

Führungsverantwortung – Integrative Management-Ethik in Krankenhäusern

Johannes Rüegg-Stürm

Entscheiden und Handeln in Krankenhäusern ist für alle Beteiligten und Betroffenen mit starken Emotionen verbunden. Es geht um existenzielle Wirkungen für Patientinnen und Patienten, Angehörige und für die Mitarbeitenden selber, und es geht nicht zuletzt auch um viel Geld. Die Versuchung liegt nahe, bei problematischen Ereignissen und Entwicklungen zu vereinfachenden Moralisierungen zu greifen. Umso mehr besteht vor diesem Hintergrund ein erstes Gebot ethischer Redlichkeit darin, die Komplexität der relevanten Entscheidungs- und Handlungszusammenhänge angemessen in den Blick zu nehmen. Erst auf einer solchen Grundlage kann deren konstruktiv-kritische Reflexion erfolgen. Deshalb rekonstruiert dieser Beitrag in einem ersten Schritt die komplexen Entscheidungs- und Handlungsbedingungen in Krankenhäusern, um in einem zweiten Schritt damit zusammenhängende ethische Herausforderungen und Spannungsfelder zu diskutieren. Ziel dieses Beitrags ist es insbesondere, den Blick auf das zu richten, was oftmals vereinfachend als schlicht gegeben vorausgesetzt wird, letztlich aber kontingent und damit entwicklungs offen ist.

1. Management

Unser heutiges Leben findet zu einem großen Teil in Organisationen, d.h. in *arbeitsteiligen Handlungszusammenhängen*, statt. Dies ist vor allem eine Folge der Industrialisierung im neunzehnten und zwanzigsten Jahrhundert und der damit einhergehenden gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklungen (Gross 1994, vgl. hierzu Abbildung 1).

Organisationen im gesellschaftlichen Kontext des modernen Lebens produzieren einen (wachsenden) Optionenüberschuss und damit Entscheidungsnotwendigkeiten, und zwar unter Bedingungen von Ungewissheit, Unübersichtlichkeit, Ambiguität und Zeitdruck. Damit in solchen Kontexten mit Hilfe arbeitsteiliger Handlungszusammenhänge (Prozesse) die vielfältigen Erwartungen von

Entscheiden
unter
Ungewissheit

Anspruchsgruppen erfüllt werden können, ist Management erforderlich. Denn Organisationen können nicht *nicht entscheiden*. Sie produzieren indessen nicht nur Entscheidungen, sondern immer wieder auch neue Optionen und damit Entscheidungsnotwendigkeiten. Vor diesem Hintergrund ist Management heute zu einer allgegenwärtigen gesellschaftlichen Funktion geworden.

Unentscheidbares entscheiden

Management ist eine komplexe Funktion und vor allem dort gefragt, wo *Unentscheidbares entschieden* werden muss (von Foerster 1993, 73), d.h. in Kontexten, wo keine klaren Entscheidungskriterien verfügbar sind, nach denen «rational» entschieden werden könnte, wo weder die Handlungsbedingungen umfassend analysiert werden können noch die Handlungsfolgen vollständig antizipierbar sind. Mit anderen Worten befasst sich Management mit der Handhabung von Komplexität in organisationalen Kontexten. Es geht aber nicht einfach um Reduktion von Komplexität, um eine Ausdünnung und Außerstreitstellung von Optionen, sondern genauso um die Kreierung neuer Optionen. Damit erweist sich Management in vielerlei Hinsicht als ausgesprochen paradox. Es müssen Systeme unter Kontrolle gehalten werden, die nicht unter Kontrolle gehalten werden können (Simon 1997), und es muss je neu Unentscheidbares entschieden werden. In der Tat manifestiert sich Management oft



Abbildung 1: Management im geschichtlichen Entwicklungskontext

mals als ausgesprochen prekär, fragil und kontingent. Vor diesem Hintergrund erstaunt es, warum viele Management- und Leadership-Diskurse genau einen gegenteiligen Eindruck zu erwecken versuchen (Baecker 2003). Vielleicht hilft aber gerade die damit verbundene Illusion, unter solch prekären Bedingungen überhaupt entscheidungs- und handlungsfähig zu sein.

Eine Voraussetzung für gemeinschaftliche Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit unter Ungewissheit, Unübersichtlichkeit, Ambiguität und Zeitdruck besteht im Aufbau von *Referenzen*, eines *Referenzsystems*. Darunter verstehen wir die *gemeinschaftliche Unterstellung* (im Sinne von Setzungen und Behauptungen) der Gültigkeit (Setzung) von Annahmen, Prämissen, Kausalzusammenhängen, Sinnschemata, Normen und Werten, auf die sich gemeinsames, d.h. wechselseitig aufeinander bezogenes Entscheiden und Handeln unter Ungewissheit und Ambiguität zwingend beziehen muss. Solche Referenzen und Referenzsysteme bedürfen der *Legitimierung* und *Stabilisierung*. Darin, im selektiven Öffnen, Schließen und Legitimieren entscheidungs- und handlungsleitender Referenzen, besteht eine zentrale Funktion von Management (Rüegg-Stürm/Grand 2007).

Denn wenn solche Setzungen durch *wiederholt bewährte Verwendung* zu Selbstverständlichkeiten werden, dann ermöglicht dies routiniertes, rasches, vergleichsweise friktionsfreies und damit *effizientes Zusammenarbeiten*. Verhalten wird erwartbar, man kann sich (fast) blind aufeinander verlassen. Auf diese Weise können Organisationen – verstanden als funktionsorientierte arbeitsteilige Handlungszusammenhänge – wirksam stabilisiert werden. Das dabei handlungswirksame Referenzsystem, auch wenn es heterogen und bisweilen sogar widersprüchliche Elemente enthält, bildet einen zentralen Wissens- und Sinnhorizont. Man kann ein solches Referenzsystem auch als *Rationalität* bezeichnen (Cyert/March 1995, 158f; vgl. auch Weick 1985, 38) und organisationale Zusammenarbeit und Wertschöpfung als epistemische Praxis (Schatzki et al. 2001).

Referenzsystem
aufbauen

Verhalten
voraussehbar
machen

2. Die Organisation Krankenhaus

2.1 Der Kern der Wertschöpfung

Der eigentliche Kern der Wertschöpfung eines Krankenhauses besteht in der Behandlung und Betreuung von kranken Menschen. Unter einem Menschen wird dabei aus systemischer Sicht nicht nur das Individuum selbst, sondern auch dessen personaler Lebenszusammenhang verstanden, der aus vielfältigen strukturellen Koppelungen eines organischen und eines psychischen Systems konstituiert wird, die ihrerseits mit einer Vielzahl sozialer Systeme gekoppelt sind.

Behandlung und
Betreuung als
Wertschöpfung

Zum Verständnis von «Ethik»

Ethik wird in diesem Beitrag als philosophische Disziplin verstanden. Dieser kommt die Aufgabe zu, die *Voraussetzungen und Wirkungen der Setzungen* eines bestimmten Handlungskontexts, die in ihrem Zusammenwirken eine bestimmte Rationalität verkörpern, gerade wenn sie im Laufe der Zeit selbstverständlich geworden sind und fraglos als gültig, richtig, angemessen, sinnvoll, gut und wertvoll betrachtet werden, konstruktiv-kritisch zu reflektieren und deren Kontingenz aufzuzeigen. Allerdings beruht auch jede ethische Reflexion auf Setzungen, die in diesen einführenden Gedanken offengelegt werden sollen. Dieser Textbeitrag beruht zum einen auf den Denkvorstellungen einer *systemisch-konstruktivistischen Organisations- und Führungstheorie* (Simon 2007a, 2007b). Zum anderen stützt sich der Beitrag auf die nachfolgend skizzierten Vorstellungen der Organisation «Krankenhaus». Diese sind Ergebnis der empirischen Beobachtungen, die in unserem Forschungsprogramm «HealthCare Excellence» auf der Grundlage feldnaher qualitativer Forschungsmethoden gemacht werden konnten.

Menschliche Lebenszusammenhänge sind hochkomplex und die daran beteiligten Systeme alles andere als «trivial». Dementsprechend sind Interaktionen zwischen Patienten, Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzten *wechselseitig* durch ein großes Maß an Ungewissheit, Ambiguität und oft auch Zeitdruck gekennzeichnet. Oftmals kann man nicht nichts tun, obwohl die Handlungsbedingungen alles andere als klar und die Handlungsfolgen weitgehend ungewiss sind. Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte arbeiten meistens unmittelbar an der Grenze zwischen Wissen und Nichtwissen. Aus einem solchen Blickwinkel betrachtet besteht die Kernwertschöpfung eines Krankenhauses in *Ungewissheitsabsorption* mit dem Ziel, das organische, das psychische und wichtige soziale Systeme, in die ein Patient eingebunden ist, einigermassen zu stabilisieren, d.h. Fehlfunktionen zu korrigieren. Hierzu müssen Diagnosen gestellt, Krankheitsverläufe rekonstruiert, Krankheitsbilder stabilisiert und Therapien ausgetestet werden.

Ungewissheit
absorbieren

Deshalb steht die Entwicklung eines konstruktiven Umgangs mit Ungewissheit und Ambiguität im Zentrum ärztlichen und pflegerischen Handelns, das schwergewichtig in einem *Interaktionskontext*, d.h. im Kontext kommunikativer Anwesenheit von in der Regel zwei oder manchmal auch mehreren Personen, stattfindet.

Dabei hat das Entscheiden und Handeln von Pflegenden und Medizinern meistens existenzielle Folgen, welche die *unmittelbare Lebensbefindlichkeit* und

die *Lebensmöglichkeiten* von Patientinnen und Patienten kurz- und oft auch langfristig in zentraler Weise prägen. Den Pflegenden und den Medizinem erwächst eine hohe Verantwortung für etwas – Entscheiden und Handeln bei der Handhabung nichttrivialer Systeme –, das sie eigentlich gar nicht verantworten können. Dies mag, wie Beobachtungen immer wieder zeigen, das ausgesprochen *hohe Maß an Schutzbedürftigkeit* von Pflegenden und Medizinem erklären.

existenzielle
Folgen von
Handlungen

2.2 Entscheidungs- und Handlungsräume ärztlichen und pflegerischen Handelns

Ärztliches und pflegerisches Entscheiden und Handeln findet nicht in einem «luftleeren Raum», sondern in einem Geflecht unterschiedlicher Kontexte statt. In einem Krankenhaus lassen sich insbesondere folgende drei Kontexte unterscheiden: der System-Umwelt-Kontext, der Behandlungskontext und der Systemkontext.

Handlungs-
kontexte

- Der *System-Umwelt-Kontext* (Makrokontext) bezieht sich auf die Einbettung eines Krankenhauses in eine komplexe Umwelt und auf die Gestaltung und Stabilisierung tragfähiger Anspruchsgruppenbeziehungen.

Makrokontext

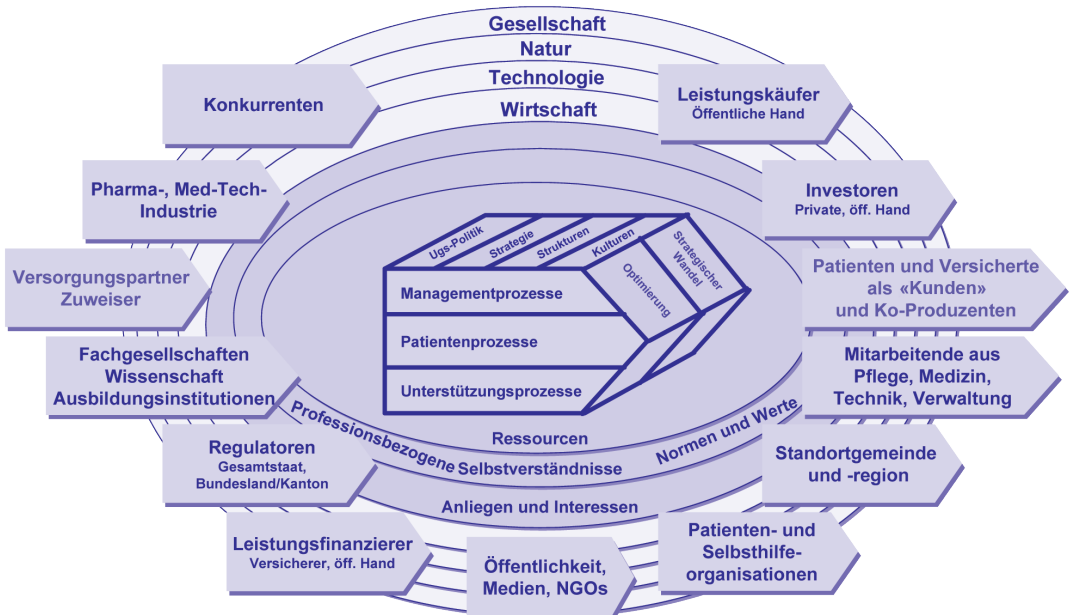


Abbildung 2: Das Krankenhaus in seiner Umwelt (in Anlehnung an Rüegg-Stürm 2003, S. 22)

Teil I: Grundlagen

- Mikrokontext** • Der *Behandlungskontext* (Mikrokontext) bezieht sich auf die eigentlichen Behandlungssituationen, in denen unmittelbar am Patienten durch spezialisierte Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte pflegerische, diagnostische oder therapeutische Aktivitäten vorgenommen werden.
- Mesokontext** • Der *Systemkontext* (Mesokontext) umfasst den Handlungsraum, in dem überhaupt erst die Voraussetzungen geschaffen werden, damit im Behandlungskontext eine wirksame ärztlich-pflegerische Arbeit mit Patientinnen und Patienten stattfinden kann.

System-Umwelt-Kontext

Krankenhäuser sind, wie Unternehmen, komplexe arbeitsteilige *Organisationen*, die in eine gesellschaftliche (einschließlich politische und rechtliche), natürliche, technologische und auch wirtschaftliche Umwelt eingebettet sind, mit einer Vielzahl von Anspruchsgruppen (Abbildung 2) in Interaktion stehen und dabei vielfältige Erwartungen und Abhängigkeiten angemessen handhaben müssen.

Der System-Umwelt-Kontext thematisiert die System-Umwelt-Relation, d.h. die Gestaltung der *Systemgrenzen* und *strukturellen Koppelungen* eines Krankenhauses mit einer Vielzahl von Anspruchsgruppen. Unter einer strukturellen Koppelung ist ein ständig zu stabilisierendes Bündel wechselseitiger Erwartungen und Erfahrungen zu verstehen, das es erlaubt, füreinander ein erwartbares, berechenbares und verlässliches Verhalten zu praktizieren (Luhmann 1984, 2002; Simon 2007a).

Behandlungskontext

Im Innenverhältnis haben in einem Krankenhaus historisch gewachsene Professionen zusammenzuarbeiten, deren Entscheiden und Handeln sich aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation an stark unterschiedlichen Rationalitäten, Handlungslogiken oder Sinnhorizonten ausrichtet.

- Für Ärztinnen und Ärzte steht im Sinne einer medizinischen Rationalität die *Ausschöpfung des medizinisch Machbaren* zugunsten des Patienten im Vordergrund.
- Pflegende orientieren sich im Sinne einer pflegerischen Rationalität an Möglichkeiten einer *sinnvollen Integration der Krankheit des Patienten in dessen Lebenskontext* und an einer *menschenwürdigen Krankheitsbewältigung* (vgl. hierzu Stratmeyer 2002).

- Ökonomisch, d.h. finanziell orientierte Fachpersonen wiederum fragen im Sinne einer ökonomischen Rationalität nach Möglichkeiten der effizienten Allokation knapper Ressourcen, d.h. nach «vernünftigen» *Kosten-Nutzen-Verhältnissen* von Therapien und Investitionen.

Im Kontext von drei sich teilweise widersprechenden Rationalitäten und Berufsidentitäten gemeinsam entscheidungs- und handlungsfähig zu sein, entspricht einer besonderen Anforderung, um nicht zu sagen: Zumutung, für die Beteiligten. Ohne *große Empathie* und die Bereitschaft zu einer wechselseitigen Perspektivenübernahme wird unter solchen Bedingungen eine wirksame Zusammenarbeit nahezu unmöglich. Das Leid des Patienten und der unmittelbare Handlungsdruck mögen diesbezüglich oft als förderliche Kooperationsmotivation wirken.

Ärztliches und pflegerisches Handeln findet zudem schwergewichtig in einem Kontext *kommunikativer Anwesenheit* von Patient und Fachperson statt. In diesem *Interaktionskontext* müssen Diagnosen erstellt, Krankheitsverläufe rekonstruiert, Krankheitsbilder entwickelt und geeignete Therapien identifiziert werden. Damit dies zeitgerecht gelingen und im weiteren Behandlungsprozess sinnvoll genutzt werden kann, ist eine Vielzahl von Vorleistungen erforderlich. An dieser Stelle kommt der Systemkontext ins Spiel.

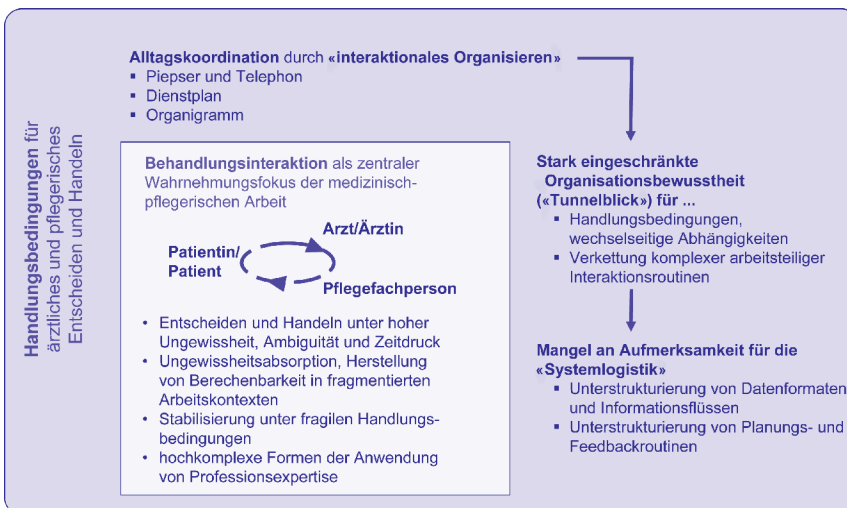


Abbildung 3: Behandlungs- und Systemkontext

Systemkontext

Die meisten diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten sind in ein hochkomplexes Netzwerk von teils parallel, teils sequenziell ablaufenden Aktivitäten eingebunden. Dies hängt mit der feingliedrigen Arbeitsteilung zusammen, die Krankenhäuser genauso wie andere fortschrittliche Expertenorganisationen kennzeichnet. Die Medizin hat sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte in hoch spezialisierte Disziplinen ausdifferenziert. In der Schweiz spiegelt sich dies mittlerweile in über vierzig Fachgesellschaften wider. Die Pflege entwickelt sich über die derzeit zu beobachtende Akademisierung in eine ähnliche Richtung (Stratmeyer 2002; Weinberg 2003).

Zu den Diagnose- und Behandlungstätigkeiten im unmittelbaren interaktionalen Behandlungskontext gehören deshalb vorgelagert, begleitend und nachgelagert die Bereitstellung diagnostischer und krankheitsbezogener Daten, die hierzu erforderliche Bereitstellung einer nützlichen Informations- und Kommunikationstechnologie, die Spezifikation erforderlicher Daten und entsprechender Datenformate, die Klärung von Spielregeln der Zusammenarbeit, die Spezifikation von Schnittstellen zwischen Organisationsbereichen, die zeitgerechte Bereitstellung von Geräten, Räumen und Hilfsmitteln, die Hotellerie, ein «Facility Management» und vieles mehr.

Alle diese, die eigentliche Pflege und Behandlung *ermöglichenden Aktivitäten* können nicht primär im unmittelbaren Behandlungskontext von Patient und Fachpersonen vollzogen werden. Vielmehr müssen sie im Wertschöpfungszusammenhang des gesamten Krankenhauses erbracht werden. Die Gesamtheit dieser Strukturierungsleistungen *für* die Organisation Krankenhaus selbst wird in einen spezifischen Handlungskontext gebracht, den wir *Systemkontext* nennen.

Diese drei Kontexte stehen natürlich ihrerseits in Wechselwirkung, wobei im Innenverhältnis eines Krankenhauses insbesondere das Zusammenspiel zwischen Behandlungs- und Systemkontext bedeutsam ist, wie Abbildung 3 zu verdeutlichen versucht. Die Gesamtwertschöpfung eines Krankenhauses wird einerseits im *Behandlungskontext* erbracht, in dem die unmittelbaren Behandlungsinteraktionen stattfinden, und andererseits im *Systemkontext*, in dem mittelbar die Voraussetzungen für erfolgversprechende Behandlungsinteraktionen geschaffen werden.

Diese Unterscheidung verdeutlicht, worin substanzielle *Verbesserungspotenziale* in heutigen Krankenhäusern verortet sein können. Traditionell steht die Wertschöpfung in den einzelnen Behandlungssituationen im dominierenden

Wahrnehmungshorizont medizinischer und pflegerischer Fachpersonen. Man wird Ärztin, um «Medizin zu machen», und Pflegefachperson, um kranke Menschen zu pflegen – wozu nicht zuletzt auch ausreichend Zeit für Kommunikation und Zuwendung gehört.

Im unmittelbaren Behandlungskontext werden Aktivitäten traditionell *situativ, pragmatisch und zeitgerecht* über Hierarchie und unmittelbare kommunikative Abstimmung koordiniert. Im Verlaufe der historisch bedingten Ausdifferenzierung und Spezialisierung hat sich dieses Muster kaum verändert. Es ist im Sinne einer Stützung lediglich ergänzt worden durch den Piepser und das Telefon, die Mikrodistanzen eines Krankenhauses zu überwinden helfen, durch das Organigramm, das die grundsätzliche Verfügbarkeit von Untergebenen strukturiert (wer darf überhaupt wem Anweisungen geben?) und durch den Dienstplan, der die zeitliche Verfügbarkeit der Mitarbeitenden regelt. Diese wenigen Koordinationspraktiken lassen sich unter dem Begriff eines *interaktionalen Organisierens* zusammenfassen (Tuckermann/Rüegg-Stürm 2008).

Historisch haben sich die Verhältnisse inzwischen allerdings maßgeblich verkompliziert. Durch die enormen Fortschritte von Medizin, Pflege, Medizin-, Informations- und Kommunikationstechnologie, durch die damit einhergehende fortschreitende Arbeitsteilung und Spezialisierung, durch erhöhte Dokumentationsanforderungen, die sicherheitsbezogen und ökonomisch begründet werden, ergeben sich völlig neue Koordinationsaufgaben. Sie reichen weit über die Koordination der Arbeit im Kontext der unmittelbaren Behandlungsinteraktionen hinaus.

Nun besteht unbewusst die nachvollziehbare Versuchung, die historisch gewachsenen Koordinationspraktiken für den Behandlungskontext auch bei diesen neuartigen Koordinationsaufgaben im Systemkontext anzuwenden oder den wachsenden Abstimmungsbedarf über bürokratische Administrierung zu bewältigen. Genau dies reicht indessen nicht aus, denn im Systemkontext wird nicht an einem physisch klar greifbaren Subjekt, der Patientin oder dem Patienten, eine Wertschöpfung erbracht. Vielmehr geht es hier um Strukturierungsleistungen *für die Organisation Krankenhaus selbst*, also um die *ermöglichenden Bedingungen* wirksamer und effizienter Medizin und Pflege. Die Wertschöpfung im Systemkontext bedarf daher *grundlegend anderer kommunikativer Bearbeitungsformen*, die sich heute in vielen Krankenhäusern noch kaum in der erforderlichen Form entwickelt haben und deren Fehlen meistens mit einer stark verbesserungsfähigen *Prozessqualität* einhergeht.

2.3 Managementkontexte

In Analogie zur Ausdifferenzierung der Entscheidungs- und Handlungsräume eines Krankenhauses in System-Umwelt-Kontext (1), Behandlungskontext (2) und Systemkontext (3) sind unterschiedliche Entscheidungs- und Handlungs-

Koordinations-
praktikum im
Krankenhaus

neue
Koordinations-
aufgaben

horizonte des Managements zu unterscheiden (vgl. hierzu auch Rüegg-Stürm 2008a), die im Folgenden mit Gesamtführung (1), Fachführung (2) und Systemführung (3) bezeichnet werden.

Thematisieren wir in einem ersten Schritt die Gesamtführung. Hier ist historisch betrachtet zunächst einmal zu bemerken, dass sich eine mit Unternehmungen vergleichbare Gesamtführung

Gesamtführung: Der Herausforderung einer erfolgreichen Einbettung eines Krankenhauses in eine dynamische Umwelt im Sinne einer System-Umwelt-Kontextgestaltung entspricht die Funktion der *Gesamtführung*. Insbesondere bei dieser Perspektive sind Grundfragen des normativen und strategischen Managements zu adressieren (Rüegg-Stürm 2003).

in Krankenhäusern erst seit Kurzem herauszubilden beginnt. Dies wird deutlich, wenn man die Arbeitsweise und Rollenverständnisse der heutigen Krankenhausleitungen (insbesondere in größeren Krankenhäusern) mit der Geschäftsleitung einer Unternehmung vergleicht. Die Leistung von Krankenhäusern war in der Vergangenheit weitgehend unbestritten, und das Leistungsangebot sowie die hierzu erforderlichen finanziellen Mittel,

bereitgestellt durch die Krankenkassen und durch die öffentliche Hand, entwickelten sich nahezu parallel. Gesamtführung erschöpfte sich vor diesem Hintergrund weitgehend in der Beschaffung von Finanzmitteln und in der Bereitstellung von logistischen Unterstützungsleistungen (Beschaffung, Hotellerie, Gebäude), was auch an den eher etwas pejorativen Bezeichnungen der entsprechenden Tätigkeitsfelder (z. B. «Administration») oder Verantwortungsbereiche (z. B. «Verwaltung») deutlich wird. Die eigentliche Krankenhausleitung wurde oft durch eine Chefärztekonzferenz wahrgenommen, in der – mehr oder weniger status- und machtgetrieben – die verfügbaren Ressourcen auf die einzelnen Kliniken und Fachabteilungen aufgeteilt wurden. Mit anderen Worten erfolgte die Einbettung eines Krankenhauses in seine Umwelt auf eine außerordentlich vereinfachende Weise. Die gesellschaftliche Rolle in der Krankenversorgung, die Ausrichtung und Qualität der Wertschöpfung und der hierzu erforderliche Ressourcenbedarf von Krankenhäusern waren weitgehend unbestritten. Als dementsprechend unproblematisch erwies sich für die Verantwortlichen die Gestaltung der relevanten Anspruchsgruppenbeziehungen.

Inzwischen hat sich die Umwelt grundlegend verändert. Die Anspruchsgruppen von Krankenhäusern treten mit völlig neuartigen Erwartungen und massiv gesteigerten Ansprüchen auf. Demzufolge besteht derzeit eine erste zentrale strategische Herausforderung für sehr viele Krankenhäuser darin, die *System-Umwelt-Perspektive* *substanziell auszudifferenzieren*. Die Gestaltung und Pflege tragfähiger Anspruchsgruppenbeziehungen zum Staat in seiner oftmals kontroversen Rolle als Leistungsbezüger, Regulator und finanzierende Institution, zu den Krankenversicherungen, zu den zunehmend emanzipierten Patien-

tinnen und Patienten, zu privat agierenden Konkurrenten, zu den eigenen Mitarbeitenden, zur Pharma- und Medizinaltechnik-Industrie und zu den lokalen Behörden wird ungleich anspruchsvoller.

Zweitens ist aus systemtheoretischer Sicht diese Komplexität im Innenverhältnis, d.h. in der Gesamtführung eines Krankenhauses, sorgfältig abzubilden. Hierzu muss insbesondere in der Geschäftsleitung eines Krankenhauses eine tragfähige Form gemeinschaftlichen Entscheidens und Handelns entwickelt werden, die über ein – wie zurzeit oft zu beobachtendes – geschickt taktierendes Lobbying zur Durchsetzung eigener Bereichsinteressen hinausgeht.

Mit anderen Worten sehen sich Krankenhäuser zuallererst an der Spitze ihrer Organisationen durch einen hoch anspruchsvollen *Kulturentwicklungsprozess* herausgefordert. Dieser beinhaltet die Entwicklung einer respektvollen und auf Fairness basierenden Kultur der Zusammenarbeit und Führung, bei der die Herausforderungen und Handlungsnotwendigkeiten des gesamten Krankenhauses vor die Wünsche und Ansprüche des eigenen Bereichs gestellt werden. An dieser Stelle treffen sich strategische Funktions- und Überlebenserfordernisse mit dem ethischen Wert einer transparenten, fairen, respekt- und vertrauensvollen Zusammenarbeit und Führung.

Ein zweiter Entscheidungs- und Handlungshorizont des Managements ist die Fachführung. Die Funktion der Fachführung ist in Krankenhäusern traditionell sehr gut ausgebildet und hängt stark mit der Entwicklung der Subprofessionen zusammen, die für State-of-the-Art-Qualität bürgen und im Gegenzug entsprechende Führungsansprüche anmelden, die sich nicht nur auf die Fachführung, sondern auch auf die Gesamtführung beziehen. Mit anderen Worten werden aus überlegener Fachexpertise Führungsansprüche für den Bereich der Gesamtführung geltend gemacht, obwohl dort völlig andere Herausforderungen zu bearbeiten sind, die auch anderer Bewältigungspraktiken bedürfen.

Eine besondere Herausforderung für das Management von Krankenhäusern ist die Systemführung, wobei insbesondere die in einem von Überraschungen und Notfällen gekennzeichneten Klinikalltag nötige *Synchronisation* dieser Systemlogistik-Aktivitäten anspruchsvoll ist: die richtige Patientin, die richtigen Fachpersonen, die richtigen Daten, die richtigen Geräte und Hilfsmittel am richtigen (tatsächlich verfügbaren) Ort – und dies alles zum richtigen Zeitpunkt!

höhere
Innen-
komplexität

Fachführung: Im Behandlungskontext der Alltagspraxis ist *Fachführung* gefragt. Es geht darum sicherzustellen, dass nach Maßgabe des entsprechenden Professionsfortschritts die besten Behandlungspraktiken zur Anwendung kommen. So gilt es zu gewährleisten, dass z.B. in einem Operationssaal im arbeitsteiligen Zusammenwirken aller Fachpersonen zum Wohle von Patientinnen und Patienten die besten Behandlungsmöglichkeiten realisiert werden.

Teil I: Grundlagen

Traditionell werden viele Leistungen der Systemlogistik in einem ausgeprägt «selbstkoordinativen» Prozess vor allem durch die Pflege erbracht, die diesbezüglich nicht selten eine Art Pufferfunktion hat. Im Gefolge einer fortschreitenden

Systemführung: In jedem Krankenhaus wird eine Vielzahl erfolgskritischer Leistungen erbracht, die weder unmittelbare Wertschöpfung in den einzelnen Behandlungssituationen darstellen noch etwas mit der Einbettung der Krankenhauses in seine Umwelt zu tun haben. Dazu gehören vor allem *planerische und dispositiven Aktivitäten*, die der Bereitstellung von Daten, von knapper Arbeitskraft, von Räumen und Geräten dienen, z. B. Bettendisposition, Sprechstunden- oder Ops-Planung (Abb. 4). Kennzeichnend für solche Aktivitäten sind ihr *ermöglichender* Charakter und ihr oftmals *bereichs- und klinikübergreifender Wirkungsbereich*. Diesen Wirkungsbereich nennen wir *Systemkontext* und die zu erbringenden Leistungen lassen sich unter der Funktion *Systemlogistik* zusammenfassen.

Arbeitsteilung, knapper werdender Ressourcen und wachsender Qualitätsansprüche reicht eine solche urwüchsige Selbstorganisationsdynamik nicht mehr aus, um die Erwartungen der Anspruchsgruppen erfüllen zu können. Es bedarf deshalb vielerorts des gezielten Aufbaus einer neuartigen Führungsfunktion mit einem eigenen Wirkungsbereich: *Systemführung* ist gefordert, um all diejenigen Festlegungen und fortlaufenden Absprachen auf eine systematische Weise treffen zu können, die jederzeit optimale Behandlungsvoraussetzungen gewährleisten sollten. Zu guten Behandlungsvoraussetzungen gehört insbesondere ausreichend Zeit, um in hoch anspruchsvollen Behandlungssituationen *auch ethisch* reflektierte Entscheidungen treffen zu können.

Bei den nachfolgenden Überlegungen zur Entwicklung einer Management-Ethik in Krankenhäusern müssen wir uns zusam-

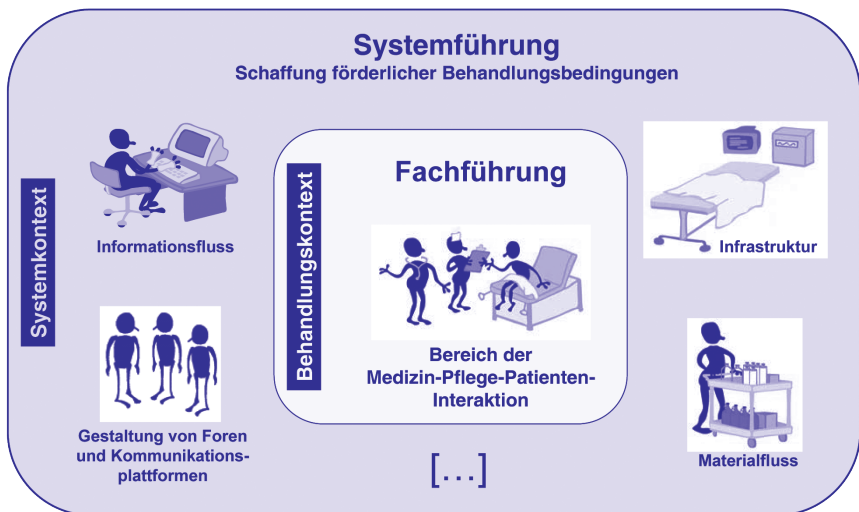


Abbildung 4: Fach- und Systemführung

menfassend vor Augen halten, dass parallel zu diesem Entwicklungsprozess in vielen Krankenhäusern erst einmal das vorherrschende *Managementverständnis* geklärt und ausdifferenziert werden muss. Dies betrifft insbesondere die unterschiedlichen Entscheidungs- und Handlungsräume von Gesamt-, System- und Fachführung. Denn eine verantwortungsbewusste Fachführung alleine reicht längst nicht (mehr) aus, um den unterschiedlichen und oft konfligierenden Anliegen und Interessen der verschiedenen Anspruchsgruppen sowie den Herausforderungen einer hochspezialisierten, gleichermaßen patientenzentrierten und kosteneffizienten Wertschöpfung gerecht werden zu können.

Verständnis von
Management
klären

3. «Orte» der Management-Ethik

Die bisherigen Überlegungen haben Entscheidungs- und Handlungsräume markiert, die der ethischen Reflexion bedürfen. Dabei lässt sich beobachten, dass es im Behandlungskontext, in dem Fachführung stattfindet, bereits eine Vielzahl bewährter Praktiken gibt, um zu ethisch reflektierten Entscheidungen und Handlungen zu gelangen, z. B. Ethik-Foren und Weiterbildungen zur Handhabung ethischer Dilemmata (Baumann-Hölzle/Strebel 1993; Baumann-Hölzle/Arn 2005). Allerdings darf sich Ethik im Krankenhaus nicht in *ethisch reflektierter Entscheidungsfindung im Behandlungskontext* erschöpfen.

Im Folgenden werden deshalb ethische Herausforderungen adressiert, die spezifisch die Bereiche der *Gesamtführung* und der *Systemführung* von Krankenhäusern betreffen. Dabei wird auf allgemeine Überlegungen zu einer integrativen Unternehmensethik weitestgehend verzichtet, weil solche bereits andersorts publiziert worden sind (Ulrich 2008). Vielmehr sollen im Folgenden solche ethischen Spannungsfelder und Herausforderungen herausgearbeitet werden, die spezifisch im Management von Krankenhäusern auftreten.

ethische Herausforderungen für
Gesamtführung

3.1 Ethik der Gesamtführung

Während sich die Differenzierung in Gesamt-, System- und Fachführung auf den *Wirkungsbereich* des Entscheidens und Handelns in Krankenhäusern bezieht, adressiert die nachfolgende Differenzierung in operatives, strategisches und normatives Management zentrale Unterschiede, was grundlegenden *Themen*, *Koordinationsleistungen* und den *Zeithorizont* von Managemententscheidungen betrifft (vgl. hierzu Tabelle 1 und Abbildung 5).

Die Unterteilung in operatives, strategisches und normatives Management leistet sinngemäß auch im Management von Krankenhäusern hilfreiche Dienste. Allerdings kommt bei Krankenhäusern der strategischen Wettbewerbsperspektive nicht zwingend die gleiche Bedeutung zu wie bei einer Unterneh-

Arten von
Management

Teil I: Grundlagen

mung, die in einem freien Markt operiert. Was bildet nun den Kern dieser wichtigen Unterscheidung?

operatives Management

- Aus *operativer* Sicht gilt es, im Kontext *knapper Produktionsfaktoren* (Fachpersonen, Geräte und Infrastrukturen) die verfügbaren Potenziale im laufenden Alltagsbetrieb möglichst gut auszuschöpfen. Zentraler Erfolgsmaßstab des operativen Managements ist *Effizienz*.

strategisches Management

- Im *Wettbewerb* mit anderen Akteuren in der ökonomischen Umwelt ergeben sich grundlegende Fragen der langfristigen Zukunftssicherung. Im *strategischen Management* geht es darum, nachhaltige Wettbewerbsvorteile zu schaffen, um auf dieser Grundlage die eigene Existenz langfristig sichern zu können. Nachhaltige Wettbewerbsvorteile beruhen auf einer geschick-

Tabelle 1: Gestaltungssphären im Management
(in Anlehnung an Ulrich/Fluri 1995, 19)

Normatives Management		
Gesellschaft	Wertpluralismus, konfligierende Anliegen und Interessen	Was soll der zentrale Wertbeitrag unserer Tätigkeit zugunsten der Gesellschaft sein? Welche Werte bilden die Grundlage für die handlungsleitenden Normen und Maximen unseres Verhaltens – und zwar grundsätzlich unabhängig davon, ob sich das «rechnet» oder nicht? Welche Leitlinien gelten für unseren Umgang mit konfligierenden Anliegen und Interessen?
Strategisches Management		
Wettbewerb	Komplexität und Ungewissheit der Marktbedingungen	Wie können wir nachhaltige Wettbewerbsvorteile aufbauen?
Operatives Management		
Unternehmung	Knappheit der Produktionsfaktoren	Wie können wir die strategischen Potenziale durch Gewährleistung effizienter Abläufe und Problemlösungsroutinen optimal ausschöpfen?

ten *Positionierung* in der Wettbewerbsumwelt, die sich an den eigenen Stärken und Schwächen orientiert und auf systematischen Anstrengungen, die für den nachhaltigen Erfolg benötigten Ressourcen zu erschließen und die erforderlichen Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Zentraler Maßstab des strategischen Managements ist *Effektivität*.

- Im *normativen Management* stellt sich aus einer übergeordneten gesamtgesellschaftlichen Perspektive die Frage: Effektivität in welcher Hinsicht und für wen genau? Worin genau sollen das *Nutzenversprechen* und die hierzu erforderliche *unternehmerische Wertschöpfung* – über die wettbewerbsbezogen positiven Wirkungen auf den ökonomischen Märkten hinaus – für die Gesellschaft bestehen? Wie soll die ökonomische Nutzen- und Schadstiftung über das hinaus, was die Märkte allozieren können, fair verteilt werden? Mit anderen Worten werden hier Grundfragen einer unternehmerischen Tätigkeit adressiert: die *Mission* einer Unternehmung, der grundlegende *Sinn* der unternehmerischen Tätigkeit im Hinblick auf die *Gesamtwirkungen* auf die unterschiedlichen Umweltsphären (Gesellschaft, Natur, Wirtschaft, Technologie) und schließlich *Prinzipien*, wie mit grundlegenden, insbesondere moralischen Dilemmata und Zielkonflikten, die sich aus der unternehmerischen Tätigkeit ergeben, legitim verfahren werden soll. Zentraler Erfolgsmaßstab ist hier die *Legitimität*.

normatives
Management

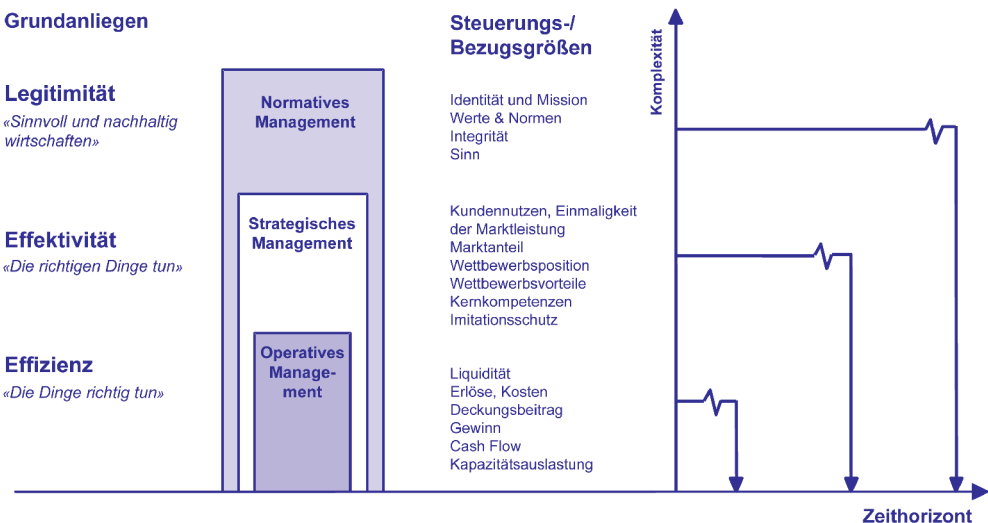


Abbildung 5: Referenzsysteme im Management
(in Anlehnung an Schwaninger 1999, 65)

Teil I: Grundlagen

Entscheidend ist bei dieser Konzeptualisierung, dass operatives, strategisches und normatives Management nicht als quasi abgetrennte gesonderte Entscheidungs- und Handlungssphären zu verstehen sind. Vielmehr sind sie aufeinander bezogene *Sinnhorizonte*. Die Bestimmung von Behandlungszeitpunkten und damit von Wartezeiten wäre aus einer solchen Sicht nicht nur nach Maßgabe der optimalen Ausschöpfung situativ verfügbarer Ressourcen vorzunehmen, sondern auch im Hinblick auf die angestrebte strategische Profilierung des Krankenhauses und nach Maßgabe grundlegender Prinzipien einer menschenwürdigen Behandlung. Dabei sind grundlegende ethische Setzungen und Reflexionen im skizzierten Verständnis strategischen und operativen Entscheidungen kategorial vorgelagert und müssen diese gewissermaßen durchwirken. Normatives Management ist somit nicht der Raum für Sonntagspredigten im Management!

ethische Setzungen sind vorgelagert

Die ethische Reflexion von Herausforderungen im Bereich der Gesamtführung eines Krankenhauses gehört in den Aufgabenkreis des *normativen Managements*. In einem normativen Orientierungsprozess (Ulrich 2004) ist zu reflektieren und zu definieren, wie mit den wachsenden Wettbewerbsherausforderungen sinnvoll umgegangen werden soll. Dabei ergeben sich ganz besonders bei Krankenhäusern große ethische Spannungsfelder, was das Zusammenspiel von *Wettbewerbsorientierung* und *Bedürftigkeitsorientierung* betrifft (vgl. hierzu Abbildung 6).

Wettbewerb und Bedürftigkeit

Wettbewerbsorientierung

Bedürftigkeitsorientierung



Funktionsgemeinschaft, orientiert an ökonomischer Rationalität

Sinngemeinschaft, orientiert an kulturell-relationaler Rationalität

- Systematische Orientierung der eigenen Wertschöpfung und Behandlungsangebote am wirtschaftlichen Erfolg und am Überleben (um jeden Preis)
- Individuelle Nutzenmaximierung als «Steuerungsimpuls» und «Erfolgsmechanik»
- (Vertrags-)Macht als Regulativ
- Steuerung über Macht und Hierarchie
- «The business of business is business.»
- Tendenz zur Funktionalisierung und Instrumentalisierung der Akteure

- Systematische Orientierung der eigenen Wertschöpfung und Behandlungsangebote an ethisch reflektierten Werten
- sinnstiftende, auf Nachhaltigkeit und auf die Gemeinschaft ausgerichtete Tätigkeit
- Fairness und Solidarität als Regulativ
- Steuerung über Kommunikation, Einbezug, Respekt und freiwillige Loyalität
- Vergewisserung von Sinn, Tradition, Würde, Transzendenz; Stärkung von Identität, Zugehörigkeit zu ...

Abbildung 6: Spannungsfelder zwischen Wettbewerbs- und Bedürftigkeitsorientierung

Wird bei einer Unternehmung – was bisweilen stark mit der Branchenkultur zusammenhängt, wie z. B. in weiten Teilen der Finanzdienstleistungsindustrie – die Wettbewerbs- und Gewinnorientierung aufs Maximum getrieben, erwächst daraus die Gefahr, dass sowohl Belegschaft als auch Kundschaft zu einer reinen Funktionsgemeinschaft degradiert werden. Der Mensch wird – ob als Kunde oder Mitarbeiter – weitestgehend instrumentalisiert. Er wird dem Zweck der Unternehmung, worin dieser auch immer bestehen mag, rigoros untergeordnet. Er ist lediglich Funktionsträger, Söldner, ein Teil einer großen Maschine, wie dies im Film «Modern Times» von Charlie Chaplin eindrücklich karikiert worden ist. Schlägt das Pendel demgegenüber radikal in Richtung einer naiven Form der Bedürftigkeitsorientierung aus, besteht die Gefahr, dass eine Unternehmung an unrealistischen Erwartungen einzelner Anspruchsgruppen zerbricht.

Auch im Gesundheitswesen nehmen – wie in der Gesellschaft und Wirtschaft insgesamt – die Optionen zu, z. B. die Grundverständnisse von Gesundheit und Krankheit oder Behandlungsoptionen (Gross 1994). Weil aber die Ressourcen zur Behandlung von Krankheiten begrenzt sind, ergibt sich ein Entscheidungszwang unter Ungewissheit. Damit stellt sich verschärft die Frage nach sinnvollen Formen der Allokation begrenzter Ressourcen. Eine solche kann im gesellschaftlichen Kontext grundsätzlich auf zwei Arten vorgenommen werden: entweder über politisch-administrative Prozesse (staatlich) oder über Marktprozesse, d.h. über die Wirtschaft. Zurzeit ist eher eine gewisse Präferenz für eine marktbasierter Ressourcenallokation zu beobachten, d.h. mit Hilfe eines frei(er)en Spiels von präferenzbasierter Nachfrage und korrespondierendem Angebot und entsprechenden Preissignalen soll es gelingen, die Ressourcen «optimal» einzusetzen.

«Frei» bedeutet Wahlfreiheit, Wahlmöglichkeit und Entscheidungszwang auf beiden Seiten: der Nachfrager wie der Anbieter. Seitens der Anbieter schafft die *Abwahlmöglichkeit durch Patientinnen und Patienten* Druck und Anreize in Richtung besserer Qualität, von mehr Innovation und tieferen Kosten. Wenn entsprechende Entwicklungsanstrengungen aus welchen Gründen auch immer misslingen, kann dies bei einem Krankenhaus wie bei jeder anderen Organisation im Wettbewerb schließlich zum Konkurs und zu einer Schließung führen.

Allerdings unterscheidet sich der Krankenhauskontext in zentraler Hinsicht von allen anderen Wirtschaftssektoren, was mit der unmittelbar und intim intervenierenden Leistung von Krankenhäusern zusammenhängt. Denn aus der medizinischen und pflegerischen Wertschöpfung erwachsen im Krankenhaus für Patientinnen und Patienten häufig existenzielle Abhängigkeiten, auf die sich Wettbewerbsdruck ungleich fataler auswirken kann als in traditionellen Wirtschaftsunternehmen.

Konkret: Wenn ein Automobilhersteller oder eine touristische Destination unter Wettbewerbsdruck geraten, berührt dies die Kundinnen und die Kunden

Entscheidungszwang unter Risiko

Arten von Allokation

höhere
Abhängigkeit

nicht allzu sehr – außer, dass sie sich mit dem Gedanken tragen müssen, einen neuen Anbieter zu suchen. Was aber geschieht mit Patientinnen und Patienten, die aus welchen Gründen auch immer nicht oder kaum mehr wählen können? Was geschieht, wenn der unmittelbare Wettbewerbsdruck die Aufmerksamkeit der Mitarbeitenden eines Krankenhauses primär auf die Kosten und den unmittelbaren Erhalt von Gesamtsystem und Arbeitsplätzen lenkt, wenn Ressourcen aller Art rigoros ausgedünnt werden und ein Krankenhaus mit der Zeit in eine Art latente Agonie gerät? Welchen Einfluss haben solche Prozesse auf den Kern der Wertschöpfung, auf die unmittelbare Arbeit an und mit den Patientinnen und Patienten? Was bedeutet dies für eine angemessene Betreuungsintensität von Patientinnen und Patienten und die Bestimmung eines angemessenen Entlassungszeitpunkts?

Ethik in der
Gesamtführung

Ethik in der Gesamtführung muss deshalb – vor allem im aktuellen Kontext der Einführung von Fallpauschalen – dazu beitragen, dass

- parallel – oder noch besser: vorgelagert – zu dieser Einführung Praktiken der Qualitätserfassung aufgebaut werden, die es erlauben, die *Gesamtwirkungen* medizinischer und pflegerischer Tätigkeit angemessen zu erfassen, ohne die *Komplexität* von Krankheitsverläufen und der Tätigkeit von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden zu trivialisieren.
- rechtzeitig die aus dem Wettbewerbsdruck erwachsenden Dilemmata und Herausforderungen gemeinsam in den Blick kommen und die Mitarbeitenden am Patientenbett mit diesen Dilemmata und Herausforderungen *nicht alleine gelassen werden*.

Dazu bedarf es zum einen in den Krankenhäusern selbst neuer Kommunikationsplattformen, die der Reflexion von Qualität und der Bearbeitung idealtypischer Dilemmata und Herausforderungen im Gesamtkontext der laufenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens förderlich sind. Zum anderen müssen diese Herausforderungen und Dilemmata im Sinne einer ordnungspolitischen Mitverantwortung (Ulrich 2008) auch glaubwürdig in gesundheitspolitische Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse einfließen. Sonst besteht die Gefahr, dass aufgrund eines unreflektierten Pendelschlags von Bedürftigkeitsorientierung in Richtung Kosteneffizienz durch Wettbewerbsorientierung nicht nur viele Krankenhäuser zugrunde gehen, sondern dass Menschen, die im Krankenhaus oft nur noch begrenzt artikulationsfähig sind, großer Schaden erwächst. Allerdings wird die ethisch motivierte Wahrnehmung ordnungspolitischer Mitverantwortung und strategisch motiviertes, Eigennutz maximierendes Lobbying in einem Wirtschaftssektor, in dem sehr viel Geld alloziert wird, leider oftmals miteinander verwechselt.

ordnungspolitische
Mitverantwortung
des Managements

3.2 Ethik in der Systemführung

Im Kontext wachsenden ökonomischen Drucks kommt einer systematischen Ethik in der Systemführung eines Krankenhauses eine immer wichtigere Bedeutung zu, und zwar aus folgenden Gründen:

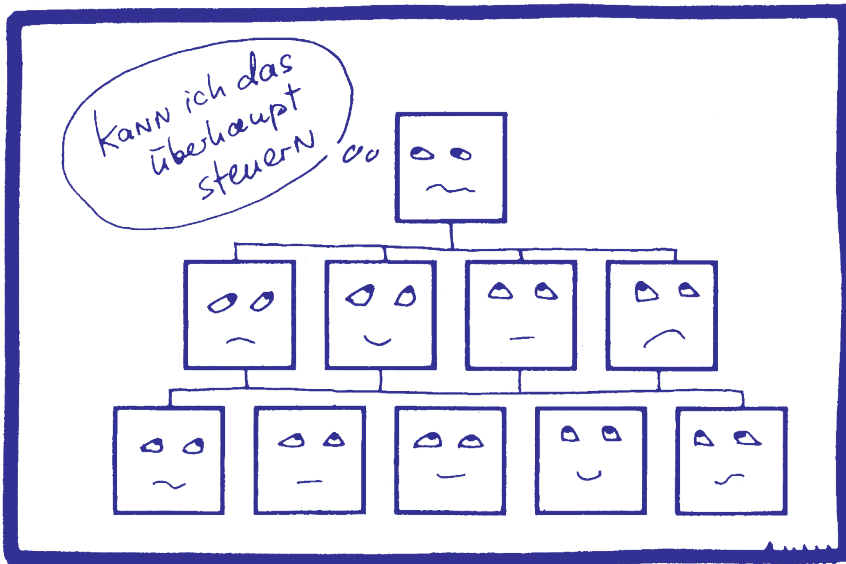
1. Erstens zeigen Untersuchungen im Bereich der Patientensicherheit, dass oft «systemische», d.h. *organisationsbedingte* Defizite und nicht nur fehlerhafte Behandlungspraktiken maßgeblich mitursächlich zu kritischen Ereignissen und unnötigen Behandlungen oder folgenreichen Fehlbehandlungen bei Patientinnen und Patienten führen (Brennan et al. 1991; Kohn et al. 2000, Leape et al. 1991, Taylor-Adams/Vincent 2007, Zala-Mezö et al. 2007).
2. Zweitens ist die Qualität der Systemführung entscheidend verantwortlich für das Maß an Stress, Friktionen, unnötigen Doppeluntersuchungen, Konflikten usw., das die Alltagsarbeit von Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten prägt. Unklare Erwartungen, unzureichend strukturierte Kommunikation, mangelhaft definierte Schnittstellen, inkongruente Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten beeinträchtigen die Prozessqualität von Patientenprozessen sowie die Verlässlichkeit und das Vertrauen in der Zusammenarbeit (Tuckermann/Rüegg-Stürm 2008).
3. Prozessqualität und Verlässlichkeit wiederum haben drittens einen maßgeblichen Einfluss auf die Flexibilität der Dienstleistungserbringung, auf die Patientenzufriedenheit und letztlich auf die Kosteneffizienz eines Krankenhauses.

Gründe für Ethik

Fehlbehandlungen

Stress und Konflikte

Qualität und Verlässlichkeit



Gefahr der Abwärtsspirale

Wenn ökonomischer Druck auf ein Krankenhaus trifft und wenn als Folge dieses Drucks in Form von symptombehandelnden Sparmaßnahmen mehr oder weniger unreflektiert eine «Ressourcenausdünnung» vorgenommen wird, führt dies in aller Regel zu einer weiteren Verschlechterung der Prozessqualität (Rüegg-Stürm 2008b). Dies äußert sich in abnehmender Zuverlässigkeit und Verlässlichkeit interner Wertschöpfungsprozesse. Das wiederum kann für Patientinnen und Patienten, für die Belegschaft und letztlich auch für die Finanzierer weitere negative Folgen nach sich ziehen und ein Krankenhaus im schlimmsten Fall in eine immer schneller drehende Abwärtsspirale führen.

Ethisch besonders fragil ist der Umstand, dass die Menschen in unmittelbarem Patientenkontakt besonders starken *Spannungen* ausgesetzt werden. Sie müssen sich neu nicht nur an medizinischen und pflegerischen, sondern simultan auch an ökonomischen Erfolgsmaßstäben orientieren, ohne im Umgang mit den dabei entstehenden Dilemmata gezielte Unterstützung und Orientierung zu erhalten.

Zudem können die unmittelbare Betroffenheit durch Schmerz und Leid der betreuten kranken Menschen, die damit verbundene Empathie und Emotionalität ihrer Tätigkeit und die hohe Motivationslage leicht dazu führen, dass es schleichend zu einer «Ausbeutung» und schlimmstenfalls zu einem Burn-out bei diesen Mitarbeitenden kommt. Umso wichtiger ist es, auch solche Entwicklungen achtsam wahrzunehmen und entsprechende kommunikative Gefäße zum konstruktiven Umgang mit divergierenden Erfolgsmaßstäben und belastenden Spannungsfeldern bereitzustellen.

Systemführung im Dienste des Aufbaus von Organisationsbewusstheit

Zur Entwicklung einer professionellen Systemführung muss – und dies ist nicht nur eine strategische, sondern auch eine ethisch relevante Aufgabe – das allgemeine Bewusstsein für die Bedeutung der Qualität von Anstrengungen und Aktivitäten im Systemkontext geschärft werden. Organisationstheoretisch gesprochen muss *Organisationsbewusstheit* (Heintel/Krainz 2000; vgl. hierzu auch Abbildung 3) aufgebaut werden. Organisationsbewusstheit bezieht sich auf eine *vergemeinschaftete Aufmerksamkeit* für die Vernetzung der Wertschöpfung, für das wechselseitige Zusammenspiel zwischen Menschen, Abteilungen, Professionen und Technologie sowie für die vielfältigen Abhängigkeiten des gemeinsamen alltäglichen Tuns.

Beim Aufbau von Organisationsbewusstheit sind insbesondere aus ethischer Sicht mehrere kritische Herausforderungen im Auge zu behalten. Der

Aufbau von Organisationsbewusstheit geht mit dem Aufbau von *Transparenz* einher. Das Krankenhaus wird «durchsichtiger». Systematische Friktionserde und Fehlerquellen werden allseits sichtbar. Dies schafft Zonen einer *erhöhten Verletzbarkeit*.

Gerade aufgrund der stark personenzentrierten, unmittelbar interaktionsbasierten Wertschöpfung im Behandlungskontext besteht in Krankenhäusern eine starke Tendenz zu einer *gewohnheitsmäßigen Personalisierung* von Wirkungen aller Art. Dazu gehört auch, bei fehlerhaften Ergebnissen rasch den moralisierenden Finger zu heben und auf «die» Verantwortlichen zu zeigen. Eine solche unreflektierte Personalisierung von Schattenseiten der eigenen Organisation ist nicht nur einfach, sondern auch sehr entlastend (exkulperierend) für alle, die außerhalb des unmittelbaren Problemhorizonts stehen. Sie schützt auf diese Weise die Organisation vor sich selbst, weil allgemein geteilte Annahmen, Prämissen, Setzungen, Hintergrundüberzeugungen, Rollenverständnisse, Führungspraktiken, Alltagsroutinen usw. auf diese Weise nie systematisch und kritisch in den Blick genommen werden können (Exner et al. 1987).

Die gewohnheitsmäßige Personalisierung von Fehlern führt aber insbesondere in einem Kontext, in dem viele Mitarbeitende an der Grenze zwischen Wissen und Nichtwissen operieren und in dem Fehler leicht zu katastrophalen Folgen führen können, dazu, dass ein großer Anreiz besteht, Fehler unter dem Deckel zu halten. Diese Art der «Fehlerkultur» wiederum schränkt die organisationale Lernfähigkeit stark ein, was ethisch hochproblematische Auswirkungen auf die Verbesserung der Patientensicherheit hat (Weick/Sutcliffe 2003). Daraus folgt die Notwendigkeit, beim Aufbau von Organisationsbewusstheit aus ethischer und strategischer Sicht erstens der *Schutzbedürftigkeit und Integrität* der einzelnen Mitarbeitenden und Führungspersonen ausreichend Rechnung zu tragen. Als Regel kann hier gelten, bei unerwünschten Wirkungen und Ergebnissen mit erster Priorität nach problematischen systemischen Handlungsbedingungen und erst in zweiter Priorität nach personenbezogenen Defiziten zu suchen.

Systemführung im Dienste einer Kultur der Achtsamkeit

Um den Herausforderungen gerecht zu werden, die beim Aufbau von Organisationsbewusstheit entstehen können, muss dieser – speziell aus ethischer Sicht – mit der Entwicklung einer *Kultur der Achtsamkeit und Fairness, der wechselseitig respektvollen Feedback-Kommunikation und der kollegialen Belastbarkeit* einhergehen. Mit kollegialer Belastbarkeit ist das Zusammenspiel von wertschätzender Kommunikation (Kollegialität) sowie Irritationstoleranz und Kritikfähigkeit im Hinblick auf ernsthafte Feedbacks gemeint. Dies ist nicht (nur) im Sinne einer persönlichen Fähigkeit, sondern einer gemeinsam geteilten, organisationsweit selbstverständlich praktizierten Grundhaltung (Weick/Sutcliffe 2003) zu verstehen. Diesem Postulat ist nicht einfach nachzuleben. Auch oder gerade in Expertenorganisationen müssen für andere Menschen besonders folgenreiche Karriereentscheidungen getroffen werden, deren sachliche Angemessenheit angesichts des Expertencharakters von Wissen und deren Fairness im Hinblick auf die Berücksichtigung vielfältiger Fähigkeiten und vergangener Verdienste für die eigene Organisation nicht einfach zu gewährleisten ist.

Ebenfalls erschwerend für den Aufbau von Organisationsbewusstheit erweisen sich besonders im Verhältnis von Fach- zu Systemkontext *Loyalitätskonflikte* und Abgrenzungstendenzen, was die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Profession, zu einer bestimmten Abteilung und die Verantwortung für den gesamten Betrieb betrifft. Auch solche Loyalitätskonflikte müssen explizit adressiert werden können, damit sie sinnvoll gehandhabt werden können. Schließlich wirkt auch der mehrdimensionale Auftrag eines Krankenhauses, bestehend aus Dienstleistung (Behandlung und Pflege), Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung, nicht sonderlich unterstützend für den Aufbau einer starken Identität und Organisationsbewusstheit. Umso wichtiger ist es, im Kontext vielschichtiger Motivationslagen und einer hohen Personalfuktuation darauf hinzuwirken, Praktiken einer achtsamen Kommunikation und Zusammenarbeit als kulturelle Selbstverständlichkeiten zu fördern und zu verankern.

4. Entwicklungsstoßrichtungen einer integrativen Management-Ethik

Alle skizzierten Aspekte einer auch ethisch tragfähigen Gesamt-, System- und Fachführung weisen auf die Notwendigkeit der Entwicklung einer *dialogischen Qualität von Kommunikation als Kern einer tragfähigen fairen Zusammenarbeit*. Kommunikation kann nicht mit allgemeinen Appellen oder schriftlich vorgegebenen Leitsätzen verbessert werden. Sie zu ändern, setzt vielmehr systematische Anstrengungen in Richtung einer *gemeinschaftlichen Selbstbeobachtung* und eines zivilisierten Umgangs mit Einfluss und Macht voraus. Selbsterkenntnis ist der beste Weg zur Besserung. Die Beteiligten lassen sich in einem respektvollen Austausch gemeinsam auf gelebte Selbstverständlichkeiten des Alltags ein, der weitreichende Folgewirkungen zeitigen kann. Dies wiederum ist aber nichts anderes als eine Form von (selbstreflexiver) Kommunikation.

Aus Managementsicht erschöpft sich Kommunikation – und die ab und zu erforderliche Selbstbeobachtung von Kommunikation – nicht einfach im interpersonalen Austausch zwischen Personen. Nicht die Person steht im Vordergrund eines ethisch reflexiven systemischen Managements, sondern

- historisch unmerklich gewachsene Spielregeln,
- habitualisierte Haltungen und routinisierte Praktiken der Alltagskoordination, Problemhandhabung und strategisch relevante Ungewissheitsbewältigung und
- die hierzu institutionalisierten Opportunitäten des gemeinschaftlichen Austauschs, angefangen bei regelmäßigem Kaffeetrinken bis hin zu regelmäßigen Verwaltungsratssitzungen.

In diesem Sinne besteht die Führungsarchitektur eines Krankenhauses aus einem förderlichen *Zusammenspiel von institutionalisierten Kommunikationsplattformen* – von institutionalisierten informellen Begegnungen in einer Teeküche bis zu Projektmeetings, Qualitätszirkeln und Geschäftsleitungssitzungen.

Zentrale Bedeutung bei der Entwicklung einer integrativen Management-Ethik haben demzufolge eine *achtsame Strukturierung von Kommunikation*, der Aufbau von Kommunikations- und Dialogplattformen, die Spezifikation von Spielregeln der Zusammenarbeit und die Reflexion von Begegnungshaltungen.

Im Kern geht es dabei immer wieder um die *öffnende* Reflexion von gewachsenen Selbstverständlichkeiten und um die *schließende*, verbindliche Festlegung von gemeinsamen Bezugspunkten des Entscheidens und Handelns und von tragfähigen Regeln der Zusammenarbeit innerhalb einer Abteilung, zwischen Abteilungen und mit allen betroffenen Anspruchsgruppen eines Krankenhauses. Im Zentrum stehen somit weder die Anwendung anspruchsvoller analyti-

Dialog als
Voraussetzung

gemeinschaftliche
Selbstbeobachtung

Strukturierung
von
Kommunikation

scher «Tools» noch strukturelle Festlegungen, sondern der Prozess einer gemeinschaftlich getragenen, normativ und strategisch reflexiven *Kulturentwicklung*.

Wie die hierzu erforderlichen selbstreflexiven Kommunikationsplattformen zu gestalten und zu entwickeln sind, lässt sich nicht generalisierend formulieren. Wichtig ist, dass es nicht um Kommunikation um der Kommunikation willen geht, sondern dass bei dieser reflexiven Kulturentwicklung *möglichst konkrete* Fragen der Alltagsbewältigung und Zukunftssicherung bearbeitet werden. Ausgangspunkt für einen ethischen Dialog können erfahrene Herausforderungen, Spannungsfelder, Dilemmata und Erwartungsenttäuschungen bilden. Nicht ein naiv moralisierender Weltverbesserungsimpetus soll zu einem solchen Dialog motivieren, sondern das Bestreben, den *Wahrnehmungshorizont* für fragile Handlungsbedingungen und potenziell problematische Handlungswirkungen zielgerichtet auszuweiten. Mit anderen Worten geht es um den Prozess einer systematischen *Stärkung der organisationalen Reflexivität und Selbstbeobachtung*, der idealerweise dazu verhilft, sich vermehrt an identifizierten Sonnenseiten freuen und an problematischen Schattenseiten wachsen zu können.

konkrete Fragen
bearbeiten

Forschungsarbeiten entstehen im Dialog. Silke Bucher, Dr. Harald Tuckermann und Dr. Simon Grand danke ich herzlich für das gemeinsame Ringen um Erkenntnis und viele wertvolle Gedanken und Impulse zur Erarbeitung dieses Beitrags.

Literatur

- Baecker, D. (2003): Organisation und Management, Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Baumann-Hölzle, R.; Strebel U. (1993): Das Ethik-Forum des Universitätsospitals Zürich. In: Schweizerische Ärztezeitung, 74, Nr. 43, 1662-1663
- Baumann-Hölzle, R.; Arn, Ch. (2005): Ethik-Transfer in Institutionen des Gesundheitswesens. Verschiedene Formen der Unterstützung für Entscheidungen in ethischen Dilemmasituationen in Medizin und Pflege. In: Schweizerische Ärztezeitung, 86, Nr. 12, 735-739
- Brennan, T. A.; Leape, L.L.; Laird, N.M.; Hebert, L.; Localio, A.R.; Latheters, A.W.; Newhouse, J.P.; Weiler, P.C.; Hiatt, H.H. (1991): Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I: In: The New England Journal of Medicine, 324, No. 6, 370-376
- Cyert, R.; March, J. (1995) (ursprünglich 1963): Eine verhaltenswissenschaftliche Theorie der Unternehmung. Schäffer-Poeschel, Stuttgart
- Exner, A.; Königswieser, R.; Titscher, St. (1987): Unternehmensberatung – systemisch. In: Die Betriebswirtschaft, 47, Nr. 3, 265-284
- von Foerster, H. (1993): KybernEthik. Merve, Berlin
- Gross, P. (1994): Die Multioptionsgesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt am Main

Literatur

- Heintel, P.; Krainz, E. (2000): Projektmanagement. Eine Antwort auf die Hierarchiekrise?, 4. Auflage, Gabler, Wiesbaden
- Kohn, L.T.; Corrigan, J.M.; Donaldson, M.S. (Eds.) (2000): To Err is Human. Building a Safer Health System. National Academy Press, Washington DC
- Leape, L.L.; Brennan, T.A.; Lawthers, A.W.; Localio, A.R.; Barnes, B.A.; Hebert, L.; Newhouse, J.P.; Weiler, P.C.; Hiatt, H. (1991): The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. In: The New England Journal of Medicine, 324, No. 6, 377-384
- Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme: Grundriss einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Luhmann, N. (2002): Einführung in die Systemtheorie, Carl Auer, Heidelberg
- Rüegg-Stürm, J. (2003): Das neue St. Galler Management-Modell – Grundkategorien einer integrierten Managementlehre: der HSG-Ansatz. 2. Auflage, Haupt, Bern
- Rüegg-Stürm, J. (2008a): Führung ist nicht gleich Führung ... In: Schweizerische Ärztezeitung, 89, Nr. 23, 1025-1027
- Rüegg-Stürm, J. (2008b): Operation gelungen, Patient gestorben. Glückliche und weniger glückliche Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Spitälern. In: Schweizerische Ärztezeitung, 89, Nr. 33, 1413-1416
- Rüegg-Stürm, J.; Grand, S. (2007): Handlung und Reflexion in Managementpraxis und Managementforschung: Konturen einer kreativen Beziehung. In: Eberle, Th.; Hoidn, S.; Sikavica, K. (Hg.): Fokus Organisation: Sozialwissenschaftliche Perspektiven und Analysen. UVK, Konstanz, 189-205
- Schatzki, T.R.; Knorr-Cetina, K.D.; Savigny, E. (Hg.) (2001): The Practice Turn in Contemporary Theory. Routledge, London
- Schwaninger, M. (1999): Organisationale Intelligenz aus managementkybernetischer Sicht. In: ders. (Hg.): Intelligente Organisationen: Konzepte für turbulente Zeiten auf der Grundlage von Systemtheorie und Kybernetik. Duncker & Humblot, Berlin, 55-78
- Simon, F. B. (1997): Die Kunst, nicht zu lernen. Carl Auer, Heidelberg
- Simon, F. B. (2007a): Einführung in die systemische Organisationstheorie, Carl Auer, Heidelberg
- Simon, F. B. (2007b): Einführung in die Systemtheorie und Konstruktivismus, Carl Auer, Heidelberg
- Stratmeyer, P. (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektive für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Juventa, Weinheim, München
- Taylor-Adams, S.; Vincent, Ch. (2007): Systemanalyse klinischer Zwischenfälle. Das London-Protokoll. Stiftung für Patientensicherheit, Zürich
- Tuckermann, H.; Rüegg-Stürm, J. (2008): Vom interaktionalen Organisieren zum Organisieren von Kommunikation. In: Schweizerische Ärztezeitung, 89, Nr. 14, 573-578

Literatur

- Ulrich, P. (2004): Normative Orientierungsprozesse. In: Dubs, R.; Euler, D.; Rüegg-Stürm, J.; Wyss, Ch. (Hg.): Einführung in die Managementlehre, Band 2, Haupt, Bern, 23-33
- Ulrich, P. (2008): Integrative Wirtschaftsethik. Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie. 4. vollständig neu bearbeitete Auflage, Haupt, Bern
- Ulrich, P.; Fluri, E. (1995): Management – eine konzentrierte Einführung. 7. Auflage, Haupt, Bern
- Weick, K. (1985): Der Prozess des Organisierens. Suhrkamp, Frankfurt
- Weick, K.E.; Sutcliffe, K.M. (2003): Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen, Klett-Cotta, Stuttgart
- Weinberg, D.B. (2003): Code Green. Money-Driven Hospitals and the Dismantling of Nursing. Ithaca, Cornell University Press, London
- Zala-Mezö, E.; Bezzola, P.; Hochreutener, M.-A. (2007): Error & Risk Analysis (ERA): Konzept der systemischen Analyse von Behandlungszwischenfällen. Stiftung für Patientensicherheit, Zürich