

Managing Professionals – Führung in Spitälern

Peter Berchtold¹, Nada Endrissat², Werner R. Müller², Christof Schmitz¹

- ¹) College für Management im Gesundheitswesen (College-M), Freiburgstrasse 41, CH-3010 Bern
- ²) Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel Abteilung 'Organisation, Führung und Personal', Rosshofgasse 2, CH-4051 Basel

Das Projekt wurde finanziell unterstützt durch

- FMH Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen, Elfenstrasse 18, Postfach 170, CH-3000 Bern 15
- Winterthur Versicherungen, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, CH-8401 Winterthur

Inhalt

Executive Summary.....	3
1. Einführung	9
2. Ziele und Forschungsfragen	14
3. Methodisches Vorgehen	16
3.1. Erhebungsinstrument: Das narrative Interview.....	16
3.2. Auswertungs- und Validierungsschritte	17
3.3. Die Stichprobe.....	18
4. Ergebnisse.....	21
4.1. Das Führungsverständnis der Spitalmanager	22
4.2. Das Führungsverständnis der Chefärzte.....	30
5. Diskussion	42
6. Literatur	54
Anhang A: Führungsverständnisse Spitalmanager.....	58
Anhang B: Führungsverständnisse Chefärzte	65
Anhang C: Projektorganisation	71

Executive Summary

Medizinische Innovationen, demographische Entwicklung, steigende Ansprüche der Patienten und zeitgleiche Ressourcenverknappung sind nur einige Herausforderungen, welchen sich Führung und Management in Spitälern ausgesetzt sehen. Solche Herausforderungen rütteln an den traditionellen Rollenverständnissen vor allem der Mediziner und an den Einflussphären der unterschiedlichen Akteure in den Spitälern. Insbesondere stellen sich die Fragen, wie das Verhältnis von Medizin und Management sich weiter entwickeln wird und ob die Entwicklung in einen Antagonismus zwischen Medizin und Management mündet. Die weitere Ökonomisierung des medizinischen Kerngeschäfts – beispielsweise im Rahmen der DRG-Fallkostenvergütung – könnte dafür Anlass bieten.

Der mögliche Antagonismus zwischen Medizin und Management wird unter anderem durch professionskulturelle Unterschiede getragen, die durch die (unterschiedliche) Sozialisation während der Ausbildung und der beruflichen Tätigkeit die Selbstverständnisse der Mediziner und Manager prägen. Spitäler sind Organisationen deren Kerngeschäft von Professionen bzw. Professionals (Mediziner, Pflege) betrieben wird, welche hochspezialisiert ausgebildet und in ihrer Profession sozialisiert sind. Das gilt ganz speziell für die Mediziner. Aufgrund ihres Spezialwissens – das für Aussenstehende kaum durchschaubar ist – und der Art der klinischen Tätigkeit bleibt den Professionals in der Regel die Kontrolle ihrer Arbeit selbst überlassen. Dadurch können sie ein grosses Mass an Autonomie in ihrer Berufsausübung wahrnehmen. Mediziner zu managen bedeutet deshalb eine besondere Führungsherausforderung. Diese stellt sich ähnlich für das Management von Experten insgesamt dar bzw. gilt allgemein für die Führung professioneller Organisationen, wird aber gleichzeitig durch die erwähnten aktuellen Entwicklungen zusätzlich herausgefordert.

Einen konzeptionellen Ausgangspunkt unseres Forschungsprojekts bildet die Erkenntnis, dass Führung als kulturelle Praxis verstanden werden kann, die sich weitgehend nach den impliziten Annahmen und Verständnissen der Führenden richtet, welche wiederum stark durch die jeweiligen sozialen Felder – in unserem Fall der Medizin und des Managements in Schweizer Spitälern – geprägt sind. Der Hauptfokus unserer Forschung liegt daher auf der Erkundung der individuellen und kollektiven Annahmen und Verständnisse über Führung sowohl von Medizinerinnen (Chefärztinnen) wie auch von Spitalmanagern. Unsere Leitfragen dazu waren:

- Welches sind die Hauptthemen und Anliegen in der Führungswelt des Mediziners resp. des Managers im Spital?

- Welche subjektiven Führungstheorien, -verfahren, -methoden und -instrumente werden in Anspruch genommen? Welche Beziehungsverständnisse, -qualitäten und -dynamiken verbergen sich dahinter
- Wo sehen die Führenden ihre Legitimation zur Führung?
- Was wird unter ‚Führungserfolg‘ verstanden?
- Welche „Funktionalitäten“ resp. „Kosten“ sind je mit diesen Führungsverständnissen verbunden?

Zur Rekonstruktion der Führungs- und Beziehungsverständnisse von Medizinern und Spitalmanagern bot sich ein qualitativer Forschungsansatz an: das narrative Interview, bei welchem es nicht um Antworten auf konkrete Fragen, sondern um Führungserfahrungen in Form von Geschichten geht. Die Gesprächspartner bringen ihre Perspektiven, Gesichtspunkte und Deutungen zum Ausdruck, indem sie Erlebnisse, Handlungsabläufe, Personen, eigene und fremde Reaktionen schildern. Wir haben 15 verschiedene Spitalmanager aus verschiedenen Institutionen und 15 verschiedene Chefarzte aus ebenfalls unterschiedlichen Institutionen und unterschiedlichen Fachrichtungen interviewt. Die Auswertung der Interviews und deren Validierung erfolgten in mehreren Schritten:



Ziel des letzten Schritts in der Auswertung, der Aggregation, war es, Gemeinsamkeiten und wiederkehrende Themen innerhalb der verschiedenen Führungsverständnisse einer jeden Berufsgruppe zu identifizieren und auf diese Weise zu einem *Berufsgruppen-spezifischen Führungsverständnis* zu kommen.

Die Führungsverständnisse

Die *Spitalmanager* sehen sich zuständig und verantwortlich für das Spital in seinem politischen Umfeld und für seine Zukunft als Ganzes, und dies insbesondere aus einer wirtschaftlichen und strategischen Perspektive. Sie bilden damit ein Gegengewicht zur lokalen und fallgetriebenen, operativen Orientierung der professionellen Kader. Führung bedeutet für sie weitgehend Beziehungsgestaltung, erstens um sich selber und ihren Anliegen das erforderliche Gewicht und die notwendige Akzeptanz

zu verschaffen, zweitens um die professionellen Führungskräfte des Spitals bei der Wahrnehmung der übergeordneten Belange zu engagieren, und drittens um die fragmentierten und komplizierten professionellen Strukturen zu vereinfachen und zu integrieren. Sie versuchen, sich durch eine klare und konsequente Linie und durch verbindliches Handeln das Vertrauen und den Respekt der Mitarbeiter zu erwerben. Zudem trachten sie danach, Integration und Ausrichtung der Organisation durch die Gestaltung von partizipativen und konsultativen, engagierenden Prozessen zu bewerkstelligen oder aber durch sachliches und transparentes Entscheiden zu überzeugen und den eigenen Standpunkt durchzusetzen. Die Spitalmanager sehen sich einer ausgeprägten professionellen Kultur und einer heterogenen komplizierten Struktur sowie einem schwierigem politischen Umfeld gegenüber. Daraus ergibt sich eine eigenartige Ambivalenz zwischen der Betonung einer gelassenen und geduldigen Gestaltung von Entwicklungsprozessen einerseits und dem Durchsetzen von aus ihrer Sicht notwendigen raschen Veränderungen andererseits.

Die *Chefärzte* sehen sich - aufgrund ihrer professionellen Kompetenz - zuständig und verantwortlich für das eigentliche Kerngeschäft des Spitals der qualifizierten Patientenbehandlung. Ihre Perspektive ist deshalb keine institutionelle, sondern eine fallbezogene und disziplinäre. Sie erbringen ihre Leistung, indem sie selber praktizieren, nicht zuletzt auch um ihre eigene Professionalität aufrecht zu erhalten, sowie durch die Führung ihrer Klinik als Pool von weiteren professionellen Mitarbeitenden. Führung bedeutet für sie im Kern den Einsatz ihrer Mitarbeitenden bei gleichzeitiger Entwicklung derer Professionalität, indem sie ihnen über und in der Praxis die erforderlichen Werte, Einstellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln - oder ihnen allenfalls ermöglichen, sich diese anzueignen. Zu dieser „erzieherischen“ Führungsaufgabe sehen sie sich vor dem Hintergrund ihrer eigenen langjährigen Professionalisierungsgeschichte und den damit erworbenen überlegenen Qualifizierungen wie auch aufgrund ihres klaren persönlichen Standortes legitimiert. Ihre ausschliessliche Legitimation begründet den Anspruch auf Selbständigkeit in ihrem Leistungsbereich, welche sie durch institutionelle und insbesondere ökonomische Entwicklungen im Umfeld tendenziell bedroht sehen. Die Bemühungen der Spitalmanager um Gesamtperspektive und institutionelle Integration widerspricht ihrem Selbstverständnis des professionell begründeten Autonomie-Anspruchs. Ihrer Führungsaufgabe möchten sie nachkommen, indem sie ein entwicklungsförderliches Umfeld, Freiräume zur professionellen Emanzipation und sich selber als Vorbild zur Verfügung stellen, die Weitervermittlung von Erfahrung und Wissenschaft betreiben und organisieren, und indem sie sich bemühen, über fürsorgliche Beziehungen die für die Entwicklung erforderliche Sicherheit und Rückendeckung zu gewährleisten. Sie führen sehr stark über ihre Person und nicht über Strukturen und formale Instrumente. Dies erfordert ein klares

persönliches Profil, dessen Durchsetzung auch Abgrenzung bedeutet und der Nähe zu den Mitarbeitenden im Wege stehen kann.

Was ist die Bedeutung dieser Unterschiede der beiden Führungsverständnisse? Auffallend ist zunächst, welchen prominenten Platz Erfahrungen und Episoden mit Chefärzten in den Erzählungen und Geschichten der Spitalmanager einnehmen. Anders verhält sich das bei den Chefärzten. In ihren Erzählungen kommen Spitalmanager wenig bis kaum vor. Hier ist ein Ungleichgewicht der Wahrnehmung festzustellen. Die geringe Erwähnung von Spitalmanagern heisst dabei keineswegs, dass diese von den Chefärzten nicht akzeptiert wären. Diese orientierten sich jedoch an anderen Figuren und Erfahrungen, die für sie höhere Relevanzen beanspruchen. Entsprechend sind Spitalmanager gefordert, ihren Führungsanspruch deutlich zu machen.

Während die Spitalmanager in auch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen auffallender Weise auf Beziehungsgestaltung setzen und die Integration der verschiedenen Subsysteme und Perspektiven im Spital anstreben, sind die Ärzte eher an professioneller Eigenständigkeit interessiert. Sie erleben sich als eingegrenzt durch ein aus ihrer Sicht überreguliertes System, das ihnen professionell wesentlich erscheinende Freiheitsgrade nimmt. Beziehungsaspekte treten da in den Hintergrund, die professionelle Sache steht im Vordergrund. Umgekehrt ist für die Spitalmanager zentral, Beziehungsdimensionen – Wertschätzung, Glaubwürdigkeit, Vertrauen etc. – zu verfolgen und zu leben. Während also die einen für ihre Sache kämpfen und ihre Persönlichkeit zur Geltung bringen, ringen die anderen um Beziehungsqualitäten und ihre Integrationsaufgabe. Hier stehen sich gewissermassen zwei „Modelle“ gegenüber: der Arzt, der sich gerne eine gewisse Unangepasstheit zubilligt („kantig ist“) und der Spitalmanager, der stärker an den Erwartungen der anderen orientiert ist und sich selbst entsprechend „regulieren“ muss. Zeigen Chefärzte gerne mal Linien und Kanten, exponieren sich persönlich und schrecken auch vor unangenehmen Entscheiden nicht zurück, so sind die Spitalmanager wesentlich „politischer“ orientiert, indem sie ihren Einfluss vor allem in bewusster Einrechnung und Abwägung der Chancen und Möglichkeiten gegebener Akteurs- und Netzwerks-Konstellationen gestalten.

Man kann annehmen, dass hier im Sinne unterschiedlicher Funktionalitäten Komplementaritäten gegeben sind. Gleichzeitig zeigen sich einige potentielle Stolpersteine, die in dieser Diversität der Perspektiven enthalten sind. Mit Stolpersteinen sind Potentiale des Missverstehens bzw. des Aneinander-Vorbei-Agierens mit den entsprechenden Chancen in Konflikte zu geraten gemeint, so wie wir es auch allgemein aus interkulturellen Kontakten kennen. Man „liest“ sich falsch, missversteht sich,

rechnet sich das zu, beginnt sich abzuwerten und gerät allmählich in dysfunktionale Schleifen.

Mit diesen Unterschieden leben Spitäler seit geraumer Zeit. Solange die verschiedenen Welten einander wenig in die Quere geraten, sind die Differenzen auch relativ unproblematisch. Diffiziler wird es, wenn sich prononcierte Fragen der gemeinsamen Positionierung oder der Optimierung oder der Ressourcenverteilung stellen und die Unterschiede stärker aufeinander zu prallen beginnen. Das ist unter sich verengenden ökonomischen Rahmenbedingungen der Fall. Diese Verengung, die dazu führt, dass die Kultur-Welten stärker durchmischt werden, kann zum Auflaufen entlang der Bruchlinie der verschiedenen Führungsvorstellungen führen. Was aber wären günstigere Optionen oder produktive Möglichkeiten?

Produktive Möglichkeiten

Auf der Ebene des Spitals:

Gemeinsame Vorstellungen entwickeln als Alternative zum potentiell konflikthaft eskalierenden Auseinanderdriften. Kultur- und Führungswelt-Differenzen sind durch strukturelle Lösungen nicht aus der Welt zu schaffen. Notwendig sind prozesshafte Formen des Austauschs, der Bewusstwerdung und Reflexion der jeweiligen handlungsleitenden Kontexte sowie der Gewinnung gemeinsamer Ziele und Erfolge. Im konkreten Spitalgeschehen stellen sich dazu einige Fragen: wie werden solche gemeinsamen Vorstellungen gewonnen? In welchen Räumen und dazu welchen Gelegenheiten werden ein anregender Austausch über Führungsvorstellungen und Führungsstrategien gepflogen und Erfolge evaluiert? Welches Management-Development und welche Arbeitsformen können all dies unterstützen?

Auf der Ebene Spitalmanager:

Explizites Wissen über erforderliche Kompetenzen erzeugen. Das setzt einerseits Klarheit über Anforderungsprofile bei der sich wandelnden Funktion von Spitalmanagern und andererseits Bewusstheit in Verwaltungs- und Stiftungsräten oder auch Gesundheitsdirektionen zu den Anforderungen sowie zum konstitutiven Spannungsverhältnis zwischen „Beziehungsarbeit“ und „Durchsetzung“ voraus. Heute wird hier eine Fülle falscher Hoffnungen gehegt und gepflegt. In konkreten Situationen ist zu fragen, wie bei der Rekrutierung und Besetzung von Spitalmanagement-Funktionen nach solchen Kompetenzen gesucht, wie und wo diese gewonnen und trainiert und auf welche Weise beobachtet werden?

Auf der Ebene Chefärzte:

Lokales Denken überwinden, indem etwa bedacht wird, was Chefärzte dazu verleiten kann, stärker auf Klinik-übergreifende, spitalweite Zusammenhänge Bezug zu nehmen, welche Weiterbildungen dafür hilfreich sein können, was und vor allem wie dazu gelehrt und gelernt werden müsste, wie ein erfahrenes Spitalmanagement Chefärzten positiv unterstützend zur Seite stehen kann (und diese das annehmen können ...) und schliesslich auch, welche Anreiz-Systeme dies unterstützen können?

Entwicklungen in der Medizin verstehen, denn die Führungswelten der Chefärzte werden stark durch die Entwicklungen innerhalb der Medizin beeinflusst und (mit-) gestaltet. Zu beobachten ist z.B. wie in bestimmten Disziplinen stärker teamorientierte Formen der klinischen Arbeit entstanden sind und entstehen. Die Frage ist, wie weit den unterschiedlichen Führungsanforderungen in der Ärzteschaft bewusst begegnet und solche Fragen thematisiert werden.

Für Spitalmanager und Chefärzte wird es sich in jedem Fall lohnen, wenn sie sich mit den hier erkundeten handlungsleitenden Denkweisen vertraut machen und lernen, diese in ihrer möglichen Komplementarität wertzuschätzen, statt diese als Grundlage eines Machtkampfes und der Ab- und Ausgrenzung einzusetzen.

1. Einführung

Das Gesundheitswesen in der Schweiz steht vor grossen Herausforderungen: die medizinische Entwicklung generiert immer neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, die demografische Entwicklung steigert die Komplexität der Krankheiten, Leistungsempfänger stellen höhere Ansprüche an Behandlung und Betreuung bzw. deren Qualität während zeitgleich Ressourcenverknappung und Kostendruck stetig zunehmen (z.B. Amelung & Schumacher, 2004, Boos, 2004, Juhasz, 2004, Wiechmann, 2003). Insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer, allen voran der Spitäler, münden diese Herausforderungen in einen – gegenüber früher – steigenden Steuerungs- und Managementbedarf (Boos, 2004). Dies will nicht heissen, dass früher nicht gesteuert und gemanagt wurde. Seit langem schon waren beispielsweise Leistungsvergütung administrierten Preisen, die Zulassung zu Medizin- und Gesundheitsberufen strikten (Standes-) Regeln oder Spitäler der Aufsicht durch übergeordnete (meist kantonale) Gremien unterworfen. Diese traditionelle Steuerung im Gesundheitswesen bestand im Wesentlichen aus der Durchsetzung berufsständischer oder standespolitischer Regeln und administrativer Kontrollen durch den Staat als Gesetzgeber und Finanzquelle bzw. durch die Versicherer. Die Steuerung von und in Versorgungseinrichtungen – ob Einzelpraxis oder Spitalinstitution – basierte in weiten Teilen auf Selbstorganisation: das Leistungsprofil einer Klinik beispielsweise wurde durch das Kompetenzprofil und die Interessen des Chefarztes bestimmt mit entsprechender Änderung bei personellen Wechseln.

Mehr Steuerung und Management?

Der Ruf und die Ansprüche an Steuerung und Management haben aus den erwähnten Gründen in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten auf allen Ebenen des Gesundheitssystems und insbesondere in Spitälern drastisch zugenommen (z.B. Berchtold & Michel-Alder 2003, Schmitz 2004a), so zum Beispiel:

- Prozesse werden optimiert und Kernprozesse vermehrt auf wissenschaftliche Basis gestellt (z.B. im Rahmen von Disease- oder Case-Management, Evidence-based Medicine),
- Professionelle werden auf explizite Qualitätsstandards verpflichtet (z.B. im Rahmen von Outcome-Messungen),

- Patientenbehandlung ist immer mehr eine komplexe interdisziplinäre Kooperationsaufgabe zwischen verschiedenen Fachspezialisten und Professionen),
- neue Organisationsformen und Führungsarchitekturen überlagern traditionelle Klinikstrukturen (z.B. organspezifische Departemente an Universitätsspitalern, Spitalleitungen mit CEO),
- Preisschilder kleben nicht mehr an einzelnen Leistungen sondern als Pauschalen an ganzen Behandlungsabläufen (z.B. DRG, Fallpauschalen) oder ganzen Organisationseinheiten (z.B. Globalbudgets),
- zunehmende Ressourcenknappheit schafft ethische Dilemmata am Krankenbett (z.B. implizite Rationierung).

Solche Veränderungen und Herausforderungen rütteln an den traditionellen Rollenverständnissen insbesondere der Mediziner. Sie erfahren diese Veränderungen als realen Kontrollverlust (Atun, 2003) und sehen ihre Einflussosphäre als auch ihre (professionelle) Autonomie eingeschränkt (Vogd 2002, Davies & Harrison, 2003). Nicht erstaunlich also, dass solche Entwicklungen in vielen Spitalern und anderen Versorgungseinrichtungen zu einer teils heftigen Ablehnung des Managements durch die Mediziner geführt haben (z.B. Doolin, 2001, Edwards 2002). Die weitere Ökonomisierung des medizinischen Kerngeschäfts – beispielsweise im Rahmen der DRG-Fallkostenvergütung – könnte diese Ablehnung noch erheblich zuspitzen.

Bedeutung der Professionen

Was aber liegt hinter diesem möglichen Antagonismus zwischen Medizin und Management, was hinter diesem Ringen um Einfluss und Macht. Davies, Nutley und Mannion (2000) verweisen beispielsweise auf die vielen professionskulturellen Unterschiede, die durch die (unterschiedliche) Sozialisation (während der Ausbildung) und später durch die berufliche Tätigkeit die Selbstverständnisse der Mediziner und Manager prägen. Spitäler sind Organisationen deren Kerngeschäft von Professionen bzw. Professionals (Mediziner, Pflege) betrieben wird. Professionals zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass sie hochspezialisiert ausgebildet und in ihrer Profession sozialisiert werden bzw. ihre Arbeit innerhalb professionseigenen Regeln und Riten erledigen (z.B. Mintzberg, 1998). Aufgrund ihres Spezialwissens – das für Aussenstehende kaum durchschaubar oder nachvollziehbar ist – bleibt den Professionals in der Regel die Kontrolle ihrer Arbeit selbst überlassen, wodurch sie ein grosses Mass an Autonomie in der Berufsausübung in Anspruch nehmen (z.B. Mintzberg, 1991, 1998). Professionelle Organisationen verzichten tendenziell auf ‚Führung‘ in einem hierarchischen Sinn, da die Gesamtkoordination über festgelegte Fertigkeiten, Nor-

men und Regeln der Profession erfolgt. Die Profession stellt die notwendige Struktur und Koordination zur Verfügung (Mintzberg, 1998). An die Stelle von hierarchischer Führung tritt „die immer neue Inszenierung des professionellen Selbstbildes“ (Baecker, 2003: 285).

Die Arbeit von Professionals zeichnet sich neben hoher Autonomie auch durch eine hohe Differenzierung aus, weshalb professionelle Organisationen häufig mit Koordinationsproblemen zwischen den einzelnen Bereichen zu kämpfen haben (Mintzberg, 1991). Glouberman und Mintzberg (2001) zeigen nach mehrjähriger Beobachtung des Spitalalltags, dass Spitäler die vier Subsysteme Cure, Care, Control und Community differenziert haben (Abb. 1):

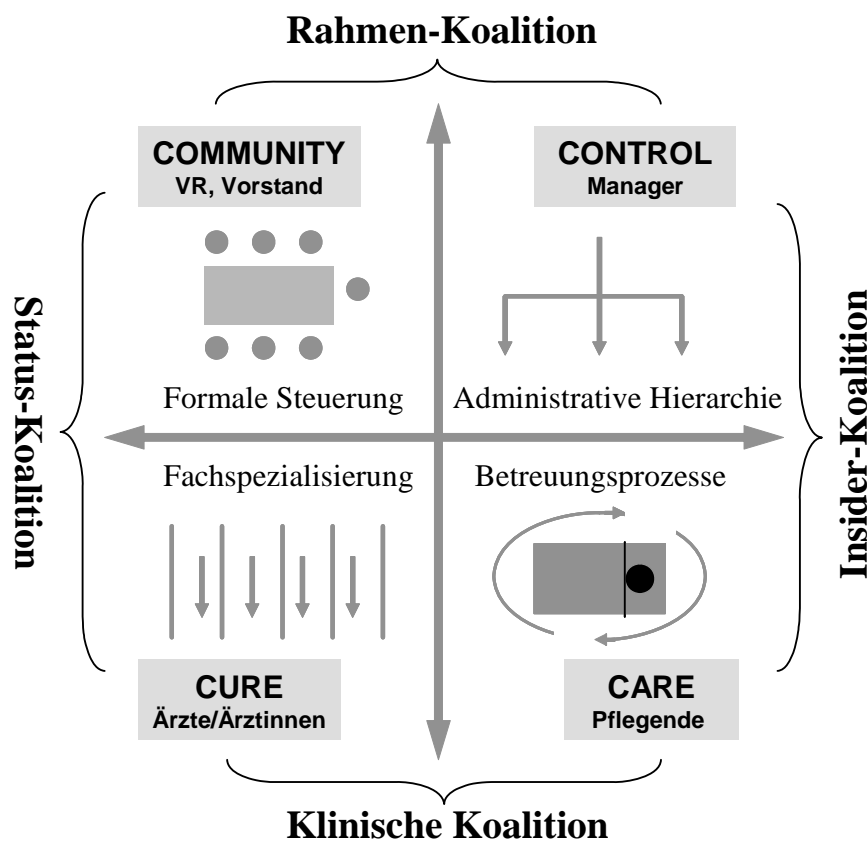


Abb. 1

Cure, die Mediziner, und Care, die Pflegenden, arbeiten beide im operativen Kerngeschäft der Behandlung und Betreuung von Patienten. Und trotzdem trennen ganz unterschiedliche Grundverständnisse diese beiden Subsysteme: Mediziner profilieren sich in ihren Fachdisziplinen, kontrollieren Behandlungsentscheide und orientieren sich gerne ausserhalb der Spitalhierarchie. Die Pflegenden widmen sich vor allem den Betreuungsprozessen, koordinieren vieles rund um den Patienten und orientieren sich innerhalb der Organisation. Control, das Management, identifiziert sich mit

der formalen Hierarchie, kontrolliert Ressourcen – Budget, Betten, Stellen – und hat die Aufgabe, das Gesamtspital zu leiten. Das der Gesamtorganisation vorgesetzte Gremium (Community) ist als Repräsentant der Öffentlichkeit zur Aufsicht verpflichtet und bildet gleichzeitig die formale Verbindung zur Aussenwelt.

Die je eigenen Selbstverständnisse, Kulturen, Hierarchiebezüge und Orientierungen, welche diese vier Subsysteme charakterisieren, entwickeln sich während der beruflichen Ausbildung und Arbeit in den spezifischen Kontexten zum Beispiel der Ärzte oder der Pflegenden. Man mag einwenden, dass diese Subsysteme Stereotypen sind und wenig mit den komplexen Verhältnissen des Spitalalltags zu tun haben. Und trotzdem lassen diese Stereotypen u.a. Kooperations- und Kommunikationsschwierigkeiten in Spitälern – welche üblicherweise als Ursache für deren „Unführbarkeit“ herangezogen werden – verständlicher erscheinen. Diese Differenzierungen sind auch in empirischen Arbeiten beispielsweise von Degeling, Maxwell, Kennedy und Coyle eindrücklich nachgewiesen worden (2003). Diese Studien in England, Wales, Neuseeland sowie Australien zeigen, in welchem hohem Mass professionsspezifischen Orientierungen – unabhängig von ihrer nationalen Identität – bestimmend sind.

Obwohl die jeweiligen Selbstverständnisse der Subgruppen diese voneinander trennen ist diese Verschiedenartigkeit nicht statisch sondern wird auch in sogenannten „Koalitionen“ dynamisch gelebt (Glouberman und Mintzberg 2001): Ärzte verbünden sich zum einen mit Pflegenden, wenn es um klinische Anliegen („Klinische Koalition“) geht. Sie bilden zum anderen gerne eine „Status-Koalition“ mit beispielsweise Verwaltungsräten des Spitals oder anderen einflussreichen Personen des öffentlichen Bereichs. Die Manager bilden eine „Rahmen-Koalition“ mit Verwaltungsrat bzw. Vorstand des Spitals, um beispielsweise Budgetvorgaben oder andere Rahmenbedingungen durchzusetzen, oder aber eine „Insider-Koalition“ mit den Pflegenden, die sich häufig gegen die Ärzte richtet. Die schwächste Verbindung bzw. die grösste Distanzierung liegt in den Diagonalen zwischen Cure und Control (bzw. Care und Community) als bildhafte Darstellung des Antagonismus zwischen Medizin (Ärzten) und Management.

„The same everywhere“

In einem wissenschaftlichen Vorprojekt sind zwei der Projektmitarbeiter diesen Unterschieden zwischen Medizin und Management bzw. den Fragen nachgegangen, wie sich betriebswirtschaftliche Kalküle mit den spezifischen medizinischen Aufgaben, Technologien und Kulturen in Spitälern verbinden und welche Entwicklungen sich aktuell beobachten lassen (Schmitz, 2004a). Befragt wurden ärztliche Direktoren in der Schweiz, in Deutschland und in England. Ärztliche Direktoren sind, insbesondere in grossen Häusern, schwergewichtig mit Managementaufgaben beauftragt. Sie müssen deshalb im Regelfall ausreichend mit dieser Perspektive identifiziert sein und gleichzeitig über einen hohen und unmittelbaren Bezug zu den Medizinerinnen verfügen. Die Ergebnisse dieses Vorprojekts waren grundsätzlich identisch zu den vorgängig beschriebenen Studien: 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. (Schmitz 2005) Die in weiten Teilen übereinstimmenden Resultate aller Studien sind insofern bedeutsam, als dass diese prekäre Grundverfasstheit sowie die prinzipiell kritischen Punkte im Aufeinandertreffen von Management und Medizin (Ressourcenbezug von Entscheidungen, Gesamtperspektiven, Systematisierungen von Prozessen etc.) in allen untersuchten Ländern gleichermassen gelten.

2. Ziele und Forschungsfragen

Aufgrund der geschilderten Problematik war das Ziel des Projektes, die je spezifischen Führungsverständnisse von Spitalmanagern und Chefärzten in Erfahrung zu bringen und auf Anschlussfähigkeit zu prüfen.

Der konzeptionelle Ausgangspunkt unserer Forschungsfrage war die Erkenntnis, dass Führung nicht universellen Gesetzen folgt, die in Techniken gegossen und damit „richtig“ umgesetzt werden können. Angemessener ist ein Verständnis von Führung als kulturelle Praxis, die sich nach den lokalen und weitgehend impliziten Alltagstheorien und Perspektiven der Menschen richtet, welche Führung praktizieren (Müller, 2005). Diese Alltagstheorien und Perspektiven sind stark durch die jeweiligen sozialen Felder – in unserem Fall der Medizin und des Managements in Schweizer Spitälern – geprägt. Wissenschaftliche Führungskonzepte (wie beispielsweise das Total Quality Management), die in anderen Kontexten entstanden sind, erweisen sich oft als nicht anschlussfähig und damit letztlich bedeutungslos (z.B. Lozeau, Langley & Denis, 2002). Es ist daher wichtig, genau zu verstehen, was Führung für die jeweilige Person bzw. für die jeweilige Profession bedeutet.

Das Hauptaugenmerk unserer Forschung lag daher auf der Erkundung der individuellen und kollektiven Annahmen und Vorverständnisse über Führung. Konkret bedeutet dies, dass wir versucht haben, sowohl bei Medizinerinnen wie auch bei Spitalmanagern Antworten auf Fragen der folgenden Art zu finden:

- Welches sind die Hauptthemen und Anliegen in der Führungswelt des Mediziners resp. des Managers im Spital?
- Welche subjektiven Führungstheorien, -verfahren, -methoden und -instrumente werden in Anspruch genommen? Welche Beziehungsverständnisse, -qualitäten und -dynamiken verbergen sich dahinter?
- Wo sehen die Führenden ihre Legitimation zur Führung? Was zeichnet sie im Vergleich zu andern aus?
- Was wird unter ‚Führungserfolg‘ verstanden?
- Welche „Funktionalitäten“ resp. „Kosten“ sind je mit diesen Führungsverständnissen verbunden?

Die handlungsleitenden Verständnisse sind für ihre Träger selbstverständlich und werden kaum explizit reflektiert. Die eigenen Theorien und Verständnisse werden auch den anderen unterstellt, ohne dies jedoch zu überprüfen (Bergold & Flick, 1987). Missverständnisse und Konflikte sind dadurch vorprogrammiert. Durch die Aufdeckung dieser selbstverständlichen und daher meist impliziten Beziehungs- und Führungsverständnisse werden diese explizit und gestaltbar gemacht. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem eigenen ‚Selbstverständlichen‘ und mit dem ‚Selbstverständlichen‘ des relevanten Andern ist daher Voraussetzung für eine höhere Anschlussfähigkeit zwischen den beiden Professionen Medizin und Management.

3. Methodisches Vorgehen

Aufgrund der Fragestellung, die sich die Rekonstruktion von Führungs- und Beziehungsverständnissen zum Ziel gesetzt hat, bot sich ein qualitativer Forschungsansatz an. Qualitative Forschung versucht die Handlungen, Ereignisse und Perspektiven durch die Augen der Interviewten zu betrachten und nicht – wie es im quantitativen Forschungsparadigma der Fall ist - aus der Perspektive des Forschers (Bryman, Bresnen, Beardsworth & Keil, 1988). Auf diese Weise will die qualitative Forschung zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beitragen und auf Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen (Flick, von Kardorff & Steinke, 2004: 14). Für Conger (1998: 107) ist der qualitative Forschungsansatz “the methodology of choice for topics as contextually rich as leadership”. Qualitative Forschung hat in der Regel eine starke Anwendungsorientierung. Darüber hinaus ist sie dem Gedanken der Kontextualität verpflichtet und versucht die Unterschiedlichkeit der Perspektiven der Beteiligten zu berücksichtigen (Flick et al., 2004). Qualitative Forschung hat sich in den vergangenen Jahren - im Sinne Thomas Kuhns (1962) - zu einem Forschungsparadigma etabliert, das den Statuts einer ‚normal science‘ erreicht hat (Flick et al., 2004: 13).

3.1. Erhebungsinstrument: Das narrative Interview

Das Erhebungsinstrument für unsere Studie war das narrative Interview (z.B. Czarniawska, 2004). Im narrativen Interview geht es nicht um Antworten auf konkrete Fragen, sondern um Führungserfahrungen in Form von Geschichten. Die Gesprächspartner bringen ihre Perspektiven, Gesichtspunkte und Deutungen zum Ausdruck, indem sie Erlebnisse, Handlungsabläufe, Personen, eigene und fremde Reaktionen schildern, dabei Passagen betonen oder wiederholen und bestimmte Ereignisse interpretieren oder Lehren daraus ziehen. Die Auswahl und die erzählerische Ausschmückung solcher vergangener Episoden sagen etwas aus über das gegenwärtige Verständnis von Führung und transportieren Informationen über Aspekte der aktuellen Führungswelt der Interviewpartner (Burla et al., 1994: 40). Es wird zudem argumentiert, dass Befragte, die frei erzählen, im sog. „Erzählzwang“ oftmals auch Gedanken und Erinnerungen preisgeben, die sie auf direkte Fragen nicht äussern können oder wollen (Hopf, 2004). Das narrative Interview ermöglicht nicht nur den Zugang zu den Bezugssystemen der Befragten, sondern verspricht darüber hinaus auch Aufschluss darüber, wie sich das Führungsverständnis der Befragten im Laufe

der Zeit entwickelt hat und durch persönliche und soziale Ereignisse beeinflusst wurde (Bresnen, 1995).

Alle Interviews wurden mit der gleichen Frage begonnen, die eine ‚Einladung zum Erzählen‘ darstellte

Sehr geehrter Herr..... Wir interessierten uns für Ihre Führungserlebnisse, die sie im Laufe Ihres Lebens gesammelt haben. Um einzusteigen, würden wir Sie gerne bitten, uns von Ihrem ersten Erlebnis mit Führung zu erzählen bei dem Sie entweder die Rolle als Geführter oder als Führer inne hatten. Wie war die Situation damals? Was ist da genau passiert? Wie haben sie das erlebt?

Alle Interviews wurden elektronisch aufgenommen und anschliessend transkribiert. Bei der Transkription sind wir bewusst nahe an der mündlichen Sprache geblieben – allerdings wurde das gesprochene Schweizerdeutsch in Schriftdeutsch ‚übersetzt‘.

3.2. Auswertungs- und Validierungsschritte

Die Auswertung der Interviews und deren Validierung erfolgten in mehreren Schritten, die nachfolgend skizziert sind (für eine ausführliche Darstellung der Auswertungsschritte siehe Müller & Endrissat, 2005).

Im ersten Auswertungsschritt wurde das Interview von den jeweiligen Projektmitarbeitern allein ausgewertet. Die verschiedenen Episoden wurden gelesen und die Anliegen der Interviewperson heraus gearbeitet. Ziel war es, am Ende eine Liste mit ungefähr 6-12 Themen aufzustellen. Ein Thema entspricht einem Anliegen der Interviewperson, das etwas über das Selbstverständnis der Person aussagt und innerhalb des Interviews in mehreren Passagen und Textstellen festzumachen ist.

Nach dieser Einzelauswertung trafen sich jeweils mindestens zwei Projektmitarbeiter, um die jeweiligen Einzelauswertungen des Interviews zu besprechen. Durch den Vergleich der beiden unabhängig voneinander gemachten Auswertungen konnte der Einfluss persönlicher Themen und Standpunkte des Auswerters minimiert werden.

In einem dritten Schritt traf sich das Projektteam und diskutierte die angefertigten Auswertungen. Im Anschluss daran wurden die Auswertungen den Interviewpartnern zurück gemeldet. Die Rückmeldung umfasste das anonymisierte Interviewtranskript, eine detaillierte Auswertung des Interviews sowie eine ‚Themenlandschaft‘, die die Themen der Auswertung graphisch darstellt und somit einen Überblick über das je spezifische Führungsverständnis der Interviewperson gibt.

Die Interviewpersonen hatten die Möglichkeit, zu der Interpretation Stellung zu nehmen. Dies wurde jedoch nur in wenigen Fällen genutzt. Vereinzelt wurde die Bitte geäußert, das Material noch stärker zu anonymisieren, oder es wurden zusätzliche Hintergrundinformationen zu einer bestimmten Geschichte / Situationsdarstellung nachgereicht.

Nachdem alle Interviews zurück gemeldet worden waren, haben wir die Aggregation der Führungsverständnisse nach Berufsgruppen vorgenommen. Ziel der Aggregation war es, Gemeinsamkeiten und wiederkehrende Themen innerhalb der verschiedenen Führungsverständnisse einer jeden Berufsgruppe zu identifizieren und auf diese Weise zu einem *Berufsgruppen-spezifischen Führungsverständnis* zu kommen.

Zu diesem Zweck wurden alle Einzelinterviews und deren Themen (nachfolgend ‚Unterthemen‘ genannt) aufgelistet und auf gemeinsame Themen durchsucht. Gemeinsam sind Themen, die sich trotz unterschiedlicher Kontexte (verschiedene Spitalkontexte oder Fachdisziplinen) und Beziehungskonstellationen in verschiedenen Interviews finden lassen. Im Folgenden werden diese gemeinsamen Themen ‚Hauptthemen‘ genannt. Dabei setzt sich ein Hauptthema aus verschiedenen Unterthemen der Einzelinterviews zusammen (vgl. zur Veranschaulichung die Ergebnisdarstellung in Kapitel 4).

Auch auf der aggregierten Ebene fertigten wir Themenlandschaften an, die einen Überblick über das professionsspezifische Führungsverständnis der Spitalmanager resp. Chefärzte geben.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über den Forschungsprozess.

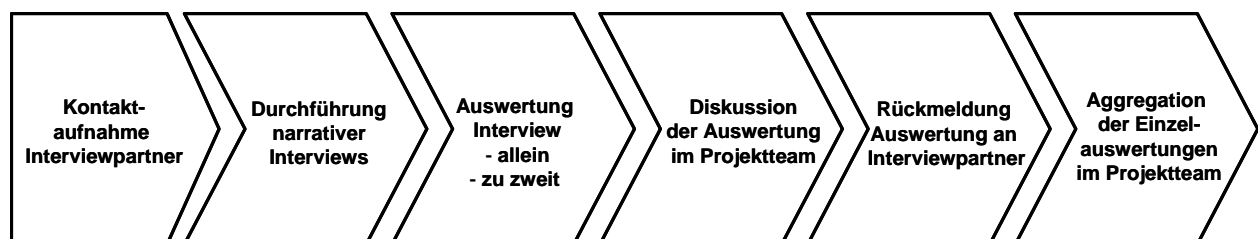


Abbildung 2: Die einzelnen Schritte im Forschungsprozess

3.3. Die Stichprobe

Die Stichprobenauswahl erfolgte nicht mit dem Ziel, statistische Repräsentativität zu erreichen. Stattdessen sollte das *Typische* des untersuchten Gegenstandes erfasst und dadurch die Übertragbarkeit auf andere, ähnliche Gegenstände gewährleistet werden. Um dies zu erreichen, muss nach Merrens (2004) der Untersuchungsgegenstand facettenreich erfasst werden. Patton (1990) spricht in diesem Zusammen-

hang von maximaler Variation und Kleining (1982) von der ‚Regel der maximalen strukturellen Variation der Perspektive‘. Dieser Forderung sind wir nachgekommen, indem wir 15 verschiedene Spitalmanager aus verschiedenen Institutionen und 15 verschiedene Chefärzte aus ebenfalls unterschiedlichen Institutionen und unterschiedlichen Fachrichtungen befragt haben. Auf diese Weise haben wir ein breites Spektrum an Führungsrealitäten erhalten. Tabelle 1 und 2 geben einen Überblick über die Spitalmanager (SM) und Chefärzte (CA) und ihre jeweilige Institution.

Spitalmanager	Institution
SM -1	Bezirksspital
SM -2	Privatsspital
SM -3	Kantonsspital
SM -4	Regionalspital
SM -5	Kantonsspital
SM -6	Universitätsspital
SM -7	Regionalspital
SM -8	Kantonsspital
SM -9	Universitätsspital
SM -10	Universitätsspital
SM -11	Universitätsspital
SM -12	Regionalspital
SM -13	Kantonsspital
SM -14	Privatsspital
SM -15	Kantonsspital

Tabelle 1: Überblick Spitalmanager

Chefärzte	Institution
CA -1	Kantonsspital
CA -2	Universitätsspital
CA -3	Regionalspital
CA -4	Universitätsspital
CA -5	Kantonsspital
CA -6	Universitätsspital
CA -7	Regionalspital
CA -8	Kantonsspital
CA -9	Universitätsspital
CA -10	Universitätsspital
CA -11	Privatsspital
CA -12	Universitätsspital
CA -13	Universitätsspital
CA -14	Kantonsspital
CA -15	Kantonsspital

Tabelle 2: Überblick Chefärzte

Die folgende Tabelle gibt zudem einen Überblick über die medizinischen Fachdisziplinen und die Häufigkeit ihres Auftretens in unserer Stichprobe.

Medizinische Fachdisziplin	Vertretene Häufigkeit
Innere Medizin	5
Chirurgie	3
Gynäkologie	2
Notfallstation	1
Anästhesie	1
Urologie	1
Dermatologie	1
Radiologie	1

Tabelle 3: Überblick über medizinische Fachdisziplinen

4. Ergebnisse

Um die Übersichtlichkeit der Ergebnisse zu gewährleisten sehen wir von einer Darstellung der Einzel-Auswertungen ab und präsentieren im Folgenden die Ergebnisse der Aggregation, das heisst die jeweiligen kollektiven Führungsverständnisse für die Gruppe der Spitalmanager und der Chefärzte.

Wenn im Folgenden von „dem“ Führungsverständnis der Spitalmanager und der Chefärzte die Rede ist, sind damit die typischen Themen gemeint, die sie beschäftigen, wenn sie in ihrem aktuellen Kontext „Führung“ denken und in ihrer Führungsrolle handeln. Diese Hauptthemen sind zwar typisch, aber durchaus nicht für alle Führungskräfte identisch, da sie je nach individuellem Selbstverständnis variiert, unterschiedlich gewichtet und sogar gegensätzlich gehandhabt werden können. Das typische Führungsverständnis ist ausserdem keinesfalls widerspruchsfrei und in sich konsistent, sondern gekennzeichnet durch vielerlei Unsicherheiten, offene Fragen und Ambivalenzen im Erleben der berichtenden Manager.

In Kapitel 4.1 liegt der Fokus auf dem Führungsverständnis der Spitalmanager und in Kapitel 4.2 wird das Führungsverständnis der Chefärzte vorgestellt.

4.1. Das Führungsverständnis der Spitalmanager

Die Aggregation der Führungsverständnisse hat in der Gruppe der Spitalmanager folgende Themenlandschaft hervor gebracht (vgl. Abbildung 3). Die Nummerierung der Themen stellt weder eine Priorisierung noch eine inhaltliche Schwerpunktsetzung dar, sondern den Versuch, die nachfolgende Darstellung zu systematisieren.

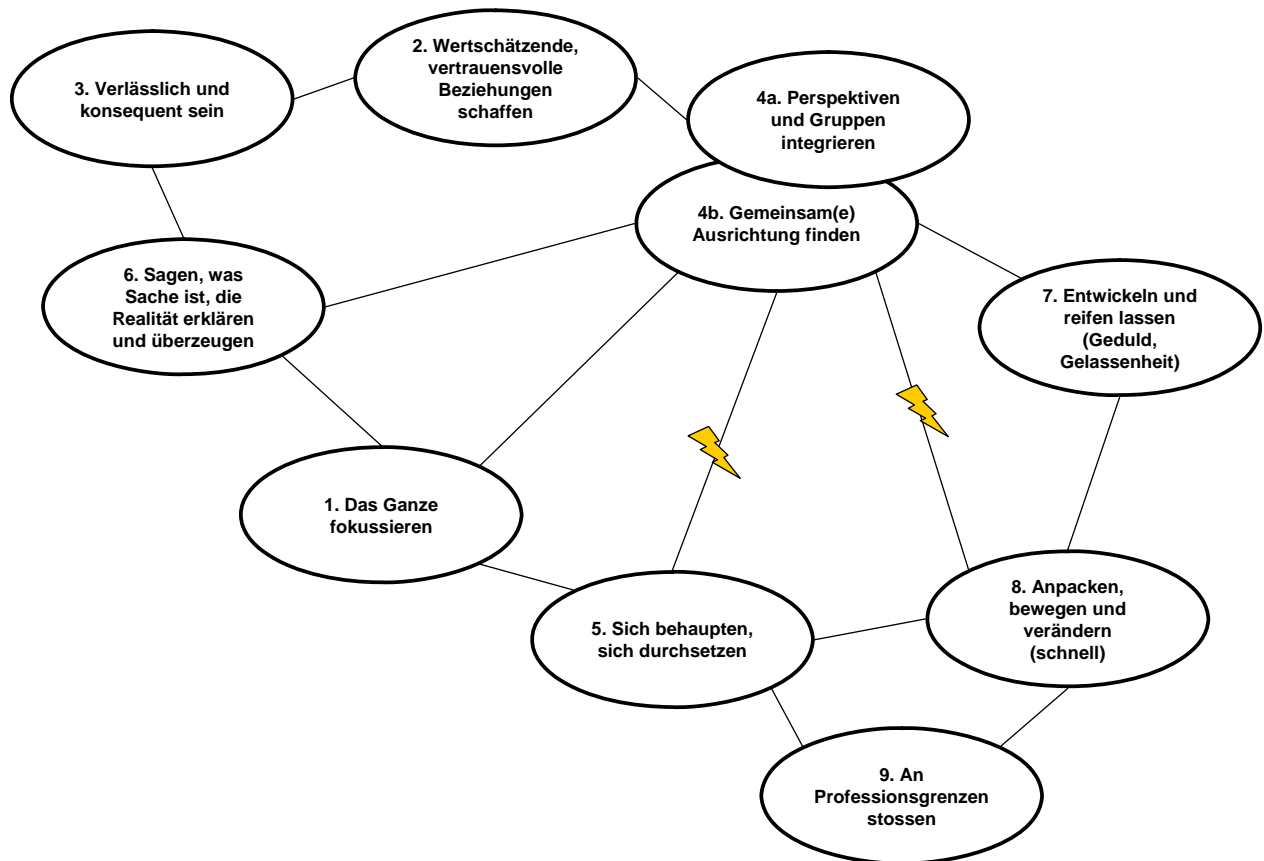


Abbildung 3: Themenlandschaft Führungsverständnis Spitalmanager

Ambivalenzen zwischen den Themen sind durch Blitze ⚡ gekennzeichnet; sie werden – genauso wie die neun Führungsthemen - nachfolgend erläutert. Zur weiteren Erläuterung der Führungsverständnisse befindet sich im Anhang (vgl. Anhang A) eine Tabelle, die darstellt durch welche Unterthemen (Führungsthemen der einzelnen Interviewpartner) sich die Hauptthemen zusammensetzen. Darüber hinaus gibt die Tabelle beispielhafte Original-Zitate zur Illustration der Führungsthemen wider.

1. Das Ganze fokussieren

Das Ganze im Blick haben, wissen, „was das Haus braucht“ (SM 4/488), die Dinge im Hinblick auf die „Gesamtwirkung für das Haus“ beurteilen (SM 4/596), „die Leute zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise bringen“ (SM 5/607) und „sich als Unternehmen sowohl profilieren, als auch differenzieren, als auch positionieren zu können“ (SM 11/444) – darin sehen die Spitalmanager sowohl ihre Hauptaufgabe als auch ihre grundsätzliche Führungslegitimation. Sie legitimieren sich und ihre Management-Funktion aus der Diagnose eines akuten Mangels an Gesamtperspektive, und sie sehen die Chefärzte als Personen, die in der Regel im Tagesgeschäft die operative Arbeit selber (mit-)machen. Diese ist patientengetrieben, einzelfallorientiert und lokal. Neben diesem Tagesgeschäft bleibe ihnen wenig Zeit für Grundsatzfragen und strategische Überlegungen, für Gesamtprojekte und für Führungsgeschäfte. (SM 11/282) Deshalb braucht es eine Instanz, die das Spital als Ganzes nach aussen vertritt und bei den Anspruchsgruppen legitimiert, die im politisch hochbrisanten Umfeld des Gesundheitswesens auf Wirtschaftlichkeit und Qualität achtet und sich um ein attraktives Profil bemüht. Darüber hinaus wird es als wesentliche Aufgabe der Spitalleitung gesehen, die Partizipation der Chefärzte für übergreifende Nicht-Tagesgeschäfte zu gewinnen und aufrecht zu erhalten resp. den Blick fürs Ganze gegenüber lokalen Sichtweisen und Interessen durchzusetzen. Zu diesem Zweck werden moderne Management- und Kontrollinstrumente wie Strategie- und Budgetprozesse, Balanced Scorecard oder „Management by Objectives“ eingesetzt, und es wird mit integrierten Organisationsstrukturen und mit Prozessmanagement experimentiert. Im Zentrum steht jedoch für die Spitalmanager die Frage einer Beziehungsgestaltung, die ihnen die Integration und Ausrichtung der Organisation in eine gemeinsame Richtung erlaubt.

2. Wertschätzende, vertrauensvolle Beziehungen aufbauen

In den tradierten Spitalstrukturen erfahren sich viele nicht-ärztliche Spitalmanager mit ihren auf das Wirtschaftliche ausgerichteten Anliegen und Perspektiven als Fremdkörper. Sie laufen Gefahr, entweder wenig Beachtung zu finden oder im Falle eines aktiven Führungs- und Kontrollanspruchs Irritationen auszulösen. (SM 1/145) „Ich habe gleich das erste Mal eine Opposition gespürt. Es war nicht dieses Öffnen: jetzt kommt ein Neuer, jetzt bringt er etwas Neues. Sondern: Jetzt kommt ein Neuer, der bricht bei uns ein.“ (SM 8/124) Sie stellen fest, dass die Spitäler zwar durchaus hierarchisch funktionieren, dass diese Hierarchien aber nach anderen Prinzipien und Führungsverständnissen funktionieren als diejenigen in der öffentlichen Verwaltung oder in Unternehmungen. (SM 8/18) So sprechen zwar einige von Mitarbeitern, wenn

sie die Chefärzte meinen, doch bezeichnet dieser Ausdruck vor allem eine formale und weit weniger eine faktisch gelebte Unterstellung (SM 14/205).

Die Spital- und Verwaltungsdirektoren sehen sich vor der Schwierigkeit, den Anschluss zu finden, um ihrer Aufgabe gerecht werden zu können und um sich selber als wirkungsvoll zu erfahren. Eines der häufigsten und prominentesten Themen in ihren Berichten bezieht sich denn auch auf die Herstellung des Anschlusses über wertschätzende und vertrauensvolle Beziehungen. So wird etwa erzählt, wie man sich zu Beginn explizit gegenseitig die Frage gestellt hat: „Wie gehen wir miteinander um?“ (SM 3/509), oder wie das Gewinnen von Konfrontationen zwar das eigene Standing verbessert, aber wenig zu vertrauensvollen Beziehungen beiträgt (SM 4/323), oder wie der Einbezug der Ärzte in Alibi-Gremien das Vertrauen zerstören kann (SM 8/524).

Der Zugang zum Vertrauen wird teilweise über ein respektvolles, wertschätzendes und verständnisvolles Wahrnehmen des medizinischen Personals gesucht. Es wird auf den fast unendlich grossen, inhärenten Willen der Akteure im System hingewiesen, die Patienten gut zu behandeln (SM 11/321). Man gibt sich Rechenschaft darüber, dass die Leute wegen des Arztes ins Spital kommen und nicht wegen des Verwaltungsdirektors. Es wird auf die Gefahr des Klischee-Denkens hingewiesen, aus dem Misstrauen entsteht („der Arzt hält sich an keine Regelung, und die Verwaltung sieht den Patienten nicht mehr, sondern nur noch die Franken, die reinkommen“) (SM 8/457). Oder der Verwaltungsdirektor zeigt Verständnis für den permanenten Zeitkonflikt der Ärzte, deren Führungsarbeit eigentlich erst beginnt, wenn der Tagesablauf fertig sei (SM 15/303).

Das Verständnis für die Situation der Ärzte ist jedoch nur eine der Voraussetzungen für den Vertrauensgewinn. Das Vertrauen muss sich auch im gegenseitigen Umgang äussern, ohne aber einer situativen Beliebigkeit Vorschub zu leisten und den Manager zum „vertrauensseligen Weichei“ (SM 4/242) verkommen zu lassen. Es setzt einen klaren Standort und die Gradlinigkeit und Verlässlichkeit des Spitalmanagers voraus, so dass nachhaltige Beziehungen und tragfähige Bündnisse eingegangen werden können (SM 3/106).

3. Verlässlich und konsequent sein

„Ein Handschlag muss ein Handschlag sein. Sie müssen einfach ein verlässlicher Partner sein. Und wenn Sie das nicht sind, sind Sie tot.“ (SM 3/44). Damit klingt als starkes und durchgängiges Thema der Spitalmanager ein Beziehungsverhalten an, das Werte wie Verbindlichkeit, Konsequenz, Standhaftigkeit und Unabhängigkeit zum

Ausdruck bringt. (SM 2/189) Es gilt, zu seinem Wort zu stehen, die Meinung nicht je nach Gegenüber zu ändern, Zugeständnisse einzuhalten, Entscheide konsequent umzusetzen, Erwartungen klar zu formulieren und Verpflichtungen einzufordern. „Offenheit und Konsequenz im eigenen Handeln, das ist schliesslich die Grundlage für eine Glaubwürdigkeit, die in diesem Umfeld besonders wichtig ist.“ (SM 12/361) Das Bemühen, den Anschluss an die Spitalwelt zu finden, darf nicht bedeuten, den eigenen Standort und die eigene Unabhängigkeit aufzugeben. „Dann bekommt man einen Namen, eine Reputation. Dann weiss man, wenn der etwas sagt, dann ist es so, dann können sich alle darauf verlassen. Das ist von grundsätzlicher Bedeutung.“ (SM 13/269)

4. a) Perspektiven und Gruppen integrieren; b) Gemeinsame Ausrichtung finden

Die „Verantwortung für das Ganze“, die der Spital- und Verwaltungsdirektor für sich in Anspruch nimmt, stösst im Spital auf eine ausgeprägte professionelle Differenzierung nicht nur zwischen Ärzteschaft, Pflege- und Verwaltungsbereich, sondern auch zwischen den verschiedenen medizinischen Disziplinen. (SM 8/346) Die damit beanspruchte Autonomie der Bereiche stellt für die Spitalmanager eine grosse Herausforderung dar, so dass sie das Thema „Leute ins Boot holen“, „gemeinsame Lösungen finden“, „Entscheide breit abstützen“, „Leute am Tisch haben“, „trotz unterschiedlichen Anliegen in die gleiche Richtung ziehen“ häufig in ihren Berichten ansprechen. Offenbar handelt es sich hierbei nicht einfach nur um einen sozial erwünschten Grundsatz der Partizipation im Kontext einer direkt-demokratischen politischen Kultur. Das Thema beschreibt vielmehr eine kritische Eigenart einer Institution, die einerseits durch eine hochgradige professionelle Differenzierung mit einer jeweils ganz eigenen Führungskultur und einem autonomen Führungsanspruch der jeweiligen Einheiten gekennzeichnet ist, sich aber andererseits im Umbruch befindet, sich als Ganzes in Frage gestellt sieht und sich deshalb mit ihren internen Abhängigkeiten auseinandersetzen und zusammenrücken muss.

Der Spitalmanager sieht sich zuständig dafür, die dazu erforderlichen Integrationsprozesse zu gestalten und die notwendige Übersetzungsarbeit zwischen den Bereichskulturen zu leisten resp. für die einheitliche Linie zu sorgen. Er bemisst den Erfolg seiner Führung weitgehend daran, ob die „Führungsequipe zusammenpasst und vorwärts geht“ (SM 1/100). Dabei stösst er sich nicht selten an den heterogenen Sichtweisen und Interessen der verschiedenen Gruppierungen und am Anspruch der tradierten professionellen Selbstverwaltung ihrer Vertreter. An diesem Punkt sieht er sich vor dem Dilemma, möglicherweise langwierige Prozesse des Zusammenwachsens und der gegenseitigen Verständigung geduldig und gelassen zu fördern, oder

aber sich zu behaupten und seine Vorstellungen verbindlich durchzusetzen. Je nachdem, ob er in den Unterschieden zwischen den Einheiten ein Potential sieht, das sich im Zusammenwirken realisieren wird, oder ob er die Unterschiede den zu überwindenden Eigenarten der Personen und ihren natürlichen (Ab-)Neigungen zuschreibt, wird er sich eher für das eine oder das andere entscheiden.

5. Sich behaupten, sich durchsetzen

Der Spitalmanager sieht sich einem auf Expertenwissen und Fachkompetenz beruhenden, in langer und intensiver Sozialisation verinnerlichten Autoritätssystem der Ärzte gegenüber, das dazu neigt, diese professionelle Kompetenz auch zur Legitimation von Führungsansprüchen in anderen Bereichen heran zu ziehen. (SM 4/524) Sich in diesem Kontext der „Alphatierchen“ und der „professionellen Autisten“ Gehör zu verschaffen und sich durchzusetzen ist für ihn keine Selbstverständlichkeit und damit ein Thema. „Ist der Verwaltungsdirektor wirklich eine Management-Person, die Einfluss nimmt, oder ist der Verwaltungsdirektor einfach der bessere Buchhalter, der Zubringer, der Diener, der Wasserträger?“ (SM 5/119)

Vor diesem Hintergrund erfährt der Spitalmanager eine eigenartige Ambivalenz zwischen der Strategie, „die Leute ins Boot zu holen“ einerseits, und dem Anspruch, seinen Standpunkt und damit sich selber auch angesichts der eingeschränkten Sanktionsgewalt durchzusetzen andererseits. (SM 1/612) Viele Geschichten der Spitalmanager drehen sich um schwierige, aber gewonnene Auseinandersetzungen mit Chefärzten. Die Selbstbehauptung beweist sich vor allem im Mut, dem eigenen Urteil zu vertrauen und die Verantwortung zu übernehmen (SM 2/85), „nicht lange rumzureden“ und selber zu entscheiden, da gemeinsame Entscheide bei offensichtlichen Sachlagen unnötig sind und zu viel Zeit in Anspruch nehmen würden (SM 4/507), oder da „gewisse Leute abgehoben, unendlich abgehoben sind, irgendwo schweben und keinen Bezug zur Realität mehr haben“ (SM 6/115). Dabei hilft die Annahme, dass eigentlich alle manchmal froh sind, wenn endlich jemand entscheidet. (SM 4/382) Und die konsensorientierte Führung funktioniert vor allem vor dem Hintergrund, dass man auch anders könnte (SM 5/155): „Ich bin der Chef, ich kann Sachen durchsetzen, ich kann auch Befehle erteilen, aber es muss so gemacht werden, dass es akzeptabel ist. Und ich muss die Mitarbeiter als gleichberechtigte Persönlichkeiten anschauen und ihnen Respekt entgegenbringen“. (SM 9/282)

6. Sagen, was Sache ist - die Realität erklären und überzeugen

Die bevorzugte „Führungstechnologie“ der Spitalmanager, mit welcher sie eine gemeinsame Ausrichtung herstellen und gleichzeitig den eigenen Standpunkt behaupten möchten, ist die Information der Leute über die Sachlage, das Bemühen um sachgemässe, d.h. klar strukturierte (SM 11/141), systematische (SM 15/120) und rationale Entscheide, mit welchen sich die andern von der Richtigkeit des gewählten Kurses überzeugen lassen. „Sagen, was Sache ist“ beansprucht die „gültige“ Definition der Realität, welche bestimmte Handlungen nahe legt oder verbietet. In verschiedenen Erzählungen wird deutlich, wie die Vorgesetzten die von ihnen definierte Realität als verbindlich erklären und damit ihre Führungsansprüche mit Sachzwängen legitimieren. Eine sachliche Entscheidung bildet die Realität ab, welche Autorität beansprucht und der nicht widersprochen werden kann: „So ist es.“

Dem unterliegt die Annahme, die Mitarbeitenden sähen oft nur ihren eigenen Bereich und könnten die zukünftigen Entwicklungen und Möglichkeiten nicht beurteilen. Wenn man deshalb die Gegebenheiten offen und ehrlich anspricht, „miteinander schaut, was Sache ist“ (SM 7/306) und vernünftig miteinander spricht, kann man überzeugen und muss nicht befehlen (SM 8/18). Die dafür notwendige Kommunikation ist direkt und „gerade heraus“ – auch und gerade wenn es sich um unangenehme Dinge handelt. Dadurch beweist man als Führungskraft Gradlinigkeit, Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit (SM 2/189). Sich auf die „Sache“ (im Sinne des Gesamtwohls des Spitals) zu fokussieren heisst, persönliche oder (partei-) politische Belange auszuklammern und rational zu handeln und sich gegebenenfalls selbst über bürokratische Vorschriften hinwegzusetzen (SM 3/278).

7. Entwickeln und reifen lassen (Geduld, Gelassenheit)

Eine ganz andere Führungsstrategie, als sich durch das Definieren der Sache und das Bemühen um Sachlichkeit zu positionieren und zu überzeugen, liegt im Eröffnen von Entwicklungsräumen und Zulassen von Entwicklungsprozessen. Die Spitalmanager benennen dazu verschiedene Voraussetzungen. Zunächst erfordert diese Strategie einen „grosszügigen Geist“ und die Einsicht, dass es Leute gibt, die näher an der Sache sind und genauer hinschauen können (SM 2/161), und die das Vertrauen der Führungskraft nicht missbrauchen (SM 2/49). Weiter setzt sie eine Gelassenheit des Managers voraus aus der Einsicht heraus, dass Misserfolge und Fehlentscheidungen vorkommen, aber immer Ausgangspunkt für neue Chancen und Ideen sind (SM 7/284). Ausserdem muss die institutionelle Autonomie, die das Spital von der Politik beansprucht und teilweise erhält, „konsequenterweise im Haus auch so weitergegeben werden“ (SM 8/152). Die Eigendynamik der Departemente und der

Berufsgruppen, die in Richtung Gesamtziel geht, muss sorgsam gepflegt und ermutigt werden (SM 8/161). Der Manager kann seine Ideen bei den Mitarbeitenden säen, die – wenn sie anschlussfähig sind – von diesen aufgenommen und als die ihren angesehen und umgesetzt werden (SM 7/203). So sind dialogische Entwicklungsprozesse möglich, die Schwächen eliminieren, ohne spezifische Eigenheiten und Stärken über Bord zu werfen. (SM 8/239) Die Rede ist von „iterativen Prozessen“. Sie lassen sich zwar nicht spezifischen Führungspersonen - auch nicht dem Spitalmanager - zuordnen, führen aber dann irgendwann einmal zu einem „Es begab sich“ (SM 11/170).

Solche Prozesse, die die Professionals zu einer unternehmerischen Führung befähigen können, brauchen allerdings Zeit und erfordern Gelassenheit und Geduld. Das Spital wird als träges System erfahren, das bei kleinen Schritten und viel Knochenarbeit ein nachhaltiges Commitment erfordert (SM 11/487). Auch Dinge, die aus wissenschaftlich rationaler Perspektive eigentlich klar sind, lassen sich manchmal über Jahre nur langsam oder überhaupt nicht realisieren, „weil eine politische Konstellation dagegen steht. Das hat mit Kompromissituationen, Gegengeschäften, Austarieren von Macht und so weiter zu tun“. (SM 11/190) Diese Meinung stellt die oben vertretene Führung über Sachlichkeit und Systematik zumindest teilweise in Frage. Denn das Spital ist auch eine politische Institution, und wenn es um die Sache geht, stellt sich immer gleichzeitig die Frage, wessen Sache (Interesse) gemeint ist.

8. Anpacken, bewegen und verändern

Manager verstehen sich in der Regel als ursächlich für die Gestaltung und die Entwicklung ihrer Organisation, selbst wenn sie sich mit dem Glauben bescheiden, oft nur Impulse und Ideen mit auf den Weg gegeben zu haben: „Wenn man dann sieht, wie es aufgeht: dann ist es eben etwas Wunderschönes.“ (SM 13/510) . Auch bei den Spitalmanagern kommt eine ausgeprägte Lust und Freude am Bewegen, Gestalten, Wirken und Verändern zum Ausdruck (SM 9/67). Diesem Macher-Ideal steht allerdings die Trägheit des Systems gegenüber, die für viele eine besondere Herausforderung darstellt, denn es soll rasch gehen: „Wir können nicht herumspielen. Die Welt bewegt sich relativ schnell rund herum“ (SM 3/447).

Das Spital-System setzt dem Manager-Handeln jedoch enge Grenzen. Vor allem in den öffentlichen Spitälern sind die Entscheidungs- und Handlungsspielräume durch die gesetzlichen Regelwerke und politischen Vorgaben relativ eingeschränkt, und man muss aufgrund der professionellen Struktur mit einem begrenzten Einfluss umgehen können. (SM 9/377) Wichtige Entscheidungen können nur gemeinsam und nicht im Alleingang getroffen werden. Im Spital arbeiten die Leute oft nicht in pro-

zessorientierten Teams zusammen, sondern sind in Berufsgruppen organisiert. Die Kommunikation wird dadurch schwerfällig, da man über Hierarchien und Dienstwege informieren muss: „Also das ganze Thema Prozessorientierung ist ein riesiges Thema“ (SM 14/385). Dagegen möchten die Spitalmanager direkte Wege gehen. Rasches Verändern setzt ein ständiges „Vor-Ort-Sein“ und direkte Kommunikation voraus (SM 15/365).

Statt Dinge schnell verändern zu können muss man sich deshalb manchmal damit abfinden, dass es nur langsam vorwärts geht. Trotzdem scheint das schwierige Umfeld eher proaktives Handeln herauszufordern als Resignation zu bewirken. Das Feld liegt für die Manager brach. Es gibt viel zu tun, man kann einen Unterschied machen. Es muss Freude machen, sich mit Problemen auseinanderzusetzen (SM 12/140). In einem schwierigen Umfeld kann man am meisten lernen, Neues bringen und Aufmerksamkeit erregen (SM 13/342,456). Der Spitalmanager ist - ohne sich auf den Sockel stellen zu wollen - stolz auf die Früchte des eigenen Wirkens, die in der Anerkennung des sozialen und politischen Umfeldes, der Aufmerksamkeit der Medien und der Arbeitsfreude der Mitarbeitenden ihre Bestätigung finden (SM 13/474).

9. An die Professionsgrenzen stossen

Was jedoch in den Augen der Spitalmanager die Vorwärtsbewegung am meisten blockiert, sind die stark verankerten, gewachsenen professionellen Strukturen, welche die Machtverhältnisse und den Status Quo in den Spitälern zu zementieren scheinen und denen sie sich teilweise ohnmächtig gegenüber sehen. Es wird berichtet von (medizinischen) Gruppen, die wie Familien fest zusammenhalten, sich nach aussen abgrenzen und nach selbst etablierten Werten und Normen arbeiten. Nicht zu diesen professionellen Vorstellungen gehören beispielsweise die Vorstellungen von Dienstleistungsbetrieb, von Freundlichkeit zu den Patienten (SM 1/292) oder von Anerkennung der Arbeit des so genannten „untersten Personals“. (SM 5/270) Die Mediziner wachsen oft mit kurzen Unterbrüchen in dieser Familie auf (vom Assistenten zum Oberarzt zum leitenden Arzt). Die Familie mag es nicht, wenn man sich in ihre Angelegenheiten einmischt, auch wenn es sich dabei um problematische Umgangsformen und interne Probleme handelt, und sie verschliesst sich gegenüber Neuen, die von aussen kommen und etwas anders machen möchten (SM 1/163). Zwar sehen die Spitalmanager einen leichteren Zugang zur jüngeren Generation von Oberärzten, die manchmal ein Nachdiplomstudium in Management absolviert haben. Aber „Muster, die ihnen 15 Jahre lang eingebläut worden sind, bleiben erhalten“ (SM 5/503). Alte Muster zu durchbrechen ist Knochenarbeit, man braucht einen langen

Atem, muss immer dran bleiben und sie „immer und immer wieder auf den Tisch bringen“ (SM 5/484).

Für die Spitalmanager sind diese Ab- und Ausgrenzungen nicht nur kultur- sondern auch machtbedingt. Die Einsetzung von Management-Positionen und die Bemühungen um eine stärkere Integration der Kliniken bedeute für den Chefarzt, der noch vor 20 Jahren alles - Wissenschaft, Forschung, Lehre, Personal, Finanzen, Politik - bestimmt habe, einen herben Verlust an Autonomie, Einfluss und Prestige. Dieser werde nicht kampflös hingenommen. (SM 9/358).

Zusammenfassung: Das Führungsverständnis der Spitalmanager

Die Spitalmanager sehen sich zuständig und verantwortlich für das Spital in seinem politischen Umfeld und für seine Zukunft als Ganzes, und dies insbesondere aus einer wirtschaftlichen und strategischen Perspektive. Sie bilden damit ein Gegengewicht zur lokalen und fallgetriebenen, operativen Orientierung der professionellen Kader. Führung bedeutet für sie weitgehend Beziehungsgestaltung, erstens um sich selber und ihren Anliegen das erforderliche Gewicht und die notwendige Akzeptanz zu verschaffen, zweitens um die professionellen Führungskräfte des Spitals bei der Wahrnehmung der übergeordneten Belange zu engagieren, und drittens um die segmentierten und komplizierten professionellen Strukturen zu vereinfachen und zu integrieren. Sie versuchen, sich durch eine klare und konsequente Linie und durch verbindliches Handeln das Vertrauen und den Respekt der Mitarbeiter zu erwerben sowie die Integration und Ausrichtung der Organisation durch die Gestaltung von partizipativen und konsultativen, engagierenden Prozessen zu bewerkstelligen oder durch sachliches und transparentes Entscheiden zu überzeugen und den eigenen Standpunkt durchzusetzen. Sie sehen sich in ihrem Bestreben nach rascher und nachhaltiger Bewegung und Veränderung des Systems einer ausgeprägten professionellen Kultur und einer heterogenen komplizierten Struktur sowie einem schwierigen politischen Umfeld gegenüber. Daraus ergibt sich eine eigenartige Ambivalenz zwischen der Betonung einer gelassenen und geduldigen Gestaltung von Entwicklungsprozessen einerseits und dem Durchsetzen von aus ihrer Sicht notwendigen raschen Veränderungen andererseits.

4.2. Das Führungsverständnis der Chefärzte

Die Aggregation der individuellen Führungsverständnisse hat in der Gruppe der Chefärzte folgende Hauptthemen hervor gebracht (vgl. Abbildung 4). Die Nummerie-

ung stellt wiederum lediglich den Versuch einer Systematisierung dar und soll weder als Priorisierung noch als Schwerpunktbildung verstanden werden.

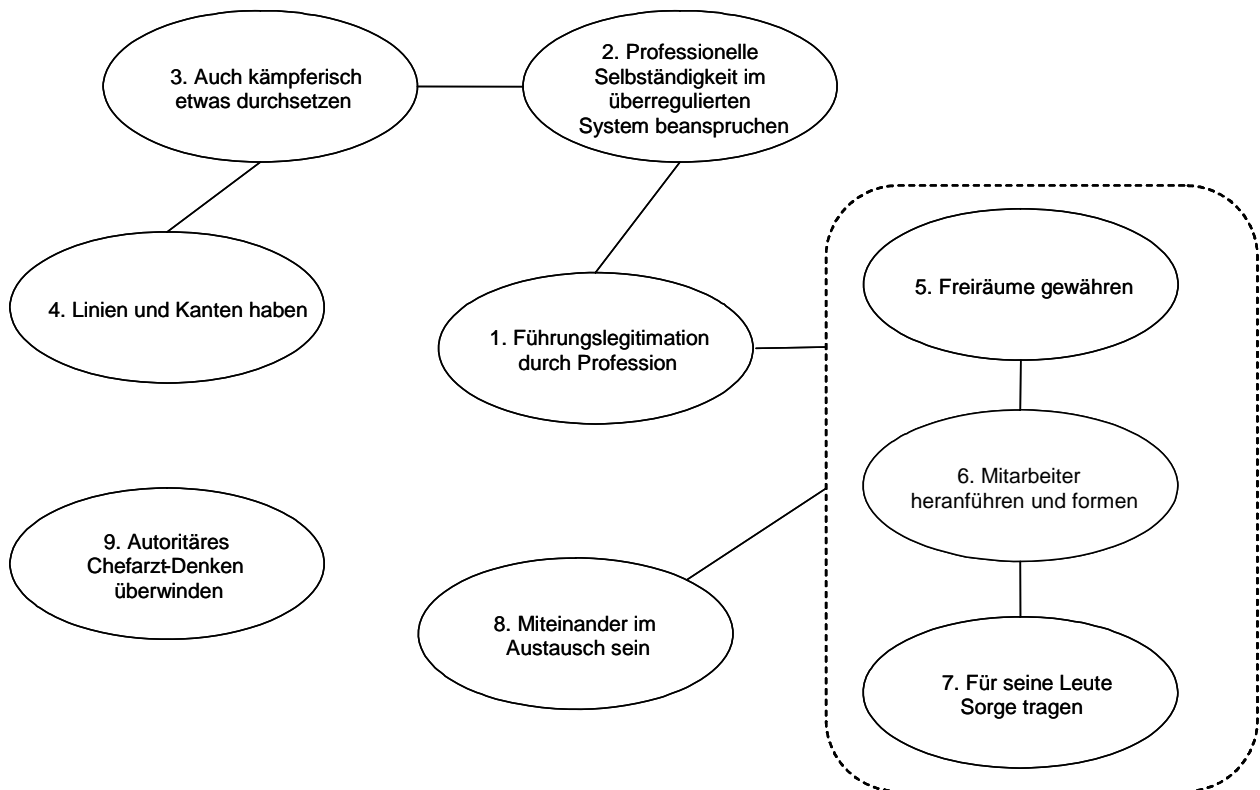


Abbildung 4: Themenlandschaft Führungsverständnis Chefärzte

Im Folgenden werden die Führungsthemen der Chefärzte kurz erläutert. Zur weiteren Information befindet sich wiederum im Anhang (vgl. Anhang B) eine Tabelle, die die Führungsthemen sowie die ihr zugrunde liegenden Unterthemen darstellt und mit Hilfe einiger exemplarischer Original-Zitate illustriert.

1. Führungslegitimation durch Profession

Die Mediziner sind und verstehen sich als Zugehörige einer Profession. Diese definiert sich über einen Kanon von anspruchsvollen, wissenschaftlichen Kenntnissen und Fähigkeiten sowie durch spezifische Einstellungen und Werte als Ergebnis eines langen Ausbildungs- und Sozialisationsprozesses. In diesen Berufen setzt Führung eine hohe Fachkompetenz und eine verinnerlichte Professionskultur (CA 8/162,350) voraus, da ihr Zweck genau in der Vermittlung dieser Professionalität, d.h. in der Er-

weiterung der Befähigung der Geführten und in der Formung des professionellen Ethos gesehen wird. Professionelle verstehen sich aufgrund ihrer intensiven und langen Ausbildung und Sozialisation und angesichts der Art ihrer Aufgaben als autonom. Steuerung durch professionsfremde Anreize, Regeln und Vorgaben kann in dieser Sichtweise nicht sach- und aufgabengerecht sein, und externe Ex-Post-Kontrollen stellen die Professionalität in Frage und verletzen das professionelle Arbeitsethos. Zur Führung legitimiert deshalb nur eine fortgeschrittene professionelle Autorität Diese ist nicht systemvermittelt, sondern stark personengebunden.

Die Berichte der Ärzte über ihre Führungserfahrungen sind beziehungsreich mit farbig geschilderten, kantigen und profilierten Persönlichkeiten bevölkert, immer auch mit deutlichen Hinweisen auf deren Professionalität. (CA 8/80) Die Legitimation eines Arztes oder einer Ärztin ist zwar auch eine formale – zum Beispiel mit dem Facharzt-Diplom an den Wänden der Wartezimmer. Aber für die Insider ist der Werdegang in bestimmten Kliniken in Verbindung mit den Namen bestimmter Chefärzte bedeutend aufschlussreicher. Vor diesem Hintergrund sehen die Ärzte die Führungslegitimation vor allem in der höheren Professionalität der Vorgesetzten. Diese beruht auf einem uneingeschränkten Interesse (CA 12/56) an der Sache sowie auf einem hohen Engagement (CA 12/496). Sie muss ständig weiter entwickelt und markiert werden. (CA 3/116,230; CA 8/174)

Damit ist es für den Ökonomen, „der da kommt und nach seinen Modellen funktioniert und diese Professionskultur nicht kennt und alles zerstören kann“ (CA 8/150), schwierig, von den Ärzten die Führungslegitimation zugesprochen zu erhalten. Er wird in der Tendenz als jemand gesehen, der keine enge persönliche Beziehung zur Aufgabe des Spitals hat und von der Sache auch nicht viel versteht, aber trotzdem die Zeit der Ärzte und Budgetmittel (unnötigerweise) in Anspruch nimmt. (CA 10/785) Die Führung von Spitälern sollen deshalb Mediziner übernehmen, die gegebenenfalls in der Lage sind, „mit den Handwerkszeugen aus der Wirtschaft zu arbeiten.“ (CA 13/192) Auch der Regierung wird der Sachverstand eher abgesprochen, wenn sie Vorgaben z.B. bezüglich Arbeitszeiten oder Anstellungsverhältnissen macht, die eine sinnvolle Arbeit an der Front verunmöglichen. (CA 9/320)

2. Professionelle Selbständigkeit im überregulierten System beanspruchen

In den Berichten der Ärzte kommt der starke Wunsch nach der Gesamtverantwortung und den entsprechenden Gestaltungsfreiräumen überdeutlich zum Ausdruck. Sie thematisieren eine Fülle von Hindernissen und Grenzen, die dem professionellen Selbstverständnis im Wege stehen. So leidet der Chef einer Notfallstation unter den

„Leihmitarbeitern“, die nur kurz da sind und dann wieder in ihre Kliniken gehen (CA 4/147) oder er sieht eine „Gletscherspalte“ zwischen den Ärzten und der Pflege (CA 4/401). Die ihnen zugemutete Einschränkung auf die fachliche Führung stehe der Verantwortung für die ganze Organisation entgegen (CA 4/415), die geteilte Verantwortung münde in Rivalitäten und Loyalitätskonflikte (CA 5/150, 385; CA 6/543), das von der abgehobenen Regierung her überregulierte System könne nur noch ausgeführt und nicht mehr geleitet werden (CA 9/137), wobei es in Paradoxien gefangen gehalten wird, welche die Wahl zwischen der Einhaltung der Regeln einerseits und dem qualifizierten Bewältigen der Aufgabe andererseits erzwingen (CA 4/453; CA 10/933). Dies bedeute, ständig jonglieren und an der Limite des Akzeptablen arbeiten zu müssen (CA 9/340). Die Budgets können nicht selbständig verwaltet werden, viele Aufwendungen müssten im Einzelnen nach oben beantragt und von dort bewilligt werden. (CA 10/723)

Die Geschichte wird herum gereicht, wie in ferner Zukunft Archäologen die heutigen Spitalbauten entdecken und in einer renommierten Zeitschrift einen Artikel veröffentlichen mit dem Inhalt: „Wir haben eine Papierfabrik aus dem 21. Jahrhundert entdeckt, in der auch einige kranke Leute arbeiteten.“ Die Wünsche der Regierung nach Kontrollen aller Art richten sich nicht mehr nach ihrem Nutzen in der Führung, sondern entsprechen einem Kontrollbedürfnis und dem Wunsch nach Zahlen an sich. (CA 9/100)

Selbst die FMH und die Fachgesellschaften, die eigentlich die Professionen vertreten, aber die „alle ihre Gärten mit Fähnchen abgesteckt haben und wo jeder genau weiss, was man zu denken, zu tun oder zu lassen hat und was standespolitisch richtig oder falsch ist“, werden als mühsam empfunden. (CA 12/641).

Es entsteht ein Konflikt zwischen dem professionellen Ethos und der Loyalität zur fremdverwalteten Institution. Das professionelle Selbstverständnis versteht sich als selbststeuernd und selbstkontrollierend. Es fordert Autonomie, in welcher sich der professionelle Sachverstand als Ressource entfalten kann und nicht durch sachfremde Anforderungen in den Hintergrund gedrängt wird, und in welcher sich das professionelle Engagement in die eigentliche Tätigkeit investieren lässt. Dies setzt voraus, dass die Tätigkeitsbereiche und Verantwortungen klar definiert sind und mit der entsprechenden umfassenden Kompetenz versehen werden (CA 6/640; CA 10/750).

3. Auch kämpferisch etwas durchsetzen

In diesem Rahmen muss sich Selbständigkeit beweisen, indem die Führungsperson nicht nur eigene Meinungen hat, sondern diese aktiv – gegebenenfalls auch gegen

Widerstände - artikuliert und durchsetzt. Verschiedene Durchsetzungstaktiken werden geschildert: die Mitarbeitenden nicht überfahren, sondern in ihrer persönlichen Betroffenheit abholen, in Verteilungskämpfen die Budgetwünsche nach ihrem primären Nutzen für den Patienten priorisieren, die Leute auf ein Projekt aufspringen lassen, so dass es ihres wird, Allianzen aufbauen, um lang bestehende Mehrheitsverhältnisse aufzubrechen, sich einen eigenen Controller anschaffen, mit dem man in den Kampf um die Zahlen ziehen kann (CA 1/91, 250, 291, 435). Man muss „Treibsand-tauglich“ und bereit sein, ein paar Mal umzufallen, aber sich immer wieder aufraffen können (CA 1/353).

In den Erzählungen kommt eine gewisse Lust an der Selbstbehauptung und Auseinandersetzung zum Ausdruck. Man will keine graue Maus sein (CA 14/251) und wünscht sich gute Feinde und eine gute Streitkultur(CA 1/380).

Konflikte sollen nicht vertuscht, Kämpfe ausgetragen (CA 10/172), unangenehme Situationen angepackt, Dissens klar markiert (CA 10/879) und Autonomie betont werden. Dabei ist es unvermeidlich, Erwartungen manchmal auch zu enttäuschen (CA 12/294), wenn man sich nicht instrumentalisieren lassen will. (CA 10/555) Als Führungskraft kann man nicht immer nur beliebt sein.

4. Linien und Kanten haben

Das Thema des sich Durchsetzens ist eng verbunden mit der Thematik der markanten Persönlichkeit, die sich nicht versteckt, zu ihren Überzeugungen steht, sich authentisch gibt und eine klare Linie fährt. „Die Leute, die ich als starke Führer empfand, hatten immer auch ein ausgeprägt persönliches Element in der Führung. Und nicht ein Hochschule St.Gallen-Grid, das man zuschneiden konnte, würfelförmig.“ (CA 14/238) Dazu gehören eine enge Beziehung zu dem, was man tut und die persönliche Identifikation mit der Sache. So lassen sich die Mitarbeitenden für diese Sache begeistern. (CA 1/54, 71, 323)

Wie bei den Spitalmanagern wird auch durch die Chefärzte die Konsequenz im Handeln angesprochen. Der ehemalige Assistenzarzt, der von einem Chefarzt eine schriftliche Zusage für eine Anstellung in zwei Jahren verlangte, berichtet heute bewundernd über dessen Reaktion: „Sehen Sie, wenn ich Ihnen etwas sage, dann ist das so.“ (CA 2/58) - es ist gemeint, es gilt, ich stehe zu meinem Wort.

Die Linie wird vermisst, wenn verschiedentlich davon berichtet wird, wie Grenzen übertreten wurden, ohne dass dies Konsequenzen seitens der Führungskräfte nach sich gezogen hätte (CA 4/112, CA10/246) und wie der Misserfolg keine Folgen habe, da man z.B. praktisch nicht entlassen oder etwa degradiert werden könne (CA 9/49).

Die Chefärzte betonen in ihren Geschichten, wie sie bereits im Verlauf ihrer Karriere selbständig gehandelt, sich nach oben abgegrenzt und die Auseinandersetzung nicht gescheut haben (CA 3/300). Andererseits beklagen sie mit diesen Berichten beispielhaft auch die Konfliktscheu der Führungskräfte, welche dem Frieden oder der Bequemlichkeit zuliebe alles im Sand verlaufen lassen. Weder sollte man als Mitarbeiter Angst vor den Konsequenzen haben, noch dürfen aus der Sicht der Führungskräfte Fehler konsequenzenlos bleiben. Fehler lassen sich nicht vermeiden, sollen aber nicht versteckt, getarnt oder übergangen werden. Vielmehr sollen sie in einer professionellen Fehlerkultur Anlass sein zur Benennung, zur Entschuldigung und vor allem zum Lernen. (CA 4/206, CA 13/353) Deshalb ist klares, schnelles und direktes Feedback wesentlich (CA 9/378), und es ist auch für die Führungskraft entlastend, wenn sie ihrem Ärger gerade heraus Ausdruck verleiht. (CA 13/285)

Unerträglich ist, wenn der Chef mit allen gut Freund sein will, und je nachdem, mit wem er sich trifft, das Gegenteil oder jedenfalls das Erwünschte erzählt. „Mit allen Freund sein wollen. Keine Linie haben. Das kann es nicht sein. Sie müssen zwischendurch anecken. Oder ich sage es anders: Wenn Sie nicht anecken, dann haben Sie irgendwo ein Problem.“ (CA 2/64) Mit der Zeit werden die Linien und Kanten zu einem ganz eigenen, aber klaren Profil und zu einer Reputation, mit der sich die andern arrangieren können (CA 2/530). Wer dagegen alle Erwartungen erfüllt, ist als Person nicht erkennbar.

5. Freiräume gewähren

Viele Geschichten aus dem Werdegang der Chefärzte drehen sich um die Frage nach dem richtigen Mass an Autonomie, das den Mitarbeitenden zugestanden werden soll. Das Thema „Selbständigkeit“ artikuliert sich bereits im Zusammenhang mit dem überregulierten System (Thema 2), bezieht sich hier aber auf das Verhältnis zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern.

Aus ihrem Werdegang erzählen die Chefärzte über ihre ehemaligen Chefs, die den Kontakt zur praktischen Arbeit verloren haben und trotzdem immer alles besser wissen wollen und bevormundend eingreifen („Der Alte wieder! Keine Ahnung, was wirklich läuft!“) (CA 2/42), oder die sich im Gegenteil nicht „gross zum Fenster raus gelehnt haben und sich vieles von alleine erledigt hat“ (CA 7/25) und die jede Struktur vermissen liessen, so dass man sich überhaupt nicht mehr orientieren konnte (CA 12/47).

Es wird geschildert, wie Freiräume unter verschiedenen Aspekten beansprucht und gewährt wurden. Im geschützten Freiraum können Fehler gemacht und daraus die

Lehren gezogen werden (CA 2/101). Ausserdem fordern Freiräume die Initiative und Kreativität der Mitarbeiter heraus, die dann von der Führungskraft unterstützt und gefördert werden (CA 12/100). Und schliesslich müssen sich die tüchtigen Leute durchsetzen, profilieren und gross und stark werden können (CA 7/148, CA 13/223).

Das Gewähren von Freiräumen reibt sich aber am Wunsch der Führungskraft, die eigene Initiative und Gestaltungskraft, die zur Führung legitimiert und die einem zur Führungsposition verholfen haben, nicht unter den Scheffel zu stellen (CA12/577). Auch fühlt man sich verpflichtet zur Betreuung und Fürsorge für seine Mitarbeitenden (vgl. Thema 7). Darüber hinaus wird im Falle allzu grosser Freiräume ein Führungsvakuum befürchtet, das Rivalitäten unter den Mitarbeitern entstehen lässt und „das Abwürgen von Dingen“ hervorruft, „damit niemand zu gross wird.“ (CA 12/506) Und es gebe auch Mitarbeiter, welche die Freiräume missbrauchen wie Kinder, die „auf Trallafitti um die Dörfer gehen“ (CA 13/223).

Die schwierige Gratwanderung zwischen Bevormundung, Anweisung und Kontrolle einerseits und Gleichgültigkeit, Unverbindlichkeit und Strukturlosigkeit andererseits erinnert an aktuelle Erziehungsdiskussionen. Sie wird von den Chefärzten idealerweise unter der Perspektive einer progressiven Pädagogik geführt, wobei aber ambivalente Themen im Führungsselbstverständnis mitzuschwingen scheinen (eigene Ursächlichkeit, Lust am Wirken und Gestalten, Selbstlegitimation durch Überlegenheit). Das Dilemma zeigt sich in Metaphern wie dem Garten, der durch die klaren Erwartungen des Chefs abgesteckt und im Übrigen frei gestaltbar ist (CA 2/15) oder der Spielwiese mit weiten Zäunen, welche aber unter Starkstrom stehen (CA 13/254) (vgl. Thema 4: Linien und Kanten haben). Oder es ist auch etwa die Rede vom Chefarzt als Leithirsch in einer klaren Hackordnung, der es aushalten kann, dass andere auch etwas können, solange sie seine Position nicht in Frage stellen (CA 3/271).

6. Mitarbeiter heranzuführen und formen können

Die Chefärzte illustrieren ihre Führungserfahrungen meistens im Zusammenhang mit ihrer Ausbildung. Der traditionelle Werdegang vom Assistenzarzt über den Oberarzt und leitenden Arzt zum Chefarzt stellt sich als Prozess der fortschreitenden Professionalisierung und der damit zusammenhängenden Beförderungen dar (vgl. Thema 1). Die klinische Tätigkeit der Ärzte in Spitälern wird immer gleichzeitig auch als kontinuierlicher Prozess der Aus- und Weiterbildung gesehen. Dabei ist die übergeordnete Stufe für die Ausbildung der jeweils niedrigeren Stufe zuständig und verantwortlich, ähnlich einer grossen Familie, in welcher die älteren Geschwister die Betreuung der jeweils jüngeren übernehmen (CA 3/312). Es geht darum, das Know-how und die

Kompetenzen der Erfahreneren an die weniger Erfahrenen weiterzugeben (CA 3/312). Die Leitlinien, Werte, Regeln und die Ausrichtung dieser Betreuung werden vom Chefarzt - gewissermassen vom „Pater Familias“ - festgelegt, vermittelt und vorgelebt (CA 4/159, CA 8/129).

Führung wird deshalb häufig in Verbindung mit Ausbildungssituationen geschildert – in Fallbesprechungen, auf Visiten, in Morgen- und Oberarzttrapporten, beim begleiteten Praktizieren, in Mitarbeitergesprächen etc. (CA 8/302). Als abschreckendes Beispiel wird z.B. ein junger unerfahrener(!) Chefarzt geschildert, der in den Rapporten für sich in Anspruch nahm, einfach immer alles besser zu wissen mit der Begründung: „Le Directeur, c'est moi. On le fait comme ça.“ (CA 3/282) Dem wird positiv der liberale Chef gegenüber gestellt, bei dem man grosse Freiheiten genießt, der einem im „Start-up“ hilft, aber dann darauf besteht, dass man seinen Weg selber macht, mit dem man auf Augenhöhe diskutieren kann, den man nicht immer fragen muss, der aber verfügbar ist, wenn man überfordert ist. (CA 3/260,389) Liberalität unterscheidet sich von Indifferenz, die zwar jeden Freiraum gewährt, sich aber nicht interessiert und kein Feedback anbietet. Vielmehr soll der Mitarbeiter an das Fach herangeführt werden, indem er anspruchsvollen Aufgaben ausgesetzt wird, Feedback erhält und in fachliche Auseinandersetzungen einbezogen wird. Darüber hinaus bindet der Chef über seine eigene Verbundenheit mit der Materie die Mitarbeitenden emotional ein (CA 6/146,170).

Die Sozialisierung der Professionellen – das Heranführen und Formen - wendet sich in den Augen der Berichtenden vom autoritären Indoktrinieren und uniformen „Abrichten“ zum mündigen Sich Aneignen der Werte, Fähigkeiten und Kenntnisse in Auseinandersetzung mit den herausfordernden Aufgaben und dem professionellen Umfeld. Die Verantwortung für ein Umfeld, in welchem dieses möglich ist, wird dem Chefarzt zugeschrieben.

7. Für seine Leute Sorge tragen

Das entwicklungsförderliche Umfeld ist nicht nur eine Sache der fachlichen Kompetenz und Konsequenz des Chefarztes. Es setzt auch eine Beziehung des Chefs zu seinen Mitarbeitern voraus, die durch Nähe, Anteilnahme, Engagement und Verantwortung gekennzeichnet ist. Führung wird als Tätigkeit verstanden, die im Kontakt mit den Mitarbeitern geschieht, und nicht „im Büro, unter dem grausigen Papier“ (CA 2/453). Die Unwägbarkeiten der Spitalführung und -administration sieht der Chefarzt heute oft ausserhalb seines Einflussbereiches, so dass man sich am besten auf die

Führung des eigenen Bereiches konzentriert und „zu den eigenen Leuten schaut“, für die man die Verantwortung trägt (CA 6/464).

Die Nähe, die der Chefarzt zu seinen Mitarbeitenden sucht, ist unterlegt mit dem Gefühl der persönlichen Verantwortung für die abhängige Person, für die er – ähnlich wie beim Patienten – Sorge tragen muss (CA 8/174, 201,301). In vielen Episoden werden sehr geschätzte und zum Teil geradezu verehrte ehemalige Chefs geschildert, denen es gelungen ist, diese Nähe herzustellen (CA 6/167; CA 7/18). Negative Beispiele berichten dagegen von Beziehungen, in welchen die menschliche Distanz nicht überbrückt werden konnte, vom „abgehobenen Karajan“, vom Chef, der niemandem vertrauen konnte (CA 8/97ff.), der seinem Mitarbeiter in kritischen Situationen die Rückendeckung verweigert (CA 7/207) oder der zwar viel Freiraum lässt, sich aber auch nicht kümmert.

Der Chefarzt sieht sich mit dem Problem konfrontiert, dass aufgrund der notwendigen professionellen Konsequenz (Thema 4: Linien und Kanten haben), der fachlichen Überlegenheit (Thema 1: Legitimation durch Professionalität) und dem hierarchischen Gefälle die Nähe zu den eigenen Leuten nicht einfach herzustellen ist. Er ist sich zum Beispiel nicht sicher, ob sich die Mitarbeitenden getrauen, tatsächlich mit ihren Anliegen zum Chef zu kommen und ihm auch Feedback zu geben (CA 7/576, CA12/588). Er findet sich im ständigen Dilemma, eine klare eigene Position konsequent durchziehen und Grenzen setzen zu müssen, gleichzeitig aber anschlussfähig zu bleiben für seine Mitarbeiter und die persönliche Beziehung zu pflegen.

8. Miteinander im Austausch sein

In den Berichten der Chefärzte wird in den unterschiedlichsten Zusammenhängen wieder und wieder betont, wie wichtig das Gespräch und der gegenseitige Austausch sowohl im Sachlichen wie im Persönlichen sei. Dieses Gespräch ist aufgrund vieler Hindernisse und Abgrenzungen gerade in Spitälern vielfach gefährdet.

Bereits bei der Schwierigkeit, über die hierarchischen Grenzen hinweg den Mitarbeitenden nahe zu sein, wurde (in Thema 7) das Problem des gegenseitigen Feedbacks angesprochen. Rückkoppelungsmechanismen sind ein ständiges Thema für den Chefarzt (CA 12/380), insbesondere wenn es um das Besprechen von Fehlern geht. So wird die Meinung geäußert, Führen bedeute gerade in Ausbildungssituationen auch, die Möglichkeit, Fehler zu machen, in einem bestimmten Mass zuzugestehen (Thema 5), als Chef die Verantwortung dafür zu übernehmen und das „auf den Tisch bringen“ von Fehlern zu ermöglichen. Gesucht ist eine neue „Fehlerkultur“ (CA 5/39). Wenn der Fehler auf dem Tisch ist, bedeute das eine gewisse Läuterung und Entlas-

tung des Betreffenden, dann ist es erledigt. Die Besprechung im Team ist ertragreich, denn das Team weiss mehr als der Einzelne (CA 5/88)

Ebenso bestehen Grenzen zwischen Berufsgruppen (z.B. Chirurgen und Anästhesisten), welche die spontane Kommunikation blockieren können. Hier ist es Aufgabe der Führung, die Kommunikation im Fluss zu halten, und zwar nicht erst, wenn Probleme anstehen und sich verhärtet haben. Aber selbst wenn man das Gefühl hat, die Probleme seien nicht lösbar, müssen diese von der Führung angesprochen werden, denn nach „Kropfleereten“ zeichnen sich oft plötzlich Lösungen ab. (CA 5/319) Dabei wird auch das Eintreten auf die persönliche und emotionale Ebene empfohlen, z.B. an Supervisionssitzungen, an denen man die professionellen Schutzschilder auf die Seite legen und Befindlichkeiten ansprechen könne (CA 11/151,185). Eine solche Kommunikationskultur sei allerdings unüblich an Spitälern, da sie natürlich mit einigem – nicht nur zeitlichem – Aufwand verbunden sei.

Führung bedeutet weiter, die Informationen transparent zu verteilen, damit die Leute verstehen, warum etwas so und so läuft, und damit sie es rational nachvollziehen können. (CA 8/288; CA 6/602). Allerdings dürfe man nicht davon ausgehen, dass die Information automatisch weitergetragen wird, da im Spital verbal fast gar nicht, oder sehr selektiv und interessenbezogen kommuniziert werde. (CA14/83)

Offenbar ist Information und Kommunikation für die Chefärzte nicht nur ein generelles Prinzip, sondern aus den spezifischen Bedingungen im Spital heraus ein schwieriges Thema, dem sie sich als Führungskräfte ausgesetzt sehen.

9. Autoritäres Chefarzt-Denken überwinden

Viele der vorher angesprochenen Themen scheinen Ausläufer einer sehr ausgeprägten autoritären Führungslandschaft zu sein, die mit plastischen Geschichten aus dem eigenen Erfahrungsschatz geschildert wird (CA 4/324) und zum Teil in den Erzählungen fortzuleben scheint. Meistens wird jedoch ihre Überwindung angemahnt.

Das Führungsselbstverständnis des Chefarztes nährt sich aus dem Vorsprung in der professionellen Qualifikation (Thema 1). Die Führungslegitimation ist deshalb tendenziell in Frage gestellt, wenn die Mitarbeitenden besser werden und ihn in bestimmten Bereichen sogar übertreffen. Er gerät in die Situation des alternden Revolverhelden, der nochmals beweisen will, dass er schneller zieht. „Man will der grosse Chef sein, der alles besser kann, .. und das ist so lächerlich, weil das Fach nur besser werden kann....“ Entsprechend fällt es Chefärzten im allgemeinen schwer, die „jungen Leute laufen zu lassen“. (CA 2/670) (Thema 5).

Die Tendenz zur Identifizierung der Klinik mit der Persönlichkeit ihres Chefarztes (vgl. Thema 4) und die Zuschreibung der im Gesundheitsbereich wirklich wichtigen Leistungen auf seine Person stehen in einem rekursiven Verhältnis und verstärken sich gegenseitig. Dadurch werden die Erfahrungen und Leistungen aller anderen Mitarbeitenden (z.B. der Pflegenden oder der Techniker) abgewertet, obwohl der wertschätzende Einbezug dieser Potentiale die Qualität der Gesamtleistung wesentlich verbessern könnte (CA 2/360). Es entsteht ein Statusgefälle, das sich als Kommunikationsbarriere auswirkt (Thema 8) und die entwicklungsförderliche Nähe in der Führungsbeziehung nicht zulässt (Thema 7). Das Ausüben von Druck und das Androhen von Konsequenzen (die heute oft gar nicht gezogen werden können (CA 4/138) führt zur Vertuschung von Fehlern und zur Verhinderung einer fachlichen Auseinandersetzung (CA 7/59, 87).

Das Aussterben „solcher Dinosaurier“ (CA 4/336) wird herbeigewünscht und prognostiziert, obwohl noch reichliche Spurenelemente in den heutigen Spitälern ausgemacht werden (CA 2/665).

Zusammenfassung: Das Führungsverständnis der Chefärzte

Die Chefärzte sehen sich - aufgrund ihrer professionellen Kompetenz - zuständig und verantwortlich für das eigentliche Kerngeschäft des Spitals der qualifizierten Patientenbehandlung. Ihre Perspektive ist deshalb keine institutionelle, sondern eine fallbezogene und disziplinäre. Sie erbringen ihre Leistung, indem sie selber praktizieren, nicht zuletzt auch um ihre eigene Professionalität aufrecht zu erhalten, und durch die Führung ihrer Klinik als Pool von weiteren professionellen Mitarbeitenden. Führung bedeutet für sie im Kern den Einsatz ihrer Mitarbeitenden bei gleichzeitiger Entwicklung ihrer Professionalität, indem sie ihnen über und in der Praxis die erforderlichen Werte, Einstellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln - oder ihnen allenfalls ermöglichen, sich diese anzueignen. Zu dieser „erzieherischen“ Führungsaufgabe sehen sie sich vor dem Hintergrund ihrer eigenen langjährigen Professionalisierungsgeschichte und den damit erworbenen überlegenen Qualifizierungen wie auch aufgrund ihres klaren persönlichen Standortes legitimiert. Ihre ausschliessliche Legitimation begründet den Anspruch auf Selbständigkeit in ihrem Leistungsbereich, welche sie durch institutionelle und insbesondere ökonomische Entwicklungen im Umfeld tendenziell bedroht sehen. Die Bemühungen der Spitalmanager um Gesamtperspektive und institutionelle Integration widerspricht ihrem Selbstverständnis des professionell begründeten Autonomie-Anspruchs. Ihrer Führungsaufgabe möchten sie nachkommen, indem sie ein entwicklungsförderliches Umfeld, Freiräume zur professionellen Emanzipation und sich selber als Vorbild zur Verfügung stellen, die Weiter-

vermittlung von Erfahrung und Wissenschaft betreiben und organisieren, und indem sie sich bemühen, über fürsorgliche Beziehungen die für die Entwicklung erforderliche Sicherheit und Rückendeckung zu gewährleisten. Sie führen sehr stark über ihre Person und nicht über Strukturen und formale Instrumente. Dies erfordert ein klares persönliches Profil, dessen Durchsetzung auch Abgrenzung bedeutet und der Nähe zu den Mitarbeitenden im Wege stehen kann.

Insgesamt zeigt sich in den Schilderungen der Chefärzte ein sich im Wandel befindliches Selbstverständnis, welches sich (auch) durch den Versuch der – manchmal ambivalenten - Distanzierung von der Herrschaft der „autoritären Dinosaurier“ definiert.

5. Diskussion

Die Themenlandschaften der Spitalmanager und Chefärzte bilden Benennungen kontextspezifischer Variationen von Führungserfahrungen. Die Themen artikulieren dabei nicht einfach, was Führung an sich ist, sondern bringen subjektive Wahrnehmungsprozesse zum Ausdruck. Verdichten sich subjektive Narrationen zu Themen und korrespondieren sie thematisch mit anderen Erzählungen, dann weisen sie auf kollektive Bedeutungen hin. Sie tun dies, indem sie formulieren, was den Erzählern auffällt und im Sinne dieses Auffallens thematisch wird. Etwas fällt auf, weil es sich von anderem – z.B. jenem, was unproblematisch oder jenem, was selbstverständlich erscheint – unterscheidet. Jedes Thema bedeutet somit eine Unterscheidung in einem Kontext, eine Hervorhebung, die gesetzt wird und es interessiert selbstverständlich, warum gerade diese Unterscheidung gesetzt wird und nicht eine andere. Wir dürfen vermuten, die Geschichten haben mit dem Erleben von Spannungsfeldern zu tun. Spannungsfelder ergeben sich in sozialen Prozessen dann, wenn Erwartungen konfliktär aufeinandertreffen. Genau das macht die Themenlandschaften interessant, weil hier die Dynamiken, die Führung bedeuten, zum Ausdruck gelangen. Was ist nun das Besondere der Themenwahl der Spitalmanager wie der Chefärzte und was fällt auf, wenn man die beiden Landschaften auf einander bezieht? Das wird im Folgenden behandelt, zunächst aber der Blick auf den spezifischen Kontext dieser Führungswelten geworfen, das Spital.

Der Kontext des Spitals

Spitäler, mindestens jene öffentlich-rechtlicher Natur, werden mehrheitlich politisch gesteuert. Ihnen sind Versorgungsaufträge der Gesellschaft delegiert. Diese Aufträge definieren die Bandbreite der Tätigkeiten eines Spitals und damit – wenn auch in Unschärfe – das Leistungsangebot. Gleichzeitig limitierten sie die Möglichkeiten eigenständiger, v.a. strategischer Positionierungen. Damit ergibt sich ein Rahmen, der sowohl Sicherheit als auch Einschränkung generiert. Es gibt in der Literatur eine breite Diskussion darüber, inwieweit sich das Management solcher öffentlicher von demjenigen privater Organisationen unterscheidet. Als wesentliche Unterschiede werden meist genannt (z.B. Denis et. al. 2005):

- heterogene, dezentrale Strukturen:
 - idealtypisch: Schweizer Universitätsspitäler verfügen über bis zu 40 relativ eigenständig arbeitende Kliniken und Institute.

- diffuse Machtverhältnisse:
 - Kein eindeutiges Machtzentrum, sondern Netzwerke von einflussreichen Spielern (Stichwort: Chefärztekonzferenz)
 - Mehrfachheit von Machtressourcen (Reputation, Ressourcenstärke etc.)
 - Entscheidungsstrukturen sind stark von professionellen Orientierungen durchsetzt. Konsultationen und Beteiligungen sind wichtig, Kollegialität ist zentral. (Klatetzki/Tacke 2005)
- mehrdeutige Aufgaben und Werte-Systeme: z.B.
 - gleichzeitig hochwertige Medizin und günstige Ökonomie betreiben
 - Spitzenmedizin und Grundversorgung verbinden
 - Ethik und Ressourcenknappheit kombinieren
 - gleichzeitig Patienten behandeln, Nachwuchs qualifizieren und Wissenschaft betreiben
- wissensbasierte Arbeitsprozesse / professionelle Organisation
 - das Kerngeschäft wird von hochgradig ausgebildeten und angesichts komplexer Aufgabenstellungen relativ autonom arbeitenden Experten betrieben (Mintzberg 1983).
- Für die Mediziner kommt noch speziell hinzu:
 - Ärzte differenzieren keine eigentlichen Führungsrollen aus, auch der Chefarzt ist immer noch selbst ein „praktizierender“ Arzt (und bezieht daraus seine Legitimation).
 - Ärzte sind Angehörige einer Profession und solcherart sozialisiert. Damit einher geht ein Kanon an standesbezogenen Regeln und Werten (professionelle Standards und Ethos).
 - Vielfach haben Chefärzte eine Bildungsfunktion, d.h. ein wichtiger Teil ihrer Führungsaufgaben bezieht sich auf die Aus- und Weiterbildung des medizinischen Nachwuchses.

Die Arbeit von Professionellen wird typischerweise nicht von hierarchischen Anweisungen bestimmt, sondern vom Wissen und Können der Experten, die dieses in einer langen Ausbildung erworben haben, den daraus abgeleiteten Standardisierungen sowie tradierten berufsständischen Regeln. Entsprechend findet sich in solchen Organisationen wenig mittleres Management - allen Versuchen, Klinikmanager einzurichten zum Trotz. (Berchtold/Schmitz 2005, 2006) Zudem gibt es wenig bürokratisch-hierarchische Kontrollen, auch wenn der Druck dazu steigt. Im Prinzip wird den Professionellen vertraut, dass sie mit ihrer professionellen Ethik den Patienten oder Kunden gegenüber zum Wohl verpflichtet sind und dies gleichzeitig der Organisation

zu Gute kommt. Die Autonomie des professionellen Handelns führt dabei zu einer ausgeprägten Dezentralität und verhindert die Ausbildung eines eigentlichen Machtzentrums. Solche Organisationen verfügen also selten über eine starke, ausdifferenzierte Führungsspitze. Anders formuliert: sie lieben es nicht, sich führen zu lassen (Baecker 2002).

Der eigentlich typische Strukturtypus einer professionellen Organisation wäre der einer Partnerschaft mit den entsprechenden Formen kollegialer Führung, wie man sie beispielhaft von Anwaltskanzleien, Beraterfirmen u.ä. kennt (Lazega 2005). Partnerschaftsstrukturen überlassen Managern jeweils nur beschränkt Führungsmacht und -kompetenz. Sie suchen stattdessen Formen zu entwickeln, die es ermöglichen, die vielfältigen Interessen der Partner mit der Dynamik der Geschäfte auszutarieren und verhandeln zu können und gleichzeitig Richtung gewinnen zu lassen. Professionelle Organisationen tendieren überdies dazu, sich von jemandem aus ihrem Kreise führen zu lassen und machen eher ungern Gebrauch von (Fach-) Fremden. Beispielhaft stehen dafür Rektoren von Universitäten, die von der Professorenschaft gewählt werden. Beraterfirmen werden von Beratern geführt, Architekturfirmen von Architekten etc. Spitalmanager sind üblicherweise und mit wenigen Ausnahmen keine Ärzte und damit immer schon Fachfremde, die um die Akzeptanz der Professionellen kämpfen müssen. Das ist solange relativ unproblematisch, als sie lediglich für die Verwaltung des professionellen Selbstbildes verantwortlich zeichnen (Baecker 2002). Steigt jedoch der Führungsanspruch – und das ist heute sicherlich der Fall – dann beginnt die beschriebene prekäre Führungsbeziehung zu laufen (Schmitz 2005). Prekär meint dabei das Vorliegen einer ausgesprochen voraussetzungsvollen Beziehung, die sich ihre eigene Basis immer wieder neu schaffen muss und die nicht einfach per Strukturverordnung gegeben ist.

Zu diesen allgemeinen Unterscheidungsmerkmalen „öffentlicher Organisationen“ kommen für Spitäler Spezifika hinzu, die wesentlich in der Differenzierung der Berufsgruppen Ärzte und Pflege liegen sowie den entsprechenden dahinterliegenden Professionen bzw. Professionalisierungsbewegungen. Glouberman und Mintzberg (2001) haben das in ihrem Konzept, symbolisiert im „Kreuz des Spitals“ (vgl. Kapitel 1.), zusammen gefasst. „Control“, also das Management, sieht sich in diesem Konzept vor die permanente Herausforderung gestellt, den „clinical divide“ zu „cure“ und „care“ überbrücken zu müssen, also jene Grenze zu überwinden, die zwischen Spitalmanagement und Kerngeschäft existiert. Der Graben ergibt sich, indem die Spitalmanager gegenüber dem Kerngeschäft der Medizin „fremd“ sind und sich ihr Geschäft nicht zwanglos aus dem medizinischen Aufträgen und Leistungen, also aus dem professionellen Handeln selbst, ergibt.

Listig wie Odysseus?

Für die Spitalmanager unserer Interviews bedeutet Führung weitgehend Beziehungsgestaltung. Diesbezügliche Strategien sind ihnen wichtig, um ihren eigenen Anliegen Gewicht verschaffen zu können sowie die Professionellen bei der Wahrnehmung übergeordneter Belange engagieren und integrieren zu können. Die im Vergleich zu anderen Führungskontexten starke Gewichtung der „Beziehungsarbeit“ und des „Integrierens“ fällt auf. Sie erscheint plausibel angesichts des beschriebenen Kontextes. Diffuse Machtverteilungen, netzwerkartige Konfigurationen, Professionsgrenzen etc. verunmöglichen ausgeprägt instruktive Stile. Stattdessen wird Überzeugungsarbeit, begleitet von anderen Einflussstrategien, wichtig. Dafür braucht es funktionierende Beziehungen auf der Basis von Wertschätzung und Vertrauen, d.h. Beziehungsgestaltung wird zentral.

Unterstrichen wird diese spezifische Orientierung sowohl vom Thema „entwickeln und reifen lassen“, also der Bedeutung einer sorgsam Initiierung, Beobachtung, Pflege und Nutzung von Entwicklungen, wie auch durch die bei den Spitalmanagern immer wieder vorhandene Ambivalenz zu Themen wie „Anpacken, bewegen und verändern“ oder „sich behaupten, sich durchsetzen“. Die beiden letzteren sind Themen eines eher instruierenden Stiles, der Einfluss qua Amt oder Macht geltend machen kann. Für Spitalmanager kann diese Strategie riskant sein. Konfrontative Durchsetzung kann Beziehungen gefährden. Gleichwohl stehen sie immer wieder unter dem Druck oder unterliegen der Verführung, sich dieser Varianten zu bedienen. Der vorsichtige Umgang mit der eigenen Macht angesichts der diffusen Machtverhältnisse im Spital findet sich beispielhaft in Erzählungen von Spitalmanagern wieder, die schildern, dass sie zwar Positionsmacht hätten, diese aber üblicherweise nicht ausspielen würden, weil ihnen das in diesem System nicht ratsam erscheine. Allenfalls würden sie anklingen lassen, dass man selbst entscheiden könnte – aber nicht mehr. D.h., beziehungsorientierte Strategien finden Vorrang gegenüber vielleicht schnelleren, aber stärker Hierarchie in Anspruch nehmenden Strategien. Ein solcher Verzicht macht insbesondere dort Sinn, wo es von zentraler Bedeutung ist, das Commitment, die Zustimmung von Akteuren zu gewinnen, weil ohne sie nichts gehen würde und diese Akteure über ausgeprägte Autonomiepotentiale verfügen.

In dieser Position – „control“ gegenüber „cure“ – ist man darauf angewiesen, dass die Profis mitziehen und braucht entsprechende Beziehungen zu ihnen. Die Alternative sind auf der einen Seite konfrontative und konflikthafte Zustände mit Gefahrenpotentialen einer mangelnden Qualität durch einseitig getroffene Entscheidungen sowie gebrochener Motivation der Professionisten. Die Gefahr auf der anderen Seite kann

sein, dass zu wenig Durchsetzung stattfindet, in dem wichtige Fragen in den Aushandlungs- und Integrationsprozessen zwischen den Akteuren stecken bleiben und suboptimale Lösungen Platz greifen. Spitalmanagement scheint damit der Fahrt zwischen Scylla und Charybdis zu gleichen: eskalierende Konflikte auf der einen und einschläfernde Kompromisse auf der anderen Seite. Braucht es da die List des Odysseus, um zielorientiert durch zu kommen?

In der Führungsforschung werden solche Anforderungen wesentlich im Rahmen einer Netzwerk-Perspektive abgehandelt. Wenn Macht diffus ist, hängt Führungserfolg wesentlich an der Fähigkeit von Führungskräften starke und dauerhafte Netzwerke aufzubauen und in diesen Einfluss zur Geltung zu bringen. (Denis et al 2005, 452f) Netzwerkfähigkeit erfordert eine Gleichzeitigkeit der Verfolgung von (inhaltlichen) Projekten oder Zielen und der Bewegungen im (Beziehungs-) Netzwerk, der Beeinflussung wichtiger Akteure, der Übersetzung von Themen in netzwerkrelevante Bedeutungen etc. Offensichtlich unterscheidet sich dieser Führungsansatz von klassischen, machtorientierten CEO-Strategien, wenn gleich moderne Organisationsformen immer mehr solche Netzwerkstrategien erfordern. (z.B. Pinnow 2005) Auch wenn man solche Annäherungswerte in avancierten Entwicklungsformen entdecken kann, kann nicht genügend betont werden, wie sehr sich ein solches Netzwerk-Führungsverständnis von einem traditionellen Mainstream-Betriebswirtschafts- oder MBA-Verständnis unterscheidet – „execution is everything“. Die hier gezeichnete Führungswelt ist von Vorstellungen geprägt, die dem spezifischen Kontext des Spitals mit seinen diffusen Machtverhältnissen, seiner subsystemischen Heterogenität und den Professionsgrenzen stark Rechnung tragen. Die fast schon politisch anmutende Rolle, wie sie hier gezeichnet wird, setzt denn auch spezielle Kompetenzen und Führungsverständnisse aufseiten der Spitalmanager voraus. Kompetenzen, von denen es fraglich ist, wo und wie sie erworben werden, aber auch wieweit etwa in Rekrutierungsprozessen darauf Bezug genommen wird.

Herakles im Augiasstall?

Was steht dem integrierenden, beziehungsorientierten Habitus der Spitalmanager aufseiten der Chefärzte gegenüber? Für die Chefärzte steht die Medizin ihrer Klinik im Vordergrund, sie sehen sich verantwortlich für die eigentliche Spitalleistung, die Patientenbehandlung. Ihre Perspektive ist eine fallbezogene und disziplinäre und weniger eine institutionelle. Sie praktizieren das Kerngeschäft und sie beziehen ihre Legitimation aus der guten Ausübung ihrer Praxis. Führung ist Beiwerk und bedeutet für die Chefärzte im Kern den Einsatz ihrer Mitarbeiter und die Entwicklung ihrer Pro-

fessionalität. Sie führen stark über die eigene Person und weniger über Strukturen und formale Instrumente.

Interessant ist auch, was in diesem Führungsverständnis nicht vorkommt. Sehr wenig wird z.B. über die Entwicklungen von Kliniken oder Instituten geschweige denn des ganzen Spitals gesprochen. Die Dimension des Strategischen oder auch „Organisationsentwicklerischen“ fällt völlig heraus – letztere findet sich schon bei den Spitalmanagern nicht besonders ausgeprägt. Das ist umso auffälliger, als sich unter den Befragten eine Reihe nachweislich medizinisch innovativer und prominenter Vertreter ihres Faches befanden. Diese Themen scheinen aber - unter dem Blickwinkel von Führung - nicht zu bewegen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass sich die Ärzte so weit in den Entwicklungsstrom ihres jeweiligen Faches eingebettet fühlen, dass sich solche Fragen nicht als eigenständige Führungsthemen formulieren.

Auffallend ist auch, dass die Spitalmanager in den Erzählungen der Ärzte kaum vorkommen. Umgekehrt sind sie sehr wohl präsent. Die Spitalmanager spielen aus der Sicht der Chefärzte eine nur beiläufige Rolle, jedenfalls nicht die der zentralen Entscheider (und übrigens meist auch nicht als die der Verursacher der Probleme). Die Orientierung der Chefärzte ist die ihres Faches, ihrer Klinik. Daneben bewegen die Einschränkungen im komplexen System Spital. Hier gibt es Unzufriedenheit mit einengenden Strukturen und Verantwortlichkeiten. Beispielfhaft wird einmal gemeint, „die Entscheidungsgewalt – was das Organisatorische im eigenen Laden betrifft – ist minimal.“ (CA 4, Z 415ff) Man fühlt sich gefangen im System und hätte ein Bedürfnis nach klareren Verhältnissen. Es wird eine Reihe von Geschichten erzählt, die - auch in Verbindung mit dem Thema „kämpferisch etwas durchsetzen“ – von schwierigen Situationen berichten, die grosser Anstrengungen und persönlicher Exponiertheit zur Veränderung bedurften.

Das Thema „kämpferische Durchsetzung“ findet sich bei den Chefärzten im Unterschied zu den Spitalmanagern ambivalenzfrei. Durchsetzung empfindet man immer wieder als nötig und legitim - wenn man von der Sache überzeugt ist. Es wird als eine Frage der Führungsreife empfunden, auch unangenehme Entscheide treffen und umsetzen zu können. Man findet, dass man Konsequenzen ziehen können, Herausforderungen annehmen, auch nicht immer beliebt sein muss. Damit korrespondiert – ebenfalls ambivalenzfrei – das Thema „Linien und Kanten haben.“ Führung verlangt, dass man als Person spürbar wird, dass man eine klare Linie verfolgt, andere überzeugt, indem man selber dahinter steht und authentisch und glaubwürdig wirkt. Richten sich die Bemühungen der Spitalmanager stärker auf Beziehungsgestaltung und die Integration der heterogenen Interessenslagen und tritt das Besondere der eigenen Person dabei eher zurück, so wird bei den Chefärzten ein ganz anderes Füh-

rungsmodell deutlich: Persönliches Einstehen, als Person spürbar werden, wird als wichtig erachtet. Chefärzte stehen – persönlich – für das Wissen und die Erfahrung in ihrer Klinik. Sie sind der personifizierte Referenzpunkt. Weiss jemand mit einem Patienten nicht weiter, wird der Chefarzt gefragt. Die Person fungiert hier als wichtiges Programm der Organisation und ist ein wesentlicher Faktor der Komplexitätsreduktion. (Luhmann 2000) Das prägt natürlich und führt zu gänzlich anderen Strategien, als sie sich für Spitalmanager aufdrängen. Profil haben, in Erscheinung treten, sich selbst einsetzen ist bedeutsam. Hätten wir bei den Spitalmanagern Odysseus und seine Listen bemüht, wäre hier allenfalls Herakles, der den Augiasstall ausmistet als Bild zu nominieren?

Komplementär oder gegensätzlich?

Offensichtlich sind die Führungsvorstellungen der beiden Gruppen unterschiedlich, das ist angesichts ihrer verschiedenen Aufgaben und Arbeitssituationen auch zu erwarten. Was aber ist die Bedeutung dieser Unterschiede? Sind sie einfach komplementär? Gibt es besonderes kritisches Potential? Auffallend ist zunächst, welchen prominenten Platz Erfahrungen und Episoden mit Chefärzten in den Erzählungen und Geschichten der Spitalmanager einnehmen. Der Umgang mit Chefärzten scheint für das Dasein von Spitalmanager ein wichtiger Faktor – gelegentlich gar Prüfstein - zu sein. Anders verhält sich das bei den Chefärzten. In ihren Erzählungen kommen Spitalmanager wenig bis kaum vor, oft überhaupt nur auf Nachfrage. Auffallend ist also das Ungleichgewicht der Wahrnehmung. Die geringe Erwähnung von Spitalmanagern heisst dabei keineswegs, dass diese nicht akzeptiert würden – aber sie tauchen nicht in den relevanten ärztlichen Führungserfahrungen auf. Diese orientieren sich an anderen Figuren, Funktionen und Erfahrungen, die für sie höhere Relevanzen beanspruchen. Entsprechend haben Spitalmanager zu tun, ihren Führungsanspruch deutlich zu machen. Eventuell müssen sie dagegen ankämpfen, den Wahrnehmungsunterschied nicht abwertend zu interpretieren. Spitalmanager können nicht erwarten – so wie der CEO eines „normalen“ Unternehmens – dass die nächste Kaderebene automatisch zu ihnen „aufblickt“. Gleichzeitig bleibt damit die Referenz auf das Spital als Ganzes problematisch. Die Orientierung der disziplinar orientierten Profession an der (ganzen) Organisation – repräsentiert durch den Spitalmanager – bleibt prekär.

Während die Spitalmanager auf Beziehungsgestaltung setzen und die Integration der verschiedenen Subsysteme und Perspektiven im Spital anstreben, sind die Ärzte eher an professioneller Eigenständigkeit interessiert. Sie erleben sich als eingegrenzt durch ein aus ihrer Sicht überreguliertes System, das ihnen professionell wesentlich

erscheinende Freiheitsgrade nimmt. Dagegen müssen sie immer wieder ankämpfen. Beziehungsaspekte treten in den Hintergrund, wenn man so will, die Sache steht im Vordergrund. Umgekehrt ist für die Spitalmanager zentral, Beziehungsdimensionen – Wertschätzung, Glaubwürdigkeit, Vertrauen etc. – zu verfolgen und zu leben. Während also die einen für ihre Sache kämpfen, ringen die anderen um Beziehungsqualitäten. Offensichtlich kann sich das in die Quere kommen.

Die Sache selbst, die Medizin steht im Vordergrund, wobei die eigene Person dahinter nicht verschwindet, sondern im Spiel bleibt. Chefärzte handeln in einer Welt, in der Persönlichkeit zur Geltung kommen darf und soll. Auch wenn die Persönlichkeit manchmal schräg zu den sozialen Erwartungen liegen mag („Kanten“ hat). Zum Vergleich: in den Erzählungen der Spitalmanagern kommt weniger die eigene Person mit ihren Eigenheiten vor, denn das Bemühen im anspruchsvollen Beziehungsgeflecht als Person glaubwürdig, authentisch o.ä. zu erscheinen. Positionierungen auch „persönlicher“ Art sind nicht ohne Ambivalenz bei den Spitalmanagern. Forcierte Kantigkeit würde vermutlich auch wenig zur zentralen Integrationsaufgabe passen. Ein Integrator spielt tendenziell nicht sich selbst in den Vordergrund, sondern die Anliegen und Interessen der anderen. Hier stehen sich gewissermassen zwei „Modelle“ gegenüber: der Arzt, der sich gerne eine gewisse Unangepasstheit zubilligt („kantig ist“) und der Spitalmanager, der stärker an den Erwartungen der anderen orientiert ist und sich selbst entsprechend „regulieren“ muss.

Zeigen Chefärzte gerne mal Linien und Kanten, exponieren sich persönlich und schrecken auch vor unangenehmen Entscheiden nicht zurück, so sind die Spitalmanager wesentlich „politischer“ orientiert, wenn man darunter versteht, dass ein Akteur seinen Einfluss weniger aus dem mehr oder weniger offenen Kampf und dem persönlichen Einstehen um die ev. richtige Sache, sondern in bewusster Einrechnung und Abwägung der Chancen und Möglichkeiten gegebener Akteurs- und Netzwerks-Konstellationen gestaltet. Das bedeutet keinen Verzicht auf eigene Positionen, jedoch ein Einkalkulieren der Erwartungsstrukturen. Sind heterogene und relativ selbständige Perspektiven zu integrieren und sind in solcher Landschaft kollektiv bindende Entscheidungen herzustellen – „die“ politische Funktion schlechthin (Luhmann 1997) - ist das Herausstreichen der eigene Persönlichkeit und der eigenen Urteile nur soweit relevant wie damit gemeinsame Bindung oder „Wieder-Wahl“ gewonnen werden kann.

Die Gegenüberstellung der Themenlandschaften von Spitalmanagern und Chefärzten lässt erkennen, welche unterschiedlichen Führungswelten existieren. Das ist angesichts der Verschiedenheit der Sozialisierungen und der Aufgaben erwartbar und man könnte annehmen, dass hier im Sinne unterschiedlicher Funktionalitäten Kom-

plementaritäten gegeben sind. Gleichzeitig zeigen sich einige potentielle Stolpersteine, die in der Diversität der Perspektiven begründet liegen. In den Bildern von vorhin gesprochen, ist die Frage, was passiert, wenn Odysseus und Herakles aufeinander treffen. Die griechische Antike hatte das nicht vorgesehen ... Mit Stolpersteinen sind Potentiale des Missverstehens bzw. des Aneinander-Vorbei-Agierens mit den entsprechenden Konfliktchancen gemeint. Idealtypisch dafür erscheint etwa folgende Konstellation: während Spitalmanager versuchen, sich in den konkreten Netzwerken des Spitals zu bewegen und die eventuell konfligierenden Erwartungen relevanter Akteure zu eruieren und zu beeinflussen, ohne gleichzeitig ihre Beziehungen zu wichtigen anderen aufs Spiel zu setzen, erwarten Chefärzte klare Positionierungen und persönliches Exponieren. Herakles erwartet klares Anpacken und sich kraftvoll ins Zeug werfen, während Odysseus listig auf die nächste beste Gelegenheit wartet und sich solange im Zeltlager versteckt. So kann man aneinander vorbei gehen, sich missverstehen, sich in der Folge abwerten und was der Konflikteinstiege mehr sind.

Mit diesen Unterschieden leben Spitäler und ihre „Insassen“ seit geraumer Zeit. Solange die verschiedenen Welten einander wenig in die Quere kommen, sind die Differenzen relativ unproblematisch. Schwieriger wird es, wenn sich Fragen der gemeinsamen Positionierung oder Optimierung prononcierter stellen und die Unterschiede stärker aufeinander zu prallen beginnen. Das ist unter sich verengenden ökonomischen Rahmenbedingungen der Fall. Diese Verengung, die dazu führt, dass die Werte-Welten weniger abgegrenzt, sondern stärker durchmischt auftreten, kann zum Auflaufen entlang der Bruchlinie der verschiedenen Führungsvorstellungen führen. Das wäre der ungünstigste Fall. Für Deutschland wird eine solche Entwicklung aktuell berichtet. „Die Brisanz dieser Bewegung liegt darin, dass die Identifikation der Ärzte mit den Verhältnissen gleichsam von oben her weg bricht ... Hier ist für das Krankenhaus wohl eher noch mit einer weiteren Destabilisierung zu rechnen, da die innere wie auch explizite Kündigung auf allen Ebene zum Thema wird.“ Vogd (2006, 260f)

Produktive Möglichkeiten

Gemeinsame Vorstellungen entwickeln

Die Alternative zum potentiell konflikthaft eskalierenden Auseinanderdriften liegt darin, stärker zu gemeinsam geteilten Vorstellungen vorzustossen. (Senge 1990). Bewusstheit der Unterschiede und Reflexion der jeweiligen handlungsleitenden Kontexte und Selbstverständnisse kann sich hierzu als hilfreich erweisen. Die Führungswelten werden und sollen nicht deckungsgleich werden, dazu sind die Aufgabenkontexte zu divers. Jedoch ist hilfreich daran zu arbeiten, dass die impliziten Gegensätzlichkeit durch eine implizite Komplementarität ersetzt werden. Spitalmanager und Chefärzte

befinden sich in einer wechselseitigen Abhängigkeit. Allzu leicht kann es fallen, die jeweils auffallenden Unterschiede negativ zu bewerten und sich in der jeweiligen Berufsgruppe gemeinsam darin zu bestärken, dass „die anderen“ zu wenig taugen würden. Komplementarität würde bedeuten, dass man von echter Unterschiedlichkeit ausgeht – die immer wieder auch zu schaffen machen kann – aber den unaufrechenbaren Ergänzungscharakter akzeptiert und sucht. Analog zu den Feldern der interkulturellen Kompetenz kann man daran arbeiten, besser zu verstehen und sensibler zu reagieren, wenn die Unterschiede ins Spiel kommen. Die vorliegende Arbeit kann als Beitrag zu eben dieser Bewusstheit verstanden werden. Präziseres Wissen um Unterschiede kann helfen besser miteinander voranzukommen und verringert die Anzahl bereitliegender Fallstricke.

Im konkreten Spitalgeschehen stellt sich die Frage, wie solche gemeinsamen Vorstellungen gewonnen werden können? Wo sind die Räume und Gefässe, in denen über Führungswelten, -vorstellungen und -strategien anregender Austausch gepflogen werden kann? Welches Management-Development können das unterstützen, welche Arbeitsformen wären hilfreich und welche Reflexionsorte?

Explizites Wissen um Kompetenzen

Darüber hinaus ist zu fragen, welche Klarheit heute über Anforderungsprofile und Führungsverständnisse bei der sich wandelnden Funktion von Spitalmanagern existiert? Gerade in einer Zeit, in der sich Management als gesellschaftliche Leitidee weiter verbreitet und der Ruf nach Reformen im Gesundheitswesen steigt, kann die Verführung gross sein, „richtige“ Manager einzusetzen. Wie sehr ist man sich etwa in Verwaltungs- und Stiftungsräten oder auch Gesundheitsdirektionen der Anforderungen der „Beziehungsarbeit“ und dem Spannungsverhältnis zu „Durchsetzung“ bewusst? Geht man etwa bei der Rekrutierung und Besetzung von Spitalmanagement-Funktionen davon aus, dass eine solche Kompetenz selbstredend beherrscht wird? Wie kann explizit nach solcher Kompetenz gesucht werden? Wo kann diese gewonnen und trainiert werden? Wie kann sie beobachtet werden?

Entwicklungen in der Medizin

Für die Chefärzte ist zu fragen, inwieweit ihre Führungswelten durch die Entwicklungen innerhalb der Medizin beeinflusst und gestaltet werden? Zu beobachten ist zum einen wie sich heutige Chefärzte von den alten autoritären Chefarzt-Vorstellungen abgrenzen. Das scheint weitgehend Vergangenheit heute. Zum anderen kommen Entwicklungen wie z.B. die Entstehung stärker teamorientierter Formen der klini-

schen Arbeit in bestimmten Disziplinen immer mehr zur Geltung. Vogd (2006) berichtet das etwa für die Chirurgie. Glouberman/Mintzberg (2001, 77) haben medizinische Aufgabenkontexte verglichen und idealtypisch die drei Formen „programmed chain“ (z.B. Katarakt-Chirurgie), „consultative hub“ (z.B. Rheumatologie) und „problemsolving web“ (z.B. Geriatrie) gegenüber gestellt. Diese Verschiedenheit ist dazu angehtan, unterschiedliche Führungsanforderungen hervorzubringen. Wie weit wird dieser Unterschiedlichkeit bewusst begegnet? Wie weit werden solche Fragen in der Ärzteschaft thematisiert?

Überwindung lokalen Denkens

Zu bedenken ist, was Chefärzte dazu verleiten kann, stärker auf Klinik-übergreifende, spitalweite Zusammenhänge Bezug zu nehmen. Welche Schulungen und Weiterbildungen können etwa hilfreich sein? Was und vor allem wie müsste hier gelehrt und gelernt werden? Wie sehr kann erfahrene Kompetenz hilfreich sein (etwa wenn ein Spitalmanagement einem neu antretenden Chefarzt positiv unterstützend zur Seite steht)? Und schliesslich ist die Frage natürlich auch, welche Anreiz-Systeme unterstützend fungieren können (z.B. solche, die Kaderärzteverträge und -Honorierung mit Kriterien des Gesamspitalerfolgs verknüpfen)?

Schlussbemerkung

Das Selbstverständnis des Menschen entwickelt sich über seine Beziehungsgeschichte in einem spezifischen kulturellen, gesellschaftlichen und zeitlichen Kontext. Führung ist ein Beziehungsgeschehen, und Beziehungen werden in Gesellschaften weitgehend typisiert. Dem Menschen wird gesellschaftlich vermittelt, was es bedeutet, zum Beispiel ein Vorgesetzter oder ein Arzt zu sein und wie man sich in der spezifischen Beziehung zum Gegenüber, also zum Mitarbeiter oder zum Patienten verhält. Sollte sich jemand in der jeweiligen Beziehungssituation überhaupt nicht an solche Typisierungen halten, wird sein soziales Umfeld verwundert feststellen: „Er verhält sich aber gar nicht wie ein Chef (oder ein Arzt)“. Er wird in das typisierte Verhalten zurückgedrängt, oder die Legitimation, in dieser Rolle zu handeln, wird ihm abgesprochen. Trotzdem sind solche Typisierungen keine Zwangsjacken. Sie lassen ein breites Spektrum an Variationsmöglichkeiten zu. Einerseits werden die Führungsverständnisse je nach spezifischem Kontext – z.B. Führung in der Deutschschweiz, im Spital im Allgemeinen, im Universitätsspital, in der Klinik für Innere Medizin, im Pflegebereich dieser Klinik, in einem bestimmten Pflgeteam etc. – immer weiter spezifiziert. Dabei ist das übergeordnet Typische in der untergeordneten Variation stets

präsent. Dies gilt auch für die Führungsverständnisse der Individuen. Sie haben sich in ihrer Biografie in unterschiedlichen Führungskontexten (Familie, Schule, Jugendorganisationen, Ausbildung, Arbeit etc.) bewegt. Ihre Führungsverständnisse sind deshalb nicht deckungsgleich. Sie variieren das aktuelle kollektive Verständnis in individueller Spezifikation. Im aufeinander bezogenen Handeln treffen somit auch unterschiedliche Führungsverständnisse aufeinander. Die derart entstehenden Führungsbeziehungen sind wiederum neue Variationen, die zurückwirken auf das Selbstverständnis der daran Beteiligten. So entwickeln sich die typisierten Verständnisse rekursiv über die Zeit – manchmal schneller, manchmal eher träge. Jedenfalls finden sich immer Pfadabhängigkeiten in der Entwicklung des Typischen: Was entsteht ist nicht determiniert durch das was war, aber das Vergangene ist immer präsent im Neuen, und sei es auch – im Extremfall - nur in seiner Verneinung.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die geschilderten Führungsverständnisse Momentaufnahmen aus einem kulturellen Wandelprozess in einem spezifischen Umfeld darstellen. Die Führungsrealität wird in einem dynamisierten Kontext in den Interaktionen täglich neu ausgehandelt. Bei der Auswertung der Interviews entsteht der Eindruck, dass die Führungsverständnisse der Spitalmanager dabei sind, sich stärker zu artikulieren, während das relativ gefestigte und stark typisierte Verständnis der Chefärzte in Fluss geraten ist. Die Auseinandersetzung mit Berichten wie dem hier vorliegenden, welche das Selbstverständliche und Implizite am Führungsverständnis sichtbar und damit der Reflexion und Revision zugänglich machen, könnte zusätzlich zur Verflüssigung und zur Beschleunigung des kulturellen Wandels in den entsprechenden Institutionen beitragen.

6. Literatur

- Amelung, V.E. & Schumacher, H. (2004). *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement* (3. über. und erw. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1999). *Die lernende Organisation. Grundlagen, Methode, Praxis*. Klett-Cotta.
- Atun, R. A. (2003). Doctors and managers need to speak a common language. *British Medical Journal*, 326, 655.
- Baecker, D. (2003). *Organisation und Management*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Berchtold P, Michel-Alder E. (2003) Die Umarmung des Hippokrates: Systemintegration im Gesundheitswesen. EMH, Schweizerischer Ärzteverlag, Basel
- Berchtold P., Schmitz C. (2006). Götterdämmerung oder Morgenröte. Schweiz. Ärztezeitung 87: 43
- Berchtold P., Schmitz C. (2005) Kulturwandel in der Medizin: der Konflikt um Herztransplantationszentren als Beispiel. *Neue Zürcher Zeitung* 75; 15
- Bergold, J. B. & Flick, U. (1987). Die Sicht des Subjekts verstehen: Eine Einleitung und Standortbestimmung. In J. B. Bergold & U. Flick (Hrsg.), *Ein-Sichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung* (1-18). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Burla, S., Alioth, A., Frei, F. & Müller, W.R. (1994). Die Erfindung von Führung. Vom Mythos der Machbarkeit in der Führungsausbildung.
- Boos, L. (2004). *Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses. Die Aufgaben des Spitalmanagements*. Bern: SGGP.
- Bresnen, M.J. (1995). All things to all people? Perceptions, attributions, and constructions of leadership *Leadership Quarterly*, 6(4), 495-513.
- Bryman, A. (1984), "The debate about quantitative and qualitative research: A question of method or epistemology?", *British Journal of Sociology*, Vol 35, pp. 75-92.
- Bryman, A., Bresnen, M., Beardsworth, A. & Keil, T. (1988). Qualitative research and the study of leadership. *Human Relations*, 41(1), 13-30.
- Czarniawska, B. (2004), *Narratives in social science research*, London, Sage.
- Davies, H. T. O. & Harrison, S. (2003). Trends in doctor-manager relationships. *British Medical Journal*, 326, 646-649.

- Davies, H. T. O., Nutley, S.M. & Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9, 111-119.
- Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J. & Coyle, B. (2003). Medicine, management, and modernisation: a ,danse macabre'? *British Medical Journal*, 326, 649-652.
- Denis Jean-Luis, Lagley, Ann, Rouleau Linda, Rethinking Leadership in Public Organizations. Oxford Handbook of Public Management. Oxford 2005, P 446-467
- Doolin, B. (2001). Doctors as managers. New public management in a New Zealand hospital. *Public Management Review*, 3(2), 231-254.
- Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. (2002) Unhappy Doctors: what are the causes and what can be done? *Brit Med J* 324: 835-8
- Flick, U. (2004). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (309-318). Reinbeck: Rowohlt.
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease – part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, Winter, 56-69.
- Hartley, J.F. (1994). Case studies in organizational research In: C. Cassell & G. Symon (Eds.), *Qualitative Methods in Organizational Research* (208-229). London: Sage.
- Hopf, C. (2004). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (349-360). Reinbeck: Rowohlt.
- Juhasz, E. (2004). Unternehmensberatung im Krankenhaus. Eine qualitative Untersuchung. *Unveröffentlichte Dissertation, Universität Basel*.
- Klatetzki T., Tacke V. (Hrsg.) (2005). Organisation und Profession. Wiesbaden
- Kleining, G. (1982). Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 224-253.
- Lazega E. (2001). The Collegial Phenomenon : The Social Mechanisms of Cooperation Among Peers in a Corporate Law Partnership, Oxford
- Lozeau, D., Langley, A. & Denis, J.-L. (2002). The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, 55 (5), 537-564.
- Luhmann, N. (1997). Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt
- Luhmann, N. (2000). Organisation und Entscheidung. Wiesbaden

- Merkens, H. (2004). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (286-299). Reinbeck: Rowohlt.
- Mintzberg, H. (1998). Covert leadership: Notes on managing professionals. *Harvard Business Review*, November-December, 140-147.
- Mintzberg, H. (1991). Mintzberg über Management. Führung und Organisation. Mythos und Realität. Wiesbaden: Gabler.
- Mintzberg H. (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice Hall
- Müller, W. R. (2005). Die Führungsbücher selber schreiben. In D. Resch, P. Dey, A. Kluge & C. Steyaert (Hrsg.), *Organisationspsychologie als Dialog* (113-121). Lengerich: Pabst Science Publisher (*im Druck*).
- Müller, W.R. & Hurter, M. (1999). Führung als Schlüssel zur organisationalen Lernfähigkeit. In G. Schreyögg & J. Sydow (Hrsg.), *Managementforschung 9: Führung neu gesehen* (1-53). Berlin: Walter de Gruyter.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methdos*. Newbury Park: Sage.
- Pinnow D.F. (2006). *Führen. Worauf es wirklich ankommt*. Wiesbaden
- Schmitz, C. (2004a). *Managing professionals / professionals managing. Unveröffentlichter Projektbericht, Zürich*.
- Schmitz, C. (2004b). *Managen im Spital – Spitäler investieren in Führung. Schweizerische Ärztezeitung, 85, Nr. 14, 731-732*.
- Senge P. (1993). *The 5th Diszipline*. London
- Steinmann, H. & Schreyögg, G. (2000). *Management. Grundlagen der Unternehmensführung. Konzepte – Funktionen – Fallstudien* (5. überarb. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Universitätsspital Basel (2005). *Organigramm des Universitätsspitals Basel*. <http://www.kantonsspital-basel.ch/data/a27268Org.pdf>
- Vogd, W. (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*, 31(4), 294-315.
- Widmer, W. (2005). *Wie führe ich Chefärzte? Unveröffentlichtes Manuskript, Zollikerberg*.

Wiechmann, M. (2003). Manged care. Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Zelewsky, A. (2006) Leistungsfähigkeit durch Hierarchisierung? Problematischer Trend des Management an den Universitäten. Neue Zürcher Zeitung 20.11.2006.

Anhang A: Führungsverständnisse Spitalmanager

Die nachfolgende Tabelle stellt weitere Informationen zur Veranschaulichung des Führungsverständnisses von Spitalmanagern zur Verfügung.

<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>1. Das Ganze fokussieren</p> <p>Das Ganze im Blick zu haben und im Sinne des Spitals zu handeln ist ein wesentlicher Grund, warum sich die Spitalmanager zum Führen legitimiert sehen.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Im Interesse des Hauses handeln (SM 4)</p> <p>Integrieren, das Ganze sehen (SM 5)</p> <p>Das Spital als Gesamtunternehmen wahrnehmen (SM 11)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„So dass wir über den Tellerrand und die eigene Nasenspitze hinaussehen können und auch Commitment haben für das Spital. Die Leute sind letztlich natürlich auch interessengesteuerte Wesen – genau wie der Spitaldirektor. Aber ich glaube, wir bringen eine genügend ‚verschworene Gruppe‘ und Kultur hin, weil wir sagen, dass das Spital mittelfristig existenziell gefährdet ist, wenn jeder nur seine eigenen Interessen verfolgt. Dann ist die Zukunft stärker gefährdet, als wenn wir sagen: Das ist unser Ziel, welches wir erreichen wollen“. (SM 4, Z. 374 ff).</p> <p>„Ich denke aber, wir sind jetzt im [ersten] Jahr, in dem wir mit den Mitteln, die wir bekommen, auskommen. Ich würde in Anspruch nehmen, dass durch die permanente Weiterbildung des Kaders, die wir über die Kadertage gemacht haben, ist es bei vielen Leuten im Haus zu einer ganzheitliche Schaubetrachtung gekommen. Also nicht einfach nur: meine Pflege oder so. Das Kader ist zu kleinen Unternehmern geworden, die wirklich versuchen, das Gesamte zu sehen und schauen, was ist wichtig“. (SM 5, Z. 607 ff.).</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>2. Wertschätzende, vertrauensvolle Beziehungen schaffen</p> <p>Vertrauen und Wertschätzung sind wichtig für eine gute Arbeitsatmosphäre. Dazu gehört auch, dass man die Mitarbeiter mit ihren Anliegen ernst nimmt.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Bündnispartner haben (SM 3)</p> <p>Konflikte nicht suchen (SM 4)</p> <p>Sich durch Vertrauen und Akzeptanz legitimieren (SM 7)</p> <p>Sich arrangieren und Vertrauen bilden (SM 8)</p> <p>Respektvoll mit den Leuten umgehen</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Führung ist etwas, das immer stattfindet. Die Frage bei diesen Beziehungen ist, aus welchen Grundverständnissen sie zustande kommen. Und eine der wichtigsten Voraussetzungen für mich ist das gegenseitige Vertrauen. Wenn man sich vertraut, wenn man offen ist, wenn man transparent ist, ehrlich, authentisch, dann ergibt sich eine Entscheidungssituation in einer Gruppe als ganz natürlicher Prozess.“ (SM 7, Z. 39ff)</p> <p>„Aber nachher geht es vor allem um die Wertschätzung. Das ist auch so etwas: Sie können nicht permanent sagen,</p>

<p>(SM 9) Gute Atmosphäre/gute Situation schaffen und Leute begeistern können (SM 13) Wertschätzung vermitteln (SM 15)</p>	<p>die Ärzte verdienen zu viel oder andere Vorwürfe wie, dass sie schlecht kommunizieren. Sie dürfen nicht immer nur diese Botschaften vermitteln.“ (SM 15, Z. 277ff.)</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>3. Verlässlich und konsequent sein</p> <p>Gerade im Gesundheitssystem ist es sehr wichtig, dass man seinen Partnern gegenüber Verlässlichkeit demonstriert. Man muss eine klare Linie verfolgen und Dinge, die man entscheidet auch konsequent verfolgen und umsetzen.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>„Fair play“ Ehrlich, offen, fair (SM 3) Unabhängigkeit bewahren (SM 3) Verlässlichkeit (SM 3) Klar und konsequent sein (SM 9) (Selbst-) Verbindlichkeit schaffen (SM 12) Konsequent im Rahmen des Machbaren durchsetzen (SM 12) Glaubhaft und verlässlich sein (sich einen Namen machen) (SM 13) Klare und anspruchsvolle Erwartungen (SM 14)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„So wie wir hier sitzen; so unkompliziert - einfach ein fairer, offener Austausch. Und das ist in den Spitälern enorm wichtig. Das man einfach miteinander redet. Wichtig ist auch, dass man die Anspruchsgruppen zusammen bringt. Und ein Handschlag muss ein Handschlag sein. Sie müssen einfach ein verlässlicher Partner sein. Und wenn Sie das nicht sind, dann sind Sie tot. Dann können Sie das Spital vergessen. Das geht rum, dann sind Sie weg. Und das ist so ein bisschen das, was sich durchgezogen hat.“ (SM 3, Z. 44 ff.)</p> <p>„Und das ist dann für mich als Führungsperson auch ein Punkt gewesen – als ich den Stiftungsrat nicht mehr überzeugen konnte, dass es eine Veränderung braucht, dass die ganze Struktur und das Konstrukt [des Spitals], so wie es ist, aufgelöst werden muss, zugunsten von einem anderen Behandlungskonzept und zugunsten von einer [bestimmten Patientengruppe]. Auf das sind sie aus verschiedenen Gründen nicht eingestiegen und darum habe ich gekündigt.“ (SM 9, Z. 311ff.)</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>4a. Perspektiven und Gruppen integrieren</p> <p>Im Spital gibt es verschiedene Gruppen und Interessen und dies verlangt nach ‚Übersetzungsarbeit‘. Der Spitalmanager ist dafür verantwortlich, alle ‚ins Boot zu holen‘ und das commitment für eine bestimmte Idee herzustellen</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Integrieren, das Ganze sehen (SM 5) Führung ist und benötigt Übersetzungsarbeit zwischen unterschiedlichen Positionen (SM 8) Leute und Bereiche integrieren (SM 9) Gemeinsames Verständnis schaffen (SM 12)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Die verschiedenen Fähigkeiten von Leuten an einem Tisch zusammen zu bringen, um nachher das Gesamte als Fähigkeitenpool realisieren zu können; um etwas umsetzen zu können“. (SM 9, Z. 81ff.)</p> <p>„Weil die Spitalorganisationsstrukturen, wie sie traditionell gewachsen sind mit dem Dreibein Pflege, Medizin und Verwaltung, die zeigt sich hier natürlich auch. Ich bin also nicht mehr wie früher nur der CEO, ich bin der Verwaltungsdirektor, der zwar der Spitaldirektion vorsitzt aber bei Entschei-</p>

<p>Leute ins Boot holen (SM 14)</p>	<p>dungen von strategischer Bedeutung, ist noch ein Delegierter vom Verwaltungsrat involviert. Der ist sozusagen das Verbindungsglied. Das Ganze macht die Führungssituation anders. Es macht sie nicht weniger spannend, aber es macht sie anders. Es ist noch viel wichtiger, die Leute ins Boot zu holen - auch die Ärzte und die Pflege ins Boot zu holen, sie zu gewinnen, um etwas verändern zu können. Es läuft vielleicht etwas mehr auf der Ebene von Kompromissen. Aus wirtschaftlichen Überlegungen sind es gelegentlich nicht immer ‚first best‘, sondern ‚second best‘ Lösungen. Dafür sind alle im Boot und es wird gedreht, das hat durchaus seine Qualität.“ (SM 14, Z. 39ff.)</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>4b. Gemeinsam(e) Ausrichtung finden</p> <p>Die Ziele werden idealerweise gemeinsam definiert. Wenn man dann gemeinsam in eine Richtung marschiert und erfolgreich ist, hat man als Spitalmanager viel erreicht.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Entscheidungsprozesse auf gemeinsame Ziele hin moderieren (SM 7)</p> <p>Gemeinsam Lösungen (in schwierigem Umfeld) finden (SM 13)</p> <p>Miteinander für ein gemeinsames Ziel (SM 13)</p> <p>Gemeinsam auf das Ziel zumarschieren (SM 14)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Es geht darum, die Leute anzuleiten, zu moderieren und miteinander alle Vor- und Nachteile abzuwägen und zu einem Konsens oder auch zu einem Kompromiss zu kommen. Ein konkretes Beispiel: Wenn ich zwei Millionen Investitionsbudget habe für kleinere Anschaffungen und der Bedarf, der gemeldet wird, ist drei Millionen. Das ist ein alltägliches Beispiel, das kommt oft vor. Dann könnte es einfach sein, dass ich Kraft meiner Position diese Anträge werte und nachher sage: Das machen wir, das machen wir nicht! Das halte ich aber nicht so. Ich sitze lieber mit diesen Chefarzten zusammen und dann diskutieren diese miteinander aus ihrer Sicht, warum sie etwas brauchen und in welcher Priorität oder in welcher Dringlichkeit ein solches Geschäft erledigt werden muss. Dann muss ich eigentlich gar nicht entscheiden, obwohl diese Kompetenz bei mir liegt. Ich moderiere sie so, dass sie selber zu einem sachgerechten Ergebnis kommen.“ (SM 7, Z. 64ff.)</p> <p>„Und wenn man dann miteinander die Entwicklung macht und sagt: ok, hier stehen wir jetzt ... und ein Jahr später stellt man fest, dass beide Wort gehalten haben. Wir haben die Rahmenbedingungen geschaffen bezüglich Organisation, bezüglich Infrastruktur, bezüglich Investition. Und der Dienstleister der Klinik hat es umgesetzt. Erfolgreich, so dass man Wachstum sieht und Qualität und Zufriedenheit. Und das sind so Aspekte, wo man miteinander etwas erarbeitet hat; etwas gedacht hat, es umgesetzt hat und dann funktioniert es auch. Und das ist das Ding. Und dann kommt das nächste Jahr und man setzt wieder gemeinsame Ziele. Nicht so viele; drei, höchstens vier, aber die setzen wir um und dann kommt man in - wie soll ich sagen - auf eine gleiche Ebene. Da hat es keine Hierarchien, das ist ein Miteinander. Und man hat Freude am gemeinsamen Erfolg“ (SM 13, Z.105 ff.).</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p>	

5. Sich behaupten, sich durchsetzen

Als Spitalmanager muss man sich manchmal durchsetzen bzw. behaupten. D.h. man muss bei Entscheidungsprozessen auf die eigenen Kompetenzen vertrauen und die Verantwortung übernehmen. Gemeinsame Entscheidungsprozesse nehmen manchmal zu viel Zeit in Anspruch.

Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)

Sich durchsetzen müssen (SM 1)
Führung setzt Druckmittel voraus (SM 1)
Führung über Finanzen (Dealmaking) (SM 1)
Mitarbeiter entlassen können (SM 1)
Den Machtkampf austragen (SM 1)
Auf das eigene Urteil vertrauen (SM 2)
Sich behaupten (SM 4)
Nicht lange rumreden (SM 4)
Alphatier: Sich durchsetzen wollen (SM 5)
Auch mal alleine entscheiden und Verantwortung übernehmen (SM 7)

Beispielhafte Zitate

„Das andere ist der Verwaltungsbereich, der sagt: Konflikte müssen gelöst werden, wenn man effizient arbeiten will. Man muss möglichst rasch seine Entscheide oder seine Grundsätze durchsetzen. ...Und da greift dann der Verwalter oft zu den Finanzmitteln. Also es kommt dann so bei den anderen an, dass er über die Finanzen seinen Entscheid durchsetzt, indem er entweder Finanzen initiiert, Investitionen nicht zusteht und dann Abhängigkeiten entstehen lässt“ (SM 1, Z. 391ff).

„Ich bin als junger Schnösel gekommen, knapp Mitte dreißig Jahre alt und dadurch natürlich verschieden von den gestandenen Chefärzten, den Professoren. Das war nicht gerade eine natürliche Situation. Es war damals eine ähnliche Situation wie mit dem Bruder – der große Bruder, der im pubertären, postpubertären Bereich, nicht akzeptieren und nicht verarbeiten konnte das der kleine Bruder nicht mehr die Rolle des kleinen Bruders spielt, sondern gleichwertig sein wollte. Oder vielleicht auch dominieren wollte, das sei mal dahin gestellt“ (SM 4, Z. 53ff).

Aggregiertes (Haupt-) Thema

6. Sagen, was Sache ist, die Realität erklären und überzeugen

Die Mitarbeiter sehen oft nur ihren eigenen Bereich und können die zukünftigen Entwicklungen nicht vorweg nehmen. Es ist daher wichtig als Spitalmanager Szenarien aufzuzeigen und den Mitarbeitern die Realität zu erklären. Auf diese Weise kann man sie für die beabsichtigten Veränderungen überzeugen und motivieren.

Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)

Sagen, was Sache ist (SM 2)
Es geht um die Sache (SM 3)
Offen was Sache ist ansprechen und transparent kommunizieren (SM 7)
Überzeugen statt Befehlen (SM 8)
Leuten die Realität erklären (SM 9)
Überzeugen und begeistern (SM 9)

Beispielhafte Zitate

„Da war auch im Zusammenhang mit Führungsansprüchen unsere erste Fragestellung: Wo sind unsere Kompetenzen? Und er hat uns dann klipp und klar gesagt, dass es in unserem Beruf, in unserer Funktion eigentlich keine Kompetenzen gibt. Wenn man nicht überzeugen kann, dann ist man am falschen Ort. Mit Kompetenzen lässt sich das nicht reparieren. Und das war für mich eigentlich auch für die spätere Tätigkeit eine relativ wegweisende Leitplanke. Man wusste, dass sich Führung mit hierarchischen Kompetenzen praktisch nie oder nur in den seltensten Fällen oder nur kurzfristig erzwingen lässt und schliesslich ins Aus führt“ (SM 8, Z. 18 ff.).

„Inwieweit gelingt es, das System zu überzeugen, so dass

<p>Überzeugungsarbeit leisten (SM 11)</p> <p>Strukturiert und rational Fragen lösen (SM 11)</p> <p>Nachvollziehbare und systematische Entschiedenheit zeigen (SM 15)</p>	<p>eine Bewegung in die Richtung wirklich lohnend und richtig ist. Und dann letztlich die unterstellten Führungsleute und die Mitarbeiter zu gewinnen und in eine Richtung zu bewegen" (SM 11, Z. 243ff.).</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>7. Entwickeln und reifen lassen (Geduld, Gelassenheit)</p> <p>Manche Veränderungen und Initiativen brauchen Zeit. Die Arbeit im Spital-System verlangt daher oftmals nach Geduld und Gelassenheit.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Schritt für Schritt vorwärts (SM 2)</p> <p>Grosszügiger Geist (SM 2)</p> <p>In Misserfolgen Positives sehen (SM 7)</p> <p>Handlungsspielräume zugestehen, Verantwortung delegieren (SM 8)</p> <p>Bestehendes weiterentwickeln (SM 8)</p> <p>Prozesse führen (SM 11)</p> <p>Veränderung braucht Zeit (SM 11)</p> <p>Gelassenheit und Geduld (SM 11)</p> <p>Pragmatisch vorgehen (SM 15)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Das andere Führungserlebnis ist: Wie erlebt man ein solches System? Das ist natürlich hochinteressant und braucht eine gewisse Gelassenheit, weil man grundsätzlich viele Dinge, viel, viel rascher hätte umsetzen können. Oder jetzt meint, man hätte das viel rascher tun können. Vielleicht zu Recht, vielleicht aber auch nicht, weil diese Systeme eine gewisse Trägheit haben. Es braucht quasi die Geduld, zu warten bis sich das bewegt. Das ist natürlich interessant zu beobachten, wie sich die einzelnen Akteure darin verhalten. Wie reagiert wird, wie abgewartet wird, wie einzelne Dinge bewusst post-priorisiert werden, weil niemand ein Risiko eingehen will. Das Erlebnis ist einerseits, dass diese Prozesse im schweizerischen System sehr austariert sein können, dass aber auch gewisse, eigentlich klare Dinge, bei denen es sachlich keine wirklichen Gegenargumente gibt, wenn man das aus einer wissenschaftlichen, rationalen Perspektive anschaut - dass die sich dann über Jahre nicht realisieren lassen, weil eine politische Konstellation dagegen steht. Das ist ein Phänomen, welches man immer wieder sieht. Das hat mit Kompromissituationen, Gegengeschäften, Austarieren von Macht und so weiter zu tun. Das ist auch im Gesundheitswesen so" (SM 11, Z. 180ff.).</p>

<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>8. Anpacken, bewegen und verändern</p> <p>Gelegenheiten müssen angepackt werden! Als Spitalmanager freut man sich, wenn man Dinge bewegen und verändern kann und die Früchte des Schaffens sichtbar sind.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Etwas angehen und bewegen (gewinnen) (SM 3)</p> <p>Ideen pflanzen (SM 7)</p> <p>Mit begrenztem Einfluss umgehen können (SM 9)</p> <p>Initiativ, kreativ und offen für Neues sein (SM 9)</p> <p>Sich Problemen stellen (SM 12)</p> <p>Herausforderungen anpacken, ‚machen‘ (SM 13)</p> <p>Freiräume haben (SM 14)</p> <p>Schnell verändern wollen (SM 14)</p> <p>Zustände in der Zukunft vorgeben und dabei bleiben (SM 15)</p> <p>Präsent sein und direkt kommunizieren (SM 15)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Als wir uns zusammengerafft haben, ist es viel einfacher gegangen und wir haben das dann umgesetzt. Und es gibt heute auch noch Ecken und Ösen und viele sagen: ‚Ich finde es nicht gut und so weiter‘. Aber man muss dann einfach mal durch. Das glättet sich irgendwann. Und so haben wir heute eine neue Struktur. Wir haben die ganze Medizin umgekrempelt, was seit 15 Jahren ein riesiges Thema war. Die Leute, die machen schon mit. Man muss einfach mit ihnen anfangen und das dann auch konsequent durchziehen“ (SM 3, Z. 126ff.).</p> <p>„Und da sind natürlich irrsinnige Projekte gewesen. Da hat man das Spital auch als Bauvorhaben gehabt. Man hat die Belegschaft verdoppelt – damals habe ich wirklich noch aus dem Vollen schöpfen können. Man hat auch neue Strukturen bauen müssen. Man hat ein eigenes Personalreglement gemacht“ (SM 13, Z. 408ff).</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>9. An Professionsgrenzen stossen</p> <p>Das Spital-System setzt dem eigenen Handeln bestimmte Grenzen, beispielsweise weil wichtige Entscheidungen nur gemeinsam und nicht im Alleingang getroffen werden können. Statt Dinge schnell zu verändern muss man sich manchmal damit abfinden, dass es nur langsam vorwärts geht.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Etwas bewegen wollen und blockiert sein (SM 1)</p> <p>Ausgeschlossen sein (aus der ‚Familie‘) – nicht reinkommen (SM 1)</p> <p>Ohnmacht gegenüber den gewachsenen Strukturen (SM 1)</p> <p>Professionelle Autisten (SM 5)</p> <p>Knochenarbeit: Alte Muster durchbrechen (SM 5)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Und hier drinnen ist es so, dass die Gruppe alles macht. Das ist eine kleine Familie, die nicht will, dass jemand Fremdes in sie eindringt. Man macht alles im Stil wie man es wahrscheinlich in den letzten 20 Jahren schrittweise entwickelt hat. Und wenn dann von draußen einer hereinkommt, der eine ganz andere Arbeitsauffassung hat, dann wird der zermürbt“ (SM 1, Z. 163 ff.).</p> <p>„Ohne dass da eigentlich eine echte Bereitschaft zur Veränderung vorhanden ist. Eine Oberärztin, ein Oberarzt ist in der Regel durch eine knochenharte Schule gegangen, die ebenfalls auf dem Prinzip des ‚fertig Machens‘ basiert. So</p>

<p>Die Autonomie der Chefärzte reduzieren (SM 9)</p> <p>Direkte Wege gehen wollen (Prozesse) (SM 14)</p>	<p>gesehen habe ich deshalb ein gewisses Verständnis, dass es ab und zu einen Ausraster gibt. Aber meine Erwartung, dass die das doch eigentlich einsehen müssten, dass das so nicht gehen kann und dass man das ändern muss – diese Erwartung wird immer wieder enttäuscht“ (SM 5, Z. 543 ff.).</p>
--	--

Anhang B: Führungsverständnisse Chefärzte

Die nachfolgende Tabelle stellt weitere Informationen zur Veranschaulichung des Führungsverständnisses von Chefärzten zur Verfügung.

<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>1. Führungslegitimation durch Profession</p> <p>Die Legitimation zur Führung erhält man aus Ärztesicht durch die Fachkompetenz bzw. durch die Dazugehörigkeit zur Professionskultur. Wenn man nichts vom Fach versteht, sollte man den Experten nicht ‚hineinreden‘ oder über sie bestimmen können.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Führung ‚verdienen‘ müssen (CA 3)</p> <p>Nicht einfach akzeptieren (CA 3)</p> <p>Man muss anschlussfähig an die Professionskultur sein, um führen zu dürfen (CA 8)</p> <p>Wir sind (nicht) wie die anderen (CA 8)</p> <p>Aus der eigenen Geschichte und Professionskultur Führungsgrundsätze gewinnen (CA 8)</p> <p>Dysfunktionale Aufteilung der Entscheidungsverantwortung (CA 9)</p> <p>Führen sollen die, die von der Sache etwas verstehen (CA 10)</p> <p>Führung entsteht aus einem Interesse heraus (CA 12)</p> <p>Als Chef muss man das Produkt kennen (CA 12)</p> <p>Die Führung sollte ein Mediziner übernehmen (CA 13)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Wenn ihr mir einen CEO vor die Nase setzt, dann werde ich zum fürchterlichsten Querulant, den man sich vorstellen kann. Das kann ich Ihnen garantieren. Denn ich kann nicht akzeptieren, dass jemand, der von der Materie nichts versteht, einfach diktatorisch führt ... Ich akzeptiere Leute, die von ihrer Sache etwas verstehen; die rational begründet sagen: ‚So ja, so nein‘. Aber Leute, bei denen ich das Gefühl habe, dass sie haben von Tuten und Blasen keine Ahnung – das akzeptiere ich nicht“ (CA 3, Z. 996 ff.).</p> <p>„Es ist eben doch nicht alles übertragbar. Und damit wird auch klar, dass derjenige bei der Führung eines Grossspitals in Schwierigkeiten kommt, der nur nach Zahlen, Erträgen, plus/minus Defizitzuschuss o.ä. handelt. Denn einer solchen Person fehlt die Beurteilung, ob nicht grundsätzlich etwas gemacht werden muss“ (CA 13, Z. 168 ff).</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>2. Professionelle Selbständigkeit im überregulierten System beanspruchen</p> <p>Freiräume besitzen und über Entscheidungs- und Handlungsspielraum verfügen sind wichtige Anliegen der Ärzte. Dies begründet sich vor allem daraus, dass man als Chefarzt am besten weiss, wie eine Klinik funktioniert. Die Autonomie ist jedoch durch die Überregulierung des Systems und die dysfunktionalen Entscheidungsstrukturen meist nicht gegeben.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Freiräume beanspruchen (CA 3)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Ein Grossteil der Führung wird eigentlich durch das System verunmöglicht. Ich kann eigentlich wenig erzielen und als Chefarzt in aller Regel nur fachlich führen. Ich kann nicht für</p>

<p>Irrsinn der Führung im Spital (CA 4)</p> <p>Verantwortlichkeit muss klar sein (CA 5)</p> <p>Bedürfnis nach klaren Verhältnissen (CA 6)</p> <p>Über Entscheidungs- und Handlungsspielraum verfügen (CA 9)</p> <p>Gefangen sein im überregulierten System (CA 9)</p> <p>Der Gesamtkomplexität des Systems Rechnung tragen (CA 9)</p> <p>Meinen Bereich autonom verantworten können (CA 10)</p> <p>Arroganz etablierter Verhältnisse (CA 12)</p>	<p>eine Organisation verantwortlich sein, wenn ich nicht für die ganze Organisation hinstehen muss. Ich kann auch das Budget nicht übertragen von einem auf den anderen Zweig. Also die Entscheidungsgewalt – was das Organisatorische im eigenen Laden betrifft - ist minimal“ (CA 4, Z. 415 ff.).</p> <p>„Ich meine, dass es klug ist, dass wir ein Budget haben. [Wir] können ja ruhig knapp sein, aber wir müssen selbstständig entscheiden können, ob wir damit zum Beispiel eine Broschüre machen, o.ä. Aber immer Anträge dafür zu stellen und das mit jemandem verhandeln zu müssen, der vielleicht nur mal zeigen will, dass er jetzt der Chef ist - also das ist ausgesprochen unerfreulich“ (CA 10, Z. 723 ff.).</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>3. Auch kämpferisch etwas durchsetzen</p> <p>Wenn man von etwas überzeugt ist, sollte man sich dafür einsetzen und es konsequent einfordern. Wenn man mit etwas nicht einverstanden ist, wird dies klar kommuniziert – wenn es nicht auf Akzeptanz stösst, sollte man die Herausforderungen annehmen und Durchhaltevermögen zeigen.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Etwas durchsetzen (CA 1)</p> <p>Agieren statt reagieren (Leute und Situationen ‚im Griff‘ haben) (CA 1)</p> <p>Kämpfen (CA 1)</p> <p>Konsequent etwas einfordern (sich durchsetzen) (CA 4)</p> <p>Konsequenzen ziehen können (CA 9)</p> <p>Dissens klar markieren (CA 10)</p> <p>Herausforderungen annehmen und kämpfen können (CA 10)</p> <p>Nicht immer nur beliebt sein (CA 12)</p> <p>Führungsreife: Auch unangenehme Entscheide direkt angehen und umsetzen (CA 14)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Und das sind Kämpfe gewesen, die man sich geliefert hat. Zum Teil hat er über die Gewerkschaft mobil gemacht. Das sind ganz schwierige Zeiten gewesen. Und erst am Schluss hat man sich irgendwie gefunden. Weil er sein ‚Visier‘ runter nehmen konnte als er dann in die Praxis gegangen ist. Da konnte ich dann zurücklehnen und dann ist es eine gute persönliche Beziehung geworden“ (CA 1, Z. 409 ff.).</p> <p>„Aus der Sache heraus gab es für mich keine andere Möglichkeit. Und das ist insofern ein Führungserfolg für mich und eine Reifung, weil ich einen extrem unangenehmen Entscheid einfach so durchgeführt habe. Dort merkte ich, dass ich älter geworden bin“ (CA 14, Z. 180 ff.).</p>

<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>4. Linien und Kanten haben</p> <p>Man sollte eine klare Linie verfolgen, auch wenn man dadurch bei anderen aneckt. Das Verhalten sollte authentisch und glaubwürdig sein – auch wenn das impliziert, seine Kanten zu zeigen.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Andere überzeugen, indem man selber dahinter steht (CA 1)</p> <p>Eine klare Linie verfolgen, anecken (CA 2)</p> <p>Klar, konsistent und direkt sein (CA 9)</p> <p>Ehrlich und manchmal auch laut – jedenfalls gerade heraus (CA 13)</p> <p>Authentisch, glaubwürdig (mit einer klaren Linie) (CA 13)</p> <p>Führung heisst auch Persönlichkeit zu zeigen (CA 14)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Ihr Verhalten ist extrem wichtig. Sie müssen extrem konsistent sein. Sie dürfen nicht einfach von einer Linie abweichen, weil es einfacher ist. Sie müssen Ihre Meinung klar sagen. Die darf manchmal auch störend sein. Sie muss sicherlich nicht aggressiv sein, aber sie muss ganz klar sein: Was sind die Richtungen, welche wir haben möchten? Und auch kongruent sein, mit dem was erwünscht ist in der gesamten Struktur. Da kann man nicht einfach etwas anderes organisieren“ (CA 9, Z. 174 ff).</p> <p>„Ich habe den Eindruck - auch heute noch -, dass viele Betriebe, die sehr erfolgreich sind, dass die sehr markante Persönlichkeiten haben. Ich kenne deren Führungsfähigkeiten nicht konkret, aber sei dies Herr Hayek oder der Herr, der Phonak führt. Ich möchte mich in keiner Weise mit denen vergleichen, ich meine nur als Beispiel: Die haben neben ihren grossen Fähigkeiten auch eine grosse persönliche Ausstrahlung. Und das scheint mir wichtig. Ich möchte nicht eine graue Maus sein. Das bedeutet, dass ich mich auch mal im Abseits befinde. Das ist unvermeidlich. Zu dem stehe ich, glaube ich“ (CA 14, Z. 246 ff.).</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>5. Freiräume gewähren</p> <p>Für die Nachwuchsförderung ist es wichtig, andere gross werden zu lassen und ihnen die dafür notwendigen Freiräume zuzugestehen. Man sollte ihnen Vertrauen schenken – allerdings schliesst das nicht aus, dass man Grenzen klar aufzeigt und auch kontrolliert.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Vertrauen statt Bevormundung (Leute ‚machen lassen‘) (CA 2)</p> <p>Leute machen lassen, sie ‚gross‘ werden lassen (CA 7)</p> <p>Selber Führung wahrnehmen (initiativ sein) vs. Initiative zulassen (CA 12)</p> <p>Freiräume geben – aber diese mit Zäunen abstecken (CA 13)</p>	<p>Beispielhaftes Zitat</p> <p>„Ich habe immer ein Riesenproblem gehabt mit sehr hierarchisch geführten Strukturen. Ich habe kein Problem, wenn mir jemand sagt, was zu machen ist, aber ich mag nicht die Kontrolle. Was ich geschätzt habe ist, wenn ich einen Chef gehabt habe, der gesagt hat: Das ist dein Garten. Und ich erwarte das und das von dir. Und ich dann selber entscheiden durfte, ob ich jetzt in der Ecke Rosen pflanze oder dort irgendeine Sonnenblume. Das ist ihm eigentlich egal gewesen. Ich habe einfach die Aufgabe gehabt, einen Blumen Garten zu machen. Und auf der anderen Seite die Chefs, die dann immer gefunden haben „Aber die Blumen hätte ich</p>

Facilitator sein (CA 15)	lieber dort drüben und ja, wieso machst du die dort und die solltest du etwas mehr giessen usw.“ Da habe ich immer gefunden: Dann soll ER es doch machen. Dann muss ich das nicht machen. Wenn er schon genau weiss, wie es sein muss, soll er es gleich machen“ (CA 2, Z. 15 ff.).
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>6. Mitarbeiter heranzuführen und formen können</p> <p>Eine wichtige Aufgabe ist es, den Nachwuchs fachlich auszubilden und in die Professionskultur einzuführen. Dies funktioniert z.B. indem man direkt am Geschehen dabei ist und den Leuten zeigt, wie man gerne möchte, dass sie es machen. Man selber sollte als Vorbild handeln.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Mitarbeiter heranzuführen (CA 3)</p> <p>Zum Denken und Teilnehmen herausfordern (CA 3)</p> <p>Know-how von Erfahrenen nutzen (CA 3)</p> <p>Direkt dabei sein (nahe am Geschehen sein) (CA 4)</p> <p>Ausbilden und formen (CA 8)</p> <p>Klare Leitlinien und Werte vorleben und vermitteln (CA 8)</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Ich versuche das möglichst direkt zu machen. Einerseits vor Ort zu sein - ich bin jeden Tag auf der [bestimmten Station] und arbeite mit den Oberärztinnen und mit den Assistentinnen zusammen, so dass ich immer wieder meinen Input geben kann. Sowohl fachlich, wie auch organisatorisch, wie auch die Werthaltung betreffend. Also quasi ethisch im eigentlichen Sinn. Also direkte Führung, so dass jeder mit der Zeit merkt, was ich will“ (CA 4, Z. 159 ff.).</p> <p>„Das Militär bietet insofern eine gute Grundlage, wie man Nicht-Profis quasi didaktisch schulen muss, damit sie gewisse Abläufe, die komplex sind, auch unter schwersten Bedingungen machen müssen. Und das war für mich eine didaktische Herausforderung. Ich habe immer alles ein bisschen von der methodisch-didaktischen Seite gesehen und habe das als Challenge gesehen“ (CA 8, Z. 51 ff.).</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>7. Für seine Leute Sorge tragen</p> <p>Nicht nur die fachliche Ausbildung ist wichtig, sondern auch, dass man sich für seine Mitarbeiter engagiert und ihnen den Rücken deckt. Führung bedeutet Verantwortung und diese muss man vor allem gegenüber Abhängigen wahrnehmen.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Sich um die Leute und die Atmosphäre kümmern (nicht um das Papier) (CA 2)</p> <p>Nach seinem eigenen Bereich schauen (CA 6)</p> <p>Nahe bei den Leuten sein (CA 7)</p> <p>Sich für seine Leute engagieren (CA 7)</p> <p>Sorge für die Abhängigen (Führung ist</p>	<p>Beispielhafte Zitate</p> <p>„Er ist nie gekommen und das haben wir als mangelndes Interesse interpretiert. Und damals hat es Leute gegeben, die verbittert waren. „Er ist nie in den Keller ins Labor gekommen, um zu sehen, was ich mache.“ Hat einer gesagt und ist dann nach fünf Jahren zu der Suva [Schweizerische Unfallversicherung] gegangen. Eine Karriere, die nicht meine gewesen wäre. Aber ich habe dann bald gemerkt, dass man direkt zu ihm gehen muss. Man muss ihm etwas zeigen, man muss versuchen, ihn für das, was man selber macht, zu interessieren. Ich weiss nicht warum er es so machte, aber so war es. Ich habe versucht, es anders zu</p>

<p>Verantwortung) (CA 8)</p> <p>Interesse am Mitarbeiter als Mensch und seiner Arbeit zeigen (CA 9)</p>	<p>machen; aus dieser Erfahrung heraus, selber zu schauen und nachzufragen“ (CA 6, Z. 148 ff.).</p> <p>„Und als Anfänger in der Forschung habe ich zwei Leiter erlebt, die ganz ausgezeichnet waren. Weil sie sich - genau wie ich bereits gesagt habe - um die Leute gekümmert haben. Kümmern mit Blick auf das Gesamte: als Mensch und auch als Person, welche Interessen haben kann. Es war nicht immer nur einfach – die waren nicht nur nett zu uns. Aber sie waren interessiert und haben sich Mühe gegeben. Sie haben die Leute gefördert und damit das Maximale aus den Leuten herausgeholt. Das war vielleicht das wichtigste Erlebnis“ (CA 9, Z. 13 ff.).</p>
<p>Aggregiertes (Haupt-) Thema</p> <p>8. Miteinander im Austausch sein</p> <p>Eine offene und ehrliche Kommunikation beugt Konflikten vor und hilft, voneinander zu lernen. Als Führungskraft ist man dafür verantwortlich, dass alle im Team gut informiert sind. Entscheidungen stimmt man idealerweise miteinander ab.</p>	
<p>Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)</p> <p>Diskutieren können (CA 3)</p> <p>Kommunikation beugt Konflikten vor bzw. löst Probleme (damit es ‚smooth‘ läuft) (CA 5)</p> <p>Fehler und Probleme gehören auf den Tisch (CA 5)</p> <p>Informationen erhalten und transparent verteilen (CA 8)</p> <p>Offene, ehrliche und persönliche Ebene/Kommunikation (CA 11)</p> <p>Miteinander im Austausch stehen (CA 12)</p> <p>(Unterbrochener) Informationsfluss (CA 14)</p>	<p>Beispielhaftes Zitat</p> <p>„Wir haben ein paar Mal solche Sitzungen gemacht, wo sich die Leute ‚auskotzen‘ konnten. Dabei ist mir manchmal angst und bange geworden. Ich habe gedacht, ‚jetzt bricht das ganze Team auseinander‘. Weil die sind so aufeinander los gegangen. Aber dann ist genau das Gegenteil passiert. Nachher war alles viel besser. Weil die mal alles gesagt haben. Teilweise haben die auch einfach überreagiert. Ich glaube daher, dass Probleme offen anzusprechen etwas vom aller Wichtigstem ist. Aber dazu muss man sie zuerst erkennen. Und viele Probleme – z.B. „führungsmässige“ Probleme, die gehen, wenn man ganz ehrlich ist, auf mangelnde Kommunikation zurück. Es ist fast immer ein Kommunikationsproblem: Dass man nicht miteinander gesprochen hat oder mit den falschen Leuten gesprochen hat und so weiter. Deshalb ist die Kommunikation für mich etwas extrem Wichtiges“ (CA 5, Z. 319 ff).</p>

Aggregiertes (Haupt-) Thema

9. Autoritäres Chefarzt-Denken überwinden

Für die Entwicklung des Fachs ist es wichtig, dass man das bestehende Status- und Kastendenken überwindet und sich vom Personenkult distanziiert. Heutzutage ist hierarchisches und autoritäres Verhalten nicht mehr angemessen – statt dessen ist der Chef auf sein Team angewiesen und sollte dessen Kompetenz anerkennen und nutzen.

Themen der einzelnen Interviews (Unterthemen)

Status- und Kastendenken überwinden
(CA 2)

Sich vom Personenkult distanzieren
(CA 2)

Autoritäre Dinosaurier Gebärden besser sein lassen (CA 4)

Nicht über Hierarchien führen (CA 7)

Beispielhafte Zitate

„Und mit diesem Wissen - das man eben oftmals zitiert wird und dann aber doch nichts Wirkliches passiert – aufgrund dieser Erfahrung habe ich mich immer bemüht, nicht diese ganz grossen Drohgebärden, die ich selber erlebt habe mit sofortigem Rausschmiss usw., die nicht zu zeigen und es nicht so zu machen“ (CA 4, Z. 94ff.).

„Und dann war ich noch an einer [anderen], sehr grossen Klinik. Dort war es recht hierarchisch und das habe ich negativ erlebt, weil da einfach jeder - wie soll ich sagen – jeder wollte beim Vorgesetzten gut dastehen und hat auf ‚liebes Kind‘ gemacht. Und da wurde bisweilen auch die Grenze des Korrekten überschritten. Also das war nicht so schön. Aber es ging halt um viel und deshalb hat man dann plötzlich auch mal Dinge verdreht. Sehr heikel“ (CA 7, Z. 42 ff.).

Anhang C: Projektorganisation

Projektleitung

PD Dr. P. Berchtold, College-M

Dipl.-Psych. Nada Endrissat, Universität Basel (Projektkoordination)

Prof. Dr. W. R. Müller, Universität Basel (Wissenschaftliche Leitung)

Dr. Ch. Schmitz, College-M

Projektmitarbeiter

Dr. Stephan Burla, Burla Management

Dr. Regula Burri, Universität Zürich

Dr. Joachim Maier

PD Dr. W. Vogd, Humboldt-Universität Berlin