Kuno Schedler
Johannes Rüegg-Stürm
(Herausgeber)

Multirationales Management

Der erfolgreiche Umgang mit widersprüchlichen Anforderungen an die Organisation

Haupt Verlag

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 5

1 Einführung 13
Kuno Schedler und Johannes Rüegg-Stürm

1.1 Kontext des Ansatzes 13
1.2 Management 18
1.3 Ziele des Buches 23
1.4 Ansatz des Buches 24
1.5 Literatur 26

I Grundlagen

2 Rationalität – Begriff, Bildung und Wirkung 33
Kuno Schedler und Johannes Rüegg-Stürm

2.1 Rationalität 33
2.1.1 Rationalität und «Sinngemeinschaften» 35
2.1.2 Rationalität als Handlungs- und Begründungslogik 36
2.1.3 Rationalität als Konstruktionslogik 40
2.2 Entstehung und Stabilisierung von Rationalitäten 42
2.2.1 Einflüsse des Umfelds 44
2.2.2 Professionalisierung und Rationalitäten 45
2.3 Archetypen von Rationalitäten 46
2.4 Wie erkennt man Rationalitäten? 49
2.5 Rationalität und Identität 51
2.6 Rationalität und Macht 55
2.7 Interessen, Meinungen und Irrtümer 56
2.8 Literatur 58

3 Multirationalität und pluralistische Organisationen 61
Kuno Schedler und Johannes Rüegg-Stürm

3.1 Was bedeutet «Multirationalität»? 61
3.2 Theoretische Perspektiven zu multiplen Rationalitäten 62

3.2.1 Die klassisch-ökonomische Perspektive und ihre Einschränkungen ... 63
3.2.2 Die systemtheoretische Perspektive ... 65
3.2.3 Die neo-institutionelle Perspektive ... 68
3.3 Pluralistischer Kontext – institutionelle Komplexität ... 71
3.4 Der Begriff der hybriden Organisation ... 75
3.5 Multirationalität auf Dauer ... 76
3.6 Wirkungen der Verschiedenartigkeit ... 77
3.6.1 Differenzen und Indifferenzen ... 77
3.6.2 Unschärfen und Symbolik ... 79
3.6.3 Der legitimierende Kern der Organisation ... 80
3.6.4 Multiple Identitäten in multirationalen Organisationen ... 81
3.7 Konsequenzen für das multirationale Management ... 82
3.8 Literatur ... 84

II Wissenschaftliche Berichte aus der Praxis

4 Multirationales Management im Spital ... 93
Harald Tuckermann

4.1 Management von pluralistischen Organisationen – eine paradoxe Aufgabe ... 93
4.2 Ausgangslage: zunehmender Entscheidungsbedarf ... 94
4.3 Vielfältige Entscheidungspraxis und die Paradoxie «multirationales Management» ... 96
4.4 «Sowohl-als auch»: Bilateral-situatives Entscheiden ... 100
4.5 «Weder-noch»: Geregeltes Entscheiden im Systemkontext ... 104
4.6 Konklusion: Entwicklung bei laufendem Motor ... 110
4.7 Literatur ... 112

5 Multirationales Management im Tourismus ... 115
Christian Laesser und Pietro Beritelli

5.1 Kontext ... 115
5.2 Inhalt des Gesprächs ... 117
5.2.1 Ziel, Mission ... 117
5.2.2 Formales Erfolgskriterium ... 118
5.2.3 Institutionalisierte Begründung ... 119
5.2.4 Agency ... 120
5.2.5 Wahrnehmung von Rationalitäten / Logiken ... 121

5.3 Implikationen ... 121
5.3.1 Geschichtliches und institutionelle Grundlagen ... 121
5.3.2 Institutionelle Herausforderungen ... 122
5.4 Literatur ... 123

6 Multiple Rationalitäten in der Regionalentwicklung ... 125
Roland Scherer und Kristina Zumbusch

6.1 Aktuelle Herausforderungen für Regionen ... 125
6.2 Neue Regionen entstehen ... 126
6.3 Governance als neues Steuerungsverständnis ... 128
6.4 Neue intermediäre Organisationsformen ... 129
6.5 Multiple Rationalitäten in der Regionalentwicklung ... 130
6.6 Vom Umgang mit multiplen Rationalitäten ... 132
6.7 Literatur ... 133

7 Multirationales Management in der öffentlichen Verwaltung ... 135
Kuno Schedler und Angela Eicher

7.1 Grundlagen zum multirationalen Management im Staat ... 135
7.2 Der Public Manager als Übersetzungsdienstleister ... 137
7.2.1 Aktuelles politisches Umfeld ... 138
7.2.2 Das Aufgabenfeld der Verwaltung ... 138
7.2.3 Die Bedeutung von Erfolg im administrativen Kontext ... 139
7.2.4 Die Verwaltung im Spannungsverhältnis unterschiedlicher Rationalitäten ... 140
7.2.5 Übersetzungspraktiken der Public Manager ... 143
7.2.6 Praktiken der Public Manager im Umgang mit multiplen Rationalitäten ... 145
7.3 Literatur ... 148

8 Multirationales Management in Technologieunternehmen ... 149
Daniel Bartl und Simon Grand

8.1 Ausgangslage und Kernthesen ... 149
8.2 Innovation des Innovationsmodells: Der Case Roche ... 153
8.3 Etablierung eines neuen Erfolgsmodells: Der Case Hoechst ... 156

8.4 Entwicklung eines Geschäftsmodells: Der Case Actelion ... 161
8.5 Schlussfolgerungen ... 165
8.6 Literatur ... 167

9 Multirationales Management im öffentlichen Regionalverkehr ... 169
Mirco Gross und Lukas Summermatter

9.1 Wettbewerb im öffentlichen Regionalverkehr ... 169
9.2 Fall: Vergabe im öffentlichen Regionalverkehr ... 171
9.2.1 Multirationalität der Aufgabenträgerorganisation ... 172
9.2.2 Rationalität des politischen Aufgabenträgers ... 174
9.3 Praktiken im Umgang mit intraorganisationaler Multirationalität ... 176
9.4 Fazit ... 179
9.5 Literatur ... 180

III Multirationales Management

10 Bearbeitungsstrategien multipler Rationalitäten ... 185
Kuno Schedler und Johannes Rüegg-Stürm

10.1 Was lernen wir aus den wissenschaftlichen Erzählungen? ... 185
10.2 Multirationales Management an der Schnittstelle zur Umwelt ... 190
10.3 Multirationales Management in der Organisation ... 193
10.3.1 Praktiken der Vermeidung multirationaler Entscheidungen ... 196
10.3.2 Praktiken der Polarisierung von Rationalitäten ... 202
10.3.3 Praktiken der Toleranz ... 207
10.3.4 Praktiken der Förderung der Multirationalität ... 213
10.4 Fazit ... 223
10.5 Literatur ... 224

11 Konsequenzen für Praxis und Wissenschaft ... 229
Kuno Schedler und Johannes Rüegg-Stürm

11.1 Konsequenzen für die Praxis ... 229
11.1.1 Wie Akteure ihre multirationale Kompetenz aufbauen können ... 231

11.1.2 Multirationale Kompetenz als persönlicher Vorteil ... 234
11.2 Konsequenzen für Lehre und Forschung ... 235
11.2.1 Multirationale Kompetenz als Gegenstand der Lehre ... 235
11.2.2 Multirationales Management als Forschungsthema ... 237
11.3 Literatur ... 238

Anhang

Verzeichnis der Autoren ... 243

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis ... 245

4 Multirationales Management im Spital

Harald Tuckermann

Das Gleiche lässt uns in Ruhe,
es ist der Widerspruch, der uns produktiv macht.
(J. W. von Goethe)

Die Kernthese dieses Beitrags lautet, dass multirationales Management paradox ist. Die multirationale oder pluralistische Praxis in und von Spitälern erfordert und behindert gleichzeitig die genuine Aufgabe von Management für Entscheidungen in Hinblick auf das Überleben der Gesamtorganisation zu sorgen. Spitäler haben je eigene Umgangsformen mit dieser operativen Paradoxie «multirationales Management» entwickelt. Zwei Beispiele, ein regel-basiertes Entscheiden und ein bilateral-situatives Entscheiden, werden als Möglichkeiten empirisch näher beleuchtet.

4.1 Management von pluralistischen Organisationen – eine paradoxe Aufgabe

Spitäler sind ein prominentes Beispiel multirationaler oder pluralistischer Organisationen. Sie sind durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen und Disziplinen gekennzeichnet. Diese vielfältigen Komponenten eines Spitals geniessen eine historisch gewachsene relativ hohe Autonomie, da ihre Wertschöpfung durch zunehmend spezialisierte Experten erbracht wird, die ihrerseits je nach Profession und Disziplin eine eigenständige Perspektive auf ihre Organisation entwickelt haben (Denis et al. 2001; Glouberman und Mintzberg 2001a; 2001b).

Management eines *Spitals* ist eine anspruchsvolle Funktion der Organisation, dessen Leistung darin besteht für Entscheidungen mit Blick auf die Überlebensfähigkeit der Gesamtorganisation zu sorgen (Wimmer 2004). Zentrale Aktivität von Management sind Entscheidungen, um darüber die Voraussetzungen und Praktiken für das Entscheiden in der Organisation zu entwickeln. Entscheidungen sind *«commitments to act»* (Langley et al. 1995), die meist als Auswahl von generierten Alterna-

tiven verstanden werden. Gerade in pluralistischen Organisationen wie Spitälern entscheiden aber weniger Einzelpersonen. Vielmehr sind die Entscheidungen erstens über die Organisation verteilt (Bower und Gilbert 2007). Zweitens ist Entscheiden ein kollektiver, kommunikativer Prozess (Luhmann 2000; Denis et al. 2001), in dem immer wieder neu mit Bezug auf das Gesamtspital und im Kontext der Vielfältigkeit der Professionen und Disziplinen ein «*commitment to act*» angestrebt wird. Mit der Vielfalt von Professionen und Disziplinen werden rationale Entscheidungen in Spitälern zu einer unmöglichen Aufgabe – sie lassen sich nicht eindeutig und objektiv berechnen, weil es an eindeutigen unkontroversen Entscheidungskriterien fehlt und keine eindeutige Wahl vergleichbarer Alternativen hergeleitet werden kann. Es gilt, das Unentscheidbare zu entscheiden (von Foerster 1994).

Dieser Beitrag geht davon aus, dass Management im multirationalen Kontext eines Spitals eine paradoxe Aufgabe ist. Aufgrund der vielfältigen Perspektiven, Verständnisse, Interessen unterschiedlicher Professionen und Disziplinen wird es zunehmend wichtig und gleichzeitig schwierig, für Entscheidungen zu sorgen. Diese Paradoxie wird vor allem bei organisationsweiten Entscheidungen sichtbar, die bereichsübergreifend sind und die originäre Themen von Strategie, Organisation, Zusammenarbeit und Führung betreffen. Der steigende Bedarf für diese organisationsweiten Entscheidungen wird im ersten Abschnitt behandelt. Daran schliesst die Formulierung der Paradoxie «multirationales Management» über die Skizzierung unterschiedlicher Praxisformen des Entscheidens an. Es folgen mit dem «bilateral-situativen Entscheiden» und dem «geregelten Entscheiden im Systemkontext» die Beschreibung und die Analyse von zwei Möglichkeiten, wie mit dieser Paradoxie umgegangen werden kann. Die Konklusion enthält eine Zusammenfassung.

4.2 Ausgangslage: zunehmender Entscheidungsbedarf

Auf Spitäler kommen mit den heutigen Veränderungen zunehmend *Entscheidungsnotwendigkeiten* zu, welche über die historisch gewachsenen Grenzen relativ autonomer Fachbereiche, Kliniken und Abteilungen hinausgehen (Tuckermann und Rüegg-Stürm 2012). Es geht zum Beispiel um Fragen der strategischen Positionierung eines Spitals insgesamt, um die Einbettung in das lokale Umfeld und insbesondere zu Zuweisenden, um die Re-Integration der eigenen Patientenbehandlung, um die Gewährleistung der finanziellen Überlebensfähigkeit im Zuge der DRG-Einführung oder um die nachhaltige Rekrutierung, Entwicklung und

Bindung von geeignetem Personal. Derartige Fragestellungen erfordern *bereichsübergreifende Entscheidungen*.

Über die Einführung von Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups = DRGs) in der Schweiz, mit dem zu erwartenden Wegfall der Kantonsgrenzen kommen verstärkt organisationsweite Fragen auf. Im Gegensatz zum bisherigen Finanzierungsmechanismus, der grundsätzlich an der erbrachten Tätigkeit ausgerichtet war, etablieren DRGs einen prinzipiell einheitlichen Gesamtwert für eine bestimmte Diagnose. DRGs deckeln damit die verfügbaren Ressourcen für einen Behandlungsfall und verstärken die Frage nach dem effizienten Einsatz der über die DRGs verknappten Ressourcen. Diese Frage ist aufgrund der Spezialisierung in der Medizin zunehmend bereichsübergreifend, sodass daraus verstärkt organisationsweite Entscheidungen hervorgehen. Der Wegfall der Kantonsgrenzen erlaubt Spitälern ein grösseres Einzugsgebiet potentieller Patienten. Während die Kantonsgrenzen, ökonomisch gesprochen, partiell eine regionale Alleinstellung ermöglichten, fociert der Wegfall der Grenzen die Konkurrenz zwischen Leistungsanbietern. Landläufig erfordert steigende Konkurrenz eine strategische Positionierung, also letztlich ein gegenüber den Patienten und Zuweisenden profiliertes Angebot. Profilierung wiederum erfordert nicht selten Selektion und Auswahl bestimmter Angebote medizinischer Betreuung und Serviceleistungen, insbesondere wenn die verfügbaren Ressourcen relativ zu den Optionen begrenzt sind. Dadurch entsteht der organisationsweite Entscheidungszwang zur Verteilung relativ knapper Ressourcen auf bestimmte Fachgebiete und Angebote.

Organisationsweite 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. Wie der Leiter eines grossen Kantonsspital erläutert, kümmerten sich vor etwa vierzig Jahren drei bis fünf Fachpersonen um einen Patienten in einem Spital. Heute seien es demgegenüber nach seiner Schätzung zwischen 15 und 20 Fachpersonen, oft aus unterschiedlichen Disziplinen. Diese Einschätzungen weisen darauf hin, dass der interne Abstimmungs-, Koordinations- und auch Entscheidungsbedarf zwischen Kliniken, Abteilungen und Fachbereichen deutlich zugenommen hat. Die bereits skizzierte Wirkung von DRGs verschärft den Abstimmungsbedarf aufgrund der zusätzlich eingeführten Dimension knapper Ressourcen in ansonsten fachlich geprägte Entscheidungen. Im Vergleich zur Spezialisierung innerhalb von Ärzteschaft und Pflege lassen sich die Leiden von Patienten nicht immer disziplinär ohne weiteres aufteilen. Die Einführung von Fallpauschalen und der Wegfall einer kantonalen Defizitdeckung

erhöhen den zeitlichen Handlungsbedarf für organisationsweite Entscheidungen.

Die Zunahme organisationsweiter Entscheidungen auf operativer und strategischer Ebene trifft auf eine historisch gewachsene Entscheidungspraxis von Spitalorganisationen, die sich vor allem professional an den Fachdisziplinen ausgerichet hat und die im folgenden Abschnitt anhand von vier Beispielen illustriert wird. Aus der Vielfältigkeit von Formen der Entscheidungspraxis folgt ein analytischer und ein kommunikativer Integrationsbedarf, der das multirationale Management als paradox prägt.

4.3 Vielfältige Entscheidungspraxis und die Paradoxie «multirationales Management»

Vor allem die seit dem 19. Jahrhundert und insbesondere nach dem zweiten Weltkrieg einsetzende Spezialisierung hat eine Vielzahl von unterschiedlichen Disziplinen hervorgebracht, die je nach Spitalgrösse auch innerhalb der Organisation vertreten sind. Diese heute 45 Fachgesellschaften in der Schweiz bearbeiten jeweils in eigener Weise ihre spezifischen medizinisch-pflegerischen Aufgaben im Rahmen der Patientenbehandlung. Je nach Art der eigenen spezialisierten Aufgabe hat sich eine eigene fachlich geprägte Entscheidungspraxis entwickelt. Nach unserer Beobachtung (Tuckermann et al. 2012; Tuckermann und Rüegg-Stürm 2012) wird diese fachlich geprägte Entscheidungspraxis auch auf organisationale Fragestellungen angewendet. Innerhalb der jeweiligen Bereiche sorgt diese Übertragung für Stabilität, da die jeweilige Entscheidungspraxis als gültig und disziplinär legitimiert angenommen werden kann. Bei organisationsweiten Entscheidungen, in die verschiedene Disziplinen involviert sind, trifft diese Vielfalt von Formen der Entscheidungspraxis aufeinander. Es entsteht die Paradoxie «multirationales Management». Bevor diese Paradoxie formuliert wird, folgt zunächst die Beschreibung unterschiedlicher Formen der Entscheidungspraxis.

Illustrativ lassen sich beispielsweise die Entscheidungspraxis von Chirurgen, Inneren Medizinern, Pflege und Administration mit Hilfe einfacher Fragen wie: «wer entscheidet über was, wann und wie?» und anhand folgender Tabelle idealtypisch gegenüberstellen:

	Administration	Chirurgie	Pflege	Innere Medizin
Wie	formalisiertes berichtsorientiertes Verfahren	Aktion und Nachbearbeitung	Vordefinition der Aufgabe und Einbezug der Basis für die konkrete Umsetzung	fortlaufende Abklärung (Abwarten) und Aktivität, wenn die Zeit reif ist.
Wer	Projektteam / Auftragnehmer; fortlaufende Formalisierung durch die GL	Einzelperson (Chefarzt) (gegebenenfalls nach Konsultation mit Direktunterstellten)	Pflegeleitung bis Stationsmitarbeitende mit je unterschiedlichen Aufgaben	Leitende (Gruppe) möglichst im Konsens etwaig betroffener Kollegen
Was	Fragestellung einer Abteilung	konkretes Problem	Fragestellung und sozialer Kontext (Atmosphäre, Schnittstellen)	Fragestellung und Auswirkungen auf betroffene Bereiche
Wann	durch Auftrag, gemäss geplantem Ablauf	ad hoc, schnelle (Re-)Aktion bei Gelegenheiten	durch Auftrag, gemäss geplantem und sich abzeichnendem Verlauf bei Umsetzung	bei sich abzeichnenden Themen; Antwort auf Gelegenheiten

Tab. 4-1: Entscheidungspraxis unterschiedlicher Professionen

Chirurgische Entscheidungen sind auf Schnelligkeit ausgerichtet, werden damit tendenziell eher von Einzelpersonen getroffen und beinhalten im Anschluss an eine Intervention oder Handlung je nach Bedarf eine zügige Nachbearbeitung etwaig auftretender Nebeneffekte. Der Fokus dessen, was zu einem Entscheidungsproblem gehört, ist entsprechend eng auf das im Vordergrund stehende Problem gefasst, sowohl am Operationstisch wie bei organisationalen Themen. Chirurgische Entscheidungen korrespondieren mit der originären Behandlungspraxis, die auf hoch anspruchsvolle invasive Eingriffe fokussiert, die zeitkritisch sind und von der indviduellen handwerklichen Fähigkeit des Operateurs abhängt.

Innere Mediziner entscheiden demgegenüber vergleichsweise langsamer mit explizitem Einbezug von Kollegen, mit denen idealerweise ein Konsens erzielt wird. Diese Vorgehensweise orientiert sich an einem Kern ihrer medizinischen Tätigkeit, dem Stellen von Diagnosen. Vor dem Hintergrund oft vielfältiger und zeitlich veränderlicher Symptome gilt es, in konsensualen Absprachen Muster zu erkennen und auf bestimmte Hypothesen hin zu verdichten. In analoger Weise lässt sich die Bearbeitung organisationaler Fragestellungen beobachten (Tuckermann et al. 2012). In dieser Entscheidungspraxis ist der Fokus, was zu einer Entscheidungssituation gehört, oft vergleichsweise breiter gefasst und umfasst die zeitliche

Dimension und die Perspektive potenziell Betroffener bei organisationalen Fragestellungen.

Entscheidungen in der *Pflege* beinhalten neben dem Fokus der inneren Medizin vor allem auch die relationale Dimension zwischen den Beteiligten, was einen Kern der Pflegetätigkeit widerspiegelt (Tuckermann 2007). Demzufolge werden Entscheidungen und Entwicklungsbestrebungen für organisationale Fragen möglichst breit über unterschiedlichen Hierarchiestufen durch Einbindung abgestützt. Ab dem mittleren Kader nehmen Pflegefachkräfte verstärkt oder ausschliesslich Führungs- oder Managementaufgaben wahr. Entscheidungsprozesse werden mit Management-Instrumenten unterstützt. Dabei ist ein fortlaufendes Einbinden von Stationsteams zu beobachten, mit denen die konkrete Umsetzbarkeit entwickelt und eine positive Atmosphäre auf der Station angestrebt wird.

Entscheidungen der sogenannten *Administration* sind im Vergleich zu den fachlichen Professionen schwerer zu beschreiben. Dieser Bereich durchläuft derzeit eine fundamentale Weiterentwicklung von einer traditionell eher bürokratischen zu einer eher management-orientierten Entscheidungspraxis. Gleichzeitig steht die Administration insbesondere gegenüber der Ärzteschaft in einem besonderen Rechtfertigungsdruck. Traditionell praktiziert die Spitaladministration Entscheidungen 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.

Diese hier nur ansatzweise skizzierten Formen von Entscheidungspraxis korrespondieren mit der jeweiligen Behandlungspraxis (mit Ausnahme der sogenannten Administration). Diese Korrespondenz erklärt, warum innerhalb des jeweiligen Bereichs die eigene Entscheidungspraxis meist als angemessen gilt und selten hinterfragt wird. Diese Selbstverständlichkeit des eigenen Entscheidens sorgt für Stabilität innerhalb des jeweiligen Bereichs, was für die jeweilige Wertschöpfung von wesentlicher Bedeutung ist (Tuckermann und Rüegg-Stürm 2007). Gleichzeitig illustrieren die Formen der Entscheidungspraxis die Vielfältigkeit, vor deren Hintergrund sich Spitäler als «multirational» oder «pluralistisch» charakterisieren lassen. Vor allem die Unterschiede zu den Kategorien «wer, wie, wann entscheidet» verweisen auf die prozessuale Ebene des «Multirationalen» oder «Pluralistischen» von Spitälern. Auf einer eher inhaltlichen Ebene – der Frage über was entschieden wird – hat die diesbezügliche Organisationsforschung bereits vielfältige strategische Interessen

unterschiedliche Perspektiven auf ein Thema, und Verständnisse Herausforderungen für organisationsweite Entscheidungen identifiziert (Denis et al. 2001; Glouberman und Mintzberg 2001a; 2001b; Lozeau et al. 2002; Denis et al. 2007). Auf einer prozessualen Ebene werden demgegenüber meist auf unterschiedliche Machtkonstellationen, auf wechselseitiges Unverständnis oder auf die Autonomie der jeweiligen Akteure verwiesen (Bate 2000; Ericson 2001; Lozeau et al. 2002).

Die Pluralität auf prozessualer und auf inhaltlicher Ebene erfordert eine anspruchsvolle Integrationsleistung, insbesondere im Kontext organisationsweiter Entscheidungen. Gleichzeitig erschwert genau diese Pluralität die Integrationsleistung. «Multirationales Management» wird damit zu einer operativen Paradoxie (Ortmann 2004), zu einer Operation, die gleichzeitig die Bedingungen ihrer Möglichkeit und Unmöglichkeit erzeugt. Die Abb. 4–1 skizziert die Paradoxie «multirationales Management».



Abb. 4-1: Multirationales Management als Paradoxie

Vor diesem Hintergrund stellt sich die zentrale Frage, wie Management mit dieser Paradoxie umgehen kann. Forschungsarbeiten zu Paradoxien in Organisationen (Putnam 1986; Poole und Van de Ven 1989; Lewis 2000; Clegg et al. 2002; Luescher und Lewis 2008; Smith und Lewis 2011) zeigen grundlegend zwei Varianten auf: Sogenannte «entweder-oder» Lösungen beinhalten, die eine oder andere Seite der Paradoxie zu wählen, also entweder auf die Vielfältigkeit oder auf die organisationsweiten Entscheidungen zu setzen. Beispielsweise kann man eine privatwirtschaftliche Klinik mit Belegarztsystem als Möglichkeit interpretieren, die sich auf die Seite organisationsweiter Entscheidungen schlägt. Oft geht dies mit entsprechenden ökonomischen Überlegungen einher, die bei Konzentration auf wirtschaftliche lukrative Aufgabenfelder entsprechend die Vielfältigkeit von Formen der Entscheidungspraxis reduzieren und damit die Paradoxie partiell entschärft. Privatkliniken mit nur einer Klinik sind

hierfür ein Beispiel. Die gegenteilige Variante lässt sich umgekehrt vermuten, wenn Organisationen jeden Bereich sich möglichst eigenständig entwickeln lassen wie das mitunter in der Vergangenheit unter den Bedingungen ausreichender Ressourcen sowie geringerer Ausdifferenzierung möglich war. Für die meisten Spitäler und vor allem für diejenigen mit einem öffentlichen Leistungsauftrag stehen aber diese «entweder-oder» Varianten zur Paradoxieentfaltung nicht zur Verfügung. Darüber hinaus konstatiert die Organisationsforschung, dass «entweder-oder» Varianten problematisch sind, weil sich dabei das Verhältnis zwischen den beiden Polen verschärft.

In jüngerer Zeit favorisiert die Literatur «sowohl-als-auch» Lösungen vor der Erkenntnis, dass beide Seiten einer Paradoxie notwendig für eine Organisation sind. Der Fokus liegt weniger auf den Seiten oder Polen der Paradoxie, sondern stärker auf ihrem Verhältnis (Clegg et al. 2002).

Innerhalb der neueren Systemtheorie (von Kibéd und Sparrer 2003) findet sich ein dritter Ansatzpunkt, der auf die indische Logik zurückgeht (Ganeri 2004). Die sogenannte «weder-noch» Option fokussiert den Kontext, in dem die Paradoxie eingebettet ist und den sie umgekehrt reproduziert. Die drei Varianten stellen grundlegende Umgangsformen mit einer Paradoxie dar, mit jeweils eigenem Fokus. Theoretisch notwendigerweise abstrakt, haben Spitäler zur Entfaltung der Paradoxie «multirationales Management» ihre jeweils eigenen Formen über die Zeit entwickelt. Zwei davon werden im Folgenden vorgestellt. Sie illustrieren die Varianten des «Sowohl-als-auch» und des «Weder-noch».[1]

4.4 «Sowohl-als auch»: Bilateral-situatives Entscheiden

Historisch hat sich in manchen Spitälern eine Praxis entwickelt, mit der die unterschiedlichen Interessen relativ autonomer Akteure im Rahmen organisationsweiter Entscheidungen gehandhabt werden kann. Diese Entscheidungspraxis ist durch bilaterale Absprachen und durch die situative Bearbeitung anstehender Fragestellungen geprägt. Entsprechend wird sie als «bilateral-situative Entscheidungspraxis» bezeichnet. Bilateral-situatives Entscheiden illustriert, wie sowohl mit Vielfältigkeit

1 Auf Möglichkeiten im Rahmen eines «Entweder-oder» wird an dieser Stelle verzichtet, welche die Dominanz eines der beiden Pole meint. So können sich Spitäler traditionell vor allem als medizinisch geprägte Organisationen verstehen, die keiner relativen Ressourcenknappheit ausgesetzt sind. Oder sie können sich, wie einige Privatspitäler, in Form von Belegarztsystemen für die andere Seite der Paradoxie entscheiden.

als auch mit organisationsweiten Entscheidungen umgegangen und somit die Paradoxie «multirationales Management» als ein Sowohl-als-auch entfaltet werden kann.

Im Kern dieser Entscheidungspraxis steht die Autonomie der professionalen Bereiche. Ein Geschäftsleitungsmitglied eines Kantonsspitals definiert das sogenannte Gärtchendenken folgendermassen: *«Jeder schaut nur auf sein Gärtchen: die Internisten, die Chirurgen. Die Verwaltung denkt primär ans Geld, was ja auch korrekt ist und so weiter. Es ist eine Geschäftsleitung, die letztendlich doch mehr die Partikularinteressen vertritt.»*

Die Autonomie spiegelt einerseits die fachliche Spezialisierung, 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 Gärtchendenken dabei, die eigene Alltagsarbeit zu stabilisieren, die bei Diagnose und Therapie von Patienten durch fundamentale Ungewissheit gekennzeichnet ist (Tuckermann und Rüegg-Stürm 2007).

Andererseits und mit Blick auf die Gesamtorganisation folgt erstens daraus, dass Entscheidungen zunehmend in der Organisation verteilt sind. Es ist damit tendenziell unklarer, an welcher Stelle und von wem welche Entscheidungen getroffen werden. Das gilt vor allem für diejenigen Entscheidungen, die über die unterschiedlichen Gartenzäune hinweg gelten. Umgekehrt erfordert dies von denjenigen Stellen, die organisationsweite Entscheidungen verantworten, einen guten Ein- und Überblick über die Organisation. Entsprechend beschreibt ein Geschäftsleitungsvorsitzender die Rolle der Geschäftsleitung auch als «Sounding Board», in dem man selbst Themen einbringt und gleichzeitig auch herausfiltert, welche Themen in der Organisation Anklang finden.

Zweitens folgt aus dem Gärtchendenken und der damit ausgedrückten Autonomie, dass Entscheidungen auf Gesamtspitalebene vergleichsweise schwer gegen diejenigen zu fällen sind, die sie betreffen. Denis et al. (2001) formulieren dazu treffend, dass das TopManagement als Führung von der Zustimmung der Geführten abhängt. 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.»* Dieses sogenannte «Harmoniestreben» trägt zur Stabilisierung der Gesamtorganisation bei, beinhaltet aber auch, dass mögliche Konflikte und Differenzen räumlich und zeitlich verschoben werden. Gerade konfliktbeladene Situationen werden weniger in der Öffentlichkeit eines Gremiums (wie der Geschäftsleitung), sondern eher in bilateralen

Gesprächen zwischen einzelnen Kliniken, Fachbereichen und Instituten gehandhabt. Einzelgespräche sind vergleichsweise leichter zu handhaben und erlauben dadurch überhaupt eine Einigung oder Entscheidung zwischen zwei Parteien. Demgegenüber sind grössere Gruppen, wie eine 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.

Drittens wird Entscheiden organisationsweiter Fragen zu einer fortlaufenden Bewegung, die nur in geringem Masse strukturierbar ist. Alles scheint im Prozess zu sein, wie ein Spital-CEO erläutert: «*Die Kliniken sind da eher Selbstläufer... Bei unserer Vernetzung und wenn die Kliniken weiter unabhängig sind.... Das läuft sowieso alles sehr viel über die informellen Netzwerke, da kennt man sich untereinander. ... Da ist grosse Flexibilität gefordert.*»

Viertens erfolgt das Agenda-Setting bei bilateral-situativem Entscheidungen eher Bottom-up als Top-down. Dabei ist die Klärung anspruchsvoll, welche Themen und Fragestellungen für das Spital insgesamt zentral und als Entscheidung zu bearbeiten sind. Das «Agenda-setting» erfolgt dezentral: «*Die Anstösse müssen von den Einheiten kommen, man kann nicht von oben die Struktur bestimmen.*» (Geschäftsleitungsmitglied). Eine Folge davon ist, dass tendenziell eher bereichsspezifische Themen und weniger organisationsweite Entscheidungen zur Bearbeitung kommen. Eine weitere Folge kann darin bestehen, dass die Klärung der anstehenden Themen und Fragestellungen ihrerseits Ungewissheit und Ambiguität erzeugen, die selbst wiederum über bilaterale Absprachen abgearbeitet werden, sodass sich hier eine Vervielfältigung und zunehmende Verteiltheit von Entscheidungen abzeichnet. Dadurch können sich Entscheidungen 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 es ein vereinigtes «Nein» ... Nach dieser Vorarbeit haben wir dann zusammen eine Sitzung.*»

Fünftens kann das bilateral-situative Entscheiden tendenziell Möglichkeiten 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 ausgegliederten 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 sub-optimalen 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 wie eingangs illustriert, «*...sowieso alles sehr viel über die informellen Netzwerke läuft...*».

Die wesentliche Leistung des «bilateral-situativen Entscheidens» liegt trotz der hier skizzierten Herausforderungen in der Stabilisierung der Gesamtorganisation unter Anerkennung der relativ hohen Autonomie und der damit verbundenen Verteiltheit von Entscheidungen. Gleichzeitig benötigt das «bilateral-situative Entscheiden» einige Voraussetzungen: Mit Blick auf die Gesamtorganisation braucht das bilateral-situative Entscheiden ausreichend finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen. Denn gerade organisationsweite Entscheidungen sind mit langwierigen Abstimmungsprozessen verbunden.

Die bisherigen Ausführungen beleuchteten das bilateral-situative Entscheiden mit Blick auf seine Makrostrukturierung. Im Folgenden geht es um die Mikrostrukturierung. Mit Blick auf Manager oder diejenigen Stellen, die organisationsweite Entscheidungen vorantreiben und bearbeiten, gelingt bilateral-situatives Entscheidungen, wenn sie erstens eine intime Kenntnis der informellen Netzwerke in der Organisation haben, die unterschiedlichen Interessen und wechselseitigen Abhängigkeiten kennen. Zweitens benötigen sie selbst eine wohlwollende Reputation, sodass autonome Fachbereiche ihnen genügend Handlungsspielraum zugestehen. Ein Klinikleiter über den Spitalleiter: «*Bei ihm weiss man, dass er keinem was Böses will.*»

In der Managementpraxis fasst ein Spitalleiter drei wesentliche Führungsinstrumente zusammen, die notwendig sind, um für Entscheidungen zu sorgen:

- *Kontrolle der wirklich knappen Ressourcen*, wie zum Beispiel Räumlichkeiten und Personal, sodass Personalentscheidungen auch in den Kliniken ab einer gewissen Hierarchiestufe von der Stelle des Spitalleiters genehmigt werden.
- *Steuerung der formalen Kommunikation*, insbesondere auf Ebene der Geschäftsleitung über die Erstellung der Traktandenliste und über die Erstellung bzw. Genehmigung des Protokolls jeder Sitzung.

- *Fortlaufende Präsenz in der Organisation* durch ein «Management of walking around» in unterschiedlichen Fachbereichen und Hierarchieebenen. Das fördert die Kenntnis aktueller Themen in der Organisation und stärkt gleichzeitig die eigene Reputation, in dem es erlaubt, im direkten Gespräch anstehende oder getroffene Entscheidungen zu erläutern.

Zusammenfassend hat sich bilateral-situatives Entscheiden als Möglichkeit entwickelt, die sowohl Vielfältigkeit als auch organisationsweite Entscheidungen ermöglicht. Bilateral-situatives Entscheiden stellt damit eine Möglichkeit dar, die Paradoxie «multirationales Management» zu handhaben. Die Abb. 4-2 zeigt diesen Zusammenhang schematisch.



Abb. 4-2: Bilateral-situatives Entscheiden

Gleichzeitig jedoch ist das bilateral-situative Entscheiden an Voraussetzungen geknüpft, die zunehmend erodieren. Zum einen erhöht sich die relative Ressourcenknappheit für Spitalorganisationen. Die damit verbundenen Entscheidungsnotwendigkeiten beinhalten zunehmend auch Fragen danach, sich von bestimmten Aktivitätsfeldern zu trennen oder nicht mehr weiter zu entwickeln, was aber durch das bilateral-situative Entscheiden erschwert wird.

4.5 «Weder-noch»: Geregeltes Entscheiden im Systemkontext

Mit zunehmender relativer Ressourcenverknappung ist eine weitere Variante zur Handhabung der Paradoxie «multirationales Management» in Entwicklung begriffen. Der wesentliche Unterschied zum bilateral-situativen Entscheiden besteht an einem anders gewählten Ansatzpunkt. Während bilateral-situatives Entscheiden den Kontext Gesamtspital über

die Akzeptanz der Autonomie übernimmt, geht es nunmehr darum, zwischen Fach- und Systemkontext bei organisationsweiten Entscheidungen zu differenzieren. Multirationales Management bezieht sich damit auf den Systemkontext, während die Bereichs- und Klinikautonomie vor allem dem Fachkontext vorbehalten bleibt. Innerhalb des Systemkontextes geht es dann darum, ein organisationsweit geregeltes Entscheiden zu etablieren. Deshalb wird dieses Entscheiden «geregeltes Entscheiden im Systemkontext» genannt.

Grundlegend an dieser Entscheidungspraxis ist die Differenzierung zwischen Fach- und Systemkontext (Rüegg-Stürm 2008). Der Fachkontext umfasst alle Behandlungsentscheidungen, die meist in der Interaktion von ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Fachkräften mit Blick auf bestimmte Patienten erfolgen. 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. Zusammenfassend lassen sich Fach- und Systemkontext wie in Abb. 4-3 schematisch gegenüberstellen.



Abb. 4-3: Fach- und Systemkontext

«Geregeltes Entscheiden im Systemkontext» umfasst die zwei miteinander verwobenen Teilbereiche Routinisierung und Strategiearbeit. Routinisierung (Merz et al. 2008) bezieht sich zunächst auf die gegenwärtige Stabilisierung des Arbeitsalltags entlang von ausgewählten für ein Spital typischen Behandlungsprozessen. Nach einer sehr detaillierten Erfassung, wie ausgewählte Patientenprozesse im Alltag ablaufen, wird für alle erkennbar, wer alles daran beteiligt ist, mit welchen Tätigkeiten und wie diese Aktivitäten miteinander zusammenhängen. Die dabei zu Tage tretenden Abstimmungs- und Koordinationsfragen helfen, bisher als fraglos Hingenommenes zur Disposition und potentiell zur Veränderung zu stellen. Veränderungen richten sich an dem gemeinsam erhobenen Patientenprozess aus, der einen alternativen Horizont für Entscheidungen darstellt. Über die Vergemeinschaftung des die Disziplinen und die Professionen übergreifenden Patientenprozesses kann ein von den unterschiedlichen Beteiligten geteilter Bezugspunkt entstehen. Dieser Bezugspunkt verändert den Kontext, in dem sich die Paradoxie «multirationales Management» im Arbeitsalltag manifestiert. Es taucht nach unserer Erfahrung in einem solchen Veränderungsprozess dann oft die Frage auf, wie durch wen, was, wann entschieden wird. Mit anderen Worten ermöglicht diese Form der Prozessoptimierung Management mit Bezug auf den Arbeitsalltag zu thematisieren, und mit Blick auf einen geteilten Bezugspunkt (den Patientenprozess) konkret und spezifisch an der Weiterentwicklung gewachsener Entscheidungs- und damit Managementpraxis zu arbeiten.

Eine derartige Form der Bearbeitung benötigt neben der Bereitschaft in der Organisation grundlegende Voraussetzungen, wie z. B.:

- Eine eigenständige Projektstruktur, welche den durch die Prozessoptimierung erzeugten oder dargestellten Entscheidungsbedarf systematisch transparent und nachvollziehbar bearbeitet.
- Ein nachhaltiges Commitment der Spital-, Klinik- und Bereichsleitungen, weil eine derartige Initiative häufig mit der Klärung von Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten von Stellen und Gremien verbunden ist, sodass auftretende Veränderungen nachvollziehbar und fair erfolgen.
- Fortlaufende kommunikative Einbettung der Projektarbeit in den laufenden Betrieb, um den Nutzen einer derartigen Initiative darzustellen.
- Verhinderung von Überfrachtung der Organisation mit weiterlaufenden Initiativen und anderen Projekten, die häufig parallel erfolgen, weil eine Qualitätszertifizierung ansteht, gerade die DRGs eingeführt worden sind oder anderes mehr.

Eine solche Prozessoptimierung führt oft zu grundlegenden Fragen der Führungsarchitektur in einem Spital, d. h. der Zusammensetzung und kommunikativen Verdrahtung der unterschiedlichen Gremien, wie Spital- und Departements- sowie Klinik-, Bereichs- und Abteilungsleitungen. Das wiederum wirft Fragen danach auf, welches Gremium und welche Stelle für welche Entscheidungen zuständig und verantwortlich sind.

Dieser Bezug zur Gesamtführung ist Teil der Strategiearbeit als zweiter Bestandteil «geregelten Entscheidens im Systemkontext» (vgl. hierzu ausführlich Rüegg-Stürm und Bachmann 2012).

Strategiearbeit umfasst auf einer Mikroebene ein strukturiertes Problemlösungsverhalten. Im konkreten Beispiel eines Kantonsspitals handelt es sich im Kern um eine Entscheidungsheuristik für Managementproblemstellungen (Rüegg-Stürm und Bachmann 2012: 131–132), sodass Entscheidungen auf Basis einer strukturierten Analyse, einer Generierung von Optionen und eines im Umfang eng begrenzten Antrags erfolgen, in dem drei Lösungsvarianten ausgewiesen sind. Diese Mikrostrukturierung erlaubt es, einheitlich, transparent und nachvollziehbar über eingereichte Vorhaben zu entscheiden.

Auf einer Makroebene beinhaltet Strategiearbeit eine fortlaufende Selbstbeobachtung und Planung in einem mehrjährigen Rhythmus. Während alle drei Jahre grundlegend die strategische Ausrichtung entwickelt wird, findet jährlich ihre Überprüfung, Anpassung und eine Schwerpunktsetzung über drei bis sechs Jahresziele statt. Ein Spitalleiter beschreibt den jährlichen Zyklus: «*Der April ist so der Analysemonat anhand einer SWOT-Analyse … Der Mai ist zum Aufbereiten der Analyse, aber auch*

von Alternativen, Programmen, Projekten, 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.» Während Messgrössen über den Sommer entwickelt werden, finden die nächstjährigen Jahresziele ihren Niederschlag in den herbstlichen Budgetverhandlungen und werden anschliessend in den Mitarbeitergesprächen auf den Beitrag jedes Einzelnen spezifiziert. Der Spitalleiter erläutert: «*Jeder Mitarbeiter muss etwas zu der Frage sagen können: ‹Was ist mein Beitrag zu dem Ziel?›*»

Diese zeitliche Strukturierung verfolgt das Ziel, in der Organisation eine erwartbare Strukturierung zu generieren, wann, auf welche Weise und durch wen die Ziele der Gesamtorganisation festgelegt werden. Die jeweiligen Schritte bedürfen einer fortlaufenden kommunikativen Einbettung, sodass die jeweiligen Ziele in der Organisation nachvollziehbar und möglichst breit abgestimmt sind.

Insbesondere für grössere Entwicklungsinitiativen innerhalb aber auch zwischen Bereichen erfordert das geregelte Entscheiden im Systemkontext ein definiertes Management der unterschiedlichen Initiativen. Dazu klärt ein Gremium in diesem Spital im Einzelfall den Status einer Initiative, begutachtet den Beitrag zu den Zielen der Gesamtorganisation, die Ressourcenbeanspruchung und die Abhängigkeiten mit anderen laufenden Entwicklungen im Spital.

Eine weitere wesentliche Erfolgsbedingung liegt im systematischen Aufbau einer Führungsarchitektur. Damit ist gemeint, dass für die unterschiedlichen Gremien die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten definiert werden, genauso wie ihre Vernetzung. Gerade weil die Unterscheidung von Fach- und Systemkontext bei gleichzeitiger Prozessoptimierung oft eine Matrixstruktur der Organisation nahelegt, ist diese Klärung anspruchsvoll.

Darüber hinaus führt das geregelte Entscheiden im Systemkontext nicht selten zu einem Anstieg wahrgenommener Entscheidungsnotwendigkeiten, die zunächst in der Geschäftsleitung anfallen. 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.*» Umgekehrt zeigt diese Delegation von Entscheidungen auch, dass über das «geregelte Entscheiden im Systemkontext» Freiheitsgrade auf Seiten der Departemente, Kliniken und Abteilungen erzeugt werden, die mit einer entsprechenden Verantwortung für den eigenen Bereich einhergeht. Zudem wird angestrebt, Entscheidungen möglichst dort zu treffen, wo die erforderliche Expertise vorhanden ist (Rüegg-Stürm und Bachmann 2012: 137).

Neben der Delegation von Entscheidungen bewirkt das geregelte Entscheiden im Systemkontext an diesem Beispiel, dass Entscheidungsprozesse beschleunigt werden, dass die Veränderungs- und Entwicklungsbereitschaft im Spital aufgrund der erwartbaren und nachvollziehbaren Entscheidungsabläufe gestärkt wird, und dass Entscheidungsprozesse für die Beteiligten berechenbarer werden.

Neben der genannten Leistung des geregelten Entscheidens im Systemkontext sind aber mindestens drei Herausforderungen zu beobachten: Erstens impliziert dieses Muster zumindest partiell und zunächst eine Begrenzung der historisch entwickelten und für den Fachkontext funktionalen Entscheidungsautonomie. Das führt nicht selten zu Herausforderungen bei der Entwicklung dieses Entscheidungsmusters. Entsprechend führt ein Spitalleiter aus, dass eine allseits anerkannte Notwendigkeit z. B. in Form einer Krise oder organisationalen Restrukturierung, erforderlich ist. Zweitens besteht eine grundlegende Herausforderung darin, das entsprechende Personal auch für Führungspositionen zu finden. Insbesondere auf Seiten der Ärzteschaft steht nach wie vor die fachliche Arbeit im Vordergrund, während der Systemkontext traditionell auf die sogenannte «administrative Arbeit» verkürzt wird (Rüegg-Stürm und Tuckermann 2008). Drittens bedeutet die Entwicklung des «geregelten Entscheidens im Systemkontext», die eigene Entscheidungspraxis beim Entscheiden weiter zu entwickeln. Entscheidungen beinhalten grundsätzlich zwei Wirkungsebenen: Unmittelbar geht es um die zur Bearbeitung anstehende Frage oder Problemstellung. Mittelbar verfertigt sich in der Art und Weise, wie diese Entscheidungen heute bearbeitet werden, auch die Form zukünftigen Entscheidens. Beide Wirkungen sind miteinander verwoben, sodass Entscheiden gleichzeitig eine bestimmte Problemstellung bearbeitet und mitgestaltet, wie zukünftig entschieden wird. Die eigene Entscheidungspraxis beim Entscheiden weiter zu entwickeln, bedeutet, sich beim unmittelbaren Entscheiden gleichzeitig mitzuentscheiden, wer über was, wann und wie entscheidet. Diese doppelte Wirkung im Blick zu haben und über Entscheidungen zu bearbeiten, ist es, was die Entwicklung der eigenen Entscheidungspraxis selbst wiederum zu einer paradoxen Aufgabe werden lässt (Rüegg-Stürm und Bachmann 2012; Tuckermann und Rüegg-Stürm 2012).

Das «geregelte Entscheiden im Systemkontext» illustriert die Variante «weder-noch», indem es zur Handhabung der Paradoxie multirationales Management zwischen Fach- und Systemkontext unterscheidet. Dadurch setzt es am Kontext an, in dem die Paradoxie «multirationales Management» eingebettet ist. Zeitlich betrachtet geht es dann um Prozessoptimierung und um Strategiearbeit. Die Abb. 4–4 skizziert geregeltes Entscheiden im Systemkontext.

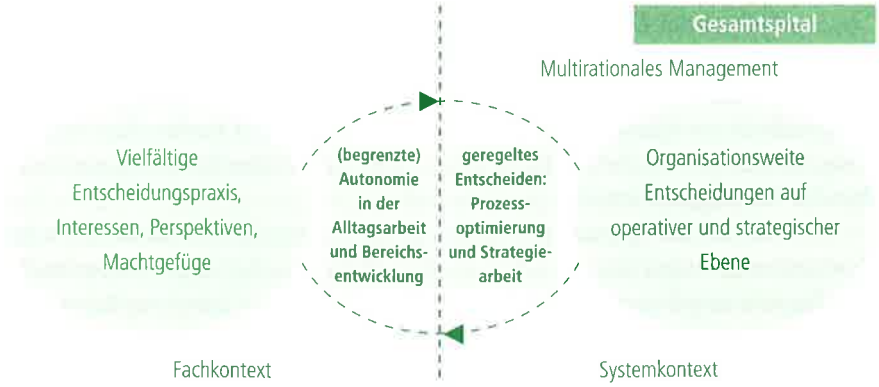


Abb. 4-4: Geregeltes Entscheiden im Systemkontext

Eine wesentliche Leistung des geregelten Entscheidens im Systemkontext besteht darin, in Anbetracht der sich abzeichnenden relativen Ressourcenverknappung für organisationsweite Entscheidungen zu sorgen. Gleichzeitig aber birgt die Entwicklung auf diesem Weg das Risiko einer fundamentalen Destabilisierung der Organisation. Denn die Unterscheidung der beiden Kontexte bedeutet eine Begrenzung der historisch gewachsenen Autonomie von Kliniken und Fachbereichen einerseits. Andererseits wird Entscheiden komplexer, weil sich fortlaufend die Frage stellt, in welchen Kontext eine anstehende Entscheidung gehört. Bis sich die damit angesprochene Klärung der Frage, wer über was, wann und wie entscheidet, stabilisiert hat, braucht geregeltes Entscheiden eine kooperative Beziehung zwischen den Beteiligten und eine tragfähige kommunikative Gestaltung des Entwicklungsprozesses. Dies ist gerade deshalb von hoher Bedeutung, weil die Entwicklung der eigenen Entscheidungspraxis bei «laufendem Motor» stattfindet, d. h. beim fortlaufenden Entscheiden anstehender Fragestellungen.

4.6 Konklusion: Entwicklung bei laufendem Motor

Dieser Beitrag vertritt den Grundgedanken, «multirationales Management» als Paradoxie zu verstehen. Insbesondere Spitäler stehen zunehmend Entscheidungsnotwendigkeiten gegenüber, welche die Organisation als Ganzes betreffen. Gleichzeitig ist ihre Entscheidungspraxis professional und disziplinär aufgrund der jeweiligen Aufgaben in der Patientenbehandlung geprägt. Weil diese vielfältige Entscheidungspraxis auf organisationale Fragestellungen angewandt wird und über unterschiedliche Interessen, Perspektiven und Machtgefüge hinausgeht, entsteht die

Paradoxie «multirationales Management»: Die Vielfältigkeit erfordert und behindert organisationsweite Entscheidungen. Konkret geht es beim «multirationalen Management» im Spital darum, Entscheiden entlang von drei Dimensionen aufeinander abzustimmen oder zu integrieren. Organisationsweites Entscheiden wird in einem Spital zu einer komplexen Managementherausforderung, die auf einer

- *zeitlichen Dimension* mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten und Rhythmen umzugehen hat;
- *sachlichen Dimension* mit unterschiedlichen Foki und Interessenslagen zu tun bekommt. Gerade in Spitälern scheint die «Überlebenseinheit» als Orientierung von Entscheidungen nicht die Organisation als Ganzes zu sein. Vielmehr steht die eigene Klinik, die eigene Abteilung / Station oder die eigene Person im Vordergrund.
- *sozialen Dimension* mit unterschiedlichem Ausmass an Einbezug in Entscheidungen zu tun hat, also eher kollektiv oder eher individuell; eher an der Spitze der Hierarchie oder an der Kompetenzseite (siehe Pflege) zu verorten ist usw.

Organisationsweite, d. h. bereichsübergreifende Entscheidungen und solche die originäre Themen von Organisation, Zusammenarbeit und Führung betreffen, sind in pluralistischen Organisationen hochfragile und komplexe Unternehmungen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sich die Organisation gerade nicht auf eine dominante Rationalität eingelassen hat. Oft wird das Thema Multi-Rationalität von den Komponenten her gedacht, also von den einzelnen Rationalitäten, die mit am Werk der Entscheidungen in einer Organisation sind. Im Fall von Spitälern sind das die unterschiedlichen ärztlichen Rationalitäten, die pflegerische, die verwalterische, die ökonomische und die therapeutischen Rationalitäten. Meist gelingt es dann, die Problematik herauszustellen. Jedoch erfolgt oft nicht so genau, wie diese Rationalitäten aufeinander Bezug nehmen, also welche Strukturen ihr Mit-, Gegen- und Füreinander als eigene Dynamik ausbilden, die jenseits jeder einzelnen Rationalität, sondern zwischen diesen Rationalitäten zustande kommt. Um dieses Zwischen geht es aber bei multirationalem Management. Dazu illustrierte dieser Beitrag zwei Möglichkeiten, das bilateral-situative und das geregelte Entscheiden im Systemkontext. Es handelt sich dabei um eine sowohl-als-auch bzw. um eine weder-noch Variante zur Handhabung der Paradoxie «multirationales Management». Jede Variante hat ihre eigenen Voraussetzungen, ihr eigenes Wirkungspotenzial und ihre eigenen Grenzen. Von daher

dienen sie vor allem als Inspirationsquelle um eigene kontextspezifische Umgangsformen mit der Paradoxie «multirationales Management» entwickeln zu helfen. Letztlich geht es darum, die eigene Entscheidungspraxis beim Entscheiden, also bei «laufendem Motor», weiter zu entwickeln.

4.7 Literatur

Bate, P. (2000). Changing the culture of a hospital: From hierarchy to networked community. *Public Administration* 78(3): 485–512.

Bower, J. L., und C. G. Gilbert (2007). How Managers' everyday decisions create or destroy your company's strategy. *Harvard Business Review* (February 2007): 72–79.

Clegg, S., J. Vieira da Cunha und M. Pina e Cunha (2002). Management paradoxes: A relational view. *Human Relations* 55(5): 483–505.

Denis, J.-L., L. Lamothe und A. Langley (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal* 44(4): 800–837.

Denis, J.-L., A. Langley und L. Rouleau (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations* 60(1): 179–215.

Ericson, T. (2001). Sensemaking in organisations – towards a conceptual framework for understanding strategic change. *Scandinavian Journal of Management* 17: 109–131.

Ganeri, J. (2004). Indian Logic. In: Gabbay, D. M. und J. Woods (Eds.), *Handbook of the History of Logic.* (1): *Greek, Indian and Arabic Logic*, 1(1), New York, Elsevier: 309–396.

Glouberman, S. und H. Mintzberg (2001a). Managing the care of health and cure of disease – part I: Differentiation. *Health Care Management Review* 26(1): 56–70.

Glouberman, S. und H. Mintzberg (2001b). Managing the care of health and the cure of disease – part II: Integration. *Health Care Management Review* 26(1): 70–84.

Langley, A., H. Mintzberg, P. Pitcher, E. Posada und J. Saint-Macary (1995). Opening up Decision Making: The View from the Black Stool. *Organization Science* 6(3): 260–279.

Lewis, M. (2000). Exploring Paradox: Toward a more Comprehensive Guide. *Academy of Management Review* 25(4): 760–776.

Lozeau, D., A. Langley und J.-L. Denis (2002). The corruption of managerial technologies by organizations. *Human Relations* 55(5): 537–564.

Luescher, L. S. und M. Lewis (2008). Organizational change and managerial sensemaking: Working through paradox. *Academy of Management Journal*, 51: 221–240.

Luhmann, N. (2000). *Organisation und Entscheidung*. Wiesbaden, Opladen.

Merz, J., S. Bucher und J. Rüegg-Stürm (2008). Prozessmanagement im Krankenhaus: Spielarten und Wirkungsweisen. *Schweizerische Ärztezeitung* 89(39): 1673–1676.

Ortmann, G. (2004). Schmuddelkinder der Logik. *Berliner Debatte Initial* 15(1): 18–27.

Poole, M. S. und A. H. Van de Ven (1989). Using Paradox to Build Management and Organization Theories. *Academy of Management Review* 14(4): 562–578.

Putnam, L. (1986). Contradictions and paradoxes to build organization and management theory. In: Thayer, L. (Ed.), *Organization Communications: Emerging perspectives*, 1: 151–167. Norwood, NJ, Ablex Publishing.

Rüegg-Stürm, J. (2008). Führung ist nicht gleich Führung... *Schweizerische Ärztezeitung* 89(23): 1025–1027.

Rüegg-Stürm, J. und A. Bachmann (2012). Management im Spital – auch das noch?! In: Rüegg-Stürm, J. und T. Bieger (Hrsg.), *Unternehmerisches Management. Herausforderungen und Perspektiven*: 117–150. Bern, Stuttgart, Wien, Paul Haupt.

Rüegg-Stürm, J. und H. Tuckermann (2008). Warum immer mehr «Administration»? Wege aus der «Administrationsfalle». *Schweizerische Ärztezeitung* 89(7): 271–275.

Smith, W. K. und M. W. Lewis (2011). Towards a theory of paradox: a dynamic equilibrium model of organizing. *Academy of Management Review* 36(2): 381–401.

Tuckermann, H. (2007). *Organisationaler Wandel als Entfaltung von Paradoxien – systemtheoretische Rekonstruktion einer Krankenhausfusion*. St. Gallen, PhD thesis St. Gallen University.

Tuckermann, H., A. Lai und M. Mitterlechner (2012). Multiple Ways of Decision-Making in a Hospital – a process view on decision-making in pluralistic organizations. In: Tsoukas, H. und A. Langley (Eds.), *Fourth International Symposium on Process Organization Studies*: 38. Kos.

Tuckermann, H. und J. Rüegg-Stürm (2007). Sind Spitäler wandelresistent? *Schweizerische Ärztezeitung* 88(45): 1895–1899.

Tuckermann, H. und J. Rüegg-Stürm (2012). Führung im Spital: Weiterentwicklung der eigenen Entscheidungspraxis auf dem Weg in die Zukunft. *Swiss Review of Military and Disaster Medicine* 2: 32–39.

von Foerster, H. (1994). *Wissen und Gewissen*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
von Kibéd, V. M. und I. Sparrer (2003). *Ganz im Gegenteil* (4). Heidelberg, Carl-Auer-Systeme.
Wimmer, R. (2004). *Organisation und Beratung*. Heidelberg, Carl-Auer.

5 Multirationales Management im Tourismus

Christian Laesser und Pietro Beritelli

Das Management einer Tourismusorganisation ist multirational, denn hier sind immer unterschiedliche Interessengruppen am Werk. Dieses Kapitel stellt ein Gespräch mit dem Manager des St. Gallen-Bodensee Tourismus ins Zentrum seiner Betrachtung. Am Schluss nehmen die beiden Autoren eine kurze Interpretation vor dem Hintergrund der laufenden Debatte im Feld der Tourismuswissenschaften vor.

5.1 Kontext

Der vorliegende Fall diskutiert die Managementherausforderungen in einem Umfeld multipler Rationalitäten am Beispiel des CEOs einer mittelgrossen touristischen Vermarktungsorganisation, St. Gallen-Bodensee Tourismus. Eine solche Organisation, oft auch *«Destination Management Organisation»* oder *«Destination Marketing Organisation» (DMO)* genannt, deckt ein breites Spektrum unterschiedlicher Aufgaben ab und ist damit vielseitig legitimiert aber ebenso vielseitig von verschiedenen Interessengruppen beansprucht. Zum einen übernimmt sie Vermarktungsaufgaben (meistens gegenüber dem Endkunden, also dem Gast) für die touristischen und mit Touristen / Gästen in Beziehung stehenden Unternehmen. Dies im Wissen, dass ein touristisches Produkt meistens ein Netzwerk von Anbietern bedingt. Zum anderen ist sie aber auch oft involviert in touristisch relevante Planungsaufgaben in einem Ort und übernimmt zudem eine gewisse Lobbying-Funktion zu Gunsten der touristischen Entwicklung.

Finanziert wird eine solche Organisation noch heute hauptsächlich durch Kur- und Beherbergungstaxen, die zweckgebunden für Dienstleistungen vor Ort und somit für den Gast eingesetzt werden müssen. Eine weitere zentrale Finanzierungsquelle sind Mittel von der öffentlichen Hand (Gemeinde, Kanton). Mitgliederbeiträge und Beiträge an Vermarktungsplattformen werden zusätzlich durch touristische Leistungsträger einbezahlt. Letztere tun dies mit einem konkreten Anliegen oder zumindest in der Erwartung, dass für sie ein Nutzen aus den investierten Mitteln