ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Endrissat, Nada; Müller, Werner R.

Research Report

Führung in Spitälern: Führungsselbstverständnisse von Managern und Medizinern im Vergleich

WWZ Forschungsbericht, No. 06/07

Provided in Cooperation with:
Center of Business and Economics (WWZ), University of Basel

Suggested Citation: Endrissat, Nada; Müller, Werner R. (2007) : Führung in Spitälern: Führungsselbstverständnisse von Managern und Medizinern im Vergleich, WWZ Forschungsbericht, No. 06/07, Universität Basel, Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum (WWZ), Basel

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/127517

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Oktober 2007

Führung in Spitälern – Führungsselbstverständnisse von Managern und Medizinern im Vergleich

WWZ Forschungsbericht 06/07

Nada Endrissat, Werner R. Müller

Der Autor/ die Autoren:

Dr. Nada Endrissat
Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum (WWZ) der Universität Basel
Abteilung Personal und Organisation
4003 Basel
nada.endrissat@gmail.com

Prof. Dr. Werner R. Müller (emeritiert)
Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum (WWZ) der Universität Basel
Abteilung Personal und Organisation
CH-4003 Basel
werner-r.mueller@unibas.ch

Eine Publikation des Wirtschaftswissenschaftlichen Zentrums (WWZ) der Universität Basel.

© WWZ Forum 2007 und der Autor/ die Autoren. Eine Reproduktion über die persönliche Nutzung des Papiers in Forschung und Lehre hinaus, bedarf der Zustimmung des Autors/ die Autoren.

Contact:
WWZ Forum | Petersgraben 51 | CH-4003 Basel | forum-wwz@unibas.ch | www.wwz.unibas.ch

Projektbericht

Führung in Spitälern – Führungsselbstverständnisse von Managern und Medizinern im Vergleich*

Nada Endrissat

Werner R. Müller

* Dieses Projekt ist in enger Kooperation mit dem Forschungsprojekt ‚Managing Professionals – Führung von Ärzten' entstanden, das finanziell durch die FMH und die Winterthur Versicherung unterstützt wurde.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary 1
1. Einführung 6
Die Beziehung zwischen Managern und Professionals 7
Die Besonderheiten der Professionals 8
2. Ziele und Forschungsfragen 9
3. Methodisches Vorgehen 10
Das narrative Interview als Erhebungsinstrument 10
Auswertungs- und Validierungsschritte 11
Die Interviewpartner 13
4. Ergebnisse 14
Das Führungsverständnis der Spitalmanager 14
Das Führungsverständnis der Chefärzte 22
5. Analyse 30
1. Das Führungsverständnis der Spitalmanager: Ein Balanceakt 30
2. Das Führungsverständnis der Chefärzte: Klare Positionierung 31
3. Führung in Spitälern im Rahmen der schweizerischen Führungslandschaft 32
6. Fazit 39
7. Literatur 41
Anhang A 44
Anhang B 48

Executive Summary

Forschungshintergrund

Aufgrund verschiedener Entwicklungen befassen sich viele Schweizer Spitäler zurzeit mit Fragen der Effizienzsteigerung und der Reorganisation. Beides geht oftmals mit der Einführung neuer (Führungs-)Strukturen einher, die die traditionelle ‚Duale-' oder ‚Dreibein-Struktur' durch eine Einerspitze oder ‚CEO-Führungsstruktur' ersetzt. In dieser trägt der Spitalmanager allein die Gesamtverantwortung für das Spital und teilt sie sich nicht länger mit einem ärztlichen Direktor. Die Umsetzung dieser Strukturen und der damit oftmals einhergehende Anspruch der Spitalmanager, die Chefärzte des Spitals zu ‚führen', gestaltet sich oftmals jedoch schwierig. Mit den Spitalmanagern und den Chefärzten treffen zwei Berufsgruppen aufeinander, die in ihrem Selbstverständnis und in ihrer Kultur sehr verschieden sind. Diese Unterschiede haben unweigerlich Auswirkungen auf das jeweilige Führungsverständnis (Müller, 2005) und auf das Verhältnis der beiden Gruppen zueinander.

Die Polarisierung der beiden Berufsgruppen Medizin und Management ist einem konstruktiven Dialog und damit einer Verbesserung der Führungsproblematik jedoch in keiner Weise förderlich. Es kann nicht in erster Linie darum gehen, die Unterschiede zwischen den Gruppen und ihren jeweiligen Führungsverständnissen zu nivellieren. Es ist zu vermuten, dass diese konstitutiv in die Professionalität ihrer Träger eingewoben sind und in diesem Rahmen durchaus funktional wirken.

Das Ziel des Projektes war es daher, die je spezifische Eigenart der unterschiedlichen und weitgehend impliziten Führungsverständnisse herauszuarbeiten, um ihre Konfliktträchtigkeit im Führungsalltag zu erkennen und um Anschlussmöglichkeiten zwischen den Führungswelten von Medizinern und Managern wahrzunehmen.

Forschungsfrage

Der konzeptionelle Ausgangpunkt 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).

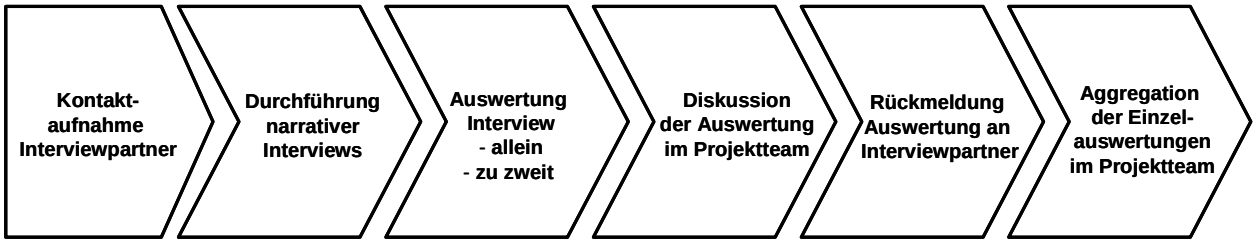
Das Hauptaugenmerk unserer Forschung lag daher auf der Erkundung der individuellen und kollektiven Annahmen und Vorverständnisse über Führung. Konkret bedeutete dies, dass wir versucht haben, sowohl bei Medizinern wie auch bei Spitalmanagern Antworten auf Fragen der folgenden Art zu finden:

- 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?

Methodische Vorgehensweise

Zur Rekonstruktion der Führungs- und Beziehungsverständnisse von Medizinern und Spitalmanagern wählten wir einen qualitativen Forschungsansatz und führten narrative Interviews mit 15 Spitalmanagern aus verschiedenen Institutionen und 15 Chefärzten aus ebenfalls unterschiedlichen Institutionen und unterschiedlichen Fachrichtungen. Beim narrativen Interview geht es nicht darum, Antworten auf konkrete Fragen zu erhalten, sondern um Führungserfahrungen in Form von Geschichten zu erhalten. Die Gesprächspartner bringen ihre Perspektiven, Gesichtspunkte und Deutungen zum Ausdruck, indem sie Erlebnisse, Handlungsabläufe, Personen, eigene und fremde Reaktionen schildern. Die Auswertung der Interviews und deren Validierung erfolgten in mehreren Schritten (siehe nachfolgende Abbildung):



Ziel der Aggregation, war es, Gemeinsamkeiten und wiederkehrende Themen innerhalb der einzelnen Führungsverständnisse einer jeden Berufsgruppe zu identifizieren und auf diese Weise zu einem *Berufsgruppen-spezifischen Führungsverständnis* zu kommen. Die Führungsverständnisse der Manager und der Mediziner lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Das Führungsverständnis der Manager

Die Spitalmanager sehen sich zuständig und verantwortlich für das Spital in seinem politischen und wirtschaftlichen 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 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.

Das Führungsverständnis der Mediziner

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 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.

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.

Schlussfolgerungen für die Führungspraxis

Für die Führungspraxis lässt sich zusammenfassend festhalten:

Führungsbeziehungen sind gestaltbar.

Obwohl die Führungsselbstverständnisse oftmals implizit und dadurch den jeweiligen Akteuren selbstverständlich und ‚natürlich' erscheinen, ist es nur eine von vielen Möglichkeiten, Führung zu verstehen und zu praktizieren. Es gibt immer auch Alternativen und Möglichkeiten, eine Führungsbeziehung aktiv zu gestalten. Im vorliegenden Fall wäre es zum Beispiel denkbar, dass Manager und Mediziner ihre Beziehung in der Hinsicht gestalten, dass sie statt der Gegensätzlichkeiten und Abwertungen ihre gegenseitige Komplementarität betonen und dadurch eine Beziehung mit gegenseitiger Wertschätzung erreichen, in der beide Akteure ihre Potentiale und Stärken einbringen können.

Unser Handeln in Führungssituationen wird geleitet durch Vorverständnisse und implizite Annahmen über Führung

Wie im Rahmen dieses Forschungsprojekts gezeigt wurde, ist unser Handeln in Führungssituationen durch Annahmen darüber, was ‚gute' oder ‚schlechte' Führung ausmacht, beeinflusst. Um unser Handeln zu ändern ist es daher wichtig, sich dieser Annahmen bewusst zu sein und diese aktiv zu reflektieren. Dazu gehört beispielsweise sich bewusst zu machen, welche Vorteile, aber auch welche Nachteile mit einem bestimmten Führungsverständnis verbunden sind, und welche Dynamiken dieses Verständnis in einer Führungsbeziehung mit Vorgesetzten oder Mitarbeitern wahrscheinlich macht.

Wandel in Organisationen setzt nicht nur an Strukturen an, sondern muss auch den Selbstverständnissen der betroffenen Akteure Rechnung tragen

Durch die Veränderung der Organisationsstrukturen allein werden in der Regel nicht die erhofften Effizienzgewinne erzielt, denn Strukturen müssen ‚gelebt' werden und dazu bedarf es – zumindest im vorliegenden Fall - der Kooperation der Chefärzte. Weil das Führungsverständnis der Chefärzte jedoch nicht kompatibel ist mit den neuen Führungsstrukturen, kommt es in vielen Fällen zu Auseinandersetzungen mit den ‚vorgesetzten' Spitalmanagern. Es ist daher notwendig, einen offenen Diskurs über die

gegenseitigen Erwartungen speziell mit Hinblick auf Führung zu führen und ein gemeinsames Verständnis der Art und Weise, wie man die formalen Strukturen leben will, zu erarbeiten.

Die Partner in der Führungsbeziehung sollten ihre eigenen Erwartungen und Vorverständnisse sowie diejenigen des anderen kennen und wertschätzen

Um ein gemeinsames Verständnis von Führung zu erarbeiten, ist es nicht nur wichtig, sich seiner eigenen Vorannahmen und Erwartungen bewusst zu sein, sondern auch derjenigen des Gegenübers. Auf diese Weise kann Missverständnissen und Fehlinterpretationen vorgebeugt werden. Statt Konkurrenz und Ablehnung kann eine Kultur des Verständnisses und der Kooperation aufgebaut werden, die für beide Seiten von Vorteil ist. Einen ersten Schritt in diese Richtung bieten die vorliegenden Ergebnisse. Sie können genutzt werden, um sich mit der Perspektive des jeweils anderen vertraut zu machen.

1. Einführung

Das Gesundheitswesen in der Schweiz befindet sich momentan in einer schwierigen Situation. Während die Ressourcenverknappung und der Kostendruck stetig zunehmen (z.B. Amelung & Schumacher, 2004, Boos, 2004, Juhasz, 2004, Wiechmann, 2003), steigt zeitgleich der Anspruch der Leistungsempfänger an die medizinische Versorgung (z.B. Hurlebaus, 2004). Als Antwort auf diese doppelte Herausforderung haben sich in den letzten Jahren viele Schweizer Spitäler mit Reorganisations- und Managementfragen befasst, darunter das Kantonspital Basel, das Inselspital in Bern und das Universitätsspital Zürich (Boos, 2004). Spitäler sehen sich immer zwingender veranlasst auf ihre Kosten zu achten, ihre Prozesse zu optimieren und sich strategisch zu positionieren.

Solche Veränderungen artikulieren sich auch in neuen Führungsstrukturen. Bislang am häufigsten anzutreffen ist die berufsorientierte Spitalorganisation, welche durch drei parallele Hierarchien (Verwaltungsdirektion, Pflegedirektion, Ärztliche Direktion) und eine Verknüpfung der drei durch eine Spitalleitung charakterisiert ist (Boos, 2004). Es finden sich aber zunehmend auch ‚Einerspitzen', bei denen ein Spitaldirektor – ähnlich wie ein CEO (Chief Executive Officer) in der Wirtschaft – die Verantwortung für das gesamte Spital erhält (Widmer, 2005). Eine solche Einerspitze weist beispielsweise das Organigramm des Universitätsspitals Basel auf (Universitätsspital Basel, 2005). Die Position des Spital- oder Klinikdirektors ist dabei i.d.R. mit wirtschaftswissenschaftlich ausgebildeten Managern besetzt. Abbildungen 1 und 2 zeigen exemplarisch die Veränderungen in der Führungsstruktur auf. Während Abbildung 1 die traditionelle ‚Dreibein'- oder ‚Duale'- Führungsstruktur zeigt, verdeutlicht Abbildung 2 die neue, CEO Führungsstruktur.

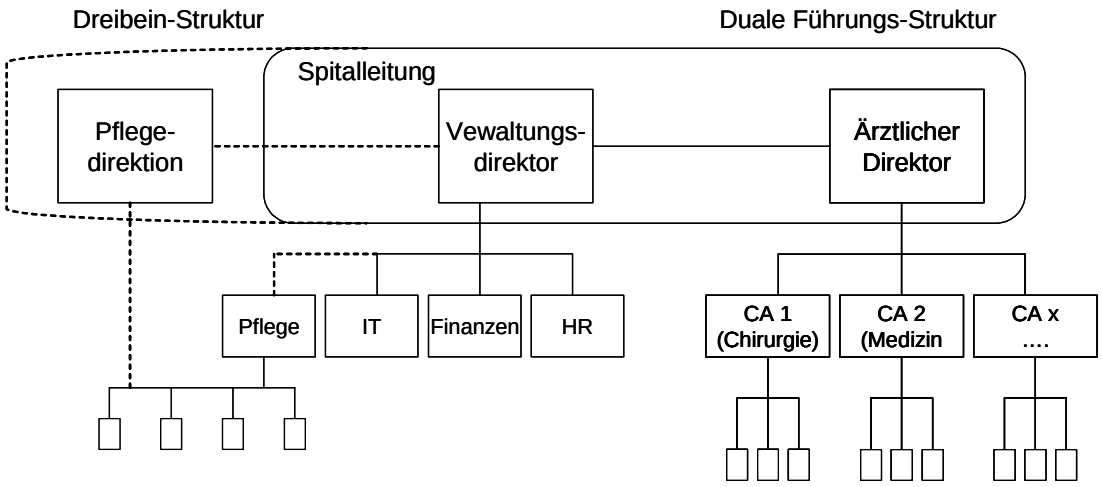


Abbildung 1: Traditionelle ‚Dreibein' bzw. ‚Duale' Führungsstruktur

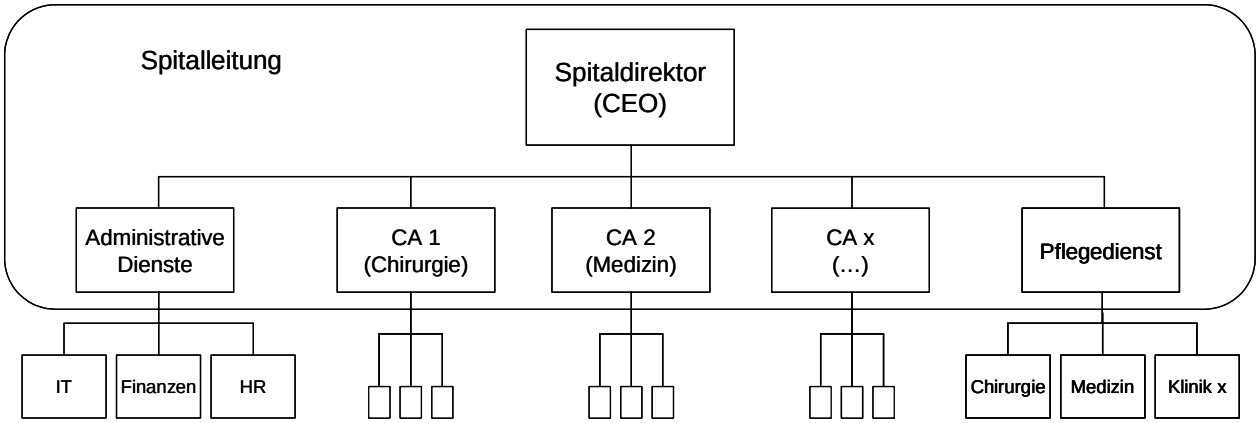


Abbildung 2: Die neue CEO-Führungsstruktur

Die neuen Strukturen werden von vielen Medizinern als (formaler) Kontrollverlust erfahren (Atun, 2003). Sie sehen ihre Einflusssphäre als auch Autonomie eingeschränkt[1] (Davies & Harrison, 2003). Dieser Umstand hat in vielen Fällen zu einer Ablehnung des Managements durch die Mediziner geführt (z.B. Doolin, 2001).).

Die Beziehung zwischen Managern und Professionals

Es ist jedoch nicht eindeutig, ob allein der Verlust an Einfluss und Autonomie zu dieser Stigmatisierung des Managements geführt hat. Davies, Nutley und Mannion (2000) verweisen beispielsweise auf die vielen professionskulturellen Unterschiede, die während der Sozialisation und später bei der Ausübung des Berufs einen Einfluss auf die Selbstverständnisse der Mediziner und Manager ausüben. In ähnlicher Weise zeigen auch Degeling, Maxwell, Kennedy und Coyle (2003), dass General Manager grundsätzlich andere Auffassungen von der Arbeit im Spital haben als Medical Manager oder Medical Clinicians. Das Muster der Unterschiede findet sich sogar über Landesgrenzen hinweg in verschiedenen Ländern (England/Wales, Australien, Neuseeland). Schmitz (2004a) und Kollegen zeigen aus der Sicht ärztlicher Direktoren wesentliche Unterschiede zwischen den Professionen Medizin und Management hinsichtlich einer Reihe von Dimensionen (z.B. Umgang mit Unsicherheit, Orientierung, Kommunikation). Diese Unterschiede wurden ebenfalls in verschiedenen Ländern gefunden.

Am eindrücklichsten ist das Verhältnis zwischen Managern und Medizinern jedoch von Glouberman und Mintzberg (2001) beschrieben wurden. Die Autoren argumentieren, dass Spitäler durch vier Akteursgruppen charakterisiert sind, die alle unterschiedlichen Organisations- und Arbeitsabläufen folgen, unterschiedliche Interessen vertreten und unterschiedliche Selbstverständnisse aufweisen. Zu den Gruppen gehören: die Ärzte, die

[1] Neben der Einschränkung der Autonomie durch Ressourcen- und Kostenkontrolle des Managements, wird die Autonomie auch durch die Systematisierung und Standardisierung medizinischen Wissens (z.B. evidence based medicine) eingeschränkt (vgl. Davies & Harrison, 2003; Vogd, 2002).

Pflegenden, die Manager und der Vorstand. Sie bilden vier Sub-Systeme mit unterschiedlichen Schwerpunkten: die Ärzte sehen sich für die Heilung der Patienten verantwortlich, die Pflegenden für die Pflege und Fürsorge der Patienten, die Manager für die Kontrolle des Gesamtsystems und der Vorstand für die Aufsicht über die Manager und das Gesamtsystem.

Abbildung 3: Die vier Akteursgruppen im Spital (auch als ‚Kreuz des Spitals' bekannt) übernommen aus Glouberman & Mintzberg (2001)

Der Antagonismus ist nach Glouberman und Mintzberg (2001) am stärksten zwischen den Perspektiven der Manager und der Mediziner ausgeprägt. Diese zwei sind durch eine ‚great divide' – eine tiefe Kluft gespalten, und Kooperationsbeziehungen sind kaum vorhanden.

Die Besonderheiten der Professionals

Das oftmals schwierige Verhältnis zwischen Medizinern und Managern lässt sich unter Umständen auch mit dem Status der Mediziner als ‚Professionals' erklären. Professionals verfügen über einen bestimmten Kanon an anspruchsvollen *Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten*, eine besondere *Problemlösungskompetenz* und über einen *aufgabenbezogenen Ethos*. Als Profession wird eine Arbeitstätigkeit mit hohem *Prestige* betrachtet, die nicht nur der Erzielung von Einkommen dient, sondern auch wegen der Aufgabe an sich und der damit verbundenen Herausforderung ausgeübt wird. Professionalität ist das Ergebnis eines langen Ausbildungs- und Sozialisierungsprozesses. Sie beansprucht Autonomie aufgrund ihrer überlegenen Problemlösungskompetenz, setzt gleichzeitig Selbstverpflichtung und ein intrinsisches Engagement für die Aufgabe voraus und verleiht eine klare berufliche Identität. Damit bleibt den Professionals in der Regel die Kontrolle ihrer Arbeit selbst überlassen (z.B. Mintzberg, 1991, 1998). Viele professionell verwaltete Organisationen verzichten tendenziell auf ‚Führung' durch ein Management, da die die Profession die notwendige Struktur und Koordination zur Verfügung stellt (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, und professionelle Organisationen haben häufig mit Koordinationsproblemen zwischen den einzelnen Ressorts zu kämpfen (Mintzberg, 1991).

Um Leistungsprozesse erfolgreich durchzuführen, bedarf es nicht nur spezifischer Qualifikationen, sondern auch einer angemessenen Ordnung und Verknüpfung, d.h. eines Management und der Integration der einzelnen Arbeitselemente (Steinmann & Schreyögg, 2000). Die bessere Koordination und Integration der Arbeit der Professionals soll zu Leistungsverbesserungen und Effizienzgewinnen führen.

Fazit

Bei der Führung von Ärzten im Sinne des Management treffen zwei Berufsgruppen aufeinander, die in ihrem Selbstverständnis und in ihrer Kultur sehr verschieden sind. Diese Unterschiede haben unweigerlich Auswirkungen auf das jeweilige Führungsverständnis (Müller, 2005). Schmitz (2004b) stellt fest, dass aufgrund der jeweiligen professionellen Orientierung Führung für die Ärzte etwas anderes bedeutet als für die Pflegenden oder für die Verwaltung.

Die Polarisierung der beiden Berufsgruppen Medizin und Management ist einem konstruktiven Dialog und damit einer Verbesserung der Führungsproblematik jedoch in keiner Weise förderlich. Es kann nicht in erster Linie darum gehen, die Unterschiede zwischen den Gruppen und ihren jeweiligen Führungsverständnissen zu nivellieren. Es ist zu vermuten, dass diese konstitutiv in die Professionalität ihrer Träger eingewoben sind und in diesem Rahmen durchaus funktional wirken.

Das Ziel des Projektes war es daher, die je spezifische Eigenart der unterschiedlichen und weitgehend impliziten Führungsverständnisse herauszuarbeiten, um ihre Konfliktträchtigkeit im Führungsalltag zu erkennen und um Anschlussmöglichkeiten zwischen den Führungswelten von Medizinern und Managern wahrzunehmen.

2. Ziele und Forschungsfragen

Der konzeptionelle Ausgangpunkt 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 bedeutete dies, dass wir versucht haben, sowohl bei Medizinern 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).

Das narrative Interview als Erhebungsinstrument

Das Erhebungsinstrument für unsere Studie war das narrative Interview (z.B. Czarniawska, 2004). Im narrativen Interview geht es nicht wie in einem strukturierten Experteninterview um Antworten auf sorgfältig vorbereitete Fragen des Forschers, 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'.

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.

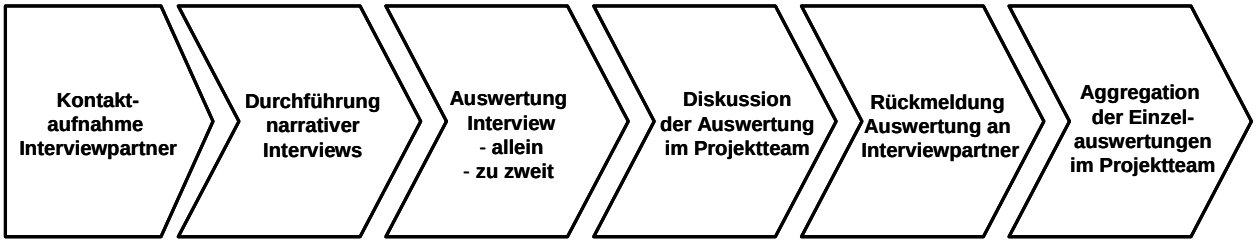


Abbildung 4: Die einzelnen Schritte im Forschungsprozess

Die Interviewpartner

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 Merkens (2004) der Untersuchungsgegenstand facettenreich erfasst werden. Patton (1990) spricht in diesem Zusammenhang 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. Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Spitalmanager (SM) und Chefärzte (CA) und ihre jeweilige Institution.

Spitalmanager	**Institution**
SM -1	Bezirksspital
SM -2	Privatspital
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	Privatspital
SM -15	Kantonspital

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	Privatspital
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
Gesamt:	15

Tabelle 3: Überblick über die medizinischen 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.

Im ersten Unterkapitel liegt der Fokus auf dem Führungsverständnis der Spitalmanager und im zweiten Unterkapitel auf demjenigen der Chefärzte.

Das Führungsverständnis der Spitalmanager

Die Aggregation der Führungsverständnisse hat in der Gruppe der Spitalmanager folgende Themenlandschaft hervor gebracht (vgl. Abbildung 5). Die Nummerierung der Themen stellt weder eine Priorisierung noch eine inhaltliche Schwerpunktsetzung dar, sondern den Versuch, die nachfolgende Darstellung zu systematisieren.

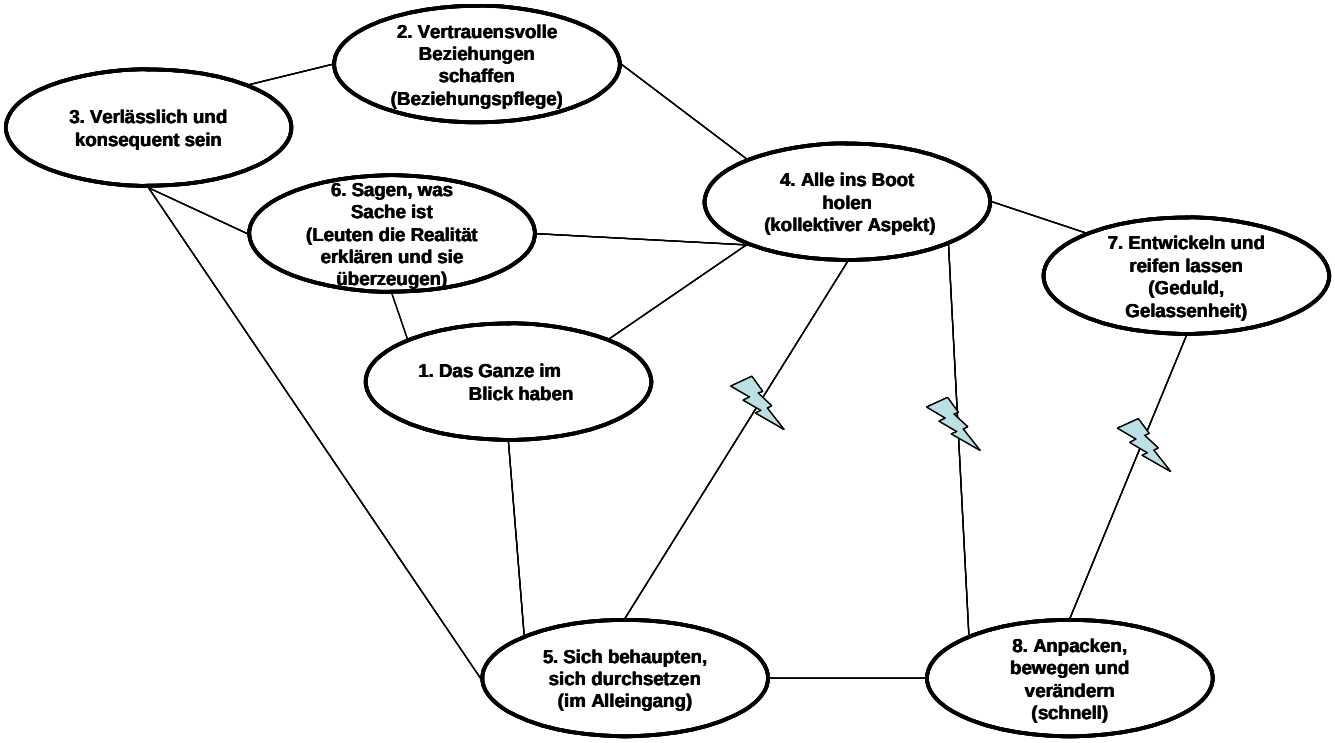


Abbildung 5: Themenlandschaft Spitalmanager

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 im Blick haben

‚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 integrierteren 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. Vertrauensvolle Beziehungen schaffen

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 erste beginne, 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. Alle ins Boot holen und einen gemeinsamen Kurs festlegen

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“ 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 funktioniere 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 Departmente 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 irgend wann 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 Kompromisssituationen, 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 prozessorientierten 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).

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).

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 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.

Das Führungsverständnis der Chefärzte

Die Aggregation der individuellen Führungsverständnisse hat in der Gruppe der Chefärzte folgende Hauptthemen hervor gebracht (vgl. Abbildung 6). Die Nummerierung stellt wiederum lediglich den Versuch einer Systematisierung dar und soll weder als Priorisierung noch als Schwerpunktbildung verstanden werden.

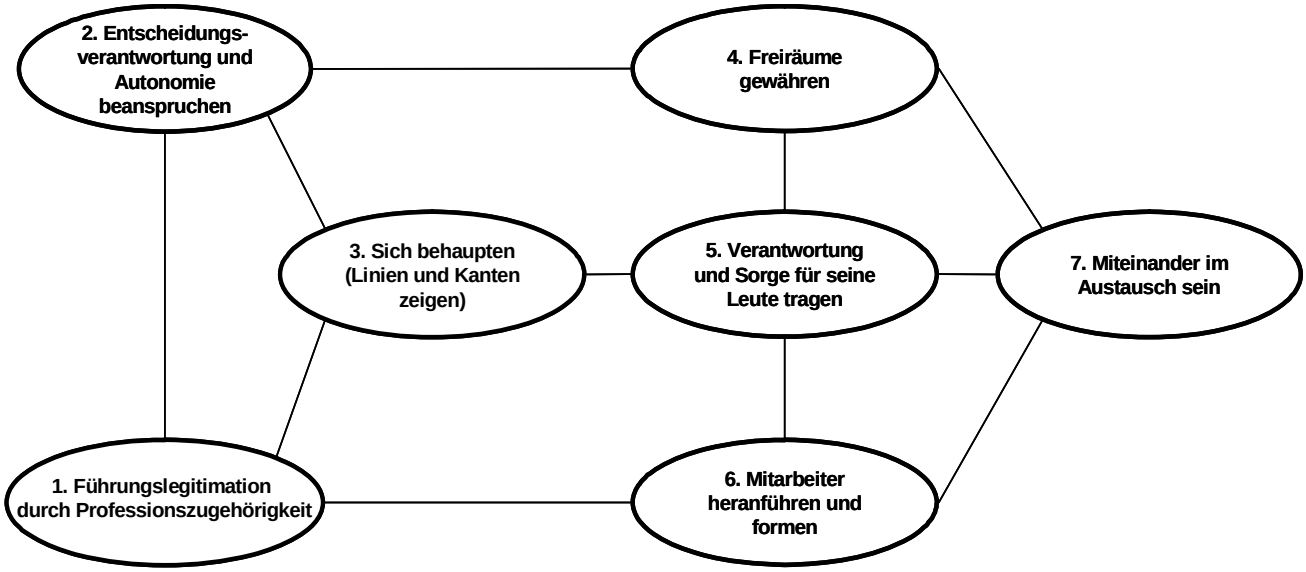


Abbildung 6: Themenlandschaft Chefärzte

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 Professionszugehörigkeit

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 Erweiterung 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. Entscheidungsverantwortung und Autonomie 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. Sich behaupten (Linien und Kanten zeigen)

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.

Das Thema ‚sich behaupten’ ist daher auch 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.

4. Freiräume gewähren

Viele Geschichten aus dem Werdegang der Chefärzte drehen sich um die Frage nach dem richtigen Mass an Selbständigkeit, das den Mitarbeitenden zugestanden werden soll. Das Thema „Autonomie" artikulierte 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 5). 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). 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).

5. Verantwortung und Sorge für seine Leute 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 3: Sich behaupten), 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.

6. Mitarbeiter heranführen 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 Oberarztrapporten, 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. 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 5) 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 4), 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 Entlastung 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.

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

Die Tendenz zur Identifizierung der Klinik mit der Persönlichkeit ihres Chefarztes 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 und die entwicklungsförderliche Nähe in der Führungsbeziehung nicht zulässt (Thema 5). 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 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.

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. Analyse[2]

Die nun folgende Analyse hat zum Ziel, die dargestellten Führungsverständnisse näher zu beleuchten. Dazu werden in einem ersten Schritt die Besonderheiten und Unterschiede zwischen den Spitalmanagern und Chefärzten heraus gearbeitet. In einem zweiten Schritt soll der Frage nachgegangen werden, ob Führung in Spitälern gleich oder anders ist als in der Privatwirtschaft.

1. Das Führungsverständnis der Spitalmanager: Ein Balanceakt

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.

Unterstrichen wird diese spezifische Orientierung sowohl vom Thema „entwickeln und reifen lassen“, also der Bedeutung einer sorgsamen 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 direktiven 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 wider, 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 sie *alleine* entscheiden könnten – wenn man sie es denn wollten. Sie tun es aber nicht. 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

[2] Teile der Analyse sind dem Projektbericht ‚Managing Professionals’ entnommen. Vgl. Berchtold, Endrissat, Müller & Schmitz (2007). Managing Professionals – Führung von Ärzten’ Unveröffentlichter Projektbericht WWZ der Universität Basel und College-M.

gewinnen, weil ohne sie nichts gehen würde und diese Akteure über ausgeprägte Autonomiepotentiale verfügen.

Die Spitalmanager sind darauf angewiesen, dass die Professionals, die Chefärzte, mitziehen und brauchen 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 einem Balanceakt zu gleichen zwischen eskalierenden Konflikten auf der einen und einschläfernden Kompromissen auf der anderen Seite.

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 und der Übersetzung von Themen in netzwerkrelevante Bedeutungen. Dieser Führungsansatz unterscheidet sich offensichtlich von klassischen, machtorientierten CEO- oder Management-Strategien. Die hier gezeichnete Führungswelt ist von Vorstellungen geprägt, die dem spezifischen Kontext des Spitals mit seinen diffusen Machtverhältnissen, seiner subsystemischen Heterogenität und den Professionsgrenzen Rechnung tragen. Die fast schon politisch anmutende Rolle, wie sie hier gezeichnet wird, setzt daher ein Führungsverständnis voraus, das mit ihr kompatibel ist.

2. Das Führungsverständnis der Chefärzte: Klare Positionierung

Was steht dem integrierenden, beziehungsorientierten Führungsverständnis der Spitalmanager auf Seiten 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 Professionalität. 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 über die Entwicklung des Spitals als Ganzes gesprochen, geschweige denn dessen strategische Positionierung auf dem ‚Markt'. Die Dimension des Strategischen oder auch „Organisationsentwicklerischen" fällt völlig heraus – letztere findet sich schon bei den Spitalmanagern nicht besonders ausgeprägt. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass sich die Ärzte so weit in den Entwicklungsstrom ihres jeweiligen Faches eingebettet fühlen, dass sich strategische Positionierungsfragen nicht als eigenständige Führungsthemen formulieren.

Auffallend ist auch, dass die Spitalmanager in den Erzählungen der Ärzte kaum vorkommen. Umgekehrt stehen die Chefärzte im Zentrum der Schilderungen der Spitalmanager. Die

Spitalmanager spielen aus der Sicht der Chefärzte eine nur beiläufige oder allenfalls störende Rolle. Die komplexen Strukturen und Entscheidungsvorgänge im Spital werden von ihnen ebenfalls als einschränkend oder einengend empfunden. Sie fühlen sich gefangen im System und wünschen sich klarere Verhältnisse. Es wird von schwierigen Situationen berichtet, die grosser Anstrengungen und persönlicher Exponiertheit zur Veränderung bedurften.

Das Thema „sich behaupten“ findet sich bei den Chefärzten im Unterschied zu den Spitalmanagern ambivalenzfrei. Durchsetzung empfinden sie 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. Sie finden, dass man Konsequenzen ziehen, Herausforderungen annehmen und auch nicht immer beliebt sein muss. Führung verlangt, als Person spürbar zu sein, eine klare Linie zu verfolgen, andere zu überzeugen, indem man selber dahinter steht und authentisch und glaubwürdig wirkt. Richten sich die Bemühungen der Spitalmanager auf Beziehungsgestaltung und die Integration der heterogenen Interessenslagen, die oftmals das Zurücknehmen der eigenen Person verlangen, so wird bei den Chefärzten ein ganz anderes Führungsmodell deutlich: Chefärzte zeigen sich mit ihren ‚Ecken und Kanten’ und stehen – persönlich – für das Wissen und die Erfahrung in ihrer Klinik. Sie sind der personifizierte Referenzpunkt.

3. Führung in Spitälern im Rahmen der schweizerischen Führungslandschaft

Im Folgenden interessiert die Frage, wie sich die Führungsverständnisse im Spital vergleichen lassen mit dem allgemeinen, typischen Führungsverständnis im Kulturraum der Schweiz. Ist Führung und Management im Spital das Gleiche oder etwas Anderes als Führung z.B. in der Wirtschaft?

Zum Vergleich kann eine methodisch gleichartige Studie des Deutschschweizer Führungsverständnisses herangezogen werden (vgl. Endrissat/Müller/Meissner 2005, Müller & Endrissat, 2007). Die Ergebnisse dieser Studie zeichnen eine „Führungslandschaft“ (vgl. Abb. 7) im Sinne einer Topographie von fünf prominenten thematischen Bereichen, die hier nur ganz kurz skizziert werden sollen.

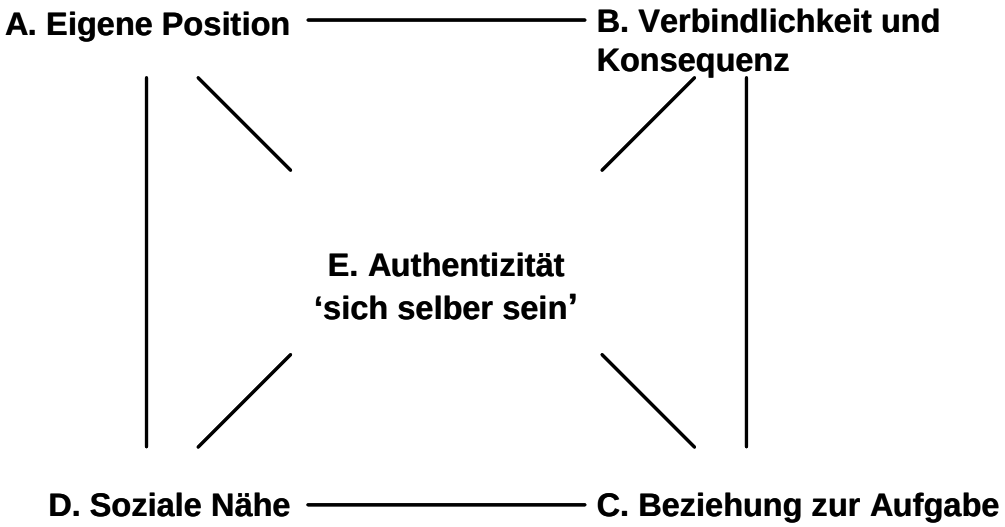


Abbildung 7: Führungslandschaft Schweiz 2005

A) Eine eigene Position einnehmen

Als zentrale Voraussetzung von Führung wird in vielen Narrationen die klare eigenständige Position im Sinne eines klaren persönlichen Standortes oder einer eindeutigen eigenen Meinung zu einem Problem angesprochen. Wer mit andern zusammen und über andere „wirken", „in Gang setzten" und „aktiv gestalten will" – und diese Themen gehören zu den Kerngehalten von Führung – benötigt einen eigenen Standort, der dem Umfeld den Eindruck persönlicher Ursächlichkeit zu vermitteln vermag. Eine Führungskraft ist jemand, die als Person eigenständig, klar und berechenbar ist. In der Führungslandschaft Schweiz ist die Wahrnehmung eines selbständigen Urteils und einer eigenen Position im sozialen Raum eine wesentliche Voraussetzung der Erfahrung von Führung.

B) Verbindlichkeit und Konsequenz

Eine klare eigene Position trägt jedoch nur dann zur Wahrnehmung von Führung bei, wenn sie sich im Handeln konsequent artikuliert und als Selbstverpflichtung der Führungsperson erscheint („walk your talk"). Das Thema „Konsequenz" im Sinne von „ich meine es", „es ist verbindlich" und „ich fordere es ein" ragt markant in der Führungslandschaft hervor.

C) Beziehung zur Aufgabe

Die individuelle Position der Führungskraft muss sich auch in einem klaren persönlichen Bezug zur Aufgabe äussern. Es genügt nicht, als Manager beliebige Organisationen professionell zu leiten. Ohne erkennbare persönliche Beziehung zur konkreten Aufgabe des Kollektivs – so die Wahrnehmung – wird aus dem Manager kein Führer. Viele Führungskräfte sehen in ihrer Aufgabe zunächst vor allem die persönliche Herausforderung,

die es individuell zu meistern gilt. Sie manifestieren dabei eine intensive Freude am Wirken und Gestalten. Führung wird aber vor allem in der persönlichen Beziehung der Führungsperson zum Geschäft und zum Inhalt der Aufgabe wahrgenommen, welche die individuelle Selbstbezogenheit der beliebigen Leistungsmotivation transzendiert und zur Glaubwürdigkeit beiträgt.

D) Soziale Nähe

Wenn das sichtbare persönliche Engagement für eine Sache Voraussetzung für eine effektive Führungsbeziehung ist, so kann umgekehrt dieses Engagement auch aus der persönlichen Nähe in Führungsbeziehungen herauswachsen. Der Aufgabenbezug entsteht aus Beziehungen heraus und wirkt auf diese zurück. Die Nähe zu den Mitarbeitern im Kontext einer gemeinsamen Aufgabe ist ein ganz besonders prominentes Thema von Schweizer Managern, wenn sie heute über ihren Werdegang als Führungskraft berichten.

Die meisten der befragten Führungskräfte teilen wohl die Meinung des CEO einer weltweit operierenden Firma, wenn dieser anmerkt: „Jeder Führer möchte natürlich geliebt werden." Dabei beschäftigt die Frage, wie viel persönliche Nähe in der Führung erlaubt, möglich und funktional ist. Man möchte sich nicht auf formale Positionen zurückziehen und nicht nur als Instanz, sondern als Person und damit als beziehungsfähig wahrgenommen werden. Dies bedeutet, zugänglich zu bleiben, den Kontakt zur Basis nicht zu verlieren und als Führungsperson gerade dadurch eine besondere Wertschätzung zu erlangen, dass man das mit der Führungsposition verbundene Machtpotential statusmässig *nicht* ausspielt.

E) Authentizität oder ‚Sich selber sein'

Die Führungsthemen A bis C können als Regionen einer individualistischen Grundthematik verstanden werden: die Frage nach dem Selbst im ‚Führungsspiel' und die Sorge, sich dabei nicht zu verbiegen. Diese Gefahr wird zunächst in der Managementausbildung selber gesehen. Schweizer Führungskräfte distanzieren sich oft von „gescheiten Führungstheorien". Die Anwendung vermittelter Führungskonzepte und –instrumente scheint tendenziell eher als „Aus-Führung" (execution) wahrgenommen zu werden, während „Führung" Ursächlichkeit impliziert. Mit der Anwendung standardisierter Führungskonzepte scheint das Originäre der Person verloren zu gehen. Trotzdem sehen sich die Führungskräfte modischen Strömungen und dem Zeitgeist ausgesetzt, denen sie sich nur auf die Gefahr hin entziehen können, als inkompetent zu gelten oder ‚unter zu gehen'.

Das Bewahren und Durchsetzen der eigenen Führungsidentität ist jedoch eine schwierige Gratwanderung zwischen der Abgrenzung, die mit einer sich selbst verpflichteten individuellen Position einhergeht, und dem Verlust an persönlicher Nähe. Diese Balance zwischen Nähe und Distanz, zwischen „sich einlassen" und „sich abgrenzen" wird von den meisten Führungskräften als schwieriges Dilemma empfunden. Die Vorgesetzten sind sich der Gefahr bewusst, als konsequente Vertreter der Sachzwänge und der Regeln die Nähe, Wertschätzung und Anerkennung der Mitarbeiter zu verlieren. Andererseits erleben sie das Risiko, durch persönliche Nähe vereinnahmt zu werden und dabei den eigenen Standort und

die Konsequenz zu verlieren. Diese benötigen sie, um sich als Führungskraft zu legitimieren. Persönliche Beziehungen stellen diese in Fragen, den Nähe beinhaltet immer auch persönliche Verpflichtung und neigt dazu, die Verbindlichkeit der Strukturen und Regeln wie auch die fraglose aufgabenbezogene Verpflichtung der Führungskraft aufzulösen.

Die Variation der Führungslandschaft im Spital

So unterschiedlich die Führungsverständnisse von Spitalmanagern und Ärzten erscheinen – sie können auf den ersten Blick beide als kontextspezifische Konkretisierung des Selbstverständnisses der Führungskräfte im weiteren kulturellen Umfeld der Deutschen Schweiz gesehen werden. Sowohl bei den Spitalmanagern wie auch bei den Chefärzten lassen sich die Themen der Schweizer Führungslandschaft relativ leicht identifizieren, allerdings mit unterschiedlichem Inhalt und in unterschiedlicher Ausprägung.

Für beide Berufsgruppen ist die **Definition des eigenen Standortes** ein Thema. Die Wahrnehmung der eigenen Position geschieht im Rahmen eines gedanklichen Koordinatennetzes - einer institutionellen Perspektive, in welcher eine Verortung möglich ist.

Die Spitalmanager sehen Spitäler im Grundsatz als Organisationen, die wie andere Organisationen auch den Gesetzen des Marktes unterliegen: sie erbringen Dienstleistungen in Konkurrenz mit anderen Anbietern und holen die Mittel zu ihrer Selbsterhaltung und Entwicklung durch die Nachfrage nach diesen Dienstleistungen ein. Der unhinterfragt staatliche oder altruistische Charakter dieser Institution ist zunehmend Vergangenheit, so dass man sich den ökonomischen Gesetzen, welche in Politik und Wirtschaft regieren, unterziehen muss. Dies bedeutet Sorge für die richtige Positionierung im Markt, für ein attraktives Leistungsangebot und für den ökonomischen Einsatz der Mittel. Dies wiederum bedingt eine aktive Programmierung und Steuerung aus einer Gesamtperspektive heraus, welche dem Management obliegt.

Mit dieser Perspektive suchen die Spitalmanager den Anschluss an eine Welt, die sich gedanklich in ganz anderen Bahnen bewegt. In dieser anderen Welt geht es um Gesundheit und Krankheit, um Fälle, Einzelschicksale, um Wissenschaft und professionelle Reputation. Nicht die Institution, sondern die Aufgabe im konkreten Fall steht ihm Vordergrund. Die Institution ist lediglich Voraussetzung und Rahmen, damit man „der Sache“ resp. den damit verbundenen professionellen Ansprüchen nach Möglichkeit gerecht werden kann.

Diese Welt wartet nicht auf den Spitalmanager, der sich vor der Herausforderung sieht, trotzdem „einzubrechen“ (vgl. SM 8/124), anzuknüpfen und seine Steuerungsansprüche geltend zu machen. Entsprechend betont er in diesem Zusammenhang die zentrale Bedeutung einer klaren persönlichen Position – gewissermassen als Brücke zwischen den beiden sich fremden Welten. Eine klare persönliche Position bringt Selbständigkeit, Verbindlichkeit und Konsequenz über blosses Rollenverhalten hinaus zum Ausdruck, ermöglicht Vertrauen und signalisiert Beziehungsfähigkeit.

Falls das mit diesem persönlichen Standort verbundene Beziehungsangebot nicht aufgenommen wird, sieht er sich vor einem Dilemma. Einerseits erfordert die **Verbindlichkeit und die Konsequenz**, die den Standort ja erst beweist, sich trotzdem zu behaupten und durchzusetzen. Dies kommt auch der Handlungsorientierung des Managers entgegen. Andererseits kann er in diesem Fall seiner Integrations- und Brückenfunktion nicht

mehr gerecht werden. Ein konsequent und verbindlich eingenommener Standort, der aber institutionell nicht legitimiert und akzeptiert wird, bleibt ein Fremdkörper, wirkt als Störfaktor und begegnet vielfältigen Immunreaktionen des sozialen Systems.

Es ist deshalb nicht überraschend, wenn die allgemeinen Führungsthemen „Standort einnehmen“ sowie „Verbindlichkeit und Konsequenz“ die Spitalmanager in diesem noch wenig konsolidierten, fluiden Kontext, speziell umtreiben: Wer bin ich hier? Wer kann, wer will ich hier sein? Bin ich jemand, „der Einfluss nimmt, oder ist der Verwaltungsdirektor einfach der bessere Buchhalter, der Zubringer, der Diener, der Wasserträger?“ (SM 5/119) Die Frage nach dem eigenen, persönlichen Standort ist bei einigen Spitalmanagern mit viel Ambivalenz verbunden. Gerade diese Ambivalenz wird aber in Führungsbeziehungen als fehlende eigenständige Position und als Mangel an Konsequenz wahrgenommen.

Fast noch prominenter ist das Thema der markanten eigenen Position bei den Chefärzten – allerdings nicht aufgrund von Ambivalenz und des Bemühens um Klärung, sondern als fester Bestandteil ihres Führungsselbstverständnisses. Führung ist für sie unabdingbar mit einem ausgeprägt persönlichen Element verbunden, mit „Ecken und Kanten“ und der Betonung von Selbständigkeit. Während der persönliche Standort in den Schilderungen der Spitalmanager inhaltlich oft etwas abstrakt erscheint, kommt er bei den Chefärzten in farbigen Schilderungen konkret zum Ausdruck. Führung hat für sie wenig mit allgemeinen Gesetzen und allgemeinen Erfolgsrezepten zu tun – eine Sichtweise, die sie dem Management gerne unterstellen -, aber viel mit der ganz eigenen Person des Chefs. Die Person zeigt sich in ihrer persönlich engen Beziehung zur professionell definierten Sache, in ihrem persönlichen Engagement, in ihrer individuellen Spezialisierung und beruflichen Überlegenheit wie aber auch in ihrer ganz persönlichen Art der Beziehungsgestaltung bei der Formung und Heranführung des professionellen Nachwuchses. Sie wird gerade dadurch markant, dass sie sich mit der ihr zugemuteten formalen Rolle auseinandersetzt. Die Bedeutung des persönlichen Standortes zeigt sich ausserdem in der geschilderten Lust auf Selbstbehauptung und Auseinandersetzung, aber auch in der manifesten Abneigung gegenüber „gescheiten“ Führungstheorien.

Eher beiläufig wurde damit verschiedentlich der enge Zusammenhang zwischen dem individuellen Standort und der **Beziehung zur Aufgabe** erwähnt. Auch dieses Thema ist ein gemeinsames, aber unterschiedlich gehandhabtes. Es scheint, als ob die Beziehung zur Aufgabe bei den Chefärzten eine persönlichere sei als bei den Managern, möglicherweise da die Aufgabe des Arztes eine bedeutend konkretere ist als diejenige des Verwalters. In der Welt der Manager ist der Gegensand des Handelns ein Abstraktum, eine juristische Person, ein soziales System, eine Institution. In der allgemeinen Führungslandschaft wird denjenigen Führungskräften Führerschaft zugeschrieben, die über die Beziehung zu diesem Abstraktum hinaus auch eine persönliche Beziehung zum konkreten Produkt, zum Dienst oder zur gemeinsamen Aufgabe entwickeln. Diese persönliche Beziehung zur Aufgabe ist Gegenstand des langen Sozialisierungsprozesses des Mediziners und damit seiner Professionalität mehr oder weniger inhärent. Er diagnostiziert beim Spitalmanager gerne ein diesbezügliches Manko, wenn er ihn stereotyp vor allem den Finanzen oder der Politik verpflichtet sieht oder wenn dieser das Einhalten der Arbeitszeiten oder der Budgets höher gewichtet als das flexible und voraussetzungslose Eingehen auf schwierige Fälle.

Das **Thema der sozialen Nähe** artikuliert sich im Spital auf eine ganz spezifische Weise, aber das allgemeine Dilemma zwischen persönlicher Nähe einerseits und individueller Abgrenzung und Konsequenz andererseits charakterisiert auch diese Führungswelt.

Bei den Chefärzten, die unter Führung vor allem die professionelle Entwicklung ihrer Mitarbeitenden im Auge haben, zeigt sich eine Tendenz zu einer Art „aufgeklärten Paternalismus“: Die Chefärzte prägt das Klinik-Kollektiv und den Werdegang ihrer Mitarbeitenden. Fast wie in Familien sind die Beziehungen mit starken (positiven oder negativen) Gefühlen verbunden, wie das in den farbigen Schilderungen der Chefärzte über ihre früheren Chefs zum Ausdruck kommt. Sie möchten „Sorge tragen“ für die von ihnen Abhängigen, verantwortlich für sie sein, sich für sie engagieren. Gleichzeitig suchen sie ihre Nähe auf einer dialogischen Ebene mit einer guten Streitkultur, wo offenes gegenseitiges Feedback und spontane Kommunikation möglich sind. Sie wissen, dass sie zum Zweck der professionellen Entwicklung ihrer Leute Freiräume gewähren müssen und wünschen sich mehrheitlich das „Aussterben der alten Dinosauriere“ herbei. Gleichzeitig erfahren sie aber die tradierte hierarchische Distanz und reproduzieren diese auch teilweise mit ihren „Linien und Kanten“ und durch die Notwendigkeit, ihre professionelle Überlegenheit, die ihre Führungsposition legitimiert, ständig zu beweisen.

Die Spitalmanager suchen die Nähe der Chefärzte. Sie sind sich allerdings über die spezifische Qualität dieser Beziehung noch nicht im Klaren. Auch in Spitalorganisationen, in denen der Spitalmanager formal eine CEO-Position einnimmt, werden die Chefärzte kaum als „Mitarbeiter“ geschildert. Trotzdem stehen sie im Zentrum des Führungskosmos der Spitalmanager, die sich wenn auch nicht um Unterordnung, so doch um ihre Wertschätzung, ihren Respekt und ihr Vertrauen bemühen. Sie wissen, dass dieses Vertrauen eine klare und gerade Linie und einen transparenten eigenen Standort erfordert, der aber den Anspruch auf Einbindung der Chefärzte beinhalten muss. Diese Einbindung bedeutet für die Chefärzte ungewohnte Einschränkungen ihrer Autonomie aufgrund ihnen fremder Gesichtspunkte. Vielleicht deshalb stehen sie den Annäherungsbemühungen der Spitalmanager vor dem Hintergrund ihrer professionellen Souveränität tendenziell vorsichtig oder auch gleichgültig gegenüber.

Das **Thema der Authentizität oder des „Sich selber sein“** und „Sich nicht verbiegen müssen“, das in der Führungslandschaft Schweiz prominent in Erscheinung tritt und dabei die andern Themen zusammenfasst, wird in den beiden hier erkundeten Führungswelten nicht im gleichen Masse explizit und direkt erwähnt. Trotzdem kennzeichnet es auch das Führungsverständnis der Spitalmanager, wenn diese für sich in Anspruch nehmen, ihren Standpunkt direkt und offen zu vertreten, zu sagen, „was Sache ist“, nicht von ihrer Linie abzuweichen, gegebenenfalls Gelassenheit und Geduld zu zeigen. Es kommt jedoch vor allem in ihrer Suche des Standortes zum Ausdruck, der ihnen erlaubt, sich nicht verbiegen zu müssen und gleichzeitig wirksam zu sein. Die Chefärzte artikulieren das Thema expliziter, indem sie der starken Persönlichkeit das Wort reden, die sich ihre Kanten nicht durch bürokratische Vorgaben und modische Führungstheorien einebnen lässt und die im Rahmen angemessener Freiräume ihre Individualität zum Segen der Leute lebt. Für sie ist das Thema mit weniger Ambivalenz verbunden.

Die Frage stellt sich zum Schluss, ob die hier nachgezeichnete Landkarte der Führungsthemen von Spitalmanagern und Chefärzten Variationen der Schweizer Führungslandschaft oder vielleicht doch eher Abbilder einer länder**un**spezifischen Spitalkultur darstellen. Zweifellos sind sie beides in gegenseitiger Durchdringung, aber auch noch ein Drittes dazu, nämlich eine thematische Konstellation in einer bestimmten Phase des kulturellen Wandels dieser Institutionen, der je nach dem weiteren Kulturraum-Kontext und dessen Dynamik schneller oder langsamer vor sich geht. Die hier kartographierten Themen sind deshalb nicht repräsentativ für **das** Spital, sondern typisch für die Führung in Spitälern in der deutschsprachigen Schweiz zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Dabei ist aber das übergeordnet Typische der Spitalkultur im Allgemeinen, der Deutschschweizer Führungskultur wie auch – aufgrund der Pfadabhängigkeit - das Typische aus der Vergangenheit dieser Kulturen stets präsent.

6. Fazit

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 Pflegeteam 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 Selbstverständnis sichtbar und damit der Reflexion und Revision zugänglich machen, dürften zusätzlich zur Verflüssigung und zur Beschleunigung des kulturellen Wandels in den entsprechenden Institutionen beitragen.

Für die Führungspraxis lässt sich zusammenfassend festhalten:

Führungsbeziehungen sind gestaltbar.

Obwohl die Führungsselbstverständnisse oftmals implizit und dadurch den jeweiligen Akteuren selbstverständlich und ‚natürlich' erscheinen, ist es nur eine von vielen

Möglichkeiten Führung zu verstehen und zu praktizieren. Es gibt immer auch Alternativen und Möglichkeiten, eine Führungsbeziehung aktiv zu gestalten. Im vorliegenden Fall wäre es zum Beispiel denkbar, dass Manager und Mediziner ihre Beziehung in der Hinsicht gestalten, dass sie statt der Gegensätzlichkeiten und Abwertungen ihre gegenseitige Komplementarität betonen und dadurch eine Beziehung mit gegenseitiger Wertschätzung erreichen, in der beide Akteure ihre Potentiale und Stärken einbringen können.

b. Unser Handeln in Führungssituationen wird geleitet durch Vorverständnisse und implizite Annahmen über Führung

Wie im Rahmen dieses Forschungsprojekts gezeigt wurde, ist unser Handeln in Führungssituationen durch Annahmen darüber, was ‚gute' oder ‚schlechte' Führung ausmacht, beeinflusst. Um unser Handeln zu ändern, ist es daher wichtig, sich dieser Annahmen bewusst zu sein und aktiv zu reflektieren. Dazu gehört beispielsweise sich bewusst zu machen, welche Vorteile aber auch welche Nachteile mit einem bestimmten Führungsverständnis verbunden sind und welche Dynamiken dieses Verständnis in einer Führungsbeziehung mit Vorgesetzten oder Mitarbeitern wahrscheinlich macht.

c. Wandel in Organisationen setzt nicht nur an Strukturen an, sondern muss auch den Selbstverständnissen der betroffenen Akteure Rechnung tragen

Durch die Veränderung der Organisationsstrukturen allein werden in der Regel nicht die erhofften Effizienzgewinne erzielt, denn Strukturen müssen ‚gelebt' werden und dazu bedarf es – zumindest im vorliegenden Fall - der Kooperation der Chefärzte. Weil das Führungsverständnis der Chefärzte jedoch nicht kompatibel ist mit den neuen Führungsstrukturen, kommt es in vielen Fällen zu Auseinandersetzungen mit den ‚vorgesetzten' Spitalmanagern. Es ist daher notwendig, einen offenen Diskurs über die gegenseitigen Erwartungen speziell mit Hinblick auf Führung zu führen und ein gemeinsames Verständnis der Art und Weise, wie man die formalen Strukturen leben will, erarbeitet werden.

d. Die Partner in der Führungsbeziehung sollten ihre eigenen Erwartungen und Vorverständnisse sowie diejenigen des anderen kennen und wertschätzen

Um ein gemeinsames Verständnis von Führung zu erarbeiten, ist es nicht nur wichtig, sich über seine eigenen Vorannahmen und Erwartungen bewusst zu sein. Idealerweise hat man auch ein Verständnis der Erwartungen des Gegenübers. Auf diese Weise kann Missverständnissen und Fehlinterpretationen vorgebeugt werden. Statt Konkurrenz und Ablehnung kann eine Kultur des Verständnisses und der Kooperation aufgebaut werden, die für beide Seiten von Vorteil ist. Einen ersten Schritt in Richtung Kennen lernen der Erwartungen und Annahmen des Partners bieten die vorliegenden Ergebnisse. Sie können genutzt werden, um sich mit der Perspektive des jeweils anderen vertraut zu machen.

7. Literatur

Amelung, V.E. & Schumacher, H. (2004). Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement (3. über. und erw. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.

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., Endrissat, N., Müller, W.R., & Schmitz, C. (2007). Managing Professionals – Führung von Ärzten' Unveröffentlichter Projektbericht WWZ der Universität Basel und College-M.

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 Verhaltentherapie.

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

Endrissat, N. & Müller, W. R. (2005). Leadership research made in Switzerland: Unlocking the established leadership view. Paper presented at the 21st EGOS colloquium, Berlin, Germany.

Endrissat, N., Müller, W.R. & Meissner, J. (2005). What is the meaning of leadership? A guided tour through a Swiss-German leadership landscape. In: K. M. Weaver (Ed.), Proceedings of the Sixty-fifth annual meeting of the Academy of Management (CD), ISSN 1543-8643.

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.

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.

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.

Müller, W.R. & Endrissat, N. (2007) Was bedeutet Führung in der Schweiz? WWZ news, Nr. 30, Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel.

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.

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.

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.

Anhang A

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

Aggregiertes Hauptthema	**Unterthemen der einzelnen Interviewpartner**	**Beispielhafte Zitate**
1. Das Ganze fokussieren 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.	Im Interesse des Hauses handeln (SM 4) Integrieren, das Ganze sehen (SM 5) Das Spital als Gesamtunternehmen wahrnehmen (SM 11)	„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). „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.).
2. Vertrauensvolle Beziehungen schaffen Vertrauen und Wertschätzung sind wichtig für eine gute Arbeitsatmosphäre. Dazu gehört auch, dass man die Mitarbeiter mit ihren Anliegen ernst nimmt.	Bündnispartner haben (SM 3) Konflikte nicht suchen (SM 4) Sich durch Vertrauen und Akzeptanz legitimieren (SM 7) Sich arrangieren und Vertrauen bilden (SM 8) Respektvoll mit den Leuten umgehen (SM 9) Gute Atmosphäre/gute Situation schaffen und Leute begeistern können (SM 13) Wertschätzung vermitteln (SM 15)	„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) „Aber nachher geht es vor allem um die Wertschätzung. Das ist auch so etwas: Sie können nicht permanent sagen, 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.)

Aggregiertes Hauptthema	Unterthemen der einzelnen Interviewpartner	Beispielhafte Zitate
3. Verlässlich und konsequent sein 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.	‚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)	„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.) „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.)
4. Alle ins Boot holen (Gemeinsamkeit herstellen) 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	Gemeinsam Lösungen (in schwierigem Umfeld) finden (SM 13) Integrieren, das Ganze sehen (SM 5) Entscheidprozesse auf gemeinsame Ziele hin moderieren (SM 7) Führung ist und benötigt Übersetzungsarbeit zwischen unterschiedlichen Positionen (SM 8) Leute und Bereiche integrieren (SM 9) Gemeinsames Verständnis schaffen (SM 12) Miteinander für ein gemeinsames Ziel (SM 13) Gemeinsam auf das Ziel zumarschieren (SM 14) Leute ins Boot holen (SM 14)	„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.) „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 Entscheidungen 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.)

Aggregiertes Hauptthema	Unterthemen der einzelnen Interviewpartner	Beispielhafte Zitate
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.	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)	„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, postpubertärem 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).
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.	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) Überzeugungsarbeit leisten (SM 11)	„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.). „Und dort ist ein wichtiger Teil gewesen, dass ich mit ihm abgemacht habe, dass gewisse Sachen nicht mehr in seinem Hoheitsgebiet sind, dass [Sitzungen] von mir geführt werden und dass Personalentscheidungen durch mich gemacht werden. Ich denke, dass das ein wichtiger Teil gewesen ist und ihm im Gespräch zu sagen: „Nein, so und so geht es nicht. Ich will, dass du dich demnach auch so und so verhältst“ (SM 9, Z. 263 ff.)

Aggregiertes Hauptthema	Unterthemen der einzelnen Interviewpartner	Beispielhafte Zitate
7. Entwickeln und reifen lassen (Geduld, Gelassenheit) Manche Veränderungen und Initiativen brauchen Zeit. Die Arbeit im Spital-System verlangt daher oftmals nach Geduld und Gelassenheit.	Schritt für Schritt vorwärts (SM 2) Grosszügiger Geist (SM 2) In Misserfolgen Positives sehen (SM 7) Handlungsspielräume zugestehen, Verantwortung delegieren (SM 8) Bestehendes weiterentwickeln (SM 8) Prozesse führen (SM 11) Veränderung braucht Zeit (SM 11) Gelassenheit und Geduld (SM 11) Pragmatisch vorgehen (SM 15)	„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 umsetzten 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 Kompromisssituationen, Gegengeschäften, Austarieren von Macht und so weiter zu tun. Das ist auch im Gesundheitswesen so" (SM 11, Z. 180ff.).
8. Anpacken, bewegen und verändern Gelegenheiten müssen angepackt werden! Als Spitalmanager freut man sich, wenn man Dinge bewegen und verändern kann und die Früchte des Schaffens sichtbar sind.	Etwas angehen und bewegen (gewinnen) (SM 3) Initiativ, kreativ und offen für Neues sein (SM 9) Sich Problemen stellen (SM 12) Herausforderungen anpacken, ‚machen' (SM 13) Freiräume haben (SM 14) Schnell verändern wollen (SM 14) Zustände in der Zukunft vorgeben und dabei bleiben (SM 15) Präsent sein und direkt kommunizieren (SM 15)	„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.). „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 gemach" (SM 13, Z. 408ff).

Anhang B

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

Aggregiertes Hauptthema	**Unterthemen der einzelnen Interviewpartner**	**Beispielhafte Zitate**
1. Führungslegitimation durch Professionszugehörigkeit 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.	Führung ‚verdienen' müssen (CA 3) Nicht einfach akzeptieren (CA 3) Man muss anschlussfähig an die Professionskultur sein, um führen zu dürfen (CA 8) Wir sind (nicht) wie die anderen (CA 8) Aus der eigenen Geschichte und Professionskultur Führungsgrundsätze gewinnen (CA 8) Dysfunktionale Aufteilung der Entscheidungsverantwortung (CA 9) Führen sollen die, die von der Sache etwas verstehen (CA 10) Führung entsteht aus einem Interesse heraus (CA 12) Als Chef muss man das Produkt kennen (CA 12) Die Führung sollte ein Mediziner übernehmen (CA 13)	„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.). „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).

Aggregiertes Hauptthema	Unterthemen der einzelnen Interviewpartner	Beispielhafte Zitate
2. Entscheidungsverantwortung und Autonomie beanspruchen 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 oft nicht gegeben, was die Führungsarbeit der Chefärzte schwierig macht.	Freiräume beanspruchen (CA 3) Irrsinn der Führung im Spital (CA 4) Verantwortlichkeit muss klar sein (CA 5) Bedürfnis nach klaren Verhältnissen (CA 6) Über Entscheidungs- und Handlungsspielraum verfügen (CA 9) Gefangen sein im überregulierten System (CA 9) Der Gesamtkomplexität des Systems Rechnung tragen (CA 9) Meinen Bereich autonom verantworten können (CA 10) Arroganz etablierter Verhältnisse (CA 12)	„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 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.). „Ich meine, dass es klug ist, dass wir ein Budget haben. [Wir] können ja ruhig knapp sein, aber wir müssen selbständig 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.).
3. Sich behaputen (Linien und Kanten zeigen) 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.	Etwas durchsetzen (CA 1) Agieren statt reagieren (Leute und Situationen ‚im Griff’ haben) (CA 1) Eine klare Linie verfolgen, anecken (CA 2) Konsequent etwas einfordern (sich durchsetzen) (CA 4) Klar, konsistent und direkt sein (CA 9) Dissens klar markieren (CA 10) Herausforderungen annehmen und kämpfen können (CA 10) Nicht immer nur beliebt sein (CA 12) Ehrlich und manchmal auch laut – jedenfalls gerade heraus (CA 13) Authentisch, glaubwürdig (mit einer klaren Linie) (CA 13) Führung heisst auch Persönlichkeit zu zeigen (CA 14) Führungsreife: Auch unangenehme Entscheide direkt angehen und umsetzen (CA 14)	„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.). „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).

Aggregiertes Hauptthema	Unterthemen der einzelnen Interviewpartner	Beispielhafte Zitate
4. Freiräume gewähren 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.	Vertrauen statt Bevormundung (Leute ‚machen lassen') (CA 2) Leute machen lassen, sie ‚gross' werden lassen (CA 7) Selber Führung wahrnehmen (initiativ sein) vs. Initiative zulassen (CA 12) Freiräume geben – aber diese mit Zäunen abstecken (CA 13) Facilitator sein (CA 15)	„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 Blumengarten zu machen. Und auf der anderen Seite die Chefs, die dann immer gefunden haben „Aber die Blumen hätte ich 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.).
5. Verantwortung und Sorge für seine Leute tragen 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.	Sich um die Leute und die Atmosphäre kümmern (nicht um das Papier) (CA 2) Nach seinem eigenen Bereich schauen (CA 6) Nahe bei den Leuten sein (CA 7) Sich für seine Leute engagieren (CA 7) Sorge für die Abhängigen (Führung ist Verantwortung) (CA 8) Interesse am Mitarbeiter als Mensch und seiner Arbeit zeigen (CA 9)	„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 machen; aus dieser Erfahrung heraus, selber zu schauen und nachzufragen" (CA 6, Z. 148 ff.). „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.).

Aggregiertes Hauptthema	Unterthemen der einzelnen Interviewpartner	Beispielhafte Zitate
6. Mitarbeiter heranführen und formen können 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.	Mitarbeiter heranführen (CA 3) Zum Denken und Teilnehmen herausfordern (CA 3) Know-how von Erfahrenen nutzen (CA 3) Direkt dabei sein (nahe am Geschehen sein) (CA 4) Ausbilden und formen (CA 8) Klare Leitlinien und Werte vorleben und vermitteln (CA 8)	„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.). „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.).
7. Miteinander im Austausch sein 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.	Diskutieren können (CA 3) Kommunikation beugt Konflikten vor bzw. löst Probleme (damit es ‚smooth' läuft) (CA 5) Fehler und Probleme gehören auf den Tisch (CA 5) Informationen erhalten und transparent verteilen (CA 8) Offene, ehrliche und persönliche Ebene/Kommunikation (CA 11) Miteinander im Austausch stehen (CA 12) (Unterbrochener) Informationsfluss (CA 14)	„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 erkennten. 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).