



College für Management im Gesundheitswesen
Collège: Management des systèmes de santé

Managing Professionals / Professionals Managing

Eine explorative Studie zum aktuellen Verhältnis von Management und Medizin,
untersucht am Beispiel ärztlicher Direktoren in drei Europäischen Ländern

Christof Schmitz

Zürich, im Dezember 2004

Inhalt

Einleitung.....	2
Summary	4
Ergebnisse.....	5
Konsequenzen für die Praxis	6
Bericht	8
Die Profession	9
Konstitutive Probleme 1.....	9
Konstitutive Probleme 2.....	11
Zusammenfassung und Schlussfolgerung	12
Überall das Gleiche	14
Eine prekäre Aufgabe.....	15
Die Dynamik der Expertenorganisation.....	18
Zur Differenz von Management und Medizin	20
Kommentar	22
Erfolgreiche Praktiken	25
Kommentar	26
Literatur	28
Anmerkungen zur Methode:.....	30
Erhebungsmethode	30
Projektmitarbeiter	31
Anhang: Interviewleitfaden	32

Einleitung

Was macht das Zusammenspiel von Management und Medizin aktuell untersuchenswert? Offensichtlich ist Management im Gesundheitswesen von grosser und vor allem zunehmender Bedeutung, ebenso offensichtlich bedeutet die Medizin das Kerngeschäft. Die anhaltenden Kostensteigerungen in unseren Gesundheitssystemen, verursacht durch demografische Entwicklungen wie den medizinischen Fortschritt, führen zu Ressourcenengpässen, das ist common sense. Dadurch steigt der Bedarf nach Steuerung und zwar nicht nur auf der Makroebene der jeweiligen Gesundheitssysteme, sondern gerade auch auf der Ebene der verschiedenen Akteure innerhalb der Gesundheitssysteme (Spitäler, Praxen, Ärztenetze etc.). Die Steuerung richtet sich dabei unter diesem Gesichtspunkt wesentlich auf Fragen des Umgangs mit knappen Ressourcen (Sparen, Schwerpunktbildungen, Prozessoptimierungen etc.) wie auch strategischer Positionierungen. Aber nicht nur die Ökonomie alleine zeichnet für den Bedeutungszuwachs des Managements verantwortlich, wichtig dafür sind ebenso der erhöhte Legitimationsdruck, den die Öffentlichkeit an die Medizin richtet, wie auch ethische Fragen, die professionelle (Selbst-)Verständnisse ins Licht gesellschaftlicher Diskurse zerren wollen.

Aus dem Blickwinkel der Mediziner beobachtet, ist der Bedeutungszuwachs des Managements nicht unproblematisch. Er bedeutet eine wesentliche Kontextveränderung, rührt an professionelle Autonomie und verschiebt zudem Einflussphären innerhalb der Organisationen. Das Immunsystem der Profession scheint jedenfalls aktiviert und das ist auch erwartbar. So sind etliche Abstossungsbewegungen zu beobachten, die u.a. zur Polarisierung zwischen Medizin und Management führen, üblicherweise mit der Gegenüberstellung von Medizin und Ökonomie beschrieben (exemplarisch: hippokratischer Eid vs. Sparzwang). Diese Polarisierung bedeutet jedoch, darauf ist nicht genug hinzuweisen, eine unzutreffende Simplifizierung. Management ist nicht mit Ökonomie gleichzusetzen¹. Management besteht nicht nur darin, die Organisation einem betriebswirtschaftlichen Kalkül (Aufwand/Ertrag, Renditen etc.) zu unterwerfen, sondern gleichzeitig diese Kalküle so zu handhaben, dass dem Eigensinn und der Eigenart der Organisation Rechnung getragen werden kann (Baecker 2004).

Wie sieht es mit dieser Handhabung in Spitälern aus? Wie verbinden sich betriebswirtschaftliche Kalküle mit den spezifischen Aufgaben, Technologien und Kulturen von Spitälern respektive der Mediziner? Welche Entwicklungen lassen sich aktuell beobachten? Was zeigt sich als erfolgreich? Das Interesse an eben diesen Fragen liegt diesem Forschungsprojekt zugrunde.

Befragt wurden ärztliche Direktoren in der Schweiz, in Deutschland und in England. Ärztliche Direktoren sind, insbesondere in grossen Häusern, schwergewich-

¹ Auch wenn es von manchen Managern so verstanden wird. Wir unterscheiden zwischen Management als einer Funktion von Organisationen und Managern, also konkreten Personen, die Teile diese Funktion in je spezifischen Verständnissen wahrnehmen.

tig mit Managementaufgaben befasst und müssen darum im Regelfall ausreichend identifiziert mit dieser Perspektive sein. Gleichzeitig verfügen sie über hohen und unmittelbaren Bezug zu den Medizinern. Sie sind gewissermassen eine Art Joker, der sowohl hier wie da „spielen“ kann. Das macht ihren ganz besonderen Wert aus.

Summary

Ergebnisse
Konsequenzen für die Praxis

Ergebnisse

- Mediziner zu managen bedeutet nicht nur eine spezielle Führungsaufgabe, wie sie generell für das Management von Experten bzw. die Führung professioneller Organisationen zutrifft. Es handelt sich um eine ausgesprochen *prekäre* Aufgabe. „Prekär“ meint, dass die Akzeptanz- und Legitimationsbasis des Managens fortlaufend neu zu generieren ist, da es sich um eine eigentliche Grenzüberschreitung handelt, die sorgsam zu handhaben ist. Das unterscheidet diese Aufgabe von Standardmanagement.
- Prekär ist sie darum, weil Management, wenn es sich nicht nur als Verwaltung versteht, zwangsläufig die medizinische Profession herausfordert. Relevant ist dabei insbesondere, dass Management Gefahr läuft auf kritischen, konstitutiven Problemlagen der Profession aufzulaufen.
- Diese Besonderheit macht medizinisches Management zu einer ausserordentlich herausfordernden und anspruchsvollen Aufgabe, die hohe fachliche, soziale wie persönliche Kompetenz der Stelleninhaber fordert.
- Die prekäre Grundverfasstheit sowie die prinzipiell kritischen Punkte im Aufeinandertreffen von Management und Medizin (Ressourcenbezug von Entscheidungen, Gesamtperspektiven, Systematisierungen von Prozessen etc.) gelten in allen drei untersuchten Ländern gleichermassen - it's everywhere the same!
- Das bedeutet – in Bestätigung vorliegender Studien -, dass die professionellen Orientierungen nationale oder gesundheitssystembezogene Unterschiede dominieren.
- Spitäler bewegen sich heute in einer weiteren dynamischen Runde des Ringens um Einfluss zwischen den mächtigen Gruppen innerhalb der Organisation. Ärztlichen Direktoren kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Sie sind zentral, wenn es darum geht, die Medizin und Management stärker zu koppeln.
- Die aus der Perspektive der ärztlichen Direktoren nachgezeichneten Unterschiede zwischen Management und Medizin geben Hinweise darauf, wo wechselseitige Un- und Missverständnisse typischerweise einsetzen können, damit aber auch wo Interventionen hilfreich sein können.
- Eine Listung erfolgreicher Führungspraktiken zeigt worauf es dabei ankommt.

Konsequenzen für die Praxis

Für die Profession

Das Erstarren des Managements und die damit einhergehende Präsenz des Ökonomischen im medizinischen Alltag stellen für die Profession Medizin eine echte Herausforderung dar, indem für die Profession konstitutive Probleme tangiert werden sowie insbesondere die Sozialisierungserfahrungen junger Mediziner mehrdeutiger werden. Es ist offen, inwieweit die Erfahrungen und das Erleben des Managements mit einer stärkeren und bewussteren Autonomie oder aber mit einer Tendenz zur Deprofessionalisierung durch eine neue Art Technikregression verbunden sein werden.

Für das Management

Management-Praxis:

Die prekäre Managementaufgabe des aeDs ist von fundamentaler Bedeutung für die Leitung von Spitälern. Zwar sind funktionale Äquivalente denkbar und in der Praxis zu finden, doch resultieren diese, jedenfalls bei grösseren Spitälern, zu meist im Problem, dass sich die Leitung einer Mehrzahl nicht einiger Chefärzte gegenüber sieht. Was kurzfristig als Gewinn für das Management aussehen kann (Schwächung der Ärzteschaft) kann sich bereits mittelfristig als Bumerang erweisen. Die Beziehung zur inhomogenen Menge ist potentiell konflikthaft und ist von Unterbrechungen bedroht, da die Mediziner das Kapital ihres Fachwissens jederzeit nutzen können, um Prozesse zu behindern oder ihre Positionen zu sichern.

Das aktuelle Beispiel England zeigt wie diffizil die Balance des Einbezugs der Ärzteschaft in stärker gemanagten Systemen ist. Zurzeit wird ein tendenzielles Zurückdrängen der Mediziner aus den Leader-Positionen erwogen bzw. bereits praktiziert. Die Diskussion setzt bereits ein, inwieweit diese (neuerliche) Spaltung zwischen Management und Medizin zu dysfunktionalen Ergebnissen führen wird (De-geling et al 2004).

Aus Sicht der Projektergebnisse neigen wir dazu, jenen Stimmen recht zu geben, die davor warnen, auf weniger Integration zu setzen. Die Riskierung des konstruktiven Einbezugs der Ärzte kann allzu leicht zu problematischen Unterbrechungen der Kommunikation und unvorteilhaften Lösungen führen, die wenig Nachhaltigkeit aufweisen werden. Reelle Lösungen wird man nur schaffen, wenn mit denjenigen, die das Fachwissen und die Kompetenz haben die Dinge zu tun, kooperiert und ihre Mitarbeit gewinnt.

Auch in der Neudefinition von Spitalsstrukturen wird zu beachten sein, dass das prekäre Management der Professionals ausreichend Rücksicht findet.

Darüber hinaus ist einem prozessorientierten und integrativen Managementverständnis das Wort zu reden. Die Etablierung dieses Verständnisses in Kombination mit einer sorgsamem Auswahl der entscheidenden Personen (Anforderungsprofil) ist von hoher Relevanz.

Ausbildung Management

Das prozessorientierte und integrative Managementverständnis wäre verstärkt in der Ausbildung und Qualifizierung interessierter Mediziner zu verankern. Etwas zugespitzt formuliert: ein klassischer MBA vermittelt nicht jenes prozesshafte Wissen, dass es für diese Funktionen braucht.

Bericht

Die Profession
Überall das Gleiche
Eine prekäre Aufgabe
Die Dynamik der Expertenorganisation
Zur Differenz von Management und Medizin
Erfolgreiche Führungspraktiken

Die Profession

Die Medizin ist eine Profession. Was bedeutet das? Klassisch spricht man von einer Profession dann, wenn ihre Akteure eine wissenschaftlich fundierte Technik beherrschen, die sie in einer längeren Ausbildung erlernt haben. Zusätzlich verfügen die Angehörigen der Profession über ein Bewusstsein ihrer Verantwortlichkeit ihren Klienten als auch der Gesellschaft gegenüber. Sie orientieren sich an den Interessen ihrer Klienten und am Gemeinwohl, nicht aber an ihren eigenen, je individuellen (Profit)Interessen. (Rosenthal 1995) Sie verfügen eine eigene Ethik (hippokratischer Eid!) sowie eigene Qualitätsstandards und sie präferieren Selbstkontrolle. Zentral ist hier die Differenz von Professioneller/Klient, die spezifische Asymmetrie dieser Beziehung definiert wesentlich Rolle und Aufgabe und Verständnis des Professionellen.

Zusätzlich zu diesem klassischen Verständnis einer Profession werden seit den 60er Jahren Stellung und Strategie einer Profession im sozialen Raum der Gesellschaft in den Blick genommen. Eine Profession definiert sich nicht nur durch ihre eigentliche Tätigkeit – bei der Medizin die Behandlung Kranker -, sondern auch dadurch, dass sie die Ausbildung der in die Profession Eintretenden definiert wie durchführt, dass sie eigene Standards der Qualität wie einer Ethik ausformt, sowie eigene Institutionen (der politischen Vertretung, der Reflexion, der Kontrolle etc.) ausbildet und betreibt. Professionen zeigen sich in diesem Blick nicht nur „wohltätigen“ Zwecken verpflichtet, sondern betreiben auch Politik zur Einfluss- und Statussicherung. (Freidson 1988). Mediziner werden im Lichte dieser Betrachtung nicht mehr als einzig am Wohl ihrer Patienten orientierte, quasi selbstlose Experten angesehen, sondern als gesellschaftliche Akteure aufgefasst, die ihre eigenen Interessen ebenso verfolgen wie andere gesellschaftliche Akteure auch. Dem entspricht der gesellschaftliche Sinneswandel der letzten Jahrzehnte. Die „Götter in weiss“ gerieten stärker unter Legitimationsdruck, sie können nicht mehr unbesehen ihre Definitionsmacht ausspielen, man vertraut weniger ihren Selbstverständnissen wie auch ihrer professionellen Selbstverwaltung (Rosenthal 1995) sowie ihrer ökonomischen Rationalität und mit dem Aufkommen der Evidence Based Medicine (EBM) als auch des Qualitätsmanagements teilweise sogar ihrer fachlich-wissenschaftlichen Kompetenz.

Konstitutive Probleme 1

Die Medizin ist ein funktional ausdifferenziertes System der Gesellschaft, dessen originäre Aufgabe – die Krankenbehandlung - von keinem anderen gesellschaftlichen System übernommen werden kann (Luhmann 1990). Dieses gesellschaftliche Subsystem bedeutet ein komplexes, vernetztes, rekursiv fungierendes, auf einander verweisendes und damit gleichzeitig Grenzen ziehendes Zusammenspiel von Behandlung, Ausbildung und Forschung. Fundamental dazu ist die binäre Codierung krank/gesund. Die Medizin ist für alles zuständig, was krank ist bzw. als

krank definiert werden kann². Historisch gesehen konnte der für die eigentliche Professionalisierung entscheidende Schub einsetzen, als nicht mehr der „ganze Mensch“ im Zentrum des Handelns stand, sondern die Medizin sich vor allem auf organspezifische Therapien und Diagnosen fokussierte. Dieser Perspektivenwechsel erfolgte im institutionellen Rahmen des Krankenhauses. Erst dort wurde jene Distanzierung vom ganzen Menschen möglich, die den Einbezug von Forschung in die Medizin erlaubte – der eigentliche „Treiber“ der Professionalisierung. Wissenschaft und Profession(alisierung) bedingen sich. Die Beziehung zwischen Wissenschaft und Medizin ist dabei keineswegs trivial und die in ihr angelegte Komplexität konstitutiv für die moderne, professionelle Medizin. Diese Nicht-Trivialität repräsentiert sich in der Differenzierung einer „akademisch-scientifischen“ und einer „praktizierenden Elite“ sowie der internen Differenzierung in vielfältige Disziplinen. (Stichweh). Während die akademischen Experten Wissen unter kontrollierten Bedingungen gewinnen, sehen sich die Kliniker einer situativen Komplexität gegenüber, die eine unmittelbar technische Anwendung des Wissens unmöglich macht.³ In Universitätskrankenhäusern treffen diese beiden Welten besonders direkt aufeinander.

Da sich infolge der spezifischen Komplexität der klinischen Situationen die direkte Applikation des Wissens verbietet und keine eigentliche Technologisierung möglich ist, weil Ungewissheit hinsichtlich Situation, Handlung und Outcome als auch hinsichtlich Umfang und Reichweite des Wissens besteht, kommen subjektiven Dimensionen wie Intuition, Erfahrung, Verantwortungsübernahme und Beziehungsgestaltung der Mediziner ebenso intensiv ins Spiel wie die sozialen Prozesse, in denen komplexe medizinische Entscheidungen getroffen werden. Können Entscheidungen aber nicht technisch abgeleitet werden, bleibt wesentlich das Abarbeiten der Komplexität im Prozessieren der Entscheidungsvorgänge im Rahmen der Organisationen und im Vertrauen auf pattern recognition der einzelnen Experten. (Vogd 2004). Dazu kommt, dass die vorhandene Ungewissheit im Kontext Vertrauen suchender Patienten anspruchsvoll zu kommunizieren ist.

Die Rückbindung an legitimierende Wissenschaft und ihre Sicherheit ist in der Klinik jedenfalls nur begrenzt herstellbar. Die Differenz von klinischem Handeln und wissenschaftlichem Arbeiten generiert ein zentrales und für die Profession konstitutives Spannungsfeld, das durch eine Professionsethik, (implizite) Qualitätsstandards, aber auch durch Selbstimmunisierung berufsständiger Organisationen bearbeitet werden kann. (Stichweh 1987) Die Hypothese ist berechtigt, dass die Profession immer dann empfindlich reagieren wird, wenn diese Differenz betroffen ist.

² Mit allen Schwierigkeiten, die dabei auftreten, wenn man definieren will, was krank und was gesund ist (Bechtler 2004) Die Codierung krank/gesund führt in einer hier nicht näher zu zeigenden Weise dazu, dass das Medizinsystem keine eigene Reflexionstheorie analog der Wissenschaft (Erkenntnistheorie) oder der Religion (Theologie) ausgebildet hat. Der anzuzielende Wert „gesund“ scheint diese zu erübrigen. Gleichzeitig liefert diese Teleologie die Ärzte immer gleich dem Vorwurf aus, ihren eigenen Interessen zu dienen, da wenig systematisch gezeigt werden kann, worum es geht. (Luhmann 1990)

³ Wie Vogd (2002) zeigt, versucht EBM diese direkte Beziehung von Wissenschaft und Praxis via Metastudien wieder herzustellen. Das führt in eine Reihe von Schwierigkeiten, deren Ausgang noch ungewiss ist.

Die Sensitivität etwa angesichts von Systematisierungsversuchen – z.B. via Disease Management, Patientenprozessen etc. - dürfte das gut zum Ausdruck bringen (Degeling 2003, Berchtold 200).

Konstitutive Probleme 2

Konstitutive Spannungen sieht auch ein weiterer professionstheoretische Ansatz, nämlich der von Ulrich Oevermann. Für ihn liegt der Angelpunkt der Profession im Interaktionszusammenhang der Arzt-Patient-Beziehung. Aus ihr entwickelt sich die professionelle Handlungslogik. Ist eine „Beschädigung der somato-psycho-sozialen Integrität des einzelnen konkreten Lebens gegeben“, dann hilft zur Krisenbewältigung, die nicht mehr nur alleine geleistet werden kann, keine „ingenieuriale Anwendung von Wissen“ sondern es geht um eine „Interventionspraxis“, in der die vorhandene medizinische Wissensbasis dazu dient, die Autonomie einer Lebenspraxis wieder herzustellen (Oevermann 2003, 11f) Der Interventionspraxis kommt dabei immer ein nicht-standardisierbarer Teil an Wissen zu, nämlich jener, der sich an die Perspektive der jeweiligen Lebenspraxis anzukoppeln hat. Daraus ergibt sich ein strukturelles Paradox: der Arzt kommt kraft seines Wissens in die Verlegenheit jene Autonomie zu beschädigen, um deren Wiederherstellung es doch eigentlich geht. Auflösbar ist diese Paradoxie nur, wenn es gelingt, die Selbstheilungspotentiale via Selbsthilfe zu aktivieren. Dazu bedarf es eines Arbeitsbündnisses mit dem Patienten, das bei aller wissensbasierten Asymmetrie eine „Symmetrie der wechselseitigen Bindung als ganze Personen“ zulässt, womit „das Strukturmodell einer rollenförmigen Sozialbeziehung“ überschritten ist. (dsIb. 13) Genau darin liegt die Nicht-Standardisierbarkeit der ärztlichen Interventionspraxis – und damit der Kern ihrer Professionalität – begründet. Es ist klar, dass dieses Verständnis von Professionalität der Praxis vieler Krankenbehandlungen widerspricht, etwa indem im Kontext von Krankenhäusern. Gleichwohl liegt hier die eigentliche professionelle Herausforderung.

Zum anderen gilt das Problem der Zeit. Die klinische Arbeit verlangt „hier und jetzt“ zu handeln, wobei die Begründung für das Handeln tendenziell erst im Nachhinein möglich ist. Hieraus ergibt sich eine verschärfte Dynamik von „Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung“, wird doch vom Professionellen erwartet, dass er sein Handeln an vernünftigen und wissenschaftlichen Kriterien ausrichtet und es solcherart begründen kann. Die Profession steht damit grundsätzlich im Spannungsfeld von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung und sieht sich vor die Aufgabe gestellt, mit diesem Spannungsfeld umgehen zu müssen. Da stehen sich gegenüber die universalistischen Geltungsansprüche der Wissenschaft und die Notwendigkeit des Verstehens individueller Fälle, die Notwendigkeit für den Patienten stellvertretende Entscheidung zu treffen gegenüber der Aufgabe der mütterlichen Aktivierung von Selbsthilfe und der Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis vs. dem Wissen um medizinische Möglichkeiten „alles zu tun“⁴.

⁴ S. die Diskussionen um Patientenverfügungen und ärztliche Entscheidungen dennoch Leben aufrecht zu erhalten.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die medizinische Profession verfügt, wenn man so will, über zwei konstitutive Probleme:

- a) die Differenz zwischen klinischer Praxis und wissenschaftlichem Anspruch,⁵ repräsentiert etwa in der Spannung zwischen akutem Handlungsdruck und (wissenschaftlich bezogener) Begründungsverpflichtung.
- b) Das Paradox der „stellvertretenden Deutung“ angesichts der Bedeutung der Autonomie einer je individuellen Lebenspraxis.

Die erste Differenz resultiert aus der Zeitlichkeit und Überkomplexität der klinischen Situation, sowohl was Umfang wie Reichweite des Wissens betrifft als auch der Notwendigkeit sich mit der spezifischen Fallgeschichte einer individuellen Lebenspraxis beschäftigen zu müssen. Es ergeben sich damit typisch nicht-standardisierbare Anteile einer Interventionspraxis, womit einer rein technischen Applizierung von Wissen ein Riegel geschoben ist. Wäre diese technische Anwendung möglich, bräuchten wir übrigens nicht mehr von Profession zu sprechen. Was bleibt ist die Begründungsverpflichtung, die den Verweis auf die Wissensbasis der Medizin enthalten muss.

Die Spannung, die diese Differenz entwickelt, führt zu verschiedenen, beobachtbaren Tendenzen:

- Selbstimmunisierungen
- „Hyperwissenschaftliche“ Orientierungen
- Betonungen des „Kunstcharakters“ der Medizin (und damit Abstellen auf subjektive Dimensionen wie Intuition, Urteilskraft, Risikobereitschaft etc. des jeweiligen Arztes).
- Rahmenwechsel im Prozessieren schwieriger medizinischer Entscheidungen in Krankenhäusern (Vogd 2004).
- Die Schwierigkeiten der Kommunikation mit Patienten/Angehörigen über bestehende Ungewissheiten oder Aussichten.
- Evidence Based Medicine als Versuch diese Differenz zu überbrücken (Vogd 2002).⁶

Die Interventionspraxis wird zur professionellen Praktik, indem der Professionelle mit „stellvertretenden Deutungen lebenspraktischer Problemkonstellationen“ zu tun hat, ohne dass er einer technokratisch angeleiteten Bevormundung zum Opfer fallen darf (Oevermann 1990). Diese Paradoxie ist zu entfalten. Das heikle Moment daran spiegelt sich u.a. in folgenden Phänomenen:

⁵ Es ist wohl eben diese Differenz, die Mediziner zu besonders reinen Formen der Wissenschaft zu bringen scheint, wenn man den Erzählungen kooperierender Wissenschaftler anderer Disziplinen bringt.

⁶ Mit einigen Risiken sowohl für die Interventionspraxis als auch paradoxerweise für die medizinische Wissenschaft (Vogd 2004)

- Hohe Betonung der Individualität der Fälle und entsprechende Skepsis Systematisierungsversuchen nachzugehen (Degeling 2003)
- Damit einhergehend die Neigung Standardisierungen abzulehnen, auch wenn diese implizit vorhanden wären.

Dazu zwei Interviewzitate:

„Es gibt sehr viele Standarddinge in der Medizin, die auch standardisiert abgehandelt werden. Die sind häufig zwar nicht aufgeschrieben, das sind implizite Standards, aber so wird es gelebt, wird auch wenig hinterfragt. Und die Individualität der Lösung, die kommt eigentlich hauptsächlich dann zur Geltung, wenn es eine Ausnahmelösung ist, die man nicht so richtig erklären kann, dann war sie eben individuell.“

„Also das, das ist eine grundsätzliche, ... fast schon systemische Ablehnung. Ja, also ich kann nicht standardisieren. Es gibt keinen allgemeinen Prozess für irgend etwas, weil jeder ist ein individuell, anderer Fall, und da muss ich jedes Mal irgend etwas anders machen. Was vollkommen unsinnig ist, weil man hat eine sehr hohe Standardisierungsquote, wenn man sich das genau analysiert. ... Aber es gibt einem so das Gefühl, vielleicht braucht man das auch. ... Ich will ja auch nicht als Fall 17b in der Intensivmedizin angeschaut werden, sondern als Herrn Meier. Insofern hat das da schon eine gewisse Berechtigung. Das heisst aber noch lange nicht, dass man die Abläufe von 100 Patienten nicht zu 80% sehr gut standardisieren kann. Und dass das, auf der andern Seite, dann die Qualität steigert. Und dass auch das Ergebnis für einen selber, besser wird, weil man weniger hineinstecken muss, sonst gibt es immer ... diese Zufälligkeit der Konstellation. Wenn immer die vier Topmediziner gerade anwesend sind, wird der Fall top behandelt. Wenn einer davon gerade nicht da ist und schickt einen, der nicht so gut ist und die Schnittstellen nicht sauber funktionieren, dann ist das Ergebnis schlechter. Die anderen müssen mehr machen, es gibt Irrtümer, es gibt Rückverweisungen, man muss ... endlos noch einmal nachbohren, es ... funktioniert nicht. Und diese unausgesprochenen Standards, die gibt es ja, ja. Aber die sind nirgends hingeschrieben, die sind kaum formulierbar. Und insofern hat man das Gefühl: Ich mache das immer ganz individuell. Dabei hält man sich ja an diese Standards sowieso schon.“

Überall das Gleiche

Diese konstitutiven Momente gelten für die Medizin ganz allgemein. Entsprechend kann erwartet werden, dass die Merkmale der Profession andere Unterschiede wie nationale oder gesundheitssystembezogene dominieren werden. Dass das tatsächlich der Fall ist, haben Forschungen von Degeling et al (2003) eindrücklich gezeigt. Die professionsbezogenen Orientierungen überformen Unterschiede wie Nation, Kultur etc. deutlich (etwa auf einer Achse individualistischer Konzeptionen von Arbeit vs. systematisierten Konzeptionen sowie finanzieller Realismus vs. klinischer Purismus; s. nachfolgende Grafik). Auch in den im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Interviews in drei Ländern fanden sich mit Blick auf das Management der Ärzte ganz ähnliche Problem- und Fragestellungen. Die Besonderheiten der Profession dominieren alle anderen Dimensionen. Das ist insbesondere hinsichtlich England interessant, handelt es sich dort doch um ein sehr anders gestaltetes Gesundheitssystem als in der Schweiz und Deutschland und zwar um eines, das seit längerem intensiv „gemanagt“ wird. (zur englischen Situation: Degeling et al 2004, Edwards 2003, Davies/Harrison 2003

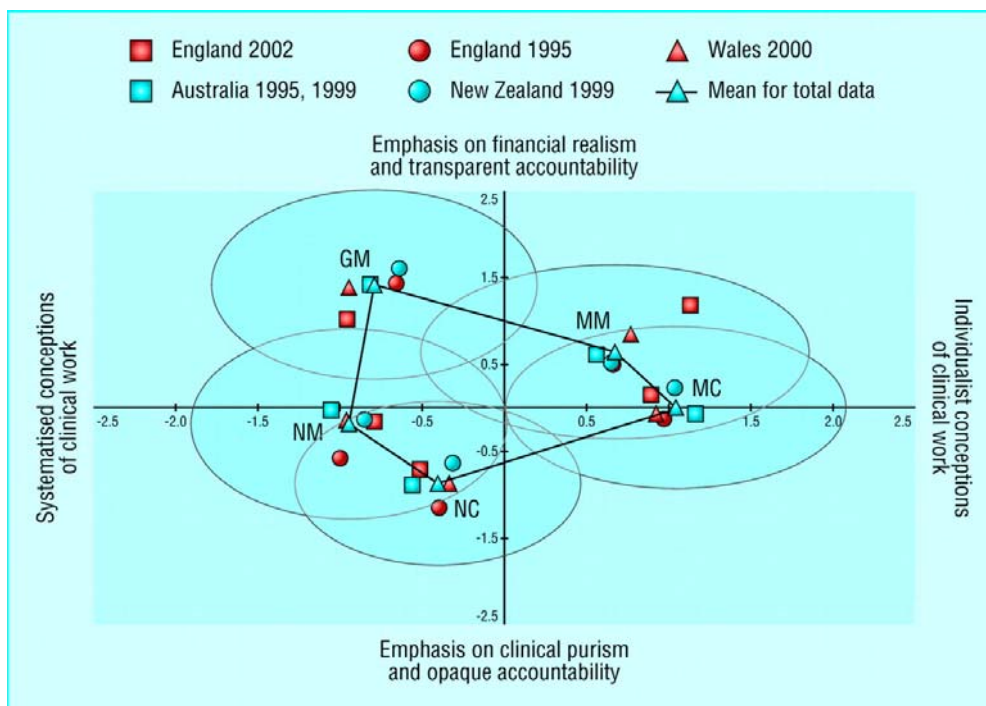


Abb.: Differenzierung berufsgruppenspezifischer Subkulturen

Eine prekäre Aufgabe

Ärzte zu managen bedeutet eine prekäre Aufgabe. „Prekär“ ist dabei im eigentlichen Wortsinne gemeint:

prekär <Adj.> [frz. précaire= durch Bitten erlangt; widerruflich; unsicher, heikel < lat. precarius, zu: precari, preien] (bildungsspr.): in einer Weise geartet, die es äußerst schwer macht, die richtigen Maßnahmen, Entscheidungen zu treffen, aus einer schwierigen Lage herauszukommen; schwierig, heikel, misslich: eine -e [wirtschaftliche, finanzielle] Situation; (Duden)

Ärzte zu managen und zwar von ausserhalb der Professionsgrenzen zu managen, so wie es ärztliche Direktoren (aeDs) zu tun haben, bedeutet eine Aufgabe, die auf einer heiklen Beziehung basiert. Denn, diese Managementbeziehung kann nicht davon ausgehen, dass sie auf prinzipielle und vorbehaltlose Akzeptanz stossen würden. Sie ist darauf verwiesen, für fortlaufende Akzeptanz „bitten“ also um Akzeptanz besorgt sein zu müssen. Das ist ungewöhnlich und entspricht nicht dem Standardverständnis von Management. Wenngleich für alle Managementfunktionen gilt, dass sie ungeachtet ihrer strukturelle Seite auch in den Kommunikationsprozessen für Akzeptanz sorgen müssen, kommt es nur in Spezialfällen zu solch prekären Beziehungen wie in Spitälern, verschärft nochmals an Universitätsspitalern. Der Grund dafür liegt in der Grenzüberschreitung, die aeDs oder ähnliche Funktionen hinsichtlich der Profession begehen. Sie sind zwar auch (oftmals Teilzeit-)Mediziner, vor allem aber Akteure einer ausserhalb der Profession Medizin liegenden Managementfunktion, die spezielle damit befasst ist betriebswirtschaftliche Kalküle mit medizinischem Wissen zu kombinieren (z.B. Ausgestaltung medizinisches Angebot, strategische Fragestellungen etc.).

„Insofern fühle ich mich jetzt so irgendwie an der Schnittstelle, und auch so als Grenzgänger. Und glaube aber auch, genau das ist das was man jetzt auch braucht.“

Nun lieben Profession an sich Führung nicht (Baecker 2002), auch wenn sich medizinische Einheiten durch klare Hierarchien auszeichnen.

Der behandelnde Stationsarzt führt in der Regel den Patienten, der Oberarzt ist dabei in der Regel zumindest rudimentär in das Fallgeschehen involviert, während es dem Chefarzt als dem „Letztverantwortlichen“ der Hierarchie obliegt, den Gesamtprozess zu supervidieren und bei entsprechenden „Qualitätsmängeln“ einzugreifen. Mit Ausnahme der Privatpatienten ist der Chefarzt in der Regel nicht mehr in die Patientenführung involviert. Die leitenden Ärzte sind von den arbeitsintensiven Anforderungen der Stationsarbeit entlastet und haben in der Regel weniger Patientenkontakt als die Stationsärzte. Entsprechend fällt es ihnen leichter, eine distanziertere Position einzunehmen. Sie stehen strukturell eher auf der Seite der Organisation, während sich der Stationsarzt tendenziell mehr dem Patienten verantwortlich fühlt.

Das Bestehen steiler Hierarchien innerhalb des Krankenhauses bedeutet nicht, dass auch an den „kleinen“ Arzt die Forderung gestellt wird, autonom zu handeln und zu entscheiden. Ein Stationsarzt muss die Fähigkeit entwickeln, eigenverantwortlich widersprüchliche Anweisungen zu balancieren und einen Mittelweg in den organisatorischen und ärztlichen Interessenkonflikten zu finden. Darüber hinaus muss er den Spagat leisten, einerseits die übergeordneten Hierarchieebenen nicht übermäßig zu belasten, andererseits im Hinblick auf die „Distribution“ von Verantwortung immer wieder die Absicherung von oben zu su-

chen. Ärztliche Macht und Entscheidungsgewalt wird durch die Position im Feld bestimmt, nicht durch die Fachkompetenz. Als zentrales und konstitutives Moment des ärztlichen Feldes kann Macht als originär soziale Dimension quer zum medizinischen Wissensstand und Können liegen.“ (Vogd 2004)

Diese Situation, strukturell ausserhalb der Profession zu stehen⁷ und sich als Grenzgänger bewähren zu müssen sowie sich spezifischen Mediziner-Mythen hinsichtlich Akzeptanz gegenüber zu sehen, unterscheidet diese Aufgabe von vielen anderen Managementfunktionen. Es ist diese Verfasstheit, die diese Aufgabe zu einer prekären werden lässt.

Die Problematik des Grenzgängertums drückt sich in der Ausgestaltung der Rolle des aeDs aus. Wir unterscheiden einige wenige vollamtliche von teilamtlichen, wobei die Teilzeiten breit variieren können (zwischen 50 und 20%). Auch finden wir permanente Funktionen und solche, die temporär sind und etwa wie am Universitätsspital Zürich in festgelegten Zeitabschnitten unter Chefärzten rotieren.

vollamtlich	teilzeitlich
Vorteil: klares Stehen für Funktion	Vorteil: direktere Draht und Anteil zu den Peers; immer noch Erleben aus der Praxis
Nachteil: starke Abgrenzung zu den Medizinern. Potentielle „Entfremdungsgefahr“	Nachteil: ev. diffuseres Rollenbild (Repräsentant der Mediziner vs. Manager)
Voraussetzung/Rahmenbedingung: strukturell starke Position mit hohen Kompetenzen	Voraussetzung/Rahmenbedingung: klares Selbstverständnis; strukturelle Klarheit

Prekär wird das Management von Ärzten dann, wenn nicht mehr nur das eigentliche medizinische Tun zur Disposition steht, sondern von den unmittelbaren Aufgaben abgehobene, tendenziell fachfremde Dimensionen ins Spiel gebracht werden. Prekär wird es erst dort, wo der Steuerungsanspruch darüber hinausgeht, wie in idealtypischer Weise in der Funktion des ärztlichen Direktors repräsentiert. Hier gilt es professionelle, medizinische Orientierungen mit der Perspektive des General Managements zu verbinden. Hier tut sich jenes Spannungsfeld auf, das es sensibel zu überbrücken gilt.

„Und deswegen gibt es einen grossen Kommunikationsbruch zwischen Medizin und Betriebswirtschaft oder Medizin und Verwaltung. Und die Kunst, Ärzte zu managen, Ärzte zu führen, liegt eben eigentlich darin, nach meinem Verständnis, diese beiden Dinge zusammenzuführen und die Kommunikation zu ermöglichen.....das ist eigentlich ein grosses Sprachabenteuer, was man da macht.“ (Interview D)

Das ist die „grosse Kunst“, um die es geht. Die verschiedenen Disziplinen zusammenzuführen, wobei es nicht mit einer Art interdisziplinärem Gespräch getan ist. Management ist eigentlich darin geübt, mit unterschiedlichen Funktionen als auch Disziplinen umzugehen (s. etwa die Auseinandersetzungen mit Ingenieuren/Technikern im Rahmen des Qualitätsmanagements in den 80er Jahren in Un-

⁷ Was aus der Perspektive mancher Ärzte gar nicht zutrifft. Für sie ist der aeD ihre Repräsentant und Interessensvertreter in der Spitalleitung.

ternehmen). Medizin ist nicht nur eine Disziplin, das heißt ein spezielles, systematisch und umfangreich zu erlernendes Wissensgebiet, sondern eine Profession, also ein Handlungsfeld mit Sozialisierungsleistungen, habituellen Ausformungen (Bourdieu 1979), eigenen Qualitätsstandards und einer eigenen Ethik. Das macht die Aufgabe noch schwieriger, eben prekär. Management ist darum in besonderem Maße aufgefordert sich zu und gegenüber der Medizin zu profilieren.

Die Dynamik der Expertenorganisation

Das angesprochene Spannungsfeld zwischen Management und Medizin akzentuiert sich heute, da die Bedeutung des Managements in den Institutionen des Gesundheitswesens im Steigen begriffen ist. (Kersting 2003) Verwaltung – gewissermassen als Vorform des Managements - war seit jeher gegeben und unproblematisch indem sie die professionelle Selbstinszenierung nicht gefährdete (Baecker 2002), d.h. den Führungsanspruch nicht aus dem eigentlich medizinischen Feld heraus nahm. Das wandelte sich wie beschrieben mit Zunahme des Ressourcendrucks im Gesundheitswesen als auch den verschiedenen gesellschaftlichen Fragezeichen gegenüber der Medizin (Qualität, Outcome, Ethik etc.). Die Ökonomie ist jedenfalls von zentraler – einschränkender – Bedeutung geworden. Spitäler sehen sich heute ganz anders als noch vor wenigen Jahren gezwungen auf ihre Kosten zu achten, zu sparen, ihre Prozesse zu optimieren und sich strategisch zu positionieren. Ressourcenfragen werden dadurch zu heiklen Entscheidungsprozessen, ebenso wie im Rahmen von Prozessoptimierungen Schnittstellen zu virulenten Problemen geraten.

Es ist nicht nur die Ökonomie allein, die für Unruhe sorgt, wenngleich diese das besonders profiliert tut. Wenn man so will, Geldknappheit ist ein besonders hartes Argument, im Zweifelsfall schlagender als diffuse Kritik irgendwelcher Medien oder Patientenorganisationen. Indem sich mit dem Aufkommen dieser Fragen die Problemstellungen verschieben, werden auch die Sphären der Einflussnahme innerhalb der Institutionen des Gesundheitswesens tangiert. Insbesondere wird eine zentrale Dynamik berührt, die konstitutiv für Expertenorganisationen ist, nämlich das Ringen um Einfluss zwischen den vier Gruppen Experten, Leaders, Managers und Support Staff. (Sveiby 1997)

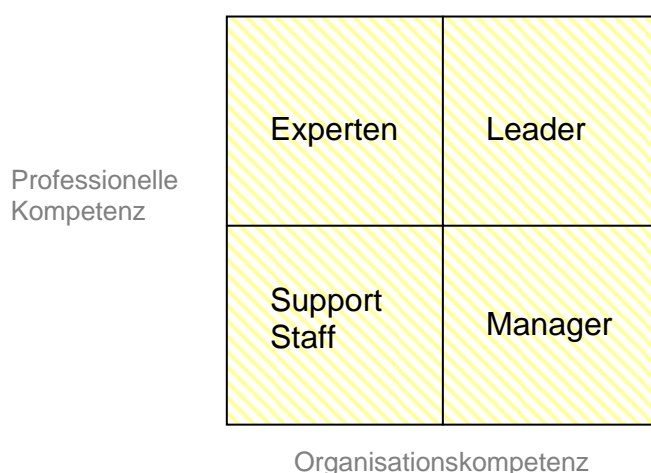


Abb.: Einflussgruppen in professionellen Organisationen

Mit der höheren Bedeutung der Unternehmensführung gerät dieses Gefüge in Bewegung. Die entscheidende Frage ist natürlich wie sich Management zwischen

Experten und Leaders etabliert.⁸ Ein weiterer wichtiger Hintergrund dieser Dynamik ist die per se geringe Neigung von Expertenorganisationen, sich führen zu lassen. Verwaltung im Sinne des professionellen Selbstbildes wäre aus Sicht der Profession ausreichend (Baecker 2002). Prononcierte Führung droht die Inszenierung der professionellen Selbstbilder in Frage zu stellen.

Aus dem Anforderungscharakter des aeDs, seiner prekären Position, ergibt sich die Notwendigkeit sehr aufmerksam, sehr sensibel und gleichwohl durchsetzungsstark zwischen den Perspektiven und Interessen der Ärzte als auch des General Managements zu vermitteln. Dazu ist hohe Kompetenz nötig, sowohl in sozialer Hinsicht als auch in persönlicher. Nicht nur muss man im Stande sein andere gewinnen zu können, zu überzeugen, mit einer Mehrzahl von Interessen sinnvoll operieren zu können, auch muss man mit dem emotionalen und energetischen Anspruch dieser Position umgehen können. Insbesondere Letzteres erfordert hohe persönliche Kompetenzen.

⁸ Offensichtlich findet heute in den Spitälern ein Ringen zwischen diesen Einflussphären statt. Wir sehen beispielhaft in etlichen Spitälern die Auseinandersetzung um den Stellenwert der ärztlichen Führung in der Spitalleitung.

Zur Differenz von Management und Medizin

Management und Medizin sind divergent hinsichtlich ihrer zentralen Orientierungen, ihren habituellen Formen wie ihrer Denkstile. Die Interviews mit den aeDs geben interessante Aufschlüsse zu diesen Unterschieden von Management und Medizin. Diese Unterschiede sind umso interessanter, als sie von Professionellen wahrgenommen werden, die gewissermassen die Seite gewechselt haben und wenige rdurch Aus- oder Weiterbildung denn durch Praxis ihre perspektivischen Erfahrungen gewannen. Es sei hinzugefügt, dass nicht nur interessant ist, welche Differenz zwischen den verschiedenen Gebieten benannt wird, sondern aus Sicht des Managements auch, welche Art Management hier beschrieben wird.

Folgende Unterschiede erwiesen sich aus der Perspektive der aeDs als wesentlich⁹:

Dimension	Medizin	Management
Umgang mit Unsicherheit	Verarbeitung/tendenzielle Verdrängung der Unsicherheit durch: <ol style="list-style-type: none"> 1) Kollektiv <ul style="list-style-type: none"> • Expertensystem; z.B. Tumor-Board • Sozialisierung von Entscheidungsprozessen (≠ rational choice) 2) Zahlen / Messwerte / Wissenschaft 3) implizite Standards (als individuell „getarnte“ Standardlösungen; allenfalls Anpassung des Problems an vorgegebene Lösung) 4) Aktion(ismus) / Therapie 	Akzeptanz der Unsicherheit, Wertschätzen eines höherer Ermessensspielraum, Verantwortung für Entscheidung nehmen („ich will selber schuld sein“); für andere entscheiden können (-> gestalten) Entscheiden bedeutet oft Einsamkeit Warten können (Zeitpunkt, Timing, Rhythmik sozialer Systeme)
	Sozialisierung auf Sicherheit durch die Art der Laufbahn / Laufbahnumgebung (bislang: sicherer Job mit akzeptablen Einkommen, wenn man durchhält);	Höhere Ungewissheit der Laufbahn, mehr Gestaltungsbedarf
Entscheidung	Keine „Erziehung“ zu Entscheidung (in der westlichen Mediziner Ausbildung); Verschieben von Entscheidungen <ul style="list-style-type: none"> • hoher Absicherungsbedarf (-> Wissenschaft, Fakten) • diagnostisch-therapeutischer Aktionismus statt Entscheide 	Entscheide treffen / Entschiedenheit Entscheide treffen trotz unsicherer Datenlage Erfahrung und Gespür sind zentral

⁹ Diese Dimensionen bezeichnen keine an sich bestehenden „Wahrheiten“, sondern sind perspektivische Beobachtungen.

Mythen	<p>Mythos der Autonomie des Arztes</p> <p>Paradox: Arztmeinung ist wichtiger als publizierte Evidenz; aber: routinemässig entspricht diese den Standards)</p>	Mythos des planenden Handelns
Komplexität	Komplex innerhalb des eigenen Faches	Mehrdimensionaler, „fächerübergreifend“
Orientierung	Auf Einzelfall gerichtet	Auf Durchschnitt/Abweichungen und das Ganze gerichtet / für viele gestalten / Gestaltung/Kreativität/Entscheidung („Einzelfall und Durchschnitt zusammenbringen ist die ganze Kunst“)
	<p>stark personenabhängig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei der Förderung / Laufbahn ("Mentor") • Durchsetzung von Management auf Führungsebene ("Goodwill") 	(auch) auf Strukturen der Organisation gerichtet, obschon Person Glaubwürdigkeit besitzen muss
	handeln aus der Praxis heraus, pragmatisch, situativ, iterativ, aber mit Rückgriff auf Wissenschaft; analyseorientiert (Diagnostik)	handeln auf ein bestimmtes Ziel hin, eigene Prioritätensetzung; lösungsorientiert
	reaktiv, iterativ	aktiv, planend
	habitualisiertes, implizites Handeln --> Strukturen sind tabuisiert, werden als gegeben betrachtet	explizites Handeln --> Strukturen als Gegenstand der Entscheidung
	An Strukturqualität orientiert	Eher an Ergebnisqualität orientiert
		Brücken bauen, damit Benefits erkennbar werden (Verschiedenheit der Welten akzeptieren; integrierende Führungssysteme installieren)
	An vorgegebenen Lösungen orientiert	Lösungen gemeinsam „erfinden“
	schlecht Nein-Sagen können (Verschanzen hinter hippokratischem Eid?)	Nein sagen können; Einsamkeit aushalten
Anreize	Forschertum anregen und unterstützen (verstehen wollen, Expertise vertiefen)	Machertum unterstützen (etwas erreichen wollen, umsetzen wollen, Gestaltungswillen einsetzen können)
Kommunikation	stereotyp, „gebahnt“ (gegenüber Patient)	Zusammenhänge vermittelnd, „Sprachabenteurer“, Brücken bauen

	„horizontal“ (= auf liegenden Patienten bezogen), asymmetrisch	„vertikal“, symmetrisch
Feedback	relativ unmittelbar (vom Patienten, Krankheitsverlauf etc.); Anerkennung von Kollegen	nur mittelbar (mittel- und langfristig); roter Faden ist im Auge zu behalten
Laufbahn	<p>Mit Ausbildungsbeginn (wenn man durchhält) sicherer Arbeitsplatz, sichere Laufbahn; betrifft ganze Population</p> <p>Wird erst langsam brüchig -> Konsequenz: keine Ich AGs (dafür: Herzchirurgie bin ich), kein unternehmerisches Denken, wenig Risikoerfahrung (und damit fehlende Erfahrung, dass Risiko nicht nur Verlust, sondern auch Zugewinn sein kann)</p> <p>Passivere Entscheidungsfindung (Driften, Warten auf Empfehlungen von Mentoren etc.)</p> <p>-> Auswirkungen auf psychologische Kontrakte</p>	<p>Höherer Bedarf an „Selbsterfindung“; Ich AGs,</p> <p>grosse Unterschiede innerhalb der heterogenen Population;</p> <p>ausgeprägtere Risikoerfahrung; stärker „unternehmerisch“</p> <p>Aktivere Entscheidungsfindung</p> <p>-> Auswirkungen auf psychologische Kontrakte</p>

Kommentar

Die in der Tabelle angeführten, aus Sicht der aeDs formulierten Unterschiede zwischen Management und Medizin informieren nicht nur über die Verschiedenheit und die Besonderheiten des Managements aus Sicht grenzgängerischer Mediziner, sondern vermitteln auch Hinweise, wo typischerweise Schwierigkeiten auftauchen können. Die skizzierten Unterschiede bezeichnen gewissermassen jene Orte, an denen in grenzüberschreitenden Kommunikationsprozessen potenziell Probleme entstehen können. Besonders virulent erscheint dabei die Dimension „Umgang mit Unsicherheit“. Sie scheint einen wesentlichen und empfindsamen Punkt in der jeweiligen Berufskultur auszumachen, gewissermassen einen spezifischen „soft spot“ zu bedeuten.

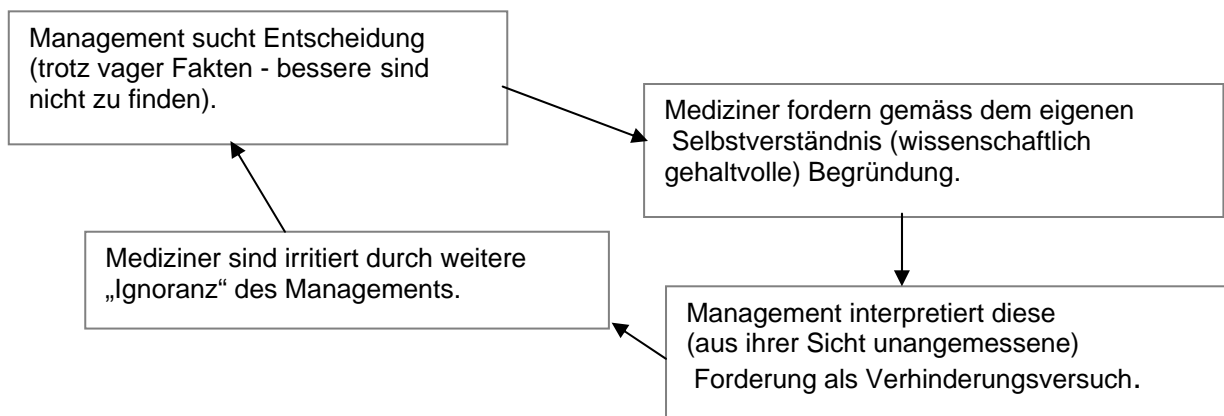
Während Mediziner sich infolge des speziellen, ihrer Professionalität inhärenten Begründungszwangs¹⁰ tendenziell auf bestehende wissenschaftliche „Tatsachen“ verwiesen sehen, muss Management oftmals und zwangsläufig auf Basis einer eher vagen Faktenlage entscheiden (informiert durch „Gefühl und Erfahrung“, geleitet von Visionen etc.).

„Management ist ja nicht nur Zahlen zählen und die richtige Kennzahl nehmen. Management ist ja sehr oft auch eine Entscheidung zu fällen unter unklaren Rahmenbedingungen

¹⁰ S. o. Abschnitt zu „Professionalität“

und mit Schnelligkeit und einer gewissen Sicherheit und mit einer Verantwortung, die man da übernimmt an der Stelle.“

Die Entscheidung trotz gegebener Vagheit vermag die Professionellen zu irritieren und erzeugt Nachfragedruck bei ihnen, der wiederum zu Irritation auf Seiten des Managements führen kann, das seinerseits nun verwundert registriert, dass nachgefragt wird, wo doch keine präziseren Angaben möglich sind. Handelt es sich womöglich um einen Versuch der Verhinderung? Soll hier etwas in Fragen Gekleidetes blockieren? Oder handelt es sich um blankes Unverständnis? Solches wären mögliche, tendenziell unerquickliche Interpretationsfragen. Kurz, es ergeben sich leicht „Missverständnisschleifen“ der folgenden Art:



Schleifen dieser Art sind bestens dazu angetan, in die Teufelskreise der Fehlkommunikation und in der Folge wechselseitiger Abwertungen zu geraten. (Weick 1985)

„ich habe mal auf der Medizinerseite gesessen: Ja, wenn irgend etwas schief geht, oder ... was weiss ich, Lösung ausbleibt, oder irgend sonst was, dann: Ja, die Verwaltung. Und umgedreht, dann sind die hier gesessen und haben gesagt: Ja, die Dummköpfe, wir haben doch gesagt wie es geht und die machen es einfach nicht. Also, diese Sprachlosigkeit zwischen ... zwei nicht zusammenarbeitenden Struktureinheiten eines Gesamtunternehmens. Das ist für mich der schlimmste Fehler. Das ist auch die alte, historische Problematik, ja.“

Vermeiden lassen sich diese Fehlkommunikationen nur, wenn das Management um die Besonderheiten der Kultur der Mediziner wissend nach Wegen sucht, „interkulturelle“ Probleme dieser Art zu vermeiden (und auch die Mediziner die Bereitschaft aufbringen, nicht nur ihre eigene Perspektive anzuerkennen). Die nachfolgende Liste erfolgreicher Führungspraktiken bringt dazu etliche Beispiele. Überdies braucht es ausreichende eigene Stabilität in den Überzeugungen und Standfestigkeit in den Orientierungen mit dem entsprechend langem Atem.

“So, you’ve got to get this balance between constantly changing. So I press... certain things. And one of the ways how to do that is... I wanted to change the way they run their out-patients. So I started talking about it last year. And I’ve taken the year to get the point dramatic and say: “Okay, now we are going to implement the change.” And they got used to that... That it’s going to change and it’s to their benefit.”

Weiter erschwerend kommt hinzu, dass wir es hier nicht nur mit kommunikativen Schwierigkeiten im engeren Sinn zu tun haben sondern mit der Diffizilität auch mythologisch untermauerter Praktiken¹¹ Mediziner gelten – mindestens für Laien - als Experten im Umgang mit unsicheren Situationen, sind sie doch immer wieder herausgefordert an der Grenze von Leben und Tod zu arbeiten. Aber sind sie vielleicht weniger Experten im Umgang mit Unsicherheit denn mit dem Umgehen von Unsicherheit? Bei intensiverer Beobachtung wird jedenfalls deutlich, dass dem Thema konstitutive Bedeutung zukommt und es zeigt sich wie sehr der Umgang damit sozialisiert ist (entgegen dem Mythos des individuellen Medizinerurteils). Höhere Unsicherheit führt zu Kollektivierungen d.h. dort wo sich Ungewissheit aktualisiert, wird die Kollegenschaft aktiviert – Bsp. Tumor-Boards – (während im Management aus Sicht der aeDs die Einsamkeit zunimmt) und die Entscheidungsprozesse beginnen immer mehr von der Idealvorstellung von rational choice-Prozessen abweichen. Sie tendieren in die für alle Organisationen typischen Prozessierungen sozialer Erwartungen. (Vogd 2004) Das ist darum bemerkenswert, weil es der Selbstbildhaftigkeit der Mediziner nicht entspricht. Die Frage stellt sich, was wäre, wenn das anerkannt würde? Welche Konsequenzen hätte das für die Ausbildung, Weiterbildung wie Praxisgestaltung von Medizinern insbesondere in Spitälern?

¹¹ Im Sinne des Begriffs soziale Praxis (Bourdieu 198),.

Erfolgreiche Praktiken

Folgende Liste erfolgreicher Führungspraktikern von Ärzten konnte aus den Interviews entnommen werden.

Erfolgreiche Führungspraktiken gegenüber Ärzten	
Zahlen nutzen	Transparenz schaffen, z.B. durch regelmässige Besprechungen (-> Führungssysteme), in denen aktuelle Zahlen zur Verfügung gestellt und Einflüsse und Abweichungen diskutiert werden
Teamspirit / Sportsgeist / Spieltrieb fördern	Vergleiche herstellen: wie stehen wir im Vergleich zu den anderen? / Wettbewerb / Konkurrenzsituation als spielerische Herausforderung (vgl. auch unten)
Anreize	Benefits erkennen lassen (z.B. Forschungsmöglichkeiten schaffen, Bekanntheit/Reputation steigern können, Stellen besetzen können, Geräte kriegen, Fallzahlen steigen lassen etc.): Win-Win Situation herstellen steady rewards: Kontinuität schaffen, d.h. Foren bzw. institutionalisierte Formen für Rewards / Feedback schaffen, bei denen Erfolge kontinuierlich honoriert werden (und sei es „nur“ durch Worte)
Ängste nehmen	z.B. vor Einschränkung der akademischen Freiheit, Nutzen & Benefits verdeutlichen
Stress reduzieren	Vermeidung von Stress in offenen Entscheidungssituationen,
Zufriedenheit erhöhen	Interesse / "Spas" an Einbindung in Verantwortung fördern... (Messbarkeit von Erfolgen). Auf "Spieltrieb" setzen durch: Vergleiche / Konkurrenzsituation, Ideen einbringen, etc. Sinnhaftigkeit von Management aufzeigen (z.B. oberstes Ziel ist nicht finanzieller Profit, sondern Ermöglichung von qualitativ hoch stehender Forschung und Klinik; Management als Beitrag zum Ganzen, ...)
	Mediziner sind Forscher und wollen in ihrem Fach etwas tun: ihnen die Möglichkeit geben, das tun zu können,
	entlasten von „Managementkram“;
	Ernst nehmen; zuhören, auf sie eingehen
	Ideen aufnehmen und prüfen, Gelegenheiten wahrnehmen, weniger systematisch sein
	Auf „Geschäfte“ für die Mediziner achten, akzeptieren, sie dass sie ihrerseits Restriktionen in Kauf nehmen sollen

Medizinisches Wissen nutzen (als aeD)	Übersetzen zwischen Medizin und Management (Brücken bauen) Aufzeigen, dass Denkansätze nicht inhärent widersprüchlich zu sein brauchen. „Rückzugsgefechte“ unterlaufen
Polarisierungen vermeiden	Vermeidung auf Zuschreibung auf „Kasten“ („die Mediziner“ etc.); Schuldzuschreibungen vermeiden
Konkretheit beachten	Pragmatisches Achten darauf, was sich sinnvoll herstellen lässt. Vermeiden von virtuellen Strukturen. Nur das funktioniert, was direkt gelebt werden kann (strukturell, baulich etc.)
Auf die Strahlkraft von Erfolgen setzen	Keine zu grossen Vorhaben vornehmen (diese scheitern zu leicht): statt dessen kleinere, überschaubare Schritte, die Erfolge bringen (Pilotprojekte, die andere auf die Idee bringen, das auch zu machen etc.) „selber entdecken lassen“ (nicht flächendeckend einführen, sondern Verführungen erzeugen); "heranführen".
Individuelle Lösungen	Akzeptieren, dass nicht jeder managen kann; individuell angepasst Kompensationen zur Verfügung stehen (z.B. Controller).
Unausgesprochene Standards nutzen (überdeckt vom „individuell“-Mythos)	Nutzen und explizit machen (z.B. im Rahmen von QM). Funktioniert in dem Moment, wo Vorteile erkannt werden (die müssen „entdeckt“ / erlebt werden / vorher ist viel Beharrungskraft nötig)
Für Medizin kämpfen	Auch für die Anliegen der Mediziner kämpfen (und dafür die Kompetenz haben!)
Personalentscheidungen	Hohe Bedeutung der Besetzung von Chefarzt-Posten – welche Führungskompetenz wird eingekauft (erhöht Akzeptanz der Leitung)
Strukturen	Entscheidungskompetenz haben Zusammenspiel mit anderen Leitungsmitgliedern Spital Abkopplung von der politischen Ebene (eigene Rechtskörperschaft, eigenes Budget etc.)
Kommunikation	Raum für regelmässigen Austausch schaffen: institutionalisierte Formen der Kommunikation etablieren (z.B. tägliches Telefonat zur selben Uhrzeit)

Kommentar

Es konnten zahlreiche erfolgreiche Führungspraktiken aus der Sicht der aeDs gesammelt werden. Diese zeigen, dass der prozessualen Seite der Führung, also

der Kommunikation, der Gestaltung der Beziehungen, der Verhandlungs- und Austauschprozesse höchste Bedeutung zukommt. Diese ist durch Strukturen nicht zu ersetzen – auch wenn unpassende Strukturen enorm behindern können.

Auffallend ist, welche Bedeutung der Erstnennung in der Liste, der Schaffung von Transparenz durch Zahlen, zukommt. Das geht sinnvoll mit den Ergebnissen der Studien von Degeling et al einher, die Ökonomie als möglicheres Tummelfeld der Mediziner erachten denn z.B. Systematisierungsversuchen ärztlicher Tätigkeiten.

Deutlich wird auch nochmals, wie sehr es darauf ankommt, Mittel zu finden, die professionsinhärent sind, s- etwa Abstellen auf Forschertum.

Literatur

Baecker, D., Organisation und Management. Frankfurt 2002

Baecker, D., Welchen Unterschied macht das Management. Manuskript, Witten Herdecke 2004

Berchtold, P. et. Al., Disease Management

Bourdieu, P., Entwurf einer Theorie der Praxis. Frankfurt/Main 1979

Dacies, H T O/Harrison, S., Trends in doctor-manager relationships. In: BMJ Volume 326, 22: 646- 649

Degeling, P., et.al., Medicine, management, and modernisation: a "danse macabre"? BMJ 2003;326:649-652

Degeling, P., et al, Making clinical governance work. BMJ 2004; 329: 679-82

Edwards, N. et al, Doctors and managers: a problem without solution? BMJ 2003: 609-10

Freidson, E., Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago: University of Chicago Press. 1988 (1970).

Kersting, Th., Arzt im Krankenhausmanagement sowie direktoriale versus kollegiale Abteilungsleitung. 2003

Luhmann, N., Soziologische Aufklärung 5. Opladen 1990

Marilynn M. Rosenthal Incompetent Doctor: Behind Closed Doors. McGraw-Hill, 1995

Oevermann, U., Strukturprobleme supervisorischer Praxis. Eine objektiv hermeneutische Sequenzanalyse zur Überprüfung der Professionalisierungstheorie. Frankfurt/Main 2001

Oevermann, U., Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik – Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. www.ihs.de 2002

Oevermann, U., Wissenschaft als Beruf. Vortrag 31.1.2003 Symposium: „Wissenschaft als Beruf“ der Studienstiftung des deutschen Volkes und der Hochschulrektorenkonferenz. Langfassung www.ihs.de

Lueger, M./ Schmitz, C., Das offene Interview. Wien 1985

Schmitz, C., Everywhere the same? In: managed care. 8.2004, S. 18 - 10
Stichweh, R., Wissenschaft, Universität, Professionen. Frankfurt/Main 1994

Sveiby, K., The New Organizational Wealth. San Franzisko 1997

Vogd, Werner (2002) Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie: die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. Zeitschrift für Soziologie. Jg. 31, Heft 4, S. 294-31

Vogd, W. Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus
Komplexe Fallproblematiken im Spannungsfeld von Patienteninteressen
und administrativ-organisatorischen Bedingungen. Zeitschrift für Soziologie.
Jahrgang 33, Heft 1, Februar 2004

Weick, K., Der Prozess des Organisierens. Frankfurt/Main 1985

Anmerkungen zur Methode:

Erhebungsmethode

Offene Interviews (Lueger/Schmitz 1985)

Anzahl:

Schweiz 3

Deutschland 3

England 2

Auswahl der Interviewpartner:

Ärzte, die nach ärztlicher Tätigkeit ins Management gewechselt haben und heute hauptsächlich als Manager tätig sind. 5 Interviewpartner sind unmittelbar als ärztliche Direktoren tätig, 3 davon in Universitätsspitalern, 2 in ähnlich gelagerten Funktionen in Krankenhäusern. Ein englischer Interviewpartner war kein Mediziner, jedoch mit breiter Erfahrung innerhalb der NHS.

Auswertung:

Qualitativ-rekonstruktiv im Sinne der Objektiven Hermeneutik (Oevermann 2002), durchgeführt von einem dreiköpfigen Auswertungsteam mit den Kompetenzhintergründen Medizin, Management/Betriebswirtschaft, Wissenssoziologie.

Projektmitarbeiter

Dr. Christof Schmitz (Lead), College-M, Corporate Pragmatics

PD Dr. Peter Berchtold, College-M

Dr. Regula Burri, ETH, Collegium Helveticum

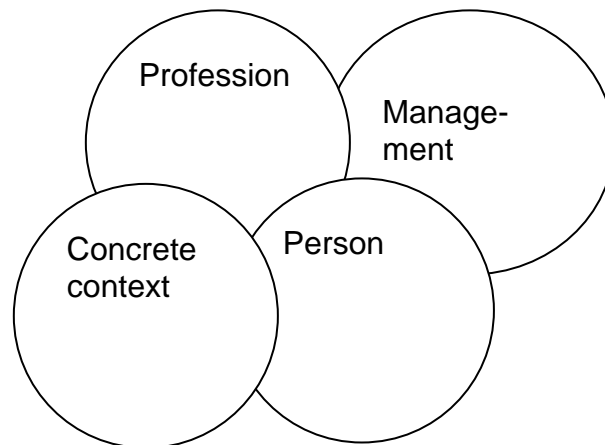
Dr. Andy Kennedy, lysis; Kings Fund

Anhang: Interviewleitfaden

Einstieg: Erklärung Hintergrund Projekt:

- How can management be "infiltrated" in the medical profession? (And vice versa)
- Which structures and positions are created?
- What are the effects – on a professional level? On an organisational level? And on personal levels? What works? What does not work?
- What do we get if we broaden the view of management? E.g. could knowledge management be of help?

Vier Felder:



Anonymität, Rückmeldung Ergebnisse, Aufnahme

Status:

Ihre derzeitige Position? (Beschreibung dzt. Tätigkeit, Organigramm)

Person:

Eigene Geschichte/Biografie – wie zur Medizin gekommen, wie zum Management?

- Was hat motiviert Medizin zu machen?
- Was hat wann darüber hinaus verwiesen?
- what motivated to take a management function?
- what “helped” to leave pure medicine?
- What helped to go into management
- what are the experienced differences?
- Was war im Übergang besonders spannend? Was schmerzhaft?
- Was ist ihnen wichtig geblieben?
- Wovon haben sie sich heute entfernt?
- Was fällt ihnen immer schwerer, an ihren Medizinerkollegen zu akzeptieren, zu verstehen?
- Was beneiden/vermissen sie eventuell? Was reizt immer noch an der Medizin?

Management

Was reizt persönlich an Management?

Was stört am meisten an Managern/Management?

Was war ihre (aller)beste Managementenerfahrung mit Ärzten?

Was harzt am meisten?

Was macht die Akzeptanz von Führung/Management für Mediziner leichter?

Was heisst Führung in der Medizin?

Was darf man keinesfalls?

Was muss man unbedingt?

Wozu wird man sozialisiert?

Wo haben die Mediziner allenfalls “recht”, sich gegen Management zu sträuben?
(Als Hintergrund dafür ev. Abb.1 Anhang)

Wie sehen ihre Peers sie/ihre Position? Was denken sich die über sie?

Konkrete Situation

Wie wird ihre Position/Aufgabe von den wichtigen anderen "Hierarchen" in ihrem Kontext gesehen? (Spitalleitung, Verwaltung, Pflege, Fakultät, ...)

Wo sind Sie in den Augen der anderen Hierarchien eine wichtige Stütze, wo werden Sie allenfalls instrumentalisiert?

Geschichte der Position im Spital? (Schaffung, Vorgänger, wichtige damit verbundene Geschichten)

Kontext der Position? (Platz in der Spitalleitung, Relation zu Verwaltung und Pflege, Fakultät; Kräftefeld der einflussreichsten Positionen – ev. zeichnen lassen)

Auf die Position bezogen: Veränderungen der letzten Jahre?

Was zeichnet sich für die Zukunft ab? Wo ist Ihre Funktion in 2/5 Jahren?

Die derzeit grössten Herausforderungen für sie / für das Spital?

Die für sie relevante Entwicklung ihres Umfeldes? (Gesundheitswesen, Spital, Disziplin, Einflussverschiebungen, ...)

Wenn sie könnten, wie sie wollten: was würden sie anpacken/einführen/sofort umsetzen/...?

Wenn Sie könnten, was würden Sie gerne loswerden?

Was hindert dabei? Was unterstützt?

Profession

Entwicklung der Profession Medizin? Die letzten 10 Jahre.

- Veränderungen in der motivationalen "Ausstattung" der Ärzte?
- Im Verhältnis/Bezug zum Patienten? (Distanz/Nähe; der "ganze Mensch" vs. Rollenträger, Umgang mit Schwierigkeiten/Ungewissheit etc.)
- Eigendynamik des body of knowledge

Ev. Diskussion Degeling

Kultur der Medizin (was ist wichtig? Was bestimmt den Umgang miteinander? Wesentliche Orientierungen? Verhaltensmuster miteinander?)

Abschliessend:

Ihre Führungsentwicklung: worauf legen sie heute Wert? Wo fühlen sie sich am wohlsten? Was beschäftigt sie am meisten?

Fehlt etwas Wichtiges?