



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

High Performance Organisation

**Anwendung neuer Organisations- und Managementkonzepte
im Bereich des deutschen Gesundheitswesens,
insbesondere in Krankenhäusern
– Ein Überblick**

Bachelorarbeit

**zur
Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: Susanne Siebeck
Matrikelnummer: 173114
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2017 - 0214 - 6

Betreuer: Prof. Dr. Roman Oppermann
Zweitbetreuer: Prof. Dr. Bernhard Langer

Tag der Einreichung: 12. 04. 2017

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
1. Einleitung.....	4
1.1 Relevanz der Thematik	4
1.2 Themenvorstellung, Zielstellung und Forschungsfragen	5
1.3 Methodik	7
2. High Performance Organisationen	8
2.1 Prinzipien und Charakteristika der HPO	10
2.2 Prinzipien und Merkmale der neuen Organisations- und	18
Managementkonzepte.....	18
3. Konzepte der High Performance Organisationen im Krankenhaus	22
3.1 Mayo Clinic- Ein Beispiel für die Anwendung der HP- Konzepte	22
3.2 Anwendungen der HP- Praktiken in deutschen Krankenhäusern.....	25
3.2.1 Deutsche Krankenhäuser im Wandel	25
3.2.2 Die potentialen Bedingungen und Hindernisse der Anwendung neuer Organisations- und Managementkonzepte in deutschen Krankenhäusern.	27
3.2.2.1 Kontext Krankenhaus und Industrie / Wirtschaft	28
3.2.2.2 Kontext Deutschland und USA	31
4. Zusammenfassung und Ausblicke	33
Anhang	39
Erläuterungen zu Non- Profit- Organisationen (NPOs)	40
Literaturverzeichnis	45

Abkürzungsverzeichnis

HP	High Performance
HPO	High Performance Organisation
HPT	High Performance Teams
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität
NPO	Non- Profit- Organisation
SOP	Standard Operating Procedure
TQM	Total Quality Management

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die acht Einflussfaktoren der High Performance Organisation	39
Abbildung 2: Die Entwicklungsphasen der Personalentwicklung.....	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die begünstigenden Faktoren und Hemmnisse der neuen Organisations- und Managementkonzepte in deutschen Krankenhäusern	41
---	----

1. Einleitung

„Wenn du ein Schiff bauen willst, so trommle nicht die Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und Arbeit einzuteilen, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer“ (Saint-Exupery 1948).

Der Inhalt dieses Zitates verweist auf eine gemeinsame Vision sowie Teamarbeit, die in der Kommunikation und Informationen relevant sind. Die Bedeutung und die Umsetzung dieser Schwerpunkte werden in dieser Arbeit bei der Betrachtung des High Performance Phänomens in Erscheinung treten.

Die führenden Unternehmen am Markt haben erkannt, dass es zwischen der Kultur einer Organisation und ihrem Erfolg ein Zusammenhang besteht (Kotter et. al. 1992). Mit einer menschlichen Kultur des organisationalen Zusammenlebens (Heidbrink et. al. 2016) und anderer Strategien mit der Ausrichtung auf eine gemeinsame Vision können diese Unternehmen über Jahre hinweg überdurchschnittliche Ergebnisse erzielen (AMA 2007: 20; Bhalla et. al. 2011: 3). „Diese Unternehmen finden eine optimale Mischung aus strukturgebenden, transaktionalen Kulturelementen einerseits und inspirierenden, transformationalen Kulturelementen andererseits und werden von Heidbrink und Jenewein (2011) als High Performance Organisationen (HPO) bezeichnet“ (Heidbrink et. al. 1/ 2016).

Leserhinweis

In der heutigen Zeit gehört es zum guten Ton, die beiden Geschlechter gleichberechtigt zu nennen. Diese wissenschaftliche Arbeit generalisiert jedoch die Geschlechter und meint mit der reinen männlichen Form, auch stellvertretend das weibliche Geschlecht.

1.1 Relevanz der Thematik

Ein zunehmend ökonomischer Druck, hervorgerufen durch politischen Rahmenbedingungen in der Finanzierung und der Daseinsfürsorge zwingt die Krankenhäuser dazu, ihre medizinische Versorgung, das ärztliche Handeln und die Organisationsabläufe ökonomisch anzupassen (Hoppo 2008: 201;

Bundesärztekammer 2007: 82). Zeitgleich findet ein Wertewandel statt, der z. B. die Begriffe Gesundheit und Arbeitsorganisation betrifft. Gesundheitsschutz und menschengerechte / -freundliche Arbeitsbedingungen¹ sind da nur einige Schlagwörter. Neue Organisations- und Managementkonzepte sind gefragter denn je, um mit alternativen Praktiken die Abkehr von tayloristischen und bürokratischen Modellen zu schaffen und so die gesellschaftlichen und politischen Probleme zu lösen (Kirchner et. al. 2007: 1). Neue Organisationsstrukturen und -kulturen (mit Fokus auf die Teamarbeit, die Steigerung der Autonomie der Mitarbeiter, die Förderung der Kommunikation, die Ausrichtung auf eine gemeinsame Vision, etc.) werden geformt, um immer schnellere und effizientere Leistungen erbringen zu können. Unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Mitarbeiter und der verschiedenen Werte (gesellschaftlich und individuell) sowie der Bildung eines mitarbeiterfreundlichen Arbeitsumfeldes können die Potentiale der Mitarbeiter optimal für das Team genutzt und für das Unternehmen höchste Ergebnisse erzielt werden (Haun 2016: 446ff; Kirchner 2007: 1ff).

Vor dem Hintergrund das Krankenhäuser immer mehr unter ökonomischen Druck geraten und sich immer mehr gegenüber Konkurrenzmarkten behaupten müssen, könnte der HPO- Ansatz auch in diesen Bereichen zum Tragen kommen.

1.2 Themenvorstellung, Zielstellung und Forschungsfragen

Unternehmen müssen sich immer schneller an den Wandel der Gesellschaft, der Technologie und anderen Veränderungen anpassen, um weiter auf dem Markt bestehen zu können. Sie müssen trotz oder gerade wegen dieser Bedingungen bzw. Veränderungen effizient und effektiv Leistungen erbringen. Mit dem Wandel von den traditionellen Konzepten der Arbeitsorganisation hin zu Praktiken der Teamarbeit, der Verantwortungsdelegation und Human- Ressource- Strategien kommen die High Performance Ansätze mehr und mehr zur Sprache (Kirchner et. al. 2007: 1). Die Begrifflichkeiten der High Performance Organisationen (HPO bzw. HP Ansätze haben ihre Wurzeln in der Industrie / Wirtschaft. Ziel der Konzepte ist es,

¹ Der Begriff „menschengerechte Arbeitsgestaltung“ umfasst die Schutzmaßnahmen, die zum Wohle des arbeitenden Menschen sind. Nicht nur die Abwendung von Gefahren sind damit gemeint, sondern auch, dass sich der arbeitende Mensch in seiner Arbeit entfalten und selbstverwirklichen kann (Hacker 1991).

durch Veränderungen der Management- und Organisationsstrukturen das Unternehmen über mehrere Jahre hinweg besonders erfolgreich gegenüber Referenzgruppen führen zu können. Der Wandel bzw. die Veränderungen in den modernen Organisations- und Managementkonzepten der jüngsten Vergangenheit können mit den unterschiedlichen HP- Praktiken beschrieben werden (Haun 2016: 278f). Die HP- Ansätze basieren auf Kommunikation, Human- Ressource- Strategien, Innovationen, dynamische und flexible Prozesse und Führung. Mit einem agilen Management und der Umwandlung zu einer lernenden Organisation sollen die angestrebten Ziele erreicht werden (Haun 2016: 278f, Granig et. al. 2011: 64; Waal 2007: 4).

Nicht nur die klassischen Unternehmen des industriellen Bereichs unterliegen dem schnellen Wandel der Zeit, die Bereiche des Gesundheitswesens sind ebenfalls betroffen und müssen sich stetig anpassen (Haun 2016: 278f). Bestimmte Rahmenbedingungen (siehe im weiteren Verlauf der Arbeit) zwingen die Krankenhäuser sich mehr und mehr ökonomisch auszurichten. Gleichzeitig können so verschiedene Management- und Organisationskonzepte Boden fassen.

Anhand von den Charakteristika der HPO bzw. HP- Praktiken (Vordergründig nach Waal beschrieben) untersucht diese wissenschaftliche Arbeit dessen Anwendung bzw. Ausprägung im Gesundheitswesen, mit einer zentralen Ausrichtung auf die Krankenhäuser in Deutschland (von privaten und gemeinnützigen Krankenhaussträgern). Mit einem Beispiel einer amerikanischen Klinik werden die möglichen Ansatzpunkte der Umsetzung der HP- Praktiken und zugleich die Veränderungen im Management und den Organisationsstrukturen / -kultur im Krankenhaus aufgezeigt. Hinsichtlich der Tatsache, dass die HP- Ansätze aus der Industrie / Wirtschaft stammen und in Anbetracht der Verschiedenheit des amerikanischen und des deutschen Gesundheitswesens wird zum einen versucht die vorhandenen Potentiale bzw. Bedingungen in der deutschen Krankenhauslandschaft aufzuzeigen und zum anderen sollen die möglichen Hindernisse, die dem Wandel in der Organisation und dem Management im Sinne der HPOs negativ gegenüberstehen, aufgezeigt werden. Forschungsbegleitend ist der Schlüsselbegriff: „lernende Organisationen / -s Krankenhaus“.

So ist das zentrale Anliegen dieser Arbeit die differenzierte Auseinandersetzung mit den HP- Ansätzen, sowie deren mögliche Anwendung in deutschen Krankenhäusern. So werden die aus der Wirtschaft stammenden Organisations- und

Managementansätze der HPO beschrieben und aufbauend auf dessen charakteristischen Merkmale der Wandel in den (post-)modernen² Organisations- und Managementstrukturen erläutert. Die Kombinationen der verschiedenen Maßnahmen stehen im Vordergrund, da diese Einfluss auf die Verlagerung der Verantwortung haben und eine andere Form der Arbeitsorganisation mit sich bringen. Die transformale Führung, die Kommunikation, der Informationstransfer, die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Team- bzw. Zusammenarbeit sind dabei die Schlüsselwörter. Das Ziel ist es anhand einiger ausgewählter HP- Kriterien die Anwendungen der neuen Konzepte auf die begünstigenden Faktoren und Hindernissen in den deutschen Krankenhäusern aufzuzeigen.

Die Forschungsfrage zu den genannten Zielsetzungen dieser Arbeit lautet wie folgt: Führen neue Organisations- und Managementkonzepte zu Veränderungen der Strukturen in den Krankenhäusern in Deutschland? Zu dieser Frage wurde stützend auf einschlägiger Literatur (Granig et. al. 2011, Busse et. al. 2013, AMA 2007) folgende Hypothese aufgestellt: „Die neuen Organisations- und Managementkonzepte der letzten Jahrzehnte führen zu Veränderungen der Krankenhausstrukturen und können dort eine HP bzw. - Position zeigen“. Um die Forschungsfrage und die Thematik dieser Arbeit hinreichend beantworten zu können, wurden weitere Fragen an diese Arbeit gestellt:

Was sind die charakteristischen Merkmale der HPOs? Was kann eine HP im Gesundheitswesen bedeuten und welche Praktiken werden hier angewandt, um eine HP- Position zu erlangen? Welche Einflüsse haben eine positive bzw. negative Wirkung auf die Übertragung der HP- Ansätze in deutschen Krankenhäusern? Was bedeutet der Schlüsselbegriff der „lernende Organisationen“ bzw. welche Inhalte zeichnen diesen aus?

1.3 Methodik

Diese wissenschaftliche Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche bezüglich den aktuellsten Erkenntnissen zu Konzepten und Merkmalen der HPOs. Die Literatur und Journale stammen aus der Hochschulbibliothek Neubrandenburg (auch GVK- Gemeinsamer Verbundkatalog) sowie aus der Datenbank Springer Link.

² Moderne bzw. postmoderne Konzepte werden hier als Maßnahmen verstanden, die mit der Industrialisierung und der Reorganisationswelle Einzug in die Wirtschaftsunternehmen bzw. Krankenhäuser gefunden haben.

Dabei wurde mit englisch- und deutschsprachigen Schlüssel- / Suchbegriffen gearbeitet. Die Suchbegriffe / -wörter und Wortkombinationen waren: „Organisationsentwicklung / Management im Gesundheitswesen“, „lernende Organisation oder lernendes Krankenhaus“, „High Performance Organization / Characteristics of HPO“, „HPO im Gesundheitssystem“, „Non- Profit-Organisationen /- Krankenhäuser“, „Mayo Clinic“ und „neue Organisationskonzepte im Gesundheitswesen bzw. Krankenhaus“. Die Primärquellen dieser Arbeit sind über Google Scholar und Springer Link unter den Titeln „Characteristics of High Performance Organizations“³ und „High Performance Organisationen im Gesundheitssystem“⁴ sowie „Management im Gesundheitswesen“⁵. Diese spezielle Literatur wurde gewählt, weil sie in Bezug auf die Thematik dieser Arbeit auf dem aktuellsten Stand ist und der Inhalt der verschiedenen Quellen primär relevant ist.

Die Arbeit ist in drei Teile unterteilt. Zuerst stehen die HPOs bzw. HP- Praktiken im Vordergrund sowie der damit einhergehende Wandel im Führungsstil und in der Arbeitswelt von Organisationen. Anschließend soll mit Hilfe eines Beispiels die Übertragung der HP- Ansätze im Krankenhaus aufzeigt werden. Im letzten Teil wird in Anlehnung an die Forschungsfragen und deren Analyse eine kritische Sichtweise eingenommen und so eine Perspektivenerweiterung hinsichtlich der verschiedenen „neuen“ Modelle und Konzepte (der modernen bzw. postmodernen Zeit) der Mitarbeiterführung sowie der Arbeitsorganisationen hervorgebracht.

2. High Performance Organisationen

Was bedeutet HPO und was versteht man unter diesem Begriff bzw. diesen Konzepten / Ansätzen?

HPO ist ein aus der Wirtschaft stammender Begriff. Er beschreibt Organisationen die besonders erfolgreich (Höchstleistungen erbringen) sind und in ihrer Branche an der Spitze stehen (Granig et. al. 2011: 64ff; AMA 2007: 17ff). Die Entwicklung eines

³ Characteristics of High Performance Organizations
(<http://macrothink.org/journal/index.php/jmr/article/viewFile/2062/1817>)

⁴ High Performance Organisationen im Gesundheitssystem
(http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-8349-6403-8_3)

⁵ Management im Gesundheitswesen
(ISBN: 978-3-642-34795-5 (eBook))

Unternehmens zu einer HPO folgt jedoch keinem genauen Rahmenkonzept, wo eine feste Anleitung oder Rezeptur vorgegeben wird (Waal 2017; AMA 2007: 17). Allein der Begriff Hochleistung⁶ bringt diese Flexibilität⁷ zum Ausdruck. So umschreibt Hochleistung einen relativen Begriff, da eine Leistung nur dann als „hoch“ eingestuft werden kann, wenn sie mit einer Referenzgruppe verglichen wird (Ries 2009: 2). Diese Referenzgruppe besteht aus Mitbewerbern die sowohl profitorientierten Unternehmen oder vergleichbaren Unternehmen sowie gemeinnützigen Organisationen oder Regierungsbehörden angehören (Waal 2017; AMA 2007: 17ff). Die HP- Erfolgsfaktoren bzw. - Ansätze sind verschiedene Kombinationen einzelner Praktiken, die in bestimmter Weise die Teile einer progressiven Strategie sein können und zeitgleich auch Teile der konservativen Strukturen bilden können (siehe auch Abschnitt 2.1 Unternehmensstrategie). Diese verschiedenen Praktiken setzen unter anderem auf High- Commitment und Human- Ressource- Strategien, welche eine wirtschaftliche Leistungssteigerung, eine schnellere und effektivere Anpassung an die sich stetig ändernden Bedingungen (Bedingungen wirtschaftlicher, technologischer und gesellschaftlicher Art) und eine Verbesserung der Qualität des Arbeitsumfeldes bzw. der Arbeitsbedingungen mit sich ziehen (Kirchner et. al. 2007: 1). Vor diesem Hintergrund beschreibt die Umsetzung der HP- Praktiken den Wandel in der Arbeitswelt / -organisation. Die (post-) modernen Konzepte bzw. die Umbruchsprozesse die damit verbunden werden, brachten Veränderungen für die Mitarbeiter (Autonomie, Teamarbeit, Qualität der Arbeitswelt) und für das Unternehmen (Flexibilität, Dezentralisation, Produktivität, Innovation) mit sich (Kirchner et. al. 2007: 1).

Der Autor Waal (2007: 4) definiert eine HPO wie folgt: *“A High Performance Organization is an organization that achieves financial and non-financial results that are better than those of its peer group over a longer period of time, by being able to adapt well to changes and react to these quickly, by managing for long term, by setting up an integrated and aligned management structure, by continuously improving its core capabilities and truly treating the employees as its main asset”*.

⁶ Wenn es um *Hochleistungen* geht, handelt es sich Vordergründig um eine Gruppe von Menschen, die gemeinsam Grenzen des bisher Möglichen in ihren Feldern weiter verschieben auf der Suche nach neuen Erfolgen, Erfahrungen, innerer Bestätigung und dem gemeinsamen Gefühl von Zufriedenheit, Perfektion, Harmonie und Glück (Pawlowsky 2016).

⁷ *Flexibilität* ist eine Mischung aus der Fähigkeit die Fehler frühzeitig zu erkennen und das System durch improvisierte Methoden am Laufen zu halten (Weick, Sutcliffe 2003).

Diese Definition zeigt schon in Ansätzen auf, welche Eigenschaften und Bedingungen sich ein Unternehmen bei der Ausrichtung zu einer HPO angeeignet haben. Das sind unter anderem die Schaffung eines agilen Managements, die Offenheit gegenüber Innovationen⁸, die Betrachtung der „Mitarbeiter“ als Schlüsselkomponente sowie die Gestaltung menschengerechter -/mitarbeiterfreundlichen Organisation der Arbeitswelt. Dies sind neben den Begriffen wie lernende Organisation, Resilienz⁹, Effizienz und Effektivität nur einige Merkmale, wenn es um das Beschreiben von den HPOs bzw. die (post-) modernen Konzepte in den Unternehmen geht. Nähere Erläuterungen zu den charakteristischen Merkmalen der HPOs werden im folgenden Abschnitt aufgezeigt.

2.1 Prinzipien und Charakteristika der HPO

Verschiedene Studien der jüngsten Vergangenheit, der letzten 20- 30 Jahre wie z. B. von Peters und Waterman „*In Search of Excellence*“ (1982) und von Collins „*Good to Great*“ (2001) erweckten das Interesse die Charakteristika von den erfolgreichsten Unternehmen bzw. HPOs ausfindig zu machen (Waal 2007: 4f).

In Anlehnung an die Studien „*The High- Performance- Organization Survey 2007*“ und „*HPO The Secrets of their Success*“ (2011) der Boston Consulting Group und der American Management Association (AMA) sowie Waals „*Characteristics of a HPO*“ (2007) werden im Folgenden die Prinzipien und die Charakteristika der HPOs beschrieben. In diesen und anderen wissenschaftlichen Arbeiten konnten verschiedene Faktoren in Organisations- und Managementpraktiken ausfindig gemacht werden, die eine HPO bzw. die High Performance Teams (HPTs) begünstigen und kennzeichnen (die Daten sind in Anlehnung an Waal 2007 und an das AMA Institut).

⁸ „Innovation ist nicht nur ein technischer Vorgang, sondern v. a. ein sozialer, der von Menschen, ihrem Antrieb, ihrer Führung und der herrschenden Unternehmenskultur [...] geprägt ist“ (Stern & Jaberg 2010: V; In: Kaschny et. al. 2015: 221).

⁹ „Resilienz ist ein Begriff aus der Entwicklungspsychologie. Im Rahmen Organisations- und Team- Resilienz beschreibt sie die erfolgreiche Bewältigung/ Anpassung gegenüber der unsicheren und dynamischen Umwelt. Bei der Bewältigung von Krisen wird zwar auf erworbene Routinehandlungen zurückgegriffen. Diese werden aber in hohem Maße flexibel und situationsgerecht eingesetzt. Im Team spielen dabei die Kooperation, Koordination, Konfliktbewältigung, Kohäsion und Gruppenkultur eine entscheidende Rolle (Danner-Schröder et. al. 2016).

Waal (2007) hat aufbauend auf dem Wissensgerüst von Kotter und Heskett (1992) sowie Morton (2003) die Charakteristika der HPOs zusammengefasst (eine schematische Darstellung dieser einflussnehmenden Faktoren der Abb. 1, S. 39 zu entnehmen). So haben Kotter und Heskett Faktoren herausgefunden die auf das Verhalten der Mitarbeiter eines Unternehmens Einfluss haben. Dazu gehören die Organisationsstrukturen und -kulturen, die Rahmenbedingungen der Strukturen, die Rahmenbedingungen des Systems und der Prozesse sowie die Mitarbeiterführung. Morton (2003) hat die Faktoren hervorgehoben, die die äußeren Einflüsse betreffen. Dazu zählen die Verbraucher bzw. der Konsument, die Partner aber auch die Verbindung bzw. der Beziehung dieser Konsumenten mit dem Unternehmen und die damit verbundene / -n Organisationsgestaltung und die Unternehmensziele (Waal 2007: 9). Die HPO- Merkmale nach Waal (2007: 5) umfassen acht Faktoren die das Verhalten der Mitarbeiter bzw. der HPTs und den Unternehmens- bzw. Organisationserfolg mit „*superior results*“ bestimmen können (Waal 2007: 2). Diese Faktoren stellen Hauptkategorien dar, wobei jede Kategorie eine Vielzahl anderer Merkmale / Bedingungen beinhaltet. Ein Wandel in den Organisationsstrukturen nach diesen Faktoren kann die Entwicklung / Entstehung einer HPO begünstigen. Je nach Literatur lassen sich jedoch verschiedene Kategorien bzw. Dimensionen und eine unterschiedliche Anzahl der Erfolgsfaktoren der HPOs finden. So sind z. B. nach AMA (2007: 17f) die fünf Hauptcharakteristika von HPOs: 1. Strategie-, 2. Konsument-, 3. Leadership- Ansatz („*approach*“) und 4. die Faktoren der Werte und des Glaubens sowie 5. die Faktoren des Prozesses und der Struktur in einem Unternehmen. Ähnlich oder andere Bezeichnungen bzw. Klassifikationen finden sich in Busse et. al. 2013, Waal 2012: 33f oder in Bhalla et. al. 2011, wobei diese Faktoren den Wandel in den Management- und Organisationsstrukturen und -kulturen gemein haben und sich nicht nur hier in der beschriebenen Charakteristik wiederspiegeln. Sie spiegeln sich auch bei der Übertragung der HP- Ansätze im Gesundheitsbereich bzw. im Krankenhaus wieder.

Die äußeren Einflüsse bzw. Gegebenheiten (nach Waal 2007) wirken sich auf das gesamte Unternehmen aus, auf die Organisation, auf das Management, auf die Mitarbeiter und die verschiedenen Arbeitsplätze. Zu den Faktoren der Organisationsstruktur zählen die Unternehmensstrategie, die Organisationsgestaltung und das Prozessmanagement. Im Rahmen der Organisationskultur werden als Faktoren die Mitarbeiterführung („*Leadership*“),

„*Individuals and Roles*“ sowie die Mitarbeiterkultur hervorgehoben (Waal 2007: 5ff). Die Faktoren und die dazugehörigen Inhalte von den HPOs bzw. HPTs sind:

1. Die Organisationsgestaltung¹⁰:

HPOs schaffen mittels Teams¹¹ eine interne, aber auch organisationsübergreifende Zusammenarbeit. Dabei werden die Barrieren zwischen den Mitarbeitern bzw. Teammitgliedern abgebaut. Das Ziel besteht darin, ein „*team feeling*“ (Waal 2007: 6) im Unternehmen entstehen zu lassen um die Potentiale des Einzelnen zu nutzen, wo er die höchsten Ergebnisse erzielt (Kappe 2016: 2). Eine unternehmensinterne Infrastruktur wird geschaffen die auf Kommunikation, Wissens- und Informationstransfer beruht und eine organisationale Komplexität mit sich bringt (Waal 2007: 6). Die „eigens aufgesetzten Netzwerke“ bzw. „interdisziplinär zusammenarbeitenden Arbeitsgruppen“ bearbeiten die „Zukunftsthemen, die sich aus der Unternehmensstrategie ergeben“ (Kappe 2016: 2).

2. Die Unternehmensstrategie

HPOs haben nicht vordergründig das Ziel der Kostensenkung, sondern das der Effizienzsteigerung des Unternehmens. Durch die Umgestaltung von Prozessen werden automatisch Einsparungen möglich (Röhrl et. al. 02/ 2009). HPOs ergänzen ihre hierarchischen Strukturen mit durchdachten Netzwerkstrukturen und einer integrierten Steuerung, die zum einen die fachliche Ebene und zum anderen die Verhaltensebene berücksichtigt. Das operative Geschäft wird über die hierarchischen Strukturen gesteuert. Damit wird die oben angemerkt Annahme über die Kombination der Praktiken näher erläutert und zeigt, dass die Praktiken Teile einer progressiven Strategie sind sowie gleichzeitig Teile einer konservativen Struktur darstellen (Kirchner 2007: 1). Die HPOs folgen der Strategie „*walk the talk*“ (AMA 2007: 19). Sie lassen Worte Taten sprechen, was eine positive Wirkung auf die Vertrauensbasis aller Beschäftigten hat. Robert Bosch sagte dazu: „Die Unantastbarkeit meiner Versprechen, der Glaube an den

¹⁰ Von *Organisationsgestaltung* spricht man, wenn die Organisationsstrukturen und -prozesse planvoll, per Weisung und in kontrollierter Form geändert werden (Pfaff 2002: 310).

¹¹ *Teams* können als eine Gruppe von Menschen verstanden werden, die unter Einbringung ihrer sich ergänzenden Fähigkeiten und Fertigkeiten an einer bestimmten Aufgabenstellung gemeinsam arbeitet, um unter Abstimmung ihrer Arbeitsweisen und Leistungen ein an sie gestelltes Ziel zu erreichen“ (Katzenbach, Smith 2006: 45. In: Krejci 2010: 4)

Wert meiner Ware und an mein Wort standen mir stets höher als ein vorübergehender Gewinn“ (Kappe 2016: 2). Alle Mitarbeiter orientieren sich an den gemeinsamen Visionen¹² und Zielen¹³ (die zukunftsorientiert und exakt definiert sind) und die der Philosophie des Unternehmens entsprechen. Das gemeinsame Ziel ist die Basis dafür, dass die Mitarbeiter die damit verbundene Mission erkennen, verinnerlichen und das nötige Verständnis aufbauen, welches das „Warum?“ klärt, aber auch um den Motor für Höchstleistungen in Gang zu setzen. Mit flexiblen und dynamischen Vorgehensweisen, welche durch das Management entwickelt, koordiniert und gesteuert werden. Zeitgleich können die Visionen und die Ziele der Mitarbeiter und des Unternehmens besser erreicht werden (AMA 2007: 17ff; Waal 2007: 6; Jenewein 2008).

3. Das Prozessmanagement

„Mit Kreativität immer wieder etwas Neues schaffen“ (Röhrl et. al. 02/2009) um langfristig Spitzenleistung zu erzielen. Die HPOs unterstützen die kreativen Prozesse um das Unternehmen langfristig an einer hervorragenden Marktposition heranzuführen. Die Basis dafür ist eine agile Organisationsentwicklung¹⁴ (Waal 2007: 6f), was auch in ihrem kollektiven Ergebnis immer eine Personalentwicklung mit sich bringt (Selke 2017). In dessen Vordergrund steht

¹² Eine *Vision* ist eine in der Zukunft angesiedelte Vorstellung eines bestimmten Zustandes. In der Wirtschaft beschreibt eine Vision, was ein Unternehmen in der Zukunft sein und erreichen will. Hier wird Vision oft gleichgesetzt mit einem strategischen Ziel. Das konsequente Verfolgen einer Vision hilft Unternehmen, sich von der Masse abzuheben. Eine Vision erhöht die Bereitschaft und den Willen zur Veränderung und stellt [...] treibende Kraft dar. (Fournier, Schmidtcolleg.de In: Wirtschaftslexikon)

¹³ Das *Unternehmensziel* ist ein Ziel, das sich eine Organisation selbst setzt, z.B. Rentabilität, Absatzsteigerung oder Anlageerträge. Diese Ziele bilden die Grundlage, auf der die strategische und operative Politik des Unternehmens basiert. Ein strategisches Ziel ist das Gesamtziel eines Unternehmens bezüglich seiner mittel- oder langfristigen Marktposition. Es ist Bestandteil einer Unternehmensstrategie und sollte als motivierender Einfluss fungieren sowie als Maßsystem für Leistung und Erfolg derer, die in dem Unternehmen beschäftigt sind. (Campus Verlag, In: Wirtschaftslexikon)

¹⁴ *Organisationsentwicklung* ist ein kollektives Lernverfahren, das gestützt auf sozialwissenschaftliche Methoden und Prozessberater einen geplanten Wandel der Organisation herbeiführen soll. Im Unterschied zur Technik der Organisationsgestaltung geht dieser Wandel partizipativ vor sich (Pfaff 2002: 309). Durch die Beeinflussung der Organisationsstruktur, Unternehmenskultur und individuellem Verhalten kann unter größtmöglicher Beteiligung der betroffenen Arbeitnehmer die Ziele der Leistungsfähigkeit der Organisation und der Entfaltung der einzelnen Organisationsmitglieder fokussiert werden (Maier, In: Gabler Wirtschaftslexikon).

die Verlagerung der Verantwortung auf die Teammitglieder, die ihnen einen neuen Handlungsspielraum eröffnet. Diese Entwicklung verläuft parallel mit der Entstehung einer dezentralen Organisationsstruktur und der Verflachung der Hierarchien in einem Unternehmen. Ein weiteres Merkmal von HPOs ist das Schaffen eines Arbeitsumfeldes bzw. einer -umgebung das die Mitarbeiter befähigt, ihr volles Potential zu entfalten und auch ihr Wissen mit den anderen Teammitgliedern zu teilen. Es werden Prozesse und Arbeitsschritte ausfindig gemacht die unnötige Energien verschwenden, um diese durch effizientere und qualitativ hochwertigere Schritte und Prozesse zu ersetzen (Waal 2007: 6f). Das wiederum setzt die entsprechende Qualifikation, Motivation und das Verständnis der Mitarbeiter voraus (Kraus et. al. 2005; Kirchner et. al. 2007). Mit dem Prozess kann es zu einer kontinuierlichen Steigerung der beruflichen Handlungskompetenz der Mitarbeiter kommen. Dazu gehören die Fach-, Methoden-, Selbst- und Sozialkompetenz (Selke 2017). Weiterhin beauftragen HPOs bzw. HPTs ihre Mitarbeiter die eine hohe Flexibilität besitzen und spezielle Fähigkeiten haben (hochqualifiziertes Personal), die für das Team und damit für das Unternehmen von Bedeutung sind (Waal 2007: 7f).

4. Die Mitarbeiterführung (Leadership)

Ein HPO- Leader schafft Arbeitsstrukturen und -kulturen die die Mitarbeiter fördern und in denen ihre Intelligenz und Kreativität auf höchster Stufe eingebunden werden kann (Kappe 2016: 2). Kurz, er schafft eine Balance aus Empowerment¹⁵ und Kontrolle gegenüber seinen Mitarbeitern (Stichwort „transformaler Führungsstil“ siehe auch Abschnitt 2.2 Die Prinzipien und Merkmale der neuen Organisations- und Managementkonzepte) (Link 2016; Wolf et. al. 2016). Es geht darum, dem Team und der Organisation eine Vision zu geben und dabei als Führung eine Vorbildfunktion mit intellektueller Stimulation der Mitarbeiter einzunehmen (Granig et. al. 2011: 64ff). Er kennt die Grundbedürfnisse der Menschen, welche sind: 1. die Autonomie: das Bedürfnis

¹⁵ „Empowerment“ ist der englische Begriff für die Bevollmächtigung und bezeichnet die Weitergabe von Entscheidungsbefugnissen und Verantwortung durch Vorgesetzte an Mitarbeiter. Das beinhaltet u.a. eine (weitgehend) selbstbestimmende Gestaltung des Arbeitsablaufs, den Zugang zu gewünschten Informationen und intensivierter (aufgabenbezogener) Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten. „Die Vorteile sind auf organisationaler Ebene der Abbau von Hierarchie, weniger Bürokratie und Leistungsoptimierung sowie auf Mitarbeiterebene motivationale Effekte. Mit Ansätzen zur Mitbestimmung und zur Humanisierung der Arbeit ist Empowerment nur bedingt vergleichbar“ (Bartscher In: Gabler Wirtschaftslexikon).

eine Wahl zu haben, 2. die Bezogenheit: das Gefühl mit den anderen verbunden zu sein, 3. der Beitrag: das Bedürfnis die eigenen Stärken einbringen zu können, 4. die Kompetenz: das Gefühl sich weiterentwickeln und einen sinnvollen Beitrag zu einem großen Ganzen leisten zu können (Kappe 2016: 2). Der nötige Freiraum, das loyale und faire Verhalten helfen dabei die Potentiale der Mitarbeiter hervorzu bringen (bei hochqualifizierten Mitarbeitern bzw. Experten ist bereits der Ausgangspunkt ein „hohes“ Niveau) (AMA 2007: 20). Ein weiteres Merkmal ist das Erlauben von Fehlern gemäß dem Motto „aus Fehlern lernt man“ („*seeing mistakes as an opportunity to learn*“) (Waal 2007: 8). Das wirkt vertrauensunterstützend und bildet die Basis für die Offenheit gegenüber Neuem (Wolf et. al. 2016). HP bedeutet in diesem Sinne auch Führung mit mehr Sicherheitsgefühl, besserem Wohlbefinden (meint die physische und psychische Gesundheit) und Offenheit gegenüber Innovationen (Schreyörgg et. al. 1994; Ebler et. al. 2016).

5. Individuals and Roles:

Im Vergleich zu anderen Unternehmen bzw. „Low Performance Kontrahenten“ (AMA 2007) sind Unternehmen mit Anlehnung an die HPO- Konzepte z. B. in Bezug auf die Mitarbeiterkultur und -führung beliebte Arbeitsplätze („*good place to work*“) (AMA 2007: 24). HPOs integrieren ihre Mitarbeiter mittels Dialoge und interaktiven Gesprächen in die Entscheidungsfindung über die Visionen, Missionen und Ziele des Unternehmens mit ein. Damit schaffen sie eine kommunikative Basis und fördern die Partizipation und das Empowerment der Mitarbeiter (AMA 2007: 20; Waal 2007: 8). Gleichzeitig wird eine Kultur geschaffen, in der die Verantwortung und die Rollen je nach Fähigkeiten der Person variieren können (die Rollen werden akzeptiert). Alle Mitarbeiter handeln nach einem Austauschprinzip (im Sinne einer transaktionalen Organisationskultur wie sie Heidbrink und Jenewein (2011) verstehen) (Heidbrink et. al. 1/ 2016). So werden z. B. beim Lösen bzw. erledigen von Aufgaben kompromisslos die Mitarbeiter eingesetzt, die dazu die nötigen Voraussetzungen und Fähigkeiten mitbringen. Das Ergebnis erhält so ein höheres Niveau (Waal 2007: 8; Waal 2012; AMA 2007; Jenewein 2008). Die Führungskräfte agieren nach dem Prinzip „*Management- by- exception*“ (Heidbrink et. al. 1/ 2016). Weiterhin greifen HPOs bzw. HPTs die Flexibilität, die dynamischen Systeme bzw. Subsysteme und andere typische Merkmale einer

lernenden Organisation¹⁶ auf („*creat a learning organization*“) (Waal 2007: 8). Mittels Teamarbeit und dem damit verbundenen Kommunikations- und Informationsaustausch kann aus individuellem Lernen organisationales Lernen¹⁷ bzw. - Wissen werden (AMA 2007: 23), welches die Effizienz und Effektivität steigern kann sowie eine kontinuierliche Vereinfachung und Verbesserung der Prozesse hervorbringen kann (Waal 2007: 8). Die Managementteams können „besser“ Entscheidungen treffen „wenn die Vielfältigkeit der vorhandenen Erfahrungen und Perspektiven gezielt genutzt“ werden (Kappe 2016: 2).

6. Die Mitarbeiterkultur

HPOs übertragen die Verantwortung auf ihre Mitarbeiter und geben ihnen genügend Freiraum, um mit dieser Arbeitsautonomie ihre Mitarbeiter („*giving autonomy to organizational members*“) (Waal 2007: 9) zu befähigen. Die Selbstführungskompetenzen schaffen das Verständnis über die Bedeutung des Einzelnen im Unternehmen und regen die Mitarbeiter an ihr „Bestes“ zu geben, um eine „*culture of Performance*“ (AMA 2007: 23) entstehen zu lassen, die auf „*high excellence in whatever organization does*“ zielt (Waal 2007: 9). Wobei in den HPOs nicht nur hochgradige Leistungen entscheidend sind, sondern auch die menschlichen und kulturellen Faktoren relevant sind (Jenewein et. al. 2008: 34f). Des weiteren schaffen HPOs gegenüber ihren Mitarbeitern ein Gefühl des Miteinanders getreu dem Motto „*All for one, one for all*“ (Waal 2007: 9). Das fördert den Teamgeist und schafft so eine „*culture of transparency, openness and trust*“ (Waal 2007: 9) in der auch Konflikte besprochen und Feedbacks gegeben werden. Das wiederum setzt viel Respekt und Disziplin voraus, da auch das

¹⁶ Unter einer *lernenden Organisation* wird ein wirtschaftliches und systemtheoretisches Modell innerhalb eines komplexen aber beeinflussbaren Umfeldes verstanden. Das Ziel ist es, die Lernprozesse der gesamten Organisation und seiner Gruppen und Mitarbeiter in Einklang mit den aktuellen neurobiologischen und lerntheoretischen Erkenntnissen zu fördern und in einen organisationalen Lernprozess zu integrieren. Die eigene Überlebensfähigkeit kann langfristig durch das Lernen und die kontinuierliche gemeinschaftliche Selbsterneuerung gewährleistet werden. Es ist ein wirtschaftswissenschaftliches Modell, das den zukünftigen Anforderungen der Informations- und Wissensgesellschaft gerecht wird. Und zugleich ein systemtheoretisches Modell, das dazu beiträgt, die Überlebensfähigkeit von Organisationen mit Hilfe individueller, kollektiver und organisationaler Lernprozesse auf ein Optimum zu steigern (Haun 2016: 277).

¹⁷ Der Begriff des *organisationalen Lernens* stellt eine wichtige Grundlage der Theorie zur kognitiven Organisation dar (Haun 2016: 267).

Miteinander in Krisen- oder Konfliktsituationen eine entscheidende Rolle für das Team im Hinblick auf das Erreichen der Ziele ist (Jenewein 2008; Sackmann 2004).

7. Technologie

Waal (2007: 7) führt an dieser Stelle den Faktor der Technologie an, welcher unter anderem ein flexibles ICT- System meint und durch „*user-friendly ICT-tools*“ gekennzeichnet ist, was die Grundlage für den Informationsfluss und das Beteiligen aller Beschäftigten darstellt.

Die hier hervorgehobenen charakteristischen Merkmale der HPOs lassen sich kurz und prägnant zusammenfassen und durch folgende Kriterien ergänzen: HPOs erreichen finanzielle Ziele besser als andere Unternehmen über eine längere Zeitperiode, sie führen das Unternehmen mit langfristigem Fokus, sie richten ihre Organisationsstrukturen und -prozesse an der Strategie aus. Dabei verbessern sie kontinuierlich ihre Kernkompetenzen und reagieren schnell, um sich zeitnah an die entstandenen Veränderungen anpassen zu können. Die Mitarbeiter werden stets als wichtigstes Gut betrachtet und auch behandelt (Granig et. al. 2011: 64; AMA 2007: 17ff). HPOs schaffen ein flexibles und dynamisches System das aus voneinander abhängigen Teilen bzw. Subsystemen besteht. Diese werden intern z. B. durch die Teams sowie dem Leader gebildet und extern stellt es die Beziehungen bzw. Netzwerk und Partnerunternehmen oder Stakeholder und Verbraucherinteressen dar. Nach Waal (2007: 2, 5f) stellen die externen Beziehungen die äußeren Faktoren dar (den achten Faktor), die auf die Ausprägung von HPOs Einfluss nehmen. HPOs vergleichen sich mit den „Besten“ auf dem Markt (Stichwort: „Benchmarking“)¹⁸, um deren Erfolgsfaktoren ausfindig zu machen und in das eigene Unternehmen zu integrieren (Kappe 2016; AMA 2007: 17; Kraus 2014- 2017; Bauer et. al. 1999: 688). Diese skizzierten Merkmale und Charakteristika können als Ansatzpunkte bzw. „Rahmenkonzepte“ (Waal 2017) für die Veränderungen und die Entwicklungen in den Unternehmensstrukturen angesehen werden um eine HPO zu bilden. Sie sind dabei jedoch keine Garantie für das Erreichen von Spitzenleistungen und HP über einen langen Zeitraum hinweg (AMA 2007: 26).

¹⁸ *Benchmarking* ist der kontinuierliche Vergleich von Produkten, Dienstleistungen, Prozessen und Methoden mit (mehreren) Unternehmen. Ziel ist es die Leistungslücke zum sog. Klassenbesten systematisch zu schließen. Grundidee dabei ist festzustellen, welche Unterschiede bestehen, warum diese bestehen und welche Verbesserungsmöglichkeiten es gibt (Wübbenhörst In: Gabler Wirtschaftslexikon).

2.2 Prinzipien und Merkmale der neuen Organisations- und Managementkonzepte

Die Faktoren und Merkmale aus Punkt 2.1 zeigen die Veränderungen und die Erfolgsfaktoren von den HPOs bzw. HPTs auf. Der folgende Teil dient dem Verständnis über die ineinander übergehende Entwicklung der Erfolgsfaktoren der HPOs und den (post-) modernen Konzepten (wie z. B. Change Management¹⁹, Case Management²⁰, Lean Management²¹ und weitere) und Orientierungen (wie z. B. Innovationsausrichtung, Human- Resources- Ausrichtung und weitere) in den Arbeitsstrukturen und -organisationen.

Neue Organisations- und Managementkonzepte

Das Sinnbild der klassischen Organisation war eine Maschine mit strukturellen Formen, einem hohen Grad an Formalisierung und Entpersonalisierung (Granig et. al. 2011: 64). Kurz gefasst, es existieren Organisationen mit festen hierarchischen Strukturen und einem hohen Normierungsgrad (Hildebrandt et. al. 2016: 64f).

Die traditionellen Managementprinzipien nach Taylor (1977: 27) waren die Steuerung, die Ordnung und die Kontrolle der Organisation um Nutzen zu schaffen (Granig et al. 2011: 64). Die traditionellen Produktionsbetriebe wurden mit oligarchischen Führungsstrukturen geführt, die eine Trennung der Konzeptualisierung und der Planung von den Arbeitsprozessen auf der einen Seite und der Ausführung der Arbeitsaufgaben auf der anderen Seite vorsahen (Michels

¹⁹ *Change Management* beschreibt eine laufende Anpassung von Unternehmensstrategien und -strukturen an veränderte Rahmenbedingungen. Zu den harten, revolutionären Ansätzen zählen die Modelle der Corporate - und Business Transformation, die innerhalb des Reengineering propagiert werden. Weiche, stärker evolutionär angelegte Ansätze stammen aus der Organisationsentwicklung. Sie war über Jahrzehnte das dominierende Paradigma des Change Managements. Charakteristisch für Organisationsentwicklung ist das Harmoniepostulat zwischen den Zielsetzungen des Unternehmens und der betroffenen Mitarbeiter (Schewe G., In: Gabler Wirtschaftslexikon).

²⁰ „*Case Management* ist ein komplexer, hochkooperativer und -kommunikativer Prozess. Das Gelingen ist abhängig von seiner organisatorischen Einbindung, der Entwicklung angemessen, organisationsinterner und -externer Vernetzungsstrukturen und von der vorherrschenden Organisationskultur“ (Gissel-Palkovich In: Brinkmann 2010: 135).

²¹ Unter *Lean Management* wird „ein Managementansatz verstanden, dessen Grundprinzipien die Dezentralisierung und die Simultanisierung ist“. Dabei werden unternehmensintern und unternehmensübergreifende Ziele verfolgt. Um so eine stärkere Kundenorientierung bei konsequenter Kostensenkung für die gesamte Unternehmensführung herbeizuführen“ (Voigt In: Gabler Wirtschaftslexikon).

1925). Die Produktionstätigkeiten waren in Routine- und Wiederholungsaufgaben fragmentiert. Somit hatten die Beschäftigten nur wenig Handlungsspielraum und bekamen kaum Training. Ihre Unternehmensposition war durch wenig Autonomie und Kontrolle über ihre Arbeitsaufgaben oder -methoden gekennzeichnet. Auch kann festgehalten werden, dass diese Bürokratie die Innovationen und die Leistungspotentiale der Mitarbeiter unterdrückt hat (Bailey 2004), da sie keine Chancen bekamen sich zu verwirklichen und in den engen Strukturen keine Autonomie besaßen. Wachsender Preis- und Kostendruck, die digitalen Transformationen und der steigende Innovationsdruck fordern Veränderungen in den organisatorischen, den technologischen und den personellen Konstrukten (Haun 2016: 374). Seit den 1990er Jahren entfaltete sich in Deutschland ein „Strukturbruch“ (Stichwort: Reorganisation) der einen tiefgreifenden Umbruchprozess in den Arbeitsorganisationen und -kulturen mit sich zog. Die Konzepte, wie „Humanisierung der Arbeit“ und „Partizipation als Managementstrategie“ oder „lernende Organisation“ (Kirchner et. al. 2007: 1) zeigen die Ablösung von den traditionellen, tayloristischen und bürokratischen Formen der Arbeitsorganisationen. Parallel zur Entwicklung in der Autoindustrie, haben auch die verschiedenen Dienstleistungsbranchen und der öffentliche Sektor die Potentiale in den „neuen Formen der Arbeits- und Unternehmensorganisationen“ (Kirchner et. al. 2007: 1) gesehen. Mit der Lean- Welle und dem Business Reengineering wurde Mitte der 1990er Jahre eine Reorganisationswelle ausgelöst. Das zeigte sich z. B. darin, dass die Arbeitstätigkeiten nun von den Mitarbeitern hinterfragt werden konnten (Raehlmann 2015: 97; Reiss 1993). Das Lean Management brachte eine Verschlankung der bisherigen Strukturen und die Praktiken der Gruppenorganisationen hervor. Damit sind die Gruppen für ihre Arbeit, deren Ergebnisse und Abläufe selbst verantwortlich. Nach Helfrich (2002: 14) wurde damit die Kompetenz vor Ort geschaffen. Business Reengineering brachte nicht nur eine radikale Vereinfachung der Prozesse mit sich, sondern auch die Vereinfachung der Strukturen, der Leitbilder und der Entlohnung der Mitarbeiter, um dem Ziel der größtmöglichen Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit näher zu kommen (Helfrich 2002: 14). Die Konzepte der postmodernen wirtschaftlichen Organisationen stehen vor der großen Herausforderung, aus einer stabilen Organisationskultur eine lernende bzw. kognitive Organisation hervorzubringen. Die technischen, ökonomischen, politischen und gesellschaftlichen Prozesse beeinflussen sich

gegenseitig und entwickeln eine Eigendynamik (Haun 2016: 375). Die Veränderungsprozesse (Raehlmann 2015: 43) zielen auf den Abbau der hierarchischen Strukturen und fördern einen transformalen Führungsstil (Ries 2009) um „ein flexibles, innovatives und dynamisches Unternehmen“ (Kraus 2014- 2017) zu schaffen. Dieser angesprochene Trend soll dem Unternehmen die Fähigkeiten geben die verschiedenen Probleme zu lösen, die vielfältigen Entwicklungen zuzulassen und sich dem Leistungsdruck anzupassen (Haun 2016: 444), um so das Unternehmen am Markt bestehen lassen zu können (Raehlmann 2015: 31).

Die Organisationstätigkeit bezieht sich nach Kricsfussy (2013) nicht mehr nur auf die Gestaltung der Organisationskultur, sondern auf die strukturelle und prozessuale Gestaltung des organisatorischen Gestaltungsprozesses. Manager müssen den Spagat zwischen den externen sowie den internen Faktoren schaffen, oder auch die Organisationsentwicklung bei „laufendem Motor“ bzw. am „offenem Herzen“, also während der alltagstypischen Abläufe umsetzen (Haun 2016: 373). Mit anderen Worten das Gleichgewicht von Stabilität, Anforderungs- und Leistungsfähigkeit der Organisation auf der einen Seite und Empowerment und Kontrolle der Mitarbeiter auf der anderen Seite schaffen (Kricsfussy 2013; Hildebrandt et. al. 2016).

Der Übergang von der Industrie- in eine Wissensgesellschaft²² braucht nach Horx (2008) interkulturelle und soziale Kompetenzen der Mitarbeiterführung und aller Mitarbeiter. Unter dieser Annahme wird das Prozessmanagement zu einem entscheidenden Erfolgsfaktor in der Unternehmensführung, da hier das Ziel nicht nur die Verbesserung der Wertschöpfungskette ist, sondern auch die Ausbildung einer nachhaltig veränderten Denkhaltung bezüglich der Mitarbeiter (Füermann 2002: 14). Die „dezentrale Steuerung“ des „neuen“ Managements vertraut auf seine Organisationsmitglieder und nutzt die vorhandenen Spielräume, um seine Ziele zu erreichen und innovative Lösungen zu fördern (Busse 1994: 17ff). Die modernen Organisationen entstehen und bestehen aus Interaktions- und Kommunikationsprozessen zwischen den Beschäftigten (Granig et. al. 2011: 64). Vor diesem Hintergrund gewann die Organisationskultur im Laufe der Organisations- und Personalentwicklung zunehmend an Bedeutung (Haun 2016:

²² „Wissensgesellschaft ist ein strategischer Begriff, der wie „postmoderne Gesellschaft“, „postindustrielle Gesellschaft“, [...] und ähnliche Begriffe die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Aspekt lenken möchte. Die Aspekte, die der Begriff Wissensgesellschaft besonders hervorhebt, sind Wissen und Bildung“ (Poltermann 2013: 1).

446). Auch werden durch das Einbinden der Mitarbeiter in die Prozesse die Unternehmenswerte geklärt und können so verständlicher gemacht werden. Diese Unternehmenswerte sind: „moralische Werte (z. B. Integrität, Fairness, Ehrlichkeit, Vertragstreue, Verantwortung), Kooperationswerte (z. B. Loyalität, Teamgeist, Konfliktfähigkeit, Offenheit), Leistungswerte (z. B. Nutzen, Kompetenz, Leistungsbereitschaft, Flexibilität, Kreativität, Innovationsorientierung, Qualität), Kommunikationswerte (z. B. Achtung, Zugehörigkeit, Offenheit, Transparenz, Verständigung)“ (ZfW 2007: 16). Die Mitarbeiterinitiative und das Verständnis kann auf die Ziele und die Visionen ausgerichtet werden, was die Verteilung der Aufgaben erleichtert und einen effizienten Output möglich macht (Hildebrandt et. al. 2016: 66; Wolf et. al. 2016). Andere Kennzeichen der neuen Konzepte sind Teilzeitarbeit, Job-sharing²³ und Jobrotation²⁴ (Haun 2016: 376), aber auch das Erreichen von Flexibilität. Diese Aussagen können durch Pawlovsky's (2016) leistungsbeeinflussende Merkmale untermauert werden. So können seiner Ansicht nach die Zielorientierung, die Achtsamkeit, die flexiblen Einsatzstrukturen, die redundanten Basiskompetenzen, die Reflexion und das erfahrungsbasierte Lernen sowie die Einsatzbereitschaft und die Motivation der Mitarbeiter zu einer Leistungssteigerung führen und damit erfolgreiche Ergebnisse für das Unternehmen hervorbringen (Pawlowsky 2016). Verschiedene wissenschaftliche Arbeiten wie beispielsweise von Haun (2016: 21), Weick (2003) und anderen Autoren machen deutlich, dass der Kapazitätsgrad der Selbstorganisation und das individuelle Wissen die Voraussetzungen für das organisatorische Lernen bzw. Wissen und damit für den organisatorischen Erfolg sind (Haun 2016: 21). Gerade in Problem- und Krisensituationen wird diese Flexibilität wichtig, da sie nicht nur der Verhütung von Problemen dient, sondern auch der Erkennung und Behebung dieser. Dabei stützt sich die Organisation auf das fachliche Wissen der Mitarbeiter (Weick et. al. 2003). Mit den Worten von Weick et. al. (2003: 89) können die Inhalte mit folgender

²³ *Job-sharing* beschreibt die Arbeitsplatzteilung. Es ist eine besondere Form des Teilzeitarbeitsverhältnisses. In dem Arbeitsvertrag verpflichtet sich der Arbeitnehmer, sich die Arbeitszeit an einem Vollarbeitsplatz zu teilen. Dieses Arbeitszeitmodell basiert auf einem flexiblen Umgang mit der jeweiligen Arbeitszeit der Arbeitnehmer (Bartscher In Gabler Lexikon).

²⁴ *Jobrotation* ist ein systematischer Arbeitsplatzwechsel, der im Bereich Humanisierung der Arbeit die geeigneten Mitarbeiter dazu veranlasst, sein Fachkenntnis und Erfahrungen zu entfalten und zu vertiefen oder die Arbeitsmonotonie und einseitiger Belastung vermeiden will. Wobei i.d.R. nur der Tätigkeits- nicht aber der Entscheidungsspielraum erweitert wird (Bartscher In Gabler Lexikon).

Aussage untermauert werden „die Fehlerkultur, das Konfliktmanagement, die Erfahrungen der Mitarbeiter, das fachliche Wissen und Können in unbekannten Situationen sind wichtiger geworden als die hierarchischen Ränge der Mitarbeiter“ (Weick et. al. 2003: 89). Generell kann man festhalten, dass sich die Reorganisation im Management und der Organisation von Unternehmen hin zu humaneren / menschgerechteren Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterführung ausrichtet. Diese Entwicklung der Mitarbeiterführung und damit verbundenen Personalentwicklung wird in Abb. 2 S. 39 veranschaulicht. Aus dieser Betrachtung heraus kann begründet vermutet werden, dass mit der beschriebenen Reorganisationswelle in den Unternehmensstrukturen und -kulturen auf der einen Seite die Produktivität, die Effektivität und die Qualität der Mitarbeiter sowie des Outputs im Kleinen und auf der anderen Seite, dem gesamten Unternehmen eine „bessere“ bzw. „höhere“ Stellung („high Position“) auf dem Markt im Großen einhergeht.

3. Konzepte der High Performance Organisationen im Krankenhaus

Auch im öffentlichen Sektor und den Dienstleistungsbranchen wozu das Krankenhaus gehört, wird versucht mit Human- Ressource- Strategien größere Erfolge zu erzielen (Kirchner 2007: 7). Im Sinne des HP- Ansatzes müssen die modernen Konzepte der Krankenhäuser ihre Ziele der Wirtschaftlichkeit (in Bezug auf die medizinische Versorgung) durch die Merkmale der Patientenorientierung und Gesundheitsförderung der Beschäftigten ergänzen (Engelke et. al. 2013: 347f). Mit Hilfe von z. B. kollektiven Lernprozessen kann nach Pfaff (1995) jedes Krankenhaus eine für sich optimale Lösung finden, um diese Schwerpunkte zu integrieren und um sich den stetig wandelnden Veränderungen anzupassen (Pfaff 1995). Nach der Darstellung der wesentlichen Merkmale der HPOs und der Reorganisation in den Unternehmensstrukturen, als den ersten Analyseschritt der für die Bearbeitung der Frage nach den Charakteristika der HPOs notwendig ist, folgt nun der zweite Analyseschritt. Dieser forscht nach der Übertragung bzw. Anwendung der „modernen“ Organisations- und Managementkonzepte in den Krankenhäusern.

3.1 Mayo Clinic- Ein Beispiel für die Anwendung der HP- Konzepte

Die amerikanische Mayo Klinik ist ein Beispiel für die Anwendung und Umsetzung der HP- Praktiken im Gesundheitswesen. Es handelt sich dabei um eine Non- Profit-

Organisation²⁵ (NPO) mit verschiedenen Standorten z. B. in Minnesota, Arizona, Florida. Die Klinik zählt zu den Besten Gesundheitsversorgern der USA und wird auch jährlich im „*Fortune Magazine 100 best companies to work for*“ angegeben (2016 Rang 86) (Mayo Clinic 2017). Die gute Position kann ein Beleg für die Anwendung der HP- Ansätze sein, da diese Klinik augenscheinlich eine gute Marktposition besitzt und zu den „Besten“ 100 Gesundheitsversorgern zählt.

Wie werden die HP- Ansätze und die dazugehörigen verschiedenen Praktiken in dieser Klinik angewandt, so dass diese zu einer der „Besten“ Kliniken der USA zählt? Der Hauptgrundsatz bzw. das Hauptziel ist „*the needs of the patient come first*“ (Mayo Clinic 2017)²⁶. Das Intranet und das elektronische Gesundheitsakten- System ermöglichen ein klinikweites Paging und führen dazu, dass der Informationsfluss zwischen dem Pflegepersonal, den Ärzten und den Patienten verbessert wird bzw. die Informationslücken geschlossen werden können. Das hat den weiteren Vorteil, dass alle relevanten Patientendaten zusammen sind, schnell übermittelt und eingesehen werden können. Gleichzeitig können so unnötige Doppeldiagnosen verhindert werden. Dies zeigt den Fokus der Patientenorientierung, die gleichbedeutend der Kundenorientierung bei den Industrieunternehmen sein kann und damit dem „*Consumer approach*“ der HPOs entspricht (AMA 2007: 17). Zusätzlich kann dieser Ansatz eine „bessere“ Patientenversorgung „zu jeder Zeit“ darstellen (Granig et. al. 2011: 70). Um Wartezeiten zu verringern und die Patientenversorgung zu verbessern wurden die Rollen (Arbeits- und Aufgabenrollen) klar definiert und es wurden neue Stellen geschaffen wie z. B. Mitarbeiter, die rein für die Koordination und den Transfer von Patienten zuständig sind. Des Weiteren bietet die Klinik auch eine telefonische Beratung an und gestaltet verschiedene Gesundheitsinitiativen mit denen die Compliance der Patienten gesteigert werden soll (Granig et. al. 2011: 71; Mayo Clinic 2014). Die Klinik fokussiert nicht nur den Patienten, sondern auch die Mitarbeiter, denn die Klinik zählt zu einer der beliebten Arbeitgeber. So sagten 2016 84 Prozent der Mitarbeiter „*their workplace is great*“

²⁵ NPO- Erläuterungen Siehe Anhang S. 40

²⁶ Andere Werte sind: „A collegial, cooperative environment with highly qualified staff, who are committed to the culture and values of Mayo Clinic. - A scholarly environment of research and education. - Salaried physicians able to focus on quality, not quantity. - Respect for the patient, family and the patient's local physician. - An unhurried examination with time to listen to the patient. - Availability of the most advanced, innovative diagnostic and therapeutic technology and techniques“ (Mayo Clinic 2014)

(Mayo Clinic 2017; AMA 2007: 24). Ein Grund ist das „Work- Life- Balance“-Programme der Mayo Klinik, dazu gehören z. B. Job- sharing und die flexible Arbeitsplanung (Mayo Clinic 2017). Die Teamarbeit fördert ein hoch qualifiziertes Personal, welches dadurch gekennzeichnet ist, dass sich die Teammitglieder gegenseitig anspornen (wie im Mannschaftssport) und die Eigenverantwortung und -leistung sowie die der Kollegen gegenüber wächst. Mit Feedbackgesprächen und einer Fehlerkultur werden Probleme sowie unnötige Prozesse beseitigt und gemeinsame Erfolge bzw. Ziele reflektiert (Granig et. al. 2011; Mayo Clinic 2017; AMA 2007: 22). Das dient dem eigenen Lernprozess, aber auch das institutionelle Wissen profitiert davon. Dazu gehört auch, dass die Klinik das Ziel der lernenden Organisation in ihre Leitlinien integriert hat, der dem Folgenden entspricht: *"discovers how to tap people's commitment and capacity to learn at all levels...where people continually expand their capacity to create the results they truly desire, where new and expansive patterns of thinking are nurtured, where collective aspiration is set free and where people are continually learning how to learn together"* (Senge 1996).

Mit dem Ausbildungs- und Fortbildungssystem werden die hoch qualifizierten Nachwuchskräfte ausgebildet und gleichzeitig bleibt die Klinik immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Die Vernetzung der verschiedenen Standorte und Fachbereiche in den Kliniken sowie der Aus- und Fortbildungsstätten ermöglicht einen verbesserten Informationsaustausch durch eine interdisziplinäre und sektorale Zusammenarbeit und fördert gleichzeitig ein organisationales Wissen (Granig et. al. 2011: 70ff; Haun 2016; Mayo Clinic 2014; Senge 1996).

Die verschiedenen Praktiken und Prinzipien sind zusammengefasst: die Patienten- und Mitarbeiterorientierung, die Vernetzung verschiedener Sektoren bzw. Gesundheitsbereiche, die leitliniengeführte Neuausrichtung (zu einer lernenden Organisation, Qualitäts- und Patientenorientierung), die Gesundheitsversorgung durch die Bereitstellung von hoch qualifiziertem Personal, der Ausbau der Informations- und Kommunikations- sowie Koordinationsstrategien. Damit zeigt diese Klinik wie HP im Gesundheitswesen gestaltet bzw. geschaffen werden kann. Die Position der Klinik als einer der „Besten“ Gesundheitsversorger in den USA, die Ausrichtung auf die Patientenversorgung sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter, die zu 84 Prozent ihren Arbeitsplatz als „*good place to work*“ (AMA 2007: 24) benennen, können ein Beleg für die

Veränderungen in den Management- und Organisationsstrukturen im Krankenhaus sein, die aus der Anwendung „neuer“ Konzepte resultierten. Zugleich kann die oben formulierte Forschungsfrage über die Übertragung der HP- Ansätze und einer HP- Position im Bereich Krankenhaus zustimmend beantwortet werden. Im zweiten Teil dieses Analyseschritts wird eine Diskussion gestartet die unter Bearbeitung der vorhandenen Bedingungen und Hemmnisse bei der Übertragung der HP- Praktiken in den Organisations- und Managementstrukturen in den Krankenhäusern relevant sind. Das wird unter der Berücksichtigung der verschiedenen Kontexte im Folgenden bearbeitet, wobei die Hypothese über die Anwendung der neuen / (post-)modernen Konzepte (wie sie aus Abschnitt 2.2 skizziert wurden) bzw. die Umsetzung der HP- Erfolgsfaktoren (wie sie in Abschnitt 2.1 aufgezeigt wurden) im Krankenhaus weiter ausgeführt wird. Das Ziel dabei ist es eine Antwort zu finden, die diese Hypothese belegt oder widerlegen kann. Zugleich dient es dazu, die Veränderungen durch die verschiedenen Praktiken in den genannten Strukturen aufzuzeigen.

3.2 Anwendungen der HP- Praktiken in deutschen Krankenhäusern

3.2.1 Deutsche Krankenhäuser im Wandel

Das deutsche Gesundheitssystem zählt national und international zu denen mit einem hohen Versorgungsniveau und nahezu unbeschränkten Zugang für die Bevölkerung (Management im Gesundheitswesen 2013, 110f). Die Krankenhäuser gehören dem stationären Bereich an, die neben den ärztlichen und pflegerischen Aufgaben auch der Ausbildung verschiedener Berufsgruppen nachgehen (§ Krankenhausgesetz (KHG) 2016). Die Krankenhäuser zählen zu den wichtigsten medizinischen Gesundheitsversorger in Deutschland (Bär 2011: 93). Die Investitionskosten werden dabei durch öffentliche Mittel der Bundesländer gewährleistet (für Einrichtung, Ausstattung und Instandhaltung) (§ KG 2016). Die Betriebskosten werden in Deutschland von den Krankenversicherungsbeiträgen der Patienten bzw. den Krankenkassen (Gesundheitskassen) finanziert (Stichwort: Duale Finanzierung) (Hoppo 2008: 201).

Kennzeichnend für deutsche Krankenhäuser ist ein aus der Tradition heraus entstandenes institutionelles Gefüge mit der „Dreierspitze“ Arzt, Pfleger und Verwaltung (Bär 2011: 114). Dies schließt hierarchische Komponenten mit einem hohem Normierungsgrad und einer eher hierarchisch organisierten

Entscheidungsfindung mit ein (Hildebrandt et. al. 2016: 64f). Vor diesem Hintergrund hatten Managementpraktiken keinen Boden fassen können (Bär 2011: 114). Ein Wandel bzw. eine Neuausrichtung in den Krankenhäusern findet seit Ende der 70er Jahre statt, mit Beginn der (gesundheits-) ökonomischen Diskussion über das Gesundheitssystem. Infolge von knappen Ressourcen und Effizienzsteigerung wurde mit den staatlichen Vorgaben (z. B. die Vorgaben des Versorgungsauftrages, der Finanzierungsangelegenheiten, zu den bestehenden Strukturen (Bundesärztekammer 2007)) der Strukturwandel und die staatlich eingeführten Wettbewerbsmomente (wie beispielsweise durch die DRG's) vorangetrieben (Bär 2011: 101). Der Krankenhausbereich wurde so mehr und mehr zu einem dynamischen Markt. Nach Hoppo (2008: 184) implizieren die Vorgaben „mit dem Kostendämpfungspfad eine heimliche Politik der Rationalisierung“, wodurch die Krankenhäuser zu dienstleistenden Wirtschaftsunternehmen werden und nicht mehr die traditionellen Sozialeinrichtungen darstellen (Hoppo 2008: 184). Damit ging einher, dass flache Strukturen entstanden und neben den Effizienzüberlegungen auch der Abbau der hierarchischen Strukturen und das Verkürzen der Entscheidungswege fokussiert wurden. Neben dieser Verflachung, unter dem Lean Management kam es zudem zu einer Verschlankung der Strukturen (Bär 2011: 116). Der Wandel in den 90er Jahren war dahingegen ausgerichtet die Bettenanzahl und die Verweildauer im Krankenhaus zu reduzieren und die verschiedenen Sektoren zu vernetzen (Bär 2011: 110). Die Verwaltung und der kaufmännische Bereich im Krankenhaus wurden mehr und mehr zum Management (Bär 2011; Busse 2013: 12ff & 256ff; Bundesärztekammer 2007). Ende des 20. Jahrhunderts kam es zudem zu vermehrten Übernahmen, Fusionen und Kooperationen (Stichwörter: Trägerwechsel und Privatisierung der Krankenhäuser). Die ökonomischen Rahmenbedingungen lösen eine Dynamik bei der Krankenhausträgerschaft aus und zogen eine Neuausrichtung der Krankenhausführung und der Ausgestaltung der Organisation mit sich (Bär 2011: 115). Infolge von Prozessoptimierung werden die hierarchischen Strukturen und die komplexe Organisation „Krankenhaus“ zu den Hauptansatzpunkten für die Organisations- und Personalentwicklung. Dies treibt die Neuausrichtung und die Anpassung der Krankenhäuser an die Umwelt und die politischen Vorgaben voran (Pfaff 2002).

Der an dieser Stelle skizzierte Wandel im Krankenhaus zeigt die Bewegungen der letzten Jahrzehnte und spricht die vorhandenen Rahmenbedingungen und Faktoren

an, die zum einen positive Faktoren und zum anderen Hemmnisse darstellen. Diese Faktoren sollen im Weiteren unter Berücksichtigung der verschiedenen Kontexte analysiert werden.

3.2.2 Die potentialen Bedingungen und Hindernisse der Anwendung neuer Organisations- und Managementkonzepte in deutschen Krankenhäusern

In Anbetracht der Verschiedenheit des deutschen und des amerikanischen Gesundheitssystems, der staatlichen Eingriffe und der traditionell gewachsenen Strukturen im Krankenhaus können verschiedene Ursachen hervorgehoben werden, die die Anwendung der „neuen“ Konzepte im Sinne der HP- Praktiken positiv und / oder negativ beeinflussen. Die Praktiken und Prinzipien der HPOs aus 2.1 werden in den Erfolgskomponenten der Mayo- Clinic (siehe Punkt 3.2.1) wiedergespiegelt und sollen im Folgenden als Kriterien für die Neuorientierung im deutschen Gesundheitswesen bzw. Krankenhaus dienen. Diese Kriterien bilden gleichzeitig die Hauptkriterien zu denen einige einflussnehmende Faktoren zugeordnet werden. Ziel dieses Abschnitts ist die Bearbeitung der oben genannten Forschungsfrage über die förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Übertragung „neuer“ Konzepte im Krankenhaus.

Die Tabelle 1: „Die begünstigenden Faktoren und die Hindernisse der neuen Organisations- und Managementkonzepte im Krankenhaus“ stellt die verschiedenen Ansätze der HPO- Praktiken dar, so wie sie im Gesundheitswesen zum Tragen kommen und die in Anlehnung an die Erfolgsfaktoren der Mayo- Clinic verlaufen / hervorgehoben wurden. Zu diesen Faktoren wurden aus den verschiedenen literarischen Werken einige ausgewählte Einflüsse bzw. Bedingungen und Faktoren zugeordnet, die in den deutschen Krankenhäusern bzw. im Gesundheitswesen eine Rolle spielen. Demnach wirken die verschiedenen Initiativen wie die gesetzlichen Vorgaben z. B. zu den Qualitätsberichten begünstigend für den Wandlungsprozess in deutschen Krankenhäusern. Wie oben bereits angemerkt stehen auch die modernen bzw. postmodernen Konzepte wie beispielsweise das Case Management, Lean Management und die integrierte Versorgung dem Wandel im Krankenhausmanagement förderlich gegenüber, da diese Konzepte idealtypisch komplementäre Elemente des HP- Ansatzes in sich tragen und auf der Grundlage von Partizipation, Empowerment und einer lernenden Organisation aufbauen (Kirchner

et. al. 2007; Pfaff 1995). Gleichzeitig führen jedoch z. B. die staatlichen Eingriffe und die traditionellen Konstrukte zu inflexiblen Strukturen und Entscheidungsfindungen sowie zu anfänglichen professionellen Widerständen und Skepsis gegenüber den neuen Konzepten (Bär 2011: 116; Bundesärztekammer 2007: 83f).

Das Verständnis zu den Widerständen bei der Einführung neuer Konzepte kann in der Betrachtungsweise der verschiedenen Kontexte gegeben werden. Diese Analyse ist aufbauend auf die aufgezeigten Hindernisse in Tabelle 1 (S. 41) und dient der Klärung und dem Verständnis über die eher zähen Veränderungsprozesse in dem Krankenhausmanagement und -organisation:

3.2.2.1 Kontext Krankenhaus und Industrie / Wirtschaft

Es ist zu erwarten, dass es bei der Übertragung verschiedener Konzepte aus der Industrie / Wirtschaft in den Gesundheitsbereich spezieller institutioneller Aneignungsprozesse bedarf (Bär 2011: 124). Dazu gehören vor allem Wettbewerbsmomente bzw. Markteigenschaften. Die Wettbewerbsmomente wurden v.a. durch die gesetzliche Einführung der DRG's, der Fallpauschalen und der Vorgaben zu Qualitätsberichten gemäß SGB V (§§ 135a ff) geschaffen (Engelke et. al. 2013: 349f). Die Eigenschaft von Gesundheit (aus ökonomischer Sichtweise ist Gesundheit ein meritorischen Gut) und die Vorgaben für die Länder gemäß der Krankenhausplanung schaffen den ökonomischen Marktzugang der Krankenhäuser (§ KHG 1972; Engelke et. al. 2013: 352). Fraglich ist ob durch die staatlichen Eingriffe die gewünschten Erfolge erreicht werden können, denn die regulierte Preisbildung (DRG's, Fallpauschalen, Vereinbarungen der Selbstverwaltung) und die Standortfestlegung der Krankenhäuser durch die Länder fördern nach Güntert (2012: 377) „eher die Sektoralisierung und einzelunternehmensfokussierte Denk- und Handlungsmuster im Management im Gesundheitswesen“ statt die Vernetzung und die Koordination der verschiedenen Bereiche. Die Entgeltsysteme fördern die Wirtschaftlichkeit bzw. den Wettbewerb unter den Krankenhäusern. Das geht aber wohl eher in Richtung Quantität statt Qualität, denn es werden eher „Anreize zu einer Verdichtung von behandelten Fällen pro Pflegetag und Bett“ geschaffen (Busse et. al. 2013: 65). Manche Krankenhäuser müssen kostengünstigere und qualitativ minderwertigere Leistungen anbieten, um bei niedrigen Fallzahlen kostendeckend zu bestehen, v. a. Krankenhäuser die sich außerhalb von Ballungszentren befinden und auf Grund des Versorgungsauftrages gebaut wurden (Neipp 1988: 99).

Wie in der Tabelle 1 und im Verlauf dieser Arbeit schon vielfach aufgezeigt spielen staatliche Vorgaben eine entscheidende Rolle im deutschen Gesundheitswesen. In den USA werden viele Aufgaben die in Deutschland in staatlicher Hand liegen von NPOs ausgeführt. Diese haben dort eine längere Tradition als in Deutschland und entstanden um die Ausweitung der staatlichen Einflussnahme zu verhindern, die infolge von sozialen und kulturellen Problemen durch Markt- und Staatsversagen entstanden (Kraus et. al. 2005: 6f). Diese Organisationsform kann ein Minimum an Selbstverwaltung und Eigenautonomie aufweisen (Gabler Wirtschaftslexikon).

Im Falle eines idealen Marktes bestimmen Angebot und Nachfrage den Preis (unsichtbare Hand des Marktes), wonach sich die gewinnorientierten Unternehmen richten. Das gilt auch für die NPOs, aber nur bedingt. Bei der Preisgestaltung sind die externen Mittel, DRGs und die gesetzlichen Vorschriften zu berücksichtigen. Die NPOs können sich auch nicht ganz von den betriebswirtschaftlichen Einsichten lösen, denn sie müssen die Preise ermitteln um einerseits ihr Bestehen / ihre Existenz zu sichern und andererseits dürfen sie die sozialen Kompetenzen und die Gemeinnützigkeit nicht aus den Augen verlieren (Tovara 2006). Ein weiterer Vorteil und auch gleichzeitig kritisch zu betrachten ist die Tatsache, dass NPOs durch ihre Gemeinnützigkeit Steuerbegünstigungen erhalten. Obwohl sie keine Gewinne für die Bildung von Kapitalrendite oder an ihre Mitglieder ausschütten dürfen, können durch die Zuschüsse und Spenden sowie Steuerbegünstigungen Gewinne erwirtschaftet werden. Diese können in das Unternehmen gleich wieder investiert werden (siehe das Beispiel der Mayo- Clinic). Das kann ihnen gegenüber ihrer Konkurrenz (gewinnorientierten Unternehmen mit gleichem / ähnlichem Leistungsangebot) Marktvorteile verschaffen (Kraus et. al. 2005: 6f; Granig et. al. 2011: 70ff; Gabler Wirtschaftslexikon; Tovara 2006). Sie können neben den finanziellen Rahmenbedingungen auch andere Sachziele und deren erreichte Ergebnisse fokussieren wie beispielsweise die Qualität der erbrachten Ergebnisse und der Arbeitsbedingungen (Kraus et. al. 2005: 6f).

Der Preis für die Leistungserbringung wird auf einem Vollversicherungsmarkt wie in Deutschland nicht von den Nachfragern (Patient bzw. Prinzipal) hinterfragt, da die Krankenkassen (bzw. Gesundheitskassen) die Kosten (teilweise oder vollständig) übernehmen. Dabei hängt das Konsumgut oder die konsumierte Menge hauptsächlich von den Empfehlungen des Agenten (des Arztes) ab. Die Qualität der Leistung hat dabei eine tragende Rolle. Unternehmen im Gesundheitsbereich werden

mehr und mehr durch die gesetzlichen Vorgaben (z. B. zur Qualität) gezwungen ihre Patienten durch Qualität und Serviceleistungen zu gewinnen. Die Kosten der Behandlungen werden dabei von den Krankenkassen getragen (ganz übernommen oder mit Zuzahlungen). Die Qualitätsergebnisse können die Kundenbedürfnisse befriedigen, sowie auch in den Industrieunternehmen. Jedoch bestehen im Gesundheitsbereich Informationsasymmetrien die eine Prinzipal- Agent- Beziehung (Patient- Arzt- Beziehung) fördern und auch die Gefahr von Moral Hazard Verhalten begünstigen können (Neipp 1988: 99ff; Oberender et. al. 2008: 84f). Im Rahmen der finanziellen Vorgaben der Gesundheitsausgaben können in manchen Fällen (siehe oben Standort) die erzielten Ergebnisse nicht voll ausgeschöpft werden. Die historisch gewachsene Dreierspitze hat unterschiedliche Wertvorstellungen und erschwert die Einigung über ein gemeinsames Ziel bzw. die Implementierung von Leitlinien, aber auch die Strukturen im Gesundheitssystem, innerhalb der Organisation und der einzelner Berufsgruppen (Busse et. al. 2013: 70f). Skepsis und Widerstände gegenüber den neuen Konzepten machen z. B. das Verschlanken der Prozesse schwierig (Fleßa et. al. 2013: 416). Es bilden sich eher Subsysteme (wie beispielsweise Sektoren, Stationen, Abteilungen) anstatt einer Ausrichtung auf die Gesamtorganisation (Bär 2011: 116f). Vor diesem Hintergrund besteht die Gefahr des „Abteilungsegoismus“ und dass das Gesamtziel aus den Augen verloren wird (Fleßa et. al. 2013: 416).

Bei den Betrachtungen zur Aneignung institutioneller Bedingungen kann man die darin enthaltene Produktionskomponente nicht außer Acht lassen. Ist die Heilung oder Behandlung eines Patienten mit der Produktion eines Gebrauchsgegenstandes gleichzusetzen? Behandlungen sind Dienstleistungen wo das Miteinander einen entscheidenden Einfluss auf das Ergebnis hat. Commitment, Einstellung und Verhalten des Patienten spielen dabei eine Rolle, sowie auch Empathie und Motivation auf beiden Seiten (Leistungserbringer und Patient, Stichwort: „Ko-Produktionsprozess“ (Ebler et. al. 2016: 67). In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage ob die Ärzteschaft es zulässt auf der gleichen Ebene wie alle anderen Mitarbeiter tätig zu werden (Ebler et. al. 2016: 66). Nach Senge (1996: 290) ist das Lernen im Team eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung zu einer lernenden Organisation. Fraglich ist jedoch ob eine gemeinsame Vision der wichtigen Akteure im Krankenhaus geschaffen werden kann oder ob die Einzelziele z. B. auf der Seite der Ärzte weiterhin überwiegen.

Laut Rörig (in Bär 2011: 211) kann mit der richtigen Mannschaft fast jedes Problem gelöst werden. Unter diesem Aspekt bleiben noch viele Fragen offen, wie z. B.

- haben wir in Deutschland genügend Personal bzw. Arbeitsplätze in den Krankenhäusern um die „richtigen“ Mitarbeiter zu beschäftigen, sowie um effektiv und effizient arbeiten zu können und das bei höchster Zufriedenheit der Patienten und der Mitarbeiter? Stichwörter wie Personalmangel und Stellenabbau sprechen eher dagegen.
- Ist eine Win- Win- Situation wie in der Industrie möglich? Also können Arbeitgeber und Arbeitnehmer von den Veränderungen in den Strukturen profitieren? Ist es möglich das mit zunehmender Produktivität und Qualität der Ergebnisse auch gleichzeitig die Arbeitsbedingungen und die Entlohnung für die Mitarbeiter verbessert werden (Kirchner 2007: 9ff)? Werden bei dem Fokus auf eine wirtschaftliche Leistungssteigerung nicht vielleicht doch mehr Überstunden, Stress (durch „Intensivierung bzw. Erhöhung der Anforderungen“) und anderer Druck seitens der Arbeitsumgebung gefördert (Kirchner et. al. 2007: 11)?

3.2.2.2 Kontext Deutschland und USA

Ein anderer Kontext der bei der Übertragung der neuen Konzepte Berücksichtigung finden sollte sind die länderspezifischen Unterschiede zwischen den USA und Deutschland. Viele der neuen Konzepte haben ihre Wurzeln in der amerikanischen Industrie bzw. den amerikanischen Gesundheitsbereichen (Kirchner et. al. 2007: 3; Schreyögg et. al. 2013: 106f). Die Organisationsentwicklung gewann als Veränderungsprozess schon in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts an Bedeutung (Raehlmann 2015: 43). Die Formen der Managed Care Organizations wie beispielsweise Medizinische Versorgungszentren, Case Management, Disease Management, integrierte Versorgung und Gatekeeper werden schon seit mehreren Jahrzehnten in den USA durchgeführt / angewandt und weiterentwickelt (Schreyögg et. al. 2013: 106ff). In Deutschland fanden diese Praktiken erst vor wenigen Jahren im Gesundheitswesen Zugang, v. a. durch die gesetzlichen Vorgaben im Rahmen von Risikostrukturausgleich, GKV- Modernisierungsgesetz und eingeführten Wettbewerbsmomenten der Krankenkassen (Ende der 70er Jahre) (Schreyögg et. al. 2013: 47). Ein anderer Unterschied liegt darin das in den USA die Disease Management- Programme andere Inhalte besitzen. So werden z. B. Prämien für neugewonnene Patienten vergeben. In Deutschland hingegen besteht ein

einheitlicher Katalog der gleichermaßen für alle Krankenkassen gilt (Hoppo 2008: 194).

Mit Business Reengineering kam es in der US- amerikanischen Industrie zu einer radikalen Verflachung der Strukturen mit dem Ziel auf die Kundenbedürfnisse einzugehen und damit die Kundenzufriedenheit zu steigern (Helfrich 2002: 14). Auch das Kundenmanagement wurde im Rahmen der Kundenorientierung zunächst in den USA eingeführt und erst Jahre später in Deutschland (Schreyögg 2013: 166). In diesem Rahmen wurden im US- amerikanischen Gesundheitswesen auch „*Clinical Pathways*“ geschaffen, um eine qualitativ bessere Leistungserbringung zu ermöglichen. Diese patientenorientierten Behandlungspfade waren schon frühe Ansätze a) in der „Planung, Steuerung und Kontrolle der Teilprozesse einer Behandlung“ (Busse et. al. 2013: 68) und b) in der Kundenorientierung und Vernetzung der Sektoren und Fachgebiete, sowie der Koordination im Gesundheitsbereich (Busse et. al. 2013: 220). In Deutschland ist die Qualität noch häufig eine „Nebenbestimmung im Vergütungskatalog“ (Busse 2013: 22), daher erfolgt die Erlösoptimierung immer noch über die Quantität. Dem sind die USA voraus, denn hier bestehen „*Pay for Performance*“- Konzepte die die Aufmerksamkeit auf die Funktionserfüllung legen und nicht mehr zu sehr auf den Patientenkontakt und die Operationen (Busse 2013: 22).

Es existieren noch weitere Unterschiede in der Ausführung, Implementierung, Finanzierung und Gestaltung einzelner Berufsgruppen, Abteilungen und Sektoren im amerikanischen Gesundheitswesen. Diese unterscheiden sich mehr oder weniger stark von Deutschland. Daher bleibt noch unklar ob die verschiedenen Konzepte der USA ohne weiteres auf Deutschland zu transferieren sind.

Zusätzlich stellt sich die Frage ob die komplexe Organisation Krankenhaus überhaupt offen sein kann gegenüber Innovationen oder Veränderungen. Aus der langen Historie heraus entstanden in der tayloristischen Zeit die Zerstückelungen der Arbeitsprozesse, die mangelnde Transparenz in den Arbeitsabläufen sowie in den Entscheidungswegen. Durch die Individualisierung der Verantwortung traten eher Einzelkämpfer hervor, als das es zu Teamarbeit gekommen wäre (Höcker 2010).

Es bleibt zu diskutieren und zu analysieren ob von den oben auferlegten Vorgaben (von staatlicher Seite) die gewünschten nachhaltigen Effekte erzielen werden. Können sich so die Wertevorstellungen und Handlungsmuster ändern? Die gesetzlichen Rahmenbedingungen haben eine entscheidende Rolle im

Gesundheitswesen. Durch die Kontrolle der Gesundheitsausgaben wird ein finanzieller Rahmen geschaffen und gleichzeitig sollen die Vorgaben der Qualitätsberichte / -sicherung erfüllt werden. Das schürt einen engen Spielraum für den Wettbewerb und den Aufbau einer Fehlerkultur. Im Hinblick auf die gesetzlichen Vorgaben und die Zertifizierungen ist zu hinterfragen, ob das Lernen an den Misserfolgen so gegeben werden kann und die Organisation Krankenhaus so zu einer lernenden Organisation werden kann?

Die Zeit / Epoche in der die Menschen leben stellt einen weiteren Kontext dar. Zu betrachten sind der medizinische Fortschritt, die digitalen Einflüsse, der demografischen Wandel sowie die dazugehörigen neuen Herausforderungen für den Gesundheitsbereich (Händeler 2008: 46ff). So spielt die Patientenorientierung eine besondere Rolle um auf dem Markt bestehen zu bleiben. In diesem Zusammenhang kann auch betont werden das sich die Generationen ändern sowie auch deren Verständnis über bestimmte Sachverhalte wie Hochleistung, Menschlichkeit und weitere. Die verschiedenen Altersgruppen brauchen z. B. eine entsprechend unterschiedliche Unterstützung für die Motivation um herausragende Leistungen erbringen zu können. So ist nach Tavolato (2016) die ältere Arbeitergeneration „stolz auf die Performance der Gesamtorganisation“, wohingegen die jungen Menschen sich viel stärker auf die individuellen Leistungen konzentrieren, worin ihr individueller Nutzen liegt (Tavolato 2016).

4. Zusammenfassung und Ausblicke

Festzuhalten bleibt das die Organisations- und Führungsanforderungen im Gesundheitswesen bzw. in den Gesundheitsunternehmen anders sind als in den klassischen Wirtschaftsunternehmen. Die Organisation und das Management können nicht kontextfrei auf das Krankenhaus übertragen werden. Die institutionellen Rahmendbedingungen und die Umwelt (die Anzahl der - und der Zugang für die Patienten, die gesetzlichen Vorgaben) sind relevante Einflussfaktoren bei der Annahme und Übertragung der verschiedenen Konzepte. Seit den 90er Jahren findet der Paradigmawechsel / die Reorganisation in den deutschen Krankenhäusern statt. Dieser Wandel kann als eine Mischung aus einer staatlich geplanten Volkswirtschaft mit einem „freien Markt“ beschrieben werden (Hoppo 2008: 185). Die Arzt-Patienten- Beziehung ist historisch gewachsen nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der Gesellschaft ((Ehlers et. al. 2008: 74). Die Dominanz der Ärzte stellte

den „pragmatischen Kern der Logik“ dar (Busse et. al. 2013: 223). Mit den besonderen Eigenschaften von Gesundheit bestehen asymmetrische Informationen zwischen Leistungsanbietern und Patienten (Schulenburg 1987).

Die gewachsenen Rahmenstrukturen und -bedingungen sind Gründe warum Krankenhausärzte zwar einen direkten Kontakt mit den Patienten haben, aber nur noch einen geringen Einfluss auf die diagnostischen und therapeutischen Vorgänge besitzen. Die Qualitätsvorgaben und -messungen werden durch die Leitlinien, SOP's²⁷ und Algorithmen vorgegeben (Hoppo 2008: 185f). Dabei ist „die effektive Gestaltung des Transformationsprozesses für Profit - und nicht profitorientierte Organisationen gleichermaßen erstrebenswert“ (Busse 2013: 12). Mit der Effizienzsteigerung kann ein Gewinn bzw. die Rentabilität des Unternehmens erzielt werden (Busse 2013: 12). In den Krankenhäusern sollte der Dienst am Menschen im Vordergrund stehen und nicht die Produktion, der Kaufpreis oder die Lieferzeit. Der Arztbesuch sollte trotz des steigenden ökonomischen Druck mit Sachkenntnis, Anteilnahme und Fürsorge erfüllt werden (Ehlers et. al. 2008: 81).

Der Inhalt des Zitates von Saint- Exupery zog sich nicht nur durch diese Arbeit, sondern zeigte die Entwicklung von Organisationsstrukturen sowie die Erfolgsfaktoren (wie beispielsweise die gemeinsamen Visionen / Ziele, die Teamarbeit und das Wissen) der verschiedenen Praktiken der (post-)modernen Organisations- und Managementkonzepte. Die gemeinsamen Visionen und die Ziele aller Beteiligten sind bei der Zusammenarbeit und den angestrebten Unternehmenszielen von großer Bedeutung, denn nach Steilmann ist ein dauerhafter Erfolg nur im Team möglich (In: Christoph 2015). Die Kommunikation zwischen den Beteiligten ist eine weitere Schlüsselkomponente um eine leistungsstarke Organisationskultur entstehen lassen zu können. Jedoch herrscht in den Krankenhäusern und den Gesundheitseinrichtungen ein „hoher Kommunikationsaufwand“ (Ebler et. al. 2016: 70) weswegen der Bewusstseins- und der Einstellungswandel (Mühlbacher 2004) aller Mitarbeiter bzw. beteiligten Berufsgruppen von Bedeutung ist (Kopetsch 2013; Güntert 2010: 382f). Aber auch die nötigen Informationen durch mehr Transparenz sowie die Beteiligung aller

²⁷ SOP's ist die englische Abkürzung für „Standard Operating Procedure“ und bedeutet demnach so viel wie Standardvorgehensweise oder standardisiertes Vorgehen. Es existiert eine verbindliche textliche Beschreibung der Prozessabläufe einschließlich deren Ergebnisprüfung und Dokumentation insbesondere in den Bereichen Umwelt, Gesundheit und Sicherheit (Divestopedia aktualisiert 2017).

Mitarbeiter durch z. B. mehr geschaffenen Handlungsspielraum und gemeinsame Diskussionen ermöglichen, dass die „Entscheidungen breit mitgetragen“ (Ebler et. al. 2016: 70) werden können. Daraus resultiert das die Ressource: „Organisationsmitglieder“ höchste Potentiale bzw. Erfolge erzielen kann und so die Unternehmensziele besser erreicht werden können (Höcker 2010: 323). Das Beispiel der Mayo- Clinic zeigt wie die Unternehmens- und Wirtschaftsziele im Gesundheitsbereich erfolgreicher erreicht werden können und wie die Umsetzung der verschiedenen Praktiken zu den angestrebten Zielen im Sinne der HPOs sind. An diesem Beispiel wurde deutlich, dass die Gewinnerzielung durch die Patienten- und Mitarbeiterorientierung stattfindet (durch den Wandel in den Organisations- und Managementstrukturen). In dieser wissenschaftlichen Arbeit wurde unterstrichen, dass die Gewinnerzielung im Gesundheitsbereich nicht nur im finanziellen Sinne stattfindet, sondern auch in Betrachtung der derzeit höchstmöglichen Ergebnisse in der Mitarbeiterführung und den „besseren“ bzw. mitarbeiterfreundlicheren Arbeitsbedingungen (die autonomer, kommunikativer, partizipativer, etc. sind), der lückenlosen medizinischen Versorgung der Patienten sowie in der Qualität der Behandlungen am Patienten oder in der Gestaltung einer zukunftsorientierten Krankenhausorganisation (ähnlich Höcker 2010: 322). Während der Analyse stellte sich heraus, dass nicht nur in Amerika Beispiele für die klinische Versorgung von Patienten im Sinne der HPOs existieren, also Kliniken mit höchsten Erfolgen (in der Koordinierung, dem Informationstransfer sowie in der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit). In Deutschland kann der Gesundheitsversorger „Gesundes Kinzigtal“²⁸ genannt werden. Auch hier werden durch die verschiedenen Konzepte / integrierten Versorgungsinitiativen die Qualität, die Effizienz, die Wirtschaftlichkeit, die Patientenzufriedenheit und die Zufriedenheit aller Beteiligten am Versorgungsprozess in Einklang gebracht (Ebler et. al. 2016: 68).

Die Hypothese: „Die neuen Organisations- und Managementkonzepte der letzten Jahre führen zu einer Veränderung der Strukturen im Krankenhaus und können auch dort eine HP bzw. - Position zeigen“ kann zum Ende dieser Arbeit positiv / zustimmend belegt werden. Die Zusammenfassung und die folgenden Sachverhalte

²⁸ „Gesundes Kinzigtal“ ist ein Versorgungsunternehmen der Gesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH im südbadischen Landkreis Ortenau. Die Trägergesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH wurde 2005 von dem ÄrzteNetz „Medizinisches QualitätsNetz Ärzteinitiative Kinzigtal GmbH und der OptiMedi AG gegründet (Ebler et. al. 2016: 68f)

können diese Annahme untermauern. Es wurde gezeigt das trotz vieler Herausforderungen (Verweis auf 3.2) ein langsamer Wandel in den Krankenhausstrukturen stattfindet und dass es erfolgreiche Krankenhäuser gibt (in den verschiedenen Ländern, insbesondere aber auch in Deutschland), die sich am Gesundheitsmarkt behaupten können (Wittemeier 2016). Die Ansätze und Erfolge der Mayo- Clinic und des Gesundheitsversorgers „Gesundes Kinzigtal“ können einen Hinweis auf den HP- Ergebnisverlauf infolge von den Veränderungen in den Krankenhausstrukturen liefern. Die verschiedenen neuen / (post-) modernen Konzepte im Krankenhaus ergänzen sich durch Referenzen, die sich positiv aufeinander beziehen und die Wechselwirkungen ermöglichen. Die vielfältigen Konzepte mit der Ausrichtung auf die Organisations- und Managementstrukturen erfordern und bauen gleichzeitig auf eine systematische Sichtweise, Partizipation, Empowerment und Commitment aller Beteiligten auf (Höcker 2010: 323). Die Hauptaufgaben der operativen Führungsebene bestehen darin, die Mitarbeiter optimal einzusetzen und konkret zu führen, denn es ist nicht nur die Leitung im Krankenhaus wichtig, sondern auch dessen Mitarbeiter sind von großer Bedeutung (Kopetsch 2013; Güntert 2013: 382f). Mit einer klaren Strategie (wie die Implementierung von Leitlinien, die Orientierung am Patienten und Mitarbeitern), einer konsequenten Umsetzung und einer leistungsfähigen Organisationsstruktur und -kultur mit einer hohen Arbeitsattraktivität können die Ziele (des Informationstransfers, der integrierten Versorgungskette, der Bedürfnisbefriedigung der Patienten, etc.) erreicht werden. Eine genauere Antwort lässt sich jedoch in der Literatur nicht finden. Gründe hierfür können darin bestehen, dass die Umsetzung / Übertragung der HP- Praktiken in ein Krankenhaus durch z. B. die Kontexte schwierig ist. Es existiert nun mal kein „lehrbuchartiges“ Konzept das eine Struktur bzw. eine Rezeptur vorgibt (Wittemeier 2016). Ein Wandel in den Krankenhausstrukturen findet statt (infolge der verschiedenen Rahmenbedingungen und der bereits eingeführten Konzepte), aber in wie weit das die HP- Position weiter ausbauen kann und zu mehr Erfolgen führen kann, dazu fehlt an dieser Stelle die nötige Expertise bzw. entsprechende Forschungsergebnisse. Andere Schwierigkeiten bei der Beantwortung der oben gestellten Forschungsfragen resultierten aus methodischen und empirischen Bedingungen. Wie die verschiedene Anzahl von Faktoren welche die HPOs beschreiben bzw. charakterisieren. Auch bei dem Vergleich der verschiedenen Gesundheitssysteme in den verschiedenen Kontexten

gab es Informationslücken, da die Daten bzw. Literatur an mancher Stelle nicht kompatibel und vollständig waren.

Diese wissenschaftliche Arbeit kann zu der begründeten Annahme kommen, dass die verschiedenen Konzepte (der vergangenen Jahre und der aus der Industrie / Wirtschaft stammend) aktiv als Impulse im Krankenhaus genutzt werden können, um die wertvollen Elemente bzw. Erfolgsfaktoren der HPOs auszubilden (Granig et. al. 2011: 72ff; Brinkmann 2010; Busse et. al. 2013; Ebler et. al. 2016: 341ff). Die Werte, Fähigkeiten und Verhaltensweisen müssen zueinander passen und stimmig ergänzt werden (Wittemeier 2016; Waal 2017). Daher müssen individuelle bzw. krankenhausbezogene Strategien entwickelt und integriert werden die synergetisch über und zu den hierarchischen Strukturen passen (Kappe 2016: 2). Beispielsweise kann die Entwicklung einer lernenden Organisation bzw. eines lernenden Krankenhauses durch Organisations-, Personalentwicklung und vielfältiger anderer Konzepte und Praktiken für eine High Performance im Gesundheitsbereich von Bedeutung sein. Auch die kreativen Potentiale und der geschaffene Handlungsspielraum sowie die Autonomie der Mitarbeiter können nicht nur nach außen hin genutzt werden (gegenüber externen Anforderungen), sondern auch in die Gestaltung der Organisationskultur mit eingebunden werden. Das kann die Weichen in die angestrebte Richtung stellen („bessere“ / mitarbeiterfreundlichere Arbeitsbedingungen und -föhrung).

Es kann zu weiteren Veränderungen in den Strukturen der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens kommen. Vor dem Hintergrund der sich ändernden Markt- und Kunden- bzw. Patientenanforderungen und der staatlichen Vorgaben sowie der Bewusstseinsänderung in der Bevölkerung werden zwangsläufig die Veränderungen vorangetrieben. Was die Zukunft bringt kann nicht abgeschätzt werden, da die Höchstleistungen von heute, nicht mit den „früheren“ oder den „zukünftigen“ Leistungen vergleichbar ist. Es handelt sich demnach um Momente die sich ständig wandeln (Leibniz 2007).

Sollten sich jedoch die profitorientierten Krankenhausbetreiber mehr und mehr als Aktionäre mit möglichst hohen Dividenden durchsetzen, um so effektiv im Sinne von finanziellen Gewinnen am Markt zu bestehen, so könnte die Patientenversorgung zunehmend in die Betriebsabläufe organisiert werden (wie in der Industrie, Stichwort Fließbandarbeit). Das hätte zur Folge dass die Ärzte mit ihrer erlernten Helfer- und Heilermotivation dieser Patientenorientierung nicht mehr entsprechen (Hoppo 2008:

205). Um die Polarität der Ethik und der Wirtschaft weiter zu verfolgen könnten diese Entwicklungen Ansatzpunkte für weitere empirische Studien sein.

Die wissenschaftliche Arbeit über die Anwendung der HP- Praktiken in deutschen Krankenhäusern endet an dieser Stelle. Das Krankenhaus ist mit seinen Strukturen eine sehr komplexe Organisation und wird wohl zunehmend ökonomisch ausgerichtet (Hildebrandt et. al. 2016: 301f; Yzer 2008: 262f; Ebler et. al. 2016: 341f; Horx 2008: 371f). Aus diesem Grund kann die Bearbeitung bzw. die Analyse der hier beschriebenen Thematik das Interesse geweckt haben, mehr über die Problematik „Markt und Gesundheit“ oder auch „Ethik und Wirtschaft“ zu erfahren und diese Forschungsergebnisse in den zukünftigen wissenschaftlichen Arbeiten zu zeigen.

Anhang

Abbildung 1: Die acht Einflussfaktoren der High Performance Organisation



Quelle: eigene Darstellung nach Waal 2007

Abbildung 1 stellt die Acht Einflussfaktoren in einem Unternehmen dar, die für die Entwicklung zu einer HPO begünstigend wirken bzw. das Unternehmen zum Erfolg bringen können dar.

Abbildung 2: Die Entwicklungsphasen der Personalentwicklung

	1960	1970	1980	1990
Philosophie	Bürokratisierung	Institutionalisierung	Humanisierung	Ökonomisierung
Hauptfunktion	Kaufmännische Bestandspflege der Personalkonten	Anpassung des Personals an organisatorische Anforderungen	Anpassung der Organisation an die Mitarbeiter, Effizienz	Anpassung an veränderte Umweltbedingungen, Effektivität
Verantwortlich	Verwaltung, Durchführung personalpolitischer Entscheidungen	Professionalisierung, Zentralisierung, Spezialisierung	Humanisierung, Partizipation, Mitarbeiterorientierung	Flexibilisierung, Rationalisierung, Substitution von Personal durch Kapital
	Kaufmännische Leitung	Personalleiter im Groß- und z.T. Mittelbetrieb	Personalstäbe, Arbeitnehmervertretungen	Personalwesen, Linienmanagement
				Geschäftsleitung, Linie, Mitarbeiter

Quelle: Wunderer, Arx. 1998 in Bartscher et al. 2012

Die Abb. 2 stellt die verschiedenen Entwicklungsphasen in der Personalentwicklung dar. Sie macht deutlich, dass die ökonomischen und verhaltenswissenschaftlichen Aspekte mehr und mehr vereint und das Personal in die Strategie- und Strukturentscheidungen einbezogen wurden.

Erläuterungen zu Non- Profit- Organisationen (NPOs)

Der Non- Profit- Sektor oder gemeinnützige Sektor oder auch „Dritter Sektor“, spielt in vielen Ländern auch wirtschaftlich eine wichtige Rolle (Granold 2005). Sie haben häufig eine lange Tradition und entstanden durch Markt- und Staatsversagen und den damit verbundenen sozialen und kulturellen Problemen (Tovara 2006; Gabler Wirtschaftslexikon). Allgemein gehören zu diesem Sektor jene Organisationen und Unternehmen die nicht der Privatwirtschaft (erster Sektor) oder dem Staat (zweiter Sektor) angehören. Sie sind sowohl im kulturellen als auch im sozialen Bereich (wie Bildung, Gesundheit) tätig und gestalten aktiv die Beschäftigungspolitik mit. In Deutschland gehören etwa die Wohlfahrtsverbände wie beispielsweise die Caritas oder die Arbeiterwohlfahrt dazu. In den USA zählen zum Non- Profit- Sektor unter anderem die Universitäten, die gemeinnützigen Krankenhäuser oder die Denkfabriken (sogenannte Think Tanks). Sie „finanzieren ihre Leistungen (die Individualleistungen, die meritorischen Güter oder Kollektivgüter) über Mitgliedsbeiträge, Spenden, Zuschüsse, Preise und Gebühren“ (Gabler Wirtschaftslexikon; Granold 2005). Deutschland bildet im internationalen Vergleich eine Ausnahme, da hier 64 Prozent der Einnahmen aus den öffentlichen Mitteln stammen. In den USA sind die Haupteinnahmequellen der „Markt, also die Gebühren, Entgelte und Einnahmen aus eigenwirtschaftlichen Tätigkeiten“ (Granold 2005). Wegen der hohen Anzahl an gemeinnützigen Organisationen und Beschäftigten in vielen amerikanischen Städten (im internationalen Vergleich siehe „*Center of Civil Society Studies*“ oder John Hopkins Universitätsstudie) stellen die gemeinnützigen Organisationen also eine starke Kraft in der regionalen Wirtschaft dar (Granold 2005).

Durch die Gemeinnützigkeit und damit die verbundenen Steuerbegünstigungen, sowie durch die minimale Autonomie glauben sich NPOs in einem „Sonderstatus“ (Tovara 2006) zu befinden. Zudem sehen sie sich „nicht als vollwertigen Teil des realen marktwirtschaftlichen Geschehens, obwohl auch für sie die gleichen Marktprinzipien gelten“ (Tovara 2006). Vor diesem Hintergrund war Jahrzehntelang von Management, Effizienz und Kundenorientierung keine Rede. Aber auch hier werden die Organisationen „in Zeiten knapper öffentlicher Kassen und abnehmender Spendenbereitschaft“ gezwungen ihren Alltag zu ökonomisieren um sich an die ansteigende Konkurrenz und die „scharfen Verteilungskämpfe“ anzupassen (Tovara

2006). Die Forderungen nach den marktwirtschaftlichen Leistungserbringungen steigen. So sollen die Krankenhäuser effizienter werden um Kosten zu sparen (Tovara 2006). Die Unternehmen und Organisationen des „dritten Sektors“ orientieren sich bei ihrer Leistungserstellung nicht am Gewinn ("Non- Profit" bzw. „Not for private Profit“) (Granold 2005). NPOs dürfen keine Gewinne zur Bildung von Kapitalrendite oder dessen Ausschüttung erzielen und verkaufen in der Regel nicht individuell nutzbare Güter bzw. Dienstleistungen(Tovara 2006, Gabler Wirtschaftslexikon). Um neben den gewinnorientierten Unternehmen auf den Konkurrenzmarkten bestehen zu bleiben werden mindestens kostendeckende Preise ermittelt, um die Gewinne und damit die Rentabilität des investierten Kapital erzielen zu können (Gabler Wirtschaftslexikon).

Tabelle 1: Die begünstigenden Faktoren und Hemmnisse der neuen Organisations- und Managementkonzepte in deutschen Krankenhäusern

Kriterien	Positive Einflüsse	Hindernde Einflüsse
<ul style="list-style-type: none"> - interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit - Vernetzung 	<p><u>Gesetze:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - GKV-VstG (2012) über die Netzwerkbildung, damit sollte die sektorale Trennung abgebaut werden und die Kommunikations- und Informationsbrüche beseitigt werden - Stichwörter: ambulantes Operieren, spezialfachärztliche Versorgung, integrierte Versorgung²⁹, Medizinische Versorgungszentren (seit 2004)³⁰ <p>=> Entlastung der Krankenhäuser um kostendämpfend vorzugehen, damit besteht die Gefahr einer angebotsinduzierte Nachfrage (Schulenburg 1987)</p>	<p><u>Entgeltsysteme (DRGs, gedeckelte Budgets)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - diese fördern eher die sektorale Gliederung und die Einzelunternehmen - sie fördern zwar Koordination und gemeinsame Prozesse, aber nicht die gemeinsame Strukturen und das Ressourcenmanagement, damit bleiben die Ziele der autonomen Anbieter eher heterogen (Güntert)

²⁹ In Anlehnung an Kodner und Spreeuwenberg (2002) „ist integrierte Versorgung ein Set von Methoden und Modellen, die unter allen Beteiligten eines Versorgungsprozesses (Patient, Leistungserbringer, Kostenträger und weiter) zu einer Vernetzung und Zusammenarbeit führen. Fokussiert ist die Verbesserung der Versorgungsqualität über alle Versorgungssettings hinweg und die Erhöhung der Lebensqualität sowie Zufriedenheit von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern“ (Hildebrandt et. al., Ebler et. al. 2016, 61).

³⁰ Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen unterschiedlicher Bereiche (Ehlers et. al. 2008: 216).

<ul style="list-style-type: none"> - Patienten-orientiert - Koordination - Prozess-management 	<p><u>Einführung der Daten-Feedback- Methode =></u> Klinikum Universität Köln führte diese zur Verbesserung der Patientenaufklärung vor Eingriffen ein (im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagement) (Pfaff 2002)</p> <p><u>Case Management:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - beschreibt die interdisziplinäre Zusammenarbeit von der Sozialarbeit, den ambulanten und stationären Bereichen (Brinkmann 2010: 250) - ist eine ganzheitliche Patientenversorgung, von der Krankenhausaufnahme bis zur Nachbehandlung (gesetzlich verankert in § 11 Abs. 4 SGB V über die Verpflichtung von Versorgungsmanagement seit 2007) 	<p><u>Krankenhaussträger</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - die Trägerwechsel von kommunalen zu privaten Trägern können zu Reorganisationsprozessen führen und gleichzeitig zur Konfrontation der ökonomischen und medizinischen Sichtweisen - häufig ist es schwer ein gemeinsames Ziel und Vorgehen zu bestimmen - private Träger können ihre Ziele meist ohne politische Widerstände schneller umsetzen, während kommunale, freigemeinnützige Krankenhäuser in einem politischen oder Verbandsgesetz eingebettet sind - politische und ökonomisch gesetzte Grenzen der Gesundheitsausgaben im Gesundheitswesen führen dazu, dass einzelne Sektoren und Institutionen nur ein begrenztes Leistungspotential an medizinischen Leistungen anbieten können (Stichwort Rationierung) - stellt sich die Frage, ob den Patienten bestimmte Leistungen vorenthalten werden (das wäre eine Bewegung entgegen der Patientenorientierung bzw. -zufriedenheit) <p>(Bundesärztekammer 2007: 83f)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - lernende Organisation - flache Hierarchie - Verschlankung der Prozesse 	<p><u>EFQM und KTQ- Konzepte zu Patienten- und MA-befragung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - diese können in Balanced Scorecard³¹ zusammengefasst werden, was eine Transparenz schafft und die Selbstbeobachtung und -steuerung erhöht, damit werden Managemententscheidungen erleichtert und die Chancen einer ganzheitlichen Steuerung 	<p><u>Berufsgruppenkonstellation im Krankenhaus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - in Anlehnung an das Lean Management sollen a) flache Hierarchien und b) Verschlankung der Prozesse entstehen zu a) dabei wird Führungsebene angesprochen => spezifische Ausformung der Dreier- Konstellation (Arzt,

³¹ „Balanced Scorecard“ ist ein an der Unternehmensstrategie ausgerichtetes Kennzahlensystem, das sowohl betriebswirtschaftliche als auch psychosoziale Kennzahlen enthält (Pfaff 2002: 313)

	<p>erhöht, mit hoher Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - wobei ein Krankenhaus nur erfolgreich sein kann, wenn es die Kennzahlen mit den Mitarbeitern diskutiert und die Problemlösungen partizipativ gefunden werden (Pfaff 2002: 313) <p><u>Anwendung von Benchmarking-Methode</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - „von den Besten der Besten lernen“ in den verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung - nicht nur der Input (Kosten), sondern auch die Qualität (Output) der Leistungserbringer kann verbessert werden (Bauer 1999) <p><u>Change Management-Konzepte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - fördert Organisationsentwicklung in theoretisch- konzeptioneller und praktischer Weise (Haun 2016: 442; Pfaff 2002) 	<p>Pflege, Verwaltung) werden in den öffentlich getragenen Krankenhäusern durch Krankenhauspläne sogar vorgeschrieben, damit obliegt die Arbeitsorganisation und -planung häufig den jeweiligen Berufsgruppen selbst</p> <ul style="list-style-type: none"> - das führt eher zu Effektivität statt Effizienz <p>Zu b) die Verschlankung der Prozesse ist durch die Komplexität der Krankenhausorganisation im Blick auf die Gesamtorganisation schwer umsetzbar, die Prozesse greifen eher bei den Subsystemen (in denen Entscheidungen und Planungen einen Ansatz für die Verschlankung darstellen) (Bär 2011: 116ff)</p>
- Standards, Leitlinien, Strategie	<p><u>Qualitätsmanagement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ist eine fortlaufende Struktur anpassung durch die Expertise vor Ort - DIN EN ISO, KTQ³² und TQM³³ Zertifizierungen führten zur Implementierung des Qualitätsgedanken in die Gesamtorganisation - der Aufbau einer Qualitätskultur kann den mittel- und langfristigen Wettbewerb positiv beeinflussen - Qualitätssicherung setzt am Output an, der Patient rückt in 	<p><u>Erst durch gesetzliche Vorgaben kommt es zur Entwicklung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsmanagement (§ 2 SGB V), Qualitätssichernde Maßnahmen (SGB V § 137 seit 1989) - führte erst zur Institutionalisierung in Form von einer Stelle oder Abteilung im Krankenhaus - die Beurteilung der Qualität ist schwierig, da die Heilung des Patienten keine Wertschöpfkette, wie in der Industrie ist

³² Im Rahmen des KTQ (*Kooperation für Transparenz und Qualität*) Zertifizierungsverfahrens wird prozessorientiert die gesamte Leistung der Einrichtung berufsgruppen- und hierarchieübergreifend bewertet, wodurch diese Einrichtung besonderes Qualitätsbewusstsein beweist. Die Zertifizierung liefert auch Anstöße zur Optimierung vorhandener Strukturen und Arbeitsabläufe. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen dabei folgende Kriterien: Kriterien im Krankenhaus: Patientenorientierung, Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung, Qualitätsmanagement (Schreiber)

³³ TQM (*Total Quality Management*) beschreibt die Optimierung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen eines Unternehmens in allen Funktionsbereichen und auf allen Ebenen durch Mitwirkung aller Mitarbeiter. Total Quality Management strebt die Erhöhung der Kundenzufriedenheit an (Voigt, In Gabler Wirtschaftslexikon)

	<p>den Focus, die Zufriedenheit, die Zusammenarbeit mit ihm entscheiden über die Ergebnisse der Behandlung (Bär 2011: 117f)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsmanagement kommt aus Industrie bzw. von profitorientierten Unternehmen, die sich im Marktumfeld bewegen - die Qualität der Leistungserbringer scheint nun in Frage gestellt zu werden, dadurch kann es bei manchen Berufsgruppen zu Widerständen und Skepsis gegenüber den neuern Konzepten kommen (Bär 2011: 117ff)
<ul style="list-style-type: none"> - Leadership - Strategien - Mitarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> - Heute finden die Besten eines Absolventenjahrgangs der Universitäten und Fachhochschulen im Gesundheitswesen Beschäftigungsmöglichkeiten (in den 80er Jahren war das noch undenkbar) - damit hat die Ärzteschaft, als dominante akademische Profession im Gesundheitswesen, eine relevante Konkurrenz erhalten, die v. a. aus dem Lager der Betriebswirte, aber darüber hinaus auch aus anderen Bereichen der sozial- und humanwissenschaftlichen Disziplinen kommen - zugleich wird der Weg eröffnet, für die Belegungsgrundlage im Rahmen der Institutionalisierung und für die Neuausrichtung im Management und in der Organisationsstruktur (Bundesärztekammer 2007: 25) 	

eigene Darstellung, in Anlehnung an die verschieden aufgeführten Literaturquellen

Die Tabelle 1 veranschaulicht die verschiedenen Einflüsse und Faktoren, die der Anwendung neuer Konzepte im Krankenhaus und damit im Hinblick auf die Ausbildung einer HPO förderlich und hinderlich gegenüberstehen.

Literaturverzeichnis

AMA (2007): HOW TO BUILD A HIGH-PERFORMANCE ORGANIZATION. A Global Study of Current Trends and Future Possibilities 2007- 2017. Online verfügbar unter http://www.amajapan.co.jp/j/pdf/HRI_HIGH-PERFORMANCE_Organization.pdf., Zugriff im: Januar 2017

Bailey T. R. 2004: High Performance Arbeitssysteme und ihre Auswirkung auf die Organisationsleistung und die Beschäftigten. In: Gruber H., Harteis C., Heid H., Meier B. (Hrsg.) (2004): Kapital und Kompetenzveränderungen,, S. 255- 270.

Bär S. (2011): Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Bauer M., Martin E. (1999): Management und Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In: Der Anaesthesist 48 (10), S. 687- 688. DOI: 10.1007/s001010050771.

Bhalla V., Caye J.- M., Dyer A., Dymond L., Morieux Y., Orlander P. (2011): High Performance Organisations. The Secrets of Their Success. In: The Boston Consulting Group, zuletzt geprüft am 28.03.2017.

Brinkmann V. (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler/ GWV Fachverlage GmbH.

Bundesärztekammer (2007): Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit. Unter Mitarbeit von Bericht der Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer. Berlin: enka-druck.

Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (1972): Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG, vom GBl. I S. 2986. Fundstelle: Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de, S. 1- 21. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/khg/gesamt.pdf>.

Busse R., Schreyögg J. (2013). Finanzmanagement im Gesundheitswesen- Einführung und methodische Grundlagen. In: Busse R., Schreyögg J., Stargardt T. (Hrsg.) (2013). Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 3. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag. S. 256- 259

Busse R., Schreyögg J., Stargardt T. (Hrsg.) (2013): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 3. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Christoph (2015): Die 30 besten Zitate zum Thema Motivation. hafawo- have fun at work (Hrsg.). Online verfügbar unter <http://www.hafawo.at/selbstmanagement-motivation/zitate-zum-thema-motivation/>. Zugriff im Februar 2017

Danner-Schröder A., Geiger D. (2016): Organisationale Resilienz- Wie Unternehmen Krisen erfolgreich bewältigen können. In: Zeitschrift Führung + Organisation 85 (3), S. 201- 208.

Divestopedia (Hrsg.) (aktualisiert 2017): Standard Operating Procedures (SOP). Online verfügbar unter <https://www.divestopedia.com/definition/967/standard-operating-procedures-sop>.

Ebler S., Kurscheid C. (Hrsg.) (2016): Gesundheitsnetzwerke. Medizinisch Wirtschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin.

Ehlers A. Ebermann T., Heinemann A.-K- (2008): Das Gesundheitssystem im Wandel: Vom Patienten zum Kunden? In: Merz F. (Hg.): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser Verlag, S. 6- 83.

Ehlers A., Ebermann T., Heinemann A.- K- (2008) (2008): Der Arzt von morgen: Manager und Medicus. In: Merz F. (Hrsg.): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser Verlag, S. 213- 227.

Engelke D. R., Schmidt- Rettig B., Winter C. (Hrsg.) (2013): Personalmanagement in Krankenhäusern. In: Busse R., Schreyögg J., Stargardt T. (Hrsg.) (2013): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 3. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Medizin. S. 347- 364

Fleßa S., Weber W. (2013): Informationsmanagement und Controlling in Krankenhäusern. In: Busse R., Schreyögg J., Stargardt T. (Hrsg.) (2013): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 3. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Medizin S. 415- 431

Füermann T., Dammarsch C. (2002): Prozessmanagement- Anleitung zur Steigerung der Wertschöpfung. 2. Aufl. München und Wien: Carl Hanser Verlag.

Gabler Wirtschaftslexikon: Das Wissen der Experten. Online verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/>.

Gabler Wirtschaftslexikon (Hrsg.): Nonprofit- Organisation (NPO). Springer Gabler. Online verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/4696/nonprofit-organisation-npo-v12.html>. Zugriff im: Januar 2017

Granig P., Nefiodow L. A. (2011): Gesundheitswirtschaft- Wachstumsmotor im 21. Ja. Mit "gesunden" Innovationen neue Wege aus der Krise gehen. 1. Aufl.: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Granold S. (2005): Gemeinnützige Organisationen im internationalen Vergleich. Konrad- Adenauer- Stiftung. Washington. Online verfügbar unter http://www.kas.de/wf/doc/kas_6352-544-1-30.pdf. Zugriff im: Januar 2017

Güntert B. (2013): Personalmanagement in der Arzneimittelindustrie. In: Busse R., Schreyögg J., Stargardt T. (Hrsg.) (2013): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 3. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Medizin. S. 383- 389.

Hacker W. (1991): Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 35 (2), S. 48- 58.

Händeler E. (2008): Gesundheit wird zum Wachstumsmotor- Ressourcen für Krankheitsreparatur werden immer knapper und der Innovationsdruck löst einen neuen Kondratieff- Strukturzyklus aus. In: Merz F. (Hrsg.) (2008): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser Verlag, S. 29- 61.

Haun M. (2016): Cognitive Organisation. Prozessuale und funktionale Gestaltung von Unternehmen. Deutschland: Springer-Verlag GmbH.

Heidbrink M., Brenner S. (2016): Messung von Hochleistungskultur – Konstruktion, Optimierung und Erprobung des HPO- Analyzers. In: Journal of Business and Media Psychology, 2016 (1). Online verfügbar unter <http://journal-bmp.de/2013/06/messung-von-hochleistungskultur-konstruktion-optimierung-und-erprobung-des-hpo-analyzers/>. Zugriff im: Dezember 2016

Helfrich C. (2002): Praktisches Prozessmanagement. Vom PPS-System zum Supply Chain Management. 2. Aufl. München und Wien: Carl Hanser Verlag.

Hildebrandt H., Dold H., Schmitt G., Tillack D., Zimmer P. (2016). Delegation, Substituieren und Aufgabendefinitionen als Chance in Netzwerken und regionalen Gesundheitsorganisationen. In: Ebler S., Kurscheid C. (Hrsg.) (2016): Gesundheitsnetzwerke- Strategie, Konzeption, Steuerung. Berlin: Medizinisch Wirtschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 297- 309

Hildebrandt H., Stunder B. H., Wetzel M., Gröne O. (2016). Erfolgsfaktoren für Netze und regionale Gesundheitsorganisationen: Organisationsformen, Führung, Patientenorientierung. In: Ebler S., Kurscheid C. (Hrsg.) (2016): Gesundheitsnetzwerke- Strategie, Konzeption, Steuerung. Berlin: Medizinisch Wirtschaftliche Verlagsgesellschaft. S.60- 74

Höcker A. (2010): Aspekte des Konzeptes Lernende Organisation im Rahmen einer betrieblichen Weiterbildung in Case Management. In: Brinckmann V. (2010): Case Management, S. 309- 324.

Hoppo J. D. (2008): Mit der Gesundheitsreform der Zwei-klassen-Medizin. In: Merz F. (Hrsg.) (2008): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser Verlag, S. 181- 212

Horx M. (2008): Healthstyle 2025. In: Merz F. (Hrsg.) (2008): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser Verlag, S. 351–376

Jenewein W., Heidbrink M. (2008): High Performance Teams. Die fünf Erfolgsprinzipien für Führung und Zusammenarbeit. Stuttgart: Schäffer/PöschelVerlag

Kappe D. (2016): High Performance Leader- Dauerhaft erfolgreich auf der Top-Ebene. Wirksame Selbst- und Unternehmenssteuerung. Wiesbaden: Springer Gabler.

Kaschny M., Nolden M., Schreuder S. (2015): Organisationsstrukturen In Innovationsmanagement im Mittelstand. S. 213- 274: Springer Fachmedien Wiesbaden (DOI 10.1007/978-3-658-02545-8_6). Online verfügbar unter http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-658-02545-8_6.

Kirchner S., Oppen M. (Hrsg.) (2007): Das Ende der Reorganisationsdynamik? High Performance Work Practices als Muster der Reorganisation in Deutschland. Unter Mitarbeit von www.ssoar.info. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB) (SP III 2007-103).

Kopetsch T.: Personalmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen. In: Busse R., Schreyögg J., Stargardt T. (Hrsg.) (2013): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 3. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Medizin. S. 376- 382

Kotter J. P., Heskett J. L. (1992): Corporate Culture and Performance. New York: The Free Press.

Kraus G. (2014- 2017): Agiles Management: Eine High-Performance-Organisation bleiben. „Handbuch Change-Management“ (Cornelsen Verlag). Hrsg. v. 3 Minuten Coach. Die BILDUNGSMANAGER KG. Online verfügbar unter <https://www.3minutencoach.com/agiles-management-eine-high-performance-organisation-bleiben/>. Zugriff im: Dezember 2016

Kraus M., Stegarescu D. (2005): Non-Profit-Organisationen in Deutschland. Ansatzpunkte für eine Reform des Wohlfahrtsstaats. Dokumentation Nr. 05-02. Mannheim (ISSN 1611-

681X). Online verfügbar unter <ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/docus/dokumentation0502.pdf>. Zugriff im: Dezember 2016

Krejci G. P. (2010): Teams als Entwicklungsmotor der Unternehmenskultur. Im Team Veränderung gestalten. In: OrganisationsEntwicklung - Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management (3), S. 1–11.

Kricsfussy A. (2013): Organisation- die unterschätzte Disziplin. In: Zeitschrift Führung + Organisation 82 (1), S. 61- 63.

Leibniz G. W. (2007): „Die metaphysischen Anfängen der Mathematik“. Göttingen: Matrix Media Verlag.

Link K. (2016): Paradoxe Führung". Eine sowohl-als-auch-Perspektive in der Organisation verankern. In: Zeitschrift Führung + Organisation 85 (5), 342- 34.

Mayo Clinic (Hg.) (2014): YOU ARE ... THE CAMPAIGN FOR MAYO CLINIC (M C7116 - 3 2). Online verfügbar unter http://www.mayo.edu/pmts/mc7100-mc7199/mc7116-32.pdf?_ga=1.141681970.1603196379.1487935855. Zugriff im: Dezember 2016

Mayo Clinic (Hrsg.) (2017): Great Place to Work. Great Place to Work Institute. Online verfügbar unter <http://reviews.greatplacetowork.com/mayo-clinic>. Zugriff im: Dezember 2016

Merz F. (Hrsg.) (2008). Wachstumsmotor Gesundheit- Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser Verlag

Michels R. (1925): Sozialismus und fascismus in Italien.

Neipp J. (1988): Das Gesundheitswesen der USA: Ein Vorbild für die Gesetzliche Krankenversicherung? 1. Aufl. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Pawlowsky P. (2016): Human Ressource Manager. Was erfolgreiche Teams ausmacht. Online verfügbar unter <http://www.humanresourcesmanager.de/ressorts/artikel/die-dna-der-besten-654271130>. Zugriff im: Januar 2017

Pfaff H., Klein J. (Hrsg.) (2002): Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen. Unter Mitarbeit von Medizinische Klinik. GRUNDLAGEN MEDIZINISCHER NACHBARGEBIETE. München: Urban & Vogel (97:309-15, 5)

Pfaff H. 1995: Das Krankenhaus zwischen Markt und Staat: das magische Dreieck des Krankenhausmanagements und das Konzept des lernenden Krankenhauses. In: 27. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie- Gesellschaft im Umbruch: Sektionen und Arbeitsgruppen, S. 236- 240. Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-137441>. Zugriff im: Dezember 2016

Poltermann A. (2013): Wissensgesellschaft. Belgrad. Online verfügbar unter https://www.boell.de/sites/default/files/uploads/2013/09/ausfuehrliche_fassung_des_textes_wissensgesellschaft.pdf. Zugriff im: Dezember 2016

Raehlmann (2015): Entwicklung der Arbeitsorganisation. Voraussetzungen, Möglichkeiten, Widerstände. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Reiss M. (1993): Die Rolle der Personalführung im Lean Management. In: Zeitschrift für Personalführung 7 (2), S. 171- 194

Ries B. (2009): High Performance Teams- Darstellung und kritische Würdigung. Hrsg. v. e-fellows.net (9783656028505). Online verfügbar unter <http://www.grin.com/de/e-book/180242/high-performance-teams>. Zugriff im: Dezember 2016

Röhrl G., Zehnder E., Mertens U., Ritter J. (02/ 2009): Führung. „Unsere Teams sollen nicht Kosten reduzieren, sondern Prozesse verbessern.“ Interview mit W. Reitzle.

Sackmann S. A. (2004): Erfolgsfaktor Unternehmenskultur. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Saint-Exupery A. de (1948). Die Stadt in der Wüste. Unter Mitarbeit von unvollendet Citadelle posthum.

Schreiber G.: KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität) für Krankenhäuser. Hrsg. v. Quality Austria - Trainings, Zertifizierungs- und Begutachtungs- GmbH. Online verfügbar unter <http://www.qualityaustria.com/index.php?id=2373>. Zugriff im: Dezember 2016

Schreyögg G., Noss C. (1994): Hat sich das die Organisation überlegt? Grundfragen der Unternehmenssteuerung in neuem Licht. In: Die Unternehmung 48 (S. 17- 23).

Schreyögg J., Weinbrenner S., Busse R. (2013): Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.) (2013). 3. Aufl.; Berlin Heidelberg: Springer Fachmedien. S. 106- 127

Schulenburg J.-M. G. (1987): Selbstbeteiligung-Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen. Tübingen.

Selke M. (Hrsg.) (2017): Personalmanagement. Unter Mitarbeit von C. Medizinökonomie 2. Thielscher. FOM-Edition. 289-329. Wiesbaden: Springer Fachmedien (DOI 10.1007/978-3-658-08514-8_10). Online verfügbar unter https://vpn-bibo.hsnb.de/+CSCO+0h756767633A2F2F71626A6179626E712E66636576617472652E70627A++/static/pdf/170/chp%253A10.1007%252F978-3-658-08514-8_10.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fchapter%2F10.1007%2F978-3-658-08514-8_10&token2=exp=1490105667~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F170%2Fchp%25253A10.1007%25252F978-3-658-08514-8_10.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fchapter%252F10.1007%25252F978-3-658-08514-8_10*~hmac=84aefdf808e5d733902019248bce9acfc49450f8fe8b8d496a097dac93e447cb. Zugriff im: Dezember 2016

Senge P. M. (1996): Die fünfte Disziplin. Stuttgart.

Tavolato P. (2016): Hochleistung UND Menschlichkeit bei allen Generationen - geht das? In: LinkedIn (Hrsg.). Online verfügbar unter <https://www.linkedin.com/pulse/hochleistung-und-menschlichkeit-bei-allen-geht-das-peter-tavolato>. Zugriff im: Februar 2017

Taylor F. W. (1977): Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung. (The principles of scientific management). In: W. Volpert, R. Vahrenkamp. (Hrsg.) 1. Aufl. S. 13. Weinheim, Basel: Beltz.

Tovara S. (2006): Warum brauchen Non-Profit-Organisationen Marketing? Fachhochschule im Deutschen Roten Kreuz Göttingen. Online verfügbar unter <http://www.grin.com/de/e-book/63641/warum-brauchen-non-profit-organisationen-marketing>. Zugriff im: Februar 2017

Voigt K.- I.(2017): TQM. Springer Gabler Verlag (Hrsg.). Online verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/total-quality-management-tqm.html>. Zugriff im: Februar 2017

Waal A. A. de (2007): The Characteristics of a High Performance Organization, S. 1- 16, letzter Zugriff im Februar.2017

Waal A. A. de (2012): Characteristics of High Performance Organizations. Hg. v. Business Management and Strategy. Maastricht School of Management. S. 28- 45 (ISSN 2157-6068, No. 1). Online verfügbar unter Im Internet: <http://macrothink.org/journal/index.php/jmr/article/viewFile/2062/1817>. Zugriff im: Dezember 2016

Waal A. A. de (2017): Definition eines Hochleistungsorganisation (HPO). Hg. v. HPO Center. Online verfügbar unter <https://www.hpocenter.de/article/definition-eines-hochleistungsorganisation-hpo/>. Zugriff im: Dezember 2016

Weick K. E., Sutcliffe K.M. (2003): Das unerwartete managen. Klett-Cotta.

Wirtschaftslexikon: Wissen für Unternehmer und Führungskräfte. Online verfügbar unter Onpulson.de.

Wittemeier K. (2016): Veränderung als Chance: Changemanagement im Gesundheitswesen. Stiftung Gesundheit (Hrsg.). Online verfügbar unter <https://www.stiftung-gesundheit.de/veraenderung-als-chance-changemanagement-im-gesundheitswesen>, zuletzt aktualisiert am 25.03.2017.

Wolf J., Öhlschlegel- Haubrock S., Rach J. (2016): Führen ohne disziplinarische Führungsgewalt. Wie High Potentials lernen können transfomational zu führen. In: Zeitschrift Führung + Organisation 85 (3), S. 185- 191

Wunderer R., Arx S. (1998): Personalmanagement als Wertschöpfungs-Center: integriertes Organisations- und Personalentwicklungskonzept. Wiesbaden.

Yzer C. (2008). Pharmaindustrie- Chancen in einem globalen Markt. In: Merz F. (Hrsg.): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser Verlag, S. 245- 264

ZfW (2007): WerteManagementSystem. Zentrum für Wirtschaftsethik GmbH (Hrsg.). DEUTSCHES Netzwerk Wirtschaftsethik. Online verfügbar unter http://www.dnwe.de/tl_files/ZfW/wms.pdf. Zugriff im: Januar 2017