassen.

► *Wachstum bewahrt vor Verlierern*

Bei der Realisation von Neuem sollten wenn immer möglich *nie Verlierer* entstehen, d. h., es geht darum, *Wachstum* auszuschöpfen. Dadurch kann Neues realisiert werden, ohne dass mit Bewährtem aufgehört werden muss. Allerdings gibt es zunehmend Problemstellungen, z. B. die Notwendigkeit zu Schwerpunktbildungen, bei denen nicht mehr diesem Prinzip gefolgt werden kann.

► *Das Gute spricht für sich selber ...*

Wenn Management-Entwicklung maßgeblich als *Stärkung von gemeinschaftlicher Arbeits- und Entscheidungsfähigkeit* durch *Schaffung* förderlicher Voraussetzungen für Zusammenarbeit und Führung verstanden wird, kann deren Attraktivität mit nichts Besserem als einer wirksamen und konstruktiven Form von *Moderation* und *Sitzungsführung* demonstriert und zur Nachahmung empfohlen werden.

8 Zukunftsperspektiven

Eine nächste große Herausforderung, die zu bewältigen sein dürfte, betrifft eine Ausdifferenzierung von *Fachführung* und *Systemführung*.

Insbesondere in der Profession Medizin können Chefarzte und Klinikdirektoren nicht länger für alles zuständig sein. Vielmehr braucht es eine Ausdifferenzierung des heute dominierenden Führungsselbstverständnisses in die beiden *Gestaltungshorizonte* Fach- und in Systemführung (Rüegg-Stürm, 2008), d. h.

- einerseits in einen Gestaltungshorizont der Führung, die eine situative Anwendung und professionelle Weiterentwicklung von medizinischer und pflegerischer *Fachexpertise* verantwortet (Fachführung),
- und andererseits in einen Gestaltungshorizont der Führung, der auf die Schaffung und Optimierung von *optimalen Arbeitsvoraussetzungen* fokussiert ist (Systemführung) und dabei eine gleichermaßen professionelle patientenzentrierte und effiziente Medizin und Pflege überhaupt erst ermöglicht.

Wie eine solche Ausdifferenzierung schrittweise institutionalisiert werden kann, ist nach Maßgabe der gewachsenen Kultur von Zusammenarbeit und Führung zu entscheiden. Sicher aber bedeutet eine solche Ausdifferenzierung

ein Loslassen von Aufgaben und Kompetenzen, und sie impliziert die Notwendigkeit einer partnerschaftlichen interprofessionellen Zusammenarbeit, z. B. mit einem Klinikmanager, der die Systemführung wahrnimmt – und damit *fragilere Formen* der gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung in einer Haltung eines hohen wechselseitigen Respekts. An diesen Anforderungen kann der Prozess dieser Ausdifferenzierung scheitern.

Welchen beruflichen Hintergrund ein Klinikmanager innehat, wie hoch sein zeitliches Engagement für Fragen der Systemführung tatsächlich ist, muss situativ entschieden werden. Keinesfalls darf er «nur» ein Führungsprofi sein, sondern er muss sich eine präzise Vorstellung der Kernwertschöpfung eines Spitals und der damit verbundenen Entscheidungsnotwendigkeiten angeeignet haben. Besonders wichtig ist dies, wenn er z. B. die Verantwortung für die Organisation einer interprofessionellen, patientenorientierten Prozessoptimierung übernehmen muss. Unabdingbar dabei sind eine hohe Kommunikations-, Kooperations- und Konfliktfähigkeit.

Eine zweite Zukunftsherausforderung betrifft die *Vergemeinschaftung der Strategiearbeit* eines Spitals, d. h. die Frage, wie eine konstruktive Auseinandersetzung mit den *existenzrelevanten Erfolgsvoraussetzungen* auf der Ebene Gesamtspital sinnvoll institutionalisiert werden kann.

Traditionell sind Spitäler als Föderationen von autonomen Kliniken organisiert gewesen. Strategiearbeit fand implizit und patronal lediglich innerhalb der einzelnen Kliniken statt. Neu – im Kontext einer zunehmenden Ressourcenverknappung – muss Strategiearbeit immer stärker die Entwicklung des *Gesamtspitals* und dessen Rolle in der regionalen und überregionalen Gesundheitsversorgung in den Blick nehmen. Dies erfordert ein radikal anderes Selbstverständnis von medizinischen Bereichsleitern (z. B. Klinikdirektoren) in ihrer Rolle als Spitalleitungsmitglieder.

Auch dieser Wechsel hat mit der Ausdifferenzierung von Fachführung und Systemführung zu tun. Nur stehen bei der Strategiearbeit nicht mehr optimale Arbeits-, Behandlungs- und Entscheidungsvoraussetzungen im Kontext einer Klinik oder eines medizinischen Bereichs im Zentrum, sondern die Schaffung von Voraussetzungen kultureller und infrastruktureller Natur, die ein Spital insbesondere aus Sicht der Zuweisenden sowie der Patientinnen und Patienten zu mehr machen als einer Summe autonomer, unverbundener, lose gekoppelter Kliniken. Wirksame Strategiearbeit im Spital hängt deshalb in zentraler Weise ab von einer Ausweitung des Gestaltungsfokus auf die Gesamtorganisation und deren kluge Einbettung in eine ungewisse dynamische Umfeldentwicklung.

9 Zusammenfassung

Dieser Beitrag versuchte zu verdeutlichen, dass *Management-Entwicklung* als ein langwieriger paradoxer Prozess einer *förderlichen Strukturierung* von Arbeitsteiligkeit in einem Kontext von wachsender Komplexität zu verstehen ist. Er ist deshalb paradox, weil eine stärkere Strukturierung der arbeitsteiligen patientenzentrierten Wertschöpfung nicht von Managementexperten, sei es von außen oder von oben, einer Organisation auferlegt werden kann. Vielmehr müssen die zu etablierenden *strukturierenden Entscheidungsplattformen und Entscheidungspraktiken*, d. h. der Aufbau einer tragfähigen legitimen Managementarchitektur, im Rahmen gemeinschaftlichen Entscheidens von den *Beteiligten als Betroffenen selber* sorgfältig erarbeitet werden. Dieser Entwicklungsprozess erfordert eine breit angelegte Selbstbeobachtung und daraus resultierend eine vergemeinschaftete Selbsterkenntnis und kann deshalb nicht – wie im Spital oft beobachtbar – einer urwüchsigen Selbstorganisationsdynamik überlassen werden, sondern bedarf immer schon eines bereits etablierten förderlichen Managements. Münchhausen lässt grüßen.

Literatur

- Bohmer, R. M. J. (2011): The Four Habitats of High-Value Health Care Organizations. In: New England Journal of Medicine, 22, 2045–2047.
- Denis, J.-L., Lamothe, L. and Langley, A. (2001): The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. In: Academy of Management Journal, 44, 800–837.
- Erk, C. (2011): Health, Rights and Dignity. Philosophical Reflections on an Alleged Human Right. Frankfurt, Paris, Lancaster & New Brunswick: ontos.
- von Foerster, H. (1994): Wissen und Gewissen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gomez, P. und Probst, G. (1999): Die Praxis des ganzheitlichen Problemlösens: Vernetzt denken – Unternehmerisch handeln – Persönlich überzeugen. Bern: Haupt
- Grossmann, R. und Scala, K. (Hrsg.) (2002): Intelligentes Krankenhaus: Innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Wien: Springer.
- Mintzberg, H. (1997): Toward Healthier Hospitals. In: Healthcare Management Review, 22, 4, 9–18.
- Orton, J. and Weick, K. (1990): Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. In: Academy of Management Review, 15, 203–223.
- Rüegg-Stürm, J. (2008): Führung ist nicht gleich Führung ... In: Schweizerische Ärztezeitung, 89, 1025–1027.

- Rüegg-Stürm, J. (2009a): Integrative Management-Ethik in Krankenhäusern. In: R. Baumann-Hölzle und C. Arn (Hrsg.): Ethiktransfer in Organisationen. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3. Basel: Schwabe, 75–100.
- Rüegg-Stürm, J. (2009b): Spitalmanagement im Kontext zunehmender Ungewissheit und Ambiguität. In: Schweizerische Ärztezeitung, 90, 1850–1854.
- Tuckermann, H., Lai, A. and Mitterlechner, M. (2012): Multiple Ways of Decision-Making in a Hospital – a process view on decision-making in pluralistic organizations. Paper presented at the Fourth International Symposium on Process Organization Studies, Kos.
- Tuckermann, H. und Rüegg-Stürm, J. (2007): Sind Spitäler wandelresistent? In: Schweizerische Ärztezeitung, 88, 1895–1899.
- Tuckermann, H. und Rüegg-Stürm, J. (2008): Vom interaktionalen Organisieren zum Organisieren von Kommunikation. In: Schweizerische Ärztezeitung, 89, 573–578.
- Tuckermann, H. und Rüegg-Stürm, J. (2012): Führung im Spital: Weiterentwicklung der eigenen Entscheidungspraxis auf dem Weg in die Zukunft. Erscheint in: Swiss Review of Military and Disaster Medicine, 2/2012, 1–8.

Hans Ulrich hat schon in den achtziger Jahren treffend festgestellt, dass Management eine *unverstandene gesellschaftliche Funktion* ist. Diese «Unverstandeneheit» bezieht sich zum einen auf den *Wirkungshorizont* von Management. Heute wird – nicht zuletzt aufgrund problematischer Folgen von Managemententscheidungen gerade auch für Dritte – mehr denn je kontrovers diskutiert, inwiefern unternehmerisches Management und seine Wertschöpfung lediglich einer *ökonomischen Rationalität* oder wesentlich umfassender einer *ethischen Rationalität* verpflichtet sind, das heisst, eine aktive und achtsame Wahrnehmung von gesellschaftlicher Verantwortung einschliessen.

Zum anderen bezieht sich diese «Unverstandeneheit» auch auf das «Funktionieren» von Management, das erstaunlicherweise vor allem in der Managementwissenschaft selbst oftmals als fraglos funktionierende «Black Box» konzeptualisiert wird.

Beides hat Peter Gomez stets als unbefriedigend wahrgenommen. Es war und ist Peter Gomez stets ein grosses Anliegen, Organisationen als *komplexe Systeme* und Management als eine *voraussetzungsreiche Form einer geteilten und verteilten Praxis des Organisierens* mit weitreichenden strategischen und ethischen Implikationen zu verstehen. Dieses Buch zu Ehren von Peter Gomez möchte eine kleine Reflexionsplattform für *Management als Praxis* eröffnen – und Inspiration bieten für konstruktive Debatten zu aktuellen und absehbaren Herausforderungen und Entwicklungsperspektiven von Management als gesellschaftlicher Funktion.

