

Albert Fritsche
Michael Herrmann

**Prozessorientierte Organisation in
öffentlichen Spitälern der Schweiz**

*Masterarbeit eingereicht bei der
Universität Bern, Kompetenzzentrum
für Public Management KPM, im
Rahmen des Executive Master of
Public Administration MPA*

Die Schriftenreihe des Kompetenzzentrums für Public Management der Universität Bern wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Andreas Lienhard
Dr. Adrian Ritz
Dr. Reto Steiner

Die inhaltliche Verantwortung für jeden Band der KPM-Schriftenreihe liegt beim Autor resp. bei den Autoren.

Albert Fritsche
Michael Herrmann

Prozessorientierte Organisation in öffentlichen Spitälern der Schweiz

*Masterarbeit eingereicht bei der Universität Bern,
Kompetenzzentrum für Public Management KPM, im Rahmen
des Executive Master of Public Administration MPA*

KPM-Verlag
Bern

Dr. Albert Fritsche ist Kantonstierarzt beider Appenzell.

*Michael Herrmann ist Inhaber und Geschäftsleiter der
PrivatePublicConsulting GmbH.*

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Prozessorientierte Organisation in öffentlichen Spitälern der Schweiz

Fritsche, Albert; Herrmann, Michael

Bern 2009

ISBN 978-3-906798-24-0

Alle Rechte vorbehalten

Copyright © 2009 by KPM-Verlag Bern

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist
unzulässig.

www.kpm.unibe.ch

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	IX
MANAGEMENT SUMMARY	XIII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XV
1 EINLEITUNG	1
1.1 Problemstellung.....	2
1.2 Zielsetzung und Untersuchungsfragen	4
1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	5
2 GESUNDHEITSWESEN SCHWEIZ	7
2.1 Gesundheitszustand der Schweizer und Schweizerinnen	7
2.2 Das Gesundheitssystem der Schweiz	8
2.2.1 Bund - Kantone - Gemeinden	8
2.2.2 Kranken- und Unfallversicherung.....	9
2.2.3 Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte	10
2.2.4 Apotheken und Drogerien	11
2.2.5 Spitäler.....	11
2.2.5.1 Spitallandschaft Schweiz und Entwicklung.....	11
2.2.5.2 Medizinische Leistungen	13
2.2.5.3 Einteilung nach Grösse	14
2.2.5.4 Einteilung nach Trägerschaft.....	15
2.2.5.5 Zukünftige Herausforderungen.....	16
2.2.6 Kosten und Finanzierung	16
2.2.6.1 Kosten	16
2.2.6.2 Kostenentwicklung	18
2.2.6.3 Finanzierung.....	19
2.2.7 Vergleich mit anderen Ländern	19
2.3 Änderungen in der Spitalfinanzierung.....	22
2.3.1 Spitalfinanzierung heute.....	22
2.3.2 Spitalfinanzierung morgen	23
2.3.3 SwissDRG.....	23
2.3.4 Auswirkungen der DRG auf die Spitalorganisation	24
3 PROZESSORIENTIERTE ORGANISATION	27
3.1 Entwicklung von Organisation	27
3.1.1 Taylorismus.....	27
3.1.2 Grenzen funktioneller Organisationen.....	28
3.2 Modernes Begriffsverständnis von Organisationen	31
3.3 Business Process Reengineering	34
3.4 Prozessgestaltung und –management	38
3.4.1 Prozessbegriff	41
3.4.2 Wertkettenmodell nach Porter	43
3.4.3 Prozessdefinition.....	44
3.4.4 Kern-, Support- und weitere Prozesse	46
3.4.5 Prozessstrukturierung	48
3.4.6 Prozessdarstellung und –beschreibung	49
3.4.7 Prozesscontrolling und –optimierung	50

3.5	Rollen in Prozessorientierten Organisationen.....	51
3.5.1	Process-Owner	54
3.5.2	Prozessmanager	55
3.5.3	Case-Worker.....	55
3.5.4	Prozessteam	56
3.5.5	Prozesssteuergremium	57
3.5.6	Prozessmethodenberater	58
3.5.7	IT-Prozessentwickler.....	58
3.6	Prozessorientierte Organisationsgestaltung	59
3.6.1	Grundlegende Elemente	62
3.6.1.1	Prozessmanagement als Primär- und Sekundärorganisation	62
3.6.1.2	Kundenorientierung	63
3.6.1.3	Empowerment	64
3.6.1.4	Information	64
3.6.2	Ausgestaltung der Prozessorientierten Organisation.....	66
3.6.2.1	Ausprägungen.....	66
3.6.2.2	Prinzipien.....	68
3.6.2.3	Matrixorganisation	68
3.6.2.4	Kompetenzzentren	71
3.7	Kritische Würdigung.....	72
3.8	Prüfpunkte	75
4	ORGANISATION SPITAL	79
4.1	Historische Entwicklung.....	79
4.2	Leistungen eines Spitals.....	80
4.3	Die traditionelle Spitalorganisation.....	85
4.3.1	Das triale Organisationsmodell	85
4.3.2	Die Geschäftsleitung.....	86
4.3.3	Der ärztliche Dienst.....	87
4.3.4	Der Pflegedienst	87
4.3.5	Der Verwaltungsdienst.....	88
4.4	Defizite der funktionalen Organisation und Konsequenzen	88
4.5	Krankenhausprozess	89
4.6	Struktur einer Prozessorganisation im Spital	91
4.7	Über die Struktur zum Kulturwandel	92
4.8	Ergänzung der Prüfpunkte.....	93
5	PROZESSORGANISATION IN AUSGEWÄHLTEN SPITÄLERN	95
5.1	Datenerhebung.....	95
5.1.1	Auswahl der Spitäler	95
5.1.2	Datenerhebungsverfahren	97
5.1.3	Datenaufbereitung und –auswertung	99
5.2	Beschreibung der untersuchten Spitäler.....	99
5.2.1	Typologie und Kennzahlen.....	99
5.2.2	Organisation Kantonsspital Aarau	104
5.2.3	Organisation Kantonsspital Graubünden	107
5.2.4	Organisation Spital Thun.....	109
5.2.5	Organisation Spital Schwyz	111
5.2.6	Organisation Spital Heiden	113

5.3	Prüfpunkte	115
5.3.1	Definierte Prozesse.....	116
5.3.2	Dokumentierte Prozesse.....	120
5.3.3	Prozesscontrolling und -optimierung.....	122
5.3.4	Kundenorientierung.....	124
5.3.5	Prozessorientierte Struktur.....	124
5.3.6	Prozessorientierte Rollen und Empowerment	127
5.3.7	Vernetzte Information.....	129
5.3.8	Förderung der Prozesskultur.....	131
5.3.9	Formulierte Prozessstrategie	132
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN	135
6.1	Einleitung.....	135
6.2	Validität der Prüfpunkte	136
6.3	Erkenntnisse	137
6.4	Gründe für den derzeitigen Stand der Prozessorientierung.....	141
6.5	Empfehlungen.....	143
	LITERATURVERZEICHNIS	145
	QUELLENVERZEICHNIS	149
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	151
	TABELLENVERZEICHNIS	153
	ANHANG I: INTERVIEWLEITFADEN	155
	ANHANG II: INTERVIEWANFRAGE	159
	ÜBER DIE AUTOREN	161

VORWORT

Anfang August 2007 verkündete Markus Dürr, Regierungsrat des Kantons Luzern und Präsident der Schweizerischen Gesundheitsdirektoren in einem Interview mit der Neuen Luzerner Zeitung, dass nach seinen Einschätzungen jedes dritte Spital in der Schweiz innerhalb der nächsten zehn Jahre schliessen müsse¹. Er begründete seine Aussage unter anderem mit der bevorstehenden Einführung der Fallpauschalen (DRG), womit jedes Spital für die gleiche Leistung gleich viel erhält, unabhängig von den verursachten Kosten. Das Bundesparlament diskutierte im Frühjahr 2007 in der laufenden Krankenversicherungsgesetzesrevision die Gleichbehandlung der Privatspitäler bei der Abgeltung der Grundversicherungsleistungen sowie die Einführung der freien Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinaus². H+, der Verband der Schweizer Spitäler, kündigte die Veröffentlichung der Qualitätsbewertungen von Spitalern an³, nachdem das Thema „Spitalqualität und Patientenzufriedenheit“ im Sommer 2007 durch eine Comparis-Umfrage bei 5800 Patienten in 53 Spitalern ins Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit gerückt worden war⁴.

Die Schweizer Spitäler sind in Zukunft stark gefordert, um in einem offeneren Markt mit mehr Wettbewerb bestehen zu können. Entscheidend für das Überleben wird nicht unbedingt die Grösse eines Spitals sein, sondern die Effizienz und Qualität bei der Erbringung der angebotenen Leistungen. Die Spitäler müssen sich somit unter anderem die Frage stellen, ob sie mit ihrer jetzigen Organisationsform optimal gerüstet sind. Mit der Entschädigung über Fallpauschalen wird der Leistungsprozess am Patienten ins Zentrum der Kostenberechnungen gerückt. Wäre nicht die Ausrichtung der gesamten Organisation auf die Kernprozesse eine Möglichkeit zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit und der Attraktivität eines Spitals? Ist eine reine Prozessorganisation nach Wissenschaft und Lehre in einem Spital überhaupt möglich? Ist das effizienteste und wirt-

¹ Neue Luzerner Zeitung Online (www.zisch.ch) 9.9.07, Appenzeller Volksfreund vom 9.8.07, Appenzeller Zeitung vom 25.8.07

² Santésuisse, Rückblick auf die Frühjahrssession 2007, Internet: www.santesuisse.ch, 30.8.07

³ H+, Medienmitteilung vom 23.8.07 zum Nationalen Spitaltag, Internet: www.hplus.ch, 18.9.07

⁴ Internet: www.comparis.ch, Thema: Versicherungen, Krankenkassen, 8.8.07 und 25.8.07

schaftlichste Spital überhaupt dasjenige, in das die Patienten gehen und die Politiker finanzieren wollen?

Diese sehr aktuellen Fragen haben uns dazu bewegt, das Thema „Prozessorientierte Organisation in öffentlichen Spitälern der Schweiz“ als Thema für unsere Masterarbeit zu wählen. Um nicht dem Vorwurf ausgesetzt zu werden, wir seien der Meinung, nur ein optimal prozessorientiert organisiertes Spital könne überleben, zitieren wir Mintzberg aus einem Presseinterview: „Ich glaube, unser grösster Fehler im Umgang mit Organisationen, den wir durch das ganze Jahrhundert hindurch gemacht haben und jeden Tag wiederholen, liegt in der Annahme, es gäbe einen ‚one best way‘, alle Organisationen zu führen. ... Wir können ebenso wenig alle Organisationen gleich behandeln, wie Ärzte allen Patienten die gleiche Brille verschreiben können“ (Henry Mintzberg, 1989, zitiert in Benz 2007: 23).

Die vorliegende Arbeit wurde berufs begleitend verfasst und von zahlreichen Personen unterstützt. Es ist uns ein Anliegen, all jenen zu danken, die uns geholfen haben:

- Derungs Daniel, Departement Services, Kantonsspital Graubünden, Chur
- Dörler Johannes, Informatik und Organisation, Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
- Furrer Fredy, CEO des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden, Herisau
- Hochuli Rolf, Finanzen und Dienste, Kantonsspital Aarau
- Moeller Kerstin, CO-Leiterin Spital Schwyz
- Moser-Christ Ursina, Medizin-Technische Bereiche, Spital Heiden
- Straubhaar Beat, CEO der Spital STS AG, Thun

Wir danken Herrn Dr. Adrian Ritz vom Kompetenzzentrum für Public Management für die Betreuung der Arbeit sowie unsern Familien und Partnerinnen für die Unterstützung und das Verständnis.

Bern, im Oktober 2007

Albert Fritsche und Michael Herrmann

MANAGEMENT SUMMARY

Das Eidgenössische Krankenversicherungsgesetz (KVG) bestimmt im Wesentlichen die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen in der Schweiz. Nach dem Willen des Parlaments soll in Zukunft mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen herrschen. Die Einführung von schweizweit einheitlichen Fallpauschalen (SwissDRG) führt die Spitäler in ein dynamisches Wettbewerbsumfeld, in dem Effizienz und Qualität als entscheidende Vorteile ins Zentrum rücken. Dies hat zwangsläufig ein stetes Streben nach der Optimierung der wichtigsten Prozesse zur Folge, denn Kosteneinsparungen bedeuten im neuen System auch Erlöse und damit Konkurrenzfähigkeit.

Die Autoren der vorliegenden Arbeit gehen der Frage nach, in welchem Ausmass sich in Schweizer Spitätern bereits Elemente einer Orientierung auf Prozesse finden lassen. Zu diesem Zweck wurde der Kontakt zu Spitätern gesucht, die sich bekanntermassen bereits intensiv mit dem Thema der Prozessorientierung auseinandersetzen. Schliesslich konnten Mitglieder der Geschäftsleitung von fünf Spitätern interviewt werden: das Kantonsspital des Kantons Aargau in Aarau, das Spital Thun im Kanton Bern, das Kantonsspital des Kantons Schwyz, das Kantonsspital Graubünden in Chur und das Spital Heiden im Kanton Appenzell A.Rh.

Um eine Basis für die Interviews zu schaffen, orientiert sich die vorliegende Arbeit an den wesentlichen zur Thematik bekannten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Nebst der Klarheit der Rollen und Aufgaben zeigt sich, dass die effektive Ausgestaltung einer prozessorientierten Organisation kein blindes Nachvollziehen einer schematischen Vorgabe sein kann. Die informationelle Vernetzung ist ein ebenso wichtiger Charakterzug der Organisationsform wie die Ausrichtung auf den Kunden. Die Bestimmung der Kern- und Supportprozesse sowie der Kompetenzzentren dürfte jedoch für jede Unternehmung eine intensive Phase der Reflexion bedingen.

Unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Spitalorganisation im Spannungsfeld zwischen sozial und ökonomisch geprägtem Auftrag, zwischen den Interessen des Arztes und des Managers, definieren die

Autoren neun Prüfpunkte, mit denen sie den Stand der Prozessorientierung in den ausgewählten Spitälern analysieren. Sie folgen dabei den drei Organisationsebenen: Strategie, Struktur und Kultur. Untersucht wird der Grad der Definition und Dokumentation der Prozesse, das Controlling derselben, die informationelle Vernetzung, die Ausrichtung der Struktur an den Prozessen und die Bezeichnung der entsprechenden Rollen sowie Fragen der Kundenausrichtung, Unternehmenskultur und der Organisationsstrategie.

Das Ergebnis der Untersuchung zeigt auf, dass keines der analysierten Spitäler eine reine Prozessorganisation im Sinne der wissenschaftlichen Lehre aufweist. In verschiedensten Bereichen lassen sich jedoch Elemente einer Prozessorientierung finden, sei es in den Strategiepapieren, in den Führungs- oder Organisationsstrukturen oder den Controlling-Instrumenten. Breit investiert wird in die elektronische Informationstechnologie, damit diese richtigerweise Daten dezentral zugänglich macht und damit die Überbrückung der zahlreichen Schnittstellen in einem Spital erlaubt. Die allgemein ungenügende Dokumentation der Prozesse erscheint hingegen problematisch. Erst diese würde die Festlegung eines klaren Sollprozesses ermöglichen, der seinerseits die Voraussetzung für ein nachhaltiges Prozesscontrolling schafft. Die dokumentierten Prozesse wären zudem die Basis für eine Diskussion über die Prozesse selbst und damit über Zuständigkeiten und Weiterentwicklungen.

Erfreulich ist das hohe Engagement der Interviewpartner für eine prozessorientierte Sichtweise im Hinblick auf die weitere Organisationsentwicklung. Der Schritt vom reinen Funktionsdenken hin zur Prozessorientierung erscheint sehr herausfordernd, um erfolgsversprechend zu sein muss der Veränderungsprozess von der Führungsebene gewollt und gefördert werden. Dies ist um so zentraler da die Autoren der Ansicht sind, dass die Einführung der Prozessorientierung in einer Organisation einen Kulturwandel bedingt, der sich in allen Ebenen und Funktionen zu entwickeln hat. Es braucht Zeit und Energie, bis die hierarchischen Abstufungen zwischen den drei verschiedenen Berufsgruppen - Ärzte, Pflege, Management - sich aufzulösen beginnen und die verschiedenen Spezialisten als Bestandteil eines ganzen Prozesses wahrgenommen werden.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
ANIR	Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung
Anz.	Anzahl
AP-DRG	all patients diagnose related group
Art.	Artikel
BAG	Bundesamt für Gesundheit
Bev.	Bevölkerung
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
bzw.	Beziehungsweise
CEO	Chief Executive Officer
CFO	Chief Financial Officer
COO	Chief Operating Officer
dh.	das heisst
DRG	Diagnose related Group
Einw.	Einwohner
etc.	et cetera
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
Fr.	Schweizer Franken (Geldwährung)
H+	Verband der Schweizer Spitäler
Hrsg.	Herausgeber
Kap.	Kapitel
KISAR	Klinikinformationssystem Appenzell A. Rh.
KSA AG	Kantonsspital Aarau AG

KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MIPP	Modell integrierter Patientenpfade
Mrd.	Milliarden
MTS	Medizinisch Technische Spezialgebiete
MTTD	Medizintechnisch/ -therapeutische Dienste
n/a	not available - nicht verfügbar
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OP	Operation
OPS	Operationssaal
PD	Pflegedienst
PO	Prozessorganisation
RSZ	Regionales Spitalzentrum
STS	Spitalregion Thun-Simmental
SVAR	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

1 EINLEITUNG

Die Spitallandschaft der Schweiz ist permanent im Umbruch. Immer mehr Öffentliche Spitäler der Schweiz werden aus den Strukturen der Kantons- oder Gemeindeverwaltungen herausgelöst und verselbständigt. Spitäler werden organisatorisch zusammengefasst und unter eine betriebswirtschaftliche Führung gestellt. In der Regel bleiben jedoch die funktionalen Organisationsstrukturen nach Fachgebieten (Medizin, Chirurgie, Pflege, Administration), Instituten oder Häusern bestehen. Geschäftsleitungen thronen über Betriebsleitungen, Betriebswirtschaftler versuchen Chefärzte zu führen.

Nach Jahren des Auf- und Ausbaus in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in Zeiten des wirtschaftlichen Aufschwungs, begann vor 20 Jahren eine Umstrukturierungs- und Konzentrationsphase. Die Zahl der Spitäler und Spitalbetten, die Pfl egetage und die Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten sinken, obwohl die behandelten Fälle und der Personalbestand zunehmen (vgl. Interpharma 2006: 43 und Kocher 2007: 341). Dieser Konzentrations- und Effizienzsteigerungsprozess ist noch nicht abgeschlossen (vgl. Kocher 2007: 333 ff.).

Das Krankenversicherungsgesetz KVG⁵ beeinflusst die Spitäler seit seiner Einführung im Jahre 1996 direkt über die Leistungsentschädigung. Die Krankenhausstrukturen werden von den Kantonen insbesondere über die Investitionen und die Spitallisten gesteuert. Mit der 2004 vom Bundesrat eingeläuteten Revision des KVG sind diesbezüglich einige Änderungen geplant⁶, welche den Spardruck auf die Spitäler weiter steigern wird.

⁵ Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (GS 823.10)

⁶ Vgl. Entwurf und Botschaft betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 15. September 2004 (04.061) in Verbindung mit den Beschlüssen der Kommissionen und des Parlaments unter www.admin.ch, 20. Mai 2007

1.1 Problemstellung

Viele Spitäler sind in Departemente und Kliniken unterteilt. Diese werden in der Regel von Ärzten geleitet, haben eigenes Pflegepersonal und je nach Spezialisierung auch eine eigene Administration und Supportstellen. Mehrheitlich sind die medizinischen Prozesse an den Strukturen orientiert. Neuerdings lässt sich feststellen, dass die Spitäler beginnen, ihre Prozesse nach den Patientenflüssen zu orientieren. Diese Kundenorientierung bedingt mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit und Änderungen in den Führungsstrukturen (vgl. Kocher 2007: 341).

Gemäss Information der Santésuisse⁷, dem Verband der Krankenversicherer, bilden die Spitäler mit einem Kostenvolumen von rund 8 Mrd. Franken nicht nur den grössten, sondern auch den am stärksten wachsenden Kostenfaktor in der Krankenversicherung. Ein Grund für das starke Kostenwachstum ist gemäss dem Verband die intransparente, wettbewerbsverzerrende und damit auch ineffiziente Regelung der Spitalfinanzierung. Statt durch leistungsorientierte Pauschalen wird ein Grossteil der Spitäler noch immer mittels Kosten- und Defizitdeckung finanziert. Das Interesse der Kantone an Tarifsenkungen ist beschränkt, da tiefere Tarife zu höheren Defiziten führen würden, welche wiederum die Kantone zu tragen hätten. Privatspitäler sind gegenüber den öffentlichen Spitälern benachteiligt, weil sie den Krankenversicherern für gleiche Leistungen höhere Preise verlangen müssen. In der laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes KVG schlägt der Bundesrat einige Änderungen im Spitalfinanzierungsbereich vor. Der Nationalrat befasste sich während der Frühlingssession 2007 mit der neuen Spitalfinanzierung und stimmte mehrheitlich den Vorschlägen des Bundesrates zu. Kernpunkte sind eine besser koordinierte Spitalplanung, die Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler, der Übergang zu leistungsbezogenen Fallpauschalen und der neue Finanzierungsschlüssel für Kantone und Krankenkassen. Der Nationalrat möchte zusätzlich die freie Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinweg einführen.

⁷ <http://www.santesuisse.ch/de>, 28. Mai 2007, Positionspapier zur Spitalfinanzierung vom 2. Mai 2007

Die Aufnahme der Privatspitäler auf die Spitallisten der Kantone, deren Mitfinanzierung durch die Kantone - gleich wie die öffentlichen Spitäler - sowie die Einführung der generellen Leistungsfinanzierung nach schweizweit einheitlichen Regelungen, wird zu mehr Wettbewerb unter den Spitälern führen. In Art. 49 Abs. 7 und 8 der KVG-Revision schlägt der Bundesrat vor, dass die Spitäler über geeignete Führungsinstrumente zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten sowie zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und Leistungsstatistik verfügen müssen. Zweck ist die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit für Betriebsvergleiche, Tarifierung und Beschaffung der Daten für die Spitalplanung. Kantonsregierungen oder der Bundesrat können Betriebsvergleiche sogar anordnen. Ergibt der Vergleich Kosten, die deutlich über denjenigen vergleichbarer Betriebe liegen, so können Versicherer den Vertrag kündigen und die Tarife müssen angepasst werden.

Unter den neuen Rahmenbedingungen wird es für das Überleben eines Spitals entscheidend sein, wie hoch seine abrechenbaren Fallkosten sein werden und ob es einen Leistungsauftrag von einem oder mehreren Kantonen erhält. Dazu muss es konkurrenzfähig sein und die Kosten im Griff haben. Eine Möglichkeit zur Steigerung der Effizienz liegt im Wechsel von der rein funktionalen Organisation zur Prozessorganisation. In der klassischen Spitalorganisation durchläuft ein Patient mehrere gleichgestellte funktionale Einheiten, die Schnittstellen sind vielfältig und der Datenfluss erschwert. Die Ausrichtung auf Prozesse kann dazu beitragen, die Anzahl der Schnittstellen zu verkleinern, die Verantwortlichkeit (inklusive finanzieller Verantwortung) für ganze Abläufe zu konzentrieren und etliche Doppelspurigkeiten zu beseitigen. Die Orientierung nach Prozessen bedingt jedoch tiefgreifende Änderungen in der Organisation, den Abläufen, den Verantwortlichkeiten, den Führungsstrukturen, etc. Es ist eine Kulturänderung und bedingt eine Änderung im Denken aller Mitarbeitenden. Sie verspricht jedoch dauerhafte Optimierung, auch wenn die Umweltbedingungen ändern. Die Autoren sind der Meinung, dass sich in Zukunft die Öffentlichen Spitäler für diese Organisationsform interessieren werden, auch wenn es aktuell erst wenige Beispiele gibt. Eine Gegenüberstellung von verschiedenen Umsetzungen, eine Analyse der Erfahrungen und eine Diskussion der Vor- und Nachteile der Prozessor-

ganisation in Öffentlichen Spitälern der Schweiz wurde bisher noch nicht vorgenommen.

1.2 Zielsetzung und Untersuchungsfragen

Die Arbeit verfolgt die folgenden Hauptzielsetzungen:

- Genereller Überblick über den aktuellen Stand der Theorie zur Prozessorganisation
- Darstellung der Spitalprozesse und Spitalorganisation in der Literatur
- Entwicklung von Prüfpunkten zur Überprüfung der Prozessorientierung eines Spitals
- Vergleich der Prozessorientierung in ausgewählten öffentlichen Spitälern der Schweiz
- Formulierung von Gestaltungsempfehlungen

Die Fragen, welche die folgende Arbeit zu beantworten versucht, lauten:

- Wie richten Schweizer Spitäler ihre Organisation auf die Prozesse aus?
- Welche Strukturen und Mittel werden dazu geschaffen und eingesetzt?
- In wie weit entsprechen die untersuchten Beispiele der Theorie über Prozessorientierte Organisation in der Literatur?
- Was sind die Gründe für Abweichungen?
- Welchen Stellenwert hat die Prozessorientierung für die Entwicklung der Organisation der Spitäler in der Schweiz?

In ausgewählten öffentlichen Spitälern der Schweiz wird eine Analyse der prozessorientierten Organisation durchgeführt. Die Erkenntnisse sollen Führungspersonen in Spitälern helfen, ihre Organisation auf die Prozesse auszurichten.

1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen (Kapitel 2 - 4) und in einen praktischen Teil (Kapitel 5 - 6). Der theoretische Teil dient der Herleitung der Prüfpunkte, welche im praktischen Teil anhand von Fallbeispielen angewendet werden.

In Kapitel 2 wird zunächst das Umfeld vorgestellt, in dem die Schweizer Spitäler eingebettet sind. Die wichtigsten Elemente des Gesundheitssystems der Schweiz werden beschrieben, mit Schwergewicht auf der Darstellung der Spitallandschaft. Ein Vergleich des Systems mit denjenigen anderer westlicher Länder, wobei die Kosten und die Finanzierung nicht ausser Acht gelassen werden, leitet über zur zukünftigen Änderung der Spitalfinanzierung mittels Fallpauschalen.

Was ist eine prozessorientierte Organisation? Was sind die wesentlichen Elemente? Welche Gestaltungsmöglichkeiten gibt es? Diese Fragen beantwortet das dritte Kapitel. Nach der Betrachtung der historischen Entwicklung der Organisationslehre werden die heutigen modernen Begriffe und wesentlichen Bestandteile einer prozessorientierten Unternehmensorganisation aus der Literatur vorgestellt und erläutert. Aus diesem theoriegestützten Kapitel leiten sich die wesentlichen Prüfpunkte für den empirischen Teil ab.

Kapitel 4 stellt die Organisation „Spital“ vor. Über die Geschichte der Spitäler und deren Bedeutung für die Gesellschaft führt der Leistungskatalog der Spitäler zur Darstellung der traditionellen Spitalorganisation. Die sich ändernden Rahmenbedingungen lassen die Krankenhausprozesse ins Zentrum der Überlegungen rücken. In der spitalspezifischen Organisationslehre lassen sich verschiedene Modelle zur Definition und Darstellung der Spitalprozesse finden. Unter dem Eindruck der vielfältigen Besonderheiten einer Spitalorganisation überprüfen die Autoren die in Kapitel 3 hergeleiteten Prüfpunkte und ergänzen diese.

Mittels Experteninterviews werden in ausgewählten öffentlichen Spitälern der Stand der Prozessorientierung erfasst und mit den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erarbeiteten Prüfpunkten analysiert. Zu Be-

ginn von Kapitel 5 wird die Auswahl der Spitäler und die Methodik der Datenerhebung vorgestellt (Kapitel 5.1.2 f.). Eine Beschreibung der Organisationsstrukturen und der Leistungskataloge der untersuchten Spitäler folgt in Kapitel 5.2. Die Analyse der ausgewählten Spitäler schliesst mit der Darstellung im Raster der Prüfpunkte.

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Befragungen bewertet und Schlussfolgerungen gezogen. Dabei geht es bei der Bewertung nicht nur um den Stand der Prozessorientierung der Spitäler, sondern auch um die Validität der gewählten Prüfpunkte. Aus den gewonnenen Erkenntnissen lässt sich eine Liste mit Empfehlungen formulieren.

2 GESUNDHEITSWESEN SCHWEIZ

2.1 Gesundheitszustand der Schweizer und Schweizerinnen

Was ist Gesundheit? In der Verfassung der WHO⁸ von 1946 wird Gesundheit als ein Zustand völligen, körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen definiert. Wo die WHO den subjektiven Aspekt von Wohlbefinden betont, hat die OECD eine andere Optik: Nur eine gesunde Gesellschaft ermöglicht höheres Wirtschaftswachstum und eine verbesserte Wohlfahrt. Die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern liegt auch im wirtschaftlichen Interesse eines Landes. Daher erklärt die OECD⁹ die Bedeutung von Gesundheit folgendermassen: „Gute Gesundheit ist notwendig, um als Bürger, Arbeitstätiger und Konsument erfolgreich zu sein.“ Die Gesundheit einer Bevölkerung kann auch statistisch als mittlere Gesundheit aller Individuen (Lebenserwartung, Krankheitsrate) bestimmt oder als das Ergebnis einer Umfrage über den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand betrachtet werden (vgl. Junker 2007: 59).

Gemäss einem Bericht von Junker (2007: 59 ff.) haben die Schweizer und Schweizerinnen weltweit eine der höchsten Lebenserwartungen. Bei der Geburt liegt sie bei den Frauen bei fast 84 Jahren und bei den Männern bei 79 Jahren. Vor einem Jahrhundert lag sie lediglich bei 50 Jahren. Vor allem die Lebenserwartung der älteren Menschen zugenommen. Dieser Trend dürfte auch weiter anhalten. Erfreulich ist, dass die älteren Menschen den grössten Teil dieser zusätzlichen Zeit in Gesundheit verbringen können. Die Lebenserwartung in Gesundheit ist im europäischen Vergleich in der Schweiz sehr hoch und beträgt bei der Geburt rund 73 Jahre. In der Schweiz gaben 2002 sechs von sieben Personen ab 25 Jahren an, sich gesundheitlich gut bzw. sehr gut (86%) und nur

⁸ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

⁹ OECD, Internet: http://www.oecd.org/topic/0,3373,en_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.html , 28. Juli 2007

3% sich schlecht bzw. sehr schlecht zu fühlen. Auch dies ist im internationalen Vergleich ein Spitzenresultat.

2.2 Das Gesundheitssystem der Schweiz

Wie sieht das Gesundheitssystem der Schweiz aus, das sicher mit ein Grund für die erfreuliche Entwicklung des Gesundheitszustandes der Schweizer Bevölkerung ist? Die Autoren beschränken sich auf die Beschreibung der Bereiche im näheren Umfeld des Spitalwesens; die drei Staatsebenen, Sozialversicherungen, Ärzte, Apotheken und Drogerien. Ausführlicher wird die Spitallandschaft sowie die Kosten und Finanzierung des Systems beleuchtet und zuletzt ein Vergleich mit andern Ländern gezogen.

2.2.1 Bund - Kantone - Gemeinden

Das Gesundheitswesen ist in der Schweiz stark vom Föderalismus, der geschichtlichen Entwicklung und von den regionalpolitischen Besonderheiten geprägt (vgl. Kocher 2007: 109 ff.). Es wird von allen drei Staatsebenen – Bund, Kantone, Gemeinden – getragen oder präziser gesagt, es ist auf die drei Ebenen zersplittert. Der Bund ist verantwortlich für die Gesetzgebung im Bereich der Krankenversicherung und der Gesundheitsberufe. Die Kantone und Gemeinden gewähren die Gesundheitsversorgung. Sie bauen und betreiben Krankenhäuser, erteilen Bewilligungen für Medizinalberufe und sichern die Ausbildung dieser Berufe. Die Kantone sind Gesetzgeber, Spitaleigentümer und -betreiber, Prämiensubventionierer, Rekursinstanz, Tarifrichter, Spitalplaner usw. was zu Rollenkonflikten führen kann. Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen ist oft unklar und sogar von Region zu Region unterschiedlich. Die Einnahmen- und Ausgabenverflechtung ist kaum noch durchschaubar, Doppelspurigkeiten und andere Unzweckmässigkeiten sind an der Tagesordnung. Die OECD und WHO (vgl. OECD 2006) kritisierte in einem Expertenbericht die komplizierte Struktur und Fragmentierung des Schweizer Gesundheitssystems. Erfreulicherweise sind aber verschiedene Reformen im Gang. So bemühen sich Bund und Kantone, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu klären sowie die Zusammenarbeit zu verbessern. Das Gesundheitswesen ist nicht mehr allein

„Sache der Kantone“, der Bund hat über das KVG in den letzten zehn Jahren grossen Einfluss auf das System genommen. Seit längerem geht auch im Gesundheitswesen die Tendenz in Richtung mehr Bundeskompetenz, nicht zuletzt getrieben durch die europäische Integration, wofür klare Zuständigkeiten auf nationaler Ebene unabdingbar sind. Zudem wird die Schaffung eines Schweizerischen Gesundheitsrates sowie von drei bis fünf Gesundheitsregionen immer lauter diskutiert. Längerfristig müsste es gemäss dem OECD/WHO-Bericht (2006) Ziel sein, ein übergreifendes Rahmengesetz für Gesundheit auf Bundesebene zu schaffen.

Die Schweiz hat zusammen mit den USA eines der am stärksten marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitssysteme. Die staatlichen Organe geben in vielen Bereichen nur den Rahmen vor, in dem private Unternehmen und Organisationen sowie Einzelpersonen grosse Handlungsfreiheiten haben. Eine grosse Rolle spielt das verfassungsmässige Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit. Die nichtstaatlichen Organisationen wie Versicherer, Stiftungen, Vereine, Betreiber von Spitälern usw. haben in der Schweiz eine grosse Bedeutung für das Funktionieren des Systems und müssen bei der Weiterentwicklung mitentscheiden können.

2.2.2 Kranken- und Unfallversicherung

In der Schweiz ist jeder Einwohner obligatorisch für die Behandlungskosten bei Krankheit versichert (Brunner 2007: 151 ff.), dies schreibt seit 1996 das KVG vor. Die Zahlung der Prämie ist Sache des Versicherten. Eine staatliche Krankenkasse existiert nicht, die Krankenversicherungen sind privatwirtschaftliche Unternehmen, welche untereinander in einem Wettbewerb stehen. Die Kassen sind gesetzlich verpflichtet, jede Person in die Grundversicherung aufzunehmen, wobei die volle Freizügigkeit gilt. Die Grundversicherung deckt einen definierten Katalog von stationären und ambulanten Behandlungen ab, wer zusätzliche Leistungen will, schliesst in der Regel Zusatzversicherungen ab. Krankenkassenprämien werden unabhängig von der Höhe des Einkommens festgelegt, sie sind jedoch von Region zu Region und von Kasse zu Kasse verschieden. Als Solidaritätsaspekt schreibt das KVG vor, dass die Prämien unabhängig von Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand ausgestaltet sein müssen. Die unterschiedliche Belastung wird unter den Krankenversicherten

durch einen Risikoausgleich korrigiert. Damit die Prämien für Menschen mit tiefen Einkommen nicht zu einer allzu grossen finanziellen Belastung werden, gewähren Bund und Kantone Prämienverbilligungen. Insgesamt profitieren etwa ein Drittel aller Versicherten in der Schweiz davon.

Behandlungskosten bei Unfällen werden durch die obligatorische Unfallversicherung übernommen. Es ist Sache des Arbeitgebers, alle Angestellten zu versichern. Er übernimmt die Prämie für Betriebsunfälle. Die Prämie für Nichtbetriebsunfälle kann er dem Arbeitnehmer weiterbelasten.

Weitere Sozialversicherungen, welche Gesundheitsleistungen bezahlen, sind die Invalidenversicherung (vgl. Leuenberger 2007: 101 ff.) und die Militärversicherung (vgl. Gebel 2007: 211 ff.). Etwa ein Drittel aller Leistungen im Gesundheitswesen werden über die Sozialversicherungen beglichen.

2.2.3 Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte

In der Schweiz sind rund 15'300 Ärztinnen und Ärzte in Arztpraxen tätig; ein Arzt pro etwa 490 Einwohner (vgl. Hänggeli 2007: 47 ff.). Die Zahl der freipraktizierenden Ärzte ist in den letzten dreissig Jahren konstant gestiegen. Allerdings ist heute eine Konzentration von Praxen in den Städten zu beobachten. Die Zahl der klassischen Hausarztpraxen ist im Vergleich mit den Spezialisten rückläufig. In den Grosstadtzentren ist die Ärztedichte dreimal höher als in den ländlichen Gebieten. Über 95% der Bevölkerung erreichen einen Arzt in weniger als 30 Minuten bzw. 15 km Distanz. Bis 2008 gilt ein Zulassungsstopp für Ärzte, d.h. die Kantone müssen die Zahl der Ärzte, welche zulasten der Krankenversicherungen tätig sein dürfen, regulieren. Ob diese Massnahme eine kostensenkende Wirkung zur Folge hat, ist nicht klar erwiesen. In der laufenden KVG-Revision wird die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, d.h. die Pflicht der Krankenversicherer mit allen zugelassenen Ärzten und Ärztinnen abzurechnen, als Alternative zum Ärztstopp diskutiert.

2.2.4 Apotheken und Drogerien

Apotheken verkaufen Fertigmedikamente an Patienten und stellen selber Medikamente nach ärztlicher Verschreibung oder Hausspezialitäten her. Immer mehr bieten sie auch Gesundheitsdienste im Bereich Ernährungsberatung, Blutdruckmessung etc. an. 2005 gab es in der Schweiz 1672 Apotheken (1 Apotheke pro 4462 Einwohner). Rund 30 % der Bevölkerung wenden sich bei einem Gesundheitsproblem zuerst an einen Apotheker (vgl. Jordan 2007: 12 ff.) bevor sie zum Arzt oder ins Spital gehen.

In der Schweiz gibt es 722 Drogerien (1 Drogerie pro 10334 Einwohner). In den letzten Jahren ging ihre Zahl deutlich rückläufig (-19% seit 1999). Die Kompetenz der Drogisten liegt in der Beratung ihrer Kunden in den Bereichen Gesundheit, Schönheit und Wohlbefinden. Sie sind Spezialisten für die Selbstmedikation und Gesundheitspflege und bieten viele Naturheilmittel an. Die Abgrenzung zwischen Apotheke und Drogerie verwischt immer mehr. Kombinationen und die Umwandlung von Drogerien in Apotheken sind im Trend. Reine Drogerien verlieren Marktanteile an die Grossverteiler, welche ein ähnliches Sortiment anbieten.

2.2.5 Spitäler

Aufgabe der Spitäler¹⁰ ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und zu sichern sowie eine umfassende und moderne medizinische Diagnostik sicher zu stellen. Prävention und Erstversorgung werden immer bedeutsamer. Spitäler betreiben medizinische Forschung und setzen die Erkenntnisse in die Praxis um. Sie sind Ausbildungsstätten für medizinische, kaufmännische und technische Berufe. Die Spitäler in der Schweiz machten 2004 einen Umsatz von 18 Mrd. Franken (4% des BIP) und beschäftigten rund 6% der Erwerbstätigen. Das Spitalwesen ist eine Wachstums- und Innovationsbranche (vgl. Saladin 2007: 333 ff.).

2.2.5.1 Spitallandschaft Schweiz und Entwicklung

¹⁰ Spitäler oder Krankenhäuser umfassen Akutspitäler, Spezialkliniken, psychiatrische Kliniken sowie Institutionen der Rehabilitation und Landzeitpflege.

Die Spitallandschaft der Schweiz ist permanent im Umbruch. Nach einer Auf- und Ausbauphase in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts begann vor 25 Jahren im Spitalsektor eine Umstrukturierungs- und Konzentrationsphase. Die Zahl der Spitäler und Spitalbetten, die Pflage tage und die Aufenthaltsdauer von Patienten sinken seither, während die behandelten Fälle und der Personalbestand in den Spitälern zunehmen. Tabelle 1 zeigt einen Überblick über die Zusammensetzung der Spitallandschaft im Jahr 2005.

Tabelle 1: Statistischer Überblick über die Spitäler 2005

	Allgemeine Kranken- häuser	Spezialklini- ken Total	Davon Psy- chiarie	Davon Re- habilitation	Alle Kran- kenhäuser
Anzahl	150	184	64	45	334
Bettenzahl	26'290	16'274	8'259	3'721	42'564
Bettenbelegung in %	86	90	94	90	88
Pflegetage	8'657'203	5'320'868	2'744'530	1'209'437	13'978'071
Hospitalisation (Fälle) ¹⁾	1'181'386	290'321	99'145	48'646	1'471'707
Aufenthaltsdauer in Tag.	8.6	29.3	50.6	25.9	11.7
Stellen pro 100 Betten	359	195	178	162	295
Betriebsausgaben					
- Total in Mio. Franken	13'239	3'978.3	1'715.9	712.1	17'217.3
- Pro Fall in 1000 Franken	9.8	12.5	16.2	14.1	10.4
-Pro Tag in 1000 Franken	1.327	0.688	0.586	0.569	1.077

Quelle: BFS 2007, Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2005, Neuenburg, T 14.2.3.1.1

¹⁾ Anzahl Austritte

Anschaulich zeigen die folgenden Zahlenvergleiche die massive Veränderung der Spitallandschaft in der Schweiz. 1990 existierten mehr als 43'000 Akutbetten, 2005 waren es noch 26'000 (- 40%). Zwischen 1997 bis 2005 hat die Zahl der Spitäler um 15% abgenommen, von damals 407 auf 334.

2005 dauerte der durchschnittliche Spitalaufenthalt in den Allgemeinen Krankenhäusern (ohne Zentrumsspitäler) 8.6 Tage. Im Jahr 2000 lag die Aufenthaltsdauer noch bei 9.7 Tagen (vgl. BFS 2007).

2.2.5.2 Medizinische Leistungen

Die medizinischen Leistungen werden nach drei Kriterien eingeteilt: nach Aufenthaltsdauer (ambulant oder stationär), nach Versorgungsstufe oder nach dem Leistungsangebot (Saladin 2007: 334).

Ambulante Leistungen sind eintägige Behandlungen ohne Bettenbenutzung oder Pflege, teilstationäre Leistungen beinhalten eintägige Behandlungen mit Bettenbenutzung oder Pflege, stationäre Leistungen sind mit Übernachtung im Spital verbunden. Früher waren die Spitäler für die stationäre und die Arztpraxen für die ambulante medizinische Behandlung zuständig. Diese Trennung spielt immer weniger eine Rolle. Viele Eingriffe, die früher stationär durchgeführt werden mussten, benötigen heute keinen Spitalaufenthalt mehr. Die Spitäler führen immer mehr ambulante Behandlungen durch, welche von den Arztpraxen wegen den teuren Medizineinrichtungen nicht angeboten werden können. Die Unterscheidung in stationäre und ambulante Behandlungen ist jedoch nach wie vor relevant für die Spitalplanung und die Finanzierung gemäss KVG. Die Spitäler werden zudem vermehrt für die Notfallversorgung eingesetzt, weil die Bereitschaft dazu bei den Hausärzten sinkt.

Drei Spital-Versorgungsstufen werden unterschieden: Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung. Als Primärversorgung bezeichnet man die Grundversorgung, die von den praktizierenden Hausärzten und den Spitälern (Notfälle etc.) erbracht wird. Die Sekundärversorgung wird von Spezialisten in Praxen und Spitälern ausgeführt. Die Zentrums- und Universitätsspitäler gewährleisten hoch spezialisierte Behandlungen, die Tertiärversorgung.

Aus Sicht des Leistungsangebots unterscheidet man Akutspitäler (150, davon sind 5 Universitätsspitäler, 23 Zentrumsspitäler und 122 Grundversorgungsspitäler), Institutionen der Langzeitpflege, Psychatriekliniken (64) und Institutionen für die Rehabilitation (45). Dazu kommen noch 75 Spezialkliniken und 1400 Institutionen der Langzeitpflege.

2005 behandelten die Spitäler mehr als 1.4 Millionen stationäre und teilstationäre Patienten (vgl. BFS 2007). Chirurgie, Innere Medizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe sind die drei klassischen Hauptgebiete der medizinischen Behandlung, welche fast jedes Allgemeine Spital anbietet.

2.2.5.3 Einteilung nach Grösse

In den 334 Schweizer Spitäler stehen 42'564 Betten, 62% davon in Allgemeinen Krankenhäusern und 38% in Spezialkliniken. Die durchschnittliche Bettenbelegung beträgt 88% und die Bettendichte pro 1000 Einwohner 5.7 Betten, davon 3.9 Akutbetten (vgl. OECD 2005, Health Statistical 2003). Die Bettendichte ist in der Schweiz seit 1960 von 8.2 (OECD Durchschnitt 5.0) auf den heutigen tiefen Wert gesunken. Dieser liegt unter dem heutigen OECD Durchschnitt von 4.1 Akutbetten pro 1000 Einwohner.

Das Universitätsspital Genf ist das grösste Spital in der Schweiz mit 2200 Betten. Das kleinste Krankenhaus befindet sich in Santa Maria, Val Müstair und bietet fünf Betten. Der Verband H+ Die Spitäler der Schweiz unterteilt die 180 Spitäler mit akut-somatischem Angebot in drei Kategorien (Siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Gross-, Mittel- und Kleinspitäler, 2006¹¹

	Gross Universitätsspitäler und Allgemeinspi- täler mit >500 Bet- ten	Mittel Allgemeinspitäler mit 125-499 Bet- ten	Klein Allgemeinspitäler mit 1-124 Betten	TOTAL
Anzahl	14	72	94	180
%	8	40	52	
Betten	Durchschnitt 742	222	69	344
Anzahl	10'385	14'363	6'283	31'031
%	33	46	20	
Austritte	Durchschnitt 19'706	8'838	3'036	10'527
Anzahl	275'878	574'498	273'259	1'123'635
%	25	51	24	
Pflegetage	Durchschnitt 224'653	68'944	19'222	104'273
Anzahl	3'145'146	4'412'407	1'729'954	9'287'507
%	34	48	19	

Quelle: Saladin 2007: 337

2.2.5.4 Einteilung nach Trägerschaft

2004 gab es 213 (=62%) sogenannt öffentliche Spitäler und 132 private Kliniken (Saladin 2007: 337). In den Privatkliniken wurden jährlich 240'000 Fälle in 4180 Betten therapiert. Dies entspricht 20% der Fälle und 14.5% der Krankenhausbetten. Diese viel verwendete Einteilung spiegelt keineswegs die Rechtsform der Institutionen, sondern die Trägerschaft. Privatspitäler haben zwar immer ein Rechtskleid des Privatrechts; Aktiengesellschaft, Genossenschaft, Stiftung, Verein, etc. Bei den Öffentlichen Spitälern gibt es beide Rechtsformen, öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich. Universitätsspitäler sind oft ohne Rechtskörperschaft, weil sie einen Teil der kantonalen Verwaltung darstellen. Bei den öffentlichen Spitälern sind Kantone oder Gemeinden Allein- oder Mitbesitzer. Privatspitäler gehören natürlichen oder juristischen Personen. Aber auch diese Unterscheidung stimmt nicht mehr ganz, weil Spitalunternehmen der öffentlichen Hand sich auch an Privatspitälern beteiligen

¹¹ Die Zahlen weichen von jener der Statistik des Bundesamtes für Statistik wegen unterschiedlicher Definition des Akutspitals (Allgemeines Krankenhaus) ab.

können. Die Unterteilung in private oder öffentliche Spitäler sagt auch nichts darüber aus, ob ein Spital einen Leistungsauftrag der Öffentlichen Hand zu erfüllen hat. Das KVG unterscheidet daher diesbezüglich öffentliche, öffentlich-subventionierte und private Betriebe. Öffentlich-subventionierte Spitäler sind per Definition der Trägerschaft private Unternehmen, erfüllen aber teilweise oder ausschliesslich einen öffentlichen Auftrag.

2.2.5.5 Zukünftige Herausforderungen

Das gesellschaftliche Umfeld und die medizinischen Möglichkeiten ändern sich auch in der Schweiz mit hoher Dynamik. Dies stellt die Spitäler vor grosse Herausforderungen. Produktivität und Effizienz müssen weiter optimiert werden, um die Kosten im Griff zu behalten. Die sich verändernde Demographie mit weniger Geburten und mehr älteren Personen sowie die zunehmende internationale Herkunft der Patienten wird nicht spurlos an den Krankenhäusern vorüber gehen. Die Entwicklung in der Medizin und Pharmakologie zeigt Richtung Informatisierung und Individualisierung. Eine Verlagerung von stationärer zu ambulanten Therapien ist festzustellen. Entwicklungen im Ausland zeigen, dass die Spezialisierung, die Umnutzung von Spitälern zu Pflegezentren und die Abnahme der Spitaldichte weitergehen (Saladin 2007: 350). Spitäler müssen sich flexibel dieser Entwicklung stellen. Die Anpassung von Strukturen ist auch in der Schweiz unabdingbar. Spitalschliessungen werden weiterhin nötig sein, wenn Kooperationen und Fusionen nicht ausreichen, um im harten Wettbewerb zu bestehen. In Zukunft sind eine hohe Anpassungsfähigkeit und rasche Entscheidungswege wichtig und weniger die Grösse und die Anzahl der Spitäler.

2.2.6 Kosten und Finanzierung

2.2.6.1 Kosten

2004 betrugen die Gesundheitskosten in der Schweiz total Fr. 51.6 Mrd. Provisorisch vom Bundesamt für Statistik¹² veröffentlichte Zahlen weisen für 2005 Kosten von Fr. 52.9 Mrd. aus (+2.5%). Das gleiche Bundesamt

¹² Internet: www.bfs.admin.ch, Bereich Gesundheit, 14.9.07

stellt dar, dass sich die Gesundheitskosten in der Schweiz innert 20 Jahren verdreifachten (+172%, vgl. BFS 2006a). Alle Sektoren haben sich in etwa gleich verteuert (Tabelle 3). Die Kosten der stationären (+178%) und der ambulanten (+175%) Behandlungen nahmen leicht stärker zu als die Gesamtkosten.

Tabelle 3: Aufteilung der Gesundheitskosten nach Leistungen

Leistungen (in Mio. und %)	1985	1990	2000	2004
Gesamtkosten	18'965.9	27'111.9	43'365.3	51'647.3
Stationäre Behandlung	8'854.5	12'978.5	20'309.1	24'584.8
	46.7%	47.9%	46.8%	47.6%
Ambulante Behandlung	5520.1	7673.2	12'926.3	15'193.4
	29.1%	28.3%	29.8%	29.4%
Andere Leistungen	637.4	886.1	1'430.2	1'704.7
	3.4%	3.3%	3.3%	3.3%
Verkauf Gesundheitsgüter	2'546.2	3'312.5	5'475.4	6'531.3
	13.4%	12.2%	12.6%	12.6%
Prävention	326.8	596.4	1014.1	1'122.8
	1.7%	2.2%	2.3%	2.2%
Verwaltung	1'080.8	1'665.2	2'210.2	2'510.3
	5.7%	6.1%	5.1%	4.9%

Quelle: BFS 2006a, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004, Neuenburg T13 und T14

Tabelle 4 zeigt die Kosten der einzelnen Leistungserbringer sowie die Entwicklung seit 1995. Die Sozialmedizinischen Institutionen, wozu Alters- und Pflegeheime, Kliniken für Chronischkranke und für Behinderte gehören, verzeichneten 1985 bis 2004 das stärkste Kostenwachstum (+357%). Im gleichen Zeitraum stiegen die Gesamtkosten des Gesundheitswesens um 172%, die Krankenhäuser und der ambulante Versorgungsbereich um je rund 150%, d.h. etwas weniger als die allgemeine Kostenentwicklung im Gesundheitswesen.

Tabelle 4: Aufteilung der Gesundheitskosten nach Leistungserbringer

Leistungen (in Mio. und %)	1985	1990	2000	2004
Krankenhäuser (inkl. Spezialkliniken)	7'299.9 38.5%	10'107.1 37.3%	14'895.5 34.3%	18'211.9 35.3%
Sozialmedizinische Institutionen (Langzeitpflege)	2'027.7 10.7%	3'577.7 13.2%	7'563.9 17.4%	9'269.5 17.9%
Ambulante Versorgung	6'134.8 32.3%	8'426.3 31.1%	13'440.7 31.0%	15'519.8 30.0%
Detailhandeln (Drogerie, Apotheken, Therapeut. Apparate)	2'041.4 10.8%	2'688.4 9.9%	4'130.5 9.5%	4'885.8 9.5%
Staat	511.8	849.2	886.6	1016.4
Versicherer	741.6	1'164.9	1'968.0	2'188.6
Andere	208.7	298.3	480.1	555.2

Quelle: BFS 2006a, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004, Neuenburg T13 und T14

2.2.6.2 Kostenentwicklung

Das Bundesamt für Statistik (BFS 2006b) schätzt, dass sich die Gesundheitskosten in der Schweiz bis im Jahr 2007 auf Fr. 58.28 Mrd. erhöhen werden. Folgende Gründe können angeführt werden (vgl. Oggier 2007: 131 f.): 75% der sich krank oder unpässig fühlenden Menschen gehen heute nicht zum Arzt, das Marktpotential für Ärzte, Pharmaindustrie und Gesundheitsinstitutionen ist somit noch lange nicht ausgeschöpft. Die Anzahl der Betagten und Hochbetagten steigt mit der höheren Lebenserwartung. Sie sind jedoch nur begrenzt für die steigenden Ausgaben verantwortlich, die demographische Entwicklung gilt nicht mehr als der ausschlaggebende Faktor für die Kostenentwicklung. Zwar steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit dem zunehmenden Alter, Langzeitstudien zeigen jedoch auch, dass sich der Gesundheitszustand der Rentner und Rentnerinnen verbessert hat. Mit steigendem Wohlstand erhöht sich der Konsum von Gesundheitsleistungen. Der Grossteil der Kostensteigerung ist auf die erweiterten Möglichkeiten der Medizin zurückzuführen. Riesige Fortschritte machte etwa der Diagnostikbereich, etwas weniger die tatsächlichen Heilungsmöglichkeiten. Neue Apparate bedingen hoch-

spezialisiertes Personal und werden eher als Ergänzung denn als Ersatz gesehen. Im heutigen System hat weder der Arzt noch der Patient einen Anreiz, auf die neuen Möglichkeiten zu verzichten. Für den Patienten trägt die Versicherung die Kosten aus den vorgängig einbezahlten Prämien. Dem Arzt werden die Leistungen ohne Berücksichtigung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit vergütet.

2.2.6.3 Finanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitssystems tragen gemäss BFS (2006a) zu 41% die Sozialversicherungen, 34% gehen zu Lasten der Grundversicherung gemäss KVG. Die privaten Haushalte bezahlen einen Drittel der Kosten direkt, der Staat übernimmt 17%. Der Anteil des Staates an den Gesamtkosten hat sich seit 1985 reduziert, während die Sozialversicherungen sich massiv mehr an den Kosten beteiligen müssen (1985 32%, 2004 41%). Deren Zahlungen stiegen um 251%, diejenigen des Staates nur um 156% und der privaten Haushalte um 130%.

Die Leistungen von Krankenhäusern inkl. Spezialkliniken werden zu 88% vom Staat und den Sozial- bzw. Privatversicherungen finanziert. Je nach Kanton ist der Anteil der staatlichen Finanzierung der Spitäler sehr unterschiedlich. Die direkte Beteiligung der privaten Haushalte beträgt nur 12%. Bei den sozialmedizinischen Institutionen betragen die Direktzahlungen der Privatpersonen jedoch 64% und bei der ambulanten Versorgung 42%.

2.2.7 Vergleich mit anderen Ländern

In den Industriestaaten gibt es vereinfacht dargestellt drei verschiedene Arten von Gesundheitssystemen (vgl. Oggier 2007: 81 ff.).

Nationaler Gesundheitsdienst: In Grossbritannien und einigen nordeuropäische Ländern (z.B. Schweden) hat die gesamte Bevölkerung kostenlosen Zugang zu staatlich organisierten medizinischen Einrichtungen. Diese werden aus allgemeinen Steuermitteln finanziert.

Sozialversicherungsmodell: Andere Länder finanzieren das Gesundheitssystem aus einer obligatorischen Sozialversicherung. Die einkom-

mensabhängigen Prämien werden in der Regel von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam getragen und direkt vom Lohn abgezogen. Die Versicherer können private oder öffentliche Institutionen sein. Die ambulante Versorgung wird von privaten Leistungserbringern erbracht, die stationäre von privaten und öffentlichen. Dieses System kennen im wesentlichen Deutschland und Österreich.

Privatversicherungssystem: Die Gesundheitskosten werden über freiwillige private Krankenkassenbeiträge finanziert. Die beanspruchten Leistungen beeinflussen die Höhe der zu bezahlenden Prämie. Die Leistungserbringer sind private Institutionen. Die USA kommt diesem rein marktwirtschaftlichen System am nächsten.

Es gibt jedoch kaum reine Systeme gemäss dieser Einteilung. Sozialversicherungssysteme verfügen ebenfalls über staatliche Mittel und auch staatlich geprägte Systeme haben parallel dazu Sozialversicherungsanteile aufgebaut. Das reinste „Staatssystem“ dürfte Dänemark haben, mit 84% Staatsanteil an der Finanzierung und ohne Sozialversicherungsbeiträge. Die Schweiz hat ein Mischsystem zwischen Privatversicherungs- und Sozialversicherungsmodell, jedoch mit einem hohen marktwirtschaftlichen Anteil. Die Privatbeteiligung (Versicherungsprämie für Grundleistung, Selbstbehalt, private Zusatzversicherung, Selbstzahlung) an den Kosten ist mit fast 42% weltweit am höchsten.

Versuche, die verschiedenen Systeme bezüglich Versorgungsangebot, Qualität und Effizienz miteinander zu vergleichen gibt es zwar viele, deren Interpretation ist jedoch ausserordentlich schwierig (Oggier 2007: 84). Die Umfeldanalyse ist sehr aufwändig, die Datenqualität und das Vorhandensein von Daten von Land zu Land sehr unterschiedlich. Stichhaltige Schlüsse lassen sich sehr schwer ziehen. In Tabelle 5 sind einige vergleichende Daten zusammengestellt.

Tabelle 5: Indikatoren zur Gesundheit im europäischen Vergleich

	Jahr	CH	D	F	AT	N	UK	EU
Lebenserwartung								
- Frauen bei Geburt	2002	83.1	81.5	83.1	81.8	81.7	80.7	81.4
- Männer bei Geburt	2002	77.8	75.8	75.9	75.9	76.5	76.1	75.1
Säuglingssterblichkeit								
Fälle je 1000 Geburten	2002	4.2	4.2	4.1	4.1	3.4	5.2	4.9
Perinatale Mortalität								
Fälle je 1000 Geburten	2002	6.6	5.8		3.4	3.7	8.3	6.4
Mortalität pro 100'000 Einwohner								
Lungenkrebs	2002	29.1	34.4	35.5	33.4	34.5	42.0	39.2
Leberzirrhose	2002	6.2	17.0	12.9	17.7	4.8	10.4	13.9
Personen mit gutem Gesundheitszustand								
In % der Bev. ab 15 J.	2002	85.8	64.8	77.4	77.2	79.5	74.4	67.5
Ärzte								
je 1000 Einwohner	2003	3.7	3.4	3.4	3.4	3.4	2.1	3.5
Krankenhäuser								
Betten je 1000 Einw.	2003	5.8	8.8	7.6	8.3	4.4	4.0	6.0
Akutbetten je 1000 Einw.	2004	3.8	6.4	3.8	6.5	3.1	3.6	n/a
Durchschnittlich Aufenthaltsdauer bei Akutbehandlung								
In Tagen	2004	8.7	8.7	5.5	6.1	5.2	6.6	n/a
Kosten des Gesundheitswesens								
In US\$ KKP pro Einw.	2003	3'781	2'996	2'903	2'257	3'807	2'231	2'266
In % des BIP	2003	11.5	11.1	10.1	7.5	10.3	7.7	8.8

Quelle: BFS 2007, Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2005. Definitive Resultate, Neuenburg, Tabelle 14.1.5 und Oggier (2007: 85)
 Abkürzungen: CH: Schweiz, D: Deutschland, AT: Österreich, F: Frankreich, N: Norwegen, UK: Vereinigtes Königreich, EU: Europäische Union, KKP: Kaufkraftparitäten, BIP: Bruttoinlandprodukt, Einw: Einwohner, Bev: Bevölkerung, n/a: not available - nicht verfügbar

Ein Expertenbericht der WHO und der OECD (vgl. OECD 2006) attestiert dem schweizerischen Gesundheitssystem viele grosse Errungenschaf-

ten und eine hohe Qualität. Der Vergleich mit anderen OECD-Ländern zeigt, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung gut ist. Die gesamte Bevölkerung hat Zugang zu einer grossen Palette an Gesundheitsdienstleistungen und die Leute sind im Grossen und Ganzen mit den erhaltenen Leistungen zufrieden. Allerdings hat diese Qualität auch ihren Preis. Hinter den USA liegt die Schweiz mit 11.5% Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) an zweiter Stelle aller OECD-Länder. Pro Kopf und Jahr beliefen sich die Gesundheitsausgaben 2005 auf rund Fr. 6'700. Das ist der vierthöchste Wert innerhalb der OECD. Für die Zukunft besteht die grösste Herausforderung in der Kostendämmung ohne Einbussen bei der Qualität und Zugänglichkeit der Leistungen. Dies sollte möglich sein, weil andere OECD-Länder eine vergleichbare oder sogar bessere Leistungsfähigkeit bei geringeren Kosten vorweisen können.

2.3 Änderungen in der Spitalfinanzierung

2.3.1 Spitalfinanzierung heute

Die Spitäler werden durch die Kantone, die Sozialversicherer, die Privatversicherer sowie die Patientinnen und Patienten (Selbstzahler, Selbstbehalt, Fanchise) finanziert (vgl. Saladin 2007: 344). Die Kantone übernehmen den grössten Teil der stationären Spitalleistungen und finanzieren die Ausgaben der öffentlichen Spitäler in Form von Pauschalen für die Einzelleistungen, die Übernahme der Investitionen und der Defizitdeckung. Im Durchschnitt finanzieren die Kantone 54% der KVG-Leistungen in den öffentlichen Spitätern, die Krankenversicherer 46%. Die Tarife für die Krankenversicherung werden kantonal individuell festgesetzt. Für die stationäre Behandlung schreibt das KVG die Pauschalentschädigung vor. An den meisten Orten sind Tages- oder Abteilungspauschalen ausgehandelt worden. Massgebend ist die Einzelleistung in Therapie oder Diagnostik bzw. die Anzahl der Pflage tage. Dies entspricht einer Input-orientierten Finanzierung. Es gibt aber auch Spitäler, die von ihrem Kanton und/oder den Krankenkassen mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG) entschädigt werden, was einer leistungsorientierten, fallbezogenen Finanzierung

gleich kommt. Diese Art der Finanzierung ist auf den Output und nicht auf den Input fokussiert.

2.3.2 Spitalfinanzierung morgen

Die Experten der WHO und OECD (vgl. OECD 2006) haben 2006 der Schweiz eine Überprüfung des Finanzierungsmodus im Gesundheitssystem empfohlen. Sie sind der Meinung, dass das gegenwärtige System Anreize für ein hohes Angebot und teure Spitalaufenthalte biete. Eine kostensenkende/-beschränkende Massnahme könnte die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen sein. Sie würden die Wirtschaftlichkeit dank Senkung der Verweildauer im Spital erhöhen, die Kostentransparenz verbessern und den Wettbewerb verstärken.

National- und Ständerat haben im Rahmen der laufenden KVG-Reform die Einführung einer landesweit einheitlichen, leistungsbezogenen Tarifstruktur für stationäre Spitalaufenthalte beschlossen. Der Nationalrat hat im Frühjahr 2007 als Zweitrat der obligatorischen Einführung der Abrechnung mit Fallpauschalen im Spitalbereich zugestimmt, so dass diese Abrechnungsart spätestens 2010 flächendeckend umgesetzt sein wird (vgl. Santésuisse 2007).

2.3.3 SwissDRG

Bereits 2004 haben fünf Organisationen (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, H+ Die Spitäler Schweiz, der Ärzteverband, der Krankenkassenverband und die Medizinaltarifkommission) den Verein SwissDRG gegründet. Sein Ziel ist die Einführung eines einheitlichen und umfassenden Systems zur Abgeltung von akut-stationären Spitalleistungen mit leistungsbezogenen Fallpauschalen, dessen Anwendung sowohl im Kranken- wie im Unfallversicherungsbereich sowie sowohl in privaten und öffentlichen Spitälern (vgl. www.swissdrg.org, 27.07.07 und Wyler 2007: 378 f.).

Wyler (2007: 378) beschreibt DRGs folgendermassen: „DRGs sind vom Grundsatz her Patientenklassifikations-Systeme. Darin werden Patienten oder Behandlungspfade zu Gruppen zusammengefasst, die hinsichtlich medizinischer und ökonomischer Kriterien möglichst einheitlich sind (z.B.

bezüglich Aufenthaltsdauer, medizinischem Aufwand, Pflegebedarf, Kosten). Vereinfacht bedeutet dies: Jede Hospitalisation wird auf Grund der Diagnose und Behandlung, des Alters, des Geschlechts sowie möglicher Begleiterkrankungen und/oder Komplikationen einer Fallgruppe (DRG) zugeordnet. Die einzelnen Gruppen werden mit sogenannten Kostengewichten zueinander ins Verhältnis gesetzt. Durch Multiplikation des Kostengewichts mit einem Basispreis erhält man die Fallpauschale zu jeder DRG und damit die leistungsbezogene Abgeltung für die stationäre Behandlung samt Aufenthaltskosten.“

2.3.4 Auswirkungen der DRG auf die Spitalorganisation

Die Abkehr von der Spitalentschädigung nach Einzelleistungen und Pflegetagen zu einer leistungsorientierten und fallbezogenen Finanzierung wird die Krankenhaussteuerung komplett umstellen, von der Input- zur Outputorientierung (vgl. Morra 1996: 293). Die ausgehandelten Preisvorgaben sind die Zielkosten pro Fallbehandlung einer bestimmten Diagnosegruppe. Die Verhandlungen über die Fallpreise werden sich an den effizientesten Spitälern orientieren, weil die Spitalleistungen vergleichbar werden und dank der Transparenz ein Benchmarking unter den Spitälern ermöglicht wird. Der Anreiz, die vorhandenen Ressourcen kostenbewusst einzusetzen und die Aufenthaltsdauer der Patienten im Spital bei gleichbleibender Qualität zu senken, ist im neuen System enorm. Die ganze Spitalorganisation und insbesondere die Spitalführung muss sich vermehrt am Markt, an den Kunden und an der Qualität orientieren. Weitere entscheidende Faktoren für die Rentabilität eines Spitals werden Schritte hin zu Spezialisierung des Angebots, eine aktive Ausrichtung der Kapazitäten an der Marktnachfrage, eine starke Ertragsorientierung sowie eine Konzentration auf Kernkompetenzen sein (vgl. Morra 1996: 294).

Mit der Fallpauschale wird dem Spital der ausgehandelte Preis für die angenommenen Kosten eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose, welcher nach einem bestimmten Standardprozedere untersucht, behandelt und gepflegt wird, ausbezahlt. Die Eintrittsdiagnose, der Behandlungsweg und die Prozeduren sind die Basis für die Einteilung in die Preisgruppen. Die Fallpauschale orientiert sich am Patientenpfad, vom

Eintritt des Patienten ins Spital bis zu seinem Austritt. Dieser Patientenpfad entspricht dem Kernprozess eines Spitals (siehe dazu Kapitel 3.4.4). Die Effizienz dieses Prozesses entscheidet darüber, ob ein Spital mit den bezahlten Pauschalen seine Kosten decken kann oder nicht. Die Differenz zwischen bezahltem Preis und den effektiven Kosten der Leistungserstellung ergibt für das Spital den Gewinn oder im schlechteren Fall den Verlust. Zumindest die Leistungen müssen entlang den Prozessabläufen erfasst werden, um die Fallkosten zu kennen.

Die Autoren sind der Meinung, dass ein Spital seine Kosten bei Einführung der Finanzierung über Fallpauschalen nur dann decken kann, wenn es seine Prozesse kennt und beschreibt, die Organisationsstruktur auf die Prozesse ausrichtet und die Prozessabläufe immer auch kontrolliert und optimiert. Je effizienter die Prozesse ablaufen, umso tiefer sind die Fallkosten. Der Wechsel zur Pauschalfinanzierung pro definierten Fall wird somit dazu führen, dass sich die Spitäler vermehrt prozessorientiert organisieren.

3 PROZESSORIENTIERTE ORGANISATION

Im vorliegenden Kapitel wird das Konstrukt der prozessorientierten Organisation aus wissenschaftlicher Sicht betrachtet. Ausgehend von Frederick W. Taylor fällt der Blick auf die Prozessorientierung als historischer Entwicklungsschritt, dem die Analyse des heutigen Begriffsverständnisses von Organisation gegenüber gestellt wird. In der Folge finden die wesentlichen Elemente der Prozessgestaltung und des Prozessmanagements eine Würdigung. Nicht unberücksichtigt bleiben darf bei dieser Betrachtung die Beschreibung der verschiedenen Rollen in einer prozessorientierten Organisation. Abgerundet wird das Kapitel durch die Beschreibung einer Prozessorientierten Organisationsgestaltung bzw. deren grundlegenden Elementen.

3.1 Entwicklung von Organisation

3.1.1 Taylorismus

Wie Osterloh/Frost (2003: 22 f.) aufzeigen, begann mit dem Ingenieur Frederick W. Taylor (1856 bis 1915) – der bis heute im Begriff des Taylorismus weiter lebt – die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Fragen des Managements und insbesondere der Organisation. Sein Ziel, die Effizienz der menschlichen Arbeitsleistung im mechanisierten Betrieb zu steigern, sollte durch ein effizientes System der organisatorischen Arbeitsteilung und der Arbeitsausführung ohne Steigerung der Belastung der Arbeiter erreicht werden.

Zu diesem Zweck wurden gewisse methodische Grundsätze entwickelt: Erstens wurde der Arbeitsprozess von der Qualifikation der Arbeiter unabhängig gemacht, das heisst, Aufgaben wurden in kleinste Arbeitsschritte zerlegt (horizontale Spezialisierung). Damit erfolgte eine vollständige Trennung von Kopf- und Handarbeit (vertikale Spezialisierung). Zweitens wurde ein materielles Anreizsystem – eine Art Akkordlohnsystem – geschaffen, um die Leistungsbereitschaft hoch zu halten. Drittens führte Taylor die wissenschaftliche Betriebsführung ein. Das bedeutete

die begründete Normierung des Arbeitsobjektes, der Arbeitszeit und der Arbeitstätigkeit.

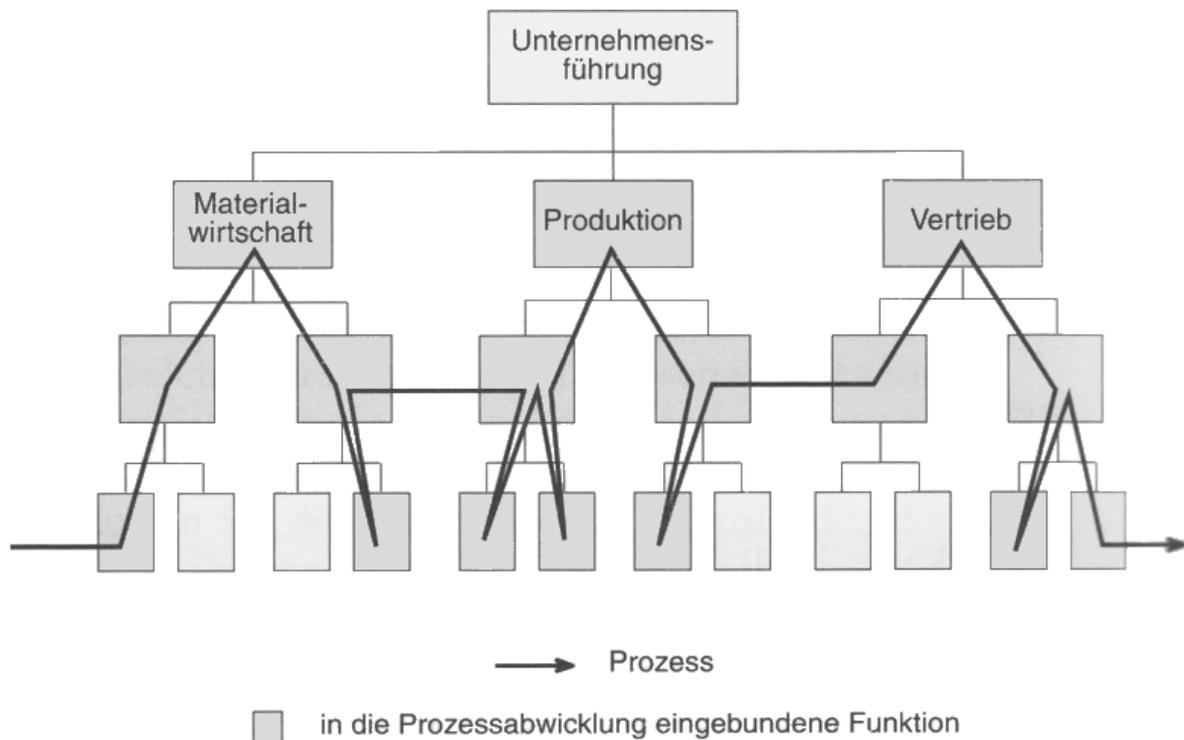
In seinem 1911 veröffentlichten Werk „The principles of scientific in management“ beschrieb Tylor ein sowohl Menschen als auch Apparate umfassendes Produktionssystem, das ebenso effizient funktionieren sollte wie eine gut konzipierte und geölte Maschine. Das aber verlangte eine funktional ausgerichtete Arbeitsorganisation. Wie die Umsetzungen des tayloristischen Ansatzes (z.B. in den Fabriken von Henry Ford) zeigen, konnten mit der Umsetzung seiner Überlegungen effektiv enorme Produktivitätssteigerungen erreicht werden (vgl. Osterloh/Frost 2003: 23).

3.1.2 Grenzen funktioneller Organisationen

Alle traditionellen Organisationsstrukturen beruhen in ihrem Kern auf der tayloristischen Arbeitsteilung (vgl. Jung 2002: 12). Diese stark funktionsorientierte Struktur, in der spezialisierte Funktionsbereiche klar abgegrenzte Anteile der Unternehmensleistung zu erbringen haben, hat historisch betrachtet zu immensen betrieblichen und gesamtwirtschaftlichen Effizienzgewinnen und Lernprozessen geführt. Diese Ansicht teilt auch Vahs (2003: 201) wenn er formuliert, dass im Mittelpunkt des klassischen Konzepts die Gestaltung der Aufbauorganisation durch die analytische Zerlegung einer Gesamtaufgabe in Teilaufgaben steht mit dem Ziel, durch die Arbeitsteilung und Spezialisierung von einzelnen Tätigkeiten die Produktivität zu erhöhen.

Wenn sich auch die klassische Form der Strukturierung in der Vergangenheit bewährt hat, so sind ihr doch erhebliche Nachteile und Mängel inhärent. Da die Gestaltung der Ablauforganisation erst in zweiter Linie als zusätzliche Strukturierung erfolgt, werden stellenübergreifende Abläufe vom klassischen Organisationsansatz nur unzureichend berücksichtigt. Vahs (2003: 201): "Die Prozesse werden sozusagen erst nachträglich in die bestehende Aufbaustruktur "hineinorganisiert". Die folgende Abbildung verdeutlicht diesen Sachverhalt am Beispiel einer funktionalen Organisation, die durch einen funktions- und hierarchieübergreifenden Prozess überlagert wird.

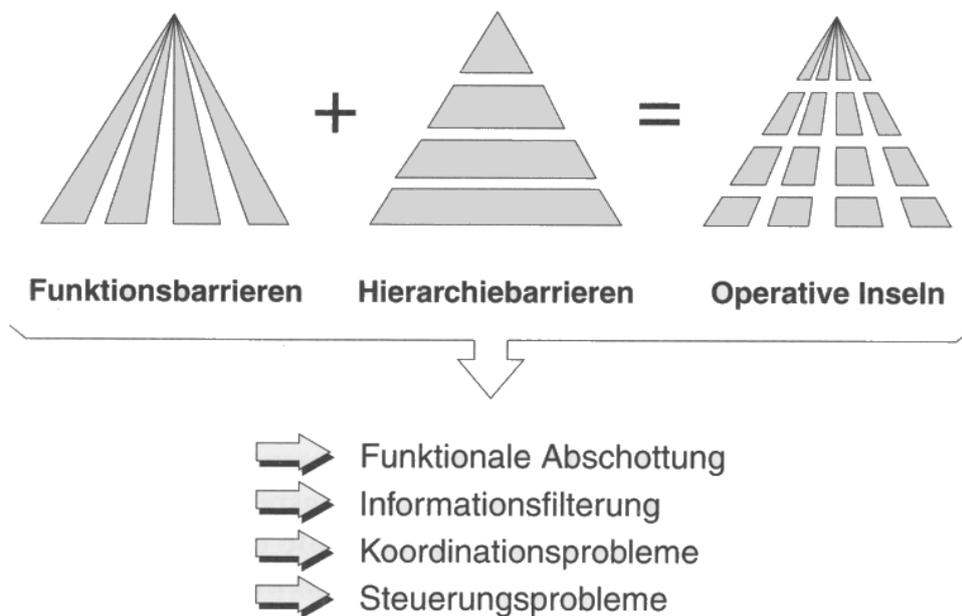
Abbildung 1: Prozessabwicklung in einer funktionalen Organisation



Quelle: Vahs 2003: 202

Jung (2002: 12 f.) legt dar, dass durch die stetige Zunahme interner Arbeitsteilung und Spezialisierung über Jahrzehnte aus organisatorischen Abgrenzungen oft auch geistige und emotionale Barrieren im Unternehmen entstanden sind. Im Schutz dieser Barrieren bildeten sich vielfach Bereichslogiken und Abteilungsegoismen heraus, die im Detail zu Erfolgen führten, im Ganzen aber das gemeinsame bereichsübergreifende Verständnis für Prozesse und damit die Kundenorientierung stark behinderten. Vahs (2003: 202) spricht in diesem Zusammenhang von "operativen Inseln" als Ergebnis des Ressortdenkens und der Intransparenz der betrieblichen Abläufe.

Abbildung 2: Mängel traditioneller Organisationskonzepte



Quelle: Vahs 2003: 202

Das negative Resultat der verschiedenen Brüche sind unnötige Schnittstellen, Doppelarbeiten und Redundanzen. Es resultiert ein hoher Koordinations- und Regelungsbedarf gepaart mit abnehmender Kundenorientierung sowie zunehmende Schwerfälligkeit und abnehmende Innovationskraft (vgl. Jung 2002: 12 f.). Eine übersichtliche Bewertung der Vor- und Nachteile der funktionalen Organisation nehmen Thom/Ritz (2006: 269 ff., siehe folgende Abbildung) vor und zeichnen damit den Charakter und die Wesenszüge der "klassischen" Organisationsform.

Tabelle 6: Vor- und Nachteile der funktionalen Organisation

Vorteile	Nachteile
Einfache, überschaubare Struktur	Langwierige und suboptimale Entscheidungsprozesse auf der Managementebene, da unterschiedliche Sichtweisen der Funktionsvertreter abgestimmt werden müssen
Nutzung und Förderung von Spezialisierungs- und Standardisierungseffekten	Hohe Interdependenz der Funktionen erschwert klare Verantwortungszuordnung
Verringerung der vertikalen Koordinationskosten durch Entscheidungscentralisation	Viele verarbeitungsablaufbedingte Schnittstellen zwischen den funktionalen Einheiten
Verringerung von Doppelspurigkeiten	Gefahr von Bereichsegoismen und fehlender Gesamtsicht innerhalb der Funktionen
Vielzahl einzubeziehender Stellen fördert die Problemlösungsumsicht	Überlastung der obersten Steuerungsebene („Flaschenhalseffekt“)
Realisierung fachlicher Lern- und Übungeffekte in den Funktionsbereichen (Bündelung spezifischen Wissenspotenzials)	Entwicklung des Führungsnachwuchses wird vernachlässigt, da die oberste Steuerung Führungsverantwortung an sich zieht
	Das funktionsbezogene Denken der Führungskräfte behindert die Entwicklung von Generalisten
	Mangel an Bürger-, Markt- und Wettbewerbsorientierung
	Kaum autonome und unternehmerische Untereinheiten

Quelle: Thom/Ritz 2006: 270

3.2 Modernes Begriffsverständnis von Organisationen

Die tayloristische Organisationsform ist als Kind seiner Zeit zu verstehen. Die Umwelt war relativ stabil, die Wettbewerbsintensität tief und die Anforderungen an die Flexibilität gering. Ein entscheidender Engpass war hingegen die niedrige Qualifikation der ehemaligen Landarbeiter, welche Beschäftigung in den neuen Fabriken fanden. Dieser Engpass konnte durch die Arbeitsteilung überwunden werden (vgl. Osterloh/Frost 2003: 24). Die Unterschiede zwischen einer Organisation nach Taylor und ei-

ner Organisation modernen Zuschnitts kann folgendermassen zusammengefasst werden:

Tabelle 7: Tayloristische vs. Moderne Organisation

Tayloristische Organisation	Moderne Organisation
hohe Arbeitsteilung	breiter Aufgabenzuschnitt
viele Hierarchieebenen	wenige Hierarchieebenen
viele ungelernete Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit spezialisierten Aufgaben	fachlich breit ausgebildete Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit kundenorientierten Aufgaben
stabile, überschaubare Rahmenbedingungen	dynamisches, komplexes Wettbewerbsumfeld

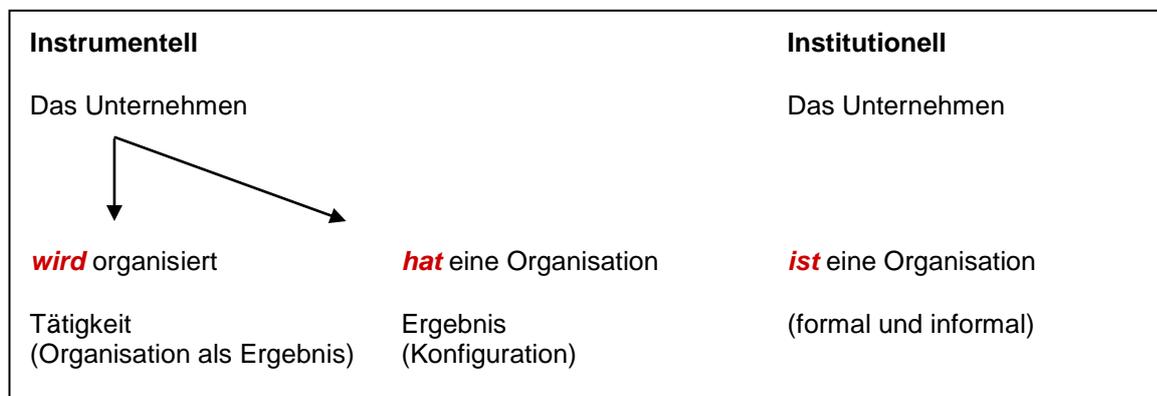
Quelle: Osterloh/Frost 2003: 24

Auch wenn die Abgrenzung der modernen zu historischen Organisationsformen klar gezogen werden kann, so ist der Begriff „Organisation“ weniger einfach zu positionieren. Die Wissenschaft (vgl. z.B. Thommen 2002: 185) ist sich jedoch weitgehend darüber einig, dass im Wesentlichen zwischen folgenden Aspekten unterschieden werden kann:

- Das Unternehmen *wird* organisiert
- Das Unternehmen *hat* eine Organisation
- Das Unternehmen *ist* eine Organisation

Frost gelingt es, dies bildlich übersichtlich darzustellen (siehe folgende Abbildung).

Abbildung 3: Organisationsbegriffe



Quelle: Frost 2006: 5

Vahs (2003: 15) verdeutlicht die zwei Sichtweisen – instrumentell und institutionell – indem er in der instrumentalen Betrachtung die Organisation als Mittel zur effizienten Führung von Unternehmen und damit als ein Instrument zur Zielerreichung sieht. Die institutionelle Betrachtung ist für ihn vor allem durch die Organisationssoziologie und -psychologie geprägt und versteht unter Organisation ein zielgerichtetes soziales System, in dem Menschen mit eigenen Wertvorstellungen und Zielen tätig sind.

Organisationen werden von der Wissenschaft also niemals als Selbstzweck betrachtet, sondern immer im Zusammenhang mit einem definierten Ziel gesehen. So versteht Vahs (2003: 13) „unter Organisation sowohl das zielorientierte ganzheitliche Gestalten von Beziehungen in offenen sozialen Systemen als auch das Ergebnis dieser Tätigkeit“. Die Gliederung in Teilaufgaben, das In-Beziehung-Setzen von Mensch und Maschinen ist also daraufhin auszurichten, die Ziele eines Unternehmens optimal zu erreichen (Thommen 2002: 185).

Die Ordnung, d. h. ein festes und in Regeln formalisiertes Beziehungsgefüge, ist ein weiteres wesentliches Merkmal von Organisationen (vgl. Vahs 2003: 12 f.). Ohne organisatorische Regeln ist eine zielgerichtete Zusammenarbeit der Organisationsmitglieder nicht möglich. Die Organisationsstrukturen sind ein Instrument zur Steuerung des Verhaltens und der Leistung der Organisationsmitglieder im Hinblick auf die Organisationsziele. Dieses Instrument wird für die arbeitsteilige Bewältigung von Aufgaben als zwingend erforderlich erachtet. Vahs (2003: 8 f.) fasst die wesentlichen Merkmale einer Organisation treffend zusammen:

Merkmal 1: Organisationen sind zielgerichtet

Merkmal 2: Organisationen sind offene soziale Systeme

Merkmal 3: Organisationen weisen eine formale Struktur auf

Für die vorliegende Arbeit interessant ist eine Unterscheidung des instrumentalen Organisationsbegriffs, der sich u. a. bei Griese (2001: 8) finden lässt: „Während sich die **Aufbauorganisation** mit der Bildung von Organisationseinheiten (z.B. Stellen und Abteilungen) und der Zuteilung von Weisungsbefugnissen, Entscheidungsbefugnissen und Informati-

onsbefugnissen befasst, kümmert sich die **Ablauforganisation** um den Ablauf der Aufgabenerfüllung. Sie fragt nach der Reihenfolge, dem zeitlichen Verlauf, den Prioritäten von Teilaufgaben sowie nach dem Transport von Menschen, Informationen und Sachgütern und kommt damit der Geschäftsprozessbetrachtung sehr nahe.“ Thommen (2002: 185) teilt diese Sicht wenn er formuliert, dass sich die Ordnung einer Organisation auf die Strukturen (im Sinne einer Aufbauorganisation) und Prozesse (im Sinne einer Ablauforganisation) des Unternehmens bezieht.

3.3 Business Process Reengineering

Das Konzept des Business Process Reengineering verdient ein eigenes Kapitel, hat es doch massgeblich zum Durchbruch einer prozessorientierten Sichtweise auf die Organisation beigetragen. Thommen (2002: 294) verortet das Business Process Reengineering als ein aus der Beratungspraxis in den 90er Jahren stammendes Gestaltungskonzept. Gemäss anderen Autoren (vgl. Hagen 2006: 8) wurde die Idee, Aufgaben nach einem durchgängigen Prozess zu entwickeln, jedoch bereits in den 30er Jahren von Nordsieck¹³ formuliert. Sicher ist, dass das Konzept in der neueren Zeit durch Hammer und Champy¹⁴ bekannt gemacht wurde (Osterloh/Frost 2003: 22).

Wie unter 3.1.2 dargelegt, bringt das Prinzip der Spezialisierung, das mit Taylor seinen Siegeszug begann, auch Probleme mit sich. Denn Spezialisierung bedeutet nicht nur, dass eine Gesamtaufgabe in viele Zuständigkeitsbereiche aufgeteilt wird, sondern auch dass zwischen den Teilaufgaben Schnittstellen entstehen. Gemäss Osterloh/Frost (2003: 22) ist jede Schnittstelle aber:

- eine Liegestelle, weil zeitliche Abstimmungsprobleme bei der Übergabe entstehen,
- eine Irrtumsquelle, weil Informationsverluste über den gesamten Aufgabenzusammenhang entstehen,

¹³ Quellenangabe gemäss Gaitanides (2007: 340): Nordieck, F. (1931a), Grundprobleme und Grundprinzipien der Organisation des Betriebsaufbaus; Nordsieck, F. (1931b), Aufgabenverteilung und Instanzenbau im Betrieb; Nordsieck, F. (1934), Grundlagen der Organisationslehre

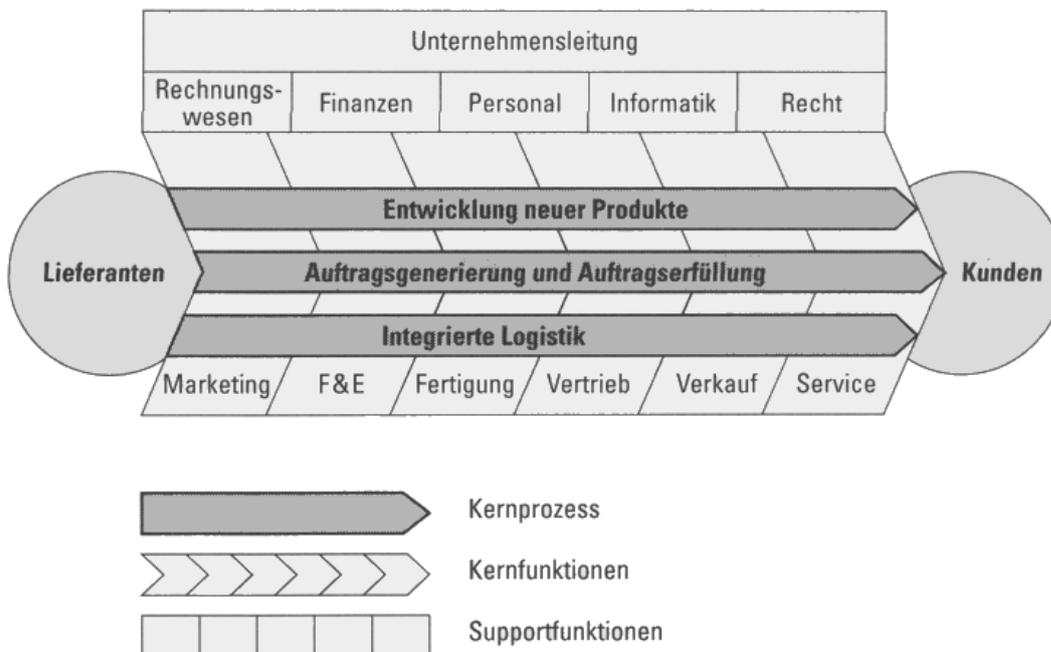
- eine Quelle der organisatorischen Unverantwortlichkeit, weil Fehler und Unzulänglichkeiten nur noch schwer zurechenbar sind.

Schnittstellen erzeugen also organisatorische Probleme, weil ein Koordinationsbedarf zeitlicher, sachlicher und personeller Art entsteht. Das Business Process Reengineering setzt an dieser Stelle an und möchte massgebliche Verbesserungen in den Bereichen Kosten, Qualität, Service und Zeit erreichen (Thommen 2002: 294).

Nach dem Gestaltungsansatz des Business Process Reengineering sollen organisatorische Massnahmen fundamental und radikal geschehen (Thommen 2002: 294). Das Unternehmen hat die wesentlichen Aufgaben zu bezeichnen und sich konsequent auf die daraus entwickelten Kernprozesse zu konzentrieren (vgl. Gaitanides 2007: 49). Um das auf diesem Weg definierte Ziel zu erreichen, genügt nicht lediglich die Verbesserung, Erweiterung oder Modifizierung der bestehenden Struktur. Es muss eine neue prozessorientierte Rahmenstruktur geschaffen werden, die Prozesse werden zur eigentlichen Grundlage der neuen Unternehmensstruktur.

¹⁴ Quellenangabe gemäss Osterloh/Frost (2003: 268): Hammer, Michael/Champy, James (1993): Reengineering the Corporation, New York

Abbildung 4: Wertschöpfungskette mit Kernprozessen



Quelle: Thommen 2002: 295

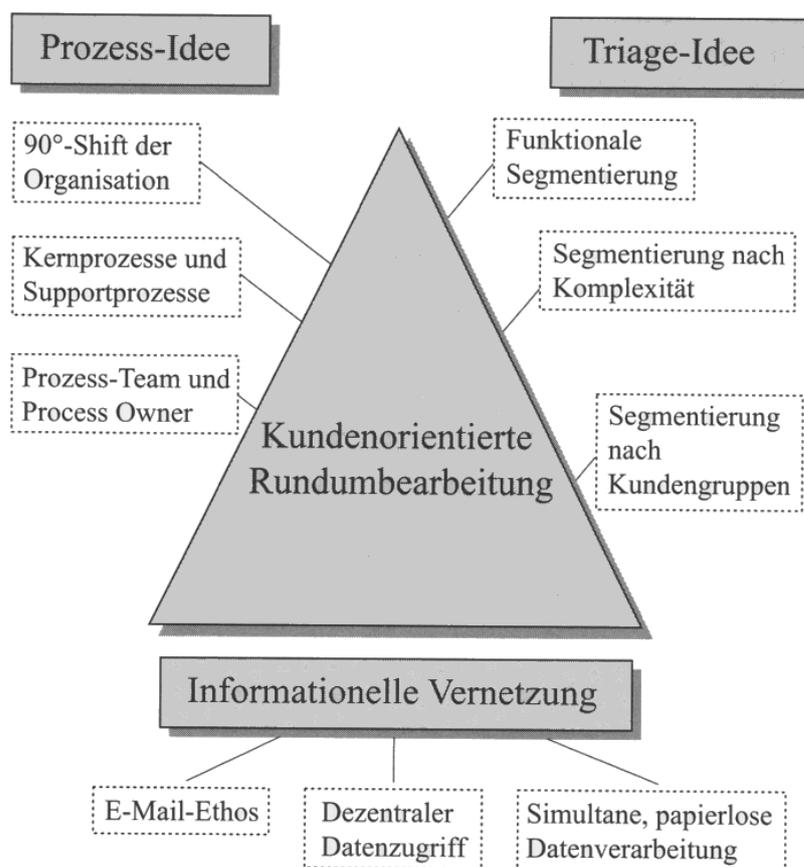
Die Kernprozesse umfassen dabei den gesamten Wertschöpfungsprozess eines Produktes oder einer Dienstleistung in einem Unternehmen. Sie werden unmittelbar aus der Strategie abgeleitet und machen den nachhaltigen Wettbewerbsvorteil eines Unternehmens aus. Sie weisen zudem unmittelbaren Marktkontakt auf und gewährleisten damit eine kundenorientierte Rundumbearbeitung. Die Supportprozesse unterstützen den reibungslosen Ablauf der Kernprozesse.

Gemäss Osterloh/Frost (2003: 94) ist das Business Reengineering nebst der Dominanz der Prozesse über die Unternehmensstruktur insbesondere durch zwei weitere Elemente gekennzeichnet: die Triage und die informationelle Vernetzung. Die Triage beschreibt die Segmentierung innerhalb der Kernprozesse in Prozessvarianten. Vorstellbar sind eine funktionale Segmentierung, eine Segmentierung nach Problemhaltigkeit oder auch eine Segmentierung nach Kundengruppen.

Kundenorientierung und Rundumbearbeitung verlangen dezentralen Datenzugriff (Gaitanides 2007: 53). Erst die Informationstechnologie und

die dadurch ermöglichte informationelle Vernetzung lassen es zu, dass integrierte Geschäftsprozesse neu entwickelt werden können. Informationstechnologien werden nicht nur dazu verwendet, bestehende Abläufe im Sinne der Automatisierung schneller und billiger zu gestalten. Vielmehr sollen sie vollkommen neue Anwendungen dadurch ermöglichen, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter auf alle Informationen dezentral zugreifen kann (Osterloh/Frost 2003: 94).

Abbildung 5: Die drei neuen Ideen des Business Reengineering



Quelle: Osterloh/Frost 2003: 27

Wie die oben stehende Grafik klar darstellt, steht die Kundenorientierung im Zentrum des Business Reengineering. Prozesse werden an ihren Leistungen für externe wie auch interne Kunden beurteilt, ihre Wertschöpfung am Kundennutzen gemessen (Gaitanides: 2007: 51). Gemäss Thommen (2002: 294) liegt genau darin der eigentliche Sinn einer Prozessorganisation: den Kunden schneller und kostengünstiger zu beliefern.

3.4 Prozessgestaltung und –management

Wie unter 3.3 dargestellt, hat das Konzept des Business Process Reengineering in der neueren Zeit im Hinblick auf eine prozessorientierte Organisation einige wesentliche Aspekte verankert. Wo liegt nun der Unterschied zu einem etablierten Prozessmanagement in einer Organisation? Genügt es, die Kernprozesse zu bezeichnen und sich auf diese zu fokussieren?

Gemäss Osterloh/Frost (2003: 27) wird Business Reengineering erst dann zum Prozessmanagement, wenn alle wesentlichen Elemente (für die Autorinnen sind dies: Prozess, Triage, informationelle Vernetzung, Kundenorientierung) im gesamten Unternehmen verankert sind und nicht nur lediglich ausgewählte Bereiche miteinander verknüpft werden. Vahs (2003: 204) versteht unter Prozessmanagement alle planerischen, organisatorischen und kontrollierenden Massnahmen zur zielgerichteten Steuerung der Wertschöpfungskette eines Unternehmens im Hinblick auf die Zielsetzungen (bei ihm sind dies: Kosten, Zeit, Qualität, Innovationsfähigkeit, Kundenzufriedenheit).

Prozessmanagement ist also eine umfassende und tiefgreifende Prägung eines Unternehmens, die von den Entscheidungsträgern im Unternehmen getragen werden muss, wenn sie nachhaltig sein soll (vgl. Vahs 2003: S. 204). In der Literatur lassen sich verschiedene Modelle finden, welche die einzelnen Schritte eines Prozessmanagements als Zyklus aufzeigen. Hagen/Nyhuis et al. (2006: 28f) formulieren Prozessmanagement als „die strategieorientierte Analyse, Bewertung, Gestaltung (Verbesserung), Steuerung und Kontrolle von Wertschöpfungsprozessen in und zwischen Unternehmen“. Drei Stufen sind gemäss Vahs und Hagen/Nyhuis im Managementzyklus iterativ zu durchlaufen:

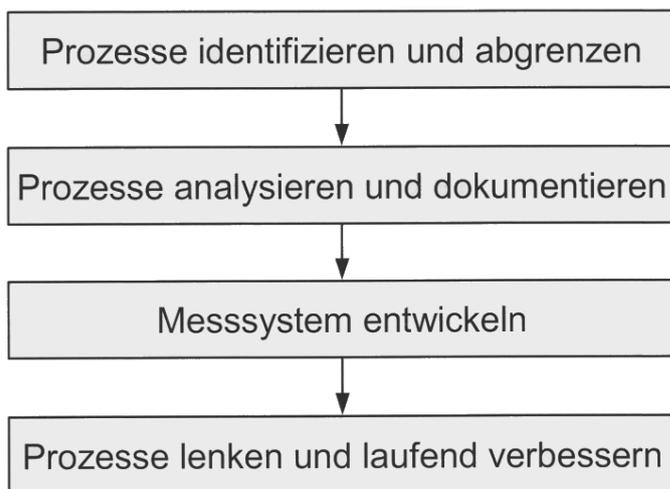
- Prozessanalyse und -bewertung
- Gestaltung der Prozessstrukturen
- Prozesssteuerung und -kontrolle

Elemente wie das Benchmarking der Prozesse innerhalb des Unternehmens und zwischen den Unternehmungen wie auch die kontinuierliche

Optimierung bestehender Prozessabläufe sind für Hagen/Nyhius et al. Teil des Managements von Prozessen.

Ein weiterer, gut strukturierter Ansatz lässt sich bei Jung (2002: 16) finden (siehe unten stehende Abbildung).

Abbildung 6: Prozessmanagement im Überblick



Quelle: Jung 2002: 17

In der Folge sollen die Hauptaufgaben in Anlehnung an Jung (2002: 16 ff.) kurz dargestellt werden:

Prozesse identifizieren und abgrenzen

Die im Unternehmen ablaufenden Prozesse sind zu identifizieren. Insbesondere sind diejenigen Prozesse festzulegen, die für den Unternehmenserfolg besondere Bedeutung besitzen. Aufbauend auf der Prozessidentifikation gilt es, die Prozesse klar zu spezifizieren und damit die Grundlage für die notwendigen organisatorischen Regelungen zu schaffen. Die Prozesse sind voneinander klar abzugrenzen, die erwarteten Leistungen (Outputs) zu definieren und die relevanten Umwelten zu identifizieren (z.B. Interessenträger, betroffene Funktionen).

Prozesse analysieren und dokumentieren

Aus den spezifizierten Prozessen sind Sollabläufe zu entwickeln und in Prozessbeschreibungen zu dokumentieren. Die im Rahmen der Prozessdurchführung zu erledigenden Aufgaben sowie deren Reihenfolge sind zu bestimmen und den organisatorischen Einheiten eindeutig zuzuordnen

Messsystem entwickeln

Ausgehend von den Kernprozessen sind die Zielsetzungen zu definieren, Kennzahlen als Basis für die Steuerung dieser Ziele zu schaffen und Messverfahren festzulegen. Im Hinblick auf ein Prozesscontrolling sind Indikatoren zu definieren und zu etablieren.

Prozesse lenken und laufend verbessern

In Abhängigkeit von der Fähigkeit des Prozesses, definierte Prozessziele hinsichtlich Qualität, Zeit und Kosten kontinuierlich zu erbringen, und der Zufriedenheit der Kunden mit dem Prozessoutput, sind die Prozesse zu lenken und ständig weiterzuentwickeln. Der Prozesslenkungs- und Verbesserungsprozess ist als laufende Aufgabe in den Köpfen der Belegschaft und organisatorisch zu verankern.

Die vorliegende Arbeit orientiert sich in der Folge grundsätzlich am Ansatz von Jung, berücksichtigt zudem jedoch die Prozessgestaltung, wie sie Vahs (2003: 223ff.) beschreibt (siehe folgende Abbildung). Da der Fokus der vorliegenden Arbeit jedoch nicht auf dem Change der Unternehmensorganisation liegt, wird die Realisation der Prozessorganisation in der Folge weitgehend ausgeklammert.

Abbildung 7: Vier-Phasen-Konzept der Prozessgestaltung



Quelle: Vahs 2003: 223

3.4.1 Prozessbegriff

Bevor über eine Prozessorientierte Organisation gesprochen werden kann muss zuerst der Begriff des Prozesses erfasst und seine Merkmale beschrieben werden. Verschiedene Autoren (vgl. Vahs 2003: 206) weisen darauf hin, dass es trotz der weiten Verbreitung und der hohen Aktualität bislang kein einheitliches Prozessverständnis gibt. Begriffe wie Prozess, Geschäftsprozess, Kernprozess oder Workflow werden oft verwendet, ohne dass sie ausreichend erläutert oder voneinander abgegrenzt würden.

Die im Rahmen dieser Arbeit konsultierte Literatur lässt jedoch keine Widersprüche unter den einzelnen Autoren erkennen, was darauf hin deutet, dass sich doch einige zentrale Begrifflichkeiten herausgebildet und gefestigt haben. Nachdem in der Folge die wesentlichen Merkmale eines Prozesses dargestellt werden und das Wertkettenmodell von Porter seine Würdigung erfährt, werden die wichtigsten Schritte zur Implementierung von Prozessen kurz dargestellt.

Osterloh/Frost (2003: 31) beschreiben in ihrem oft zitierten Standardwerk die Geschäftsprozesse als eine Bündelung und strukturierte Reihenfolge von funktionsübergreifenden Aktivitäten mit einem Anfang und einem Ende sowie klar definierten Inputs und Outputs. Sie heben zudem heraus, dass der Prozess die Transformation von Material, Informationen, Operationen oder Entscheidungen beschreibt.

Vahs (2003: 207) definiert in seinem umfassenden Blick auf die Organisation den Prozess als eine

- zielgerichtete Erstellung einer Leistung,
- die durch eine Folge von logisch zusammenhängenden Aktivitäten
- innerhalb einer Zeitspanne
- nach bestimmten Regeln durchgeführt wird.

Er beschreibt zusätzlich folgende Merkmale:

- inhaltlich abgeschlossener Vorgang
- angestossen von einem bestimmten Ereignis (z. B. einem Auftrag)
- definierter Input und Output

Jung (2002: 158), der stark praxisorientiert formuliert, sieht die Prozesse durch folgende Eigenschaften charakterisiert:

- prozessauslösendes Ereignis
- definierter Anfang
- Summe von sich wiederholenden Tätigkeiten
- messbarer Prozessoutput
- definiertes Ende
- prozessabschliessendes Ereignis
- betroffene Funktionen

Allen Autorinnen und Autoren gemeinsam ist die klare Determinierung und Zielsetzung des Prozesses, der sich nicht als Zufallsprodukt in einer wie auch immer gearteten Organisation einfach so ergibt. Er hat immer einen definierten Anfang und einen definierten Schluss und ist auf ein Ziel hin ausgerichtet: Der Prozess ist also ein System von Tätigkeiten,

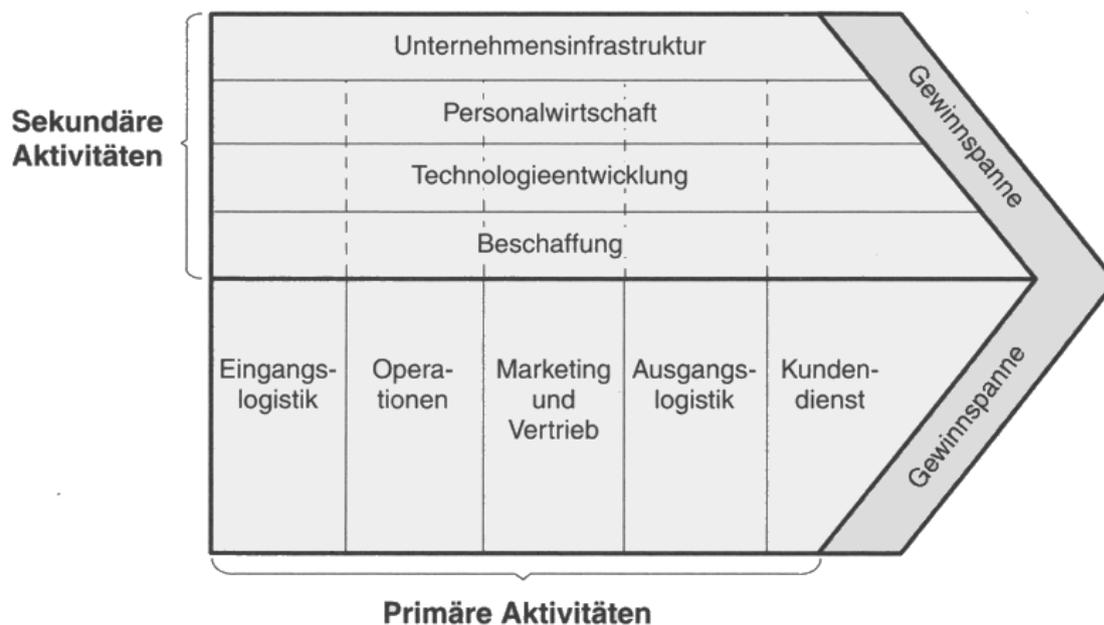
das Eingaben mit Hilfe von Mitteln in Ergebnisse umwandelt (vgl. Jung 2002: 157).

Dieser Prozess der Transformation (Input in Output) erfolgt durch eine Reihe von Verrichtungen, Aktivitäten, Vorgängen oder Operationen, die nach bestimmten Regeln miteinander verbunden sind. Ein Prozess ist somit als eine Verkettung, d. h. als sachliche, zeitliche und räumliche Abfolge von Tätigkeiten mit einem Anfang und einem Ende sowie klar definierten In- und Outputs zu verstehen (vgl. Vahs 2002: 206).

3.4.2 Wertkettenmodell nach Porter

Wenn man über Prozesse spricht, kommt man um Porter¹⁵ nicht herum. Die meisten deutschsprachigen Autoren, die im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit konsultiert wurden, beziehen sich auf ihn, um grundsätzliche Überlegungen zu Prozessen anzustellen und ihre eigenen Modelle abzustützen. Sein Wertkettenmodell soll deshalb an dieser Stelle kurz betrachtet werden.

Abbildung 8: Wertkettenmodell nach Porter



Quelle: Jung 2002: 18

¹⁵ Zitiert in Osterloh/Frost (2003: 270): Porter, Michael E. (1985): Competitive Advantage. Creating and Sustaining Superior Performance, New York

Für Porter gliedert die Wertkette (value chain) ein Unternehmen in strategisch bedeutsame Aktivitäten. Dies sind die wertschöpfenden Aktivitäten, welche schlussendlich die Gewinnspanne ausmachen. Wenn ein Unternehmen die verschiedenen Aktivitäten, mit denen es ein für seine Abnehmer wertvolles Produkt schafft, besser und/oder zu geringeren Kosten durchführen kann als konkurrierende Unternehmen, entstehen Wettbewerbsvorteile (vgl. Vahs 2003: 208).

Die Wertaktivitäten lassen sich in primäre und sekundäre (unterstützende) Aktivitäten unterteilen. Die primären Aktivitäten beinhalten die physische Herstellung und den Vertrieb des Produkts sowie den Kundendienst. Demgegenüber sorgen die sekundären Aktivitäten (z.B. Personalwirtschaft) dafür, dass die primären Tätigkeiten überhaupt stattfinden können, indem sie die erforderlichen Inputs für die einzelnen Aktivitäten zur Verfügung stellen. Die Unternehmensinfrastruktur (Unternehmensleitung, Finanz- und Rechnungswesen, Unternehmensplanung, Qualitätswesen, Rechtsabteilung) unterstützt übergreifend die gesamte Wertkette (Vgl. Vahs 2003: 208).

Wie unter anderem Osterloh/Frost (2003: 156) herausstreichen, ist die Wertkette ein Analyserahmen und kein Organisationskonzept. Die Anwendung des Wertkettenkonzeptes beinhaltet nicht, dass die Prozesse auch wirklich funktionsübergreifend ablaufen. Vahs (2002: 209) unterstreicht dies indem er sagt, dass „der Wertkettenansatz nicht als ein allgemeingültiges Prinzip zur Ordnung der betrieblichen Tätigkeiten verstanden werden sollte, sondern als eine Art Checkliste, mit der überprüft werden kann, ob alle potenziell wichtigen Bereiche und deren Verknüpfungen untereinander bei den Überlegungen zur Gestaltung der Unternehmensprozesse berücksichtigt worden sind.“

3.4.3 Prozessdefinition

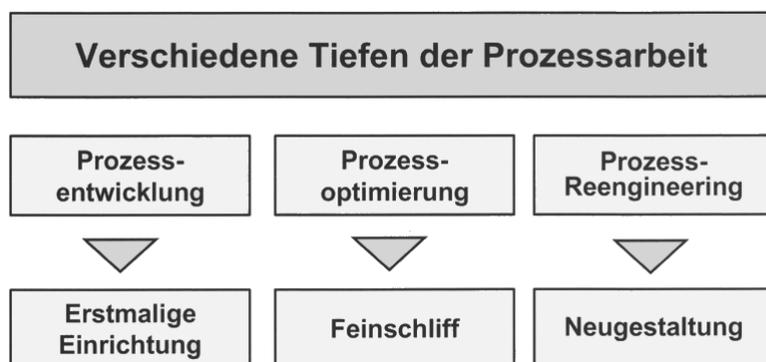
Gemäss Thom/Ritz (2006: 286) geht es bei der Prozessdefinition „um die Auswahl und Abgrenzung der unterschiedlichen Prozesse, die einen Nutzen für den Leistungsabnehmer erzeugen. Der Prozessdefinition geht eine strategische Geschäftsfeldanalyse voraus, welche aufgrund der übergeordneten (politischen) Zielsetzungen die Ausrichtung der Verwal-

tungstätigkeiten im spezifischen Politikfeld festlegt, woraus die Kernaufgaben und -leistungen der Organisation bestimmt werden.“

Da die Prozessgestaltung in der Praxis nur selten auf der „grünen Wiese“ erfolgen kann, muss wohl davon ausgegangen werden dass öfter von Prozessidentifikation als von Prozessdefinition gesprochen werden müsste (vgl. Vahs 2002: 223). Eine kombinierte Vorgehensweise ist daher anzustreben, die das strategische Idealkonzept mit der Ist-Analyse kombiniert. Auf der Grundlage der erkannten Probleme können so schrittweise Massnahmen zu deren Beseitigung entwickelt werden und gleichzeitig neue Wege zur Gestaltung der betrieblichen Abläufe entwickelt werden.

Jung (2002: 98 ff.) verdeutlicht dies weiter, indem er zwischen verschiedenen Tiefen der Prozessarbeit unterscheidet (siehe folgende Abbildung).

Abbildung 9: Verschiedene Tiefen der Prozessarbeit



Quelle: Jung 2002: 99

Je nach aktueller Situation sind also entweder neue Prozesse zu entwickeln, einzelne Prozesssegmente bestehender Prozesse zu optimieren oder komplette Prozesse einem Reengineering zu unterziehen. Bei der Prozessentwicklung werden neue Prozesse aufgrund strategischer Neuausrichtungen oder grösseren Marktveränderungen entwickelt. Im Rahmen der Prozessoptimierung werden bestehende Abläufe verbessert, nicht wie bei der Entwicklung neu kreiert. Das Prozess-Reengineering schliesslich ähnelt der Prozessentwicklung. Da es sich jedoch mit beste-

henden Prozessen auseinandersetzt – und gleichzeitig darauf keine Rücksicht nimmt – handelt es sich um eine wesentlich radikalere Vorgehensweise als die Prozessoptimierung.

Ob Prozessdefinition oder Prozessidentifikation, ob Prozessentwicklung, -optimierung- oder -Reengineering, Gaitanides (2007: 55) streicht heraus, dass sich die Schlüsselaktivitäten gleichen. Es sind dies:

- Enumeration der Hauptprozesse
- Festlegung der Prozessgrenzen
- Bestimmung der strategischen Relevanz
- Analyse des Verbesserungsbedarfs
- Bestimmung der politischen und kulturelle Bedeutung

3.4.4 Kern-, Support- und weitere Prozesse

In der wissenschaftlichen Literatur wird zwischen Kernprozessen und Supportprozessen unterschieden. Das wesentliche Merkmal von Kernprozessen ist deren direkte Ausrichtung auf die in den Führungsprozessen festgelegten strategischen Ziele (Thom/Ritz 2006: 288) und deren Ausrichtung auf ein spezielles Kundensegment. Der Ausgangs- und Endpunkt dieser primären Geschäftsprozesse ist also der Kunde (vgl. Vahs 2002: 226). Die Anzahl dieser Prozesse hängt dabei von der Größe und dem Leistungsprogramm des Geschäftsfelds ab, wobei verschiedene Autoren (vgl. Osterloh/Frost 2003: 34 oder Thommen 2002:294) empfehlen, sich auf fünf bis acht Kernprozesse zu beschränken.

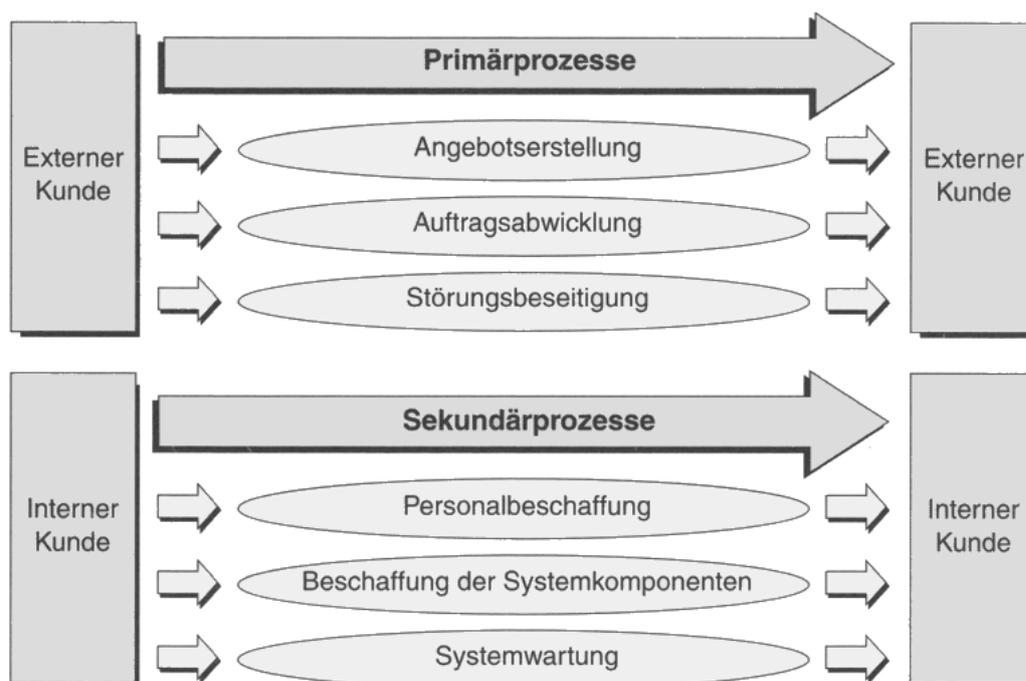
Folgende Merkmale der Kernprozesse lassen sich beschreiben (Osterloh/Frost 2003: 34)

- Wahrnehmbarer Kundennutzen: Die Prozesse müssen den Kunden einen wahrnehmbaren Nutzen stiften, für den diese zu zahlen bereit sind.
- Unternehmensspezifität: Die Prozesse müssen durch eine unternehmensspezifische Nutzung von Ressourcen einmalig sein.
- Nicht-Imitierbarkeit: Die Eigenheiten der Prozesse dürfen nicht leicht zu imitieren sein.

- Nicht-Substituierbarkeit: Die Prozesse dürfen nicht durch andere Problemlösungen ersetzbar sein.

Die Supportprozesse können mit den Querschnittsfunktionen einer Organisation verglichen werden (Thom/Ritz 2006: 289). Diese sekundären Geschäftsprozesse umfassen die Bereitstellung und die Verwaltung der für die Durchführung der Kernprozesse (Primärprozesse) erforderlichen Ressourcen und stellen somit deren Funktionsfähigkeit sicher (Vahs 2002: 226). Wie bereits unter 3.3 zum Business Process Reengineering ausgeführt, beginnen und enden sowohl die Kern- (Vahs nennt sie Primärprozesse) als auch die Supportprozesse beim Kunden.

Abbildung 10: Primär- und Sekundärprozesse an einem Beispiel



Quelle: Vahs 2003: S. 226

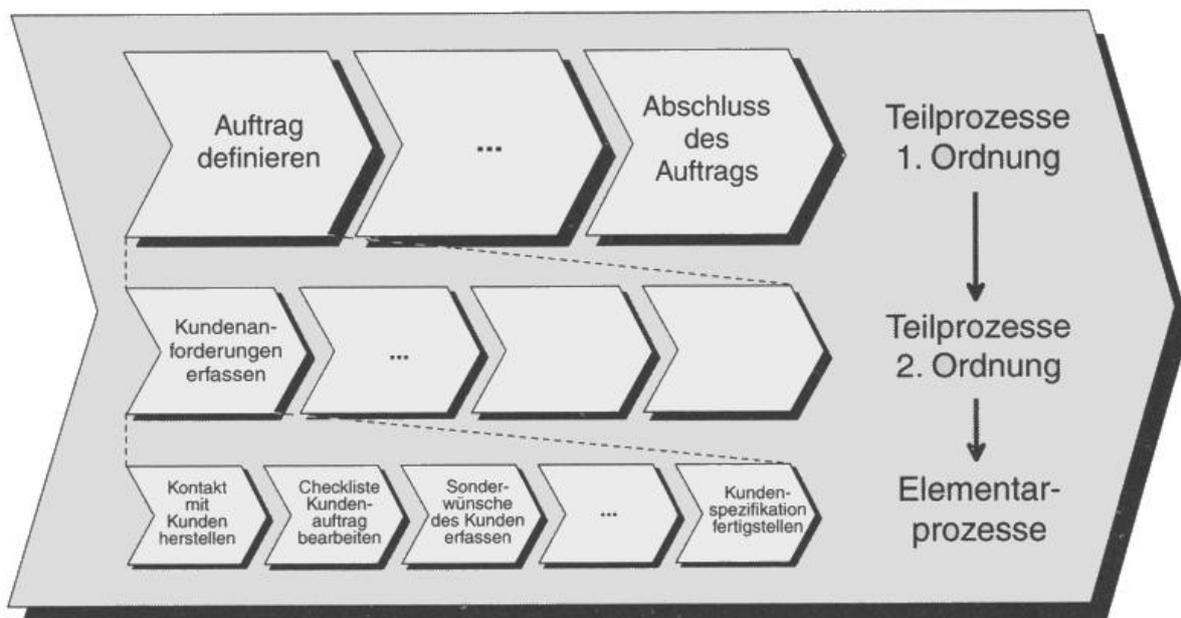
Verschiedene Autorinnen und Autoren votieren dafür, nebst der Definition von Kern- und Supportprozessen weitere Prozesse organisatorisch zu verankern. Vahs (2002: 226) spricht sich für die Definition von Innovationsprozessen aus, deren Output wiederum Primär- und Sekundärprozesse auslösen können. Thom/Ritz (2006: 286) sehen die Entwicklung eines eigenständigen Führungsprozesses als ein zwingendes Element der Prozessorganisation an. Aus ihrer Sicht kann der Führungsprozess

aufgrund seiner Wichtigkeit nicht den Supportprozessen und durch den lediglich indirekten Bezug auf den Kunden auch nicht den Kernprozessen zugeordnet werden. Gaitanides (2007: 50) schliesslich spricht sich dafür aus, dass das organisatorische Lernen und organisatorisches Re-design ebenfalls als Prozesse organisiert werden.

3.4.5 Prozessstrukturierung

Die Geschäftsprozesse sind möglichst klar zu strukturieren, damit sie in der Praxis problemlos durchgeführt, gesteuert und überwacht werden können. Insbesondere dann, wenn ein Geschäftsprozess einen grösseren Umfang und eine gewisse Komplexität erreicht, trägt die Prozessstrukturierung dazu bei, dass die Übersicht über den Gesamtprozess erhalten bleibt (vgl. Vahs 2003: 227 ff.). Der erste Schritt der Prozessstrukturierung ist die Zerlegung eines Geschäftsprozesses in seine einzelnen Teilprozesse, welche ihrerseits wiederum in einzelne Schritte geteilt werden können (siehe folgende Abbildung).

Abbildung 11: Beispiel der Strukturierung eines Geschäftsprozesses



Quelle: Vahs 2003: S. 228

Wie weit diese Zerlegung gehen kann ist abhängig von der Art der Aufgabe und vom Umfang des Prozesses. Generell sollten Prozesse, die sich häufig wiederholen, eher stärker zerlegt werden, um potenzielle

Probleme zu erkennen und den Ablauf optimieren zu können. Gerade die Eliminierung von Redundanzen sowie die Parallelisierung von Tätigkeiten verlangen ein hohes Mass an Detaillierung (vgl. Gaitanides 2007: 57 ff.). Selten durchzuführende Prozesse oder Prozesse mit einem geringen Beitrag zur Wertschöpfung können dagegen, wohl aus Gründen der wirtschaftlichen Priorisierung, eher weniger detailliert zerlegt werden.

Der zweite Schritt bei der Strukturierung der Prozesse ist die Festlegung der zeitlichen Reihenfolge. Die Reihenfolge wird durch die Input-Output-Beziehungen bestimmt, die sich entweder aus dem sachlogischen Zusammenhang der Prozessschritte ergeben oder technologisch bedingt sind (Vahs 2003: 229). Nachdem die Teilprozesse sowie deren Reihenfolge feststehen, werden auch die Schnittstellen zwischen den einzelnen Prozessen ersichtlich. An diesen Schnittstellen wird das Ergebnis (der Output) des vorhergehenden Teilprozesses als Input an den nachfolgenden Teilprozess übergeben.

3.4.6 Prozessdarstellung und -beschreibung

Mit der Prozessdarstellung werden die Prozessabläufe visualisiert. Die relevanten Tätigkeiten werden damit sowohl für die beteiligten Managementebenen als auch für die unmittelbar betroffenen Mitarbeiter transparent gemacht (vgl. Jung 2002: 50 ff.). Hagen et al. (2006: 17 ff.) vergleichen die Bedeutung mit derjenigen einer technischen Zeichnung für die Konstruktion, eines Schaltplan für einen Elektriker oder Noten für ein Orchester.

Visualisierte Abläufe sind die Voraussetzung für eine gute Gestaltung der Schnittstellen bzw. Nahtstellen. Die Prozessbeschreibung geht somit über das grafische Element hinaus, indem ein klares Soll für jeden einzelnen Prozess geschaffen wird, aufgrund dessen auch die Prozessverantwortlichkeiten festgelegt werden können. In dieser Hinsicht werden die Prozessbeschreibungen als Voraussetzung gesehen, um überhaupt eine wirksame Arbeit in Prozessen erreichen zu können (Jung 2002: 51 ff.). Im Hinblick auf eine IT-Unterstützung bei der Prozessabwicklung sind die Prozessbeschreibungen als Voraussetzung ein Muss.

Die Prozessdokumentation schafft also Transparenz hinsichtlich der Strukturen und stellt bei allen Beteiligten ein einheitliches Prozessverständnis sicher. Sie umfasst in der Regel eine graphische Darstellung der Aufbau- und der Ablauforganisation (Organigramm, Workflow-Charts), die Leistungsvereinbarungen, die Beschreibung der Indikatoren, Angaben zur IT-Unterstützung und Qualitätssicherungshinweise (vgl. Vahs 2003: 222 f.).

3.4.7 Prozesscontrolling und -optimierung

Prozesscontrolling zu überwachen und zu optimieren (vgl. Vahs 2002: 231). Zu diesem Zweck sind bereits in der Phase der Prozessstrukturierung klare Indikatoren zu definieren, die in der Folge die regelmässige Ermittlung von Messwerte ermöglichen. Insbesondere kritische Teilprozesse und Aktivitäten, die einen wesentlichen Einfluss auf das Prozessergebnis haben, sollten im Rahmen des Controllings intensiv überwacht und wenn nötig verbessert werden. Jung (2002: 36) schlägt dazu das Führen einer Balanced Scorecard vor. Es sind auch andere Formen des Reportings und des Controllings vorstellbar, solange der wichtige Bezug zu den Unternehmenszielen und -strategien hergestellt werden kann.

Bei welchen Prozessen kann von einer guten Qualität ausgegangen werden und wann sind Optimierungsaktivitäten zu starten? Qualität selbst wird allgemein als die Übereinstimmung der tatsächlichen Eigenschaften eines Produkts oder einer Leistung mit den vom Kunden geforderten Eigenschaften verstanden. Sie ist also kein absoluter Wert, sondern steht immer in Relation zum Kunden. Im Zusammenhang mit Ausrichtung auf Prozesse zeigt sich ein hoher Qualitätsanspruch einer Unternehmung im Streben nach Fehlerfreiheit dieser Prozesse, die sich auf die gesamte Leistungserstellung zu erstrecken hat (vgl. Vahs 2002: 217 ff.).

Gaitanides (2007: 204 ff.) formuliert, dass als Messindikatoren nebst der oben erläuterten Prozessqualität insbesondere die Durchlaufzeit und die Prozesskosten im Vordergrund stehen. Erst im Zusammenführen dieser drei Aspekte sieht er eine effektive Prozessorganisation im Sinne der

Kundenorientierung als möglich an¹⁶. Als erkenntnisreich könnte sich zudem ein Benchmarking erweisen, das den Vergleich der eigenen Leistungen mit anderen Unternehmungen ermöglicht. Zu diesem Zweck können auch exzellente Abläufe im eigenen Unternehmen herangezogen und mit anderen internen Abläufen verglichen werden, bei denen man Optimierungspotenziale vermutet (vgl. Vahs 2003: 232 f.).

Die im Controllingsprozess erkannten Schwachstellen sind sodann im Zuge der Prozessoptimierung hinsichtlich ihrer Ursachen, ihres Umfangs und ihrer Auswirkungen zu untersuchen und eingehend zu beurteilen. Der Schwachstellenanalyse hat die möglichst exakte Beschreibung des Anpassungs- und Änderungsbedarfs mit entsprechenden Handlungsempfehlungen zu folgen. Auf Elemente wie TQM (Total Quality Management), KVP (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess) oder Kaizen wird an dieser Stelle aufgrund der Ausrichtung der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen.

3.5 Rollen in Prozessorientierten Organisationen

Es zeigt sich, dass für alle im Rahmen dieser Arbeit konsultierten Autoren mit der Einführung einer Prozessorientierten Organisation die Definition neuer Rollen einhergeht. Wie Jung (2002: 83) darstellt, kann die Prozessführung nur dann erfolgreich sein, wenn sie in die Führungsstruktur des Unternehmens eingebunden ist. Um das Prozessmanagement erfolgreich ein- und durchführen zu können, sind im Unternehmen Verantwortliche zu benennen, die klar definierte Aufgaben übernehmen und mit den entsprechenden Kompetenzen ausgestattet werden. Denn „nicht die Unternehmen als abstrakte Einheiten, sondern die Menschen in den Unternehmen verwirklichen den Prozessgedanken“ (Vahs 2003: 233).

¹⁶ Für ein vertieftes Eintauchen in die Materie empfiehlt sich Gaitanides (2007: 204ff.), der sich der Frage des Controllings von Geschäftsprozessen umfassend annimmt.

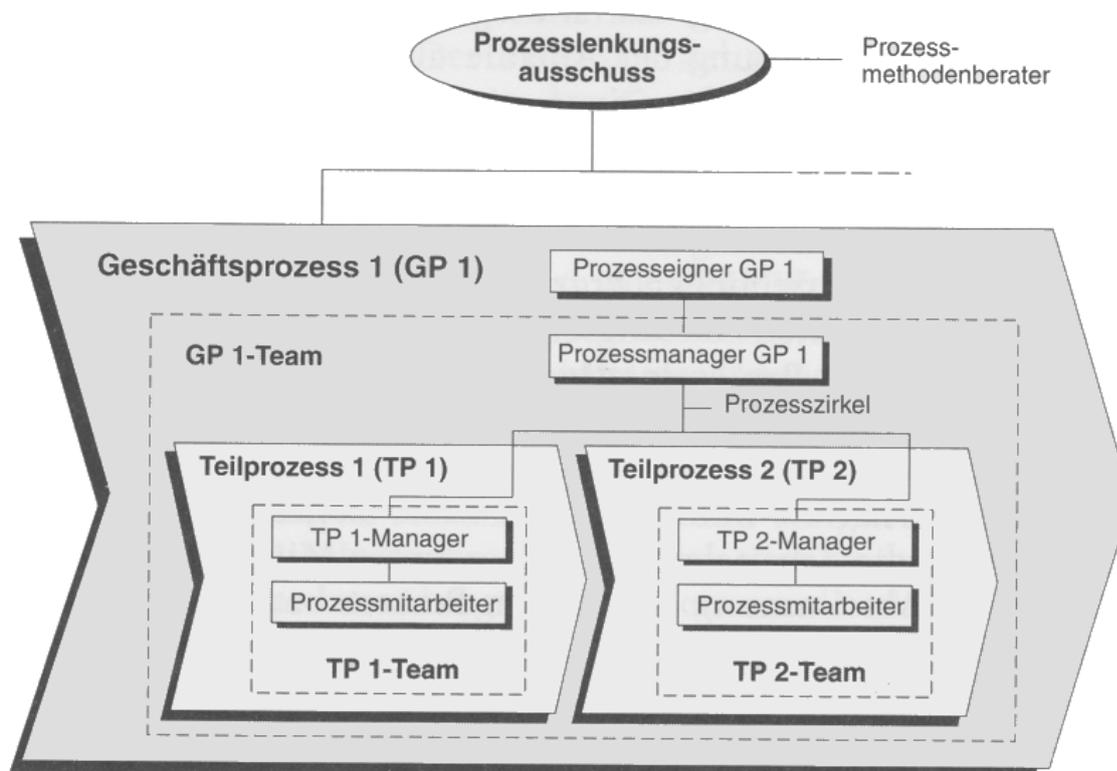
Wenn man den Blick des Business Process Reengineering¹⁷ wieder aufzuneehmen möchte, kann man fünf verschiedene Gruppen unterscheiden (vgl. Thommen 2002: 294):

- Der Leader spielt die Machtpromotoren-Rolle. Er ist Mitglied der obersten Unternehmensleitung und besitzt genügend Einfluss, um radikale und fundamentale organisatorische Änderungen in Gang zu setzen.
- Der Prozessverantwortliche übernimmt die Rolle des Prozesspromotors. Er ist für die Gestaltung eines spezifischen Unternehmensprozesses zuständig. Er kann als Projekt-Leiter einer Teilstudie angesehen werden. Im Gegensatz zum Projekt-Leiter behält er aber nach dem Gestaltungsabschluss seine Funktion.
- Die Mitglieder des Prozess-Teams sind die eigentlichen Ausführenden der organisatorischen Gestaltung eines bestimmten Unternehmensprozesses. Sie können mit den Sachbearbeitern eines Teilprojektes verglichen werden.
- Der Leitungsausschuss besteht aus Führungskräften des oberen Kaderns, welche die Reengineering-Strategie für das Gesamtunternehmen planen und überwachen.
- Der „Reengineering-Zar“ ist der Stabschef des Leaders und übernimmt die Rolle eines Fachpromotors. Er kennt sich in Reengineering-Prozessen gut aus und verfügt über das notwendige Know-how, um die Prozesspromotoren und Machtpromotoren zu beraten.

Einen guten Überblick über die verschiedenen Aktionsträger im Prozessmanagement gibt Vahs (siehe folgende Abbildung).

¹⁷ Zitiert in Osterloh/Frost (2003: 270): Hammer, Michael/Champy, James (1994): Reengineering the Corporation, New York

Abbildung 12: Aktionsträger im Prozessmanagement



Quelle: Vahs 2003: S. 233

Es geht im Folgenden also um die Frage, welche Rolle im Prozessmanagement durch wen wahrgenommen wird. Wie das Kapitel zeigt, ist man sich in der Wissenschaft hinsichtlich der Kernrollen einig, auch wenn die Begrifflichkeiten nicht immer deckungsgleich sind. Darüber hinaus werden jedoch teilweise unterschiedliche Konzepte verfolgt, die in der Praxis wohl je nach Situation ihre Berechtigung hätten. Denn wie es Jung (2002: 83) beschreibt, hängt die Schaffung von Stellen und Gremien und deren Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen immer auch vom jeweiligen Unternehmen ab.

In der deutschsprachigen Literatur finden sich sowohl englische wie auch deutsche Bezeichnungen der verschiedenen Rollen. In den folgenden Kapiteln wird diejenige Bezeichnung als Überschrift verwendet, die den Autoren als geläufigere Bezeichnung erschien. Als grundsätzliche Lesehilfe kann die Erkenntnis dienen, dass die Begriffe „Prozess“ und „Case“ meist mit identischem Sinngehalt verwendet werden.

3.5.1 Process-Owner

Der Process-Owner (vgl. Osterloh/Frost 2003: 31) bzw. Prozess-Eigner (vgl. Jung 2006: 84) ist diejenige Person, die für den einzelnen Prozess die Verantwortung trägt. Er hat die Aufgabe, die Prozesse langfristig über die Abteilungsgrenzen hinweg zu stabilisieren und zu verbessern. Eine gute Übersicht über die wesentlichen Aufgaben von Prozesseignern gibt Jung (2006: 84):

- Prozess bereichsübergreifend abstimmen
- Anforderungen der externen und internen Kunden ermitteln
- Prozessziele planen und kontrollieren
- Leistungsfähigkeit des Prozesses überprüfen und verbessern
- Prozesszirkel einberufen und koordinieren
- Prozessinteressen gegenüber den Linien vertreten
- Umsetzung von Maßnahmen fördern

Der Prozesseigner übernimmt die Verantwortung für das Prozessdesign, Gestaltung und Aktualisierung, sowie für Wissensvermittlung und Schulung der Case Worker (vgl. Gaitanides 2007:52). Er achtet zudem darauf, dass sich die Prozessziele aus den Unternehmenszielen herleiten und die strategische Ausrichtung auf die Geschäftspolitik stimmt (Vahs 2003: 234). Der Prozesseigner sollte der klare Ansprechpartner für alle Personen innerhalb und ausserhalb des Unternehmens sein (vgl. Jung 2006: 84).

Um die Interessen des Prozesses auch entsprechend vertreten zu können und die besondere Bedeutung des Prozessmanagements zu unterstreichen, ist die Rolle genügend hoch in der Unternehmenshierarchie anzusiedeln (Vahs 2003: 234). Bei Prozessen, die innerhalb einer Abteilung ablaufen, sollte der Abteilungsleiter automatisch der Prozesseigner sein. Bei abteilungsübergreifenden Prozessen ist idealerweise der Abteilungsleiter als Prozesseigner auszuwählen, dessen Abteilung in großem Umfang am Gesamtprozess beteiligt ist und somit überdurchschnittlich von einem reibungslosen Ablauf profitiert (Jung 2006: 85).

3.5.2 Prozessmanager

Die Aufgabe des Prozessmanagers ist die operative Umsetzung des Geschäftsprozesses im Auftrag des Process-Owners (Vahs 2003: 234). Er trägt die Verantwortung für die Planung, Steuerung und Kontrolle des laufenden Prozesses und hat die Einhaltung der Ziele sicherzustellen. Der Prozessmanager ist somit für die gesamte Leistungskette eines Kernprozesses und die darin tätigen Personen verantwortlich (Thom/Ritz 2006: 293).

Dazu koordiniert er die Arbeit der ihm zugeordneten Mitarbeiter und unterstützt die Abstimmung der an dem Prozess beteiligten Organisationseinheiten durch eine zielgerichtete und schnelle Kommunikation (Vahs 2003: 234). Schliesslich führt der Prozessmanager regelmässig Reviews durch und sorgt für die laufende Optimierung und Weiterentwicklung des von ihm verantworteten Geschäftsprozesses.

Für einzelne Teilprozesse können Teilprozessmanager bestimmt werden, die auf ihrer Ebene vergleichbare Aufgaben wahrnehmen. Entsprechend der Teamorganisation hat der Teilprozessverantwortliche jedoch keine formal höhere Position gegenüber den anderen Teammitgliedern (Thom/Ritz 2006: 293). Der Prozessmanager, meist als Vorgesetzter der Teilprozessmanager, ist für die Koordination der Teilprozesse untereinander sowie für übergeordnete Aufgabenbereiche zuständig. Die Teilprozessmanager ihrerseits sind gegenüber ihrem Prozessmanager für die Erreichung der jeweiligen Teilziele verantwortlich (Vahs 2003: 234).

3.5.3 Case-Worker

Der Case-Worker ist diejenige Person, die den Prozess bearbeitet (Osterloh/Frost 2003: 32). Für Vahs (2003: 235) sind diese Prozessmitarbeiter die eigentlichen „Umsetzer vor Ort“, denn sie führen die einzelnen Aktivitäten aus. Sie tragen die Verantwortung für die ordnungsgemässe Durchführung der ihnen übertragenen Aufgaben und besitzen die entsprechenden Ausführungskompetenzen. Im Rahmen der Selbstkontrolle überwachen sie die Aktivitäten und machen gegebenenfalls Vorschläge für deren Optimierung.

3.5.4 Prozessteam

Falls der Arbeitsumfang es erfordert, sehen Osterloh/Frost (2003: 32ff.) die Verantwortung für einen Prozess bei einem Case bzw. Prozess-Team. Dieses setzt sich aus den an einem Geschäfts- oder Teilprozess beteiligten Mitarbeitern und dem zuständigen Manager zusammen (vgl. Vahs 2003: 235). Die Teammitglieder sind gemeinsam für ihren Prozess zuständig, informieren sich gegenseitig über eventuell auftretende Prozessstörungen und stimmen sich ständig prozessbezogen ab. Der Teamgedanke soll insbesondere die Bildung von netzwerkartigen, prozessunterstützenden Kommunikationsstrukturen fördern und zur Bewältigung von Ziel- und Ressourcenkonflikten beitragen.

Thom/Ritz (2006: 293) sehen die Prozess-Teams insbesondere durch zwei Merkmale gekennzeichnet:

- Kundennähe
Möglichst alle Prozess-Teams und deren Mitarbeitende sollten in Kundenkontakt stehen. Dies steht im Gegensatz zu einer arbeitsteiligen Abteilungsstruktur, bei welcher nur die in der Leistungsabgabe tätigen Mitarbeitenden in Kundenkontakt stehen.
- Erweiterter Handlungsspielraum
Die Teams sollen in weiten Teilen autonom handeln können. Die Kontrollfunktion wird in erster Linie durch die Gruppe im Sinne einer Selbstkontrolle wahrgenommen.

Das Prozessteam sollte in der Lage sein, die meisten Vorgänge (80/20-Regel) selbständig zu bearbeiten. Es muss dazu über alle Informationen verfügen, die zur Bearbeitung des Vorganges notwendig sind. In konventionellen Organisationen waren diese Informationen nur den betreffenden Spezialisten zugänglich. Lediglich besonders komplexe Fälle, die sich einer standardisierten Bearbeitung entziehen, sollen in einem speziellen Prozess unter Hinzuziehung von Experten bearbeitet werden (vgl. Gaitanides 2007: 48 ff.).

3.5.5 Prozesssteuergremium

Das auch Prozesslenkungsausschuss genannte Gremium ist die höchste Entscheidungsinstanz im Prozessmanagement (Vahs 2003: 234). Es setzt sich aus der Unternehmensleitung, hochrangigen Linienmanagern und den Prozesseignern zusammen, wobei die Personalunion von Linienmanagern und Prozesseignern vielfach zweckmässig ist (vgl. Jung 2002: 86 f.). Sein Ziel ist es, die Geschäftsprozesse strategisch auszurichten und sie unter Ausnutzung der vorhandenen Synergiepotenziale zu integrieren. Die wichtigen Fragen betreffend der Definition, der Strukturierung, der Realisation, der Umsetzung und der Optimierung der Prozesse sowie über die prozessübergreifenden Änderungen und die Benennung der Prozessmanager werden von diesem Gremium entschieden.

Welche Aufgaben von einem Prozesssteuergremium im Detail wahrzunehmen sind, hängt zum Teil von den eingerichteten Stellen und deren Verantwortungen und Kompetenzen ab. Beispiele für wesentliche Aufgaben des Prozesssteuergremiums sind (vgl. Jung 2006: 86):

- Notwendigkeit einer Prozessorientierung kommunizieren
- Prozessdenken als organisatorische Priorität sichern
- Motivation sämtlicher Mitarbeiter zur Beteiligung am Prozessmanagement
- Motivation sämtlicher Mitarbeiter zur Pflege einer prozessorientierten Unternehmenskultur
- Beobachtung sämtlicher Aktivitäten des Prozessmanagements
- Ausrichtung der Prozesse und Funktionen an den übergeordneten Unternehmenszielen
- Koordination der Prozessführung mit dem Management der Funktionalbereiche
- Schiedsstelle zwischen Prozesseignern und Funktionsleitern
- Entscheidung über Prozessentwurfsprojekte
- Bereitstellung der notwendigen Ressourcen

3.5.6 Prozessmethodenberater

Es dürfte in der Praxis nicht selten der Fall sein, dass die Etablierung von Prozessen in Unternehmungen durch externe Berater begleitet wird. Der Prozessmethodenberater sollte durch seine Tätigkeit einen Überblick über sämtliche Geschäftsprozesse im Unternehmen haben und dadurch in der Lage sein, die prozessübergreifende Kommunikation und Koordination sicher zu stellen (vgl. Vahs 2003: 235 ff.). Seine Verantwortung wird es meist auch sein, für eine einheitliche Vorgehensweise bei der Gestaltung der Prozesse und für ihre durchgängige Dokumentation zu sorgen.

Jung (2002: 89 f.) weist auf eine Gefahr hin, die bei externen Unterstützungen wohl grundsätzlich zu bedenken ist: Die Kompetenz zur Weiterentwicklung der erarbeiteten Strukturen darf nicht mit den externen Beratern das Unternehmen verlassen. Die ständige Weiterentwicklung des Managementsystems muss also innerhalb der Unternehmung zum Selbstläufer werden, damit ihr Fortbestand sicher gestellt werden kann.

3.5.7 IT-Prozessentwickler

Wie unter 3.3 gesehen, spielt die informationellen Vernetzung und damit die Informationstechnologie im Bezug auf die Prozesse eine wichtige Rolle, denn erst eine gute IT ermöglicht einen dezentralen Datenzugriff, der wiederum Grundlage für eine kundenorientierte Rundumbearbeitung ist. Durch die Schaffung entsprechender IT-Lösungen werden Prozesse automatisiert, einfacher und schneller Zugriff auf relevante Daten und Dokumente ermöglicht, die Papierflut eingedämmt und Informationen über die Leistungsfähigkeit von Prozessen bereitgestellt (Jung 2006: 85).

Wie bereits an anderer Stelle zeigt auch hier Jung (2006: 85) einen guten Blick auf ein beispielhaftes Aufgabenfeld:

- Programmierung von Workflow-Systemen
- Bereitstellung von Schnittstellen zu Workflow-Systemen
- Entwicklung von Datenbanken
- Anpassung und Parametrisierung von Standardsoftware
- Entwicklung von Individualsoftware

-
- Schaffung einer Informationsplattform auf Intranetbasis
 - Programmierung von Berichtsvorlagen

3.6 Prozessorientierte Organisationsgestaltung

Gemäss Gaitanides (2006: 32) ist das Konzept einer prozessorientierten Organisationsgestaltung durch den Grundsatz „Aufbauorganisation folgt Ablauforganisation“ geprägt. In der Konsequenz sind Arbeitsgänge unabhängig von dem aufbauorganisatorischen Kontext zu entwerfen und die Stellen erst auf der Basis integrierter Verrichtungskomplexe zu bilden. Auch Thom/Ritz (2006: 284) weisen darauf hin, dass im Falle der Prozessorientierten Organisation die Ablauforganisation ins Zentrum der organisatorischen Gestaltung rückt. Sie verfolgt gemäss Thom/Ritz insbesondere drei Schwerpunkte:

- Aufhebung der bisher funktionsbezogenen Arbeitsteilung durch Bündelung einer Tätigkeitsfolge, die einen Nutzen für Interne oder Externe erbringt, sowie Aufgabenerfüllung durch Teamstrukturen
- Strikte Ableitung der Prozessinhalte aus den strategischen Zielsetzungen
- Schaffung von Einheiten mit der Verantwortung für die gesamte Leistungskette vom Lieferanten bis zum Kunden

Bei Vahs (2003: 204) stellt die prozessorientierte Organisationsgestaltung, bei der Stellen- und Abteilungsbildung die besonderen Erfordernisse des Ablaufs von betrieblichen Wertschöpfungsprozessen in den Vordergrund. Nach der Identifikation der erfolgsrelevanten Prozesse kommen die Analyse der vorhandenen Abläufe und gegebenenfalls ihre Neugestaltung. Erst dann erfolgt die Stellenbildung. Durch die Konzentration auf die wesentlichen Tätigkeitsfolgen fördert dieses Vorgehen die Ausrichtung der Organisation auf die wertschöpfenden Aktivitäten und trägt so zu schnittstellenärmeren Strukturen bei.

Unter der prozessorientierten Organisationsgestaltung sind gemäss Vahs (2003: 214) also die dauerhafte Strukturierung und die laufende Optimierung von Geschäftsprozessen im Hinblick auf die Prozessziele zu verstehen. Im Gegensatz zu dem klassischen Top-down-Ansatz er-

folgt die Stellen- und Abteilungsbildung hier unter ausdrücklicher Berücksichtigung der spezifischen Erfordernisse eines effizienten Ablaufs der betrieblichen Prozesse. Die Aufgabenverteilung und die Festlegung der Stellenzahl orientiert sich vor allem an der Vorgangsmenge, der Anzahl der Bearbeitungsschritte und den Bearbeitungszeiten je Vorgang. Die Organisationseinheiten dienen der Unterstützung der Prozesse. Die Orientierung an der Wertschöpfungskette erschliesst ein erhebliches Optimierungspotenzial, weil nicht die Aufgabenhierarchie sondern die zeitlich-logische Ablauffolge das vorrangige Gestaltungskriterium ist.

Auch für Jung (2006: 80) muss in fortschrittlich geführten Unternehmen die Ablauforganisation über die Aufbauorganisation bestimmen. Die Aufbaustrukturen haben den Zweck, die Voraussetzungen und Bedingungen dafür zu schaffen, dass transparent festgelegte Abläufe optimal durchgeführt werden können. Im Idealfall einer prozessorientierten Primärstruktur wird das Unternehmen als eine Menge untereinander vernetzter Prozesse verstanden, die organisatorisch selbstständige Einheiten bilden.

Es lohnt sich an dieser Stelle, sich darauf zu besinnen, welche Ziele mit einer prozessorientierten Organisation eigentlich erreicht werden soll. Gemäss Vahs (2003: 204) sind folgende Erwartungen berechtigt:

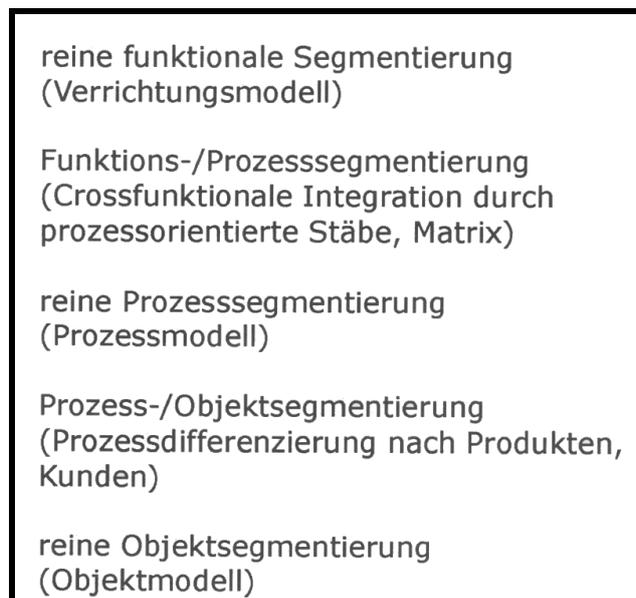
- Durch die Ausrichtung der Organisation auf die relevanten Unternehmensprozesse und die Integration von betrieblichen Funktionen werden die gegenseitigen Abhängigkeiten von einzelnen Tätigkeiten und damit auch die Schnittstellenproblematik verringert. Die Gefahr von Interdependenz- und schnittstellenbedingten Fehlern und Doppelarbeiten nimmt ab. Der erforderliche Koordinationsaufwand geht zurück.
- Die Definition von bereichsübergreifenden Prozessen erlaubt die Übertragung von Verantwortung und Kompetenzen für den gesamten Prozessablauf auf eine oder mehrere Personen. Die Hierarchie tritt in den Hintergrund. Durch die ganzheitliche Prozessverantwortung entstehen Freiräume für eine Selbstorganisation und Selbstkontrolle. Als Koordinationsmechanismus wirkt vor allem die Selbstabstimmung der Prozessbeteiligten. Durch die umfassenderen Aufgabenbereiche und

die grössere Eigenverantwortung der Mitarbeiter werden neue Motivationspotenziale erschlossen.

- Die interne und externe Kundenorientierung fördert das überbetriebliche Denken und erlaubt die Konzentration auf wertschöpfende Aktivitäten. Nicht irgendwelche Bereichsegoismen, sondern die Kunden stehen im Vordergrund des Bemühens. Diese Sichtweise unterstützt die ständige Optimierung der Abläufe im Unternehmen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Wie nun also kann sich eine Organisation organisieren, wenn sie sich auf Prozesse ausrichten möchte? Gaitanides zeigt einen Überblick über verschiedene Segmentierungen und sieht die Prozessorientierung zwischen den Polen der Ausrichtung auf Funktion und der Ausrichtung auf Objekt.

Abbildung 13: Prozessorganisation als hybride Segmentierungsalternative



Quelle: Gaitanides 2007: 75

Die Abbildung macht klar, dass die Ausrichtung auf Prozesse nicht einfach mit einem Organisationsmodell gleichgesetzt werden kann. In den folgenden Kapiteln sollen aus diesem Grund einige grundsätzliche Überlegungen zu einer auf Prozesse ausgerichteten Organisation angestellt werden, gefolgt von zwei konkreten Möglichkeiten der Organisationsgestaltung.

3.6.1 Grundlegende Elemente

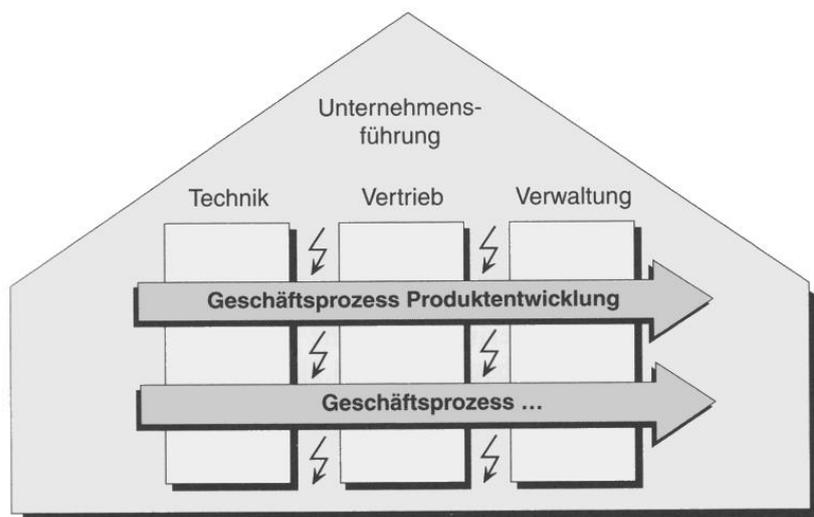
3.6.1.1 Prozessmanagement als Primär- und Sekundärorganisation

In der Literatur wird die Frage diskutiert, ob das Prozessmanagement als primäres oder sekundäres Organisationsprinzip etabliert werden soll. Die Einführung einer prozessorientierten Primärorganisation wird als die konsequenteste Umsetzung des Prozessmanagement-Konzepts gesehen. Statt process follows structure heisst es structure follows process (Osterloh/Frost 2003: 31).

Das gesamte Unternehmen wird dabei als eine Vielzahl von miteinander vernetzten materiellen und informationellen Prozessen aufgefasst, die jeweils eigenständige Organisationseinheiten bilden und eine eigenverantwortliche und ganzheitliche Auftragsbearbeitung durchführen. Die Koordination dieser prozessorientierten Organisationseinheiten erfolgt nicht wie bei den herkömmlichen Strukturkonzepten durch die Hierarchie, sondern im Wesentlichen durch die internen und externen Kunden-Lieferanten-Beziehungen, die unter dem Wettbewerbsdruck ständig optimiert werden müssen (vgl. Vahs 2002: 221 ff.).

Als Sekundärorganisation überlagert das Prozessmanagement die vorhandenen primären Strukturen. Eine weitere Organisationsebene – z.B. eine prozessorientierte Matrixorganisation – entsteht. Das Prozessmanagement ist in dieser Gestaltungsform ein funktionsübergreifendes Steuern der Geschäftsprozessabläufe (vgl. Vahs 2002: 221 ff.).

Abbildung 14: Beispiel für ein Prozessmanagement als Sekundärorganisation



Quelle: Vahs 2003: S. 221

3.6.1.2 Kundenorientierung

Die Kundenorientierung ist ein wichtiges Prinzip der prozessorientierten Organisation, an der sich die Ausgestaltung der Prozesse zu orientieren hat. Osterloh/Frost (2003: 31 ff.) legen dies folgendermassen dar:

Tabelle 8: Konventionelle vs. Prozessorientierte Sichtweise

Konventionelle Sichtweise	Prozessorientierte Sichtweise
Verkaufs- und Beratungsabteilung	Erfüllung des Kundenauftrags
Versandabteilung	
Kundendienstabteilung	

Quelle: Osterloh/Frost 2003: 32

Das Ziel ist es, durchgängige Prozesse möglichst ohne Schnittstellen zu gestalten. Durch die interne und externe Kundenorientierung wird das abteilungsübergreifende Denken gefördert (vgl. Vahs 2002: 204 ff.). Wenn die Kundenzufriedenheit erhöht werden soll, geht es darum, die Bedürfnisse der Kunden zu identifizieren und diese zu befriedigen. Je höher die Übereinstimmung des Prozessergebnisses mit den Kundenbedürfnissen, desto höher wird auch deren Zufriedenheit ausfallen (vgl. Jung 2002: 23 ff.).

3.6.1.3 Empowerment

Die Wissenschaft ist sich darin einig, dass in einer prozessorientierten Organisation den jeweiligen Mitarbeitenden in ihren prozessbezogenen Rollen (siehe 3.5) die nötige Entscheidungsbefugnis zukommen muss, um überhaupt in Richtung der Prozesse arbeiten zu können. Osterloh/Frost (2003: 33) führen dies plastisch vor Augen wenn sie formulieren „Es ist Schluss mit Sätzen wie ‚dafür bin ich nicht zuständig‘ (horizontale Schnittstelle) und ‚das darf ich nicht entscheiden‘ (vertikale Schnittstelle)“.

Auch Gaitanides (2007: 52) ist der Ansicht, dass die Übertragung eines Geschäftsprozesses auf die Ebene der Case Worker und Case Teams eine entsprechende Delegation von Entscheidungskompetenzen und Verringerung der hierarchischen Kontrolle voraus setzt. Seiner Ansicht nach bedarf die horizontale Autonomie jedoch einer Ergänzung durch vertikale Autonomie im Sinne einheitlicher und unmittelbarer Verantwortung für den Geschäftsprozess. Jung (2002: 85) möchte dagegen den Prozesseignern einen fixen Ansprechpartner in der Linie zur Seite stellen, die dann zusammen das Prozessteam bilden. Dieser Prozessverantwortliche der Linie würde den Prozesseigner bei der Steuerung und Führung unterstützen und die Interessen des Prozesses im eigenen Funktionsbereich unterstützen.

Welche Form man nun wählen mag, wichtig ist die Übertragung der Kompetenzen auf das Prozessteam, damit dieses nicht an den funktionalen Grenzen scheitert. Nur ausreichend autonome Teams sind in der Lage, die kundenorientierte Rundumbearbeitung über die vertikalen Strukturen hinweg sicher zu stellen und die angestrebte Reduzierung der Schnittstellen zu realisieren.

3.6.1.4 Information

Wie bereits unter 3.3 und 3.5.7 ausgeführt, ist die Verbreitung und der Zugriff auf Information für eine prozessorientierte Organisation ein äußerst wichtiger Baustein. Kundenorientierung und Rundumbearbeitung verlangen einen dezentralen Datenzugriff. Die Informationstechnologie kann in diesem Sinne als „Enabler“ (Gaitanides 2007: 53 f.) gesehen

werden, welche es erst ermöglicht, integrierte Geschäftsprozesse zu entwickeln. Als Träger der Prozessgestaltung kommen ihr daher besondere Bedeutung beim Entwurf und der effizienten technischen Umsetzung von Geschäftsprozessen zu.

Auch Osterloh/Frost (2003: 73 ff.) messen der informationellen Vernetzung eine grosse Bedeutung zu wenn sie formulieren, dass Business Reengineering erst durch die informationelle Vernetzung mittels neuer Anwendungen der Informatik populär geworden sei. Sie schlüsseln die Auswirkung der Informationstechnologien auf die Gestaltung von Prozessen übersichtlich auf (siehe folgende Tabelle).

Tabelle 9: Auswirkung der Informationstechnologien auf die Gestaltung von Prozessen

Auswirkung von Informationstechnologien	Bedeutung für die Gestaltung von Prozessen
Automatisierung	Eliminierung menschlicher Arbeit aus dem strukturierten Prozess
Informatisierung	Sammeln von Prozessinformationen
Sequentialisierung und Parallelisierung	Veränderung der Aktivitätensequenz sowie Ermöglichen simultaner Bearbeitung
Zielorientierung	Verfolgen des Prozessstatus und Bearbeitungszustandes
Verbesserte Analyse	Verbesserung der Möglichkeit zur Analyse der gewonnenen Informationen und der Entscheidungsfindung
Überwindung geographischer Distanzen	Koordination der Prozesse über grosse Entfernung
Integration von Aufgaben	Koordination zwischen Teilaufgaben
Vergrösserung der intellektuellen Verarbeitungskapazität	Verbesserung der Generierung und Diffundierung von Wissen
Eliminieren von Schnittstellen	Minimierung kritischer Interdependenzen aus den Prozessen

Quelle: Osterloh/Frost 2003: 73

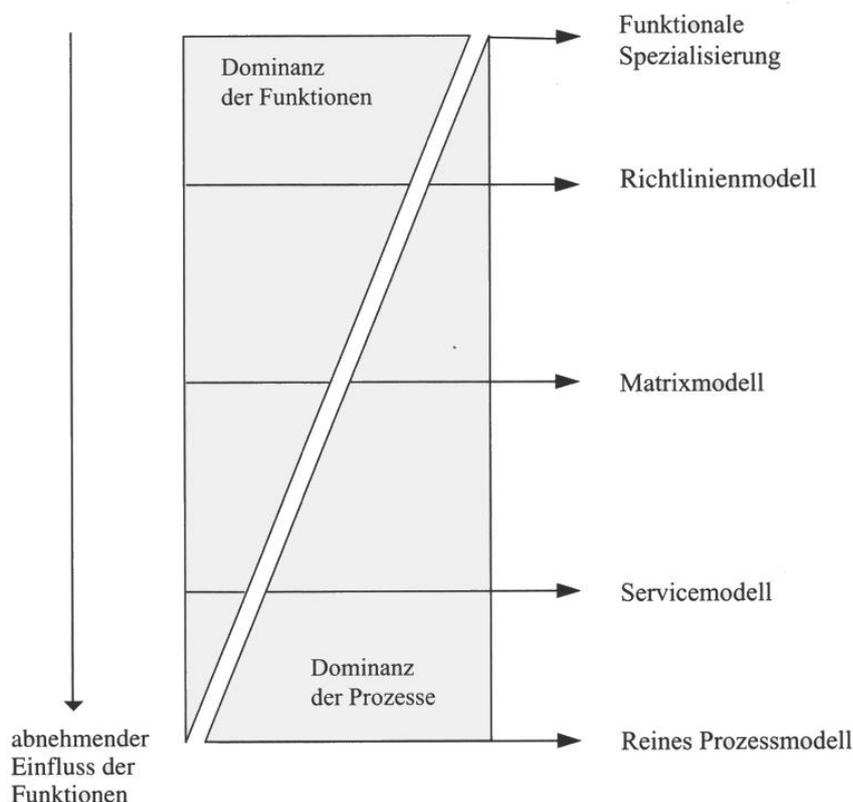
3.6.2 Ausgestaltung der Prozessorientierten Organisation

3.6.2.1 Ausprägungen

In der Literatur wird die Frage aufgeworfen, in welchem Zusammenhang die Prozesse zu den funktionalen Abteilungen stehen. Bekanntlich machen die Prozesse nicht vor einzelnen Funktionsbereichen halt. Die funktionale Organisation, die sich (siehe 3.1.1) in der Geschichte durchaus bewährt hat, verliert mit dem Aufkommen der Ausrichtung auf die Prozesse nicht einfach ihre Bedeutung.

In den Spezialbereichen befinden sich Fachpersonen, die sich das jeweils neueste Fachwissen aneignen und somit spezifisches Wissen konzentrieren. Wenn alle anfallenden Probleme zentral gelöst werden, können zudem Grössenvorteile („economies of scale“, vgl. Osterloh/Frost 2003: 109). Es existiert denn auch kein einfaches schwarz-weiss Bild der Ausrichtung auf Prozesse oder Funktionen (siehe folgende Abbildung).

Abbildung 15: Modelle der Ein- und Ausgliederung von Funktionen in Prozesse



Quelle: Osterloh/Frost 2003: 110

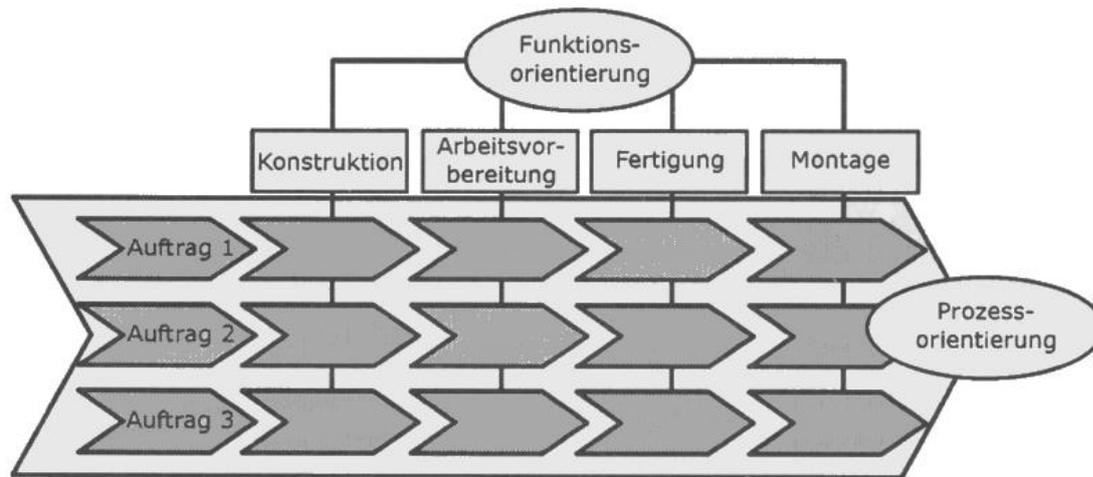
Osterloh/Frost (2003: 109ff.) beschreiben folgende Ausprägungen:

- Funktionale Spezialisierung: Reine Ausgliederung zur Realisierung von Grösseneffekten: Die betrachteten Funktionen bilden eine eigenständige organisatorische Einheit mit vollständigem Weisungsrecht.
- Richtlinienmodell: Funktionale Spezialisierung mit Richtlinienkompetenz und einer teilweisen Ausgliederung bestimmter Aufgabenbereiche. Die funktionalen Bereiche sind für Grundsatzentscheidungen der betreffenden Aufgaben allein entscheidungsbefugt.
- Matrixmodell: Funktionsmanager und Prozessmanager sind nur gemeinsam entscheidungsberechtigt (siehe unten ausführlicher).
- Servicemodell: Die Prozessmanager können auf die funktionalen Spezialabteilungen als interne Dienstleister zurückgreifen. Die internen Dienstleister entscheiden selbstständig über das „Wie“ der Serviceleistung und stellen sie in Rechnung. Das Koordinationsprinzip ist der interne Markt.
- Reines Prozessmodell: Vollständige Eingliederung zur Realisierung von Synergieeffekten („economies of scope“) und der Schaffung einheitlicher Verantwortungsbereiche. Alle Aufgaben der Teilfunktionen werden vollständig von den Prozessen übernommen. Funktionale Spezialabteilungen werden aufgelöst und in die Prozesse integriert.

3.6.2.2 Prinzipien

Gaitanides (2007: 50 ff.) stellt die Unterschiede der unterschiedlichen Prinzipien in der Ausrichtung einer Organisation folgendermassen dar:

Abbildung 16: Unterschied zwischen einer funktions- und prozessorientierten Organisationsstruktur



Quelle: Gaitanides 2007: 50

Eine prozessorientierte Organisation wird sich bei der Gestaltung der Organisationsstruktur auf die Prozesse ausrichten müssen, ob als Primärorganisation oder als Sekundärorganisation, welche die vorhandenen primären (funktionalen) Strukturen überlagert (vgl. Jung 2006: 80 oder Vahs 2002: 221). Die Geschäftsprozesse, die in der funktionalen Organisation quer zu den vertikal angelegten verrichtungsorientierten Abteilungen verlaufen, müssen zum Gliederungsprinzip werden, das den Fluss von Material, Informationen, Operationen oder Entscheidungen prägt (vgl. Gaitanides 2007: 50).

Die Herausforderung besteht darin, die Vorteile einer funktional ausgerichteten Organisation nicht vollständig einzubüssen, sondern die besten Elemente aus „beiden Welten“ zu verbinden.

3.6.2.3 Matrixorganisation

Bei der Berücksichtigung des prozessualen Elements stellt sich immer die Herausforderung, hierarchisch-vertikale Strukturen und eine horizontale Ebene der Prozesse in Einklang zu bringen. Die meist bereits beste-

henden abteilungsbezogenen Interessen und Prioritäten sind zugunsten der Prozessdimension zu relativieren (vgl. Jung 2002: 221). Das Element der Matrix ist in diesem Sinne unausweichlich, da eine horizontale und eine vertikale Dimension gemeinsam zur Zielerreichung beizutragen haben. Im besten Fall können durch eine prozessorientierte Matrixorganisation die Vorteile der funktionalen Strukturen (Expertise durch Spezialisierung) mit denjenigen der prozessorientierten Struktur (Geschwindigkeit, Effizienz, Qualität der integrierten Prozesse) verbunden werden – im schlechtesten Fall blockieren sich die beiden Ebenen.

Da Mehrlinienunterstellungen unausweichlich sind, muss ein Unternehmen über genügend Konfliktfähigkeit verfügen, um die gewonnenen Vorteile nicht in internen Machtkämpfen wieder einzubüßen (vgl. Vahs 2002: 160). Die daraus resultierenden hohen Anforderungen an die Organisationsmitglieder sind mit dafür verantwortlich, dass die Matrixorganisation in expliziter Form weder in der Wirtschaft noch im öffentlichen Sektor weit verbreitet ist. Implizite Matrixstrukturen mit sich überlagernden Kommunikation- und Weisungsebenen existieren jedoch häufig (Thom/Ritz 2006: 281).

Vahs (2002: 165) wie auch Thom/Ritz (2006: 284) haben eine schematische Beurteilung der Vor- und Nachteile einer Matrixorganisation vorgenommen. Die Konsolidierung der beiden Beurteilungen ergibt folgendes Bild:

Tabelle 10: Bewertung der Matrixorganisation

Vorteile	Nachteile
Umfassende Problemlösung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Standpunkte	Gefahr von Kompetenzkonflikten und Machtkämpfen aufgrund von Mehrfachunterstellung
Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von kreativen und innovativen Lösungen	Hohe Informationsverarbeitungskapazität erforderlich
Kürzere und direktere Kommunikationswege	Gefahr von widersprüchlichen oder eindimensionalen Weisungen
Flexible Anpassungsfähigkeit an die Kunden- und Wettbewerbserfordernisse (Markt), ohne dass die Grundstruktur modifiziert werden muss	Gefahr von schwierigen und zeitintensiven Entscheidungsprozessen wegen der zahlreichen Schnittstellen
Vielfältige Möglichkeiten der Personalentwicklung; guter Nährboden für Durchlässigkeit und innerbetriebliche Mobilität	Bürokratisierungstendenzen durch aufwändige Kommunikations- und Kompetenzregelungen.
Förderung von Teamentscheidungen und Mitarbeiterpartizipation	Gefahr der Verantwortungsabschiebung bei Fehlentscheidungen und Misserfolgen; Fehler können auf beide Dimensionen zurückwirken
Entlastung der obersten Leitung durch Entscheidungsdelegation auf spezialisierte Leitungsfunktionen innerhalb der verschiedenen Dimensionen	Grosser Bedarf an qualifizierten Führungskräften
Nutzung von Spezialistenwissen	Gefahr zu vieler Kompromisse
Förderung der Sachkompetenz im Gegensatz zur formalen Autorität. Die Hierarchie steht nicht im Vordergrund.	

Die Gefahr von Kompetenzkonflikten und Machtkämpfen ist zwar systeminhärent, muss jedoch nicht zwingend als negativ beurteilt werden. Wenn die Konflikte offen gehandhabt werden, können sie zu innovativen Problemlösungen führen, die ihrerseits für die Aufgabenerfüllung nutzbringend sind. Die Voraussetzungen hierfür sind allerdings ein entsprechendes Konfliktmanagement und ein Machtgleichgewicht zwischen den verschiedenen Leitungsstellen in der Matrix (vgl. Vahs 2002: 160).

Die Matrixorganisation ist sicherlich eine komplexe Organisationsform mit hohem Koordinationsaufwand, die von den einzelnen Akteuren eine hohe Fach- und auch Sozialkompetenz verlangt. Insbesondere das Spannungsfeld zwischen Linie und Prozess zwingt zur Abstimmung der

Interessenlagen (vgl. Jung 2002: 82 ff.), was erwartungsgemäss nicht in jedem Fall gut funktionieren wird. Falls keine konstruktive Konfliktfähigkeit vorhanden ist, sind innerbetriebliche Machtkämpfe zu erwarten.

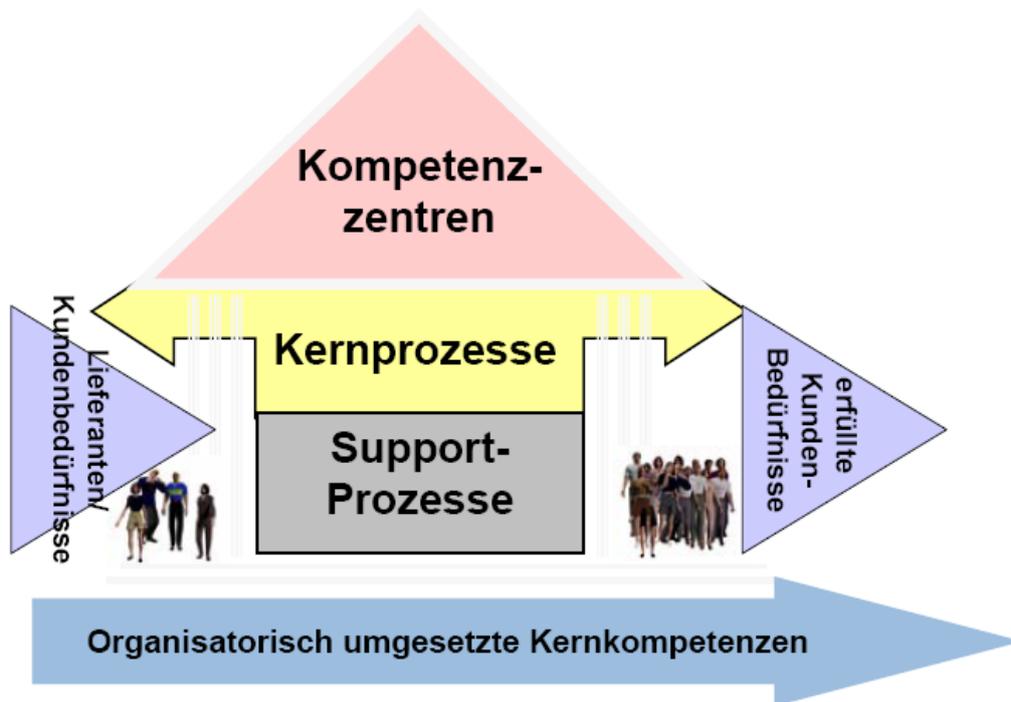
Wenn es gut geht, fördert die Matrixorganisation die Selbstregelung von Problemen zwischen den horizontalen und vertikalen Dimensionen und somit die produktive Zusammenarbeit zwischen den Instanzen (Thom/Ritz 2006: 283). Im schlechten Fall wird versucht, durch Richtlinien, Handlungsanweisungen, Stellenbeschreibungen etc. die Konflikte zu organisieren. Die Entscheidungsfindung wird dadurch schwerfälliger, bürokratischer und tendiert zu durch Vorschriften erzwungenen Kompromissen (vgl. Vahs 2002: 164).

Die Frage, wie die funktionsorientierte Primärorganisation und die überlagerte Prozessorganisation sinnvoll nebeneinander arbeiten können, sowie der Umgang mit den bewusst provozierten Spannungen sind demnach die wesentlichen Herausforderungen im Rahmen der Implementierung des Prozessmanagementgedankens in einer Unternehmung. Von besonderer Bedeutung ist dabei die transparente Gestaltung der Rollen- und Aufgabenverteilungen, eine angemessene Kommunikationsstruktur zwischen den Prozess- und Funktionsverantwortlichen und eine klare Kompetenzabgrenzung zwischen den beiden Dimensionen (vgl. Jung 2002: 83).

3.6.2.4 Kompetenzzentren

Um mit der Prozessorientierung lokale Optimierungen zu Gunsten eines durchgängigen Konzeptes aufzugeben ist es notwendig, von den Fachabteilungen unabhängige und somit übergreifende Verantwortlichkeiten zu schaffen (vgl. Hagen/Nyhuis et al. 2006: 9ff.). Eine in prozessorientierten Organisationen wiederholt vorgeschlagene Lösung ist die Schaffung von sogenannten Kompetenzzentren. Für Frost (2007: 23) sind solche Kompetenzzentren Orte des systematischen Erwerbs und der Weitergabe von Wissen. Ihr Vorteil liegt darin, dass sie sich auf einzelne Inhalte der Kernprozesse konzentrieren können. Aufgrund von Spezialisierungsvorteilen werden sie aber nicht in die Kernprozesse integriert (vgl. Thom/Ritz 2006: 289).

Abbildung 17: Das Modell der Prozessorganisation



Quelle: Frost 2007: 20

Beispiele für ein Kompetenzzentrum sind die Forschung oder das Marketing, im öffentlichen Bereich oft auch der Rechtsdienst. In Kompetenzzentren werden also spezifische Kenntnisse angeboten, die in den Prozessen nicht ausreichend vorhanden sind und auch nicht vorhanden sein sollen, da die Aspekte der Prozessbearbeitung und derjenige der Spezialisierung einander in gewissem Ausmass entgegen stehen. Typischerweise haben die Kompetenzzentren im Unterschied zu den Kern- und Supportprozessen keinen direkten Kundenkontakt (vgl. Osterloh/Frost 2003: 111).

3.7 Kritische Würdigung

Ist die Prozessorientierte Organisation ein neuer Organisationsansatz? Sowohl Vahs (2002: 236) als auch Gaitanides (2007: 11 ff.) weisen darauf hin, dass im deutschsprachigen Raum bereits in den 30er-Jahren Nordsieck¹⁸ das Primat der Prozessorganisation vorweggenommen hat,

¹⁸ Zitiert in Gaitanides (2007: 340): Nordieck, F. (1931a): Grundprobleme und Grundprinzipien der Organisation des Betriebsaufbaus; Nordieck, F. (1931b): Aufgabenverteilung und Instanzenbau im Betrieb; Nordieck, F. (1934): Grundlagen der Organisationslehre

indem er formulierte, dass sich die Aufgabengliederung am Leistungsprozess orientieren muss. Die beiden Autoren sind sich auch darüber einig, dass das innovative am heutigen Konzept des Prozessmanagements die explizite Ausrichtung der Prozesse auf den Kunden, die ganzheitliche Sichtweise und die Forderung nach einem prozessorientierten Anreiz- und Kontrollsystem sind. Die Prozessgestaltung ist zu einer originären unternehmerischen Aufgabe geworden, während sie zuvor vielleicht eher ein technisches Zuordnungsproblem gewesen ist.

Wie nachfolgende Tabelle zeigt, ist die Liste der erkannten Nachteile einer prozessorientierten Organisation fast so lang wie diejenige der anerkanntermassen grossen Vorteile.

Tabelle 11: Vor- und Nachteile der Prozessorganisation

Vorteile	Nachteile
Schnellere Leistungsprozesse, Verfahrensbeschleunigung durch Überwindung der Funktionsdominanz und Reduktion der Liegezeiten bei Verwaltungstätigkeiten	Vernachlässigung der permanenten Förderung von Spezialistenwissen und -fähigkeiten
Verminderung von Schnittstellen	Gefahr einer Überstrapazierung der Kundenorientierung im Gegensatz zur Ressourcenorientierung im staatlichen Bereich
Komplexitätsreduktion durch Begrenzung auf einige wenige Kernprozesse	Gefahr der „Doppelbearbeitung“ von Kunden durch unterschiedliche Process-Owners
Strategie- und Kundenausrichtung	Überadministration bei der Optimierung von Prozessen bis ins letzte Detail
Erhöhung der Innovationsfähigkeit durch Integration der Kundenperspektive	Zu starke Hierarchieverflachung kann zu Konflikten führen
Kostensenkung durch Konzentration auf Kernaktivitäten und Auslagerung, Elimination nicht wertschöpfungsrelevanter Sekundärprozesse	Gefahr der Prozessorientierung ohne konsequente Übernahme der Teamstruktur
Qualitätsverbesserung durch Integration der Kundenperspektive	

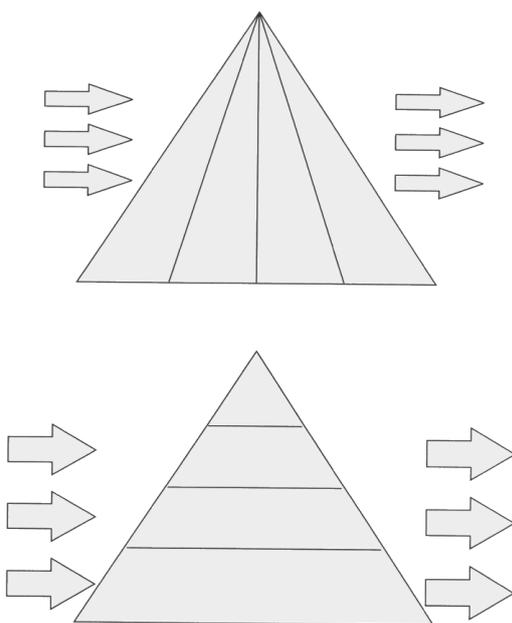
Quelle: Thom/Ritz 2006: 295

Die Einführung einer prozessorientierten Organisation sollte also überlegt geschehen. Es scheint wissenschaftlich umstritten zu sein, in welchen Fällen eine reine Prozessorganisation, also ein vollständiger Ver-

zicht auf die klassischen Funktionsbereiche, sinnvoll ist (vgl. Jung 2002: 81). Man scheint sich hingegen weitgehend darüber einig zu sein, dass die prozessorientierte Organisation in einer reinen Form kaum anzutreffen ist. Osterloh/Frost (2003: 108) weisen denn auch darauf hin, dass nicht alle funktionalen Abteilungen zugunsten von funktionsübergreifenden Prozessen aufgelöst werden können, bzw. dass dieses Vorgehen nicht überall Sinn macht. Denn es ist kaum zu erwarten, dass Spezialistenwissen (die Stärke der klassischen funktionalen Organisation) in Zukunft weniger wichtig sein wird als heute. Doch durch die für Prozessstrukturen typische Verbreiterung des Aufgabenbereichs wächst das Risiko, spezielles und funktionales Know-how der Mitarbeitenden zu verlieren.

Gerade im Blick auf die Minimierung von Schnittstellen und die Ausrichtung auf Kundenbedürfnisse sollte beim Aufbau einer Organisation die Ausrichtung auf Prozesse jedoch berücksichtigt werden. Das Denken in rein vertikalen Strukturen sollte sich ändern zu einem Denken in horizontalen Prozessen. Grafisch bestechend klar – und in verschiedenen Publikationen aufgegriffen – zeigt die Darstellung von Osterloh/Frost, was diese Änderung der Ausrichtung bedeutet.

Abbildung 18: 90 Grad Shift der Organisation



Quelle: Osterloh/Frost 2003: 30

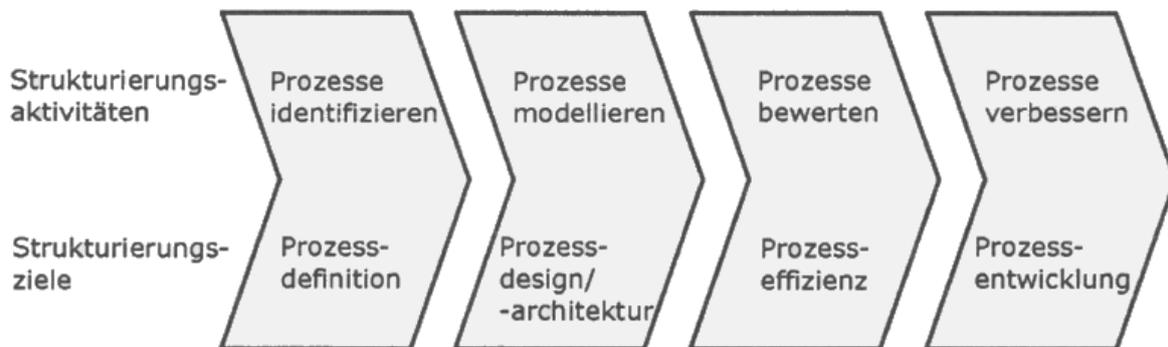
Dieser 90-Grad-Shift hat insbesondere auch in den Köpfen der führenden Mitarbeiter/innen einer Organisation zu geschehen. Die Struktur- und Prozessänderung ist kein rein formal-organisatorischer Akt, sondern erfordert neue Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die durch Personal- und Organisationsentwicklungsaktivitäten vermittelt werden müssen (vgl. Thom/Ritz 2006: 295). Die Prozessorientierung überwindet durch ihre strikte Ausrichtung auf die wertschöpfenden Abläufe die mit den traditionellen Organisationskonzepten verbundenen Mängel (vgl. Vahs 2003: 220).

3.8 Prüfpunkte

Wie die vorhergehenden Ausführungen zeigen, kann keine digitale Aussage darüber gemacht werden, ob von einer prozessorientierten Organisation gesprochen werden kann. Ein schlichtes "ja" oder "nein" wird der Komplexität der Fragestellung nicht gerecht, es muss eine differenziertere Herangehensweise gewählt werden. Mit der Formulierung von ausgewählten Prüfpunkten, welche mit Blick auf die Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit (Kap. 1.2) formuliert werden, soll diesem Aspekt Rechnung getragen werden.

Aufgrund der Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Analyse des vorliegenden 3. Kapitels können sieben Prüfpunkte formuliert werden. Diese sind im Blick auf die Organisation eines Spitals im Anschluss an das 4. Kapitel zu ergänzen und erfahren möglicherweise im 5. Kapitel eine abschliessende Aufbereitung. Leitfaden bei der Auswahl der sieben ersten Prüfpunkte war die Beschreibung der Aktivitäten bei der Einführung von Prozessen von Gaitanides (siehe folgende Abbildung).

Abbildung 19: Organisatorische Aktivitäten der Prozessgestaltung



Quelle: Gaitanides 2007: 149

Welche Prüfpunkte wurden aus welchem Grund gewählt?

P1: Die **Definition der Prozesse** ist die Grundlage für eine Ausrichtung auf dieselben. Eine Organisation, die sich über die eigenen Prozesse noch keine Gedanken gemacht hat, steht noch vor dem Entscheid, sich überhaupt um Prozesse zu kümmern, geschweige sich nach ihnen auszurichten.

P2: Im Hinblick auf die Interviews wird zwar erwartet, dass von Prozessen gesprochen wird. Wie jedoch ist zu überprüfen, ob eine diesbezügliche Reflexion wirklich stattfindet? Die Überprüfung der **Prozessdokumentationen** erscheint hier ein probates Mittel, zudem diese Visualisierung der Prozesse mehr ist als ein reines Beschreiben des Status Quo.

P3: Wenn Prozesse definiert und visualisiert sind, kann ein Soll beschrieben werden, das mittels **Controlling** überwacht und in der Konsequenz optimiert werden kann. Die Autoren sind der Ansicht, dass ein Prozessbezogenes Controlling ein klares Indiz für eine bereits relativ weit reichende Ausrichtung auf Prozesse darstellt.

P4: Die Orientierung der Prozesse an den **Kunden** ist ein wichtiges Element. Die Ausrichtung insbesondere auf die externen, aber auch auf die internen Kundenbedürfnisse, zeigt auf, dass die einzelne Organisationseinheit über die eigenen Grenzen hinaus denkt.

P5: Die Ausrichtung auf Prozesse hat sich in der **Organisationsstruktur** zu spiegeln. Es ist zu erwarten, dass sich Organisationformen wie im Kapitel 3.6.2 dargelegt finden lassen.

P6: Auch wenn es nicht zu erwarten ist, dass die interviewten Organisationen die wissenschaftlichen **Rollenbeschreibungen** unverändert übernehmen, so gibt doch die Erwähnung dieser Rollen Aufschluss über die Reflexion derselben. Die Bestimmung von prozessbezogenen Rollen und die Übertragung der wesentlichen Kompetenzen ist ein klares Indiz für eine Ausrichtung der gesamten Organisation auf Prozesse.

P7: Der dezentrale Zugriff auf **Information** ist in einer prozessorientierten Organisation eine wichtige Grundvoraussetzung. Der Umgang mit Information ist deswegen unter diesem Prüfpunkt zu untersuchen.

Das Ergebnis ist folgende Tabelle, die mit dem Hinweis auf die jeweiligen Kapitel der vorliegenden Arbeit Basis für die weitergehenden Überlegungen darstellt.

Tabelle 12: Prüfpunkte zu Erkennung der Prozessorientierung

Prüfpunkt	Elemente der Prozessorientierung	Kapitel
P1	Definierte Prozesse	3.4.3
P2	Dokumentierte Prozesse	3.4.6
P3	Prozesscontrolling und –optimierung	3.4.7
P4	Kundenorientierung	3.6.1.1
P5	Prozessorientierte Strukturgestaltung	3.6.2
P6	Prozessorientierte Rollen und Empowerment	3.5, 3.6.1.3
P7	Vernetzte Information	3.5.7, 3.6.1.4

4 ORGANISATION SPITAL

4.1 Historische Entwicklung

Die Römer errichteten aus privatem oder staatspolitischem Interesse für kranke Sklaven und Legionäre *Valetudinarien* (vgl. Morra 1996: 18 ff.). Die karitative Motivation für das Errichten von frei zugänglichen Krankeneinrichtungen kam erst im 4. Jahrhundert nach Christus im oströmischen Reich auf. In Byzanz wurde im 12. Jahrhundert das *Pantokrator*, ein Vorläufer des Hospitals, gebaut. Im Mittelalter wurden Herbergen für Gebrechliche und Arme als Hospitäler oder Spitäler bezeichnet. Sie waren eine Mischung aus Herberge, Alters- und Pflegeheim, Armen-, Waisen- und Siechenhaus und wurden vor allem von kirchlichen und klösterlichen Gemeinschaften aus Gründen der christlichen Barmherzigkeit und Nächstenliebe gegründet. Im Vordergrund stand die pflegerische und seelsorgerische Betreuung (vgl. Hurlebaus 2004: 16). Im 18. Jahrhundert wurden dann eigentliche Krankenhäuser¹⁹ als Stätte der Behandlung errichtet, deren Entwicklung eng mit dem Stand der medizinischen Heilkunst verbunden war. Die Aufklärung schaffte Bedingungen, welche eine systematische Erforschung von medizinischen Problemen erlaubte. Bei der Schaffung von Krankenhäusern standen jedoch nicht nur humanitäre Anliegen im Vordergrund. Nebst der besseren Möglichkeiten für die medizinische Forschung und Lehre, welche Spitäler durch die Konzentration des „Krankengutes“ boten, sahen die Herrscher deren Zweck im Erhalt und der Steigerung der Arbeitskraft und Produktivität der Untergebenen.

Mit der Industrialisierung nahm die Bevölkerung sehr stark zu, es entstanden neue Zentren mit hoher Bevölkerungsdichte. Die Fürsorge der Patrons nahm gleichzeitig ab, viele Arbeiter gerieten im Krankheitsfall in Not. Dem gestiegenen Bedarf an Krankenhausleistung war das System nicht gewachsen, insbesondere weil wegen der Säkularisierung die Finanzquellen der Kirchen versiegten. Der Staat übernahm die konfessionellen Krankenhäuser, sie gingen in die Verantwortung von Städten und

¹⁹ Die Begriffe Krankenhaus, Spital, Krankenanstalt, Klinik oder Hospital werden im deutschen Sprachraum synonym verwendet.

Gemeinden über. In der Schweiz begann die rasante Entwicklung mit der Errichtung des Kantonsspitals in Zürich (1836). Neben öffentlichen Spitälern entstanden auch Privatkliniken, welche die medizinischen Errungenschaften des 19. Jahrhunderts meist schneller in die Praxis umsetzen konnten und damit insbesondere die hochqualifizierten Fachärzte anzogen. Dies setzte die öffentlichen Krankenhäuser schon damals unter Wettbewerbsdruck, der für die Weiterentwicklung in der Medizin und der Verbreitung der Errungenschaften sehr förderlich war. Es erfolgte eine fortschreitende Spezialisierung und damit eine Ausweitung der Fachdisziplinen im Spital mit ausgeprägter medizinischer Arbeitsteilung, die bis heute die Organisationsstruktur moderner Krankenhäuser beeinflusst.

Im 19. und 20. Jahrhundert wurde das Gesundheitswesen und die stationäre Versorgung so stark ausgebaut, dass die ökonomischen Möglichkeiten der damaligen Träger oft nicht mehr ausreichten. Der Staat und die Sozialversicherungen mussten die Finanzierungslast für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung übernehmen. Damit rückte in den verstaatlichten Betrieben die wirtschaftliche Führung in den Vordergrund, die Krankenhausverwaltung als Teil der staatlich-politischen Ordnung entstand und wurde zweite Kraft hinter dem Medizinmanagement. Zusammen mit der als letztes erfolgten Verweltlichung der Spitalpflege, und deren Anerkennung als wichtiger Leistungserbringer, entstand das heute in Europa stark verbreitete Organisationsmodell, in dem Verwaltung, Ärzte und Pflege gleichberechtigt in der obersten Führungsebene vertreten sind (vgl. Morra: 1996: 23).

4.2 Leistungen eines Spitals

Das Krankenhaus gehört zur Gruppe der Dienstleistungsbetriebe (vgl. Morra 1996: 27). Da der Kunde bei der Erstellung und der Inanspruchnahme der Leistung anwesend sein muss spricht man von einer „beidseitig personenbezogenen“ Dienstleistung. Gemäss Jossen (1999: 17) und Ziegenbein (2001: 95 ff.) weisen Krankenhausdienstleistungen folgende Charakteristiken auf:

-
- Leistungserbringung in Kundenpräsenz (Uno-actu-Prinzip)
 - Keine Lager- und Transportfähigkeit der Spitalleistungen
 - Geringe Angebotselastizität und hohe Fixkosten
 - Mangelnde Rationalisierungsmöglichkeiten aufgrund des hohen Personaleinsatzes
 - Inhomogenität der Leistungen aufgrund der individuellen Behandlung jedes Patienten
 - Schwierige Messbarkeit der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten
 - Immaterialität, Informationsunvollkommenheit und Ereignisunsicherheit des Gutes „Gesundheit“ und die dadurch hohe Wichtigkeit des Vertrauens des Patienten zum Personal.

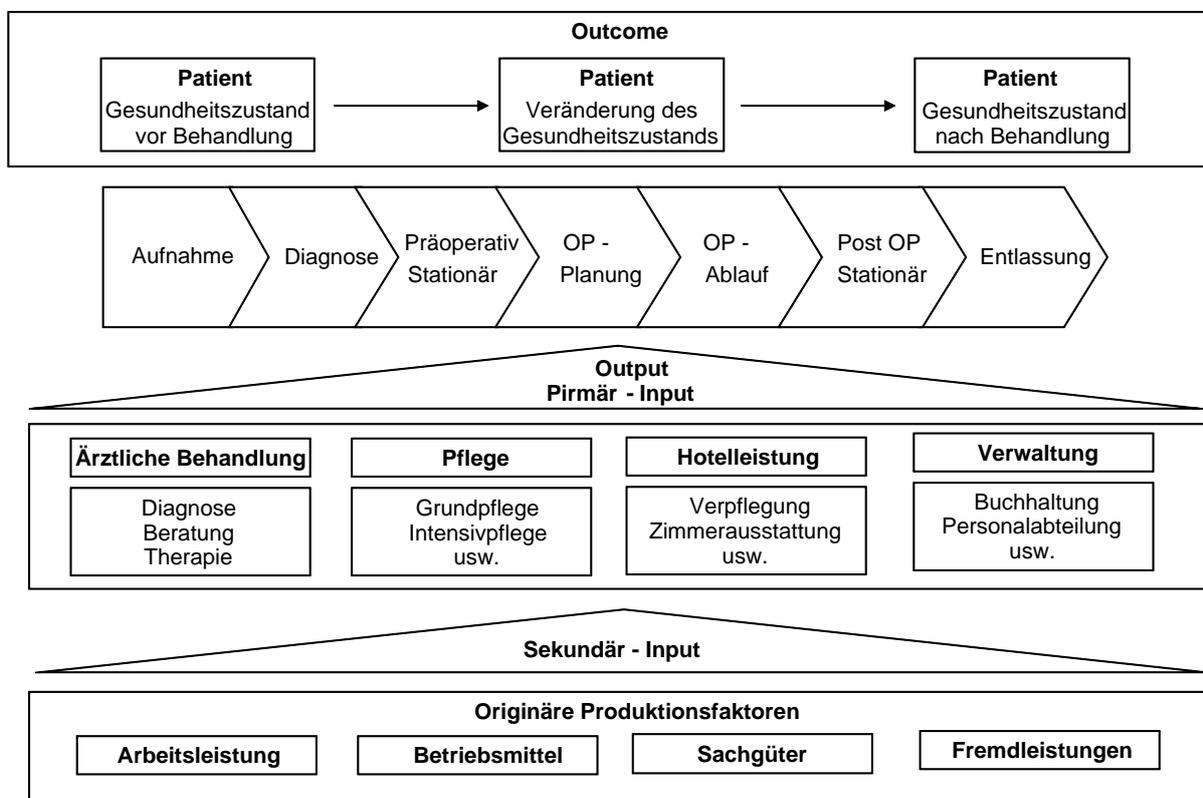
Kernaufgabe eines Spitals ist es, den Gesundheitszustand der aufgenommenen Patienten zu verbessern bzw. eine Verschlechterung zu verhindern (vgl. Hurlebaus 2004: 19). Die Statusveränderung wird durch den Dualismus krank/geheilt, gebessert/gestorben, pflegebedürftig/voll- bzw. teilrehabilitiert, Wohlbefinden wiederhergestellt/gebessert definiert (Haubrock 2004: 115). Die Veränderung des Gesundheitszustandes kann als die eigentliche Spitalleistung, als „Outcome“²⁰ bezeichnet werden. Die Schwierigkeit besteht nun darin, „Gesundheit“ zu definieren und Zustandsänderungen zu messen (vgl. Kap. 2.1). Diese Fragen sind so alt wie die Medizin selbst. Weder ein negatives Gesundheitsverständnis im Sinne von Abwesenheit von Fehlfunktionen, was erst mal die Feststellung durch den Arzt bedingt, noch das positive Verständnis (vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden), das auf dem subjektiven Empfinden des Einzelnen aufbaut, hilft bei der Festlegung von Zielen der Spitalleistungen weiter. Letztendlich muss gemäss Hurlebaus (2004: 19) die Gesellschaft durch die Politik bestimmen, welche Leistungen das Krankenhaus zu erbringen hat. In der Schweiz wird der grösste Teil der Kosten der Allgemeinen Krankenhäuser solidarisch durch die Grundversicherung (KVG) und über Steuergelder der Kantone und Gemeinden gedeckt (BFS 2006a: T 05). Die Aufgaben eines Spitals

²⁰ Unter Outcome werden die quantitativen und qualitativen Auswirkungen einer Leistung auf den Leistungsempfänger verstanden (vgl. Schedler 1993: 58)

bewegen sich somit im Rahmen der abrechnungsfähigen Leistungen, für welche es einen Auftrag hat und eine bestimmte Abgeltung erhält. Da zusätzlich auch die Messung und Quantifizierung des Gesundheitszustandes eines Patienten ein komplexes Unterfangen ist, geschieht die Ab- bzw. Begrenzung der Patientengesundheit indirekt mit der Definition der abrechenbaren Leistungen.

Der Output eines Krankenhauses kann als die mengenmässige Abgabe von Gesundheitsleistungen ohne Berücksichtigung ihrer Wirkung auf den Leistungsempfänger (vgl. Schedler 1993: 57) gesehen werden. Eichhorn (1975: 15 ff.) beschreibt den Output in drei Stufen. Er bezeichnet die Arbeitsleistung, die Betriebsmittel, die Sachgüter und Fremdleistungen als Sekundärinput für die Produktion der innerbetrieblichen Leistungen, wie Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelversorgung. Diese Leistungen sind der Primärinput für die eigentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten (Outcome) (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 20: Zweistufiges Modell der Spitalproduktion



Quelle: Jossen 1999: 18

Neben des in Abbildung 1 gezeigten zweistufigen Leistungsprozesses und einem sehr breiten Leistungsspektrum (Siehe Tabelle 6), welches ein Spital anbietet, beschreibt Haubrock (2004: 115) die Leistungserstellung folgendermassen:

- Auslösung über die Nachfrage
- Nachfrage im Einzelfall nicht vorhersehbar
- Wenig homogene Arbeitsplätze und hohe Qualifikationsanforderung an die Mitarbeiter
- Patient ist nicht in der Lage, selber Art und Umfang der Leistung zu bestimmen
- Über die in Anspruch zu nehmende Leistung entscheidet das behandelnde Personal
- Direktes Verhältnis zwischen Patient (Leistungsempfänger) und Arzt (Leistungserbringer)
- Die medizinische Versorgung ist originäre Aufgabe des Arztes (und nicht der Manager)
- Betriebliches Geschehen basiert auf menschlichen Entscheidungen

Die folgende Tabelle zählt die Leistungsbereiche eines Spitäles auf.

Tabelle 13: Leistungsbereiche im Krankenhausbetrieb

Leistungsbereich	Teilbereich
Therapie	Innere Medizin Chirurgie Gynäkologie/Geburtshilfe Anästhesie Onkotherapie Spezialtherapien (Physiotherapie etc.)
Diagnostik	Labordiagnostik Strahlendiagnostik Funktionsdiagnostik Endoskopie

Leistungsbereich	Teilbereich
Pflege	Grundpflege Behandlungspflege Operationsassistenz Intensivpflege Ambulatorium Notfallaufnahme Ev. Rettungsdienst
Versorgung	Apotheke Technischer Dienst Küche Wäscherei Reinigung Sterilisationsabteilung Telefonzentrale
Verwaltung	Leistungserfassung und -abrechnung Material- und Anlagenverwaltung Finanzverwaltung Personaldienst Controlling Qualitätssicherung Informatik Koordination und Betrieb Operationsräume (neu) Ev. Bauten

Quelle: In Anlehnung an Haubrock (2004: 116)

Die Wirtschaftlichkeit eines Spitals steht immer mehr im Zentrum des gesellschaftlichen und politischen Interesses. Gemäss Haubrock (2004: 116) handelt ein Spital dann wirtschaftlich, wenn es die in der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung festgelegten Leistungen in hoher und gesetzlich geforderter Qualität mit möglichst geringem wirtschaftlichen Aufwand an Betriebsmitteln, Personal und Sachgütern erbringt.

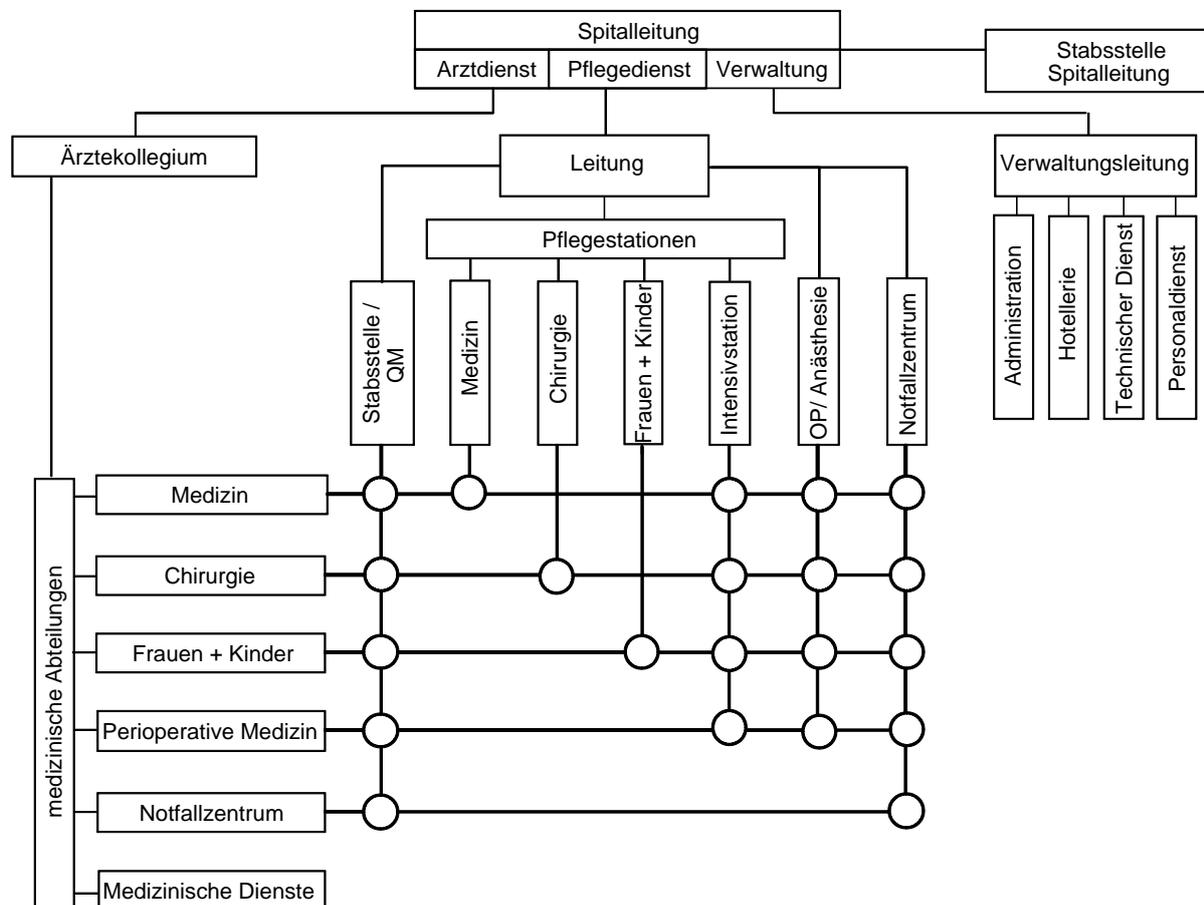
4.3 Die traditionelle Spitalorganisation

4.3.1 Das triale Organisationsmodell

Bis vor wenigen Jahren fand man in den meisten Spitälern das triale Organisationsmodell, das die drei Berufsgruppen Ärzte, Pflegedienst und Verwaltungsmitarbeiter gleichberechtigt nebeneinander stellte (vgl. Ziegenbein 2001: 105). Diese Organisationsform war historisch geprägt (vgl. Kapitel 4.1). Die Entwicklung von der Pflegestätte zu einem hochkomplizierten Betrieb war nur durch Aufgliederung der Gesamtaufgabe in eine Vielzahl von Einzelaufgaben in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Pflege, Versorgung und Verwaltung möglich. Die Spezialisierung in Medizin und Pflege, zusammen mit der gesellschaftlichen Forderung nach einer ökonomischen Betriebsführung führte zum klassischen Organisationsmodell. Innerhalb der drei berufsgruppen-spezifischen Einheiten erfolgte eine Gliederung in eine Vielzahl von Einheiten und Stellen.

Gemäss Literatur lassen sich eindimensionale von mehrdimensionalen Organisationsgliederungen unterscheiden. Die eindimensionale Struktur ist gekennzeichnet durch eine eindeutige Zuordnung der einzelnen Stellen zu einer übergeordneten Instanz (funktionale Gliederung). Im mehrdimensionalen System existieren Mehrfachunterstellungen (Matrixorganisation). Die Vorgesetzten sind jeweils nur im Hinblick auf den eigenen Verantwortungsbereich weisungsbefugt. Im klassisch organisierten Krankenhaus finden sich oft Mischformen (vgl. Haubrock et al. 1997: 176 ff.) und Überlagerungen von verschiedenen Organisationsmodellen. Ein Spital könnte auch als eine teilweise Matrixorganisation bezeichnet werden (Hofer 1987: 32).

Abbildung 21: Darstellung der Organisation eines Spitals: Teilweise Matrixorganisation



Quelle: In Anlehnung an Hofer (1987: 32)

4.3.2 Die Geschäftsleitung

In der obersten operativen Führungsebene sind üblicherweise die Leiter der drei Berufsbereiche – Arztdienst, Pflegedienst, Verwaltung – vertreten. Es herrscht ein kollegiales Verhältnis. Sie haben die Aufgabe, die Beschlüsse des Trägers umzusetzen und die laufenden Geschäfte des Krankenhauses gemeinsam zu führen. Sie sind kollektiv für Erfolg und Misserfolg des Gesamtunternehmens verantwortlich. Gegen Innen übernimmt jedes Mitglied die Verantwortung für seinen Bereich. In manchen Fällen ist dem Dreierdirektorium ein Geschäftsführer mit z.T. weiterreichenden Kompetenzen übergeordnet; CEO-Prinzip (Chief Executive Officer). Das CEO-Prinzip wird auch in den Spitälern der Öffentlichen Hand immer verbreiteter angetroffen. Die Leiter der Kliniken – meistens Ärzte –

und die Querschnittsfunktionen sind in der erweiterten Geschäftsleitung vertreten.

4.3.3 Der ärztliche Dienst

Der ärztliche Dienst weist in der Regel eine sehr hierarchische Strukturierung auf. An dessen Spitze steht der Ärztliche Direktor, der den Dienst in der obersten oder erweiterten Geschäftsleitung vertritt. Es folgen Chefärzte, Oberärzte, Abteilungsärzte, Stationsärzte, Assistenzärzte. Dass der ärztliche Direktor vollständig für die Führungsaufgabe freigestellt ist, ist sehr selten anzutreffen. Sein Auftrag besteht in der Koordination der diagnostischen und therapeutischen Leistungen, Fachaufsicht über die ärztlichen sowie medizinisch-technischen Dienste sowie Fachvorgesetzter für den Pflegedienst. Die weitere Gliederung orientiert sich an den medizinischen Fachdisziplinen; Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie etc. Den einzelnen Kliniken, Instituten oder Fachabteilungen stehen Chefärzte vor. Sie sind fachlich weisungsbefugte Vorgesetzte desjenigen Personals, das mit der Versorgung seiner Patienten betraut ist. Oft sind den Abteilungen auch Betten oder ganze Stationen zugewiesen. Die zentralen Einrichtungen wie Labor, Apotheke, Röntgendiagnostik und die Operationsabteilung üben Querschnittsaufgaben für das ganze Spital aus. Sie sind entweder einer klinischen Abteilung zugeordnet oder werden durch leitende Fachärzte geführt. Eine besondere Stellung in der ärztlichen Organisationsstruktur nehmen die ambulatorischen Abteilungen, Notfalldienst und unter Umständen die Rettungsdienste ein.

4.3.4 Der Pflegedienst

Schwester und Pfleger bilden den Pflegedienst im Krankenhaus. Sie sind zuständig für die Grundpflege, die Behandlungspflege und die Versorgung der Patienten. Im Weiteren erledigen sie administrative Aufgaben für die Verwaltung. Speziell ausgebildetes Personal wird im Operationsbereich oder den Intensivstationen eingesetzt. Das Pflegepersonal bildet nahezu 50% der Spitalpersonals. In Abhängigkeit von der Grösse und Spezialisierung des Krankenhauses sind unterschiedlich tiefe Leitungshierarchien zu finden. Der Chef oder die Chefin des Pflegedienstes ist in der obersten oder erweiterten Geschäftsleitung vertreten. Gegenüber

dem Personal übt er oder sie die Arbeitgeberfunktion aus; Stellenbesetzung, Einsatzplanung, Weiterbildung. Eine weitere Aufgabe ist die Regelung und Steuerung von Arbeitsabläufen und die Erstellung von Pflegestandards. In der Hierarchie folgen der Pflegedienstleitung die Stationsleitungen, welche für die Versorgung der Patienten und die Organisation der Abläufe verantwortlich sind. Ein strukturelles Defizit stellt die Mehrfachunterstellung des Pflegepersonals dar. Es ist pflegerisch-fachlich der übergeordneten Pflegekraft, ärztlich-fachlich den Anordnungen des für den behandelten Patienten zuständigen Arztes und organisatorisch-disziplinarisch den Befehlen der Pflegeleitung unterworfen. Dies kann zu Interessenkonflikten, einer ineffizienten Leistungserbringung und zu Unzufriedenheit der Patienten führen.

4.3.5 Der Verwaltungsdienst

Der Verwaltungsdienst ist für verschiedene Aufgaben verantwortlich, die auf den medizinisch-pflegerischen Leistungsbereich einwirken und diesen unterstützen. Er sorgt für die Koordination und die Kontrolle der gesamtbetrieblichen Abläufe, die Beschaffung und Logistik von Investitionsgütern und Verbrauchsmaterial, die Finanzverwaltung, den Personaladministration, die Informatikversorgung, die Qualitätssicherung. Meistens ist diesem Bereich auch die Versorgung (Technischer Dienst, Wäscherei, Küche, Reinigung) angegliedert. Je nach Grösse und Struktur des Spitals können die Verantwortlichkeiten der drei Hauptbereiche differieren. Zu beobachten ist, dass in vielen Spitälern der Betrieb und die Koordination der Operationsräume direkt dem Verwaltungsdienst angegliedert wird.

4.4 Defizite der funktionalen Organisation und Konsequenzen

Haubrock (2004: 181) beurteilt die klassische funktionale Organisation der Krankenhäuser, in denen der ärztliche Dienst, der Pflegedienst und die Verwaltung mit eingeschränkter Verzahnung nebeneinander existieren, mit folgenden Worten: „Die funktionale Gliederung des Krankenhauses ist eine seiner Schwachstellen und einer der Gründe für unzureichende Qualität sowie Ineffektivität und Ineffizienz. Die Mitglieder der

Krankenhausleitung verstehen sich sehr häufig als Vertreter der Interessen ihrer Berufsgruppe und nicht als Mitglieder eines Kollektivorgans, das gemeinsam ausschliesslich die strategischen Interessen des Spitals im Blick hat. Die Leistungsbereiche sind in starkem Masse binnengerichtet; die zeitliche und sachliche Abstimmung der einzelnen Phasen der Behandlungsprozesse, die in der Regel über mehrere durch funktionale Gliederung entstandene Leistungsbereiche hinweg realisiert werden, lässt deshalb zu wünschen übrig. Die funktionale Gliederung des Krankenhauses ist schliesslich Grund für die unzureichende Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sowie der Bedürfnisse anderer interner und externer Kunden.“ Zu einer inhaltlich ähnlichen Beurteilung gelangen auch andere Autoren (vgl. Hofer 1987: 34 ff., Ziegenbein 2001: 113 f., Eichhorn 1996: 180).

Das Umfeld der Spitäler ändert sich: Der Kosten- und Wettbewerbsdruck steigt, die Anforderungen der Kunden wachsen. Um langfristig im Markt bestehen zu können, sind Veränderungen in der Krankenhausorganisation vorzunehmen (vgl. Ziegenbein 2001: 116). Ziegenbein und andere von ihm erwähnte Autoren kommen zum Schluss, dass die Prozessorientierung ein Ansatz darstellt, durch den Voraussetzungen geschaffen werden können, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden. Haubrock (2004: 181) kommt zum Schluss, dass ein Krankenhaus, das prozessorientiert organisiert ist und das im Ergebnis eines Prozesses eine Leistung sieht, die von einem Kunden (sei es ein Patient oder ein Prozess, der die Leistung des vorangegangenen Prozesses verarbeitet) verlangt und bewertet wird, die Voraussetzungen für ein langfristiges Bestehen auf einem immer schwieriger werdenden Markt hat.

4.5 Krankenhausprozess

Die Prozesse eines Spitals lassen sich in Teilprozesse auflösen und nach ihrem Beitrag zur Wertschöpfung des Spitals insgesamt bewerten und analysieren (siehe folgende Tabelle).

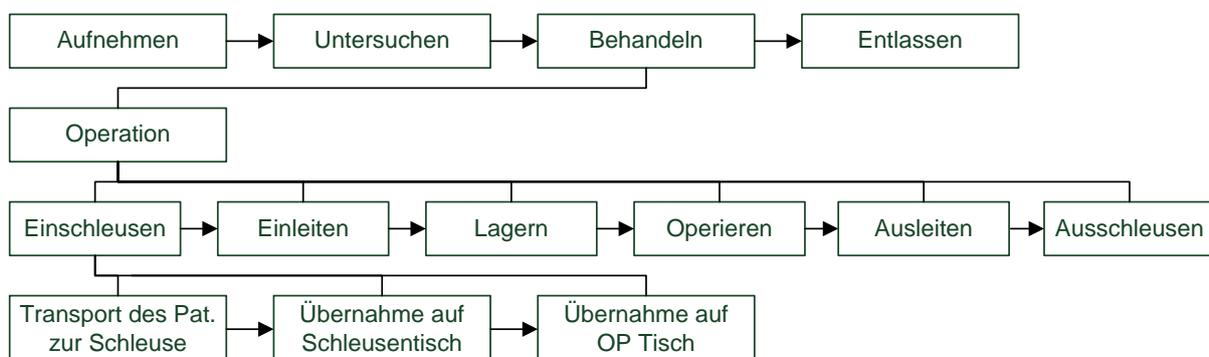
Tabelle 14: Mögliche Einteilung der Krankenhausprozesse

Prozesskategorie		Prozess im Krankenhaus
Direkt wertschöpfend (Kernprozesse)		Patientenbehandlung Diagnostik Labor
Indirekt wertschöpfend (Supportprozesse)	Unmittelbar	Patienten-Versorgung (Küche, Wäsche etc.) Medizin-technische Materialversorgung Apotheke
	Mittelbar	Personallogistik Finanzbuchhaltung Leistungs- und Kostenrechnung Instandhaltung (Krankenhaus) Planung Aus- und Weiterbildung des Personals
Nicht wertschöpfend		Forschung Lehre

Quelle: In Anlehnung an Ziegenbein (2001: 119, Abbildung 3-7)

Haubrock (2004: 182) beschreibt das Krankenhaus in einem hierarchischen Prozessmodell. Die Prozesse werden stufenweise in vertikaler Richtung in jeweils untergeordnete Teilprozesse zerlegt. Auf der untersten Stufe sind die einzelnen Aktivitäten oder Massnahmen (siehe Abbildung 3).

Abbildung 22: Das hierarchische Prozessmodell (Ausschnitt)



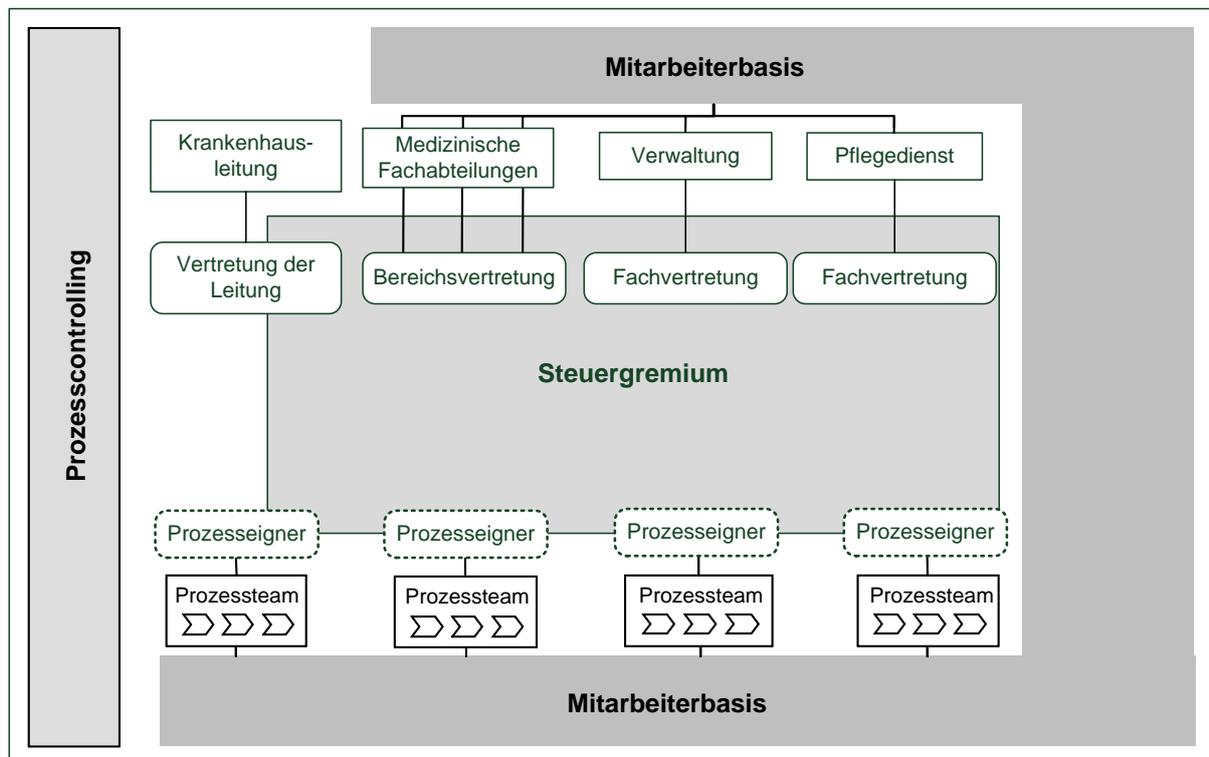
Quelle: Haubrock (2004: 182)

4.6 Struktur einer Prozessorganisation im Spital

Weder Hofer (1987: 186 ff.) noch Ziegenbein (2001: 157) sind der Meinung, dass die Prozessorientierung die funktionalen Strukturen vollkommen ablösen könne (siehe auch Kap. 3.7). Die weiter fortschreitende Professionalisierung und Spezialisierung im therapeutisch-pflegerischen Bereich würden dies auch nicht sinnvoll machen. Sie fordern jedoch einen neuartigen institutionellen und instrumentellen Gestaltungsrahmen, in dem das prozessorientierte Denken massgeblich gefördert wird und letztendlich die Handlungen und Entscheidungen bestimmt. Der Rahmen muss sicherstellen, dass die Betriebsabläufe bewusst gesteuert, gestaltet und entwickelt werden und nicht dem Zufall überlassen werden. Hofer (1987: 188) schlägt vor, eine Leitung Patientendienste und Stationsmanager einzuführen. Ärzte, Pflegepersonal und weitere involvierte Therapeuten würden in Projektteams die Patientenbehandlung bestimmen.

Ziegenbein (2001: 159) sieht die Zukunft in der Einbindung sämtlicher Mitarbeiter und Führungskräfte in einem oder mehreren Prozessteams. Die funktionale Zuordnung der Personen zu medizinischen, technischen oder administrativen Abteilungen würden bestehen bleiben. Ein zentrales Steuergremium berät die Geschäftsleitung. Diese setzt sich aus den Bereichsvertretern (Ärzte, Verwaltung, Pflegedienst) sowie den Prozesseignern (Leiter der Prozessteams) zusammen. Die matrixartige Vernetzung der Funktionen mit den Abläufen schafft die Voraussetzung für prozessorientierte und schnittstellenbewusste Arbeitsgestaltung. Die Prozessteams werden mit Leistungsvereinbarungen gesteuert. Ein Prozesscontrolling-System hilft bei der permanenten Überwachung der Zielerreichung. Wichtig ist eine dauernde Schulung sämtlicher Mitarbeiter.

Abbildung 23: Organisatorischer Aufbau des klinischen Prozessmanagements



Quelle: Ziegenbein (2001: 159)

4.7 Über die Struktur zum Kulturwandel

Um die unterschiedlichen Interessen der Ärzteschaft und der Manager in einem Spital auf ein gemeinsames Ziel auszurichten, propagiert Benz (2007: 99 ff.) die Einheit von Aufgabe, Verantwortung und Kompetenz als Leitidee für die geeignete Organisationsstruktur eines Spitals. Sie untersucht eine modulare Organisationsform für Spitäler, in der die Module idealerweise prozessorientiert gebildet werden. Die Gesamtorganisation richtet sich dabei nach dem Ablauf der Arbeitsprozesse und orientiert sich stark an den Bedürfnissen der internen und externen Kunden. Es ist den Modulen – im Spitalbereich der Kliniken/Institute – erlaubt, eigene Strategien zu entwickeln. Sie haben eine hohe Autonomie und Entscheidungsfreiheit. Die kurzen Entscheidungswege und Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Kompetenzen sollen in dieser Organisationsform zu einer hohen Motivation und Übernahme von Verantwortung bei den Mitarbeitern führen. Wenn den Modulen auch die wirtschaftliche Verantwortung übertragen wird, so führt das dazu, dass die Leistungser-

stellung von den Verantwortlichen immer wieder auf ihre Effizienz überprüft wird. Sie übernehmen so auch Verantwortung für das Unternehmensziel des Spitals. In modularen Organisationen verlieren Hierarchien und Interessenkonflikte an Bedeutung. Die gemeinsame Zielverfolgung bestimmt die Zusammenarbeit innerhalb des Moduls; im Spital sind das der ärztliche Dienst, die Pflege und die Verwaltung. Die Kommunikation wird durch die Identifikation mit der Aufgabe und durch die Gruppenkohäsion verbessert. Es ist zu erwarten, dass auch Ärzte ihre Zugehörigkeit von der Profession zur Organisation verlagern (vgl. Benz 2007: 108).

4.8 Ergänzung der Prüfpunkte

Die Organisation Spital ist geprägt durch die hohe Professionalität und Spezialisierung der Personen, welche am Kernprozess, der Behandlung des Patienten, beteiligt sind. Es besteht die Gefahr, dass die Interessen der Profession, Pflege oder Medizin, stärker gewichtet werden als die Interessen des Unternehmens, welche den Managern zu vertreten überlassen wird. Zusätzlich besteht ein Konfliktbereich, indem die Ärzte über Ressourcen verfügen, die sie weder besitzen oder managen, noch für deren Gebrauch sie bezahlen. Die Manager verfügen zwar über die Weisungsbefugnis über die Ressourcen, sind aber aufgrund ihrer mangelnden Expertise handlungsunfähig hinsichtlich deren Verfügung (vgl. Benz 2007: 97). Gemäss den vorangehenden Kapiteln soll die prozessorientierte Organisation der Spitäler helfen, diese Gräben zuzuschütten und die Konflikte zu verringern. Ziel ist ein Kulturwandel, hin zu einem allgegenwärtigen Prozessdenken. Die Mitarbeiter müssen zu unternehmerisch denkenden und handelnden Prozessmanagern und -mitarbeitern werden, die sich flexibel auf ihre internen und externen Kunden einstellen (vgl. Vahs 2002: 221 ff.).

Die Autoren sind der Meinung, dass im Spitalbereich mit der Änderung der Strukturen allein dieses Ziel nicht erreicht wird. Die Interessen der unterschiedlichen Professionen in den pflegenden und medizinischen Bereichen sind zu unterschiedlich und zu spezialisiert, der Gesamtprozess für den Einzelnen zu unübersichtlich, die Informationen und Daten der Einzelprozesse nicht einheitlich erfasst und nicht zeitgerecht verfü-

bar. Es braucht noch andere Mittel, um das Denken in Prozessen zu fördern. Die Autoren denken einerseits an die vernetzte Kommunikation, einheitliche Datenerfassung und die Gewährleistung der ständigen Verfügbarkeit von Daten und Informationen mittels elektronischer Datenverwaltungssystemen. Andererseits aber auch an Elemente der Personalauswahl und Personalentwicklung, welche die Prozesskultur bzw. das Prozessdenken fördern könnten. Ein Wandel in der Unternehmenskultur – vom Abteilungsdenken zum Prozessdenken, vom Prozesse verwalten zum Prozesse managen – ist nur möglich, wenn das gesamte Unternehmensgeschehen von der Prozessmanagementidee durchdrungen wird (vgl. Jung 2002: 81).

Im Blick auf die erstmals unter 3.8 formulierten Prüfpunkte drängt es sich auf, ein achttes Element zu formulieren, dem im Rahmen der Interviews ein besonderes Augenmerk geschenkt werden soll. Die Erkenntnisse des vorliegenden Kapitels haben zudem die Bedeutung des siebten Prüfpunktes bestärkt. Die aktualisierte Prüftabelle präsentiert sich folgendermassen:

Tabelle 15: Erweiterte Prüfpunkte

Prüfpunkt	Elemente der Prozessorientierung	Kapitel
P1	Definierte Prozesse	3.4.3
P2	Dokumentierte Prozesse	3.4.6
P3	Prozesscontrolling und –optimierung	3.4.7
P4	Kundenorientierung	3.6.1
P5	Prozessorientierte Strukturgestaltung	3.6.2
P6	Prozessorientierte Rollen und Empowerment	3.5, 3.6.1.3
P7	Vernetzte Information	3.5.7, 3.6.1.4
P8	Förderung der Prozesskultur	4.8

5 PROZESSORGANISATION IN AUSGEWÄHLTEN SPITÄLERN

Ziel dieses Kapitels ist es, die erarbeiteten Prüfpunkte in der Praxis anzuwenden und die Ergebnisse zu analysieren. In fünf öffentlichen Spitälern sind mittels Experteninterviews Informationen zum Grad der Prozessorientierung gesammelt worden. Die gewonnenen Informationen werden nach dem Raster der Prüfpunkte (P1 bis P9) gegliedert wiedergegeben.

5.1 Datenerhebung

5.1.1 Auswahl der Spitäler

Die Auswahl der Spitäler erfolgte mittels Anfrage bei Referenten des Executive MPA-Studiengangs²¹ und beim Spitalverband H+²². Es gibt in der Schweiz keine Erhebung über die Organisationsstrukturen der Spitäler. Weder der Spitalverband H+ noch die angefragten Experten im Gesundheitswesen kennen den Grad der Prozessorientierung der Schweizer Spitäler. Den Autoren wurde geraten, sich auf Spitäler mit einer öffentlichen Trägerschaft zu konzentrieren. Als Gründe wurden die Verfügbarkeit von vergleichbaren Daten, das vergleichbare Leistungsangebot sowie die nicht ausschliesslich wirtschaftlichen, sondern auch politischen und gesellschaftlich Interessen der öffentlichen Trägerschaft genannt. Jeder der Angefragten nannte vier bis fünf Spitäler, von denen er meinte zu wissen, dass die Prozessorganisation schon länger ein Thema und in Teilbereichen auch umgesetzt ist. Interessanterweise deckten sich die angegebenen Spitäler weitgehend. Es wurden wiederholt die gleichen fünf Spitäler genannt. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass zur Zeit nur wenige Spitäler in der Schweiz existieren, von denen bekannt ist, dass sie Elemente einer prozessorientierten Organisation eingeführt haben. Somit stand für die vorliegende Arbeit vorerst nur eine sehr beschränkte Anzahl von Spitälern zur Auswahl. Es handelte sich

²¹ Dr. M. Etienne, Innopool AG, Schüpfen und Dr. W. Oggier, Gesundheitsökonom, Küssnacht (April 2007)

²² M. Bienlein, H+ Die Spitäler Schweiz, Bern (Mai 2007)

um das Spital Männedorf, das Kantonsspital Aarau, das Spital Schwyz, das Spital Lachen und die Spital STS AG Thun.

Die fünf Spitaldirektionen wurden schriftlich und telefonisch für ein Interview angefragt. Die Autoren wünschten ein mehrstündiges Gespräch mit dem Direktor oder einem Mitglied der Geschäftsleitung, welches mit der Organisation und der Organisationsentwicklung des Spitals vertraut war. Mit Ausnahme des Kantonsspitals Aarau meldete kein Spital spontan eine Kontaktperson. Zwei Spitäler - Lachen und Männedorf - bezeichneten sich als ungeeignet für die Studie, d. h. als zu wenig prozessorientiert oder stellten sich nicht zur Verfügung. Auf telefonische Nachfrage hin konnten die Spital STS AG Thun und das Spital Schwyz, welche beide von den oben erwähnten Auskunftspersonen als prozessorientierte Organisationen bezeichnet wurden, doch noch zur Mitarbeit gewonnen werden.

Mit dem Ziel, noch weitere Untersuchungsbeispiele zu finden, stellten die Autoren den Experten während den Interviews unter anderem auch die Frage, ob sie noch andere Spitäler kennen, welche möglicherweise über prozessorientierte Strukturen verfügen. Es wurden wiederum die bereits bekannten Spitäler genannt, was die Feststellung der beschränkten Auswahl bestätigte. Zweimal wurde ergänzend das Kantonsspital Graubünden in Chur erwähnt, das daraufhin in die Studie aufgenommen wurde.

Das Spital Heiden in Appenzell A.Rh. stellt in der Studie einen Sonderfall dar. Es handelt sich um ein sehr kleines Spital mit Auftrag zur Grundversorgung für das Appenzeller Vorderland. Das Spital schien den Autoren geeignet, um die Organisation und die Abläufe in einem Spital und so auch die Problematik und Komplexität des „Unternehmens Spital“ kennen zu lernen. Einer der Autoren arbeitet im Departement Gesundheit des Kantons Appenzell A.Rh. und konnte daher die Kontakte zur Spitalleitung knüpfen. Bei der Besichtigung des Spitals stellten die Autoren fest, dass in der Organisation des Spitals Heiden einige prozessorientierte Elemente zu finden sind oder sich in Entwicklung befinden. Die Besonderheiten eines sehr kleinen Spitals sind eine Führungsorganisation mit wenig Hierarchiestufen, ein kleiner Personalbestand, übersichtliche

Infrastruktur und kurze und unformelle Informations- und Kommunikationswege. In diesen Strukturen sind ganz andere Formen von Prozessorientierung zu erwarten als in den grösseren Spitalorganisationen. Da mehr als 50% der Allgemeinspitäler in der Schweiz (vgl. Tabelle 2 in Kapitel 2.2.5.4) Kleinspitäler mit weniger als 125 Betten sind, haben die Autoren beschlossen, das Spital Heiden in die Studie aufzunehmen.

5.1.2 Datenerhebungsverfahren

Die Informationen für die Studie wurden mit Hilfe von problemzentrierten Experteninterviews und der Analyse von Dokumenten erarbeitet. Diese Form der Datenerhebung gilt als besonders geeignet für offene, komplexe und erforschende Fragestellungen (vgl. Kromrey 2002: 267 f.). Das aufgrund theoretischer Grundlagen erarbeitete Wissen wird mit zusätzlichen Informationen, Hinter- und Detailwissen ergänzt. Die Forscher erkennen durch dieses Vorgehen möglicherweise „blinde Flecken“ ihres Kenntnisstandes (vgl. Kanwischer 2002: 94). „Als Experten gelten Personen, die Verantwortung für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung haben bzw. diejenigen Personen, die über einen privilegierten Zugang zu Informationen verfügen (vgl. Meuser 1991: 443).“ Ziel ist es, dass der Experte den Forschenden Informationen über ihn interessierenden Sachverhalte aus seiner subjektiven Sichtweise vermittelt.

Welche Experten zur Verfügung standen, wurde durch die Spitaldirektionen bestimmt. Alle Interviewpartner waren Mitglieder der Geschäftsleitung und somit mit den Strukturen und Abläufen vertraut. Die Namen der Experten und deren Funktionen sind der Tabelle 16 zu entnehmen. Die Autoren informierten die Spitaldirektionen bzw. die genannten Experten vorgängig schriftlich über den Inhalt und Zweck der Studie (Anhang 9.2). Es wurde jeweils ein Gespräch in Anwesenheit beider Autoren geführt. Eine Ausnahme bildete das Spital Schwyz. Die Expertin wurde von einem Autor telefonisch befragt.

Tabelle 16: Liste der durchgeführten Interviews

Datum	Interviewte Personen / Funktionen
15. Juni 2007	Spital Heiden, Werdstrasse 1, 9410 Heiden Ursina Moser-Christ Leiterin Medizin-Technische Bereiche im Spital Heiden , Mitglied der Betriebsleitung des Spitals Heiden und Mitglied der Geschäftsleitung des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden Johannes Dörler Leiter Informatik und Organisation im Bereich Zentrale Dienste des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden
29. Juni 2007	Kantonsspital Aarau AG, Tellstrasse, 5001 Aarau: Dr. rer. pol. Rolf Hochuli Leiter Finanzen und Dienste, Mitglied der Geschäftsleitung
18. Juli 2007	Spital Thun, Krankenhausstrasse 12, 3600 Thun: lic.rer.pol. Beat Straubhaar Vorsitzender (CEO) der Geschäftsleitung der Spital STS AG Simmental-Thun-Saanenland
02. Okt. 2007	Spital Schwyz, Waldeggstrasse 10, 6430 Schwyz Kerstin Moeller Co-Leiterin Spital, Leiterin Fachstelle Qualitätsmanagement Mitglied Spitalausschuss
08. Okt. 2007	Kantonsspital Graubünden, Loëstrasse 170, 7000 Chur Daniel Derungs Leiter Departement Services

Die Befragung wurde bewusst offen und nur teilstandardisiert durchgeführt. Die Interviewer liessen die Befragten möglichst frei zu Wort kommen. Ein Interviewleitfaden half bei der Strukturierung und der Auswertung der Gespräche. Er ist dieser Schrift im Anhang beigelegt (Anhang 9.1).

Die Angaben aus den Interviews wurden zusätzlich durch Dokumente ergänzt, die von den Spitälern im Internet zur Verfügung standen oder von den Interviewten den Autoren abgegeben wurden. Es handelte sich um Dokumente folgender Art: Organigramme, Geschäftsberichte, Statistiken, Prozessbeschreibungen, vorhandene Projektdokumentationen.

5.1.3 Datenaufbereitung und –auswertung

Die Interviews wurden von den Autoren stichwortartig aufgeschrieben und unmittelbar im Nachgang den Kapiteln des Leitfadens zugeordnet. Die Inhalte wurden auf ihre Qualität und Vollständigkeit analysiert und den Prüfpunkten zugeteilt (Kapitel 5.3). Fehlende Angaben wurden bei den Experten nachgefragt.

5.2 Beschreibung der untersuchten Spitäler

5.2.1 Typologie und Kennzahlen

Das Bundesamt für Statistik veröffentlichte 2006 (BFS 2006c) eine Krankenhaustypologie für die Schweizer Spitäler. Sie unterscheidet Allgemeine Krankenhäuser und Spezialkliniken. Die Allgemeinen Krankenhäuser werden weiter in Spitäler der „Zentrumsversorgung“ und Spitäler der „Grundversorgung“ unterteilt und je einem von fünf Versorgungsniveaus zugeteilt. Die Versorgungsniveaus sind weniger durch quantitative als durch qualitative Kriterien charakterisiert, wie Ausbildungsmöglichkeiten, Infrastruktur und Leistungsangebot. Die Summe der gewichteten FMH²³-Kategorien (Σ FMH) wird als qualitatives Mass genutzt und die Anzahl der behandelten stationären Fälle sowie die Anzahl angebotener Leistungen als quantitatives Mass gewertet. Die Summe der gewichteten FMH-Kategorien gibt Hinweise bezüglich der Leistungsfähigkeit, der Ausbildungsmöglichkeiten, der technischen Infrastruktur und im weiteren Sinn auch bezüglich des Patientenmixes eines Krankenhauses. Das Versorgungsniveau 1 umfasst ausschliesslich die fünf Universitätsspitäler (Σ FMH >100 und/oder Anz. stationärer Fälle 30'000). Im Versorgungsniveau 2 (K112) befinden sich die Zentrumsspitäler mit mehr als 9000 stationären Fällen und/oder einem höheren Wert als 20 bei der Summe der gewichteten FMH-Kategorien. Dazu gehören die drei von uns untersuchten Spitäler Aarau, Chur und Thun, wobei Aarau doppelt so viele Patienten behandelt, die meisten Leistungen anbietet und die höchste gewichtete Kategoriensumme ausweist (vgl. BAG 2006: 13 ff.).

²³ Die Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) ist die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Sie ist ein privatrechtlicher Verein und vertritt die Ärzteschaft in gesamtschweizerischen Angelegenheiten

Die Spitäler Schwyz und Heiden sind Grundversorgungsspitäler des Versorgungsniveaus 4 (K122). Zu dieser Kategorie gehören Spitäler mit mehr als 3000 stationären Fällen pro Jahr und/oder einem Summenwert der gewichteten FMH-Kategorien von mindestens fünf (Siehe Tabellen 17 und 18).

Alle untersuchten Allgemeinspitäler betreiben einen Notfalldienst und sind öffentliche und öffentlich-subventionierte Spitäler, d. h. sie gehören ganz oder mehrheitlich der Öffentlichen Hand und/oder erfüllen einen Leistungsauftrag des Kantons, für den er sich wesentlich an den Kosten beteiligt.

Weitere Kennziffern, wie Bettenzahl, Anzahl Operationssäle und Angaben zum Personalbestand, sind in der folgenden Tabellen festgehalten. Sie erlauben die Abschätzung der Grössenunterschiede zwischen den untersuchten Spitälern.

Tabelle 17: Einteilung der untersuchten Spitäler, Zentrumsversorgung (2004)

	Kantonsspital Aarau	Kantonsspital Graubünden ²⁴	Spital Thun
Krankenhaustyp	Zentrumsversorgung	Zentrumsversorgung	Zentrumsversorgung
	Versorgungsniveau 2	Versorgungsniveau 2	Versorgungsniveau 2
Stationär behandelte Fälle ²⁵	19'968	15'415	11'406
Betten ²⁶	539	380	238
Anzahl Angebotene Leistungen ²⁷	56	49	22
Σ FMH ²⁸	72	27	9
Anzahl Operationssäle	14	12	8
Personal, in Vollzeitstellen	2'124	1204	958
Notfalldienst	Ja	Ja	Ja
Rechtlicher Status	Öffentlich-subventioniert	Öffentlich-subventioniert	Öffentlich-subventioniert

²⁴ Fusion des Rätischen Kantonsspital Chur, der Stiftung Kreuzspital Chur sowie dem Vermögensübertrag des Kantonalen Frauenspitals Fontan per 01.01.2006 (Schaffung einer Stiftung), Betriebliche Fusion per 01.01.2007

²⁵ Die Anzahl entspricht den stationär hospitalisierten Patienten, die im Laufe des Jahres aus dem Spital ausgetreten sind. Ohne Berücksichtigung der teilstationären Fälle, Begleitpersonen und der gesunden Neugeborenen

²⁶ Anzahl Betten, die für stationäre Patienten zur Verfügung stehen

²⁷ In einem Spital können medizinische, medizinisch-technische und therapeutische Leistungen angeboten werden. Diese Angabe umfasst die Anzahl der medizinischen Leistungsstellen

²⁸ Diese Angabe gibt einen Hinweis auf die Ausbildungstätigkeit des Betriebs. Die Ausbildungsstätten werden anhand der Kriterien Bedeutung, Ausstattung und Qualität der in den einzelnen Fachgebieten angebotenen Weiterbildung in die vier FMH-Weiterbildungskategorien unterteilt. Für die gewichtete Summe der FMH-Weiterbildungskategorien eines Spitals werden die Anzahl Leistungsstellen mit FMH-Weiterbildungen und die Qualität der Ausbildung berücksichtigt.

Tabelle 18: Einteilung der untersuchten Spitäler, Grundversorgung (2004)

	Spital Schwyz	Spital Heiden
Krankenhaustyp	Grundversorgung	Grundversorgung
	Versorgungsniveau 4	Versorgungsniveau 4
Stationär behandelte Fälle	4'500	2'274
Betten	114	48
Anz. Angebotene Leistungen	25	24
Σ FMH	19	5
Anzahl Operationssäle	3	2
Personal, in Vollzeitstellen	367	189
Notfalldienst	Ja	Ja
Rechtlicher Status	Öffentlich- subventioniert	Öffentlich- subventioniert

Quelle: BAG 2006, Statistiken der Krankenversicherung. Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2004, Tabellenteil

Σ FMH = Gewichtete Summe der FMH-Kategorien

Die folgenden Tabellen 19 und 20 beinhalten die beiden Kennzahlen Bettenbelegung in Prozenten sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen. Diese Zahlen drücken in einem gewissen Mass die Effizienz eines Spitals aus. Um sie in eine Relation zu setzen, werden die Zahlen der untersuchten Spitäler dem Schweizerischen Durchschnitt der entsprechenden Krankenhaus-kategorie gegenübergestellt. Aus Gründen der durchgehenden öffentlichen Verfügbarkeit wurden die Zahlen aus dem Jahr 2005 gewählt. Die Höhe der Werte hängt von vielen Struktur-faktoren des jeweiligen Spitals ab und erlaubt keinen absolut wissen-schaftlichen Vergleich der Spitaleffizienz. Die Tabellen zeigen, dass die in der Arbeit zu untersuchenden Spitäler tendenziell eine bessere Bet-tenbelegung und eine tiefere Aufenthaltsdauer aufweisen als der Durch-schnitt der Schweizer Spitäler in der entsprechenden Gruppe; Zentrums-versorgung bzw. Grundversorgung.

Tabelle 19: Kennzahlen-Vergleich / Spitäler der Zentrumsversorgung (2005)

	Allgemeine Krankenhäuser ¹ Zentrumsversorgung	Kantonsspital Aarau ²	Kantonsspital Graubünden ³	Regionalspital Thun ⁴
Bettenbelegung in %	CH: 22 Betriebe 89	86.3	92	94.9
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	8.7	8.6	7.8	7.24

Tabelle 20: Kennzahlen-Vergleich / Spitäler der Grundversorgung (2005)

	Allgemeine Krankenhäuser ¹ Grundversorgung	Spital Schwyz ⁵	Spital Heiden ⁶
Bettenbelegung in %	CH: 122 Betriebe 85	86.2	73.3
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	8.6	7.4	8.0

Quellen: ¹ Statistisches Lexikon der Schweiz des BFS, Internet, www.bfs.admin.ch, 27.7.07

² Kantonsspital Aarau (2007): Jahresbericht 2006

³ Kantonsspital Graubünden (2007): Jahresbericht 2006

⁴ Spital STS AG (2007): Geschäftsbericht 2006

⁵ Spital Schwyz (2007): Geschäftsbericht 2006

⁶ Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (2007): Geschäftsbericht 2006

Das BFS hat vor wenigen Jahren einen Effizienzvergleich von Schweizer Spitälern vorgenommen und dazu Indikatoren zur Messung von Kosteneffizienz und Produktivität entwickelt, welche die unterschiedlichsten Einflussfaktoren berücksichtigen. In der Beobachtungsperiode 1998 bis 2001 weisen alle fünf verwendeten Berechnungsmodelle eine durchschnittliche Ineffizienz der Spitäler von rund 20% aus. Dies weist auf ein entsprechendes Kosteneinsparungspotenzial in den Schweizer Allgemeinspitälern hin (vgl. BFS 2005). Eine Nachfolgestudie des BFS (2206d), welche zusätzlich die Jahre 2002 und 2003 mit einbezieht,

zeigt, dass kein signifikanter Effizienzunterschied zwischen Spitälern, welche der öffentlichen Hand gehören und den Privatspitälern besteht. Ob ein Spital subventioniert wird oder nicht, hat ebenfalls keinen Einfluss auf die Effizienz. Die Ineffizienzzahlen der in der vorliegenden Studie zu überprüfenden Spitälern wurden den Autoren nicht vorgelegt, weder zur Publikation noch zur Einsicht.

5.2.2 Organisation Kantonsspital Aarau

Das Kantonsspital Aarau (KSA AG) ist das einzige Zentrumsspital des Kantons Aargau. Es vereint 30 Behandlungszentren und Diagnoseinstitutionen und bildet das Herzstück des aargauischen Gesundheitsnetzes. Im Einzugsgebiet des Spitals wohnen 500 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Das Spital ist 2004 aus der kantonalen Verwaltung herausgelöst worden und in eine selbständige Aktiengesellschaft umgewandelt worden. Der Kanton hält mindestens 70% des Aktienkapitals und der Aktienstimmen²⁹. Die Abgeltung der Spitalleistungen durch den Kanton erfolgt in Form leistungsorientierter Pauschalen nach DRG³⁰.

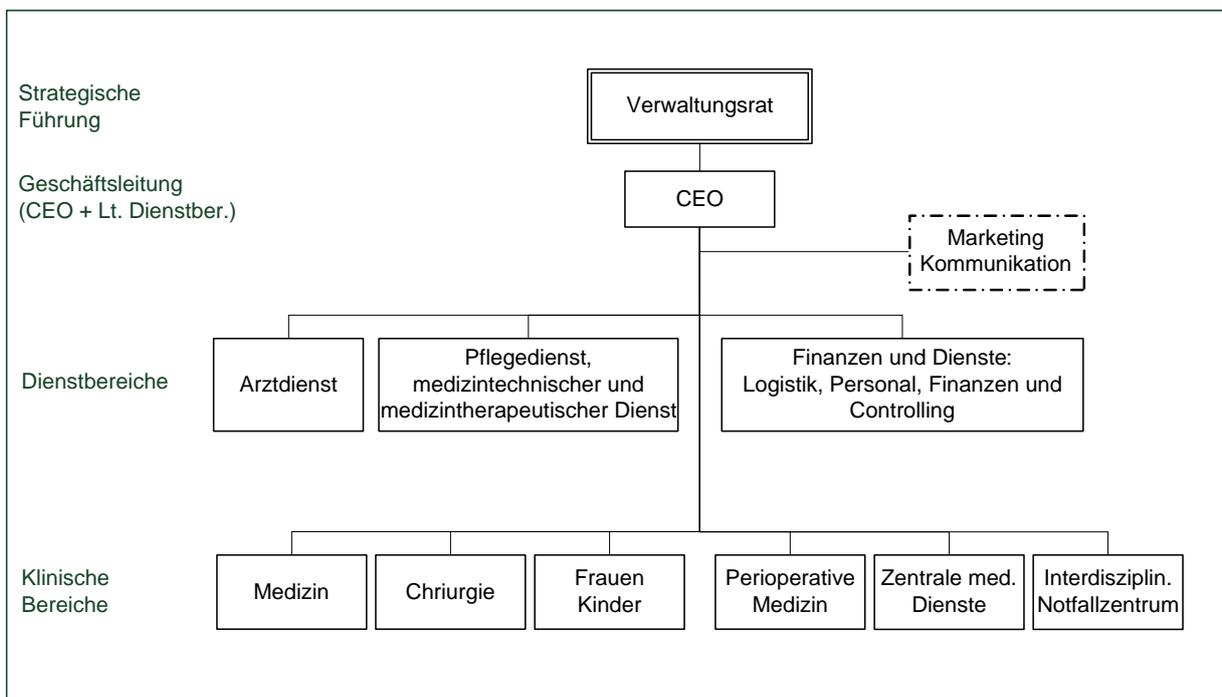
Die Geschäftsleitung der KSA AG besteht aus dem Vorsitzenden (CEO und Leiter Arztdienst), der Bereichsleiterin PD/MTTD (Pflegedienst und Medizintechnisch/-therapeutische Dienste) und dem Bereichsleiter Finanzen und Dienste (Kantonsspital Aarau 2007: 9). Der CEO hat alleinige Entscheidungskompetenz, ist jedoch zum kooperativen Führungsstil verpflichtet. Das Organisationsreglement unterscheidet neu „Klinische Bereiche“ (Medizin, Chirurgie, Frauen und Kinder, Perioperative Medizin, Zentrale Medizinische Dienste, Interdisziplinäres Notfallzentrum) und „Dienstbereiche“ (Arztdienst, PD/MTTD, Finanzen und Dienste, Logistik, Personal, Finanzen und Controlling). Die ersteren sind direkt mit den klinischen Tätigkeiten am Patienten verbunden, die zweiten stellen die Infrastruktur für die klinische Tätigkeit bereit (Kantonsspital Aarau 2007: 46). In der erweiterten Geschäftsleitung sind nebst den Geschäftsleitungsmitgliedern die Leitungspersonen der Dienste vertreten. Die klinischen Bereiche werden jeweils in Form einer Coleitung geführt; jeweils

²⁹ Art. 11 des Spitalgesetzes vom 25. Februar 2003 (AG bGS 331.200)

³⁰ Art. 16 der Spitalverordnung vom 26. Mai 2004 (AG bGS 331.211)

ein Arzt oder Ärztin zusammen mit der Bereichsleiter oder -leiterin PD/MTTD. In den jeweiligen Kliniken und Abteilungen der Bereiche ist das Coleitungssystem nicht eingeführt (Abbildung 24).

Abbildung 24: Organigramm Kantonsspital Aarau AG



Quelle: Internet: www.ksa.ch, 25.8.07

Die auf der folgenden Seite dargestellten klinischen Bereiche sind in die aufgeführten Zentren gegliedert. Sie zeigen gleichzeitig den grossen Leistungsauftrag den die KSA AG zu erfüllen hat.

Tabelle 21: Behandlungs- und Diagnosezentren am Kantonsspital Aarau

Leistungsbereiche	Abteilungen / Kliniken / Zentren
Medizin	Angiologie Dermatologie Gastroenterologie Infektiologie Innere Medizin Geriatrie Endokrinologie Intensivmedizin Kardiologie Nephrologie Zentrum für Onkologie/Hämatologie und Transfusionsmedizin Pneumologie Neurologische Klinik Rheumaklinik und Institut für physikalische Medizin
Chirurgie	Augenklinik Klinik für Chirurgie Viszeral- und Thoraxchirurgie Traumatologie Gefässchirurgie Kiefer- und Gesichtschirurgie Kinderchirurgischer Dienst Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten und Gesichtschirurgie Klinik für Plastische-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie Neurochirurgische Klinik Orthopädische Klinik Urologische Klinik
Frauen und Kinder	Frauenklinik Kinderklinik
Interdisziplinäres Notfallzentrum INZ	
Perioperative Medizin	Klinik für Anästhesie Operative Intensivmedizin Operationsabteilung Rettungsdienst
Zentrale Medizinische Dienste	Hygienisch-mikrobiologisches Institut Institut für Radiologie Institut für Radio-Onkologie Institut für Nuklearmedizin Pathologisches Institut Spitalapotheke Zentrum für Labormedizin

Quelle: Internet: www.ksa.ch, Kliniken und Institute, 28.8.07

5.2.3 Organisation Kantonsspital Graubünden

Das Kantonsspital Graubünden ist eine rechtlich selbständige, privatrechtliche Stiftung, welche seit dem 1. Januar 2006 besteht (Kantonsspital Graubünden 2007: 8 f.). Sie ist aus der Fusion des Rätischen Kantonsspitals Chur, der Stiftung Kreuzspital Chur sowie dem Vermögensübertrag des Kantonalen Frauenspitals Fontana vom Kanton an die neue Stiftung entstanden. Sie ist wie eine Aktiengesellschaft mit den üblichen drei Führungsorganen – Stiftungsrat (Funktion der Generalversammlung), Verwaltungsrat und Geschäftsleitung – aufgebaut. Im Stiftungsrat sind der Kanton, der Gemeindeverband der Spitalregion und die Stadt Chur obligatorisch vertreten. Am 01. Januar 2007 hat die neue Geschäftsleitung die Führung der drei Betriebe übernommen.

Das Kantonsspital Graubünden erfüllt mit seinen acht Departementen auf vielen Spezialgebieten Zentrumsaufgaben für den ganzen Kanton Graubünden. Es ist zudem für die erweiterte Grundversorgung der Spitalregion Churer Rheintal verantwortlich und stellt über 200 Aus- und Weiterbildungsplätze in den verschiedensten Berufen des Gesundheitswesens zur Verfügung. Als Zentrumsspital bietet das Spital die Behandlung von Krankheiten und Unfällen an, welche spezifische diagnostische und therapeutische Anforderungen und fachärztliches Wissen und Können verlangen. Gemäss Spitalliste des Kantons Graubünden³¹ werden Leistungen in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Pädiatrie, Intensivbehandlung, Gynäkologie, Ophthalmologie u.a. angeboten.

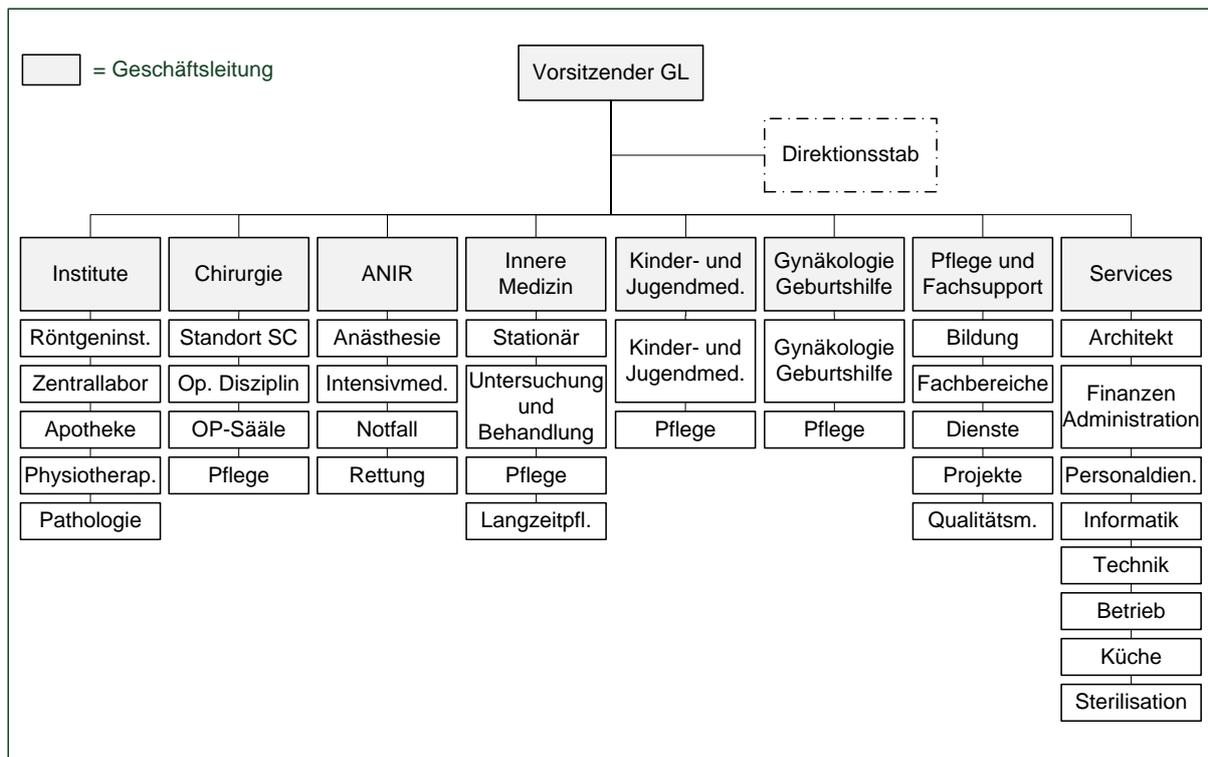
Die Defizitdeckung des Spitalbetriebs erfolgt durch Kantons- und Gemeindebeiträge, wobei der Kanton für die Zentralversorgung 90% übernimmt³². Für die Betriebsbeiträge (exkl. Forschung, Lehre, Rettungswesen) an die medizinischen Leistungen im Rahmen des Leistungsauftrags legt die Regierung standardisierte Fallaufwändungen für alle Spitäler im Kanton fest. Sie berücksichtigt dazu die Vorjahreskosten des Spitals, die Fallschwere der behandelten Patienten sowie die Differenz zum wirtschaftlichsten Spital im Kanton. Als Patientenklassifikationssystem wird

³¹ Spitalliste des Kantons Graubünden, Stand Juli 2006, Inernet: www.gr.ch, 29.9.07

³² Art. 18 ff. des Krankenpflegegesetzes vom 2. Dezember 1979 (GR bGS 506.000)

das AP-DRG (All Patients Diagnosis Related Groups) verwendet³³. Die Entschädigung des Spitals erfolgt somit mit im Voraus festgelegten Pauschalen je behandelten Fall.

Abbildung 25: Organigramm Kantonsspital Graubünden



Quelle: in Anlehnung an www.spitaeler-chur.ch, 5.10.07

Die Geschäftsleitung setzt sich aus den acht Leitern der Departemente und einem Vorsitzenden der Geschäftsleitung (CEO) zusammen. Sechs von acht Departementen werden von Chefarzten geführt. Die Departemente Chirurgie, Innere Medizin, Kinder und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie das Departement ANIR (Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin und Notfall) decken die Kernaufgaben des Spitals – die Patientenversorgung gemäss Leistungsauftrag des Kantons ab. Im Departement Institute sind mit dem Röntgeninstitut, dem Zentrallabor, der Apotheke, der Rechtsmedizin und der Physiotherapie Kompetenzzentren zusammengefasst, welche von den Kernprozessen intern beigezogen werden. Die Departemente Pflege und Fachsupport sowie Services decken Supportprozesse ab, welche den Betrieb und gewisse spezielle

³³ Art. 1 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz vom 14. Dezember 2004 (GR bGS 506.060)

Fachleistungen sicherstellen. Insbesondere das Departement Services gewährleistet die klassischen Supportprozesse in einem Spitalbetrieb, wie Bau, Administration, Personaldienst, Informatik, Spitaltechnik, Küche, Sterilisation.

5.2.4 Organisation Spital Thun

Das Spital Thun ist das grösste Spital im Berner Oberland. Es gehört zur SpitalSTS AG (Spital Simmental-Thun-Saanenland AG), zu welcher neben dem Spital Thun noch drei weitere Spitalbetriebe (Erlenbach, Zweisimmen und Saanen; Zweisimmen und Saanen wurden 2006 fusioniert) und ein Altersheim gehören. Im Auftrag Dritter betreibt die STS AG zusätzlich noch ein Alterszentrum. Zusammen gewähren sie die Spitalversorgung für die Bevölkerung des gesamten Berner Oberlandes (ca. 170 000 Menschen). Sie sind in der Lage, über 90% der notwendigen Spitalbehandlungen aus dem Einzugsgebiet selber durchzuführen. Sie betreiben einen Ambulanz- und Rettungsdienst und die ambulante und tagesstationäre psychiatrische Versorgung.

Die Aktienmehrheit der STS AG ist im Besitz des Kantons Bern. Er ist an allen Regionalen Spitalzentren des Kantons, welche als Aktiengesellschaften gemäss Obligationenrecht geführt werden, in dieser Form beteiligt. Er leistet seine Beiträge an die Behandlung sowie den Aufenthalt von Patientinnen und Patienten in Form von leistungsbezogenen, nach einheitlichen Kriterien festgelegten Pauschalen³⁴. Zur Berechnung der Fallpauschalen werden die durchschnittlichen Fallkosten der vergangenen Jahre, die absehbaren Kostensteigerungen und die vom Grossen Rat bereitgestellten Mittel berücksichtigt und gemäss dem Fallgruppierungssystem AP-DRG Schweiz festgelegt³⁵.

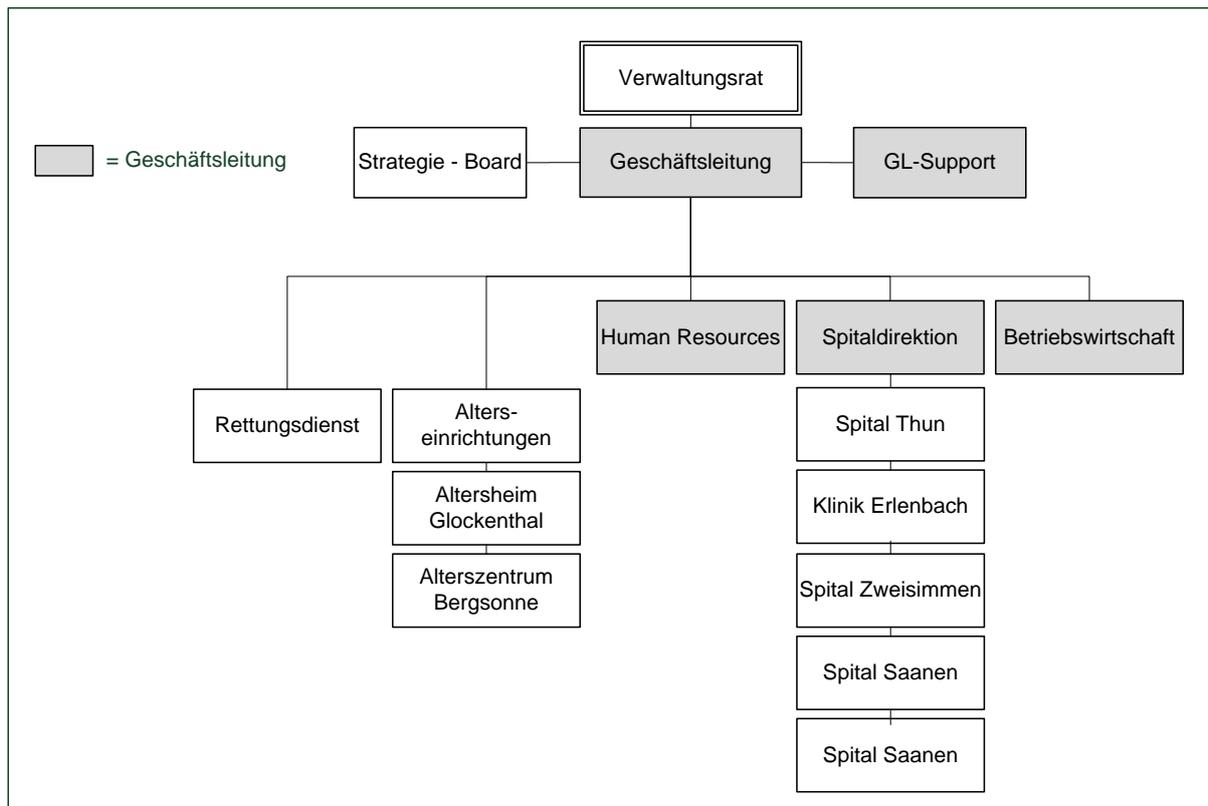
Die Geschäftsleitung der SpitalSTS AG setzt sich aus dem Vorsitzenden (CEO), dem Spitaldirektor (COO), dem Leiter Finanzen und Controlling (CFO), dem Leiter Human Resources sowie der Assistentin zusammen (vgl. Spital STS AG 2007: 38 f.). Die Geschäftsleitung ist den strategischen Vorgaben des Verwaltungsrates verpflichtet und führt das Unter-

³⁴ Art. 30 ff. des Spitalversorgungsgesetzes vom 5. Juni 2005 (BE bGS 812.11)

³⁵ Art. 34 der Spitalversorgungsverordnung vom 30. November 2005 (BE bGS 812.112)

nehmen operativ. Die Geschäftsleitung wird von einem Strategie-Board unterstützt. In diesem Gremium sind alle fachspezifischen Kompetenzen zusammengefasst. Es setzt sich nebst den Geschäftsleitungsmitgliedern aus den Klinik- und Fachbereichsleitern (10 Personen) sowie einer Vertretung der Standorte, der medizintechnischen Spezialgebiete und des Fachbereichs Informatik zusammen.

Abbildung 26: Organigramm STS AG



Quelle: Internet: www.stsag.ch, 25.8.07

Das Spital Thun wird vom Spitaldirektor operativ geleitet. Es bietet gemäss Leistungsauftrag der Spitalliste des Kantons Bern³⁶ folgende Leistungen an: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Ophthalmologie, Röntgendienst, Intensivpflegestation und einen permanenten Notfalldienst. Entsprechend sind auch die Strukturen. Es bestehen neun Ressorts: Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Psychiatrische Dienste, Anästhesie, Radiologie, Medizinisch Technische Spezialgebiete (MTS) mit Operationssäle, Physiotherapie und Apotheke,

³⁶ Internet: www.gef.be.ch/site/gef_spa_spitalliste.pdf, 25.8.07

Hotellerie, Infrastruktur/Technischer Dienst und Sicherheit. Den sechs medizinischen Ressorts stehen Chefärzte oder Chefärztinnen (1 bis 2) sowie im Sinne von Co-Leitungen je die jeweiligen Leiter oder die Leiterinnen des Pflegedienstes vor. Diese Co-Leitungen – Arzt und Pflege – sind weitestgehend auch in den Abteilungen der Inneren Medizin eingeführt. Nebst den fest angestellten Ärzten sind im Spital auch Belegärzte und in Spezialgebieten sogenannte beauftragte Ärzte tätig. Das Organigramm des Spitals Thun wurde nicht zur Veröffentlichung freigegeben.

5.2.5 Organisation Spital Schwyz

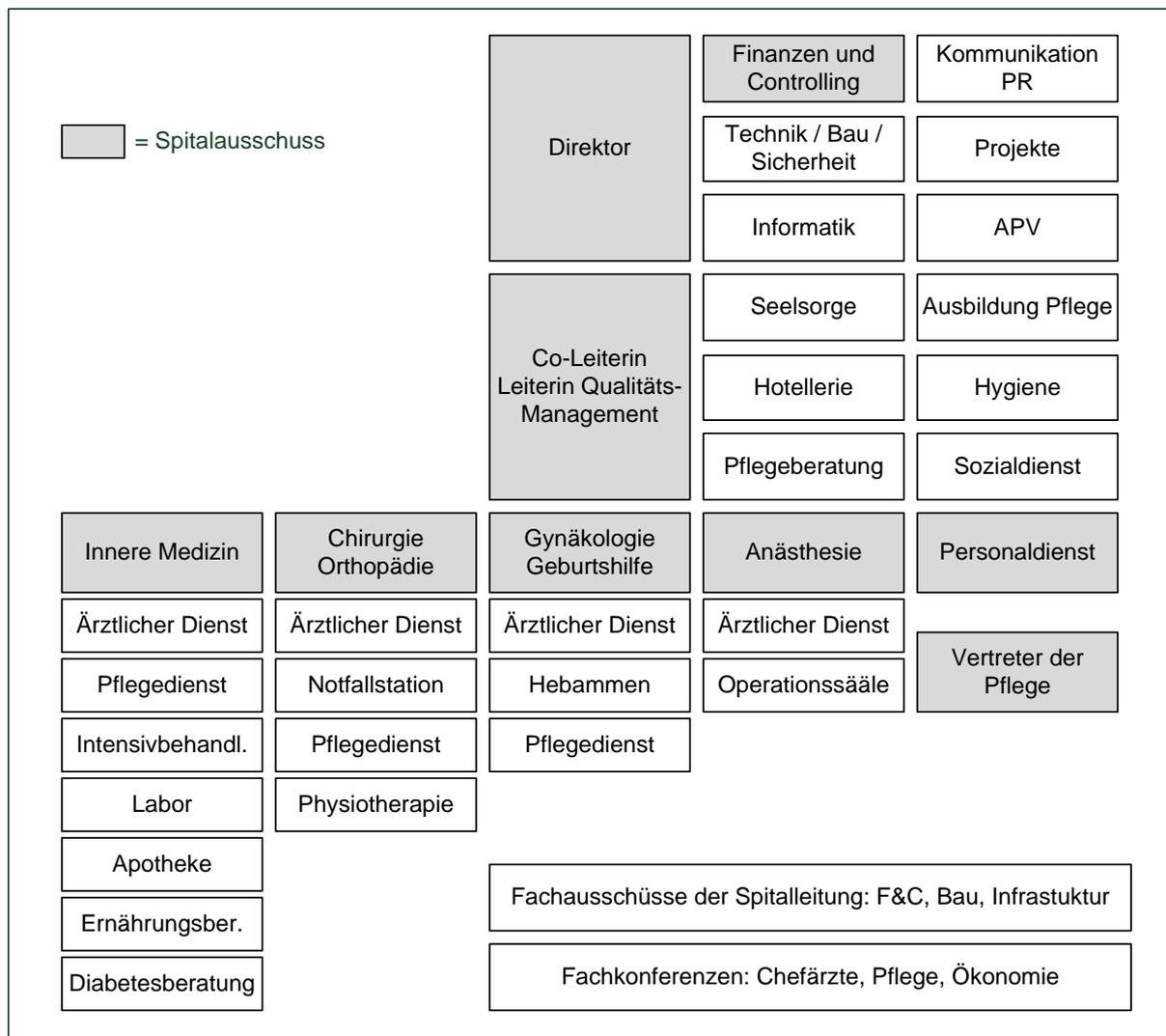
Das Spital Schwyz gehört der Krankenhausgesellschaft Schwyz, einer privaten Trägerschaft, welche bereits seit 1857 besteht. Dem Verein gehören sechs Betriebe rund um die Spitalversorgung im inneren Teil des Kantons Schwyz, welche er strategisch nach privatwirtschaftlichen Prinzipien führt.

Das Spital Schwyz stellt im Auftrag des Kantons die spitalmedizinische Grundversorgung in der Region sicher. Den Auftrag legt der Regierungsrat in der Spitalliste des Kantons fest³⁷, die er aufgrund von Art. 39 des KVG erlässt. Er schliesst mit den Spitalträgern jährlich Leistungsvereinbarungen ab³⁸. Die Abgeltung der bestellten Leistung wird leistungsbezogen im Voraus nach Leistungsgruppen in der Vereinbarung festgelegt. Diese Pauschalen werden den Spitälern in Form von Globalkrediten erteilt. Verluste und Gewinne dürfen auf das Folgejahr übertragen werden.

³⁷ Spitalliste des Kantons Schwyz vom 14. September 2001, Internet: www.sz.ch, 29.9.07

³⁸ Art. 15 ff. der Spitalverordnung vom 22. Oktober 2003 (SZ bGS 574.110)

Abbildung 27: Organigramm Spital Schwyz



Quelle: In Anlehnung an www.spital-schwyz.ch, 5.10.07 und Spital Schwyz 2007: 12 f.

Seit 2005 weist das Spital Schwyz eine neue Führungsstruktur auf (Spital Schwyz 2007: 5). Die Spitalleitung ist zweistufig aufgebaut; erweiterte Spitalleitung und Spitalleitungsausschuss. Die Gesamtleitung besteht aus neun Mitgliedern. Zwei davon bilden den Ausschuss. Dies sind der Direktor und die Co-Leiterin. Die Co-Leiterin ist gleichzeitig verantwortlich für das Qualitätsmanagement und weitere Dienste, wie Spitalhygiene, Hotellerie und Ausbildung. In der erweiterten Spitalleitung sind zusätzlich je ein Vertreter aus den vier ärztlichen Kernbereichen – Innere Medizin, Chirurgie/Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesie –, den Leitern der zwei Fachgruppen Finanzen/Controlling und Per-

sonal sowie ein Vertreter der Pflege. Die einzelnen medizinischen Bereiche werden ebenfalls durch ein mehrköpfiges, breit abgestütztes Gremium geführt. Die Leitung kann auch von einem nichtärztlichen Kader wahrgenommen werden. Das Pflegepersonal und die paramedizinischen und interdisziplinären Fachgruppen und Fachstellen sind in den Bereichen eingebettet; z.B. Notfallstation, Operationssäle, Labor, Apotheke etc. Als dritte Führungsstufe gelten die Berufsgruppenkonferenzen, welche der berufsgruppenorientierten Koordination dienen; Chefärzte, Pflege, Ökonomie. Zur Abwicklung von Projekten oder Behandlung von bereichsübergreifenden Themen werden Fachausschüsse der Spitalleitung gebildet; z.B. Qualität, Bau und Infrastruktur, Personal.

Interessanterweise sind gewisse Fachabteilungen ausgegliedert oder der Dienst wird von Externen eingekauft, so unter anderem auch die Radiologie oder der Blutspendedienst. Medizinische Spezialbereiche werden durch Belegärzte abgedeckt.

5.2.6 Organisation Spital Heiden

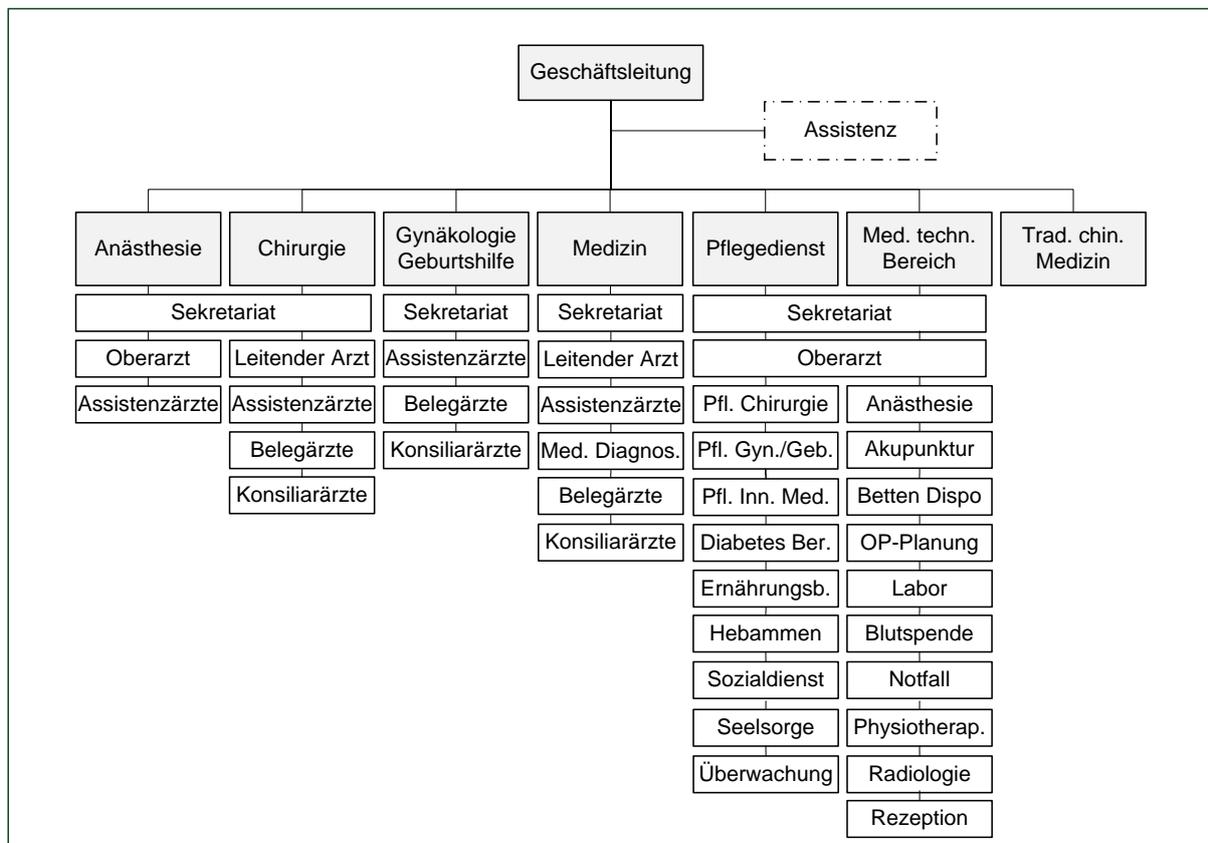
Das Spital Heiden gehört neben dem Spital Herisau und dem Psychiatrischen Zentrum Herisau zum Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR). Dieser ist ein Teil des Departementes Gesundheit von Appenzell Ausserrhoden. Der Kanton gewährt dem Verbund jährlich ein Globalbudget, genehmigt den Businessplan und erteilt den Leistungsauftrag³⁹. Der SVAR stellt mit seinen beiden somatischen Spitätern in Heiden und Herisau die medizinische stationäre Grundversorgung für das Gebiet des Kantons Appenzell Ausserrhoden und für den Bezirk Obereggen (Appenzell Innerrhoden) sicher (vgl. Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden 2007a: 14 f. und Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden 2007b: 3 ff.). Zu diesem Auftrag gehören eine allgemeine Aufnahmepflicht und Notfallaufnahme im 24-Stundendienst. Der Leistungsauftrag umfasst die Basisdisziplinen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesie. Jedes Spital betreibt eine Intensiv- oder Überwachungsstation, eine Röntgenabteilung, ein Labor und eine Apotheke. Es bietet Physiotherapie, Ergotherapie, Blutspendedienst und

³⁹ Art. 5 des Krankenpflegegesetzes vom 12. März 2000 (AR bGS 812.11)

Transportdienste an. Die angebotenen Leistungen sind auf die allgemeinen Bedürfnisse der medizinischen Grundversorgung der Region ausgerichtet. In einer Negativliste ist festgelegt, für welche Behandlungen die Patienten in Zentrumsspitäler oder Spezialkliniken zu verlegen sind. In Herisau und Heiden können Patienten stationär, teilstationär oder ambulant behandelt werden. Nebst fest angestellten Ärzten wird das Team durch den Beizug von Konsiliar- und Belegärzten ergänzt. Der Pflegedienst bildet innerhalb des Spitals eine eigene fachliche und organisatorische Einheit. Ihm obliegt die Grund- und Behandlungspflege sowie die Betreuung der Patienten im ambulanten und stationären Bereich. Die Spitäler bieten auch Ausbildungsplätze für Berufe des Gesundheitswesens, im gewerblichen und im kaufmännischen Bereich an.

Der Spitalverbund Appenzell A.Rh. wird durch eine gemeinsame Geschäftsleitung geführt. Ihr steht ein betriebswirtschaftlicher Direktor (CEO) vor. Mitglieder der Geschäftsleitung sind Vertreterinnen und Vertreter aus den Bereichen Arztdienst (je ein Chefarzt aus jedem Betrieb), Pflegedienst/medizintechnische Bereiche (1 Person) und dem Bereich Dienste (Leiter Finanzen und Leiterin Personaldienst). Die einzelnen Spitäler werden von lokalen Betriebsleitungen geführt. Diese stellen den operativen Betrieb vor Ort und die bereichsübergreifende, innerbetriebliche Koordination der Arbeitsabläufe sicher. Die Verknüpfung mit der Verbundsleitung ist sichergestellt, indem der CEO des Spitalverbundes Vorsitzender der jeweiligen Betriebsleitung ist. In der Betriebsleitung des Spitals Heiden sind in der Betriebsleitung entsprechend den vorhandenen medizinischen Abteilungen vier Chefarzte, eine Co-Chefärztin, die Leiterin Pflegedienst und Leiterin Medizintechnische Bereiche vertreten (vgl. Abbildung 28).

Abbildung 28: Organigramm Spital Heiden



Quelle: Internet: www.spitalverbund.ch, 24.8.07

5.3 Prüfpunkte

Nachdem die Prüfpunkte erstmals in Kapitel 3.8 beschrieben wurden und in Kapitel 4.8 eine Ergänzung erfahren haben, ist zu überprüfen, ob wichtige Elemente im Hinblick auf eine umfassende Betrachtung einer Organisation zu wenig Niederschlag gefunden haben. In der Tat scheint es, als ob das Element der Strategie bislang zu wenig Gewicht erhalten hat. Inspiriert durch Thom/Ritz (2006: 284 ff.), die eine strikte Ableitung der Prozessinhalte aus den strategischen Zielsetzungen fordern, erscheint es den Autoren naheliegend zu untersuchen, ob die Organisationen das klare Commitment für eine Prozessorientierung nach Aussen sichtbar in strategiebezogenen Dokumenten (z.B. Leitbild, Geschäftsbericht) kund tun. Dadurch würden sie ihre Position explizit machen und die Bereitschaft signalisieren, sich an der ausformulierten Ausrichtung auf Prozesse messen zu lassen.

Der aus dieser Erkenntnis resultierende 9. Prüfpunkt – die formulierte Prozessstrategie – ergänzt somit die Liste der bereits festgehaltenen Prüfpunkte und ergibt das finale Prüfraster. Gleichzeitig werden damit alle wesentlichen Ebenen einer Organisationsbetrachtung berücksichtigt: Strategie, Kultur und Struktur.

Tabelle 22: Finalisierte Prüfpunkte

Prüfpunkt	Elemente der Prozessorientierung	Kapitel
P1	Definierte Prozesse	3.4.3
P2	Dokumentierte Prozesse	3.4.6
P3	Prozesscontrolling und –optimierung	3.4.7
P4	Kundenorientierung	3.6.1.1
P5	Prozessorientierte Strukturgestaltung	3.6.2
P6	Definierte, prozessorientierte Rollen	3.5
P7	Vernetzte Information	3.5.7, 3.6.1.4
P8	Prozesskultur	4.8
P9	Formulierte Prozessstrategie	5.3

Die folgenden Erkenntnisse zu den Prüfpunkten beruhen auf den durchgeführten Interviews sowie allen Unterlagen, die den Autoren der vorliegenden Arbeit im Rahmen der Interviews zugänglich waren. Ergänzend zu diesen Dokumenten wurden die via Website der einzelnen Spitäler zugänglichen Informationen zur Beurteilung herangezogen. Es ist nicht das Ziel der folgenden Erläuterungen, sämtliche Befunde aufzulisten und die einzelnen Spitäler einander gegenüber zu stellen. Vielmehr soll mit dem Blick auf jeden einzelnen Prüfpunkt eine Zustandsbeschreibung desselben vorgenommen werden.

5.3.1 Definierte Prozesse

Im Rahmen der Interviews hat sich gezeigt, dass sich alle Spitäler Gedanken zur Definition von Prozessen gemacht haben. Oft sind innerbetriebliche Elemente, z.B. die Belegung des Operationssaals, Ausgangspunkt für Überlegungen zur Prozessorientierung. Der Betrieb des OPs ist sehr teuer und um dessen Auslastung möglichst optimal zu gestalten,

müssen alle Parteien (Arzt, Pflege, weiteres Personal) reibungslos funktionieren, was eine Minimierung der Schnittstellen und somit eine Förderung des Denkens in Prozessen bedeutet. Eine von Aussen beeinflusste Triebfeder ist der Wunsch nach einer Zertifizierung, z.B. nach ISO⁴⁰ (Chur, Schwyz) oder sanaCERT⁴¹ (Aarau, Chur). Diese Zertifizierungen verlangen meist eine detaillierte Beschreibung der bestehenden Abläufe, aufgrund derer die Qualität sicher gestellt werden soll. Die Abläufe wiederum führen automatisch zu einem verstärkten Blick auf die Prozesse.

Von welchen Prozessen wird im Spitalumfeld gesprochen? Am Beispiel Heiden sind dies:

- Eintritt
- Untersuchung
- Diagnose
- Behandlung
- Pflege
- Austritt
- Rehabilitation

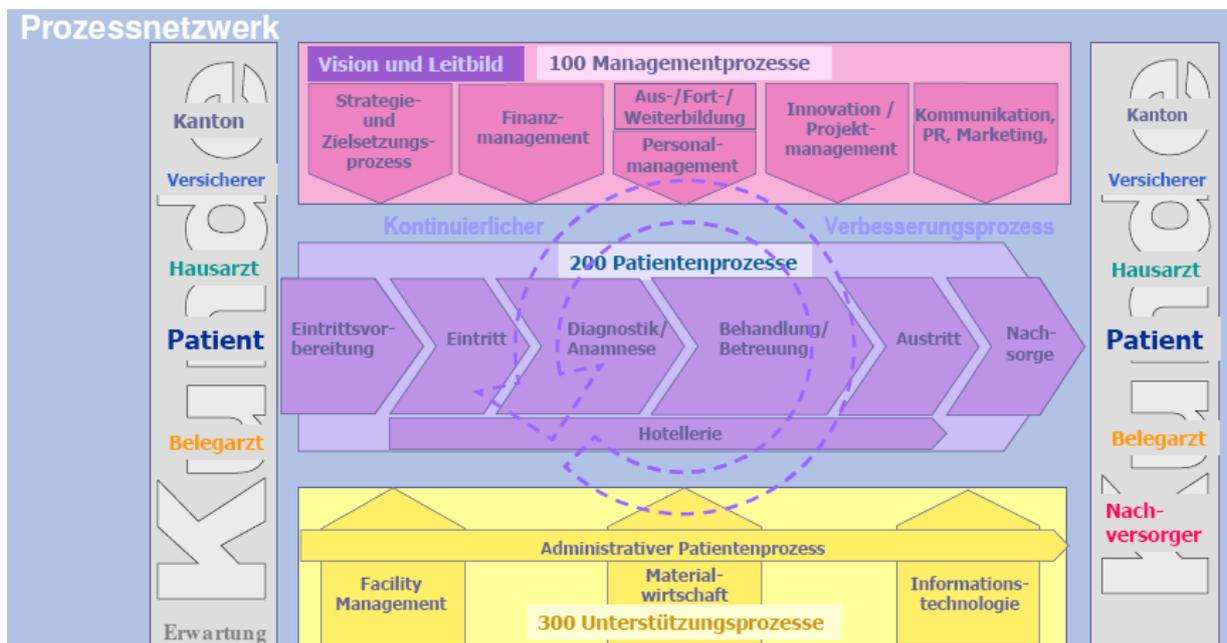
Aber sind dies wirklich Prozesse, die wie in Kap. 3.4.4 dargelegt beim externen Kunden beginnen und enden? Diese Durchgängigkeit der Prozesse ist am vorgehenden Beispiel von Heiden nur schwer erkennbar. Vielmehr erscheinen sie als primäre Aktivitäten im Sinne eines Wertkettenmodells (siehe Kapitel 3.4.2). Der Schritt zu einem wirklich funktionsübergreifenden Ablauf der Prozesse ist aus Sicht der Autoren noch ausstehend. Können die einzelnen Elemente allenfalls als strukturierte Schritte eines Kernprozesses gesehen werden (vgl. 3.4.5)? Wenn dem so wäre, müssten die genannten Prozesse Teile eines übergeordneten Prozesses sein, der seinerseits Anfangs- und Endpunkt bei den externen Kunden hat. Wie das Beispiel „Eintritt“ und „Austritt“ zeigt, werden aber gerade diese Schritte als eigenständige Prozesse genannt. Im Verständnis der vorliegenden Arbeit wären „Eintritt“ und „Austritt“ Anfangs- und Endpunkt eines eigenständigen Kernprozesses.

⁴⁰ www.iso.org

⁴¹ www.sanacert.ch

Das nachfolgende Beispiel des Spitals Schwyz geht hier bereits einen Schritt weiter, zeigt es gerade diese Ausrichtung auf den Kunden sehr deutlich. Zudem sind auch administrative Prozesse und Managementprozesse beschrieben, was darauf hinweist, dass umfassende Überlegungen zur Ausgestaltung der Prozesse und deren Verhältnis untereinander angestellt wurden.

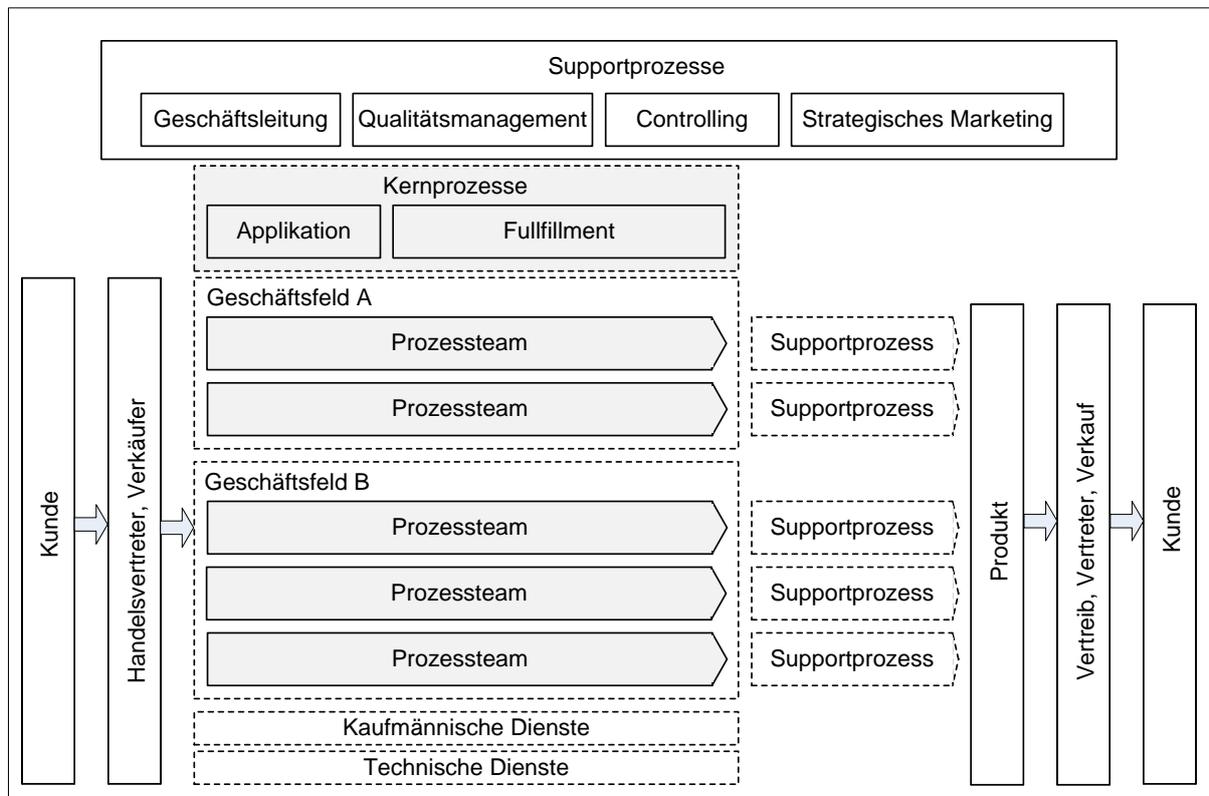
Abbildung 29: Prozessnetzwerk des Spitals Schwyz



Quelle: K. Moeller, Spital Schwyz

Die Darstellung des Spitals Schwyz kommt dem umfassenden Ansatz von Gaitanides (siehe folgende vereinfachte Abbildung) bereits ziemlich nahe. Besonders die Kernprozesse sind jedoch bei Gaitanides durchgehender formuliert und zeigen zudem mit den einzelnen Prozessteams Bezüge zur Organisation auf.

Abbildung 30: Ressourcenorientierte Prozessdefinition



Quelle: Gaitanides 2007: 160

Die treibenden Kräfte für ein Denken in Prozessen scheinen sich vor allem in einzelnen Personen wieder zu finden. In keinem der untersuchten Spitäler wird die Ausrichtung auf Prozesse von einer explizit bezeichneten Organisationseinheit aktiv gefördert. Vielmehr überlässt man es den führenden Exponenten der einzelnen Bereiche, Prozesse zu definieren und diese auch zu leben. Die Implementierung von Prozessen geschieht also nicht hierarchisch von oben nach unten, auch wenn doch in allen Spitalern auf Stufe der Geschäftsleitung Personen für ein prozessorientiertes Denken entstehen. Der Ansatz, das Denken in Prozessen zu fördern, jedoch nicht systematisch zu fordern, führt zu einer Vielzahl von faktisch gelebten Prozessen. Diese sind selten beschrieben und stehen meist ohne Zusammenhang untereinander da.

Ein schönes Beispiel für einen faktisch gelebten und gut etablierten Prozess ist die Notfall-Aufnahme in Heiden. Bei einer Notfall-Einlieferung finden sich der Tagesarzt, der Ambulanz-Sanitäter, eine Pflegeperson und eine Röntgenfachfrau direkt beim Eintritt zusammen, um die weitere

Behandlung des Patienten zu bestimmen. Darin erkennbar ist die Triage Idee, wie sie Osterloh/Frost (2003: 51 ff.) beschreiben (siehe auch 3.3), durchaus ein zentrales Element einer kundenorientierten Rundumbearbeitung. Vergleichbare Beispiele wurden im Rahmen der Interviews oft genannt und zeigen das doch weit verbreitete, aber nicht systematisch organisierte Denken in Prozessen.

5.3.2 Dokumentierte Prozesse

Das schriftliche Festhalten und die grafische Darstellung der einzelnen Prozesse ist in allen interviewten Spitälern nicht sehr weit fortgeschritten. Es ist davon auszugehen, dass deutlich mehr Prozesse bestehen und gelebt werden als effektiv beschrieben sind. Schwyz (siehe Abb. 29) und Chur (siehe folgende Abbildungen) haben eine umfassende Übersicht über die bestehenden Prozesse formuliert. Das Spital Chur geht jedoch davon aus, dass nur ca. 10% dieser Prozesse auch detailliert beschrieben sind. Ein Wert, den die anderen interviewten Spitäler kaum übertreffen dürften. Das weitgehende Fehlen von Prozessbeschreibungen wurde in allen Spitälern als Mangel erkannt. Da die Beschreibung von Prozessen jedoch eine langwierige Angelegenheit ist, werden meist mehrjährige Umsetzungspläne formuliert.

Vorbildlich erscheint die Kaskade der Prozessbeschreibungen des Spitals Chur, weshalb sie an dieser Stelle ausführlicher vorgestellt wird. Die Startseite ist derjenigen des Prozessnetzwerks des Spitals Schwyz (Abb. 29) nicht unähnlich. Von der Prozessübersicht ausgehend konkretisiert sich die Auswahl immer stärker, bis zuletzt ein Zugriff auf die konkrete Prozessbeschreibung möglich wird. Dieses strukturierte Gefäss ist eine sehr gute Basis, um die Prozesse umfassend abbilden zu können.

Abbildung 31: Beispiel für Prozessdokumentation – Chur

Kantonsspital
Graubünden
DerDan

Intranet / News **Prozesslandkarte** Internet

Suchen und Finden
 Telefonbuch
 Intranet / PLK

Prozesslandkarte

Führungsprozesse
Kernprozesse
 Unterstützungsprozesse
 Gesetze
 Prozessübersicht

301 Patientenadmin. Finanzen/Controlling **302 Personaldienst** **303 IT** **304 Spitaltechnik** **305 Betrieb** **306 Arbeits- / Gesundheitsschutz** **307 Daten-/Doku-Management**

Führungsprozesse
 101 Unternehmensorganisation
 102 Unternehmensplanung / Projektmanagement
 103 Unternehmens- + Projektcontrolling
 104 Kommunikation und PR
 105 Kontinuierliche Verbesserung
 106 Riskmanagement

Medizinischer Patient
 Chirurgischer Patient
 Geburtshilfe + Gynäkolog. Patientin
 Kinder + jugendliche Patienten

Eintritt

202-209 Institute
 210-219 ANIR

220-229 Chirurgie
 230-239 Innere Medizin
 240-249 Kinder- und Jugendmedizin
 250-259 Gynäkologie und Geburtshilfe

Austritt

260-269 Pflege- und Fachsupport

Unterstützungsprozesse

Letzte Aktualisierung: 22.12.2006 | Autor: Administrator

Quick-Links
 Gesetze
 Sitemap
 Seite drucken
 Wichtige Programme
 Handbücher / Richtlinien

© 2006 Kantonsspital Graubünden - Alle Rechte vorbehalten

Kantonsspital
Graubünden
DerDan

Intranet / News **Prozesslandkarte** Internet

Suchen und Finden
 Telefonbuch
 Intranet / PLK

Prozesslandkarte

Führungsprozesse
Kernprozesse
 Unterstützungsprozesse

301 Patientenadministration/Finanzen/Controlling
 301.01 Adm. Patienteneintrittsprozess inkl. Depot
 301.02 Adm. Patientenaustrittsprozess
 301.03 Fakturierungsprozess
 301.04 Debitorenprozess
 301.05 Kreditorenprozess
 301.06 Anlagebuchhaltungsprozess
 301.07 Finanzcontrollingprozess
 301.08 Investitions-/Beschaffungsprozess
 301.09 Jahresabschlussprozess
 301.10 Revisionsprozess
 301.11 Versicherungsprozess (ohne Personal)
 301.12 Vertragsprozesse
 301.13 Tarifwesen
 302 Personaldienste
 303 Informatik
 304 Spitaltechnik
 305 Betrieb
 306 Arbeits- / Gesundheitsschutz
 307 Daten- und Dokumentenmanagement

Gesetze
Prozessübersicht

Quick-Links
 Gesetze
 Sitemap
 Seite drucken
 Wichtige Programme
 Handbücher / Richtlinien

© 2006 Kantonsspital Graubünden - Alle Rechte vorbehalten

301 Patientenadministration/ Finanzen/Controlling

Dokumente [2]

Typ	Art	Grösse	Titel	Freigabe	Verant.
	DO	74 kB	301.00.00.001 Kostenstellen KSGR ab 2007.pdf	01.01.1970	
	DO	90 kB	301.00.00.00_Kontoplan_KSGR_Version 2007_26 04 0...	01.01.1970	barluc

Untergeordnete Prozesse

301.01 Adm. Patienteneintrittsprozess inkl. Depot
 301.02 Adm. Patientenaustrittsprozess
 301.03 Fakturierungsprozess
 301.04 Debitorenprozess
 301.05 Kreditorenprozess
 301.06 Anlagebuchhaltungsprozess
 301.07 Finanzcontrollingprozess
 301.08 Investitions-/Beschaffungsprozess
 301.09 Jahresabschlussprozess
 301.10 Revisionsprozess
 301.11 Versicherungsprozess (ohne Personal)
 301.12 Vertragsprozesse
 301.13 Tarifwesen

Ersteller

Ersteller: mreichen
 Erstelldatum: 29. November 2006, 15:03 Uhr
 Änderungs-Datum: 14. Februar 2007, 08:18 Uhr

Prozessänderungs Abonnement

Änderungen an diesem Prozess abonniert.

The screenshot shows the intranet of Kantonsspital Graubünden. The top navigation bar includes 'Intranet / News', 'Prozesslandkarte', and 'Internet'. A search bar is visible on the left. The main content area is titled '301.12 Vertragsprozesse' and contains a table of documents, a list of sub-processes, and an 'Ersteller' section.

Typ	Art	Größe	Titel	Freigabe	Verant.
VL		106 kB	301.12.00.01 Pendenzliste Verträge.dot	01.01.1970	mreichen
VL		136 kB	301.12.00.02 Vertragsverzeichnis.xls	01.01.1970	mreichen

Untergeordnete Prozesse

- 301.12.01 Prozesse Konsiliarverträge
- 301.12.02 Prozesse übrige Verträge
- 301.12.03 Prozess Hygiene-Verträge

Ersteller

Ersteller: mreichen
 Erstelldatum: 30. November 2006, 08:24 Uhr
 Änderungs-Datum: 05. Dezember 2006, 17:19 Uhr

Prozessänderungs Abonnement

Änderungen an diesem Prozess abonniert.

5.3.3 Prozesscontrolling und -optimierung

In der Organisationsstruktur wurde bei keinem Spital ein Prozesscontrolling ausgewiesen. In jeder Unternehmung sind jedoch Personen oder Gremien anzutreffen, die sich der Optimierung der Prozesse annehmen. Diese Tätigkeiten sind nicht einheitlich geregelt und werden auch nicht in jedem Fall explizit ausgewiesen. So kümmert sich z.B. im Spital Schwyz die Co-Leiterin nebst dem Qualitätsmanagement auch um Fragen der Prozessorientierung. Die Situation im Kantonsspital Graubünden verhält sich ganz ähnlich, denn auch hier kommt die treibende Kraft für die Prozessorientierung aus dem Bereich der Qualitätssicherung. Gemäss der Aussage der Co-Leiterin des Spitals Schwyz macht dies durchaus Sinn, da Qualitätsmanagement zwingend ein Denken in Prozessen mit sich bringt. Die Verknüpfung von Qualitäts- und Prozesssicht erlaubt es auch, mit den im Rahmen des Qualitätsmanagements erhobenen Daten Aussagen zu den Prozessen machen zu können. In Ansätzen kann hier durchaus von einem Prozesscontrolling gesprochen werden, wenn auch eine flächendeckende Messung von prozessbezogenen Indikatoren fehlt.

Interessant ist die Situation in Aarau, wo man mit dem selbst entwickelten MIPP (Modell integrierter Patientenfunde) ein eigenes Instrument zum finanziellen Controlling etabliert hat, das darüber hinaus Aussagen zu den einzelnen Prozessen zulässt. Darin sind prospektiv klinische Guidelines festgelegt und es wird bestimmt, wie in einzelnen Fällen vorzu-

gehen ist. Nebst der Abrechnung mit den Krankenkassen über MIPP führt das Instrument also zu einer prozessualen Sicht und einer Reflexion über die Prozesse. Dieses Beispiel wirft die Frage auf, inwiefern das finanzielle Controlling, das in allen Spitälern sehr ausgeprägt etabliert ist, mit einem Controlling der Prozesse zu verknüpfen sei. Aus Sicht der Autoren kann das finanzielle Controlling durchaus Anreize für eine Prozessoptimierung geben. Der Fokus liegt jedoch auf einer pekuniären Erfolgskontrolle, die keine Aussagen über die Qualität der Prozesse selbst zulässt.

Den Aspekt der finanziellen Anreize haben die Autoren ausgeprägt in Thun vorgefunden, da dort die Kliniken und Abteilungen finanziell am Erfolg des Gesamtabschlusses des Spitals beteiligt werden. Zudem ist es für sie finanziell von Vorteil, wenn sie das eigene Budget unterschreiten. Aber auch in Heiden ist die Frage der Finanzen nicht bloss ein Thema der Buchhaltung, denn die Mitarbeitenden aller Stufen werden regelmässig über die finanzielle Situation des Spitals informiert und dadurch motiviert, in ihrem Bereich kostensparend zu agieren.

Ein Instrument, welches sich in der Spitallandschaft zu etablieren scheint, ist dasjenige der Balanced Scorecard. Dieses Konzept zur Messung der Aktivitäten einer Organisation im Hinblick auf ihre Vision und Strategien will den Führungskräften einen umfassenden Überblick über die Leistungsfähigkeit und Effektivität des Unternehmens bieten. Einer der meist vier fokussierten Perspektiven ist der Blick auf die Prozesse. Wenn auch die verschiedenen Aspekte einer Balanced Scorecard für jede Unternehmung neu entwickelt werden können, so scheint doch der Prozessaspekt im Spitalbereich unumstritten. Es darf davon ausgegangen werden, dass die Balanced Scorecard die Spitalleitungen dazu anregt, sich mit der Optimierung von bestehenden Prozessen auseinander zu setzen.

5.3.4 Kundenorientierung

In allen befragten Spitälern ist der Aspekt der Kundenorientierung gross geschrieben. So führen denn auch alle Organisationen Kundenbefragungen durch. Im Rahmen der Arbeit konnte jedoch nicht geprüft werden, inwiefern die Ergebnisse der Kundenbefragungen in die Optimierung der Prozesse einfließen. Im Sinne eines Prozesscontrollings wäre die Verknüpfung dieser Ergebnisse mit den Prozessen von höchster Wichtigkeit.

Im Blick auf die definierten Prozesse muss also die Frage gestellt werden, inwiefern diese effektiv auf den Kunden ausgerichtet sind. Wie unter 5.3.1 dargelegt, lassen sich teilweise nur strukturierte Prozessschritte im Sinne eines Wertkettenmodells vorfinden. Ein wichtiges Element der prozessorientierten Organisation wäre es aber, die Prozesse beim Kunden beginnen und enden zu lassen (siehe 3.4.4 und 3.6.1.1). Auch wenn die Spitäler also von Kundenorientierung sprechen, müsste doch überprüft werden, ob es bei der Optimierung der Prozesse nicht in erster Linie um einen für die Organisation selbst optimierten Ablauf geht.

Interessant und erwähnenswert sind Ansätze des Spitals Thun, die Betreuung des Patienten nicht auf den Spitalaufenthalt zu beschränken. Es ist angedacht, die Postakutpflege in einer anderen Klinik durchführen zu können, welche in einer anderen Atmosphäre als derjenigen eines Akutspitals auch für die Besucher und Angehörigen angenehmer sein kann. Weiter ist angedacht, gewisse Phasen der Pflege komplett spitalextern durchzuführen. Damit weichen sich die Grenzen zwischen Spital-eintritt und -austritt auf, der Prozess beginnt vor dem Eintritt und endet nach dem Austritt.

5.3.5 Prozessorientierte Struktur

Im Rahmen der Interviews ist den Autoren keine Darstellung einer Organisation begegnet, die unmittelbar auf eine Ausrichtung auf Prozesse hätte schliessen lassen. Wie auch bezüglich der Rollen findet sich das Vokabular der Wissenschaft auf den Organigrammen und in der Diskussion über die Organisationsstruktur kaum wieder. Die Analyse der Inter-

views sowie der zur Verfügung stehenden Unterlagen lässt jedoch in allen Spitälern gewisse Elemente einer Prozessorientierung erkennen.

Am Beispiel von Heiden kann der medizinisch-technische Bereich durchaus als Supportprozess betrachtet werden. Eigentliche Prozess-teams wurden jedoch nicht gebildet, eine klare Trennung zwischen Support und Kernprozessen oder Kompetenzzentren ist nicht erkennbar. In Aarau fällt es bereits leichter, die Ausrichtung auf Prozesse im Organigramm zu erkennen. Als Kernprozesse sind beschrieben: Medizin, Chirurgie, Frauen und Kinder, Interdisziplinäres Notfallzentrum und Perioperative Medizin mit Anästhesie, Intensivmedizin, OP-Abteilung und Rettungsdienst. Die Kompetenzzentren sind in den zentralen medizinischen Diensten (Radiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Apotheke, Labor) zusammengefasst. Die interne Verrechnung der Leistungserbringung deutet darauf hin, dass diese zentralen medizinischen Dienste die Kernprozesse als Kunden wahrnehmen, die bei ihnen wiederum (Dienst-)Leistungen beziehen. Die Aufgaben des Dienstbereichs Finanzen und Dienste können grösstenteils als Supportprozesse verstanden werden.

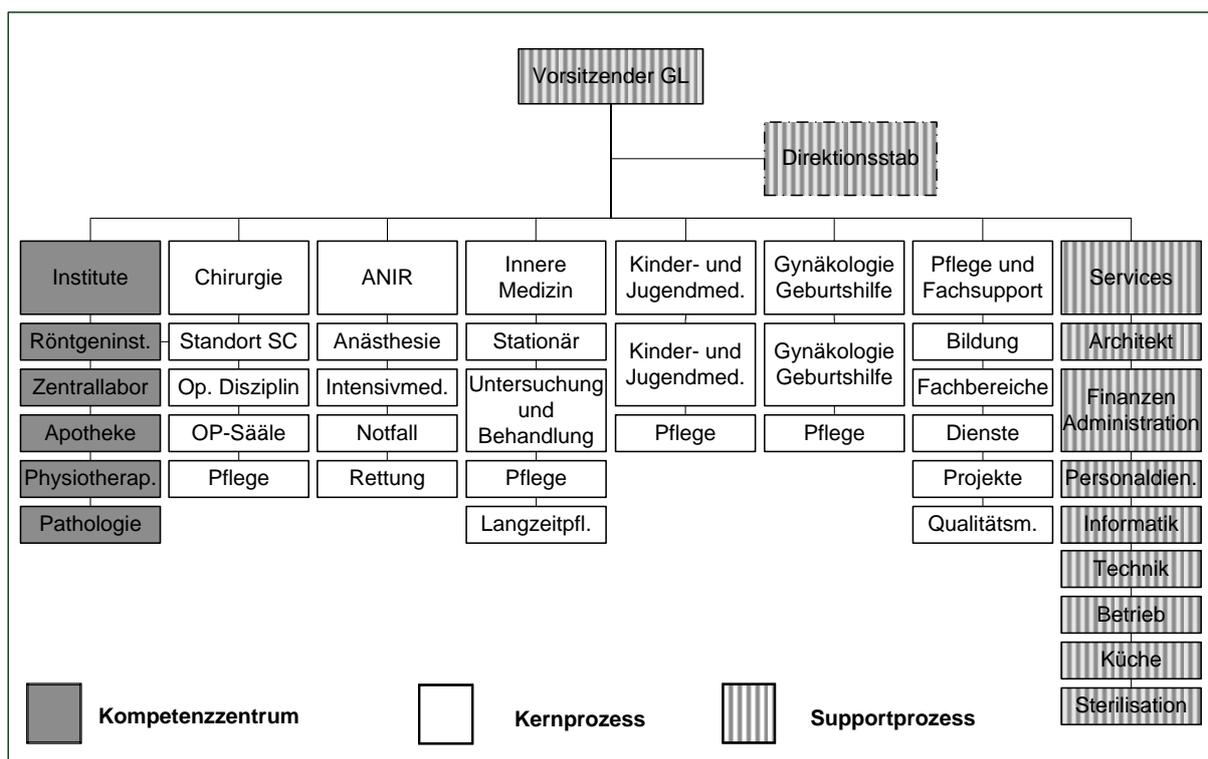
Die Situation in Thun präsentiert sich ähnlich wie in Aarau: Auch hier werden die Elemente Kern-, Supportprozess und Kompetenzzentrum nicht explizit erwähnt, sie lassen sich jedoch durchaus im Organigramm erkennen. Die Kliniken bzw. die Ressorts geben die Kernprozesse wieder, als Kompetenzzentren lassen sich Anästhesiologie und Radiologie identifizieren. Beim Ressort MTS (med. therap. Spezialdienste) mit Physiotherapie, Apotheke und Zentrale Sterilgutaufbereitung konnte nicht abschliessend beurteilt werden, ob diese als Supportprozess oder als Kompetenzzentrum ausgestaltet sind. Hotellerie, Gebäudeinfrastruktur, Technischer Dienst und Sicherheit können relativ klar als Supportprozesse erkannt werden.

In Thun kann auch die Tatsache, dass die Postakutpflege nach Erlenbach ausgelagert wurde, als prozessgetriebenes Element der Strukturgestaltung gesehen werden. Die Nachpflege findet an einem Ort statt, wo eher Genesung und Pflege im Vordergrund stehen, der Patient tritt also aus dem Umfeld des Kernspitals hinaus. Erlenbach gehört auch der STS AG, der Klinikleiter ist der Geschäftsleitung direkt unterstellt.

Schnittstellenprobleme werden somit vermieden, auch weil dieses zweite Haus über dasselbe IT-System vernetzt ist und somit dieselben Daten zur Verfügung hat wie das Zentrumsspital. Wie auch das Interview gezeigt hat, beginnen und enden die Prozesse in Thun nicht an den Türen des Spitals, sondern schliessen sowohl die Schritte vor dem Eintritt sowie jene nach dem Austritt mit ein. Angesprochen wurde in diesem Zusammenhang die Nachbehandlung der Patienten bei Ihnen zu Hause (auch in Kooperation mit der Spitex) oder die frühzeitige Erkennung von gesundheitlichen Problemen in Kooperation mit den Hausärzten.

Das Organigramm des Spitals Chur (siehe S. 94) hat die Autoren dazu angeregt, die Elemente Kompetenzzentrum, Kern- und Supportprozess im Organigramm explizit zu bezeichnen (siehe folgende Abbildung).

Abbildung 32: Organigramm Chur – Prozesssicht



Im Gespräch mit dem Churer Interviewpartner hat sich gezeigt, dass diese Interpretation des Organigramms durchaus den Überlegungen entspricht, die hinter der Skizzierung dieser neueren Organisationsstruktur stehen. Lediglich im Bereich des Departements Pflege und Fachsupport müsste man die einzelnen Bereiche genauer betrachten; insbesondere

das Qualitätsmanagement (QM) dürfte nicht klar als Supportprozess ausgestaltet sein. Das Beispiel zeigt jedoch, dass auch wenn die Organisationsstruktur nicht auf den ersten Blick als prozessorientiert erscheint, sie doch bei einer weitergehenden Betrachtung durchaus den prozessualen Gedanken aufnimmt.

Wie steht dieser Befund im Verhältnis zu einer prozessorientierten Organisation wie sie sich die Wissenschaft vorstellt? Für Gaitanides (2007: 32 ff., 49 f., 57 ff.) bedeutet eine die umfassende Ausrichtung auf Prozesse, dass die Logik „Aufbauorganisation folgt Ablauforganisation“ gilt. Die Arbeitsgangfolgen sind nach seiner Meinung unabhängig vom aufbauorganisatorischen Kontext zu entwerfen und die funktionsbezogenen Stellen erst auf der Basis der definierten Prozesse zu bilden. Diese aus Sicht der Autoren äusserst konsequente Form der Ausrichtung auf Prozesse konnte bei keinem der Interviewpartner angetroffen werden. Reorganisationsprozesse laufen vielmehr oft parallel und ohne intensive Koordination zu den prozessorientierten Überlegungen ab. Im Hinblick auf die Tiefe der Durchdringung mit dem Gedanken der Prozessorientierung ist dies ein noch unbefriedigender Befund.

5.3.6 Prozessorientierte Rollen und Empowerment

Die unter 3.5 beschriebenen Rollen fanden – mit wenigen Ausnahmen – in keinem der interviewten Spitäler eine explizite Erwähnung. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die einzelnen Rollen nicht gelebt würden. Es darf jedoch festgestellt werden, dass die in der wissenschaftlichen Literatur verwendeten Begrifflichkeiten in der Praxis der untersuchten Schweizer Spitäler kaum Niederschlag finden. Erst auf Nachfrage werden teilweise prozessbezogene Rollen genannt. Positive Ausnahmen sind die Spitäler in Chur und Schwyz. Für die Interviewpartnerin des Kantons Schwyz gibt es keinen Zweifel, dass die Bereichsleiter gleichzeitig die Rolle des Prozesseigners inne haben. Das Kantonsspital Graubünden seinerseits kennt die so genannten „Ansprechpartner“, welche die Rolle des Process-Owners ausüben. Aus Gründen der Verständlichkeit für alle Ebenen wird bewusst anstatt des englischen Terminus die leichter zugängliche Bezeichnung des "Ansprechpartners" gewählt.

Wie bereits erwähnt, können mit entsprechendem Vorwissen durchaus Rollen in den bestehenden Organisationen erkannt werden. So hat aus Sicht der Autoren oft der CEO oder der Betriebsleiter die Rolle des Process-Owners inne. Verschiedentlich erscheinen auch die Chefärzte als Process-Owner, wenn auch auf einem organisatorisch tieferen Level. Im Zusammenspiel mit einem Process-Owner auf Stufe Geschäftsleitung können sie auch als Prozessmanager gesehen werden. Die Aufgaben des Prozessstuegrremiums werden, soweit beurteilbar, meist von den Geschäftsleitungen wahrgenommen. Verschiedentlich lassen sich Prozess-Teams finden, die durchaus im Sinne des Empowerments agieren. In Heiden trifft sich z.B. für den Fall einer Notfall-Einlieferung ein Prozess-Team bestehend aus Tagesarzt, Ambulanz-Sanitäter, Pflegeperson, Röntgenfrau, die den Fall gemeinsam beurteilen und in eigener Kompetenz den weiteren Weg festlegen.

In Aarau geht die treibende Kraft für die Prozessorientierung vom CEO aus, der in Personalunion als Chef des Arztbereiches agiert. Aus Sicht der Ausrichtung auf die Prozesse ist dies sicherlich hilfreich, da die Frage nach den Machtpromotoren im vorliegenden Fall klar beantwortet wird. Der CEO kann gleichzeitig als Process-Owner aller Kernprozesse und als Leiter des Prozessstuegrremiums wirken. Die Chefärzte sind in ihrer Rolle als Mitglied der Betriebsleitung in die finanzielle Verantwortung eingebunden und dürften ebenfalls als Mitglieder des Prozessstuegrremiums gelten. Soweit die Autoren die Aussagen richtig einschätzen konnten ist zudem die Rolle eines medizinischen Controllers etabliert, der sich nebst den reinen Finanzfragen auch um das Prozesscontrolling (siehe 3.4.7) kümmert. Die operative Verantwortung hat der jeweilige Leiter eines klinischen Bereiches, ob er diese jedoch im Sinne eines Prozessmanagers (siehe 3.5.2) wahrnimmt, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht geklärt werden.

In allen Spitälern begegnet man Ansätzen, in der Leitung der verschiedenen Organisationsbereiche komplementäre Kompetenzen zusammen zu führen. Im Spital Aarau zeigt sich dies sehr deutlich, indem die Klinikleitungen durchgängig als Co-Leitungen (Arzt und Pflege) ausgestaltet sind. Dieses Modell kann als Versuch gesehen werden, die patientenbe-

zogenen Prozesse ganzheitlicher zu beurteilen. Eine interessante Lösung hat man in Thun gewählt, denn ein Coach übernimmt für jeden Patienten die Verantwortung vom Eintritt bis zum Austritt. Dies ist ein klarer Hinweis darauf, dass die Ausrichtung auf den Kunden geschehen ist, und dass als Prozess der Weg vom Eintritt bis zum Austritt gesehen wird. Im Sinne der vorliegenden Arbeit kann diese Person als Case-Worker (siehe 3.5.3) gesehen werden, der in Richtung des Kernprozesses seine Kompetenzen wahrnehmen kann. Im Interview hat sich denn auch gezeigt, dass das Personal in Thun jeweils im Sinne dieser Rolle eingearbeitet werden muss. Gemäss Aussage des Interviewpartners ist nicht jedermann für die Arbeit in flachen Hierarchiestrukturen gemacht, die Art der Arbeitserfüllung wird damit zum Selektionskriterium.

5.3.7 Vernetzte Information

Informationstechnologie wird in allen interviewten Spitälern sehr bewusst eingesetzt. Im Hinblick auf die Prozessgestaltung ist entscheidend, dass die benötigte Informationen möglichst jederzeit und überall erhältlich ist (siehe 3.3., 3.5.7, 3.6.1.4). Alle interviewten Spitäler haben Systeme im Einsatz, die das klassische Patientendossier aus Papier ergänzen oder bereits abgelöst haben und weitere Systeme, welche die Arbeiten rund um den Patienten ergänzen.

Das Spital Aarau hat 2006 ein elektronisches Patientendossier eingeführt, zudem besteht ein System zur digitalen Archivierung von Röntgenbildern. Das Leistungserfassungssystem der Pflege ermöglicht es, aussagekräftige Kennzahlen des Pflegeaufwands verschiedener Patientengruppen zu kennen (Jahresbericht 2006: 33). Das bereits unter 5.3.3 beschriebene MIPP (Management integrierte Patienten Pfade) geht über das finanzielle Controlling und die Buchhaltung hinaus und lässt Aussagen über die Prozesse zu. Im Interview wurde denn auch die Informationstechnologie als Schlüssel zur Effizienzsteigerung bezeichnet.

Auch das Spital Thun ist im Bereich der vernetzten Informationstechnologien weit fortgeschritten. Das KIS genannte Klinikinformationssystem ist das zentrale IT Instrument, welches der Vernetzung, internen Kommunikation und Informationsübermittlung dient. Ferner ist ein Radiologie-

informations- und Bildspeichersystem im Einsatz. Aus dem Jahresbericht 2006 (S. 10) geht hervor, dass durch ein Wireless LAN die Krankendokumente am Patientenbett jederzeit verfügbar sind und die ganze Prozesskette somit mit elektronischer Hilfe gesichert ist. Der Patient wird mit einem elektronischen Armband (Barcode) eindeutig identifiziert, mit dem auch die Medikamente und der Verabreichende erfasst werden, um Verwechslungen bei Abgabe von Medikamenten oder Transfusionsfehler auszuschliessen.

Im Spital Heiden wird zurzeit KISAR (Klinikinformationssystem Appenzell A.Rh.) eingeführt, das als wichtiges Ziel die Optimierung der Prozesse entlang der Patientenpfade zum Ziel hat. Gemäss Businessplan 2007 des Spitalverbundes AR (S.17) möchte man mit dieser Massnahme Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit erhöhen. KISAR soll in den klinischen Bereichen das elektronische Patientenmanagement ermöglichen, zudem sollen Information aus dem Arzt-, Pflege-, paramedizinischen und diagnostischen Bereich (Röntgen, Labor) verknüpft werden. Doppelspurigkeiten, Mehrfachablagen und Medienbrüche sollen mit dem System vermieden werden. Zudem soll ein System zur Speicherung und Archivierung von digitalen Bilddaten insbesondere im Bereich der Radiologie eingeführt werden.

Die Spitäler Chur und Schwyz stehen den bereits erwähnten Organisationen betreffend Informatikunterstützung in nichts nach, nur die Kurzbezeichnungen der Systeme unterscheiden sich. Interessanterweise erwachsen auch von Seite der Gesetzgebung Anforderungen an die IT. So ist das Spital Chur als Stiftung neu gehalten, ein internes Kontrollsystem (IKS) einzuführen. Auch die Vorschrift, eine Risikoabschätzung durchzuführen, verlangt nach einer technologischen Lösung. Da Informatik immer einer Unterstützung der Geschäftsprozesse sein sollte, stellt sich die Frage, wer die Prozesse in die Systeme überträgt, umso mehr als dass – wie unter 5.3.2 gesehen – diese nur in kleinem Mass dokumentiert sind. Am Beispiel Schwyz ist es eine Person, die dazu bestimmt ist, die Systeme entsprechend der Aufgaben des Spitals zu parametrisieren. Wie in den anderen Spitälern sicher gestellt wird, dass die Systeme

die Abläufe auch wirklich unterstützen, konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht eruiert werden.

5.3.8 Förderung der Prozesskultur

Wie im Kap. 4.8 ausgeführt soll unter diesem Prüfpunkt Indizien nachgegangen werden, die auf eine Förderung der Prozesskultur hindeuten. In der Tat wurden die Autoren im Rahmen der Interviews fündig. Das Spital Heiden strebt an, das Denken und die Kultur aller Mitarbeitenden dahingehend zu entwickeln, dass in Prozessen gedacht wird. Erreicht werden soll dies unter anderem durch die Schulung des Aspekts der Prozessorganisation in der Führungsausbildung. Herauszustreichen ist, dass sich der Aspekt des Prozessdenkens auch in den Pflichtenheften einzelner Mitarbeitenden wieder findet. Monatlich werden zudem die Finanzkennzahlen mit den leitenden Angestellten thematisiert. Gemäss den Interviewpartnern sollen die Mitarbeitenden mit dieser Massnahme zu Betroffenen gemacht werden, die dadurch ein eigeninitiatives Interesse an der Optimierung der Prozesse entwickeln.

Die Tatsache, dass im Kantonsspital Graubünden die Ansätze zu einer Prozessorientierung unterstützt werden, deutet auf eine Förderung dieser Kultur hin. Ähnlich wie in Schwyz geschieht diese Förderung jedoch nicht systematisch, ist es mehr ein positives Ermutigen als ein nachdrückliches Einfordern einer Ausrichtung auf Prozesse. Aus Sicht des Interviewpartners in Thun ist das Denken in Prozessen in den Köpfen der Mitarbeitenden bereits verwurzelt. Deutlich wird dies unter anderem an der Tatsache, dass das Element der Prozessorientierung potentiellen neuen Mitarbeitenden beim Vorstellungsgespräch erläutert wird. Gemäss Aussage des CEOs haben Personen die Unternehmung verlassen, die sich in der Art des Arbeitens in Prozessen – und damit in flachen Hierarchien – nicht finden konnten. Die Ausrichtung auf Prozesse ist Teil der Kaderschulungen.

Wie Vahs (2002: 221) formuliert, ist das Umdenken der Mitarbeitenden und Führungskräfte ein wichtiges Element auf dem Weg zur prozessorientierten Organisation. Sie müssen zu unternehmerisch denkenden und handelnden Prozessmitarbeitern werden, die sich flexibel auf ihre inter-

nen und externen Kunden einstellen. Diese Art zu denken war bei allen Interviewpartnern stark spürbar. Es blieben keine Zweifel, dass diese Personen starke Promotoren für die Idee der prozessorientierten Organisation sind.

5.3.9 Formulierte Prozessstrategie

Wenn sich die Spitäler einer gewissen Messbarkeit aussetzen wollen, erscheint es wesentlich, dass sie ihre Prozessorientierung gegen aussen kund tun. Nicht jedes Spital hat diesen Schritt jedoch getan, wobei die effektive Ausrichtung auf Prozesse und das formulierte Commitment nicht zwingend übereinstimmen müssen. So unternehmen die Spitäler Schwyz und Chur durchaus Schritte hin zu einer prozessorientierten Organisation, obschon in den offiziellen, strategiebezogenen Dokumenten davon nichts zu finden ist.

Die Spital Thun-Simmental AG formuliert in der Einleitung zu Strategie den Satz „im Vordergrund steht für die Geschäftsleitung die Frage, wie die STS AG ihre Prozesse optimal gestalten kann bezüglich Finanzen, Mitarbeiter, Strukturen und Infrastruktur“. Zudem wird die Balanced Scorecard als Instrument erwähnt, um alle Aktivitäten auf die Unternehmensziele auszurichten mit vier Perspektiven der operativen Ziele: Finanzen, Kunden, Prozesse und Potential. Auf Seite 7 wird die Prozess-Perspektive weiter ausgeführt:

1. Wir pflegen ein aktives Schnittstellenmanagement, um die Zusammenarbeit der am Patientenprozess beteiligten internen und externen Stellen laufend zu verbessern.
2. Wir verbessern laufend die Effizienz unserer Diagnose-, Behandlungs-, Betreuungs- und Administrationsprozesse.
3. Wir setzen uns aktiv mit der Sicherung und Förderung der Prozess- und Ergebnisqualität unserer Leistungen auseinander, mit dem Ziel „first time right“ und erarbeiten die hierfür nötigen Benchmarks.

Zur Vernetzung und Steuerung findet sich folgender Satz: „Die IT ist ein entscheidender Erfolgsfaktor um die STS AG erfolgreich in die Zukunft zu führen. Deshalb soll die Informatik nicht nur im administrativen Kernprozess, sondern auch zur Steuerung des gesamten Patientenprozesses

eingesetzt werden (...).“ Auch im Bezug auf die Prozessorientierte Kultur lässt sich eine Formulierung finden: „Für eine umfassende, ganzheitliche und prozessorientierte Behandlung und Betreuung der Patienten muss die interdisziplinäre, partnerschaftliche Zusammenarbeit weiterhin gestärkt und in der Unternehmenskultur verankert werden.“

So umfassend wie die STS AG formuliert kein anderer Interviewpartner die Ausrichtung auf Prozesse. Aber auch im Businessplan des Spitals Heiden findet sich folgende Position: „Wer die Erwartungen seiner Kunden hervorragend erfüllen will, muss wettbewerbsfähige Leistungsprozesse realisieren.“ Und auch Heiden hat eine Balanced Scorecard eingeführt, die als ein geeignetes Managementsystem bezeichnet wird, um eine Unternehmensstrategie in den vier Perspektiven Finanzen, Kunden, Prozesse und Innovation/Potential zu definieren. Im Jahresbericht des Kantons Aarau von 2006 (vgl. Kantonsspital Aarau 2007: 4) bezeichnet der Verwaltungsratspräsident die effizientere Gestaltung der Patientenfunde sowie die Verbesserung der Behandlungsprozesse als Schlüsselfaktoren auf dem weiteren Weg der Unternehmung. Gemäss seiner Aussage ist beides am KSA - insbesondere dank „MIPP“ - schon weit fortgeschritten. Ferner führt er aus, dass die Abläufe in Diagnose, Therapie und Pflege weiter zu standardisieren seien mit dem Ziel der effizienteren Behandlungen und Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

6.1 Einleitung

Um die Erkenntnisse, die aus den Analysen der besuchten Spitäler gezogen werden können, besser zu verstehen, erinnern wir uns nochmals an die Besonderheiten der Spitalorganisation (vgl. Kapitel 4). Ein Spital ist ein Dienstleistungsunternehmen, das durch seine Leistung beim Kunden (Patient) unmittelbar eine Zustandsänderung herbeiführt. Der Kunde ist dann zufrieden mit der Leistung, wenn er die Zustandsänderung als Verbesserung erlebt und er das Spital in möglichst kurzer Zeit wieder verlassen kann. Die Gesundheit ist weitestgehend ein subjektives und sehr individuell empfundenes Gut, das im Spital „bearbeitet“ wird. Die Leistung des Spitals ist somit nicht einfach streng objektiv zu erfassen. Die Kundschaft als ganzes hat zudem als Krankenkassenprämien- und Steuerzahler ein Interesse, dass die Leistungen im Spital kostengünstig erbracht werden. Trotz den ökonomischen Auflagen hat ein Spital auch gesellschaftlich-soziale Aufgaben (Schutzort, Gleichbehandlung, Berufsbildung) und grössere Spitäler zusätzlich einen Forschungs- und Lehrauftrag zu erfüllen. Die Leistungserbringung ist in einem Spital durch eine hohe Spezialisierung, insbesondere im medizinischen (Arzt und Pflege) Bereich, geprägt. In der strategischen und operativen Führung des Unternehmens muss das Spannungsfeld zwischen den ärztlichen, auf den Berufserfolg fokussierten Interessen und der auf den Unternehmenserfolg ausgerichteten Verwaltungsoptik überbrückt werden.

In der Schweiz bahnt sich eine Änderung für die öffentlichen Spitäler an, welche im Ausland schon vor mehreren Jahren begonnen hat. Mit den Beschlüssen des Parlaments im Rahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (vgl. Kapitel 2.3) werden die Spitäler aus stabilen und noch relativ überschaubaren Rahmenbedingungen in ein dynamisches, komplexes Wettbewerbsumfeld geschoben. Gemäss Tabelle 7 in Kapitel 3.2 wird sich dieser Wechsel auch auf die Organisation auswirken. Ein noch eher nach Taylor organisiertes Unternehmen wird im neuen Umfeld voraussichtlich Mühe bekunden. Die Spitäler werden sich mit

moderneren Organisationsformen wie z.B. der Ausrichtung nach den Prozessen, auseinandersetzen müssen.

Bei der Erfüllung der Kernkompetenz eines Spitals – der Verbesserung des Gesundheitszustandes – steht der Patient (= Kunde) im Zentrum. Die Wertschöpfungskette (vgl. Kapitel 3.3) des Krankenhauses beginnt und endet beim Patienten. Sie beinhaltet die medizinische und pflegerische Versorgung (Diagnose, Therapie), umfasst alle unterstützenden Aufgaben (Hotellerie, Serviceleistungen) und hat Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Organisationen zu gewährleisten (einliefernde Ärzte, Pflegeheime, Spitex). Die Autoren sind der Meinung, dass ein Spital aufgrund der starken Kundenorientierung und der relativ offensichtlichen Aufteilung der Aktivitäten in Kern- und Supportprozesse für eine Prozessorganisation prädestiniert ist.

6.2 Validität der Prüfpunkte

Konnten die erhofften Erkenntnisse mittels der neun im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Prüfpunkte erzielt werden? Sowohl die Interviews wie auch die zur Verfügung stehenden Materialien wurden unter dem Gesichtspunkt dieser Indikatoren ausgewertet. Wie das 5. Kapitel zeigt, haben es die Prüfpunkte ermöglicht, einen Überblick über die Prozessorientierung in den untersuchten Spitälern zu erlangen. Im Rahmen der Interviews wurden zwar weitere grundsätzlich interessante Informationen – z.B. zum Grund des Wechsels der Organisationsform – erwähnt. Diese waren jedoch nicht unmittelbar für eine Beurteilung des Stands der Prozessorientierung verwendbar und blieben deshalb unberücksichtigt.

Alle Informationen mit relevantem Inhalt für den Fokus der vorliegenden Untersuchung, die den Autoren im Rahmen der Interviews und des Studiums der erhältlichen Dokumente zugänglich waren, konnten den verwendeten Prüfpunkten zugeordnet werden. Die Betrachtung ist in diesem Sinn umfassend. Auf eine Gewichtung der einzelnen Punkte untereinander wurde bewusst verzichtet. Dies erscheint rückblickend sinnvoll, denn jedes Element für sich stellt für eine prozessorientierte Organisation einen wichtigen Aspekt dar. Interessant könnte die Fragestellung sein, in welcher Reihenfolge man sich bei der Einführung einer prozess-

orientierten Organisation den einzelnen Prüfpunkten annehmen soll. Diesem Aspekt des Change-Managements müsste sicherlich in einer eigenständigen Untersuchung nachgegangen werden.

6.3 Erkenntnisse

In allen Spitälern konnten – in unterschiedlichem Ausmass – Elemente einer prozessorientierten Organisation erkannt werden. Dies wurde angesichts des Auswahlverfahrens (siehe 5.1.1) erwartet, kann nun aber auch aufgrund der gemachten Erkenntnisse bestätigt werden. Das Fremd- und das Selbstbild der interviewten Spitäler decken sich also durchaus mit den untersuchten und beurteilten Kriterien. Im Grad der Prozessorientierung sind Unterschiede auszumachen wie auch ein differenziertes Stärken/Schwächen-Profil gezeichnet werden kann. Die folgende Tabelle soll im Bezug auf die untersuchten Prüfpunkte eine Übersicht über den Stand der Prozessorientierung in den interviewten Spitälern ermöglichen. Angesichts der begrenzten zur Verfügung stehenden Informationen und der zeitlichen Restriktion der vorliegenden Arbeit kann nur eine grobe Bewertung der einzelnen Kriterien vorgenommen werden.

Die nachfolgenden Symbole sind folgendermassen zu lesen: ☹ = im Rahmen der Interviews wurde kein Element gefunden; 😊 = ein bis zwei Elemente wurde gefunden; 😄 = mehrere Elemente wurden gefunden und scheinen etabliert.

Tabelle 23: Grad der Prozessorientierung der untersuchten Spitäler

Prüf-punkt	Elemente der Prozessorientierung	Aarau	Chur	Thun	Schwyz	Hei-den
P1	Definierte Prozesse	☹	☹	☹	☹	☹
P2	Dokumentierte Prozesse	☹	☹	☹	☹	☹
P3	Prozesscontrolling und -optimierung	☹	☹	☹	☹	☹
P4	Kundenorientierung	☹	☹	☺	☹	☹
P5	Prozessorientierte Strukturgestaltung	☹	☹	☹	☹	☹
P6	Prozessorientierte Rollen und Empow-erment	☹	☹	☹	☹	☹
P7	Vernetzte Information	☺	☺	☺	☺	☹
P8	Prozesskultur	☹	☹	☹	☹	☹
P9	Formulierte Prozessstrategie	☹	☹	☺	☹	☹

Die Befunde zu zwei Prüfpunkten stechen als Erstes ins Auge:

- P2: Die Prozesse sind bei keinem der Interviewpartner umfassend dokumentiert. Nur in Chur, Heiden und Schwyz wurden erste Schritte auf dem Weg zu einer Prozessdokumentation im Sinne von Kapitel 3.4.6 vorgelegt.
- P7: Im Bereich der vernetzten Information haben alle Spitäler bereits einen sehr guten Stand erreicht. Die Bedeutung Informatik als Unterstützung für die Geschäftsprozesse (siehe 3.6.1.4) scheint erkannt zu sein, die Grundlagen für eine prozessorientierte Organisation sind geschaffen.

Die ungenügende Dokumentation erscheint den Autoren also problematisch. Wie in Kapitel 3.4.6 dargelegt, ermöglicht erst die Dokumentation von Prozessen die Festlegung eines klaren Sollprozesses, der seinerseits die Voraussetzung für ein nachhaltiges Prozesscontrolling schafft. Die dokumentierten Prozesse sind zudem die Basis für eine Diskussion über die Prozesse selbst und damit über die Zuständigkeiten und Wei-

terentwicklungen. Auch ein Informatiksystem kann nur diejenigen Prozesse unterstützen, die den ausführenden Programmierern dokumentiert vorgelegt werden. Interessanterweise haben die Interviews gezeigt, dass die Prozesse in den eingesetzten Systemen oftmals hinterlegt zu sein scheinen. Es sieht so aus, als ob die Gelegenheit zur gleichzeitigen Dokumentation der Prozesse oft nicht genutzt wurde.

Der hohe Grad an implementierter Vernetzung der Information ist ein erfreuliches Ergebnis, stellt diese doch einen wichtigen (Grund-)Baustein für die Etablierung prozessorientierten Arbeitens dar. Wie in Kapitel 3.6.1.4 dargelegt, ermöglicht erst die informationelle Vernetzung die Überwindung geographischer Distanzen oder die Integration von Aufgaben durch die Koordination zwischen den Teilaufgaben. Das Wissen kann besser generiert und verteilt werden, es ergeben sich neue Möglichkeiten zur Analyse der gewonnenen Informationen. Die untersuchten Spitäler haben die Wichtigkeit dieser Vernetzung verstanden und eine Basis geschaffen, die weitere Schritte auf dem Weg zu einer prozessorientierten Organisation ermöglicht.

Der Vergleich der Spitäler untereinander zeigt auf, dass die konsequenteste Ausrichtung auf Prozesse in Thun – knapp gefolgt von Aarau, Chur und Schwyz – vorgefunden werden kann. Die STS AG gibt in ihrer Unternehmensstrategie das Versprechen einer Fokussierung auf Prozesse ab, das sie gemäss den vorliegenden Erkenntnissen auch halten kann. Das Denken in Prozessen, die sich ihrerseits auf die Patienten ausrichten, begegnete den Autoren als gelebte Kultur. Die durchaus ökonomischen Ziele der Aktiengesellschaft sollen mit dem Mittel der Prozessorientierung erreicht werden, die Optimierung der Prozesse steht im Mittelpunkt. Aber auch die STS AG zeigt gemäss den untersuchten Prüfpunkten noch Lücken, hat noch nicht in allen Bereichen ein ausgeprägt prozessorientiertes Profil.

Alle Spitäler glänzen mit einzelnen Elementen, die durchaus auch in anderen Betrieben Schule machen könnten. Das System MIPP und die dahinter stehenden Überlegungen lassen das Spital Aarau hinsichtlich der Verknüpfung von Finanz- und Prozesscontrolling als vorbildlich erscheinen. Die Regelung der Notaufnahme in Heiden wirkt beispielhaft. Das

Kantonsspital Graubünden hat insbesondere im Bereich Services einen hohen Grad an (ISO-) Zertifizierungen erreicht, die eine grosse Zahl an beschriebenen Prozessen mit sich bringt. Die Verknüpfung von Qualitätsmanagement und Prozessmanagement erscheint im Spital Schwyz eine bestechende Lösung. Als Kehrseite dieser Einzelelemente hat sich der Eindruck gefestigt, dass die verschiedenen Unternehmungen voneinander nicht sehr stark profitieren, jedes Spital also seine eigene Lernkurve durchläuft und damit auch oft das Rad neu erfinden muss. Ein Blick über die Spitalmauern und Kantons Grenzen hinweg dürfte dem Etablieren einer prozessorientierten Organisation förderlich sein und manche Schwierigkeiten auf dem Weg zu einer optimalen Organisation lösbarer erscheinen lassen.

Aufgefallen ist, dass kein Interviewpartner die etablierten Begrifflichkeiten der Prozessorganisation verwendete, wie sie im 3. Kapitel dargelegt werden. Dies lässt die Frage aufkommen, inwiefern sich die Organisationen mit der Frage der Prozessorientierung wissenschaftlich auseinandergesetzt haben. Auch wenn nicht zu erwarten ist, dass die Positionierung einer prozessorientierten Organisation in der historischen Geschichte oder des modernen Begriffsverständnis von Organisation dargelegt werden kann, zumindest das Auftauchen einzelner Rollenbezeichnungen wäre zu erwarten gewesen. Wie kann der Process-Owner seine Funktion ausüben, wenn er nicht als solcher beschrieben ist? Ist sich die Geschäftsleitung bewusst, dass es neben ihr noch ein Prozesssteuergremium bräuchte bzw. dass sie diese Aufgabe selber wahrnehmen sollte?

Diese Fragen im Bezug auf die Rollen stellen sich auch im Hinblick auf Elemente der Struktur oder des Prozesses, da weder „Kompetenzzentrum“ noch „Kernprozess“ oder „Supportprozess“ Verwendung fanden. Dies ist um so bemerkenswerter, als dass – wie unter 5.3.1 oder 5.3.5 dargelegt – durchaus Kompetenzzentren oder Support- und Kernprozesse ausgebildet sind. Auch wenn glaubhaft von einer Kultur der Prozesse gesprochen wird und sich die z.B. die Radiologie als Kompetenzzentrum und die Hotellerie als Supportprozess präsentiert, dementsprechend bezeichnet werden sie nicht. Diese Tatsache lässt zumindest die Frage

aufkommen, inwiefern sie bewusst als solche konstruiert wurden. Da es nicht das Ziel der vorliegenden Arbeit war, diesen Fragen nachzugehen, muss die Antwort offen bleiben.

Eine erfreuliche Erkenntnis war das hohe Engagement der Interviewpartner für eine prozessorientierte Sichtweise auf die Organisation. Angesichts der Tatsache, dass eine Entwicklung vom reinen Funktionsdenken hin zum prozessorientierten Denken sehr herausfordernd erscheint und der Veränderungsprozess von der Führungsebene gewollt und gefördert werden muss, ist dies ein gutes Zeichen für eine nachhaltige Entwicklung. Das Denken in Prozessen scheint aktuell zwar gefördert zu werden, gefordert wird es jedoch noch kaum. Es hängt stark von der Initiative von Einzelpersonen ab, ob in den verschiedenen Organisationseinheiten Prozesse bezeichnet und gelebt werden. Von einer systematisch prozessorientierten Organisation kann aus Sicht der Autoren nicht gesprochen werden, der Schritt zu einem wirklich funktionsübergreifenden Ablauf der Prozesse scheint vielerorts noch ausstehend zu sein.

Wie die Untersuchungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit zeigen, ist das Element der Kultur – insbesondere die Förderung der Prozesskultur – zentral bei der Etablierung einer prozessorientierten Organisation. Sich auf Prozesse auszurichten bedeutet in erster Linie ein Umdenken auf allen Stufen und bei allen Funktionen der bestehenden Organisation. Die Prozessorientierung sollte nicht nur in Businessplänen formuliert sein und sich allenfalls in Organigrammen wieder finden lassen, sondern muss in die ordentlichen Führungszyklen und die entsprechenden Führungsinstrumente (Stellenbeschreibungen, Beurteilung der Mitarbeitenden etc.) einfließen. Nur auf diesem Weg kann die Verknüpfung der Strategie mit der effektiv gelebten Kultur einer Unternehmung sichergestellt werden.

6.4 Gründe für den derzeitigen Stand der Prozessorientierung

Die Autoren haben festgestellt, dass in keinem der untersuchten Spitäler die Modifizierung „vom Arbeiten in Funktionen zum Denken in Prozessen“ umfassend geschehen ist. Es sind jedoch überall Elemente gefun-

den worden, welche eine Orientierung der Organisation auf die Prozesse zeigen und es ist ein Trend in die gewünschte Richtung festzustellen. Welche Erklärungen für den derzeitigen Stand der Prozessorientierung in den untersuchten Spitälern sind erkennbar?

1. Die grosse Umfeldveränderung steht den Schweizer Spitälern erst noch bevor. Wann die vom Parlament in diesem Jahr beschlossenen Änderungen im KVG in Kraft treten, ist noch nicht bekannt. Klar ist jedoch, dass sich die Spitäler mit der Einführung der schweizweit einheitlichen Fallpauschalen für den stationären Bereich, der modifizierten freien Spitalwahl sowie der Gleichbehandlung der Privatspitäler in der Finanzierung einem harten Wettbewerb und der Konkurrenz zu stellen haben. Der Druck zur Überprüfung und Optimierung der Organisationsstrukturen ist damit in der Schweiz erst jetzt ausgelöst worden.
2. Tatsache ist, dass in den meisten Spitälern in der Organisationsgestaltung die leistungsbereichs- und leistungsstellenbezogene Sicht überwiegt (vgl. Saladin 2007: 341 und Haubrock 2002: 130). Mit der hohen Arbeitsteilung und vielen Hierarchiestufen sind sie der tayloristischen Organisationsform zuzuordnen. Wir vermuten, dass die hohe Spezialisierung im medizinischen und pflegerischen Bereich, die dominierende Stellung der Ärzte in der Führung und der bisher schwache ökonomische Druck die Organisation der Spitäler bisher geprägt hat.
3. Die Autoren sind der Meinung, dass die Einführung der Prozessorientierung in einer Organisation nicht von heute auf morgen möglich ist. Es ist ein Kulturwandel nötig, welcher sich in allen Ebenen und Funktionen zu entwickeln hat. Er muss von der Führung initiiert und konsequent angetrieben werden. Es braucht jedoch Zeit, bis hierarchische Abstufungen zwischen den drei verschiedenen Berufsgruppen - Ärzte, Pflege, Management - aus den Köpfen verschwinden, bis sich die verschiedenen Spezialisten als Bestandteil eines Prozesses fühlen, bis Ärzte die unternehmerische Verantwortung für ganze Prozesse mittragen. Die vorliegende Studie zeigt dies am Beispiel des Spitals Thun, welches im Raster der

Prüfpunkte (vgl. Tabelle 23) den höchsten Grad der Prozessorientierung erreicht. Thun hat von den untersuchten Spitälern am frühesten ein klar prozessorientiertes Element in die Organisationsstruktur eingeführt. Nach einer strategischen Standortbestimmung wurde 1998 das System des Patientencoach gestartet (vgl. Tschanz 1999: 12 ff.). Projektverantwortlich und somit treibende Kräfte waren der Spitaldirektor und ein Chefarzt. Das Prozessdenken wurde seither von der Spitaldirektion konsequent auf allen Stufen weiter gefördert.

4. Zu Beginn der vorliegenden Arbeit haben die Autoren die Hypothese aufgestellt, dass die Einführung der Entschädigung über Fallpauschalen die Spitalorganisation in Richtung mehr Prozessorientierung entwickeln wird. Aus der vorliegenden Untersuchung geht hervor, dass die Spitäler (Aarau, Chur, Schwyz, Thun), welche bereits jetzt von ihrem Kanton und zum Teil auch von den Krankenkassen mit Fallpauschalen entschädigt werden, mehr Elemente einer prozessorientierten Organisation aufweisen. Dies stützt diese Hypothese. Erst die Entschädigung über Fallpauschalen wird die Weiterentwicklung der Prozessorientierung in den übrigen Spitälern antreiben.

6.5 Empfehlungen

Was auch immer der Antrieb für eine Ausrichtung auf Prozesse sein mag, ob DRG der wichtigste Treiber ist oder die Energie zur Veränderung hauptsächlich von innerhalb der Organisation kommt: Die Ausrichtung auf die wesentlichen Kernprozesse ist für die künftige Entwicklung der Spitalorganisationen ein zentrales Element. Der Entscheid des Parlaments, dass in wenigen Jahren alle Spitäler mit SwissDRG abrechnen müssen, leistet dieser Tendenz zusätzlichen Vorschub (vgl. Santésuisse 2007). Wie es sich zeigt, gibt es nicht *das* Rezept zur Ausrichtung auf Prozesse. Vielmehr erscheint es wichtig, sich in der Reflexion der Implikationen einer Prozessorientierung bewusst zu werden und die Konsequenzen für den eigenen Betrieb zu prüfen. Es ist dabei wichtig, den nötigen Blick auf die fachliche Spezialisierung nicht zu vernachlässigen. Aufgrund der Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit können die Autoren

folgende neun Empfehlungen formulieren, welche bei der Prozessorientierung einer Organisation berücksichtigt werden sollten:

1. Eine nachhaltige Prozessorientierung braucht eine **Kultur** des Denkens in Prozessen. Der Schritt vom "Prozesse verwalten" zum "Prozesse managen" ist nur möglich, wenn das gesamte Unternehmensgeschehen von der Prozessidee durchdrungen wird.
2. Die Ausrichtung auf Prozesse muss Teil der **Strategie** einer Unternehmung sein, an diesem klaren Statement soll sie gemessen werden.
3. Für die nachhaltige Etablierung der Prozessorientierung in einem Spital sind **Promotoren** zu bestimmen, die hierarchisch möglichst hoch angesiedelt sind und von der Ausrichtung auf Prozesse überzeugt sind.
4. Die Analyse der bestehenden Organisation unter **wissenschaftlichen Gesichtspunkten** kann aufzeigen, dass bereits heute Kompetenzzentren, Kern- und Supportprozesse etabliert sind, ohne dass diese bewusst so benannt werden.
5. Die bestehenden **Prozesse** sind zu **definieren** und auf den **Kunden** auszurichten. Die Definition von neuen Prozessen ist zu fördern.
6. Mindestens die definierten Kernprozesse, besser auch die wichtigsten Supportprozesse sind zu **dokumentieren**. Darauf aufbauend ist ein **Sollzustand** zu definieren.
7. Mit dem Sollzustand als Basis sind Indikatoren zu setzen, die ein **Prozesscontrolling** ermöglichen. Es ist von Vorteil, wenn dieses in naher Verbindung zum Qualitätsmanagement steht. Ausgehend vom Prozesscontrolling ist die stete **Optimierung** der Prozesse sicher zu stellen.
8. Das **Personal** ist so auszuwählen und auszubilden, dass es die **Rollen** einer prozessorientierten Organisation ausfüllen kann.
9. Um das Ausmass der Prozessorientierung zu analysieren, kann die Anwendung der im Rahmen dieser Arbeit beschriebenen **Prüfpunkte** hilfreich sein.

LITERATURVERZEICHNIS

- Benz Doris* (2007): Unternehmerische Spitalführung. Ein integriertes Konzept für öffentliche Spitäler in der Schweiz. Dissertation der Universität St. Gallen, Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften (HSG), Dissertations Nr. 3258, Difo-Druck GmbH, Bamberg 2007
- Bruderer, Martin / Vogt, Rita* (2007): Praxishandbuch der Leistungserfassung im Spital, OrganisationsWissen Nr. 11, Schweizerische Gesellschaft für Organisation und Management SGO, Glattbrugg 2007
- Brunner, Hans Heinrich / Cueni, Stephan / Januth, Reto* (2007): Krankenversicherung. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg v. Kocher, Gerhard/Oggier, Willy, 3. Auflage, Bern 2007, S. 151-170
- Eichhorn, Siegfried* (1975): Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Bd 1, 3. Auflage, Stuttgart 1975
- Eichhorn, Siegfried* (1996): Erfolgreiches Management braucht ein prozessorientiertes Controlling - Arbeitsprozesse müssen patientenorientiert harmonisiert und koordiniert werden. In: Krankenhaus-Umschau, 3, 1996, S. 180
- Gaitanides, Michael* (2007): Prozessorganisation, 2. Auflage, Verlag Franz Vahlen, München 2007
- Gebel, Franziska/Stampfli, Kurt* (2007): Militärversicherung. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg v. Kocher, Gerhard/Oggier, Willy, 3. Auflage, Bern 2007, S. 211-219
- Griese, Joachim / Sieber, Pascal* (2001): Betriebliche Geschäftsprozesse: Grundlagen, Beispiele, Konzepte, Haupt Verlag, Bern Stuttgart Wien 2001

- Hagen, Nils / Nyhuis, Peter / Frühwald, Christian / Felder, Martin (Hrsg.)* (2006): Prozessmanagement in der Wertschöpfungskette, Haupt Verlag, Bern Stuttgart Wien 2006
- Hänggeli, Christoph/Stettler, Simon/Jau, Jürg/Hersperger, Martina/Bradke, Sven* (2007): Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg v. Kocher, Gerhard/Oggier, Willy, 3. Auflage, Bern 2007, S. 47-57
- Haubrock, Manfred/ Peters, SHF/Schär, Walter (Herausgeber)* (1997): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, Berlin 1997
- Haubrock, Manfred/Schär, Walter (Herausgeber)* (2002): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern 2002
- Hofer, Marianne* (1987): Patientenbezogene Krankenhausorganisation, Berlin 1987
- Hurlebaus, Thomas* (2004): Strategiekonforme Organisationsgestaltung von Krankenhäusern. Eine theoretische und empirische Analyse, Wiesbaden 2004
- Interpharma* (2006): Das Gesundheitswesen in der Schweiz, 26. Auflage, Interpharma, Basel 2006, erscheint jährlich
- Jordan, Dominique/Ray, Didier* (2007): Apotheken und Drogerien. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg v. Kocher, Gerhard/Oggier, Willy, 3. Auflage, Bern 2007, S. 13-28
- Jossen, Raphael* (1999): Change-Management im Spital. Konzeptionelle Grundlagen, Fallstudie, Handlungsempfehlungen, Lizentiatsarbeit der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern, Bern 1999

-
- Jung, Berndt* (2002): Prozessmanagement in der Praxis: Vorgehensweisen, Methoden, TÜV-Verlag, Köln 2002
- Junker, Christoph* (2007): Gesundheit und Lebenserwartung. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg v. Kocher, Gerhard/Oggier, Willy, 3. Auflage, Bern 2007, S. 59-70
- Kanwischer, D.* (2002): Experteninterviews. Stellenwert, Auswertungsmethoden und Verwendungsmöglichkeiten. In: Kanwischer D./Rhode-Jüchtern T. (Hrsg.), Qualitative Forschungsmethoden in der Geographiedidaktik, 2002, S. 90-112
- Kocher, Gerhard/Oggier, Willy* (2007): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, 3. Auflage, Bern 2007, S. 333-351
- Kromrey, Helmut.* (2002): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung, 10. überarb. Auflage, Opladen 2002
- Leuenberger, Ralph/Mauo-Potenza, Gisella* (2007): Invalidenversicherung. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg v. Kocher, Gerhard/Oggier, Willy, 3. Auflage, Bern 2007, S. 101-107
- Meuser, M./ Nagel, U.* (1991) : ExpertInneninterviews. vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D./ Kraimer, K. (Hrsg.), Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen, Opladen 1991, S. 441-471
- Morra, Francesco* (1996): Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement, Dissertation der Universität St. Gallen, Bern/Stuttgart/Wien 1996
- Oggier, Willy* (2007): Kosten und Finanzierung. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg v. Kocher, Gerhard/Oggier, Willy, 3. Auflage, Bern 2007, S. 129-138

- Osterloh, Margrit / Frost, Jetta (2003):* Prozessmanagement als Kernkompetenz, 4. Auflage, Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2003
- Saladin, Peter/Wegmüller, Bernhard/Gillioz, Anne/Bienlein, Martin (2007):* Spitäler. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg v. Kocher, Gerhard/Oggier, Willy, 3. Auflage, Bern 2007, S. 333-351
- Schedler, Kuno (1993):* Anreizsysteme in der öffentlichen Verwaltung, Bern/Suttgart/Wien 1993
- Thom, Norbert / Ritz, Adrian (2006):* Public Management, Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor, 3. Auflage, Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2006
- Thommen, Jean-Paul (2002):* Management und Organisation, Konzepte Instrumente Umsetzung, Versus Verlag AG, Zürich 2002
- Vahs, Dietmar (2003):* Organisation Einführung in die Organisationstheorie und -praxis, 4. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 2003
- Wyler, Daniel (2007):* Tarife. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg v. Kocher, Gerhard/Oggier, Willy, 3. Auflage, Bern 2007, S. 373-382
- Ziegenbein, Ralf (2001):* Klinisches Prozessmanagement. Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablauforientierten Krankenhausführung. In: Band 3 der Reihe „Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen, Eiff von, Wilfried (Hrsg.), Gütersloh 2001

QUELLENVERZEICHNIS

Bund

- BAG (2006), Bundesamt für Gesundheit: Statistiken zur Krankenversicherung. Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2004, Bern 2006, S. 13 ff
- BFS (2005), Bundesamt für Statistik: Analyse der Effizienz und Produktivität in den Schweizer Spitälern. Zusammenfassung, Neuenburg 2005
- BFS (2006a), Bundesamt für Statistik: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2004 und jüngste Entwicklung, Neuenburg 2006
- BFS (2006b), Bundesamt für Statistik: Prognosen Kosten im Gesundheitswesens. Neuenburg 2006
- BFS (2006c), Bundesamt für Statistik: Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Krankenhaustypologie, Neuenburg 2006
- BFS (2006d), Bundesamt für Statistik: Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland, Neuenburg 2006
- BFS (2007), Bundesamt für Statistik: Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2005, Neuenburg 2007

Kantone

- Kantonsspital Aarau (2007): Jahresbericht 2006, Kantonsspital Aarau AG, Aarau 2007
- Kantonsspital Graubünden (2007): Jahresbericht 2006, Kantonsspital Graubünden, Chur 2007
- Spital Schwyz (2007): Geschäftsbericht 2006, Krankenhausgesellschaft Schwyz, Schwyz 2007

Spital STS AG (2007): Geschäftsbericht 2006, Internet: www.stsag.ch, 25.8.07

Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (2007a): Businessplan 2007, genehmigt vom Regierungsrat am 10. Oktober 2006, nicht veröffentlicht, S. 14 f

Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (2007b): Leistungsauftrag für den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, gültig ab 1. Januar 2007, genehmigt vom Regierungsrat am 19. Dezember 2006, Internet: www.spitalverbund.ch, 24.8.07

Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (2007c): Geschäftsbericht 2006, Spitalverbund AR, Heiden 2007

International

OECD (2005). Health Statistic 2003, www.oecd.org, 27. 7.07

OECD (2006): Reviews of Health System Switzerland,. OECD Publication, ISBN 92-64-02582-0, Paris 2006

Private

Frost, Jetta (2006): Organisatorische Gestaltung. Rererat im Rahmen des Studiengangs "Executive Master of Public Administration 2005/2007" an der Universität Bern

Santésuisse (2007): Rückblick auf die Frühjahrssession 2007 der eidgenössischen Räte aus gesundheitspolitischer Sicht, www.santesuisse.ch / Bereich Recht und Politik, 14.9.07

Tschanz, Edith (1999): Das Modell der Ganzheitlichen Prozessorganisation. Prozessmanagement anhand des praktischen Beispiels Patientencoach, Semesterarbeit an der Fachhochschule für Wirtschaft St. Gallen, NDS Integrales Spitalmanagement, St.Gallen 1999

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Prozessabwicklung in einer funktionalen Organisation	29
Abbildung 2:	Mängel traditioneller Organisationskonzepte	30
Abbildung 3:	Organisationsbegriffe	32
Abbildung 4:	Wertschöpfungskette mit Kernprozessen	36
Abbildung 5:	Die drei neuen Ideen des Business Reengineering	37
Abbildung 6:	Prozessmanagement im Überblick	39
Abbildung 7:	Vier-Phasen-Konzept der Prozessgestaltung	41
Abbildung 8:	Wertkettenmodell nach Porter	43
Abbildung 9:	Verschiedene Tiefen der Prozessarbeit	45
Abbildung 10:	Primär- und Sekundärprozesse an einem Beispiel	47
Abbildung 11:	Beispiel der Strukturierung eines Geschäftsprozesses	48
Abbildung 12:	Aktionsträger im Prozessmanagement	53
Abbildung 13:	Prozessorganisation als hybride Segmentierungsalternative	61
Abbildung 14:	Beispiel für ein Prozessmanagement als Sekundärorganisation	63
Abbildung 15:	Modelle der Ein- und Ausgliederung von Funktionen in Prozesse	66
Abbildung 16:	Unterschied zwischen einer funktions- und prozessorientierten Organisationsstruktur	68
Abbildung 17:	Das Modell der Prozessorganisation	72
Abbildung 18:	90 Grad Shift der Organisation	74
Abbildung 19:	Organisatorische Aktivitäten der Prozessgestaltung	76
Abbildung 20:	Zweistufiges Modell der Spitalproduktion	82
Abbildung 21:	Darstellung der Organisation eines Spitals: Teilweise Matrixorganisation	86
Abbildung 22:	Das hierarchische Prozessmodell (Ausschnitt)	90
Abbildung 23:	Organisatorischer Aufbau des klinischen Prozessmanagements	92
Abbildung 24:	Organigramm Kantonsspital Aarau AG	105
Abbildung 25:	Organigramm Kantonsspital Graubünden	108
Abbildung 26:	Organigramm STS AG	110
Abbildung 27:	Organigramm Spital Schwyz	112
Abbildung 28:	Organigramm Spital Heiden	115
Abbildung 29:	Prozessnetzwerk des Spitals Schwyz	118

Abbildung 30: Ressourcenorientierte Prozessdefinition	119
Abbildung 31: Beispiel für Prozessdokumentation – Chur	121
Abbildung 32: Organigramm Chur – Prozesssicht	126

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Statistischer Überblick über die Spitäler 2005	12
Tabelle 2:	Gross-, Mittel- und Kleinspitäler, 2006	15
Tabelle 3:	Aufteilung der Gesundheitskosten nach Leistungen	17
Tabelle 4:	Aufteilung der Gesundheitskosten nach Leistungserbringer	18
Tabelle 5:	Indikatoren zur Gesundheit im europäischen Vergleich	21
Tabelle 6:	Vor- und Nachteile der funktionalen Organisation	31
Tabelle 7:	Tayloristische vs. Moderne Organisation	32
Tabelle 8:	Konventionelle vs. Prozessorientierte Sichtweise	63
Tabelle 9:	Auswirkung der Informationstechnologien auf die Gestaltung von Prozessen	65
Tabelle 10:	Bewertung der Matrixorganisation	70
Tabelle 11:	Vor- und Nachteile der Prozessorganisation	73
Tabelle 12:	Prüfpunkte zu Erkennung der Prozessorientierung	77
Tabelle 13:	Leistungsbereiche im Krankenhausbetrieb	83
Tabelle 14:	Mögliche Einteilung der Krankenhausprozesse	90
Tabelle 15:	Erweiterte Prüfpunkte	94
Tabelle 16:	Liste der durchgeführten Interviews	98
Tabelle 17:	Einteilung der untersuchten Spitäler, Zentrumsversorgung (2004)	101
Tabelle 18:	Einteilung der untersuchten Spitäler, Grundversorgung (2004)	102
Tabelle 19:	Kennzahlen-Vergleich / Spitäler der Zentrumsversorgung (2005)	103
Tabelle 20:	Kennzahlen-Vergleich / Spitäler der Grundversorgung (2005)	103
Tabelle 21:	Behandlungs- und Diagnosezentren am Kantonsspital Aarau	106
Tabelle 22:	Finalisierte Prüfpunkte	116
Tabelle 23:	Grad der Prozessorientierung der untersuchten Spitäler	138

ANHANG I: INTERVIEWLEITFADEN

Interview mit Spitälern im Rahmen der Masterarbeit „Prozessorganisation in Spitälern“

Nr. Interview, Name Spital, Datum

Interviewpartner/in

Name und Funktionsbezeichnung des/der Interviewpartners/in

Allgemeine Feststellungen

Informationen, die nicht einem der strukturierten Fragebereiche zugeordnet werden können.

Prozesse

- Sind Prozesse definiert?
 - o Kernprozesse
 - o Supportprozesse
- Sind die Prozesse dokumentiert?
- Ganzheitliche Bearbeitung
 - o Wurden alle Tätigkeiten in einem Geschäftsprozess integriert?
 - o Welche Elemente wurden nicht in einem Geschäftsprozess integriert und weshalb nicht?
 - o In welchem Ausmass ist eine Rundumbearbeitung realisiert?
- Geregelt Verantwortlichkeiten, klare Ansprechpersonen?
- Besteht ein Prozesscontrolling?
- Wie wird die Weiterentwicklung der Prozesse sicher gestellt?

Organisation / Rollen

- Ist die Prozessorientierung dem Organigramm zu entnehmen?
- Sind die Rollen bezeichnet? Wenn ja, welche?
- Sind die Rollen klar abgegrenzt?
- Process Owner
 - Verantwortung für Prozessdesign, Gestaltung und Aktualisierung?
 - Verantwortung für Wissensvermittlung und Schulung der Case Worker hinsichtlich Struktur, Ablauf und Kooperation?

- Hat er die dafür nötigen Kompetenzen erhalten und kann er diese leben?
- Case Manager
 - Operative Verantwortung?
 - Verantwortlich für bereichsübergreifende Prozesse?
 - Hat er die dafür nötigen Kompetenzen erhalten und kann er diese leben?
- Case Worker
 - Wer wird als Case Worker gesehen?
- Prozessteam
 - Verantwortung des Prozessteams (was wurde delegiert)
 - Verfügt das Prozessteam über alle Informationen, die es zur Bearbeitung des Prozesses benötigt?
 - Ist das Team in der Lage, 80% der Fälle selbständig zu erarbeiten?
- Prozesssteuergremium
 - Geschäftsleitung?
 - Eigenständiges Gremium?

Personal

- Profil des Personals
 - Braucht es spezielles Personal für die Arbeit in prozessorientierten Organisationen?
- Ist das Personal vorhanden?
- Wie wird das Personal auf das Arbeiten in Prozessen hin vorbereitet, ausgebildet, betreut?

IT

- Rolle/Bedeutung der IT?
- IT als wichtiger Enabler.
 - Kann sie diese Rolle wahrnehmen?
 - Wird sie so wahrgenommen?
- Welche Systeme sind etabliert?
 - Elektronische Patientendossier
 - Buchhaltungssystem
 - Bilddaten
- Sind diese Systeme in den Prozess integriert?

Kultur

- Sind die Prozesse auf den Kunden ausgerichtet?
- Wie wird die eigene Kultur beschrieben?
 - Taucht das Element Prozessorientierung auf?
- Kulturwandel
 - Wurde mit dem Wechsel zur Prozessorganisation ein Kulturwandel ausgelöst?
 - Woran ist erkennbar, dass der Kulturwandel gefördert/gesucht wird?
- Position, Engagement der Exponenten (Direktor etc.):
- Was wird unternommen, um das Element der Prozessorientierung in der eigenen Kultur zu verankern / zu verstärken?
- Bestehen spezialisierte Schulungen?
- Welche Bedeutung hat die Kommunikation

Instrumente (Prozess, Qualität)

- Welche Instrumente sind etabliert, die Bezug auf eine Prozessorientierung nehmen?
 - Balanced Scorecard?
 - KVP (Kontinuierlicher Verbesserungs Prozess)?
 - Eigenentwicklungen, eigene Lösungen?

Finanzen (inkl. Finanz-Controlling)

- Wird eine Kosten/Leistungsrechnung geführt?
- Transparenz
- Werden finanzielle Anreize gesetzt?
- Wurden Indikatoren definiert?
- Besteht ein Prozess zur Verbesserung der Qualität?
- Fördert die Ausgestaltung des Finanzmanagements die Prozessorientierung?

Triebfedern

- Welche Kräfte führen / führten zu einer Ausrichtung auf Prozesse?
- Welche Kräfte unterstützen die Weiterentwicklung der bestehenden Prozesse?

Offizielle Dokumente

- Leitbild
- Leistungsvereinbarung
- Organigramm
- Etc.

Ausblick: Wo sehen Sie Ihr Spital in 10 Jahren?

Administrative Fragen

- In wie fern dürfen die Informationen frei verwendet werden?
- Sind die relevanten Dokumente elektronisch erhältlich?
- Sind Sie daran interessiert, eine Kopie der fertigen Masterarbeit zu erhalten?

ANHANG II: INTERVIEWANFRAGE



Appenzell Ausserrhoden

Departement
Gesundheit

Kantonstierärztlicher Dienst

Regierungsgebäude
9102 Herisau
Veterinaeramt@ar.ch
www.ar.ch

Veterinäramt, 9102 Herisau

Kantonsspital Aarau AG
Geschäftsleitung
Tellstrasse
5001 Aarau

Dr. Albert Fritsche
Kantonstierarzt
Tel. 071 353 67 50
Fax 071 353 67 62
Albert.Fritsche@ar.ch

Herisau, 26. Mai 2007

Prozessmanagement - Masterarbeit am KPM der Uni Bern

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen des Nachdiplomstudiums Executive Master of Public Administration am Kompetenzzentrum für Public Management der Universität Bern schreiben Herr Michael Herrmann und ich eine Masterarbeit über prozessorientierte Organisation von öffentlichen Spitälern in der Schweiz. Nachfragen bei verschiedenen Leuten und Organisationen haben gezeigt, dass im Hinblick auf die Änderungen in der Spitalfinanzierung und Flexibilisierung bei der Spitalplanung sowie des damit verbundenen Kostendrucks auf die Spitäler ein breites Interesse an der Einführung von prozessorientierten Strukturen in den öffentlichen Spitälern besteht. Damit verbunden ist die Erwartung auf Steigerung der Effizienz, eine verbesserte Kostentransparenz, Vermeidung von Doppelspurigkeiten, kostenbewusstes Handeln und Entscheiden auf allen Stufen, Verbindung der Aufgaben- und Kostenverantwortung. Werden diese Erwartungen erfüllt? Wie kann man Prozessmanagement im öffentlichen Spital umsetzen? Wie sehen solche Spitalorganisationen aus? Wie funktionieren sie? Welche Instrumente gibt es? Gibt es Grenzen? Was sind die Vor- und Nachteile? Wie sind die Erfahrungen? Wie stellt man von der funktionellen zur prozessorientierten Struktur um? Gibt es Widerstände? Was sind die Chancen und Risiken?

Diesen und vielen weiteren Fragen möchten wir in unserer Arbeit an Hand von drei Umsetzungsbeispielen in öffentlichen Spitälern der Schweiz nachgehen. Ziel und Aufbau unserer Arbeit können Sie dem beigelegten Proposal entnehmen.

Auf der Suche nach Spitälern, welche bereits Prozessorganisation eingeführt haben könnten, sind wir auf Ihre Spitalorganisation hingewiesen worden. Als erstes würden wir gerne mit Ihnen telefonisch Kontakt aufnehmen, um abzuklären, in wie weit Ihr Spital in unsere Untersuchung einbezogen werden kann und das weitere Vorgehen besprechen. Im zweiten Schritt wäre ein halbtägiges Interview mit dem CEO oder Administrativen Leiter Ihres Spitals im Zeitraum zwischen dem 12. und 27. Juni 2007 geplant. Vorgängig würden wir Ihnen einige Fragen schriftlich zustellen.

Wir hoffen, dass wir Ihr Interesse geweckt haben. Falls wir auf Ihre Mitarbeit zählen dürfen, bitten wir Sie, uns bis 4. Juni 2007 per E-Mail an Albert.Fritsche@ar.ch eine Kontaktperson mitzuteilen, welche uns für Fragen in Bezug auf Ihre Organisationsstrukturen und die weitere Planung des Informationsaustausches zur Verfügung stehen würde.

Freundliche Grüsse

Dr. Albert Fritsche



Links: www.mpa.unibe.ch

Beilage: Proposal unserer Arbeit

Referenzen:

Adrian Ritz, Dr. rer. oec. (Betreuer der Masterarbeit)
Programmleiter Executive MPA, Dozent und Lehrbeauftragter Uni Bern
Telefon: 031 631 53 11
E-Mail: adrian.ritz@kpm.unibe.ch

Martin Bienlein, lic. rer. pol.
H+ Die Spitäler der Schweiz
Telefon: 031 335 11 13
E-Mail: martin.bienlein@hplus.ch

Willy Oggier, Dr. oec HSG
Gesundheitsökonomische Beratungen, 8700 Küsnacht
Telefon: 044 273 52 34
E-Mail: gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

Matthias Weishaupt, Dr.
Regierungsrat, Departement Gesundheit, Kanton Appenzell A.Rh.
Telefon: 071 353 68 50
E-Mail: Matthias.Weishaupt@ar.ch

Fredy Furrer
CEO, Spitalverbund Appenzell A.Rh., 9100 Herisau
Telefon: 071 353 84 00
E-Mail: fredy.furrer@svaar.ch

ÜBER DIE AUTOREN



Dr. Albert Fritsche, Kantonstierarzt beider Appenzell. Er studierte Veterinärmedizin an den Universitäten Bern und Zürich und schloss 1988 mit dem Eidgenössischen Staatsexamen ab. 1990 promovierte er am Institut für Pharmakologie und Biochemie der veterinärmedizinischen Fakultät in Zürich. Nach einigen Jahren Tätigkeit als Tierarzt in der Gross- und Kleintierpraxis übernahm er 1994 die Leitung des amtlichen Veterinärdienstes für die beiden Kantone Appenzell A.Rh. und Appenzell I.Rh. Er wurde 1994 zum Kantonstierarzt gewählt.

Adresse:

Lehnmatzstrasse 6, 9050 Appenzell



Michael Herrmann, Studium der Rechtswissenschaften in Bern, Führungsaufgaben beim Amt für Migration des Kantons Luzern, dem Bundesamt für Ausländerfragen und dem Bundesamt für Migration, Projektleitungen für verschiedene Auftraggeber u.a. im Rahmen von Informatikvorhaben und Rechtsetzungsprozessen; Geschäftsleiter der PrivatePublicConsulting GmbH.

Adresse:

Sonnrain 9, 6275 Ballwil

Kontakt:

michael.herrmann@ppservices.ch