

Die Chance des Managements – ein integrierter Ansatz

C. Schmitz

Die Bedeutung des Managements von Spitälern ist in den letzten Jahren gestiegen und wird weiter steigen. Diese Entwicklung ist Resultat des allgemeinen ökonomischen Drucks wie auch der schleichenden Aufkündigung des gesellschaftlichen Konsens gegenüber medizinischen Institutionen (Stichworte dazu: Qualität, Fragen der Angemessenheit medizinischen Handelns, Fragen der Ethik usw.). Offensichtlich berührt diese Entwicklung intensiv die Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns. Eine Folge davon ist der Wandel der sogenannten psychologischen Verträge von Ärzten. Mit psychologischem Vertrag ist gemeint, dass jede Person, die einer Organisation beiträgt, neben dem expliziten juristischen Arbeitsvertrag auch ein implizites, psychologisches Geschäft abschliesst. Zum Beispiel, ist jemand bereit, Leistungsbereitschaft, Einsatz, Verzicht auf Freizeit usw. einzubringen, und erwartet dafür Zugang zu einer lukrativen Beschäftigung, einer spannenden Tätigkeit, die Gelegenheit, sich weiterentwickeln oder unter sicheren Anstellungsbedingungen arbeiten zu können usw. Diese Verträge sind zumeist weder der konkreten Person noch der Organisation voll bewusst. Auf ihre Bedeutung stossen wir regelmässig erst dann, wenn der Wandel der Verhältnisse diese Verträge touchiert.

Psychologische Verträge bei Ärzten

Wie Studien zeigen, sind Veränderungen psychologischer Verträge oft schwierige und schmerzhaft Vorgänge. Tatsächlich können wir von echten Transformationsprozessen sprechen. In Wirtschaftsunternehmen war dies in den letzten Jahren insbesondere hinsichtlich des Verlustes an Arbeitsplatzsicherheit zu beobachten. Dachten viele Mitarbeitende wie Führungskräfte stillschweigend, dass ihr Arbeitgeber ihnen eine Art lebenslanger Arbeitsplatzgarantie garantieren kann, zeigte sich in den letzten Jahren, dass das nicht zutrifft und sie sich entsprechend neu zu orientieren haben. Offensichtlich ist eine die Variation einer solchen Basisannahme des eigenen Tätigseins keine einfache Sache.

Wie sieht das bei Ärzten aus? Der alte, klassische psychologische Vertrag sah in etwa so aus [1]:

Was Ärzte geben: Sie

- opfern frühe Verdienstmöglichkeiten und arbeiten hart;
- kümmern sich um Patienten;
- bemühen sich um «good care» (und zwar so, wie sie sie selbst definieren).

Was sie zurückkriegen:

- akzeptable Belohnung;
- später in ihrer Laufbahn: eine akzeptable «work/life»-Balance;
- Autonomie;
- Arbeitsplatzsicherheit;
- soziale Achtung und Respekt.

Den alten Erwartungen stehen jedoch neue Anforderungen gegenüber. Die relative Stimmigkeit des alten Vertragsmodells wird durch folgende, zusätzliche Herausforderungen gefährdet:

- umfangreichere Rechenschaftspflichten;
- höhere Ansprüche der Patienten;
- komplexere Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und weiteren Berufsgruppen;
- Evaluationen durch «fachfremde Experten»;
- zunehmende Kultur wechselseitiger Beschuldigungen (anstelle der bislang bestehenden professionellen Etikette).

Diese neuen Herausforderungen geben zumindest in England zur Diskussion über «the unhappy doctor» Anlass [2]. Unzufriedenheit, Abgänge, vorzeitige Pensionierungen usw. sind zu beobachten. Und in der Schweiz? Die Diskussionen kennt man hier genauso, auch sind die Herausforderungen hierzulande sehr ähnlicher Natur, wenn sich auch mancher Sachverhalt im Vergleich zu den englischen Verhältnissen etwas milder zu präsentieren vermag.

Ein Tanz?

Viele dieser neuen Herausforderungen – Transparenz über das eigene Tun, Messungen, Legitimationen und Beurteilungen aller Art – sind typische Managementthemen. Das schlägt natürlich durch auf die Beziehungen zwischen Medizin und Management. Exemplarisch gilt das für Qualitätsmanagement, das vom Thema her eine Art Schnittmenge zwischen professions-

1 Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy Doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002;324:835-8.

2 Berchtold P, Schmitz C. (Un)happy doctors? Zwischen Arzt-Sein und Managen. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86:339-40.

Korrespondenz:
Christof Schmitz
College-M
Freiburgstrasse 41
CH-3010 Bern

internen und -externen Dynamiken darstellt. Gerade an diesem Thema verdeutlicht sich denn auch das Spannungsfeld, um das es geht. Das Thema selbst ist – aus professionellen Gründen naheliegend – akzeptiert, die Form, die Rahmung sowie Art und Weise der Durchführung jedoch erzeugt vielfach Frust und Unlust und ruft Kritik hervor. Oft meint man, dass die fachbezogenen Fragestellungen zu wenig berührt werden und beklagt sich über die Realitätsferne der (nicht-medizinischen) Qualitätsmanager oder umgekehrt beklagen sich diese, dass die Mediziner nicht auf ihre (guten) Ideen und Vorschläge eingehen. Ganz schnell entsteht hier eine Spirale wechselseitiger Kategorisierungen und Abwertungen. Bereits an diesem (noch relativ unproblematischen) Beispiel des Qualitätsmanagements wird die Problematik deutlich, dass «Management-» und «Fachthemen» nicht einfach in Verbindung zu bringen sind, sondern jeweils viel Arbeit der Integration der verschiedenen Perspektiven und Kompetenzen zu leisten ist.

Der aus dieser Spannung resultierende Tanz zwischen Medizin und Management, der gelegentlich als «danse macabre» tituiert wird, findet, wie unsere Forschung zum Thema «Managing professionals» in der Schweiz, in Deutschland und in England zeigt, überall in relativ ähnlicher Weise statt [3]. Dies ist angesichts der Unterschiede zwischen den nationalen Gesundheitssystemen durchaus bemerkenswert. Die berufsgruppenspezifischen Orientierungen sind wichtiger als national-kulturelle oder gesundheitssystembezogene. Flapsig in Anlehnung an Gertrude Stein formuliert: Ein Mediziner ist ein Mediziner ist ein Mediziner, egal ob hierzulande, in England oder anderswo; und dasselbe gilt für die Pflegenden wie die Manager: «It's everywhere the same» [4].

Differenzen

Hier haben wir jene zentrale Besonderheit von Spitälern vor Augen, die diese Organisationen von allen anderen unterscheidet: Spitäler sind ausserordentlich stark in sich differenzierte Systeme – mit dem Problem der Integration dieser Subsysteme. An eben diesem Problem laufen die Spitäler dieser Welt seit langem auf, und man kann immer wieder neu staunen, wie wenig sich trotz aller Anstrengungen daran ändert. Offensichtlich handelt es sich um eine kraftvolle Differenzierung. Deutlich wird diese Kraft etwa in den Ergebnissen von Studien zu berufsgruppenbezogenen Orientierungen: Degeling et al. grup-

pieren die berufsgruppenspezifischen Orientierungen auf einem Achsenkreuz, das von den Polen «Finanzieller Realismus und transparente Verbindlichkeit» vs. «Klinischer Purismus und unscharfe Verbindlichkeit» sowie «Individualistische Konzeptionen der klinischen Arbeit» vs. «Systematisierte Konzeptionen der klinischen Arbeit» aufgespannt wird [5]. Untersucht in England, Wales, Neuseeland sowie Australien zeigt sich, in welchem Mass die professionsspezifischen Orientierungen bestimmend sind. Die Gruppen sind unabhängig von ihrer nationalen Identität klar unterscheidbar und weitgehend kohärent. Wir müssen annehmen, dass auch in der Schweiz die Differenzen ähnlich ausgeprägt wären (Abb. 1).

Was ist an Unterschieden festzustellen?

- «General Managers» orientieren sich stark an systematischen Konzeptionen der klinischen Arbeit, finanziellem Realismus und transparenter Verbindlichkeit – «alles eine Frage der Organisation».
- «Medical Managers» tendieren zu individualistischen Konzeptionen der klinischen Arbeit und unterstützen – bis zu einem gewissen Grad – finanziellen Realismus und transparente Verbindlichkeit – «Wir können das günstiger machen, aber niemand soll uns dreinreden».
- Pflegeleitungen («Nurse Managers») orientieren sich stark an systematischen Konzeptionen und sind ambivalent gegenüber klinischem Purismus und unscharfer Verbindlichkeit – «Gemeinsam können wir es schaffen».
- Pflegende («Nurse Clinicians») orientieren sich an systematischen Konzeptionen und unterstützen stark klinischen Purismus und Unschärfe – «Wir sind die Anwältinnen der Patienten».
- Ärzte («Medical Clinicians») orientieren sich stark an individualistischen Konzeptionen der klinischen Arbeit – «Jeder Fall ist einzigartig».

Die Folgerung – integrativer Managementansatz

Aus diesen Befunden lässt sich auch ablesen, welche potentiellen Widerstände bei welcher Gruppe bei welchen Themen potenziell auftauchen werden. Beispielsweise wird klar, dass Ärzte ein grosses Ablehnungspotential gegenüber zentralen aktuellen Herausforderungen

3 Forschungsprojekt «Managing Professionals / Professionals managing» finanziert durch die WHI (Winterthur Health Initiative).

4 Schmitz C. Everywhere the same? – Zum Spannungsfeld zwischen Ärzten und Management. *Managed Care* 2004;8:18-20.

5 Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B. Medicine, management, and modernisation: a «danse macabre»? *BMJ* 2003;326:649-52.

haben (interdisziplinär-systematische Kooperation, Systematische Ansätze usw.) – und wie sehr ihre psychologischen Verträge betroffen sind. Degeling et al. vermuten gar, dass die «Medical Clinicians» jene Gruppe bilden, die angesichts der aktuellen Herausforderungen am meisten Widerstandspotential aufbringen. Auch lässt sich vermuten, mit welchen Koalitionen zu rechnen ist. Beispielsweise macht die in etlichen Spitälern beobachtbare enge Kooperation zwischen Pflegeleitung und Spitaldirektor aus Sicht dieser Ergebnisse absolut Sinn. Die Resultate zeigen aber auch eindrücklich, mit welchen Schwierigkeiten ein Management konfrontiert sein wird, dass im Sinne einer Gesamtperspektive die Klüfte zwischen den Gruppen überbrücken möchte.

Um das Konfliktpotential zwischen Medizin und Management zu entschärfen, empfehlen sich folgende Strategien:

- Nur gemeinsam mit dem medizinischen Personal gelingt es, den «clinical divide» zu überbrücken.
- Ärzte wie Pflegende sind darum sorgfältig ins Managen einzubeziehen, da andernfalls ungesunde Polarisierungen drohen.
- Dieser Einbezug kann nicht durch Strukturen, Organisation alleine sichergestellt wer-

den. Er läuft notwendig über Personen, die bei den verschiedenen Gruppen Akzeptanz finden und die die Fähigkeiten haben, Brücken bauen zu können.

- Das bedeutet hohe Anforderungen an diese Führungspersonen und die von ihnen zu bewältigenden -prozesse, um nicht in die typischen Fallen von Ungeduld, Abwertung und Kategorisierungen zu tappen.

Anerkennt man diese «facts», ergibt sich eine Reihe von Schlussfolgerungen:

- Es ist ein integrativer Managementansatz zu verfolgen, der um die prekären Relationen zwischen den differenzierten Gruppen weiss und diesen Rechnung tragen kann.
- «Prekär» meint, dass die Legitimationsbasis der wesentlichen Führungsbeziehungen (vor allem über den «clinical divide» hinweg) nicht als gegeben hingenommen werden darf, sondern permanenter Arbeit bedarf. Diese Legitimationen sind sowohl in sachlicher, sozialer wie zeitlicher Hinsicht immer wieder neu herzustellen.
- Es sind nicht einfach Managementkonzepte und -praktiken anderer Organisationen (Unternehmen) auf Spitäler zu übertragen, sondern Ansätze zu praktizieren, die eigenständig genug sind, den Besonderheiten der Institutionen des Gesundheitswesens gerecht werden zu können.
- Entsprechend sind sowohl «bottom up» aus den operativen, klinischen Dynamiken heraus entstehende integrierende Formen zu nutzen (z. B. bei hochgradig vernetzten medizinischen Aufgaben), wie auch «top down» Daten, Konzepte und Ressourcen so in die Kommunikation einzubringen sind, dass erfolgreiche Steuerungsleistungen entstehen können.
- Strukturen sind wichtig, noch wichtiger aber sind Prozesse und konkrete Praktiken. Kommunikation – als zentralem und sensiblem Medium der Führung – kommt absolut kritische Bedeutung zu.

Diese Aspekte sind sowohl in der aktuellen Managementpraxis, bei der Rekrutierung von (Führungs-)Personal sowie in der Qualifizierung des Personals (Management Development) zu beachten.

Abbildung 1

Unterschiedliche professionsspezifische Orientierungen in England, Wales, Neuseeland und Australien [5].

