

# Vom interaktionalen Organisieren zum Organisieren von Kommunikation

Harald Tuckermann<sup>a</sup>,  
Johannes Rüegg-Stürm<sup>b</sup>

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

b 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

**Bisher in dieser Reihe in loser Folge erschienene Artikel in SÄZ 23, 28 und 45 (alle 2007) sowie 7/2008 auf [www.saez.ch](http://www.saez.ch).**

## Forschungsprogramm HealthCare Excellence

Silke Bucher, David Kurz, Jürgen Merz, Prof. Dr. Johannes Rüegg-Stürm, 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](mailto:johannes.rueegg@unisg.ch)  
[www.healthcaremanagement.ch](http://www.healthcaremanagement.ch)  
[www.ifb.unisg.ch](http://www.ifb.unisg.ch)

Der Beitrag zu den Hintergründen vermeintlicher Wandelresistenz von Spitälern hatte das Organisieren der Wertschöpfung zum Thema [1]. Deren Kern besteht in der Reduktion von prinzipieller Ungewissheit und Ambiguität in der Behandlungsinteraktion und in der *Stabilisierung* von organischen, psychischen und psychosozialen Prozessen. Für diese hochanspruchsvolle Wertschöpfung hat sich historisch das «interaktionale Organisieren» herausgebildet: Die Behandlungsinteraktion steht im Zentrum des Geschehens. Die Organisation ist fachlich ausgerichtet und orientiert sich an den beteiligten *Personen*, vor allem an Ärztinnen und Ärzten, um trotz komplexer Alltagsarbeit fortlaufend eine eindeutige Verantwortung herzustellen.

In der Vergangenheit hat «interaktionales Organisieren» weitgehend funktioniert. Heutzutage jedoch erodieren bestimmte Bedingungen dieses Organisierens. In welche Richtung können sich Spitäler als Organisation entwickeln? Welche Herausforderungen entstehen, wenn die Beteiligten vor dem Hintergrund des «interaktionalen Organisierens» ebendieses Organisieren verändern wollen, ohne dabei die Qualität der Behandlungsinteraktion aus dem Blick zu verlieren? Wie lässt sich diese Herausforderung grundsätzlich angehen?

Diese Fragen liegen dem folgenden Beitrag zugrunde. Erstens werden die Grenzen des «interaktionalen Organisierens» anhand gegenwärtiger Trends im Gesundheitswesen skizziert. Daraus entsteht die Herausforderung für Spitäler, sich eine veränderte Perspektive auf ihre Organisation zu erarbeiten. Wie dies auf einer übergeordneten Ebene aussehen kann, wird zweitens anhand der «Vier-Ebenen-Pyramide» dargelegt. Es geht um die Stärkung von organisationalen Themen zur Optimierung von Behandlungsinteraktionen. Drittens stellt die *Strukturierung von Kommunikation* die prinzipielle Richtung dar, wie das, was Organisation und Identität von Spitälern im Kern konstituiert, stärker in den Blick genommen werden kann.

## Die Grenzen «interaktionalen Organisierens» und der Bedarf für einen Perspektivenwechsel

Das «interaktionale Organisieren» wird heutzutage über vier Trends in Frage gestellt:

- Erstens erschwert es die *Ressourcenverknappung* zunehmend, für die Behandlung jederzeit die notwendigen Ressourcen und vor allem das entsprechende Personal zu mobilisieren. Einsparungen führen bei Pflegenden

## De l'organisation intercantonale à l'organisation de la communication

L'«organisation intercantonale» relative aux hôpitaux, traitée dans l'article «Wandelresistenz» (trad.: résistance au changement) [1], est un domaine soumis à des conditions qui ne cessent de s'éroder aujourd'hui. Au lieu de s'attarder sur cette constatation, l'auteur examine les modalités du nécessaire changement de perspective. Ce changement consistera à ne plus seulement poser la question de l'efficacité ou à se concentrer sur la préservation et le développement des standards professionnels ayant trait aux soins médicaux et infirmiers. A l'avenir, le regard sera également porté sur l'organisa-

tion en tant que telle. Cette «redécouverte» concerne l'organisation de la communication. En structurant la communication, on créera les bases permettant de relier entre eux de façon productive les thèmes variés de l'efficacité économique, de la structuration organisationnelle, des standards professionnels et de l'identification relationnelle des parties prenantes. Les hôpitaux pourront ainsi maîtriser le défi d'entreprendre les modifications intentionnelles relatives aux bases de leur organisation et qui, par tradition, échappent à l'attention de l'«organisation intercantonale».

und Ärzten zu einer Ausweitung von Aufgaben. Die Arbeitsbelastung steigt, und die Zeit für die jeweilige Patientenbetreuung sinkt. Ausserdem wird die Abstimmung von Tätigkeiten im zeitlichen Ablauf immer wichtiger. Sobald Unterlagen zu spät eintreffen, sich Untersuchungstermine verschieben oder die Beteiligten anderweitig aufgehalten werden, gerät das Gefüge der voneinander abhängigen Aktivitäten durcheinander und erfordert «Feuerwehrrübungen». Das Mehr an Zeit, Personal, Material bzw. deren höhere Auslastung steigert dann die Arbeitsbelastung. Zudem vermindert diese Entwicklung die Möglichkeit, den Vollzug des Arbeitsalltags gemeinschaftlich in den Blick zu nehmen und weiterzuentwickeln.

- Zweitens wird die *Weisungsbefugnis* von Ärzten durch die Entwicklung auf Seiten der Pflege und der Verwaltung in Frage gestellt. Die Pflege entwickelt sich von hierarchisch Unterstellten zu Kooperationspartnern [2]. Die Verwaltung ist über die knapperen Ressourcen mit einer Allokationsaufgabe betraut, die sich auf die medizinisch-pflegerische Arbeit auswirkt [3]. Über die Koordination zunehmend knapper Ressourcen kommt die Frage nach der Steuerung des Gesamtsitals in den Blick. Früher wurde dieses Thema über die klinikspezifischen, fachlichen Entwicklungen im einzelnen gehandhabt.
- Drittens verstehen sich *Patientinnen und Patienten* in der Behandlungsinteraktion nicht mehr nur als Leistungsempfänger, sondern zunehmend auch als aktive Partner und Experten ihrer eigenen Gesundheit und Krankheit. Die Erwartungen an die Behandlungssituation differenzieren sich zunehmend aus und erfordern von Pflegenden und Ärzten, sich auf verstärkt unterschiedliche Beziehungskontexte einzustellen [4].
- Viertens erfordert die für die Wissens- und Kompetenzentwicklung notwendige Ausdifferenzierung medizinischer Fachbereiche aufgrund der prinzipiellen Unteilbarkeit menschlicher Leiden die verstärkte *Reintegration* der verteilten Fachexpertise. Die Wissensentwicklung sowie die Zahl und Vielfältigkeit der zu betrachtenden Einzelfälle lassen sich personenzentriert immer weniger handhaben [5]. Der Bedarf an veränderten Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit steigt, um zeitgerecht die Zusammenführung von Spezialexpertise zu bewältigen [6]. Auf diese Weise werden die professionelle Autonomie der einzelnen Akteure und die traditionelle

Abgrenzung der Kliniken innerhalb eines Krankenhauses verstärkt einem Veränderungsbedarf ausgesetzt.

Durch das Zusammenspiel von aktuellen Bedingungen und Entwicklungstrends gerät das «interaktionale Organisieren» an systematische Grenzen: Erstens stellen Ressourcenverknappung, Pflege- und Patientenemanzipation und Reintegrationsbedarf die Autonomie medizinischer Fachbereiche ein Stück weit in Frage. Zweitens erfordern sie von den Beteiligten verstärkt, neben einer fachlichen Orientierung (Fachführung) auch Fragen der übergreifenden Führung und Zusammenarbeit (Systemführung) in den Blick zu nehmen. Für die Systemführung, also für die organisationsweite Koordination der Wertschöpfung, war indessen bisher kaum jemand zuständig [7]. Drittens wird es immer wichtiger, auch die Herstellung und Aufrechterhaltung der sozialen und infrastrukturellen Kontextbedingungen für eine erfolgreiche Behandlungsarbeit achtsam zu strukturieren.

Aus dem Zusammenwirken von Entwicklungstrends und historisch gewachsenen Bedingungen des Organisierens entsteht für die Beteiligten die Herausforderung, sich eine erweiterte Perspektive von ihrer Organisation zu erarbeiten. Es geht darum, neben der bisherigen Fokussierung auf Behandlungsinteraktionen, fachliche Themen und auf Personen, zum Beispiel folgende Aspekte verstärkt in den Blick zu nehmen: die Herstellung *guter Kontextbedingungen* für die Behandlungsinteraktion, die *Formen der Führung und Zusammenarbeit* jenseits fachlicher Hierarchie oder den Blick auf die *Organisation als Ganzes*. In der Vergangenheit konnten diese Themen als unproblematisch vorausgesetzt werden. Angesichts der heutigen Trends ist das zunehmend weniger der Fall. Die aus unserer Sicht empfehlenswerte Verschiebung der Aufmerksamkeit auf die *Bedingungen des Organisierens und Führens (Organisation)* muss aber bei laufendem Betrieb stattfinden. Dadurch wird die Herausforderung hoch anspruchsvoll.

### **Die Wiederentdeckung der Organisation in der Organisation**

Viele Veränderungsinitiativen haben vor allem die Kostenentwicklung im Blick. Sie berücksichtigen viel zu wenig die spezifische Organisationsform der Wertschöpfung von Spitalern, die fachliche Ausdifferenzierung der medizinischen und pflegerischen Profession(en) und die spezifischen Identifikationsfokusse der Beteiligten im Rahmen ihrer Arbeit mit kranken Menschen.

Diese Dimensionen oder Ebenen müssen funktionieren, um wirksam am Kostenthema ansetzen zu können und nicht umgekehrt.

Dieser Zusammenhang soll anhand der Pyramide in Abbildung 1 verdeutlicht werden: Die Basis von Organisationen im Gesundheitswesen ist die *konkrete Behandlungsarbeit* von Expertinnen und Experten mit Patientinnen und Patienten. Hier manifestiert sich die Identifikation mit der eigenen Arbeit und mit anderen Beteiligten auf einer relationalen Ebene. Eine Ebene darüber liegt die *fachliche Entwicklung*, um fortlaufend auf dem internationalen Stand des medizinisch-pflegerischen Wissens und Könnens zu sein. Dazu gehören Aus- und Weiterbildung, Forschung, Behandlungsrichtlinien usw. Die dritte Ebene ist diejenige der *Organisation*. Hier stehen Fragen der wechselseitigen Koordination, der Führung und Zusammenarbeit, der Vernetzung von Ärzteschaft, Pflege, Informatik, Finanzen usw. im Vordergrund. Es geht hier sowohl um Prozesse (im Sinne routinierter bereichsübergreifender Interaktionsmuster) als auch um Strukturen des Arbeitsalltags. Erst auf der obersten Ebene ist die *Ökonomie* angesiedelt, die bei der

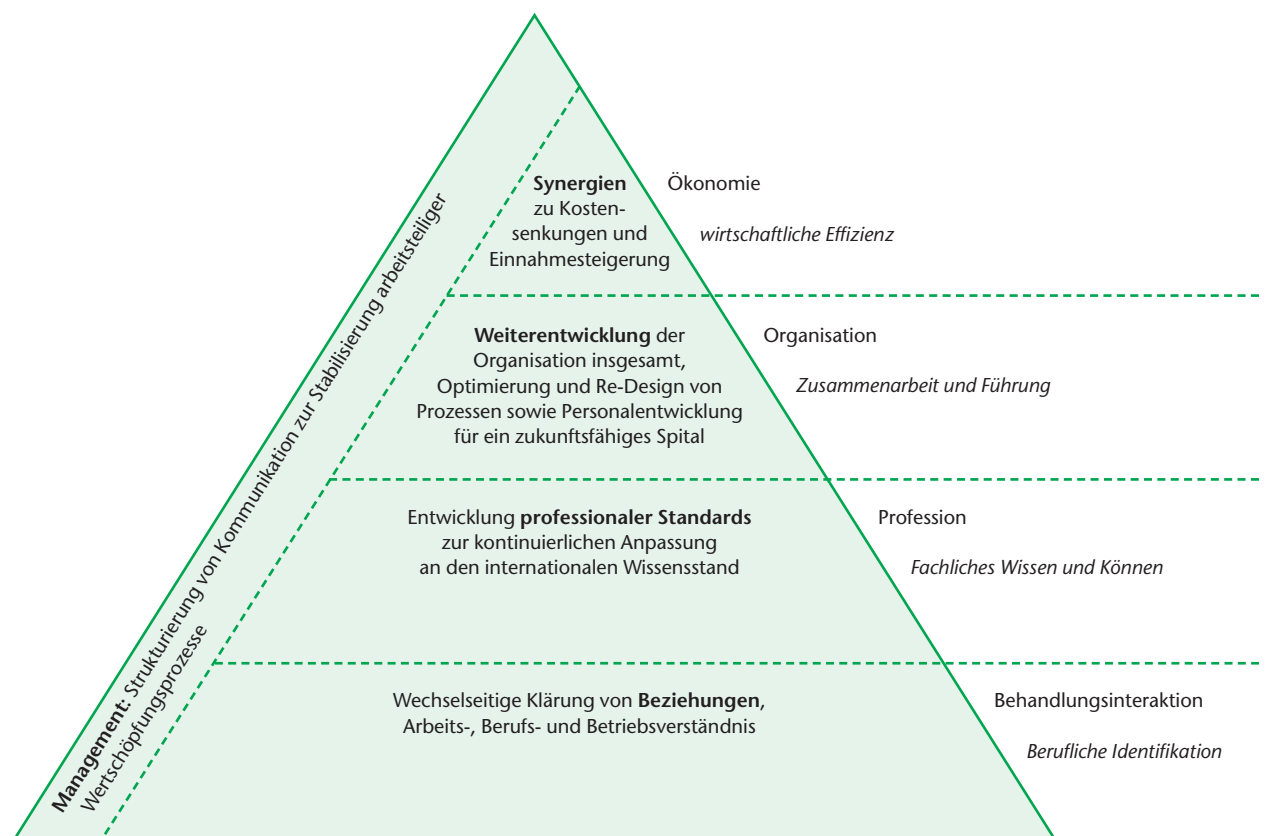
Frage nach der Verteilung knapper Ressourcen im Vordergrund steht. Sie bemüht sich um Kosteneffizienz und um Einnahmesteigerungen.

In Zukunft gilt es für Organisationen des Gesundheitswesens, alle vier Ebenen in ihrem wechselseitigen Bezug zueinander weiterzuentwickeln.

Beispielhaft lässt sich dies bei der Einführung von «Fast Track Surgery», einer optimierten postoperativen Rehabilitation, illustrieren: Zwar helfen insbesondere in Zeiten von Fallpauschalen kürzere Verweildauern auf *ökonomischer Ebene*, die Kosten zu senken und die Einnahmen zu steigern. Dazu erforderlich sind aber auf Ebene der *Behandlungsinteraktion* frühzeitige Abklärungen und eine stärkere Einbindung von Patientinnen und Patienten in die Vorbereitung, den Aufenthalt und die Nachsorge. Auf seiten der Pflege und Ärzteschaft geht es darum, vom bisherigen Verständnis einer ruhenden zu einer aktivierenden Rehabilitation zu wechseln, einschliesslich Schmerztherapie, Ernährung und Bewegung. Dies wiederum erfordert auf Ebene der *Profession* die Weiterentwicklung der eigenen Standards und Fertigkeiten, z. B. die Motivation von Patien-

Abbildung 1

Themenfelder von Organisationen im Gesundheitswesen.



ten zu Bewegung statt vor dem Fernseher zu liegen oder eine veränderte, minimalinvasive chirurgische Praxis bis hin zur diagnostischen Einschätzung, für wen Fast Track Surgery geeignet ist. Diese Aspekte betreffen wiederum die *Organisation* einer chirurgischen Klinik: Mitunter geht es um die Einrichtung prästationärer Ambulatorien für die Abklärung und Vorbereitung auf den Spitalaufenthalt. Je nach Auslastung kann dies eine Ausdifferenzierung des chirurgischen Berufes nach sich ziehen, wenn dort hauptamtlich Ärzte tätig sind, die nicht mehr oder nur noch reduziert operieren können. Wird die Pflege in diesen Prozess involviert, dann gilt es, die Führung und Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege weiter zu professionalisieren. Schliesslich kann die Einführung von Fast Track Surgery infrastrukturelle Veränderungen nach sich ziehen, weil die heutige Auslegung von Patientenzimmern beispielsweise der Idee einer ruhenden und nicht einer proaktiven Rehabilitation folgt. Insgesamt tangiert eine solche Initiative alle vier Ebenen. Nur wenn alle vier Ebenen in den Blick genommen werden, können die entsprechenden Veränderungsinitiativen zu einer gedeihlichen Spitalentwicklung beitragen.

Ein Fokus auf eine Ebene unter Vernachlässigung einer anderen ist dabei wenig förderlich. Das scheint sowohl für Ökonomen wie für medizinisch-pflegerische Fachpersonen zu gelten: Erstere heben die Wirtschaftlichkeit hervor und laufen Gefahr, die darunterliegenden Ebenen zu vernachlässigen. Bei Ärzteschaft und Pflege scheint es umgekehrt. Sie heben traditionell die beiden unteren Ebenen hervor, während die Ökonomie auf der Strecke zu bleiben droht (vgl. [8]). Die einen reden von Kosten, die anderen davon, dass dieses Thema in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten nichts zu suchen habe. Beides ist für sich genommen nachvollziehbar.

Beiden Perspektiven ist jedoch gemeinsam, dass sie die Ebene der Organisation kaum im Blick haben: Auf medizinisch-pflegerischer Seite wird das Organisieren traditionell als unproblematisch vorausgesetzt und dadurch stillschweigend an den Rand der Aufmerksamkeit gedrängt. Auf ökonomischer Seite werden Spitäler oft (implizit) mit kommerziellen Unternehmen gleichgesetzt und zudem aufgrund eines mechanistischen Organisations- und Steuerungsverständnisses trivialisiert. Kranke Menschen (nur) als «Kunden oder Konsumenten» und Pflegefachpersonen sowie Ärzte als «Produzenten» zu verstehen ist vor dem Hintergrund der spezifischen Wertschöpfung unzutreffend (vgl. [9–11]).

Zukünftig wird es aus unserer Sicht erforderlich sein, die Ebene der Organisation zu stärken, damit alle vier Ebenen gleichwertig in den Blick kommen. Es geht darum, die wechselseitigen Bezüge der vier Ebenen zu kennen, um Spitäler im Kontext zunehmenden Effizienzdrucks nachhaltig weiterzuentwickeln.

### **Organisieren als Strukturierung von Kommunikation**

Wie lässt sich eine Verschiebung der Aufmerksamkeit auf die Ebene der Organisation bewerkstelligen? Wie lässt sich das historisch gewachsene, interaktionale Organisieren bei fortlaufendem Betrieb weiterentwickeln? Nach unseren Erfahrungen mit Spitalorganisationen liegt die Antwort in einer Stärkung und achtsameren Strukturierung der Kommunikation zu Themen des Organisierens und Führens. In diesem Zusammenhang betrachten wir Kommunikation nicht aus einem interpersonalen Blickwinkel. Es geht nicht darum, dass die Akteure eines Spitals einfach besser miteinander kommunizieren. Vielmehr geht es um die *gezielte Gestaltung und Strukturierung kommunikativer Arrangements, Arbeitsforen oder Plattformen*, auf denen aber nicht medizinisch-pflegerische Themen, sondern im Sinne von «Managementrapporten» *Managementherausforderungen* der Optimierung und Zukunftssicherung von Spitälern gemeinschaftlich bearbeitet werden.

Den Ausgangspunkt dafür bildet ein Verständnis medizinisch-pflegerischer Wertschöpfung, wie es im am Anfang erwähnten Artikel [1] skizziert wurde. Es handelt sich dabei um eine hochanspruchsvolle Bewegung, bei der fortlaufend Kenntnisse aus dem jeweiligen Einzelfall und dem professionellen Wissen der Expertinnen und Experten aufeinander bezogen werden. Dies geschieht so lange, bis die beobachteten Symptome zu einer Diagnose verdichtet werden können. Mitunter gleichzeitig erfolgen therapeutische und pflegerische Massnahmen zur Zustandsverbesserung des Patienten.

Vor diesem Hintergrund gehen wir davon aus, dass *sich die Organisation* – die Art und Weise, wie die medizinisch-pflegerische Wertschöpfung von unterschiedlichen Beteiligten strukturiert und fortlaufend professionalisiert wird – fortlaufend *im* Arbeitsalltag entwickelt.

Das heisst: Organisation ist als *fortlaufender Prozess des Organisierens* und nicht als fixer technischer Zusammenhang zu verstehen, der vorab eindeutig definiert oder geplant werden kann. Ein solch mechanistisches Organisationsverständnis führt zu Überraschungen, die sich weni-

ger aus der Komplexität der alltagspraktischen Herausforderungen als vielmehr aus unangemessenen Gestaltungs- und Steuerungsvorstellungen von einer Organisation ergeben. Im Arbeitsalltag zeigen sich die Folgen zum Beispiel in gesteigerter Administration, in zunehmenden Improvisationsübungen, wenn nicht alles wie geplant funktioniert, und letztlich in einer grösseren Arbeitsbelastung der Beteiligten.

Organisation ist somit das Resultat einer *allmählichen gemeinschaftlichen Verfertigung* einer tragfähigen Koordination hochanspruchsvoller Wertschöpfungsbeiträge durch die Beteiligten selbst. In der praktischen Arbeit entstehen Erwartungen an die eigene Rolle, an diejenige von Kolleginnen, Kollegen und Kooperationspartnern anderer Bereiche, an Patienten und an Akteure ausserhalb des Spitals. Über die Zeit entwickelt sich daraus eine historisch gewachsene – und für die jeweilige Klinik, den Fachbereich oder die Abteilung spezifische – Perspektive auf die Organisation. Gerade aufgrund der professionsbezogen sehr ausdifferenzierten Perspektiven in Spitalern und des steigenden Bedarfs an interdisziplinärer Zusammenarbeit ist die Bildung solcher kommunikativen Arrangements, Arbeitsforen oder Plattformen besonders wichtig, auf denen – im Unterschied zu den täglichen Rapporten, Weiterbildungsveranstaltungen oder Diskussionsrunden medizinisch-pflegerischer Fälle – nicht Fachfragen, sondern Managementherausforderungen bearbeitet werden.

Thematisiert werden in solchen «Managementrapporten» die Abfolge und Koordination von Tätigkeiten, die Zuordnung und Klärung von Aufgaben, Entscheidungen und Verantwortlichkeiten in ihrer organisationsweiten Vernetzung sowie die Strukturierung und zeitgerechte Bereitstellung von Daten.

Damit können zwei Wirkungen erzielt werden: Erstens kann dadurch bei den Beteiligten ein hohes Mass an *Organisationsbewusstheit* wachsen, d.h. ein gemeinschaftlich erarbeitetes Grundverständnis für die Abhängigkeiten und arbeitsteiligen Wirkungszusammenhänge der medizinisch-pflegerischen Wertschöpfung. Für die Beteiligten wird erkennbar, welche unterschiedlichen Erfahrungskontexte sie ihre Kolleginnen und Kollegen prägen. Ein sorgfältiges wechselseitiges Explorieren der verschiedenen Arbeitsrealitäten, so wie diese im Arbeitsalltag erlebt werden, zeigt, dass die jeweiligen Rollen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und wechselseitigen Abhängigkeiten weder von sich aus gegeben noch beliebig sind. Vielmehr entwickeln und verfestigen sie sich in der täglichen Arbeit.

Zweitens wird es möglich, aus der vielerorts zu beobachtenden Abarbeitung von Dringlichkeiten herauszukommen und Raum für die weit-sichtigere Bearbeitung strategischer Fragestellungen zu gewinnen.

In diesem Sinne heisst Management erstens vor allem, die eigene Organisation zu beobachten und diese Beobachtungen für eine gedeihliche Weiterentwicklung der eigenen Organisation zugänglich zu machen. Dabei können die Beteiligten ausloten, welche Möglichkeiten bei ihnen liegen, um gegenwärtige Probleme selbst zu bearbeiten. Statt sich wie vielerorts üblich als Opfer des «Systems», der «Politik» oder der «Kassen» zu betrachten und die «anderen» in der Verantwortung zu sehen, lässt sich überlegen, worin *der eigene Anteil* am Beklagenswerten bestehen könnte.

Ein solches Managementverständnis erlaubt es zweitens auch, «Nebenwirkungen» interaktionalen Organisierens vor Augen zu führen: So verleitet die für das interaktionale Organisieren wichtige Orientierung an Personen beispielsweise dazu, für Alltagsprobleme tendenziell Einzelpersonen verantwortlich zu machen. Es wird nach dem Schuldigen gesucht, aber selten die Frage gestellt, worin der Beitrag der gewachsenen Formen des Organisierens und Führens am fraglichen Problem bestehen könnte.

Drittens ermöglicht eine gezielte Gestaltung und Strukturierung kommunikativer Arrangements, Arbeitsforen oder Plattformen, auch *Beziehungsthemen* in ihrer organisationalen Einbettung und Vernetzung zu bearbeiten. Ob etwas funktioniert oder nicht, hängt keineswegs nur von einer mechanistischen Definition von Aufgaben und Abläufen ab. Vielmehr verfertigen Menschen im Vollzug ihrer Arbeit einen massgeblichen Teil ihrer personalen Identität. Anerkennung, Zugehörigkeit und Status sind zentrale Wirkmomente arbeitsteiliger Zusammenarbeit, die man nicht ohne Kosten einfach einer naturwüchsigen Entwicklungsdynamik überlassen kann. Und genausowenig können sie wie eine Maschine gesteuert werden, sondern bedürfen einer achtsamen Bearbeitung im Rahmen des Organisierens und Führens.

Die Folgen dieses veränderten Managementverständnisses wurden im vorhergehenden Beitrag zum Thema «Warum immer mehr Administratives? Wege aus der «Administrationsfalle»» dargestellt [12]. Dabei wurden die Hintergründe zunehmender Administration in Spitalern rekonstruiert und Möglichkeiten zu einer besseren Handhabung dieser von vielen beklagten Entwicklung ausgelotet.

### Zusammenfassung

Dieser Beitrag nahm die Beobachtung zum Ausgangspunkt, dass die Bedingungen des «interaktionalen Organisierens» heutzutage zunehmend erodieren. Statt rein kostenbezogener Optimierungen wird eine Verschiebung der Aufmerksamkeit auf die Bedingungen und Praktiken herkömmlichen Organisierens und Führens erforderlich. Diese Entwicklung ist deshalb so anspruchsvoll, weil genau dies traditionell kaum im Blickpunkt steht. Ein Perspektivenwechsel erfordert deshalb die *gezielte Gestaltung und Strukturierung kommunikativer Arrangements, Arbeitsforen oder Plattformen*, auf denen aber nicht medizinisch-pflegerische Themen, sondern im Sinne von «Managementrapporten» *Managementherausforderungen* der Optimierung und Zukunftssicherung von Spitälern gemeinschaftlich bearbeitet werden.

Der folgende Beitrag zeigt, dass sich aus diesen Überlegungen auch ein differenzierteres Verständnis von Führung in Spitälern ergibt. Es wird gezeigt werden, warum es sich lohnen könnte, über eine Differenzierung des Führungsverständnisses in Fachführung und in Systemführung nachzudenken.

### Literatur

- 1 Tuckermann H, Rüegg-Stürm J. Sind Spitäler wandelresistent? Organisieren als Stabilisierung von arbeitsteiliger Wertschöpfung im Kontext fundamentaler Ungewissheit. *Schweiz Ärztezeitung*. 2007;88(45):1895-9.
- 2 Stratmeyer P. Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektive für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim, München: Juventa; 2002.
- 3 Iding H. Hinter den Kulissen der Organisationsberatung. Qualitative Fallstudien von Beratungsprozessen im Krankenhaus. Opladen: Leske + Budrich; 2000.
- 4 Jung S, Petzenhauser C, Tuckermann H. Im Dialog mit Patienten. Anatomie einer Transformation im Gesundheitswesen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2000.
- 5 Vogd W. Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung; 2004.
- 6 Badura B, Feuerstein G (Hrsg.). Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim, München: Juventa; 1994.
- 7 Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and cure of disease – part 1: Differentiation. *Health Care Manage Rev*. 2001;26(1):56-70.
- 8 Kayser B, Schwefing B. Managed Care und HMOs. Lösung für die Finanzkrise der Krankenversicherung? Bern: Hans Huber; 1998.
- 9 Eichhorn S. Krankenhausbetriebslehre. Band III. Köln: Kohlhammer; 1987.
- 10 Ziegenbein R. Klinisches Prozessmanagement – Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablauforientierten Krankenhausführung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2001.
- 11 von Eiff W, Klemann A. (Hrsg.). Unternehmensverbindungen. Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen (1 ed.). (Vol. 1). Wegscheid: WIKOM; 2005.
- 12 Rüegg-Stürm J, Tuckermann H. Warum immer mehr «Administration»? Wege aus der «Administrationfalle». *Schweiz Ärztezeitung*. 2008;89(7):271-5.