



Organisationsentwicklung im Krankenhaus – Grundlagen und Interventionskonzepte

Ralph Grossmann und Hubert Lobnig

1 Die Fähigkeit zur Veränderung der Organisation als Erfolgsvoraussetzung

Das Krankenhaus zählt zu den komplexesten Organisationen, die moderne Gesellschaften hervorgebracht haben. Im Krankenhaus müssen tagtäglich große Organisationsleistungen erbracht werden, um den Routinebetrieb zu bewältigen und die Funktionsfähigkeit der Organisation aufrecht zu erhalten. Gleichzeitig ist die Organisation Krankenhaus, wie die meisten Organisationen, einem großen Veränderungsdruck ausgesetzt. Dieser Veränderungsdruck ergibt sich aus der raschen Entwicklung der Aufgaben und Tätigkeiten und der ihnen zugrunde liegenden fachlichen und technischen Möglichkeiten, aus dem sich verändernden Bedarf und der Erwartungshaltung seitens der Klienten und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Kontext einer internationalisierten ökonomischen und politischen Entwicklung. Dazu kommt noch der zu erwartende Mangel an Personal und das Älterwerden der Mitarbeiterschaft. Organisationsveränderung ist zur Alltagsarbeit geworden. Diese Gleichzeitigkeit von Umwelтанforderungen schafft für die Krankenhäuser derzeit eine außerordentlich hohe Anforderung, was die Veränderungsfähigkeit der Organisation betrifft. Wie in anderen Branchen auch, gilt es dabei nicht nur einzelne Veränderungen zu bewältigen, sondern die Organisation insgesamt auf Veränderungsfähigkeit auszurichten, auf kontinuierliche Gewährleistung von Effektivität und nachhaltige Entwicklung. Das ist eine systemische Leistung, die sich in geeigneten Strukturen und Prozessen ebenso ausdrückt wie in Fähigkeiten und Haltungen der Personen (Lawler; Worley 2006). Am überlebensfähigsten werden jene Organisationen sein, denen es gelingt, diese „organizational capability“ aufzubauen, im Sinne einer raschen und vorausschauenden Antwort auf Umwelтанforderungen und der Fähigkeit zur Anpassung der Organisation.

Die steigende Lebenserwartung in der Gesamtbevölkerung und die Entwicklung der persönlichen Lebensweisen in Richtung auf Individualisierung machen fachliche

und organisatorische Antworten notwendig. Die Verschiebung des Krankheitsspektrums zu den chronisch degenerativen Erkrankungen erfordern eine neue Kombination von medizinischen und pflegerischen Leistungen und eine Veränderung der Patientenrolle in Richtung auf eine stärkere Aktivierung und Einbeziehung der Patienten und ihrer Bezugspersonen in den Heilungsprozess. Gleichzeitig zieht die steigende Lebenserwartung vermehrt technikintensive Akutinterventionen im letzten Lebensabschnitt nach sich. Die medizinisch pflegerische Bedarfslage der Patienten in Kombination mit der veränderten Lebensweise fordert die Organisation vor allem in ihrer Kooperationsfähigkeit mit den anderen Leistungserbringern heraus. Einerseits schreitet die Spezialisierung der einzelnen Anbieter voran und gleichzeitig wird damit auch der Bedarf an Koordination und Kooperation größer. Fachlich angemessene und finanzierbare Versorgungs- und Unterstützungsleistungen sind nur in Kooperation zwischen verschiedenen Organisationen mit abgestimmten Leistungsprozessen realisierbar. Wie in vielen Produktions- und Dienstleistungsorganisationen zu beobachten, ist der Erfolg in wachsendem Maße in der Balance von Spezialisierung und Konkurrenz mit der gleichzeitigen Fähigkeit zur Kooperation zu suchen. Beide Anforderungen, neue interne Kombinationen von medizinisch-pflegerischen Leistungen zu finden und in Kooperation mit externen Partnern durchgängige und fachlich abgestimmte Angebote zu kreieren, zwingen dazu, die Leistungsprozesse der Organisation Krankenhaus radikal zu bearbeiten, im Sinne von Optimierung und Lernfähigkeit. Dieser kontinuierliche organisatorische Fokus auf Gestaltung der Leistungsprozesse – intern und extern – schafft auch eine permanente Herausforderung für die organisatorische Anlage der Gesamtorganisation und ihrer Leitungsstrukturen.

Die Krankenhäuser erbringen – unabhängig von ihrer Trägerschaft – sehr kostenintensive öffentliche Leistungen (Public Goods) und stoßen seit langem an budgetäre Legitimationsgrenzen. Die aktuellen krisenhaften Entwicklungen in der Wirtschaft, vor allem in der Finanzwirtschaft haben den Budgetdruck drastisch erhöht. Die staatlichen Budgets für klassische öffentliche Leistungen, wie Bildung und Gesundheit sind von starken Restriktionen und Legitimationskonflikten betroffen. Nicht nur die Krankenhäuser in staatlicher Trägerschaft sondern auch die frei gemeinnützigen Krankenhäuser und private Krankenhäuser haben Budgetprobleme. Das hat zu einem organisatorischen Umbau des Krankenhausesektors geführt. Eine Entwicklung, die seit fast zwei Jahrzehnten auf der politischen Agenda steht, hat durch die ökonomische Entwicklung eine Beschleunigung erfahren.

Für Deutschland zeigt sich etwa, dass die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland insgesamt geringer wird, zum Teil durch Schließungen zum Teil aber auch dadurch, dass ehemals selbstständige Krankenhäuser zusammengefasst werden. So wurden in Berlin vor etwa 12 Jahren neun selbstständige Krankenhäuser zu einem Krankenhausbetrieb zusammengefasst. Es findet darüber hinaus eine Umschichtung von öffentlichen und freigemeinnützigen zu privaten Krankenhäusern statt – als Privatisierung bezeichnet. Die Mitarbeiter der von privaten Krankenhausträgern übernommenen Krankenhäuser werden mit gravierenden Änderungen der Unternehmenskultur konfrontiert.

Krankenhäuser werden aus der öffentlichen Verwaltung oder einer vergleichbaren Trägerstruktur ausgegliedert und zu eigenverantwortlichen Organisationen gemacht. Dies kann auch mit einer Umwandlung der Rechtsform vor allem öffentlicher

Krankenhäuser von einer öffentlich-rechtlichen in eine Rechtsform privaten Rechts – zum Beispiel in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) einhergehen. Auch in diesem Fall muss aufgrund der geänderten Rechtslage mit erheblichen strukturellen und kulturellen Veränderungen gerechnet werden. Die Krankenhäuser werden in die wirtschaftliche Verantwortung für die Kostenentwicklung genommen und sollen in die Lage versetzt werden, die dazu notwendigen Entscheidungen zu treffen und die innere Entwicklung weitgehend selbst zu gestalten. Dazu sollen sowohl in den Trägerstrukturen als auch in den einzelnen Krankenhäusern leistungsfähige Managementstrukturen aufgebaut werden. Die Krankenhäuser werden zu systematischen Prozessen der Qualitätssicherung angehalten. Und die Krankenhäuser sollen dazu gebracht werden, im Leistungsangebot Schwerpunkte zu setzen, bezogen auf einen ökonomisch rationalen Mitteleinsatz und bezogen auf die Patientenbedürfnisse. Sie sollen ihre Leistungen mit anderen Organisationen im Sinne einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgungskette abstimmen.

Dieser Prozess ist ökonomisch getrieben oder wird mit Effizienz und Kostendeckung argumentiert, aber in gleichem Maße geht es um die Suche nach einer passenden Steuerung der im wesentlich öffentlich finanzierten Organisationen und ihre Selbststeuerungsfähigkeit.

Die Privatisierung der öffentlichen Leistung Gesundheitsversorgung, der Verkauf oder die Übergabe an private Unternehmen bzw. an Investoren beinhaltet immer auch ein Risiko im Sinne eines offenen und fairen Zugangs zu den Leistungen für die Gesamtbevölkerung. Sie kann so wie in anderen Branchen auch zu selektiver Bewirtschaftung und Versorgungslücken führen. Aus organisatorischer Sicht ist daher bedeutsam, die Rückbindung an den öffentlichen Versorgungsauftrag und gesundheitspolitische Ziele zu gewährleisten. Aus organisationsentwicklerischer Sicht besonders bedeutsam ist, wie die Autonomie der einzelnen Organisationen und ihre Steuerbarkeit in einem Versorgungskontext zum Beispiel einer Region, einer Gebietskörperschaft, gestaltet werden. Zweifellos braucht es inhaltlich strategische und finanzielle Rahmensetzungen, zum Beispiel seitens der Unternehmensleitung eines Krankenhausträgers, der für die Versorgung einer Region insgesamt (meist in Konkurrenz mit anderen Anbietern) zuständig ist. Und es braucht Autonomie, um die Selbstorganisation eines Krankenhauses zu ermöglichen und zu fördern. Autonomie setzt Entscheidungskompetenz und Handlungsspielraum der einzelnen Organisationen voraus. Die Ausbildung entsprechender Strukturen, Routinen und Kompetenzen ist an die Möglichkeit, sie eigenverantwortlich zu nutzen, gebunden.

Organisationsgestaltung ist zu einer Kernaufgabe geworden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Organisationen nicht nur eine äußere Rahmenbedingung für eine fachliche Tätigkeit darstellen, sondern ganz unmittelbare Wirkung für die fachliche Qualität der Arbeit haben. Organisation hat inhaltskonstitutive Bedeutung. Wie in einer Organisation Entscheidungen getroffen werden, wie Normen und Spielregeln gebildet und durchgesetzt werden, wie die Kooperation zwischen Berufsgruppen und Organisationseinheiten gestaltet wird, bestimmt auch den Inhalt der Arbeit und die Kultur der Organisation. Das rückt die Frage nach der Auswahl eines Konzepts für die Gestaltung von Veränderung der Organisation in den Vordergrund. Jede Organisation sucht dazu das für sie passende Veränderungskonzept. Es ist davon auszugehen, dass Organisationsentwicklung mit ihren handlungsleitenden theoretischen Grundannahmen, mit ihren historisch gewachsenen Werten und dem aktuellen

Stand an praktischer Erfahrung und wissenschaftlicher Fundierung für die Expertenorganisation Krankenhaus ein Konzept der Wahl darstellt.

Im Folgenden wird ein theoriegeleiteter und aus der praktischen Beratungsarbeit informierten Blick auf die Charakteristika der Organisation Krankenhaus geworfen, einen Überblick über zukünftige Trends in der Entwicklung der Organisation Krankenhaus gegeben, Organisationsentwicklung als Praxis- und wissenschaftliches Konzept werden eingeführt und einige Handlungsfelder der Organisationsentwicklung beleuchtet, vor allem solche, die nicht durch eigene Praxisbeispiele in den folgenden Kapiteln ausführlich behandelt werden.

2 Charakteristika der Organisation des Krankenhauses

Eine wissenschaftlich fundierte Organisationsentwicklung erfordert eine angemessene Theorie der Organisation, die es zu verändern gilt. Diese vermittelt Anknüpfungspunkte für Gestaltungsfragen und für die Planung spezifischer Interventionen. Das Krankenhaus ist eine sehr komplexe Organisation, denn es hat mehrere Funktionen gleichzeitig zu bedienen. Es ist Zentrum der Gesundheitsversorgung, Aufenthaltsort für Patienten, Dienstgeber für sehr viele Beschäftigte, Einrichtung der Aus- und Weiterbildung, Institution in der öffentliche und private Forschung betrieben wird, und es muss in seiner Leistungserbringung die Interessen sehr unterschiedlicher Stakeholder-Gruppen berücksichtigen wie Patienten, Politik, Verwaltung, andere Institutionen der Gesundheitsversorgung, Gesetzeslagen, Wissenschaftliche Communities, Fachgesellschaften etc. Im folgenden Kapitel werden einige zentrale und für die Organisationsentwicklung bedeutsame Charakteristika des Krankenhauses als Organisation aufgegriffen.

2.1 Expertenlogik und Organisation verknüpfen

Ein Angelpunkt der Organisationsentwicklung und des Managements im Krankenhaus ist die produktive Verbindung von Expertensystem und Organisation. Die Medizin und in wachsendem Maße auch die Pflege stellen ein ausdifferenziertes Expertensystem dar, mit einer eigenständigen Wissensbasis, spezifischen Fachsprachen, professionellen Communities (im Sinne von Fachgesellschaften und Netzwerken), Interessenvertretungen, Publikationsorganen. Und das Krankenhaus ist die höchstentwickelte Organisationsform, diese Fachexpertise praktisch anzuwenden. Organisation und Expertensystem sind eigenständige Systeme, aber aufeinander angewiesen.

Wie in anderen Expertenbetrieben, auch, zum Beispiel in den Universitäten, sind die Fachleute oft mehr ihrer Professionalität, also den Inhalten der Arbeit und den darauf bezogenen fachlichen Standards, Werten, Erfolgskriterien, Karrieremustern

verpflichtet, als der Organisation (Mintzberg 1993). Die Organisation hat aus ihrer Sicht die Rahmenbedingungen für eine inhaltlich erfolgreiche Arbeit bereitzustellen. Die Befassung damit wird so zur Zusatzarbeit, zur eigentlichen professionellen Arbeit. Autonomie gegenüber den Auftraggebern war historisch betrachtet ein wichtiges Merkmal von Profession und professioneller Identitätsbildung (Grossmann 1995, S. 65). Sie hat auch heute große Bedeutung, wenn es um Fragen der Qualität oder der ethischen Entscheidungen geht, gerade auch wenn wirtschaftliche Interessen der Organisation mit den medizinischen oder pflegerischen Standards in Konflikt geraten.

Andererseits ist, wie schon angesprochen, die inhaltliche Dimension untrennbar mit der organisatorischen verbunden, ist die fachliche Arbeit eben auch adäquat zu organisieren. Autonomie ist unter den heutigen Bedingungen von Krankenhausarbeit nur durch aktive Mitgestaltung der Organisation zu gewinnen. Die Trennung von Fachsystem und Organisation wird von den Auftraggebern oft noch bekräftigt, wenn die Übernahme von Leitungsfunktionen nicht entsprechend entlohnt wird oder die notwendigen Qualifikationen dafür bei der Auswahl der Führungskräfte wesentlich weniger Beachtung finden als fachmedizinische.

Die Expertenarbeit hat aber auch Bedeutung für die Steuerung und Kontrolle der Arbeitsleistung und die Motivation der Mitarbeiter (Janes 2010). Die Leistungsfähigkeit des Betriebes ist davon abhängig, dass die Mitarbeiter ihre Arbeit eigenständig und eigenverantwortlich in professioneller Weise erbringen. Die Arbeit ist technologisch nicht steuerbar und kontrollierbar. Die Arbeit kann in gewissem Umfang mit rechtlichen oder organisatorisch disziplinären Maßnahmen geregelt werden, aber im Kern ist die Leistung an die Person gebunden, von deren Motivation und Kompetenz abhängig. Das schafft – wie in der Wissensarbeit generell – besondere Voraussetzungen für die Führung der Organisation. Nach unseren Erfahrungen in der Beratung von Expertenorganisationen sind die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Bedingungen der Arbeit und der Handlungsspielraum in der Arbeit wesentliche Dimensionen der Sinnstiftung und Grundlagen der Motivation. Viele Ärzte und Pflegekräfte erleben schmerzlich den Widerspruch zwischen der Notwendigkeit, eigenverantwortlich und selbstständig in der Leistungserbringung tätig zu sein, und der Erfahrung eines hierarchischen Systems, das wenig Mitsprache und Einflusschancen zulässt. An diesem Punkt wird auch der Doppelcharakter der Expertenarbeit deutlich. Wie viel Information, Transparenz und Einflussmöglichkeit in der täglichen Arbeit gegeben wird, ist keine medizinisch oder pflegerische Fachfrage, sondern eine organisationsbezogene. Beide Dimensionen der Arbeit sind letztlich Fachfragen (der Medizin, der Pflegewissenschaft, der Organisationsentwicklung) und es gilt beide Ebenen professionell zu bearbeiten; das verlangt insbesondere von den Führungskräften eine doppelte Professionalisierung.

Die dazu notwendigen Qualifikationen können vermittelt werden. Aber es braucht auch Entlastung durch andere Rollenträger. Es braucht eine breitere Verankerung der notwendigen fachlichen Ressourcen. Die Qualifizierung von „internen“ Beratern für Organisationsentwicklung ist dafür ein Weg. Es kommen dafür Personen infrage, die in mittleren Führungspositionen tätig sind, wie stationsleitende Pflegekräfte oder stationsführende Oberärzte bzw. Ärzte mit großer Organisationserfahrung und sozialer Akzeptanz, aber auch Personen aus den administrativ-kaufmännischen oder technischen Berufsgruppen. (vgl. den Beitrag von Untermarzoner 2013, s. Kap. II.6.2.6).

Eine entscheidende Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit in einer solchen Rolle ist die Unterstützung der Top-Führungskräfte und eine fachliche Anerkennung über die Grenzen der Berufsgruppen hinweg.

2.2 Den Widerspruch zwischen Organisationseinheit und Leistungsprozessen managen

Ein zweiter Angelpunkt der Organisationsentwicklung im Krankenhaus ist die Integration der stark segmentierten Organisation, horizontal und vertikal. Die Dynamik der Spezialisierung und der professionellen Entwicklung findet ihren Ausdruck in der organisatorischen Gliederung des Krankenhauses in Form von sehr autonomen medizinischen Fachbereichen. Diese Einheiten (Abteilungen, Institute, Kliniken) sind um die medizinischen Fachrichtungen und professionellen Interessen gebaut. Sie sind die Motoren der fachlichen Entwicklung. Das Krankenhaus stellt sich organisatorisch als Netzwerk autonomer Abteilungen dar. Ihre Eigendynamik und Autonomie schaffen nicht nur ein Integrationsproblem für die Gesamtorganisation, sie sind auch für das fachliche Profil und die Reputation der Organisation entscheidend. In den medizinischen Abteilungen überschneidet sich professionelles System und Organisation. Hier muss die Verknüpfung von fachlich-professioneller Entwicklung und anderen organisationsbezogenen Dimensionen wie Personalentwicklung oder Schwerpunktbildungen des Krankenhauses geleistet werden. Die Fachbereiche sind die wesentliche Gestaltungsebene für die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbedingungen, hier wird die Arbeitskultur wesentlich geprägt und erfahrbar. Hier ist auch die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen unmittelbar praktisch wirksam und gestaltbar. In den Abteilungen ist die medizinisch-pflegerische Arbeitslogik mit der administrativen zu verknüpfen, ist die Schnittstelle zu zentralen Dienstleistungen wie Versorgung mit Essen, Krankentransport, Reinigung, administrative Erfassung der Patienten zu managen und die Schnittstelle zu anderen medizinischen Fachbereichen. Hier sind auch die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen zu bewältigen und die fachliche Auseinandersetzung mit externen Einrichtungen.

Die spezialisierten Fachabteilungen sind als Orte der fachlichen Entwicklung und der Organisationsentwicklung unverzichtbar. Daraus ergibt sich eine notwendige Doppelbewegung in der Organisationsentwicklung der Krankenhäuser, die spezialisierten Organisationseinheiten in ihrer Entwicklung zu fördern und gleichzeitig die übergreifenden Leistungsprozesse, innerhalb und zwischen den Fachabteilungen. Der Versuch, durch den Zuschnitt der medizinischen Einheiten (zum Beispiel zu Zentrumsstrukturen nach medizinischen Fachbereichen oder auch nach organbezogenen Gesichtspunkten) möglichst die Prozesse in den einzelnen Organisationseinheiten zu integrieren, kann hier unterstützend wirken, hebt aber die Notwendigkeit dieser zweifachen Entwicklungsbewegung nicht auf.

Neben der Dominanz der medizinischen Abteilungen wird die Organisationsdynamik von den parallelen Hierarchien der Berufsgruppen geprägt, dem Neben- und Miteinander von unterschiedlichen professionellen Traditionen und Kulturen. Die Leistungsfähigkeit der Organisation im Interesse des Patienten entscheidet sich allerdings in den Berufsgruppen und abteilungsübergreifenden Prozessen. Hier sind die Berufsgruppen und Organisationseinheiten auch wechselseitig in Kunden- und Lie-

ferantenbeziehungen eingebunden. An diesem Widerspruch zu arbeiten, ist eine kontinuierliche Herausforderung für die Organisationsentwicklung. Mit wachsenden Ansprüchen der Patienten in Richtung Serviceorientierung, mit steigendem Qualitäts- und Effizienzdruck, gewinnt die Gestaltung der übergreifenden Prozesse immer mehr an Bedeutung (vgl. den Beitrag von Wolf 2013, Kap. II.7).

Der zentrale Konfliktpunkt, der mit diesem organisatorischen Widerspruch verbunden ist, liegt im Zusammentreffen von zwei unterschiedlichen organisatorischen Beziehungen: einer horizontal kooperativen und einer vertikal hierarchischen (vgl. den Beitrag von Prammer 2013, Kap. II.2). Die Mitarbeiter müssen sich in einer doppelten Verbindlichkeit und Loyalität bewegen und brauchen dafür auch Handlungsspielraum und Akzeptanz. Je besser die Leistungsprozesse organisatorisch verankert und ausgestattet werden, zum Beispiel durch Prozessverantwortliche für die Koordination der Leistungsprozesse, desto konfliktanfälliger wird das Verhältnis zu den Linienvorgesetzten in den Fachabteilungen. Die Erfahrung aus stark prozessorientierten Organisationen zeigt, dass es vor allem dieser Leitungskonflikt ist, der den Organisationen bei der konsequenten Ausrichtung auf kundenbezogene Prozesse Schwierigkeiten macht.

Den Linienführungskräften der funktional gegliederten Abteilungen kommt hier in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle zu. Es gilt, den Strukturkonflikt zu sehen und zu akzeptieren. Es ist den Mitarbeitern für die Kooperation in den Leistungsprozessen Spielraum und Rückendeckung zu geben. Die bereichsübergreifende Kooperation ist durch persönliche Kooperation mit den Führungskräften der anderen Berufsgruppen und Organisationseinheiten zu fördern. Die Entwicklung und Formung von Koordinationsrollen auf der Ebene der horizontalen Prozesse ist zu unterstützen.

Grenzüberschreitendes Arbeiten wird zu einem zentralen Entwicklungsthema der Organisation. Es gilt die unterschiedlichen Fachperspektiven, vor allem von Medizin und Pflege, zu nutzen und zu verknüpfen ohne sich in Autoritäts- und Hierarchiekonflikten zu verheddern. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist letztlich nur mit einer Enthierarchisierung zu erreichen. Die traditionellen Status- und Einkommensunterschiede und die professionelle Dominanz der Mediziner machen eine Aufhebung der „defensiven Routinen“ im Umgang der Berufsgruppen unwahrscheinlich, wenn diese Asymmetrie nicht durch bewusst gestaltete und glaubwürdig teamorientierte Arbeit ergänzt wird.

Diese Zusammenarbeit ist für den fachlichen Erfolg entscheidend und ebenso für die Entwicklungsfähigkeit der Organisation. Dabei sind die Kooperationsbeziehungen in den ausführenden Tätigkeiten maßgebend und die Kooperationsbeziehungen der Führungskräfte.

Dem Miteinander der Führungskräfte kommt besondere kulturbildende Kraft zu. Die Zusammenarbeit der Führungskräfte setzt Beispiel und Rahmen für die Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Die Entwicklung und Arbeitsfähigkeit der berufsgruppenübergreifenden Führungsteams sind ein sehr relevantes Thema der Organisationsentwicklung.