

Die Reorganisation eines Pflegeheimes – Eine Fallstudie vor dem Hintergrund allgemeiner Entwicklungstrends der Krankenhausführung

Ernst Domayer

Das gesamte Gesundheitssystem befindet sich seit geraumer Zeit in einer Situation des Umbruchs. Dies findet u. a. seinen Niederschlag im Krankenhaus selbst, welches zunehmend unter einen Veränderungsdruck gerät, welcher noch vor einigen Jahren nicht vorstellbar gewesen wäre. Dies ist auch der Ausgangspunkt für die Beobachtungsperspektive der vorliegenden Arbeit. An Hand einer konkreten Beratungserfahrung mit einer maßgeblichen Institution aus dem Gesundheitssystem kann das Ausmaß des radikalen Wandels gezeigt werden, von dem so manches Haus betroffen ist. Welche Prozesse werden durch so eine radikale Organisationstransformation ausgelöst, welche Anforderungen ergeben sich für die Führung in bezug auf das Management eines solchen Veränderungsprozesses, welchen Beitrag kann Prozeßberatung dabei leisten? Das sind Fragestellungen, auf die im ersten Teil eingegangen wird. Im zweiten Teil wird auf einer allgemeineren Betrachtungsebene Entwicklungstrends der Krankenhausführung nachgegangen. Neben der Untersuchung der traditionellen Führungsmodelle im Krankenhaus wird diese auch in der Differenz zur Unternehmensführung betrachtet. Was sind strukturbedingte Unterschiede, was sind aber auch Gemeinsamkeiten der Führung dieser unterschiedlichen Organisationstypen?

Erster Teil: Die Neuorganisation eines Pflegeheimes

Die Ausgangssituation

Eines der größten Pflegeheime Europas wurde vor einigen Jahren auf Grund eines Beschlusses der Spitalserhaltung mit einem Reformprozeß größeren Umfanges konfrontiert. Dieser „Spitalsentwicklungsplan“ sah in seiner hauptsächlichen Zielrichtung vor, die Institution von ihrer Funktion einer „Aufbewahrungsanstalt“ in eine therapeutisch-rehabilitationsorientierte Institution umzuwandeln bzw. zu entwickeln. Langfristiges Ziel der Reorganisation des Pflegeheimes bildet die bedarfsgerechte Betreuung alter Menschen. Diese manifestiert sich in einer deutlichen Verbesserung der Betreuungs- und Unterbringungsqualität für die aufgenommenen Patienten und auch in der Schaffung eines umfassenden, mit extramuralen Einrichtungen abgestimmten Betreuungssystems für alte Menschen. Differenzierte Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen wie z. B. Tages- und Nachtambulanz, geria-

II. Fälle und Felder

triespezifische Ambulanzen, Übergangspflege, Probewohnen in Wohngemeinschaften u.a. mehr. Das Pflegeheim sollte nicht mehr Endstation für alte Menschen sein, vielmehr sollten die neuen Maßnahmen und Einrichtungen die Betroffenen so fördern, daß sie in ihrer gewohnten Umgebung bleiben bzw. bald dorthin zurückkehren können.

Neben baulichen Veränderungen ist mit der Neuorganisation auch eine Reduktion der verfügbaren Betten verbunden. Aufgefangen wird die Bettenreduktion durch ein neu aufzubauendes bzw. zu erweiterndes Vorfeld der Pflege, weiters durch eine verbesserte, individualisierte und interdisziplinär abgestimmte Betreuungsform im geplanten Geriatriezentrum – so der neue Name für die neue Institution. Personalabbau war im Rahmen dieses Konzeptes nicht vorgesehen, durch die Bettenreduktion entsteht ein Betreuungsschlüssel nach internationalen Standards. Allerdings ist durch das Konzept auch eine Kostensenkung verbunden.

Die neue Ausrichtung brachte eine massive Änderung in bezug auf gewohnte „Geschäftsprozesse“ mit sich. Dies kann beispielhaft anhand des Aufnahme- und Weiterleitungsprozesses von Patienten beschrieben werden. Bislang wurde die Notwendigkeit einer Aufnahme in stationäre Pflege von sehr unterschiedlichen Institutionen festgestellt. Aus so einer, von außen kommenden Einweisung und dem damit verbundenen Rechtsanspruch auf einen Heimplatz kann sich die Situation ergeben, daß Menschen mit niedrigen Pflegestufen einen erheblichen Teil der Kapazität der Pflegeheime beanspruchen, obwohl eine extramurale Betreuung möglich und zumeist auch im Interesse der Betroffenen läge. Dieser von außen gesteuerte Zuweisungsprozeß mit darauffolgenden undifferenzierten, nach vorhandenen Kapazitäten ausgerichteten Weiterleitungen der Patienten soll im neuen Geriatriezentrum so nicht mehr ablaufen. Jeder potentielle Patient wird in Zukunft in eine spezielle Aufnahmestation eingewiesen. Diese übernimmt die entscheidende Aufgabe, eine interdisziplinär koordinierte Einschätzung des tatsächlichen Betreuungsbedarfes jedes eingewiesenen Patienten vorzunehmen. Aufbauend auf dieser, gemeinsam mit dem alten Menschen, seinen Angehörigen und den extramuralen Diensten erarbeiteten Evaluation werden gemeinsam Ziele und die dazugehörigen Maßnahmen festgelegt. Nach maximal 14 Tagen wird der alte Mensch auf der Basis eines solchen Konzeptes von den entsprechenden intra- und/oder extramuralen Einrichtungen weiterbetreut.

Durch diesen Filter sollen unnötige Aufnahmen verhindert werden. Die bestehenden Abteilungen des Hauses sollen sich in Richtung bestimmter Pflege- und Therapieformen spezialisieren. War bislang das Patientengut gleichmäßig auf Abteilungen bzw. Primariate verteilt, so sollte in Zukunft eine Verteilung nach Pflege- und Behandlungsanforderungen erfolgen. Dies bringt einen erheblichen Spezialisierungsbedarf so mancher Abteilungen mit sich, z. B. Kurzzeitpflege für rehabilitationsfähige Patienten, Übergangswohnen, geriatrische Tages- und Nachtkliniken, Langzeitpflege usw. Neben Veränderungen der Aufgabenschwerpunkte von Abteilungen ergeben sich in der neuen Organisation auch neue Schnittflächen zwischen den Einheiten der Betreuungsketten.

Die Reorganisation eines Pflegeheimes

Im Zuge dieser Neuorientierung des Hauses kam es auch zu einem Führungswechsel. Vor allem die ärztliche Führung verknüpfte den Anstaltsentwicklungsplan mit ihrer Mission, in weiterer Folge kam eine neue Pflegedirektorin mit ähnlichem Reformbestreben hinzu, auch ein neuer Verwaltungsdirektor stieg auf den Zug auf. Neben der inhaltlichen Zielsetzung setzte die neue Führung auch neue Akzente im Führungsprozeß. Wurde Führung bislang eher statisch, verwaltend und hierarchiebezogen praktiziert, so versuchte die neue Führung partizipative Ansätze einzuführen. Führungskräfte der ersten Ebene wurden eingeladen, bei Besprechungen aktiv mitzuwirken und die Implementierung aktiv mitzutragen. Diese Einladungen wurden sehr unterschiedlich angenommen, das Spektrum reichte von Begeisterung über Erneuerungsmöglichkeiten bis zu Passivität, Resignation und Verweigerung. Weiters wurden Unterschiede in bezug auf die Aufnahmebereitschaft des neuen Konzeptes zwischen den Berufsgruppen beobachtet. Diese Kooperationsprobleme zwischen Führung und der nächsten Ebene führten letzten Endes dazu, mit Hilfe externer Beratung einen Prozeß zur Verbesserung der Situation einzuleiten.

Der Prozeß der Beratung

Die Initiierung eines Beratungsprozesses erfolgte durch die ärztliche Leitung. Ausgangspunkt war die oben angedeutete Kooperationssituation zwischen der ärztlichen Leitung und der Ebene der Primärärzte bezogen auf die Umsetzung des Anstaltsentwicklungsplans. Das Ziel der Beratung wurde dahingehend festgelegt, eine aktive und offene Auseinandersetzung über den Anstaltsentwicklungsplan herbeizuführen, da bislang nach dem Eindruck der Führung nicht wirklich offen darüber gesprochen werden konnte; geeignete Gelegenheiten wie z. B. Primärärztesitzungen wurden nicht aktiv genutzt. Weiters wollte die Führung mit Hilfe der Beratung eine Kooperationsbasis zwischen den Primärärzten entwickeln, da eine aktive Umsetzung des Anstaltsentwicklungsplans auch eine problembezogene Vernetzung diverser Abteilungen notwendig machte. Bislang war abteilungsübergreifende Zusammenarbeit nicht wirklich entwickelt worden. Natürlich schwebte dem Auftraggeber vor, mit Hilfe der Beratung aus der zweiten Führungsebene Promotoren des Reorganisationsprozesses entstehen zu lassen.

Der Vorschlag der Berater bestand darin, in Führungskräfteklausuren (Teilnahme sämtlicher Primärärzte und der ärztlichen Direktion, 2 mal 2 Tage) diese Problemstellungen zu bearbeiten. In Anbetracht der üblichen Reaktion ärztlicher Führungskräfte auf Anforderungen in bezug auf zeitliche Verfügbarkeit für die Organisation außerhalb der offiziellen Dienstzeiten, war es für uns erstaunlich, für die Wiener Spitalsszene geradezu sensationell, daß sämtliche Primärärzte ihre Einwilligung gaben, an diesen Veranstaltungen teilzunehmen. Dies war sicherlich ein Verdienst der ärztlichen Führung, der es offensichtlich gelang, die Chancen solcher Veranstaltungen gut zu vermitteln. Es kann auch darüberhinaus interpretiert werden, daß ein ziemlich großer Problemdruck in der Teilnehmergruppe vorhanden war.

II. Fälle und Felder

In der ersten Klausur wurden folgende Arbeitsschritte bewältigt:

1. Es wurden die Reaktionen auf den Anstaltsentwicklungsplan aus der Sicht von Untergruppen des gesamten Systems artikuliert und ausgetauscht. Konkret waren dies die Primärärzte selbst, die ärztlichen Mitarbeiter, der Pflegebereich, die Patienten, Angehörige und sonstige Gruppen. So wurde versucht, die derzeitigen Stellungen des gesamten Systems auf das Veränderungsvorhaben, deren Unterschiede und Gemeinsamkeiten, in das Gespräch hineinzubringen. Speziell wurde untersucht, worin die wichtigsten Veränderungen für die diversen Berufsgruppen bestehen, welche Chancen und Risiken sie damit verbinden.
2. Dem Teilnehmerkreis wurde Gelegenheit gegeben, den Stand der Entwicklung des Anstaltsentwicklungsplans aus der Sicht der Direktion hören zu können. Weiters konnten Fragen gestellt werden, worin Konsequenzen für den eigenen Bereich bestehen. Daß dieser Teil mehr als einen halben Tag in Anspruch nahm, zeigt das Ausmaß des diesbezüglichen Informationsbedarfs.
3. Nachdem nach Einschätzung der Primärärzte der Informationsstand ihrer eigenen Mitarbeiter als sehr schwach eingeschätzt wurde, konnten innerhalb dieser ersten Klausur Informationsveranstaltungen für eigene Mitarbeiter geplant werden. Dabei wurde dem *Wie* der gleiche Stellenwert wie dem Inhalt der Information eingeräumt. Bis zu der zweiten Klausur – in einem Abstand von zwei Monaten – sollten diese Informationsveranstaltungen bereits stattgefunden haben, und die Teilnehmer erklärten sich dazu bereit, zu Beginn der Klausur über ihre dabei gemachten Erfahrungen zu berichten.

Der Prozeß in dieser ersten Klausur kann in Kürze so beschrieben werden: zu Beginn brachten die Teilnehmer der Veranstaltung Skepsis, Zurückhaltung und auch Mißtrauen gegenüber. Die Erfahrung, daß man auch Ängste und Sorgen äußern konnte und daß seitens der Führung und der Beratung verständnisvoll reagiert wurde, führte bald zu einer Entlastung der Teilnehmer. Vor allem die Erkenntnis, daß viele Kollegen ähnlich sorgenvoll reagierten, verringerte die Distanzen in der Gruppe und trug zu einem immer besser werdenden Klima bei. Durch den Informationsteil entstand eine neue Orientierung bezüglich der Konsequenzen in den eigenen Bereichen; Befürchtungen, Gerüchte und falsche Informationen konnten ausgeräumt werden. Es machte sich langsam eine gute und zufriedener Stimmung breit, am Ende der Klausur verabschiedete man sich mit einem gewissen Optimismus bezogen auf die Informationsgespräche mit den eigenen Mitarbeitern.

Zu Beginn der zweiten Klausur wurde berichtet, daß die gute Stimmung im großen und ganzen anhält, daß die Gespräche mit Mitarbeitern gut verliefen. Offensichtlich traf man nicht nur auf Skepsis, die man vielleicht allzu direkt von der eigenen Ebene sozusagen hinunterprojiziert hatte. Dennoch waren in der Primärärztesgruppe Ängste und Befürchtungen nicht völlig verschwunden. Allerdings konnten sie auf konkrete Themen des Anstaltsentwicklungsplans bezogen werden, sie hatten sich von der Person und der eigenen Rolle auf die Organisation verlagert. Die Teilnehmer zeigten

Die Reorganisation eines Pflegeheimes

Interesse an Fragestellungen wie z. B. den neuen Konzepten der reaktivierenden Pflege und der Langzeitpflege, neuen Personalverteilungen, der Kommunikation zwischen Aufnahmestationen und den Abteilungen, der Rolle der neuen Ambulanzen u.a.m.

Die Bearbeitung solcher für den Anstaltsentwicklungsplan relevanten Themen war problemlösungsorientierter als in der ersten Klausur, wo in erster Linie auf ein „nicht-funktionieren-Können“ hingewiesen worden war. Besonders die Frage der Ressourcenverteilung in der neuen Struktur war ein „heißes Thema“: Wer gewinnt, wer verliert im neuen „Spiel“?, war die Frage. In einem schwierigen Prozeß konnten dafür Spielregeln gefunden werden. Am Ende der Klausur einigte man sich darauf, einen regelmäßigen Jourfixe einzurichten, bei dem man einerseits das gute Klima untereinander weiter pflegen wollte aber auch maßgebliche Themen des Anstaltsentwicklungsplanes weiter besprechen wollte. Herausgestrichen werden muß in diesem Zusammenhang, daß die Primärärzte dies ohne Teilnahme der ärztlichen Leitung durchführten.

Nach der ersten Klausur mit den Primärärzten trat die Pflegedirektion an das Beraterteam mit der Bitte heran, auch für den Pflegebereich „so etwas Ähnliches“ durchzuführen. Eine Konkretisierung dieses Anliegens ergab einen zweiten Auftrag, nämlich mit der Gruppe der Oberschwester und mit der Pflegedirektion ebenfalls am Thema „Umsetzung des Anstaltsentwicklungsplans“ zu arbeiten. Neben dem Informationsaspekt zum Anstaltsentwicklungsplan sollte auch, wie bei den Ärzten, die Gruppe als Team gestärkt werden, darüber hinaus wurde auch das Thema „Führung“ genannt. Die Oberschwester als Führungskraft, eine Stärkung ihrer Rolle, sollte ebenfalls Thema sein. Für die Bearbeitung dieser Problemstellungen wurden Klausuren im gleichen Ausmaß wie bei den Ärzten vorgeschlagen (2 mal 2 Tage).

Die Klausuren mit den Oberschwester hatten einen anderen Verlauf und auch eine andere Ausgangssituation. Diese Gruppe befand sich bezogen auf den Anstaltsentwicklungsplan in einer gewissen Aufbruchsstimmung. Man sah große Chancen für das gesamte Haus. Man hoffte, die Betreuungssituation für die Patienten verbessern zu können und auch das Haus gegenüber der Öffentlichkeit in ein neues, moderneres Licht stellen zu können. Die in der Reform vorgesehenen Konzepte stellen gerade für den Pflegebereich eine Aufwertung dar, da neue professionelle Standards realisiert werden können. Außerdem waren die Personen dieser Gruppe miteinander vertraut, das Klima war offen und vertrauensvoll. Anders als bei den Ärzten war das Thema „Anstaltsentwicklungsplan“ am ersten Tag im wesentlichen abgearbeitet. Der zweite Tag war bereits dem Thema „Führung“ gewidmet. Das alte und neue Rollenbild der Oberschwester war eines der Hauptthemen. Wie hat die bisherige Organisationsstruktur und Kultur die Rolle der Oberschwester geprägt, was sind im „neuen“ Haus Anforderungen, in welche Richtungen erscheinen Entwicklungen und Veränderungen sinnvoll und notwendig?

Auch die zweite Klausur war ausschließlich dem Thema Führung gewidmet. In einer weitgehend seminaristischen Arbeitsstruktur wurden mit Hilfe von Rollenspielen

II. Fälle und Felder

und anderen Übungen schwierige Führungssituationen trainiert. Bezüglich des Anstaltsentwicklungsplanes war man weiterhin sehr gut unterwegs.

Die Hauptergebnisse der beiden Klausuren aus der Sicht der Teilnehmerkreise lassen sich in folgender Weise resümieren:

Für die *Ärzte* ergab sich auf der persönlichen Ebene die Möglichkeit eines besseren Kennenlernens und darauf aufbauend die Entwicklung einer tragfähigen Kooperationsbasis. Das Erleben der Ähnlichkeiten der Reaktionen auf den Anstaltsentwicklungsplan führte zu einer Entlastung und zu einem Abbau von Isolation. Dadurch erst entstand die Möglichkeit, Informationen bezüglich des Anstaltsentwicklungsplanes wirklich an sich heranzulassen und zu verarbeiten. Die Konsequenzen wurden transparent, für die einzelnen Primariate differenzierbar und letzten Endes annehmbar. Zu unterstreichen ist der Prozeß der Gruppenbildung, aus dem sich – neben der emotionalen Stützung der Personen – in Ansätzen ein Team entwickelte, welches zunehmend Funktionen für die Organisation zu übernehmen begann.

Für die *Oberschwester* war die Klausurbilanz anders gewichtet. Auf persönlicher Ebene wurde mehr Sicherheit und Klarheit in der Führungsrolle registriert. Aufgaben bei der Umsetzung des Anstaltsentwicklungsplanes wurden deutlicher, Wege für die Umsetzung konnten erarbeitet werden. Angebote für Selbstreflexion konnten gut genutzt werden, sodaß sich ein besseres Kennenlernen eigener Potentiale als Führungskraft ergab. Als Gruppe fühlte man sich im Selbstbewußtsein gestärkt, die Position der eigenen Berufsgruppe bezüglich des Anstaltsentwicklungsplanes wurde gegenüber anderen Berufsgruppen und der Gesamtorganisation deutlicher hervorgestrichen und artikuliert. Das Berufsbild der Pflege erscheint durch die neuen Konzepte gefestigter, die Präsenz der Pflege in der Gesamtorganisation hat sich erhöht.

Aus der Sicht der Leitung (ärztliche und Pflegedirektion) entstanden durch die Klausuren intensivere Kontakte und dadurch auch mehr Verständnis für die Situation der unterschiedlichen Führungsebenen. Wichtig erschien auch, Informationsdefizite ausgleichen und gemeinsame Ziele entwickeln zu können. Insgesamt war zunehmend eine Aufbruchsstimmung spürbar.

Aufgrund der unterschiedlichen Positionierungen der beiden Berufsgruppen, den damit verbundenen Spannungs- und Konfliktfeldern bei gleichzeitig steigendem Kooperationsbedarf entstand von beiden Seiten der Wunsch nach einer gemeinsamen interdisziplinären Führungskräfteklausur mit sämtlichen Primärärzten und Oberschwester. Die beiden Berufsgruppen waren sich bezüglich ihrer Erwartungen an die gemeinsame Veranstaltung (wieder zwei Tage) erstaunlich einig:

Abbau von Spannungen zwischen den beiden Berufsgruppen, Vertiefung der interdisziplinären Zusammenarbeit und einander näherkommen bildeten Schwerpunkte der Erwartungen. Darüberhinaus sollten seitens der Führung weitere Informationen zum Stand des Entwicklungsplanes gegeben werden, daraus abgeleitete Prioritäten

Die Reorganisation eines Pflegeheimes

und Umsetzungsvorhaben sollten erarbeitet werden. Zum dritten wurde ein gemeinsames Tragen der neuen Betreuungsideologien gewünscht, die Rollen der Berufsgruppen sollten geklärt und aufeinander abgestimmt werden.

Seitens der Führung wurde Wert auf ein gesamtbetriebliches Denken gelegt (über die eigene Berufsgruppe hinaus), auf ein gemeinsames Umsetzen von Zielen – bezogen auf die jeweils eigene Abteilung – auf die Entwicklung eines gemeinsamen Führungsverständnisses von Primarius und Oberschwester.

In der Klausur bekam die Frage nach der Zukunft der eigenen Abteilung eine besondere Brisanz: Wer werden wir in Zukunft sein, welche Rolle spielen wir in der neuen Organisation, welche Ressourcen werden uns zugeteilt werden? Auch die Frage der Personalsituation stellte sich durch den Reformprozeß in einem neuen Licht. Personal wurde verlagert, sollte rotieren, mußte „hergegeben“ werden, sollte sich frei entscheiden können, in welchen Bereichen es in Zukunft tätig sein wollte. Es schien, als ob eine jahre- und jahrzehntelange, von den Organisationsmitgliedern gut eingeübte Stabilität der Institution plötzlich ins Wanken geriet. Das Prinzip einer fast familialen, lang andauernden Zugehörigkeit des Personals zu ihren angestammten Abteilungen wurde durch die neuen Mobilitätsnotwendigkeiten in Frage gestellt und löste teilweise Verunsicherung aus. Auf der anderen Seite konnte dies auch als Chance gesehen werden, die Institution gleichsam zu „durchlüften“ und so manche festgefahrene Konfliktsituation auf Abteilungen durch Personalrochaden aufzulösen.

Ein weiterer Bearbeitungsschwerpunkt lag bei der Umsetzung der neuen Betreuungskonzepte. Diese waren durch den Anstaltsentwicklungsplan zwar theoretisch umrissen, eine Realisierung stand zu dem Zeitpunkt jedoch noch an. In der Klausur wurden interdisziplinäre Projektgruppen gebildet, die neben der inhaltlichen Konkretisierung auch den Prozeß der Transformation behandeln wollten (z. B. Umgang mit dementen Patienten, Langzeitpflege, geriatrischer Turnus).

An dieser Stelle beende ich den Bericht über den Beratungsprozeß dieser Institution. Es schien der Zeitpunkt erreicht worden zu sein, ab dem die Institution Voraussetzungen erarbeitet hatte, den Transformationsprozeß eigenständig und abgestimmt weitertragen zu können.

Es sei erwähnt, daß die Organisation das Prinzip interdisziplinärer Führungskräfteklausuren als Instrument der Organisationsentwicklung beibehielt. Nachdem der Verwaltungsbereich in einer eigenen Führungskräfteklausur eine Standortbestimmung vornahm, kam es z. B. in weiterer Folge auch zu einer Klausur mit den vier Hauptbereichen (Pflege, Medizin, Verwaltung, Technik).

II. Fälle und Felder

Was leistete Beratung bei diesem Veränderungsprozeß?

Wenn man die Erfahrungen und Beobachtungen entlang des ca. 2 Jahre dauernden Prozesses in der zeitlichen Abfolge zusammenfaßt, dann entsteht folgendes Bild:

Die Patt-Stellung zwischen einer reformbestrebten neuen Führung und einer eher auf Bewahrung des status quo ausgerichteten zweiten Führungsebene konnte in eine Bewegung gebracht werden. Dafür war maßgeblich, daß die betroffenen Personen ihre hohe Verunsicherung in einem wertschätzenden Klima artikulieren konnten. Sosehr die neuen Konzepte aus der Sicht der Führung Verbesserungen darstellten, so lösten sie – bei den Ärzten mehr als in anderen Berufsgruppen – Entwertungsgefühle und Zukunftsängste aus. Aus der „Wir-Perspektive“ wird die Betreuung und Pflege alter Menschen – in welcher Organisationsstruktur auch immer – als hohe Leistung und Aufopferung erlebt, die gesellschaftlich und auch durch die Institution weitgehend unbedankt bleibt. Alles Bisherige war nichts wert, erst durch die Reform wird unser Haus wirklich „gesellschaftsfähig“! So etwa läßt sich der emotionale Knoten beschreiben, der zu Beginn des Prozesses aufgemacht, zumindest aber gelockert werden konnte. Erst danach war es möglich, den massiven Informationsfilter gegenüber dem Anstaltsentwicklungsplan durchlässig werden zu lassen und eine Annäherung der Personen an die zukünftige Situation einzuleiten.

Wichtige Prozesse wurden auf Gruppenebene in Gang gesetzt. Die Entwicklung berufsübergreifender Zusammenarbeit hängt nach den Erfahrung dieses Prozesses stark davon ab, ob zunächst einmal die Berufsgruppen für sich genügend Sicherheit bezüglich der eigenen Rolle für das Ganze finden können und auch ihre Grenzen gegenüber den anderen Gruppen sozusagen dicht machen. Erst nach einer Phase der „Findung“ konnte über die Grenzen hinweg kooperiert werden und das Ganze gesehen werden. M.a.W. ausgedrückt: für gruppenübergreifende Kooperation sind stabile Gruppenidentitäten erforderlich. Diesbezüglich hatten Pflege und Ärzte unterschiedliche Ausgangssituationen, die „Plattformen“ wurden aufgebaut bzw. weiter gefestigt.

Ein weiterer Entwicklungsprozeß spielte sich in bezug auf das Verständnis der eigenen Führungsrolle ab. Worin bestehen die Beiträge zum Veränderungsprozeß, welche Erwartungen seitens der Mitarbeiter und der obersten Führung gibt es, inwieweit entsprechen die traditionellen Bilder und Muster von Führung den zukünftigen Aufgabenstellungen? So lauteten die zu bearbeitenden Problemstellungen. Auch hier bestätigte sich eine Erfahrung aus anderen Projekten mit Krankenhäusern, daß nämlich bei Führungskräften aus dem Pflegebereich eine größere Bereitschaft für Qualifizierung und Professionalisierung der Führung besteht.

Der Beratungsprozeß zeigte zuletzt auch Auswirkungen auf der Strukturebene. Bestehende Kommunikationsstrukturen konnten besser genützt werden (z. B. Primärärztebesprechung), neue Strukturen wurden geschaffen (z. B. Projekte). Die Notwendigkeit einer gemeinsamen Steuerung wurde erkannt, wenngleich nicht wirklich transparente Strukturen verwirklicht wurden.

Für das Gelingen des Gesamtprozesses muß der Beitrag der obersten Führung herausgestrichen werden. Zunächst einmal wurden Rahmenbedingungen für diese zeitaufwendige Klausurarbeit ermöglicht, die in ihrem Ausmaß als unüblich für den Krankenhausbereich angesehen werden müssen. Weiter war es wichtig, daß die Führung bei allen wichtigen Prozeßschritten anwesend war, sich aktiv einbrachte und auch in ihrer Rolle thematisierbar war. Ein Mitlemen der Führung ist in Prozessen dieser Art immer ein Angebot, allerdings wird es nicht immer so intensiv genutzt wie dies hier der Fall war und insgesamt wahrscheinlich als Erfolgskriterium anzusprechen ist.

Zweiter Teil: Entwicklungstrends der Krankenhausführung

Einleitung

Die folgenden Ausführungen über die Problematik der Krankenhausführung resultieren aus Erfahrungen und Beobachtungen, die ich als Berater und Trainer im Zuge diverser Projekte und Seminare für den Krankenhausbereich in Wien sammeln konnte. Allein der Wandel, der sich in bezug auf Ausmaß und auch Intensität der Inanspruchnahme von Beratungs- und Trainingsdienstleistungen in den letzten 10 Jahren vollzogen hat, mag als Indiz gelten, daß sich im Krankenhausbereich etwas grundsätzlich zu verändern scheint. Aktivitäten solcher Art wurden früher durch interessierte Einzelpersonen angeregt, sie waren durch die „Wesensfremdheit“ eines organisations- und kommunikationsorientierten Denkens und Handelns meistens zum Scheitern verurteilt. Außer Neugierde oder Irritation wurde letzten Endes hauptsächlich Ablehnung produziert, Krankenhaus und Berater schienen einander wenig zu sagen zu haben.

Betrachtet man die Szene aus heutiger Beratersicht, so bietet sich ein völlig anderes Bild. Das Gesundheitssystem ist ein durchaus interessanter und relevanter „Markt“ geworden. Zahlreiche Beratungsunternehmen richten sich strategisch danach aus, sie entwickeln Spezialisierungen ihrer Leistungsangebote, die einen zunehmenden Bedarf beantworten sollen. Auch aus der Sicht der Krankenhäuser ist die Zusammenarbeit mit externer Beratung, natürlich in unterschiedlichem Ausmaß, ein Thema geworden. Angeregt wurde diese Entwicklung einerseits durch größere Modellprojekte, aber auch durch Versuche seitens der Spitalerhaltung, professionelles Management und gezielte Gestaltung der Krankenhausorganisation zu initiieren. Zahlreiche Qualifizierungsprogramme für Führungskräfte aus sämtlichen Berufsgruppen sind in den letzten Jahren entstanden und erfreuen sich eines regen Interesses.

Das Ziel dieser Überlegungen besteht darin, Entwicklungstrends der Krankenhausführung nachzugehen. Was sind traditionellerweise Auffassungen und Spielarten

II. Fälle und Felder

der Führung im Krankenhaus, und auf welche Grenzen ist man dabei gestoßen? Unter welchen Rahmenbedingungen findet heute Spitalsführung statt, und worin bestehen spezifische inhaltliche Aufgabenstellungen, die durch Führung bearbeitet werden müssen?

Zum Unterschied von Unternehmensführung und Spitalsführung

Bevor diesen Fragen nachgegangen wird, erscheint es sinnvoll, sich über den Unterschied zwischen der Führung eines Krankenhauses und der Führung eines Unternehmens im klaren zu sein. Worin bestehen die jeweiligen „Kerngeschäfte“, was gilt es jeweils sicherzustellen?

Als das oberste Ziel einer Unternehmensführung kann man die Sicherstellung der wirtschaftlichen Ertragskraft des Unternehmens sehen. Diese allein stellt dessen Überlebensfähigkeit sicher. Dazu bedarf es zweier Orientierungen: Einer nach außen, auf den Markt gerichteten Aufmerksamkeit, um die Dienstleistungen bzw. Produkte zu finden, die sich als austauschfähig erweisen, für andere Nutzen stiften können (Nutzenorientierung). Zum anderen geht es aber auch darum, den Wertschöpfungsprozeß so zu gestalten, daß die Produktivitätsentwicklung aller Leistungsprozesse gesichert ist. Das heißt, daß die für die Leistungserbringung eingesetzten Ressourcen und aufgewendete Kosten in einem solchen Verhältnis bleiben, daß die für das Überleben notwendige Kapitalbildung erfolgen kann (Produktivitätsorientierung). Für eine Unternehmensführung stellen sich beide Aufgabenrichtungen als gleich wichtig – sprich überlebenswichtig – dar, wengleich je nach Änderungen wirtschaftlicher Rahmenbedingungen einmal dort, einmal da Schwerpunkte von Führungsaktivitäten liegen werden.

Wie läßt sich in diesem Zusammenhang nun das oberste Ziel einer Spitalsführung definieren? Im Unterschied zu Wirtschaftsunternehmen handeln Krankenhäuser in einem öffentlichen Auftrag, dem die Gesellschaft einen hohen Wert beimißt, der seinen Ausdruck auch in dem Ausmaß der zur Verfügung gestellten Mittel findet. Diesen Auftrag kann man verallgemeinernd als Gesundheitsförderung bezeichnen, wie stark auch immer „Gesundheit“ gefährdet erscheint und „Krankheit“ vorherrschend ist. Es entsteht dadurch die Aufgabenstellung, mit Menschen zu tun zu haben, die sich in einer existenzgefährdeten Situation befinden und diesbezüglich Hilfe erwarten und auch benötigen. Die Gewährung der Hilfe seitens des Krankenhauses geht Hand in Hand mit einer emotionalen Ausgesetztheit des Personals, da es zu Überschreitungen diverser Intimitätsschranken kommen muß, um die Hilfeleistungen erbringen zu können. Dabei kommt es immer wieder zu sehr risikoreichen Entscheidungssituationen, die auch mit dem Risiko des Todes von Einzelpersonen zu tun haben. Die Existenz der Organisation wird dadurch allerdings nicht gefährdet – im Gegensatz zu einem Unternehmen, wo durch Fehlentscheidungen des Managements der Tod der Organisation drohen kann, nicht aber der Tod von Einzelpersonen, wengleich durchaus auch die sozial-ökonomische Existenzgefährdung von Personen.

Etwas Vergleichbares wie die für ein Unternehmen essentielle „Produktivitätsorientierung“ gibt es derzeit im Krankenhaus nicht. Es herrscht eher so etwas wie eine „Machbarkeitsorientierung“: was für die Behandlung nach derzeitigem Wissensstand möglich und auch vorhanden ist, wird eingesetzt, unabhängig vom Kostenaufwand. Die für ein Unternehmen kennzeichnende Nutzenorientierung, nämlich sich nur auf bestimmte Austauschpartner für die eigenen Leistungen zu beschränken, um sich gegenüber Mitbewerbern abheben und behaupten zu können, gibt es in dieser Form ebenfalls nicht. Obwohl Krankenhäuser ebenfalls um eine Selektionierung ihrer Leistungserbringung nach außen bemüht sind, werden Abweichungen von festgelegten Spielregeln toleriert, da – sehr gut nachvollziehbar – eine Art von „Notfallorientierung“ existiert. Das Abweisen von Patienten wird nicht in dem Ausmaß vollzogen, wie etwa Unternehmen bestimmte Aufträge abweisen würden.

Die spezifische Leistungserbringung eines Krankenhauses erfordert ein komplexes und differenziertes Zusammenspiel diverser Berufsgruppen, die zum Behandlungsprozeß eigene und durch andere nicht ersetzbare Beiträge erbringen. Erst die Summe aller Beiträge macht den Behandlungsprozeß komplett, ermöglicht die im spezifischen Fall erwünschte „Gesundheitsförderung“. Diesbezüglich besteht noch eine Differenz zum Zusammenspiel von Funktionsgruppen in einem Unternehmen. Die Funktionsgruppen in einem Krankenhaus bestehen auch über die Systemgrenzen eines bestimmten Hauses hinweg, sie sind Subsysteme des Gesundheitssystems allgemein. Deren berufsständische Interessen und Logiken kommen auch im arbeitsbezogenen Zusammenspiel innerhalb eines bestimmten Krankenhauses zum Tragen und stellen einen besondere Faktor für die Leistungserbringung dar.

Worin kann nun die Kernaufgabe der Spitalsführung bestehen?

Wenn für die Unternehmensführung als oberstes Ziel ihrer Tätigkeit die Sicherung der Überlebensfähigkeit der Organisation gesehen werden kann, in dem die wirtschaftliche Ertragskraft sichergestellt wird, so kann dies nicht oberstes Ziel der Krankenhausführung sein. Entsprechend den oben ausgeführten Überlegungen zur Kernaufgabe eines Krankenhauses muß das oberste Ziel der Führung darin bestehen, die Arbeitsfähigkeit des Systems sicherzustellen, um den Auftrag der Gesundheitsförderung mit all seinen Konsequenzen und Risiken realisieren zu können.

Traditionelle Muster von Krankenhausführung

Was waren bislang traditionelle Antworten einer Führung auf diese Problemstellung? Eine traditionelle Vorstellung von Führung im Krankenhausbereich bestand (und besteht von Fall zu Fall immer noch) darin, Führung durch eine herausstechende ärztliche Persönlichkeit zu repräsentieren. Die besondere Autoritätszuschreibung, die Top-Führungskräften ohnehin häufig zukommt, erfährt durch die Rolle des hervorragenden Arztes eine weitere Überhöhung, eine besondere Aura. Als Projektionsfiguren für idealisierende Phantasien sind Ärzte im besonderen Ausmaß

II. Fälle und Felder

traditioneller Weise attraktiv, kommt jetzt noch die Macht der Position hinzu, dann ist der Leiter tatsächlich „Herr“ über Patienten und Mitarbeiter. Als unumschränkte Leitfiguren haben solche Führungskräfte die Organisation fest in der Hand, die Organisation ist ein Instrument in der Hand ihrer Spitze. Nach diesem Konzept passiert nichts Relevantes ohne Zustimmung der Spitze. Mitarbeiter sind Multiplikatoren und Umsetzer des Willens der Leitung. Vertritt der ärztliche Leiter noch dazu eine bestimmte medizinische Schule, oder hat sogar eine gegründet, dann wird die Gleichsetzung von Klinik und Person der Führungskraft umso konsequenter. Man sprach ja früher, häufiger als gegenwärtig, von der Klinik „XY“ (Eigenname des Chefs).

Ein Führungsmonopol von diesem Ausmaß, vollständig an die Person des Leiters geknüpft, findet sich außer im Krankenhausbereich auch häufig in Familienunternehmen, wo ebenfalls die Person eines Gründers und in weiterer Folge dessen Familie ihren unverwechselbaren Stempel aufdrückt und der Unternehmer, vor allem in der Pionierphase, im wahrsten Sinne des Wortes das Unternehmen „ist“.

Führung dieser Art repräsentiert das Krankenhaus nach außen, häufig auch nach innen, nicht nur gegenüber dem medizinischen Bereich. Der ärztlichen Leitung gegenüber fungieren die Top-Führungskräfte von Pflege und Verwaltung deutlich zurückgezogener, in einem oft unausgesprochenen „Arbeitskontrakt“ üben sie eine zuarbeitende und eher untergeordnete Funktion aus. Die Gestaltung des gesamten Systems Krankenhaus mit all seinen Verzahnungen, Vernetzungen und dem immensen Synchronisierungsbedarf bleibt dabei häufig unterentwickelt.

Es läßt sich aber auch ein weiteres Muster von Führung beobachten, welches als Führung innerhalb der Funktionsbereiche bezeichnet werden kann. Formal ist Führung im Sinne der „kollegialen Führung“ ohne Rangunterschiede an die obersten Führungskräfte, die Leiter der Funktionsgruppen delegiert. Als gemeinsame Gestaltungsaufgabe des gesamten Hauses wird Führung allerdings selten realisiert. Abgrenzungen und Behauptung der Bereiche gegeneinander prägen nicht selten den Zustand der interdisziplinären Kooperation, wobei diese Prozesse auch als notwendig, gleichsam als emanzipatorische Anstrengungen, erscheinen und auch Innovationen in Gang setzen können. Die einzelnen Funktionsbereiche treiben ihre internen Entwicklungen scheinbar unabhängig voneinander voran und verfolgen dabei auch unterschiedliche Ziele.

Der Verwaltungsbereich konnte auf Grund stabiler Rahmenbedingungen seitens der Spitalerhaltung bislang statisch, die Bürokratie exekutierend, agieren. Die Arbeitsweise ist eher reaktiv-zuwartend als proaktiv-gestaltend, der Abstand zum eigenen Haus vielleicht größer als der Abstand zu den übergeordneten Behörden. „Bislang“ deshalb, da gerade der Verwaltungsbereich durch die Dezentralisierung einem großen Wandel unterworfen werden wird, der sich u.a. in größeren Kompetenzen und Freiräumen manifestiert. Dies wird die Stellung der Verwaltung in den Häusern massiv verändern.

Die Reorganisation eines Pflegeheimes

Im Pflegebereich kann in den letzten Jahren eine Intensivierung der Fortbildung sowohl auf der fachlichen Seite und auch auf der Führungsseite beobachtet werden. Professionalisierungen im Bereich der Kommunikation, der Mitarbeiterführung, auch ansatzweise in der Teamentwicklung und auch in der Personalentwicklung lassen den Pflegebereich nicht selten als den Innovationsträger in der Entwicklung der Organisation erscheinen. Es gelingt meistens nicht, solche Innovationen auf die gesamte Organisation auszuweiten, die Bewahrung der Grenzen zwischen den Funktionsbereichen ist stärker als die Tendenz zur Integration.

Innerhalb des medizinischen Bereiches hat Führung wieder eine andere Ausprägung als in den zuvor geschilderten Bereichen. Es geht wenig Energie in die Entwicklung der Organisation, sei es die eigene – soweit dies überhaupt so zu trennen ist – oder die des gesamten Hauses. Das Hauptaufgabenfeld von Führung liegt einerseits in der medizinischen Innovation, diverse Abteilungen behandlingstechnisch und diagnostisch auf den „state of the art“ zu bringen, zumindest ist dies als Idealvorstellung wirksam. Energie wird mobilisiert in der Einführung und Erprobung neuer Operationstechniken usw. Darüber hinaus versteht sich ärztliche Führung naturgemäß als fachliche Oberinstanz, als Garant der medizinischen Qualität der entsprechenden Einheit. Darin liegt das eigentlich identitätsstiftende Element der ärztlichen Leitung. Führung im professionellem Sinne wird zwar zunehmend interessierter beäugt, durch die Notwendigkeit bei Bewerbungen für Top-Positionen auch Managementausbildung vorweisen zu müssen, entsteht auch Wissen und Erkenntnis, die Tradition und auch strukturelle Rahmenbedingungen stützen hingegen weiterhin die ärztliche Führungstradition des fachlichen trouble-shooters der Organisation.

Dieses zeitweise friedliche, zeitweise auch unfriedliche Nebeneinander der unterschiedlichen Führungspraktiken scheint in letzter Zeit rasant aus dem Gleichgewicht zu kommen. Ihren Ausgang findet diese Störung des bisherigen Zustandes in zum Teil dramatischen Veränderungen von Rahmenbedingungen für eine Spitalsführung, die sich in folgenden Bereichen abspielen:

Zunächst einmal sind Versuche beobachtbar, die Kostenexplosion der Spitäler in den Griff zu bekommen. Dies äußert sich z. B. in Budgetdeckelungen, daß Häuser ihren Ressourcenbedarf nicht mehr uneingeschränkt einfordern können, sondern in einem eingefrorenen Rahmen agieren müssen. Um die Qualität der Leistungserbringung sicherstellen zu können, werden Häuser gezwungen, einzusparen und zu optimieren, die Abläufe und Prozesse in bezug auf Effizienz und Notwendigkeit zu überprüfen und zu verändern. Alles wird demnach nicht mehr machbar sein.

Weiters stellt die derzeit stattfindende Dezentralisierung die Krankenhausführung vor eine neue Situation. Gemeinsam steht man als kollegiale Führung größeren Freiräumen gegenüber, die einen neuen Abstimmungs- und Gestaltungsbedarf ermöglichen und auch erfordern. (Wofür und auch wie läßt sich die Situation nützen, welche neuen Spielregeln für das interne Zusammenspiel, aber auch für die Kooperation mit der Spitalserhaltung müssen erarbeitet werden?) Dies zwingt zumindest

II. Fälle und Felder

tendenziell zu einer gemeinsamen Orientierung der kollegialen Führung und lockert das separierte Agieren der Funktionsgruppen auf.

Seit etwa fünf Jahren versucht der Spitalserhalter durch Reformprojekte und Modellprojekte (z. B. WHO – healthy city Projekte, Qualitätsmanagement) Veränderungsprozesse in bestimmten Häusern in Gang zu bringen. Wenngleich solche Projekte sehr stark von externer Beratung gestützt und teilweise auch gemanagt wurden und werden, so entstand für die Führung eine neue Situation, was die Steuerung solcher Prozesse anbelangt. Diese umfassen in der Regel nicht Teilbereiche, sondern ein gesamtes Haus, sodaß der Blick auf das Ganze notwendig wird und die Grenzen der bisherigen Führung erreicht werden. Bei optimistischer Betrachtung besteht darin eine Lernsituation für die Führung, die auch nach Ende solcher Projekte die gemachten Erfahrungen weiter nützen kann. Nicht zu unterschätzen ist auch die Ausstrahlung solcher Projekte und das Interesse, das daraufhin in anderen Häusern entstehen kann.

Als eine weitere neue Rahmenbedingung kann eine verstärkte Aktivität in bezug auf die Professionalisierung von Führung und deren Auswirkung genannt werden. Ohne damit behaupten zu wollen, individuelle Lernprozesse wirken sich unmittelbar auf die Organisation aus, so könnte man eine Stimulation orten, über Führung und Organisation auch gemeinsam nachzudenken. Auf Grund der engen Kontaktverflechtung der oberen Führungskräfte im Spitalsbereich kommt es immer wieder zu gemeinsamer Lernerfahrung und zu intensivem Erfahrungsaustausch, was durchaus Spuren hinterläßt. Aus einem gemeinsamen Diskutieren kann ein Ausprobieren werden, zumindest findet ein Prozeß auf der Bewußtseinsebene zahlreicher Führungskräfte statt. Geht man von der Terminologie aus, über die manche oberen Führungskräfte verfügen, dann hätte moderne Organisationsgestaltung bereits Einzug gehalten.

Kommen wir nach der Benennung dieser Rahmenbedingungen wieder auf das Thema dieses Abschnittes, nämlich zu Ausprägungen der Krankenhausführung, zurück, dann könnte man als drittes Muster die eigentlich interdisziplinäre Führung erkennen. Diese besteht darin, daß obere Führungskräfte neben der Führung ihres Funktionsbereiches eine zweite Führungsrolle wahrnehmen, die sich aus der Mitgliedschaft zur kollegialen Führung ergibt. Wird diese Doppelrolle ernst genommen, ergeben sich neue Konflikte (z. B. Loyalität zur eigenen Funktionsgruppe bzw. zur kollegialen Führung), für die Lösungen gefunden werden müssen. Der „Abstand“ zur eigenen Berufsgruppe schafft die Voraussetzung, ein Leitungsgremium zu formieren, welches auch die Merkmale eines Teams, eine eigene Identität erlangt. Diese positioniert das Leitungsgremium gegenüber dem Haus eindeutiger als Führung, der Umgang innerhalb des Teams wird offener, mehr von Vertrauen geprägt, allerdings auch konfliktreicher als in früheren Phasen.

Aufgabenfelder der Krankenhausführung

Worin bestehen nun inhaltliche Aufgabendimensionen der Krankenhausführung, deren permanente Bearbeitung die Arbeitsfähigkeit des gesamten Systems sicherstellt? Ich greife zur Darstellung dieses Komplexes auf ein Modell von Wimmer (1995) zurück, welches der gleichen Fragestellung bezogen auf Wirtschaftsunternehmen auf den Grund geht. Dem Kategorisierungsprinzip des Modells liegt die Frage zugrunde, welche Problembereiche einer Organisation einem ständigen Bearbeitungs- und Gestaltungsbedarf unterworfen sein müssen, damit das Überleben des Unternehmens gesichert wird. Dabei lassen sich sechs inhaltliche Grunddimensionen von Führung unterscheiden, die zugleich den Umgang mit relevanten, die Organisation betreffenden Differenzen beinhalten (zum Problem relevanter Ereignisse, auf die Organisationen reagieren, siehe auch Willke 1992). Es sind dies:

- Strategieentwicklung (Differenz von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft),
- Marketing (Differenz von Innen und Außen, wie gestaltet das Unternehmen seine Beziehungen zu relevanten Umwelten),
- Organisationsentwicklung (wie wird Komplexität bewältigt),
- Ressourcenmanagement (das Dilemma des Umganges mit knappen Ressourcen),
- Personalmanagement (das Management der Differenz von Person und Organisation) und
- Controlling (die Handhabung der Differenz von Wissen und Nichtwissen).

Diese Grundkategorien können auch als Grunddimensionen einer Krankenhausführung beibehalten werden. Auch eine Organisation mit dem Ziel der Gesundheitsförderung sieht sich der Auseinandersetzung mit diesen relevanten Differenzen gegenüber, wenngleich diese im Vergleich mit einem Wirtschaftsunternehmen eine unterschiedliche Gewichtung haben werden. So wird die Differenz von Innen und Außen, also Marketing, für ein Unternehmen eine zentrale Bedeutung haben, für ein Krankenhaus, in welches ohne dessen Zutun Patienten hereinströmen, werden Marketingaktivitäten in einem unternehmerischen Verständnis keinen Sinn machen. Dennoch aber können auch für ein Krankenhaus relevante Umwelten definiert werden, zu denen es aus eigenem Interesse Beziehungen gestaltet. Die Differenz, die bearbeitet wird, ist die gleiche, die konkreten Aktivitäten unterscheiden sich, die Relevanz solcher Ereignisse in der Außenwelt ist eine geringere.

Betrachtet man ein „durchschnittliches“ Unternehmen durch die „Brille“ des Modells der führungsrelevanten Aufgabendimensionen, dann wird man eine unterschiedliche Ausprägung und Ausdifferenzierung diverser Felder der Führung feststellen. Handelt es sich z. B. um ein mittelständisches Familienunternehmen, dann wird sich „Führung“ intensiv dem Aufbau und der Pflege von Kundenbeziehungen widmen, der Aufbau eines systematischen und professionellen Personalmanagements wird hingegen kaum ein gezielt gestaltetes Aufgabenfeld der Führung sein

II. Fälle und Felder

(siehe dazu Wimmer, Domayer, Oswald und Vater 1996). Handelt es sich um ein Unternehmen in einer extrem schnellebigen und durch starke Konkurrenz geprägten Branche, dann wird Führung sich vermutlich vorrangig der Strategieentwicklung und der Organisationsentwicklung annehmen (müssen), so z. B. bei einem Unternehmen aus der Computerindustrie.

Betrachtet man nun eine Krankenhausführung unter dem Gesichtspunkt der inhaltlichen Aufgabenfelder, dann wird man wohl eine „Unterentwicklung“ in sämtlichen Bereichen feststellen. Dabei muß zwischen dem latenten Bedarf nach Gestaltung dieser Organisationsbereiche und den tatsächlich stattfindenden Initiativen der kollegialen Führungsteams unterschieden werden. Diese Differenz erscheint unterschiedlich groß, führt aber auf Grund des derzeitig herrschenden Umganges mit dem Thema Spitalsführung noch nicht wirklich zu Konsequenzen. Überhaupt besteht noch nicht die Situation, daß die oben genannten Aufgabenfelder als Beobachtungsfelder für die Krankenhausführung – sei es für die Führungen selbst, sei es für die Spitalserhaltung oder für das Gesundheitssystem insgesamt – bereits als „Landkarten“ entwickelt wären. Dennoch findet man immer wieder durch kollegiale Führungen initiierte Aktivitäten, die sich diesen Gestaltungsfeldern zuordnen lassen. Das eingangs geschilderte Fallbeispiel mag in mehreren Aspekten dafür ein Beleg sein.

Was wird beobachtbar und zuordenbar, wenn man Krankenhausführung mit diesem Modell betrachtet?

Qualitätsmanagement

Dem, was im Unternehmen als Controlling bezeichnet wird, nämlich die Erarbeitung einer adäquaten Selbstbeschreibung der Organisation, schlage ich vor, für das Krankenhaus Qualitätsmanagement zu nennen. Bleibt man in der engeren Bedeutung des Begriffes Controlling, dann findet man bereits Ansätze im Krankenhaus. Es geht um die Entwicklung von Instrumenten, mit denen das gesamte Haus, aber auch einzelne Abteilungen die Kostenentwicklung verfolgen und auch steuern können. Aufgabe der Führung ist es, solche Instrumente entwickeln zu lassen und diese den diversen Führungskräften der unterschiedlichen Berufsgruppen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus geht es um „weiche Wirklichkeiten“ wie klimatische Faktoren, Konfliktfelder akuter oder auch chronischer Art. Wie erfährt die Führung davon, wie reagiert sie darauf, welche Problemverarbeitungsprozesse können initiiert werden? Man braucht dafür Informations- und Kommunikationssysteme und auch so etwas wie ein „Frühwarnsystem“. Gerade im Krankenhaus sind die Auswirkungen solcher „Herde“ von katastrophaler Auswirkung auf die Leistungserbringung.

Das alles steht im Dienste eines Qualitätsmanagements, nämlich die Sicherstellung der Leistungen im Hinblick auf die Ergebnisse, im Hinblick auf die Prozesse und auch im Hinblick auf die Strukturen, in denen die Arbeitsabläufe stattfinden (siehe auch Hauke 1994). Nicht zufällig ist die Einführung eines gezielten Qualitätsmana-

Die Reorganisation eines Pflegeheimes

gements derzeit in zahlreichen Häusern ein Thema geworden. Qualitätsmanagement zum Thema zu machen beinhaltet auch, entsprechende Strukturen (z. B. Qualitätszirkel) zu errichten und auch entsprechende Verantwortungen und Kompetenzen für ein Qualitätsmanagement zuzuordnen.

Voraussetzung dafür ist aber, daß sich das Haus bezüglich der Standards der diversen Leistungen einigt. Innerhalb der Berufsgruppen geht dies noch relativ einfach, schwieriger dagegen ist es, andere Berufsgruppen für die Einhaltung solcher Standards zu verpflichten. Die Gefahr, daß einzelne Berufsgruppen ihre eigenen Standards pflegen und errichten und andere Berufsgruppen dem mit Unverständnis und Abgrenzung gegenüberstehen, besteht latent. Die Aufgabe der Führung wäre hier im besonderen, die Qualität aus der Sicht des gesamten Hauses zu betrachten und dem Funktionsgruppendenken gegenzusteuern.

Personalmanagement

Trotz der offensichtlichen Bedeutung der Leistungsbereitschaft des Personals für die Aufrechterhaltung der Leistungserbringung im Krankenhaus wird die Einführung eines professionellen Personalmanagements erst in letzter Zeit ein Thema (Kongreß des Krankenanstaltenverbundes zu diesem Thema im März 1996). Ansätze lassen sich in bezug auf Personalentwicklung beobachten, wo z. B. das Instrument des „Mitarbeitergespräches“ im Rahmen eines Modellversuches im Pflegebereich eines großen Hauses eingeführt wurde, im Rahmen eines derzeit laufenden Projektes wird es berufsübergreifend in einem weiteren Haus eingeführt.

Gerade bezüglich des Personalmanagements äußern die Berufsgruppen unterschiedliche Bedarfe. Während im Pflegebereich so etwas wie Ausbildungsplanung, gezielte Aufnahme und Einschulung von Mitarbeiterinnen, Beurteilung von Mitarbeiterinnen, ja sogar Führungskräfteentwicklung als gezielte Prozesse durchaus anzutreffen sind, befinden sich Ärzte und Verwaltung auf einem anderen Entwicklungsstand. Diese Asynchronizität der Berufsgruppen gerade bezüglich des Personalmanagements stellt für eine kollegiale Führung ein besonderes Problem dar.

Organisationsentwicklung

Aktivitäten in diesem Gestaltungsfeld werden in letzter Zeit durch neue Rahmenbedingungen für manche Häuser angeregt. So wird durch Schließungen von Abteilungen, Bettenreduzierungen und Umwidmungen von Abteilungen oder gesamten Häusern ein gezieltes Veränderungsmanagement notwendig und von so mancher Führung auch betrieben.

Auch neue Organisationsformen wie z. B. Projektmanagement finden Eingang und werden für bestimmte Problemlösungen der Organisation eingesetzt. Das gezielte

II. Fälle und Felder

Aufbauen und Entwickeln interdisziplinärer Teams und Besprechungen fällt ebenfalls in dieses Aufgabenfeld und findet auch immer häufiger statt.

Strategie

Interessanterweise lassen sich auch in diesem Aufgabenfeld zunehmend Aktivitäten orten. Das aktive sich-Kümmern um die Differenz von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft scheint durch die Bewegung innerhalb der Krankenhauslandschaft ausgelöst worden zu sein. Nachdem so manches Haus seine traditionellen Rollen und Aufgabenbestimmungen bedroht sieht, andere Häuser von Umwidmungen betroffen sind, wird das Bedürfnis verständlich, sich seiner eigenen Identität zu vergewissern und die zukünftige Positionierung innerhalb der vorhandenen Grenzen selbst vorzunehmen. Dies äußert sich z. B. durch Leitbildentwicklung. Dabei kommt es zur Formulierung von Zukunftsvisionen und von längerfristigen Zielvorstellungen. Weiters sind Tendenzen zu beobachten, die Einzigartigkeit und nicht-Austauschbarkeit des eigenen Hauses in der Differenz zu anderen „Mitbietern“ nach innen und nach außen herauszustreichen. Auf Grund vorhandener und nicht automatisch akzeptierter Überkapazitäten entsteht so etwas wie ein Wettbewerb.

Gezielte Strategieentwicklungsprozesse sind aus meiner Sicht derzeit noch nicht beobachtbar, wenn gleich dies vor allem in bezug auf das Erkennen, Sichern und Weiterentwickeln der eigenen Kernkompetenzen für das Krankenhaus von Bedeutung wäre.

Beziehungsgestaltung zu relevanten Umwelten

Patienten als „Kunden“ eines Krankenhauses gelten natürlich nicht in dem Ausmaß als relevante Umwelt der Organisation wie die Kunden eines Unternehmens. Der Begriff des Marktes ist für ein Krankenhaus nicht angemessen. Dennoch aber bemerkt man Tendenzen, die Zufriedenheit der Patienten zu erfassen, gibt es Bestrebungen und auch Notwendigkeiten, eine bestimmte Auslastung durch gezielte Außenkommunikation zu erreichen. Dabei helfen Leitbilder und auch gezielte PR-Maßnahmen.

Die Steuerung des Patientenstromes wird auch durch gezielte Beziehungsgestaltung zu wichtigen Zuweisern versucht. Dieses Unterfangen erweist sich als schwieriger, als man auf den ersten Blick vermuten würde, wie Erfahrungen aus Beratungen zeigen. Die Ursache dafür kann darin erblickt werden, daß sich ein Krankenhaus schwer tut, sich auf andere Systemlogiken einzustellen und diese in der eigenen Organisation abzubilden. Dennoch rücken solche Außenbeziehungen und deren Gestaltung langsam in das Aufmerksamkeitsfeld „kollegialer Führungen“. Dazu kann auch die Organisation von Schnittflächen zu anderen Institutionen gezählt werden, mit denen das Krankenhaus zusammenarbeiten muß.

Letztendlich zählt auch die Beziehungsgestaltung zum Spitalserhalter in dieses Aufgabenfeld der Führung. Eine kollegiale Führung steht, wenn sie sozusagen nach „oben“ agiert, einer komplexen Situation gegenüber. Jede Berufsgruppe hat ihre eigenen Steuerungsstrukturen, die in den übergeordneten Einheiten der Spitalserhaltung nicht koordiniert zusammenlaufen. Häufig muß eine kollegiale Führung nicht abgestimmte Einwirkungen von oben intern abfedern, wodurch Konflikt- und Spannungsfelder entstehen können. Sowohl im Agieren und Reagieren auf übergeordnete Strukturen stellt sich die Notwendigkeit von Abstimmungen und auch einer grundsätzlichen Positionierung in Richtung einer Gestaltung dieser Beziehungen.

Ressourcenmanagement

Das Management von Ressourcen wurde traditioneller Weise von der öffentlichen Spitalserhaltung wahrgenommen. Das Haus sagte, was es benötigt, die übergeordneten Instanzen bewilligten oder auch nicht. Allenfalls können bestimmte Einflußnahmen seitens einer Führung auf Entscheidungsträger Ressourcenentscheidungen beeinflussen, ein internes Ressourcenmanagement findet im Krankenhaus nicht statt.

Ob sich diese Situation durch die angekündigte Dezentralisierung tatsächlich ändern wird, muß abgewartet werden. Anzeichen diesbezüglich gibt es in Form neuer, leistungsbezogener Abrechnungssysteme, Ankündigung von „Budgetdeckelung“ und auch in Form von gezielten Kostensenkungsmaßnahmen. Ab wann allerdings die Notwendigkeit der „Wirtschaftlichkeit“ als gezielter Umgang mit begrenzten Ressourcen tatsächlich als ein kontinuierlich zu verfolgender Bestandteil der Spitalsführung verankert wird, bleibt abzuwarten. Nach Meinung zahlreicher Autoren ist jedenfalls die Zeit vorbei, wo das medizinisch Machbare vor der Frage der Finanzierung stehen konnte (siehe dazu auch Westphal 1995).

Die Entwicklung der berufsübergreifenden Zusammenarbeit als eine weitere Aufgabe der Krankenhausführung

Am Ende dieser Untersuchung zur Krankenhausführung muß auf eine für das Krankenhaus spezifische Aufgabenstellung hingewiesen werden, nämlich auf die entscheidende Rolle der interdisziplinären Zusammenarbeit. Soll eine für die Organisation gesamthafte, also das Ganze gestaltende Führung realisiert werden, dann muß zugleich eine tragfähige berufsübergreifende Kooperation entwickelt werden. Eines geht ohne das andere im Krankenhaus nicht. Dies gilt für die „kollegiale Führung“ selbst und kann auf allen weiteren Ebenen der Organisation in bezug auf die dort zu bewältigenden Führungsaufgaben gezeigt werden. Sei es die Primariatsführung oder auch die Stationsführung, es bedarf zusätzlich zur Führung der jeweils eigenen Berufsgruppe ein weiteres Führungssystem, welches in Form einer horizontalen, teamorientierten Vernetzung realisiert werden muß. Dies beginnt bei der „kollegialen Führung“ selbst und stellt somit die Aufgabe einer Teamentwicklung

II. Fälle und Felder

für dieselbe dar. Bei der inflationären Verwendung des Begriffes „Team“ würde man darin keine besondere Anforderung erblicken. Bei einer Verwendung des Begriffes „Team“ im Sinne einer Gruppe, die immer wieder eine Möglichkeit der Arbeitsfähigkeit erreicht – also im gruppensystemischen Sinne einer „reifen“ Gruppe – resultiert daraus eine höchst anspruchsvolle Herausforderung. Die bewußte Entwicklung einer „kollegialen Führung“ als Team mit den damit verbundenen Reflexionsprozessen und der notwendigen Selbstthematisierung ist meiner Erfahrung nach ein äußerst heikles und auch vielfach ein völlig ungewohntes, ja sogar tabuisiertes Unterfangen. Sehr häufig befinden sich „kollegiale Führungen“ in einem sehr labilen Gleichgewichtszustand, der durch allzuviel Thematisierung leicht ins Wanken zu kommen droht.

Sich als Führungsgruppe zu entwickeln führt allerdings auch zu einer paradoxen Situation. Einerseits entwickelt so eine Führung eine Gruppenidentität, wird in gewisser Weise eine Einheit, der es gelingt, gemeinsam auf das Ganze zu blicken und „Führung“ zu realisieren. Auf der anderen Seite kann es durch die damit verbundene Distanzierung zu den eigenen Berufsgruppen zu Loyalitätskonflikten kommen. Soll man die Interessen der eigenen Berufsgruppen vertreten und dadurch die damit verbundenen Konflikte mit den anderen in die kollegiale Führung tragen, oder handelt man im Sinne des Ganzen und riskiert Spannungsfelder mit der eigenen Berufsgruppe? Die Handhabung solcher Rollenkonflikte innerhalb der unterschiedlichen Kontexte, in denen die höheren Führungskräfte im Krankenhaus agieren müssen, stellt eine hohe Professionalisierungsanforderung für die Einzelpersonen und für die Gruppen dar.

Literatur

- Hauke, E.:* Zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, Bundesministerium für Konsumentenschutz, 1994.
- Westphal, E.:* Das Krankenhaus im Umbruch, in: Grossmann, R., Krainz, E. E., Oswald, M. (Hrsg.): Veränderung in Organisationen: Management und Beratung, S. 217-223, Wiesbaden 1995.
- Willke, H.:* Beobachtung, Beratung und Steuerung von Organisationen in systemtheoretischer Sicht, in: Wimmer, R. (Hrsg.): Organisationsberatung. Neue Wege und Konzepte, S. 17-42, Wiesbaden 1992.
- Wimmer, R.:* Die Funktion des General Managements unter stark veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, in: Schmitz, Ch., Gester, P. W., Heitger, B. (Hrsg.): Managerie. Jahrbuch für systemisches Denken und Handeln im Management. Heidelberg 1995.
- Wimmer, R. / Domayer, E. / Oswald, M. / Vater, G.:* Familienunternehmen – Auslaufmodell oder Erfolgstyp? Wiesbaden 1996.