

Change-Management im Spital

Konzeptionelle Grundlagen, Fallstudie, Handlungsempfehlungen

Lizentiatsarbeit eingereicht der
Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bern

Betreuender Professor: **Prof. Dr. Norbert Thom**
Betreuende Assistentin: **Michèle Etienne**, lic. rer. pol
Betreuender Assistent: **Adrian Ritz**, mag. rer. pol

Institut für Organisation und Personal
Engenhaldenstrasse 4
CH-3012 Bern

von:

Raphael Jossen
aus Brigerbad (VS)

Matr.-Nr.: 95-104-600

Badhaltestrasse 35
3900 Brigerbad

Bern, 15. September 1999

Vorwort

An dieser Stelle bedanke ich mich bei allen, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit in verschiedenster Art und Weise unterstützt haben. Insbesondere danke ich meinen Interviewpartnern, die sich Zeit genommen haben und mit viel Engagement und Interesse einen Praxisbezug der vorliegenden Arbeit ermöglichten.

Mein spezieller Dank geht an Herrn Professor Norbert Thom, seine Assistentin Michèle Etienne und seinen Assistenten Adrian Ritz vom Institut für Organisation und Personal der Universität Bern für die immerwährende fachliche Unterstützung, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat.

Ein besonderer Dank auch an Herrn Kilian Eyholzer für die gewissenhafte und wertvolle Durchsicht der Arbeit.

Die vorliegende Arbeit widme ich meinen Eltern, die mir eine wertvolle Ausbildung ermöglicht haben, wofür ich ihnen sehr dankbar bin.

Bern, 15. September 1999

Raphael Jossen

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
Erster Teil: Theoretische Grundlagen	
<hr/>	
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung der Arbeit.....	2
1.3 Stand der Forschung.....	3
1.4 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes	4
1.5 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	4
2 Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems	7
2.1 Akteure.....	7
2.1.1 Bürger.....	8
2.1.2 Krankenkassen	9
2.1.3 Bund, Kantone und Gemeinden	10
2.2 Die Leistungsbereiche des Gesundheitswesens	11
3 Das Spital aus betriebswirtschaftlicher Sicht	14
3.1 Aktuelle Situation der Spitäler im Gesundheitswesen.....	14
3.1.1 Einige Zahlen	14
3.1.2 Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG).....	15
3.2 Das Zielsystem im Spital	16
3.3 Das Spital als Dienstleistungsunternehmen	17
3.4 Die Leistungserstellung im Spital.....	17

4 Das Konzept New Public Management und dessen Auswirkungen auf den Spitalsektor	20
4.1 Das Konzept des New Public Management	20
4.2 New Public Management im Spital	23
4.2.1 Reformbestrebungen der Kantone.....	23
4.2.2 Die neuen Anforderungen an das Unternehmen Spital.....	24
4.2.3 Das integrierte Spitalmanagement als Grundlage für erfolgreiche Entwicklungsprozesse	26
4.2.4 Neudefiniton der Rollen des Verwaltungs- und Spitalmanagements	27
5 Change-Management im Spital.....	29
5.1 Begriff Change-Management.....	29
5.2 Bedingungsgrössen	31
5.2.1 Ausserbetriebliche Bedingungsgrössen	31
5.2.1.1 Generelle Umweltfaktoren.....	31
5.2.1.2 Problemspezifische Umweltfaktoren	32
5.2.2 Betriebliche Bedingungsgrössen.....	33
5.2.3 Personelle Bedingungsgrössen.....	34
5.3 Auslösende Krisensituationen.....	34
5.4 Mittelbare Aktionsparameter	35
5.5 ‘Business Reengineering’ und ‘Organisationsentwicklung’ als extreme Ansätze eines Managements des Wandels.....	36
5.6 Rollen im Change-Management	38
5.7 Das wandlungsunterstützende Personalmanagement als unmittelbarer Aktionsparameter	39
5.7.1 Primäre Funktionen eines wandlungsunterstützenden Personalmanagements	40
5.7.1.1 Personalentwicklung	40
5.7.1.2 Personalinformation und innerbetriebliche Kommunikation.....	42
5.7.1.3 Personalerhaltung und -motivation	44
5.7.2 Flankierende Funktionen eines wandlungsorientierten Personalmanagements....	47
5.8 Effektivität und Effizienz der Aktionsparameter	49

6 Anreizsysteme zur Unterstützung des Wandels im Spital.....	52
6.1 Gestaltungsansätze eines materiellen Anreizsystems im Spital.....	53
6.1.1 Gestaltungsansätze einer erfolgs- und leistungsorientierten Entlohnung von Chefsärzten	53
6.1.1.1 Anforderungen an die Entlohnung von Führungskräften	53
6.1.1.2 Gestaltungsfelder einer materiellen Leistungshonorierung von Chefsärzten	55
6.1.1.2.1 Die Module der Leistungshonorierung	56
6.1.1.2.2 Struktur des Entlohnungssystems.....	58
6.1.1.2.3 Erfolgs- und Leistungsbezugsgrößen - Die Suche nach geeigneten Massgrößen zur Bemessung variabler Gehaltskomponenten.....	60
6.1.1.2.4 Beteiligungsfelder	66
6.1.1.2.5 Erfolgs- und Leistungsbeurteilung.....	67
6.1.1.2.6 Weitere Gestaltungselemente.....	70
6.1.1.3 Voraussetzungen an ein erfolgs- und leistungsorientiertes Entlohnungssystem für Chefsärzte	71
6.1.2 Ansatzpunkte für die Entlohnung der hierarchisch tiefgestellten Führungskräfte und Mitarbeiter im Spital.....	72
6.1.3 Individualisierung der Leistungsausschüttung (“Cafeteria-Ansatz”)	74
6.1.4 Finanzierung und Ausschüttungsmodus des Entlohnungssystems	75
6.2 Gestaltungsansätze eines immateriellen Anreizsystems im Spital	77
Zweiter Teil: Fallstudie Regionalspital Thun	81
<hr/>	
7 Change-Management im Regionalspital Thun.....	81
7.1 Studiendesign.....	81
7.1.1 Untersuchungsmethode	81
7.1.2 Datenerhebungsverfahren	81
7.1.3 Datenaufbereitung und -auswertung	83
7.2 Profil des Regionalspitals Thun	83
7.3 Ausgangslage	84
7.3.1 Ausserbetriebliche Bedingungsgrößen	84
7.3.2 Betriebliche Bedingungsgrößen.....	85

7.3.3 Personelle Bedingungsgrößen.....	86
7.3.4 Auslösende Faktoren.....	86
7.4 Mittelbare Aktionsparameter	88
7.4.1 Strategie.....	88
7.4.2 Struktur.....	89
7.4.3 Prozesse.....	91
7.4.4 Kultur	93
7.5 Der Change-Prozess.....	93
7.6 Rollen im Change-Prozess	96
7.7 Wandlungsunterstützendes Personalmanagement	97
7.7.1 Personalentwicklung	97
7.7.2 Personalinformation- und Kommunikation.....	99
7.7.3 Personalmotivation.....	100
7.7.4 Personalgewinnung	101
7.7.5 Personalfreistellung.....	102
7.8 Auswirkungen des bisherigen Veränderungsprozesses im Regionalspital Thun	103
7.9 Handlungsempfehlungen für das Management des Wandels im Spital aufgrund der Erfahrungen im Regionalspital Thun.....	107
7.9.1 Breiter Einbezug der Mitarbeiter	107
7.9.2 Schulung der Sozialkompetenz	108
7.9.3 Bildung interdisziplinärer Projektgruppen.....	109
7.9.4 Mitarbeit eines externen Beraters	109
7.9.5 Messbare Verbesserung	110
8 Handlungsempfehlungen für ein variables Entlohnungssystem im Regionalspital Thun	111
8.1 Aufbau des Entlohnungssystems	111
8.2 Handlungsempfehlungen	112
8.2.1 Reduktion des privatärztlichen Einkommens.....	112
8.2.2 Einführung eines partizipativen ‘Management by Objectives’.....	113
8.2.3 Individualisierung der Leistungsanreize	114
8.2.4 Schaffung der notwendigen Voraussetzungen.....	115
9 Ausblick.....	116

Literaturverzeichnis	117
Anhangsverzeichnis	127
Anhang I: Organigramm des Regionalspitals Thun	128
Anhang II: Interviewleitfaden	129
Selbständigkeitserklärung	132

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit.....	6
Abbildung 2: Zweistufiges Modell der Spitalproduktion.....	18
Abbildung 3: Das Konzept des integrierten Spitalmanagements.....	27
Abbildung 4: Bezugsrahmen für ein differenziertes und integriertes Management des Wandels im Spital.....	30
Abbildung 5: Das betriebliche Anreizsystem.....	46
Abbildung 6: Module einer erfolgs- und leistungsbezogenen Chefarztlöhnung.....	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale und Ausprägungen des Spitals	4
Tabelle 2: Das Spital als Bürokratie und als moderne Dienstleistungsunternehmung.....	25
Tabelle 3: Ansatzpunkte des Change-Management im Spital.....	36
Tabelle 4: Gegenüberstellung der extremen Ansätze im Change-Management	38
Tabelle 5: Beispiel eines Zielvereinbarungs- und Zielbewertungsformulars.....	70
Tabelle 6: Liste der durchgeführten Interviews	82
Tabelle 7: Gewinn- und Verlustverteilung des Modellversuchs	88

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BCG	The Boston Consulting Group
Bd.	Band
BR	Business Reengineering
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
etc.	et cetera
ETHZ	Eidgenössische Technische Hochschule Zürich
exkl.	exklusive
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Verbindung der Schweizer Ärzte)
HMO	Helth Maintenance Organisation
hrsg. v.	herausgegeben von
Hrsg.	Herausgeber
i. e. S.	im engeren Sinn
i. w. S.	im weiteren Sinn
inkl.	inklusive
IV	Invalidenversicherung
Kap.	Kapitel
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MbO	Management by Objectives
Mrd.	Milliarden
MV	Militärversicherung
NPM	New Public Management
Nr.	Nummer
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
o. Jg.	ohne Jahrgang
OE	Organisationsentwicklung
OECD	Organization for Economic, Cooperation and Development
OP	Operationssaal
PE	Personalentwicklung

QZM	Qualitäts- und Zeitmanagement
resp.	respektive
RST	Regionalspital Thun
S.	Seite
SFr.	Schweizer Franken
SGO	Schweizerische Gesellschaft für Organisation
SGVW	Schweizerische Gesellschaft für Verwaltungswissenschaften
Sp.	Spalte
Std.	Stunden
u. a.	unter anderem
u. a.	und andere
usw.	und so weiter
u. U.	unter Umständen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
zfo	Zeitschrift Führung und Organisation
zit. in	zitiert in
zit. n.	zitiert nach
ZögU	Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen

Erster Teil: Theoretische Grundlagen

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Der öffentliche Sektor der meisten Industriestaaten befindet sich seit Anfang der 80er Jahre in einer Phase der grundlegenden Umstrukturierung und Erneuerung. Starre und inzwischen offensichtlich dysfunktionale bürokratische Systeme sollen dabei zu effizienten, wirksamen, wirtschaftlich handelnden und bürgerorientierten öffentlichen Dienstleistungseinrichtungen umgewandelt werden. Die dazu entstandene internationale Diskussion wird geprägt durch den Begriff 'New Public Management' (NPM).¹ Die anhaltend schlechte Finanzlage des Bundes und der Kantone und der damit zunehmende Druck seitens der Bürger machen auch in der Schweiz eine umfassende Neuorientierung und Umstrukturierung im öffentlichen Sektor notwendig.²

Von dieser Neuorientierung ist ebenfalls das Gesundheitswesen betroffen. Wegen der steigenden Kosten, insbesondere im stationären Bereich,³ und der damit verbundenen zunehmenden finanziellen Belastung der Kantone und Gemeinden sowie der Krankenkassenprämienzahler wird im Gesundheitswesen eine Reform unumgänglich. Die Spitäler stehen deshalb einer zunehmenden Beschränkung der finanziellen Mittel gegenüber. Mit veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen, hauptsächlich durch das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG), sollen Wettbewerbselemente auf der Leistungserbringungsseite und der Finanzierungsseite eingeführt werden. Insbesondere die zunehmend eingesetzte Fallpauschale zur Entschädigung der Leistungserbringung zwingt die Spitäler, betriebswirtschaftliches Denken und betriebswirtschaftliche Instrumente zu implementieren.⁴ Dazu braucht es in den Spitälern, ebenso wie in den öffentlichen Verwaltungen, ein differenziertes und integriertes Management des Wandels (Change-Management), dass sich mit Fragen der strategischen Führung, der Organisation und des Personalmanagements beschäftigt.⁵ Die Bewältigung der Anforderungen, welchen die Spitäler in der Zukunft ausgesetzt sein werden, ist weitgehend von der erfolgreichen Durchführung des innerbetrieblichen Wandels abhängig.

¹ Vgl. **Budäus**, Dietrich (1998), S. 1.

² Vgl. **Schedler**, Kuno (1995a), S. 2.

³ Vgl. **Pharma Information** (1998), S. 50.

⁴ Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 1.

⁵ Vgl. **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b), S. 7.

Im Rahmen des SGO-Forschungsprojektes "New Public Management in der Praxis - Erfolgsfaktoren für die Umsetzung" (Arbeitstitel) sollen verschiedene Fallstudien zur Umsetzung der neuen Führungsform NPM in öffentlichen Betrieben erarbeitet werden. Das Ziel der theoretischen und empirischen Untersuchungen dieses Forschungsprojektes ist die "Systematisierung der entscheidenden Erfolgsmerkmale für NPM-Umsetzungsvorhaben mit zukunftsgerichteten Gestaltungsempfehlungen zur zielorientierten Implementierung von NPM für die Praxis."⁶ Das Institut für Organisation und Personal der Universität Bern⁷ ersuchte diesbezüglich das Regionalspital Thun um Unterstützung bei der Erarbeitung einer Fallstudie im Bereich der Spitäler.

Das Regionalspital Thun befindet sich seit längerer Zeit in einem Wandlungsprozess. Im Pilotprojekt wurde ein neues Finanzierungsmodell eingeführt, welches die bisherigen falschen Anreize im Spital beheben sollte. Mit diesem System wechselte man von der bisher üblichen Tagespauschale, welche zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes der Patienten verleitete, zu einem System mit Fallpauschale. In einem weiteren Schritt wurde 1993 im Regionalspital Thun die Organisationsstruktur neu gestaltet. Die branchenübliche funktionale Gliederung wurde durch eine Spartengliederung (Medizin, Chirurgie, usw.) abgelöst. Weitere Veränderungsprozesse zielten auf die Optimierung der Prozesse innerhalb und ausserhalb des Spitals. Nun wird im Regionalspital Thun eine Verbesserung der Anreizmechanismen ins Auge gefasst.

Zurzeit befindet sich das Regionalspital Thun in einem weiteren Wandel. Das vor ca. einem Jahr entwickelte Konzept zielt darauf ab, die vier Spitäler Thun, Obersimmental, Erlenbach und Wattenwil (Spitalgruppe Oberland A) in einer Holdingorganisation zu vereinen. Am 23. August 1998 konnte die neue Struktur implementiert werden.

Damit die Zusammenarbeit zwischen den vier Spitälern funktioniert, müssen Anreizmechanismen entwickelt werden, die die Fachgebietsleiter der jeweiligen Spitäler dazu bringen, mit den anderen Fachgebietsleitern zusammenzuarbeiten.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

In dieser Arbeit soll die Idee des New Public Management (NPM) für den Bereich der öffentlichen Spitäler genauer untersucht und spezifiziert werden. Ausgehend vom

⁶ **Institut für Organisation und Personal** (1998), S. 5.

⁷ Prof. Dr. Norbert **Thom**, Direktor des Instituts für Organisation und Personal der Universität Bern, ist Projektleiter des erwähnten SGO-Forschungsprojektes. Adrian **Ritz**, mag. rer. pol und Assistent am Institut für Organisation und Personal der Universität Bern, ist mit der Projektbearbeitung beauftragt.

Bezugsrahmen für das Change-Management von **Thom**⁸ soll ein Bezugsrahmen für den Wandel im öffentlichen Spital erarbeitet werden. Aufbauend darauf wird auf den Bereich der Anreizsysteme zur Umsetzung des Wandels im Spital eingegangen. Die Arbeit will pragmatische Lösungsansätze zu verschiedenen Fragen aufzeigen:

- Welches sind die wichtigsten Bedingungsgrößen des Wandels im Spital?
- Wie kann das Personalmanagement den Wandel im Spital unterstützen?
- Wie sieht ein geeignetes Anreizsystem für die Führungsebene aus, welches die Erreichung der durch das NPM bedingten neuen Ziele im Spital unterstützen soll?
- Welche Änderungen im Bereich der Anreizmechanismen sind im Regionalspital Thun durchzuführen? (Handlungsempfehlungen)

Zudem soll am Beispiel des Regionalspitals Thun gezeigt werden, wie ein Management des Wandels in der Praxis aussieht und welche spezifischen Massnahmen getroffen wurden, um die Ziele des NPM zu verwirklichen.

1.3 Stand der Forschung

Gemessen an seiner Grösse, seiner Kostenhöhe und seiner gesundheitlich-gesellschaftlichen Bedeutung ist der Spitalbereich in der betriebswirtschaftlichen Forschung klar untervertreten. Dies ist um so erstaunlicher angesichts der Tatsache, dass die Spitäler derzeit grosse ökonomische Probleme haben und die Lösungsansätze der klassischen Betriebswirtschaftslehre aufgrund der Besonderheiten des Spitalsektors nicht ohne Anpassungen auf diesen übertragen werden können. Der Schwerpunkt der bisherigen Forschungsaktivität lag eindeutig auf den Gebieten Rechnungswesen und Controlling.⁹ Personalwirtschaftliche Aspekte wurden bisher weitgehend vernachlässigt, obwohl sie für die erfolgreiche Bewältigung der zukünftigen Anforderungen an die Spitäler von zunehmender Bedeutung sind. Auch in der NPM-Forschung wurde den Aspekten eines wandlungsunterstützenden Personalmanagements bisher wenig Beachtung geschenkt.¹⁰ Auf spitalspezifische Literatur kann bei dem in dieser Arbeit behandelten Themenbereich deshalb nur vereinzelt zurückgegriffen werden. Der Schwerpunkt liegt deshalb in der Anpassung der Erkenntnisse der Literatur der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre auf den Spitalbetrieb.

⁸ Vgl. **Thom**, Norbert (1996), S. 15.

⁹ Vgl. **Helmig**, Bernd / **Tscheulin**, Dieter (1998), S. 94 f.

¹⁰ Vgl. **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b), S. 8.

1.4 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes

Spitäler lassen sich nach bestimmten Merkmalen einteilen. *Tabelle 1* zeigt mögliche Ausprägungen dieser Merkmale.

Merkmale	Ausprägungen			
	Trägerschaft	öffentlich	freigemeinnützig	privat
Rechtsform	öffentlichrechtlich		privatrechtlich	
Behandlungszweck	Akutspital		Langzeitspital	
Versorgungsauftrag	Grundversorgung	Regelversorgung	Schwerpunktversorgung	Zentralversorgung
Ärztliche Besetzung	Chefarztspital		Belegarztspital	

Tabelle 1: Merkmale und Ausprägungen des Spitals¹¹

Die folgenden Ausführungen werden sich hauptsächlich auf Akutspitäler mit öffentlichen Trägern unter Berücksichtigung der spezifischen Gegebenheiten in der Schweiz beziehen.

Ein differenziertes und integriertes Change-Management beschäftigt sich mit spezifischen Fragen der Unternehmungsführung, der Organisation sowie des Personalmanagements.¹² Der Verfasser beschränkt sich in der vorliegenden Arbeit bewusst auf die Ansatzpunkte eines wandlungsunterstützenden Personalmanagements, da dieser Aspekt in der bisherigen Forschung zum Wandel im öffentlichen Bereich vernachlässigt wurde.¹³ Innerhalb des wandlungsunterstützenden Personalmanagements wird das Schwergewicht auf die Neugestaltung der Anreizmechanismen im Spital gelegt. Der Verfasser betrachtet insbesondere die materiellen Aspekte eines Anreizsystems für Chefarzte. Dabei liegen die Bedingungen eines Chefarztspitals zugrunde.

1.5 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in einen theoretischen und einen empirischen Teil gegliedert. Im theoretischen Teil der Arbeit wird durch deskriptives und zugleich analytisches Vorgehen ein Bezugsrahmen für das Change-Management im Spital erarbeitet. Mit derselben Vorgehensweise sollen verschiedene Gestaltungselemente eines Anreizsystems im Spital aufgezeigt und diskutiert werden.

Der empirische Teil der Arbeit wird mit Hilfe von problemzentrierten Interviews und einer Dokumentenanalyse erarbeitet. Der im theoretischen Teil aufgestellte Bezugsrahmen zum

¹¹ Quelle: In Anlehnung an **Morra**, Francesco (1996), S. 10; **Schwartz**, Andrea (1997), S. 11 und **Straub**, Silvia (1997), S. 8.

¹² Vgl. **Thom**, Norbert (1996), S. 5.

¹³ Vgl. **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b), S. 8.

Change-Management im Spital soll dabei helfen, die verschiedenen Aspekte des Change-Management-Prozesses im Regionalspital Thun zu beleuchten. Zudem sollen die Problemfelder für die Gestaltung eines geeigneten Anreizsystems erörtert werden. Mit dieser Fallstudie versucht der Verfasser, den Praxisbezug der Arbeit herzustellen. Abgerundet wird die Arbeit durch die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung und Optimierung der bisherigen Aktivitäten des Wandels im erwähnten Fallbeispiel. Die Handlungsempfehlungen richten sich insbesondere auf die Ausgestaltung der Anreizmechanismen.

Die *Abbildung 1* zeigt den Aufbau der vorliegenden Arbeit. Zum besseren Verständnis der späteren Ausführungen wird der Leser in Kapitel 2 in das schweizerische Gesundheitswesen eingeführt. Erläuterungen über die Besonderheiten des Unternehmens ‚Spital‘ werden in Kapitel 3 dargelegt. Das Kapitel 4 gibt eine kurze Einführung in das Gedankengut des New Public Management und zeigt die damit verbundenen Auswirkungen auf den Spitalsektor auf. Unter besonderer Beachtung des wandlungsorientierten Personalmanagements wird in Kapitel 5 ein Bezugsrahmen für das Change-Management im Spital erarbeitet. Die Auseinandersetzung mit Anreizmechanismen für die Mitarbeiter im Spital, als Teilaspekt eines wandlungsorientierten Personalmanagements, bildet den Abschluss des theoretischen Teils der Arbeit.

Der empirische Teil der Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil wird der Change-Management-Prozess im Regionalspital Thun beschrieben. Handlungsempfehlungen zur zukünftigen Durchführung von Veränderungen im Spital runden dieses Kapitel ab. Der zweite Teil beinhaltet die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für ein variables Anreizsystem im Regionalspital Thun.

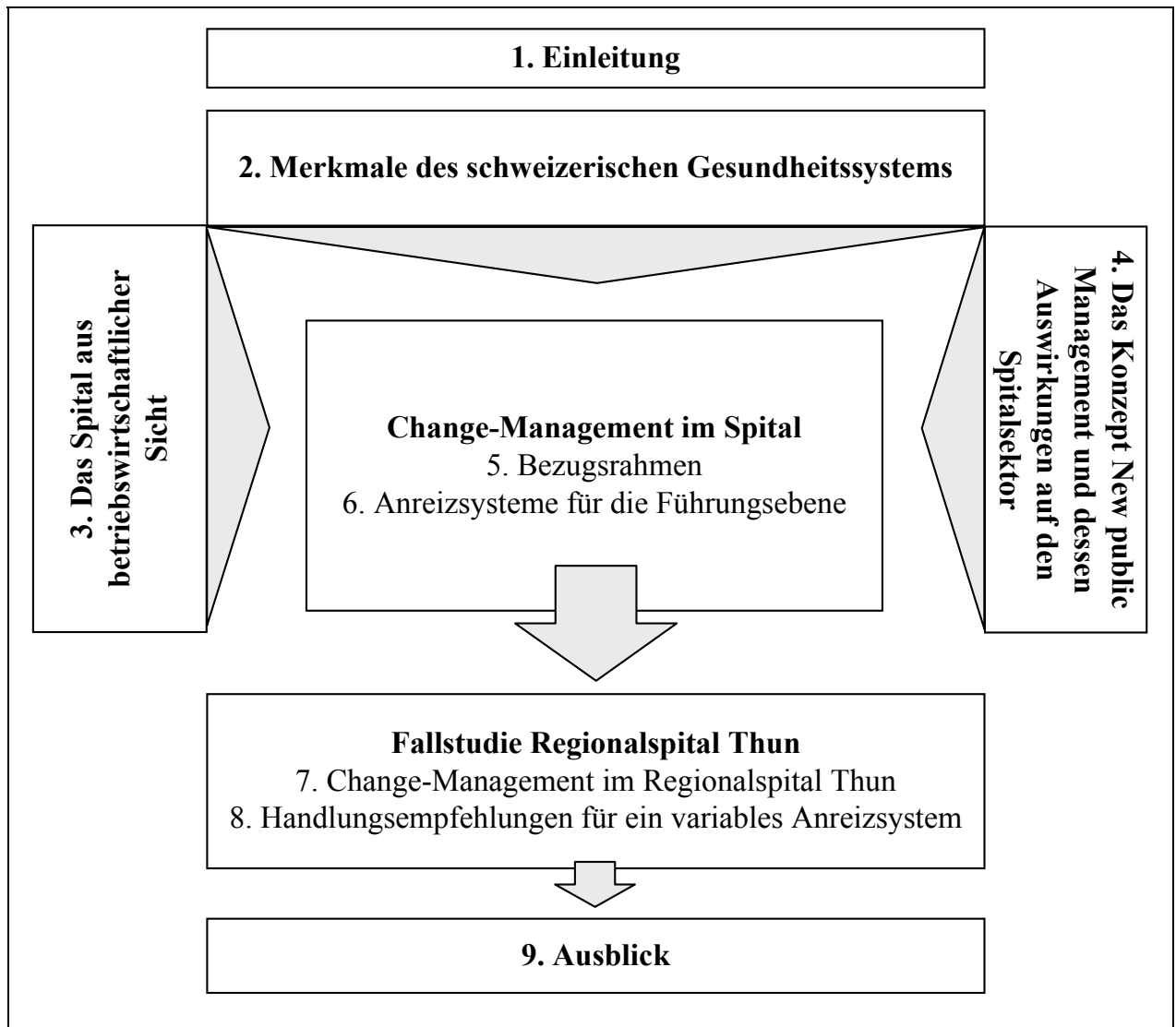


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit¹⁴

¹⁴ Quelle: Eigene Abbildung.

2 Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems

“Die Schweiz besitzt zweifellos das komplizierteste Gesundheitssystem aller OECD-Länder.”¹⁵ Ein wichtiger Grund dafür ist die Zuständigkeit der 26 Kantone für die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung. In der Schweiz gibt es somit 26 Gesundheitssysteme. Dies erschwert die Verallgemeinerung von Aussagen in diesem Bereich erheblich. Beim schweizerischen Gesundheitssystem handelt es sich zudem um ein Mischsystem. Es beinhaltet Elemente verschiedener Gesundheitssysteme (Sozialversicherungssystem, privates Gesundheitssystem und nationaler Gesundheitsdienst).¹⁶ Der seit Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes am 1.1.1996 anhaltende Reformprozess im schweizerischen Gesundheitswesen kompliziert dessen Analyse derzeit zusätzlich.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Akteure und Leistungsbereiche des schweizerischen Gesundheitssystems aufgezeigt. Dies soll dem Leser helfen, das öffentliche Spital in das Gesundheitssystem der Schweiz einzuordnen und gleichzeitig die grundlegende Funktionsweise dieses Systems kennenzulernen. Der Verfasser erhebt dabei keinen Anspruch auf eine detaillierte Wiedergabe der gesamten Zusammenhänge. Es soll aber ein Wissen vermittelt werden, welches das Verständnis der Arbeit erleichtert.

2.1 Akteure

Die wichtigsten Akteure im schweizerischen Gesundheitswesen sind folgende Gruppen und Organisationen:¹⁷

- die Bürger bzw. Patienten
- die Krankenkassen und ihre Kantonalverbände
- der Bundesrat sowie das Bundesamt für Sozialversicherungen und das Bundesamt für Gesundheitswesen
- die Kantonsregierungen und die kantonalen Sanitäts- bzw. Gesundheitsdirektionen
- die Gemeinden
- die praktizierenden Ärzte und ihre Vereinigung FMH
- die Spitäler und ihre eidgenössischen und kantonalen Verbände
- die Apotheker und die pharmazeutische Industrie

¹⁵ Hoffmeyer, Ulrich (1994), S. 17.

¹⁶ Vgl. Hoffmeyer, Ulrich (1994), S. 17 f. Seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes am 1.1.1996 dominiert zunehmend der Sozialversicherungsgedanke. Das System weist aber weiterhin Schwerpunkte im staatlichen und privaten Bereich auf. Vgl. Frei, Andreas (1998), S. 4 f.

Nachfolgend werden die Rollen und Ziele der für das Verständnis dieser Arbeit hilfreichen Akteure kurz beschrieben. Eine Einordnung der Spitäler in das Gesundheitssystem der Schweiz erfolgt in Kapitel 3.1.

2.1.1 Bürger

Der Bürger in seinen verschiedenen Rollen stellt divergierende Ansprüche an das Gesundheitswesen. Als Patient will er eine optimale medizinische Versorgung, als Versicherter verlangt er minimale Versicherungsprämien für maximale Leistungen und als Steuerzahler verfolgt er das Ziel einer möglichst geringen Steuerbelastung.¹⁸ Der Abschluss einer Krankenversicherung ist in der Schweiz seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1.1.1996 obligatorisch. Die Leistungen der obligatorischen Versicherung sind für alle Versicherten identisch.¹⁹ Zusätzliche Leistungen werden getrennt angeboten und finanziert.²⁰ Die Versicherten bezahlen einkommens- und altersunabhängige Kopfbeiträge.²¹ Durch die Bezahlung fixer Krankenkassenprämien besteht kein direkter Bezug zwischen empfangener Leistung und bezahlten Kosten. Dem Patienten fehlen somit Anreize, Grenzkosten und -nutzen einer Behandlung abzuwägen und gegebenenfalls darauf zu verzichten.²² Mit der Einführung des neuen KVG wurde deshalb eine Kostenbeteiligung der Versicherten an den für sie erbrachten Leistungen eingeführt. Bei Beanspruchung der Krankenversicherung wird ein fester Jahresbetrag (Franchise) sowie ein Selbstbehalt von 10 Prozent für die die Franchise übersteigenden Kosten fällig.²³ Damit wird versucht, den Patienten für die Kosten seiner beanspruchten Leistungen zu sensibilisieren und zu einem massvollen Konsum anzuregen. Eine vermehrt kritische Hinterfragung der beanspruchten Leistungen auf Seite der Patienten ist deshalb zu erwarten.²⁴

¹⁷ Vgl. **Hoffmeyer**, Ullrich (1994), S. 28 f.

¹⁸ Vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 32 f.

¹⁹ Zum darin enthaltenen Leistungskatalog vgl. **KVG** (1994), Art. 24 - 31.

²⁰ Vgl. **Moser**, Markus (1998), S. 6 f.

²¹ Seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes werden aber an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Sozialtransfers des Bundes und der Kantone Prämienverbilligungen gewährt. Vgl. **KVG** (1994), Art. 65 und 66.

²² Vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 43.

²³ Vgl. **KVG** (1994), Art. 64, Abs. 1 und 2. Die Franchise sowie ein jährlicher Höchstbetrag für den Selbstbehalt werden vom Bundesrat bestimmt. Vgl. **KVG** (1994), Art. 64, Abs. 3. Die Franchise beträgt derzeit SFr. 230 und der maximale Selbstbehalt liegt bei SFr. 600.

²⁴ Zur Beurteilung der effektiven Auswirkung der Selbstbeteiligung und der anderen Instrumente des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Kosten des Gesundheitssystems liegen zurzeit keine aufschlussreichen Daten vor. Vgl. **Bundesamt für Statistik** (1999), S. 2.

2.1.2 Krankenkassen

Die obligatorische Krankenversicherung kann von Krankenkassen oder privaten Versicherern betrieben werden, jedoch werden Zusatzversicherungen dem Privatversicherungsrecht unterstellt. Jeder Versicherer ist selber für das Gleichgewicht der Ein- und Ausgaben verantwortlich, da das Gesetz keine Übernahme von Defiziten durch Dritte garantiert.²⁵ Das bedeutet, dass die Versicherer Kostensteigerungen sofort durch Prämien erhöhungen an die Versicherten weitergeben müssen.²⁶ Die freie Wählbarkeit des Krankenversicherers durch den Versicherten, der wiederum mögliche Wechsel nach einer dreimonatigen Kündigungsfrist und die verbindliche und abschliessende Regelung der Leistungen der obligatorischen Grundversicherung erhöhen den Wettbewerb zusätzlich.²⁷ Die Krankenkassen in der Schweiz sind deshalb bestrebt, Modelle zu finden, welche zur Senkung ihrer Kosten beitragen. Die Konzepte des ‘Managed-Care’²⁸ haben dadurch auch in der Schweiz ihre Wurzeln geschlagen. Die wichtigsten Konzepte sind das Hausarztmodell, die HMOs und die Fallkostenpauschale.²⁹

- *Hausarztmodell*: Der Patient muss als ersten Ansprechpartner stets den Hausarzt aufsuchen, von dem er untersucht und nur im Bedarfsfall an den teuren Spezialisten weitergeleitet wird (‘Gatekeeper’-Funktion). Der niedergelassene Arzt bekommt für die medizinische Grundversorgung des Patienten eine Pauschale. Zunehmend wird versucht, Pauschalen zu vereinbaren, die für alle Behandlungsschritte gelten, auch für diejenigen ausserhalb der Hausarztpraxis. Die in ihrer Arztwahl eingeschränkten Versicherten erhalten einen Rabatt auf die Prämie.
- *HMO (Health Maintenance Organization)*: Auch bei diesem Modell verzichtet der Patient auf die freie Arztwahl und lässt sich stets in einem Gesundheitszentrum (HMO) behandeln, welche in der Schweiz meist von Tochtergesellschaften der Krankenkassen betrieben werden. Die Ärzte sind angestellt und werden am Erfolg bzw. Misserfolg des Gesundheitszentrums beteiligt. Pro Patient wird dem HMO eine Pauschale gewährt, welche alle Behandlungsschritte, auch diejenigen in einem Spital beinhaltet. HMO-Versicherte erhalten ebenfalls eine Prämienreduktion.

²⁵ Vgl. **KVG** (1994), Art. 12, Abs. 3.

²⁶ Vgl. **Moser**, Markus (1998), S. 7.

²⁷ Vgl. **KVG** (1994), Art. 4, 7 und 24 - 31.

²⁸ Der Begriff “Managed-Care” hat seine Wurzeln in den USA und umfasst all jene Ansätze und Modelle, die sich die Erbringung von Gesundheitsleistungen auf kostengünstigem Weg unter Beibehaltung der Qualität zum Ziel gesetzt haben. Vgl. **Voigt**, Birgit (1997a), S. 45.

²⁹ Vgl. **Seiler**, Roman (1999a), S. 42; **Voigt**, Birgit (1997b), S. 47 und **Morra**, Francesco (1996), S. 67 ff.

- *Fallkostenpauschalen*: Auch im stationären Bereich verfolgen die Versicherer zunehmend die Vereinbarung von fixen Pauschalen für erbrachte Leistungen. Statt die Anzahl der Tage und jede medizinische Leistung aufzurechnen, einigen sich Spital und Versicherung auf einen fixen Betrag für eine bestimmte Behandlung bzw. einen medizinischen Fall (z. B. SFr. 5'000.- für einen behandelten Herzinfarktpatienten).³⁰

Ende 1998 wählten in der Schweiz bereits 450'000 Personen ein Modell mit eingeschränkter Arztwahl.³¹ Für die Spitäler ist diese Entwicklung insofern relevant, weil die Hausarztmodelle und die HMOs den Marktzugang für die Spitäler einschränken, indem sie die Patientenströme aktiv auf vertraglich gebundene oder kontrollierte Leistungsanbieter lenken.³² Damit erhöht sich auch die Marktmacht der Krankenkassen bei der Verhandlung allfälliger Fallpauschalen.

2.1.3 Bund, Kantone und Gemeinden

Die Rolle des Bundes im schweizerischen Gesundheitssystem erstreckt sich schwerpunktmässig auf die Bereiche Public Health (Bundesamt für Gesundheitswesen) und der Regelung und Aufsicht der Sozialversicherungen (Bundesamt für Sozialversicherungen).³³

Die Gesundheitspolitik liegt im wesentlichen in der Kompetenz der Kantone. Jeder der 26 Kantone verfügt über eine Gesundheits- oder Sanitätsdirektion und ein Gesetz über die kantonale Gesundheitsversorgung. Die Kantone bestimmen Art und Umfang der angebotenen Dienstleistungen. Sie entscheiden, ob die Aufgaben im Gesundheitswesen durch Private oder durch die öffentliche Hand wahrgenommen werden. Beim Vollzug der Bundesgesetze besteht für die Kantone teilweise ein grosser Gestaltungsspielraum.³⁴ Das regelmässige Zusammenreffen der kantonalen Sanitätsdirektoren (Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz) soll deshalb zu einer Harmonisierung der Gesundheitspolitiken beitragen.³⁵ Den Schwerpunkt der kantonalen Gesundheitspolitik stellt die Spitalplanung dar, wobei der Kanton auch eigene Spitäler (Kantonsspitäler) betreibt. Meist sind es aber die Gemeinden, die im Rahmen der Spitalplanung Bezirks- und Regionalspitäler zu führen haben.³⁶ Oft tun sich mehrere Gemeinden zusammen, um in einem Spitalverband gemeinsam ein Spital zu errichten und zu betreiben.³⁷ Die Gemeinden sind zudem für die Bereiche der spitalexternen Kranken- und

³⁰ Zur Fallpauschale vgl. auch Kapitel 4.2.1.

³¹ Vgl. **Seiler**, Roman (1999a), S. 42.

³² Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 70 ff.

³³ Vgl. **Bernardi-Schenkluhn**, Brigitte (1994), S. 49 ff.

³⁴ Vgl. **Frei**, Andreas (1998), S. 6 f.

³⁵ Vgl. **Bernardi-Schenkluhn**, Brigitte (1994), S. 57 f.

³⁶ Vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 34 f.

³⁷ Vgl. **Hoffmeyer**, Ulrich (1994), S. 55.

Hauspflege, die Alters- und Pflegeheime sowie für die Schaffung von Informations- und Beratungsdiensten zuständig.

Die Kantone und Gemeinden unterliegen gegenläufigen Anreizen: Einerseits müssen die Politiker als Vertreter der Bevölkerung ein persönliches und politisches Interesse daran haben, dieser einen möglichst guten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, andererseits tragen Kanton und Gemeinden in der Regel sämtliche Investitionskosten, 50 Prozent der Behandlungskosten der Grundversicherten³⁸ sowie ein allfälliges Betriebsdefizit der Spitäler.³⁹ Sie sind deshalb ebenfalls an der Drosselung von Investitionen und Betriebskosten interessiert. Die anhaltend schlechte Finanzlage der Kantone und Gemeinden und die weiterhin ansteigenden Gesundheitskosten haben in der Vergangenheit zu Rationalisierungsmaßnahmen in der stationären Krankenversorgung sowie zu grundlegenden Reformen in der Spitalfinanzierung geführt.⁴⁰

2.2 Die Leistungsbereiche des Gesundheitswesens

Die Leistungserbringung im schweizerischen Gesundheitswesen lässt sich grob in einen privatwirtschaftlichen, einen ambulanten und einen stationären Bereich unterteilen.

Die Leistungen im privatwirtschaftlichen Bereich müssen von den Patienten selbst finanziert werden. Die Preise für die Leistungen werden von den Anbietern festgelegt. Zu diesem Bereich gehören beispielsweise zahnärztliche Leistungen, nicht rezeptpflichtige Medikamente, Naturheilpraktiker oder Psychologen.⁴¹

Im Zentrum der ambulanten Versorgung steht der niedergelassene Arzt in freier Praxis. Er untersteht dem Grundsatz der Gewerbefreiheit. Die Ärzte erbringen ihre Leistungen im Wettbewerb. Für die Versicherten besteht freie Arztwahl und sie können gleichzeitig bei mehreren Ärzten in Behandlung sein.⁴² Sowohl Allgemein- als auch Spezialärzte und Chiropraktoren können vom Patienten direkt aufgesucht werden. Ergänzt wird die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes durch ambulante Behandlungen und Operationen in Tageskliniken (Aufenthaltsdauer höchstens 24 Std.) und durch die Einrichtungen der spitalexternen Versorgung (Spitex). Die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist nur auf ärztliche

³⁸ Vgl. **KVG** (1994), Art. 49.

³⁹ Vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 34 f.

⁴⁰ Vgl. Kapitel 4.2.1.

⁴¹ Vgl. **Frei**, Andreas (1998), S. 9.

⁴² Vgl. **KVG** (1994), Art. 41. Die Versicherten können aber ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung auswählt (Hausarztmodelle, HMO). Vgl. **KVG** (1994), Art. 41, Abs. 4 und Kapitel 2.1.2.

Überweisung hin möglich.⁴³ Die Kosten des ambulanten Bereichs werden durch die Krankenkassen bezahlt. Sie unterliegen keiner öffentlichen Subventionierung. Die Preise für die Leistungen des ambulanten Sektors werden in einem Tarifvertrag festgelegt, welcher zwischen den Leistungsanbietern und den Versicherern ausgehandelt wird.⁴⁴

Die stationäre Versorgung ist, im Gegensatz zum ambulanten Bereich, nach planerischen Grundsätzen geregelt. Sie unterliegt der Spitalplanung der Kantone. Darin werden die Spitäler und Abteilungen, die Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen dürfen, begrenzt sowie die zu erbringenden Leistungen in einem Leistungsauftrag festgehalten.⁴⁵ Grundsätzlich werden im stationären Bereich drei Kategorien von Abteilungen unterschieden:⁴⁶

- *Allgemeine Abteilung*: Die Patienten werden von einem vom Spital beauftragten Arzt behandelt und in einem Mehrbettzimmer betreut. Sie verfügen über die obligatorische Krankenversicherung.
- *Halbprivate Abteilung*: Die Patienten können den behandelnden Arzt frei wählen und werden in einem Zweibettzimmer betreut. Sie verfügen über eine Zusatzversicherung.
- *Private Abteilung*: Die Patienten können den behandelnden Arzt frei wählen und werden in einem Einbettzimmer betreut. Sie verfügen über eine Zusatzversicherung.

Die an die Krankenkassen verrechenbaren Tarife⁴⁷ bei den grundversicherten Patienten beinhalten höchstens 50% der anfallenden Kosten (exkl. Kapitalkosten). Der Rest wird durch den Kanton gedeckt. Die Zusatzkosten (inkl. Kapitalkosten) für die private und halbprivate Abteilung finanzieren die privaten Zusatzversicherungen, welche mit den Spitälern eigene Tarife aushandeln. Die Tarife sind so bemessen, dass sie normalerweise die anfallenden Kosten der Spitäler übersteigen. Zudem enthalten sie eigene Tarife für die Honorierung der ärztlichen Leistung, die bei den zusatzversicherten Patienten normalerweise durch einen Chefarzt oder einen leitenden Arzt erfolgen.⁴⁸ Der Systemwechsel bei der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes führte neben der Erhöhung der Prämien der allgemeinen Krankenversicherung zu einer noch stärkeren Prämienhöhung bei den Zusatz-

⁴³ Vgl. **Bernardi-Schenkluhn**, Brigitte (1994), S. 90 ff; **Frei**, Andreas (1998), S. 9 und **Morra**, Francesco (1996), S. 64 ff.

⁴⁴ Dabei kann es sich um einzelne oder mehrere Leistungsanbieter oder deren Verbände bzw. um einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände handeln. Vgl. **KVG** (1994), Art. 46, Abs. 1.

⁴⁵ Vgl. Kapitel 2.1.3.

⁴⁶ Vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 38 f.

⁴⁷ Der zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbarte Tarif kann dabei auf dem benötigten Zeitaufwand (Zeittarif) oder auf vereinbarten Taxpunktswerten für einzelne Leistungen (Einzelleistungstarif) beruhen oder eine pauschale Vergütung vorsehen. Vgl. **KVG** (1994), Art. 43, Abs. 2.

⁴⁸ Vgl. **Bernardi-Schenkluhn**, Brigitte (1994), S. 103 ff; **Frei**, Andreas (1998), S. 9 und **Heusser**, Markus (1996), S. 38.

versicherungen. Immer mehr Versicherte kündigen deshalb ihre Zusatzversicherungen.⁴⁹ Dadurch entstehen erhebliche Einnahmeeinbussen bei den Spitälern sowie bei Chefärzten und leitenden Ärzten.⁵⁰

In den letzten Jahren ist in der Schweiz ein anhaltender Trend zur Verlagerung der Leistungserbringung vom stationären auf den ambulanten Sektor zu beobachten.⁵¹ Viele Spitäler begegnen diesem Substitutionsdruck durch ambulante Behandlungen und Operationen mit der Einrichtung von Tageskliniken.⁵²

⁴⁹ Vgl. **Seiler**, Roman (1999b), S. 44 und **o. V.** (1997), S. 18.

⁵⁰ Das Honorar für die ärztlichen Leistungen an zusatzversicherten Patienten durch Chefärzte und leitende Ärzte wird diesen in der Regel direkt vergütet. Davon müssen sie einen mit dem Spital vereinbarten Prozentsatz für die Benutzung der Infrastruktur abgeben. Vgl. auch **Heusser**, Markus (1996), S. 38 f.

⁵¹ Vgl. **Städler**, Iwan (1999), S. 37. Dieser Trend wird durch die neuesten Zahlen zu den Kosten des Gesundheitswesens der Schweiz bestätigt. Waren 1996 noch 48.1% der Ausgaben im stationären Bereich angefallen, betrug der entsprechende Anteil 1997 nur noch 47.6%. Für die ambulanten Dienstleistungen war die Tendenz mit 33.6% 1996 und 34.2% 1997 gerade umgekehrt. Vgl. **Bundesamt für Statistik** (1999), S. 2.

⁵² Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 65 f.

3 Das Spital aus betriebswirtschaftlicher Sicht

“Ein Spital stellen einerseits Institutionen im öffentlichen Interesse dar, andererseits ein Unternehmen, welches nach betriebswirtschaftlichen Kriterien geführt werden muss.”⁵³

Vor einigen Jahren bestand ein Spital aus den nebeneinander wirkenden Funktionen Pflege, ärztliche Tätigkeit und Verwaltung. Dabei bestimmten vor allem die Ärzte das Geschehen; die Verwaltung war eher ein notwendiges Übel. Als Institution des öffentlichen Interesses waren es politische Gremien, welche die Geschehnisse im Spital kontrollierten und nicht selten auch auf die operative Führung Einfluss nahmen. Inzwischen hat sich aber vieles geändert: Heute stehen die Kosten im Zentrum der Betrachtungen. Mit zunehmend knapperen Mitteln müssen mehr Patienten unter Beibehaltung der Qualität behandelt und gepflegt werden. Diese Bedingungen lassen sich nur durch eine einheitliche, politisch unabhängige Führung erreichen, welche die Abläufe des Spitals an betriebswirtschaftlichen Grundsätzen ausrichtet. In der vorliegenden Arbeit werden deshalb öffentliche Spitäler als Unternehmen verstanden.

Nach einer kurzen Darstellung der aktuellen Situation der Spitäler im Gesundheitswesen der Schweiz wird im speziellen auf das Unternehmen Spital näher eingegangen. Ziel ist es, dessen grundlegende Charakteristik aus betriebswirtschaftlicher Sicht aufzuzeigen. Gegenüber anderen Unternehmen weist der Spitalbetrieb nämlich einige Besonderheiten auf.

3.1 Aktuelle Situation der Spitäler im Gesundheitswesen

3.1.1 Einige Zahlen

Die Entwicklung der Preise für Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens wich in den vergangenen Jahren nicht wesentlich von jener des Landesindexes für Konsumentenpreise ab. Eine Ausnahme bilden die Spitaltarife (inkl. Tarife für halbprivat und privat Versicherte): Zwischen 1982 und 1997 stiegen die Kosten für Spitalleistungen um 131%, während die Preise für ärztliche Leistungen mit einer Steigerung von 29% sogar unter dem Anstieg der Konsumentenpreise von 44% blieben.⁵⁴ Die Gründe für das Ausgabenwachstum im Spitalsektor wie auch im Gesundheitssektor allgemein sind äusserst komplex und vielfältig. Als wesentliche exogene Einflussfaktoren gelten die wachsende Spezialisierung und Technisierung auf der Angebotsseite sowie die Alterung der Bevölkerung

⁵³ Heusser, Markus (1996), S. 35.

⁵⁴ Vgl. **Pharma Information** (1998), S. 50f.

und der verbesserte Zugang zu qualitativ guten medizinischen Leistungen auf der Nachfrageseite.⁵⁵

Von den im Jahre 1997 angefallenen Gesamtkosten des schweizerischen Gesundheitswesens von rund 38 Mrd. SFr. entfielen 47.6% auf den stationären Bereich, 34.2% auf den ambulanten Bereich, 11.2% auf Arzneimittel sowie 7.0% auf die Prävention und die Verwaltung. Die Akut- und Langzeitspitäler verursachten somit fast die Hälfte der Gesamtkosten. Seit 1994 ist aber ein leichter prozentualer Rückgang der Kosten im stationären Bereich im Vergleich zum ambulanten Bereich zu beobachten. Die Kosten des Gesundheitswesens steigen trotzdem weiter an, jedoch nicht mehr so stark wie in den Vorjahren.⁵⁶

1996 gab es in der Schweiz laut Statistik der Vereinigung "H+ Die Spitäler der Schweiz", die nicht alle Spitäler erfasst, 58'941 Betten in 438 Spitälern. Davon waren 36'460 Betten in Akutspitälern für die kurzfristige Krankenpflege, 12'439 in Spitälern für die langfristige Pflege von Chronischkranken, 9'096 in psychiatrischen Kliniken und 946 in Kur-, Höhen- und Spezialspitälern.⁵⁷ Von den Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen werden in der Statistik nur ein Bruchteil erfasst. Die Bettenzahl aller Spitäler dürfte deshalb ca. 80'000 Betten betragen haben. Seit 1992 ist die Zahl der Spitalbetten um ca. 10% zurückgegangen.⁵⁸

3.1.2 Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Das am 1.1.1996 in Kraft getretene neue Krankenversicherungsgesetz bringt auch für den Spitalsektor einige Neuerungen. Für die Spitäler ergeben sich folgende Auswirkungen.⁵⁹

- die Planungspflicht der Kantone für die bedarfsgerechte Spitalversorgung,
- die obligatorischen Leistungsaufträge der Kantone als Grundlage für die Entschädigungspflicht der obligatorischen Grundversicherung,
- die höchstens 50-prozentige Deckung der Betriebsausgaben durch die obligatorische Grundversicherung für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler,
- eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für Einzelleistungstarife als Grundlage eines transparenten Preiswettbewerbs,⁶⁰

⁵⁵ Vgl. **Schwartz**, Andrea (1997), S. 7 f und **Bundesamt für Statistik** (1999), S. 1.

⁵⁶ Vgl. **Bundesamt für Statistik** (1999), S. 1 f. 1997 stiegen die Kosten um 2.8%. 1996 wurde noch ein Anstieg von 5,4% gemessen.

⁵⁷ Vgl. **H+ Die Spitäler der Schweiz** (1997), Tab. 0.01.6.

⁵⁸ Vgl. **Pharma Information** (1998), S. 58.

⁵⁹ Vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 53 f.

⁶⁰ Ab Januar 2000 wird testweise eine für die Schweiz einheitliche Tarifstruktur (TarMed) eingeführt. Diese umfasst 4'300 Leistungspositionen und gilt für Leistungen die in der Arztpraxis oder ambulant im Spital erbracht werden. Dadurch soll der Wettbewerb zwischen den beiden Formen der ambulanten Behandlung

- eine gesamtschweizerisch einheitliche Kostenrechnung sowie die Pflicht zu Kostenvergleichen für Behandlungen,
- die Tarifwettbewerbspflicht unter den Spitalern mit Kündigungsrecht der Versicherer bei zu hoher Kostenrechnung,
- das Verbot der Leistungsverrechnung aus Überkapazitäten und
- die Pflicht zu Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Nach erst drei Jahren Krankenversicherungsgesetz wird in den eidgenössischen Räten bereits die erste Teilrevision diskutiert. Die Schwerpunkte liegen dabei auf dem ambulanten Bereich und den Apotheken. Die zweite Teilrevision, die bereits am Anfang des nächsten Jahres diskutiert werden soll, wird das Thema der Spitalfinanzierung neu aufrollen.⁶¹ Es ist deshalb anzunehmen, dass der laufende Reformprozess im Spitalsektor wie auch im Gesundheitswesen allgemein weitere grundlegende Veränderungen bringen wird.

3.2 Das Zielsystem im Spital

“Ziele stellen Aussagen über erwünschte Zustände dar, die als Ergebnisse von Entscheidungen eintreten sollen.”⁶² Ziele dienen vor allem als Entscheidungskriterium, Orientierungsfunktion für das menschliche Handeln, Koordinationsfunktion und Kontrollfunktion. Das übergeordnete Sachziel des Spitals kann als bedarfsgerechte und leistungsfähige Versorgung der Bevölkerung des Einzugsgebietes mit Gesundheitsleistungen unter Sicherstellung des Fortbestandes des Spital formuliert werden.⁶³ Mit Bezug auf das oberste Sachziel sind für abgrenzbare Bereiche des Spitals Unterziele zu formulieren. Zur Erfolgsmessung werden die Sachziele an übergeordneten Formalzielen mit Angabe des angestrebten Zielausmasses ausgerichtet. Im Spital kommen im Gegensatz zu anderen Unternehmen neben ökonomischen auch kategorische Formalziele zum Tragen. Die Auswahl von Handlungsalternativen erfolgt dabei in zwei Stufen. In einem ersten Schritt müssen Handlungsalternativen den kategorischen Zielen genügen; beispielsweise müssen Behandlungsmethoden eine bestimmte Wahrscheinlichkeit für einen Behandlungserfolg besitzen und mit der Würde des zu behandelnden Menschen in Einklang stehen. Erst im zweiten Schritt kann das ökonomische Prinzip im Sinne der Kostenminimierung als Entscheidungskriterium angelegt werden.⁶⁴ Ein Zielsystem im Spital ist deshalb sehr viel schwieriger zu erstellen als in einem anderen Unternehmen, da es viel mehr weiche, schwer messbare Faktoren zu beachten gilt.

erhöht werden. Der stationäre Bereich ist von den Änderungen nicht betroffen. Vgl. **Graf, Benno / Gerster, Barbara** (1999), S. 16 ff.

⁶¹ Vgl. **o. V.** (1999), S. 16.

⁶² **Bea, Franz Xaver** (1992), S. 316.

3.3 Das Spital als Dienstleistungsunternehmen

Die von einem Spital erbrachten Gesundheitsleistungen können als Dienstleistungen bezeichnet werden. Sie gehören der Kategorie der personenbezogenen Dienstleistungen an.⁶⁵ Damit sind Dienstleistungen gemeint, bei denen die Präsenz und Mitwirkung des Kunden bei der Erstellung und Inanspruchnahme der Leistung erforderlich ist.

Im Zentrum des Dienstleistungsprozesses im Spital steht das Gut ‚Gesundheit‘. Es gibt zahlreiche Versuche, Gesundheit zu definieren. Eine Grundlage bildet das Gesundheitskonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die unter Gesundheit sowohl körperliches als auch soziales und seelisches Wohlbefinden versteht. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Patienten lässt sich nach obiger Definition nur schwer bestimmen bzw. in eindeutigen, messbaren Grössen ausdrücken.⁶⁶ Die Festlegung einer operationalen Produktdefinition stellt folglich eines der Kernprobleme des Spitalmanagements dar.⁶⁷

Der Dienstleistungsbetrieb Spital weist zusammenfassend und ergänzend folgende Besonderheiten auf:⁶⁸

- 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 entstehende Wichtigkeit des Vertrauens zum Personal.

3.4 Die Leistungserstellung im Spital

Die eigentliche Spitalleistung liegt in der Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten (Outcome).⁶⁹ Unter Outcome werden die qualitativen und quantitativen Auswirkungen einer Leistung auf den Leistungsempfänger verstanden.⁷⁰

⁶³ Vgl. **Dézszy**, Josef / **Schwanzer**, Hans (1993), S. 24 und **Straub**, Silvia (1997), S. 44.

⁶⁴ Vgl. **Adam**, Dietrich (1972), S. 21.

⁶⁵ Vgl. **Sidamgrotzki**, Edgar (1994), S. 49. Daneben unterscheidet er noch gesellschaftsbezogene Dienste (z. B. Schulen), sachliche Dienste (z. B. Wäschereien) und kaufmännische Dienste (z. B. Banken).

⁶⁶ Vgl. **Schwartz**, Andrea (1997), S. 11 f.

⁶⁷ Vgl. **Sidamgrotzki**, Edgar (1994), S. 58 ff.

⁶⁸ Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 29 f; **Schwartz**, Andrea (1997), S. 14 f; **Sidamgrotzki**, Edgar (1994), S. 49 f und **Straub**, Silvia (1997), S. 53 ff.

⁶⁹ Vgl. **Preuss**, Olaf (1994), S. 104.

⁷⁰ Vgl. **Schedler**, Kuno (1993), S. 58.

Der Output bezeichnet die mengenmässige Abgabe von Gesundheitsleistungen, ohne Berücksichtigung ihrer Wirkung auf den Leistungsempfänger.⁷¹ Nach **Eichhorn** entsteht der Output in zwei Stufen:⁷² Die Kombination von Arbeitsleistung, Betriebsmittel, Sachgütern und Fremdleistungen dient als Sekundärinput für die Produktion der innerbetrieblichen Leistungen in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelversorgung. Diese Einzelleistungen bilden den Primärinput für die eigentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten. In *Abbildung 2* ist dieses zweistufige Modell der Spitalproduktion dargestellt.

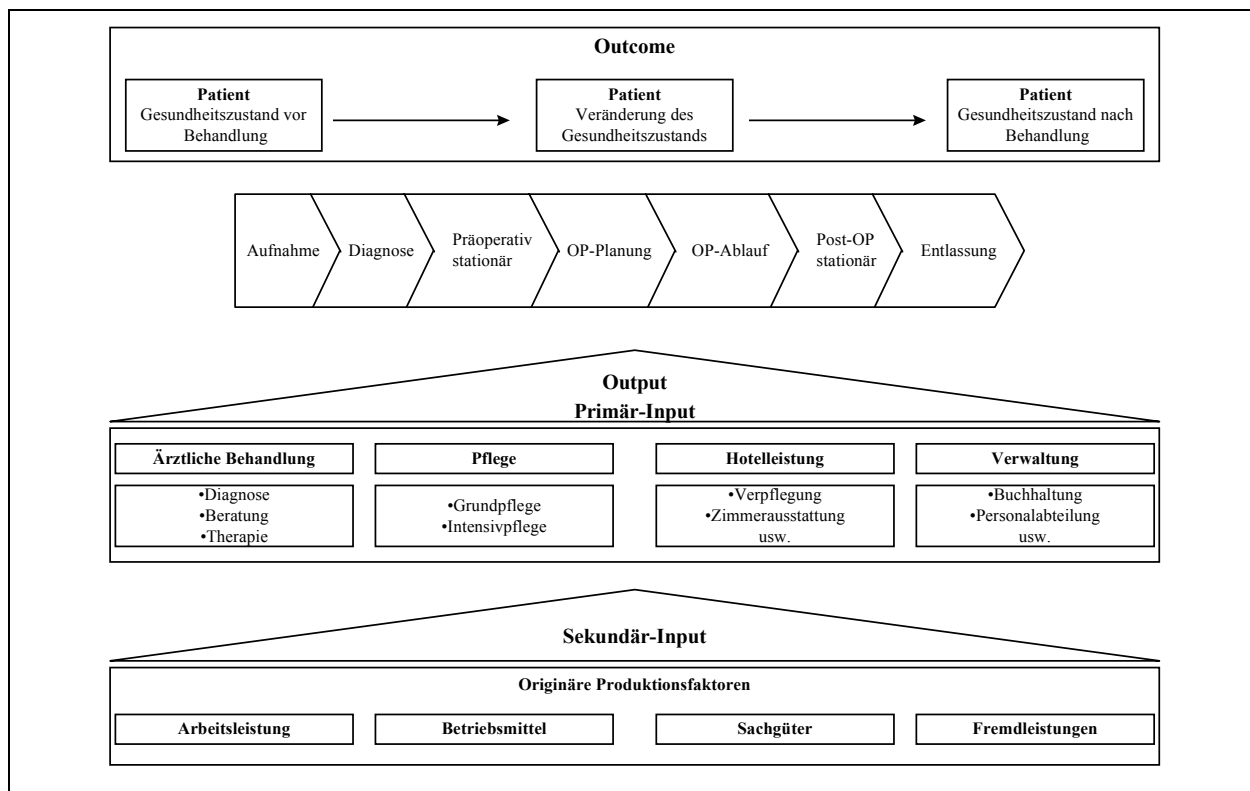


Abbildung 2: Zweistufiges Modell der Spitalproduktion⁷³

Auf der Sekundärebene zielt man auf eine Minimierung des Faktoreinsatzes bei der Erstellung eines gegebenen Bündels von Einzelleistungen (technische Effizienz). Auf der Primärebene wird ein möglichst geringer Einsatz medizinischer Einzelleistungen im Rahmen der Behandlung eines Patienten angestrebt (pflegerische und medizinische Effizienz). Zur Messung der Effizienz der Leistungserstellung im Spital müssen Output- und Inputgrößen genau abgegrenzt werden. Dies ist infolge der bereits angesprochenen Messprobleme im Spital aber nur begrenzt möglich. Insbesondere die Operationalisierung des Outcome erweist

⁷¹ Vgl. **Schedler**, Kuno (1993), S. 57.

⁷² Vgl. **Eichhorn**, Siegfried (1975), S. 15 ff.

⁷³ Quelle: In Anlehnung an **Eichhorn**, Siegfried (1988), S. 16 und **Straub**, Silvia (1997), S. 56.

sich als sehr schwierig.⁷⁴ In der Literatur findet man deshalb zahlreiche Versuche, Kriterien zur Veränderung des Gesundheitszustandes zu definieren und zu operationalisieren.⁷⁵

⁷⁴ Vgl. **Schwartz**, Andrea (1997), S. 19 ff.

⁷⁵ Bekannte Instrumente zur Messung des Gesundheitszustandes sind beispielsweise das Nottingham Health Profile und der McMasters Health Index Questionnaire. Sie berücksichtigen Komponenten der physischen, sozialen und emotionalen Gesundheit. Vgl. **Zweifel**, Peter / **Zysset-Pedroni**, Gabriella (1992), S. 48 ff.

4 Das Konzept New Public Management und dessen Auswirkungen auf den Spitalsektor

In Kapitel 3 wurde das Spital aus betriebswirtschaftlicher Sicht dargestellt. Nur wenige öffentliche Spitäler werden aber derzeit nach dem Muster einer modernen Dienstleistungsunternehmung geführt. Die Spitäler weisen, bedingt durch ihre bisherige stabile Umwelt, genauso wie andere öffentliche Betriebe, Merkmale einer Bürokratie auf. Im Zuge der seit den 80er Jahren in den Industriestaaten laufenden Verwaltungsreform, die geprägt wird durch den Begriff 'New Public Management' (NPM), sollen auch die öffentlichen Spitäler zu effizienten, wirtschaftlich handelnden und kundenorientierten Dienstleistungseinrichtungen umgewandelt werden. Zu Beginn dieses Kapitels werden deshalb der Hintergrund und die Merkmale des NPM-Konzeptes kurz erläutert. Danach werden die Entwicklungen für die öffentlichen Spitäler beschrieben, welche sich aus dem NPM ergebenden. Diese bedingen eine Neudefinition der Anforderungen an den Spitalbetrieb. In der traditionellen Verwaltungsführung verfügt die Spitalleitung aber nicht über die notwendigen unternehmerischen Freiheiten, um diesem zukünftigen Anforderungsprofil gerecht zu werden. Die Rolle der staatlichen Organe im Gesundheitswesen muss daher neu definiert werden. Das integrierte Management-Konzept dient als konzeptionelle Basis für diese Neudefinition.

4.1 Das Konzept des New Public Management

Die klassische öffentliche Verwaltung des 20. Jahrhunderts ist durch das Bürokratiemodell von **Weber** geprägt. Dieses Organisationsmodell erwies sich als besonders geeignet zur Lösung des Problems der rationalen Ausübung legaler Herrschaft in Europa zu Beginn dieses Jahrhunderts. Der Ansatz war darauf ausgerichtet, patriarchalische Herrschaft und subjektive Willkür durch korrekte, personenunabhängige, nachvollziehbare und sachbezogene Umsetzung vorgegebener Regeln zu ersetzen. Das Modell schien sich ebenfalls zur Lösung der Probleme in der Privatwirtschaft zu eignen. Der hauptsächlich von **Taylor** geprägte Ansatz des Scientific Management orientiert sich nämlich sehr stark an den Intentionen des Weberschen Bürokratiemodells.⁷⁶

In der Privatwirtschaft hat in den letzten Jahren eine sukzessive Abwendung von bürokratischen Managementkonzepten stattgefunden. Der zunehmende Wettbewerbsdruck führte zu Veränderungen des organisatorischen Grundverständnisses und zu Anpassungsprozessen. Anders lief es bei den öffentlichen Verwaltungen. Sie unterlagen bis anhin keinem

⁷⁶ Vgl. **Reichhard**, Christoph (1995), S. 57 ff. und **Budäus**, Dietrich (1998), S.1ff.

existenziellen Erneuerungsdruck. In der Vergangenheit gab es zwar eine Reihe von Reformbestrebungen in der öffentlichen Verwaltung, doch stellten diese aber grundsätzlich nicht die Orientierung am Bürokratiemodell in Frage.⁷⁷

In den Industriestaaten sind nun weltweit seit Anfang der 80er Jahre grundlegende Umstrukturierungen und Erneuerungen des öffentlichen Sektors zu beobachten. Auslöser waren vor allem folgende Änderungen im Umfeld der Verwaltungen:⁷⁸

- Dauerhaft krisenhafte Finanzlage des Staates und zunehmende finanzielle Belastung der Bürger durch Steuern und Abgaben⁷⁹
- Aufgabenwandel von der Ordnungs- zur Leistungs- und Planungsverwaltung
- Gestiegene Komplexität politisch-administrativer Problemstellungen
- Wandel der Werte und Einstellungen von Bürgern und Verwaltungsmitarbeitern
- Gestiegene Ansprüche und Erwartungen der Bürger gegenüber den Verwaltungsleistungen

Insbesondere die zunehmende Staatsverschuldung in den meisten OECD-Ländern und der zunehmend als ineffizient, bürokratisch, bürgerfern und unflexibel angesehene öffentliche Apparat setzte die politischen Führungen dieser Länder zusehends unter Druck. Es entstand - vorab im anglo-amerikanischen Raum - eine international zu beobachtende Veränderung der Grundorientierung in der Verwaltungsbetriebslehre welche seit den achtziger Jahren unter dem Begriff New Public Management (NPM) zusammengefasst wird.⁸⁰

Die inhaltliche Abgrenzung und Strukturierung des Verständnisses von NPM vollzieht sich auf drei Ebenen.⁸¹ Die erste Ebene bezieht sich auf den grundlegenden Funktionswandel öffentlicher Verwaltungen. Der Staat wandelt sich dabei zusehends vom produzierenden zum gewährleistenden Staat. Hieraus erfolgt die Tendenz zum Aufgabenabbau und zur Privatisierung.

Die zweite Ebene des NPM bezieht sich auf die Reformierung der Struktur- und Handlungsbedingungen des öffentlichen Sektors und verfolgt hauptsächlich das Ziel, Wettbewerbsbedingungen für öffentliche Leistungen zu schaffen. Als Erklärungsgrundlage werden hier die Public Choice-Theorie und Ansätze der neuen Institutionenökonomik herangezogen.

Begriffe wie "Managerialismus" und "wirkungsorientierte Verwaltungsführung" decken die dritte Ebene des NPM ab. Die Veränderung von Strukturen, Verfahren und Verhaltensweisen

⁷⁷ Vgl. **Reichhard**, Christoph (1995), S. 60 ff. und **Budäus**, Dietrich (1998), S. 2.

⁷⁸ Vgl. **Reichhard**, Christoph (1995), S. 59 f.

⁷⁹ Vgl. hierzu ebenfalls **Metzen**, Heinz (1994), S. 25 f.; **Schedler**, Kuno (1995a), S. 2 f. und **Buschor**, Ernst (1993), S. 3.

⁸⁰ Vgl. **Borins**, Sandford / **Grünig**, Gernod (1998), S. 11 und **Buschor**, Ernst (1993), S. 7.

bilden den Schwerpunkt dieser internen Reform. In der Schweiz ist diese Ebene überwiegend unter dem Begriff ‘wirkungsorientierte Verwaltungsführung’ bekannt.

Die wirkungsorientierte Verwaltung überträgt nicht einfach die Erkenntnisse über exzellente Unternehmensführung auf die Verwaltung, sondern ist um eine wesensgerechte Übertragung erfolgreicher Modelle aus der Privatwirtschaft auf den unterschiedlichen Kontext in der Verwaltungsbetriebslehre bemüht. Dabei sollen leistungs- und motivationshemmende Elemente des politisch-administrativen Systems durch moderne Führungssysteme, -strukturen und -instrumente ersetzt werden. Die Grundidee besteht in der Verlagerung der Steuerung von Mitteln (Input) zu den Leistungen (Output) und Wirkungen (Outcome).⁸²

Die wirkungsorientierte Verwaltung ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:⁸³

- Kunden- und Bürgerorientierung
- Kostensenkungs- und Effizienzdruck (Lean Production)
- Wirkungs- statt Inputsteuerung (Budgets, Stellen)
- Trennung der strategischen (politische Behörde) von operativen Kompetenzen
- Trennung der Funktionen des Leistungsträgers und des Leistungsfinanzierers
- Schaffung konzernähnlicher Verwaltungsstrukturen
- Leistungsaufträge für gemeinwirtschaftliche Aufgaben der Leistungserbringer
- Wettbewerb über interne Märkte, Auswärtsvergabe und Privatisierung
- Umfassende Wirkungs- und Ordnungsmässigkeitsprüfung
- Förderung nichtmonetärer Leistungsanreize und des Leistungslohns

“Noch nie hat ein verwaltungswissenschaftliches Steuerungsmodell eine derart breite Anwendung erfahren und zu einem so hohen Konsens über die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit geführt.”⁸⁴ Allerdings ist durchschnittlich nur die Hälfte aller Umsetzungsversuche erfolgreich. Misserfolge sind oft darauf zurückzuführen, dass zuwenig Grundsätzliches geändert werden kann.⁸⁵ Das Konzept des New Public Management alleine bringt keine Veränderungen. Für die erfolgreiche Durchführung der geplanten Reformen ist deshalb der Aufbau eines differenzierten und integrierten Change-Managements unabdingbar.⁸⁶

⁸¹ Vgl. **Budäus**, Dietrich (1998), S. 3 ff. Diese Auffassung teilt auch Reichhard. Er unterscheidet jedoch lediglich zwischen einer Aussensicht und einer Innensicht. Vgl. **Reichhard**, Christoph (1995), S. 64.

⁸² Vgl. **Buschor**, Ernst (1993), S. 7 und **Schedler**, Kuno (1995b), S. 17.

⁸³ Vgl. **Buschor**, Ernst (1993), S. 19.

⁸⁴ **Buschor**, Ernst (1993), S. 8.

⁸⁵ Vgl. **Haas**, Josefa (1997), S. 89.

⁸⁶ Zum Change-Management im Spital vgl. Kapitel 5.

4.2 New Public Management im Spital

4.2.1 Reformbestrebungen der Kantone

Die Kantone wenden im Durchschnitt 15% des Gesamthaushalts für die Gesundheitsversorgung auf. Diese Mittel werden fast ausschliesslich für Investitionen und zur Deckung der laufenden Betriebskosten der öffentlichen Spitäler eingesetzt.⁸⁷ Eine Verringerung dieser Belastung ist infolge des laufenden Anstiegs der Gesundheitskosten in der Schweiz nicht in Sicht. Die Kantone versuchen deshalb, durch die Reformierung der Struktur- und Handlungsbedingungen Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringung der öffentlichen Spitäler zu schaffen, um langfristig ihre schlechte Finanzlage, unter Beibehaltung einer möglichst hohen Qualität der Gesundheitsleistungen, zu verbessern.

Folgende Entwicklungen sind derzeit zu beobachten:⁸⁸

- Die Einleitung von Rationalisierungsmassnahmen in der stationären Krankenversorgung durch die Kantone in Form der Redimensionierung von Investitionsvorhaben, Zurückstellung ganzer Projekte, Plafonierung der Beiträge sowie die Einführung von starren Globalbudgets
- Die grundlegende Reform der Spitalfinanzierung durch die Einführung von Fallpauschalen

Die bisher in der Schweiz praktizierte duale Finanzierung (d. h. Deckung der Investitionskosten durch den Kanton und separate Finanzierung der Betriebskosten durch Krankenkassen und Kanton) wird bei der Einführung von Fallpauschalen in ein monistisches Finanzierungssystem umgewandelt. Dabei steht das Ziel im Vordergrund, die Leistungsvergütung vermehrt an den tatsächlichen Kosten der Erstellung zu messen und das Wachstum der Spitalausgaben über marktwirtschaftlichere Rahmenbedingungen und Budgetrestriktionen zu steuern. Zudem werden dadurch Anreize zu mehr Effizienz gesetzt und mehr Kostentransparenz erreicht.⁸⁹ Im Gegensatz zu den bisher üblichen Tagespauschalen, welche den Spitalern einen festen Betrag pro Tag und Patient gewährten, kann die Leistungsvergütung mit Fallpauschalen durch folgende Merkmale beschrieben werden:⁹⁰

⁸⁷ Vgl. **Hoffmeyer**, Ulrich (1994), S. 21 f.

⁸⁸ Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 4 ff.

⁸⁹ Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 157 und **Morra**, Francesco (1996), S. 5 f. und 162.

⁹⁰ Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 132 ff und 162. Zur Anreizwirkung von Tagespauschalen vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 46 f. Die aufgeführten Merkmale entsprechen dem Idealfall. In der Praxis können unterschiedliche Ausprägungen Anwendung finden.

- Marktorientierte Angebotssteuerung mit einem Ausschreibungsverfahren, das über die Zuteilung der Leistungsaufträge bestimmt⁹¹
- Administrierte Preisfestlegung anhand von Durchschnittskosten in Referenzspitalern⁹²
- Innerbetriebliche Verantwortung für Betriebs- und Investitionskosten (monistische Finanzstruktur)⁹³
- Fallbasierte Vergütung mit differenziertem Klassifikationssystem⁹⁴

Die Voraussetzung für die Einführung der Fallpauschale als Vergütungseinheit ist eine prospektive Vergütung mit Globalbudget.⁹⁵ Überschüsse oder Unterdeckungen gehen dabei im Gegensatz zu einer retrospektiven Vergütung zugunsten bzw. zulasten der einzelnen Spitäler.⁹⁶ Das Spitalbudget berechnet sich anhand des quantitativen und qualitativen Leistungsauftrags (Menge)⁹⁷ und den administrierten Preisen pro Fall einer Diagnosegruppe (Wert). Es handelt sich demnach um ein Umsatzbudget und nicht mehr um ein Fortschreibungsbudget. Damit werden die Spitäler, die kosteneffizient und kosteneffektiv arbeiten, nicht mehr durch Budgetkürzungen bestraft. Unterschreitungen des Budgets dürfen als Gewinne zurückbehalten werden. Hingegen werden Defizite nicht mehr gedeckt.⁹⁸

4.2.2 Die neuen Anforderungen an das Unternehmen Spital

Die Einführung von Fallpauschalen auf prospektiver Vergütungsbasis mit Globalbudget und der damit verbundenen Wettbewerbselemente stellt grundlegend neue Anforderungen an das Unternehmen Spital. Folgende Neuausrichtungen der Spitäler werden erforderlich, um im neuen Wettbewerbsumfeld bestehen zu können:⁹⁹

- Starke Markt- und Kundenorientierung

⁹¹ Die Anpassung der quantitativen und qualitativen Spitalkapazität erfolgt dadurch dezentral über Wettbewerbselemente und nicht über staatliche Interventionen. Je nach Preishöhe werden Spitäler ihr Leistungsangebot aus- bzw. abbauen.

⁹² Dieses System garantiert einerseits leistungsgerechte Preise innerhalb eines Ausschreibungsverfahrens und andererseits stellen administrierte Preise von aussen determinierte und garantierte Erlöse dar, wodurch der Anreiz zu einer möglichst kostengünstigen Leistungsproduktion geschaffen wird. Preise auf Verhandlungsbasis werden aufgrund ihrer Abhängigkeit von Marktmacht und Verhandlungsgeschick als weniger geeignet angesehen.

⁹³ Leistungsbereiche wie Notfall- und Bereitschaftsdienst, Ausbildung, Lehre und Forschung werden nicht über Fallpauschalen, sondern getrennt nach Aufwand vergütet.

⁹⁴ Die Fallvergütung soll dabei mindestens die Art und Schwere des Behandlungsfalls berücksichtigen. In Bereichen wo die Leistungen nach objektiven Gesichtspunkten schlecht messbar sind, sollen Abteilungspauschalen als Vergütungseinheit verwendet werden.

⁹⁵ Es handelt sich dabei idealerweise um ein starres Budget, welches nur exogen bedingte Kosten- und Leistungsabweichungen berücksichtigt.

⁹⁶ Gemäss dem neuen Krankenversicherungsgesetz können die Kantone in der Schweiz ein Globalbudget im Sinne einer prospektiven Spitalfinanzierung einführen. Vgl. **KVG** (1994), Art. 51.

⁹⁷ Die Menge ergibt sich aus der Leistungsvereinbarung, die im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens erzielt wurde.

⁹⁸ Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 151 f.

⁹⁹ Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 162 ff.

- Starke Qualitätsorientierung (Qualität als kritischer Wettbewerbsparameter)
- Spezialisierung des Leistungsangebots und Konzentration auf Kernkompetenzen
- Ausrichtung der Leistungskapazitäten an der Marktnachfrage
- Ertragsorientierung

Dieses neue Anforderungsprofil bedingt grundlegende Änderungen innerhalb des Spitals. Durch die Ableitung von Elementen aus dem NPM verspricht man sich auch im Spital eine verstärkt leistungsorientierte Steuerung.¹⁰⁰ *Tabelle 2* zeigt den Änderungsbedarf in verschiedenen Unternehmensbereichen im Vergleich zum bisher am Bürokratiemodell ausgerichteten Spitalbetrieb.

Spital mit bürokratischen Merkmalen	Spital als moderne Dienstleistungsunternehmung gemäss NPM
<ul style="list-style-type: none"> • Auf das Spital ausgerichtetes isoliertes Modell 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitlichkeit der Betrachtung unter Einbezug der Anspruchsgruppen
<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Patientennähe 	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierung
Organisation	
<ul style="list-style-type: none"> • Funktionale, stark hierarchische Gliederung der Aufbauorganisation. Mangel an organisatorischer Flexibilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Holdingsstruktur, neue Organisationsformen (flache Organisationen, Profitcenter, Prozessorganisation usw.)
Kommunikation	
<ul style="list-style-type: none"> • Geringe vertikale Kommunikation, mehrheitlich Kommunikation von oben nach unten 	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation und Information, Prinzip des offenen Ohrs
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsteilung, Erfüllung einzelner Aufgaben durch Spezialisten 	<ul style="list-style-type: none"> • Teamwork und Fachgeneralistentum
Führungsstil	
<ul style="list-style-type: none"> • Führen heisst kommandieren, kontrollieren, korrigieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Führung heisst kommunizieren, koordinieren, kooperieren
<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Vertrauen in die Fähigkeiten der Mitarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Spielraum für die Kreativität und Eigeninitiative der Mitarbeiter
<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit der Führungskräfte 	<ul style="list-style-type: none"> • Steuerung durch Zielvorgaben und Globalbudgets, freie Wahl ihrer Mittel
Personalmanagement	
<ul style="list-style-type: none"> • Verwalten anstatt neu zu gestalten. Der Schwerpunkt liegt auf Bewahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektmanagement, unternehmerisches Verhalten der Mitarbeiter. Der Schwerpunkt liegt auf Innovation und Kreativität
<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Initiative und Übernahme von Verantwortung seitens der Mitarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter wünschen spannende, abwechslungsreiche, verantwortungsvolle Aufgaben
<ul style="list-style-type: none"> • Automatisches Lohnsystem mit Lohnstufen 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexible, auf Leistung und Initiative ausgerichtete Lohnsysteme

Tabelle 2: Das Spital als Bürokratie und als moderne Dienstleistungsunternehmung¹⁰¹

¹⁰⁰ Vgl. **Buschor**, Ernst (1994), S. 64.

¹⁰¹ Quelle: In Anlehnung an **Straub**, Silvia (1997), S. 49 ff.

4.2.3 Das integrierte Spitalmanagement als Grundlage für erfolgreiche Entwicklungsprozesse

Zur Bewältigung der gestiegenen Anforderungen an das Spitalmanagement drängt sich die Anwendung des Konzeptes des integrierten Managements von **Bleicher** auf. Das Konzept wurde entwickelt, um “[...] den Anforderungen eines Paradigmawechsels hin zu einem Führungsverständnis, das sich mit der gestiegenen Komplexität und Dynamik bewusst auseinandersetzt [...]”¹⁰² gerecht zu werden. Auf der Suche nach neuen differenzierten Lösungen für die dargestellten gewachsenen Herausforderungen an das Spitalmanagement, empfiehlt es sich, einen Ordnungsrahmen anzuwenden, welcher sich in horizontaler Sichtweise in eine normative, strategische und operative Managementebene und unter vertikaler Betrachtung in Strukturen, Aktivitäten und Verhalten unterteilt (Vgl. *Abbildung 3*). Die vielfältigen Vor- und Rückkoppelungsprozesse und anderweitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen den Dimensionen in vertikaler und horizontaler Hinsicht kennzeichnen den integrativen Charakter des Konzeptes. Die Aufgabe des Managements besteht nun darin, die Inhalte der verschiedenen Dimensionen an die Veränderungen ausserhalb und innerhalb der Unternehmung anzupassen.¹⁰³

Im Rahmen des normativen Spitalmanagements erfolgt die gesellschaftliche, politische und rechtliche Legitimation des Spitals. Hier werden die allgemeinen Rahmenbedingungen und die übergeordneten Interessen zu generellen Zielen, Normen und Spielregeln konkretisiert. Diese sind darauf ausgerichtet, über die Generierung von Nutzen für die Bezugsgruppen die Lebens- und Entwicklungsfähigkeit des Spitals zu ermöglichen. Ausgehend von einer unternehmenspolitischen Vision bilden das unternehmenspolitische Handeln und der sich daraus ergebende Leistungsauftrag den zentralen Inhalt des normativen Managements. Die Spitalpolitik wird getragen durch die Spitalverfassung, die die Grundsatzentscheidung über die gestaltete Ordnung des Spitals darstellt, und die Spitalkultur, welche die Gesamtheit der verhaltensbezogenen Werte und Normen des Spitals beinhaltet.¹⁰⁴

Das strategische Management befasst sich mit dem Aufbau, der Pflege und der Umsetzung von Erfolgspotentialen. Im Mittelpunkt stehen dabei die aus der Spitalpolitik abgeleiteten Leitbilder und strategischen Programme, die die Mittel und Ressourcen bündeln und konzentrieren, um die Leistungsprozesse in ihrer Art, Menge und Qualität ziel- und marktkonform erstellen zu können. Auf der strategischen Ebene werden zudem die

¹⁰² **Bleicher**, Knut (1996), S. 70.

¹⁰³ Vgl. **Bleicher**, Knut (1996), S. 70 ff.; **Sidamgrotzki**, Edgar (1997), S. 17 und **Morra**, Francesco (1996), S. 178.

¹⁰⁴ Vgl. **Bleicher**, Knut (1996), S. 73f und **Sidamgrotzki**, Edgar (1994), S. 47 ff.

Organisationsstruktur, die Managementsysteme sowie das Führungs- und Problemlösungsverhalten als Basis für das operative Management festgelegt. Die Effektivität steht auf dieser Ebene im Vordergrund.¹⁰⁵

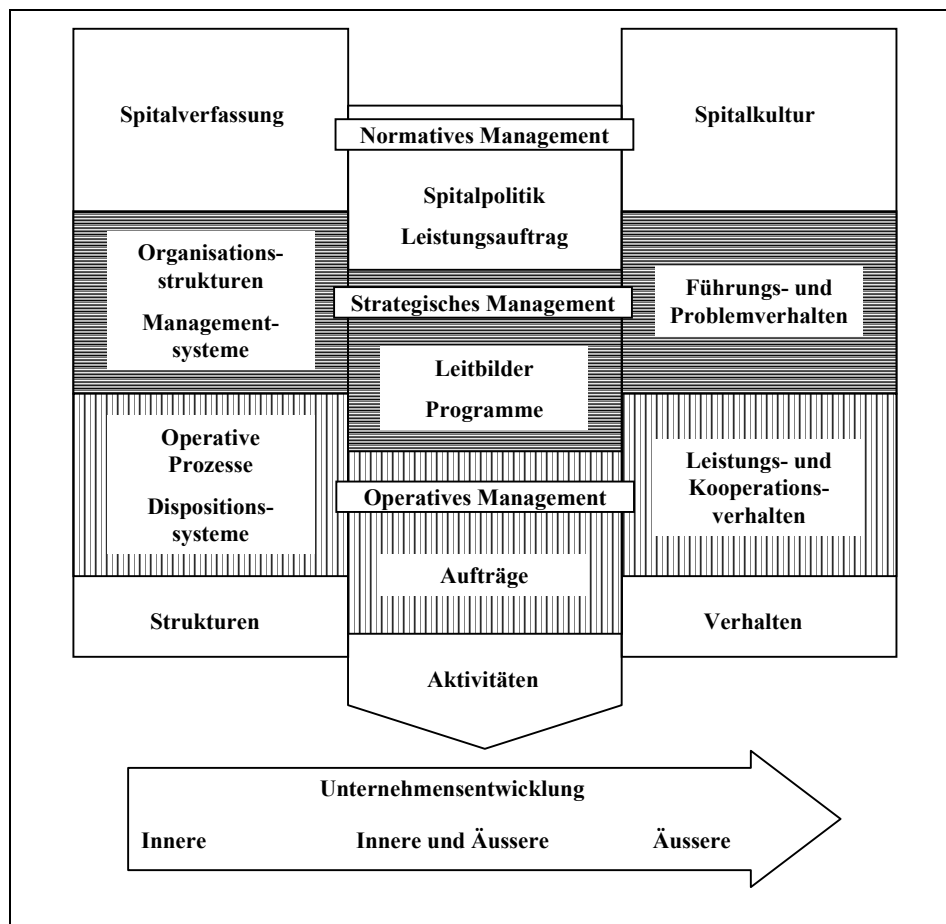


Abbildung 3: Das Konzept des integrierten Spitalmanagements¹⁰⁶

Die strategischen Ziele und Programme werden durch leistungs-, finanz- und informationswirtschaftliche Prozesse in konkrete spitalbezogene Leistungen umgesetzt. Das Ziel liegt dabei in einer möglichst effizienten und patientengerechten Dienstleistung.¹⁰⁷

4.2.4 Neudefinieren der Rollen des Verwaltungs- und Spitalmanagements¹⁰⁸

Das Spitalwesen ist heute grösstenteils noch in ein traditionelles System der Verwaltungsführung eingebettet. Diese tritt gleichzeitig als Geldgeber, Produzent und Käufer von Spitalleistungen auf und greift immer wieder in das operative Tagesgeschäft des Spitals ein. Um dem zukünftigen Anforderungsprofil gerecht zu werden, benötigt die Spitalleitung aber

¹⁰⁵ Vgl. **Bleicher**, Knut (1996), S. 74 f. und **Sidamgrotzki**, Edgar (1994), S. 107 ff.

¹⁰⁶ In Anlehnung an **Bleicher**, Knut (1996), S. 76 und **Sidamgrotzki**, Edgar (1994), S. 44.

¹⁰⁷ Vgl. **Bleicher**, Knut (1996), S. 75 ff.; **Sidamgrotzki**, Edgar (1994), S. 221ff und **Sidamgrotzki**, Edgar (1997), S. 18.

mehr unternehmerische Freiheiten. Die Rolle der staatlichen Organe im Spitalwesen muss daher neu definiert werden. Anhand des integrierten Management-Konzepts wird eine mögliche Neudefinition im folgenden kurz vorgestellt.

Das normative Verwaltungsmanagement bestimmt die Ziele der Gesundheitspolitik, welche durch das Volk und das Parlament in entsprechenden Gesetzen und Normen festgelegt werden. Die Gesundheitsdepartemente der Kantone ermitteln das für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung notwendige Produktbudget und übersetzt dieses in Leistungsaufträge. Das strategische Verwaltungsmanagement setzt zudem die administrierten Preise fest, die für die Erbringung von Gesundheitsleistungen an die Leistungsanbieter ausbezahlt werden. Der Tätigkeitsbereich des operativen Verwaltungsmanagements reduziert sich auf die Vorbereitung der Ausschreibungsverfahren, auf die Leistungserfassung für die Erstellung des Produktbudgets sowie auf die Kalkulation der administrierten Preise für die Fallpauschalen.

Das normative Spitalmanagement ist ausgehend von der eben beschriebenen Rolle des Verwaltungsmanagements neu gefordert, selbständig übergeordnete und sektorielle Ziele zu entwickeln. Der bisher von oben aufgezwungene Leitungsauftrag wird durch einen gemeinsam mit der Verwaltungsführung vereinbarten Leistungskontrakt ersetzt. Somit kann das Spital die eigene Unternehmenspolitik selbst bestimmen. Dies bedingt, dass die Spitalverfassung nicht mehr durch übergeordnete, politische Instanzen beeinflusst wird, sondern ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich des normativen Spitalmanagements fällt. Durch die neue Rollenzuteilung wird das Spitalmanagement insbesondere auf der strategischen und operativen Ebene aufgewertet bzw. neu gefordert. Im Rahmen der marktorientierten Angebotssteuerung mit Ausschreibungsverfahren ist die Spitalleitung selber für die Entwicklung erfolgsversprechender Spital- und Fachbereichsstrategien verantwortlich. Im Wettbewerb versucht jedes Spital die Leistungskontrakte zu erhalten, die ihm die Entwicklung von zukunftsweisenden Erfolgspotentialen ermöglichen. Mit der Übernahme des Gewinn- und Verlustrisikos erhält das Spitalmanagement die ganze Kompetenz und Verantwortung für den operativen Vollzug der Leistungskontrakte.

Durch die Neudefinition der Rollen des Verwaltungs- und Spitalmanagement liegt die Verantwortung für die langfristige Überlebensfähigkeit des Spitals nun bei der Spitalleitung. Die Beherrschung aller drei Managementebenen wird deshalb zu einer notwendigen Voraussetzung für eine erfolgreiche Zukunft des Spitals.

¹⁰⁸ Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 166 ff. und 184 ff.

5 Change-Management im Spital

Die veränderten Rahmenbedingungen im Umfeld der Spitäler stellen neue Anforderungen an das Spitalmanagement. Um das zukünftige Überleben sicherzustellen, müssen die bürokratisch geführten öffentlichen Spitäler in moderne Dienstleistungsunternehmen umgewandelt werden. Durch die Ableitung von Elementen aus dem NPM bzw. der wirkungsorientierten Verwaltungsführung werden sich auch hier Erfolge versprochen. Das beste Konzept verfehlt aber seine Wirkung, wenn dessen Einführung nicht von einem differenzierten und integrierten Management des Wandels begleitet wird.

In diesem Kapitel werden die Bedingungsgrößen und Gestaltungsmöglichkeiten eines Change-Managements im Spital anhand eines Bezugsrahmens für ein Management des Wandels im Spital aufgezeigt. Aufgrund der Tatsache, dass die erfolgreiche Leistungserstellung im Spital besonders stark vom Sozial- und Leistungsverhalten der Mitarbeiter abhängt, liegt der Schwerpunkt der Ausführungen beim Aufzeigen von Ansatzpunkten eines wandlungsunterstützenden Personalmanagements. Dieser Aspekt wurde zudem in der bisherigen Forschung weitgehend vernachlässigt. Das Effektivitäts- und Effizienzkonzept am Ende des Kapitels soll als Entscheidungshilfe und Kontrollinstrument für zu treffende bzw. getroffene Massnahmen dienen.

5.1 Begriff Change-Management

Nach **Thom** umfasst “[...] das Konzept eines Managements des Wandels alle geplanten, gesteuerten, organisierten und kontrollierten Veränderungen in den Strategien, Prozessen, Strukturen und in den Kulturen sozio-ökonomischer Systeme (z. B. privater und öffentlicher Unternehmungen). Ein differenziertes und integriertes Change-Management beschäftigt sich daher u. a. mit spezifischen Fragen der Unternehmungsführung, der Organisation, des Personalmanagements sowie der Kommunikation und Information.”¹⁰⁹ Die Grundfragestellung lautet dabei: Wie kann man den Herausforderungen eines sich unregelmässig und meist unvorhersehbar wandelnden Umsystems am besten begegnen, damit die Zielerreichung und das langfristige Überleben der Unternehmung sichergestellt wird.

Der in *Abbildung 4* dargestellte Bezugsrahmen soll eine konzeptionelle Hilfe für die Durchführung eines integrierten und differenzierten Managements des Wandels in einem öffentlichen Spital geben. Dieser wird in den folgenden Kapiteln erläutert.

¹⁰⁹ **Thom**, Norbert (1996), S. 5.

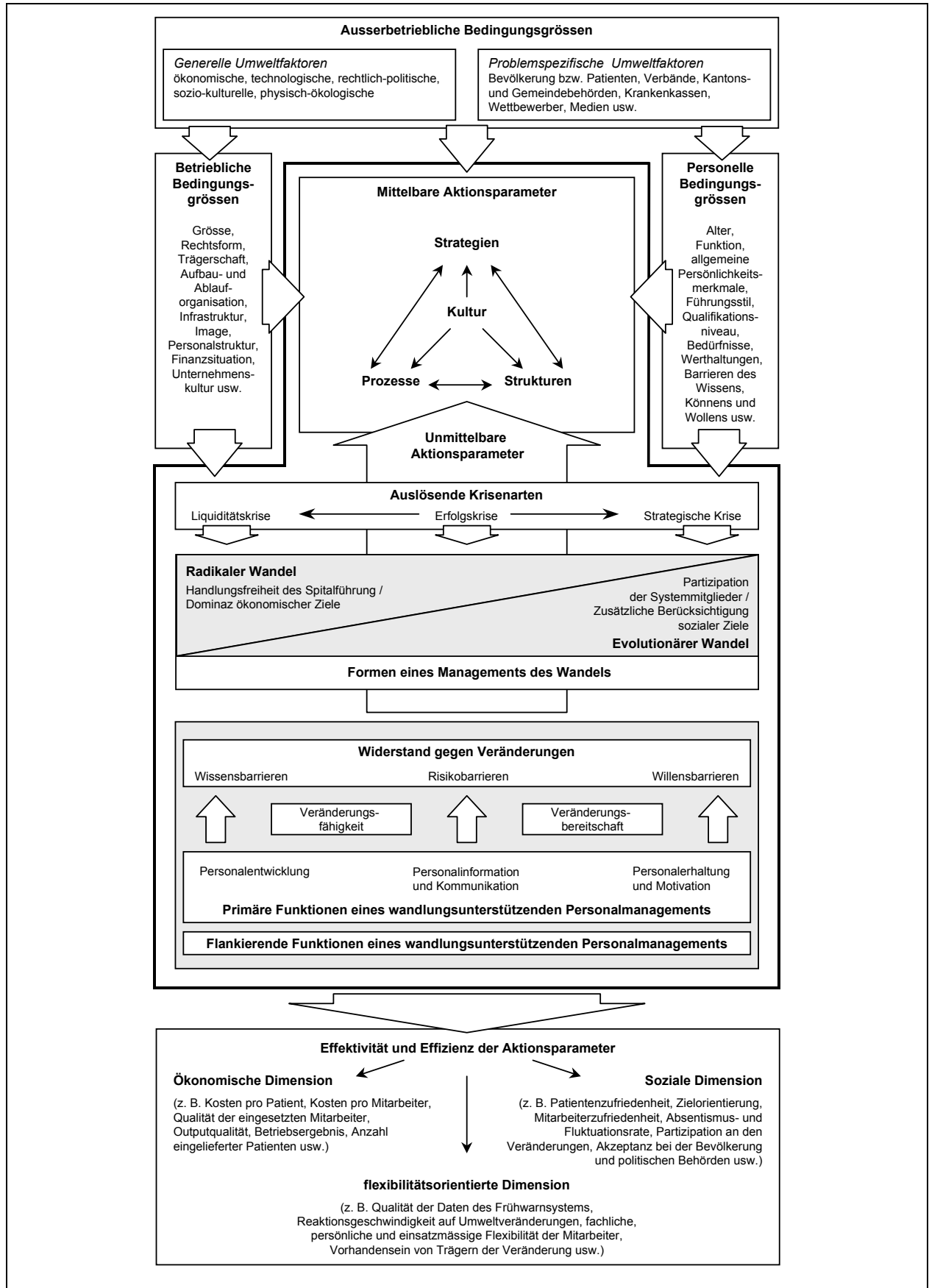


Abbildung 4: Bezugsrahmen für ein differenziertes und integriertes Management des Wandels im Spital¹¹⁰

¹¹⁰ Quelle: In Anlehnung an Thom, Norbert (1996), S. 15 und Zaugg, Robert (1998), S. 27 sowie eigene Erweiterungen.

5.2 Bedingungsgrössen

Um ein Change-Management im Spital zu verstehen, müssen zuerst die Bedingungsgrössen, welche den Unternehmenswandel beeinflussen können, erläutert werden. Sie schränken die Möglichkeiten zur Erreichung der gesetzten Wandlungsziele ein und sind als gegeben aufzufassen, da sie von den einzelnen Spitalern nur langfristig und marginal beeinflusst werden können. Im folgenden werden ausserbetriebliche, betriebliche und personelle Bedingungsgrössen unterschieden.¹¹¹

5.2.1 Ausserbetriebliche Bedingungsgrössen

Die ausserbetrieblichen Bedingungsgrössen beziehen sich auf das Umsystem des Spitals. Zum Umsystem können die aktuellen oder potentiellen Aktionen direkter oder indirekter Interaktionspartner einer Unternehmung gezählt werden.¹¹² Sie müssen im Vorfeld eines Wandels einer umfassenden Analyse unterzogen werden. Die ausserbetrieblichen Bedingungsgrössen lassen sich in generelle und aufgabenspezifische Umweltfaktoren unterteilen.¹¹³

5.2.1.1 Generelle Umweltfaktoren

Die generellen Umweltfaktoren gelten für eine grössere Anzahl von Unternehmungen in einem bestimmten geographischen Raum mit unterschiedlichen Sachzielen.¹¹⁴ Für öffentliche Spitäler kommen dabei beispielsweise folgende Faktoren in Frage:¹¹⁵

- *Ökonomische Rahmenbedingungen* (Relativer Machtverlust der Nationalstaaten, Öffentlicher Finanznotstand, Probleme bei der Finanzierung des Sozialstaates usw.)
- *Technologische Rahmenbedingungen* (Medizinische Entwicklungen in der Pharmaindustrie und der Medizinaltechnik, revolutionäre Potentiale infolge neuer Kommunikations- und Informationstechnologien usw.)
- *Rechtlich-politische Rahmenbedingungen* (Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen, Krankenversicherungsgesetz (KVG), Tarifvorgaben für Gesundheitsdienstleistungen, Spitalgesetze der Kantone, allgemeines Beamten- und Angestelltenrecht des Kantons usw.)
- *Sozio-kulturelle Rahmenbedingungen* (Demographische Entwicklung (Geburtenrückgang, Abnahme der Mortalität, Überalterung der Bevölkerung usw.), steigende Bedeutung der Freizeit, gesundheitsbezogenes Verhalten und Stellenwert der Gesundheit in der

¹¹¹ Zu dieser Einteilung vgl. **Thom**, Norbert (1996), S. 5 f.

¹¹² Vgl. **Grochla**, Erwin (1978), S. 18.

¹¹³ Vgl. **Kubicek**, Herbert / **Thom**, Norbert (1976), Sp. 3985 ff.

¹¹⁴ Vgl. **Kubicek**, Herbert / **Thom**, Norbert (1976), Sp. 3988.

¹¹⁵ Zu dieser Einteilung vgl. **Thom**, Norbert (1996), S. 5 f.

Bevölkerung, finanzielle Belastung der Bevölkerung durch Steuern und Krankenkassenprämien, Mobilitäts- und Lernbereitschaft in der Gesellschaft usw.)

- *Physisch-ökologische Rahmenbedingungen* (Topographie, klimatische Bedingungen, drohende Naturkatastrophen, ökologische Belastungssituation und daraus folgende Anforderungen an ein verändertes Umweltmanagement der Unternehmungen usw.)

5.2.1.2 Problemspezifische Umweltfaktoren

Die problemspezifischen Umweltfaktoren beinhalten diejenigen Elemente des Umsystems, mit denen eine Unternehmung “[...] zur Erreichung ihrer Sachziele interagiert, interagieren kann oder aufgrund verbindlicher Vorschriften interagieren muss.”¹¹⁶ Die folgenden Ausführungen beschreiben relevante problemspezifischen Bedingungsgrößen für Spitäler (Auswahl):¹¹⁷

- *Patienten* (Image des Spitals in der Bevölkerung, individuelle Bedürfnisse der Patienten, Patientenrechte usw.)
- *Verbände* (Interaktion mit den Arbeitnehmerverbänden, Interaktion mit dem kantonalen und schweizerischen Spitalverband usw.)
- *Kantons- und Gemeindebehörden* (Investitionsbudgets des Kantons und der Gemeinden, prospektive Globalbudgets, Fallpauschalen, Zuweisungspraxis für die Leistungsaufträge usw.)
- *Krankenkassen* (Tarifverträge mit den Krankenkassen, Fallpauschalen, Krankenkassen als integrierte Management Care-Organisationen (HMO) usw.)
- *Lieferanten* (Image des Spitals bei den niedergelassenen Ärzten, Bedürfnisse niedergelassener Ärzte usw.)
- *Wettbewerber* (Rivalitätsdruck durch Marktreife, Wettbewerbsverhalten öffentlicher und privater Spitäler, Substitutionsdruck durch ambulante Leistungsanbieter usw.)
- *Potentielle Mitarbeiter* (Rekrutierungsschwierigkeiten für qualifizierte Spitalmitarbeiter und unternehmerische Chefärzte, Ausbildungspolitik im Gesundheitswesen usw.)
- *Beratungsunternehmen* (Spezialisierung der Beratungsunternehmen auf den Wandel im Spital usw.)
- *Medien* (Beziehungsgestaltung zu den Medien, Image des Spitals bei den Medien usw.)

¹¹⁶ **Kubicek**, Herbert / **Thom**, Norbert (1976), Sp. 3992.

¹¹⁷ Vgl. **Sidamgrotzki**, Edgar (1997), S. 16 und 73 ff.; **Sidamgrotzki**, Edgar (1994), S. 86 f.; **Morra**, Francesco (1996), S. 56 ff. und 75 ff.; **Heusser**, Markus (1996), S. 34 f. und 43 ff.; **Trill**, Roland (1996), S. 65 und **Straub**, Silvia (1997), S. 25 ff.

5.2.2 Betriebliche Bedingungsgrössen

Betriebliche Bedingungsgrössen sind Rahmenbedingungen, die sich auf das Gesamtsystem Unternehmung beziehen und die zumindest kurz- bis mittelfristig als nicht oder nur schwer veränderbar aufzufassen sind.¹¹⁸ Diese Faktoren beeinflussen die Möglichkeiten und die Auswahl der Massnahmen, mit denen auf geänderte ausserbetriebliche Rahmenbedingungen reagiert werden kann. Sie sind damit weitgehend für den Erfolg eines sich in einem veränderlichen Umfeld bewegenden Unternehmens verantwortlich. Die betrieblichen Bedingungsgrössen sollten laufend so verändert und angepasst werden, dass eine möglichst schnelle Anpassung auf geänderte Rahmenbedingungen möglich wird und die Gefahr einer Unternehmenskrise¹¹⁹ verringert werden kann. Sie können damit selber zum Inhalt eines langfristigen und permanenten Unternehmenswandels werden. Im folgenden werden die wichtigsten betrieblichen Bedingungsgrössen für ein Change-Management im Spital aufgeführt:¹²⁰

- Rechtsform öffentlicher Spitäler (öffentlichrechtliche Anstalt, öffentlichrechtliche Körperschaft, privatrechtliche Körperschaft, privatrechtliche Anstalten etc.)
- Trägerschaft öffentlicher Spitäler (Kantone, Gemeinden, Private etc.)
- Versorgungsstufe (Grundversorgung, Schwerpunktversorgung, Zentrumsversorgung)
- Aufbau- und Ablauforganisation (divisional, funktional etc.)
- Unternehmenskultur
- Kommunikationskultur
- Unternehmensgrösse
- Technische Einrichtung / EDV-Infrastruktur
- Entwicklungsgrad Rechnungswesen und Controlling
- Führungsgrundsätze und Richtlinien
- Finanzsituation
- Image des Spitals
- Personalstruktur
- Baulich-räumliche Infrastruktur
- Art der Entlohnung der leitenden Ärzte (Chefarztsystem, Belegarztsystem etc.)

¹¹⁸ Vgl. **Thom**, Norbert (1987), S. 343.

¹¹⁹ Vgl. Kapitel 5.3.

¹²⁰ Vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 116, 119 ff., 252 und 317; **Dézszy**, Josef (1993), S. 172; **Schwartz**, Andrea (1997), S. 11; **Straub**, Silvia (1997), S. 8; **Morra**, Francesco (1996), S. 205 f.; **Müller**, Brigitte / **Münch**, Eckhard / **Badura**, Bernhard (1997), S. 57 ff.; **Thom**, Norbert (1995), S. 6 und **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999a).

5.2.3 Personelle Bedingungsgrößen

Die spezifischen Eigenschaften der Mitarbeiter einer Unternehmung werden als personelle Bedingungsgrößen bezeichnet. Auch sie sind, wie die betrieblichen Bedingungsgrößen, aufgrund ihrer geringen Steuerungsmöglichkeiten kurz- und mittelfristig als gegeben zu betrachten.¹²¹ Die personellen Bedingungsgrößen beeinflussen die Möglichkeiten und die Auswahl der während des Wandels einzusetzenden Massnahmen sowie den Erfolg der Neuausrichtung. Zu deren Optimierung können Massnahmen des wandlungsunterstützenden Personalmanagements beitragen. Tiefgreifende Veränderungen dieser Bedingungsgrößen dürften aber nur durch den Aufbau eines gezielten und integrierten Personalmanagements möglich sein. Im folgenden werden die wichtigsten personellen Bedingungsgrößen für ein Change-Management im Spital aufgeführt:¹²²

- Alter der Mitarbeiter
- Funktion und hierarchische Einordnung der Mitarbeiter innerhalb des Spitals
- Allgemeine Persönlichkeitsmerkmale der Mitarbeiter (Stressanfälligkeit, Verarbeitungskapazität, Einstellung zum Lernen, zu Neuem und zu Veränderungen, Flexibilität, Kooperationsbereitschaft, Wahrnehmungsvermögen usw.)
- Führungsstil
- Qualifikationsniveau der Mitarbeiter
- Bedürfnisse und Werthaltungen der Mitarbeiter
- Höhe der persönlichen Entwicklungsziele der Mitarbeiter (Ambitionen)
- Entwicklungspotentiale der Mitarbeiter
- Barrieren des Wissens, Könnens und Wollens bei den Mitarbeitern

5.3 Auslösende Krisensituationen

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen darf man davon ausgehen, dass Unternehmungen Änderungsprozesse nur sehr selten initiieren wenn sie sich in einer komfortablen Situation befinden. In der Regel braucht es eine Krisensituation, die den Wandel auslöst. Es können drei Arten von Unternehmenskrisen unterschieden werden:¹²³

Liquiditätskrise: Die Gefahr der Insolvenz ist ein akutes Problem. Rasches Handeln ist geboten, da sonst das Ausscheiden aus dem Wirtschaftsgeschehen (z. B. durch Konkurs) droht.

¹²¹ Vgl. **Grochla**, Erwin (1978), S. 19.

¹²² Vgl. **Thom**, Norbert (1995), S. 6 und **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999a), S. 8.

¹²³ Vgl. **Thom**, Norbert (1995), S. 6.

Erfolgskrise: Sie ist gekennzeichnet durch die deutliche negative Abweichung der Ist-Zustände von den Soll-Vorgaben (z. B. Gewinn-, Kostenziele). Fehlentscheidungen in der Unternehmensführung können Ursachen dieses Krisenzustandes sein.

Strategische Krise: Diese Krise ist am wenigsten unmittelbar drückend. Obwohl der aktuelle Zustand noch durchaus befriedigend sein kann, muss die strategische Krise diagnostiziert werden, weil die Entwicklung, Verfügbarkeit und Verteidigungsfähigkeit der Erfolgspotentiale einer Unternehmung ernsthaft gefährdet sind. Die sich abzeichnende Lücke kann durch einen Wandel im Sinne einer Um- bzw. Neuorientierung wieder geschlossen werden.

Viele Spitäler stecken derzeit in einer strategischen Krise. Die bisher vom Bürokratiemodell geprägte Arbeitsweise ist durch die neuen wettbewerbsorientierten Rahmenbedingungen nicht mehr zukunftsfähig. Der Aufbau neuer Erfolgspotentiale wird notwendig, damit man langfristig überlebensfähig bleibt. Durch die von der Konkordanz und dem Föderalismus geprägten langen Entscheidungsprozesse im schweizerischen Politiksystem,¹²⁴ ist die Krise nicht unmittelbar drückend. Da eine solch grundlegende Änderung, wie sie den öffentlichen Spitälern der Schweiz bevorsteht, nicht von heute auf morgen zu bewerkstelligen ist, muss die Neuorientierung aber fortlaufend und mit vollem Einsatz vorangetrieben werden, damit man sich nicht plötzlich in einer Liquiditätskrise befindet.

5.4 Mittelbare Aktionsparameter

Die Veränderungsmassnahmen und die daraus resultierenden Folgen finden immer in einem spezifischen Kontext statt.¹²⁵ Diese Bedingungsgrössen, ausserhalb des betroffenen Spitals aber auch innerhalb des Systems und bei den einzelnen Mitarbeitern, müssen im Einzelfall analysiert und bewertet werden, damit der situationspezifische Veränderungsbedarf festgestellt werden kann.¹²⁶ Dieser Prozess wird durch das integrierte Spitalmanagement-Konzept¹²⁷ unterstützt. Dabei hat eine fortlaufende horizontale und vertikale Integration zwischen dem normativen, strategischen und operativen Spitalmanagement zu erfolgen.¹²⁸ Auf allen drei Ebenen kann die Veränderung struktureller, prozessualer oder kultureller Aktionsparameter zur Anpassung an veränderte Umweltbedingungen beitragen. In *Tabelle 3* sind mögliche Ansatzpunkte des Change-Management im Spital zusammengefasst dargestellt.

¹²⁴ Vgl. dazu auch **Linder**, Wolf (1998), S. 53 ff.

¹²⁵ Vgl. Kapitel 5.2.

¹²⁶ Vgl. **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999a), S. 9.

¹²⁷ Vgl. Kapitel 4.2.3.

¹²⁸ Vgl. Kapitel 4.2.3.

Ebenen:	Normativ	Strategisch	Operativ
Ziele im Change-Management	<ul style="list-style-type: none"> Grundsätzliche Entwicklung Lebensfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Erfolgspotentiale Effektivität 	<ul style="list-style-type: none"> Effizienz (ökonomisch, sozial-individuell, flexibilitätsorientiert)
Methoden	<ul style="list-style-type: none"> Einflussnahme Ausrichtung auf normative Vorgaben 	<ul style="list-style-type: none"> Strategische Analyse Potentialentwicklungsmethoden 	<ul style="list-style-type: none"> Strukturentwicklung Prozessentwicklung Kulturentwicklung
Ansatzpunkte:			
Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> Politische Rahmenbedingungen (Regelung der Zusammenarbeit etc.) Rechtliche Basis und Organisation (Rechtsform, Kooperationsbeziehungen etc.) Spitalverfassung (Konstruktion der Spitzenorgane etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Rahmenstruktur des Spitals Qualität der Spitalleitung Strategische Ressourcenallokation Managementsysteme (Personalbezogene Systeme, Informationssysteme, Diagnosesysteme, strategisches Planungs- und Kontrollsysteme etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Detailstruktur der einzelnen Bereiche Ressourcenmanagement (Personal, Finanzen, Raum, Information, Technologie, Material etc.)
Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> Gesetzgebungsverfahren Finanzpolitische Verteilungsprozesse Normative Meinungsbildungsprozesse 	<ul style="list-style-type: none"> Strategische Positionierung Leistungsaufträge Strategische Zielfindungs- und Controllingsysteme Strategische Qualitätsorientierung 	<ul style="list-style-type: none"> Dispositions- und Leistungsmanagement (Planung, Beschaffung, Logistik etc.) Controlling
Kultur	<ul style="list-style-type: none"> Gesellschaftliche Rahmenbedingungen Verständnis von Gesundheit und Krankheit Selbstverständnis der Rollenträger 	<ul style="list-style-type: none"> Leitbild der Spitalkultur Führungsmodelle und Führungsgrundsätze Einbindung der Rollenträger 	<ul style="list-style-type: none"> Entscheidungs- und Kommunikationskultur Art der Konfliktlösung Umgang mit Macht

Tabelle 3: Ansatzpunkte des Change-Management im Spital¹²⁹

5.5 ‘Business Reengineering’ und ‘Organisationsentwicklung’ als extreme Ansätze eines Managements des Wandels

Veränderungen von Strategien, Strukturen, Prozessen und Kulturen in Unternehmen können sich in grossen oder in kleinen Schritten vollziehen. Die Bandbreite der Umgestaltungsmassnahmen zwischen radikalem und evolutionärem Wandel stellt ein Kontinuum dar. Im folgenden werden zwei Extremformen des Kontinuums einander gegenübergestellt.

Das Konzept ‘Business Reengineering’ (BR) als Beispiel für den radikalen Wandel wurde 1993 von den Autoren **Hammer** und **Champy** in seinen wichtigsten Komponenten formuliert. Sie definieren BR als fundamentales Überdenken und radikales Neugestalten der Unternehmensprozesse mit dem Resultat dramatischer Verbesserungen bezüglich Kosten, Qualität, Service und Zeit. Im Mittelpunkt des Konzeptes steht die effektive und effiziente

¹²⁹ Quelle: In Anlehnung an **Sidamgrotzki**, Edgar (1997), S. 21.

Befriedung der Wünsche interner und externer Kunden sowie die radikale Neugestaltung der Prozesse.¹³⁰

Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der Organisationsentwicklung (OE), als Beispiel für einen evolutionären Ansatz, um eine partizipative Konzeption zur Planung, Initiierung und Durchführung von Wandlungsprozessen in sozialen Systemen. Nach dem Grundgedanken des Konzeptes müssen sich zuerst die Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen der Mitarbeiter ändern, bevor sich die Unternehmung als Ganzes wandeln kann. Dabei setzt man auf die Entwicklungs- und Lernfähigkeit sowie die Verantwortungsbereitschaft der Mitarbeiter. Vorgesetzte sollen in diesem Sinne nicht selbst reorganisieren, sondern lediglich an die Verbesserungsideen der Mitarbeiter appellieren ('Beteiligte zu Betroffenen machen') und als Veränderungshelfer auftreten ('Hilfe zur Selbsthilfe geben'). Das Ziel der OE ist sowohl eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit wie auch der Qualität des Arbeitslebens der Unternehmung.¹³¹ In *Tabelle 4* werden die beiden Ansätze einander gegenübergestellt.

Bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit der beiden Ansätze müssen verschiedene Faktoren betrachtet werden. Fundamental sind dabei die Unterschiede im Menschenbild und im Machtverhältnis. Der evolutionäre Wandel basiert auf einer Partizipation der Spitalbelegschaft am Veränderungsprozess. Auf dem Kontinuum zum radikalen Wandel nimmt der Partizipationsgrad ab und die Handlungsfreiheit der Spitalführung zu. Auch die Krisenart in der sich das Spital befindet kann über die Situationsgerechtigkeit der Wandlungskonzepte befinden.¹³² Während in der Liquiditätskrise die Organisationsentwicklung keine echte Alternative zum 'Business Reengineering' darstellt, kann der OE-Ansatz in der strategischen Krise sehr gut eingesetzt werden. Das Menschenbild der Wandlungspromotoren sowie die Ausprägung betrieblicher und personeller Bedingungsgrössen¹³³ dürften den Ausschlag für das eine oder andere Wandlungskonzept geben.¹³⁴ Da die Qualität der Erstellung von Spitalleistungen entscheidend von der Mitarbeitermotivation abhängt, ist ein autoritäres Vorgehen gemäss 'Business Reengineering' in der Spitalliteratur verpönt. Zudem erscheint den Autoren dieser Ansatz dem Anspruch nach einem tiefgreifenden Wandel der Einstellungen, Verhaltens- und Arbeitsweisen, wie er im Spitalbereich gefordert wird, nicht gerecht zu werden. Ferner ist zu beachten, das

¹³⁰ Vgl. **Hammer**, Michael / **Champy**, James (1994), S. 48 ff.

¹³¹ Vgl. **Thom**, Norbert (1992), Sp. 1478 ff.; **Thom**, Norbert (1996), S. 9 ff. und **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b), S. 8.

¹³² Vgl. Kapitel 5.3.

¹³³ Vgl. Kapitel 5.2.

¹³⁴ Vgl. **Thom**, Norbert (1996), S. 11 und **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b), S. 9 f.

Reformprojekte in öffentlichen Spitalern gesellschaftlich akzeptabel sein müssen, um von den politischen Entscheidungsträgern gutgeheissen zu werden.¹³⁵

Kriterium	Business Reengineering	Organisationsentwicklung
Menschenbild	<ul style="list-style-type: none"> Tendenziell Theorie X (während des Wandlungsprozesses) 	<ul style="list-style-type: none"> Tendenziell Theorie Y (für den Wandlungsprozess und das Zusammenleben danach)
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> Erhebliche und nachhaltige Erhöhung der Wirtschaftlichkeit (ökonomische Effizienz) 	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhung der Wirtschaftlichkeit (ökonomische Effizienz) und der Humanität (soziale Effizienz)
Auslöser/Krise	<ul style="list-style-type: none"> Liquiditätskrise Erfolgskrise 	<ul style="list-style-type: none"> Erfolgskrise Strategische Krise
Veränderungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> Spitze-abwärts-Strategie 	<ul style="list-style-type: none"> Spitze-abwärts-Strategie Basis-aufwärts-Strategie Bipolare Strategie Keilstrategie Multiple-Nukleus-Strategie
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit zum Neuanfang Chance zur deutlichen Steigerung der Wirtschaftlichkeit Schnelligkeit des Wandels Konzeptionelle Einheitlichkeit der Veränderungsmaßnahmen Bedeutende Kompetenzerweiterungen für 'Prozess-Spezialisten' 	<ul style="list-style-type: none"> Sozialverträglichkeit aufgrund natürlicher Veränderung Berücksichtigung der Entwicklungsfähigkeit der Systemmitglieder Förderung des Selbstmanagements bzw. der Selbstorganisation Langfristige Optik Reduktion von Änderungswiderständen
Schwächen	<ul style="list-style-type: none"> Instabilität in der Phase der Veränderung Zeit- und Handlungsdruck, u. a. Druck auf kurzfristige Resultatverbesserungen Ausschluss alternativer Veränderungsstrategien mangelnde Sozialverträglichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Reaktionsgeschwindigkeit teilweise unzureichend Extrem hohe Anforderungen an die Sozialkompetenz der am OE-Prozess Beteiligten Zwang zur Suche nach Kompromissen Unzureichende Möglichkeiten zur Durchsetzung unpopulärer aber notwendiger Entscheidungen

Tabelle 4: Gegenüberstellung der extremen Ansätze im Change-Management¹³⁶

5.6 Rollen im Change-Management¹³⁷

Unabhängig davon, ob ein Wandel radikal oder evolutionär durchgeführt wird, braucht es Menschen, die sich für den Wandel im Unternehmen einsetzen. Diese spielen während dem Veränderungsprozess verschiedene Rollen. Grundsätzlich lassen sich der Macht-, Prozess- und Fachpromotor unterscheiden:¹³⁸

- *Machtpromotor* (BR = Leader, OE = Change Agent): Dabei handelt es sich um leitende Führungskräfte, die aufgrund ihres hierarchischen Ranges in der Lage sind, die notwendigen Ressourcen bereitzustellen und Systembarrieren zu überwinden. Im Gegensatz zum 'Leader' ist der 'Change Catalyst' nicht nur für die Beschleunigung und

¹³⁵ Vgl. beispielsweise **Bellabarba**, Julia / **Schnappauf**, Delf (1996), S. 10; **Trill**, Roland (1996), S. 133 ff. und **Laskewitz**, Elisabeth / **Klingenburg**, Friedhelm (1997), S. 38 ff.

¹³⁶ Quelle: In starker Anlehnung an **Thom**, Norbert (1996) S. 12.

¹³⁷ Vgl. **Kobi**, Jean-Marcel (1996), S. 70 ff. und 78 ff.; **Thom**, Norbert (1996), S. 13 f. und **Thom**, Norbert (1992), Sp. 1480 ff.

Durchsetzung des Wandlungsprozesses zuständig, sondern gegebenenfalls für eine Verlangsamung, die eine Überforderung des Sozialsystems verhindern soll.

- *Prozesspromotor* (BR = Process Owner, OE = Change Agent): Er nimmt die zentrale Koordinations- und Kommunikationsfunktion im Veränderungsprozess wahr. Zu den wichtigsten Aufgaben gehören das Zusammenführen der Projektgruppe, die Inspiration und Motivation der am Wandlungsprozess direkt Beteiligten, die laufende Information über den Stand der Veränderung sowie die Entgegennahme und Verarbeitung von Verbesserungsvorschlägen und Kritik. Im Sinne des OE-Ansatzes muss der 'Change Agent' über hohe soziale Kompetenzen und Methodenwissen verfügen. Er ist ein Berater für den Prozessverlauf. Der 'Process Owner' ist hingegen eher ein Betreuer eines bestimmten Prozesses als ein Berater des Wandlungsprozesses.
- *Fachpromotor* (BR = Reengineering Czar, OE = Change Agent in Verbindung mit dem Client System): Seine Funktion besteht darin, das fachliche Instrumentarium zur Veränderung zu gewährleisten. Dazu gehören die Beherrschung der Veränderungstechniken wie Prozessanalyse, Kreativitätstechniken und gruppenspezifische Übungen sowie konkretes Fachwissen zur Problemlösung. Bei der OE wird das Fachwissen nicht vom 'Change Agent' monopolisiert, sondern bewusst von den Mitgliedern des zu wandelnden Systems ('Change System') aktiviert. Die Bereitstellung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien nimmt in BR-Projekten einen wichtigen Platz im Aufgabenspektrum des Fachpromotors ein.

Die Auswahl der richtigen Promotoren, deren Rollendefinition sowie das Zusammenwirken untereinander sind entscheidend für den Erfolg des Wandels.

5.7 Das wandlungsunterstützende Personalmanagement als unmittelbarer Aktionsparameter

Für jede Ausprägung des Wandels ist grundsätzlich die Unterstützung durch das Personalmanagement notwendig.¹³⁹ Im Spital wird die Notwendigkeit personalwirtschaftlicher Massnahmen zusätzlich verstärkt, weil die Qualität der angebotenen Dienstleistungen, welche im direkten Austausch zwischen Mitarbeiter und Patient erbracht werden, entscheidend von der Motivation und den Qualifikationen der Mitarbeiter abhängt.¹⁴⁰ Dies unterstreicht die Tatsache, dass ca. 70 Prozent des Betriebsaufwandes eines Spitals auf

¹³⁸ Vgl. **Thom**, Norbert (1996), S. 13 f. und **Thom**, Norbert (1992), Sp. 1480 ff.

¹³⁹ Vgl. **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b), S. 10.

¹⁴⁰ Vgl. dazu auch **Trill**, Roland (1996), S. 206.

Personalkosten zurückzuführen sind.¹⁴¹ Trotzdem ist das Personalwesen gegenwärtig in vielen Spitälern hauptsächlich von der Personalverwaltung geprägt.¹⁴² Veränderungsprozesse im Spital verlangen deshalb auch für das Personalwesen neue Strukturen und eine veränderte Wahrnehmung seiner Funktionen. Das aufzubauende Personalmanagement muss dabei die Umsetzung der Schwerpunkte des Wandels unterstützen, fördern und festigen.¹⁴³

Zaugg unterscheidet zwischen primären Funktionen und flankierenden Funktionen eines wandlungunterstützenden Personalmanagements.¹⁴⁴ Bei den drei primären Funktionen handelt es sich um die Personalentwicklung, die Personalinformation sowie um die Personalerhaltung und -motivation. Die entsprechenden Personalmassnahmen sollen Wissens-, Risiko- und Willensbarrieren bei den Mitarbeitern beseitigen, die oft einem erfolgreichen Wandel im Wege stehen. Die primären Funktionen werden durch zusätzliche flankierende Personalmassnahmen unterstützt. Die einzelnen personalwirtschaftlichen Massnahmen bedürfen dabei einer gegenseitigen Abstimmung sowie der Ausrichtung auf das Unternehmensleitbild und die Unternehmensstrategie.

Im folgenden werden die primären und flankierenden Funktionen eines wandlungsorientierten Personalmanagements diskutiert.

5.7.1 Primäre Funktionen eines wandlungsunterstützenden Personalmanagements

5.7.1.1 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung (PE) hat während einem Change-Management-Prozess die Aufgabe, vorhandene Wissensdefizite bei Führungskräften und Mitarbeitern zu beheben und damit die Qualifikationen zu schaffen, die für eine erfolgreiche Durchführung des Wandlungsprozesses sowie der dadurch neu entstehenden Anforderungsprofile notwendig sind. Die PE beinhaltet deshalb neben der Vermittlung fachlicher auch die Vermittlung methodischer und sozialer Kompetenzen.¹⁴⁵ Die PE nimmt eine “[...] interne Beschaffungsfunktion wahr, indem die verlangten Fähigkeitspotentiale nicht bereits ausgeformt von aussen aufgenommen werden - sie existieren zum Teil noch gar nicht -, sondern selbst intern aufgebaut werden.”¹⁴⁶

¹⁴¹ **Trill**, Roland (1996), S. 174.

¹⁴² Vgl. **Riedel**, Wolfgang / **Zell**, Ulrich (1996), S. 32 und **Lüthy**, Anja / **Möllering**, Christoph (1998), S. 52.

¹⁴³ **Kobi**, Jean-Marcel (1996), S. 89 ff.

¹⁴⁴ Vgl. **Zaugg**, Robert (1998), S. 27.

¹⁴⁵ Vgl. **Zaugg**, Robert (1998), S. 28.

¹⁴⁶ **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b), S. 10.

Die Führungskräfte sind im allgemeinen und im speziellen während Wandlungsprozessen für den Erfolg des Unternehmens von zentraler Bedeutung. „Einerseits besitzen Unternehmenskrisen ihren Ursprung in der mangelnden Qualifikation der Führungskräfte. Andererseits ist der Erfolg des Krisenprogrammes [...] eng mit der Güte der Qualifikation der Führungskräfte verknüpft.“¹⁴⁷ Die Entwicklung der Führungskräfte¹⁴⁸ erhält deshalb im Veränderungsprozess eine zentrale Bedeutung. In einem Veränderungsprozess sind insbesondere folgende Eigenschaften gefragt:¹⁴⁹

- *Persönlichkeitsbezogene Kompetenz*: Engagement, Tatkraft in der Umsetzung, Offenheit gegenüber Neuem, Flexibilität, Belastbarkeit, Vertrauen in sich und andere etc.
- *Soziale und führungsmässige Kompetenz*: Wahrnehmungsfähigkeit, partnerschaftliches Verhalten, Zusammenarbeit, Teamorientierung, Kommunikationsfähigkeit, Überzeugungs-fähigkeit, Leistungspotentiale der Mitarbeiter erkennen und nutzen, Coaching, Vorbildfunktion einnehmen etc.
- *Strategische und kulturelle Kompetenz*: Ganzheitliches und unternehmerisches Denken, Kundenorientierung etc.
- *Fachliche und methodische Kompetenz*: Fachkenntnisse (z. B. medizinische Fachkenntnisse, Controlling, Qualitätsmanagement, Grundlagen des Change Management), Methodenkenntnisse (z. B. Moderation, Visualisierung, Projektmanagement, Kreativitätstechniken, Analyse- und Diagnosemethoden, Problemerkennungs- und Problemlösungstechniken) etc.

All diese Eigenschaften können Inhalt entsprechender Entwicklungsprozesse sein. Der jeweilige Qualifikationsbedarf der Führungskräfte muss dabei situations- und personenspezifisch festgestellt werden. Dasselbe gilt für die hierarchisch tiefgestellten Mitarbeiter. Auch hier besteht meist ein umfassender Qualifikationsbedarf. Für einen partizipativen Wandel im Spital, wie er in der Literatur vorgeschlagen wird,¹⁵⁰ muss den Mitarbeitern insbesondere das selbständige Erkennen von Problemen sowie die Erarbeitung von Problemlösungen vermittelt werden.¹⁵¹ Dazu gehört auch die Förderung der Kommunikations-, Konflikt- und Teamfähigkeit. Weiter muss der aktuelle und zukünftige Ausbildungsbedarf bezüglich der fachlichen Anforderungen an die einzelnen Stellen geplant und mit entsprechenden Massnahmen behoben werden. Die Personalentwicklung kann sowohl ‘on-the-job’, d. h. am Arbeitsplatz (z. B. Job Rotation, Traineeprogramme,

¹⁴⁷ Hertig, Philippe (1996), S. 171.

¹⁴⁸ Unter Führungskräften werden in diesem Zusammenhang sowohl Vorgesetzte mit Personalverantwortung als auch Spezialisten ohne oder mit geringer Personalverantwortung verstanden.

¹⁴⁹ Vgl. Kobi, Jean-Marcel (1996), S. 71; Zaugg, Robert (1998), S. 28 und Hertig, Philippe (1996), S. 177 f.

¹⁵⁰ Vgl. Kapitel 5.5.

Projektteams), als auch off-the-job, d. h. ausserhalb des Arbeitsplatzes (z. B. spitalinterne Schulungen zur Vermittlung spitalspezifischer Inhalte und spitalexterne Seminare für branchenübergreifende Inhalte), stattfinden.¹⁵² Wirkungsvoll sind die PE-Massnahmen bei Führungskräften und Mitarbeitern aber nur dann, “[...] wenn zum einen die Angebote bedarfsgerecht gestaltet werden und zum anderen der Transfer der neu gewonnen Qualifikationen in die Praxis sichergestellt werden kann und dieser zudem evaluiert, d. h. überprüft wird.”¹⁵³ Bedarfsgerecht bedeutet in diesem Zusammenhang, dass neben der Abstimmung zwischen den Qualifikationsanforderungen und den vorhandenen Qualitätsprofilen der Mitarbeiter auch deren persönlichen Wünsche und Entwicklungsziele mit berücksichtigt werden.¹⁵⁴ Die Ausrichtung der PE-Massnahmen auf die individuellen Ziele und Bedürfnisse der Mitarbeiter kann dabei sehr motivationsfördernd wirken.¹⁵⁵ PE-Massnahmen unterstützen zudem die Beseitigung von Risikobarrieren, indem sie die Befriedigung der besonders in Krisenzeiten ausgeprägten Bedürfnisse nach Arbeitsplatzsicherheit, Unterstützung, Orientierung, Bewältigung und Beherrschbarkeit unterstützen.¹⁵⁶

5.7.1.2 Personalinformation und innerbetriebliche Kommunikation

Veränderungsprozesse in Unternehmen werden grundsätzlich durch Unsicherheit, Intransparenz und Komplexität der Lage, Gerüchte und Halbwahrheiten sowie durch grundsätzliche Infragestellung bestehender Strukturen und Vorgehensweisen geprägt. Die Personalinformation und innerbetriebliche Kommunikation ist dabei einer der entscheidenden Faktoren zum Abbau dieser Barrieren und entscheidet damit über Erfolg oder Misserfolg von Veränderungsprozessen.¹⁵⁷ Ein modernes und wandlungsunterstützendes Personalmanagement muss deshalb die Informations- und Kommunikationsprozesse überwachen und mit geeigneten Mitteln unterstützen.

Hinter dem in Unternehmensveränderungen vielseitig gehörten Wunsch nach besserer Information verbirgt sich nicht nur das Bedürfnis, informiert zu werden im Sinne der Weitergabe und Mitteilung von Informationen, sondern der Wunsch nach Dialog und Beteiligung. Die Mitarbeiter wollen den Entwicklungen und Veränderungen nicht blind ausgeliefert sein. “Sie wollen Ziele und Absichten, Hintergründe und Zusammenhänge verstehen. Sie wollen wissen, was auf sie zukommt. Sie haben das Bedürfnis, eigene Anliegen

¹⁵¹ Vgl. **Laskewitz**, Elisabeth / **Klingenburg**, Friedhelm (1997), S. 38.

¹⁵² Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 331.

¹⁵³ **Riedel**, Wolfgang / **Zell**, Ulrich (1996), S. 35.

¹⁵⁴ Vgl. **Riedel**, Wolfgang / **Zell**, Ulrich (1996), S. 35.

¹⁵⁵ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 221.

¹⁵⁶ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 221.

¹⁵⁷ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 212.

mitteilen zu können und hoffen, daß diese Berücksichtigung finden.“¹⁵⁸ Die Massnahmen der Personalinformation und Kommunikation stellen vor diesem Hintergrund einen wichtigen immateriellen Motivationsfaktor dar.¹⁵⁹

Der wichtigste Bestandteil der innerbetrieblichen Kommunikation für die Steuerung und Entwicklung des Unternehmens ist der geregelte Führungsrhythmus, d. h. die regelmässig stattfindenden Teambesprechungen auf allen Ebenen. Die relevanten Informationen können stufengerecht von oben nach unten und von unten nach oben weitergegeben und im direkten Dialog verarbeitet werden. Dieses Netzwerk stellt die Grundversorgung mit Informationen sicher.¹⁶⁰ Die Voraussetzung für das Funktionieren dieses Netzwerks - insbesondere während Veränderungsprozessen - bildet eine offene, vertrauensvolle und situationsadäquate Informations- und Kommunikationspolitik.¹⁶¹

Ergänzend zum geregelten Führungsrhythmus erweisen sich während Veränderungsprozessen folgende Kommunikationskanäle bzw. -mittel grundsätzlich geeignet um die erfolgreiche Bewältigung der Veränderungen zu unterstützen (unvollständige Aufzählung):¹⁶²

- *Strategie-Klausur der oberen zwei bis drei Führungsebenen:* Die Unternehmensleitung zieht sich zusammen mit den direkt unterstellten Leitern der operativen Einheiten zum strategischen Dialog zurück. Die Führungskräfte bekommen so die Möglichkeit, eigene Ideen und Wege zu entwickeln, wie man den neuen Anforderungen gerecht werden könnte.
- *“Kick-off-Meetings”:* Das Ziel einer solchen Veranstaltung ist es, in der Startphase von Veränderungsprojekten alle direkt Beteiligten und Betroffenen gemeinsam über Ziele, Hintergründe, Vorgehensweise, Organisation und Zeitplan zu informieren sowie Fragen in Zusammenhang mit dem Projekt zu klären.
- *Projektinformationsveranstaltungen:* In grösseren Zeitabständen wird dabei der Gesamtkreis der Beteiligten und direkt Betroffenen zu einer gemeinsamen Zwischenbilanz und Standortbestimmung zusammengeholt.
- *Mitarbeiter-Forum:* Das Ziel dieser regelmässig durchzuführenden Veranstaltung ist es, der Entfremdung zwischen Spitze und Basis entgegenzuwirken. Ein oder mehrere Vertreter der Führung informieren jeweils wechselnde, grössere Gruppen aus erster Hand über Ziele, Zwischenstand und Erfolge des Veränderungsmassnahmen.

¹⁵⁸ **Doppler**, Klaus / **Lauterburg**, Christoph (1994), S. 215.

¹⁵⁹ Vgl. Kapitel 6.2.

¹⁶⁰ Vgl. **Doppler**, Klaus / **Lauterburg**, Christoph (1994), S. 216f und 218.

¹⁶¹ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 213.

¹⁶² Vgl. **Doppler**, Klaus / **Lauterburg**, Christoph (1994), S. 225ff; **Hertig**, Philippe (1996), S. 215 und **Zaugg**, Robert (1998), S. 29.

- *Mitarbeiterbefragung, Ideenbriefkasten etc.*: Informationen der Mitarbeiter zu ihrer Arbeitssituation, zu ihrer Sicht der Dinge, zu Vorschlägen und Anregungen bieten eine hervorragende Datengrundlage für Veränderungsprozesse und zur Entwicklung von Motivation und Identifikation bei den Mitarbeitern.
- *'Schwarzes Brett'*: Es dient der schnellen Übermittlung von Sachinformationen und kann einen wichtigen Beitrag zur Aktualisierung und Verlebendigung der Information leisten.
- *Hauszeitung*: Von der Belegschaft akzeptierte, lebendige Medien sind hervorragende Träger für wichtige Unternehmensbotschaften. Einseitige 'bischöfliche Hirtenbriefe' erreichen dagegen nur einen kleinen Teil der Belegschaft, und zwar in der Regel den falschen. Dabei ist wichtig, dass die Redaktion in den Händen der Belegschaft liegt und auch kritische Beiträge gefördert werden.
- *Informationsmarkt*: Der Informationsmarkt ist ein geeignetes Instrument, um vor allem auch die horizontale Kommunikation und Begegnung zu gewährleisten. Gruppen, Funktionen oder Bereiche stellen sich und ihre Projekte in Form von Themenständen vor und kommen darüber miteinander ins Gespräch.¹⁶³

Abschliessend soll hier noch vermerkt werden, dass die gesamte Information und Kommunikation in Veränderungsprozessen den Anforderungen der Rechtzeitigkeit, Verständlichkeit, Widerspruchsfreiheit, Situationsadäquanz, Klarheit, Sachlichkeit, Zuverlässigkeit, Unmittelbarkeit, Glaubwürdigkeit, Offenheit und Vollständigkeit genügen sollte.¹⁶⁴

5.7.1.3 Personalerhaltung und -motivation

In Veränderungsprozessen sind innerhalb der Unternehmung immer wieder Willensbarrieren festzustellen, die sich unter anderem durch Unzufriedenheit, Verunsicherung, Lustlosigkeit, egozentrische Abkapselung, Abnahme der Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft, Abnahme des Selbstvertrauens, erhöhte Absenz- und Fluktuationsraten oder Resignation bemerkbar machen. Der Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der Teilnahme- und Leistungsmotivation sämtlicher Unternehmensmitglieder kommt deshalb eine grosse Bedeutung zu. Motivierte Mitarbeiter stellen nämlich eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Wandel dar.¹⁶⁵

Die Teilnahmemotivation zielt auf die Bindung des vorhandenen Personals an die Unternehmung und versucht zu verhindern, dass es zu Austrittsentscheidungen kommt.¹⁶⁶ Die

¹⁶³ Vgl. zum Informationsmarkt auch **Thom**, Norbert (1987), S. 405.

¹⁶⁴ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 216.

¹⁶⁵ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 200.

¹⁶⁶ Vgl. **Hentze**, Joachim (1995), S. 23.

personalwirtschaftliche Funktion der Personalerhaltung dient demzufolge der Sicherung des personellen Leistungspotentials der Unternehmung.¹⁶⁷

Die Leistungsmotivation umfasst die Massnahmen, “[...] die die Leistungsabgabe sichern und gegebenenfalls zur Steigerung der menschlichen Leistung anregen sollen.”¹⁶⁸ In einem Veränderungsprozess müssen insbesondere Verhaltens- und Handlungsmuster gefördert werden, welche die Zielsetzungen des Wandels unterstützen.

Die Entscheidung des Mitarbeiters, ob er in der Unternehmung verbleiben und die geforderte Leistung erbringen will, hängt davon ab, ob ihm die gebotenen Anreize im Vergleich zu den von ihm verlangten Beiträgen letztlich einen subjektiven Nutzenvorteil bringen.¹⁶⁹ Die Kernaufgabe der Personalerhaltung und -motivation liegt demzufolge in der Gestaltung des betrieblichen Anreizsystems.¹⁷⁰ Dieses umfasst alle Faktoren, “[...] die die Unternehmen ihren Mitarbeitern als Gegenwert dafür anbieten, dass sie durch ihr Leistungsverhalten zur Verwirklichung der Unternehmensziele beitragen.”¹⁷¹ Spezifisches Mitarbeiterverhalten wird dabei durch die Aktivierung der Motive der Mitarbeiter am Arbeitsplatz ausgelöst.¹⁷²

Zur Erklärung der Motivstruktur der Mitarbeiter ist die Unterscheidung von intrinsischer und extrinsischer Motivation von erheblicher Bedeutung. Als intrinsisch motiviert wird Verhalten angesehen, wenn Handlungen oder Handlungsergebnisse um ihrer selbst willen angestrebt werden.¹⁷³ Der Vollzug dieser Handlungen wird, meist unabhängig vom Ergebnis, als lustvoll empfunden und stellt somit einen Selbstzweck dar.¹⁷⁴ Bei extrinsisch motiviertem Verhalten sind Handlungen hingegen nur Mittel zum Zweck einer Belohnung.¹⁷⁵ Extrinsische Motive sind daher eher umwelt- und weniger tätigkeitsabhängig.¹⁷⁶ Während intrinsische Motive fast ausnahmslos immateriellen Charakter haben (z. B. Selbstverwirklichung, Wissensdrang usw.), können extrinsische Motive in solche mit materieller (z. B. Lohn, Zusatzleistungen usw.) und solche mit immaterieller (z. B. Lob, Sicherheitsstreben, Karrierestreben, Kontaktstreben usw.) Befriedigungsmöglichkeit unterschieden werden.¹⁷⁷ Die *Abbildung 5* zeigt die verschiedenen Anreizarten des betrieblichen Anreizsystems im Überblick.

¹⁶⁷ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 196.

¹⁶⁸ **Hentze**, Joachim (1995), S. 23.

¹⁶⁹ Einen guten Überblick über die Anreiz-Beitrags-Theorie gibt **Hentze**, Joachim (1995), S. 26 ff.

¹⁷⁰ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 197.

¹⁷¹ **Evers**, Heinz (1991), S. 739.

¹⁷² Vgl. **Becker**, Fred G. (1993), S. 317.

¹⁷³ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 27.

¹⁷⁴ Vgl. **Guthof**, Philipp (1994), S. 23.

¹⁷⁵ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 27.

¹⁷⁶ Vgl. **Becker**, Fred G. (1993), S. 318.

¹⁷⁷ Vgl. **Becker**, Fred G. (1990), S. 9 und **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 27.

Die Anreize knüpfen unmittelbar an den Motiven der Mitarbeiter bzw. an den Annahmen über deren Motive an. Grundlage für den Einsatz von Anreizen sind das dem betrieblichen Führungssystem zugrunde gelegte Menschenbild sowie das Verständnis vom Menschen als Arbeitnehmer.¹⁷⁸ Die verschiedenen Anreize erfüllen ihre Motivationskraft nur dann, wenn sie subjektiv von den einzelnen Mitarbeitern auch tatsächlich als Belohnung oder Bestrafung wahrgenommen werden. Aufgrund der Vielfalt der möglichen Motive sind in einem betrieblichen Anreizsystem mehrere, verschiedene Anreize anzubieten, denn nur ein Anreizsystem, welches “[...] eine Vielzahl von Anreizarten berücksichtigt, ist prinzipiell in der Lage, bei den Mitarbeitern nachhaltig eine Verhaltensbeeinflussung zu bewirken.”¹⁷⁹

Extrinsische Motivation				Intrinsische Motivation
Materielle Anreize		Immaterielle Anreize		Die Arbeit selbst ist Anreiz.
Finanzielle Anreize (Entlohnung i. w. S.)		Soziale Anreize	Organisatorische Anreize	
Direkte finanzielle Anreize	Indirekte finanzielle Anreize	z. B. Gruppenmitgliedschaft Kommunikation Partizipation etc.	z. B. Firmenimage Personalentwicklung Arbeitszeit Führungsstil rasche Information etc.	
Geldleistungen (Entlohnung i. e. S.)	Geldwerte Leistungen (Fringe Benefits)			

Abbildung 5: Das betriebliche Anreizsystem¹⁸⁰

In der Wirtschaftspraxis wie auch in der Literatur stehen in der Regel die materiellen Aspekte im Vordergrund. Geld ist dabei das Mittel zum Zweck, das zur allgemeinen Motivbefriedigung ständig ändernder Motive eingesetzt werden kann, wobei auch ideelle bzw. immaterielle Motive befriedigt werden können. Die Konzentration auf materielle Anreize erweist sich insofern als problematisch, als dass die wichtigen immateriellen Motive und Anreize leicht vernachlässigt werden.¹⁸¹ Insbesondere in Veränderungsprozessen sehen sich Unternehmen einer Vielzahl von immateriellen Motiven und Bedürfnissen der

¹⁷⁸ Beim Letzteren geht es um die Sichtweise darüber, ob ein Mensch nur als Leistungspotential oder als Ganzes in das Unternehmen zu integrieren ist. Vgl. **Becker**, Fred G. (1993), S. 318

¹⁷⁹ **Becker**, Fred G. (1993), S. 318 f.

¹⁸⁰ Quelle: In Anlehnung an **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 12 und **Hentze**, Joachim (1995), S. 65.

¹⁸¹ Vgl. **Becker**, Fred G. (1993), S. 319

Mitarbeiter gegenübergestellt.¹⁸² Die Befriedigung dieser Bedürfnisse ist für den Abbau von Willensbarrieren und damit für den Erfolg des Wandels von entscheidender Bedeutung. Ebenso wichtig wie die Pflege der extrinsischen Motivation ist die der intrinsischen Motivation. Diese lässt sich durch mehr Freiraum für unternehmerisches und innovatives Handeln beachtlich vergrößern.¹⁸³

Aufgrund der veränderten Umweltsituation sind öffentliche Spitäler zunehmend gefordert, sich am Markt zu orientieren und betriebswirtschaftliche Massnahmen umzusetzen.¹⁸⁴ Soll diese Neuorientierung und Veränderung in den Spitälern erfolgreich verlaufen, muss ein geeignetes Anreizsystem aufgebaut werden, das durch den Einsatz vertrauensbildender Massnahmen zum Abbau von Willensbarrieren beiträgt und flexibel zielkonforme Verhaltensweisen der Mitarbeiter fördert und belohnt. "Prioritäten im Wandel können wirksam verständlich gemacht werden, wenn im Rahmen einer lohnwirksamen Beurteilung auf den Wandel bezogene Schwerpunktziele vereinbart werden, die als Grundlage der Beurteilung dienen."¹⁸⁵ In Kapitel 6 werden wichtige Gestaltungselemente eines solchen Anreizsystems diskutiert. Das Augenmerk der Ausführungen liegt auf einem Anreizsystem für Chefarzte als Leiter von eigenständigen Kliniken, wobei die materielle Anreizgestaltung wiederum den Schwerpunkt bildet.

5.7.2 Flankierende Funktionen eines wandlungsorientierten Personalmanagements

Neben den drei primären Funktionen des wandlungsunterstützenden Personalmanagements, die insbesondere auf die Beseitigung von Wissens-, Risiko- und Willensbarrieren bei den Mitarbeitern ausgerichtet sind, existieren weitere personalwirtschaftliche Massnahmen, die ein erfolgreiches Management des Wandels unterstützen können. Diese sind untereinander und mit den primären Funktionen eines wandlungsorientierten Personalmanagements abzustimmen und auf das Unternehmensleitbild und die Unternehmensstrategie auszurichten. Im folgenden werden mögliche flankierende Personalmassnahmen kurz erläutert:¹⁸⁶

Personalbedarfsplanung: Durch eine proaktive Planung soll sichergestellt werden, dass Personen mit den benötigten Qualifikationen zur richtigen Zeit, am richtigen Platz in ausreichender Zahl vorhanden sind, damit die zukünftigen Unternehmensaufgaben zielgerecht

¹⁸² Z. B. Existenz-, Vertrauens-, Anerkennungs-, Orientierungs-, Informations- und Zugehörigkeitsbedürfnisse. Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 201.

¹⁸³ Vgl. **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b), S. 10.

¹⁸⁴ Vgl. Kapitel 4.2.2.

¹⁸⁵ **Kobi**, Jean-Marcel (1996), S. 93.

¹⁸⁶ Vgl. **Zaugg**, Robert (1998), S. 31.

durchgeführt werden können.¹⁸⁷ Darunter fällt auch die Durchführung eines Wandels. Für die Erarbeitung des qualitativen Personalbedarfs erweisen sich Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofile als hilfreiche Instrumente. In Wandlungsprozessen spielen, neben fachlichen und methodischen Kompetenzen, überwiegend auch persönliche (Entscheidungsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Belastbarkeit usw.) und soziale Kompetenzen (Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit usw.) eine wichtige Rolle.¹⁸⁸ Aus der Personalbedarfsplanung werden schliesslich die erforderlichen Beschaffungs- und Personalentwicklungsmassnahmen abgeleitet.

Personalgewinnung: Neben den Informationen der Personalbedarfsplanung sind für die Personalgewinnung auch detaillierte Informationen über die Arbeitsmarktsituation sowie Informationen über Erwartungen, Bedürfnisse und Zielsetzungen potentieller Arbeitnehmer zu beschaffen.¹⁸⁹ Vor dem Hintergrund dieser Informationen muss das Eignungspotential (Fähigkeiten und Verhaltensweisen) von Bewerbern (intern / extern) überprüft werden. Für die Auswahl der Bewerber sind der jeweiligen Mitarbeiterstufe gerechte Methoden und Techniken (von der klassischen Lebenslaufanalyse bis zum Assessment Center) anzuwenden, die es ermöglichen, die vielseitigen Anforderungen (fachliche, methodische, soziale und persönliche) zu überprüfen.¹⁹⁰ Bei der Einführung neuer Mitarbeiter in den Spitalbetrieb ist es ratsam, insbesondere wenn sich das Spital in einem umfassenden Wandlungsprozess befindet, ein Einführungsseminar zu veranstalten. Inhalt der Veranstaltung kann beispielsweise die Erläuterung der Ziele und Massnahmen des bisherigen Wandlungsprozesses, des Unternehmensleitbilds, der Spitalkultur, der Organisationsstruktur oder anderer Unternehmensbesonderheiten sein. Ein Einführungsseminar kann die Integration des Mitarbeiters erheblich beschleunigen und motivationsfördernd wirken.¹⁹¹

Personaleinsatz: Durch den Personaleinsatz soll eine eignungsgerechte Verwendung der Mitarbeiter sichergestellt werden, so dass die anfallenden Aufgaben termin-, qualitäts- und mengengerecht unter optimaler Ausnutzung der Betriebsmittel erfüllt werden können. Dabei müssen die Gestaltungsparameter Personaleinführung- und -einarbeitung, Aufgabengestaltung, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsplanung sowie die Arbeitsorganisation laufend an die Neuausrichtung des Unternehmens angepasst werden.¹⁹² Eine besondere Herausforderung im

¹⁸⁷ Vgl. **Hentze**, Joachim (1994), S. 171.

¹⁸⁸ Vgl. **Riedel**, Wolfgang / **Zell**, Ulrich (1996), S. 33.

¹⁸⁹ Vgl. **Hentze**, Joachim (1994), S. 219.

¹⁹⁰ Vgl. **Thom**, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b), S. 10.

¹⁹¹ Vgl. dazu auch **Trill**, Roland (1996), S. 188 f.

¹⁹² Vgl. **Hentze**, Joachim (1994), S. 389 ff.

Spitalbereich bildet derzeit die Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle, die zum Kapazitätsausgleich beitragen sollen.¹⁹³

Personalfreistellung: Während eines Wandels in einer Unternehmung kann es zu Personalfreistellungen kommen. Beispielsweise werden durch eine effizientere Gestaltung der Prozesse weniger Mitarbeiter benötigt oder es kommt vor, dass eine Führungskraft nicht mehr den Anforderungen der neuen Situation entspricht. Für notwendige Personalfreistellungen müssen geeignete Massnahmen getroffen werden, die möglichst geringe ökonomische und soziale Folgen für freigestellte Mitarbeiter und die Unternehmung (z. B. Auswirkungen auf das Betriebsklima und das Image) verursachen. Das Primat der Minimierung des Zeitaufwandes (z. B. nur schriftliche Kündigung) ist dabei nicht angebracht. Ein Gespräch zwischen betroffenem Mitarbeiter und Vorgesetzten ist anzuraten. Aus dem Gespräch können wichtige, gegebenenfalls sehr ehrliche Bewertungen und Einschätzungen zum Spitalbetrieb gewonnen werden. Die Art der Entlassung prägt das Bild des Vorgesetzten bzw. des Spitals sowohl aus Sicht der Betroffenen, wie auch bei allen anderen Mitarbeitern.¹⁹⁴ Bei grösserem Personalabbau empfiehlt es sich deshalb, zusammen mit Vertretern der Arbeitnehmer einen Sozialplan auszuhandeln.¹⁹⁵ Für die Freistellung einzelner Führungskräfte erachtet der Verfasser die Durchführung eines Outplacement als geeignete Massnahme.¹⁹⁶

5.8 Effektivität und Effizienz der Aktionsparameter

Mit dem Effektivitäts- und Effizienzkonzept soll die Wirkung und der Nutzen eines Change-Managements im Spital gemessen und beurteilt werden. Als erstes ist die Frage zu beantworten, ob einzelne Massnahmen dazu geeignet sind, zur Erreichung der neuen Ziele des sich wandelnden Spitals einen wesentlichen Beitrag zu leisten (Effektivität). Die Aufgabe des Managements besteht in einem zweiten Schritt darin, aus den als effektiv beurteilten Massnahmen diejenigen auszuwählen, die am effizientesten sind.

Zur Messung und Beurteilung der Effektivität und Effizienz müssen diese Konstrukte operationalisiert werden. Eine Operationalisierung wird aber durch die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Effektivität und Effizienz erschwert. In der vorliegenden Arbeit operationalisiert der Verfasser die Begriffe Effektivität und Effizienz deshalb in aggregierter

¹⁹³ Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 329 und **Trill**, Roland (1996), S. 191 f.

¹⁹⁴ Vgl. **Trill**, Roland (1996), S. 189.

¹⁹⁵ Ein Sozialplan enthält beispielsweise Regelungen über Zahlungen von Abfindungen, vorzeitige betriebliche Pensionsleistungen, Übernahme von Bewerbungskosten, Aufrechterhaltung von sozialen Leistungen, Grundsätze über die Auswahl zu kündigender Arbeitnehmer usw. Vgl. **Hentze**, Joachim (1995), S. 284.

¹⁹⁶ Ziel ist es, dem gekündigten Mitarbeiter bei der Bewältigung der Trennung und bei der Suche nach einer adäquaten Stelle behilflich zu sein. Normalerweise wird ein externer Outplacement-Berater beigezogen. Vgl. **Stoebe**, Fritz (1993), S. 7 ff.

Form. Dabei wird zwischen einer ökonomischen, individual-sozialen und flexibilitätsorientierten Dimension unterschieden:¹⁹⁷

- **Ökonomische Dimension:** Die ökonomische Dimension beschreibt den Einfluss der durchgeführten Massnahmen eines Change-Managements auf ökonomische Variablen.¹⁹⁸ Sie kann beispielsweise in folgende Kriterien unterteilt werden:
 - *Kosten:* Kosten pro Patient, Kosten pro Mitarbeiter (Lohn-, Informations- und Mitarbeiterentwicklungskosten, Absenzen- und Fluktuationskosten, Kosten für Abfindungen), Kapitalkosten (z. B. durch bessere Auslastung von Geräten), Verwaltungskosten usw.
 - *Output:* Anzahl behandelte Fälle, Aufenthaltsdauer, Outputqualität, Servicegrad, Wartezeiten der Patienten auf eine Behandlung, Leer- und Durchlaufzeiten (z. B. Operationssaal) usw.
 - *Inputs:* Qualität der eingesetzten Mitarbeiter, Image am Arbeitsmarkt, Zahl der ärztlich zugewiesenen Patienten, Veränderung des Bettenbestandes usw.
 - *Ergebnis:* Betriebsergebnis, Ergebnisse der verschiedenen Abteilungen und Dienste usw.

- **Individual-soziale Dimension:** Die Dimension erfasst die Wirkung der durchgeführten Massnahmen eines Change-Managements auf einzelne Personen und Personengruppen.¹⁹⁹ Sie kann beispielsweise in folgende Kriterien unterteilt werden:
 - *Outcome:* Patientenzufriedenheit, Anzahl der Patientenbeschwerden usw.
 - *Zielorientierung:* Kenntnis der Unternehmenszielsetzungen, Kenntnis der Ziele des Wandels, Wert- und Zielkongruenz, Identifikation mit dem Spital, Anzahl unternehmerisch denkender Mitarbeiter usw.
 - *Akzeptanz der Veränderungen:* Anzahl und Intensität der Konflikte zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten, Partizipationsrate an der Durchführung der Veränderungsmassnahmen, Anzahl der eingereichten Beschwerden bzw. Verbesserungsvorschläge zu Änderungsmassnahmen, Mitarbeiterzufriedenheit, Akzeptanz der Massnahmen bei der Bevölkerung und den politischen Behörden usw.
 - *Leistungsbereitschaft und Motivation:* Fluktuations- und Absentismusrate, Volumen der geleisteten Arbeit, Bereitschaft zur Arbeit an Randzeiten, Qualität der geleisteten Arbeit usw.

¹⁹⁷ Zu den Dimensionen der Effizienz vgl. beispielsweise **Grochla**, Erwin (1982), S. 92 ff., **Blum**, Adrian (1999), S. 109 und **Hertig**, Philippe (1996), S. 231 ff.

¹⁹⁸ Vgl. **Grochla**, Erwin (1982), S. 92.

¹⁹⁹ Vgl. **Grochla**, Erwin (1982), 92.

- **Flexibilitätsorientierte Dimension:** Die flexibilitätsorientierte Dimension befasst sich mit dem Einfluss der durchgeführten Massnahmen eines Change-Managements auf die Anpassungsfähigkeit der Unternehmung an aktuelle und zukünftige Entwicklungen.²⁰⁰
 - *Organisatorische Flexibilität:* Qualität der Daten des Frühwarnsystems, Reaktionsgeschwindigkeit auf Umweltveränderungen, Verfügbarkeit und Verwendbarkeit finanzieller Ressourcen, Kostenflexibilität bei Kapazitätsschwankungen usw.
 - *Mitarbeiterbezogene Flexibilität:* Fachliche Flexibilität der Mitarbeiter, Vorhandensein von Trägern der Veränderung für neue Anpassungsprozesse, Bereitschaft zur innerbetrieblichen Mobilität, qualifizierter Führungskräftenachwuchs usw.

Die Vielfalt an möglichen Kriterien, die Prognose und die Zuordnung der vielfältigen Wirkungen auf einzelne Handlungen während eines Unternehmenswandels erschweren die Beurteilung der Effektivität und Effizienz des Change-Managements erheblich. Trotz dieser Probleme soll das in diesem Kapitel vorgestellte Effektivitäts- und Effizienzkonstrukt helfen, eine umfassende Beurteilung der auszuwählenden und auszugestaltenden Aktionsparameter eines Change-Managements im Spital zu unterstützen. Es ist insbesondere darauf zu achten, dass nicht nur ökonomische Kriterien Beachtung finden, sondern dass eine ganzheitliche Sichtweise angewendet wird.

²⁰⁰ Vgl. **Grochla**, Erwin (1982), S. 92.

6 Anreizsysteme zur Unterstützung des Wandels im Spital

In Kapitel 5.7.1.3 wurden die konzeptionellen Grundlagen des betrieblichen Anreizsystems erläutert und auf die Besonderheiten eines Anreizsystems in Wandlungsprozessen aufmerksam gemacht. Das betriebliche Anreizsystem ist dabei vor die Aufgabe gestellt, den Abbau von Willensbarrieren zu unterstützen, indem beispielsweise Existenz-, Vertrauens-, Bestätigungs-, Zugehörigkeits-, Informations-, Orientierungs- oder Anerkennungsbedürfnisse befriedigt werden. Zudem muss das Verhalten der Mitarbeiter auf die Ziele und Schwerpunkte des Wandels ausgerichtet werden, indem zielkonforme Verhaltensweisen der Mitarbeiter durch das betriebliche Anreizsystem gefördert und belohnt werden und die Wahrscheinlichkeit des Auftretens anderer Verhaltensweisen durch Sanktionen bzw. negative Anreize vermindert wird.

Insbesondere im letzteren Bereich bestehen heute in den öffentlichen Spitälern noch wenig Anstrengungen.²⁰¹ In der Spitalliteratur werden entsprechende Anreizsysteme für den Spitalbetrieb nur unzureichend oder überhaupt nicht behandelt. Die Spitäler sind heute aber gefordert, sich am Markt zu orientieren und betriebswirtschaftliche Massnahmen innert nützlicher Frist umzusetzen.²⁰² Dies ist nur möglich, wenn die Chefärzte für diese Denk- und Handlungsweise gewonnen werden können.²⁰³ Sie sind die operationellen Führungskräfte. Sie führen in der Regel komplexe Betriebe mit einer grossen Anzahl Mitarbeiter und erwirken dabei jährlich Erträge und Kosten in Millionenhöhe. Kurzum: Chefärzte sind Manager. Für diese Managementaufgabe erhalten sie jedoch in der Regel ein leistungsunabhängiges Fixum. Zusätzlich erzielen sie meist ein Mehrfaches davon durch persönlich erbrachte medizinische Leistungen. Der zeitraubende Aufwand für Managementaufgaben erscheint deshalb finanziell nicht sehr lohnend.²⁰⁴ Es bedarf eines Anreizsystems, welches das Verhalten der Chefärzte wie auch hierarchisch tiefergestellter Führungskräfte und Mitarbeiter stärker an den Zielen des Spitals ausrichtet.

In diesem Kapitel verfolgt der Verfasser deshalb das Ziel, Ansatzpunkte für die Gestaltung eines entsprechenden Anreizsystems im Spital aufzuzeigen.²⁰⁵ Der Schwerpunkt der

²⁰¹ Dem Verfasser ist derzeit nur ein öffentliches Spital in der Schweiz bekannt, welches variable bzw. erfolgsabhängige Gehaltskomponenten aufweist. Es handelt sich hierbei um das Kantonsspital Aarau. Zum erwähnten Anreizsystem vgl. **Lehmann, Rudolf** (1998), S. 13 ff.

²⁰² Vgl. Kapitel 4.2.2.

²⁰³ Vgl. **Lehmann, Rudolf** (1998), S. 13.

²⁰⁴ Vgl. **Lehmann, Rudolf** (1998), S. 13.

²⁰⁵ Die Ausführungen beziehen sich auf das medizinische Personal des Spitals. Anreize für das Verwaltungspersonal sowie von unterstützenden Diensten (z. B. Küchenpersonal, Handwerker, Putzpersonal usw.)

Ausführungen liegt beim materiellen Anreizsystem für Chefärzte als Leiter von selbständig und autonom geführten Verantwortungsbereichen (Kliniken). Dabei wird eine divisionale Organisation des Spitals vorausgesetzt.²⁰⁶ Über das materielle Anreizsystem für die hierarchisch tiefgestellten Führungskräfte und Mitarbeiter werden nur grundlegende Gedanken vermerkt. Das Kapitel wird durch die Diskussion möglicher Ansatzpunkte eines immateriellen Anreizsystems im Spital abgerundet.²⁰⁷

6.1 Gestaltungsansätze eines materiellen Anreizsystems im Spital

6.1.1 Gestaltungsansätze einer erfolgs- und leistungsorientierten Entlohnung von Chefärzten

Wie einführend aufgezeigt, werden Chefärzte für die Durchführung ihrer Managementaufgaben in der Regel nicht leistungsabhängig entlohnt, sondern erhalten dafür ein Fixum. Daneben erzielen sie oft ein Mehrfaches des Fixums für die Erbringung persönlicher medizinischer Leistungen an halbprivat- und privatversicherten Patienten.²⁰⁸ Diese Konstellation scheint nicht geeignet, um das Verhalten der Spitalkader auf die Ziele des Spitals zu lenken. Eine teilweise Ablösung der Privathonorare von Chefärzten durch eine erfolgs- und leistungsorientierte variable Gehaltskomponente, könnte nach Auffassung des Verfassers die Ausrichtung der Klinikleiter auf die Unternehmensziele stark verbessern.²⁰⁹ Aufbauend auf den Anforderungen an die Führungskräfteentlohnung sollen deshalb im folgenden Gestaltungsfelder eines entsprechenden Entlohnungssystems für Chefärzte erläutert werden.

6.1.1.1 Anforderungen an die Entlohnung von Führungskräften

Es gibt zahlreiche Autoren die sich mit den Anforderungen an eine Kaderentlohnung auseinandergesetzt haben. Dabei stehen folgende Kriterien im Vordergrund:²¹⁰

werden nicht näher betrachtet. Die Aufgabenstellungen dieser Mitarbeitergruppen sind im Gegensatz zum medizinischen Personal zu unterschiedlich. Die Ausführungen sind aber sinngemäss auf die anderen Mitarbeitergruppen im Spital übertragbar. Unter dem medizinischen Personal versteht der Verfasser die Chefärzte, die leitenden Ärzte, die Ober- und Assistenzärzte sowie das Pflegepersonal mit ihren Vorgesetzten.

²⁰⁶ Vgl. Kapitel 6.1.1.3.

²⁰⁷ Zur Unterscheidung von materiellen und immateriellen Anreizen vgl. Kapitel 5.7.1.3.

²⁰⁸ Zur Unterscheidung der verschiedenen Patientenklassen vgl. Kapitel 2.2.

²⁰⁹ Vgl. dazu auch **Lehmann**, Rudolf (1998), S. 13.

²¹⁰ Vgl. zu den einzelnen Kriterien z. B. **Uschatz**, Philippe (1990), S. 51 ff.; **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 48 ff.; **Becker**, Fred G. (1990), S. 18 f.; **Guthof**, Philipp (1994), S. 36 ff.; **Wälchli**, Adrian (1994), S. 164 ff.; **Bleicher**, Knut (1992), S. 19 f. und **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 26 ff. und 134 ff.

- *Integration:* Das Anreizkonzept muss mit sich, der materiellen und immateriellen Art der Vergütung in Einklang gebracht werden.²¹¹ Das Anreizsystem ist ein Instrument der strategischen Unternehmensführung und muss deshalb ebenfalls mit der Unternehmenskultur, der Unternehmensphilosophie, dem Unternehmensleitbild, den Strategien, dem Informationssystem und der Organisationsstruktur abgestimmt werden.²¹²
- *Belohnungsgerechtigkeit:* Die Gerechtigkeit von Anreizsystemen ist in verschiedentlicher Hinsicht zu erfüllen. Dabei kann zwischen einer internen Belohnungsgerechtigkeit (Anforderungsgerechtigkeit, Leistungsgerechtigkeit, Sozialgerechtigkeit) und einer externen Belohnungsgerechtigkeit (Marktgerechtigkeit) unterschieden werden. Ein Entlohnungskonzept muss demnach einerseits den Gehalt einer Stelle (Bedeutung innerhalb des Unternehmens, Anforderungen) sowie die erbrachte Leistung berücksichtigen, andererseits aber auch das interne Lohnniveau und die Arbeitsmarktverhältnisse beachten. Eine fehlende Belohnungsgerechtigkeit führt zu Unzufriedenheit und damit zur Demotivation der Führungskräfte.²¹³
- *Motivationswirkung:* Der Anreiz-/Beitragstheorie zufolge üben Anreizsysteme grundsätzlich nur dann eine motivierende Wirkung auf rational denkende Menschen aus, wenn der individuell empfundene Nutzen der Anreize höher ist als die dafür aufgewendeten Leistungsanstrengungen.²¹⁴ Damit es zum Handlungsantrieb kommt, muss neben der subjektiven Wertschätzung der Anreize die Sicherheit bestehen, dass für die Erbringung einer gewünschten Leistung auch tatsächlich eine Belohnung ausgeschüttet wird. Der individuell empfundene Nutzen kann durch einen individuellen Zuschnitt des Anreizsystems auf die Bedürfnisse der einzelnen Führungskraft (Cafeteria-Systeme) stark erhöht werden.²¹⁵
- *Flexibilität und Entwicklungsfähigkeit:* Für ein Führungsinstrument wie das Anreizsystem ist es sehr wichtig, dass es sich rasch an veränderte Rahmenbedingungen anpassen kann, um nicht mit einem vergangenheitsorientierten System Verhaltensweisen zu fördern, die einer Neuorientierung entgegenwirken. "Veränderungen in den Strukturen und den Strategien bleiben weitgehend wirkungslos, wenn sie nicht durch entsprechende Anreize unterstützt werden."²¹⁶ Die Entlohnung muss deshalb flexible (anpassungsfähige) Gestaltungselemente enthalten, um die jeweils notwendigen Verhaltensweisen zu

²¹¹ Vgl. **Bleicher**, Knut (1992), S. 19 f.

²¹² Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 19 f. und **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 26.

²¹³ Vgl. **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 29 f.; **Wälchli**, Adrian (1994), S. 169 f. und **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 49 f.

²¹⁴ Vgl. Kapitel 5.7.1.3.

²¹⁵ Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 167.

²¹⁶ **Guthof**, Philippe (1994), S. 39.

erzeugen. Um die Anreizwirkung der Entlohnung hochzuhalten, wird auch die Flexibilität bzgl. der sich wandelnden individuellen Bedürfnisse gefordert (Cafeteria-Systeme).²¹⁷

- *Einfachheit, Transparenz und Akzeptanz:* Um in der Praxis anwendbar zu sein, muss das Anreizsystem einfach, transparent und verständlich sein und mit vertretbarem Aufwand verwaltet werden können.²¹⁸ Komplizierte Systeme verwirren und verbreiten Unsicherheit.²¹⁹ Jeder Führungskraft sollte es im Einzelfall möglich sein, Zusammenkommen, Zusammensetzung und Höhe seiner Entlohnung nachzuvollziehen. Zudem sollte die Funktions- und Wirkungsweise des Gesamtsystems für alle Beteiligten durchschaubar und verständlich sein.²²⁰ Eine ausreichende Akzeptanz ist wichtig, um Widerstände und Manipulationsversuche zu verhindern. Die Akzeptanz wird insbesondere durch die interne und externe Marktgerechtigkeit, die Transparenz und die Flexibilität beeinflusst.²²¹
- *Wirtschaftlichkeit:* Der vom Anreizsystem ausgehende direkte und indirekte Nutzen (z. B. Synergien durch Verfeinerung des Controlling) hat langfristig den Aufwand für die Gestaltung, Einführung, Betrieb und Weiterentwicklung zu übersteigen. Da die Quantifizierung des Nutzens in der Regel nicht möglich ist, muss man sich auf eine qualitative Nutzenbilanz beschränken.²²²

6.1.1.2 Gestaltungsfelder einer materiellen Leistungshonorierung von Chefärzten

Die Ausführungen dieses Abschnittes sollen Anregungen zur Gestaltung eines Entlohnungssystems für Chefärzte geben, das den geänderten Anforderungen an die Spitäler gerecht werden soll. Für die Einführung eines entsprechenden Entlohnungsmodells sind u. a. folgende Gestaltungsfelder bzw. Fragestellungen zu diskutieren:²²³

- Welche Module soll ein geeignetes Entlohnungsmodell enthalten und welche Anforderungen werden damit abgedeckt?
- Welche Struktur des Entlohnungsmodells motiviert am besten zu gewünschtem Leistungsverhalten?
- Welche Kriterien eignen sich zur Messung der erbrachten Leistung der Führungskraft?
- Die Leistung welcher Organisationseinheit in welchem Aktionsfeld sollte Grundlage der Belohnung sein?

²¹⁷ Damit ist aber nicht nur die Anpassung der Entlohnungsbestandteile an individuelle Bedürfnisse angesprochen, sondern auch die fortlaufende Weiterentwicklung der Wahlmöglichkeiten dieser Cafeteria-Systeme. Vgl. **Becker**, Fred G. (1990), S. 24 und **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 51.

²¹⁸ Vgl. **Guthof**, Philipp (1994), S. 40.

²¹⁹ Vgl. **Isele**, Stephanino (1991), S. 159.

²²⁰ Vgl. **Isele**, Stephanino (1991), S. 160.

²²¹ Vgl. **Isele**, Stephanino (1991), S. 160.

²²² Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 50 und **Isele**, Stephanino (1991), S. 159.

²²³ Vgl. **Becker**, Fred G. (1990), S. 117 ff. und **Wälchli**, Adrian (1994), S. 374.

- Wie sollen die erbrachten Leistungen festgestellt und bewertet werden?
- Zu welchen Zeitpunkten und in welchen Zeiträumen sollen Belohnungen ausgeschüttet werden?
- Wie soll der Ausschüttungsmodus gestaltet werden?

6.1.1.2.1 Die Module der Leistungshonorierung

Auf der Suche nach einer geeigneten Gehaltsstruktur für Chefarzte wurde in Anlehnung an **Kappel / Uschatz**²²⁴ ein modularer Ansatz gewählt. Eine modulare Entlohnungsstruktur schafft bestmögliche Voraussetzungen hinsichtlich der Anforderungen nach Flexibilität und Transparenz. Die im folgenden zu erläuternden Bestandteile einer erfolgs- und leistungsbezogenen Chefarztentlohnung sind in *Abbildung 6* zusammenfassend dargestellt.

Basisgehalt: Das Basisgehalt ist der fixe Gehaltsteil, der einem Chefarzt innerhalb eines bestimmten Zeitraumes faktisch unabhängig von der erbrachten Leistung zusteht und der gleichzeitig die Basis für die Höhe des variablen Gehalts bildet. Das Basisgehalt muss dabei den Anforderungen der Stelle (Ärztliche Tätigkeit, Führungs- bzw. Managementaufgaben, Ausbildungstätigkeit, Bereitschaftsdienst etc.)²²⁵ sowie der dafür benötigten Erfahrung und Qualifikation Rechnung tragen ('job-based pay').²²⁶ Zusätzlich sollte eine personenbezogene Qualifikationskomponente ('skill-based pay') in die Berechnung des Basisgehalts einfließen. Dies entspringt der Überlegung, dass eine anforderungsorientierte Festlegung die persönlichen Qualifikationen nicht berücksichtigt, die nicht unmittelbar zur Erfüllung der Stelle benötigt werden. Für Unternehmen wie das Spital, die auf ein hohes Know-how ihrer Mitarbeiter angewiesen sind, kann der Einbezug von Zusatzqualifikationen zur Verbesserung des Wissens und Könnens aus eigenem Antrieb führen, weil bessere Qualifikationen sich in der Höhe des Gehalts widerspiegeln. Dabei kann es langfristig zum Aufbau von Kernkompetenzen kommen.²²⁷

²²⁴ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 61 ff.

²²⁵ Zum Vergleich der Anforderungen verschiedener Stellen ist eine Funktionsbewertung ratsam. Zu den Verfahren der Funktionsbewertung vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992) S. 72 ff.

²²⁶ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 69.

²²⁷ Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 245 f. und **Erfort**, Mathias (1998), S. 175 ff. Für die Bestimmung des qualifikationsabhängigen Grundgehaltsanteils müsste ein Kriterienkatalog erarbeitet werden, in welchem die gewünschten Qualifikationen (z. B. Belegung von Kaderkursen zur Aneignung unternehmerischer Verhaltensweisen oder Erlangung besonderer Fachkenntnisse) aufgeführt sind. Dieser Gehaltsanteil (z. B. 10 Prozent des Basisgehalts) würde besonders hoch ausfallen, wenn der Chefarzt freiwillig entsprechende Weiterbildungsanstrengungen unternehmen würde. Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 246.

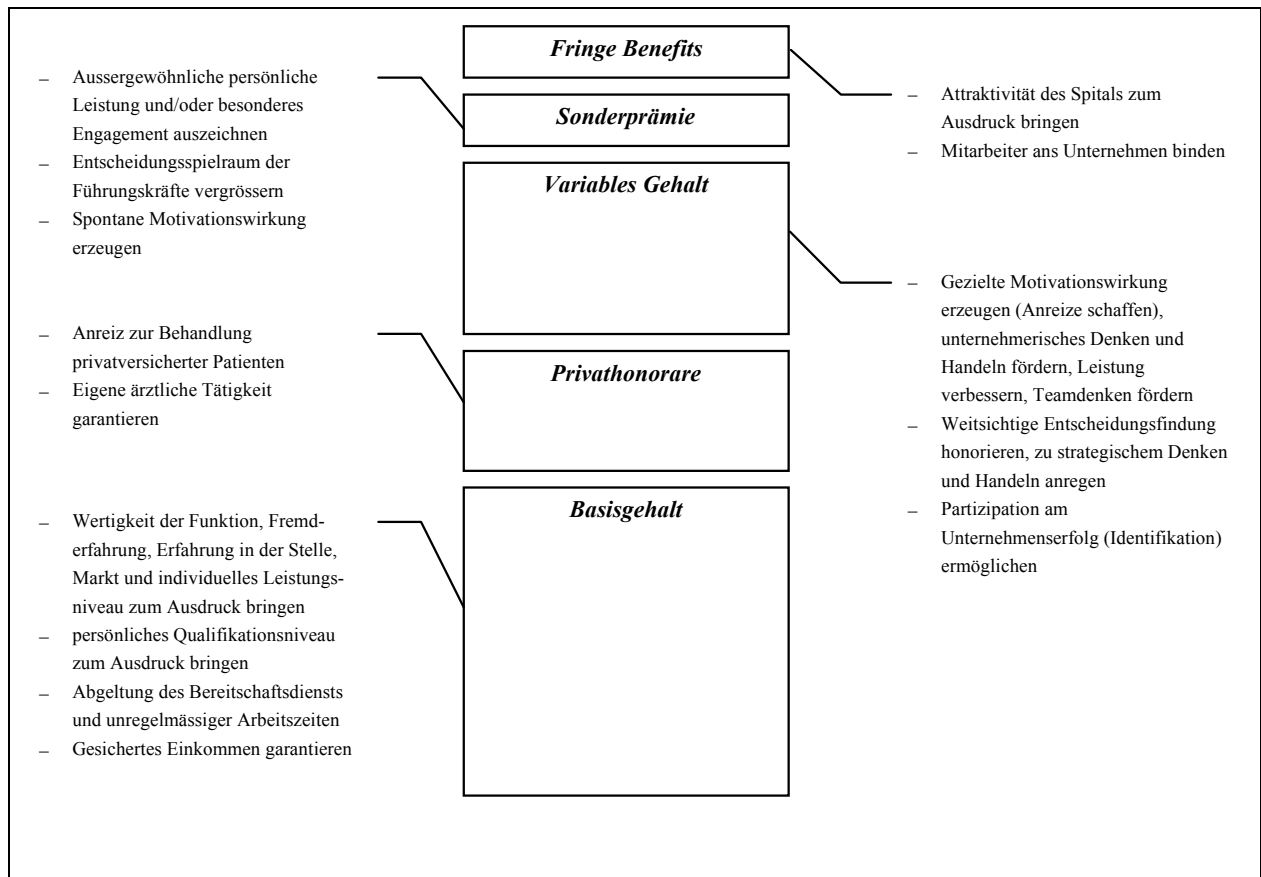


Abbildung 6: Module einer erfolgs- und leistungsbezogenen Chefarztentlohnung²²⁸

Privathonorar: Das Privathonorar bildet denjenigen Teil des Gehalts des Chefarztes, welchen er durch die persönliche Behandlung von zusatzversicherten Patienten erhält.²²⁹ Die Höhe dieses Gehaltsanteils ist zum einen abhängig von der Anzahl und Art behandelter Privat- und Halbprivatpatienten und zum anderen von der Höhe des Abgabesatzes, welchen der Chefarzt dem Spital für die Benutzung der Infrastruktur zur Verfügung stellen muss.

Variables Gehalt: “Das variable Gehalt umfasst all jene Bezüge, die in Abhängigkeit vom Erfolg der Unternehmung resp. einzelner Unternehmensbereiche und / oder von der individuellen Leistung des Kadermitgliedes ausbezahlt werden und die folglich in ihrer Höhe im voraus nicht bestimmt sind.”²³⁰ Es bildet also das ergebnis- und leistungsorientierte Element der Entlohnung. Während das Basisgehalt eher den Sicherheitsaspekt anspricht, zielt der variable Teil auf die Verhaltensbeeinflussung der Chefärzte. Sie sollen zu unternehmerischem und weitsichtigem Handeln angeregt werden. Die Schwierigkeit besteht in der Festlegung und Messung der optimalen Kriterien, welche das Verhalten der

²²⁸ Quelle: In Anlehnung an **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 62.

²²⁹ Zum Unterschied von allgemein- und zusatzversicherten Patienten vgl. Kapitel 2.2.

²³⁰ **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 90.

Führungskräfte im Sinne der Unternehmensziele beeinflussen sollen. In den folgenden Kapiteln wird vertieft auf diese Gestaltungsfelder eingegangen.²³¹

Sonderprämie:²³² Die Sonderprämie unterscheidet sich vom variablen Gehalt durch die Einmaligkeit ihrer Auszahlung. Sie wird nämlich aufgrund einmaliger, meist nicht planbarer, herausragender Leistungen der Kadermitglieder ausbezahlt. Die Sonderprämie ist eine wichtige Ergänzung zum variablen Gehalt, da sie sehr flexibel einsetzbar ist und mit der sofortigen Anerkennung und Wertschätzung ausserordentlicher Leistungen einen maximalen Motivationseffekt erzielen kann. Die Sonderprämie soll möglichst unbürokratisch ausbezahlt werden. Die Entscheidung über die Gewährung einer Sonderprämie wird deshalb am besten in die Kompetenz des direkten Vorgesetzten gelegt, damit aus der Sonderprämie ein echtes Führungsinstrument wird. Es ist zudem wichtig, die Richtlinien für die Auszahlung einer Sonderprämie flexibel zu gestalten und auf ein Minimum zu beschränken, damit ein möglichst grosser Spielraum für den Inhalt einer ausserordentlichen Leistung besteht.²³³

Fringe Benefits: Unter Fringe Benefits werden all jene Bezüge verstanden, die nicht in Form von Geld und unabhängig vom Erfolg der Unternehmung und der individuellen Leistung eines Kadermitgliedes freiwillig ausbezahlt werden. Es lassen sich zusätzliche Vorsorgeleistungen und sonstige Zusatzleistungen wie Dienstwagen oder –wohnung, Generalabonnement, Essensentschädigung, Verbilligungen bei der Benutzung von Sportanlagen etc. unterscheiden. Viele Unternehmen stehen Fringe Benefits eher kritisch gegenüber, da sie meist eine zeitlich abnehmende Motivationswirkung zeigen und die Bedürfnisse der Mitarbeiter stark divergieren. Sie bieten deshalb nur das absolute Minimum an Leistungen an.²³⁴ Zudem besteht für das Spital die Problematik, dass Fringe Benefits von der Gesellschaft als (Steuer-) Geschenke betrachtet werden, die aus Steuergeldern und Krankenkassenprämien finanziert sind. Dies scheint gegenüber den Bürgern und politischen Behörden nur schwer vertretbar zu sein.²³⁵ Sie können deshalb für die Chefarztlöhnung vernachlässigt werden.

6.1.1.2.2 Struktur des Entlohnungssystems

²³¹ Vgl. Kapitel 6.1.1.2.3 bis 6.1.1.2.5.

²³² Vgl. Evers, Heinz (1991), S. 744 und Kappel, Heinz / Uschatz, Philippe (1992), S. 145 ff.

²³³ Ein Beispiel einer solchen Richtlinie könnte folgendermassen lauten: "Die erbrachte Leistung beinhaltet überdurchschnittlichen Einsatz, zusätzliches Engagement ausserhalb des eigentlichen Aufgabenbereichs, aussergewöhnlich gute Teamarbeit oder das Einbringen von besonders innovativen resp. kreativen Ideen." Kappel, Heinz / Uschatz, Philippe (1992), S. 147. Konkret könnte das z. B. ein frühzeitiger erfolgreicher Abschluss eines Projektes sein (verbunden mit einer erheblichen Einsparung von Kosten) oder ein aufsehenerregendes Referat anlässlich eines Symposiums (Image-Gewinn für das Spital).

²³⁴ Vgl. Kappel, Heinz / Uschatz, Philippe (1992), S. 150.

²³⁵ Zu dieser Problematik vgl. auch Schedler, Kuno (1994), S. 71.

Das Privathonorar der Chefärzte ist heute meist um ein Mehrfaches höher als das Basisgehalt, mit welchem u. a. die Führungs- und Managementaufgaben der Chefärzte abgegolten werden.²³⁶ Das Privathonorar ist eine Art variables Einkommen, da es von der Anzahl persönlich behandelter privatversicherter Patienten abhängt. Daraus ist klar ersichtlich, wo der finanzielle Anreiz der Chefarztstätigkeit liegt. Die jetzige Struktur der Chefarztentlohnung ist aber nicht mehr geeignet, um den gestiegenen Anforderungen an die Spitäler gerecht zu werden, da die zunehmend wichtigeren und zeitraubenderen Führungs- und Managementaufgaben der Chefärzte weder anforderungsgerecht entlohnt, noch zielgerichtet gesteuert werden können. Eine teilweise Ablösung der Privathonorare durch eine erfolgs- und leistungsorientierte variable Gehaltskomponente dürfte eine geeignetere Lösung sein.²³⁷ Die Tatsache, dass die Privathonorare der Chefärzte aufgrund der abnehmenden Zahl der Privatversicherten rückläufig ist,²³⁸ unterstützt die Umstrukturierung der Anreizstruktur. Der variable Gehaltsanteil erlaubt es dem Chefarzt, das verlorene Einkommen aus privatärztlicher Tätigkeit durch eine vermehrte und erfolgreiche Wahrnehmung der Führungsaufgaben in seiner Klinik auszugleichen.²³⁹

Die Höhe der ausbezahlten variablen Beträge sollte dabei die Wichtigkeit der Führungs- und Managementaufgaben der Chefärzte unterstreichen und einen echten Ansporn zu zielorientiertem Handeln darstellen. **Becker** weist darauf hin, dass mindestens ein variabler Anteil von 25 Prozent vorhanden sein muss, um eine nachhaltige Verhaltensbeeinflussung zu erzielen.²⁴⁰ Die Obergrenze des variablen Gehaltsanteils wird von **Lattmann** auf 30 Prozent gesetzt. Er begründet dies mit der Aufrechterhaltung der Sicherheitsfunktion des Basisgehalts.²⁴¹ Bei der Einführung des variablen Gehaltsbestandteiles wird mit Widerständen zu rechnen sein. Es empfiehlt sich deshalb, den variablen Anteil bei der Einführung eher klein zu halten und ihn etappenweise zu erhöhen.²⁴²

Damit die Chefärzte weiterhin an der persönlichen Behandlung von Privatpatienten interessiert bleiben, sollte das Privathonorar in einem angemessenen Verhältnis zum variablen Gehalt stehen. Gesamthaft muss das Basisgehalt zusammen mit dem durchschnittlichen Privathonorar und variablen Gehalt im ausserbetrieblichen Vergleich im Rahmen dessen

²³⁶ Vgl. **Lehmann**, Rudolf (1998), S. 13.

²³⁷ Vgl. dazu auch **Lehmann**, Rudolf (1998), S. 13.

²³⁸ Vgl. Kapitel 2.2.

²³⁹ Zur Finanzierung des Systems vgl. 6.1.4.

²⁴⁰ Vgl. **Becker**, Fred G. (1991), S. 286.

²⁴¹ Vgl. **Lattmann**, Charles (1991), S. 864.

²⁴² Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 64.

liegen, was vergleichbare Spitäler ihren Kaderangehörigen zahlen. Innerbetrieblich muss es anforderungsgerecht ausgestaltet sein.²⁴³

Aufgrund der spontanen Charakteristik der Sonderprämie spielt die Festlegung eines Prozentsatzes für die Sonderprämie zum Basisgehalt eine untergeordnete Rolle. Wichtiger ist die Frage nach der Höhe der einzelnen Prämien und die Festlegung des Anteiles an der gesamten Gehaltssumme, die für Sonderprämien zur Verfügung steht. Eine Sonderprämie sollte dabei nur 15-25% der Mitarbeiter zugutekommen, da sonst der beabsichtigte Überraschungseffekt verloren geht. Um eine optimale Anreizwirkung zu erzielen, muss die Höhe einer Prämie in einem vernünftigen Verhältnis zum übrigen Gehalt und zur Bedeutung der ausserordentlichen Leistung stehen. Eine Sonderprämie in einem Bereich von einem Viertel bis zu einem ganzen Monatsgehalt wird dabei als zweckmässig betrachtet.²⁴⁴

6.1.1.2.3 Erfolgs- und Leistungsbezugsgrössen - Die Suche nach geeigneten Massgrössen zur Bemessung variabler Gehaltskomponenten

“Mit der Leistungsmessung sollen Daten gefunden werden, die den Grad der Zielerreichung durch die Führungskraft darstellen.”²⁴⁵ Die Leistung der Führungskraft lässt sich per se nicht messen. Es sind lediglich gewisse Leistungsmerkmale oder -grössen messbar, die als Indikatoren für die tatsächlich erbrachte Leistung dienen.²⁴⁶ Die sich daraus ergebenden Problembereiche machen die Definition folgender Anforderungen an die Leistungsmessung notwendig:²⁴⁷

- *Zielübereinstimmung*: Die Massgrössen zur Erfassung der Führungskräfteleistung müssen sich an den Unternehmenszielen orientieren.
- *Güte (Validität)*: Eine Massgrösse muss in der Lage sein, die wirklichen, gewünschten Verhältnisse zum Ausdruck zu bringen, das heisst, dass eine hohe Identität der Massgrösse(n) mit dem tatsächlich erbrachten Beitrag der Führungskraft zur Erreichung der Unternehmensziele bestehen muss.
- *Objektivität*: Die Massgrösse muss eine Erscheinung für alle Beobachter verzerrungsfrei wiedergeben. Diese Bedingung wird bei qualitativen Zielen nicht immer vollkommen einzuhalten sein. Die Objektivität muss aber insoweit gewährleistet sein, dass “[...] die Leistungsmessung nicht in einen unkontrollierbaren politischen Prozess mündet.”²⁴⁸

²⁴³ Vgl. dazu auch **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 69 und Kapitel 6.1.4.

²⁴⁴ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 68 und 147.

²⁴⁵ **Guthof**, Philipp (1994), S. 50.

²⁴⁶ Vgl. **Isele**, Stephanino (1991), S.101.

²⁴⁷ Vgl. im folgenden **Isele**, Stephanino (1991), S. 98ff und **Guthof**, Philipp (1994), S. 50.

²⁴⁸ **Guthof**, Philipp (1994), S. 50.

- *Verlässlichkeit (Reliabilität)*: Die Messresultate dürfen bei mehreren, unabhängig voneinander durchgeführten Messungen nicht zu sehr voneinander abweichen.
- *Verständlichkeit*: Die betroffenen Führungskräfte müssen einerseits verstehen, wofür sie verantwortlich gemacht werden. Andererseits müssen sie die Handlungsalternativen zur Beeinflussung der gemessenen Ergebnisse kennen.
- *Verfügbarkeit*: Die Messresultate müssen rasch und mit vertretbarem Aufwand verfügbar sein, damit eine laufende Kontrolle der Resultate möglich ist und der motivierende Effekt aufgrund der zeitlichen Nähe von Leistung und Belohnung genutzt werden kann.

Eine Massgrösse kann aufgrund der Anforderungsantinomien kaum je alle Anforderungen hundertprozentig erfüllen. Es muss deshalb situationsspezifisch abgewogen werden, welchen Kriterien Priorität eingeräumt werden soll.²⁴⁹

In einem erfolgs- und leistungsorientierten Führungskräfteentlohnungssystem wird der variable Anteil an eine oder mehrere Mess- bzw. Bezugsgrössen gekoppelt, wobei die Höhe der Belohnung von der Entwicklung der jeweiligen Grösse(n) abhängt.²⁵⁰ Das zielkongruente Verhalten der Führungskräfte hängt folglich entscheidend von der Wahl geeigneter Bezugsgrössen der Leistungs- und Erfolgsbeurteilung ab. Es lassen sich grundsätzlich Marktindizes, ökonomische Werte, finanzielle, operative Massgrössen, strategisch-orientierte Massgrössen und verhaltensorientierte Massgrössen als Bezugsgrössen eines Anreiz- und Entlohnungssystems unterscheiden.²⁵¹ Diese sollen in der Folge auf ihre Eignung als Bezugsgrösse für den variablen Teil der Chefarztentlohnung überprüft werden.

a) Marktindizes²⁵²

Der Aktienkurs als Massgrösse für die Leistung der Führungskräfte erfreut sich besonders in den USA besonderer Beliebtheit. Es wird unterstellt, dass die Leistung der Führungskräfte am Aktienkurs abzulesen sei. Die Führungskräfte erhalten deshalb den variablen Gehaltsanteil in Form einer bestimmten Anzahl von Aktien bzw. Aktienoptionen zugeteilt.²⁵³ Im Aktienkurs fliessen aber neben der Führungskräfteleistung eine ganze Reihe anderer Faktoren ein (z. B. konjunkturelle Schwankungen, Zinsveränderungen, Ober- und Unterbewertungen). Zudem ist der Aktienkurs nur auf die gesamte Unternehmung anwendbar. Aufgrund der mangelnden

²⁴⁹ Vgl. **Isele**, Stephanino (1991), S. 100 und **Guthof**, Philipp (1994), S. 51.

²⁵⁰ Vgl. **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 143.

²⁵¹ Vgl. **Becker**, Fred G. (1990), S. 29; **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 144 und **Guthof**, Philipp (1994), S. 51.

²⁵² Vgl. **Becker**, Fred G. (1990), S. 32f; **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 145ff und **Guthof**, Philipp (1994), S. 53 ff.

²⁵³ Für die Zuteilung der Aktien lassen sich in der Literatur und in der Praxis verschiedene Ansätze unterscheiden (z. B. Restricted Stock Plans, Phantom Stock Plans). Vgl. **Becker**, Fred G. (1990), S. 32 und **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 146 ff. Auf eine Beschreibung der verschiedenen Ansätze wird hier verzichtet.

Kausalität zwischen Aktienkursentwicklung und der Leistung der einzelnen Führungskraft sowie der einseitigen Ausrichtung auf die Aktionärsinteressen ist der Aktienkurs als Massgrösse für ein ganzheitlich ausgerichtetes Entlohnungssystem daher ungeeignet. Zudem ist diese Beteiligungsbasis nur für börsenkotierte Unternehmungen anwendbar. Für die öffentlichen Spitäler kommt der Aktienkurs als Bezugsgrösse deshalb zurzeit ohnehin nicht in Frage.

b) Ökonomischer Wert

Wie die Marktindizes ist auch der ökonomische Wert einer Unternehmung als Beteiligungsbasis auf die Erhöhung des Eigentümervermögens ausgerichtet.²⁵⁴ Als Mass dafür wird aber nicht der Aktienkurs zugrundegelegt, sondern der Ertragswert der Unternehmung. Diese Massgrösse ist dabei weitgehend unabhängig von externen Einflüssen, da die Berechnung aufgrund betriebsinterner Daten erfolgt. Die Höhe des ökonomischen Wertes wird durch Abzinsung zukünftiger Cash-Flow-Überschüsse einer bestimmten Periode mit einem das Risiko wiedergebenden Diskontierungssatz (Kapitalkosten) ermittelt. Das Resultat ist der Ertragswert bzw. Gegenwartswert. Das Ergebnis wird anschliessend mit dem aus einer Strategie am Anfang der Periode geschätzten Wertzuwachs verglichen. Die Höhe der Belohnung einer Führungskraft hängt dabei vom Vergleich des geschätzten Zuwachses mit dem tatsächlichen Ist-Zuwachs am Ende der Periode ab. Probleme ergeben sich dabei insbesondere bei der Schätzung der zukünftigen Cash-Flow-Überschüsse und bei der Bestimmung der Diskontierungssätze.²⁵⁵

Der ökonomische Wert als Beteiligungsbasis vermag deshalb die Nachteile von Marktindizes nur teilweise auszugleichen. Insbesondere wegen der sehr aufwendigen Berechnung ist dieser Ansatz relativ wenig verbreitet.²⁵⁶ “Dieser Wert widerspiegelt zwar den Erfolg der Unternehmung und damit indirekt auch die Leistung des Kaders besser als der Börsenkurs, aber immer noch zu wenig präzise, um diesem aufwendigen Ansatz zu einer erwähnenswerten Verbreitung zu helfen.”²⁵⁷ Aufgrund der erwähnten Nachteile, aber insbesondere wegen seiner einseitigen Ausrichtung auf Erfolgsgrössen ist der ökonomische Wert nach Auffassung des Verfassers zur Messung und Steuerung der vielfältigen Leistungen von Chefärzten nicht geeignet.

c) Finanzielle, operative Massgrössen

²⁵⁴ Bei beiden Ansätzen wird davon ausgegangen, dass der Erfolg der Unternehmung in einer Erhöhung des verkörperten Eigentümervermögens zum Ausdruck kommt. Vgl. **Uschatz**, Philippe (1991), S. 112.

²⁵⁵ Vgl. **Becker**, Fred G. (1990), S. 33 ff. und **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 159 ff.

²⁵⁶ Vgl. **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 164.

²⁵⁷ **Uschatz**, Philippe (1991), S. 112.

Bei den finanziellen, operativen Massgrössen “[...] handelt es sich um durch die Finanzwirtschaft und das betriebliche Rechnungswesen quantitativ und objektiv erfassbare Grössen [...]”.²⁵⁸ Sie haben in der Regel einen direkten Bezug zu den finanziellen Zielen einer Unternehmung, sind einfach anzuwenden sowie leicht verständlich. Zudem sind die benötigten Grössen meistens schon verfügbar, da sie auch ausserhalb der Entlohnung benötigt werden.²⁵⁹ Ein weiterer Vorteil von Grössen des Rechnungswesens liegt darin, dass sie im Vergleich zum Aktienkurs einer Unternehmung von den Führungskräften besser beeinflusst und kontrolliert werden können.²⁶⁰ Diese verschiedenen Vorteile erklären wohl die Beliebtheit dieser Massgrössen in der Praxis. Sie bilden noch immer in den meisten Anreizsystemen die Grundlage für den variablen Entlohnungsbestandteil.²⁶¹

Allerdings haften diesen Massgrössen auch sehr gravierende Mängel an, die im Extremfall den strategischen Zielen der Unternehmung entgegenlaufen können. Folgende Kritikpunkte sind beim Einsatz finanzieller, operativer Massgrössen zu beachten:²⁶²

- Die Informationen aus dem Rechnungswesen decken nur einen kleinen Ausschnitt des Leistungsausweises der Führungskräfte ab. Für eine ausgewogene Leistungsbewertung müssen deshalb weitere Informationen herangezogen werden (Qualität von Projektarbeiten, Faktoren im Bereich der Human-Ressourcen etc.).
- Finanzielle, operative Massgrössen sind kurzfristig und vergangenheitsorientiert. Daraus “[...] entsteht eine Art strategische Lücke, die eine Ausbeutung von in der Vergangenheit geschaffenen Erfolgspotentialen fördert, sich gegenwärtigen Erfolgspotentialen gegenüber neutral verhält und den Aufbau zukünftiger Erfolgspositionen behindert.”²⁶³

Die Ausführungen haben gezeigt, dass finanzielle, operative Massgrössen für die Bemessung des variablen Gehalts eines Chefarztes nicht ausreichen. Es besteht insbesondere die Gefahr, dass die Ergebnisse auf Kosten der Ergebnisqualität erzielt werden. Die erfolgreiche Bewältigung der zukünftigen Anforderungen an die Spitäler bedingt aber, dass Ergebnisverbesserungen nicht durch eine Verminderung der Leistung, sondern durch die effizientere Gestaltung des Leistungserstellungsprozesses zustandekommen.²⁶⁴ Trotzdem dürfen finanzielle, operative Massgrössen nicht ausser Betracht gelassen werden, da die finanzielle Leistungsfähigkeit des Spitals die Voraussetzung für den Aufbau solcher Erfolgspotentiale

²⁵⁸ **Becker**, Fred G. (1990), S. 29.

²⁵⁹ Vgl. **Isele**, Stephanino (1991), S. 102.

²⁶⁰ Vgl. **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 180.

²⁶¹ Vgl. **Becker**, Fred G. (1993), S. 322; **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 98 und **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 180.

²⁶² Vgl. **Uschatz**, Philippe (1991), S. 89; **Becker**, Fred G. (1990), S. 30; **Isele**, Stephanino (1991), S. 102 ff.; **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 180 f. und **Guthof**, Philipp (1994), S. 52 f.

²⁶³ **Guthof**, Philipp (1994), S. 52.

darstellt. Eine einseitige Ausrichtung auf finanzielle Massgrössen kann aber die Zukunftsfähigkeit eines Spitals genauso gefährden wie eine totale Vernachlässigung derselben.

Als finanzielle, operative Bezugsgrössen für die variable Entlohnung des Chefarztes kommen insbesondere das Klinikergebnis bzw. Kosten- und Leistungsgrössen in Frage.²⁶⁵ Der Chefarzt muss dabei aber über die notwendige Autonomie zur Beeinflussung dieser Grössen verfügen. Zudem muss das Rechnungswesen entsprechend ausgebaut sein.²⁶⁶

d) strategisch-orientierte Massgrössen

Wie im obigen Abschnitt gezeigt werden konnte, vermögen Anreizsysteme mit rein finanziellen, operativen Leistungskriterien dem Erfordernis des Aufbaus, der Sicherung und Unterhaltung strategischer Erfolgspotentiale nicht zu genügen. Deshalb sind für die Bemessung des variablen Gehalts auch strategische Erfolgsfaktoren beizuziehen.²⁶⁷ Dabei stellt sich aber das Problem, dass die Erreichung strategischer Ziele erst langfristig gemessen werden kann, während für die Anreizgestaltung vorzugsweise eher kurzfristige Grössen benötigt werden.²⁶⁸ Als Operationalisierungshilfe bietet sich hier die Methode der strategischen Meilensteine an. Dabei werden Etappenziele formuliert, die es jeweils zu den Zeitpunkten der Leistungsbeurteilung für die Führungskräfte zu erreichen gilt.²⁶⁹ Es werden dabei folgende Arten von strategischen Meilensteinen unterschieden:²⁷⁰

- *Strategische Meilensteine erster Art:* Bei den strategischen Meilensteinen erster Art handelt es sich um die Ableitung operativer, monetärer Zielkriterien aus langfristigen drei- bis fünfjährigen Plänen. Anhand der prognostizierten Umweltentwicklungen und der geplanten Strategien lassen sich nun für jede einzelne Periode die jeweils zu erreichenden Renditegrössen oder Gewinne ableiten. Der strategische Gehalt solcher Meilensteine ist nur minimal. Sie sind deshalb für die alleinige Verwendung als Bezugsgrössen nicht hinreichend.²⁷¹
- *Strategische Meilensteine zweiter Art:* Bei den strategischen Meilensteinen zweiter Art wird ähnlich vorgegangen. Der Ableitung der periodisch zu erreichenden Ziele werden hier

²⁶⁴ Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 274 ff.

²⁶⁵ Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 335 f.

²⁶⁶ Zu den Voraussetzungen einer variablen Entlohnung von Chefarzten vgl. Kapitel 6.1.1.3.

²⁶⁷ Die Tatsache, dass knapp zwei Drittel aller Unternehmenskrisen durch den unzureichenden Auf- und Ausbau von strategischen Erfolgspotentialen ausgelöst werden, unterstreicht die Notwendigkeit dieser Massnahme. Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 208.

²⁶⁸ Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 346 f. und 350.

²⁶⁹ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 93.

²⁷⁰ Vgl. **Becker**, Fred G. (1990), S. 65.

²⁷¹ Die Problembereiche strategischer Meilensteine erster Art decken sich mit den Ausführungen bezüglich finanzieller, operativer Massgrössen. Hervorgehoben wird hier lediglich, dass die Grössen aus langfristigen Plänen abgeleitet werden sollten.

aber strategische Erfolgsfaktoren zugrunde gelegt. Die strategischen Erfolgsfaktoren sind spezifisch für jedes Unternehmen zu ermitteln.²⁷² Für ein Spital könnten beispielsweise folgende strategischen Erfolgsfaktoren relevant sein:²⁷³ Der Marktanteil,²⁷⁴ die medizinische Qualität und Servicequalität der einzelnen Kliniken,²⁷⁵ das Image des Spitals,²⁷⁶ Produktivität und niedrige Kosten,²⁷⁷ Qualität der Führungskräfte und Mitarbeiter. Die strategischen Erfolgsfaktoren sind nach ihrer relativen Bedeutung zu gewichten.²⁷⁸

- *Strategische Meilensteine dritter Art:* Strategische Meilensteine dritter Art beziehen sich auf projektbezogene Ziele. Im Rahmen einer Strategie wird die Durchführung bestimmter Projekte (Projektschritte) in das Anreizsystem integriert, bewertet und je nach Erfüllungsgrad bzw. Qualitätsgrad honoriert. Die Meilensteine dieser Art heben sich signifikant von den anderen ab. Sie lassen sich, wenn überhaupt, nur teilweise quantifizieren. Die Verwendung als Beteiligungsbasis gestaltet sich insofern schwieriger, weil hier subjektive Bewertungen einfließen.

Mit dem Einbezug strategischer Massgrößen wird ein Beitrag zur Verbesserung der Umsetzung der in der strategischen Planung ausgearbeiteten Strategien geleistet. Dies stellt sich u. a. in Wandlungsprozessen als sehr wichtige Eigenschaft eines Anreizsystems heraus. Dabei wird aber immer noch nicht das gesamte Leistungsspektrum der Führungskraft berücksichtigt. In Sinne einer ganzheitlichen Führungskräfteentlohnung sollten deshalb auch verhaltensorientierte Massgrößen in die Leistungsbewertung mit einfließen.

e) Verhaltensorientierte Massgrößen

²⁷² Zum Vorgehen zur Festlegung von strategischen Erfolgsfaktoren vgl. beispielsweise **Morra**, Francesco (1996), S. 198ff und **Wälchli**, Adrian (1994), S. 346 ff.

²⁷³ Vgl. dazu auch **Lehmann**, Rudolf (1998).

²⁷⁴ Der Marktanteil kann sich auf eine oder mehrere Bezugsgrößen (geographisches Gebiet, medizinisches Spezialgebiet, stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung etc.) beziehen. Die Leistungsquantitäten sollten dabei in einem sinnvollen Toleranzbereich vorgegeben werden, damit man nicht zu einer Mengenausweitung insgesamt beiträgt. Vgl. **Lehmann**, Rudolf (1998), S. 14.

²⁷⁵ Die Qualität des Spitals lässt sich durch Strukturindikatoren (z. B. Qualifikation des Personals), Prozessindikatoren (z. B. interne und externe Wartezeiten der Patienten, Visitedauer) und Ergebnisindikatoren (z. B. Rehospitalisationsrate, Mortalitätsrate, Komplikationsrate, Infektionsrate) sowie durch empirische Zufriedenheitserhebungen bei Patienten und zuweisenden Ärzten festlegen. Vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 314 ff. und **Sidamgrotzki**, Edgar (1997), S. 84 ff.

²⁷⁶ Dabei ist das Image des Spitals in der Gesellschaft als auch bei den einweisenden Ärzten gemeint. Das Image des Spitals ist sehr wichtig für die Auswahl des Spitals durch den Patienten bzw. für die Zuweisung durch den niedergelassenen Arzt. Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 205 f.

²⁷⁷ Hierbei handelt es sich insbesondere um die optimale Gestaltung von Schlüsselaktivitäten in der Leistungserbringung, die einen kritischen Einfluss auf die Fallkosten und die Ergebnisqualität ausüben (z. B. Anzahl Tage für die Erstellung eines Befundberichtes, OP-Leerzeiten, Verweildauer der Patienten). Vgl. **Morra**, Francesco (1996), S. 274 ff.

²⁷⁸ Vgl. **Guthof**, Philipp (1994), S. 63.

Bei der Analyse des Leistungsverhaltens stehen weiche Faktoren wie Kommunikation, Teamverhalten, Mentoring, Mitarbeiterführung und -entwicklung, Lernfähigkeit und -willen sowie generell die Einflüsse der Führungskraft auf Unternehmenskultur und Problemverhalten im Vordergrund. Der Erzielung von Ergebnissen zu Lasten gravierender Schäden im sozio-emozionalen Gefüge des Spitals soll damit entgegengewirkt werden.²⁷⁹ Bei der Berücksichtigung verhaltensorientierter Massgrössen besteht ebenfalls die Möglichkeit, das Engagement bei der Strategiegenerierung²⁸⁰ sowie die Leistungsvoraussetzungen²⁸¹ in die Bewertung des Chefarztes mit einzubeziehen.

6.1.1.2.4 Beteiligungsfelder

Zur Erzeugung des gewünschten Leistungsverhaltens der Chefärzte ist neben der Bestimmung der Erfolgs- und Leistungsbezugsgrössen auch die Festlegung der Beteiligungsfelder der variablen Entlohnung von grosser Bedeutung.²⁸² “Als Beteiligungsfelder werden diejenigen Organisationseinheiten bzw. Organisationsmitglieder bezeichnet, deren Erfolg resp. Leistung in die variable Entlohnung einfliessen.”²⁸³ Dabei sind insbesondere folgende drei Beteiligungsfelder von Bedeutung.²⁸⁴

- *Unternehmensebene:* Die Abhängigkeit eines Teils der variablen Entlohnung von der Unternehmensebene führt dazu, dass der Chefarzt weitgehend unabhängig von seiner persönlichen Leistung vom Spitalergebnis finanziell betroffen wird. Die Identifikation des einzelnen Chefarztes mit der übergeordneten Organisationseinheit soll gestärkt werden. “Indem indirekt auch der Erfolg fremder Unternehmenseinheiten berücksichtigt wird, soll dysfunktionalem, egoistischem Bereichsdenken entgegengewirkt und stattdessen interdisziplinäres und unternehmerisches Denken gefördert werden.”²⁸⁵ Nachteilig auf die Motivation des Chefarztes wirkt sich dabei aber der mangelnde Bezug zwischen Leistung und erzielttem Ergebnis aus.
- *Ebene der Organisationseinheit:* Aus motivationstheoretischen und verhaltenssteuernden Gesichtspunkten ist die Organisationseinheit als Beteiligungsfeld für die Chefarztentlohnung besser geeignet. Es besteht eine direktere Verbindung zwischen dem Beitrag des Einzelnen und dem erzielten Ergebnis. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr von suboptimalen, nicht im Interesse des Spitals liegenden Verhaltens und Handelns der

²⁷⁹ Vgl. **Guthof**, Philipp (1994), S. 55.

²⁸⁰ Vgl. **Becker**, Fred G. (1990), S. 121 und **Bleicher**, Knut (1992), S. 25.

²⁸¹ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 36 und **Becker**, Fred G. (1990), S. 23.

²⁸² Vgl. **Becker**, Fred G. (1993), S. 325.

²⁸³ **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 100.

²⁸⁴ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 100 ff.; **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 261 ff.; **Becker**, Fred G. (1990), S. 137 ff. und **Becker**, Fred G. (1993), S. 325.

Chefärzte. Mit der Organisationseinheit als Beteiligungsfeld wird in erster Linie beabsichtigt, die strategischen und operativen Handlungen der Führungskräfte auf die für ihre Organisationseinheit massgebenden Unternehmensziele auszurichten. Ferner sollen die Führungskräfte am Erfolg ihrer Organisationseinheit partizipieren und einen allfälligen Misserfolg mittragen.

- *Individualebene*: Dieses Beteiligungsfeld berücksichtigt die individuellen Leistungen eines Chefarztes. Für die Führungskräfte führt die Individualbewertung in der Regel zu einer grösseren Motivationswirkung als die Berücksichtigung von Beteiligungsfeldern, in denen sie nur einer von vielen Partizipierenden sind. Aus Sicht des Spitals wird dadurch eine gezielte Verhaltensbeeinflussung und die Aufrechterhaltung der Leistungsbereitschaft des einzelnen Chefarztes angestrebt. Durch die Berücksichtigung der Individualebene fliessen nicht nur die erzielten Ergebnisse in die Bewertung ein, sondern auch die Art und Weise wie die Leistung zustande kam sowie exogene Faktoren, die den Erfolgsausweis des Chefarztes beeinflussen. So kann es trotz magerer Ergebnisse zu einer guten Bewertung der Leistung kommen.

Die Bestimmung des Anteils jeder Ebene an der variablen Vergütung hängt von verschiedenen Faktoren ab. “Das Definieren der Organisationseinheiten hängt dabei im wesentlichen von der Organisationsform der Unternehmung, das Festlegen der Quoten der einzelnen Beteiligungsfelder am variablen Gehalt von der organisatorischen Stellung des einzelnen und von dessen Möglichkeiten zur Beeinflussung der Beteiligungsfelder ab.”²⁸⁶ Die Bestimmung der für die variable Entlohnung massgebenden Beteiligungsfelder als auch das Festlegen der relativen Anteile der Beteiligungsfelder zueinander, muss deshalb jeweils unternehmens- und personenspezifisch erfolgen.

6.1.1.2.5 Erfolgs- und Leistungsbeurteilung

Die Erfolgs- und Leistungsbeurteilung ist der zentrale Bestandteil eines variablen Entlohnungssystems. “Sie ist vergangenheitsorientiert, direkt auf die erbrachte Leistung bzw. den erreichten Erfolg bezogen und dient letztendlich der Festlegung der variablen Entgelthöhe.”²⁸⁷ Einen wesentlichen Einfluss auf die Akzeptanz und Anreizerfüllung der Beurteilung hat die Beurteilungsqualität.²⁸⁸ Sie ist insbesondere abhängig von den

²⁸⁵ Kappel, Heinz / Uschatz, Philippe (1992), S. 100.

²⁸⁶ Kappel, Heinz / Uschatz, Philippe (1992), S. 101.

²⁸⁷ Becker, Fred G. (1993), S. 325 f.

²⁸⁸ Vgl. Schedler, Kuno (1994), S. 60.

Eigenschaften der Beurteilungskriterien²⁸⁹ und der Beurteilungsmethode. Zur Bestimmung des variablen Gehalts erscheint deshalb die Verwendung einer zielorientierten Beurteilungsmethode als geeignet. Diese sind nämlich im Gegensatz zu Rangordnungs-, Kennzeichnungs- und Einstufungsmethoden²⁹⁰ nicht auf die Beurteilung der Mitarbeitereigenschaften gerichtet, “[...] sondern auf eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Verhaltens- und Ergebniszielen. Dadurch wird eine höhere Objektivität der Leistungsbeurteilung ermöglicht.”²⁹¹

Der Erfolgs- und Leistungsbeurteilung sollte deshalb ein Zielvereinbarungsprozess vorausgehen.²⁹² Gegenstand des Zielvereinbarungsprozesses bilden einerseits die mit dem Chefarzt zu vereinbarenden finanziellen, operativen Ergebnisse und strategisch-orientierten Ziele, die den auf die Organisationseinheit bezogenen Teil des variablen Gehalts bestimmen sowie andererseits individuelle Leistungsziele des Chefarzts, die den individuellen Teil des variablen Gehalts bestimmen.²⁹³ Die Ziele sind dabei bezüglich Inhalt, Ausmass und zeitlichem Bezug zu konkretisieren und im Sinne von Leistungsstandards zu spezifizieren.²⁹⁴ Bei qualitativen Zielen steht dabei keine Zahlenangabe im Vordergrund. Hier bilden verbal formulierte Zielsetzungen die Bezugsgrösse. Die Beschreibung der Zielsetzungen muss gewährleisten, dass bei den Beteiligten eine völlig gleiche Meinung darüber besteht, worin die Leistung besteht und unter welchen Voraussetzungen sie als erreicht zu betrachten ist.²⁹⁵

Die Akzeptanz der Erfolgs- und Leistungskriterien durch die Chefarzte ist nur möglich, wenn diese bei der Festlegung der gehaltsrelevanten Zielsetzungen mitbeteiligt werden. Dies hat folgende Vorteile:²⁹⁶

- Die betroffenen Führungskräfte kennen sich und ihren Bereich besser als ihre jeweiligen Vorgesetzten. Die Ziele werden daher realitätsbezogener und qualitativ besser.
- Die Identifikation mit den Zielsetzungen wird verstärkt. Ausserdem erzeugt der Vereinbarungsprozess selbst Motivation.
- Der Zielbewertungsprozess wird unproblematischer, weil das Rechtfertigungsargument, die Ziele seien ja schon am Anfang unrealistisch gewesen, an Bedeutung verliert.

²⁸⁹ Vgl. Kapitel 6.1.1.2.3.

²⁹⁰ Zu den einzelnen Beurteilungsmethoden vgl. **Becker**, Fred G. (1992), S. 252 ff. und **Erfort**, Mathias (1998), S. 113 ff.

²⁹¹ **Erfort**, Mathias (1998), S. 122.

²⁹² Vgl. dazu auch **Becker**, Fred G. (1990), S. 143; **Erfort**, Mathias (1998), S. 113; **Isele**, Stephanino (1991), S. 133 und **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 264.

²⁹³ Vgl. **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 265. Die individuellen Leistungsziele sind auf die Kompetenzen und Fähigkeiten des Chefarztes ausgerichtet. Es können dabei auch Ziele, die dem Gesamtunternehmen zugute kommen, berücksichtigt werden.

²⁹⁴ Vgl. **Erfort**, Mathias (1998), S. 120.

²⁹⁵ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 111.

²⁹⁶ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 115.

Zur Beurteilung der Leistung der einzelnen Chefärzte wird schliesslich der erreichte Ist-Wert der vereinbarten Ziele mit dem Soll-Wert verglichen. Die Bewertung des Zielerreichungsgrades finanzieller, operativer Zielsetzungen gestaltet sich relativ einfach. Die aus dem betrieblichen Rechnungswesen ermittelten Ist-Grössen werden mit den Soll-Grössen verglichen. Wesentlich schwieriger hingegen ist aufgrund der oftmals qualitativen Vorgaben, in Form von verbal formulierten Zielsetzungen, die Bewertung der strategischen Meilensteine und der individuellen Leistungsziele. Für die Erfolgs- und Leistungsbeurteilung eines Chefarztes dürfte sich deshalb ein wie in *Tabelle 5* beispielhaft dargestellter Beurteilungsbogen eignen. Neben der reinen Ermittlung der Zielerreichungsgrade der quantitativ und qualitativ formulierten Etappenziele findet gleichzeitig auch eine kombinierte Beurteilung des Leistungsverhaltens und der Leistungsvoraussetzungen statt.²⁹⁷ Dadurch können beispielsweise Bestrebungen unterbunden werden, Ziele um jeden Preis, z. B. unter Inkaufnahme eines schlechten Betriebsklimas, zu erfüllen.²⁹⁸ Die Multiplikation der Zielerreichungsgrade mit dem vorher festgelegten Gewicht der einzelnen Ziele ergibt die Grundlage für die Berechnung des variablen Gehalts.

Zielvereinbarungsprozess				Zielbewertungsprozess			
1 Ziel-Nr.	2 Vereinbartes Ziel Was soll im Bemessungsjahr erreicht werden?	3 Bewertungsmassstab Qualitative und quantitative Angaben bezüglich: -maximaler Zielsetzung -erwarteter Zielsetzung -minimaler Zielsetzung	4 Ziel-Gewichtung	5 Effektive Zielerreichung	6 Einflussfaktoren (interne und externe)	7 Ausmass der bewerteten Zielerreichung Maximale Zielerreichung: 200% Erwartete Zielerreichung: 100% Minimale Zielerreichung: 0%	8 Zielergebnis Spalte 7 x Spalte 4
1	Betriebsergebnis gemäss Budget	Minimal: Überschreitung um 5% Maximal: Unterschreitung um 5%	35%	Betriebsergebnis um 2% überschritten	Allgemein starke Abnahme der Privatversicherten aufgrund von Prämien erhöhungen	100%	35%
2	Marktanteil von 15% bei den teilstationären Behandlungen im Kanton	Minimal: 12% Maximal: 18%	15%	16%	günstige Randbedingungen	120%	18%
3	Senkung der Aufenthaltsdauer um 5%	Minimal: 2% Maximal: 8%	15%	Senkung der Aufenthaltsdauer um 3%	Senkung wurde durch lange Wartezeiten auf die Laboregebnisse	90%	13.5%

²⁹⁷ Vgl. **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 269.

²⁹⁸ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 118.

					stark erschwert.		
4	ISO-Zertifizierung der Klinik bis Ende Oktober abgeschlossen	Minimal: Projektabschluss Ende Dezember Maximal: Projektabschluss Ende August	15%	Iso-Zertifikat Ende August erhalten	-	200%	30%
5	Senkung der Fluktuationsrate um 8%	Minimal: 3% Maximal: 12%	10%	Senkung um 4%	Es haben fünf sehr qualifizierte Mitarbeiter zum Konkurrenzspital gewechselt	0%	0%
6	Durchführung einer Schulung zum Thema Patientenorientierung	Minimal: 1 Tag Maximal: 3 Tage	10%	2 qualitativ sehr hohe Weiterbildungstage durchgeführt	Sehr gute Resonanz bei den Teilnehmern	150%	15%
Total Zielsetzungen			100%	Total/Ergebnis persönliche Zielerreichung			111.5%

Tabelle 5: Beispiel eines Zielvereinbarungs- und Zielbewertungsformulars²⁹⁹

6.1.1.2.6 Weitere Gestaltungselemente

Neben den bereits diskutierten Gestaltungselementen müssen noch weitere Elemente bei der Einführung einer Leistungshonorierung für Chefarzte festgelegt werden (keine abschliessende Aufzählung):³⁰⁰

- *Beurteilungsperiode und -frequenz*: Hierbei müssen einerseits die Häufigkeit der Überprüfung und Anpassung des Basisgehalts und andererseits die Festlegung der Beurteilungsperiode und -frequenz für den variablen Gehaltsteil geregelt werden. Die Lösung sollte dabei den situationspezifischen Erfordernissen der Unternehmung und den individuellen Bedürfnissen des Beurteilten Rechnung tragen. Aufgrund des hohen Verwaltungsaufwandes der Bewertung dürfte eine Beurteilungsperiode von einem Jahr als sinnvoll beurteilt werden.
- *Ausschüttungsperiode und -frequenz*: Mit der Ausschüttungsperiode und -frequenz wird der Zeitraum bzw. die Häufigkeit festgelegt, wie oft der variable Gehaltsanteil dem Individuum zugeführt wird. Die Belohnung kann dabei beispielsweise unmittelbar nach dem Beurteilungsvorgang ausgeschüttet werden, in monatlichen Raten im darauffolgenden Jahr oder auch Jahre später (z. B. bei der Pensionierung). Denkbar ist auch eine Bezahlung im voraus³⁰¹ um eine allfällige Angst vor der Leistungsentlohnung etwas zu reduzieren. Dies wäre aber ein Schritt in Richtung quasi-fixe Entlohnung und dürfte wohl die Motivationswirkung des variablen Gehalts langfristig senken. Für die Ausschüttung einer Sonderprämie empfiehlt sich aufgrund der höheren Motivationswirkung eine unmittelbare Ausbezahlung im Anschluss an die besondere Leistung.³⁰²

²⁹⁹ Quelle: In Anlehnung an **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 117.

³⁰⁰ Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 384 ff.

³⁰¹ Am Ende der Leistungsperiode wird aufgrund der tatsächlichen Beurteilung auf- oder abgerundet, wobei das Abrunden bzw. Zurückfordern bereits vorausbezahlter Prämien schwierig sein dürfte. Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 388.

³⁰² Vgl. Kapitel 6.1.1.2.1.

- *Ausschüttungsmodus*: Bei der Festlegung des Ausschüttungsmodus geht es um die Entscheidung darüber, ob die variable Entlohnung fix vorgegeben (Barauszahlung) oder individualisiert (Cafeteria-System) werden soll. Ein weiterer Problembereich besteht in der Frage nach der Finanzierung des variablen Entlohnungssystems. Die Individualisierung und Finanzierung des Anreizsystems werden in den Kapiteln 6.1.3 und 6.1.4 näher betrachtet.

6.1.1.3 Voraussetzungen an ein erfolgs- und leistungsorientiertes Entlohnungssystem für Chefärzte

Das Anreizsystem kann seine Funktion nur dann richtig erfüllen, wenn die Unternehmung über die nötigen Strukturen und funktionierende Führungssysteme verfügt. "Ohne diese hängt die erstrebte Verhaltensrichtung und leistungsbezogene Vergütung gleichsam in der Luft."³⁰³

Damit das in diesem Kapitel diskutierte variable Entlohnungssystem für Chefärzte im Spital integriert werden kann, müssen die Führungssysteme folgenden Anforderungen genügen.³⁰⁴

- *Organisationssystem*: Das Spital muss über eine klare Aufbauorganisation mit eindeutiger Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsregelung verfügen. Je eindeutiger die einzelnen Organisationseinheiten dabei gegeneinander abgegrenzt werden können, umso mehr Möglichkeiten eröffnen sich für die Entlohnung.³⁰⁵ Für die erfolgreiche Betreuung eines Anreiz- und Belohnungssystems für Chefärzte dürfte deshalb die divisionale Organisationsstruktur am geeignetsten sein.³⁰⁶ Durch die Bildung teilautonomer Unternehmensbereiche wird insbesondere die Leistungsbeurteilung und -berichterstattung vereinfacht. Die Gewährleistung von Entscheidungsspielraum und der damit verbundenen Verantwortungsübernahme kann zudem erheblich zur Motivation und Förderung der Chefärzte beitragen.³⁰⁷
- *Zielsystem*: Für eine erfolgs- und leistungsorientierte Entlohnung der Chefärzte muss eine klare Konzeption vorhanden sein, welche den Zweck und die Ziele des Spitals genau festhält. Die obersten Unternehmensziele sind die Richtgrösse zur Messung der erbrachten Unternehmensleistungen und damit letztendlich auch die Messlatte zur Bewertung der Leistung des Kaders.³⁰⁸ Die obersten Zielsetzungen sind dabei, im Sinne von normativen Vorgaben, laufend an veränderte ausserbetriebliche Rahmenbedingungen anzupassen.³⁰⁹

³⁰³ Bleicher, Knut (1992), S. 27.

³⁰⁴ Vgl. Guthof, Philipp (1994), S. 42; Kappel, Heinz / Uschatz, Philippe (1992), S. 20 f.; Bleicher, Knut (1992), S. 27 ff. und Baumgartner, Heinz (1992), S. 42 ff.

³⁰⁵ Vgl. Kappel, Heinz / Uschatz, Philippe (1992), S. 21.

³⁰⁶ Vgl. dazu auch Baumgartner, Heinz (1992), S. 49 und Becker, Fred G. (1993), S. 326.

³⁰⁷ Vgl. Isele, Stephanino (1991), S. 71.

³⁰⁸ Vgl. Kappel, Heinz / Uschatz, Philippe (1992), S. 20.

³⁰⁹ Zu den ausserbetrieblichen Bedingungsgrössen vgl. Kapitel 5.2.1.

- *Planungssystem:* Das Vorhandensein einer Unternehmensplanung, welche normative Vorgaben in bereichsspezifische Strategien umsetzt, ist die Voraussetzung eines Anreizsystems, dass an einer Verhaltensausrichtung der Chefärzte an sowohl kurzfristigen wie auch langfristigen Zielen interessiert ist.³¹⁰ Der frühzeitige, partizipative Einbezug der Chefärzte in die strategische Planung ist dabei für das Verständnis, die Motivation und die wirksame Umsetzung dieser Pläne von entscheidender Bedeutung.³¹¹
- *Kontrollsystem:* Um die Vorgaben der Planung für ein Anreizsystem nutzbar zu machen, muss eine Unternehmung über ein umfassendes operatives und strategisches Controlling verfügen. Das Controlling setzt die Planungsvorgaben in geeignete messbare Grössen (z. B. Budget, strategische Meilensteine) um und misst deren Entwicklung in regelmässigen Abständen.³¹² Dies bedingt für das Spital u. a. den Aufbau einer entsprechend ausdifferenzierten Kostenträgerrechnung sowie von geeigneten qualitativen und quantitativen Instrumenten zur Messung der Qualität, der Prozessleistung und des Fortschritts bei der Generierung weiterer strategischer Erfolgspotentiale (z. B. Mitarbeiterqualifikation).³¹³
- *Informationssystem:* Bei der Einführung einer erfolgs- und leistungsabhängigen Entlohnung der Chefärzte muss dafür gesorgt werden, dass diese mit aktuellen und geeigneten Informationen versorgt werden, die eine zielgerichtete Führung einer Klinik unterstützen.³¹⁴

6.1.2 Ansatzpunkte für die Entlohnung der hierarchisch tiefgestellten Führungskräfte und Mitarbeiter im Spital

Bisher wurden nur Gestaltungsansätze für das materielle Anreizsystem der Chefärzte betrachtet. Auf eine detaillierte Erörterung der Gestaltung eines Anreizsystems für die hierarchisch tiefgestellten Führungskräfte und Mitarbeiter soll in der vorliegenden Arbeit verzichtet werden. Im folgenden werden aber grundlegende Ansatzpunkte der Gestaltung eines Entlohnungssystems aufgezeigt, die zu einem zielbezogenen Verhalten der dem Chefarzt hierarchisch tiefgestellten Führungskräfte und Mitarbeiter beitragen sollen. Dabei müssen grundsätzlich dieselben Gestaltungsfelder bzw. Fragestellungen geklärt werden wie bei der Chefarztentlohnung.³¹⁵ Es ergeben sich aber bei der Leistungsbemessung andere Voraussetzungen. Die dem Chefarzt hierarchisch tiefgestellten Führungskräfte und

³¹⁰ Vgl. **Guthof**, Philipp (1994), S. 42 ff. Zum normativen, strategischen und operativen Spitalmanagement vgl. Kapitel 4.2.3.

³¹¹ Vgl. **Schwaninger**, Markus (1989), S. 378.

³¹² Vgl. **Baumgartner**, Heinz (1992), S. 72 ff.

³¹³ Vgl. dazu auch **Böckle**, Siegbert (1993), S. 100; **Morra**, Francesco (1996), S. 274 ff.

³¹⁴ Vgl. **Lehmann**, Rudolf (1998), S. 15.

³¹⁵ Vgl. Kapitel 6.1.1.2.

Mitarbeiter verfügen nicht über so grosse Kompetenzen, um den Kosten- und Leistungsbereich der Klinik zu beeinflussen. Die konkrete Leistungszuordnung auf die nachgeordneten Ärzte und Mitarbeiter der Pflege ist deshalb sehr schwierig.³¹⁶

Eine Möglichkeit besteht darin, neben dem fixen Gehalt zusätzlich einen variablen Gehaltsanteil auszuzahlen.³¹⁷ Dieser kann dabei mit mehreren Zielvorgaben verknüpft werden.

Zur Bestimmung des variablen Gehalts werden in einem Zielvereinbarungsprozess stellenspezifische Ziele mit den Mitarbeitern vereinbart bzw. ihnen vorgegeben, welche in einem finalen Zusammenhang mit den strategisch geprägten Zielen bzw. Zielvorgaben der Klinik stehen.³¹⁸ Dadurch bestehen insbesondere bei leitenden Ärzten und dem leitenden Pflegepersonal vielfältige Möglichkeiten zur Verhaltensbeeinflussung im Sinne der Klinikziele. Bei den nachgeordneten Ärzten und dem ausführenden Pflegepersonal ist der individuelle Einfluss auf den Klinikerfolg schwieriger messbar. Hier eignet sich deshalb vor allem die Vereinbarung von Gruppenzielen. Neben den stellenspezifischen Zielen bzw. Gruppenzielen können weitere, auf die besonderen Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter ausgerichtete Ziele vereinbart werden. Die Beurteilung des allgemeinen Leistungsverhaltens der einzelnen Führungskräfte und Mitarbeiter gegenüber Patienten und anderen Gruppenmitgliedern und die Initiative kann ebenfalls Gegenstand des variablen Gehalts sein. Hier könnten aber Akzeptanzprobleme aufgrund der sehr subjektiven Bewertung entstehen.³¹⁹

Die Höhe des variablen Gehaltsanteils im Verhältnis zum Basisgehalt ist abhängig von der organisatorischen Stellung des Mitarbeiters, dessen Einflussmöglichkeiten auf den Klinikerfolg sowie von der Erreichung der operativen und strategischen Zielvorgaben an die Klinik.³²⁰ Um die angestrebte Verhaltensbeeinflussung und Motivationswirkung zu erreichen, sollte das variable Gehalt einen spürbaren Einfluss auf das Gesamteinkommen ausüben.³²¹ Spürbar ist dieser dann, wenn das variable Gehalt Gegenstand der Einkommensüberlegungen des Mitarbeiters ist.³²²

³¹⁶ Vgl. **Böckle**, Siegbert (1993), S. 100.

³¹⁷ Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 335

³¹⁸ Vgl. dazu auch **Becker**, Fred G. (1993), S. 328.

³¹⁹ Vgl. **Schedler**, Kuno (1994), S. 60.

³²⁰ Vgl. Kapitel 6.1.4.

³²¹ Die leitenden Ärzte beziehen wie die Chefärzte ein Mehrfaches vom Basisgehalt durch die Behandlung von privatversicherten Patienten. Um eine ansprechende Verhaltensbeeinflussung im Sinne der Klinikziele zu erreichen, ist auch hier die teilweise Ablösung der Privathonorare durch eine leistungsabhängige Gehaltskomponente notwendig. Vgl. Kapitel 6.1.1.2.1 und 6.1.4.

³²² Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 63 ff.

Ergänzend zum variablen Gehalt eignet sich auch in diesem Mitarbeiterbereich der Einsatz von Sonderprämien, um einmalige, meist nicht planbare, herausragende Leistungen der Mitarbeiter zu belohnen.³²³ Die Sonderprämie sollte dabei höchstens 15-25 Prozent der Mitarbeiter zugutekommen, da sonst der beabsichtigte Überraschungs- bzw. Motivationseffekt verloren geht. Um eine optimale Anreizwirkung zu erzielen, muss die Höhe einer Prämie in einem vernünftigen Verhältnis zum übrigen Gehalt und zur Bedeutung der ausserordentlichen Leistung stehen.³²⁴

Durch die vorgeschlagene Gestaltung des Entlohnungssystems für hierarchisch tiefergestellte Führungskräfte und Mitarbeiter verfügt das Spital über ein sehr flexibles Instrument, um das Verhalten der Mitarbeiter zu beeinflussen und auf die Zielsetzungen der Klinik auszurichten. Durch die Abhängigkeit der Höhe des variablen Gehaltsanteils vom operativen und strategischen Klinikerfolg³²⁵ kann die Identifikation der Mitarbeiter mit den Klinikzielen zusätzlich gestärkt werden. Die Gewährung einer Gehaltsprämie wirkt sich zudem positiv auf die Teilnahme- und Leistungsmotivation der Mitarbeiter aus.

6.1.3 Individualisierung der Leistungsausschüttung (“Cafeteria-Ansatz”)

Die angestrebte Anreizwirkung durch das Entlohnungssystem kann durch einen individuellen Zuschnitt der gebotenen Anreize auf die Bedürfnisse des einzelnen Mitarbeiters zusätzlich erhöht werden.³²⁶ Hier liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Bedürfnisstrukturen der Mitarbeiter sehr unterschiedlich sein können und folglich ein einseitig ausgerichtetes System nie für jedermann eine optimale Anreizwirkung entfalten kann.³²⁷ Den Mitarbeitern kann es deshalb ermöglicht werden, unter der Prämisse der Kostenneutralität,³²⁸ im Rahmen eines “Cafeteria-Systems” in der Höhe eines bestimmten Budgets (z. B. variables Gehalt oder eines Teils davon) entsprechend ihren individuellen Präferenzen zwischen inhaltlich und zeitlich verschiedenen Entgeltbestandteilen zu wählen.³²⁹ Im Spital könnten dies neben Geld beispielsweise folgende Wahlmöglichkeiten sein:³³⁰ Arbeitszeitkomponenten (zusätzliche

³²³ Zur Sonderprämie vgl. Kapitel 6.1.1.2.1.

³²⁴ Vgl. **Kappel**, Heinz / **Uschatz**, Philippe (1992), S. 68 und 147.

³²⁵ Vgl. Kapitel 6.1.4.

³²⁶ Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 167 sowie Kapitel 6.1.3.

³²⁷ Vgl. **Schedler**, Kuno (1994), S. 73.

³²⁸ Zusatzkosten entstehen nur für den Verwaltungsaufwand bei Ein- und Durchführung des Systems. Eine aus erhöhter Arbeitszufriedenheit resultierende, gesteigerte Leistungsmotivation sollte diesen Aufwand jedoch rechtfertigen. Vgl. **Wagner**, Dieter / **Grawert**, Achim / **Langemeyer**, Heiner (1993), S. 11.

³²⁹ Vgl. **Wagner**, Dieter / **Grawert**, Achim / **Langemeyer**, Heiner (1993), S. 4.

³³⁰ Vgl. **Schedler**, Kuno (1993), S. 167; **Straub**, Silvia (1997), S. 337f und **Wagner**, Dieter / **Grawert**, Achim / **Langemeyer**, Heiner (1993), S. 15.

freie Tage, Bildung eines Urlaubskontos, frühere Pensionierung), Weiterbildungen,³³¹ Versicherungsleistungen, zusätzliche Altersvorsorge usw. Für die Akzeptanz und demnach den Erfolg eines solchen Systems ist es wichtig, dass die Mitarbeiter an der Konzeption des Systems partizipieren. Dies gewährleistet nicht nur die Implementierung der richtigen Optionen, sondern auch die Identifikation mit dem System.³³²

6.1.4 Finanzierung und Ausschüttungsmodus des Entlohnungssystems

Um ihre stimulierende Wirkung entfalten zu können, müssen die gewährten Anreize spürbar sein. Dies bedeutet, insbesondere für den relativ gut verdienenden Mitarbeiterkreis der Ärzte, dass ein erhebliches finanzielles Potential für die Anreizgewährung zur Verfügung gestellt werden muss.³³³ Die Finanzierung des Anreizsystems kann dabei kaum über den Pflegesatz erfolgen. Deshalb muss eine Umschichtung der vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten erfolgen.³³⁴ Als mögliche Finanzierungsquelle bieten sich daher höhere Abgaben der liquidationsberechtigten Ärzte für die Behandlung von privatversicherten Patienten an.³³⁵ Durch die Nutzung dieser Finanzierungsmöglichkeit können gleichzeitig folgende Effekte für die Anreizgestaltung der Chefärzte und der leitenden Ärzte erreicht werden:

- *Anreizverlagerung*: Durch die Erhöhung der Abgabe für die Behandlung von privatversicherten Patienten erfolgt eine Verlagerung im Anreizgefüge der Chefärzte und leitenden Ärzte. Die Erfüllung der Führungs- und Managementaufgaben bekommen gegenüber der Behandlung von privatversicherten Patienten ein erhöhtes Gewicht, indem ein Teil der privatärztlichen Honorare vom Erreichen der Unternehmensziele abhängig gemacht wird.
- *Anforderungsgerechte Entlohnung*: Im heutigen System ist es beispielsweise möglich, dass ein leitender Arzt mehr verdient als ein Chefarzt, weil er mehr Zeit hat, sich um Privatpatienten zu kümmern. Die Führungs- und Managementaufgaben des Chefarztes werden zwar immer zeitaufwendiger, sind aber im Vergleich zu den Verdienstmöglichkeiten bei der Behandlung von Privatpatienten unterbezahlt. Dies kann zu Spannungen führen.³³⁶ Durch die Erhöhung der Abgaben auf der privatärztlichen Tätigkeit kann so eine anforderungsgerechte Umverteilung zwischen den Gehältern der liquidationsberechtigten Ärzten erzielt werden.

³³¹ Diese Komponente eignet sich dabei insbesondere für Ärzte. Diese sind nämlich zur Fort- und Weiterbildung verpflichtet, wobei diese meist von den Ärzten selber bezahlt werden muss.

³³² Vgl. **Wagner**, Dieter / **Grawert**, Achim / **Langemeyer**, Heiner (1993), S. 30.

³³³ Vgl. **Böckle**, Siegbert (1993), S. 100.

³³⁴ Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 337.

³³⁵ Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 337; **Böckle**, Siegbert (1993), S. 101 f. und **Lehmann**, Rudolf (1998), S. 14.

³³⁶ Vgl. **Lehmann**, Rudolf (1999), S. 2.

Eine weitere wichtige Finanzierungsquelle eines variablen Entlöhnungssystems bilden positive Betriebsergebnisse. Die Voraussetzung dafür ist eine prospektive Vergütung der Spitalleistungen durch die Kantone. Dadurch werden die Spitäler, die kosteneffizient arbeiten, nicht mehr durch Budgetkürzungen bestraft. Unterschreitungen des Budgets dürfen als Gewinne zurückbehalten werden. Hingegen werden Defizite nicht mehr gedeckt.³³⁷

Für die Ausschüttung der variablen Anteile wird auf der Stufe der Gesamtunternehmung zuerst ein Bonuspool gebildet. Der Pool wird dabei in Abhängigkeit von vorher festgelegten Bestimmungsgrössen geüffnet (z. B. 15% des Spitalergebnisses, 15% höhere Abgaben der liquidationsberechtigten Ärzte und der nicht ausgeschüttete Poolrestbetrag des Vorjahres). Bevor der Pool auf die einzelnen Abteilungen und Mitarbeiter aufgeteilt wird, ist wiederum eine Reserve für die Finanzierung des Anreizsystems der nächsten Leistungsperiode abzuziehen (Sicherheitsdrittel). Dies empfiehlt sich deshalb, weil sonst bei schlechtem Geschäftsgang der Bonuspool übermässig rasch einbrechen würde. Dies könnte demotivierend wirken.³³⁸ Die Verteilung des Pools kann anschliessend in einem zweistufigen Vorgehen erfolgen.³³⁹ In einem ersten Schritt wird dabei der Pool nach dem Erreichungsgrad strategischer und operativer Kriterien auf die einzelnen Kliniken aufgeteilt, und dann in einem zweiten Schritt auf die einzelnen Mitarbeiter. Die Zuteilungskriterien des ersten Schrittes stimmen dabei mit den strategischen und operativen Zielen für die Klinik überein, die im Zielvereinbarungsprozess mit dem Chefarzt vereinbart wurden. Am Ende der Leistungsbewertung wird der Zielerreichungsgrad mit der Mitarbeiterzahl multipliziert, um den Ansprüchen der verschiedenen personalintensiven Kliniken gerecht werden zu können. Der Klinikpool kann anschliessend nach Massgabe der individuellen Leistung und der Höhe des Grundgehalts bzw. der Einflussmöglichkeiten des Einzelnen auf den Klinikerfolg auf die Individuen aufgeschlüsselt werden. Dieser Schlüssel kann dabei durch folgende Formel erfolgen.³⁴⁰

$$B = S * I * F$$

wobei: B= individueller Bonus

S = Grundgehalt

I = Individueller Bonusfaktor, der die jeweilige Hierarchiestufe und den Verantwortungsgrad zum Ausdruck bringt (z. B. 20% für Chefarzt, 10% für leitende Ärzte und die Pflegedienstleitung, 5% für Ober- und Assistenzärzte etc.)

³³⁷ Vgl. Kapitel 4.2.1.

³³⁸ Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 390 f.

³³⁹ Vgl. dazu beispielsweise das Bonussystem der Reisebürogruppe Rominger, zit. in **Becker**, Fred G. (1990), S. 100 ff.

F = Bonus-Auszahlungsfaktor (abhängig von der individuellen Leistungsbewertung; ein Faktor von 1 entspricht dabei einer 100% Leistungserfüllung)

Diese Grundformel kann dabei auf die situativen Verhältnisse angepasst werden (z. B. durch hinzufügen eines weiteren Exponenten). Die Umrechnungsproblematik kann recht komplexe Formen annehmen. Der Beizug eines Spezialisten wird deshalb empfohlen.³⁴¹

6.2 Gestaltungsansätze eines immateriellen Anreizsystems im Spital

Ein entsprechend ausgestaltetes Entlohnungssystem kann einerseits zur Erhöhung der Zielorientierung der Chefärzte und andererseits zur Erhöhung der Leistungs- und Teilnahmemotivation beitragen. Die Wirkung des materiellen Anreizsystems ist aber stark beeinträchtigt, wird es nicht durch eine entsprechende Befriedigung vorhandener immaterieller Bedürfnisse ergänzt. Insbesondere in Veränderungsprozessen kommt der immateriellen Anreizgestaltung eine enorme Bedeutung zu.³⁴² Im folgenden werden deshalb Gestaltungsansätze eines immateriellen Anreizsystems im Spital kurz aufgezeigt.

Image des Spitals: Das Image des Spitals spielt eine wichtige Rolle für die Motivation der Mitarbeiter. Wird das Spital von den relevanten Bezugsgruppen (z. B. in Fachkreisen) und von individuellen Bezugspersonen der Mitarbeiter als besonders erfolgreich angesehen, so kann dies einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Motivation haben, insbesondere dann, wenn die Leistung des Mitarbeiters als wichtiger Beitrag zum Erfolg des Spitals interpretiert wird.³⁴³

Autonomie / Handlungsspielraum: Auch dem Handlungsspielraum der Mitarbeiter kommt eine grosse Bedeutung als Motivationsfaktor zu. Handlungsautonomie wird durch eine möglichst weitgehende Erweiterung des Entscheidungs-, Kontroll- und Tätigkeitsspielraumes erreicht. Insbesondere Führungskräfte wünschen Freiräume, um weitgehend unabhängig im Rahmen ihrer Zuständigkeit und Ergebnisverantwortung sachliche und personelle Entscheidungen zu treffen.³⁴⁴ “Wie aus wissenschaftlicher Sicht betont wird, führen

³⁴⁰ Vgl. Kaplan, Robert / Atkinson Anthony (1982), S. 755, zit. n. Wälchli, Adrian (1994), S. 394.

³⁴¹ Vgl. gesamter Abschnitt Wälchli, Adrian (1994), S. 388 ff.

³⁴² Vgl. Kapitel 5.7.1.3.

³⁴³ Vgl. dazu auch Guthof, Philipp (1994), S. 28.

³⁴⁴ Vgl. Evers, Heinz (1991), S. 749.

Handlungsspielräume zu Arbeitszufriedenheit, intrinsischer Motivation und letztlich oft auch zu höheren Leistungen.“³⁴⁵

Arbeitsinhalte: Neben der Gewährung genügender Freiräume für die Aufgabenerfüllung besitzt auch der Inhalt der Aufgaben eine wichtige Motivationsfunktion. Die Herausforderung besteht in der Gestaltung interessanter, anspruchsvoller, herausfordernder, attraktiver, ganzheitlicher und abwechslungsreicher Aufgaben. Konzepte wie Job Rotation, Job Enlargement oder Job Enrichment können zur Erweiterung und Anreicherung der Aufgabeninhalte beitragen. Auch die Verbesserung der Kontaktmöglichkeiten mit innerbetrieblichen und ausserbetrieblichen Institutionen wirkt oft motivationsfördernd. Entsprechend ausgestaltete Aufgaben werden von den Mitarbeitern als Vertrauensbeweis und Zeichen der Achtung und Anerkennung empfunden, verstärken die Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung und erhöhen letztlich die Arbeitszufriedenheit.³⁴⁶

Partizipation: Die Partizipation ist die logische Weiterführung der Vergrösserung des Handlungsspielraumes. Durch den Einbezug der betroffenen Mitarbeiter in die Entscheidungsfindung wird die Akzeptanz sowie die Motivation für die Leistungserbringung erhöht. Für das Unternehmen erhöht sich die Qualität und die Durchführbarkeit von Entscheidungen sowie die Identifikation der Mitarbeiter mit den Zielsetzungen. Die Motivation wird dabei zusätzlich verstärkt, wenn eigene Gedanken in den Problemlösungsprozess eingeflossen sind.³⁴⁷ Partizipation bedeutet im Spital insbesondere den Abbau der aktuell vorherrschenden starren Hierarchien in der Ärzteschaft und der Barrieren zwischen den einzelnen Berufsgruppen.³⁴⁸

Information und Kommunikation: “Wo hohe Leistungen gefordert werden, dürfen umfassende Informationen nicht vorenthalten werden.“³⁴⁹ Das Vorhandensein und der Zugang zu ausreichenden und qualitativ hochstehenden, aufgabenrelevanten Informationen ist deshalb die Voraussetzung für eine erfolgreiche Leistungserbringung. Zudem besitzt auch eine offene, regelmässige und rechtzeitige Information der Führungskräfte und Mitarbeiter über betriebliche Ziele, wichtige unternehmensrelevante Ereignisse und Entwicklungen einen starken Anreizwert.³⁵⁰ Insbesondere in Veränderungsprozessen nimmt die Befriedigung von Informations- und Kommunikationsbedürfnissen der Mitarbeiter beim Abbau von

³⁴⁵ Wälchli, Adrian (1994), S. 473.

³⁴⁶ Vgl. Hertig, Philippe (1996), S. 217 ff.

³⁴⁷ Vgl. Becker, Fred G. (1990), S. 170; Wälchli, Adrian (1994), S. 486 f. und Evers, Heinz (1991), S. 746.

³⁴⁸ Vgl. Straub, Silivia (1997), S. 333.

³⁴⁹ Evers, Heinz (1991), S. 750.

³⁵⁰ Vgl. Evers, Heinz (1991), S. 750.

Willensbarrieren eine zentrale Rolle ein.³⁵¹ Informationsbarrieren können sich dagegen als starke Motivationshemmer auswirken.³⁵²

Karrierechancen: Bei der Ärzteschaft ist in diesem Bereich wenig Anreizwirkung zu erwarten. Hier herrscht eine starre, fachlich bedingte Aufstiegsfolge vor, die sich über Assistenzarzt, Oberarzt, leitender Arzt und Chefarzt erstreckt.³⁵³ Ein wichtiges Element, um die Glaubwürdigkeit des Aufstiegsangebotes zu unterstreichen, ist der praktizierte Grundsatz der Beförderung aus eigenen Reihen. Dies ist wichtig, damit leistungsfähige Nachwuchskräfte nicht in ihrem Engagement abfallen oder gar ihr Arbeitsverhältnis kündigen. Für die Motivation der Ärztenachwuchses ist im übrigen wesentlich, dass sie die betrieblichen Karrierewege kennen und die eigenen Chancen realistisch einschätzen können. Es empfiehlt sich deshalb die Durchführung regelmässiger Laufbahngespräche.³⁵⁴ Auch im Pflegebereich könnte eine gezielte Laufbahnplanung motivierend wirken.³⁵⁵

Personalentwicklung: Die Personalentwicklung steht in enger Beziehung zu den angebotenen Aufstiegschancen. Die betrieblichen Aufwendungen für die Personalentwicklungsmassnahmen geben den Mitarbeitern das Signal, dass das Spital “[...] sie als Leistungsträger anerkennt, auf sie künftig setzen will und in die es deswegen planmässig investiert.”³⁵⁶ Allein aus diesem Wissen erwächst eine nicht zu unterschätzende Motivationswirkung. Diese trägt insbesondere in Veränderungsprozessen zum Abbau von Risikobarrieren bei.³⁵⁷

Anerkennung: Anerkennung in Form von Ermunterung, Lob, Ehrung, Auszeichnung und Würdigung stellt ein immaterielles und kostenfreies Anreizelement dar.³⁵⁸ Es informiert den Mitarbeiter darüber, dass ein bestimmtes Leistungsverhalten vom Vorgesetzten positiv aufgenommen und bewertet wurde. Dieser erhält die Bestätigung seiner Umwelt, womit sich die Anerkennung zugleich positiv verstärkend auf dessen Leistungsverhalten auswirkt.³⁵⁹ Auch in Veränderungsprozessen ist die Anerkennung der ausserordentlichen Belastung und Einsatzbereitschaft sowie der Leistungen der Mitarbeiter ein wichtiges Instrument, um die erhöhte Leistungsbereitschaft aufrechtzuerhalten.³⁶⁰

³⁵¹ Vgl. Kapitel 5.7.1.2.

³⁵² Vgl. **Guthof**, Philipp (1994), S. 29.

³⁵³ Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 338.

³⁵⁴ Vgl. **Evers**, Heinz (1991), S. 747.

³⁵⁵ Vgl. **Straub**, Silvia (1997), S. 338.

³⁵⁶ **Evers**, Heinz (1991), S. 747 f.

³⁵⁷ Vgl. Kapitel 5.7.1.1.

³⁵⁸ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 222.

³⁵⁹ Vgl. **Evers**, Heinz (1991), S. 748 f.

³⁶⁰ Vgl. **Hertig**, Philippe (1996), S. 222.

Investitionsbudget: Eine Erhöhung der Motivation der Mitarbeiter (insbesondere der Ärzteschaft) dürfte auch durch die Kopplung von guter Leistung und Investitionsbudgets erreicht werden, d. h. je besser die Bewertung der Leistung der Klinik ausfällt, umso höher wird das Investitionsbudget. Dadurch können höherwertige medizinische Geräte beschafft werden, welche wiederum bessere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten ermöglichen. Dies kann einen Einfluss auf die intrinsische Motivation der Mitarbeiter ausüben.

Zweiter Teil: Fallstudie Regionalspital Thun

7 Change-Management im Regionalspital Thun

Ziel dieses Kapitels ist es, ein Beispiel aus der Praxis anhand des im theoretischen Teil erarbeiteten Bezugsrahmens zum Change-Management im Spital³⁶¹ zu beschreiben und zu analysieren sowie die Effektivität und Effizienz des Wandlungsprozesses zu beurteilen. Inhalt der Fallstudie ist der innerhalb der letzten Jahre vorgenommene Veränderungsprozess im Regionalspital Thun (RST). Aus den Erkenntnissen der Fallstudie sollen Empfehlungen für die Gestaltung des Wandels im Spital resultieren.

7.1 Studiendesign

Im folgenden wird das in der Fallstudie eingesetzte Studiendesign aufgezeigt. Dabei werden die Untersuchungsmethode, das Datenerhebungsverfahren sowie die Datenbearbeitung und -auswertung kurz beschrieben.

7.1.1 Untersuchungsmethode

Als Untersuchungsmethode wurde die Einzelfallanalyse gewählt. Die Einzelfallanalyse ist eine Untersuchungsmethode der qualitativen Sozialforschung. "Fallanalysen stellen eine entscheidende Hilfe bei der Suche nach relevanten Einflussfaktoren dar und bei der Interpretation von Zusammenhängen."³⁶² Sie betont daher die Komplexität des ganzen Falles sowie die Zusammenhänge der Funktions- und Lebensbereiche vor einem historischen Hintergrund.³⁶³ In der vorliegenden Arbeit ist das Regionalspital Thun Untersuchungsgegenstand der Einzelfallanalyse.

7.1.2 Datenerhebungsverfahren

Die für die Einzelfallstudie benötigten Informationen wurden mit Hilfe von problemzentrierten Interviews und der Analyse von Dokumenten erarbeitet. Beim problemzentrierten Interview handelt es sich um eine offene, halbstrukturierte Befragung, die auf eine bestimmte Problemstellung zentriert ist. Diese Problemstellung wurde vom Interviewer bereits vorher analysiert und es wurden bestimmte Aspekte erarbeitet, die in einem Interviewleitfaden festgehalten und während dem Gesprächsverlauf angesprochen

³⁶¹ Vgl. Kapitel 5.

³⁶² Vgl. **Mayring**, Philipp (1996), S. 28.

³⁶³ Vgl. **Mayring**, Philipp (1996), S. 28.

werden. Der Interviewer lässt dabei den Befragten möglichst frei zu Wort kommen.³⁶⁴ Das problemzentrierte Interview ist besonders für theoriegeleitete Forschung mit einer spezifischen Fragestellung geeignet.³⁶⁵

Die Auswahl der zu interviewenden Personen erfolgte gemeinsam durch den Verfasser und den Direktor des RST. Es wurden dabei leitende Mitarbeiter des Spitals ausgewählt, die den gesamten Veränderungsprozess miterlebt und mitgetragen haben und dies immer noch tun. Bei der Auswahl wurde auf den Einbezug verschiedener Ressorts und Berufsgruppen geachtet. Die einzelnen Personen wurden schlussendlich vom Direktor bestimmt. Eine Verzerrung der Daten ist nicht auszuschliessen, da u. U. vorwiegend diejenigen Personen an den Interviews teilnahmen, die kommunikativ und dem Wandel gegenüber positiv eingestellt sind. Ferner wurde ein beim Veränderungsprozess beigezogener externer Berater interviewt. *Tabelle 6* zeigt eine Übersicht der durchgeführten Interviews.

Datum	Interviewte Person / Funktion	Dauer
26. Juli 1999	Ulrich Stoller Co-Chefarzt Medizinische Klinik, Regionalspital Thun	1 ¼ Std.
26. Juli 1999	Beat Straubhaar Direktor, Regionalspital Thun	1 ½ Std.
4. August 1999	Beat Reber Personalchef, Regionalspital Thun	2 Std.
4. August 1999	Elisabeth Lose Pflegerdienstleiterin Chirurgische Klinik, Regionalspital Thun	1 ½ Std.
16. August 1999	Beat Straubhaar Direktor, Regionalspital Thun	1 Std.
18. August 1999	Francesco Morra Berater der Boston Consulting Group, Zürich	1 Std.
24. August 1999	Ulrich Stoller Co-Chefarzt Medizinische Klinik, Regionalspital Thun	1 ½ Std.
6. September 1999	Elisabeth Lose Pflegerdienstleiterin Chirurgische Klinik Regionalspital Thun	1 ½ Std.

Tabelle 6: Liste der durchgeführten Interviews

Der bei der Befragung verwendete Interviewleitfaden, der im Anhang beigelegt ist, wurde in verschiedene Frageblöcke mit Unterfragen aufgeteilt. Die Konstruktion des Leitfadens basiert auf den theoretischen Grundlagen in Kapitel 5. Der Interviewleitfaden wurde den Interviewten im voraus abgegeben. Die meisten Frageblöcke waren für alle identisch; je nach Funktion der interviewten Person im Veränderungsprozess wurden jedoch Fragen weggelassen oder hinzugefügt. Die Interviews wurden alle vom Verfasser durchgeführt. An dieser Stelle sei nochmals allen Interviewpartnern für die bereitwillige Auskunft gedankt.

³⁶⁴ Vgl. **Mayring**, Philipp (1996), S. 50.

Die Erkenntnisse aus den Interviews wurden zusätzlich durch Dokumente erweitert, die vom RST und dem Gesundheits- und Fürsorgeamt des Kantons Bern zur Verfügung gestellt wurden. Dabei handelt es sich um Dokumente folgender Art: Organigramme, Geschäftsberichte, Statistiken, Dokumente aus der Öffentlichkeitsarbeit des Spitals sowie vorhandene Projektdokumentationen.

7.1.3 Datenaufbereitung und -auswertung

Die Interviews wurden auf Tonträgern aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Dadurch soll die Nachvollziehbarkeit der Fallstudie gewährleistet werden. Bei der Transkription der gesprochenen Sprache in die schriftliche Fassung wurde das zusammenfassende Protokoll eingesetzt,³⁶⁶ um die Datenfülle - die Interviews dauerten zwischen 60 bis 120 Minuten - bereits bei der Protokollierung auf einen sinnvollen Umfang zu reduzieren.³⁶⁷

Zur Auswertung des Datenmaterials wurde die qualitative Inhaltsanalyse gewählt. Sprachliches Material und Texte werden dabei systematisch analysiert, indem das Material zergliedert und schrittweise bearbeitet wird. Die Analyseaspekte wurden im voraus theoriegeleitet festgelegt.³⁶⁸

7.2 Profil des Regionalspitals Thun

Das Regionalspital Thun (RST) ist eines von sieben Regionalspitälern im Kanton Bern und mit seinen 218 Betten das grösste Spital im Berner Oberland. Neben der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung der 22 Trägergemeinden³⁶⁹ bietet das RST verschiedene Spezialitäten im Sinne einer erweiterten, spezialisierten Grundversorgung für die Region an.³⁷⁰ Mit einem Personalbestand von 533 Stellen³⁷¹ konnten 1998 im RST 8'792 Patienten stationär,³⁷² 5'352 Patienten teilstationär³⁷³ und 18'501 Patienten ambulant³⁷⁴

³⁶⁵ Vgl. **Mayring**, Philipp (1996), S. 53.

³⁶⁶ Beim zusammenfassenden Protokoll wird eine systematische zusammenfassende Inhaltsanalyse des Materials durchgeführt. Das Material wird dadurch vereinheitlicht und bei der Aufbereitung direkt auf das Wesentliche reduziert. Es bietet sich deshalb an, gleich vom Tonband aus eine Zusammenfassung vorzunehmen. Vgl. **Mayring**, Philipp (1996), S. 73 f.

³⁶⁷ Die Protokolle der Interviews können beim Verfasser eingesehen werden.

³⁶⁸ Vgl. **Mayring**, Philipp (1996), S. 91.

³⁶⁹ Das direkte Einzugsgebiet für diese Dienstleistungen umfasst rund 79'000 Einwohner (22 Gemeinden). Vgl. **Regionalspital Thun** (1999b), S. 1.

³⁷⁰ Vgl. **Regionalspital Thun** (1998), S. 3. Die Region umfasst die Bezirke Frutigen, Erlenbach, Zweisimmen, Saanen, Thun, Oberdiessbach und Wattenwil. Daraus ergibt sich ein Einzugsgebiet von rund 150'000 Einwohnern. Vgl. **Regionalspital Thun** (1999b), S. 1.

³⁷¹ Die 533 Stellen verteilen sich auf rund 800 Mitarbeiter.

³⁷² Hierbei handelt es sich um Patienten mit einem Spitalaufenthalt von mehr als 24 Std.

behandelt werden. Dabei wurden insgesamt Kosten in der Höhe von 73.8 Mio. SFr. verursacht.³⁷⁵ Das RST hat in den vergangenen Jahren grosse Veränderungen durchgeführt; diese sollen in der vorliegenden Arbeit beschrieben und analysiert werden. Der Veränderungsprozess im RST ist aber noch keineswegs abgeschlossen. Seit dem 25.8.1998 bewegt sich das RST in den Strukturen der Spitalgruppe Oberland A, welche neben dem RST die Bezirksspitäler Erlenbach, Obersimmental, Wattenwil sowie die Höhenklinik Heiligenschwendi und die Privatklinik Hohmad umfasst. Die Spitalgruppe vertritt nun an Stelle der einzelnen Spitäler ihre Interessen gegen aussen. Innerhalb der Spitalgruppe wird gleichzeitig die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern intensiviert. Diese Entwicklung wird auch in Zukunft zu Veränderungen im RST führen.

7.3 Ausgangslage

7.3.1 Ausserbetriebliche Bedingungsgrössen

Folgenden aufgabenspezifischen Umweltfaktoren war die Führung des RST ausgesetzt, bevor die grundlegende Neuausrichtung des Spitals erfolgte:

- *Kanton:* Eine zentrale Rahmenbedingung für ein Spital sind die Budgetvorgaben. Die von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern vorgegebenen Budgetweisungen schränkten schon immer den Handlungsspielraum der Spitalleitung stark ein. Ab Anfang der 90er Jahre nahm der Kostendruck aber erheblich zu. Die finanziellen Mittel für den Betrieb wurden von Jahr zu Jahr linear gekürzt. Die Budgetkürzungen beinhalteten ebenfalls die Reduktion des vorgegebenen Stellenplans. Seit 1993 wurden hier von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons kontinuierlich Stellen gestrichen. Dies bedeutete für das RST wie auch für die anderen Spitäler des Kantons, dass die bisher erbrachten Leistungen nun zu geringeren Kosten und mit verkleinertem Personalbestand erbracht werden mussten. Auch das Budget für Neuinvestitionen bei den Betriebsmitteln steht seit 1990 praktisch auf Null. Ersatzinvestitionen werden zwar vom Kanton finanziert, aber neuartige Diagnose- und Behandlungsgeräte (bzw. Innovationen) sind nicht mehr durch das Investitionsbudget gedeckt. Dadurch entstanden im RST auch zunehmend Probleme, dem raschen medizinischen Fortschritt zu folgen.
- *Krankenkassen:* Ein zunehmender Kostendruck war auch von den Krankenkassen spürbar. Sie bezahlten für die Behandlung der Patienten immer kleiner werdende Tagespauschalen.

³⁷³ Hierbei handelt es sich um eine ambulante Behandlung, welche die Benützung eines Spitalbettes und / oder anderer Spitalinfrastruktur notwendig macht. Der Spitalaufenthalt beträgt weniger als 24 Std.

³⁷⁴ Hierbei handelt es sich beispielsweise um eine radiologische Untersuchung.

³⁷⁵ Vgl. **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1999), S. 14; 30 und 70.

Die Tarife der Krankenkassen wurden früher zwischen dem kantonalen Spitalverband und den Krankenkassen ausgehandelt. Seit der Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes am 1.1.1996 verhandelt nun aber jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen.

- *Wettbewerbsumfeld:* Das Wettbewerbsumfeld im Spitalbereich des Kantons Bern war und ist nicht sehr intensiv. Die anderen Spitäler verhalten sich sehr passiv, d. h. man lässt sich gegenseitig wirken. Trotzdem verlor das RST Anfang der 90er Jahre zunehmend Patienten an andere Spitäler im Kanton.

7.3.2 Betriebliche Bedingungsgrössen

Folgende betriebliche Bedingungsgrössen begünstigten bzw. beschränkten die Bewältigung der neuen Anforderungen an das Spital:

- *Organisationsstruktur:* Anfang der 90er Jahre war das Regionalspital Thun immer noch funktional gegliedert. Durch die funktionale Teilung in Verwaltung, Ärzteschaft und Pflege wurde eine effiziente, am Patienten orientierte Leistungserbringung stark erschwert. Die Zusammensetzung der Direktion war ebenfalls als sogenanntes Dreibein ausgestaltet.³⁷⁶ Der Verwaltungsdirektor, ein Chefarzt und die Leitung des Pflegedienstes waren zusammen für die Spitalführung verantwortlich. Im RST herrschte somit eine stark funktionale Denkweise. Auch die Abgrenzung zwischen der Spitalleitung und dem Spitalrat war nicht klar geregelt. Der Spitalrat als oberstes Führungsorgan und Kontrollorgan des Spitals setzte sich vor allem aus Politikern zusammen und griff vielfach ins operative Geschäft des Spitals ein (z. B. bei Personalentscheiden).
- *Personalstruktur:* In der zweiten Hälfte der 80er Jahre übernahm eine neue Generation die Leitung des RST; die ehemalige Führung war in Pension getreten. Es entstanden neue Vorstellungen wie das Spital gestaltet und geführt werden sollte. Viele Mitarbeiter konnten sich mit den Vorstellungen der neuen Spitalleitung nicht mehr identifizieren und verliessen das Spital. Die Fluktuationsrate stieg in dieser Zeit auf über 40 Prozent. In der Folge bildete sich eine neue Generation von Mitarbeitern, welche Veränderungen grundsätzlich positiv gegenüberstand.
- *Unternehmenskultur:* Die Anfangs der 90er Jahre im RST vorherrschende Unternehmenskultur verhinderte eine Neuorientierung kaum. Der Hauptgrund dafür war die Ausarbeitung eines neuen Leitbildes für das Spital in den Jahren 1987-1988. Dabei erfolgte ein breiter Einbezug der verschiedenen Berufsgruppen und -stufen in die Projektgruppen. Dieses Erlebnis war der Anfangspunkt der neuen partizipativen und

³⁷⁶ Vgl. **Regionalspital Thun** (1993), S. 1.

kooperativen Unternehmenskultur und -philosophie und die Startbasis, um andere Projekte gemeinsam in Angriff zu nehmen.

- *Infrastruktur:* Im alten Teil des Spitalgebäudes existierten zum Teil für eine ganze Abteilung (24 Betten) nur zwei Nasszellen, was nicht mehr den Patientenbedürfnissen entsprach. Aber auch im 1987 bezogenen Neubau mangelte es an Zimmern mit integrierter Nasszelle. Aufgrund der knappen Mittel des Kantons standen jedoch keine Mittel für eine Sanierung zur Verfügung.

7.3.3 Personelle Bedingungsgrössen

Die Denkweise der Mitarbeiter im Regionalspital Thun war zu Beginn der Veränderungen durch hierarchisches, berufsgruppenorientiertes Denken und Handeln geprägt. Das Denken in Prozessen war nicht verbreitet. Die Verantwortung für den Betrieb lag alleine bei der Direktion des Spitals. Unter den Mitarbeitern fehlte die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung. Zudem waren sich die Mitarbeiter der eigenen Verantwortung für das Spital nicht wirklich bewusst.

Fachlich verfügte das RST über sehr qualifizierte Mitarbeiter auf allen Ebenen. Zudem war beim Personal eine grosse Bereitschaft zur Durchführung von Veränderungen spürbar.

7.3.4 Auslösende Faktoren

Die Auslösung des Wandels im RST war einerseits durch eine strategische Krise bedingt (man hatte zunehmend Marktanteile an andere Spitäler des Kantons verloren), andererseits erfolgte der Wandel aus einer visionären Haltung heraus. Schon 1986 wurde auf Seite des RST auf die fragwürdige Finanzierung der Spitalleistungen durch Tagespauschalen hingewiesen. Es vergingen aber noch einige Jahre, bevor es in dieser Frage zu entscheidenden Veränderungen kommen konnte.³⁷⁷ Lange Zeit schien eine restriktive Führung und Kontrolle durch die Gesundheitsdirektion die einzige Möglichkeit, das Kostenwachstum in den Griff zu bekommen. Allmählich setzte sich aber auch im Kanton die Erkenntnis durch, dass unter einer restriktiven Aufsicht eine wirtschaftliche Spitalführung kaum möglich ist. Der Kanton Bern schloss deshalb mit einigen Spitälern Verträge zur Durchführung von Modellversuchen im Bereich der Leistungsfinanzierung ab. Das RST wurde zusammen mit dem Regionalspital Burgdorf zum Modellspital für die modifizierte Fallkostenpauschale.³⁷⁸ Durch die Teilnahme an den Modellversuchen ergriff das RST die Chance, beim Wandel des Gesundheitswesens

³⁷⁷ Vgl. **Regionalspital Thun** (1998), S. 15.

³⁷⁸ Insgesamt wurden drei verschiedene Modelle getestet: das Modell 'Teilpauschale', das Modell 'Konsequente Globalsteuerung' und das Modell 'Modifizierte Fallkostenpauschale'. Zur Beschreibung der zwei erstgenannten Modelle vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 149 ff.

im Kanton eine aktive Rolle zu spielen. Die Spitalleitung wollte die Veränderungen mitgestalten und mitbeeinflussen, um nicht später von Aussen verändert zu werden. Es herrscht im RST die Überzeugung, dass das neue Finanzierungsmodell mit Fallpauschalen und die damit verbundene Denkweise die Zukunft für das Spitalwesen darstellt.

Beim Modell der modifizierten Fallkostenpauschale handelt es sich um ein projektives Vergütungssystem, bei welchem das Spital für die Patienten der Allgemeinen Abteilung durch eine jährlich festzulegende Pauschale, abgestuft nach Disziplinen (Medizin, Chirurgie etc.), entschädigt wird. Diese errechnet sich aufgrund der Eigenschaften des Patientengutes und der tatsächlich aufgewendeten Kosten der Vergangenheit. Dabei wird angenommen, dass die Verteilung des Patientengutes in etwa gleich bleibt. Durch die Kostenpauschale ist eine 50-prozentige Kostenbeteiligung der Garanten (Kanton, Trärgemeinden) an den Gesamtkosten pro Fall angestrebt. Die Kostenanteile der Krankenkassen werden wie bisher vereinbart. Die Abrechnung der halbprivaten und privaten Patientenkategorien erfolgt ebenfalls nach der bisherigen Spitalgesetzgebung.³⁷⁹ Mit dem Modell der modifizierten Fallkostenpauschale werden folgende Zielsetzungen angestrebt:³⁸⁰

- Verkürzung der Aufenthaltsdauer
- Mehr Kompetenzen und Verantwortung für die Organe des Spitals
- Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes Spital und Motivation der Mitarbeiter infolge positiver Rechnungsabschlüsse
- Höhere Auslastung der Akutabteilung
- Steigerung der Kosten- und Ertragstransparenz
- Keine Übermedizin

Am 1. Januar 1993 konnte nach einigen Vorarbeiten im RST mit dem Modellversuch gestartet werden.³⁸¹ Bezüglich der Abrechnung des Modellversuches wurde vereinbart, dass ein allfälliger Verlust bzw. Gewinn für die in den Versuch einbezogenen Bereiche nach einer in *Tabelle 7* dargestellten Verteilung getragen werden sollte.

Verlust	Gewinn
---------	--------

³⁷⁹ Vgl. **Gesundheitsdirektion des Kantons Bern** (1991), S. 1 f.

³⁸⁰ Vgl. **Gesundheitsdirektion des Kantons Bern** (1991), S. 1.

³⁸¹ Vgl. **Regionalspital Thun** (1993), S. 12 f.

	Regionalspital Thun	Kantonales Spitalwesen	Regionalspital Thun	Kantonales Spitalwesen
1993	0%	100%	10%	90%
1994	50%	50%	60%	40%
1995	60%	40%	60%	40%

Tabelle 7: Gewinn- und Verlustverteilung des Modellversuchs³⁸²

Aufgrund der positiven Resultate bei der Durchführung des Modellversuchs ‘Modifizierte Fallkostenpauschale’³⁸³ konnte das RST eine Verlängerung des Modellvertrages um zwei Jahre erwirken. Inzwischen ist das System der modifizierten Fallpauschale im RST fest eingeführt.³⁸⁴ Der Kanton ist am Gewinn und am Verlust des Spitals jeweils zur Hälfte beteiligt. Das RST legt zudem den Stellenplan selber fest und bestimmt Besoldung und Beförderungen autonom. Die Personalaufwendungen werden dabei insoweit zur Abrechnung des Spitals zugelassen, als sie insgesamt den Betrag nicht übersteigen, der sich bei Anwendung der ordentlichen Bestimmungen des Spitalgesetzes ergeben würde.³⁸⁵

7.4 Mittelbare Aktionsparameter

Die Einführung eines prospektiven Finanzierungssystems und damit die Möglichkeit, Gewinne zu machen bzw. Verluste selber decken zu müssen, zwang die Führung des RST, einen umfassenden Veränderungsprozess zu initiieren. Zur Bewältigung von Veränderungen im Umfeld der Unternehmung kann das Management bei den Aktionsfeldern Strategie, Struktur, Prozesse und Kultur aktiv werden.

7.4.1 Strategie

Nach Massgabe der Leitidee soll das RST “[...]auf interdisziplinärer Basis in fachlich kompetenter, angemessener und humaner Art die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung sicherstellen und ein möglichst breites Spektrum an spezialisierten medizinischen Leistungen für die Region anbieten.”³⁸⁶

Die Erfüllung des obersten Sachziels des Spitals wurde aber zunehmend durch den Kostendruck und die restriktive Aufsicht des Kantons eingeschränkt. Die finanzielle

³⁸² Quelle: In Anlehnung an **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1993), S. 1.

³⁸³ Die Modelle ‘Teilpauschale’ und ‘Konsequente Globalsteuerung’ waren durch einen zuwenig direkten Leistungsbezug gekennzeichnet, da eine Steuerung der Defizite und nicht der Kosten vorgenommen wurde. Dies führte tendenziell zu einer Mengenausweitung und nicht zu Kostensenkungen. Vgl. **Heusser**, Markus (1996), S. 153.

³⁸⁴ Die Finanzierung der anderen Spitäler im Kanton erfolgt aber immer noch nach dem bisherigen Spitalgesetz.

³⁸⁵ **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1996a), S. 2.

³⁸⁶ **Regionalspital Thun** (1988), S. 4.

Autonomie des Spitals und die damit verbundene Möglichkeit einer wirtschaftlichen Spitalführung wurden zum neuen ökonomischen Hauptziel des RST.

Die Erreichung finanzieller Autonomie bedingt jedoch auch die Bindung möglichst vieler Patienten an das Spital und den Aufbau einer starken Marktposition. Das RST hatte aber Marktanteile an Konkurrenzspitäler verloren. Durch den Aufbau folgender strategischer Erfolgspositionen sollte dieser Entwicklung entgegengewirkt werden.³⁸⁷

- Aufbau von qualitativ hochstehenden und den neusten Entwicklungen angepassten Leistungen im medizinischen, pflegerischen und administrativen Bereich
- Aufbau einer konsequenten Prozessorientierung und aktiv gelebten Kundenorientierung
- Aufbau eines auf allen Stufen motivierten und einsatzfreudigen Mitarbeiterstammes als Voraussetzung für eine erfolgreiche Patientenbetreuung
- Verbesserung des Ansehens und der Funktionsfähigkeit des Spitals durch aktive und offene Zusammenarbeit und Kommunikation mit einweisenden Ärzten, Krankenkassen, Berufsverbänden, kantonalen Behörden und Bezirks- und Privatspitalern in der Region sowie durch offene Information der Öffentlichkeit und der Medien.

Die Gewinnung neuer Patienten wurde durch die schlechte Infrastruktur, insbesondere im alten Teil des Spitals, erheblich erschwert. Weil das Geld für die Sanierung dieser Abteilungen fehlte,³⁸⁸ mussten neue Möglichkeiten gesucht werden, um Hospitalisationen möglichst zu vermeiden. Dies führte zur Schliessung der betroffenen Stationen und zur Eröffnung einer chirurgischen und medizinischen Tagesklinik³⁸⁹ und damit zur vermehrten Ausrichtung der Strategie auf den teilstationären Bereich.

Die fehlenden Investitionsmittel verursachten ebenfalls Probleme bei der Gewährleistung von an die neusten Entwicklungen angepassten medizinischen Leistungen. Für die Finanzierung des medizinischen Fortschritts schlug das RST deshalb neue Wege ein. Zur Beschaffung einer Magnetresonanz-Diagnostik wurde eine Aktiengesellschaft gegründet, welche das Gerät finanziert und am Erfolg des Gerätes beteiligt wird. Weitere Geräte sollen in Zukunft auf diese Weise beschafft werden.

7.4.2 Struktur

Die Neuorientierung des Regionalspitals Thun machte einen Übergang von der bestehenden funktionalen Organisationsstruktur in eine Spartenorganisation unabdingbar. Die

³⁸⁷ Vgl. dazu auch **Regionalspital Thun** (1988), S. 8 ff. und **Regionalspital Thun** (1998), S. 11.

³⁸⁸ Die Sanierung hätte rund 24 Mio. SFr. gekostet.

³⁸⁹ Die Einrichtung der entsprechenden Räumlichkeiten verlangte nur kleine Investitionen, die vom RST selber aufgebracht werden konnten.

Veränderung wurde aufgrund der abnehmenden Homogenität der einzelnen Dienstleistungsangebote (z. B. Trend zur ambulanten Behandlung, zunehmende Spezialisierung) und der sich immer schneller wandelnden Umwelt notwendig. Neu steht nicht mehr die einzelne Funktion, die am Erreichen des Leistungszieles beteiligt ist, im Vordergrund, sondern das Leistungsziel 'Behandlung der Patienten'.³⁹⁰ Für die seit 1993 geltende neue Organisationsstruktur gelten folgende Grundsätze:³⁹¹

- *Grundsatz der eindeutigen Zuordnung der Verantwortung:* Bei der funktionalen Organisationsform war die Direktion als Gremium verantwortlich für das operative geschehen am RST bzw. als Repräsentanten der drei Funktionen Arzt, Pflegedienst, Verwaltung für dasjenige ihrer Bereiche. Die Spitalleitung in Form eines Direktors ist nun für die Geschäftsführung des gesamten Spitals verantwortlich und nicht mehr für eine einzelne Funktion. Aber auch das Aufgabenspektrum von Spitalrat und Spitalleitung wurde neu definiert. Durch die Neuorganisation sind die Verantwortungsbereiche der einzelnen Führungsebenen nun folgendermassen geregelt:
 - *Spitalrat:* Der Spitalrat ist zuständig für Entscheide und Zielsetzungen aufgrund gesundheits-, finanz-, und sozialpolitischer Rahmenbedingungen.
 - *Spitalleitung:* Die Spitalleitung trifft Entscheidungen über Strategien aufgrund von politischen Zielsetzungen des Spitalrates.
 - *Ressorts / Kliniken:* Die Ressortleitungen treffen Entscheidungen über operative Belange aufgrund von strategischen Zielen und Anordnungen der Spitalleitung.
 - *Abteilungen:* Die Abteilungsleitungen treffen Entscheide über arbeitstechnische Belange sowie über den Mitteleinsatz aufgrund der operativen Zielsetzungen der Ressorts.
- *Grundsatz der transparenten Information:* Für alle Ressorts / Abteilungen muss ein gleiches Berichtssystem gelten, zu dem jedermann Zugang hat. Insbesondere sind allen Ressorts/ Abteilungen die Leistungsdaten der anderen Unternehmensbereiche zugänglich zu machen.
- *Grundsatz des Entscheidungsprimats:* Entscheide werden im Rahmen des Primatprinzips getroffen, d. h. die Leiter (Direktor, Ressortleiter, Abteilungsleiter) konsultieren ihre Leitungsgremien und folgen in der Regel deren Meinungen, entscheiden aber bei Meinungsverschiedenheit.

In der neuen Organisationstruktur wird die Verantwortung und die Kompetenz möglichst tief angesiedelt. Der Gesamtbetrieb wird in kleine Einheiten aufgeteilt; diese sind beweglich und

³⁹⁰ Vgl. **Regionalspital Thun** (1993), S. 1 f.

überschaubar sowie mit den nötigen Kompetenzen ausgerüstet. Die jeweiligen Leiter tragen dabei für ihren Bereich die persönliche Verantwortung. Dadurch entsteht eine erhöhte Flexibilität, um auf Umweltveränderungen einzugehen. Zudem wird der Verschiebung operativer Aufgaben auf die strategische Ebene Einhalt geboten.³⁹² Das Organigramm des RST ist im Anhang II abgebildet.

7.4.3 Prozesse

Die Änderung des Finanzierungssystems von der Tagespauschale zur Fallpauschale machte eine effizientere Gestaltung der Prozesse notwendig. Durch die Neugestaltung der Organisationsstruktur war die Ausgangslage für das Denken in Prozessen geschaffen worden. Innerhalb der Abteilungen wurde aber weiterhin in Funktionen gedacht. Dies führte zu typischen Schnittstellenproblemen entlang des Patientendurchlaufs (z. B. lange Wartezeiten bis zur eigentlichen Aufnahme, Absagen von Untersuchungen wegen fehlender Koordination, zu viele Tests in der Diagnostik, mehrtägige stationäre Wartezeiten bis zur Operation, geringe Ressourcenauslastung der Operationssäle und des Personals, unnötige Entlassungsverzögerungen durch Warten auf letzte Resultate etc.).³⁹³ Begleitet durch die Beratungsfirma Boston Consulting Group (BCG) führte man deshalb Ende 1995 im RST ein Qualitäts- und Zeitmanagement (QZM)-Projekt durch, um das Denken der Mitarbeiter in Gesamtprozessen zu entwickeln und zu fördern.

Das Projekt war in ein Modul 'Operationssaal' (OP) und in ein Modul 'innere Medizin' aufgeteilt. Im OP-Bereich wurde das Ziel verfolgt, den Prozessablauf zu optimieren, um Ineffizienzen wie Prozess- und Anfangsleerzeiten zu minimieren. Neben verschiedenen kleineren Massnahmen zur Verfeinerung der Abläufe und zur Behebung von Schnittstellenproblemen zu Stationen und anderen Sekundärbereichen wurde die Operationsplanung grundlegend verändert. Zur regelmässigen Überwachung und Verbesserung der Abläufe erfolgte zudem die Einführung eines OP-Controllings, das monatlich die Leerzeiten, Prozesszeiten usw. aufzeigt.

In der medizinischen Klinik wurden ausgehend von der Analyse der Prozesse im QZM-Projekt zwei grundlegende Änderungen eingeführt, um die Abläufe aus Sicht des Patienten zu verbessern sowie vorhandene Engpässe, Schwachstellen bzw. Reibungsverluste zwischen den beteiligten internen und externen Funktionen zu beheben. In einem ersten Schritt erfolgte die Schaffung einer medizinische Aufnahmestation. Jeder Patient wird in der medizinischen

³⁹¹ Vgl. **Regionalspital Thun** (1993), S. 2 f.

³⁹² Vgl. **Regionalspital Thun** (1993), S. 1 f.

³⁹³ Vgl. **The Boston Consulting Group** (1995), S. 1.

Aufnahmestation entgegengenommen.³⁹⁴ Hier werden anschliessend durch einen erfahrenen Arzt³⁹⁵ der Abklärungsweg und die Therapie im groben festgelegt sowie entschieden, ob ein Patient stationär oder ambulant behandelt wird. Der Patient wird dann von der zweiten Neuerung, dem Coach, in Empfang genommen und anschliessend mit allen Unterlagen und Verordnungen (roter Faden) auf die Abteilung eingewiesen. Coaches sind speziell ausgebildete Krankenschwestern und zeigen sich als dauernde Kontaktpersonen des Patienten für den reibungslosen Behandlungsablauf verantwortlich. Sie organisieren die nötigen Papiere für Untersuchungen, koordinieren alles, planen mit dem Patienten den Austritt usw. Zur Ausübung der vielfältigen und übergreifenden Aufgaben benötigen die Coaches sehr viele Kompetenzen. Sie sind deshalb direkt der Klinikleitung unterstellt.

Anfang 1997 wurde auch in der chirurgischen Klinik eine Verbesserung der Prozesse und der Qualität ins Auge gefasst. Eine Pflegequalitätserhebung der Zertifizierungsfirma Concret AG bildete die Basis für die Initiierung der gewünschten Verbesserungsprozesse und der damit angestrebten Verbesserung der Patientenorientierung. Im Herbst dieses Jahres soll die Zertifizierung des Pflegebereichs der chirurgischen Klinik erfolgen.

Neben der Verbesserung der internen Prozesse sollten aber auch die Schnittstellen zu externen Partnern verbessert werden. Die Chefärzte des RST boten deshalb den praktizierenden Ärzten der Region Thun eine wöchentliche Fallbesprechung an. Die Einladung wurde angenommen, und das Fallseminar entwickelte sich in kurzer Zeit zur fixen Veranstaltung.³⁹⁶ Die Veranstaltung dient dabei nicht nur der Fort- und Weiterbildung der teilnehmenden Ärzte, sondern auch den Patienten, indem die Betreuung generell und vor allem der Übergang vom ambulanten ins stationäre Versorgungssystem optimiert wird.³⁹⁷ Für das RST ergibt sich dadurch die Möglichkeit, durch das in der Veranstaltung geschaffene Klima von Partnerschaft, Kommunikation und Transparenz,³⁹⁸ die Beziehung zu den einweisenden Ärzten zu verbessern und Problembereiche in der Zusammenarbeit besser zu erkennen.

Um die Schnittstelle zu den Krankenkassen zu verbessern, wurde im RST Anfang 1998 ein sogenanntes 'Fallmanagement' eingeführt. Zusammen mit einer Fallmanagerin der Kranken-

³⁹⁴ Die Aufnahmestation erfüllt damit gleichzeitig die Funktion der medizinischen Notfallabteilung.

³⁹⁵ Diese Funktion wird jeweils durch den ältesten und erfahrensten Arzt vorgenommen, weil es für den Prozess und die Kosten in der Medizin sehr wichtig ist, dass der richtige Weg für die Untersuchung und Behandlung eingeschlagen wird.

³⁹⁶ Jedem Arzt steht es dabei frei, aktuelle Fälle vorzustellen und dazu Röntgenbilder, Elektrodiagramme etc. mitzubringen. Die Fälle werden dann untereinander diskutiert. Zur Erleichterung der Kommunikation und Dokumentation werden die Fälle in einer Lotus-Notes-Datenbank gespeichert, welche für die Beteiligten über Internet abrufbar ist.

³⁹⁷ Vgl. **Hagnauer**, Ueli (1999), S. 16.

kasse werden Probleme bei der Abrechnung der vereinbarten Fallpauschalen³⁹⁹ sowie andere Probleme an der Schnittstelle Spital / Krankenkasse geregelt. Zudem erfolgt bei Austritt eines Patienten eine gemeinsame Planung der günstigsten Weiterbehandlung.⁴⁰⁰ Neben der Verbesserung der Schnittstellen werden durch das Fallmanagement Kosteneinsparungen durch den Abbau der Bürokratie sowie eine Verbesserung der Kooperation auf Vertrauensbasis angestrebt.⁴⁰¹ In der Startphase wurde das Fallmanagement nur mit der Helsana durchgeführt. Inzwischen ist diese Art der Zusammenarbeit auf eine weitere Krankenkasse ausgedehnt worden. Weitere sollen folgen.

7.4.4 Kultur

Seitdem die neue Führung 1986 die Leitung des RST übernahm, war sie bestrebt, die Kultur des Spitals zu verändern. Gemäss der neuen Philosophie sollen möglichst alle Mitarbeiter an der Entwicklung des Spitals teilnehmen und ihren Beitrag leisten. Die Mitarbeiter sollen zu Partnern der Unternehmungsleitung werden, am Unternehmensgeschehen aktiv partizipieren und damit Verantwortung für den Erfolg des Spitals übernehmen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Unternehmenskultur im RST betrifft den Aufbau eines neuen Selbstverständnisses zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Das bisherige hierarchische, funktionsbezogene Denken und Handeln soll einer teambasierten, interdisziplinären, prozess- und patientenorientierten Aufgabenerfüllung weichen.

7.5 Der Change-Prozess

Die Veränderung der erläuterten Aktionsparameter erfolgte in einem langjährigen Wandlungsprozess. Das Vorgehen entspricht eher einem evolutionären als revolutionären Ansatz, da die Betroffenen, wenn möglich, berücksichtigt und integriert wurden. Einige Entscheide erfolgten jedoch top-down. Insbesondere bei der Festlegung der neuen finanziellen Rahmenbedingungen (Modellversuch, Fallkostenpauschalen) für das RST wurde dieser Weg gewählt, um die Entwicklungen voranzutreiben. Die innerbetriebliche Anpassung des Spitals bzw. der einzelnen Kliniken an die neuen Rahmenbedingungen vollzog sich jedoch unter breitem Einbezug der Mitarbeiter. Im folgenden wird das Vorgehen bei den einzelnen Projekten kurz dargelegt.

Projekt 'Modifizierte Fallpauschale'

³⁹⁸ Vgl. **Hagnauer**, Ueli (1999), S. 16.

³⁹⁹ Gleichzeitig mit dem Fallmanagement vereinbarte das RST mit der Helsana Fallpauschalen anstelle der bisherigen Tagespauschalen.

⁴⁰⁰ Vgl. **Schnetzler**, Rita (1999), S. 30 f.

Bei der Ausarbeitung der Bedingungen für die Durchführung des Modellversuchs 'Modifizierte Fallpauschale'⁴⁰² wurde nur eine kleine Anzahl der betroffenen Mitarbeiter involviert. Die Verhandlung der neuen finanziellen Rahmenbedingungen des RST verhandelten der Direktor des RST (Beat Straubhaar) und Vertreter der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern unter sich. Innerhalb des Spitals wurde zusammen mit der Finanzabteilung und der Informatikabteilung eine Projektgruppe gebildet. Diese war für die technische Einführung der Abrechnung durch Fallpauschalen verantwortlich. Die von der modifizierten Fallpauschale direkt betroffenen Kostenstellenleiter (Klinikleiter) waren an der Ausarbeitung der neuen Bedingungen für die Leistungserstellung ihrer Klinik nicht beteiligt. Die Einführung des neuen Finanzierungsmodells erfolgte somit top-down. Die Kostenstellenleiter bzw. Klinikleiter wurden aber regelmässig über die Neuerungen informiert. Es war wichtig zu kommunizieren, worum es bei dem neuen Modell geht und warum sich das RST daran beteiligte.

Veränderung der Organisationsstruktur

Auf Antrag des Spitalrates sollte 1993 die Organisationsstruktur an die veränderte Unternehmenssituation bzw. an die sich bereits informell veränderten Aufgaben- und Kompetenzregelungen angepasst werden.⁴⁰³ Die Organisationsveränderung war somit das Resultat laufender informeller Anpassungen des Betriebes an sich geänderte Anforderungen und Arbeitsweisen. In die Ausarbeitung der formellen Organisationsstruktur wurde das Kader des RST einbezogen. Die Projektgruppe setzte sich aus der Direktion, aus Chefärzten, leitenden Ärzten und den Abteilungsschwestern zusammen. Das Projekt wurde vom Direktor geleitet.

Einführung des Fallkostenmanagements mit der Krankenkasse Helsana

Die Vereinbarung von Fallpauschalen und der veränderten Zusammenarbeit zwischen RST und Helsana entsprang einer gegenseitigen Bereitschaft beider Parteien. Die Projektgruppe setzte sich aus externen (Helsana) und internen Personen zusammen. Auf Seiten des Spitals waren das Rechnungswesen, die Informatikabteilung, der Direktor und eine Stabstelle direkt in das Projekt involviert. Die Klinikleiter waren wie bei der Einführung der modifizierten Fallpauschale nur indirekt beteiligt. Sie mussten fehlende Informationen zur Ermittlung der Fallkosten liefern.

Projekt 'Qualitäts- und Zeitmanagement'

⁴⁰¹ Vgl. **Muffler**, Michael (1999), S. 28.

⁴⁰² Vgl. Kapitel 7.3.4.

⁴⁰³ Vgl. **Regionalspital Thun** (1993), S. 1.

Der eigentliche Umwandlungsprozess auf breiter Basis wurde mit dem Projekt ‘Qualitäts- und Zeitmanagement’ (QZM) initiiert. Die Projektbegleitung erfolgte durch Berater der Boston Consulting Group (BCG).⁴⁰⁴ In beiden Modulen (Operationssaal und Medizin) wurde das gleiche Vorgehen gewählt. Das Projekt begann mit der Erhebung des Ist-Zustandes. Die Experten der BCG führten dazu bei rund 60 Mitarbeitern des RST eine Befragung durch, um die Probleme der verschiedenen Funktionen im Prozessablauf wahrzunehmen. Zudem wurden in der Befragung die Kultur und das Arbeitsklima des jeweiligen Bereiches erhoben. Neben dieser qualitativen Erhebung erfolgte eine Quantifizierung der Prozesse. Unter Beihilfe der Mitarbeiter wurden über längere Zeit die einzelnen Prozessschritte genau erfasst und gemessen. Die externen Projektbegleiter präsentierten abschliessend im Plenum den erhobenen Ist-Zustand. Im Anschluss teilte man die Mitarbeiter in einzelne, interdisziplinäre Arbeitsgruppen auf,⁴⁰⁵ um an den jeweiligen Problembereichen zu arbeiten. Die acht Workshops deckten dabei folgende Inhalte ab: Problemanalyse, Problemerkennntnis, Lösungsvorschläge, Lösungsvorschlagsbewertung und Schlussvorschlag. Die Mitarbeiter bzw. die gebildeten Gruppen waren dabei für die Generierung der jeweiligen Inhalte der einzelnen Projektschritte verantwortlich. Sie wurden methodisch von den Mitarbeitern der BCG begleitet und unterstützt.

Im Anschluss an das Projekt lag es schliesslich bei den Verantwortlichen der einzelnen Bereiche, die erkannten Defizite und definierten Soll-Zustände in die Tat umzusetzen sowie neue Problembereiche aufzudecken und zu beheben. Dies erfolgte fortlaufend unter starkem Einbezug der jeweilig betroffenen Bereiche und Berufsgruppen. Mit dem QZM-Projekt wurde die Grundlage geschaffen um Prozesse zu analysieren bzw. überhaupt das Prozessdenken zu ermöglichen.

Zertifizierung in der chirurgischen Klinik

Der Anstoss für die Durchführung dieses Projektes kam von der Basis. Aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen wurden die Ressourcen sowie die Aufenthaltszeiten in der Klinik immer knapper. Das Pflegepersonal hatte Angst, im zunehmenden Stress qualitativ schlechte Leistungen am Patienten zu erbringen. Aus diesem Anliegen heraus beantragte die Pflegedienstleiterin der chirurgischen Klinik bei der Spitalleitung die Durchführung einer Pflegequalitätserhebung durch die Firma Concret AG (staatlich anerkannte Zertifizierungsfirma), mit dem Ziel, den Ist-Zustand der Qualität in der chirurgischen Klinik zu messen.

⁴⁰⁴ Zu den Zielen des Projektes vgl. Kapitel 7.4.3.

⁴⁰⁵ Im Bereich Operationssaal wurden acht Arbeitsgruppen in Form von Operationsteams gebildet. In der Medizin waren es 7 Diagnosegruppen, welche die Abläufe einzelner Krankheitsgruppen (Hirnschlag,

Für die Pflegequalitätserhebung wurden auf jeder Abteilung zwei Mitarbeiter zufällig bestimmt. In einem ersten Teil führten die Experten eine halbtägige theoretische Befragung durch. Der geprüfte Mitarbeiter musste dabei anhand von vorgegebenen Pflegediagnosen sein pflegerisches Wissen transparent machen. Am nächsten Tag wurde dieser während drei Stunden auf Schritt und Tritt begleitet und beobachtet (Kommunikation, Eingehen auf Wünsche des Patienten, praktische fachliche Kompetenz, Führung der Pflegedokumentationen usw.). In einem Schlussbericht wurden die Schwachpunkte der Abteilung festgehalten und Vorgaben definiert, die für eine Zertifizierung zu erfüllen sind. Damit war die Arbeit der Experten abgeschlossen. Jetzt lag es an den Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungen, entsprechende Massnahmen zu finden, die zur Erreichung der Vorgaben führen sollten. Um Synergien zu nutzen und die Koordination zu gewährleisten wurde eine Qualitätsentwicklungsgruppe gebildet, die sich aus den Stationsleitungen und den jeweiligen Stellvertretungen zusammensetzt. Unter der Leitung der Pflegedienstleiterin werden dabei die von den Experten aufgezeigten Schwächen analysiert und entsprechende Massnahmen zu deren Behebung in einem zeitlich determinierten Massnahmenplan festgehalten. Die Stationsleitungen diskutierten zudem fortlaufend die behandelten Themengebiete der Qualitätsentwicklungsgruppe mit den Mitarbeitern der Station. So ist der Einbezug der Mitarbeiter im Entwicklungsprozess gewährleistet. Im Herbst dieses Jahres soll dann die Zertifizierung des Pflegebereichs erfolgen. Ist diese erfolgreich, wird einmal im Jahr überprüft, ob das Niveau gehalten bzw. verbessert werden konnte. Dadurch soll die Motivation der Mitarbeiter zur Erbringung qualitativ hochstehender Leistungen aufrechterhalten werden.

7.6 Rollen im Change-Prozess⁴⁰⁶

Der Veränderungsprozess auf der Gesamtspitalebene im RST wird vor allem von Seiten des Direktors vorangetrieben und immer wieder neu lanciert. Er nimmt deshalb ganz klar die Position des Initiators und Machtpromotors des Wandels ein. Durch die Veränderung der finanziellen Rahmenbedingungen des Spitals waren die Ressortleiter gezwungen, wiederum in ihrem Bereich Veränderungen voranzutreiben. Der Chefarzt Dr. Hans-Rudolf Hunziker als Leiter der medizinischen Klinik und der Chefarzt Dr. Hans. E. Wagner als Leiter des Operationssaals und der chirurgischen Klinik nehmen dabei in ihren Bereichen die Rolle des Prozesspromotors ein. Sie bildeten immer wieder verschiedene Projektgruppen zur

Herzinfarkt usw.) bearbeiteten. Die einzelnen Arbeitsgruppen setzten sich jeweils aus Vertretern aller betroffenen Berufsgruppen zusammen.

⁴⁰⁶ Zur Definition der verschiedenen Rollen in einem Veränderungsprozess vgl. Kapitel 5.6.

Bearbeitung von Problembereichen, inspirierten und motivierten die am Wandlungsprozess direkt beteiligten Mitarbeiter, planen und koordinierten notwendige Veränderungsmaßnahmen und informierten laufend über den Stand der Veränderungen. Während dem Qualitäts- und Zeitmanagementprojekt wurden sie durch die Berater der BCG bei ihrer Aufgabe als Prozesspromotor unterstützt. Die Berater hatten aber insbesondere die Aufgabe, die für den Veränderungsprozess notwendigen methodischen Fachkenntnisse bereitzustellen. Sie zeigten den beteiligten Mitarbeitern, wie der Ist-Zustand der Prozesse erhoben werden kann und wie man einen Sollzustand definiert. Die inhaltliche Problemlösung erfolgte anschliessend durch die fachlichen Beiträge der Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen. Inzwischen verfügen die Mitarbeiter aber auch über die Grundlagenkenntnisse, um Prozesse selber analysieren und optimieren zu können.

Im Pflegebereich der chirurgischen Klinik nimmt die Pflegedienstleiterin Elisabeth Lohse die Rolle des Prozesspromotors ein. Sie ist als Verantwortliche der Qualitätsentwicklungsgruppe zuständig für die Entwicklungen innerhalb des Pflegebereichs. Zusammen mit den Plegemitarbeitern ihres Bereichs erarbeitet sie regelmässig neue Massnahmen zur Verbesserung der Qualität, inspiriert und motiviert die Mitarbeiter der verschiedenen Abteilungen, plant und koordiniert notwendige Veränderungsmaßnahmen und informiert laufend, durch die Erhebung eigener Daten, über den Stand der Veränderungen. Fachlich wird sie durch einen internen Pflegefachexperten unterstützt sowie durch speziell in bestimmten Fachbereichen geschulte Mitarbeiter.

7.7 Wandlungsunterstützendes Personalmanagement

7.7.1 Personalentwicklung

“War die Zeit bis Mitte der 90er Jahre noch vom Hang zum fachlichen Fortschritt geprägt, wurde später erkannt, dass zu einer erfolgreichen Leistungserbringung auch eine hohe Sozialkompetenz aller Beteiligten gleichermaßen wichtig ist. Nur sie ist, wenn genügend entwickelt und vorhanden, letztlich Garant, die anstehenden und stets noch zunehmenden Probleme lösen zu können.”⁴⁰⁷ Alle Führungskräfte (bis und mit Stationsleiter) des RST mussten deshalb nach der Einführung der neuen Organisationsstruktur eine umfassende Führungsschulung absolvieren. Zusammen mit einem externen Trainer wurde ein auf den Betrieb ausgerichtetes Führungstraining vorbereitet und durchgeführt. Durch diese Führungsseminare wurde versucht, den Führungskräften partizipatives und vernetztes Denken zu vermitteln. Zudem wurden Führungsaufgaben trainiert, die besonders in Veränderungs-

prozessen an Bedeutung gewinnen (z. B. Mitarbeitergespräch, Motivation der Mitarbeiter usw.).

Ein weiterer Schwerpunkt beim Aufbau von Sozialkompetenzen wurde im Kommunikationsbereich gesetzt. Im Verlaufe des Veränderungsprozesses hatten nämlich Kommunikationsprobleme zu Spannungen innerhalb des Betriebes geführt, was eine intensive Schulung notwendig machte. Über zwei Jahre wurden rund 250 Mitarbeiter (Kader und Mitarbeiter, die das Spital nach aussen repräsentieren) geschult. Jeweils 16 Mitarbeiter wurden dabei für zwei Tage von einem externen Kommunikationsberater in einem Hotel zusammengezogen. Es sollten Probleme und Defizite in der Kommunikation zwischen verschiedenen Personen und Funktionen erkannt und behoben werden. Ein Teil des Seminars bildete jeweils eine offene Gesprächsrunde mit dem Direktor und dem Personalchef. Dadurch konnten viele Ängste abgebaut werden, weil den Mitarbeitern gezeigt wurde, dass sie mitreden und ihre Vorstellungen und Anliegen einbringen können.

Zur Abklärung des fachlichen und sozialen Ausbildungsbedarfs bei den Mitarbeitern wurde im RST eine Fachgruppe Aus- und Weiterbildung gebildet. Diese ist verantwortlich für die Zusammenstellung des Schulungsprogramms. In der Fachgruppe sind alle Mitarbeiter vertreten, die die Schulungsverantwortung in ihrem Ressort wahrnehmen. Dies garantiert, dass einerseits das Schulungsprogramm auf die Bedürfnisse der Ressorts abgestimmt ist und andererseits Synergien in der Ausbildung genutzt werden können. Die Schulungsinhalte werden dabei durch interne und externe Personen sichergestellt. In den Ressorts wird anschliessend entschieden, welcher Mitarbeiter an welchem Kurs teilnehmen muss.

Im Rahmen der Massnahmenplanung zur Qualitätsverbesserung in der chirurgischen Klinik wurden sehr viel Geld und Zeit in die Mitarbeiterentwicklung gesteckt. So wurde beim gesamten Pflegepersonal eine zweitägige Gesprächsschulung und eine Schulung in Kundenorientierung durchgeführt. Zudem wurde sehr viel pflegespezifisches Fachwissen vermittelt. Dies ist deshalb notwendig, weil sich der Pflegeberuf ebenfalls in einem Wandel befindet: Mitarbeiter, die vor fünf Jahren diplomiert wurden, müssen heute in einigen Bereichen nachgeschult werden. Nach erfolgter Ausbildung wird in der chirurgischen Klinik sehr viel Wert auf die Transferkontrolle gelegt, damit das Gelernte auch wirklich umgesetzt wird.

In der medizinischen Klinik wurden insbesondere die Coaches einer umfassenden Ausbildung unterzogen. Sie erhielten eine mehrtägige Verkaufsausbildung durch einen externen Berater in der sie lernen sollten, wie man an einen Kunden (Patient) herantritt und diesen betreut. Den

⁴⁰⁷ Regionalspital Thun (1998), S. 15.

Coaches wurden durch verschiedene Kaderangehörige aus Medizin und Verwaltung ebenfalls Kenntnisse in Bereichen wie Versicherungsrecht, Abrechnungswesen, Krankheitslehre usw. vermittelt. Die übrigen Mitarbeiter besuchen fortlaufend fachliche Weiterbildungen.

7.7.2 Personalinformation- und Kommunikation

Bei der Einführung der neuen Organisationsstruktur wurden verschiedene Gremien geschaffen, welche die Information der Belegschaft sicherstellen sowie die Möglichkeit der Mitwirkung am Unternehmensgeschehen ermöglichen sollen. Dabei handelt es sich um folgende institutionalisierten Treffpunkte zur Verbesserung der Information und Kommunikation innerhalb des Spitalbetriebs:

- *Direktionsstab*: Der Direktionsstab setzt sich aus einem Vertreter der Chefärzte, einem Vertreter der Pflege und einem Vertreter der Verwaltung zusammen. Sie bereiten zusammen mit dem Direktor die Geschäfte des Spitals vor. Dadurch wird die Vertretung der drei Hauptfunktionen in der Spitalleitung sichergestellt.
- *Ressortkonferenz*: Hier kommen alle Ressortleiter monatlich zusammen, um über vorgegebene Traktanden zu diskutieren und sich über neue Entwicklungen informieren zu lassen. Die Weiterinformation an die Mitarbeiter ist Sache der Ressortleiter.
- *Kaderrapport*: Am Kaderrapport nehmen alle Mitglieder der Spitalleitung, leitende Ärzte, Oberärzte, Oberpflegepersonal, Stationsleitungen und Dienstleiter teil. Das ca. 50-köpfige Gremium wird über aktuelle Entscheidungen der Spitalleitung informiert und für zukünftig zu fallende Entscheide von grosser Tragweite konsultiert. Der Kaderrapport findet einmal im Monat statt und soll die breite Information der Belegschaft aus erster Hand gewährleisten.
- *Spitalkonferenz*: Hier wird der ganzen Belegschaft die Möglichkeit gegeben, sich über aktuelle Entscheide von allgemeinem Interesse zu informieren. Die Spitalkonferenz wird bei jeweiligem Bedarf einberufen.

Eine weitere Massnahme, um die Partizipation der Belegschaft am Unternehmensgeschehen zu gewährleisten, ist das seit 1996 bestehende Mitwirkungsforums (heute Betriebskommission). Die Betriebskommission enthält 15 Mitarbeiter aus allen Berufsgattungen und wird von der Belegschaft gewählt. Die Zusammensetzung erfolgt paritätisch nach Berufsgruppen. Die Betriebskommission verfügt über ein festgelegtes Mitspracherecht. Die Spitalleitung ist verpflichtet, diese monatlich über Neuerungen zu informieren und anzuhören. Um die Mitglieder der Betriebskommission auf ihre Aufgabe vorzubereiten, wurden sie in einem dreitägigen Seminar durch einen externen Berater geschult.

Neben den ausgeprägten Massnahmen der Information und Kommunikation werden im RST - bei Bedarf - Informationsblätter verteilt. Durch einen Verteiler erhalten die Mitarbeiter zusätzlich alle Pressecommuniqués. Normalerweise erscheint einmal im Jahr die Mitarbeiterzeitung 'Aus eRSTer Hand', welche von einer vierköpfigen Redaktion ermöglicht wird.

Den einzelnen Ressorts steht es frei, eigene Gremien für die Information und Partizipation der Mitarbeiter zu definieren. In der medizinischen und chirurgischen Klinik entstanden dabei sehr ähnliche Strukturen wie auf Gesamspitalebene. Unterschiedlich sind aber insbesondere die breiter abgestützten Leitungsgremien. Alle Leiter der Unterabteilungen gehören zur Klinikleitung. Die Entscheidungen erfolgen normalerweise einstimmig. Dadurch wird die Ausrichtung der einzelnen Abteilungen auf die Klinikziele sichergestellt und die partizipative Entscheidungsfindung gefördert. Gegenüber dem Gesamspital werden die Kliniken jedoch durch ihre Ressortleiter vertreten.

7.7.3 Personalmotivation

Die Teilnahme- und Leistungsmotivation wird im RST vorwiegend durch immaterielle Anreizfaktoren gewährleistet. Der wichtigste Motivationsfaktor stellt dabei die transparente Information und der möglichst breite Einbezug der Mitarbeiter in Problemlösungsprozesse dar. Der Mitarbeiter muss den Eindruck haben, dass er ernst genommen wird. Motivierend wirkt auch das breite Weiterbildungsprogramm im RST. Zwischendurch werden die Mitarbeiter mit kleinen Geschenken belohnt. Sie erhielten beispielsweise am Valentinstag eine Blume mit einer Velovignette. Solche Aktionen werden von den Mitarbeitern sehr positiv aufgenommen.

Für die fortlaufende Motivation der Mitarbeiter ist es zudem sehr wichtig, dass die Fortschritte der Veränderungsmassnahmen bzw. die erbrachten Leistungen gemessen werden können. Im Operationsaal hat man mit einem Controllingsystem ein geeignetes Instrument zur Hand. In den Kliniken wird die Motivationswirkung u. a. durch die Erhebung der Patientenzufriedenheit erzeugt. Die medizinische Klinik führte zusammen mit dem Coach eine entsprechende Patientenbefragung ein.⁴⁰⁸ Auch in der chirurgischen Klinik wird seit 1997 regelmässig die Patientenzufriedenheit erhoben und die Resultate werden monatlich an die Mitarbeiter weitergegeben.⁴⁰⁹ Bezüglich der Messung der Zielerreichung bei den

⁴⁰⁸ Die Patientenzufriedenheit wird dabei beim Austritt des Patienten in einem persönlichen Gespräch erhoben.

⁴⁰⁹ Die Patientenzufriedenheit wird durch einen Fragebogen erhoben, wobei die Patienten den Fragebogen beim Austritt persönlich der Bezugsperson übergeben. Dabei werden allfällige Problembereiche noch genauer besprochen.

Prozessen bestehen aber noch Defizite. Hier kann praktisch nur die diagnosebezogene Aufenthaltsdauer gemessen werden. Die Kosten pro Fall sind nur anhand eines pro Aufenthaltstag gerechneten Durchschnittswerts eruiert. Um detaillierte Kosteninformationen zu erhalten wäre eine bis auf den Patienten ausdifferenzierte Kostenträgerrechnung notwendig.

Die Ausbezahlung materieller Belohnungen gestaltet sich in der jetzigen Situation der Spitäler als sehr schwierig. Wirklich gute Leistungen werden manchmal durch eine Beförderung in eine höhere Lohnstufe honoriert. Hier bestehen durch die knapp bemessenen Personalbudgets jedoch nur bedingte Möglichkeiten. Die Spitalleitung legt deshalb sehr viel Gewicht auf die Kommunikation der schwierigen Finanzsituation, damit die Mitarbeiter das Vorgehen und die Möglichkeiten besser verstehen.

Inzwischen hat das RST einen neuen Gesamtarbeitsvertrag ausgehandelt. Dieser enthält keinen automatischen Lohnaufstieg mehr. Er ist abhängig von den Möglichkeiten des Betriebes und von der Qualifikation des Mitarbeiters. Damit ist die Grundlage geschaffen, um leistungsorientierte Lohnbestandteile auszubezahlen. Dabei ist festgelegt, dass nur der finanzielle Erfolg des Spitals und die Verbesserung der Qualifikation zu mehr Lohn führen können. Das RST konnte zwar in den vergangenen Jahren gemäss dem neuen Finanzierungssystem positive Ergebnisse erzielen. Diese Erfolge stehen aber dem RST zurzeit nur buchtechnisch zugute; sie wurden von Kanton noch nicht ausbezahlt.

7.7.4 Personalgewinnung

Seit Beginn des Veränderungsprozesses im RST wird bei der Besetzung neuer Stellen vermehrt Gewicht auf die Beurteilung sozialer und persönlicher Faktoren gelegt. Dies aufgrund der Überlegung, dass die Fachkompetenz schulbar ist, die Sozialkompetenz aber unter Umständen nicht oder nur bedingt. Die Einstellung neuer Mitarbeiter liegt im Verantwortungsbereich der einzelnen Ressorts. In der chirurgischen und medizinischen Klinik kommen deshalb unterschiedliche Methoden zur Anwendung. In der chirurgischen Klinik muss jeder der in Frage kommenden Kandidaten für eine offene Stelle im Pflegebereich einen Schnuppertag absolvieren. Das Pflorgeteam und die Pflegedienstleiterin beurteilen anschliessend, welcher Kandidat die Voraussetzungen am besten erfüllt. Dabei stehen insbesondere die Kommunikationsfähigkeit und die Teamfähigkeit im Vordergrund. Zur Personalauswahl in der medizinischen Klinik werden keine besonderen Techniken angewendet. Die Bewerber werden anhand von Zeugnissen, Referenzen und einem persönlichen Gespräch beurteilt. Dabei wird neben fachlichen Qualifikationen sehr viel

Gewicht auf Auftreten, Kommunikationsfähigkeit, Umgehen mit dem Mitmenschen usw. gelegt.

Bei der Beschaffung von Mitarbeitern des höheren Kaders (Chefärzte) wird gelegentlich eine Personalberatungsfirma beigezogen, welche die Rekrutierung und die Vorselektion der Kandidaten vornimmt. Besondere Beurteilungsverfahren (z. B. Assessment-Center) werden im RST Thun nicht eingesetzt.

Alle neuen Mitarbeiter erhalten am Anfang eine dreimonatige Probezeit. Vor Ablauf der drei Monate wird durch den Vorgesetzten und das Team jeweils beurteilt, ob die Person den Anforderungen des Betriebs entspricht. Falls die Beurteilung negativ ausfällt, wird der Vertrag nicht verlängert. Es kommt auch vor, dass Mitarbeiter nochmals einen befristeten Vertrag bekommen, wenn man davon ausgeht, dass die Person etwas mehr Zeit braucht um sich zu entwickeln. Die Massnahmen werden von Fall zu Fall zwischen der Personalabteilung und dem jeweiligen Vorgesetzten besprochen und situationsspezifisch vorgenommen.

Derzeit werden die Anforderungsprofile im RST im Rahmen eines Projekts⁴¹⁰ an die geänderten Anforderungen angepasst. Die Anforderungsprofile sollen später für die Mitarbeiterbeurteilung und die Einstellung von Mitarbeitern dienen.

7.7.5 Personalfreistellung

Während des Veränderungsprozesses im RST mussten drei der insgesamt sieben Chefärzte im RST ausgewechselt werden. Sie waren nicht mehr bereit, die neue Philosophie des Unternehmens mitzutragen. Die erwähnten Führungskräfte hatten sich zu Hemmfaktoren für den Prozess entwickelt. In einem Fall wurde ein Outplacement mit Hilfe eines Personalberaters durchgeführt.

In der chirurgischen Klinik wurden zwei Abteilungen zusammengelegt. Die Anpassung des Personalbestandes an die neue Struktur wurde dem Ressort überlassen. Dabei kam es zu keiner einzigen Kündigung, obwohl Stellen gestrichen werden mussten. Eine erfolgreiche Bewältigung dieser Krise war nur durch den starken Einbezug der Mitarbeiter möglich. Die Teams entschieden mit, wie der Stellenabbau erfolgen sollte. Man entschied sich, die verschiedenen Arbeitspensen so auszugleichen, dass keine Kündigung notwendig wurde. In den Teams wurde anschliessend die individuelle Situation des einzelnen Mitarbeiters diskutiert und die Festlegung der jeweiligen Arbeitspensen vorgenommen. Dieser von der Pflegedienstleiterin geleitete Prozess wurde zu einem sehr wichtigen Teil der

⁴¹⁰ Das Projekt wird vom Personalchef geleitet und gecoacht. In den berufsspezifischen Projektgruppen sind alle verschiedenen Ressorts vertreten.

Mitarbeiterentwicklung in sozialer Hinsicht. Es entstand sehr viel positive Energie, indem die Mitarbeiter aufeinander eingingen. Sie haben dabei gelernt, Verantwortung zu übernehmen.

7.8 Auswirkungen des bisherigen Veränderungsprozesses im Regionalspital Thun

Im folgenden werden die ökonomischen, sozialen und flexibilitätsorientierten⁴¹¹ Auswirkungen des Veränderungsprozesses im RST erfasst und beurteilt. Die Beurteilung der Auswirkungen bezieht sich dabei aufgrund von Zurechenbarkeitsproblemen auf den Veränderungsprozess als Ganzes und nicht auf einzelne Massnahmen.

Ökonomische Dimension

Output / Kosten: 1993 wurden im RST 8'744 Patienten stationär (97'313 Pflage tage) und 15'369 ambulant behandelt.⁴¹² 1998 waren es 8'792 stationäre Patienten (71'927 Pflage tage) und 23'853 ambulante Patienten, wovon 5'352 Patienten Tagespatienten bzw. teilstationär behandelte Patienten waren. Trotz rückläufiger Patientenzahlen bei den stationären Behandlungen im Kanton Bern, konnten die Patientenzahlen insgesamt gehalten werden. Im Bereich der Tagespatienten (teilstationärer Bereich) gelang es zudem, sich gegenüber den Wettbewerbern zu etablieren und eine starke Position aufzubauen.⁴¹³ Bis Ende 1998 konnte die Aufenthaltsdauer im Akutbereich des RST auf 8.2 Tage gesenkt werden, wobei der Durchschnittswert aller sieben Regionalspitäler im Kanton Bern bei 9.9 Tagen liegt.⁴¹⁴ Dies weist auf effiziente Prozessabläufe im RST hin.

Inputs: 1993 verfügte das RST über einen Bettenbestand von 292 (ohne Säuglingsbetten). Diese Betten waren zu 85.7 Prozent belegt.⁴¹⁵ 1998 wurden 205 Betten mit einer Auslastung von 90.6 Prozent betrieben.⁴¹⁶ Der Stellenplan beinhaltete 1993 540.2 Stellen. 1998 konnten noch 533 Stellen besetzt werden. Der Personalbestand pro 100 betriebene Betten stieg somit von 202 auf 230 Mitarbeiter, wobei der Pflegepersonalbestand pro 100 Betten in etwa konstant blieb bzw. absolut gesehen von 228 auf 178 sank. Erhöht wurde der Personalbestand in den medizinischen Nebenbetrieben, was zu einer Erweiterung des Leistungsangebotes insbesondere in der medizinischen Diagnostik führte.⁴¹⁷

⁴¹¹ Zur Definition der Dimensionen vgl. Kapitel 5.8.

⁴¹² Vgl. **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1996b), S. 14 und 16.

⁴¹³ Vgl. **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1999), S. 14 und 16.

⁴¹⁴ Vgl. **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1999), S. 12.

⁴¹⁵ Vgl. **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1996b), S. 8 und 10.

⁴¹⁶ Vgl. **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1999), S. 8 und 10.

⁴¹⁷ Vgl. **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1996b), S. 70 und **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1999), S. 70.

Qualität von Input und Output: Durch die laufend durchgeführte Mitarbeiterentwicklung im gesamten Spital, konnte die fachliche wie auch die soziale Qualität der Mitarbeiter erheblich gesteigert werden.⁴¹⁸ Auch die Rekrutierung fachlich hochstehender Mitarbeiter hat sich verbessert. Das Image des RST als Arbeitsgeber auf dem Arbeitsmarkt konnte stark verbessert werden. Ob die Ergebnisqualität der erbrachten medizinischen Leistungen unter dem zunehmenden Kostendruck erhalten werden konnte, ist nicht bestimmbar. Heilung lässt sich nur schwer bzw. gar nicht messen.⁴¹⁹ Hilfsindikatoren für die Messung der Ergebnisqualität wie beispielsweise die Anzahl unerwarteter Rehospitalisationen und Reoperationen oder die Infektionsrate wurden in der Vergangenheit nicht erhoben. In der Zukunft will man diesen Bereich aber vermehrt fördern. Die wichtige Frage nach der Ergebnisqualität lässt sich somit derzeit nicht beantworten. Es ist aber anzunehmen, dass der Grossteil der Aufenthaltsverkürzungen auf die effizientere Gestaltung der Diagnose- und Behandlungsabläufe zurückzuführen ist, da die einweisenden Ärzte, die an den wöchentlichen Fallbesprechungen teilnehmen, mit den erbrachten Leistungen des RST zufrieden sind.

Ergebnis: Der Gesamtaufwand des RST erhöhte sich zwischen 1993 und 1998 von 65.0 auf 73.8 Mio SFr. (+ 13.5 Prozent). Seit 1996 (75.2 Mio. SFr.) ist der Gesamtaufwand aber rückläufig (- 1.8 Prozent), obwohl die Anzahl der behandelten Patienten stetig ansteigt. Die Kostensenkung ist insbesondere auf die Verlagerung der Behandlungen vom stationären auf den teilstationären Bereich zurückzuführen.⁴²⁰ Aber auch die stark verringerte Aufenthaltsdauer und die verbesserte Bettenauslastung (Abbau fixer Kosten) wirken sich positiv aus. Trotz der fallenden Kosten in den letzten Jahren wird das Defizit immer grösser.⁴²¹ Der Ertragsrückgang ist auf den zunehmenden Wettbewerbsdruck bei den Krankenkassen seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes zurückzuführen. Zum einen reduzierten die Krankenkassen die bisherigen Taxen, zum anderen wirkt sich der gesunkene Anteil an zusatzversicherten Patienten negativ auf das Betriebsergebnis aus.⁴²² Das Defizit konnte jedoch bisher, mit Ausnahme von 1997, immer durch das mit dem Kanton vereinbarte prospektive Globalbudget übertroffen werden. Buchtechnisch wurden also Gewinne erzielt. Diese werden aber derzeit noch vom Kanton einbehalten.

Soziale Dimension

⁴¹⁸ Die jährlichen Kosten für Aus- und Weiterbildung am RST wurden seit Anfang der 90er Jahre kontinuierlich gesteigert. 1998 lagen die Aus- und Weiterbildungskosten bei 0.66 Prozent der Gesamtlohnsumme.

⁴¹⁹ Vgl. dazu auch Kapitel 3.3.

⁴²⁰ Stationär wurden seit 1996 731 Patienten weniger behandelt. Im teilstationären Bereich war im gleichen Zeitraum eine Zunahme um 3'777 Patienten festzustellen. Vgl. **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1999), S. 14.

⁴²¹ Vgl. **Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern** (1999), S. 14.

⁴²² Zum Rückgang der zusatzversicherten Patienten vgl. Kapitel 2.2.

Outcome: Die von den Patienten wahrgenommene Qualität konnte durch den Veränderungsprozess erheblich gesteigert werden. Dies zeigen die Resultate der Patientenzufriedenheitsbefragungen in den beiden Hauptressorts. Insbesondere im Bereich der Kommunikation mit den Patienten und dem Einbezug des Patienten und seinen Angehörigen in den Behandlungsprozess konnten Verbesserungen erzielt werden. Einzig bezüglich der vorhandenen Infrastruktur zeigen sich viele Patienten unzufrieden. Die Toiletten und Duschen, die sich fast ausschliesslich ausserhalb der Zimmer befinden, stossen vielerorts auf Unbehagen. Die Zufriedenheit der Patienten wird auch durch die laufend wachsenden Patientenzahlen bestätigt.

Zielorientierung: Der starke Einbezug der Mitarbeiter in den Veränderungsprozess hat dazu geführt, dass die Mitarbeiter sich stark mit den Zielsetzungen und dem Erfolg ihrer Ressorts identifizieren. Diese sind dabei noch zu wenig auf die Ziele des Gesamtsitals ausgerichtet; jedes Ressort schaut primär auf seinen Erfolg.

Leistungsbereitschaft und Motivation: Bei den Mitarbeitern des RST war von Anfang an eine grosse Bereitschaft zu spüren, Veränderungen durchzuführen. Indem es gelang, durch den starken Einbezug der Mitarbeiter die Betroffenen zu Beteiligten zu machen, konnte die Motivation für Veränderungen bis heute aufrechterhalten werden. Es existiert eine grosse Anzahl von Mitarbeitern, die Veränderungen unterstützen und daran aktiv teilnehmen. Das Engagement bezieht sich aber insbesondere auf die Abteilung, in der sie arbeiten. Veränderungsvorschläge richten sich fast ausschliesslich auf diese Ebene. Für neue übergreifende Impulse zeigt sich immer wieder derselbe Stamm von Mitarbeitern in den Klinikleitungen verantwortlich. Die grosse Motivation der Mitarbeiter wird unterstrichen durch ihre Bereitschaft, sich auch an Randzeiten für Veränderungsprojekte einzusetzen und neben der normalen Arbeitszeit Weiterbildungen zu besuchen.

Arbeitsklima: Das Arbeitsklima innerhalb des Spitals hat sich durch den Veränderungsprozess stark verbessert; alle arbeiten zusammen. Es sind nicht mehr Klassenkämpfe zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Verwaltung festzustellen wie früher. Auch innerhalb der Kliniken hat sich die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Bereichen stark verbessert. Die Mitarbeiter haben sich während des Veränderungsprozesses insbesondere im Bereich der sozialen Kompetenz stark weiterentwickelt. Durch die Bildung interdisziplinärer Projektgruppen ist es in der medizinischen Klinik und im Operationssaal-Bereich gelungen, hierarchische und funktionsbezogene Denk- und Handlungsweisen zu beseitigen und teambasierte, flache Strukturen zu schaffen. In der chirurgischen Klinik wurde die Teamarbeit hauptsächlich innerhalb des Pflegebereichs verbessert. Hier ist in Zukunft eine vermehrt

interdisziplinäre Zusammenarbeit voranzutreiben, um die noch vorhandene Distanz zwischen Pflege und Ärzteschaft zu beseitigen.

Mitarbeiterzufriedenheit: Durch das veränderte Arbeitsklima ist ebenfalls die Mitarbeiterzufriedenheit gestiegen. Die Mitarbeiter haben mehr Freude an der Arbeit, fehlen weniger und bleiben viel länger im Betrieb als früher. Vor dem Veränderungsprozess lag die Fluktuationsrate bei rund 25 Prozent. Heute hat sie sich bei einem Wert von 15 Prozent eingependelt.⁴²³

Flexibilitätsorientierte Dimension⁴²⁴

Organisatorische Flexibilität: Die eindeutige Zuweisung von Aufgaben, Kompetenz und Verantwortung bei der Einführung der neuen Organisationsform hat dazu beigetragen, dass sich die einzelnen Ressorts spezifischer und schneller an ihre internen und externen Bedingungen anpassen können. Die Ressorts haben sich zu eigenständig funktionierenden Organisationseinheiten gewandelt. Das RST verfügt nun auch über verbesserte Frühindikatoren. Die regelmässigen Feedbacks von einweisenden Ärzten und Krankenkassen geben dem RST die Möglichkeit, gegebenenfalls Fehlentwicklungen innerhalb der Leistungserstellung früher zu erkennen und geeignete Massnahmen einzuleiten.

Mitarbeiterbezogene Flexibilität: Fachlich sind die einzelnen Mitarbeiter heute eindeutig breiter einsetzbar. Zudem haben die Mitarbeiter gelernt, Prozesse zu analysieren, den Ist-Zustand festzulegen und daraus die notwendigen Massnahmen abzuleiten. Dadurch können immer wieder situationsangepasste Problemlösungen unabhängig von externen Beratern flexibel entwickelt werden. Die örtliche Einsatzflexibilität der Mitarbeiter hat dabei aber eher abgenommen. Sie identifizieren sich stark mit ihrer Abteilung. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist abhängig von der Arbeit im vertrauten Umfeld.

Fazit

Das RST ist heute in der Führung des Spitals weit unabhängiger als zu Beginn des Prozesses. Trotz der knappen Ressourcen ist es gelungen, das Leistungsspektrum des Spitals zu erweitern. Im operativen Bereich wurde das Angebot beispielsweise durch die Wirbelsäulen- und Handchirurgie erweitert. In der inneren Medizin konnte, insbesondere durch Erwerb der Magnetresonanz-Diagnostik, das diagnostische Spektrum erheblich erweitert werden. Zudem wurde im zukunftssträchtigen teilstationären Bereich eine starke Marktposition aufgebaut.

⁴²³ Vgl. **Regionalspital Thun** (1999a), S. 35.

⁴²⁴ Diese Dimension befasst sich mit dem Einfluss der durchgeführten Massnahmen eines Change-Managements auf die Anpassungsfähigkeit der Unternehmung an aktuelle und zukünftige Entwicklungen. Vgl. **Grochla**, Erwin (1982), S. 92ff.

Das RST kann heute auf einen sehr motivierten und kompetenten Mitarbeiterstamm zurückgreifen, der prozess- und kundenorientiert denkt. Innerhalb der einzelnen Ressorts wurden die notwendigen Bedingungen geschaffen, um fortlaufend neue Veränderungen zu durchlaufen. Derzeit ist aber für das Gesamtspital keine eindeutige Ausrichtung festzustellen. Jedes Ressort arbeitet autonom an eigenen Zielsetzungen und Vorgaben. Die verbindlichen Vorgaben des Spitals beschränken sich auf das Kostenbudget. Damit die Ressorts auch in Zukunft effizient auf die strategischen Zielsetzungen des Gesamtspitals ausgerichtet werden können, muss das Führungsinstrumentarium des Spitals überarbeitet werden. Dabei ist u. a. eine Neugestaltung des Entlohnungssystems notwendig. In Kapitel 8 folgen deshalb Empfehlungen zur Ausgestaltung eines solchen Systems im RST.

7.9 Handlungsempfehlungen für das Management des Wandels im Spital aufgrund der Erfahrungen im Regionalspital Thun

7.9.1 Breiter Einbezug der Mitarbeiter

Empfehlung 1: Die tiefgreifende Kulturveränderung, wie sie in den öffentlichen Spitälern aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen heute notwendig wird, lässt sich nur erreichen, wenn diese in den Köpfen aller Mitarbeiter stattfindet. Es ist deshalb wichtig, alle Mitarbeiter von Anfang an in den Veränderungsprozess miteinzubeziehen. Die Partizipation selbst ist ein wichtiger Bestandteil der neuen Spitalkultur.

Durch die veränderten Rahmenbedingungen sind die öffentlichen Spitäler heute mehr gefordert denn je zuvor. Um das langfristige Überleben sicherzustellen, müssen sie sich von bürokratischen und hierarchischen Institutionen in effiziente, am Patienten orientierte Dienstleistungsunternehmen umwandeln. Durch die alleinige Veränderung der organisatorischen Voraussetzungen bzw. der Prozesse innerhalb des Spitals durch die oberste Führungsebene dürfte dieser grosse Umwandlungsprozess nicht zu vollziehen sein. Die langfristige Verbesserung der Leistungsfähigkeit ist vor allem abhängig von der Veränderung der Einstellungen, Verhaltens- und Arbeitsweisen der Führungskräfte und Mitarbeiter. Dazu ist es notwendig, die von der Änderung Betroffenen zu Beteiligten zu machen und sie in den Veränderungsprozess von Beginn an einzubinden. Dadurch können u. a. folgende Wirkungen erzielt werden:

- Durch den Einbezug der Mitarbeiter als vollberechtigte Mitglieder in den Veränderungsprozess wird sichergestellt, dass deren Ideen, Ziele und Bedürfnisse in das Unternehmens-

geschehen einfließen und die Neuerungen von den Mitarbeitern getragen und unterstützt werden. Es ist dabei wichtig, dass sie nicht nur in ihrer unmittelbaren Arbeitsumgebung einbezogen werden, sondern auch in die Festlegung der übergeordneten Entwicklungsrichtung des Spitals. Dazu kann wie im RST die gemeinsame Ausarbeitung eines neuen Leitbildes sehr hilfreich sein.

- Der aktive Einbezug der Mitarbeiter in den Veränderungsprozess führt in der Regel zur Erhöhung des Verantwortungsbewusstseins und zu einem höheren Engagement der Mitarbeiter bei der Umsetzung von Problemlösungen.
- Der Einbezug der Mitarbeiter in den Veränderungsprozess und die offene Kommunikation, auch im Bereich von heiklen Themen, wirkt sich positiv auf den Abbau von Ängsten und damit auf die Motivation der Mitarbeiter aus.

7.9.2 Schulung der Sozialkompetenz

Empfehlung 2: Der Einbezug der Mitarbeiter in den Veränderungsprozess setzt voraus, dass alle Beteiligten über die notwendigen Sozialkompetenzen verfügen. Diese müssen gezielt geschult werden.

Die Veränderung einer hierarchischen, von einem autokratischen Führungsstil geprägten Zusammenarbeit hin zu einem partizipativen, teamorientierten Selbstverständnis stellt sich nicht von alleine ein. Führungskräfte und Mitarbeiter müssen gezielt darauf vorbereitet werden und mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet werden. Führungskräfte müssen u. a. lernen, sich partnerschaftlich zu verhalten, vertrauensvoll und offen zu informieren und zu kommunizieren, Mitarbeitergespräche zu führen, Mitarbeiter zu motivieren und gezielt zu fördern sowie mit Angst und Unsicherheit umzugehen. Aber auch die Mitarbeiter müssen lernen, wie man selbstbewusst auftritt, wie man sich teamorientiert verhält und mit den Vorgesetzten und Mitarbeitern kommuniziert. Nur wenn alle Beteiligten über die notwendigen Sozialkompetenzen verfügen, kann eine offene und ehrliche Zusammenarbeit erreicht werden, bei der jeder jeden akzeptiert und respektiert. Die Entwicklung sozialer Kompetenzen trägt letztendlich auch zur Verbesserung der Beziehungen zu den Patienten, Angehörigen und anderer externer Kontaktpartnern bei.

Die Schulung der sozialen Kompetenz sollte von einem externen Trainer durchgeführt werden. Es ist aber darauf zu achten, dass das Schulungsprogramm auf die betriebsspezifischen Gegebenheiten ausgerichtet wird.

7.9.3 Bildung interdisziplinärer Projektgruppen

Empfehlung 3: Damit ganzheitliche und prozessorientierte Lösungsansätze erarbeitet werden können, müssen möglichst alle am Leistungserstellungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Organisationen gemeinsam in den Problemlösungsprozess miteinbezogen werden.

Um die meist stark funktional ausgerichteten Verhaltensweisen der einzelnen Berufsgruppen im Spital zu einem ganzheitlichen, am Patienten orientierten Verhaltensprozess zusammenzuführen, empfiehlt es sich, Problemlösungsprozesse in interdisziplinären Projektgruppen vorzunehmen. Daraus sind folgende Effekte zu erwarten:

- Die Analyse gemeinsamer Probleme dürfte das Verständnis für die Anliegen der anderen Berufsgruppen erhöhen und eine gemeinsame, ganzheitliche und patientenorientierte Verhaltensrichtung erzeugen, die sich über vorhandene funktionale und organisatorische Barrieren hinwegsetzt.
- Durch die Zusammenarbeit in interdisziplinären Projektgruppen wird gleichzeitig die anzustrebende teamorientierte Zusammenarbeit beim Leistungserstellungsprozess bereits in der Projektgruppe vorweggenommen.
- Die Erhöhung des gegenseitigen Verständnisses und die damit verbundene Verringerung der Distanz zwischen den einzelnen Berufsgruppen führt zu einer Verbesserung des Betriebsklimas und zu einer erhöhten Mitarbeiterzufriedenheit.

Empfehlenswert ist ebenfalls die Einbindung externer Schnittstellen (z. B. einweisende Ärzte, Krankenkassen, Rehabilitationszentren), damit eine über die Grenzen des Spitals hinausgehende Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten ermöglicht wird. Zudem wird so gleichzeitig die Basis für eine kooperative und enge Zusammenarbeit gelegt und die Bindung der externen Partner an das Spital erhöht.

7.9.4 Mitarbeit eines externen Beraters

Empfehlung 4: Für die Begleitung des Veränderungsprozesses sollte ein erfahrener externer Berater beigezogen werden, der über professionelles Methodenwissen zur Gestaltung der Problemlösungsprozesse verfügt.

Die meisten Spitäler haben nur wenig Erfahrung mit tiefgreifenden Veränderungsprozessen. Deshalb sollte ein erfahrener externer Berater beigezogen werden, der die Problemlösungsprozesse strukturiert, steuert, vorantreibt und kontrolliert sowie bei Bedarf den Prozess durch fachliche Beiträge unterstützt. Der Berater muss dazu über viel Erfahrung und professionelles

Methodenwissen verfügen. Es ist dabei wichtig, dass die Mitarbeiter nicht nur als Informationslieferanten zur Erfassung der vorhandenen Probleme dienen, sondern selber aktiv die Problemlösungen erarbeiten. Nur so ist gewährleistet, dass die Organisationsmitglieder langfristig in die Lage versetzt werden, Probleme selbständig zu erkennen und zu lösen.

Der Beizug eines externen Beraters ist insbesondere bei interdisziplinären Projektgruppen mit Vertretern verschiedener Hierarchieebenen notwendig, da durch das Coaching eines externen Beraters hierarchische Beziehungen zwischen den einzelnen Beteiligten abgeschwächt und dadurch Hemmungen abgebaut werden. Eine Verbesserung der Kommunikationskultur innerhalb der Projektgruppe ist deshalb zu erwarten.

7.9.5 Messbare Verbesserung

Empfehlung 5: Um die Motivation der Mitarbeiter zu erhalten ist es wichtig, dass die erzielten Verbesserungen gemessen werden können und die Resultate in regelmässigen Abständen an die Mitarbeiter weitergegeben werden. Es müssen deshalb geeignete Messinstrumente eingeführt werden, welche die regelmässige Kontrolle der Massnahmen ermöglichen. Fehlendes Feedback kann hingegen sehr bremsend auf den Veränderungsprozess wirken.

Die Führungskräfte und Mitarbeiter wollen wissen, wie sich die Veränderungsmassnahmen sowie verändertes Leistungsverhalten auf den Erfolg des Spitals bzw. ihres Teilbereichs auswirken. Das Personal der chirurgischen und medizinischen Klinik konnte es jeweils kaum erwarten, bis die neusten Auswertungen der Patientenzufriedenheitsbefragungen vorlagen. Auch im Operationssaal konnte durch den Aufbau eines Controllingystems eine hohe Motivationswirkung erzeugt werden. Durch die Messinstrumente war es gleichzeitig möglich, regelmässig vorhandene Problembereiche zu erkennen und geeignete Massnahmen zur Verbesserung einzuleiten. Dadurch wurde ein selbständiger Prozess der kontinuierlichen Verbesserung in Gang gesetzt. Wegen der noch auf das Gesamtspital ausgerichteten Kostenstellenrechnung können die einzelnen Ressorts die ökonomischen Folgen der getroffenen Veränderungen aber nur unzureichend messen. Zudem geht es sehr lange, bis die Daten einsehbar sind. Dieser Zustand wirkt demotivierend.

8 Handlungsempfehlungen für ein variables Entlohnungssystem im Regionalspital Thun

In Kapitel 7 wurde aufgezeigt, dass die zielgerichtete Steuerung der einzelnen Ressorts nur schwer möglich ist. In diesem Kapitel soll deshalb in Anlehnung an Kapitel 6 aufgezeigt werden, wie ein geeignetes Entlohnungssystem im RST aufgebaut sein sollte, um die Zielorientierung aller Mitarbeiter auf die Spitalziele zu verbessern. Zudem werden Empfehlungen gegeben, die eine optimale Ausgestaltung dieses Systems ermöglichen sollen.

8.1 Aufbau des Entlohnungssystems

Um die einzelnen Ressorts- bzw. Ressortchefs an den Zielsetzungen des RST auszurichten und damit eine effiziente Steuerung des Spitals zu gewährleisten, sollte die bisher fixe Entlohnung um eine variable Entlohnungskomponente erweitert werden. Das System kann dabei wie folgt ausgestaltet werden:

- Für die Bildung des variablen Teils der Gehälter wird ein Pool gebildet, der sich aus einem Teil der erhöhten Abgaben aus der privatärztlichen Tätigkeit zusammensetzt und aus einem im voraus bestimmten Anteil des aufgrund von Abteilungspauschalen erzielten Gewinns des Spitals. Zudem kann dieser Pool durch weitere vorhandene Finanzierungselemente angereichert werden. Dabei müssen die Bemessungsgrundlagen für den Pool genau definiert und öffentlich gemacht werden, damit die Poolzusammensetzung für alle Mitarbeiter nachvollziehbar ist.
- In einem ersten Schritt wird der Pool nach festgelegten operativen (z. B. Ressortergebnis) und strategischen Zielvorgaben (z. B. Patientenzahlen, Prozessindikatoren, Qualitätsindikatoren, erfolgreiche Einführung einer Neuerung bis zu einem bestimmten Zeitpunkt usw.) auf die einzelnen Ressorts verteilt. Durch die Auswahl der Messgrößen setzt die Spitalleitung klare Prioritäten für die Ausrichtung der einzelnen Ressorts. Die Zielvorgaben sollten sich deshalb an deren Kernzielen orientieren. Zudem schränken zu viele Messgrößen die Handlungsfreiheit der Ressorts ein. Wenige Messgrößen, drei bis vier, wahren hingegen die Ausrichtung auf die Spitalziele bei Erhaltung genügender unternehmerischer Freiheiten. Die Zielsetzungen müssen ferner für alle Beteiligten leicht nachvollziehbar und möglichst objektiv bestimmbar sein. Um unerwarteten externen Einflüssen auf die Erfolge der Ressorts Rechnung zu tragen, sollten diese bei der Bewertung der Zielerreichung berücksichtigt werden. Damit aber die Nachvollziehbarkeit der Bewertungsprozesse bestehen bleibt, müssen die Schwankungsbreiten externer Einflüsse (z. B. Entwicklung bei den privatversicherten Patienten, Tarifstruktur usw.) festgelegt werden, die den vereinbarten Zielgrößen zugrunde liegen.

- Die Ressortziele werden mit dem Ressortleiter vereinbart. Sie gelten gleichzeitig als Grundlage für die Bewertung seiner individuellen Leistung. Zusätzlich können mit dem Ressortleiter weitere Ziele vereinbart werden, denen nicht das Ressort als Beteiligungsfeld zugrunde liegt. Um die Zusammenarbeit zwischen den Fachgebietsleitern der jeweiligen Spitäler der Spitalgruppe Oberland A zu fördern, wäre die Vereinbarung von Zielen möglich, die sich auf den operativen und strategischen Erfolg des gesamten Fachbereichs der Spitalgruppe beziehen. Weiter können mit dem Ressortleiter individuelle Ziele vereinbart werden, die seinen speziellen Fähigkeiten und Zielsetzungen entsprechen und im Sinne des Gesamspitals bzw. der Strategie des Spitals liegen (z. B. Durchführung interner Weiterbildungskurse, öffentliche Vorträge zur Imageverbesserung des Spitals usw.).
- Um den genauen Anteil des Ressorts am Pool zu bestimmen wird die prozentuale operative und strategische Zielerreichung der einzelnen Ressorts mit der Mitarbeiterzahl multipliziert. Die Ressorts sind anschliessend selber für die Verteilung des Ressortpools auf die einzelnen Mitarbeiter verantwortlich. Die Mitarbeiter der Ressorts werden dabei nach Massgabe der Erfüllung stellenspezifischer, individueller bzw. gruppenorientierter Ziele und nach der Möglichkeit zur Beeinflussung der Ressortziele am Ressortpool beteiligt.⁴²⁵ Die Spitalleitung sollte dabei den Höchstanteil des Ressortleiters am Pool festlegen.

Zusätzlich zum Pool für den variablen Gehaltsanteil empfiehlt sich die Einrichtung eines Pools für Sonderprämien, der es erlaubt, besondere Leistungen einzelner Personen oder Gruppen im Sinne des Gesamspitals direkt und unmittelbar zu belohnen. So kann gewährleistet werden, dass Mitarbeiter, die sich besonders für das Spital einsetzen, weiterhin dazu motiviert werden und dem Spital erhalten bleiben.

8.2 Handlungsempfehlungen

8.2.1 Reduktion des privatärztlichen Einkommens

Empfehlung 1: Um die Ausrichtung der Ressortleiter auf die Spitalziele zu erreichen, muss der variable Entlohnungsanteil von diesen als wesentlicher Bestandteil der Entlohnung wahrgenommen werden. Deshalb ist es notwendig, dass ein Teil des privatärztlichen Einkommens von der Erfüllung der Unternehmenszielsetzungen abhängig gemacht wird.

⁴²⁵ Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 6.1.2.

Die Vereinbarung höherer Nutzungsentgelte könnte aber sehr schwierig werden, insbesondere weil gute Chefärzte dem Ruf des Spitals dienen. Sie befinden sich deshalb in einer starken Position bezüglich der Einführung höherer Nutzungsentgelte und müssen davon überzeugt werden, dass sie von diesem System profitieren werden. Günstig wirkt sich dabei der Rückgang der Privatversicherten aus.⁴²⁶ Die Chefärzte bekommen durch die Anhäufung des Einkommenspools durch einen Teil des Spitalerfolges die Möglichkeit, durch die erfolgreiche Leitung ihres Ressorts im Sinne der Unternehmensziele den Einkommensrückgang aus privatärztlicher Tätigkeit auszugleichen. Zur Verminderung der Ängste, die unmittelbar mit dem neuen Entlohnungssystem und dem dadurch resultierenden Entgeltrisiko zusammenhängen, bieten sich beispielsweise folgende zwei Möglichkeiten an:⁴²⁷

- Das Leistungslohnsystem wird während einer Übergangsfrist zum alten System parallel laufen gelassen, um damit aufzuzeigen, dass die Befürchtung eines Minderverdienstes mittels Leistungslohn zumeist unbegründet ist.
- Es wird zuerst ein Pilotprojekt mit Freiwilligen durchgeführt. Die Akzeptanz kann erhöht werden, wenn es gelingt, starke Persönlichkeiten des Spitals als eine Art Promotor für das System zu gewinnen.

8.2.2 Einführung eines partizipativen 'Management by Objectives'

Empfehlung 2: Zur Festlegung und Bewertung der Zielsetzungen, die als Basis für die Berechnung des variablen Gehaltsanteils dienen, empfiehlt sich die Einführung eines 'Management by Objectives' (MbO) auf allen Ebenen des Spitals. Die Zielvereinbarung sollte dabei auf partizipativem Weg erfolgen.

Das MbO kann als Prozess zwischen dem Vorgesetzten und dem nachgeordneten Mitarbeiter mit folgenden Merkmalen beschrieben werden:⁴²⁸

- Gemeinsame, partizipative Zielvereinbarung in Form von erwarteten Ergebnissen (gemeinsame Zerlegung langfristiger Ziele in kurzfristige Schritte)
- Regelmässige Zielüberprüfung und -anpassung über den Feedback von Zwischenergebnissen und Umweltentwicklungen (laufende Fortschrittsüberwachung)
- Beurteilung der Leistungsergebnisse
- Periodischer Neubeginn des Regelkreises unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Resultate der Vorperiode (Leistungszeitraum meistens ein Jahr)

⁴²⁶ Vgl. Kapitel 2.2.

⁴²⁷ Vgl. dazu auch **Wälchli**, Adrian (1994), S. 378f.

⁴²⁸ Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 396 f. und **Fischer**, Heinz / **Kriese** Roswitha (1991), S. 918 f.

Neben seiner Zielvereinbarungs- und Bewertungsfunktion für die variable Entlohnung dient das MbO ebenfalls der Festlegung von Weiterbildungsbedürfnissen, der betrieblichen Karriereplanung und allgemein der Kommunikation. Durch die gemeinsame, partizipative Zielvereinbarung wird Klarheit über die zu erreichenden Ziele geschaffen, die notwendige Akzeptanz der Ziele gewährleistet sowie individuelle Bedürfnisse und Anliegen der Mitarbeiter berücksichtigt. Zudem kann bei der Zielbewertung das Argument nicht eingebracht werden, die Ziele seien ja schon von Anfang an nicht erreichbar gewesen.⁴²⁹

Um eine möglichst offene Kommunikationsbeziehung zwischen dem Vorgesetzten und dem nachgeordneten Mitarbeiter zu erhalten und mögliche Ängste abzubauen, dürfte es hilfreich sein, das MbO zuerst ohne Auswirkungen auf die Entlohnung zu implementieren. Zudem sollten die Vorgesetzten durch entsprechende Schulungsmassnahmen gezielt auf den Einsatz dieses neuen Führungsinstrumentariums vorbereitet werden.

8.2.3 Individualisierung der Leistungsanreize

Empfehlung 3: Wesentliche Grundlage der Wirksamkeit jedes Anreizes bildet der hohe Deckungsgrad mit den Bedürfnissen der Zielpersonen. Die Ausschüttung des variablen Gehaltsanteils muss deshalb möglichst auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Mitarbeiters ausgerichtet sein, um die optimale Anreizwirkung zu entfalten.

Ein mögliches System zur Individualisierung der Anreize ist das sogenannte ‘Cafeteria-System’.⁴³⁰ Ein solches System muss dabei auf folgenden Spielregeln beruhen:⁴³¹

- Die Ausschüttung des variablen Gehaltsanteils ist einheitlich geregelt. Sie erfolgt beispielsweise in Form von Leistungspunkten, die zum Bezug einer bestimmten Honorierung berechtigen. Mit den Punkten kann in der ‘Cafeteria’ eingekauft werden.
- Die Relationen (Gewichte) der Honorierungsmöglichkeiten untereinander sind dabei klar definiert. So entsprechen beispielsweise 300 Punkte einer Auszahlung von 300 SFr. oder einem zusätzlichen Urlaubstag oder einer Teilnahme an einem Weiterbildungsseminar von zwei Tagen. Ausschlaggebend für die Berechnung sind die Selbstkosten des Spitals.
- Die Anreize werden über eine Mitarbeiterbefragung ermittelt. Die Mitarbeiter können zudem jederzeit Vorschläge für neue Honorierungen einreichen.

⁴²⁹ Vgl. **Wälchli**, Adrian (1994), S. 396 ff. und Kapitel 6.1.1.2.5.

⁴³⁰ Vgl. Kapitel 6.1.3.

⁴³¹ Vgl. **Schedler**, Kuno (1993), S. 164.

8.2.4 Schaffung der notwendigen Voraussetzungen

Empfehlung 4: Damit ein variables Entlohnungssystem im RST integriert werden kann, müssen im Bereich des Controlling und des Berichtswesens die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Erst dann wird es möglich sein, messbare operative und strategische Ziele mit den Ressorts zu vereinbaren und die regelmässige Fortschrittskontrolle durch die Ressortleiter zu gewährleisten.

Derzeit ist das Controlling des RST noch zu wenig ausgebaut, damit ein akzeptiertes leistungsorientiertes Entlohnungssystem zu implementieren wäre. Die Kostenrechnung ist immer noch auf das Gesamtspital bezogen, was eine detaillierte und für ein leistungsorientiertes Entlohnungssystem notwendige Zuordnung des Spitalergebnisses auf die einzelnen Ressorts verunmöglicht. Eine entsprechende Kostenrechnung soll aber bald implementiert werden. Zudem fehlt im RST ein strategisches Controlling, das die strategischen Zielvorgaben in geeignete messbare Grössen umsetzt (z. B. strategische Meilensteine) und die regelmässige Fortschrittskontrolle ermöglicht. Dabei besteht insbesondere im Bereich der Qualitätsmessung Handlungsbedarf.

Um das Entlohnungssystem auf Zielvorgaben der Spitalgruppe Oberland A auszuweiten, ist im Vorfeld ebenfalls ein entsprechendes operatives und strategisches Controlling aufzubauen.

Bei der Einführung eines variablen Entlohnungssystems im RST muss zudem dafür gesorgt werden, dass ein Berichtssystem entsteht, das die Ressortleiter mit aktuellen und geeigneten Informationen versorgt, damit eine zielgerichtete Führung der Ressorts ermöglicht wird.

9 Ausblick

Die Spitäler stehen heute vor zwei Herausforderungen: Erstens, der Lösung aktueller Probleme und zweitens, der Lösung der Probleme von morgen. Der jahrelangen Spitalverwaltung folgt somit zwangsläufig ein kontinuierliches Management des Wandels und der Veränderung im Hinblick auf verbesserte Effektivität und Effizienz, welches alle Facetten und Richtungen der System- und Unternehmensentwicklung beinhaltet. Aufgrund des grossen Kostendrucks stand bisher vor allem die ökonomische Effektivität und Effizienz im Vordergrund der Veränderungen, sowohl auf Seite der Politik wie auch innerhalb der Spitäler. Ein tiefgreifender Wandel des Spitalwesens braucht aber nicht nur die höhere Auslastung der Kapazitäten und die effizientere Gestaltung der Prozesse, sondern vor allem die Veränderung der Einstellungen und Verhaltensweisen der Mitarbeiter. Es muss deshalb vermehrt den personalwirtschaftlichen Aspekten des Veränderungsprozesses im Spital Rechnung getragen werden. Die sehr knapp bemessenen Personalbudgets der Spitäler ermöglichen diesbezüglich aber nur wenig Spielraum. Auch in der Spitalliteratur werden personalwirtschaftliche Aspekte des Spitalmanagements unzureichend behandelt.

Die betriebswirtschaftliche Spitalforschung sollte sich in Zukunft deshalb vermehrt mit der Frage auseinandersetzen, wie durch personalwirtschaftliche Massnahmen bei den verschiedenen Berufsgruppen im Spital verantwortungsbewusstes und unternehmerisches Verhalten erzeugt werden kann. Ausserdem sollten Lösungskonzepte erforscht werden, um die leitenden Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Bereichs in die entsprechenden Führungs- und Managementtechniken einzuführen.

Die Politiker sind dabei gefordert, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Spitalleitungen erlauben, überdurchschnittliche und zielkonforme Leistungen und Verhaltensweisen zu belohnen und geeignete Mitarbeiterentwicklungsprogramme durchzuführen, die zu einer Höherqualifizierung des Personals im Sinne von 'Medkonomen' und 'Pflegekonomen' führt.⁴³² Des Weiteren sind die Ausbildungsprogramme dieser Berufsgruppen mit entsprechenden Managementinhalten zu erweitern.

⁴³² Zu den Begriffen 'Medkonomen' und 'Pflegekonomen' vgl. auch **Straub**, Silvia (1997), S. 388.

Literaturverzeichnis

Adam, Dietrich (1972)

Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen, Wiesbaden 1972

Baumgartner, Heinz (1992)

Anforderungen an die Gestaltung eines mehrdimensionalen strategischen Anreiz- und Belohnungssystems für Führungskräfte, Dissertation der Hochschule St. Gallen, St. Gallen 1992

Bea, Franz Xaver (1992)

Entscheidungen des Unternehmens. In: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre Bd.1: Grundfragen, 6. Aufl., hrsg. v. Franz Xaver Bea / Erwin Dichtl / Marcel Schweizer, Stuttgart 1992, S. 309 - 339

Becker, Fred G. (1990)

Anreizsysteme für Führungskräfte: Möglichkeiten zur strategisch-orientierten Steuerung des Managements, Stuttgart 1990

Becker, Fred G. (1991)

Strategische Anreizsysteme – Mitarbeiter zukunftsorientiert motivieren. In: Personalmanagement für die 90er Jahre - Neue Entwicklungen - neues Denken - neue Strategien, hrsg. v. Karl-Friedrich Ackermann / Hartmut Scholz, Stuttgart 1991, S. 279 - 300

Becker, Fred G. (1992)

Grundlagen betrieblicher Leistungsbeurteilungen, Stuttgart 1992

Becker, Fred G. (1993)

Strategische Ausrichtung von Beteiligungssystemen. In: Entgeltsysteme: Lohn, Mitarbeiterbeteiligung und Zusatzleistungen, hrsg. v. Wolfgang Weber, Stuttgart 1993, S. 313 - 340

Bellabarba, Julia / **Schnappauf**, Delf (1996)

Einleitung. In: Organisationsentwicklung im Krankenhaus, hrsg. v. Julia Bellabarba / Delf Schnappauf, Göttingen / Stuttgart 1996, S. 9 - 14

Bernardi-Schenkluhn, Brigitte (1994)

Das Gesundheitssystem der Schweiz. Akteure, Strukturen, Prozesse und Reformstrategien, 2. Aufl., Frankfurt am Main 1994

Bleicher, Knut (1992)

Strategische Anreizsysteme: flexible Vergütungssysteme für Führungskräfte, Stuttgart / Zürich 1992

Bleicher, Knut (1996)

Das Konzept integriertes Management, 4. Aufl., Frankfurt am Main / New York 1996

Blum, Adrian (1999)

Integriertes Arbeitszeitmanagement, Berner betriebswirtschaftliche Schriften, Bd. 20, Bern / Stuttgart / Wien 1999

Böckle, Siegbert (1993)

Monetäre Leistungsanreize für Ärzte in kommunalen Krankenhäusern. In: ZögU, o. Jg. 1996, Bd. 16, Nr. 1, S. 96 - 104

Borins, Sandford / Grünig, Gernod (1998)

New Public Management - Theoretische Grundlagen und problematische Aspekte der Kritik. In: New Public Management, hrsg. v. Dietrich Budäus / Peter Conrad / Georg Schreyögg, Berlin / New York 1998, S. 11 - 53

Budäus, Dietrich (1998)

Von der bürokratischen Steuerung zum New Public Management - Eine Einführung. In: New Public Management, hrsg. v. Dietrich Budäus / Peter Conrad / Georg Schreyögg, Berlin / New York 1998, S. 1 - 10

Bundesamt für Statistik (1999)

Kosten des Gesundheitswesens 1997, Pressemitteilung vom Juni 1999, Neuenburg 1999

Buschor, Ernst (1993)

Wirkungsorientierte Verwaltungsführung, Wirtschaftliche Publikationen der Zürcher Handelskammer, Heft 52, Zürich 1993

Buschor, Ernst (1994)

Organisationsmodelle für ein wirksames öffentliches Gesundheitswesen, 2. Aufl., Zürich 1994

Dézszy, Josef / Schwanzer, Hans (1993)

Einführung in das Krankenanstaltenmanagement. Der Betrieb Krankenhaus und seine Stellung im Gesundheitswesen, Wien 1993

Doppler, Klaus / Lauterburg, Christoph (1994)

Change Management: den Unternehmenswandel gestalten, Frankfurt am Main / New York 1994

Eichhorn, Siegfried (1975)

Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Bd. 1, 3. Aufl., Stuttgart 1975

Eichhorn, Siegfried (Hrsg.) (1988)

Handbuch Krankenhausrechnungswesen, 2. Aufl., Wiesbaden 1988

Erfort, Mathias (1998)

Gestaltungsoptionen eines Entgeltsystems für unternehmensinterne Dienstleistungsbereiche, Frankfurt am Main u. a. 1998

Evers, Heinz (1991)

Leistungsanreize für Führungskräfte. In: Anreizsysteme in Wirtschaft und Verwaltung, hrsg. v. Günther Schanz, Stuttgart 1991, S. 738 - 751

Fischer, Heinz / Kriese Roswitha (1991)

Gedanken und Handlungsalternativen zum Gestalten einer ganzheitlichen Arbeits- und Lebenswelt. In: Handbuch Anreizsysteme in Wirtschaft und Verwaltung, hrsg. v. Günther Schanz, Stuttgart 1991, S. 903 - 932

Frei, Andreas (1998)

Struktur und Aufbau. In: Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz, hrsg. v. Michael Egli, Hünenberg 1998, Kap. 1.3

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (1993)

Nachtrag zum Vertrag betreffend Durchführung eines Modellversuchs zur Spitalfinanzierung im Regionalspital Thun, Bern 1993

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (1996a)

Vertrag betreffend Weiterführung des Modellversuchs zur Spitalfinanzierung im Regionalspital Thun für die Jahre 1996 und 1997, Bern 1996

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (1996b)

Öffentliche Spitäler des Kantons Bern. Betriebliche Kennzahlen 1995, Bern 1996

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (1999)

Öffentliche Spitäler des Kantons Bern. Betriebliche Kennzahlen 1998, Bern 1999

Gesundheitsdirektion des Kantons Bern (1991)

Vertrag Modell III, Bern 1991

Graf, Benno / Gerster, Barbara (1999)

Mit dem neuen Tarif ins 3. Jahrtausend. In: Schweizer Spital, o. Jg. 1999, Nr. 5, S. 16 - 18

Grochla, Erwin (1978)

Einführung in die Organisationstheorie, Stuttgart 1978

Grochla, Erwin (1982)

Grundlagen der organisatorischen Gestaltung, Stuttgart 1982

Guthof, Philipp (1994)

Strategische Anreizsysteme - Gestaltungsoptionen im Rahmen der Unternehmungsentwicklung, Dissertation der Hochschule St. Gallen, St. Gallen 1994

H+ Die Spitäler der Schweiz (1997)

Administrative Gesamtstatistik der Schweizer Spitäler 1996, Aarau 1997

Haas, Josefa (1997)

“Ich sehe Anzeichen für eine Kulturrevolution”. In: Cash, o. Jg. 1997, 23.05.1997, Nr. 21, S. 89 - 90

Hagnauer, Ueli (1999)

Das Fallseminar am Donnerstagmorgen. In: Managed Care, o. Jg. 1999, Nr. 3, S. 16 - 17

Hammer, Michael / Champy, James (1994)

Business reengineering: die Radikalkur für das Unternehmen, 2. Aufl., Frankfurt am Main / New York 1994

Heitmeyer, Klaus / Thom, Norbert (1985)

Assessment-Center: Gestaltungs- und Anwendungsmöglichkeiten, Köln 1985

Helmig, Bernd / Tscheulin, Dieter (1998)

Krankenhausmanagement in der betriebswirtschaftlichen Forschung. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 68. Jg. 1998, Nr. 1, S. 83 - 110

Hentze, Joachim (1994)

Personalwirtschaftslehre 1, 6. Aufl., Bern / Stuttgart / Wien 1994

Hentze, Joachim (1995)

Personalwirtschaftslehre 2, 6. Aufl., Bern / Stuttgart / Wien 1995

Hertig, Philippe (1996)

Personalentwicklung und Personalerhaltung in der Unternehmungskrise: Effektivität und

Effizienz ausgewählter personalwirtschaftlicher Massnahmen des Krisenmanagements,
Bern / Stuttgart / Wien 1996

Heusser, Markus (1996)

Öffentliche und private Spitäler. Finanzierung, Rechnungslegung und Marktverhalten,
Bern / Stuttgart / Wien 1996

Hoffmeyer, Ulrich (Hrsg.) (1994)

Gesundheitsreform in der Schweiz, Basel 1994

Institut für Organisation und Personal (1998)

SGO-Forschungsprojekt "New Public Management (NPM) im Praxistest - Erfolgsfaktoren
für die Umsetzung" (Arbeitstitel), Information zur SGO-Präsentation vom 25. März 1998
in Zürich

Isele, Stephanino (1991)

Managerleistungen: messen - beurteilen - honorieren, Zürich 1991

Kaplan, Robert / Atkinson Anthony (1982)

Advanced Management Accounting, Englewood Cliffs, Prentice-Hall 1982, zit. n.

Wälchli, Adrian (1994) Strategische Anreizgestaltung. Modell eines Anreizsystems für
strategisches Denken und Handeln des Managements, Dissertation der Universität
Zürich, Zürich 1994

Kappel, Heinz / Uschatz, Philippe (1992)

Variable Kaderentlohnung: Erfolg und Leistung honorieren, Zürich 1992

Kobi, Jean-Marcel (1996)

Management des Wandels: die weichen und harten Bausteine erfolgreicher Veränderung,
2. Aufl., Bern / Stuttgart / Wien 1996

Kubicek, Herbert / Thom, Norbert (1976)

Umsystem, betriebliches. In: Handwörterbuch der Betriebswirtschaft, 4. Aufl., hrsg. v.
Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Stuttgart 1976, Sp. 3977 - 4017

KVG (1994)

Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), in Kraft ab
01.01.1996. In: Amtliche Sammlung des Bundesrechts, Jg. 1995, S. 1328 - 1365

Laskewitz, Elisabeth / Klingenburg, Friedhelm (1997)

Organisations-Entwicklung im Krankenhaus. In: zfo, 66. Jg. 1997, Nr. 1, S. 38 - 43

Lattmann, Charles (1991)

Anreizaspekte der Leistungsbeurteilung. In: Handbuch Anreizsysteme in Wirtschaft und Verwaltung, hrsg. v. Günther Schanz, Stuttgart 1991, S. 851 - 877

Lehmann, Rudolf (1998)

Erfolgreiches Kostenmanagement durch neue Anreize für Chefärzte und -ärztinnen. In: Schweizer Spital, o. Jg. 1998, Nr. 2, S. 13 - 15

Lehmann, Rudolf (1999)

Das Anreizsystem für Chefärzte im Kantonsspital Aarau, Telefoninterview mit dem stellvertretenden Verwaltungsdirektor des Kantonsspitals Aarau, 19. Juli 1999

Linder, Wolf (1998)

Schweizerische Demokratie: Institutionen, Prozesse, Perspektiven, Bern / Stuttgart / Wien 1998

Lüthy, Anja / Möllering, Christoph (1998)

Innovatives Personalmanagement im Krankenhaus. In: Personalwirtschaft, o. Jg. 1998, Nr. 7, S. 52 - 58

Mayring, Philipp (1996)

Einführung in die qualitative Sozialforschung, 3. Aufl., Weinheim 1996

Metzen, Heinz (1994)

Schlankheitskur für den Staat: Lean Management in der öffentlichen Verwaltung, Frankfurt / Main / New York 1994

Morra, Francesco (1996)

Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement, Bern / Stuttgart / Wien 1996

Moser, Markus (1998)

Gesetzliche Grundlagen. In: Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz, hrsg. v. Michael Egli, Hünenberg 1998, Kap. 1.2

Muffler, Michael (1999)

Fall-Management der Helsana im Regionalspital Thun. In: Managed Care, o. Jg. 1999, Nr. 3, S.28 - 29

Müller, Brigitte / Münch, Eckhard / Badura, Bernhard (1997)

Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus: Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell, Weinheim / München 1997

o. V. (1997)

Aus der Sicht der Spitäler. In: Schweizer Spital, o. Jg. 1997, Nr. 1, S. 18 - 20

o. V. (1999)

Kein Vertragszwang mehr im KVG. Nationalrat gegen Globalbudgets auch im ambulanten Bereich. In: NZZ, 220. Jg., 23.04.1999, Nr. 93, S. 16

Pharma Information (Hrsg.) (1998)

Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Leistungen, Kosten und Preise, Basel 1998

Preuss, Olaf (1994)

Das Krankenhaus als Betrieb. In: Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus; hrsg. v. Sönke Peters / Walter Schär, Berlin 1994, S. 92 - 109

Regionalspital Thun (1988)

Leitbild des Regionalspitals Thun, Thun 1988

Regionalspital Thun (1993)

Grundsätze und Kommentar zur Anpassung der Organisationsstruktur am Regionalspital Thun, Thun 1993

Regionalspital Thun (1998)

125 Jahre Regionalspital Thun, Thun 1998

Regionalspital Thun (1999a)

Statistiken, Kennzahlen 1998, Thun 1999

Regionalspital Thun (1999b)

Geschäftsbericht 1998, Thun 1999

Reichhard, Christoph (1995)

Von Max Weber zum "New Public Management". In: Umbruch in Politik und Verwaltung. Ansichten und Erfahrungen zum New Public Management in der Schweiz, hrsg. v. Peter Hablützel u. a., Bern / Stuttgart / Wien 1995, S. 57 - 80

Riedel, Wolfgang / Zell, Ulrich (1996)

Personalversorgung des Krankenhauses in der Zukunft. In: Organisationsentwicklung im Krankenhaus, hrsg. v. Julia Bellabarba / Delf Schnappauf, Göttingen / Stuttgart 1996, S. 25 - 38

Schedler, Kuno (1993)

Anreizsysteme in der öffentlichen Verwaltung, Bern / Stuttgart / Wien 1993

Schedler, Kuno (1994)

Leistungsabhängige Besoldungssysteme im öffentlichen Dienst. In: Leistungslohn im öffentlichen Dienst, hrsg. v. Schweizerische Gesellschaft für Verwaltungswissenschaften (SGVW), Bern 1994, S. 53 - 86

Schedler, Kuno (1995a)

Ansätze einer wirkungsorientierten Verwaltungsführung. Von der Idee des New Public Management (NPM) zum konkreten Gestaltungsmodell, Bern / Stuttgart / Wien 1995

Schedler, Kuno (1995b)

Das Modell der wirkungsorientierten Verwaltungsführung. In: Umbruch in Politik und Verwaltung. Ansichten und Erfahrungen zum New Public Management in der Schweiz, hrsg. v. Peter Hablützel u. a., Bern / Stuttgart / Wien 1995, S. 15 - 30

Schnetzler, Rita (1999)

“Versicherung und Spital werden zu Partnern”. In: Managed Care, o. Jg. 1999, Nr. 3, S. 30 - 31

Schwaninger, Markus (1989)

Integrale Unternehmensplanung, Frankfurt am Main 1989

Schwartz, Andrea (1997)

Informations- und Anreizprobleme im Krankenhaussektor. Eine institutionenökonomische Analyse, Wiesbaden 1997

Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (1998)

Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung der Spitalarzt-Abteilungen, Version 6.2 vom 18.12.1998, Bern 1998

Seiler, Roman (1999a)

Was grosse Kassen kleinen Geldbeutel bieten. In: Cash, o. Jg. 1999, 04.06.1999, Nr. 22, S. 42 - 43

Seiler, Roman (1999b)

Wie man sich bettet, so bezahlt man. In: Cash, o. Jg. 1999, 04.06.1999, Nr. 22, S. 44

Sidamgrotzki, Edgar (1994)

Kompendium des integrierten Krankenhaus-Managements, Lengwil 1994

Sidamgrotzki, Edgar (1997)

Change-Management im Krankenhaus, Lengwil 1997

Städler, Iwan (1999)

In: Tages-Anzeiger, 107. Jg, 24.03.1999, Nr. 79, S. 37

Stoebe, Fritz (1993)

Outplacement: Manager zwischen Trennung und Neuanfang, Frankfurt am Main 1993

Straub, Silvia (1997)

Controlling für das wirkungsorientierte Krankenhausmanagement, Dissertation der Hochschule St. Gallen, St. Gallen 1997

The Boston Consulting Group (1995)

Qualitäts- und Zeitmanagement im Spital, Projektvorschlag für das Regionalspital Thun, Zürich 1995

Thom, Norbert (1987)

Personalentwicklung als Instrument der Unternehmungsführung, Stuttgart 1987

Thom, Norbert (1996)

Management des Wandels, Berner akademische Reden, Bern / Stuttgart / Wien 1996

Thom, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999a)

Entwurf zum Artikel im SGO-Geschäftsbericht "New Public Management im Praxistest", unveröffentlichtes Manuskript, Institut für Organisation und Personal der Universität Bern 1999

Thom, Norbert / **Ritz**, Adrian (1999b)

New Public Management - Wandel im öffentlichen Sektor. Der Veränderungsprozess zum New Public Management. In: SGO-Geschäftsbericht 1998, hrsg. v. Schweizerische Gesellschaft für Organisation SGO, Glattbrugg 1999, S. 5 - 12

Trill, Roland (1996)

Krankenhaus-Management: Aktionsfelder und Erfolgspotentiale, Neuwied / Kriftel / Berlin 1996

Uschatz, Philippe (1991)

Gestaltung einer erfolgs- und leistungsbezogenen Kaderentlohnung, Dissertation der ETHZ, Zürich 1990

Voigt, Birgit (1997a)

Der gemanagte Patient. In: Cash, o. Jg. 1997, 07.11.1997, Nr. 45, S. 45

Voigt, Birgit (1997b)

Check-up für die neuen Schlankheitsmodelle. In: Cash, o. Jg. 1997, 07.11.1997, Nr. 45, S. 46-47

Wagner, Dieter / Grawert, Achim / Langemeyer, Heiner (1993)

Cafeteria-Modelle: Möglichkeiten der Individualisierung und Flexibilisierung von Entgeltsystemen für Führungskräfte, Zürich / Stuttgart 1993

Wälchli, Adrian (1994)

Strategische Anreizgestaltung. Modell eines Anreizsystems für strategisches Denken und Handeln des Managements, Dissertation der Universität Zürich, Zürich 1994

Zaugg, Robert (1998)

Wandel als Herausforderung: Change Management und Führung, Vortragsunterlagen zum Blockseminar "Management organisatorischer Veränderungsprozesse" des Instituts für Organisation und Personal der Universität Bern, 31. August 1998

Zweifel, Peter / Zysset-Pedroni, Gabriella (1992)

Was ist Gesundheit und wie lässt sie sich messen? In: Basiswissen Gesundheitsökonomie, hrsg. v. Hanfried H. Andersen / Klaus-Dirk Henke, / J.-Matthias v. d. Schulenburg, Berlin 1992, S. 41 - 60

Anhangsverzeichnis

Anhang I: Organigramm des Regionalspitals Thun.....	129
Anhang II: Interviewleitfaden.....	130

10 Anhang I: Organigramm des Regionalspitals Thun

11 Anhang II: Interviewleitfaden

Einleitung durch den Interviewer

- Ziel der Lizentiatsarbeit und des Interviews erklären

Einleitende Fragen

- Stellung der befragten Person
- Funktion des Interviewten im Veränderungsprozess

Frageblock 1: Rahmenbedingungen und auslösende Faktoren

- Aufgrund welcher ausserbetrieblichen Bedingungsgrössen wurde eine Veränderung im Regionalspital Thun notwendig?
- Von wem kam der Anstoss für die Veränderung?
- Welche betrieblichen und personellen Bedingungsgrössen des Regionalspitals Thun erschwerten bzw. erleichterten die Durchführung des Wandels?
- Hatte man innerhalb des Spitals bereits praktische Erfahrung mit dem Management von Veränderungen?

Frageblock 2: Veränderungsprozess

Ziele

- Welche Ziele sollten durch die Veränderung erreicht werden (ökonomische, soziale, organisatorische)?
- Welche Massnahmen sollten zur Erreichung der Ziele führen?

Projektorganisation

- Wie wurde das Projekt organisiert?
- Wer hatte die Gesamtverantwortung und Kontrolle über das Projekt?
- Wer war verantwortlich für die einzelnen Projekte (Projektleiter)?
- Wie wurde das für den Wandel notwendige Fachwissen (Zielerreichung, Methodenkenntnisse) generiert (extern, intern)?

Ablauf der Projekte

- Können Sie mir den Ablauf des Veränderungsprozesses möglichst genau beschreiben?
- Welche Methoden wurden zur Situationsanalyse, Problemerkennung, Erarbeitung von Lösungsvorschlägen, Evaluation, Implementierung und Kontrolle eingesetzt?
- Wer vom Kader (Verwaltung, Chefärzte, Pflegeleiter) wurde involviert? Warum?
- Wer von den Mitarbeitern wurde involviert? Warum?

- Welche Aufgaben hatten das Kader und die Mitarbeiter im Veränderungsprozess?

Fazit für das Projektmanagement

- Was würden Sie bei der Durchführung der bisherigen Veränderungen anders machen, wenn Sie nochmals beginnen könnten?
- Was würden Sie genau gleich machen?
- Fühlen sich die Mitarbeiter integriert?
- Könnte man die Mitarbeiter mehr miteinbeziehen? Wenn ja, wo?

Frageblock 3: Wandlungsunterstützendes Personalmanagement

- Welche Barrieren mussten beim Personal behoben werden?
- Welche personalwirtschaftlichen Massnahmen wurden durchgeführt um diese Probleme zu beheben?
- Wurde das Personal in speziellen Kursen auf die neuen Ziele vorbereitet? Welche Inhalte wurden dabei vermittelt (Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz)?
- Wie wurden die Mitarbeiter zum Mitmachen und zur Orientierung an den neuen Zielen motiviert (materiell, immateriell)?
- Wie und wie oft wurde das Spitalpersonal über die Ziele, Massnahmen und Erfolge des Wandels informiert?
- Wurden die Anforderungsprofile für die einzelnen Stellen geändert?
- Welche Massnahmen wurden für einen sozial verträglichen Personalabbau getroffen?
- Wie und wie oft wurde der Erfolg dieser Massnahmen gemessen?

Frageblock 4: Bisheriges Fazit und Weiterentwicklung

- Wie beurteilen Sie den Zielerreichungsgrad der am Anfang gesetzten Ziele?
- Welche Ziele wurden nicht erreicht? Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe dafür?
- Wie ist die Effektivität und die Effizienz der durchgeführten Massnahmen?
- Weshalb sind die Mitarbeiter zufrieden / unzufrieden?
- Welche Massnahmen wurden getroffen, um das Erreichen der gesetzten Ziel auch zukünftig zu gewährleisten?
- Welche weiteren Massnahmen zur wettbewerbsorientierten Weiterentwicklung des Spitals sind geplant?

Frageblock 5: Anreizsysteme

- Welche Aufgaben müssen von den Chefärzten im Regionalspital wahrgenommen werden?
- Gibt es für die strategischen Aufgaben strategische Meilensteine, die als Zwischenziele vorgegeben werden?
- Welche rechtlichen Vorgaben sind für die Einführung eines leistungsorientierten Anreizsystems zu beachten (Arbeitsrecht, Gesamtarbeitsverträge)?
- Inwiefern ist das Regionalspital Thun für ein leistungsorientiertes Anreizsystem gerüstet (Unternehmenskultur, Führungsgrundsätze, Instrumente der Leistungsmessung usw.)?
- Welche Bereiche im Regionalspital Thun müssten im Vorfeld an eine Einführung angepasst werden?
- Wie beurteilen sie die Bereitschaft des Personals zu einer leistungsorientierten Entlohnung?

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss dem Gesetz über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

Bern, 15. September 1999

Raphael Jossen