

Ärztliche Führung... kann man erlernen

Ärztliche Führungsaufgaben in Klinik, MVZ und Praxis sind erheblich anspruchsvoller geworden als sie es einmal waren. Neben dem komplexen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Doch wie vereint man Arzt- und „Manager“-Sein in einem sich stark verändernden Umfeld? Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden? Mit diesen Fragen beschäftigt sich die Ärztekammer Berlin seit einiger Zeit intensiv und bietet strukturelle Hilfestellung in Form eines viel beachteten praxisorientierten Intensivprogramms (s. S. 23) an. Das folgende Titelthema soll in die ebenso komplexe wie spannende Thematik grundlegend einführen.



Ärztliches Führen heute

Von Peter Berchtold, Christof Schmitz

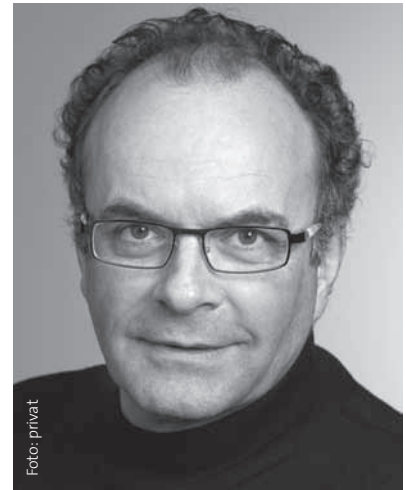
In den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts reichten 2,5 Personen an klinischem Personal, um einen durchschnittlichen, stationären Patienten behandeln zu können. Kaum 20 Jahre später waren es bereits 15 Beteiligte. Und die Zahl ist weiter gestiegen: zu seiner eigenen Verblüffung zählte ein amerikanischer Chirurg jüngst bei der Knieoperation seiner Mutter 63 Beteiligte, vom Radiologen über den Operateur, die verschiedenen Pflegenden in den jeweiligen Schichten bis hin zum Physiotherapeuten. In einem Schweizer Spital ergab eine Beobachtung eines durchschnittlichen Notfalls unlängst rund 50 Mitwirkende inkl. der administrativen Kräfte. Diese Steigerung ist umso eindrücklicher, als sich die prinzipiellen Kooperationsstrukturen nicht mit gleicher Vehemenz gewandelt haben. Damit sind wir bei der Frage, mit der wir es heute vor allem zu tun haben: Wie schaffen wir es, bei einer solchen Vielzahl von Beteiligten konstant ausgezeichnete Arbeit zu leisten?

Diese Frage stellt sich umso intensiver, als nicht nur die reine Anzahl medizinischer (Spezial-)Kräfte zugenommen hat, sondern sich gleichzeitig medizinische, betriebswirtschaftliche und administrative Ansprüche intensiviert haben. Nicht zuletzt das Controlling hat heute ungleich mehr Bedeutung - allein die Leistungserfassung selbst ist bei 63 Beteiligten mit einem ungleich höheren Aufwand verbunden als noch wenige Jahre zuvor. Kurz, reichte es in den goldenen Zeiten der Medizin für den Chefarzt noch aus, seine (sic!) Ärzte anzuleiten, Patienten zu behandeln und die Budgetwünsche fürs nächste Jahr durchzugeben, so sieht Führung heute ganz anders aus. Nicht mehr nur das eigene Team steht im Fokus, sondern auch die Vernetzungen zu den anderen Akteuren in der Krankenbehandlung als auch im betriebswirtschaftlich-administrativen Verbund des Krankenhauses.

Mittlerweile bedeutet ärztliche Führung, sich als Knotenpunkt eines komplexen Netzes unterschiedlicher, teils widersprüchlicher Erwartungen und Beziehungen zu verstehen. Willkommen im Zeitalter der „Unübersichtlichkeit“!

Führung als komplexe Herausforderung

Klar, (fast) immer geht es (irgendwie) um den Patienten. Aber der Patient ist vieles: er ist Kranker, Leidender, zu kurierende und zu pflegende Person, aber er ist auch Träger einer Diagnose und einer Fallpuschale, er ist Kostenverursacher, Rechtsperson, Studienobjekt, Forschungsgegenstand und nicht zuletzt auch Lehrgegenstand. Ärzte, Pflegenden und Controller, sie alle verfolgen ihre je eigenen Perspektiven gleichzeitig. Darin spiegeln sich nicht zuletzt die vielschichtigen Anforderungen, mit denen wir es heute in der Medizin zu tun haben. Wie kann Führung unter solchen Umständen überhaupt erfolgreich sein? Die typischen Antworten der Führungslehre sind gespalten. Zum einen wird davon ausgegangen, dass Führung im Wesentlichen eine konsequente Anwendung von Führungsinstrumenten bedeutet. Wer Sitzungen gut vorbereitet und leitet, wer Mitarbeiterbeurteilungen konsequent durchführt, wer Budgetprozesse sauber strukturiert, dem sollte das Glück gelingender Führung hold sein. Das ist der Traum der klassischen Betriebswirtschaftslehre. Würden sich alle konsequent vernünftig – rational – verhalten, dann würde eine Organisation (auch ein Krankenhaus) wie eine gut geölte Maschine laufen. Leider sieht die Realität nicht so aus und mit reiner Vernunft (was immer die wäre) ist es nicht getan. Stattdessen braucht es rascheres Reagieren auf wechselnde Verhältnisse – Anpassung



Peter Berchtold

und Veränderung in hoher Taktfrequenz. Der Begriff „Leadership“ bildet die zweite Antwort der Führungslehre ab. Neben der systematischen Anwendung von Instrumenten bedeutet dies zusätzlich zu inspirieren, zu stimulieren und zu motivieren.

Man kann über Angemessenheit und Reichweite dieser beiden Antworten streiten, aber mit beiden kann der Betriebswirt leben. Wenn da nur nicht die Ärzte im Krankenhaus wären. Die sich – aus Sicht des Betriebswirts – nicht an Vorgaben halten, jeden Patienten als einzigartiges Individuum sehen und kaum ein Führungsinstrument akzeptieren geschweige denn konsequent durchziehen. Und wenn sie Leadership ergreifen, dann im Kampf gegen andere (z.B. das Management), statt im Kampf um den Beitrag zum Ganzen. Der Arzt als Albtraum des tüchtigen Betriebswirts? Soweit wollen wir nicht gehen, aber sicherlich ist das Verhalten von Ärzten als Führungspersonen für einen durchschnittlichen Betriebswirt irritierend – umgekehrt dürfte oft das Gleiche gelten. Relevant ist diese wechselseitige Irritation, weil sie den Blick auf das eigentliche Problem verstellt, nämlich die notwendige Wende von den simplen Führungsanforderungen früherer Jahre hin zu Führung

komplexer Systeme heute. „Systeme“, also Organisationen wie Krankenhäuser, die sich nicht in rein instrumentellen Ansätzen erschöpfen und die eine auf ihre Mehrdimensionalität ausgerichtete Führung verlangen. Eine Führung, die den kranken Menschen, die zu pflegende Person, den Träger einer Fallpauschale und das Studienobjekt gleichzeitig und integrierend im Blick behält.

Die Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie

Komplexität entsteht exemplarisch an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie, besser bekannt unter dem viel diskutierten Titel der Ökonomisierung der Medizin („Geld oder Leben“). Dazu gehören die DRGs als ein Versuch, Medizin eher als Ware, denn als Dienst am kranken Menschen zu sehen. Indem eine bestimmte Diagnose(gruppe) mit einem Preis versehen wird, wird eine Art Warenhaftigkeit eingeführt. „Eine Art“, weil sich dieser „Preis“ nicht dem marktwirtschaftlichen Spiel von Angebot und Nachfrage verdankt, sondern der Erhebung von Durchschnittswerten und notwendig politischen Aushandlungsprozessen. Krankenbehandlung folgt anderen Gesetzmäßigkeiten als Schuhcreme, weshalb die Übersetzung medizinischer Leistungen in betriebswirtschaftliche Kalküle hinken muss. DRGs können daher nicht gleichermaßen als „Übersetzungswerkzeug“ funktionieren, wie es Preise in der Marktwirtschaft für die Steuerung von Angebot und Nachfrage tun.

Mit dem sich daraus ergebenden „Hinken“ schlägt sich nun der Arzt im klinischen Alltag herum. Er sieht sich vor der Herausforderung, zwischen einem individuellen Patienten mit seinen Besonderheiten (Präferenzen, Polymorbiditäten etc.) und einem Durchschnitt aller Patienten vermitteln zu müssen. Es ist gerade auch diese Vermittlung, welche Führungsaufgaben komplex machen. Denn hier enden die Eindeutigkeiten. Da mag der Controller noch so sehr betonen, nur der Durchschnitt zählt,

wenn Herr Meier 5 Tage über Zeit auf der Station liegt, macht sich Unruhe breit. Es ist (ärztliche) Führungsaufgabe, hier Entscheidungen zu treffen. Was machen wir? Was ist medizinisch „wirklich“ erforderlich? Welche Alternativen gäbe es? Und es geht nicht nur um Patient Meier. Zahlreiche andere beobachten und handeln mit: Die Assistenzärzte lernen dadurch, wie der Chef mit diesen Aufgaben umgehen wird, die Oberärzte suchen medizinische Orientierung, die Pflegenden sorgen sich um Menschlichkeit, der Controller sucht Abweichungen vom Durchschnitt und erwartet Erklärungen etc. Exakt diese Gleichzeitigkeit verschiedener „Aufträge“ ist es, die Führung anspruchsvoll macht.

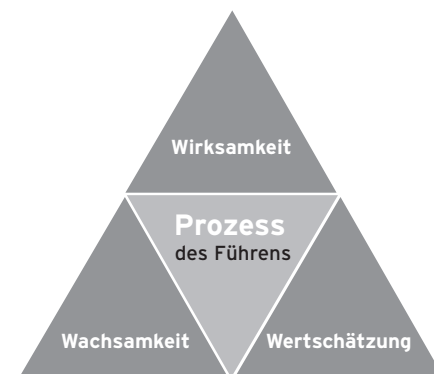
Führen zwischen Skylla und Charybdis

Führung unter solchen Prämissen – Navigieren in komplexen Netzen, Balancieren widersprüchlicher Anforderungen und Erwartungen, Entscheiden in mehrdeutigen Situationen – gerät hoch anspruchsvoll. Die beiden Extremvarianten im Umgang mit diesem Anspruch lauten: gar nicht zu führen oder aber: autokratisch zu führen. Das sind gewissermaßen Skylla und Charybdis des ärztlichen Führens. Beide Varianten sind bekannt und immer wieder zu finden. Beide sind unfruchtbar. Was sind die Alternativen? Eine Erkenntnis lautet, dass Komplexität nur mit Komplexität (und nicht Einfachheit!) zu beantworten ist.

Komplexe Führung ist eine, die

- wachsam beobachtet, was der Fall ist
- wertschätzend interpretiert und sich entscheidet, was zu tun / zu unterlassen ist und
- wirksam interveniert.

Das ist der Prozess des Führens. (Seliger 2008) Eine Dimension dieses Prozesses soll an dieser Stelle herausgegriffen werden: Wachsamkeit.



Wachsamkeit

So wie es zum Mediziner gehört, biopsychosoziale Signale seiner Patienten im Blick zu haben, so gehört es zur Führung, Signale von Mitarbeitenden, des Teams, der gesamten Organisation Krankenhaus sowie des externen Umfelds wahrzunehmen, zu „lesen“. Notwendigerweise sind wir alle selektiv in unserer Aufmerksamkeit. Führung indes bedeutet auch, dass wir uns dieser Selektivität bewusster werden. Was beobachten wir (und was taucht nicht oder zu schwach auf den Schirmen auf)? Patienten? Unsere Mitarbeitende? Das Team? Andere Bereiche? Qualität, Wissenschaft, Ökonomie?

Vier Richtungen der Aufmerksamkeit können wir unterscheiden: sich selbst / Mitarbeiter / Organisation / externes Umfeld (s. Tabelle)

Wachsamkeit für	sich selbst	Mitarbeiter / Team	Organisation	Umfeld
Signale	Unruhe, Stress, Langeweile, Nervosität, Gelassenheit	Motivationslagen, Konflikte, Leistungsschwankungen, veränderte Zusammenarbeiten, Fehler	Zu-/abnehmende Konflikte, Abstimmungsaufwände mit anderen Einheiten, gemeinsam geteilte Sichtweisen, „Territorialkämpfe“, gelingende Prozesse	Zu- / Abwendungen, Reklamationen, Zufriedenheiten, Reputation