

Inland

AA Auswärtige Autoren

Kulturwandel in der Medizin

Der Konflikt um Herztransplantationszentren als Beispiel

Von Christof Schmitz und Peter Berchtold *

Die medizinischen Berufe und namentlich jener des Arztes unterliegen gegenwärtig einem grundlegenden Wandel, der durch die Ressourcenknappheit noch zusätzlich verstärkt wird. Die Autoren zeigen im Folgenden, dass dies besonders augenfällig in den Universitätsspitalern wird. Jüngste Konflikte führen sie nicht zuletzt darauf zurück. Der Konflikt um die Berufung des Berner Herzchirurgen Thierry Carrel ans Zürcher Universitätsspital weist auf grundsätzliche Veränderungen in der Medizin und im Gesundheitswesen hin. Auffallend war bei den verschiedenen Stellungnahmen die verwirrende Divergenz der Perspektiven. Diese Verwirrung hat systematische Bedeutung. Denn es liegen der kontroversen Debatte mehrere Problemlagen zugrunde. Beim einen, zunächst nicht auf der Hand liegenden Problemkomplex handelt es sich um die Bedeutungsverschiebung, der sich die medizinischen Berufe ausgesetzt sehen. Arzt soll nur mehr ein Beruf wie jeder andere sein. Am symbolischen, sozialen wie ökonomischen Kapital der medizinischen Profession wird gerüttelt. Diese Profanisierung erzeugt Reibung. Der zweite Problemkomplex liegt im Ressourcenbedarf des Gesundheitssystems begründet. Dieser steigt bedingt durch den demographischen Wandel und dadurch, dass die Definition dessen, was als krank angesehen wird und behandelt werden kann, stetig ausgeweitet wird.

Unterschiedlichste Interessen

Dieser Differenzierungsdynamik steht gesundheitssystemintern nichts entgegen. Sowenig wie Wirtschaft sich selbst einschränken kann, so wenig ist das Gesundheitssystem in der Lage, sich selbst Einhalt zu gebieten. So viel wissen wir heute aus der Analyse komplexer sozialer Systeme. Wichtiger Treiber dieser Differenzierungsdynamik ist die medizinische Forschung, die weltweit mit Schwung vorangetrieben wird. Wobei diese Vehemenz zusätzlich durch einen der grossen Wirtschaftszweige genährt wird: Medizinaltechnologie und Pharmaindustrie. Hier zeigt sich die enge Kopplung verschiedener Systeme, die für den Bereich des Gesundheitswesens so bezeichnend ist.

Begreifen wir die Kombination von medizinischer Forschung und Krankenbehandlung als jene Schnittstelle, die wesentlich für die skizzierte Problematik steht, rücken die Universitätsspitäler ins Blickfeld. Denn diese sind die konkreten Orte, wo die Vernetzungen erfolgen. Hier sind verschiedene gesellschaftliche Systeme miteinander verflochten. Das macht ihre Komplexität, aber auch ihre Schwierigkeit aus.

Universitätsspitäler sind nicht nur Organisationen des Gesundheits-, sondern gleichzeitig auch solche des Wissenschafts- und Bildungssystems sowie des politischen Systems.

Exemplarisch drückt sich die systemische Verflechtung darin aus, dass Chefärzte meist nicht vom Spital, sondern von der Universität angestellt werden. Damit stellt die Organisation ihre leitenden Kader weder selbst an, noch kann sie ihnen kündigen. Man stelle sich eine vergleichbare Konstruktion in einem Unternehmen vor.

Universitätsspitäler sind also, so wie sie heute konstruiert sind, Organisationen, die mit vier verschiedenen gesellschaftlichen Systemen gleichzeitig zu tun haben: dem Gesundheitssystem (als dem System der Krankenbehandlung), dem Wissenschaftssystem (als dem System der Wissenserzeugung), der Politik (als dem System der Erzeugung kollektiv bindender Entscheidungen) und dem Bildungssystem (als dem System zur Erzeugung medizinischer und anderer Professionalität).

Funktionssysteme sind dabei zu bestimmten gesellschaftlichen Aufgaben ausdifferenzierte Systeme, die zugunsten einer hohen Leistungsfähigkeit gemäss ihrer je eigenen Logik operieren und nur auf das reagieren, was dieser Logik gemäss verarbeitet

werden kann.

Wirtschaft kümmert sich etwa um alles und um nichts mehr, als was in Zahlungen zu übersetzen ist, das Rechtssystem um alles und nichts anderes, als was in recht und unrecht unterschieden werden kann. Das Gesundheitssystem sieht sich zuständig für alles, was als krank (nicht gesund) gelten kann. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Funktionssystemen ist dabei eine besondere Herausforderung, wie im Aufeinanderprallen der diversen Logiken immer wieder deutlich wird. So spricht die Politik vom "Gesundheitswesen als Basar", während die Chefärzte nach Freiheit der Wissenschaft und Beachtung fachlicher (Spitzen-)Qualität rufen. Passt das zusammen?

Konzentration auf Kernkompetenzen

Das Dilemma der Universitätsspitäler, verschiedene Systeme unter einen Hut bringen zu müssen, wird verschärft durch die grosse Palette an zu erbringenden Dienstleistungen. Auch in einem Universitätsspital wird nicht nur Spitzenmedizin angeboten, sondern praktisch alles, was möglich sein kann. Da kann der Platz unter dem Hut schon knapp werden und die entsprechenden Kommunikationsprozesse schwierig - speziell bei knapper werdenden Ressourcen. Damit stellt sich die Frage: Wäre eine klarere Ausrichtung der Universitätsspitäler nicht sinnvoll, eine Ausrichtung, die in einem oder zwei dieser Systeme Schwerpunkte setzt? Genau das wird beispielsweise von den Chefärzten des Universitätsspitals Zürich gefordert, die ihr Spital zur internationalen Spitzengruppe zählen und nicht als übergrosses Kantonsspital sehen wollen. (Hoch)spezialisierte Gesundheitsversorgung, strahlende Wissenschaft und herausragende Bildung wären eine attraktive Schwerpunktbildung. Das würde aber auch heissen zu verzichten, nämlich u. a. auf die volumenmässig viel grössere nicht hochspezialisierte Gesundheitsversorgung. Ein solches Universitätsspital benötigte keine 1000 Betten, denn es würden darin weniger Patienten betreut, auch weniger Privatpatienten. Zu solchen Veränderungen indessen müssten viele Akteure Hand bieten.

Dialoge und Spaltungen

Divergierende Logiken können überbrückt werden, wenn Dialoge zu Prozessen der Verständigung zwischen den Akteuren unterschiedlicher Funktionssysteme führen. Wir sammeln gesellschaftlich zunehmend Erfahrung mit solchen Prozessen. Aushandlungsformen wie Risikodialoge oder Mediationen geben davon Zeugnis. Zu kollektiv bindenden Entscheidungen verhelfen diese Formen dann, wenn die Ergebnisse auch von den Nichtinvolvierten getragen werden. Die Entscheidung des von den Sanitätsdirektoren eingesetzten "Groupe de 15" zur Koordination der Spitzenmedizin mit dem Verzicht auf Herztransplantationen in Zürich wurde aber genau von diesen nicht akzeptiert. Handeln am Basar habe nichts mit fachlich-qualitativ fundierten Entscheidungen zu tun, hiess es.

Betrachtet man diese Reaktion lediglich als Ablehnung eines politischen Verhandlungsergebnisses, übersieht man, wie sehr dieses Thema den Problemkomplex Wandel der Profession Medizin touchiert. Deutlich wird dieser Wandel in den Spitätern selbst, wo sich die Mediziner dem steigenden Bedeutungszuwachs des Managements gegenübersehen. Das verschiebt die Gewichte innerhalb dieser Organisationen. Die Folge sind ausgesprochen prekäre Führungsbeziehungen. "Prekär" meint dabei, dass diese Führungsbeziehungen viel stärker als andere auf die fortlaufende Pflege und Gewinnung ihrer Akzeptanz angewiesen sind.

Exakt das ist der Hintergrund der vielfältigen Schwierigkeiten und Konflikte zwischen Medizin und Management. Die Frage, die sich für uns damit angesichts der gegenwärtigen Diskussion rund ums Zürcher Universitätsspital - aber weit über dieses hinaus - stellt, lautet daher: Wie können die Beziehungen zwischen (Chef-)Ärzten, Management, politischer Führung gestaltet werden, dass weniger Spaltung und mehr glaubwürdiger und kollektiv bindender Dialog stattfindet? Antworten sind in struktureller wie prozessualer Hinsicht zu suchen.

Apropos Spaltung: Niemand spricht von den leitenden Ärzten und Oberärzten oder den Pflegenden, die in besonderer Weise die Last der Kombination von Krankenbehandlung

und Forschung zu tragen haben und die es wesentlich sind, die das hohe Niveau z. B. des Universitätsspitals gewährleisten. Was wäre, wenn diese Gruppen im fortlaufenden Prozess, weil sie übergangen werden, (weiter?) demotiviert würden? Was, wenn es mehr noch als die Perspektiven der Chefärzte diejenigen dieser Personen sind, die bedroht sind? Was wären die Folgen, wenn wichtige Mitglieder dieser Gruppen die Austrittsoption wahrnehmen würden?

In jedem Fall wäre zu wünschen, dass die Dialoge in den Problemkomplexen reichhaltiger und hinsichtlich der involvierten Akteure eventuell vielfältiger geführt werden könnten, als dies bis anhin den Anschein hat, sowie dass das Bewusstsein, mit welcher sozialen Komplexität man es hier zu tun hat, vom Drang zur Personifizierung entlastet und nach Formen suchen lässt, die der eigentlichen Problematik besser gerecht werden.

*

Christof Schmitz ist Betriebswirt und Soziologe sowie Leiter von "corporatepragmatics" in Zürich.

Peter Berchtold ist Facharzt für innere Medizin, Privatdozent der Universität Bern und Leiter des Colleges für Management im Gesundheitswesen (College-M) in Bern.