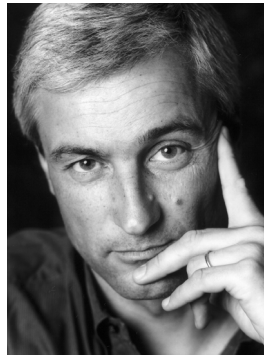




Peter Berchtold

Mitbegründer und geschäftsführender Gesellschafter des College-M in Bern und Facharzt Innere Medizin mit langjähriger Führungstätigkeit im Krankenhaus. Engagiert sich in der Weiterbildung von Gesundheitsberufen und in der Forschung/Entwicklung von Vernetzungskonzepten im Gesundheitssystem.

Kontakt: College-M
Freiburgstraße 41, CH-3010 Bern
E-Mail: peter.berchtold@college-m.ch



Christof Schmitz

Geschäftsführender Gesellschafter des College-M, College für Management im Gesundheitswesen, Bern. Beschäftigt sich in Beratung, Training und Forschung mit den Besonderheiten von Krankenhäusern und anderen Expertenorganisationen.

Kontakt: College-M
Freiburgstraße 41, CH-3010 Bern
E-Mail: christof.schmitz@college-m.ch

Einmal anders: Was kann Management von der Medizin lernen?

Die Medizin freut sich, wieder einmal Leitdisziplin sein zu können. Das Management versucht sich daran, von der Medizin zu lernen. Wir werden im Folgenden darstellen, was EbM in der Medizin bedeutet und an einem Fallbeispiel zeigen, wie Evidenz im Management eines Universitätskrankenhauses hilfreich wurde.

Evidenzbasierte Medizin – definiert als «die gewissenhafte, explizite und vernünftige Anwendung der besten medizinischen Informationen in der täglichen klinischen Entscheidungsfindung» – spielt eine immer bedeutendere Rolle im klinischen Alltag (vgl. Sacket, Richardson, Rosenberg und Haynes 1997). Die in erster Linie aus wissenschaftlichen Studien gewonnene Evidenz soll Ärzte, Pflegende und andere Gesundheitsberufe unterstützen, optimale klinische Entscheidungen zu fällen. Obsolete, überholte und falsche Information soll von Krankenbett und Patienten ferngehalten werden. Klinische Erfahrung und Intuition von Gesundheitsfachleuten oder auch persönliche und individuelle Präferenzen von Patienten sollen dabei nicht ersetzt, sondern ergänzt werden, so dass gemeinsam mit den Patienten die bestmögliche Behandlung definiert werden kann.

Jeffrey Pfeffer und Robert Sutton fordern in einer kürzlichen Ausgabe der Harvard Business Review, dass auch Manager ihre Entscheidungen vermehrt evidenzbasiert fällen sollten (vgl. Pfeffer und Sutton 2006). Was in der Medizin tauglich ist, kann dem Management nur billig sein, denn auch im Management grassiere die Untugend, dass Erfahrungen, Konzepte und Methoden unreflektiert angewendet oder ungeprüft aus anderen Bereichen oder einer anderen Firma übernommen werden. Letzteres macht unter dem Titel Benchmarking weiter Furore. EbM ist übrigens nicht die einzige Inspiration aus der Medizin, J. Gopman's Buch «How Doctors Think» hat ebenfalls für außergewöhnliche Aufmerksamkeit gesorgt. Es wird diskutiert, wie in Managemententscheidungen ähnliche intellektuelle und emotionale Disziplin Eingang finden könnte, wie sie Gopman für die Mediziner fordert. Die Herausforderungen für Manager und CEOs von Unternehmen sind in manchen Dimensionen ähnlich wie jene für Mediziner: Unablässig stehen folgenreiche Entscheidungen an, für die meist nur unvollständige Informationen zur Verfügung stehen. Fehlentscheidungen und Fehler sind – selbst bei den Besten – häufig und können gravierende Konsequenzen haben.

Was für Ärzte in ihrer Fachlichkeit gilt, soll das auch im Management ihrer Organisationen, z.B. für Krankenhäuser gel-

ten? Ganz besonders, könnte man meinen, denn gerade hier – vielleicht mehr noch als in anderen Organisationen – scheinen sich Führungspersonen und Entscheidungsträger häufig an (überholter) Erfahrung und unreflektierter Übertragung von Instrumenten aus anderen Kontexten zu orientieren. Auf den ersten Blick sehr sinnvolle betriebswirtschaftliche Instrumente können beispielsweise nicht nur die intendierten erwünschten Wirkungen, sondern auch kontraproduktive Nebenwirkungen hervorbringen.

Ein eindrucksvolles Beispiel dazu: Die Umstellung der Leistungsabrechnung in Krankenhäusern der Summierung von Aufwänden auf das Fallpauschalensystem der so genannten Diagnosis Related Groups (DRG) sind aus ökonomischer Sicht eine höchst sinnvolle Maßnahme. Nicht mehr individuell unterschiedliche Leistungsaufwände werden verrechnet, sondern gewissermaßen Durchschnittswerte. Damit soll ungerechtfertigten Aufwänden und uneffektiven Leistungen ein Riegel vorgeschoben werden. Gleichzeitig drohen sich aber, wie neue Untersuchungen zeigen, paradoxe Effekte dieses ökonomischen Steuerungssystems einzustellen. Nicht nur sind teilweise erheblicher administrativer Mehraufwand und implizite Rationierung die Folge, auch können dadurch Behandlungen teurer statt kostengünstiger und Prozesse fragmentierter statt koordinierter werden (vgl. Vogd 2006). So war das alles nicht gemeint. Die Übertragung betriebswirtschaftlicher Erfolgsrezepte wird zusätzlich durch im Gesundheitswesen geltende spezifische Rahmenbedingungen, beispielsweise der Politik, der Finanzierung oder auch der Eigenheiten der medizinischen Professionen, erschwert. Der Kontext des Gesundheitssystems und seiner Institutionen ist ein anderer und damit gilt genau das, was Pfeffer und Sutton ausführen: Unreflektierte Übertragung scheinbar sicherer Erfolge führt allzu leicht in demotivierende Ergebnislosigkeit oder bringt gar kontraproduktive Ergebnisse hervor.

Ziele des EbM

Die Medizin ist der Ursprungs- und übrigens bislang der einzige Bereich, in dem sich das evidenzbasierte Vorgehen, in Form von Evidence-based Medicine, Evidence-based Nursing, Evidence-based Practice, bereits breit institutionalisieren konnte. Die Ziele bzw. der Nutzen von EbM sind bei Medizin oder Management – das M kann für beides stehen – dieselben: Es geht im Grundsatz darum,

- Entscheidungsfindung und Maßnahmen aufgrund bestehender wissenschaftlicher Erkenntnisse oder mindestens auf der Basis geprüfter Daten zu validieren und wirkungsvoll zu gestalten,
- Erkenntnisse zu Konzepten und Instrumenten zu entwickeln und in einem breiten Kreis kritisch zu diskutieren und
- dieses Wissen für die Managementpraxis, für Aus-, Weiter- und Fortbildung und die Forschung zur Verfügung zu stellen.

Welche Evidenz ist relevant?

Eine der zentralen Fragen ist jene nach der «guten Evidenz». In der Evidenzbasierten Medizin wird den so genannten randomisierten, kontrollierten Studien – wenn auch heftig diskutiert – der Status eines Goldstandards zugesprochen. Die Kritik dabei zielt auf die Wertigkeit von «signifikanten Resultaten», welche primär als statistisch formulierte Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges zwischen beobachteter Wirkung und intendierter Ursache und nicht als Kausalitäts-Wirklichkeit zu verstehen sind.

Gleiches gilt natürlich für Evidenzbasiertes Management, welches – wenn wir Management in seiner grundsätzlichen Bedeutung als Steuerung verstehen – als wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit für eben diese Steuerung umschrieben wird. Das ist eine hohe Anforderung. Management greift in komplexe Wirkungszusammenhänge und Abhängigkeiten ein und operiert in offenen Kontexten. Eine beobachtete Wirkung kann also nicht ohne weiteres einer evaluierten Management-Maßnahme oder einem Management-Instrument zugeschrieben werden, sondern auch Folge von unbeobachteten Interdependenzen sein.

Eine weitere zentrale Frage, welche in jüngerer Zeit in der Evidenzbasierten Medizin intensiv diskutiert wird, ist jene nach der sinnvollen Mischung von systematischer Evidenz aus Studien und persönlicher Erfahrung der Ärzte bzw. individuellen Bedürfnissen der Patienten. Das vielfach praktizierte Hochjubeln von EbM traf den Kern des professionellen Selbstverständnisses der Ärzte, welches die Individualität des Patienten und seine Bedürfnisse höher wertet als statistische Aussagen über Wirkungen von Behandlungen. Es ist nicht (nur) die notorische Kompromisslosigkeit der Ärzte, sondern dieser bedeutungsvolle Antagonismus zwischen Systematik und Individualität bzw. zwischen «EBM, Clinical Freedom and the Art of Medicine» (vgl. Parker 2005), der für Debatten sorgt. Gleichzeitig wissen wir kaum, wie viel Medizin wirklich evidenzbasiert ist bzw. welche medizinischen Interventionen wissenschaftlich ausreichend evaluiert sind. Entsprechende Schätzungen liegen weit auseinander und variieren je nach Themengebiet zwischen 10 und 80 Prozent (vgl. Neises und Windeler 2001). Für Management ist das nicht anders anzunehmen.

Einige Grundregeln für EbM

Auch für Evidenzbasiertes Management steht nur limitierte Evidenz zur Verfügung, und nur ein kleiner Teil der Management-Konzepte und -Instrumente wird durch wissenschaftliche Studien bewertet sein. Auch mit Evidenzbasiertem Management sollen Konzepte und Prinzipien aus wissenschaftlicher Evidenz extrahiert und für Management-Praktiken übersetzt werden. Wichtig für erfolgreiches evidenzbasiertes Arbeiten im Managementalltag sind – wie beim medizinischen Pendant – einige Grundregeln:

- alte Ideen und Erfahrungen als das zu behandeln was sie sind: alte Ideen und Erfahrungen,
- aus neuen Erfolgen wie Misserfolgen Schlüsse zu ziehen und kritisch gegenüber verführerischen (auf farbigen, animierten Powerpoint-Folien vorgetragenen) Erfolgs- und Misserfolgsgeschichten zu sein,
- wenn immer möglich im Kleinen und auf einfache Weise zu experimentieren bereit sein,
- und – last but not least – sich von den eigenen Ideologien und Haltungen nicht blenden zu lassen.

«Wissenschaftliche Evidenz – in Medizin oder Management – ist eine Unterstützung zur Entscheidungsfindung.»

Der erste konkrete Schritt ist – analog zur Evidenzbasierten Medizin – die Problemstellung in eine «beantwortbare» Frage zu fassen, beispielsweise: Mit welcher Form von Case Management (wenn überhaupt) können wir bei welchen Patienten im Vergleich zu welcher üblichen Betreuung welchen Mehrwert generieren? Nur derart präzise formulierte Fragen erlauben es, erstens im bekanntermaßen riesigen Blätterwald publizierter Studien und Texte evidente Hinweise zu finden, zweitens diese Evidenz mit Blick auf die eigene spezifische Problemstellung richtig zu bewerten und drittens daraus sinnvolle und nützliche Antworten zu generieren. Denn wissenschaftliche Evidenz – in Medizin oder Management – entpuppt sich in der Praxis nur für die allerseltensten Fragestellungen als goldener Standard, sondern ist hauptsächlich eine Unterstützung zur Entscheidungsfindung, eine Bereicherung des Wissens und eine Einladung zum Lernen im beruflichen Alltag.

Evidenzbasiertes Management ist damit z.B. auch Grundlage einer modernen Management-Weiterbildung, die in ihren Inhalten wie in ihren Formen auf Evidenzen Bezug nehmen muss und gleichzeitig eben diese Verständnisse lehrt. Zu managen heißt nicht bestimmten Modellen, Zeitgeistigkeiten, vermeintlichen Best Practices oder Values zu folgen, sondern in vernetzten Realitäten wirksame Interventionen zu setzen. Man kann darum heute wissen, dass es in der Managementweiterbildung nicht um Kurzfassungen der Betriebswirtschaftslehre geht, genau so wenig um das nächtelange Bearbeiten kontextfremder Fallstudien (wie in vielen MBAs) oder um strategische Sandkastenübungen oder Teamspielchen auf der grünen Wiese (oder im ebensolchen Wald). Management beschäftigt sich mit konkreten Fragen in konkreten Organisationen und sucht nach Wegen, mit dem Facettenreichtum, der Vielschichtigkeit, den Vernetzungen, kurz: mit der Komplexität der vernetzten Wirklichkeiten real existierender Unternehmen, Krankenhäuser oder anderer Institutionen umgehen zu können. Eine moderne Managementweiterbildung sollte da-

her nicht nur wissenschaftlich fundierte Grundlagen und Konzepte (Evidenz) zur Verfügung stellen, sondern diese von den Teilnehmenden immer auch mit echten Fragestellungen aus ihrem eigenen Berufskontext bzw. an realen Problemen von Organisationen in Beziehung bringen lassen.

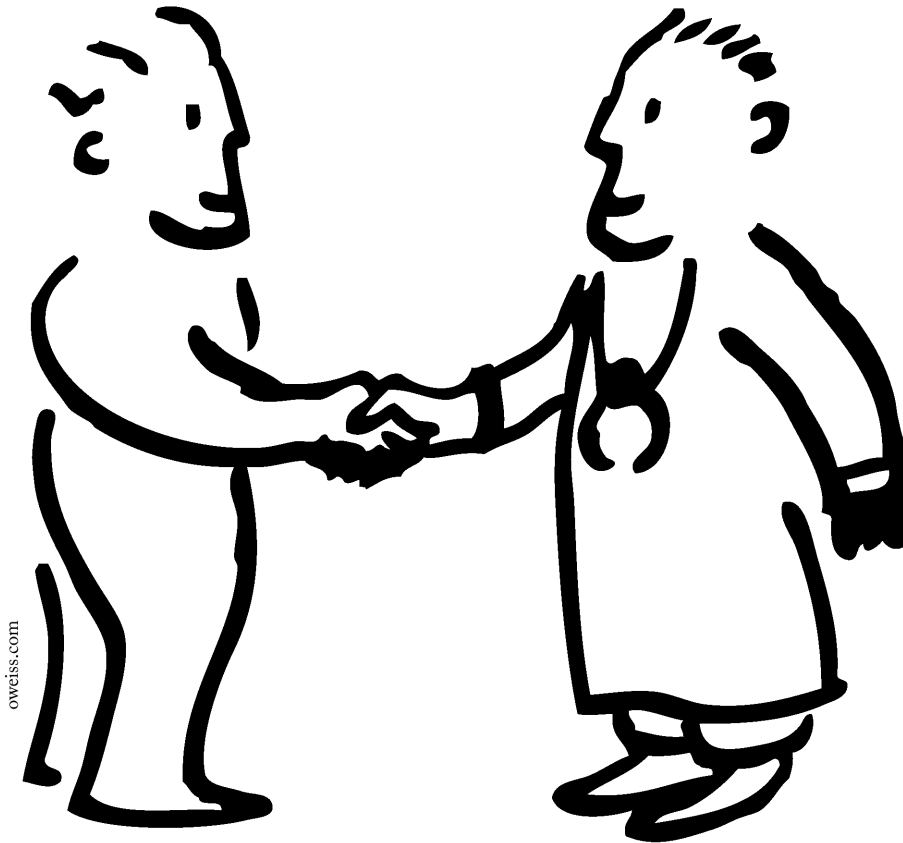
Man kann heute auch wissen, etwa aus der Hirnforschung, dass Lernen und Kreativität hoch voraussetzungsvoll hinsichtlich ihrer Kontexte und deren Stimmigkeit sind. Das bedeutet, dass Fragen der Realitätsnähe von Lernsettings und Lernkulturen eine größere Rolle spielen sollten. Indem wir die Hirnforschung erwähnen, wird auch deutlich, dass Evidenzbasiertes Management (und dessen Weiterentwicklung) auf eine Mehrzahl wissenschaftlicher Disziplinen Bezug nehmen muss. Nicht nur Wirtschaftswissenschaft oder Betriebswirtschaftslehre sind relevant, sondern ebenso Sozial- oder Verhaltenswissenschaften. Erst diese transdisziplinären Bezüge tragen der Komplexität betrieblicher Verhältnisse Rechnung. Und gerade weil Evidenzbasiertes Management nicht als ein abstraktes Konzept verstanden werden will, sondern nur im Zusammenhang mit einer eigenen, realen und spezifischen Fragestellung Sinn macht, ist es ein hervorragendes Mittel, den Praxisbezug von Managementweiterbildung zu unterstützen.

Ein Fallbeispiel

Eine konkrete Anwendung von Evidenz in der Organisationsentwicklung möchten wir am Beispiel eines Universitätskrankenhauses zeigen. Evidenz half hier im Rahmen eines umfangreichen Optimierungsprojektes, die Besonderheit der Organisation Krankenhaus besser zu verstehen und damit neue Möglichkeiten struktureller und prozessualer Optimierungen zu gewinnen.

Ein Universitätskrankenhaus beschäftigte sich im Rahmen eines umfangreichen Projektes, zu dem wir als externe Berater hinzugezogen wurden, mit der Evaluierung und Optimierung seiner Organisationsstruktur. Im ersten Projektschritt stand die Evaluierung der geltenden Organisation im Vordergrund. Die Evaluierung war einige Jahre zuvor anlässlich einer sehr umstrittenen Reorganisation vereinbart worden. Damals wurden die insgesamt fast 40 Kliniken des Krankenhauses unter dem Gesichtspunkt gemeinsamer Patientenprozesse in neun Bereichen zusammengefasst. Diese Neuordnung bedeutete eine tief reichende Reorganisation des Krankenhauses. Mit den jeweils mehrere Kliniken umfassenden Bereichen wurde ein völlig neues Organisationselement eingeführt. Dies trotz der bekannten Schwierigkeiten anderer Krankenhäuser, Klinikübergreifende Organisationseinheiten zu finden und vor allem in der alltäglichen Praxis zum Funktionieren zu bringen.

Während abteilungsübergreifende Organisationseinheiten zum Grundverständnis üblicher Organisationen gehören, rüt-



teln Klinik-übergreifende Formen im Krankenhaus an professionellen Grundverständnissen. Übergreifende Bereiche sind vielfach nicht oder nur teilweise mit den in der Medizin sehr disziplinar bestimmten Strukturen und Abläufen der Krankenbehandlung kongruent und drohen gleichzeitig die Autonomie der Kliniken einzuschränken. Beides zusammen genommen kann insbesondere für Ärzte eine ziemlich giftige Mischung ergeben und deren heftigen Widerstand provozieren. Die Führung solcher Klinik-übergreifender Einheiten bereitet zusätzliche Probleme, weil kaum einheitliche Steuerungsgesichtspunkte gefunden werden. Ärzte sind der Überzeugung, und fühlen sich dieser im Sinne eines professionellen Ethos verpflichtet, sich nicht in die Angelegenheiten anderer Kliniken einzumischen. Die Mehrheit dieser Versuche, Klinik-übergreifende Einheiten zu implementieren, bleibt darum auf das Papier beschränkt, auf dem ihre Statuten stehen.

Der damalige Reorganisationsprozess in unserem Universitätskrankenhaus war entsprechend von vielen Auseinandersetzungen und Konflikten gekennzeichnet. Die Nachklänge davon wirkten sich über längere Zeit negativ auf das Klima aus.

Die zum Zeitpunkt der hier vorgestellten Reorganisation vereinbarte Evaluierung diente als Grundlage einer Optimierung der Krankenhausstruktur. Dies geschah in Form von aus den Evaluations-Ergebnissen abgeleiteten Handlungsfeldern, die in Umsetzungsprojekten realisiert wurden. Das Hauptprojekt bildete die Optimierung der eigentlichen «Steuerlandschaft», also der gesamten Führungsstruktur des Krankenhauses. (Überprüfung der Bereiche und ihrer Zusammensetzung, Klärung des Zusammenspiels Kliniken – Bereiche und ihrer Geschäftsleitung, Definition einer kohärenten Führungsstruktur etc.)

Führung als Problem

Krankenhäuser sind heute davon gekennzeichnet, dass sie angesichts sich stark verändernder Rahmenbedingungen (demografische Entwicklung, Ressourcendruck, technologische und medizinische Neuerungen, Reformbemühung und -Maßnahmen von Gesetzgeber und Finanzierenden etc.) unter dem Druck stehen, ihre Management- bzw. Steuerfunktion zu profilieren. Damit ist eine weit reichende Entwicklung gemeint,

die wesentlich in die traditionellen Einflussverhältnisse der Krankenhäuser eingreift. Ärzte wie Pflegende fühlen sich oftmals davon bedroht und sehen die Stärkung der Managementfunktion wesentlich als beabsichtigte Reduzierung ihrer Einflussmöglichkeiten. Waren Krankenhäuser, etwas überpointiert formuliert, über lange Jahre hinweg nicht viel mehr als eine Aneinanderreihung von mehr oder weniger sich selbst organisierenden Kliniken, geht es nun viel stärker darum, sich als Gesamteinstitution zu positionieren und zu optimieren. Eine ganze Reihe von Themen, die früher relativ unproblematisch waren, gewinnen nun an Relevanz: z.B. strategische Positionierung, Selektion des Angebots, Ressourcenverteilung bei knappen Mitteln, Allianzen im Netzwerk der Gesundheitsversorgung etc.. Die diesbezüglich nötige Profilierung der Managementfunktion, also der Akzeptanz einer übergreifend orientierten Führung, hat selbstverständlich Auseinandersetzungen im Einflussgefüge dieser Organisationen zur Folge, konkret und im Wesentlichen mit Ärzten und Pflegenden, also den beiden Berufsgruppen, die zentral für das eigentliche Kerngeschäft stehen.

«In der Medizin weist uns EbM darauf hin, dass klinische Erfahrung hilfreich, aber auch täuschend sein kann.»

Aus diesen Entwicklungen ergeben sich zwei Fragestellungen, die für unser Projekt in hohem Maße galten: 1) wie ist die Entwicklung einer verstärkten (Gesamt)Führung im Universitätskrankenhaus zu verstehen (und in der Folge zu unterstützen), 2) wie sind die verschiedenen Berufsgruppen und ihre Dynamik zueinander zu begreifen (und in der Folge in einem komplexen Projekt zu berücksichtigen).

Zu beiden Fragestellungen existieren bei den verschiedenen Akteuren – Krankenhausleitung, Ärzte, Pflegende, andere Berufsgruppen, Berater – vielfältige und oftmals sehr prägende Erfahrungen, die gerne in Kategorisierungen münden: «Die Ärzte» sind so und so, «die Pflegenden» solcherart und «die Verwaltung» sowieso abweichend Diese Erfahrungen, erworben in der beruflichen Sozialisation und tradiert in vielen berufsgruppenspezifischen Kommunikationen, prägen Wahrnehmungen und Interpretationen überaus stark. Kurz: Fast jeder, der einige Zeit im Krankenhaus verbracht hat, ist Experte dieser Unterschiede und «weiss, wie die (anderen) so ticken». Ähnlich wie ein langjähriger Kardiologe mit viel Erfahrung zu Herzrhythmusstörungen aus dieser gesättigten Erfahrung heraus Evidenz vielleicht gar nicht nachfragt, so kann jeder Krankenhausangehöriger sich an das halten, was er/sie immer schon gemeint hatte über «die anderen» zu wissen. Die Folge davon: Die Meinungen sind vielfach gemacht und die Lösungen «fertig gedacht».

In der Medizin weist uns EbM darauf hin, dass klinische Erfahrung hilfreich aber auch täuschend sein kann, gleiches gilt für Organisations- (bzw. Krankenhaus-) Erfahrung. Ein Beispiel aus der Medizin: Man kann sich noch so lange ärgern über den Eifer, mit welchem heute in verschiedenen Bereichen Präventionsmaßnahmen forciert werden, wie z.B. Screeninguntersuchungen gegen bösartige Tumoren, Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, Alkoholverbot am Steuer, man wird nicht umhin kommen, zu konstatieren, dass die Wirkungen dieser Maßnahmen im intendierten Sinn belegt – eben evident sind. Ein analoges Beispiel aus dem Krankenhaus: Man kann sich noch so lange mokieren über die Merkwürdigkeit von Chefärztekonzferenzen – man wird nicht umhin kommen, festzustellen, dass Chefärzte per Profession zu einer Art Peer-System und den entsprechenden Formen «kollegialer Führung» verpflichtet sind. Den Blick darauf bekommt man vielleicht erst dann wieder frei, wenn man in anderen Organisationen gesucht hat und bei anderen Experten ähnliche Formen findet (Anwaltskanzleien, Beratungsfirmen etc.).

Es ist ein Kreuz ...

Was gab es an Evidenz zu diesen Fragestellungen? Zunächst einmal: erstaunlich wenig. Die Literatur, gelegentlich auch die Forschung zum Thema, fällt überwiegend an den disziplinären Grenzen von Medizin und Management entlang auseinander, und die Lehre zum Krankenhausmanagement erscheint als eine sehr ökonomisch ausgerichtete. Als besonders wertvoll erwies sich schließlich eine wesentliche Arbeit von Glouberman und Mintzberg, die sich, ausgehend von der Merkwürdigkeit der Un-Reformierbarkeit von Krankenhäusern, darum bemühten, diese Besonderheit konzeptionell auf den Punkt zu bringen. Das Resultat ihrer Beobachtungen und Reflexionen ist im so genannten «Kreuz des Krankenhauses», wie wir es nennen, komprimiert.

Dieses Kreuz bedeutet eine prägnante Beschreibung der außerordentlich intensiven internen Differenzierung, von der Krankenhäuser gekennzeichnet sind. Diese Differenzierung in vier Subsysteme erlaubt einen tieferen Einblick in Dynamiken solcher Organisationen, beispielhaft etwa hinsichtlich eines geradezu idealtypischen, koalierenden Zusammenspiels jeweils zweier Subsysteme. Die Differenzierung der vier Bereiche care (Pflege), cure (Ärzte), control (Krankenhausmanagement) und community (Verwaltungs-, Aufsichtsrat) erlaubt nachzuvollziehen, welchen Kernherausforderungen sich die Gesamtführung einer solchen Organisation gegenüber sieht. Die vier Subsysteme verfügen über je eigene Sprachen und Logiken, die sie gänzlich unterschiedlichen beruflichen bzw. professionellen Sozialisationserfahrungen verdanken. Insbesondere Ärzte aber auch Pflegende erlernen ihre Sicht- und Denkweisen in einer Sozialisation, die wesentlich von Professions- bzw. Standeskriterien bestimmt wird. So verstehen sich z.B. Ärzte

tendenziell als Onkologe oder Thoraxchirurg und erst in zweiter Linie als Angehöriger eines spezifischen Krankenhauses. Die jeweils eigenen Kulturen der vier Subsysteme, die in stark differenzierten Aufgaben ihre Verankerung finden, erzeugen hohe Unterschiede, die rasch problematisch werden können. Das «Immunsystem» eines jeden Subsystems springt rasch an, wenn andere «unpassend» in Erscheinung oder in den eigenen Bereich treten.

«Die Subsysteme verfügen über je eigene Sprachen und Logiken, die sie gänzlich unterschiedlichen beruflichen Sozialisationserfahrungen verdanken.»

Für Führungsfragen besonders relevant ist der der horizontale Balken (vgl. Abbildung 1), die so genannte «clinical divide». Diesen gilt es jeweils zu überwinden. Dieser Balken zwischen den «oberen», Kerngeschäftsfremden und den «unteren», Kerngeschäftsnahen von cure und care, bedeutet eine starke Barriere. Jeder Arzt, jeder Pflegende und jeder Krankenhausmanager weiß von entsprechenden Erfahrungen zu berichten. Es braucht wenig, und das Krankenhausmanagement demonstriert aus Sicht der medizinisch Tätigen «einmal mehr», dass es «keine Ahnung von der Sache hat» und es hier um «Leben und Tod» ginge und nicht um irgendwelche Zahlen, während umgekehrt man sich «oben» rasch einig ist, dass die Mediziner wieder bewiesen hätten, dass sie «keine Ahnung von Ökonomie hätten, gänzlich ignorant wären und darauf auch noch stolz seien» usw. Zusätzlich zu diesem Konzept wurden eigene Forschungen für uns relevant, die sich einerseits mit Positionen im Spannungsfeld zwischen cure und control beschäftigten, etwa den Ärztlichen Direktoren, sowie mit den unterschiedlichen Führungsverständnissen von Krankenhausmanagern und Chefärzten (vgl. Schmitz 2004 und Berchtold, Endrissat, Müller und Schmitz).

Das «Kreuz» und daran anschließende Konzepte wurden von uns als Berater von Beginn an in das Projekt eingebracht und erwiesen sich als wertvoll in mehrfacher Weise:

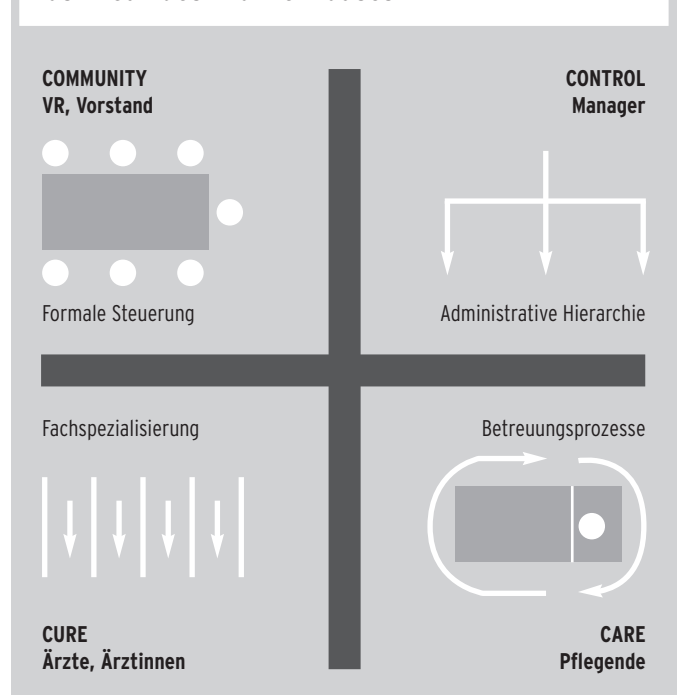
- Es ermöglichte, die verschiedenen Gruppen von Krankenhausakteuren dort «abzuholen», wo sie sich verstanden fühlten. Sie fanden es verblüffend, in einer vergleichsweise einfachen Darstellung ihre Situation recht passend wiedergeben zu sehen. Das erhöhte die Bereitschaft, sich auch an «grenzüberschreitenden» Dialogen zu beteiligen.
- Es erlaubte, typische Erfahrungen beim Kontakt zwischen den Berufsgruppen von der konkreten Erfahrung mit einzelnen Personen oder Gruppen zu abstrahieren. Dadurch wurde offenbar, dass Konflikte auch durch die Organisationsstruktur, und nicht notwendigerweise durch ein besonders

«halsstarriges» oder übelgesinntes Gegenüber verursacht sein müssen.

- Das «Kreuz» und die Themen, die es aufwirft, helfen die Frage der Zusammensetzung der Krankenhausleitung angemessen zu beantworten. Diese Frage ist nochmals anders zu werten als in einem Unternehmen, denn die Repräsentanz verschiedener Subsysteme wird innerhalb des Krankenhauses sehr scharf beobachtet, nach dem Motto «wer scheint mehr zu sagen zu haben als andere».
- Ganz entscheidend hilft das «Kreuz», die Ansprüche, die von verschiedenen Gruppen an die klinikübergreifenden Organisationseinheiten gestellt werden, zu überprüfen und so manche fehlgeleitete Erwartung auch über Bord zu werfen. Es verdeutlicht beispielsweise, dass oftmals «organizational ideologies» verhandelt werden und weniger die verschiedenen Sichten auf die tatsächliche Realität. Welche Wege die tatsächlich bestehenden betrieblichen Praktiken inzwischen genommen hatten und wie diese von den diskutierten Ideologien entfernt waren, wurde dadurch offenbar. In der Folge konnten wesentliche Klärungen bislang ungelöster oder unbefriedigender Probleme vorgenommen werden. Insbesondere betraf das die Funktion und Stellung der Kliniken und der Bereiche zueinander sowie zu der Krankenhausleitung als auch den Supportbereichen. Hier konnten wesentliche Eckwerte definiert und umgesetzt werden, die de facto einer Ideologie-Entschlackung und ei-

Abbildung 1

Das Kreuz des Krankenhauses



ner Näherung der formalen Verhältnisse an die auch informellen Praktiken entsprachen. Wichtig war hier speziell auch die Thematisierung des Verhältnisses von Profession und Organisation, wie es in den letzten Jahren an verschiedenen Stellen diskutiert wurde. Untersuchungen zum Funktionieren professioneller Organisation und zu Ausprägungen entsprechender kollegialer Führung waren hierzu hilfreich (vgl. Lazega 2001).

Schlussfolgerungen

Sozialwissenschaftliche Ergebnisse sind oftmals weniger als naturwissenschaftliche klar und objektiv zu registrieren. In einem Beratungsprojekt bedeutet das beispielsweise, dass auch wissenschaftliche Ergebnisse nicht einfach für sich stehen, sondern „von den Beratern“ oder auch anderen Akteuren gebracht und „verwendet“ und solcherart beobachtet werden. Indem Wissen – Evidenz – perspektivisch beobachtet wird, wird es immer schon mit Kontext versehen und entsprechend in die komplexen Dynamiken einer Organisation eingebaut.

In unserem Beispiel war interessant zu sehen, wie mit der Zeit in zunehmendem Maße das „Kreuz“ der typischerweise vorhandenen verschiedenen Perspektiven in einem Krankenhaus in den Erklärungen der Beteiligten verwendet, ja akzeptiert wurde, um Zustände oder Ereignisse zu erklären oder nachzuvollziehen. Das heißt Evidenz verhalf hier zu einer Entideologisierung der Krankenhausinternen, positionellen Debatten und ermöglichte zusammen mit neuen Kommunikationssettings im Projekt (z.B. Einführung eines Advisory Boards) oder auch dem gezielten Einbau externer Erfahrungen im Rahmen eines intensiven Austausches mit Vertretern einiger Europäischer Universitätskrankenhäuser die weniger kampfbetonte Auseinandersetzung über strukturelle Lösungen. So konnten Neuerungen und Klärungen in der Steuerungslandschaft des Universitätskrankenhauses erzielt werden, welche ohne die Evidenz-Orientierung so kaum gelungen wären.

«Indem Wissen perspektivisch beobachtet wird, wird es immer schon mit Kontext versehen und in die komplexen Dynamiken einer Organisation eingebaut.»

Abschließend ein Zitat aus dem Projektbericht: «Die krankhausweite Auseinandersetzung mit dem Projekt und seinen Inhalten hat dazu beigetragen, das gemeinsame Verständnis über 'Architektur' und 'Charakter' des Steuerungssystems bei den verschiedenen Rollenträgern zu erhöhen. Das Projekt hat wesentlich zur Entwicklung gemeinsam geteilter Perspektiven über die Organisation des Krankenhauses beigetragen

und für eine kohärente, der Komplexität und der Entwicklung des Krankenhauses Rechnung tragende Führungsorganisation gesorgt. Die Umsetzung der Steuerungslandschaft und der anderen Projekt-Themen wird einen wesentlichen Beitrag sowohl zur Effizienzsteigerung als auch zur Zukunftsentwicklung des Krankenhauses leisten». Ohne Evidenz wäre das so nicht gelungen.

Literatur

- **Berchtold, P., Endrissat, N., Müller, W.R. und Schmitz, C.** Managing Professionals - Führung in Spitälern. Projektbericht. (http://www.college-m.ch/uploads/media/Managing_Professionals_Executive_Summary_02.pdf).
- **Lazega, E. (2001).** The Collegial Phenomenon: The social mechanisms of cooperation among peers in a corporate law partnership. Oxford.
- **Neises, G., Windeler, J. (2001).** Wie viel ist «evidenzbasiert»? Eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand. ZaeFQ 2001;95(2):95-104.
- **Parker, M. (2005).** False dichotomies, EBM, clinical freedom and the art of medicine. Medical Humanities 2005; 31: 23-30.
- **Pfeffer, J., Sutton, R.I. (2006).** Evidence-based Management. In: Decision making: better, faster, smarter. HBR Special issue, January.
- **Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W.M., Haynes, R.B. (1997).** Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. London: Churchill-Livingstone.
- **Schmitz, C. (2004).** Managing professionals/professionals managing. Unveröffentlichter Projektbericht, Zürich.
- **Vogd, W. (2006).** Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Verlag Hans Huber, Bern.