

## **Bernd Sterzel na 4. Lékařské klinice (A)**

*Považuji za obrovské privilegium mít možnost vykonávat povolání, ve kterém pečujete o pacienty a vychováváte mladší kolegy a zároveň se pohybujete v oblasti nejpokrokovější vědecké medicíny. Je to existenciální jistota a intelektuální vzrušení. Co by ještě mohlo být lepší?*

V červnu 1992 dr. R. Bernd Sterzel jel po 16-ti kilometrovém úseku dálnice spojující Norimberk a Erlangen, kde se nacházely dvě části 4. Lékařské kliniky (nadále pouze jako „Klinika“). Sterzel byl vyčerpaný. Fyzická vzdálenost oddělující tyto dvě části zdravotnického zařízení symbolizovala množství výzev, kterým čelil při transformaci Kliniky na vědecké lékařské zařízení světové úrovně.

Právě když směřoval na každotýdenní schůzku personálu, vybavil si svou první cestu tímto směrem. Dlouho snil o vedení nefrologického oddělení, které by se zabývalo výzkumem a klinickou péčí v oblastech prevence a transplantace. Když se dozvěděl o volném místě ředitele na 4. Lékařské klinice v Norimberku a Erlangenu v Německu, uvědomil si, že to je příležitost, kterou si nemůže nechat ujít. Takže se v roce 1988, po 10-ti letech strávených ve Spojených státech, Sterzel vrátil do své rodné země naplnit své ambice. K tomu dodává:<sup>1</sup>

Chtěl jsem vybudovat nefrologickou kliniku světové úrovně, která by také provozovala přední nefrologický výzkum. Má představa byla dramaticky změnit tři kritické oblasti Kliniky: péči o pacienty, lékařské vzdělávání, výzkum. Pokud bych mohl vylepšit úroveň vzdělávání a péči o pacienty, mohl bych se pak na Klinice zaměřit na oblast výzkumu. A to z toho důvodu, že z dlouhodobého hlediska záleží nejvíce právě na výzkumu.

---

*Výzkumná pracovnice Melinda B. Conrad připravila tuto studii pod vedením profesorky Lindy A. Hill jako pomůcku pro studentskou diskuzi a nikoli jako ukázkou ať už účinného nebo neúčinného zvládnutí administrativních problémů. Tato studie byla navržena pro prezentaci společně se studii „Bernd Sterzel na 4. Lékařské klinice (B) a (C)“, HBS č. 493-060 a 493-061.*

Copyright 1993, prezident Harvardské univerzity a jeho kolegové. Pro kopie nebo s žádostí o svolení k reprodukci volejte (800) 545-7685 nebo pište na adresu Harvard Business School Publishing, Boston, MA 02163. Žádná část z této publikace nesmí být kopírována, uchovávána v systému vyhledávání informací, používána v tabulkách, nebo přenášena v jakékoli podobě nebo jakýmkoli způsobem – elektronicky, mechanicky, fotokopii, nahráváním nebo jinak – bez svolení Harvard Business School.

---

1. Většina citací v tomto textu byla namluvena v angličtině lidmi, jejichž rodným jazykem je němčina.

---

Na programu teď byly základní prvky založení kliniky. Sterzel zaměstnal tým 11 prvotřídních lékařů. Zvýšil počet lůžek jak v Erlangenu tak v Norimberku. A dokončil také rozsáhlou renovaci výzkumné laboratoře v Erlangenu (viz **Příloha 1 a 2**).

Sterzel také zracionalizoval a zmodernizoval lékařské vzdělávání, které Klinika nabízela. Reformy zlepšily úroveň péče o pacienty a připravily cestu pro dramatický nárůst počtu úspěšných transplantací – jednoho z nejpozoruhodnějších aspektů nefrologie – vykonaných na Klinice (viz **Příloha 3**). Začal také vytvářet pracovní pozici lékař-vědec, což jsou lékaři vyškolení k řízení prvotřídního výzkumu v oblasti molekulární biologie. Sterzel věřil, že takoví jednotlivci, vysoce žadaní pro své schopnosti, představují budoucnost nefrologie. Jejich výzkum pokládal základy pro další vývoj péče o pacienty v jedenadvacátém století. Čtyři spolupracovníci Kliniky se v nedávné době vrátili ze Spojených států, kde studovali nejnovější techniky v oblasti molekulární biologie a čtyři další kolegové právě odcestovali. Sterzel očekával další finanční zdroje, díky kterým by mohl během roku poslat další tři kolegy.

V neposlední řadě Sterzel také spustil množství slibných výzkumných aktivit. Se svými kolegy připravil dvanáct grantových návrhů, z nichž devět bylo schváleno. A navíc, Sterzel a dva další vedoucí lékaři právě předložili svůj první multidisciplinární dlouhodobý grantový projekt za 2,2mil DM.<sup>2</sup>

Nicméně i přes tyto úspěchy měl před sebou Sterzel stále ještě dlouhou cestu. Dodává k tomu:

Na této pozici existuje mnoho třecích ploch a složitých situací, které jsem si nemohl naplno uvědomit, dokud jsem zcela nepronikl do fungování Kliniky. Jedna z největších výzev, které nyní čelím, je snaha naučit všechny lékaře spolupracovat jako tým. Po velmi namáhavé práci věřím, že se mi podařilo dostat je na jednu palubu. Ale teď už pracujeme na dokončení věcí společně, aniž bychom museli někoho nutit.

## Prostředí

Předtím, než přijel na Kliniky, byl Sterzel deset let úřadujícím členem katedry medicíny na Lékařské fakultě Univerzity Yale. Měl na starosti vlastní laboratoř, dohlížel na úzce spolupracující tým pěti až osmi lidí, který se skládal ze dvou až tří kolegů, tří až pěti techniků a jednoho až dvou studentů medicíny. Sterzelův tým prováděl pečlivý výzkumný program. Na jejich roční rozpočet ve výši 300.000-500.000\$ primárně přispívaly vládní granty Spojených států (Národní instituty zdraví, Úřad pro válečné vysloužilce a Národní vědecký fond), přičemž Sterzel byl hlavně odpovědný za zajištění a rozvržení.

Sterzel za svůj přístup k nefrologickému výzkumu získal mezinárodní pověst. Na rozdíl od zaměření se na dialýzu, mechanické filtrování krve u pacientů s chronickým onemocněním ledvin, Sterzel neoblomně věřil spíše nefrologickému výzkumu, který by se měl zaměřovat na prevenci. Navíc by taková práce měla být rovnoměrně rozvržena mezi klinický výzkum – studie s lidskými jedinci v klinickém prostředí – a základní výzkum –

---

2. Směnný kurz německé marky (DM) byl v červnu 1992 1,47 k americkému dolaru.

studie výhradně prováděné pouze v laboratorním prostředí.<sup>3</sup> K tomu dodává:

V současnosti se nefrologové zaměřují na léčbu ledvin, které již zcela zkolabovaly. Dva hlavní způsoby, které se využívají, jsou prostřednictvím dialýzy, což je velmi nákladná a časově náročná procedura, nebo transplantace ledvin. To je ale náročné kvůli potřebě vhodného dárce. Věřím, že v budoucnosti zaměří nefrologové svůj výzkum na hledání způsobů, jak zastavit další poškozování poté, co už problém s ledvinami začal. A pokud vše ostatní selže, využít transplantaci jako poslední možnost.

Klinika složená ze dvou oddělených zdravotnických zařízení udržovala unikátní „duální“ vztah s Norimberskou městskou nemocnicí a nemocnicí Univerzity Erlangen-Norimberk. První zdravotnické zařízení, umístěné v Norimberku, bylo součástí Norimberské nemocnice – komplexu s 2.500 lůžek s 39 zdravotnickými odděleními a rozpočtem 500mil DM. Zatímco většina zdravotnických oddělení byla v areálu nemocnice, v centru Norimberku, Sterzelovo zařízení se nacházelo o několik kilometrů dál. A navíc bylo jedním z pouhých dvou zařízení Norimberské městské nemocnice, které bylo také spojeno s Univerzitou Erlangen-Norimberk. Norimberská část Kliniky, která se specializovala na klinické aspekty ledvinových onemocnění a onemocnění souvisejících s vysokým tlakem, měla 160 lůžek a zaměstnávala 50 lékařů a 160 zdravotních sester.

Norimberská městská nemocnice, jedna z největších v Německu, poskytovala nejvyšší úroveň specializované péče v Bavorsku. Vedlo ji „Direktorium“ tří lidí jmenovaných městskou radou Norimberku: ředitel lékařského personálu, administrativní ředitel a ředitel zdravotnického personálu. Sterzel podléhal Direktoriu a vedoucímu odboru zdravotnické péče při městské radě, se kterým byly projednávány všechny rozpočtové a plánovací záležitosti.

Druhé zdravotnické zařízení Kliniky bylo součástí nemocnice Zdravotnické školy při Univerzitě Erlangen-Norimberk. Univerzita, nacházející se v Erlangenu, 16 kilometrů severně od Norimberku, byla založena v roce 1743 a v roce 1992 na ní bylo zapsáno 27.000 studentů. Zdravotnická škola spravovala 40 zdravotnických oddělení, každé pod vedením úřadujícího profesora medicíny se služební klasifikací „C-4“<sup>4</sup>. Každý C-4 podléhal rektoru univerzity.<sup>5</sup> Erlangenské zařízení Kliniky patřilo mezi ty menší; 13 lékařů a 22 zdravotních sester, kteří v tomto zařízení pracovali, všichni podléhali vedoucímu zařízení.

---

3. Například lékaři na klinice pracovali na projektu základního výzkumu zaměřeného na mechanismy zánětlivých onemocnění ledvin a na projektu klinického výzkumu zaměřeného na účinky léčby vysokého krevního tlaku na vývoj onemocnění ledvin.

4. Pracovní pozice na úrovni C-4 byly prestižní a bylo velmi obtížné je získat. Dosažení uznávané pozice C-3 mohlo vynést lékaře na pozici C-4 v jiné klinice. Pouze lékaři na úrovni C-4 směli provozovat praxi se soukromými pacienty, od kterých mohli vybírat osobní poplatky a doplnit si tak své platy (v tomto případě byly platy vypláceny Univerzitou a/nebo městem Norimberk). V roce 1986 byl průměrný příjem lékaře v Německu 91.244US\$ v porovnání s 119.500US\$ ve Spojených státech. (Zdroj: Leigh, J. Paul. „International Comparisons of Physicians' Salaries,“ International Journal of Health Services, 22:2, 1992.)

5. Vyšší vzdělávání v Německu bylo silně subvencováno státem Bavorsko s Mnichovem jako hlavním městem.

Sterzel vzpomíná na své počáteční návštěvy univerzity:

Univerzita někoho hledala a někteří lidé o mne slyšeli, takže jsem byl pozván na návštěvu. Klinika je velmi nezvyklý projekt. Zdravotnická zařízení jsou typicky buď součástí univerzitních fakultních nemocnic nebo městských nemocnic, ale ne obou. Ale v případě Kliniky vyjednal předchozí ředitel společnou židli. Jediným dalším oddělením, které mělo takové vedení, byla geriatrie. Klinika byla v Německu velmi ceněna. Byla to největší nefrologická klinika a jedno z pěti nejlepších transplantačních center v zemi. Ale bývalý šéf nefrologie byl skvělý klinický lékař s malým zázemím pro laboratorní výzkum. Jakmile odešel, prázdné místo na Klinice se stalo výzvou. Bylo to nejlepší místo pro nefrology v Německu a byla to neuvěřitelná příležitost pro mne, abych změnil zaměření Kliniky a zdůraznil výzkum.

Když jsem hovořil s představiteli univerzity, vysvětlil jsem jim, že bych se rád zaměřil na tři kritické oblasti – výzkum, vzdělávání a péči o pacienty. Zdůraznil jsem také svůj zájem o prevenci. Místo toho, abychom udržovali pacienty s nefunkčními ledvinami na nákladné dialýze, měli bychom poskytovat více preventivní péče. Pokud by i přes to ledviny selhaly, použili bychom spíše transplantaci než dialýzu. Na počátku by to vyžadovalo více financí pro výzkum, ale v konečném důsledku by se snížily dlouhodobé náklady na dialýzu a jiné drahé procedury. Víceméně souhlasili s mou myšlenkou, že pokud chcete něco změnit, musíte se zabývat některými problémy, které dosud nikdo neřešil. Přesvědčil jsem je tedy, že pokud nebudou moci podpořit základní koncept, nezískají nikoho jiného, kdo to zkusí a přijde se změnou.

Zjistil jsem, že můj plán je poněkud radikální. Pro vylepšení úrovně Kliniky jsem chtěl navrhnout některé možnosti, které jsem se naučil ve Spojených státech. Německý systém je mnohem více byrokratický a lékaři jsou zvyklí pracovat nezávisle. Zajímalo mě, kolik mých nápadů projde. Ale to riziko jsem chtěl podstoupit, protože pro Kliniku to přeci jen bude tak nejlepší.

## Vyjednání dohody

Při projednávání smlouvy měl Sterzel jako první položku na pořadu jednání zabezpečení zdrojů na provádění svého programu. Univerzitní zařízení zpočátku poskytl ambulanci služby, ale protože Sterzel plánoval dramaticky zvýšit množství uskutečněných transplantací v tomto zařízení, potřeboval navýšit množství dostupných lůžek. Při svých počátečních jednáních Sterzel požadoval, aby množství lůžek bylo navýšeno z pěti na třináct během prvních tří let. Jeho konečným cílem bylo získat 55 lůžek v období pěti až deseti let. A navíc požadoval, aby bylo v Erlangenu vybudováno nové laboratorní zařízení, které by poskytl pro rozsáhlý výzkumný program Kliniky.

Stejně tak zařízení v Norimberku vyžadovalo modernizaci. Po zdlouhavých diskusích s městskou radou získal Sterzel příslib celkového počtu 160 lůžek a také laboratoř pro speciální diagnostické testy. Takto vzpomíná na jednání:

Abych vytvořil kliniku na světové úrovni, muselo mít každé zařízení odpovídající zdroje jak na straně klinické tak výzkumné. Zatímco zařízení v Norimberku bude vždy více zaměřeno na péči o pacienty, bylo nezbytné mít na

---

místě dostupné výzkumné zařízení. Toho bylo velmi obtížné docílit, protože nemocniční finance přicházely ze strany města, které se domnívalo, že výzkum by měl být provozován na půdě univerzity. Naproti tomu univerzitní zařízení potřebovalo více lůžek; nicméně jim byly poskytnuty pouze zdroje na výzkum. Byl to dlouhý proces, kdy jsem musel přesvědčit obě strany, že budu potřebovat více zdrojů v obou „domech“, abych mohl splnit svůj záměr vylepšit úroveň výzkumu a následně poskytovat preventivní péči. Ačkoli jsem byl na velmi vážené pozici, neboť jsem byl jedním z pouhých dvou profesorů klasifikace C-4, kteří měli zařízení zároveň také v nemocnici v Norimberku, bylo to velmi obtížné, protože jsem vyjednával na dvou stranách, které měly zcela odlišný názor.

Harald Plamper, personální ředitel jmenovaný městem a člen městské rady, vzpomíná na dobu, kdy rada najímala Sterzela:

Sterzel byl rozhodně tím nejlepším kandidátem pro tuto práci. Zatímco všichni ostatní kandidáti vysvětlovali, jak by Kliniku provozovali, Sterzel navrhl program na prevenci onemocnění ledvin. Oddělení nefrologie je v naší nemocnici jedním z nejdražších kvůli nákladům na dialýzu a transplantace. Ačkoli naše náklady můžeme získat zpět, musíme se na nefrologii podívat v širším pohledu: více a více lidí trpí poruchou ledvin a následnými souvisejícími onemocněními. Často musejí přestat vykonávat svá zaměstnání nebo přinejmenším omezit své pracovní vytížení, a jejich léčba je velmi nákladná – a to ani nezmiňuji stálé bolesti.

Zjistil jsem, že národní výzkumné programy byly zaměřené na prevenci poruchy ledvin – vhodná možnost nasměrovat tyto peníze do našeho regionu. Navíc náš starosta, většina městské rady i já jsme chtěli posílit spolupráci s univerzitou – druhý akademický post v naší nemocnici se zdál jako vhodný způsob spolupráce. V neposlední řadě jsem chtěl nabídnout mladým lékařům místo v naší nemocnici, kde by mohli získat tu nejlepší možnou praxi – ve výzkumu a ještě více v klinické oblasti. Se Sterzelovou pověstí jsem doufali v oslovení schopných lékařů.

Několik lidí všem těmto aspektům oponovalo, proto nebyla jednání se Sterzelem vůbec snadná. Přítomna musela být také univerzita. Dokud jsme nedosáhli dobrého výsledku, Sterzel to nikdy nevzdal. Po jeho příjezdu jsem mu musel poskytnout velkou podporu. Svou úlohu jsem spatřoval v odstraňování překážek, které mu ostatní lidé pokládali do cesty.

Sterzelova dohoda s městem zaujala mnoho lidí. Jeden vedoucí oddělení v Norimberské nemocnici k tomu dodává:

I když měl Sterzel tu svobodu pracovat pro „město“ i pro „univerzitu zároveň, znamenalo to také zabývat se přidruženými finančními omezeními. Německo se v současnosti nachází pod velkým finančním tlakem kvůli sjednocení. Před pádem Berlínské zdi peníze nebyly problém. Teď je přísun peněz striktně omezený. Město Norimberk má obrovský dluh – sama městská nemocnice má provozní deficit ve výši 30mil DM za rok.

Městská nemocnice dělá co může, aby se vyhnula hrazení nákladů za výzkum. Považují ho za věc univerzity. To, že Sterzel získal finance na výzkum, byl překvapivý úspěch. Sterzel je politicky velmi obratný a byl schopen zajistit to, co ostatní ředitelé považovali za zázrak. Sterzel je muž činu, vždy se dívá na světlou stránku a nikdy nenechá nikoho odejít s odpovědí „ne“.

Jiný vedoucí oddělení to komentuje takto:

Spousta jiných vedoucích mu jeho postavení závidí, protože, v některých ohledech, má obrovské pole působnosti díky dvěma odděleným klinikám. V Německu jsou pouze jedna nebo dvě takové pozice, které se s tou jeho mohou rovnat. Na druhou stranu si nejsem jistý, zda bych chtěl dělat jeho práci. Jako vedoucí oddělení se ztrácím v hustém lese administrativy a navíc to také obnáší velké množství politiky.

Jeden z lékařů ze Sterzelova oddělení podotýká, že nebyl příliš překvapený tím, jak se Sterzelovi podařilo vyjednat takovou dohodu: „Sterzel má nezdolnou vůli a neváhá přesvědčit lidi, aby pro něho něco udělali. Z politického hlediska je velmi šikovný vyjednaváč, obzvláště s lidmi na jeho nebo vyšší úrovni. Mluví o svých vizích a je velmi přesvědčivý.“

## Odpíchnutí se od země

### Vznik Leitbild (předloha)

Několik měsíců předtím, než začal pracovat, navštívil Sterzel se svým blízkým přítelem Stephenem Doylem Prahu. V automobilu na cestě domů diskutovali o Sterzelově strategii pro Klinikou. Doyle, americký podnikový poradce, navrhol, aby Sterzel pro Klinikou vytvořil programové prohlášení. To by formálně osvětlilo směr jeho vedení a posloužilo jako základ pro diskusi v případě, že by se objevily otázky ohledně role Kliniky. Během dlouhého čekání na hranicích s Německem spolu načrtli předběžný koncept.

Po svém návratu se Sterzel dozvěděl, že se k němu připojí americký kolega, dr. Friedrich Luft, jako jeho zástupce na Klinice. Luft, jehož rodiče byli Němci, byl úřadujícím členem na Lékařské fakultě při univerzitě v Indianě. Sterzel se snažil přesvědčit Lufta, aby se připojil k jeho ambicióznímu plánu a byl potěšen, že s tím souhlasil. Sterzel okamžitě zaslal Luftovi první koncept zmíněného programového prohlášení, sepsaného v angličtině, a chtěl znát jeho názor. Luft byl z dokumentu nadšený a oba kolegové si vyměnili množství konceptů než si byli jistí, že odpovídajícím způsobem představuje jejich záměry s Klinikou. Když konečně nastal čas přeložit tento dokument do němčiny, nebylo to jednoduché. Nakonec ho pojmenovali Leitbild, německým výrazem pro „prvotní předlohu“.

### Vytvoření nového týmu

Sterzelovým dalším krokem bylo vytvoření svého seniorského lékařského personálu. Jeho strategie byla vytvořit silný tým vysoce nadaných, ambiciózních lékařů na pozici C-3, kteří by se zajímali o výzkum. Sterzel popisoval tyto posty, odpovídající pozici docenta v americkém zdravotnickém systému, jako příležitost pro lékaře pracovat v přední linii v oblasti péče o pacienty, výzkumu a zdravotnického vzdělávání. Během té doby by mohli získat zkušenosti a napomohlo by jim to k povýšení na úroveň C-4.

---

Se skupinou prvotřídních lékařů na úrovni C-3, pracujících na Klinice, tak Sterzel mohl přilákat ty nejlepší studenty medicíny a lékaře získávající atestaci z celé země. Doufal, že některé nich povzbudí k tomu, aby si vybudovali obtížnou, ale jak věřil, naplňující kariéru lékařského vědeckého pracovníka. Jeden nový pracovník vzpomíná:

Sterzel popisoval, jak bude Klinika zajišťovat vzdělávání, přičemž zde bude i laboratorní zařízení pro výzkum. Sterzel byl prvním člověkem v Německu, který zavedl nový model akademické medicíny, na kterém se rovnoměrně podílel klinický výzkum a elementární věda. Jak bylo v Německu typické, lékaři končili tak, že se zaměřili buď na jedno nebo na druhé. Sterzelův nový přístup se spíše podobal modelu Spojených států. Představovalo to pro mne úžasnou vědeckou příležitost.

Po rozsáhlém hledání po celé zemi vytvořil Sterzel tým tří skvělých lékařů na pozici C-3, dr. Luft, dr. Mann a dr. Weber, a osmi pomocných zkušených lékařů. Z tohoto schopného týmu nebyl Němec pouze Luft, a přesto, že někteří lékaři strávili nějaký čas ve Spojených státech, pouze on a Sterzel byli po delší dobu vystaveni působení amerického zdravotnického systému. Sterzel vzpomíná na to, jak byl nadšený, když se mu podařilo sestavování týmu dokončit:

Domácí doplnění a sestavení týmu se velmi vyplatilo. Strávil jsem obrovské množství času při pohovorech a naštěstí se sešel velmi dobrý tým. Zázrakem pro mnoho outsiderů bylo to, že jsem nepřijal pouze jednoho výjimečného lékaře, ale hned tři. Tito lidé byli dychtiví a získat takovou práci pro ně bylo velmi atraktivní. Bez toho, jak věřím, by situace byla bývala poněkud profesionálně sebevražedná.

Sterzel připisuje hodně ze svého úspěchu času, který strávil ve Spojených státech. Podotýká:

Americký lékařský výzkum je v některých ohledech vnímán jako mezinárodní vzor. To je kvůli tomu, že mnoho špičkových výzkumných časopisů, ve kterých je potřeba publikovat, je amerických. Získat zdejší lidi mi obrovsky pomohlo skvělé napojení na Spojené státy a znalost mnoha klíčových hráčů. Byl jsem schopen ukázat těmto mladým lidem, jaká může být zábava pracovat na vzdělávání a výzkumu. Mít takovou mezinárodní vědeckou síť je k nezaplacení.

### **Založení pracovních skupin**

Sterzel se brzy dostal do konfrontace s mnoha výzvami. Radu hledal u Doylea, který navrhl, aby Sterzel založil pracovní skupiny, které by mu pomáhaly zvládat jeho pracovní zatížení a zároveň by povzbuzovaly lékaře, aby fungovali jako tým. S Doyleovým přispěním Sterzel vytvořil osm pracovních skupin.

Sterzel se domluvil se svými třemi špičkovými lékaři, dr. Luftem, dr. Mannem a dr. Weberem, aby vedli pracovní skupiny, které se na klinice zabývaly nejdůležitějšími nebo nejnaléhavějšími požadavky. Do pracovní skupiny pro přeměnu oddělení v Erlangenu byl jmenován dr. Luft, který měl řídit taktické a strategické záležitosti potřebné pro posílení a provoz tohoto zařízení; dr. Weber měl v tomto úsilí Lufta podporovat.

---

Dr. Mann, který už byl odpovědný za každodenní provoz v Norimberku (podstatná odpovědnost, protože Sterzel se často zabýval dalšími činnostmi – viz Ukázka 4), vedl pracovní skupinu na Jižní klinice, která se věnovala plánům tohoto zařízení na přestěhování do nové lokality.<sup>6</sup> Dr. Mann, chladně uvažující, společenský muž, byl schopen zvládat tento časově náročný a složitý úkol, jenž zahrnoval nekonečné schůzky se správci, kolegy z dalších oddělení, architekty a stavebními dělníky.

Iniciativa nové pracovní skupiny vyvolala smíšené reakce. Jeden sekundář k tomu poznamenal:

Typickým stereotypem vedoucího kliniky v Německu je přesvědčení, že je tím jediným, kdo má dělat všechna rozhodnutí. Pravomoc, kterou vedoucí má, je obrovská, ale pro každého by bylo mnohem lepší, pokud by mohla být nějakým způsobem rozložena. S pracovními skupinami můžeme naše nápady spojit a vytvářet řešení.

Jiní se domnívali, že odpovědnost za práci leží na Sterzelovi, a že pracovní skupiny „pouze vytvářely více práce pro ostatní“. Jeden lékař se vyjádřil, že on, osobně, jednoduše nebyl předurčen pro takovou administrativní práci: „Je otázkou, kolik času chcete strávit nad řízením procesu, který na konci nebude vidět. Mnoho z nás si zvolilo lékařskou profesi, aby se vyhnulo administrativním úkolům. Když se musíme zabývat těmito pracovními skupinami, tak si to odporuje.“

## Zavádění změn

### Péče o pacienty<sup>7</sup>

Sterzel zjistil, že získat navržené finanční zdroje, se kterými počítal při prvotních jednáních, bude velmi obtížné. Ačkoliv byl ujistěn, že zařízení v Erlangenu bude mít více lůžek, nebylo nikdy vyjasněno, odkud se vezmou. Po té, co Sterzel požádal o přesun některých lůžek do svého zařízení, pouze jeden z jeho kolegů projevil vůli spolupracovat.<sup>8</sup>

6. V roce 1994 oddělení v Norimberku naplánovalo přestěhování do nového, nejmodernějšího nemocničního komplexu, vzdáleného jedenáct kilometrů od tehdejšího umístění.

7. Německo mělo všeobecný systém zdravotní péče. Jak poznamenal jeden městský úředník, „Naší první povinností je zajistit, abychom měli zdroje pro poskytování zdravotní péče všem, od nejbohatších businessmanů až po uklízečky, které uklízejí jejich kanceláře.“

8. Podle německého státního systému zdravotní péče byly nemocnicím propláceny služby na základě délky pobytu pacienta v nemocnici *bez ohledu* na konkrétní podmínky. Pevná denní sazba představovala částku dojednanou mezi nemocnicí a státní správou. Například nemocnice v Norimberku dostávala 485DM na den za každého pacienta. Pro porovnání, nemocnicím ve Spojených státech byly propláceny jejich služby prostřednictvím systému předpokládaných nákladů, obecně známého jako DRG (diagnosis-related groups – skupiny odvozené z diagnózy). Podle tohoto systému, který byl zaveden kvůli lepší kontrole zvyšujících se nákladů na zdravotní péči, byly pro každou diagnostickou kategorii nebo onemocnění zavedeny pevné platby. Každá léčba v nemocnici byla klasifikována podle konkrétní diagnostické kategorie a nemocnice obdržela platbu *nezávisle* na délce pobytu nebo ceně lékařského zákroku. Zajímavé je, že v roce 1991 byl průměrný pobyt v německých nemocnicích 16,2 dnů a ve Spojených státech 9,3 (zdroj: OECD Health Data, 1991). Detailnější popis německého systému zdravotního pojištění můžete získat v: Iglehart, John K. „Germany’s Health Care System,“ *New England Journal of Medicine*, 324:7 a 324:24, 1991.



Obstaráním příslušných lůžek byl pověřen Luft. Vzpomíná:

V naší budově byly čtyři jednotlivé kliniky: imunologie/onkologie, kardiologie, gastroenterologie a my. Chlapík z gastroenterologie měl 150 lůžek a kardiolog 55. V souladu s dohodou jsme od nich měli obdržet osm lůžek. Univerzita nám dokonce dala plánek, kde by se tato lůžka měla nacházet. Ale když jsem hovořil s vedoucími klinik, zjistil jsem, že lůžka patří těmto dvěma „náčelníkům“, kteří měli pravděpodobně s univerzitou svou vlastní dohodu.

Další problém, se kterým jsem se setkal, byl zdravotnický personál. Neexistuje zde žádný centrální systém zdravotnického personálu jako v nemocnicích ve Spojených státech. Každá jednotlivá klinika si najímá svůj vlastní ošetřující personál. Takže jsem se musel pustit do najímání zdravotních sester. Naše oddělení pak také potřebovalo kuchyň. Skončil jsem tak, že jsem musel objednávat myčky na nádobí, lednice a kdo ví co ještě.

Jeden kolega s Luftem sympatizoval:

V jednom případě jsem i já musel jednat s C-4 a vím, jaké to je. Máme tu opravdový kastovní systém. C-4 budou komunikovat pouze s ostatními C-4. Pamatuji si, že když jsem poprvé zavolaal, byli na dovolené nebo tak něco. Pak, když už neměli žádné další výmluvy, pozvali mě do své kanceláře a jak je v Německu zvykem, přinesli kávu a velmi drahé malé sušenky. Nakonec, po absolvování této rutiny, mi bylo řečeno, „To musí být nějaký omyl. Určitě jste nepochopil, co pro vás mohu udělat.“

Po velké sebeanalýze Sterzel převedl dr. Webera do vedení pracovní skupiny určené pro přeměnu oddělení v Erlangenu. Weber byl lépe obeznámen s německým systémem a měl skvělé organizační schopnosti. Sterzel se domníval, že Weber bude lépe zvládat administrativní a politické problémy související se založením malé ale efektivní klinické základny v Erlangenu. Sterzel také předpokládal, že Luft bude užitečnější na pozici, která vyžaduje rozsáhlou znalost zdravotnického systému ve Spojených státech. Protože Sterzel začínal cítit potřebu pokročit se svým výzkumným programem, převedl Lufta, před kterým „se lidé klidili, aby si u něj neudělali ostudu“, do vedení výzkumné pracovní skupiny (viz **Ukázka 5**). Mnoho mladých lékařů bylo z tohoto jmenování nadšeno. Jak k tomu jeden z nich poznamenává: „Dr. Luft je velmi zběhlý v oblasti výzkumu a je tím nejlepším klinickým lékařem, s jakým jsem se zde na Klinice setkal. Je velmi sympatický a pro mladší kolegy představuje inspiraci. Luft má schopnost udávat tempo výzkumnému programu na Klinice.“

Další Sterzelův krok, zavedení nového nočního pracovního rozvrhu, způsobil značné spory. Noční pracovní rozvrh na Klinice byl rozdělen do dvou osmihodinových směn, tak jak bylo upřesněno ve smlouvě s odbory (jak lékaři tak sestry byli členy odborů). V dobré víře, že zlepši nepřetržitost péče omezením počtu různých lékařů a sester starajících se o pacienty v průběhu dne a noci, Sterzel změnil noční směnu sekundárním a rezidentním lékařům na jednu 16ti hodinovou směnu, podobně jako to bylo ve Spojených státech. Dodává k tomu:

Starý systém jsem považoval za neefektivní, protože každá zdravotní sestra a lékař trávili množství svého času seznamováním se se stavem pacientů, o které se starala předchozí směna. Zdálo se mi logické to změnit. Neměl jsem tušení, že to

vyvolá takový povyk. Snažil jsem se lékařům vysvětlit, že fakticky odpracují stejný počet hodin, ale pouze v delších intervalech. Ale některé pouze zajímalo, kdy půjdou domů.

Jedna zdravotní sestra z oddělení náhrady ledvin vysvětlila, proč bylo tak obtížné odpracovat tolik hodin:

Naše práce na tomto oddělení je odlišná od léčby akutně nemocných pacientů. Jsou zde chronicky nemocní pacienti, kteří trpí všemi druhy onemocnění přidružených k selhání ledvin jako je cukrovka atd. Tito pacienti zůstávají na dialýze do velmi pozdního věku. Průměrný věk pacientů na Klinice je 60 let. Některé zdravotní sestry toto oddělení nemají rády, protože s tímto typem pacientů je obtížné pracovat a je zde stále co dělat.

Paní Nagelová, bývalá zdravotní sestra, byla zástupkyní odborů v Norimberské nemocnici. Jakožto vedoucí 5000 nemocničních zaměstnanců sdružených v odborech, poskytla svůj názor:

V této nemocnici máme vážný nedostatek zdravotních sester. V nedávné době jsme uzavřeli oddělení kvůli nedostatku zdravotních sester a zbývající zdravotní sestry musí pracovat dvojnásobně. Dr. Sterzel se domnívá, že pro poskytování té nejlepší péče o pacienty musí lidé pracovat mnohem usilovněji. Vysvětlil, že s tímto novým pracovním rozvrhem lidé ve skutečnosti nebudou pracovat více, ale nechápali to. Ačkoli dr. Sterzel řekl, že je přístupný názorům zdravotních sester, nakonec si prosadil svůj nápad. Má přátele v městské radě a využívá je, aby věci uskutečnil. Nakonec jsme udělali to, co chtěl on, protože je to šéf.

Jeden vedoucí lékař, který strávil nějakou dobu ve Spojených státech, Sterzela politoval:

Pracovní omezení v německých nemocnicích jsou nesmyslná. V nemocnici nemůžete uplatnit filosofii kočího. Nemůžete položit pacienty na montážní linku, jako byste montovali šrouby do aut. Snažím se už mnoho let, aby to zdejší lidé pochopili, ale jednoduše nevím, jak do tohoto systému dostat efektivitu.

Jiní byly prostě nespokojeni se zvýšenou pracovní zátěží, kterou Sterzelův nový přístup vyžadoval. Lékař, který pobýval nějaký čas ve Spojených státech to okomentoval:

Sterzel zavedl nový všeobecný postoj k práci, který byl náročnější a mnohem více orientovaný na růst než byli lékaři doposud zvyklí. Toto je stát založený na společenském blahobytu. Takže se lidé často nejdříve ptají na odměnu a teprve pak na úkol, než obráceně. Je mi úplně jasné, že ve Spojených státech, ačkoli mají stále ještě velké problémy, je mnohem jednodušší najít lidi, kteří si vyhrnou rukávy a řeknou: „No to je skvělé, to je jedinečná příležitost a pusťme se do toho“. Tady u nás dostanou svých šest až osm týdnů placené dovolené, svátky a všechno ostatní. Na prvním místě se zajímáte, jak se věci mají.

---

Nicméně, jeden lékař na pozici C-3 chválil Sterzelův postoj:

Bernd po mně chtěl dělat věci, které bych byl jinak nedělal – věci, které vyžadovaly představivost a odvalu. Bylo by bývalo mnohem jednodušší působit pouze jako profesor medicíny a mít své studenty, své vlastní granty a malé projekty. Prostřednictvím Bernda jsem udělal spoustu věcí, které byly namáhavější ale také často nakonec hodnotnější.

Sterzel vzpomíná:

Na počátku jsem velmi prosazoval přístup akademické medicíny, který existuje ve Spojených státech. Lidé mi pokládali spoustu otázek a byli zcela otevřeně nespokojeni s tím, co jsem dělal. Už od začátku jsem jasně říkal, že provést nutné změny zabere tři až pět let. Nicméně, mnoho lidí se cítilo v ohrožení a výsledkem toho bylo, že otevřeně pochybovali o mých snahách. Celkem pochopitelně mnoho lidí na vrcholných pozicích, kteří zůstali z doby staré Kliniky, mělo pocit, že si musí zajistit svou vlastní budoucnost. Přivedl jsem mnoho nových lékařů se skvělou pověstí. A ačkoli v německém systému funguje vysoká míra záruky práce, mnoho ze starších lékařů přesto cítilo, že už na Klinice nebudou mít místo. Ale z mého pohledu to pro všechny vypadalo lépe, neboť noví lékaři přinesli více odborných znalostí a více peněz na dotacích do Kliniky jako celku. Nicméně mnozí ze staré skupiny to takto neviděli. Odmítli změnu, kterou jsem se snažil zavést, a říkali, že zavádím nápady z „Divokého západu“. Na počátku za nimi také stála většina jejich zaměstnanců.

V jednu chvíli jsem řekl: „Péče o pacienty, vzdělávání a výzkum pod jednou střechou – co by mohlo být lepší? A za to všechno, co máte, je skvělé dostat zaplacen!“ Ale mysleli si, že je to *rouhání*. Mysleli si: „Pracuji tvrdě, s dlouhou pracovní dobou a to je špatné.“ V tomto ohledu jsme se v názoru na prospěšnost zcela rozcházel. Celkem brzy si uvědomili, že nezakládám jen malý ohníček, ale že se opravdu chystám něco dělat. Pochopili, že když zůstanou, budou muset přijmout můj postoj.

Vedoucí lékař na přední Harvardské fakultní nemocnici poskytl širší náhled:

Německý a americký zdravotnický systém jsou skutečně dvě odlišné strany téže mince. Každá z nich má svůj vlastní způsob zajišťování kontroly a rovnováhy. V Německu je systém extrémně hierarchický a vedoucí pracovník má značnou autoritu. Nicméně, tento vedoucí pracovník má možnost menší kontroly, protože lékaři jsou v podstatě státní zaměstnanci – jsou placeni jak za své klinické tak výzkumné aktivity přímo od svých sponzorských institucí, ať už je to město nebo univerzita. Ve Spojených státech převládá slabší smysl pro hierarchii. Všichni pracují společně jako tým a očekává se, že lidé obdrží příslušnou odměnu. Ale přitom je to vedoucí lékař, kdo rozhoduje o platech a poskytuje důležité vedení pracovníkům na juniorských pozicích. Je to velmi konkurenční prostředí, protože se musíte snažit, abyste zůstali ve hře. A když se lékaři dostanou na seniorské pozice, očekává se, že obdrží výzkumné granty, které pokryjí značnou část jejich platů.

## Zdravotnické vzdělávání

Na rozdíl od standardizovanějšího přístupu amerického systému byl v Německu plán vzdělávání lékařů získávajících atestaci na vlastním uvážení šéfů zařízení a Sterzel ve své pozici spatřoval příležitost využít některé z „nejlepších“ nápadů, se kterými se setkal na Yale. Začal se zavedením ranních „koleček“, při kterých lékaři jako tým systematicky prohlíželi pacienty. On a Luft při této metodě sehrávali důležitou modelovou roli tím, že jako první zahajovali debatu mezi lékaři. Jak vysvětluje jeden spolupracovník, on a jeho kolega nejprve nebyli z takové otevřenosti nadšeni, protože volná výměna názorů mezi lékaři na juniorské a seniorské pozici nebyla v německém systému běžná. Ale brzy ocenili prospěšné informace, které mohly z těchto diskuzí vzejít.

Aby podpořil tuto praxi, zavedl Sterzel uprostřed týdne konference, kde představoval prominentní řečníky z celého Německa a Evropy. Zatímco se domníval, že lékaři budou nadšeni z tohoto přístupu ke „studijním příležitostem“, mnoho z nich považovalo konference za přidanou práci nebo říkali, že jsou příliš zaneprázdnění, aby se dostavili. Výsledkem bylo, že Sterzel udělal tyto konference povinné. Vzpomíná na to:

Jakmile začali lidé vynechávat tyto konference, začal jsem využívat mladší lékaře, aby obcházeli Kliniku a verbovali ostatní. Takto byli lékaři „shromážděni“ dříve, než se mohli začít vymlouvat, proč nemohou přijít. To některé lékaře velmi rozeznilo. Ale já jsem přeci věděl, že ze setkání s řečníky budou mít jen prospěch.

Mnoho lékařů nadšeně vypovídalo o intelektuálně povzbuzujícím prostředí, které tyto změny přinesly. Luft, který měl na starosti oblast zdravotnického vzdělávání, byl uctíván jako nadaný lékař a učitel. Jak poznamenal jeden resident, Klinika získávala pověst dobrého místa, pokud jste dychtili po učení a chtěli jste tvrdě pracovat. Jeden ze Sterzelových amerických kolegů, který po určitou dobu znal poměry na Klinice, podotkl:

Uvědomil jsem si nespornou změnu v celkovém přístupu mezi residenty a fakultou. Mám silný dojem, že tito residenti se mnohem více zajímají o získávání zkušeností jako lékaři-studenti než jako lékaři-zaměstnanci. Od mých předchozích rozhovorů s rezidenty, které se často točily kolem vztahů zaměstnanec – zaměstnavatel, došlo k dramatickému posunu. Vím, že toto je obrovský úspěch, který udává správný směr k dosažení dalších úspěchů.

Nicméně se vzestupem nadějí se dostavilo také zklamání. Během této doby začalo několik lékařů vyjadřovat nespokojenost s prvotní předlohou (Leitbild), kterou Sterzel šířil. Luft vysvětluje reakci týmu:

Mnoho lékařů reagovalo na Leitbild s rozpaky. Něco takové povahy není v německém systému běžné. Protože spousta lidí nevěděla, jak přesně má toto programové prohlášení přijmout, věnovali jsme hodně času hovorům o něm. Někteří mladší lékaři říkali: „Páni, to vypadá skvěle na papíru, ale kde se vezme všechn ten parádní personál, který by tady měl být?“ Bernd měl velmi dobrou vizi, ale když lékaři poprvé uviděli prohlášení, příliš se neshodovalo s realitou, která panovala na Klinice. Měli spoustu otázek a stále ještě mají. Je to správné, že pokládají tyto otázky – Leitbild dává lidem určitý celkový přehled.

## Problematika výzkumu

Během roku bylo stále více slyšet reptání ohledně silného důrazu na výzkum, který na Klinice probíhal. Navzdory Sterzelovým snahám udržet mezi klinickou prací a výzkumem rovnováhu, jeho nová skupina lékařů se stále rozdělovala do dvou táborů, „kliniků“ a „výzkumníků“. Mnozí dávali jasně přednost klinické práci před výzkumem a ti, kteří skutečně tíhli k výzkumu, měli pramalý zájem o základní výzkum. Někteří lékaři dokonce začali zpochybňovat Sterzelův „závazek“ vůči péči o pacienty. Jak vysvětlil jeden z univerzitních vedoucích lékařů: „Sterzel se skutečně snaží zkombinovat jak klinické tak výzkumné aktivity. Ale ve skutečnosti 50% - 60% lékařů v univerzitních nemocnicích nemá velký zájem o vědu. Lidé běžně využívají vědu k tomu, aby se dostali na pozici C-4 a pak se zaměří spíše na klinickou práci.“

Mezitím Sterzel bojoval za to, aby zajistil odpovídající prostory, které by napomohly jeho výzkumným cílům. Při jednáních s univerzitou byl Sterzel ujistěn, že bude postaveno laboratorní zařízení na špičkové úrovni. Místo toho dostal 200 let starou budovu, historickou památku, ve které měl zbudovat laboratorní prostory. Ačkoli Sterzel na počátku doufal, že laboratoř v Erlangenu bude připravena k využívání během jednoho roku, složitá logistika a rozsáhlé renovace posunuly toto datum o dva roky.

Zajistit, aby mohl být špičkový výzkum provozován v Norimberku, byl další problém. Při prvotních jednáních Sterzel naznačil, že výzkumné zařízení v Erlangenu bude zaměřeno výhradně na základní výzkum, v souladu se svým spojením s univerzitou. Na druhou stranu při jednáních s Norimberkem Sterzel dosáhl toho, že výzkum měl být prováděn také v městském zařízení, ale primárně spíše na klinické než základní bázi. Po mnoha diskuzích a kompromisech město souhlasilo s poskytnutím malé laboratoře a placení tří technických pracovníků po dobu tří let. Po tomto období měl být Sterzel odpovědný za financování převážné části laboratoře sám.

### Financování lékařského výzkumu v Německu

V Německu existovaly dva způsoby jak získat prostředky na financování konkrétních výzkumných projektů.<sup>9</sup> První způsob představoval žádost o dotaci z DFG (německý protějšek Národního institutu zdraví), který zahrnoval rozsáhlou přípravu a papírování. Obdržet takovou dotaci bylo velmi prestižní záležitostí, neboť vědecké zásluhy dané práce určovali stejně postavení kolegové uchazeče. Kvůli omezené výši peněz na výzkum a konkurenčnímu prostředí bylo velmi obtížné dotace získat (pouze 20-30% žádostí o dotaci bylo obvykle schváleno).

Druhý způsob financování výzkumu vycházel od farmaceutických společností. Nové léky a zdravotnické vybavení bylo nutno klinicky otestovat před tím, než se dostalo na trh. Lékaři dostávali finanční prostředky potřebné pro provedení těchto testů. A navíc, protože mnoho z požadovaného zdravotnického výzkumného vybavení bylo velmi nákladné, účast v takovém výzkumu mohla zaplatit velkou část potřebného vybavení na Klinice.

---

9. Oproti Spojeným státům, kde byla filantropická podpora výzkumu významná, v Německu byla docela omezená.

K tomu jeden lékař na klinice dodal: „Vždy se budu cítit trochu nesvůj kvůli provádění farmaceutických testů. Existuje tolik klinických pokusů financovaných společnostmi, které nestojí ani za papír, na kterém jsou uvedeny výsledky. Prostě jen nevěřím této metodě; zavání to úplatkářstvím.“

Problémem nebyla jen tato příležitostná práce, která obstarávala finance na konkrétní projekty, ale bylo obtížné najít čas i na provádění výzkumu. Oproti Spojeným státům, kde byl čas výzkumných lékařů rovnoměrně rozvržený a zajištěný tak, že mohli věnovat časové úseky jak klinické tak vědecké práci, výzkumní lékaři v Německu prováděli svou klinickou a výzkumnou práci současně. Obvykle prováděli klinickou práci během dne a po večerech si našli čas na výzkum.

Tento tlak mezi klinickou a výzkumnou prací se pod Sterzelovým vedením vystupňoval. Lékaři si stěžovali, že ke svým klinickým a vzdělávacím povinnostem dostali práci navíc. Takto pro ně bylo obtížné udělat si čas na výzkum, který po nich Sterzel vyžadoval. Jeden lékař to charakterizoval slovy: „Sterzelova vize byla taková, že se Klinika stane slavnou kvůli svému výzkumu. Ale kvůli našemu napojení na město musíme také sloužit veřejnosti. Svým způsobem se tyto dvě věci vzájemně vylučují. Věnovat se jak pacientům *tak* výzkumu se stalo velmi obtížné. Tyto dvě činnosti jsou ve stálém rozporu.“

### Posun kupředu

Ačkoli se Sterzel určitě dostával blíž k dosažení svého snu o vytvoření vedoucí instituce v oblasti nefrologického výzkumu, jak on tak jeho kolegové byli vyčerpaní a počáteční nadšení z toho, že jsou součástí něčeho nového a odlišného, se vytrácelo. Sterzel hovořil o výzvách, kterým nyní čelil, jako o změně programu za pochodu:

Mnoho lékařů vyjadřovalo své nadšení z úspěchů, kterých jsme dosud dosáhli – v Německu si Klinika vydobyla skvělou pověst. Ale už za půl hodiny si lidé hořce stěžovali na to, jak se všechno začíná rozpadat a pracovní zatížení je příliš náročné. Vypadá to, jako by se pokaždé, co se otočíme, objevil další problém nebo nový úkol. Nadále záplatujeme díry, ale lidé už začínají být netrpěliví. Domnívám se, že je to jen část procesu vytváření skutečné změny. Nicméně pokud si udržíme naši úroveň, zabere to jistě ještě nějaký čas, než vplujeme do klidných vod.

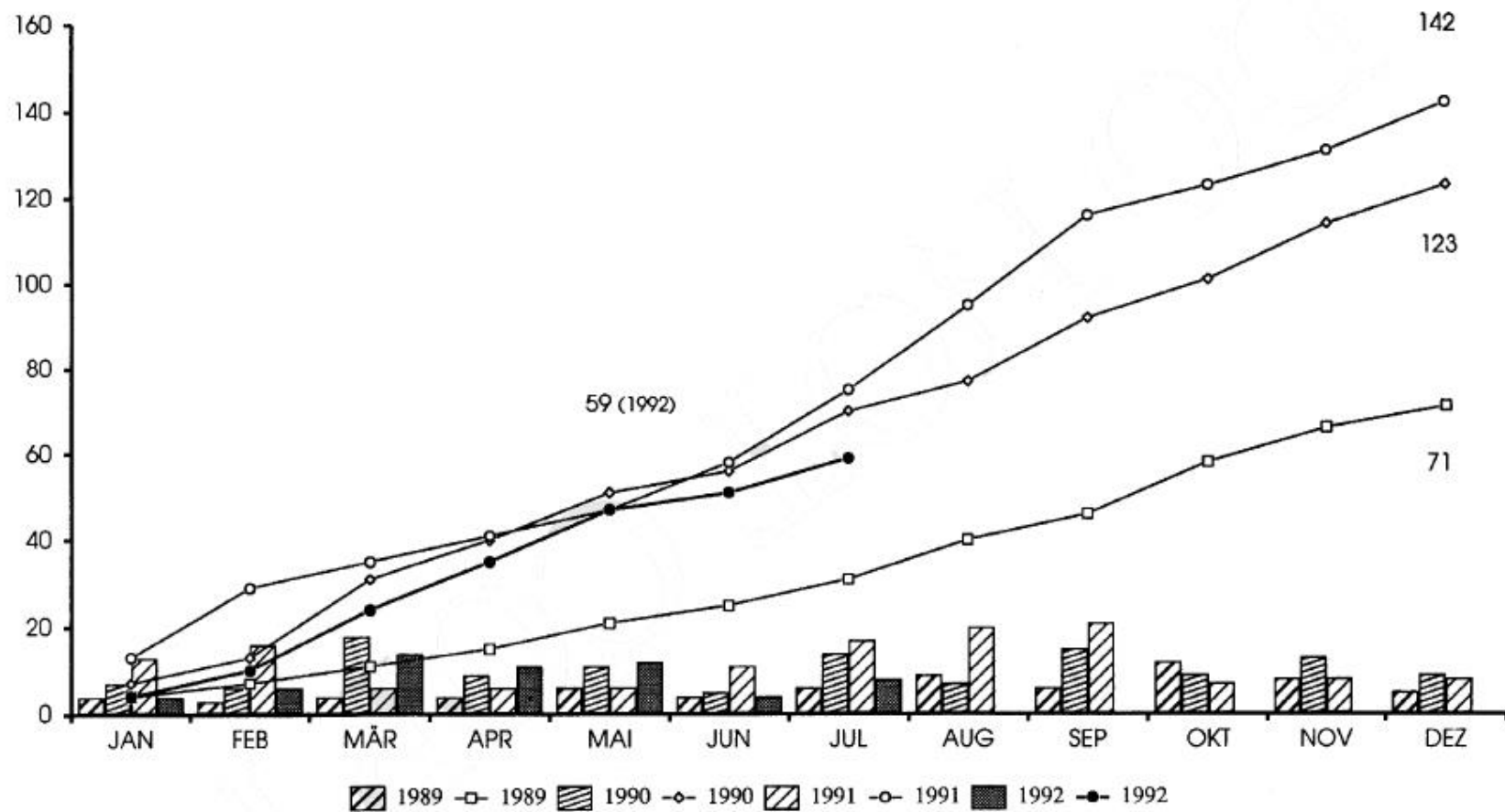
**Příloha 1** Pozice fakulty na IV Lékařské klinice (k červenci 1992)

| <b>Pozice:</b>                                   | <b>Jméno: (věk)</b>   |
|--|---|
| Univerzitní profesoři:                           |   |
| Vedoucí (C-4)                                    | Sterzel (52)  |
| Docenti (C-3)                                    | Luft (50), Mann (42), Weber (42)  |
| Mimořádní profesoři                              | Neumayer (43)   |
| Ošetřující/pomocní členové fakulty nebo lektori: | Goerig (40), Geiger (37), Höffken (52), Schmieder (38), Schulze (49), Walter (43), Weise (41) |

**Příloha 2** Organizační údaje IV. Lékařské kliniky (k červenci 1992)

|                                  | <b>Oddělení v Erlangenu</b> | <b>Oddělení v Norimberku</b> |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <b>Klinika:</b>                  |                             |                              |
| Lůžka                            | 13                          | 160                          |
| Ošetřující lékaři                | 2                           | 9                            |
| Residenti                        | 6-8                         | 25-30                        |
| Sekundární lékaři                | 0-1                         | 8-12                         |
| Starší studenti medicíny         | 0-1                         | 6-12                         |
| <b>Výzkum:</b>                   |                             |                              |
| Výzkumné týmy                    | 4                           | 2                            |
| PhD na plný úvazek               | 3                           | 0                            |
| Výzkumní lékaři                  | 8-12                        | 2-4                          |
| Techničtí pracovníci             | 10                          | 5                            |
| <b>Převládající financování:</b> | Univerzita                  | Město Norimberk              |

Příloha 3 Množství transplantací ledvin provedených na Klinice mezi lety 1989 a 1992





**Příloha 4** Sterzelovo rozvržení času (měřeno v %)<sup>a</sup>

|            | <b>Péče o pacienty</b> | <b>Vyučování</b> | <b>Výzkum</b> | <b>Administrativa</b> |
|------------|------------------------|------------------|---------------|-----------------------|
| První rok  | 30                     | 30               | 20            | 20                    |
| Druhý rok  | 20                     | 30               | 20            | 30                    |
| Třetí rok  | 20                     | 25               | 20            | 35                    |
| Čtvrtý rok | 20                     | 25               | 20            | 35                    |

<sup>a</sup> V červenci 1992 byl Sterzel požádán, aby poskytl zpětný souhrn rozvržení svého času za poslední čtyři roky.

**Příloha 5** Rozvržení pracovních skupin na Klinice

| <b>Pracovní skupina:</b>               | <b>Vedoucí:</b> | <b>Členové:</b>                               |
|--|-----------------|---|
| Jižní Klinika                          | Mann            | Sterzel, Goerig, Höffken, Neumayer, Schmieder |
| Přeměna Erlangenu                      | Weber           | Sterzel, Geiger, Neumayer                     |
| Transplantace                          | Neumayer        | Geiger, Schmieder                             |
| Výzkum                                 | Luft            | Sterzel, Schmieder, Goppelt-Strübe            |
| Dotace na projekty výzkumných programů | Sterzel         | Goppelt-Strübe, Luft, Goerig                  |
| Styk s veřejností                      | Geiger          | Sterzel, Höffken                              |
| Vzdělávání                             | Weise           | Luft, Schulze                                 |
| Diagnostika a léčebné postupy          | Weise           | Walter, Schulze                               |

**Příloha 6** Odpovědnost za vedení a řízení: Silné stránky a Oblasti vyžadující zdokonalení <sup>a</sup>

| <b>Silné stránky:</b>   | <b>Oblasti vyžadující zdokonalení:</b>  |
|---|---|
| 1. Nadšení, vůle, energie   | A. Sdílení plné moci/delegování pravomocí a kontrola  |
| 2. Vymezení výkonu  | B. Stanovní realistických očekávání a výkonnostních cílů; zhodnocení pokroku v rámci navrženého plánu |
| 3. Vybudování týmu/nábor pracovníků   | C. Citlivé jednání/komunikace   |
| 4. Zahájení/urychlení/koordinace interní a externí spolupráce a vzájemných vztahů | D. Budování spolehlivých pracovních vztahů/“lidská struktura“   |
| 5. Organizační plánování  | E. Konzistentní a předvídatelné pokračování   |
|   | F. Stanovení přesného strategického zaměření  |
|   | G. Efektivní využití času a zdrojů  |

<sup>a</sup> V červenci 1992 byl Sterzel požádán, aby popsal současné silné stránky a oblasti vyžadující zdokonalení.