

Führung im Spital: Weiterentwicklung der eigenen Entscheidungspraxis auf dem Weg in die Zukunft

Harald Tuckermann und Johannes Rüegg-Stürm, HealthCare Excellence, Institut für Systemisches Management und Public Governance (IMP-HSG), Universität St. Gallen, Dufourstrasse 40a, 9000 St. Gallen, harald.tuckermann@unisg.ch

Key Words: Entscheidung, Spitalorganisation, Veränderung

In diesem Beitrag geht es um die Herausforderung von Führung in Spitälern, die organisationale Entscheidungspraxis zu verändern. Führung bedeutet, für Entscheidungen zu sorgen und Verantwortung für das Gesamtspital zu übernehmen. Spitalweite Entscheidungen über einzelne Bereichsgrenzen hinweg stehen zunehmend an. Jedoch gerät die historisch gewachsene Entscheidungspraxis an ihre Grenzen. Es entsteht ein Entscheidungsstau, in dem manche Fragestellungen nicht, später oder an anderen Orten beschlossen werden. Eine zentrale Führungsaufgabe besteht nun darin, das eigene Entscheiden im fortlaufenden Entscheiden weiter zu entwickeln. Für diese Selbstveränderung bietet sich ein reflexives Vorgehen an. Vor dem Hintergrund von unmittelbaren und mittelbaren Wirkungen kann man zunächst zwischen Fach- und Systemkontext differenzieren und an einem geteilten Horizont für Entscheidungen arbeiten. Darauf aufbauend ist ein Weg zur Veränderung der eigenen Entscheidungspraxis die Strukturierung von Entscheidungen auf Mikro- und Makroebene. Ziel ist es dabei, die übergreifenden Entscheidungen in den Blick zu nehmen und für die beteiligten Bereiche transparent und nachvollziehbar zu strukturieren. Das entlastet und schafft Verlässlichkeit. Beides ist angesichts der heutigen Veränderungen wichtig. Führung braucht gerade dann Zeit und Stabilität, wenn Zeitdruck, Komplexität und Mehrdeutigkeit die heutige Entwicklung von Spitälern prägen.

«Ein Anästhesist, ein Internist, ein Chirurg und ein Pathologe gehen zusammen auf Entenjagd. Es ist Entensaison, andere Vögel müssen jedoch geschont werden. Zuerst sieht der Anästhesist den Schwarm vorbeifliegen, er schaut kurz, meint: «Jaaa, langer Hals, schwer zu intubieren. Das müssen Enten sein.» Schuss ... daneben. Beim nächsten Schwarm holt der Internist sein Fernglas raus, analysiert ganz genau: «Hmmm. Das sind genau sechs Tiere in V-Formation. Flugrichtung Nord-Nordost. Ein weibliches Tier an der Spitze, zwei Männliche an den Positionen 2 und 3 sowie drei weitere weibliche Tiere, schätzungsweise drei Jahre alt. Das sind höchstwahrscheinlich europäische Stockenten, aber ohne Differentialdiagnose. Ich werde nun also die zweite Ente von links erlegen. Gibt es Ihrerseits irgendwelche Einwände, meine Herren Kollegen? ... Nein? Also ...» Doch bevor er schießen kann, ist der Schwarm über alle Berge. Als nach zehn Minuten der nächste Schwarm erscheint, fackelt der Chirurg nicht lange. Er reisst die Schrotflinte hoch – BAMM BAMM – holt den ganzen Schwarm vom Himmel und sagt zum Pathologen: «Geh mal gucken, ob da 'ne Ente dabei ist!»

Auf den ersten Blick verweist dieser Witz eines Chirurgen auf die ganz unterschiedliche Herangehensweise fachlicher Disziplinen an die scheinbar gleiche Aufgabe. Auf den zweiten Blick wird darüber eine zentrale Herausforderung für die Gesamtführung eines Spitals deutlich. Sie besteht in den unterschiedlichen Formen der Entscheidungspraxis, die in einem Spital historisch gewachsen und wirksam sind. Die im Witz angedeuteten Formen der Entscheidungspraxis sind jeweils auf den eigenen Bereich und für die eigene Wertschöpfung am Patienten ausgerichtet. Sie passen jeweils zur eige-

nen Disziplin und zur Patientenbehandlung, aber mitunter nicht zum Gesamtspital und zu übergreifenden, organisationsweiten Entscheidungen.

Die Bedeutung und Notwendigkeit für organisationsweite Entscheidungen nimmt heutzutage zu. Über die Einführung von Fallpauschalen (DRGs) oder mit dem erwartbaren Fall der Kantonsgrenzen kommen verstärkt organisationsweite Fragen auf. Mit Blick nach aussen geht es beispielsweise um die Entwicklung eines bestimmten Angebotes zur Positionierung gegenüber möglichen Wettbewerbern, um die Gestaltung von Beziehungen mit Zuweisenden oder um die Entwicklung von Kooperationen mit anderen Einrichtungen, bis hin zur Entwicklung regionaler Versorgungsnetzwerke. Diese Themen erfordern Entscheidungen, die das Gesamtspital betreffen und die zwischen den Fachbereichen, Kliniken und Abteilungen liegen. Solche organisationsweiten Entscheidungen nehmen auch mit Blick nach innen zu. Innerhalb des Spitals sorgt die fachlich notwendige Spezialisierung für einen stärkeren Re-Integrationsbedarf zwischen Professionen und Disziplinen. Die Leiden von Patienten lassen sich nicht ohne weiteres disziplinär aufteilen. Die Einführung von Fallpauschalen und der Wegfall einer kantonalen Defizitdeckung erhöhen den zeitlichen Handlungsbedarf für organisationsweite Entscheidungen.

Die Notwendigkeit und Bedeutung organisationsweiter Entscheidungen trifft auf die gewachsenen Formen des Entscheidens der unterschiedlichen Disziplinen und Professionen. Da sie wie der Witz pointiert andeutet nicht unweigerlich zueinander passen, hat sich auf Gesamtebene eine Praxis entwickelt, die wir als bilateral-situatives Entscheiden bezeichnen. Unter Wahrung der

bereichs- und klinikspezifischen Eigenheiten ermöglichen es bilaterale Absprachen, einzelne Vorhaben situativ und zeitnah zu handhaben. Diese Praxis gerät jedoch angesichts der anstehenden organisationsweiten Entscheidungen an ihre Grenzen.

Es entsteht eine zentrale Herausforderung auf Ebene der Gesamtführung: Sie besteht darin, die eigene Form des Entscheidens weiterzuentwickeln, während weiter entschieden wird. Diese Selbstveränderung der eigenen Entscheidungspraxis beim Entscheiden ist das Thema dieses Artikels. Sie ist aktuell von zentraler Bedeutung, davon ausgehend, dass die wesentliche Aufgabe von Führung darin besteht, für Entscheidungen zu sorgen und dabei Verantwortung für die Gesamtorganisation zu übernehmen (1).

Der erste Abschnitt thematisiert das bilateral-situative Entscheiden als Möglichkeit, mit den vielfältigen Einzelpraktiken umzugehen. Gleichzeitig führt diese gewachsene Praxis bei organisationsweiten Entscheidungen tendenziell zu einem Entscheidungsstau. Dessen Bearbeitung ist eine Kernaufgabe von Führung im Spital. Das ist das Thema des zweiten Abschnitts, in dem es um Ansätze zur weiteren Entwicklung der Entscheidungspraxis geht.

Bilateral-situatives Entscheiden für vielfältige Praktiken

Dem steigenden Entscheidungsbedarf auf Ebene des Gesamtsitals steht eine historisch gewachsene Entscheidungspraxis gegenüber, welche die Eigenheiten der Wertschöpfung dieser Organisationen ausdrückt. Anders als die landläufige Theorie (2) unterliegen Entscheidungen in Spitälern nicht einer sondern mehrerer Weltansichten oder

Rationalitäten (3). Entscheidungen folgen nicht nur rationalen und für den jeweiligen Akteur funktionalen, sondern auch machtpolitischen Kalkülen oder dem zeitlichen Zusammentreffen von Gelegenheiten und Herausforderungen (4). Mit der verteilten Fachexpertise in Spitälern ist auch Entscheidungsmacht lokal verteilt. Die Akteure können relativ autonom ihre jeweiligen Interessen verfolgen (5). Daher ist eine Spitalleitung oft auf den Konsens mit den Kliniken, Fachbereichen, Instituten und Abteilungen angewiesen (6).

Die Bereichsautonomie, die jeweils spezifischen Weltansichten und Praxisformen von Entscheidungen bilden den zentralen Hintergrund der gewachsenen organisationsweiten bilateral-situativen Entscheidungspraxis.

Bereichsautonomie als ein tragendes Prinzip: Das «Gärtchendenken»

«Jeder schaut nur auf sein Gärtchen: die Internisten, die Chirurgen. Die Verwaltung denkt primär ans Geld. Es ist eine Geschäftsleitung, die letztendlich doch mehr die Partikularinteressen vertritt.» (Mitglied der Geschäftsleitung eines Kantonsspitals).

Das so genannte «Gärtchendenken» bringt ein Grundprinzip zum Ausdruck, das die spezifische Organisation des Spitals prägt, die Autonomie der unterschiedlichen Fachbereiche, Kliniken und Institute. Die Autonomie spiegelt die fachliche Spezialisierung wider, in der man wechselseitig immer weniger auf fachlicher Ebene Einfluss nehmen kann. Damit drückt die Autonomie auch die Wissensentwicklung der letzten Jahrhunderte aus, die zum Fortschritt der modernen Medizin geführt hat. Ausserdem hilft das Gärtchenden-

ken dabei, die eigene Alltagsarbeit zu stabilisieren. Diagnose und Therapie sind durch Überraschungen und Ungewissheit gekennzeichnet, was situatives Entscheiden erfordert (7). Deshalb erachten die Akteure ihre Autonomie als wichtig.

Aus der Autonomie folgt erstens mit Blick auf die Gesamtorganisation, dass Entscheidungen zunehmend in der Organisation verteilt sind. Es ist tendenziell unklar, an welcher Stelle und von wem welche Entscheidungen getroffen werden. Das gilt vor allem für diejenigen Entscheidungen, die über die unterschiedlichen Gartenzäune hinweg wirksam sein sollen.

Zweitens folgt aus dem Gärtchendenken und der damit ausgedrückten Autonomie, dass Entscheidungen auf Gesamtspitalebene vergleichsweise schwer gegen diejenigen zu fällen sind, die sie betreffen. Das Topmanagement als Führung hängt von der Zustimmung der Geführten ab (6). Gleichermassen beschreibt ein Geschäftsleitungsmitglied eines Kantonsspitals ein grosses Harmoniestreben: *«Das Harmoniebedürfnis ist hoch. Man versucht Konsens zu erreichen. Man versucht, sich möglichst nicht in das andere Gebiet einzumischen.»*

Das Gärtchendenken oder die Autonomie manifestiert sich nicht zuletzt in einer jeweils eigenen Form des Entscheidens. Darum geht es im folgenden Abschnitt.

Unterschiedliche Perspektiven und Praktiken des Entscheidens

Spitäler sind im Vergleich zu anderen Organisationen deshalb viel komplexer, weil unterschiedliche Professionen und Disziplinen in einem Betrieb arbeiten.

Der eingängige Witz illustriert das. Zwar ist dieser Witz aus der Sicht eines Chirurgen erzählt, der (natürlich) für das Abendessen sorgt. Jedoch verdeutlicht die Anekdote die Unterschiede auf alltagspraktischer Ebene. Jede Disziplin entscheidet auf ihre eigene, für sich genommen funktionale Weise (8):

Chirurgen entscheiden relativ zur inneren Medizin schnell und handeln, um dann anschliessend die Auswirkungen ihrer Interventionen zügig nachzubearbeiten. Das entspricht der chirurgischen Wertschöpfung. Ihr Erfolg hängt laut einem Chirurgen an drei Dingen: «Die richtige Diagnose, die richtige Operation und die richtige Nachbehandlung.» Aufgrund der handwerklichen Geschicklichkeit ist die chirurgische Praxis auf die Person ausgerichtet: «Am Ende steht einer am Tisch und führt den Schnitt», erklärt ein Interviewpartner die auf Personen zugeschnittenen Entscheidungswege. Analog dazu ist die Klinik auf die Spitze des Chefarztes ausgerichtet mit starker vertikaler Hierarchie. Entsprechend erfolgen Entscheidungen vor allem durch Einzelpersonen, die je nach fachlicher Hierarchiestufe einen unterschiedlichen Entscheidungsspielraum geniessen. Der Fokus dieser Entscheidungen liegt auf dem eigentlichen Problem, dem betroffenen Organ oder der organisatorischen Problemstellung.

Innenen Medizinern geht es in ihrer Wertschöpfung um etwas anderes. So beschreibt ein Oberarzt der Allgemeinen inneren Medizin den Kern seiner Arbeit als das «Schliessen der diagnostischen Lücke». Weil der Einzelfall komplex und eben einzigartig ist, erfordert das Stellen einer Diagnose eher das sukzessive Vortasten anhand von Untersuchungen, zum Teil parallel

erfolgender therapeutischer Massnahmen über die Zeit. Entscheidungen erfolgen daher vergleichsweise langsamer. Sie erfordern des Öfteren die Einbindung und Abstimmung mit Kollegen, gerade auch, weil Symptome unterschiedliche Hypothesen zulassen und gleichzeitig wissenschaftliche Studien als Argumentationshilfen auch gegenläufige Interpretationen zulassen. Gerade bei unklaren Symptomen und potenziell mehreren Diagnosen fokussieren Internisten bei ihren Entscheidungen breiter als Chirurgen auf die physiologischen Wechselwirkungen und ein Stück weit auch auf die psychologischen. Entsprechendes gilt auch für organisationale Entscheidungen: So entschied sich das Führungsgremium einer internistischen Klinik während einer von ihr zu betreibenden Fusion mit einem zweiten Spitalstandort am Ende einer längeren Diskussion für folgendes Vorgehen: «Wir warten erst einmal ab. Dann sehen wir, wie sich die Situation entwickelt und dann werden wir wissen, wie wir uns dazu positionieren.» Im Zuge dieser Beobachtungsphase suchten die Verantwortlichen den Konsens mit ihren Kollegen des anderen Standortes, bevor sie aktiv die beiden Kliniken fusionierten.

Entscheidungen in der *Pflege* als drittes Beispiel lassen sich wiederum folgendermassen charakterisieren: In ihrer Arbeit mit Patienten beschreibt eine Pflegekraft ihre Arbeit wie folgt: «Wenn ein kranker Mensch zu mir kommt, dann vermittele ich ihm, dass er sich während seines Aufenthaltes bei uns in gute Hände begibt, dass es ihm gut geht.» Die Betrachtungsweise liegt auf der physiologischen, psychologischen und sozialen Dimension des konkreten Lebenskontextes einer

kranken Person. Die Beziehungsqualität steht neben der zunehmend fachlich professionellen Pflegearbeit mit im Vordergrund. Gleichzeitig sorgen vor allem Pflegekräfte für die tägliche Organisation der Stationen. Ab dem mittleren Kader nehmen sie ausschliesslich Führungs- oder Managementaufgaben wahr. Entsprechend werden Entscheidungen auch anhand von Managementinstrumenten strukturiert. Dabei ist ein fortlaufendes Einbinden von Stationsteams zu beobachten, mit denen die konkrete Umsetzbarkeit entwickelt und eine positive Atmosphäre auf der Station möglichst gewährleistet werden soll. So erklärt eine Pflegeleitung: «Wenn du auf Station schlechte Stimmung hast und dich nicht um deine Leute kümmerst, dann kommt einfach keiner mehr.»

Die so genannte *Administration* ist in ihrer Entscheidungspraxis vergleichsweise schwerer zu beschreiben. Das liegt zum einen daran, dass sie ihre Entscheidungspraxis nicht auf die konkrete Arbeit mit Patienten beziehen kann. Zum anderen befindet sich gerade die Administration in einer fundamentalen Veränderung und insbesondere gegenüber der Ärzteschaft in einem besonderen Rechtfertigungsdruck. Traditionell entschied die Spitaladministration eher nach einem bürokratischen Modell, bei der die Einhaltung eines formalisierten Verfahrens im Vordergrund steht. So beschreibt ein Mitarbeiter das Management von interdisziplinären Projekten als Abfolge von Vor-, Zwischen- und Endberichten zuhanden der Geschäftsleitung. Entscheidungen werden entsprechend sequentiell vorab geplant, möglichst durch die Geschäftsleitung beschlossen, umgesetzt und anschliessend kontrolliert.

Nicht selten sehen andere Berufsgruppen diese Entscheidungspraxis als «Projektivität» oder als «Bürokratismus».

Ohne weitere Professionen und Disziplinen weiter aufzuführen, zeigen diese Beispiele die verschiedenen Praktiken des Entscheidens. Sie unterscheiden sich in der Geschwindigkeit, im sachlichen Fokus, was in die Entscheidung mit einbezogen wird, im Einbezug von anderen in die Entscheidung und in der Form, wie die Entscheidungen zustande kommen.

Auf Ebene des Gesamtsitals ergibt sich daraus eine eigentümliche Komplexität. Wohl jede ärztliche Disziplin, die Pflege und die so genannte Verwaltung haben ihre eigene Praxis von Entscheidungen entwickelt. Gerade die medizinisch-pflegerischen Praktiken leiten sich dabei zu einem Grossteil aus der jeweiligen Alltagsarbeit mit Patienten ab. Das wiederum führt dazu, dass keine Entscheidungspraxis einen unhinterfragten Anspruch anmelden kann, auch für andere zu gelten. Vielmehr spielen bei organisationsweiten Entscheidungen die jeweils unterschiedlichen Entscheidungspraktiken der Beteiligten zusammen. Dieses Zusammenspiel birgt ein grosses Potenzial für Ambiguität, Ungewissheit und Konflikte. So greift beispielsweise in einem Spital die Chirurgie das Thema «Adipositas» als ertragversprechendes Geschäftsfeld auf, obwohl es fachlich eher zur Inneren Medizin passt. Das produziert Frustration auf Seiten der Internisten und gleichzeitig einen Bedarf an Inneren Medizinern bei der Chirurgie, die pragmatisch die Stelle eines Spitalfacharztes einrichtet und mit einem Internisten besetzt.

Bilateral-situatives Entscheiden auf Ebene des Gesamtsitals

In der Kombination führen die Bereichsautonomie (Gärtchendenken) und die jeweils unterschiedlichen Praktiken des Entscheidens auf Gesamtsitalebene zu unterstrukturierten Entscheidungen. Alles scheint im Prozess zu sein, wie ein Spital-CEO erläutert: *«Bei unserer Vernetzung und wenn die Kliniken weiter unabhängig sind.... Da läuft sowieso alles sehr viel über die informellen Netzwerke, da kennt man sich untereinander. ... Da ist grosse Flexibilität gefordert, beim Organisieren.»*

Schaut man diese Entscheidungspraxis genauer an, zeichnet sie sich durch zwei Merkmale aus: Es wird viel über bilaterale Absprachen und situativ geregelt. Entsprechend lässt sie sich als bilateral-situativ bezeichnen (9).

Gerade konfliktbeladene Situationen werden weniger in der Öffentlichkeit eines Gremiums (wie der Geschäftsleitung), sondern eher in bilateralen Gesprächen zwischen einzelnen Kliniken, Fachbereichen und Instituten angegangen. Einzelgespräche sind vergleichsweise leichter zu handhaben und erlauben dadurch überhaupt eine Einigung oder Entscheidung zwischen zwei Parteien. Demgegenüber sind grössere Gruppen, wie die Geschäftsleitung durch die vielfältigen Interessen, wechselseitigen Verpflichtungen und Abhängigkeiten kaum zu steuern. Man kann mit Bilateralismus für Entscheidungen zu Einzelthemen sorgen, manchmal auch in hoher Geschwindigkeit. Zudem wird darüber die Autonomie der Fachbereiche nicht in Zweifel gezogen.

Das bilateral-situative Entscheiden hat jedoch auch Nebenwirkungen. Es er-

laubt kaum eine Klärung, welche Themen für die Gesamtorganisation zentral und zur Entscheidung anstehen. Das so genannte «Agenda-setting» erfolgt dezentral. Ein Geschäftsleitungsmitglied: *«Die Anstösse müssen von den Einheiten kommen, man kann nicht von oben die Struktur bestimmen.»* Bei der bilateralen Entscheidungspraxis ist nicht davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Kliniken, Fachbereiche, Institute oder die Spitalleitung wissen, welche Fragen gerade von wem in welcher Form und mit welchen Auswirkungen auf andere Teile der Organisation entschieden werden. Das wiederum kann Ungewissheit und Ambiguität erzeugen, die selbst wiederum über bilaterale Absprachen abgearbeitet werden kann, so dass sich hier eine Vervielfältigung und zunehmende Verteiltheit von Entscheidungen abzeichnet. Dadurch können sich Entscheidungen insgesamt verzögern, zumal gerade Entscheidungen auf Ebene der Gesamtorganisation eine Vielzahl unterschiedlicher bilateraler Vorbereitungsklärungen erfordern. Ein Geschäftsleitungsmitglied beschreibt das folgendermassen: *«Ich muss in einer Vorphase mit jedem unter vier Augen sprechen. Ich darf bloss nicht mit allen zusammen sprechen, das gäbe ein vereinigtes ‚Nein‘ ... Nach dieser Vorarbeit haben wir dann zusammen eine Sitzung.»*

Eine weitere Nebenwirkung liegt in der Selektion der Fragestellungen. Innerhalb des bilateral-situativen Entscheidens stehen tendenziell eher Klinik- oder Bereichsinteressen und Gegebenheiten im Vordergrund. Deren Themen und Anliegen können, müssen aber nicht, die Fragestellungen der Gesamtorganisation sein.

Schliesslich besteht eine Nebenwirkung darin, tendenziell solche Möglichkeiten zu präferieren, die weniger Widerspruch erwarten lassen, auch wenn diese Wahl mitunter weniger zur weiteren Entwicklung der Gesamtorganisation beiträgt. Eher konfliktbeladene Entscheidungen laden zu einer Verlagerung ein. So wird beispielsweise ein Beschluss zu Investitionen in die Zukunft verschoben oder die Abgrenzung eines neuen interdisziplinären Zentrums an die operative Ebene verlagert. Die einen warten dann auf die Zusage ihrer Mittel, während die anderen sich mit Kompetenzstreitigkeiten aufhalten, die auf ihrer Ebene der täglichen Patientenbehandlung nicht grundsätzlich zu handhaben sind. Entscheidungen werden dann mitunter zeitlich verzögert, an suboptimalen Orten oder nur zum Teil bearbeitet. Dies ist insbesondere bei bereichsübergreifenden Entscheidungen der Fall, weil hierfür wenig Klarheit zur Art und Weise besteht, wie entschieden wird, sondern *«...sowieso alles sehr viel über die informellen Netzwerke läuft...»*.

Entstehung eines Entscheidungsstaus

Aus dem traditionellen Muster bilateral-situativen Entscheidens und dem zunehmenden Bedarf entsteht ein Entscheidungsstau. Die organisationsweiten Entscheidungen auf Ebene des Gesamtsitals nehmen zu. Sowohl der Entscheidungsbedarf von aussen wie von innen erfordert zunehmende Klärung. Zudem bringen systemweite Veränderungen wie die Einführung der DRGs eine zusätzliche Dimension stärker in die Entscheidungen mit ein. Es geht nicht mehr nur um fachlich richtige Entscheidungen nach Massgabe jeder Disziplin. In jedem Fachbereich und

übergreifend für die Gesamtorganisation kommen nun ökonomische Kriterien stärker zum Ausdruck. Es folgt die analytische Herausforderung von Entscheidungen auf Ebene der Gesamtorganisation, das medizinisch-pflegerisch maximal Machbare, mit dem ökonomisch optimal Verkräftbaren in Einklang zu bringen.

Zweitens, mit Blick auf die Art und Weise der Entscheidungsfindung, ist die historisch gewachsene Entscheidungspraxis weder auf die analytische Herausforderung ausreichend vorbereitet, noch ist sie an der Gesamtorganisation ausgerichtet. Vielmehr steht dabei die Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit der einzelnen Akteure im Vordergrund. Das bilateral-situative Entscheiden erlaubt zwar, die unterschiedlichen Praktiken des Entscheidens zuzulassen. Gleichzeitig bringt das bilateral-situative Entscheiden selektive Wirkungen mit sich:

- Mit Blick auf die *Akteure* fördert es diejenigen und ihre Entscheidungen, die in das Beziehungsnetzwerk der Entscheidungsträger eingebettet sind. Dies führt tendenziell dazu, dass Einzelpersonen im Vordergrund von Entscheidungen stehen, die sich im Verhältnis wechselseitiger Abhängigkeiten, ein Stück weit gegenseitig kontrollieren. Weniger im Vordergrund stehen Gremien oder andere kommunikative Plattformen. Sie dienen des Öfteren der Formalisierung von Entscheidungen.
- Auf Ebene der *Themen* geht es in den bilateralen Aushandlungen tendenziell eher um Fragen der Bereiche und weniger um jene der Gesamtorganisation. Bei gleichzeitig wechselseitig zugestandener Autonomie und damit auch der Grundregel «Wie du mir, so ich dir», kommt

es tendenziell eher zu Wachstumsentscheidungen, also solchen, bei denen es um den Ausbau und um die zusätzliche Nutzung von Ressourcen geht. Entscheidungen in die Gegenrichtung scheinen demgegenüber seltener vorzukommen. Wer will schon mitentscheiden, dass der eigene Bereich oder der von anderen nicht oder weniger weiter entwickelt, reduziert oder gar geschlossen wird?!

- *Zeitlich* bringt die bilaterale Abstimmung einen eigenen Rhythmus hervor, da gerade organisationsweite Anliegen in einer Kaskade von bilateralen Absprachen vorbereitet werden müssen. Der Rhythmus und die Geschwindigkeit des Entscheidens orientieren sich dann an der Entscheidungspraxis und weniger an den Notwendigkeiten dessen, was denn zur Entscheidung ansteht. So kann die Einrichtung einer Chefarztstelle für die Notfallstation mitunter vier Jahre und mehrere Anläufe dauern.

Das bilateral-situative Entscheiden sorgt zusammengefasst dafür, die Unterschiede zwischen den Disziplinen und Professionen auf Gesamtebene auszugleichen. Damit leistet diese Entscheidungspraxis einen wesentlichen Beitrag zur Stabilität, dass ein Spital als Ansammlung mehr oder wenig stark autonomer Einzelakteure überhaupt funktioniert. Gleichzeitig bringt die gewachsene Entscheidungspraxis Themen und Alternativen zur Entscheidung, aber nach anderen Kriterien als der Entscheidungsbedarf aus Umwelt und Organisation. So fallen manche Entscheidungen scheinbar unter den Tisch, verzögern sich oder erfolgen an anderen Orten. Deshalb entsteht ein Entscheidungsstau in Spitälern gerade

bei Entscheidungen auf Ebene der Gesamtorganisation.

Führung als Antwort auf diesen Entscheidungsstau

Führung, verstanden als die Sorge um Entscheidungen mit Verantwortung für das Gesamtsystem (1), erhält eine zentrale Bedeutung. Es geht darum, den Entscheidungsstau zu handhaben. Dazu ist eine andere Form des Entscheidens erforderlich, die möglichst den anstehenden Themen, den Beteiligten und der verteilten Expertise gerecht wird (10). Das eigene Entscheiden weiter zu entwickeln, ist eine zentrale Aufgabe für die Leitung eines Spitals. Die Aufgabe ist überaus anspruchsvoll, weil es erstens darum geht, das Entscheiden beim Entscheiden zu verändern. Es geht also um Veränderung bei laufendem Motor. Zweitens handelt es sich um Selbstveränderung. Die eigene Entscheidungspraxis steht zur Disposition, die man wiederum nur mit der eigenen Praxis verändern kann. Wie lässt sich damit umgehen?

Herausforderung: Entscheidungen beim Entscheiden entwickeln

Zunächst ist es hilfreich, zwischen den unmittelbaren und mittelbaren Wirkungen von Entscheidungen zu differenzieren. Der Entscheidungsstau erfordert es, Entscheidungen unmittelbar abzuarbeiten. Gleichzeitig aber strukturiert die Art und Weise, wie diese Entscheidungen heute bearbeitet werden, auch die Form zukünftigen Entscheidens. Das ist die mittelbare Wirkung. Beide Wirkungen sind miteinander verwoben, so dass Entscheiden eine bestimmte Problemstellung bearbeitet und gleichzeitig mit gestaltet, wie zukünftig entschieden wird.

Die mittelbaren Wirkungen haben es genauso wie das bilateral-situative Entscheidungsmuster an sich, dass sie sich gewissermassen im Rücken der Beteiligten entwickeln und verfestigen. Sie stehen weniger in der Aufmerksamkeit als die unmittelbaren Entscheidungen und deren Wirkungen. Die mittelbare gängige Entscheidungspraxis liegt somit partiell im so genannten «blinden

Fleck» der Organisation (11). Solange sie unbeobachtet bleibt ist es schwierig, sie zu hinterfragen und zu verändern.

Nimmt man diese Herausforderung ernst, bietet sich ein reflexives Vorgehen an. Es geht darum, die eigene Entscheidungspraxis beim Entscheiden mit zu beobachten. Hilfreich sind dabei zwei Aspekte:

■ **Die Unterscheidung von Fach- und Systemkontext:** Bei sich anbahnenden Entscheidungen ist es sinnvoll zu klären, ob sie direkt der Patientenbehandlung dienen (Fachkontext) oder ob sie sich auf die Voraussetzungen (Systemkontext) für die Patientenbehandlung beziehen (12). Der fachliche Kontext bezieht sich auf die Interaktion mit Patienten, der Systemkontext auf die Organisation. Beide sind daher anders strukturiert und erfordern eine andere Entscheidungspraxis. Demgegenüber lässt sich in Spitälern beobachten, dass die Entscheidungspraxis aus dem Fach- auf den Systemkontext unhinterfragt übertragen wird.

■ **Erarbeitung eines geteilten Horizontes:** Traditionell entscheidet jeder im Spital tendenziell mit Blick auf den eigenen Bereich. Es fehlt damit ein geteilter Horizont, auf den sich organisationsweite Entscheidungen beziehen können, um darüber miteinander ins Gespräch zu kommen. Einige Initiativen zur Prozessoptimierung in Spitälern (13) erarbeiten einen solchen geteilten Bezugspunkt. Sie nehmen zunächst sehr detailliert auf, wie ausgewählte Patientenprozesse im Alltag ablaufen. Darüber wird erkennbar, wer alles daran beteiligt ist, mit welchen Tätigkeiten und wie diese Aktivitäten miteinander zusammenhängen. Die dabei zu Tage tretenden Abstimmungs- und Koordinationsfragen bringen Entscheidungsnotwendigkeiten mit sich. Bisher als fraglos Hingenommenes wird zur Disposition gestellt und veränderbar. Veränderungen richten sich an dem gemeinsam erhobenen Patientenprozess aus, der einen alternativen Horizont für Entscheidungen darstellt.

Die Unterscheidung zwischen System- und Fachkontext und die mögliche Entwicklung eines übergreifenden alternativen Bezugspunktes für Entscheidungen liefern einen Rahmen, um die eigene Entscheidungspraxis kritisch zu hinterfragen. Die mittelbaren Wirkungen der Art und Weise, wie entschieden wird, kommen dadurch wieder in den eigenen Blick. Aus dem eigenen blinden Fleck geholt, ergibt sich Entscheidungsspielraum. Man kann es so lassen, wie es ist und damit leben oder es verändern.

Führung: kommunikative Strukturierung von Entscheidungen

Entscheidet man sich für die Variante, die eigene Entscheidungspraxis zu verändern, steht die Gestaltung von Entscheidungsprozessen und weniger von -inhalten im Vordergrund. Der Fokus liegt damit auf der Entwicklung einer tragfähigen Führungsarchitektur und auf der Prozessgestaltung von Entscheidungen.

Eine wesentliche Aufgabe von Führung besteht dann darin, Entscheidungen zu strukturieren. Diese Strukturierung zielt dabei nicht nur auf eine analytisch-inhaltliche Dimension ab, sondern auf die Art und Weise, wie Entscheidungen zustande kommen. Diese Prozessdimension ist vor allem eine kommunikative. Strukturierung von Entscheidungen meint damit, die gezielte Gestaltung und Strukturierung kommunikativer Arrangements, Arbeitsforen oder Plattformen, auf denen organisationale Fragestellungen und Aufgaben bearbeitet werden. Es geht damit um die Etablierung von Regeln und Routinen, wer über was wann und wie entscheidet. Es ist schon bezeichnend, wie viele fachliche Rapporte und wie wenige institutionalisierte Rapporte zu Organisations- und Managementfragen in einem Spital zu finden sind.

Die Strukturierung von Entscheidungen findet auf zwei miteinander verwobenen Ebenen statt, einer Mikro- und Makroebene von Kommunikation (9):

- Die *Mikroebene* fokussiert auf einzelne Kontaktsituationen und Gesprächskontexte. Es gilt, an konkreten Problemstellungen des Alltags, der künftigen Entwicklung und der gemeinsamen Entscheidungspraxis innerhalb der Situation zu arbeiten. Hier sind klare Verantwortlichkeiten und eine gute Orchestrierung des Ablaufes erforderlich. Dies betrifft vor allem die Vorbereitung, Themenidentifikation, Strukturierung, Moderation und Nachbereitung eines Treffens, einschliesslich der Visualisierung und Dokumentation getroffener Vereinbarungen für den Arbeitsalltag, sowie die Orientierung derjenigen, die bei solchen Gesprächen nicht direkt beteiligt sind. Neben diesen Teilen der Prozesssteuerung geht es in der Mikrostrukturierung auch um die inhaltliche Dimension, also darum, nach welchen Kriterien, in welchem Verfahren entschieden wird. Dabei kann ein geteilter Referenzrahmen wie Patientenprozesse hilfreich sein, genauso wie eine empathische Aufmerksamkeit für die jeweils unterschiedliche Entscheidungspraxis der Beteiligten. Auf einen Nenner gebracht geht es darum, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten – die so genannten AKV – für einzelne Kontaktsituationen festzulegen.
- Die *Makroebene* meint die «Gesamtarchitektur» einzelner kommunikativer Arrangements. Es geht um die Vernetzung institutionalisierter Kontaktsituationen (Plattformen, Arbeitsforen). Diese Vernetzung ist eine äusserst wichtige Führungsaufgabe, bei der gewissermassen die «Verdrahtung» eines Spitals spezifiziert und zu gelebter Führungspraxis entwickelt werden muss. Welche Problemstellungen sollen auf welcher Plattform bearbeitet werden? Wie ist das «Agenda Setting» organisiert? Was ist der zeitliche Rhythmus? Wer soll sich auf welchen Plattformen engagieren? Wie sehen die entsprechenden Rollen und Führungsverständnisse aus? Wie sind die einzelnen Plattformen hinsichtlich des Informations- und Entschei-

dungsflusses miteinander verbunden? Wie lassen sich Arbeitsfortschritte sichtbar machen und fortlaufend in den Arbeitsalltag integrieren, der auf diese Weise kontinuierlich weiterentwickelt werden soll usw.? Zusammengefasst legt die Makrostrukturierung die Wege und wechselseitigen Beziehungen von Entscheidungen fest, als Rahmen für eine tragfähige Entscheidungspraxis auf Gesamspitalebene.

Konkret kann man vorgängig zur Gestaltung strukturierterer Entscheidungen auf Mikro- und Makroebene den gelebten Entscheidungsalltag über eine *Themen-Plattformen-Matrix* analysieren: Auf der einen Seite stehen die für das Spital (oder den eigenen Bereich, die Klinik, die Abteilung) wichtigen Aufgaben, also die Antwort auf folgende Frage: Welche Themen auf operativer Ebene der Alltagsbewältigung und auf der strategischen Ebene einer tragfähigen künftigen Entwicklung sind uns wichtig? Auf der anderen Seite stehen die Orte von Entscheidungen, also die Antworten auf die Frage: Welche kommunikativen Plattformen (wie informelle Einzelgespräche, Sitzungen, Workshops, Veranstaltungen usw.) haben wir in unserem Spital (Bereich, Klinik, Abteilung) zur Bearbeitung von wichtigen Themen? In einer Kreuztabelle lässt sich leicht ablesen, welche Themen an welchen Orten bearbeitet werden. Daraus erkennt man schnell, welche Themen gar keinen Ort, welche Orte kein Thema, an welchen Orten zu viele Themen und welche Themen an zu vielen Orten verhandelt werden. Auf Basis eines solchen Verständnisses lassen sich einfache Verbesserungen identifizieren. Nach unserer Erfahrung führt dieses Vorgehen eher zu einer Reduktion als zum Aufbau von weiteren kommunikativen Arrangements der Entscheidungsfindung.

Mit der Strukturierung von Entscheidungen wird für alle Beteiligten klarer, welche Themen, zu welchen Zeiten, an welchen Orten überhaupt bearbeitet werden.

Ganz praktisch braucht man dann nicht mehr an jedem Meeting teilzunehmen. Auch müssen nicht mehr alle überall dabei sein, nur um keine Entscheidung zu verpassen. Lässt sich dieser Eindruck realisieren, kann dies eine Geschäftsleitung auch für sich selbst nutzen. Häufig folgt ihre Zusammensetzung dem Repräsentationsprinzip. Das schafft Legitimation. Grosse Geschäftsleitungen erschweren aber die praktische Bearbeitung von Entscheidungen aufgrund der Anzahl von Beteiligten. Gleichzeitig führt das Repräsentationsprinzip nicht unbedingt dazu, dass die für eine Entscheidung notwendige Expertise beteiligt ist. Daher ist bei einer bilateral-situativen Entscheidungspraxis nachvollziehbar, warum viele in der Geschäftsleitung sein wollen, um bei Bedarf ihr Veto einlegen zu können. Gelingt aber eine anerkannte Strukturierung von organisationsweiten Entscheidungen, ist das nicht mehr nötig. Man kann einer kleinen Geschäftsleitung die Bearbeitung dieser Entscheidungen anvertrauen. Wie eine Geschäftsleitung zusammengesetzt und wie sie in die Makro-Strukturierung von organisationsweiten Entscheidungen als ein kommunikatives Arrangement (Mikroebene) eingebettet ist, hängt von jedem Spital selbst ab.

In diesem Beitrag ging es letztlich um die Frage, wozu Führung von Spitalern gebraucht wird. Führung bedeutet dabei, für Entscheidungen zu sorgen und Verantwortung für das Gesamtspital zu übernehmen. Spitalweite Entscheidungen über einzelne Bereichsgrenzen hinweg stehen zunehmend an. Jedoch gerät das historisch gewachsene bilateral-situative Entscheiden hierbei an seine Grenzen. Es entsteht ein Entscheidungsstau, in dem manche Fragestellungen nicht, später oder an anderen Orten beschlossen werden. Eine zentrale Führungsaufgabe besteht darin, das eigene Entscheiden im fortlaufenden Entscheiden weiter zu entwickeln. Es geht um Selbstveränderung der eigenen Praxis. Dazu bietet sich ein reflexives Vorgehen an. Vor dem Hintergrund von unmittelbaren und mittelbaren Wirkungen kann man zunächst zwischen Fach- und Sys-

temkontext differenzieren und an einem geteilten Horizont für Entscheidungen arbeiten. Darauf aufbauend ist ein Weg zur Veränderung der eigenen Entscheidungspraxis die Strukturierung von Entscheidungen auf Mikro- und Makroebene. Ziel ist es dabei, die übergreifenden Entscheidungen in den Blick zu nehmen und für die beteiligten Bereiche transparent und nachvollziehbar zu strukturieren. Das entlastet und schafft Verlässlichkeit. Beides ist angesichts der heutigen Veränderungen wichtig. Führung braucht gerade dann Zeit und Stabilität, wenn Zeitdruck, Komplexität und Mehrdeutigkeit die heutige Entwicklung von Spitätern prägen.

Literatur

- (1) Wimmer, R. (Ed.). (2004). *Organisation und Beratung*. Heidelberg: Carl-Auer.
- (2) Simon, H. A. (1959). Theories of Decision-Making in Economics and Behavioral Science. *The American Economic Review*, 49(3), 253-283.
- (3) Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and cure of disease – part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-70.
- (4) March, J. G. (1991). How Decisions happen in Organizations. *Human-Computer Interaction*, 6, 95-117.
- (5) Jarzabkowski, P., & Fenton, E. (2006). Strategizing and Organizing in Pluralistic Contexts. *Long Range Planning*, 39, 631-648.
- (6) Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 800-837.
- (7) Tuckermann, H., & Rüegg-Stürm, J. (2008). Vom interaktionalen Organisieren zum Organisieren von Kommunikation. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(14), 573-578.
- (8) Tuckermann, H., Lai, A., & Mitterlechner, M. (2012). *Multiple Ways of Decision-Making in a Hospital – a process view on decision-making in pluralistic organizations*. Paper presented at the Fourth International Symposium on Process Organization Studies, Kos.
- (9) Tuckermann, H., Mitterlechner, M., & Rüegg-Stürm, J. (2011). *Stabilizing Patterns of Decisions in pluralistic Organizations as «bootstrapping»*. Paper presented at the Third International Symposium on Process Organization Studies, Kerkyra.
- (10) Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the Unexpected. Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco: Jossey-Bass.
- (11) von Foerster, H. (1994). *Wissen und Gewissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- (12) Rüegg-Stürm, J. (2008). Führung ist nicht gleich Führung ... *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(23), 1025-1027.
- (13) Merz, J., Bucher, S., & Rüegg-Stürm, J. (2008). Prozessmanagement im Krankenhaus: Spielarten und Wirkungsweisen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(39), 1673-1676. ■

Abstract:

Management in hospitals: further development of own decision-making practices on the way into the future

This paper relates to the challenge faced by hospital management executives in changing organisational decision-making practices. Management means ensuring decisions are made and assuming overall responsibility for the hospital. Decision-making across individual departments is on the increase. In this context, however, historically developed decision-making practices are reaching their limits. Decision backlogs are the result, with many issues remaining unresolved or postponed, or decided by some external body. Hence, a core management task is to now continuously develop one's own decision-making in the course of the on-going decision procedure. A reflexive approach is suitable for this self-change process. Against a backdrop of immediate and direct impacts, it is first possible to differentiate between subject- and system-related contexts, and to work towards a split horizon for decision-making. Building on this, one way towards changing one's own decision-making practices is to structure decisions at micro and macro levels. The objective here is to maintain an overview of the cross-sector decisions and to structure them in a transparent and logical manner for the sectors involved. This relieves pressure and creates reliability. Both benefits are vital in view of today's change environment. Management specifically needs time and stability when time pressures, complexity and ambiguity are characteristics of current trends in the hospital sector.