

Betriebswirtschaftliche Spitalorganisation

Die Balance von Autonomie und gemeinsamen Zielen

Dominik Moser

M.Sc. Betriebsökonomie, Bereichsleiter Patientenmanagement, Direktion Betriebe, GZO AG Spital Wetzikon; Dozent, Fachbereich Unternehmensführung, Fernfachhochschule Schweiz; Doktorand, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

Zunehmende Spezialisierung und die Folgen von Regulierung können die Spitalorganisation erschweren. Viele Betriebe beschäftigen sich darum mit der Prozessgestaltung und Kulturveränderung hin zur lernenden Organisation. Für eine zukunftsfähige Spitalorganisation sollten jedoch auch weitere Aspekte berücksichtigt werden.

In einem Spital ist Veränderung besonders anspruchsvoll. Prozesse wachsen über Jahre hinweg und werden aufgrund zunehmender Spezialisierung und Regulierung stets komplizierter [1]. Viele Organisationen beschäftigen sich darum mit der Prozessgestaltung und Kulturveränderung hin zu lernenden Organisationen, beispielsweise mittels der Lean Philosophie oder des Scaled Agile Framework (SAFe®) (u.a. [2]). Für eine zukunftsfähige Spitalorganisation sollten jedoch weitere Aspekte berücksichtigt werden.

Erstarrung, Kampf oder Flucht stehen sinnbildlich für die Probleme von Organisationen in der Phase der Professionalisierung. Führungskräfte sind chronisch überlastet und Entscheidungswege zäh. Innovation «versandet» (Erstarrung); frustrierte Leistungsträgerinnen und Leistungsträger verlassen das Haus

(Flucht). Man hat Angst, mit der eigenen Überforderung aufzufliegen. Die Folge: dauerhafter Widerstand gegen alles und jeden (Kampf). Stösst man an Grenzen, ist diese Reaktion normal und Teil der Entwicklung jedes Organismus. Dieses Spannungsfeld lädt jedoch auch zum Innehalten und zur gemeinsamen Neujustierung ein. Wie kann die Entwicklung hin zur integrierten Spitalorganisation gelingen?

Entwicklungsphasen einer Organisation

In Anlehnung an Lievegoed beschreibt Glasl [3] vier Entwicklungsphasen einer Organisation: Die Pionier-, Differenzierungs-/Professionalisierungs-, Integrations- und Assoziationsphase. Jedes System (z. B. Spital, Arztpraxis) sowie die einzelnen Organisationseinheiten (z. B. Klinik) reifen in diesen Phasen, die nacheinander durchlaufen werden. Jede Phase erfordert eine neue Struktur, ausgehend von typischen Problemen am Ende der vorhergehenden Phase. Die Pionierphase steht für die unkomplizierte Macher-Mentalität ohne klare Struktur. Der Patron will in alle Themen involviert sein. Viele Kliniken verharren in dieser Phase, da der Patron sich nicht verändern will/kann. Der Ruf nach Struktur wird zunehmend laut: Professionelle Strukturen müssen her, beispielsweise in Form von Prozessen und Abteilungen (Phase 2). Typisch für die Differenzierung/Professionalisierung sind funktionale Bereiche (Medizin, Chirurgie, Radiologie, Finanzen etc.). Viele Spitäler sind noch heute so organisiert. Die starre und träge Bürokratie nimmt währenddessen überhand. Die Geschäftsleitung ist in viele operative Themen involviert, was zu Frust führt. Die Integrationsphase soll folgen: Hierbei werden Einheiten gebildet, welche interprofessionell einen spe-



Die fraktale Struktur eines Romanescos lässt sich mit der Organisationsstruktur eines Spitals vergleichen.

zifischen Markt bedienen und dafür über die nötigen Kompetenzen und Verantwortung verfügen. In Phase 3 werden Prozesse konsequent auf die Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Positive Elemente aus Phase 1 und 2 werden miteinander verbunden. Dabei wird zunehmend festgestellt, dass eine enge Zusammenarbeit unumgänglich ist. Die Assoziationsphase 4 beginnt, und ein integrales, evolutionäres Netzwerk mit externen Partnerinnen und Partnern entsteht.

Zentrum der fraktalen Spitalorganisation

Damit die Phase 2, in welcher sich viele Gesundheitsorganisationen aktuell befinden, nicht in Erstarrung, Kampf oder Flucht endet, kann durch eine Anpassung der Organisationsstruktur die Weiterentwicklung ermöglicht werden.

Für die Integrationsphase 3 dient die kybernetische Struktur als Grundlage für die Organisation. Sie basiert auf der Systemtheorie und ermöglicht eine fraktale Entwicklung [4–6]. Ebendiese Struktur lässt sich durch das vom Blumenkohl abstammende Gemüse Romanesco veranschaulichen: Dieses zeichnet sich durch eine sich auftürmende und wiederholende Textur aus. Vom Stamm her entwickeln sich die Substrukturen mit gleichem Aufbau weitestgehend unabhängig, wie das Bild links zeigt. Im Spital als Expertenorganisation wird die sich wiederholende Struktur in Form des operativen Kerns, gegliedert in Departemente oder Medizinbereiche, aufgenommen [7–9]. Die sich wiederholende Textur des Romanescos kann beispielhaft einer Praxis-, Klinik-, Abteilungs- oder Departementsstruktur entsprechen. Die zentralen Dienstleistungsabteilungen bilden den Stamm.

Ein Departement ist für den Deckungsbeitrag 3 (eigene Erträge und Kosten) verantwortlich und wird von einem Leitungsteam, bestehend aus den zugeordneten Einheiten, einer Pflegevertretung sowie einer Betriebswirtschafterin, gesteuert (*Shared Leadership*). Der Vorsitz ist primus inter pares und wird anhand festgelegter Kriterien gewählt (z.B. Betriebswirtschafts- und Führungsausbildung). Explizit kann diese Rolle auch von der Pflege oder einer Betriebswirtschafterin übernommen werden. Es ist darauf zu achten, dass die Rotation nicht zu häufig erfolgt, damit unangenehme Entscheidungen trotzdem gefällt und umgesetzt werden. Zudem muss aus ebendiesem Grund eine übergeordnete Intervention möglich bleiben, beispielsweise wenn die betriebswirtschaftliche Verantwortung nicht wahrgenommen wird. Die Führungsspanne im Departement orientiert sich an der Millerschen Zahl 7 ± 2 . Diese besagt, dass Organisationseinheiten mit über neun Substrukturen ineffektiv werden. Wird eine

zehnte Substruktur aufgebaut, erfolgt eine Aufteilung in zwei Departemente mit je fünf Einheiten.

Kleine Organisationseinheiten sind als Abteilungen organisiert (z.B. Infektiologie); grössere werden zu Kliniken und Instituten. Je grösser die Organisationseinheit, desto eher wird ein eigenes Leitungsteam etabliert. Auch ist eine Zweiteilung gleicher Organisationseinheiten denkbar, da die Kliniken/Institute selbst über keine eigene Infrastruktur verfügen. Diese werden zentral koordiniert (OP, Interventionsräume, Ambulatorien, Räume). Zentrale Machtinstrumente werden so bewusst reduziert und Führungskompetenz sowie fachliche Teamleistung zugunsten der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gerückt.

Es gilt der Grundsatz, dass Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung stets auf der tiefstmöglichen Organisationseinheit wahrgenommen werden. So kann beispielsweise jede Einheit selbständig Personalentscheidungen fällen, wenn sie dabei die Rahmenbedingungen wie den Deckungsbeitrag 3 berücksichtigt. Aufgaben können übergeordnet gebündelt und mittels Service Level Agreements vereinbart werden (z.B. Personal, Ausbildung, Dienstabdeckung). So entsteht ein robustes System mit autonomen Untersystemen, die voneinander lernen können. Der potenzielle Schaden einer schwachen Einheit auf die Gesamtorganisation bleibt verhältnismässig klein.

Operative Spitalführung und Geschäftsleitung

Die operative Spitalführung wird durch die erweiterte Geschäftsleitung wahrgenommen. Diese besteht, nebst der Geschäftsleitung, aus Führungspersonen entwicklungsstrategisch relevanter Abteilungen wie der Departemente oder der Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT). Das Gremium führt das übergeordnete Tagesgeschäft, priorisiert übergeordnete Projekte und stellt die Strategieumsetzung der Gesamtunternehmung sicher. Das Gremium ist bewusst breit abgestützt, um eine Balance zwischen operativem Kern und den übergeordneten Zentralstrukturen sicherzustellen.

Die Geschäftsleitung führt die strategischen Geschäfte und verantwortet das Organisationsergebnis. Das Gremium umfasst beispielsweise vier Direktionen: Spitaldirektion (CEO), Direktion Medizin (CMO), Direktion Betriebe (COO) sowie die Direktion Finanzen und Dienste (CFO). Aus Gründen der Governance können Mitglieder der Geschäftsleitung im Tagesgeschäft, jedoch nicht in einer Führungsposition innerhalb der Departemente mitwirken [10].

Koordinationsprobleme in Expertenorganisationen

Koordinationsprobleme sind ein bekanntes Problem in Expertenorganisationen [8]. Nebst der informellen Kommunikation benötigt es für Ad-hoc-Entscheidungen auch formelle Gremien wie Indikationsboards oder Kommissionen. Um Effizienz und inhaltliche Agilität zu ermöglichen, werden deren Ziele, Aufgaben, Kompetenzen und Strukturen reglementiert und transparent abgegrenzt (in Anlehnung an agile Methoden wie Scrum). Beispiele dafür sind das Tumorboard oder das ICT Change Advisory Board, welches alle ICT-Veränderungsanträge wie Software-Anpassungen priorisiert. In den Kommissionen sind nebst Fachexperten die Vertretungen der Departemente eingebunden, um gemeinsam zu entscheiden.

Nähe zu Patienten und Zuweisern

Die ausgeführten Überlegungen skizzieren den Weg vom Modus des Überlebenskampfes (Erstarrung-Kampf-Flucht) hin zur integrierten Spitalorganisation. Der Vorschlag berücksichtigt die Erkenntnisse der Organisationslehre. Speziell wird auf die Balance zwischen der Expertenautonomie und der gemeinsamen, betriebswirtschaftlichen Ausrichtung des Spitals geachtet. Die Ergebnisse lassen sich auch auf grössere Arztpraxen sowie andere Dienstleistungsbetriebe übertragen. Damit die Veränderung gelingt, bedarf es eines gemeinsamen Verständnisses sowie der Konsolidierung der Ansichten im und an das System. Darauf aufbauend kann die Unternehmensleitung, bestehend aus Verwaltungsrat und Geschäftsleitung, mit dem Kader die nötigen Rahmenbedingungen schaffen. Dazu zählen die Vision, gemeinsame Werte und Leitlinien sowie eine Governance-Struktur, um die Organisationsentwicklung im

System und durch die Menschen vor Ort zu ermöglichen. Ebenfalls wichtig sind Investitionen in das Kader, um potenzielle Ängste zu reduzieren: Wie gehe ich mit Angst vor Machtverlust um? Welche neuen Führungsinstrumente stehen zur Verfügung? Wo erhalte ich Unterstützung, wenn ich an eigene Grenzen stosse?

Die Nähe der Expertinnen zu den Patienten und Zuweisenden ermöglicht eine qualitativ hochstehende Versorgung. Wenn das Zusammenspiel zwischen den Departementen mit den standardisierten Dienstleistungsabteilungen der Direktionen gelingt, profitieren alle Beteiligten gleichermaßen – allen voran die Patientinnen.

Bildnachweis

jplenio, Pixabay License

Literatur

- 1 Borchers U, Evans M. Das «nutzerorientierte» Krankenhaus – Chance und Herausforderung für die Gesundheitswirtschaft. Z für Evidenz Fortbild Qual im Gesundheitswesen. 2011;105:616–23. doi:10.1016/j.zefq.2011.07.019
- 2 Behrendt H, Niederberger S, Braun G, et al. Ist die Wirkung von Lean Hospital auf der Bettenstation messbar? Schweiz Ärztztg. 2018;99(37):1238–41. doi:10.4414/saez.2018.17047
- 3 Glasl F, Kalcher T, Piber H. Professionelle Prozessberatung: Das Trigon-Modell der sieben OE-Basisprozesse. 3. Aufl. Bern: Freies Geistesleben; 2014.
- 4 Beer S. Kybernetik und Management. Frankfurt: S. Fischer; 1963.
- 5 Malik F. Strategie des Managements komplexer Systeme: Ein Beitrag zur Management-Kybernetik evolutionärer Systeme. 10. Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag; 2008.
- 6 Haberfellner R, de Weck OL, Fricke E, et al. Systems Engineering: Grundlagen und Anwendung. Zürich: Orell Füssli; 2012.
- 7 Mintzberg H. The Structuring of Organizations. Englewood Cliffs, NJ: Pearson; 1979.
- 8 Mintzberg H. Mintzberg über Management. Softcover reprint of the original 1st ed. 1991. Wiesbaden: Springer; 2013.
- 9 Mintzberg H. Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community: Bridging the Separations Between Care, Cure, Control, and Community. 1. Aufl. Oakland, CA: Agency/Distributed; 2017.
- 10 Aufsichtskommission für Bildung und Gesundheit. Untersuchung zu besonderen Vorkommnissen an mehreren Kliniken des Universitätsspitals Zürich (USZ). Kantonsrat Zürich 2021. www.kantonsrat.zh.ch/geschaefte; Stand: 20.3.2021.

Das Wichtigste in Kürze

- Alle Organisationen, beispielsweise Spitäler, durchlaufen vier Entwicklungsphasen: Pionier-, Differenzierungs-/Professionalisierungs-, Integrations- und Assoziationsphase. Jede Phase erfordert eine neue Struktur, ausgehend von typischen Problemen am Ende der vorhergehenden Phase.
- Die Organisationsstruktur eines Spitals kann aufgrund seiner sich wiederholenden Struktur durch einen Romanesco versinnbildlicht werden; die zentralen Dienstleistungsabteilungen bilden den Stamm. Von dort aus entwickeln sich die Substrukturen mit gleichem Aufbau (Departemente, Medizinbereiche).

L'essentiel en bref

- Toutes les organisations, comme les hôpitaux, passent par quatre phases de développement: phases pionnière, de différenciation/professionnalisation, d'intégration et d'association. Chaque phase nécessite une nouvelle structure, partant des problèmes typiques de la fin de la phase précédente.
- La structure organisationnelle d'un hôpital peut être symbolisée par un romanesco en raison de sa structure répétitive; les départements des services centraux forment le tronc. A partir de là, les sous-structures se développent selon la même organisation (départements, zones médicales).