

# Unterschiede in Einklang bringen

## Von der Herausforderung, Kooperationen zu beraten

*«Führen Sie über 30 staatliche, ausgegliederte staatsnahe und zivilgesellschaftliche Organisationen des Gesundheits- und Sozialbereichs in ein Kooperationsystem zusammen. Beraten Sie dabei die beteiligten Akteure (letztlich waren es 164 Personen, die in unterschiedlichen Projektgremien aktiv mitwirkten) beim Aufbau einer raschen, lückenlosen sowie medizinisch und ökonomisch sinnvollen Behandlungskette für alle PatientInnen bzw. unmittelbar Betroffenen. Und entwickeln Sie eine gemeinsame Kooperationsstruktur, um die Ergebnisse dieses Veränderungsprozesses nachhaltig abzusichern.» Anhand dieser Fallstudie arbeiten wir einige zentrale Fragen und Herausforderungen heraus, denen sich BeraterInnen und Beteiligte beim Aufbau einer trans- und interdisziplinären Kooperation stellen sollten.*

### **Nahtstellenmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich**

Das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem ist durch eine enorme Ausdifferenzierung der Leistungserbringung von staatlichen, ausgelagerten staatsnahen sowie Non-Profit und For-Profit Organisationen gekennzeichnet. Eine Vielzahl von Institutionen und AkteurInnen – Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen, Alten- und Pflegeheime, Soziale Dienste, Heimhilfen, Transportorganisationen, etc. – arbeiten neben- und miteinander an den anfallenden Aufgaben. Die aktiven Institutionen bzw. Berufsgruppen sind von unterschiedlichen Traditionen, Kulturen und Arbeitslogiken geprägt. Durch ein vielschichtiges Finanzierungssystem und ein kompliziertes System an Zuständigkeiten wird die Komplexität zusätzlich erhöht. Beispielsweise wird der Bereich der Krankenanstalten («Intramurales System») vom Bund, den Ländern, Gemeinden, speziellen Rechtsträgern – ergänzt durch Beiträge der Krankenkassen – finanziert. Im «Extramuralen System» erfolgt die Finanzierung des Gesundheitsbereiches (z.B. niedergelassene ÄrztInnen) zur Gänze durch die Krankenkassen. Die soziale Versorgung (z.B. 24h-Pflege) hingegen wird vom Sozialbudget des Landes getragen, wobei der Geldfluss über die Bezirkshauptmannschaften erfolgt.

Dieser Finanzierungs- und Zuständigkeitsdschungel erschwert die Einführung neuer bzw. verbesserter Strukturen und Prozesse. Er hat Auswirkungen auf die Effizienz und verursacht

hohe Kosten. Er fördert weder das Arbeitsklima der AkteurInnen, noch trägt er zur Zufriedenheit der PatientInnen bzw. betroffener BürgerInnen bei. Gleichzeitig ist das Leistungsangebot unübersichtlich und von einer Vielzahl an Schnittstellen geprägt. Zudem wird heute die Leistungserbringung immer differenzierter und für den Laien im zunehmenden Maße undurchblickbar. Dieser Ist-Zustand verlangt AkteurInnen und Betroffenen einiges an Selbstorganisation sowie Koordinations- und Leidensfähigkeit ab.

In diesem gesellschaftlichen Kontext stellt «Kooperation» eine innovative und attraktive Form dar, mit dieser Unterschiedlichkeit und Ausdifferenzierung von Organisationen produktiv umzugehen. Kooperationen ermöglichen die Verknüpfung von Ressourcen für maßgeschneiderte Lösungen. Sie verbinden effektiv Leistungsprozesse über Organisationsgrenzen hinweg und tragen zu deren Optimierung bei. Das Potenzial von Kooperationen liegt in der Fähigkeit, die Pluralität der Organisationen zu nutzen und ihre Leistungsfähigkeit auf Problemlösungen hin zu bündeln. Das schafft Optionen, um auf die geschilderte Problematik effektiv reagieren zu können.

2005 wurde im Rahmen einer österreichischen Gesundheitsreform erstmals eine rechtliche Grundlage zur Förderung einer integrierenden und effizienzsteigernden Kooperationsstruktur zwischen dem extramuralen und intramuralen Gesundheitsbereich geschaffen. Auf Grundlage einer gesetzlichen Vereinbarung wurden die Bundesländer angehalten, kooperativ

angelegte «Nahtstellenmanagementprojekte» zur Qualitätsverbesserung der Versorgung an den Schnittstellen zwischen den intra- und extramuralen leistungserbringenden Institutionen einzurichten.

## Ein österreichisches Bundesland setzt auf Kooperation

Ein österreichisches Bundesland hat die Initiative ergriffen und auf Betreiben der Landesregierung und der Krankenkassen 2007 den Impuls gesetzt, alle relevanten Aufgabenbereiche im Gesundheitswesen einschließlich des Pflegebereichs in die Planungsdiskussionen einzubeziehen. Neben dem Anspruch als erstes Bundesland auf diesem Gebiet innovative Impulse zu setzen, spielte auch die Überlegung eine Rolle, sich später nicht an von anderen Bundesländern entwickelten Lösungen abarbeiten zu müssen.

Es wurde ein «Gesundheitsfonds» als eigene Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Ihm gehören fünfzehn stimmberechtigte Mitglieder (7 VertreterInnen der Landesregierung; 7 VertreterInnen der Sozialversicherungsträger; eine VertreterIn der Bundesregierung) sowie vierzehn beratende Mitglieder (jeweils SpitzenvertreterInnen aus relevanten Institutionen wie Ärztekammer, Krankenhausverbänden, Gemeinde- und Städtebund, etc.) an. Ziel und Zweck des Fonds ist die Verbesserung der Qualität und Steigerung der Effizienz der Gesundheitsversorgung sowie die Durchführung diesbezüglicher Projekte.

Gleichzeitig wurde eine Maßnahme zum Thema «Nahtstellenmanagement» initiiert. Dabei geht es um die nachhaltige Gewährleistung einer raschen, lückenlosen, medizinisch und ökonomisch sinnvollen Behandlungskette für alle PatientInnen im medizinischen Bereich sowie für alle KlientInnen im sozialen Bereich mit dem Ziel, die bestehenden Systemstärken zu erhalten und die Schwächen zu beseitigen. Eine erste Projektphase zur Bestandsaufnahme der diesbezüglichen im Bundesland vorhandenen Stärken- und Schwächensituation wurde unter Leitung eines auf Forschungs- und Planungsfragen im Gesundheitswesen spezialisierten Experteninstituts gestartet. Es konnten eine Reihe von Strukturen identifiziert werden, die bereits einen hohen Standard der Versorgung gewährleisten. Als Beispiel seien hier krankenhauserne sogenannte «Überleitungspflegestellen» genannt, die eine reibungslose Überleitung der PatientInnen von der Krankenhausbetreuung in den extramuralen Betreuungsbereich gewährleisten sollen. Dennoch wurde bei der Untersuchung aufgezeigt, dass einige dieser an sich gut funktionierenden Strukturen, insbesondere bei der Aufgabenzuordnung und Koordination konkreter Fälle, eine Optimierung der interorganisatorischen Zusammenarbeit nötig hätten. Damit war neben einer theoretischen

auch die praktische Notwendigkeit eines expliziteren Nahtstellenmanagements empirisch nachgewiesen – der Case for Action war da.

### Mögliche Vorgehensansätze

Aufgrund der beschriebenen Problemkomplexität und der fehlenden Erfahrung mit dem Aufbau funktionierender überbetrieblicher Kooperationen stellte sich für die beiden Initiatoren «Landesregierung» und «Gebietskrankenkasse» – die größte allgemeine Pflichtversicherung – die Frage, wie sie das Vorhaben konkret zweckmäßig angehen sollten.

In der Vergangenheit wurden Projekte und Reformvorhaben in der Regel entlang eines top-down orientierten «Planungszuganges» durchgeführt. ExpertInnen entwickelten Papiere. Diese wurden durch Vertreter zuständiger Behörden und betroffener Institutionen auf ihre sachliche Richtigkeit, Vollzugstauglichkeit und Akzeptanz – im Regelfall als quasi «Trockenübung» theoretisch – überprüft und teilweise adaptiert. Schließlich wurden die gefundenen Lösungen vom Gesetzgeber bzw. den Behörden als gültige Vorgaben zur Umsetzung verabschiedet. Ein solches Vorgehen bietet den Akteuren Berechenbarkeit, die Sicherheit jahrelang praktizierter Routine. Sowohl betreibende Protagonisten und Auftraggeber als auch betroffene Akteure wissen von Beginn an weitgehend, welche Ergebnisse am Ende des Projektes zu erwarten sind bzw. herauskommen (sollen). Sofern externe BeraterInnen hinzu gezogen werden, stellen auch diese die Vorgehenspraxis sicher. Die BeraterInnen stellen, in enger Abstimmung mit den Experten und verantwortlichen Akteuren, die Diagnose und Projektkonzeption – sowie vielfach auch die Lösungen selbst. In einem zweiten Schritt begleitet die sie die Durchführung des Projektes.

**«Beim OE-Ansatz wird bereits in der Konzeptionsphase versucht, die Vorstellungen der betroffenen MitarbeiterInnen zu integrieren.»**

Die Erfahrungen mit diesem Vorgehensansatz zeigen allerdings, dass die Mehrzahl solcher Projekte im Gesundheits- und Sozialbereich de facto wenige Veränderungen bewirken bzw. nur geringe Nachhaltigkeit aufweisen. Insbesondere deswegen, weil es dabei häufig nicht zu wirklich kreativen Arbeitsprozessen und damit auch zu nur wenig innovativen Lösungen kommt, da die nachhaltige Umsetzung der Lösungen durch kein ausreichend tragfähiges Commitment der Projektprotagonisten sichergestellt wird. Im Wissen darüber, was üblicherweise bei einem solchen Vorgehen letztlich an Lösungen für den Arbeitsalltag herauskommt, wird gleich auf kleiner Flamme gekocht. Engagement und Initiative der Beteiligten halten sich in Grenzen, was zur Reproduktion der Erfahrungen in der Vergangenheit mit diesem Vorgehensansatz beiträgt.

Dem steht der Ansatz der Organisationsentwicklung (OE) gegenüber, der ein top-down- mit einem bottom-up-Vorgehen verbindet. Bereits in der Konzeptionsphase wird versucht, neben dem Wissen und den Erfahrungen von ExpertInnen und Führungskräften auch die vorhandenen Ideen und Vorstellungen der betroffenen MitarbeiterInnen durch deren aktive Einbindung zu integrieren. Eine weitere Differenz zum Planungsansatz besteht darin, dass ein OE-Prozess nicht linear verläuft. Er ist so angelegt, dass im Entwicklungsprozess gefundene Erkenntnisse inhaltlich und vorgehensseitig integriert werden und erarbeitete Lösungsansätze meistens zeitgleich zur Konzeptionsarbeit im Regelbetrieb – beispielsweise über pilotartige «Probelaufe» – erprobt werden. Die dabei gewonnenen Erfahrungen fließen bereits in die von Gesetzgeber/Behörden zu verabschiedenden Lösungen ein. Eingeführt wird, was bereits erprobt wurde und sich zumindest teilweise bereits als alltagstauglich erwiesen hat.

## Erfolgsfaktoren für das Management und die Beratung von Kooperation

### Verständnis einer Kooperation:

- Die Rolle der Politik ist in Kooperationen zu beachten.
- In Kooperationen sind die Leistungen und die Leistungsfähigkeit der Partner in den Fokus zu rücken.
- In Kooperationen sind die handelnden Personen und ihre Beziehungen zu berücksichtigen.
- Vertrauen bildet die Basis von Kooperation.
- Teams sind das Bauprinzip von Kooperation.

### Management einer Kooperation:

- Ein gemeinsamer Business Case ist zu erarbeiten.
- Die Kooperation braucht einen als allparteilich wahrgenommenen Dritten, der nur dem neuen System der Kooperation verpflichtet ist.
- Kooperationen müssen geführt werden und brauchen tragfähige Entscheidungen und somit ein gemeinsam eingerichtetes Steuerungssystem.
- Kooperationen sind als eigenständige soziale Systeme von und zwischen den beteiligten Organisationen zu kreieren.
- Kooperationen brauchen einen «Server im Netz», also eine von allen akzeptierte und beauftragte Instanz, die diese Koordinationsleistungen erbringt.
- Kooperationsbeteiligte Organisationen müssen erst die internen Voraussetzungen zur Teilnahme an einer Kooperation schaffen.

## Fach- und Prozesskompetenz gesucht

Für die beiden Initiatoren war eine derartige Grundsatzentscheidung schwierig. Zum einen fehlten die Erfahrungswerte mit dem OE-Ansatz, zum anderen bestand die Vermutung, dass dieser komplexen Problematik mit einem herkömmlichen Planungsprojekt nicht beizukommen sei bzw. geringe Wahrscheinlichkeit auf de facto Veränderungen bestünde. Die neue – und für alle Akteure ungewohnte Herausforderung – lag darin, gleichzeitig sowohl inhaltliche Lösungen zu erarbeiten, als auch ein konkretes stabiles Kooperationsystem zwischen den AkteurInnen und den involvierten Institutionen zu entwickeln. Während auf der inhaltlichen Ebene viel Kompetenz vorhanden war, fehlte bei der Frage nach dem Aufbau einer Kooperation die Expertise.

Neben der traditionellen Kernkompetenz in Organisationsentwicklung hat sich die iff Abteilung «Organisationsentwicklung und Gruppendynamik» an der Universität Klagenfurt in den letzten Jahren im Rahmen eines Forschungsschwerpunktes zum Thema Kooperation zwischen Organisationen auf die Beratung und Beforschung von Kooperationsprojekten, vorrangig im Gesundheits- und Sozialbereich, spezialisiert. Ausgehend von diesen Aktivitäten haben wir Erfolgsfaktoren für die Entwicklung von Kooperationsystemen herausgearbeitet (vgl. dazu das «Grossmann/Lobnig Modell» in Grossmann, Lobnig und Scala 2007).

Unsere Abteilung kam ins Spiel, weil zwischen der Gebietskrankenkasse, als einem der Auftraggeber, und uns als ausgewiesene OE-BeraterInnen und KooperationsexpertInnen bereits eine langjährige Zusammenarbeit existierte – sowohl auf wissenschaftlicher Ebene als auch im Kontext konkreter Weiterbildungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Diese Kooperationsbeziehung und das Vertrauen der Keyplayer der Krankenkasse in unsere diesbezügliche Expertise überzeugte schlussendlich auch die BeamtInnen und PolitikerInnen des Landes. Man beauftragte uns als Universitätsabteilung mit integriertem Forschungs- und Beratungsansatz mit der Begleitung des Vorhabens.

Zum ersten Mal hatten sich Akteure der Gesundheits- und Sozialpolitik eines österreichischen Bundeslandes entschlossen, ein zentrales gesellschaftliches Thema mit komplexer Problemstellung mit Hilfe eines organisationsentwicklerischen Ansatzes kooperativ zu bearbeiten. Das deklarierte Ziel war, ein wirksames Kooperationsystem zu entwickeln und die gefundenen Lösungen bereits während der konzeptiven Projektarbeit in ausgewählten Modellregionen zu erproben.

## Projekt akquiriert, doch wie startet man?

Eine wesentliche Herausforderung bei der Begleitung von Kooperationsprojekten besteht darin, alle beteiligten Akteure ins Boot zu bekommen. Dies bedingt insbesondere in der Anfangsphase auf Seite der Beteiligten und der BeraterInnen einen

höheren Ressourceneinsatz als bei OE-Prozessen sonst üblich. Zudem werden Voraktivitäten für die Einrichtung der Projektorganisation notwendig, die weitaus umfassender ausfallen als bei einem Vorgehen nach dem top-down Planungsansatz. Zwei Dimensionen gilt es in dieser Phase besonders zu beachten:

Erstens ist zwischen mächtigen Organisationen bzw. «Big-Playern» und den übrigen «kleineren» kooperationsbeteiligten Organisationen zu unterscheiden. Mächtige Kooperationsakteure sind jene Organisationen, die normalerweise aufgrund der finanziellen, politischen oder gesetzlichen Möglichkeiten den Ton angeben oder aufgrund ihrer quantitativen Größe ein hohes Gewicht in die zu gründende Kooperation einbringen. Diesen – zumeist wenigen – Kooperationsorganisationen stehen die vielen kleineren Organisationen gegenüber, die zu den Big-Playern häufig in einem finanziellen und/oder formellen Abhängigkeitsverhältnis stehen. Sie sind nicht oder nur in einzelnen Regionen organisiert und verfügen nur über wenige MitarbeiterInnen.

Zweitens gilt es zwischen Managementebene und operativer Ebene zu differenzieren. Auf der Managementebene spiegelt sich das oben gezeichnete Bild wider. Big-Player sind – mit Vorstand, Geschäftsführung, Stabsstellen, etc. – breit aufgestellt, während die kleineren Organisationen kaum Organisationseinheiten bzw. Hierarchieebenen haben, die ausschließlich Managementaktivitäten erbringen. Auf der operativen Ebene – in unserem Fall also beim direkten «Tun am Patienten» – drehen sich diese Voraussetzungen vielfach um. Es schlägt die Stunde der kleineren kooperationsbeteiligten Organisationen. Hier können sie ihre Kompetenzen und Expertisen einbringen und den Big-Playern inhaltlich auf Augenhöhe gegenüber treten; häufig erbringen sie sogar die wesentlichen Leistungen am Kunden bzw. Patienten.

Für uns als Berater galt es zu Beginn des Projektes eben diese beiden Dimensionen einzufangen und sicherzustellen, dass sich die beteiligten Institutionen auf Augenhöhe begegneten. Die Big-Player mussten sich im Wissen um die operative Kompetenz der kleinen Organisationen politisch zurücknehmen. Die Kleineren mussten sich zutrauen – entgegen der ansozialisierten Verhaltenskultur – im Entstehungsprozess der Kooperation selbstbewusst mitzureden. Sie sollten sich aktiv als Expertenorganisation mit ihren jeweiligen Potenzialen und Bedürfnissen sowie ihrem Wissen einbringen.

Obige Realität wurde im Vorhaben dadurch verschärft, dass im Gesundheitsfonds nicht alle kooperationsrelevanten Institutionen vertreten waren. Der Fonds war ursprünglich «nur» für die Reform des Gesundheitssystems im betroffenen Bundesland eingerichtet worden. Konkret fehlten darin sämtliche Organisationen aus dem Sozialsystem und wichtige komplementäre Gesundheitsorganisationen wie z.B. die Apothekenkammer. Die Analysephase des Nahtstellenmanagement-Vorhabens hatte gezeigt, dass sich eine effektive Leistungserbrin-

gung nicht ohne die Einbeziehung dieser Akteure bzw. Organisationen des Sozialsystems bewältigen lässt. Zu vielfältig und komplex sind die organisationsübergreifenden Problemstellungen, zu verschmolzen sind die Angebote und Leistungen am Patienten und Bürger.

Die wesentlichste Schwierigkeit bestand in der Relativierung der jeweiligen organisationalen Interessen der großen Akteure durch eben diese selbst, mit dem Ziel auch mit kleineren PartnerInnen eine gleichberechtigte Kooperation auf «Augenhöhe» zu etablieren. Dies hieß nicht die eigene Position aufzugeben. Aber es bedeutete, dass alle Kooperationsinstitutionen – egal wie groß und mächtig sie sind – sich auf Vorschläge und Ideen aller beteiligten Organisationen offen und ehrlich einlassen mussten. Damit einher ging eine «Brüskierung» der Politik. Sie musste sich bei dieser Form des Organisierens zurücknehmen und ihren Gestaltungsauftrag an das Vorhaben bzw. die Projektstruktur und die darin agierenden Experten und Betroffenen übertragen.

Erst die Einsicht in die nachhaltigen Vorteile dieses Ansatzes schaffte bei den Big-Playern und der Politik die Voraussetzung, sich auf die notwendige temporäre Machtteilung einzulassen und trotzdem die notwendigen Ressourcen im Bereich Zeit und Geld zur Verfügung zu stellen.

### **Komplexitätsverringering durch Einrichtung eines Vorprojektes**

Im Rahmen eines Vorprojektes versuchten wir die kooperierenden Institutionen und ihre VertreterInnen frühzeitig in konkrete Arbeitskontexte zu bringen, in denen sie «probehandeln» konnten. Konkret: Die Kooperationsorganisationen sollten – noch bevor erste «heiße» handlungswirksame Lösungen zu entwickeln bzw. zu entscheiden waren – ein partnerschaftliches Agieren proben. Gleichzeitig hatten die Akteure die Möglichkeit, uns Berater bei unserem Tun zu beobachten und unseren Allparteilichkeitsanspruch in der Projektpraxis zu überprüfen. Dies war deswegen von Bedeutung, da ja nur die zwei Geldgeber-Institutionen die Vorverhandlungen zum Projektrahmen mit uns geführt hatten. Wir mussten annehmen, dass

#### **Der formale Auftrag lautete:**

Entwicklung von Leitlinien für die drei inhaltlichen Gestaltungsfelder

- Zuweisungsmanagement,
- Entlassungsmanagement
- Optimierung der Medikations- und Heilmittelpraxis und Konzeption einer dazu passende Koordinations- und Steuerstruktur.

bei den übrigen Institutionen zum Teil die Phantasie bestand, dass wir als Berater durch eben diese beiden Institutionen für deren Intentionen funktionalisiert werden könnten.

Ziel des Vorprojekts war, einen ersten Prozess zu starten, an dessen Ende

1. jeder beteiligte Akteur genau weiß, welche Rollen im Unterschied zu üblichen Projektvorhaben und Alltagsabläufen wahrzunehmen sind und
2. ein gemeinsam erstellter, «robuster» inhaltlicher Projektrahmen vorliegt.

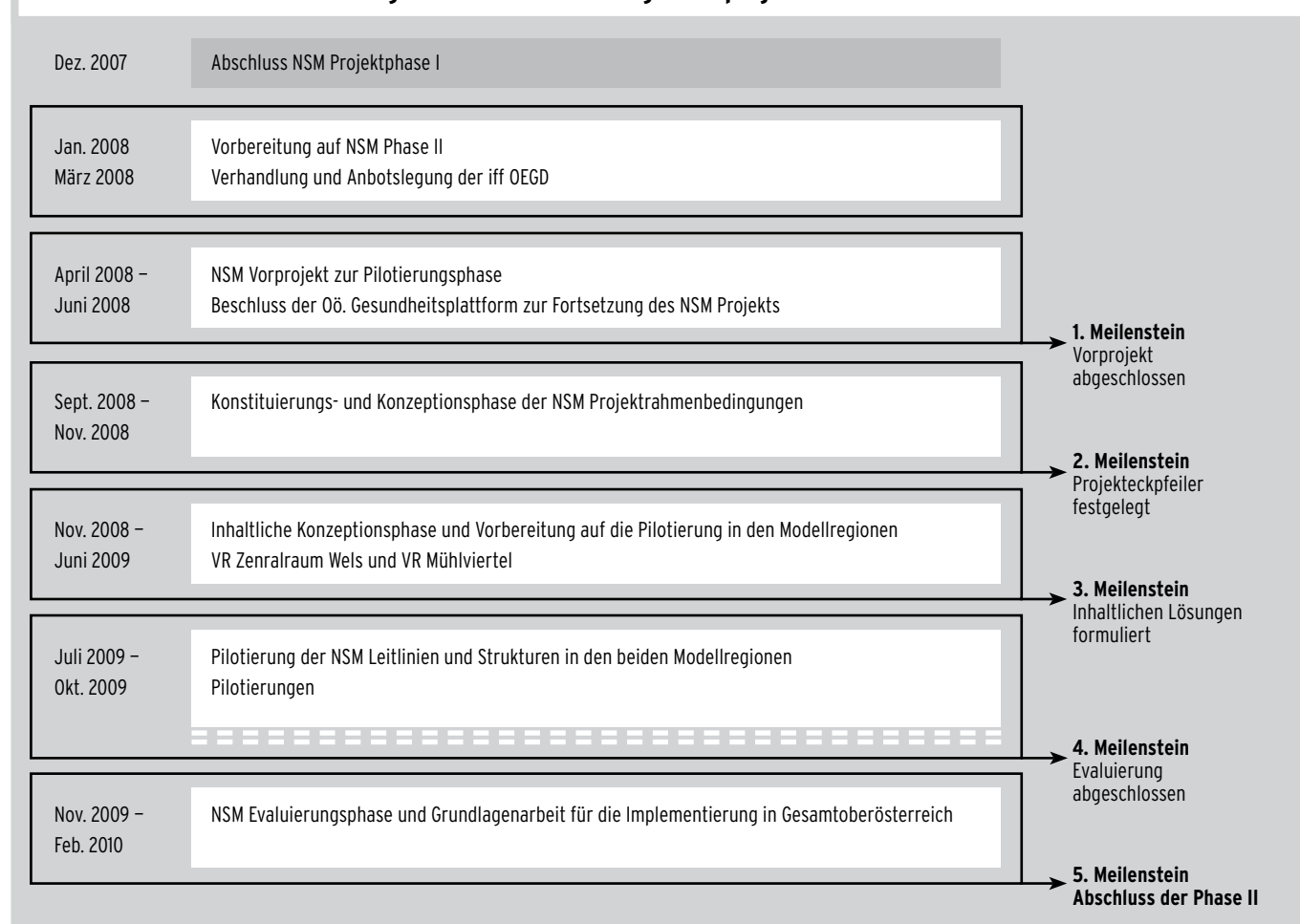
Robust meint hier einen Projektrahmen, Rollenprofile und Spielregeln, auf die man sich öffentlich beziehen kann und der «heißen Situationen» standhält.

Am Ende des Vorprojektes, dessen Ergebnisse nicht durch die beiden Auftraggeberinstitutionen alleine, sondern durch alle Kooperationsorganisationen gemeinsam erarbeitet worden waren, hatten die Beteiligten das notwendige Kooperations-

commitment aufgebaut und waren in der Lage, sich mit den obigen Zielen zu identifizieren. Dadurch konnten die inhaltlichen Bearbeitungsfelder (wie im Kasten dargestellt) festgelegt, zwei passende Modellregionen für die begleitende Erprobung ausgewählt und gleichzeitig die Projektgremien nach gemeinsam vereinbarten Kriterien mit Personen besetzt werden.

Im Unterschied zu den Akteuren dieser Vorphase schien uns das Commitment zum Projekt bei den betroffenen MitarbeiterInnen der beteiligten Institutionen relativ gering zu sein. Aufgrund ihrer Erfahrungen aus der Vergangenheit gingen diese ja davon aus, dass auch bei diesem Projekt am Ende wieder nur Lösungen auf dem Papier herauskommen würden. Wir hörten Aussagen wie: «Schlussendlich wird es wie immer nur unverbindliche Verbindlichkeiten geben.» oder: «Am Anfang gibt es immer großen Enthusiasmus, der sich aber sehr rasch wieder legt, sobald sich etwas verändern soll und alte Strukturen aufgebrochen werden.» oder: «Ich habe schon Vertrauen

**Abbildung 1**  
**Zentrale Phasen der Entwicklung des Nahtstellenmanagementprojektes**



ins Projekt, gleichzeitig sind aber auch Ängste und Misstrauen vorhanden, dass es sich wieder nur um eine 'Placeboveranstaltung' handelt und die Ergebnisse in einer Schublade verschwinden». Daher sahen wir es als erfolgskritische Aufgabe an, auch den «zu Hause gebliebenen» MitarbeiterInnen den spezifischen OE-Vorgehensansatz zu vermitteln und sie über passende Transferleistungen an das Projekt anzubinden.

### Die Projektanlage: Aufbau einer Kooperation mit OE

Kooperationen brauchen einen sensiblen Prozess, den die potenziellen Kooperationspartner(-Organisationen) Schritt für Schritt gemeinsam durchschreiten. Dabei können sich zwischen den zukünftigen potenziellen Kooperationsinstitutionen Vertrauen und Sicherheit sowie passende Strukturen zwischen ihnen entwickeln.

Um die Nachhaltigkeit des Projektes sicher zu stellen und um passende committete Lösungen zu finden, haben wir bereits den komplexen Aushandlungsprozess der beteiligten Organisationen zum inhaltlichen Projektrahmen und zur Mitwirkung «kooperativ» angelegt.

Nachfolgend wollen wir auf die für uns grundlegenden Erfolgsfaktoren im Einzelnen eingehen.

### Parallele Fokussierung auf die Bundesland- und Bezirksebene

Die Erfahrungen aus dem Vorprojekt zeigten, dass zwischen den beteiligten Organisationen teilweise erhebliche Arbeits- und Kulturunterschiede bestanden. Die Lösungen sollten sowohl der Forderung nach landesweiter Gültigkeit als auch nach realer Praktikierbarkeit vor Ort in den Bezirken entsprechen. Wir arbeiteten daher parallel mit VertreterInnen des Managements und der Politik auf Landesebene sowie mit den operativ tätigen MitarbeiterInnen auf Bezirksebene. Damit wurden die Perspektiven beider Ebenen bei der inhaltlichen Entwicklung der Kooperation berücksichtigt (vgl. Abbildung 2).

#### Zentrale Erfolgsfaktoren beim Aufbau von Kooperation

- Parallele Fokussierung auf die Bundesland- und Bezirksebene
- Klare Trennung zwischen Konzeptions- und Entscheidungsfindungsarbeit
- Praxisnahe Erprobung in Pilots
- Kreativität und Innovation durch «geschützte Räume» fördern
- Loyalitätskonflikte bearbeitbar machen
- Schaffung gemeinsamer Wirklichkeiten über den Geschäftsprozessansatz
- Verbindliche Regeln einführen und Vertrauen aufbauen

Erst durch dieses Wechselspiel zwischen zentralen VertreterInnen der Institutionen auf Landesebene und deren dezentralen VertreterInnen vor Ort in den Bezirken konnten Lösungen entstehen, die nicht nur auf dem Papier existierten, sondern die auch eine ernsthafte Chance hatten, im Alltag praktiziert zu werden.

### Klare Trennung zwischen Konzeptions- und Entscheidungsfindungsarbeit

Um den operativen Teams auf Landes- und Bezirksebene einen größtmöglichen Freiraum für die Entwicklung von – auch unkonventionellen und innovativen – Lösungen zu eröffnen, führten wir eine klare Trennung zwischen Konzeptarbeit und Ideenfindung sowie Entscheidungsfindung und Verantwortung ein. D.h. die Konzeptionsteams arbeiteten an der inhaltlichen Ausgestaltung, während die Entscheidungsteams aufgrund ihrer unternehmenspolitischen Macht die ausgearbeiteten Lösungen in ihren Organisationen und gegenüber relevanten Umwelten absicherten.

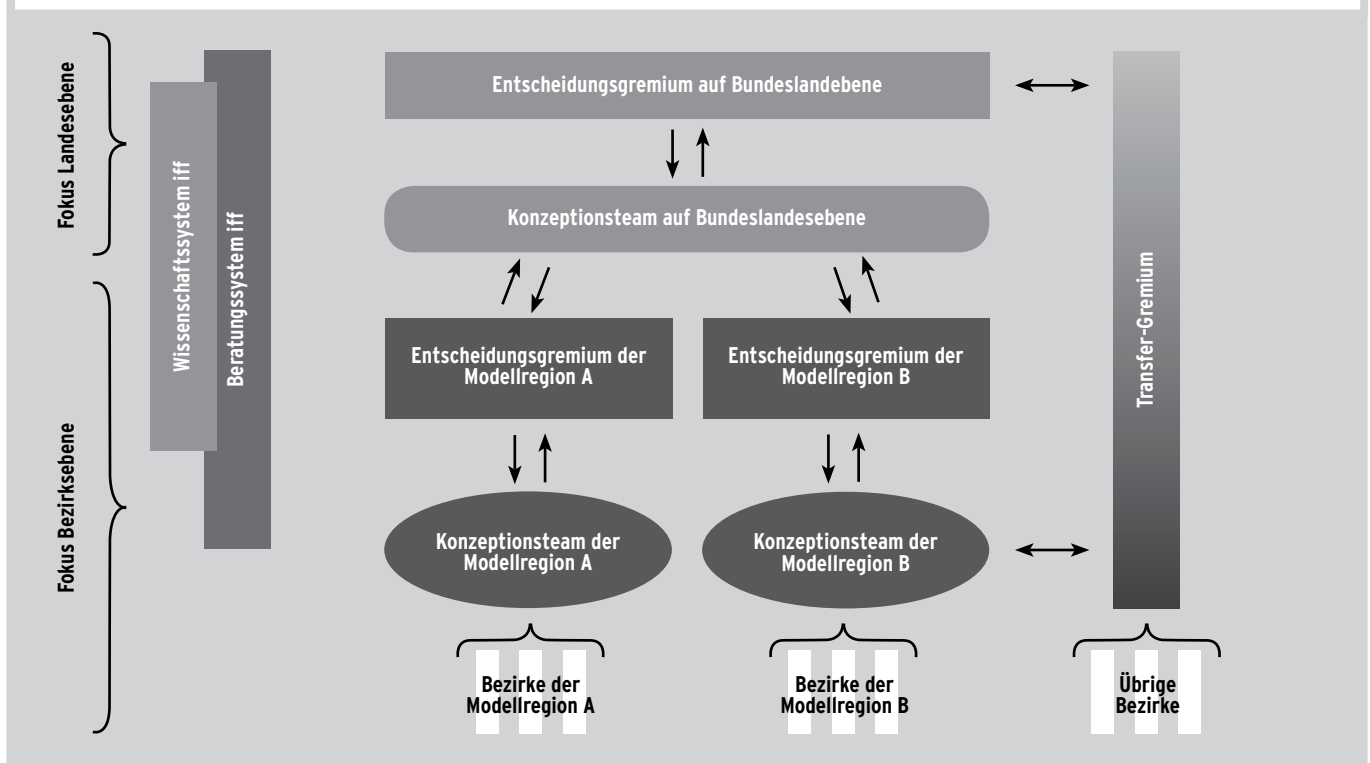
Wichtig war, dass die Entscheidungsträger als VertreterInnen ihrer Institutionen im Sinne des Kooperationscommitments verbindliche Aussagen machten – und dies auch öffentlich. So konnten sich Mitglieder der Konzeptionsteams bei ihrer Arbeit später – beispielsweise im Zuge von Erprobungsaktivitäten oder bei der Implementierung der Lösungen in die Fläche – bereits verlässlich auf Vereinbarungen beziehen. Außerdem wurden auf diese Weise die erarbeiteten Lösungen von einer größeren Anzahl an aktiv mitwirkenden Personen in deren eigenen Organisationen vertreten. Zugleich konnte – was die zeitliche Ressourcenbindung betraf – relativ ressourcenökonomisch gearbeitet werden.

### Praxisnahe Erprobung in pilotartigen Probeläufen

Da unsere Auftraggeber von Beginn an großen Wert auf eine ressourcenökonomische Projektumsetzung legten, versuchten wir Projekteffizienz, Akzeptanz und Anwendernähe in Einklang zu bringen: Wir führten zwei Modellregionen ein. In diesen Regionen wurden die inhaltlichen Lösungen konzipiert und deren Pilotierung zwischen den beteiligten Krankenhäusern, mobilen Diensten, Krankentransportunternehmen etc. und den sozialen Dienstleistern, Beratungsstellen etc. durchgeführt. Bei der Zusammensetzung achteten wir darauf, dass eine hohe strukturelle Repräsentanz sichergestellt war. Die Auswahl der Modellregionen folgte dem Prinzip, sowohl städtische als auch ländliche Aspekte abzubilden bzw. auszutesten. Über die Pilotierungen wurden die Lösungen auf ihre Brauchbarkeit hin praktisch geprüft und damit eine gut abgesicherte inhaltliche Legitimierung der Ergebnisse geschaffen.

Im Sinne einer Ein-/Anbindung der übrigen Bezirke wurde zusätzlich ein Transfergremium (vgl. Abbildung 2) eingerichtet. Darin waren Akteure der potenziell kooperierenden Organisa-

Abbildung 2  
Projektaufbau



tionen des Sozial- und Gesundheitsbereichs aus diesen Bezirken vertreten. So waren letztlich alle Organisationen und alle Bezirke – wohl in unterschiedlicher Rolle und Intensität – an der Erarbeitung der Lösungen beteiligt.

**Kreativität und Innovation durch «geschützte Räume» fördern**  
Eine der größten Herausforderungen bestand für uns darin, den Akteuren den Unterschied zu ihren bisherigen Projekterfahrungen zu verdeutlichen. Es galt sie davon zu überzeugen, dass es zum einen nicht die Absicht der Auftraggeber war, die Ergebnisse in irgendeiner Schublade verschwinden zu lassen und zum anderen durch den gewählten Vorgehensansatz auch eine reale Chance bestand, Veränderungen herbeizuführen. Daher mussten ihnen die Spezifika des kooperativen OE-Ansatzes vermittelt werden: Was sind dessen erfolgskritische Aspekte, was sind stützende und was dysfunktionale Beiträge, wie sind zweckmäßig Rollen anzulegen, wie kann ein zweckmäßiges Vorgehen und eine effiziente Lösung in der eigenen Organisation ausreichend abgesichert werden.

Ein zentrales Element des Ansatzes stellt die Einrichtung eines «geschützten Raums» dar. Darin können Mitglieder eines Konzeptionsteams weitgehend «straffrei» kreativ nachdenken. Sie können alternative, innovative, neue Lösungen entwickeln,

ohne sich von den Bedenken der eigenen Organisation einschränken zu lassen. Hier kann offen darüber diskutiert werden, was die Befürchtungen des jeweiligen Projektteammitglieds sind, wenn er/sie an die Umsetzung einer Lösungs- bzw. Vorgehensidee in der eigenen Institution denkt. Gleichzeitig wird in einem solchen auf Zeit eingerichteten – vor dem Zugriff der Heimatorganisationen geschützten – Raum «probebehandelt». Das zukünftige Kooperieren innerhalb der neu geschaffenen Lösungen wird getestet.

Eine solche Schließung auf Zeit gegenüber dem «Zugriff» der Entsenderorganisationen stellt eine für viele Institutionen – insbesondere im öffentlichkeitsnahen Bereich – unübliche Intervention dar, die erst einmal auszuhalten ist. Eine derartige Maßnahme ist nur durch VertreterInnen des Managements aus den teilnehmenden Organisationen zu realisieren. Die VertreterInnen im EntscheiderInnen-Gremium müssen lernen zu verstehen, warum ein solches Vorgehen notwendig ist, und die diesbezüglichen Vereinbarungen in ihren eigenen Organisationen absichern und «halten». Beispielsweise braucht es dazu einen offenen Umgang mit Verstößen, Widersprüchen, etc. Das wird jedoch vielerorts im Linienalltag wenig praktiziert; für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Kooperation stellt es aber eine hochrelevante Erfolgsbedingung dar.

Diese «Resozialisierung aus persönlicher Einsicht» der VertreterInnen der teilnehmenden Organisationen auf Konzeptions- und Entscheidungsebene wurde von uns als explizite und permanent mitlaufende Projektaufgabe betrieben. Dadurch konnten Eigeninteressen, Erwartungen an die Kooperationspartner, wechselseitige Angebots- und Zugeständnis-Optionen, etc. offen ausgesprochen und diskutiert werden: «Ich weiß, dass die örtlichen Apotheken in diesem Prozess nicht übergangen werden wollen und immer wieder auf ihre Expertise und Kompetenz verweisen. Aber ich habe auch eine Hausapotheke. Und ich möchte natürlich auch meine Medikamente verkaufen» (O-Ton einer beteiligten Ärztin).

#### **Loyalitätskonflikte bearbeitbar machen**

Kooperierende Akteure müssen immer zwei Loyalitäten ausbalancieren: Jene zur Organisation, der sie angehören, und jene zum Kooperationsystem. Im Rahmen des «geschützten Raums» kann diese Problematik offen zwischen den Vertretern der kooperierenden Institutionen ausgesprochen und thematisiert werden. Also im Sinne: «Ich sage Euch wie weit ich theoretisch gehen kann. Dann sagt Ihr mir, was bei Euch alles drinnen ist. Und nun lasst uns Lösungen und Zugeständnisse finden, die wir für das Funktionieren der Kooperation für wichtig erachten und die wir in unseren Heimatorganisationen auch durchbringen». Damit solch ein offenes Verhandeln möglich wird, benötigen die AkteurInnen einen konkreten Auftrag ihrer Organisation und zugleich genügend Spielraum und Unabhängigkeit für eigenständiges Verhandeln und Entwickeln.

Im vorliegenden Projekt ist das innerhalb der Arbeitsteams über weite Strecken ausgesprochen gut gelungen. Aber diese Loyalitätsbalance ist immer ein äußerst fragiler Zustand. Wie leicht die Balance gefährdet werden kann, zeigt folgendes Beispiel:

Während der Evaluierungsphase – also kurz vor Abschluss –, als die einzelnen Teams bereits über ein Jahr zusammenarbeiteten und viel Vertrauen aufgebaut war, reichte noch immer eine einzige Übertretung der vereinbarten Regeln aus, um die Kooperation ins Wanken zu bringen. Die Regel lautete: «Verschriftlichte Arbeitsunterlagen werden ausschließlich innerhalb des jeweiligen Teams erörtert und erst nach Zustimmung aller Beteiligten dem Kreis der Entscheidungsträger zur Verfügung gestellt». Mit der Wortwahl in der Rohfassung des Evaluierungsberichtes unzufrieden, verstieß ein Mitglied eines der beiden Konzeptionsteams auf Bezirksebene gegen diese Vereinbarung und informierte den direkten Vorgesetzten über die Evaluierungsdokumentation. Hinzu kam noch ein Fehler der Beratung. Ein Berater berichtete – wenn auch nur in einer kurzen Erwähnung – von diesem Prozess im anderen Konzeptionsteam.

Der daraus entstandene Konflikt wanderte in der Institution des Teammitglieds auf den Direktionstisch und in der Fol-

ge bis in den höchsten politischen EntscheiderInnenkreis. Um ein Haar hätte dieser Konflikt den Vorgehensansatz und die bis dahin mühsam aufgebaute Kooperationsstruktur und -kultur zum Einstürzen gebracht. Nur durch ein behutsames Offenlegen dessen, was passiert war und was auf dem Spiel stand, konnte die Eskalation wieder eingefangen werden, und die Situation stabilisierte sich wieder.

Solche Ereignisse stellen Gefahr und Chance für ein Kooperationsvorhaben mit einem OE-Vorgehensansatz dar. Gefahr, weil ein solcher Vorfall das Ende für das Vorhaben bedeuten kann; Chance, weil über die erfolgreiche Lösung allen Beteiligten ein Lernen in Richtung Kooperationen managed und leben geboten wird.

#### **Schaffung gemeinsamer Wirklichkeiten über den Geschäftsprozessansatz**

Neben den grundsätzlichen OE-Zugängen zur Kooperationsentwicklung erfolgte die konkrete inhaltliche Lösungsarbeit durch die Anwendung des Geschäftsprozess-Ansatzes – im Sinne der Fokussierung auf die Bedürfnisse der Kunden (PatientInnen, Angehörige, Kooperationspartner, etc.) entlang der gesamten Leistungserbringungskette (Grossmann und Prammer 1998) sowie auf Basis der Eckpfeiler des Transformationsmanagement-Ansatzes (Prammer 2009).

Wir arbeiteten mit den Teams in den Modellregionen in ½-Tages- oder 1-Tages-Workshops, die jeweils am Nachmittag begannen und sich zuweilen bis spät in die Nacht hinein zogen. Das war für alle Beteiligten enorm anstrengend, aber notwendig, um die Teilnahme weitestgehend aller Teammitglieder sicherzustellen. Der Arbeitsprozess in den Konzeptionsteams wurde von uns in drei grundsätzlichen Schritten angelegt:

Zunächst entwarfen die TeilnehmerInnen Idealprozesslandkarten, in denen die wesentlichen Betreuungsschritte der unterschiedlichen PatientInnenpfade als Teilprozesse des Gesamtprozesses herausgearbeitet wurden. Entsprechend dem Transformationsmanagement-Ansatz starteten wir ganz bewusst nicht mit der realen Ist-Situation, sondern mit «organisationsneutralen Idealprozessen». Die Entwicklungsteams gewannen dadurch eine völlig neue Perspektive und erarbeiteten sich ein neues gemeinschaftliches Referenzsystem, abseits ihrer organisationalen Sozialisierungen sowie tradierten und praktizierten Normen und Sichtweisen.

In einem zweiten Schritt stellten die Teammitglieder diese neuen Referenzsysteme den bestehenden Arbeitsabläufen des Alltages gegenüber. Sie identifizierten die zentralen Probleme und Schwächen aber auch die vorhandenen Stärken und Vorzüge der aktuellen Arbeitsroutinen. Auf Grundlage dieser Analysen wurden im Anschluss alternative funktionale Lösungsvorschläge angedacht.

Im dritten Schritt wurden zunächst die (alternativen) Prozesslösungen konkretisiert, bewertet und abschließend die je-



weils ausgewählten Lösungen im Detail ausgearbeitet. Dabei mutierte die eingangs erarbeitete Idealprozesslandkarte, angereichert mit neuen Lösungsansätzen, Instrumenten, Regelungen, Verhaltensbeschreibungen etc. zu Prozesslandkarten für den zukünftigen Kooperationsalltag der Akteure.

Bei dieser Arbeit haben wir die Teams durch das Einbringen von Idealprozesslandkarten und Lösungsmodellen, die für uns grundsätzlich denkbar erschienen, unterstützt. Entgegen vielfacher Beratungspraxis haben wir – entsprechend dem Transformationsmanagement-Ansatz – dabei keine fertig ausgearbeiteten Lösungsvorschläge eingebracht. Wir stimulierten den inhaltlichen Austausch zu den zentralen Gestaltungspunkten – wenn überhaupt – immer durch mehrere, nur in Ansätzen skizzierte, alternative Lösungsvorschläge. Durch die Vervollständigung und Ausgestaltung dieser Vorschläge wandelten sich die «Expertenansätze» sukzessiv zu spezifischen eigenen Lösungsoptionen der beteiligten Akteure.

Dieser Arbeitsprozess verlief nicht reibungslos. Allen voran hatten wir mit dem Umstand zu «kämpfen», dass viele Akteure – im Regelfall die alten «Projektveteranen» – ihre eigene Vorstellung von einem «guten» Prozessablauf hatten. Gerade zu Beginn der Arbeit versuchten sie, ihre Vorstellungen verbal oder durch mitgebrachte Ablaufdiagramme durchzusetzen. Durch Stellungnahmen wie «Ich finde das Konzept der Gruppenteilung total schlecht und möchte anregen, das Design noch einmal zu überdenken.» (ein Mitarbeiter einer Sozialorganisation) oder «Ich bitte wirklich rasch zu arbeiten, weil wir haben eh' alle kaum Zeit und Ressourcen.» (Vertreterin einer Krankenhausträgerorganisation) ergaben sich nicht unbeträchtliche Konfliktpotenziale. Erst mit zunehmendem Vertrauen in unsere Vorgehenskompetenz und nachdem gemeinsam erste sinnvolle, hoch kreative, innovative Lösungen gefunden wurden, wich die anfängliche Skepsis gegenüber dem extern gestützten, jedoch völlig offen, unvoreingenommen und grundsätzlich angelegten Lösungsfindungsprozess.

### Verbindliche Regeln einführen und Vertrauen aufbauen

Kooperationen brauchen verbindliche Regelungen und engagierte Vereinbarungen. Diese geben den Beteiligten Sicherheit

#### Einige Beispiele für zweckmäßige Spielregeln:

- Anwesenheitsverpflichtung bei Meetings;
- personale Konstanz bei der Wahrnehmung der Aufgaben, also explizit keine Stellvertretungslösungen für die KooperationsdelegiertInnen;
- Konsensprinzip, insbesondere wenn es um Projektrahmensetzungen geht;
- gemeinsam gestaltete Informations- bzw. Außenpolitik.

und haben das Potenzial, das kooperationsnotwendige Vertrauen zu schaffen.

Vertrauen kann weder über Appelle sichergestellt noch verordnet werden. Es ist immer das Resultat eines Prozesses des sich wechselseitigen Erlebens. Für eine rasche und unbürokratische Arbeitsfähigkeit braucht es kleine soziale Arbeitseinheiten. Dabei steht vor allem der Aufbau von langfristigen persönlichen Beziehungen zwischen den immer gleichen Akteuren – «man kennt sich» und kann das Verhalten des/der Anderen abschätzen – im Vordergrund. Dadurch können belastbare Beziehungen aufgebaut werden. Umgekehrt können aber persönliche Beziehungen alleine auf Dauer noch keine Kooperation tragen. Insbesondere dann, wenn eine Kooperation auch weitgehend von den handelnden Personen der ersten Stunde unabhängig weiter existieren soll. Dazu braucht es immer auch struktureller Verankerung mit Rückwirkung auf die einzelnen Entsenderorganisationen.

Innerhalb dieser kleinen Einheiten (Teams, Gremien, etc.) ist – im Sinne des kooperativen Ansatzes – explizit einer Tendenz zur Hierarchisierung vorzubeugen. Das erreicht man zum Beispiel dadurch, dass ein allfälliger Vorsitz nach einem Rotationsprinzip oder in Tandems organisiert wird. Somit bekommen auch kleinere Organisationen gegenüber den Big-Playern eine Bedeutung und können innerhalb der Kooperation auf Augenhöhe partizipieren und ihre anders gelagerten Ideen und Interessen zum Nutzen aller einbringen.

### Fazit

Die Projektteams aus den Modellregionen erfüllten unter Einbeziehung der Anregungen aus den Transfergremien und auf Basis der Pilotläufe den formalen Auftrag, ganz konkrete Lösungen für den täglichen Alltagsbetrieb zu erarbeiten und dadurch die Zusammenarbeit an den Schnittstellen im Sinne höchstmöglicher Effizienz und PatientInnen-Orientierung zu optimieren. Die inhaltlichen und strukturellen Projektlösungen waren fundiert. Bis auf kleine Adaptierungen wurde im Zuge der Pilotierung und Evaluierung keine einzige der erarbeiteten Lösungen gekippt oder verworfen. Sämtliche Projektergebnisse wurden in der letzten Sitzung des höchsten politischen EntscheiderInnenkreis im Konsens angenommen und verabschiedet.

Wie es im Vorhaben konkret weitergeht und ob die Politiker und kooperierenden Organisationen sich weiterhin auf Augenhöhe begegnen und die Kooperationskultur erhalten können, werden die nächsten Monate zeigen. Zentrale Frage ist, ob die Politik bereit ist, die von den Kooperationspartnern ausgearbeiteten Lösungen zu übernehmen und die dafür notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen für deren Umsetzung schafft, oder aber ihre eigenen politischen «Marken» setzen will und wird.

Für uns bestand die zentrale Herausforderung darin, sämtliche Akteure mit ihren vielfältigen Interessenslagen, den wirk-

samen Denk- und Handlungslogiken, ihren unterschiedlichen Erwartungen an das Vorhaben sowie mit ihren verschiedenen funktionalen Ausrichtungen – wie operativ oder managend tätig zu sein – im Kooperationssystem zusammen zu bringen und gleichzeitig als System ressourcenökonomisch und effizient arbeitsfähig zu bleiben.

Wir glauben, dass ein Unterfangen, welches all diese divergierenden Interessen in einem Aushandlungsprozess berücksichtigt, eine für alle Organisationen zufriedenstellende Lösung zustande bringt und eine für die PatientInnen hochwertige Versorgungsleistung sicherstellt, ohne einen kooperativen Zugang und die Instrumente der OE nicht nachhaltig zu bewerkstelligen ist.



### Univ.-Prof. Dr. Ralph Grossmann

Professor für Organisationsentwicklung und Leiter der Abteilung «Organisationsentwicklung und Gruppendynamik» an der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Direktor der M/O/T School of Management, Organizational Development and Technology

**Kontakt:**  
ralph.grossmann@uni-klu.ac.at



### Univ.Do. DI Dr. Karl Prammer

Organisationsberater und Geschäftsführender Gesellschafter der Conecta, Wiener Schule der Organisationsberatung, Senior Researcher und Mitglied der IFF-Fakultät

**Kontakt:**  
kp@conecta.com



### Univ.Ass. Mag. Christian Neugebauer

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Organisationsentwicklung und Gruppendynamik der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (iff) der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

**Kontakt:**  
christian.neugebauer@uni-klu.ac.at

## Literatur

- **Buono, A. F. (Hrsg.) (2009).** Client-consultant collaboration: coping with complexity and change. Information Age Publ.
- **Buono, A. F. (Hrsg.) (2003).** Enhancing inter-firm networks and interorganizational strategies. Information Age Publ.
- **Chisholm R.F. (2008).** Developing interorganizational networks. In: Cummings T.G. (Hg.): Handbook of organizational development. Sage, S. 629–650.
- **Cropper S., Ebers M., Huxham C. und Smith Ring P. (Hrsg.) (2008).** The Oxford handbook of inter-organizational relations. Oxford University Press.
- **Grossmann, R. und Prammer, K. (1998).** Die Qualität der Arbeit sichern und die Organisation entwickeln - Optimierung zentraler Leistungsprozesse im Krankenhaus am Beispiel eines «OP-Betriebs». In: V. Dalheimer, E.E. Krainz und M. Oswald (Hg.), Change Management auf Biegen und Brechen? Revolutionäre und evolutionäre Strategien der Organisationsveränderung. Gabler, S.161–184.
- **Grossmann R. (2002).** Auf das Ergebnis kommt es an. Die Verankerung von Outcome-Indikatoren als Entwicklungsprozess in und zwischen Organisationen. In: Grossmann, R., Scala, K. mit Beiträgen von Heimerl, K., Heller, A., Zepke, G. (2002): Intelligentes Krankenhaus. Springer.
- **Grossmann R. und Scala K. (2002).** Veränderungsfähigkeit macht die Intelligenz einer Organisation aus. In: Grossmann, R., Scala, K. mit Beiträgen von Heimerl, K., Heller, A., Zepke, G. (2002): Intelligentes Krankenhaus. Springer.
- **Grossmann R. (2006).** Nachhaltigkeit und die Entwicklung von Organisationen. In: W. Berger, R. Lauritsch (Hrsg.): Wissenschaft und Nachhaltigkeit. Eigenverlag.
- **Grossmann, R., Lobnig, H. und Scala, K. (2007).** Kooperationen im Public Management. Theorie und Praxis erfolgreicher Organisationsentwicklung in Leistungsverbänden, Netzwerken und Fusionen. Juventa.
- **Lewis J. (2000).** Trusted partners: How companies build mutual trust and win together. Free Press.
- **Littmann P. und Jansen S. (Hrsg.) (2000).** Oszillodox. Virtualisierung – die permanente Neuerfindung der Organisation. Klett-Cotta.
- **Mirvis P.H. und Marks M.L. (2003).** Managing the merger: Making it work. Beard Books.
- **Prammer, K. (2009).** TransformationsManagement – Theorie und Werkzeugset für betriebliche Veränderungsprozess. Carl Auer.
- **Sydow J. und Manning S. (Hg.) (2006).** Netzwerke beraten. Gabler.