Warum immer mehr «Administration»? Wege aus der «Administrationsfalle»

Johannes Rüegg-Stürm[a], *Harald Tuckermann*[b]

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

b Dr. oec. HSG, Habilitand und Lehrbeauftragter, Institut für Betriebswirtschaft (IfB) der Universität St. Gallen (HSG)

Bisher in dieser Reihe in loser Folge erschienene Artikel in SÄZ 23, 28, 32 und 45 (alle 2007) auf www.saez.ch.

Forschungsprogramm HealthCare Excellence

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

Institut für Betriebswirtschaft, St. Gallen

Korrespondenz:
Prof. Dr. oec.
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

Einleitung

Ausgehend von der konkreten Klage über die wachsende «Administrierung» wird der Hintergrund dieser Entwicklung ausgelotet. «Administrierung» hilft zwar, die über Integrationsbedarf und Ressourcenverknappung entstehende organisationale Ungewissheit zu bewältigen. Sie produziert aber auch die «Administrationsfalle», weil man darüber das Organisieren des Kontextes für die im Zentrum stehenden Behandlungsinteraktionen kaum übergreifend in den Blick nehmen kann. Daher stellt Administrierung die falsche Antwort auf einen steigenden Abstimmungsbedarf in Spitälern dar. Ausserdem fokussiert es eher auf die analytische Seite und weniger die kommunikative Seite des Organisierens. Um der grassierenden «Administrierung» wirkungsvoll begegnen zu können, ist Kommunikation notwendig, die gezielte Gestaltung von Kommunikationsplattformen. Über diesen Weg eröffnet sich die Möglichkeit, sich produktiv über den gemeinsam praktizierten, aber unterschiedlich erlebten Arbeitsalltag auszutauschen und für konkret anstehende Probleme neuartige Lösungen zu entwickeln.

> «Wir müssen etwas tun, und dann müssen wir es aufschreiben. Wir tun wieder etwas, und auch das müssen wir aufschreiben. Und manchmal dauert das Aufschreiben länger als das Machen. Es wird immer mehr, und Formulare gibt es für alles und jedes.»

Wie diese Expertin beschreibt eine Vielzahl von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Therapeuten und anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen einen Teil ihres Arbeitsalltags. Anscheinend müssen immer mehr Arztbriefe, Untersuchungsberichte, Verordnungen, Patientenakten, Leistungserfassungen, Beurteilungen und andere «administrative» Arbeiten erledigt werden. «Administration» hält von der eigentlichen Arbeit ab, wird abends, in der Freizeit oder zwischendurch erledigt. Aber kaum jemand wählte den medizinischen Beruf wegen der Administration.

Warum nimmt «Administratives» immer mehr zu? Anscheinend müssen die Beteiligten in verstärktem Masse die eigene Leistung nachweisen, sei es für die Abrechnung oder für potentielle gerichtliche Auseinandersetzungen. Ersteres (und vielleicht auch letzteres) könnte im Zuge der Fallpauschalen noch zunehmen.

Was verbirgt sich hinter diesem Trend? Wieso scheint er sich kaum umkehren zu lassen, obwohl viele darüber klagen?

Erstens zeigen wir, warum und in welcher Form «Administratives» eine Antwort auf einen *steigenden Abstimmungsbedarf* der Beteiligten untereinander darstellt. Damit sind die Themen Zusammenarbeit, Führung und Kommunikation angesprochen. Wir werden in einem zweiten Schritt folgende Entwicklungsrichtung auf-

Comment sortir du piège administratif?

Partant d'une plainte concrète envers l'«administratisation» croissante, l'article analyse les raisons de cette évolution. L'administratisation aide certes à venir à bout des incertitudes organisationnelles liées à une nécessité d'intégration et à la raréfaction des ressources, mais elle conduit aussi à ce que l'on appelle un «piège administratif». Celui-ci empêche de garder une vue d'ensemble permettant d'organiser le contexte nécessaire à l'interaction des traitements, question centrale s'il en est. De ce point de vue, l'administratisation représente une réponse erronée à la nécessité croissante de coordination dans les hôpitaux. En outre, cette démarche met plutôt l'accent sur la part analytique de l'organisation que sur la part communicative. Afin de contrer efficacement cette administratisation galopante, il est primordial de communiquer et de créer des forums de discussion ciblés. Ainsi, il sera possible d'avoir des échanges productifs sur l'exercice quotidien de la médecine – certes pratiquée en commun – mais vécue de manière différente. En outre, cela permettra aussi de trouver de nouvelles solutions aux problèmes concrets qui se posent.

zeigen: Statt Administration zu bekämpfen, könnten *neuartige Formen der Kommunikation* zwischen den Beteiligten die Effizienz und Qualität der Wertschöpfung stärken.

Wir deuten die zunehmende Administrierung medizinisch-pflegerischer Wertschöpfung als Antwort auf ungelöste Herausforderungen im Rahmen des «interaktionalen Organisierens». Zudem drückt sich im Administrieren eine Vorstellung von Organisation aus, die sie als technischen Zusammenhang ansieht, der sich wie eine Maschine von aussen optimieren lässt. Diese trivialisierende Gestaltungs- und Steuerungsvorstellung wird vielerorts von den Akteuren im Spital und von der Politik gleichermassen geteilt. Demgegenüber verstehen wir Organisieren und Führen als ein prozesshaftes, fragiles kommunikatives Zusammenwirken der an der arbeitsteiligen Wertschöpfung beteiligten Akteure.

«Administratives»: die falsche Antwort auf steigenden Abstimmungsbedarf

Aus unserer Sicht werden die laufend zunehmende Spezialisierung und Vernetztheit von Behandlungspraktiken sowie der damit zusammenhängende wachsende *Integrationsbedarf* stark unterschätzt. Erfolgreiche Behandlungen beruhen ungleich stärker als in früheren Zeiten auf einem intensiven Datenaustausch und äusserst anspruchsvollen Sensemaking-Prozessen. Aus diesem Blickwinkel ist ein Krankenhaus in allererster Linie als hochkomplexes *Informationsverarbeitungssystem* zu verstehen. «Informationsprozesse» sind also gerade nicht – wie vielfach stillschweigend angenommen – der eigentlichen Behandlungsarbeit untergeordnete und damit zweitrangige Unterstützungsprozesse, sondern das eigentliche *Herz* einer qualitativ hochwertigen medizinisch-pflegerischen Wertschöpfung.

Unsere empirische Forschungsarbeit zeigt, dass diesbezüglich Optimierungspotentiale in hohem Ausmass brachliegen, weil vielerorts Datenformate, Datenflüsse* und davon abhängige Planungspraktiken der Allokation und Koordination knapper Ressourcen (Behandlungskapazitäten, Geräte, Räume) *unterstrukturiert* und *unterspezifiziert* sind. Vereinfachend gesagt: All das, was im Spital nicht eindeutig *einem* bestimmten Bereich zugeordnet werden kann, d.h. in organisationalen «Zwischenräumen» liegt und eigentlich einer geordneten *Verbindung* dienlich sein sollte, tendiert dazu, durch die Maschen der führungsmässigen Aufmerksamkeit zu fallen.

Vielerorts versucht man vor diesem Hintergrund mit dem Einsatz von IT-Systemen, den wiederholt erlebten Friktionen, Leerläufen und Problemen der Patientensicherheit Herr zu werden. Statt dessen passiert das Gegenteil: Ganz im Sinne von «If you automate a mess, you get an automated mess» (Michael Hammer) nimmt der administrative Aufwand zu anstatt ab. Die Informationstechnologie kann aber nur dann als Heilmittel dienen, wenn *vorgängig* und *gemeinschaftlich* die organisatorischen und führungsmässigen Hausaufgaben gemacht werden.

Dazu kommen weitere Treiber der Veradministrierung der medizinisch-pflegerischen Wertschöpfung. Zu nennen wäre erstens eine gewisse Ressourcenverknappung. Zwischen dem medizinisch (und technologisch) Machbaren und ökonomisch Finanzierbaren öffnet sich eine Schere mit Forderungen nach mehr Effizienz und Wettbewerb. Wettbewerb setzt aussagekräftige *Leistungs-* und *Qualitätsvergleiche* voraus. Solche beruhen auf dem Vergleich einer Vielzahl von Daten, die durch die Betroffenen selber erhoben werden müssen. Das bedeutet mehr «Administration». Dazu kommen zweitens ein steigender Rechtfertigungs- und Transparenzdruck. Getrieben durch teilweise fragwürdige Sicherheitserwartungen wollen Öffentlichkeit, Patientinnen und Patienten immer mehr über die Wertschöpfung eines Spitals wissen. Und drittens steigt – wie vorgängig bereits skizziert – der interne Abstimmungsbedarf. Die zunehmende Polymorbidität einer demographisch alternden Gesellschaft erfordert *mehr integrierte medizinisch-pflegerische Wertschöpfung*. Gleichzeitig braucht es für die Wissensentwicklung immer mehr Spezialisierung. Beides zusammen führt zu mehr Bedarf an Abstimmung zwischen den spezialisierten Expertinnen und Experten. Deren Zeit für solche Abstimmungsprozesse nimmt aber im Zuge der Ressourcenverknappung eher ab. Daher werden bürokratische Regelungen auch für die *interne Zusammenarbeit* zwischen Kliniken und mit einer zunehmend emanzipierten Pflege entwickelt. Aus der bürokratischen Tradition von Krankenhäusern manifestieren sich solche Anstrengungen nicht selten in auszufüllenden Formularen und wechselseitigen Berichten. Diese wiederum unterscheiden sich aufgrund der *Klinikautonomie* mehr oder weniger stark voneinander, was für die Beteiligten bei einem Wechsel der Klinik mit aufwendigen Lernprozessen verbunden ist. Gerade für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen in Ausbildung mit kurzer Verweildauer in einer Klinik wirkt dies besonders belastend.

Nichtsdestotrotz gelingt es mit Hilfe einer Administrierung im schnellebigen Spitalalltag nicht immer, den zunehmenden Abstimmungsbedarf zu bewältigen. Gemäss unseren Beobach-

* Wir sprechen hier absichtlich von Daten und nicht von Information. Information entsteht immer erst im Rahmen eines kreativen dialogischen oder kognitiven Sensemaking-Prozesses.

tungen liegt dies an folgendem: Der Frage nach den konkreten Formen der Zusammenarbeit, also danach, *wie* die Arbeit der Beteiligten wirkungsvoll aufeinander abgestimmt werden kann, ist traditionell wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Im Fokus von Abstimmungsprozessen und Koordinationspraktiken standen hauptsächlich medizinisch-pflegerische und damit fachliche Fragen der Patientenbehandlung. Zuständigkeiten, Aufgabenverteilungen, die Spezifikation von Datenformaten und Datenflüssen wurden mit Hilfe der Hierarchie, mit Weisungsbefugnis und mit administrativen Regelungen als sachanalytisches Problem gehandhabt. Dahinter stehen die Annahmen,

– dass die vorgesetzte Person mehr weiss als die untergebene;
– dass dieses Wissen problemlos «transportierbar» ist und
– damit ein Organisationsverständnis, das Spitalorganisation vornehmlich sachanalytisch in Richtung eines *technisch regelbaren Wirkungsgefüges* auffasst.

Besonders die letzte Vorstellung ist problematisch, wenn wir an den Kern der Wertschöpfung eines Spitals denken: Ungewissheitsbewältigung und Ambiguitätsreduktion durch *gemeinsame Interpretation (Sensemaking)* komplexer Krankheitsbefunde. In einem solchen Kontext verfertigen und strukturieren sich Aufgaben, Zuständigkeiten und Rollen oftmals erst *im* alltäglichen Vollzug aufeinander bezogener Handlungen. In diesem Vollzug formieren sich auch wechselseitige Erwartungen, die weder festgeschrieben noch beliebig sind. Man kann sich aufeinander verlassen, ist aber nicht vor Überraschungen gefeit.

Ein mechanistisches Verständnis von Organisation geht davon aus, dass sich die meisten Dinge wie bei einer guten Maschine *vorweg* strukturieren lassen. Dies trifft für die Spezifikation vieler Datenformate und Datenflüsse weitgehend zu. Das alltägliche Organisieren hätte sich dann lediglich noch um *Ausnahmen* zu kümmern, die über eigeninitiative Selbstkoordination bewältigt werden müssen [1]. In Spitälern aber ist der Ausnahmefall – manchmal auch durch menschliche Fehler mitverursacht – weitgehend der *Normalfall,* und genau darauf ist Organisieren auszurichten [2, 3]. Mit anderen Worten kommt der Organisation des Behandlungskontexts, d.h. der Weiterentwicklung von Koordinationspraktiken und strukturierten «Kommunikations- und Entscheidungsforen», grosse Bedeutung zu. Dies wird spätestens dann deutlich, wenn der Patient zur Visite nicht da ist, wenn Unterlagen fehlen, wenn sich Untersuchungstermine überschneiden usw.

Dabei zeigt sich, wie wichtig neben der sachanalytischen die *kommunikative Beziehungsdimension* von Zusammenarbeit und Organisieren ist. In der konkreten Situation gilt es dann, improvisierend und situativ die Röntgenbilder anzufordern, die Untersuchungstermine zu entflechten und den für die gemeinsame Visite notwendigen Kollegen anzurufen oder jemanden um Hilfe zu bitten, um das konkrete Problem im Einzelfall und individuell zu beheben. Das ist nicht nur frustrierend, weil solche Feuerwehrübungen zur Lösung des Problems von dem abhalten, wofür man eigentlich Pflegefachperson oder Ärztin geworden ist. Es kann auch ein Dominoeffekt entstehen, weil die Lösung des eigenen, unmittelbar anstehenden Problems zum Problem der anderen wird. Die anderen müssen für meine Problemlösung ihre Tätigkeit unterbrechen. All dies kann nur dann – trotz allem – funktionieren, wenn die Beteiligten in kollegiale tragfähige Netzwerke eingebettet sind.

Wenn sich die Beteiligten im Spital verstärkt auf derartige Formen der *Improvisation* verlassen (müssen), entsteht auf diese Weise zusätzliche Ungewissheit im Organisieren. Gleichzeitig sinkt tendenziell die Zeit für die originär pflegerische und ärztliche Arbeit und vor allem für die Möglichkeit, den Hintergrund in den Blick zu nehmen, der diese Probleme hervorbringt. Was ist die Folge? Ausser einer problematischen Zuschreibung persönlicher Verantwortung bzw. Schuld an andere greift man vielerorts zu neuen Regelungen in der Hoffnung, das Problem über eine neue Anweisung in den Griff zu bekommen. Oder man versucht, sich selbst darüber abzusichern, von den anderen schriftlich Verordnungen und Leistungsnachweise zu verlangen oder selbst zu erbringen. All dies trägt zu einer wachsenden Administrierung bei und führt dazu, dass die Kapazität für die Arbeit mit Patientinnen und Patienten sinkt.

Ausserdem gerät die kommunikative Dimension von Organisieren – das organisierte Ineinandergreifen der einzelnen Beiträge und die routinisierten Formen der Zusammenarbeit – zunehmend aus dem Blick. Es beschleicht einen der Eindruck, dass die bisherigen Lösungen keine sind, sondern mitunter das Problem noch verschärfen. Man gerät in eine «Administrationsfalle», und diese hängt nach unserer Auffassung wesentlich mit einem mechanistischen Organisationsverständnis zusammen.

Kommunikation als Weg aus der «Administrationsfalle»

Wie unterbricht man einen derartigen Teufelskreis, und was ist dafür erforderlich? Als erstes scheint sich anzubieten, das eigene Organisieren im Zusammenspiel der unterschiedlichen Beteiligten wieder verstärkt in den Blick zu nehmen. Das bedeutet einerseits, sich die konkrete Dynamik zu vergegenwärtigen, in der zum Beispiel – wie hier skizziert – das Symptom «steigende Administration» hervorgebracht wird. Andererseits bedeutet dieses «in den Blick nehmen» auch, nach den Auswirkungen der eigenen Handlungen auf die anderen Beteiligten zu fragen. Man dreht also den Blick um und fokussiert zunächst nicht die eigenen Probleme, die durch «die anderen» verursacht werden. Darüber werden ohnehin oft ganze Pausengespräche und Abende gefüllt. Der eigene Anteil zu den beklagten Problemen wird demgegenüber weit seltener bedacht und noch weniger mit anderen besprochen.

In einem solchen Prozess geht es nicht um fachliche Fragen, sondern um die *Art und Weise der Zusammenarbeit,* um die wechselseitigen Erwartungen und Vorstellungen, wie sich die Beteiligten idealerweise die Kooperation im Hinblick auf eine optimale Behandlung vorstellen. Von dort her lässt sich ausloten, wie sich die notwendigen Bedingungen selbst im Alltag herstellen lassen, ohne auf sie von aussen warten zu müssen.

Eine solche Anstrengung liegt jenseits fachlicher Fragen, jenseits einer oft auf Kosten beschränkten Ökonomie und jenseits einer mechanistischen Vorstellung von Organisation. Sie fokussiert vielmehr auf die kommunikativen Bedingungen und Möglichkeiten für eine optimale Behandlung. Dass hier enormer Entwicklungsbedarf besteht, ist an folgendem ablesbar: In vielen Kliniken und Spitälern existieren wohl Kommunikationsforen, wo besonders anspruchsvolle medizinisch-pflegerische Fachfragen erörtert werden. Aber es gibt erstaunlicherweise kaum Treffen, in denen Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, IT-Experten, Patientenadministration usw. interdisziplinär regelmässig *grundlegende Fragen des Organisierens, Führens und der strategischen Zukunftssicherung* eines Spitals reflektieren.

Zusammengefasst geht es darum, differenzierter zwischen medizinisch-pflegerischer Tätigkeit einerseits und dem *Organisieren dieser Arbeit* andererseits zu unterscheiden. Darüber lässt sich eine veränderte «Organisationsbewusstheit» entwickeln, was wiederum erlaubt, jenseits einer zusätzlichen «Administrierung» Möglichkeiten auszuloten, um organisationale Ungewissheit zu bewältigen.

Wenn man sich als Spital auf diesen Weg begibt, wird man feststellen, dass alle Beteiligten eine andere Sicht der Dinge haben. Je nach Perspektive sieht beispielsweise die Chirurgie die Organisation eher als komplizierte Maschine, in der schnelle Entscheidungen wichtig sind und der invasive Eingriff im Zentrum steht. Der inneren Medizin erscheint Organisation eher als komplexer Organismus, in den zu intervenieren ein von Überraschungen gekennzeichnetes und zeitlich dynamisches Unterfangen darstellt. Für die Pflege hat Organisation aufgrund der eigenen Arbeit und der damit verbundenen Querschnittsfunktion viel mit Vernetzung und Integration zu tun: Patienten, betreuende Fachkräfte und Angehörige müssen sinnvoll in den Heilungsprozess einbezogen werden. Wie z. B. Anästhesiologen und Radiologen sehen sich Pflegefachkräfte in einer Matrix und sind in unterschiedlichen Kliniken engagiert.

Diese Beispiele illustrieren, dass «Organisationsbewusstheit» nicht eine einheitliche Perspektive bedeutet. Das wäre mit dem jeweiligen Arbeitsalltag im Hintergrund weder möglich noch förderlich. Vielmehr geht es um die gemeinsame Entwicklung von Praktiken für eine produktive Handhabung dieser unterschiedlichen Verständnisse mit dem Ziel der Gewinnung einer integralen Sicht auf die Patientenkarrieren und den Spitalbetrieb als Ganzes. Damit ist auch eine Form der *Sprachentwicklung* verbunden, um sich bei aller Unterschiedlichkeit *gemeinschaftlich* über Organisieren und Führen unterhalten zu können. Dazu kann beispielsweise die Unterscheidung zwischen fachlichen und organisatorischen Fragen oder zwischen sachanalytischer und kommunikativer Dimension hilfreich sein.

Notwendig für diesen Weg zu einer veränderten «Organisationsbewusstheit» scheint aus unserer Sicht, institutionalisierte Gesprächskontexte viel bewusster und zielgerichteter als bis anhin üblich zu gestalten. Für fachliche Fragen existieren sie bereits, z. B. als Rapporte, Konsilien, Tumor Boards, Diskussion herausfordernder Behandlungsfälle oder wissenschaftlicher Artikel. Demgegenüber scheint es für die hier aufgeworfenen Fragen nach angemessenen Formen des Organisierens und Führens kaum Entsprechendes zu geben. Mit anderen Worten steht die gezielte Gestaltung und Strukturierung kommunikativer Arrangements, Arbeitsforen oder Plattformen (institutionalisierter Kontaktsituationen) zur Bearbeitung von Herausforderungen des Organisierens und Führens an. Dabei sind zwei Ebenen zu unterscheiden:

– Auf der Ebene einzelner Kontaktsituationen und *Gesprächskontexte* gilt es, an konkreten Problemstellungen des Alltags wie der Frage nach Reduktion des «Administrativen» zu arbeiten. Im Gespräch erfordert dies ein gewisses Geschick, sich weniger auf Problembeschreibungen zu konzentrieren als vielmehr mit viel Wertschätzung füreinander auch tiefer gehende Organisationsdiagnosen vorzunehmen und vor dem Hintergrund eines vergemeinschafteten Problemverständnisses miteinander *Lösungen* auszuloten. Dazu sind klare Verantwortlichkeiten und eine gute Orchestrierung erforderlich. Dies betrifft vor allem die Vorbereitung, Themenidentifikation, Strukturierung, Moderation und Nachbereitung eines Treffens, einschliesslich der Visualisierung und Dokumentation getroffener Vereinbarungen für den Arbeitsalltag, sowie die Orientierung derjenigen, die bei solchen Gesprächen nicht direkt beteiligt sind. Die Fokussierung auf konkrete Anliegen aus dem Arbeitsalltag hilft, sich den unmittelbaren Bezug zur eigenen Praxis und darüber die Wirksamkeit von Veränderungsarbeit vor Augen zu führen. Diese Wirksamkeit kann zum Katalysator für weitere erfolgreiche Schritte werden.
– Auf der Ebene der «Gesamtarchitektur» geht es um die *Vernetzung* institutionalisierter Kontaktsituationen (Plattformen, Arbeitsforen). Diese Vernetzung ist eine äusserst wichtige Managementaufgabe, bei der gewissermassen die führungsmässige «Verdrahtung» eines Spitals spezifiziert und zu gelebter Führungspraxis entwickelt werden muss. Welche *Problemstellungen* sollen auf welcher Plattform bearbeitet werden? Wie ist das *«Agenda Setting»* organisiert? Was ist der *zeitliche Rhythmus? Wer* soll sich auf welchen Plattformen engagieren? Wie sehen die entsprechenden Rollen und Führungsverständnisse aus? Wie sind die einzelnen Plattformen hinsichtlich des Informations- und Entscheidungsflusses miteinander verbunden? Wie lassen sich Arbeitsfortschritte sichtbar machen und fortlaufend in den Arbeitsalltag integrieren, der auf diese Weise kontinuierlich weiterentwickelt werden soll, usw.?

Insbesondere bei Vorhaben wie der Reduktion des «Administrativen», bei denen es auf die engagierte Mitwirkung unterschiedlicher Professionen, Fachbereiche und Hierarchiestufen ankommt, ist die Ebene der Gesamtarchitektur von grosser Wichtigkeit. Nur im orchestrierten Zusammenspiel der einzelnen Plattformen lassen sich übergreifende Lösungen zur nachhaltigen Vereinfachung ausloten und erfolgreich realisieren. Der Aufbau tragfähiger Gesamtarchitekturen des Organisierens und Führens wird eine strategische Managementaufgabe künftiger Spitalleitungen sein.

Zusammenfassung

Ausgehend von der konkreten Klage über die wachsende «Administrierung» haben wir untersucht, worauf dieser Trend zurückzuführen ist. «Administrierung» scheint vordergründig dazu beizutragen, den aufgrund fortschreitender Spezialisierung und Ressourcenverknappung wachsenden Integrations- und Koordinationsbedarf zu bewältigen. Sie produziert aber auch die «Administrationsfalle», weil man darüber das *Organisieren der informationellen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen* für die im Zentrum stehenden Behandlungsinteraktionen kaum übergreifend in den Blick nehmen kann. Ausserdem scheint das vorherrschende Verständnis von Management eher die analytische Seite und weniger die kommunikative Seite des Organisierens zu fokussieren. Um der grassierenden «Administrierung» wirkungsvoll begegnen zu können, ist aber eine gemeinschaftliche Gestaltung von Datenformaten, Datenflüssen und Kommunikationsplattformen zur fortlaufenden Planung und Koordination der medizinisch-pflegerischen Wertschöpfung unerlässlich. Über diesen Weg eröffnet sich die Möglichkeit, sich produktiv über den gemeinsam praktizierten, aber unterschiedlich erlebten Arbeitsalltag auszutauschen und für konkret anstehende Probleme neuartige und nachhaltige Lösungen zu entwickeln. Wie dies konkret realisiert werden kann, wird in den folgenden Beiträgen zum Prozessmanagement und zur Führungsentwicklung diskutiert werden.

Literatur

1 Ortmann G. Regel und Ausnahme. Paradoxien sozialer Ordnung. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2003.

2 Weick KE, Sutcliffe KM. Managing the Unexpected. Assuring High Performance in an Age of Complexity. San Francisco: Jossey-Bass; 2003.

3 Vogd W. Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung; 2004.