Teil 3 der Serie: Management von Spitälern – eine unmögliche Aufgabe?!

«Weder-noch»: geregeltes Entscheiden mit Systemkontext

Nachdem der erste Teil der Serie die Paradoxie eines Spitalmanagements erläuterte [1] und Teil zwei das «bilateral-situative» Entscheidungsmodell skizzierte [2], wird in diesem abschliessenden Beitrag das «geregelte Entscheiden mit Systemkontext» vorgestellt. Dabei werden fachliche von organisationalen Entscheidungsnotwendigkeiten unterschieden.

Harald Tuckermann[a], *Johannes Rüegg-Stürm*[b], *Matthias Mitterlechner*[c]

a Prof. Dr. oec. HSG, Assistenzprofessor für Management pluralistischer Organisationen und Co-Leiter Forschungsprogramm HealthCare Excellence, Vize-Direktor des Instituts für Systemisches Management und Public Governance an der Universität St. Gallen

b Prof. Dr. oec. HSG, Direktor des Instituts für Systemisches Management und Public Governance an der Universität St. Gallen

c Dr. oec. HSG, Habilitand und Co-Leiter Forschungsprogramm HealthCare Excellence an der Universität St. Gallen

Korrespondenz:
Prof. Dr. oec.
Johannes Rüegg-Stürm
Institut für Systemisches Management und Public Governance
Dufourstrasse 40a
CH-9008 St. Gallen
Tel. 071 224 23 23
Fax 071 224 25 36

johannes.rueegg[at]unisg.ch
www.imp.unisg.ch/de/Weiterbildung

Der vorherige Beitrag zeigte mit dem bilateral-situativen Entscheiden eine Möglichkeit, wie Spitäler mit der im ersten Beitrag skizzierten Paradoxie von Management umgehen können [2]. Dieser Beitrag stellt eine zweite Möglichkeit vor, die wir «geregeltes Entscheiden mit Systemkontext» nennen.

Diese Möglichkeit bearbeitet den *Kontext*, in dem die Paradoxie eingebettet ist. Jenseits der beiden Pole «Vielfältige Entscheidungspraxis relativ autonomer Bereiche» und «organisationsweite Entscheidungen» geht es nunmehr darum, einen anderen Bezugspunkt zu etablieren. Die Perspektive der Beteiligten ändert sich: das «bilateral-situative» Entscheiden fokussiert auf das Verhältnis zwischen den Kliniken, Bereichen oder Abteilungen (vielfältige Entscheidungspraxis) und der Gesamtorganisation (organisationsweite Entscheidungen). Im «geregelten Entscheiden mit Systemkontext» geht es stattdessen zunächst darum, eine andere Blickrichtung einzunehmen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn man die Patientenprozesse zum Ausgangspunkt nimmt. So arbeiten bestimmte Ansätze der Prozessoptimierung [3] zunächst die erlebte Alltagsrealität all derjenigen auf, die an den ausgewählten Patientenprozessen beteiligt sind. Dadurch wird ein ansonsten nicht vorhandener Blick auf den Patientenprozess als Ganzes möglich. Die Beteiligten sehen, wie die unterschiedlichen Abteilungen, Kliniken und Bereiche im Hinblick auf den Patientenprozess zusammenwirken und an welchen Stellen Schwierigkeiten auftauchen. In dieser gemeinschaftlichen Rekonstruktion ergeben sich fast unweigerlich Fragen nach der Entscheidungspraxis im Arbeitsalltag. Beispielsweise geht es darum, wie interdisziplinäre Visiten oder Rapporte ablaufen und wie dort Entscheidungen gefällt, anschliessend des Öfteren wieder revidiert oder verworfen werden und welche Auswirkungen das auf die unterschiedlichen Berufsgruppen hat. Mit einem solchen Verfahren werden die wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen den Beteiligten sichtbar, wer also von wem was an Informationen, Vorleistungen, Vorgaben und Entscheiden benötigt und welche Auswirkungen die eigenen Aktivitäten auf andere haben.

Akzeptieren die Beteiligten die eigene, gemeinschaftlich erbrachte Alltagsrealität von Patientenprozessen, wird eine andere Perspektive, ein anderer Bezugspunkt auf die Paradoxie vielfältiger Entscheidungspraxis und organisationsweiter Entscheidungen

«Ni – ni»: des décisions régies dans le contexte du système

En plus de la possibilité évoquée dans la deuxième partie de notre article, nous avons également observé une deuxième variante permettant de gérer un hôpital en dépit du paradoxe lié aux multiples formes de prises de décisions (cf. première partie de notre article [1]). A présent, intéressons nous à la «prise de décisions régie dans le contexte du système» qui offre une perspective différente, par ex. dans le cas des processus axés sur les trajectoires de patients, et permet de différencier les décisions qui relèvent des différentes spécialisations de celles qui relèvent de l'organisation. Alors que les premières sont prises au travers des multiples formes de prises de décisions, les questions d'ordre organisationnel peuvent être communiquées de telle manière à ce qu'elles soient prévisibles dans le temps et qu'elles tiennent compte autant que possible du savoir-faire spécialisé dispersé au sein de l'hôpital. La «prise de décisions régie dans le contexte du système» se concentre ainsi non pas sur l'interaction entre les différences liées au paradoxe du management, mais sur le contexte dans lequel ce paradoxe s'inscrit.

möglich. Konkrete Veränderungsvorschläge, die immer auch Entscheidungen beinhalten, bemessen sich nunmehr nicht mehr an der Paradoxie selbst, sondern an ihrer Wirkung auf den Patientenprozess.

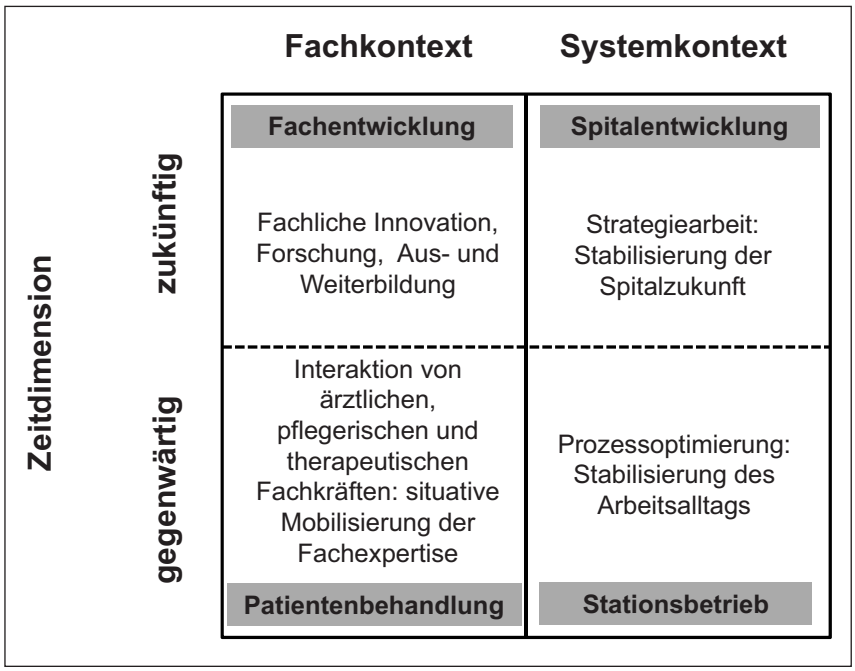
Ein solcher Bezugspunkt ausserhalb der Paradoxie bedeutet aber nicht, dass die anderen aufgegeben werden. Die Verteiltheit von Entscheidungen wird dadurch genauso sichtbar, wie die Notwendigkeit zu organisationsübergreifenden Entscheiden. Die hier angesprochene Form der Prozessoptimierung betont aber vor allem die Rahmenbedingungen für eine effiziente und effektive fachlich-medizinische sowie pflegerische Arbeit. Zu diesen gehören die Beschaffung, Konsolidierung und Bereitstellung von Informationen entlang des Patientenprozesses, die Koordination der Beteiligten, damit gemeinsame Visiten oder interdisziplinäre Rapporte zeitlich und räumlich gelingen, die Abstimmungsarbeiten mit Zuweisenden und vieles mehr. Der Systemkontext wird sichtbar, ohne den die Patientenbehandlung (Fachkontext) nicht möglich wäre.

«Mit einem solchen Verfahren werden die wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen den Beteiligten sichtbar.»

Diese Unterscheidung von Fach- und Systemkontext [4] ist neben der Prozessperspektive der zweite Bestandteil eines neuen Bezugspunkts. Der *Fachkontext* beinhaltet die jeweilige Patientenbehandlung sowie die fachliche Weiterentwicklung der jeweiligen Disziplin oder Profession. Die Behandlungsentscheidungen erfolgen meist in der Interaktion von ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Fachkräften mit Blick auf bestimmte Patienten. Zeitlich sind diese Entscheidungen auf die konkrete Situation in der Gegenwart bezogen. Gleichzeitig und zukunftsbezogen gehören zum Fachkontext auch die forscherische und ausbildnerische Entwicklung der jeweiligen Profession oder Disziplin, die in den Kliniken, Instituten und Fachbereichen einen hohen Stellenwert einnimmt.

Der *Systemkontext* bezeichnet gegenüber dem Fachkontext den Bereich der Voraussetzungen für eine gelingende fachliche Arbeit im Spital. Diese Voraussetzungen beinhalten Fragen der Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Fachbereichen und Instituten mit Bezug auf den fortlaufenden Arbeitsalltag im Spital und damit der übergreifenden Patientenprozesse. Hinzu kommt die fortlaufende Bereitstellung der für die Facharbeit notwendigen Ressourcen, sei es Personal, Finanzen, aber zunehmend auch Informationen und Datenflüsse. Zu dieser auf die Gegenwart bezogenen Dimension gehört auch eine zukunftsgerichtete, die vorwiegend an strategischen Fragen ansetzt. Hier geht es um die zukünftige Ausrichtung des Gesamtspitals im Kontext anderer Anbieter, um Kooperationen mit anderen Leistungserbringern, um die Gestaltung von Zuweiserbeziehungen oder um die Einbettung in das lokale Umfeld. Grafisch ist diese Unterscheidung zwischen Fach- und Systemkontext in Abbildung 1 zusammengefasst.

Abbildung 1
Fach- und Systemkontext.

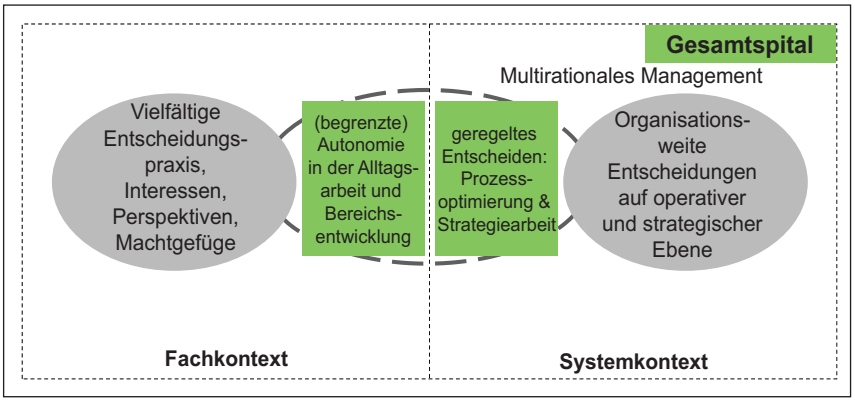


In einer rekonstruierenden Prozessdarstellung kommen beide Kontexte in ihrer operativen und strategischen Ausprägung gleichermassen zum Vorschein, während im Vollzug des Arbeitsalltags der Systemkontext eher nur dann sichtbar wird, wenn etwas nicht funktioniert. Über die Komponente «Patientenprozess» unter Berücksichtigung von Fach- und Systemkontext, entsteht ein anderer Kontext, in dem die Paradoxie eingebettet ist. Auf Basis von Veränderungen, die explizit an den Patientenprozessen ausgerichtet sind, wird es möglich, ein nachvollziehbares und erwartbares Entscheiden zu entwickeln. Wir nennen dieses Entscheiden «geregeltes Entscheiden im Systemkontext».

Nicht selten führt eine derartige Prozessoptimierung zu Fragen nach der Entscheidungspraxis, die auch die Führungsarchitektur von Kliniken, Bereichen oder das Gesamtspital betreffen können. Führungsarchitektur meint in diesem Zusammenhang die Zusammensetzung und kommunikative Verdrahtung der unterschiedlichen Gremien wie Spital- und Departements- und Klinik-, Bereichs- und Abteilungsleitungen. Das wiederum wirft Fragen danach auf, welches Gremium und welche Stelle für welche Entscheidungen zuständig und verantwortlich sind.

Neben dieser Klärung von Entscheidungsthemen und den Orten, in denen sie bearbeitet werden, trägt vor allem die zeitliche Rhythmisierung insbesondere

Abbildung 2
Geregeltes Entscheiden im Systemkontext.



von organisationsweiten Entscheidungen wie strategischen Jahreszielen zu einer höheren Erwartbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz bei [5]. So beschreibt ein Spitalleiter den jährlichen Zyklus der Strategiearbeit in folgenden Worten: «Der April ist der Analysemonat. Der Mai dient der Aufbereitung der Analyse und der Alternativen, Programme, Projekte, wo man so sagt: ‹Nächstes Jahr wollen wir ...›. Anfang Juni findet das Strategiemeeting statt. Dort legen wir die Zielsetzung fest. Es folgt eine Information im Gesamtspital. Im Oktober laufen die Budgetgespräche.» Diese Ziele werden im weiteren Verlauf sukzessive auf Departements-, Klinik-, Abteilungs-, Team- und Mitarbeiterebene heruntergebrochen mit dem Ziel: «Jeder Mitarbeiter muss etwas zu der Frage sagen können: ‹Was ist mein Beitrag zu dem Ziel?›» (Spitalleiter) Damit diese Konkretisierung gelingt, ist eine fortlaufende Information, geplante Einbindung, und der zeitliche Rhythmus von hoher Bedeutung.

Dieses geregelte Entscheiden von Fragestellungen mit spitalweiter Wirkung hat zunächst einen Anstieg derartiger Entscheidungen zur Folge, so ein Spitalleiter: «Wenn man so strukturiert arbeitet und alles so entscheidet, dann gibt es eine grosse Anzahl an Entscheidungen. Und das überlastet dann eben auch eine Geschäftsleitung. Und deshalb haben wir viele Entscheidungen nach unten (in die Departemente, Kliniken, Abteilungen) delegiert.» Durch die Delegation von Entscheidungen entstehen Freiheitsgrade auf Seiten der Departemente, Kliniken und Abteilungen, die mit einer entsprechenden Verantwortung für den eigenen Bereich einhergehen. Das Ziel ist, Entscheidungen möglichst dort zu treffen, wo die erforderlicher Expertise vorhanden ist [6].

Auch wenn das «geregelte Entscheiden mit Systemkontext» den heutigen Herausforderungen von Spitälern gerecht wird, gibt es aber mindestens drei Herausforderungen. Erstens impliziert das geregelte Entscheiden mit Systemkontext zumindest partiell eine Begrenzung der historisch entwickelten und für den Fachkontext funktionalen Entscheidungsautonomie. Zweitens besteht eine grundlegende Herausforderung darin, das entsprechende Personal für Führungspositionen zu finden. Insbesondere auf Seiten der Ärzteschaft steht nach wie vor die fachliche Arbeit im Vordergrund, während der Systemkontext traditionell auf die so genannte «administrative Arbeit» verkürzt wird [7]. Drittens setzt die Entwicklung des «geregelten Entscheidens mit Systemkontext» voraus, die eigene Entscheidungspraxis beim Entscheiden weiterzuentwickeln.

Vergleich im Umgang mit der Paradoxie von Spitalmanagement

Dieser und der vorherige Beitrag hatten zwei Stossrichtungen zum Thema, wie Spitäler mit der Paradoxie von Spitalmanagement umgehen können. Historisch haben sich im Zuge der Entwicklung moderner Spitalorganisationen eher am «bilateral-situativen» Entscheiden orientierte Muster herausgebildet. Diese Form des Entscheidens stellt die Beziehung zwischen den beiden Seiten der Paradoxie in den Vordergrund und versucht, zwischen vielfältigen, relativ autonomen Teilbereichen und Themen der Gesamtorganisation zu balancieren. Trotz der Herausforderungen in der heutigen Zeit besteht die wesentliche Leistung des «bilateral-situativen» Entscheidens darin, den Arbeitsalltag zu stabilisieren.

Im Vergleich dazu geht es beim «geregelten Entscheiden mit Systemkontext» darum, einen anderen Bezugspunkt und damit einen anderen Kontext zu etablieren, in dem die Paradoxie eingebettet ist. Ein solcher Bezugspunkt können Patientenprozesse zusammen mit der Unterscheidung von Fach- und Systemkontext sein. Entscheidungen richten sich dann danach aus, ob sie die Behandlungsinteraktion oder die Voraussetzungen dafür betreffen und inwieweit sie zur Stabilisierung der komplexen Wertschöpfung beitragen. Es handelt sich dann um ein «geregeltes Entscheiden», das ebenfalls eigenen Herausforderungen ausgesetzt ist, durch das aber die Paradoxie von Management gehandhabt werden kann. Die Tabelle 1 fasst den Artikel in Bezug auf die zwei Optionen zusammen:

Versucht ein Spital nun, sich in die eine oder andere Richtung zu verändern, stellt dies eine besondere Herausforderung dar. Es geht im Kern darum, die eigene Entscheidungspraxis mit eben dieser Entscheidungspraxis zu verändern. Das erfordert Reflexion innerhalb der Führung, genauer genommen die Selbst-Reflexion von Führung. Hierbei rückt die kommunikative Orchestrierung eines solchen Prozesses in den Vordergrund. Denn einerseits geht es darum, auch kritische Gedanken überhaupt äussern zu können. Andererseits sind Veränderungen mit Zumutungen verbunden, z. B. wenn sich im Zuge einer solchen Entwicklung Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowohl von Personen wie von Gremien oder Abteilungen und Kliniken wandeln. Mit anderen Worten rückt die achtsame Strukturierung der Kommunikation in den Vordergrund, auf die wir bereits verwiesen haben [8].

Tabelle 1
Gegenüberstellung von bilateral-situativem und geregeltem Entscheiden mit Systemkontext.

	Sowohl-als-auch (bilateral-situativ)	Weder-Noch (geregeltes Entscheiden mit Systemkontext)
Fokus	Beziehung zwischen den Seiten über bilaterale Absprachen, Gärtchendenken	Etablierung eines alternativen Bezugspunktes zur Neugestaltung des Kontextes der Paradoxie
Leistung	Stabilisierung des Arbeitsalltags und Möglichkeit zur situativen Absprache zwischen den Beteiligten	Ausrichtung der Entscheidungen z.B. am Patientenprozess unter Berücksichtigung von Fach- und Systemkontext respektive der Behandlungsarbeit sowie ihrer Voraussetzungen, die paradoxerweise zu Freiheitsgraden durch partielle Beschränkung führt
Voraussetzungen	– Hohe Kenntnis und Reputation der Entscheider innerhalb des informellen Netzwerkes – Ausreichende Ressourcen – Geringer Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern	– Bereitschaft zur (gemeinsamen) Rekonstruktion des erlebten Arbeitsalltags – Einnehmen und Vertretung des neuen Bezugspunktes – Ressourcen für die Veränderungsarbeit
Nebenwirkungen	– Informelle Beziehungen beinhalten partiell auch Ausgrenzung – Möglichkeit zur Verlagerung und zur Verzögerung von Entscheidungen – Tendenz zur Ausrichtung von Entscheidungen an Einzelinteressen	– Verschiebung von Freiheitsgraden aufgrund der Unterscheidung von Fach- und Systemkontext – Kritisierbarkeit von Leitungsgremien und Führungsarbeit anhand des neuen Bezugspunktes – Risiko des Rückfalls in bisherige Muster

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Zusammenfassend bestand der Einstieg in diese Reihe darin, Management als Funktion der Organisation zu definieren. Management findet verteilt über das Spital statt und nicht alleine in einer Geschäftsleitung, einer Abteilung oder einer Stelle bzw. Person. Gerade in Spitälern steht die Paradoxie im Kern von Management, nämlich bei unterschiedlichen Formen der Entscheidungspraxis gleichzeitig für organisationsweite Entscheidungen zu sorgen. Vor diesem Hintergrund zeigten der zweite und dieser dritte Beitrag zwei Stossrichtungen im Umgang mit dieser Paradoxie auf. Spitäler können sich auf die Beziehung zwischen den Polen der Paradoxie konzentrieren, oder einen neuen Bezugspunkt und darüber einen neuen Kontext für die Paradoxie etablieren.

Management von Spitälern ist zwar keine unmögliche, aber eine komplexe Aufgabe. Angefangen von der Frage, wie Themen auf die (Entscheidungs-) Agenda des Spitals gelangen, also was als zentrale Entscheidungsnotwendigkeiten identifiziert wird, geht es dann darum, je nach Fragestellung eine passende Bearbeitungsform festzulegen, beginnend beispielsweise mit der Unterscheidung von Fach- und Systemkontext. Gerade wenn es um Veränderungen geht, gehören dazu nicht nur analytische Verfahren, in welchen Schritten eine Entscheidung abgearbeitet werden soll, sondern auch die kommunikativ-prozessuale Orchestrierung dieser Bearbeitung. Für eine solche Strukturierung von Entscheidungen ist es aus unserer Sicht hilfreich, Entscheidungsnotwendigkeiten zu triagieren: Handelt es sich eher um Fragen der Patientenbehandlung (Fachkontext), der Voraussetzungen für diese Behandlung (Systemkontext) oder um die Frage nach der weiteren Entwicklung des Gesamtspitals in seinem Umfeld (Gesamtkontext)? Je nachdem sind andere analytische Verfahren, andere Beteiligte und Betroffene, eine andere zeitliche Rhythmik erforderlich.

Die Herausforderung für ein Spital und sein Management liegt darin, eine solche stärkere Strukturierung von Entscheidungen zu etablieren. Eine derartige Entwicklung erfordert von den Beteiligten, die eigene alltägliche Arbeit zu reflektieren, zu hinterfragen und nachvollziehbar zu entscheiden (!), ob und wenn ja wie sie geändert werden sollte. Das beinhaltet natürlich auch, eine solche veränderte Praxis miteinander einzuüben. Das ist nicht zuletzt deshalb anspruchsvoll, weil eine solche Entwicklung bei «fahrendem Wagen» erfolgt. In der Organisation wird fleissig weiter entschieden, während die Veränderung des Entscheidens vorangetrieben wird.

Entscheidungen stärker zu strukturieren ist zunehmend wichtig, weil es mehr zu entscheiden gibt; weil die jeweiligen Entscheidungen Behandlungsarbeit, aber auch die (organisationalen) Bedingungen der Behandlungsarbeit betreffen; und weil Entscheidungen gerade in Spitälern überaus verteilt getroffen werden; und weil sie gleichzeitig oft miteinander vernetzt sind und mitunter parallel erfolgen. Die Strukturierung von Entscheidungen ermöglicht es, dass das Entscheiden in zeitlicher Hinsicht, in thematischer Hinsicht und mit Blick auf die Beteiligten und Betroffenen stärker erwartbar wird. Das ermöglicht Sicherheit und Flexibilität, Verlässlichkeit und Freiheitsgrade.

Literatur

1 Tuckermann H, Rüegg-Stürm J, Mitterlechner M. Zur Unmöglichkeit des Managements von Spitälern – die Paradoxie von Management. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(16/17):662–5.

2 Tuckermann H, Rüegg-Stürm J, Mitterlechner M. Zur Unmöglichkeit des Managements von Spitälern – Umgangsformen mit der Unmöglichkeit. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(18):713–5.

3 Merz, J, Bucher S, Rüegg-Stürm J. Prozessmanagement im Krankenhaus: Spielarten und Wirkungsweisen. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(39):1673–6.

4 Rüegg-Stürm J. Führung ist nicht gleich Führung ... Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(23):1025–7.

5 Rüegg-Stürm J, Bachmann A. Management im Spital – auch das noch?! In Rüegg-Stürm J, Bieger T (Hrsg.). Unternehmerisches Management. Herausforderungen und Perspektiven: Bern: Haupt. 2012. S. 117–50.

6 ebd. [5] S. 137.

7 Rüegg-Stürm J, Tuckermann H. Warum immer mehr «Administration»? Wege aus der «Administrationsfalle». Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(7):271–5.

8 Tuckermann H, Rüegg-Stürm J. Vom interaktionalen Organisieren zum Organisieren von Kommunikation. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(14):573–8.