

Spitäler im Umbruch – Ansatzpunkte für eine gelingende Weiterentwicklung*

Widar von Arx^a,
Johannes Rüegg-Stürm^b

a lic. rer. pol., Institut für Betriebswirtschaft (IfB), Hochschule St. Gallen (HSG)

b Prof. Dr. oec., Direktor des IfB der HSG. Arbeitsschwerpunkte: Integrierendes Management, Management von strategischem Wandel, organisationale Wandel- und Erneuerungsfähigkeit, neue Führungs- und Organisationsformen, Prozessmanagement, systemisch-konstruktivistische Organisations- und Führungsforschung, Management von Healthcare-Organisationen

* Die Autoren danken den Mitarbeitenden des Forschungsprogramms «HealthCare Excellence» Silke Bucher, David Kurz, Jürgen Merz, Harald Tuckermann sowie den Forschungspartnern aus der Praxis für die gute Zusammenarbeit und die wertvollen Kommentare.

Korrespondenz:
Prof. Johannes Rüegg-Stürm
Institut für Betriebswirtschaft
Dufourstrasse 40a
CH-9000 St. Gallen
Tel. 071 224 23 23
Fax 071 224 23 55
johannes.rueegg@unisg.ch
www.healthcaremanagement.ch
www.ifb.unisg.ch

Zusammenfassung

Der Beitrag «Spitäler im Umbruch» diskutiert neuartige Herausforderungen, die sich für Spitäler als Folge des wandelnden externen Kontexts ergeben. Um diese Herausforderungen erfolgreich bewältigen zu können, bedarf es einer systematischen Reflexion und Weiterentwicklung der gewohnheitsmässigen *Praktiken des Organisierens und Führens*. Dies kann am besten im Rahmen von strategischen Wandelinitiativen geschehen, in denen grundlegend neue Praktiken ausgedacht, pilotiert und evolutionär in den betrieblichen Alltag überführt werden müssen.

Bereits ist deutlich abzusehen, dass sich die Spitallandschaft noch wesentlich stärker ausdifferenzieren wird. Daraus ergibt sich die Führungsherausforderung, die eigene Organisation geschickt im «Markt» zu *positionieren*. Zunehmend wichtiger wird zudem, die vorhandene professionelle Expertise mit Hilfe einer *systematischen Prozessorientierung* noch stärker auf den Patienten auszurichten und hierzu *integrierte Behandlungseinheiten* zu entwickeln. Ein unausgeschöpftes Potential besteht auch in der Ausweitung integrierter Leistungsangebote für die anspruchsvolle Patientengruppe der chronisch kranken Menschen. Dabei zeigt der Beitrag, dass *integrierte Versorgungsnetzwerke* nicht an den Organisationsgrenzen haltmachen und daher neue Führungspraktiken verlangen. Diese müssen in der Lage sein, den Spagat zwischen Wettbewerb und Kooperation, also eine Art von «Co-opetition», erfolgreich zu meistern.

Ausgangslage

Öffentliche Akutspitäler stehen heute unter beträchtlichem Effizienz- und Entwicklungsdruck. Die Mitarbeitenden eines Spitals sind dabei nicht zu beneiden, denn die Kostenexplosion wird nicht nur durch sie selbst, sondern massgeblich auch durch demographische Veränderungen, technologischen Fortschritt und veränderte Präferenzen der Bevölkerung für Gesundheitsdienstleistungen angeheizt. Weil diese Entwicklungen durch einzelne ausserordentlich schwer zu beeinflussen sind, konzentriert sich die Politik bei ihren Reformanstrengungen auf das Sparpotential in Spitälern. Die Ökonomisierung, wie sie heute im Gesundheitswesen Einzug gehalten

hat, dürfte erst der Anfang einer grundlegenden und lange dauernden Umwälzung unseres Gesundheitswesens sein. Das Ziel dieses Beitrags liegt im Aufzeigen wahrscheinlicher Entwicklungen, auf die sich Spitäler mit einer systema-

Hôpitaux en mutation: quelques pistes pour une évolution réussie

L'article «Hôpitaux en mutation» présente les nouveaux défis qui se posent pour les hôpitaux au vu des changements en cours dans le contexte externe. Afin de pouvoir relever ces défis avec succès, il convient de revoir les *méthodes d'organisation et de gestion habituelles* de manière systématique et de continuer à les développer. On y parviendra le mieux en initiant des modifications stratégiques dans le cadre desquelles on pourra concevoir de nouvelles méthodes, les piloter et les intégrer dans la pratique.

Par ailleurs, l'on constate d'ores et déjà une différenciation accrue du paysage hospitalier. Il en résulte un défi de gestion quant à la manière de *positionner* son entreprise sur le marché. En outre, il devient de plus en plus important d'axer les compétences professionnelles sur le patient au moyen de *procédures systématiques*, de manière à développer des *unités de traitement intégrées*. L'extension des offres de prestations intégrées représente également un potentiel à explorer en ce qui concerne le groupe exigeant de patients que représentent les malades chroniques. Le présent article montre que les *réseaux de soins intégrés* ne devraient pas se laisser freiner par les limites organisationnelles et qu'il est nécessaire de développer de nouvelles pratiques de gestion. Celles-ci devront être en mesure de faire le lien entre «concurrence» et «coopération».

tischen Weiterentwicklung ihrer Praktiken des Organisierens und Führens vorbereiten sollten, um erfolgreich ihre Zukunftsfähigkeit zu sichern.

Unausgeschöpfte Potentiale

Bei unseren Überlegungen zur erwarteten Entwicklung von Spitälern gehen wir von der Annahme aus, dass dem Produktivitätswachstum dieser Organisationen systematisch Grenzen gesetzt sind. Technologische Neuerungen lassen zwar Fortschritte im Wissensmanagement, in der Logistik und in der Administration erwarten, aber die Kerntätigkeit der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten hat einen *handwerklichen, kommunikativen und sozialen Charakter*. Sie ist nicht «automatisierbar» und nur begrenzt rationalisierbar. Dies bedeutet, dass eine Effizienzsteigerung primär an der gewachsenen Form des alltäglichen Organisierens und Führens ansetzen sollte. Effizienzpotentiale liegen somit in einer möglichst reibungslosen Führung und Koordination der Wertschöpfungsaktivitäten, in der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen, in einer umfassenden Datenverfügbarkeit, in der Beschränkung auf Kernkompetenzen oder im Auslagern von peripheren Aktivitäten.

Vor dem Hintergrund der gewachsenen Strukturen muss sich eine Spitalführung zukünftig fragen: Welche Rolle soll unser Spital in der Gesundheitsversorgung spielen? Was sind wichtige Stärken und Leistungsangebote mit einer überlegenen Wertschöpfung? Mit welchen Praktiken des Organisierens und Führens können wir diese Stärken wirksam zum Tragen bringen? In der Folge gehen wir auf fünf Themenfelder ein, deren Einfluss auf den Entwicklungsdruck von Spitälern besonders hoch erscheint [1].

Notwendigkeit der Ausdifferenzierung und Positionierung

Das Angebot an Gesundheitsleistungen ist über Jahrzehnte in einem politischen Prozess festgelegt worden. Dabei haben sich meistens Partikularinteressen gegen Synergiepotentiale durchgesetzt. Gesundheits- und lokale Wirtschaftspolitik sind immer miteinander verwoben gewesen. So gibt es ganz besonders in der föderalen Schweiz zu viele, zu kleine und zu wenig vernetzte Spitäler. Zusätzlich führt die unterschiedliche Abgeltung ambulanter und stationärer Leistungen zu einer ineffizienten Ressourcenallokation. Statistische Vergleiche untermauern diesen Eindruck. Bei ähnlich gutem medizinischem Outcome existieren in den europäischen Ländern massive Unterschiede bei Indikatoren wie der Bettenzahl, den Fallkosten oder der durch-

schnittlichen Liegezeit [2]. Waren solche Differenzen bisher kaum ein Thema, bedeutet die Einführung von Fallpauschalen oder Globalbudgets, dass Spitäler allmählich in ernsthafte Konkurrenz zueinander geraten. In der Schweiz ist es nur eine Frage der Zeit, bis der Kontrahierungszwang und die absolutistische Hoheit der Kantone über «ihre» Gesundheitsversorgung fallen werden.

Damit ändert sich auch die Rolle der Führung eines Spitals grundlegend. Es zeichnet sich ab, dass die neue Kernherausforderung darin liegen wird, für ein Spital eine *attraktive und strategisch nachhaltige Wettbewerbsposition* zu spezifizieren und gezielt die dazu erforderlichen *organisationalen Fähigkeiten* aufzubauen. Diese Wettbewerbsposition muss sowohl die Patientinnen und Patienten, medizinische und pflegerische Fachkräfte als auch die finanzierenden Institutionen, insbesondere die Versicherer, im Auge behalten.

Anstatt den Ausbau des medizinischen Dienstleistungsangebots wie bisher einem eher naturwüchsigen Entwicklungspfad zu überlassen, bedeutet Positionierungsarbeit die Bearbeitung von Fragen wie:

- Wie muss unser Leistungsangebot im Vergleich zum Angebot vergleichbarer Anbieter aussehen, damit wir eine besondere Attraktivität für Patienten, Ärzte, Pflegende und Versicherer erlangen?
- Wie können wir dieses Angebot ganz gezielt auf spezifische Zielgruppen ausrichten und überzeugend kommunizieren?
- Wie können wir unsere knapper werdenden Ressourcen optimal ausschöpfen?
- Welche Voraussetzungen im Bereich des Organisierens, Führens, Zusammenarbeitens und der Kultur insgesamt sind hierfür gemeinsam zu entwickeln?

Neuartige Finanzierungssysteme (z.B. auf der Grundlage von Fallpauschalen) schaffen mehr Transparenz und damit Wettbewerbsdruck, weil Versicherungen und der Staat daraus Konsequenzen für die weitere Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern ableiten. Obwohl sich eine höhere Wettbewerbsintensität noch nicht morgen einstellen wird, ist in Zukunft eine wesentlich stärkere *Segmentierung* des Gesundheitssektors zu erwarten. Für Patientinnen und Patienten mit planbaren, standardisierten und einmaligen Eingriffen ist eine Verschiebung in Richtung ambulante Versorgung und spezialisierte Kliniken vorzusehen. Hier wird das private Angebot weiter zunehmen. Sind heute spezialisierte Kliniken teilweise als «Rosinenpicker» verschrien, zeigt ein genauerer Blick auf die er-

brachte Wertschöpfung, dass für eine überlegte Fokussierung gute Gründe sprechen. Ein homogenes «Patientengut», standardisierte Behandlungsabläufe sowie ein Minimum an Schnittstellen machen die Organisation der Wertschöpfung berechenbarer, flexibler und günstiger. Teure Vorhalteleistungen für seltene Komplikationen können auf ein Minimum reduziert werden. Zahlreiche Studien zeigen zudem, dass eine gute Behandlungsqualität von ausreichenden Fallzahlen abhängt. Wirksame Anreizstrukturen wie das Belegarztssystem motivieren Ärztinnen und Ärzte, ihre Patientinnen und Patienten persönlich zu betreuen, was diese sehr zu schätzen wissen. Private Klinikketten dringen verstärkt auch in klassische Domänen der Akutspitäler ein. Häufig bauen sie ihre Kliniken «auf grüner Wiese» neu auf, um das gesamte Potential von Standardisierung, optimalem räumlichem Layout, kurzen Informationswegen, guter Erreichbarkeit für Patienten und deren Angehörige sowie einer neuen unternehmerischen Organisationskultur konsequent auszuschöpfen [3].

Von der fachorientierten Klinikorganisation zur patientenzentrierten Prozessorganisation

Dennoch bleiben die teuersten und sozial am stärksten auf Unterstützung angewiesenen Patientinnen und Patienten wie chronisch kranke Menschen auf komplexe Organisationen wie Zentrums- oder gar Universitätsspitäler angewiesen. Das gleiche gilt für Notfalldienste, für die Behandlung seltener Krankheiten oder für medizinische Angebote, die intensiv an die Forschung gekoppelt sind. Hierbei geht es um Gesundheitsleistungen, mit denen sich – soweit unternehmerisch absehbar – grundsätzlich kaum Geld verdienen lässt, die aber für das Funktionieren eines hochwertigen Gesundheitssystems das Fundament darstellen. Im Sinne öffentlicher Güter dürfte der Staat auch weiterhin für diese Gesundheitsleistungen Leistungsaufträge vergeben, die zum Beispiel mit Globalbudgets abgegolten werden.

Gerade in hochspezialisierten Kliniken von Zentrums- und Universitätsspitalern müssen zahlreiche Expertinnen und Experten intensiv kooperieren. Damit dies aus Patientensicht und aus einer ökonomischen Perspektive optimal funktioniert, wird eine systematische, bereichsübergreifende Prozessorientierung unausweichlich werden, die heute noch viel zu wenig ausgeprägt ist. Hier besteht die Herausforderung, die *gesamte Patientenkarriere* aus medizinischer, ökonomischer und sozialer Sicht systematisch als

integrierte Behandlungseinheit mit optimal aufeinander abgestimmten Behandlungsleistungen in den Blick zu bekommen [4].

Spitalorganisationen sind heute noch weitgehend durch ihre Einteilung in Fachgebiete geprägt. Spezialisten organisieren sich entsprechend ihrer Funktion. In einer stabilen und durch Routinetätigkeiten geprägten Arbeitsumgebung ist das die perfekte Struktur. Anders in komplexen Behandlungsprozessen: Hier wird der Patient gezwungen, sequentiell von einem Spezialisten zum anderen zu wandern. Und weil jede Abteilung ihre eigenen Prozesse hat, zuerst ihre eigenen Interessen wahrnimmt und wenig übergeordnete Koordination existiert, ist der Behandlungsprozess nicht selten eine leidvolle Geschichte.

Eine prozessorientierte Organisation hat nun zum Ziel, ihre Behandlungsroutinen und deren strukturelle Verankerung auf idealtypische Behandlungspfade auszurichten. Die Leistungserstellung ist *abteilungs- und funktionsübergreifend* systematisch auf die Patientenbedürfnisse abzustimmen. Sie besteht aus einer Anzahl von verknüpften Prozessen, die direkt am Patienten eine Hilfeleistung ermöglichen. Für Spitäler bedeutet das einen Paradigmenwechsel: Der Patient wird nicht mehr genötigt, mit seinem Leiden von einem Spezialisten zum anderen zu gehen, sondern er geht in *sein* Zentrum, und die Spezialisten kommen zu *ihm*. Bei der konkreten Gestaltung einer solchen Organisation ist ein Mix verschiedener Massnahmen zu beobachten [5].

- Auffällig ist die nachlassende Bedeutung der Klinikstruktur. In innovativen Spitälern segmentieren sich die Experten neu entweder um ein Organ (z. B. Herzzentrum), eine Krankheit (z. B. Krebszentrum), das Alter (z. B. Kinderheilkunde) oder das Geschlecht (z. B. Frauenheilkunde). Multidisziplinäre Teams (z. B. Tumor Boards) erfordern das Aufheben unnötiger Hierarchien und Abteilungsgrenzen. Ein Integrationsniveau, das es erlaubt, zentrale Prozesse gemeinsam zu spezifizieren und zu betreiben, vermindert die Anzahl der Schnittstellen. Dies setzt aber die Entwicklung neuer Verständnisse von Zusammenarbeit und Führung voraus.
- Eine weitere Innovation betrifft die «*Prozess-triage*», deren Ursprung in der Kriegsmedizin zu finden ist. Eine systematische Triage sorgt dafür, dass «einfache» Patienten einem Standardprozess zugewiesen werden, um für aufwendige, multidisziplinäre Diagnosen und Behandlungen von komplexen Fällen ausreichend Ressourcen zur Verfügung zu haben.

- Deutlich mehr Gewicht wird auf eine *gemeinsame Führung* aller in diesen Zentren beteiligten Professionen gelegt. Diese Funktion wird meist von Ärzten mit einer Weiterbildung in Management wahrgenommen. Weitere neue Rollen, wie z. B. der Patientencoach oder der «Case Manager», nehmen den Patienten unter ihre Obhut und begleiten ihn durch den ganzen Behandlungsprozess.
- Zuletzt zeigt sich der Trend, Behandlungen, die nicht zwingend stationär durchgeführt werden müssen, in ambulante Zentren für Abklärung und Rehabilitation zu verlagern. Solche neuen Infrastrukturen ermöglichen es, die Wartezeit vor der Intervention zu minimieren und damit teure Liegetage zu vermeiden.

Während Fallpauschalen die Spitäler zwingen, ihre Kosten, z.B. über eine Kürzung der Verweildauer ihrer Patienten, bis zu einem Drittel zu senken, bietet eine patientenzentrierte prozessorientierte Organisation einen vielversprechenden Ansatzpunkt zur Identifikation von unausgeschöpften Optimierungspotentialen. Denn die Effizienz einer Organisation lässt sich nur über verbesserte Prozessqualität und nicht über undifferenzierte Ressourcenausdünnungen nachhaltig steigern.

Zentralisieren von Kernfunktionen – Auslagern von Nebenaktivitäten

Akutspitäler entwickeln heute ihre eigenen IT-Systeme, regeln selbst ihren Einkauf, haben ein eigenes Labor und eine eigene Apotheke. Der Wettbewerb in der Finanz- und Konsumgüterbranche hat gezeigt, dass durch Standardisierung und Zentralisierung solcher Aufgaben enorme Rationalisierungspotentiale ausgeschöpft werden können.

Eine in der Regel krass unterschätzte Komponente in der medizinischen und pflegerischen Wertschöpfung ist die zeitgerechte Aufbereitung, Zurverfügungstellung und Interpretation von Daten. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen benötigen eine Vielfalt an aktuellen Daten, um eine präzise Diagnose stellen zu können; Therapiedaten müssen an die Versicherung zwecks Abrechnung geschickt werden; und wenn ein Patient ein zweites Mal auftaucht, müssen alle bereits vorhandenen Daten ohne Aufwand wieder auffindbar sein. Einem leistungsfähigen Informationssystem, das in der Lage ist, den Mitarbeitenden «just in time» die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen, kommt immer mehr eine Schlüsselrolle zu. In

der Finanzbranche ist es längst undenkbar, dass ein kleineres Institut im Alleingang solche äusserst komplexen Systeme entwickelt. Es ist daher absehbar, dass auch zwischen Spitälern neue Formen der Kooperation Einzug halten werden, um solche Grössenvorteile auszuspielen. Möglichkeiten bestehen im Auslagern der IT an spezialisierte Anbieter oder in der Entwicklung gemeinsamer Plattformen. Zentralisierung ist jedoch ebenso ein Thema in bezug auf ein gemeinsames Spital- oder Klinikmanagement, den Einkauf, das Labor, die Apotheke und die Öffentlichkeitsarbeit. Andere Subprozesse wie der gesamte Unterhalt der baulichen und technischen Infrastruktur oder die Bereitstellung der Verpflegung müssen daraufhin überprüft werden, inwiefern sie an Dritte ausgelagert werden können.

Netzwerkeffekte ermöglichen

Einige Krankheiten sind aufgrund des breiten Spektrums an notwendigen Interventionen eine schwere Last für die betroffenen Patientinnen und Patienten. Besonders hier können netzwerkartige Strukturen zwischen den beteiligten Institutionen ein hohes Niveau an medizinischer und sozialer Unterstützung gewährleisten. Spitäler sind heute oftmals nur unzureichend in der Lage, dem psychosozialen Aspekt einer Krankheit in einer umfassenden Dimension Rechnung zu tragen. Doch genau dieser Aspekt wird immer wichtiger. Trotz modernster Medizin lassen sich längst nicht alle Krankheiten heilen, was eine jahrelange Behandlung nach sich ziehen kann. Hier liegen noch grosse und unausgeschöpfte Möglichkeiten für eine sinnvolle Ausweitung eines integrierten Leistungsangebots. Wie können wir dazu beitragen, dass unsere Patienten ihren Alltag meistern, ihre sozialen Beziehungen aufrechterhalten, ihre Zeit effizient organisieren und die Veränderung ihrer Identität sinnvoll bewältigen können [6]?

Die Zukunft von Spitälern liegt somit keineswegs nur im Zuwachs medizinischen Wissens, sondern auch in einer Weiterentwicklung interaktionaler und sozialer Fähigkeiten. Medizin und Pflege dürfen – wie zur Zeit unter dem wachsenden Kostendruck manchmal beobachtbar – dem Patienten nicht einfach ein paar «dos» und «don'ts» mit nach Hause geben. Vielmehr könnten Spitäler über die Bildung von Versorgungsnetzwerken verstärkt dazu beitragen, Voraussetzungen zu schaffen, dass der Patient je nach Lebenslage den abgegebenen Empfehlungen überhaupt nachkommen kann. Demzufolge wünschen Krankenkassen für ihre Versicherten immer mehr *Komplettanbieter*, die Akutspitäler,

ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflegeeinrichtungen und Sozialdienste in einem Netzwerk vereinen. Wünschenswert wäre, wenn diese Netzwerke dabei flexibel auf Kapazitäten der medizinischen Grundversorgung, der regionalen Versorgung sowie der universitären Spitzenversorgung zugreifen könnten, damit Aufgaben nach medizinischen und sozioökonomischen Kriterien optimal verteilt werden können.

Eine noch weiter gehende Integration unter Einbezug der Patientinnen und Patienten findet in Managed-Care-Organisationen statt. Darunter verstehen wir ein Steuerungsmodell, das versucht, die ungebremste Leistungsausweitung auf Kosten der Allgemeinheit einzuschränken, ohne auf das Sozialprinzip zu verzichten. Dazu schliessen sich Ärztenetzwerke, Spitäler und Versicherungen zu einer Organisation zusammen. Sie übernehmen für einen fixen Betrag die Versorgung des Patienten. Der Patient ist umgekehrt verpflichtet, sich ausschliesslich von dieser Organisation behandeln zu lassen. Managed-Care-Organisationen haben die Rolle von sogenannten «Gatekeepers». Diese sparbedingte Einschränkung bringt unausweichlich einen Verlust an «Freiheit» für den Patienten mit sich. Die Vorteile solcher Netzwerke liegen in einer besseren Integration von Prävention, Medizin, Pflege und sozialfürsorgerischer Kompetenz. Die Qualität und Effizienz der Wertschöpfung wird über strukturierte Fortbildung, standardisierte Datenbanken mit Patientendaten sowie gemeinsam erarbeitete Qualitätsleitlinien gefördert und kontrolliert. Die Zentralisierung teurer Investitionen und ein integratives Case Management tragen zu hoher Kosteneffizienz bei. Weil solche Organisationen nicht an politische Grenzen gebunden sind, können sie eine kritische Grösse erreichen, was der Professionalisierung und der Rentabilität zentraler Dienstleistungen zuträglich ist [7].

Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Kooperation

Als schwer lösbare Herausforderung für die Entwicklung von Spitälern haben sich fundamentale kulturelle Unterschiede zwischen Ökonomie und Medizin erwiesen. Medizin und Ökonomie orientieren sich an völlig unterschiedlichen Referenzmassstäben, was gute Arbeit und gute Entscheidungen betrifft. Während die Medizin versucht, den Behandlungserfolg für den einzelnen Patienten nach Massgabe des *Machbaren* zu maximieren, drängt die Ökonomie darauf, nur so lange zu «investieren», bis die Grenzkosten den Grenznutzen zu übersteigen beginnen – wie auch immer dies im konkreten Fall ermittelt werden mag.

Führungskräfte mit finanzieller Verantwortung sind deshalb geneigt, das Handeln der Ärztinnen und Ärzte mit Hilfe von Regeln und ökonomischen Anreizen zu beeinflussen. Erfahrungen aus Grossbritannien zeigen aber, dass dieser Spagat heikel und schwierig ist. Zum einen ist der aufgebaute wirtschaftliche Druck oft zu wenig stark, um fundamentalen Wandel in den klinischen Arbeitsprozessen anzustossen [8]. Zum anderen ist die Gefahr gross, durch ökonomische Anreize gerade die wertvollsten Kompetenzen einer Spitalorganisation zu zerstören. Diese liegen heute in der hervorragend ausgebildeten Fähigkeit zur selbstorganisierenden Kooperation – selbst oder gerade bei chaotischen Arbeitsbedingungen –, in der Aufopferung und Motivation der Mitarbeitenden für Patientinnen und Patienten und in der ausgeprägten Bereitschaft zu spontaner kollegialer Hilfe.

Es braucht nicht viel, über unüberlegte ökonomische Fehlanreize und den naiven Glauben an den Nutzen einer internen Konkurrenz diese Kooperation nachhaltig und weitgehend unwiederbringlich zu zerstören – insbesondere wenn Anreize als widersprüchlich und unfair, nicht marktgerecht und unsicher bezüglich ihrer tatsächlichen Wirkungen wahrgenommen werden.

Wird die ökonomische Rationalität zur zentralen Steuerungsfunktion eines Spitals, ist nur die Effizienz der jeweiligen Leistungseinheit von Interesse. Behandlungsketten und Patientenkarrerien werden aus den Augen verloren und entziehen sich der Systemsteuerung weitgehend. Noch existieren keine Patentrezepte, wie eine sinnvolle Mischung von Steuerungsinstrumenten zwischen Markt und Hierarchie aussehen könnte. Zu begrüssen wäre eine Art von «Co-opetition», also eine Mischung aus Wettbewerb und Kooperation, ein Zustand, der von Natur aus instabil ist, aber genau deshalb auch spannende Entwicklungen zulässt.

Auf jeden Fall deuten Erfahrungen aus der Industrie darauf hin, dass in Zukunft *vielfältigere* und oft auch *fragilere Mischformen* der Zusammenarbeit zu erwarten sind. So entwickeln in der Automobilindustrie die schärfsten Konkurrenten gemeinsam neue Technologien, oder die Zulieferer erhalten vollen Einblick in geheime Entwicklungspläne der Unternehmen, damit ein neues Produkt überhaupt entstehen kann [9].

Damit werden Spitäler mit zusätzlicher Instabilität konfrontiert. Diese kann nur dann sinnvoll in den Arbeitsalltag integriert werden, wenn anderweitig *zusätzlich* stabilisierende Momente und Praktiken entwickelt werden. Genau dies ist Kernaufgabe eines integrierenden Managements, das nicht nur die analytisch korrekte Abarbei-

tung ökonomischer Optimierungsprobleme beinhaltet, sondern vielmehr die Stärkung einer kooperativen «Sozialarchitektur», die kommunikative Vergemeinschaftung strategischer Problemlagen und Zukunftsoptionen sowie die Unterstützung professions- und bereichsübergreifender Vernetzung und Mobilisierung der Verantwortlichen.

Literatur

- 1 Shortell SM, Kaluzny AD (editors). Health Care Management: Organization Design and Behavior. 3rd edition. New York: Thomson Delmar Learning; 1994.
- 2 Kirchgässner G. Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte. Bern: Kommission für Konjunkturfragen; 2006. www.kfk.admin.ch/pdf%20d/HP-2006-Kirchgaessner.pdf.
- 3 Porter ME, Teisberg EO. Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review. 2004; 82(6):64-76.
- 4 Strauss A, Corbin J. Shaping a New Health Care System. San Francisco: Jossey-Bass; 1988.
- 5 Lega F, DePietro C. Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. Health Policy. 2005;74(3):A 261-81.
- 6 Stratmeyer P. Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektive für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. München: Juventa; 2002.
- 7 Amelung VE, Schumacher H. Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Dritte Auflage. Wiesbaden: Gabler; 2004.
- 8 McNulty T, Ferlie E. Process Transformation. Limitations to radical organizational change within public service organizations. Organization Studies. 2004;25(8):1389-412.
- 9 Hamel G, Doz YL, Prahalad CK. Collaborate with your competitors – and win. Harvard Business Review. 1989;67(1):133-9.