

Harald Pless

Führen im Krankenhaus

Betriebswirtschaft, Recht,
Organisation, Kommunikation
für Leitende Ärzte

MOREMEDIA



Springer

Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management

Ihre Erfolgs-Konzepte für Klinik und Praxis Als Arzt sind Sie auch Führungskraft und Manager: Teamführung, Qualitätsmanagement, Kodier- und Abrechnungsfragen, Erfüllung gesetzlicher Vorgaben, patientengerechtes Leistungsspektrum, effiziente Abläufe, leistungsgerechte Kostensteuerung ... Zusätzliche Kompetenzen sind entscheidend für Ihren Erfolg. Agieren statt reagieren Gestalten Sie zielgerichtet die Zukunft Ihres Unternehmens - als Organisator, Stratege und Vermarkter.

Weitere Bände in der Reihe: ► <http://www.springer.com/series/7617>

Harald Pless

Führen im Krankenhaus

Betriebswirtschaft, Recht, Organisation,
Kommunikation für Leitende Ärzte

 Springer

Harald Pless
<http://www.dionost.de>
Coburg, Deutschland



ISSN 2627-2636 ISSN 2627-2644 (electronic)
Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management
ISBN 978-3-662-60981-1 ISBN 978-3-662-60982-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-60982-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Troels Graugaard/istockphoto.com, ID: 22723201 (Symbolbild mit Fotomodellen)

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Für Doris

Vorwort

Sehr betroffen war ich, als ich vor einiger Zeit einen ganzseitigen Erfahrungsbericht einer 91-jährigen Patientin in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung las (Frisé 2017). Der Autorin, einer ehemaligen Redakteurin dieser Zeitung, gelang es sehr plastisch, den Alltagsbetrieb in einem deutschen Akutkrankenhaus aus Patientensicht (nach einem Oberschenkelbruch) zu schildern. Sie berichtete vom Chefarzt, der zwar freundlich, aber wortkarg war und sich vor allem mit dem Computer auf dem Visitenwagen beschäftigte und dabei nicht durch Fragen stören lassen wollte. Ihre starken Schmerzen blieben unbehandelt. Die eiligen und ständig wechselnden Assistenzärzte fielen ihr auf, auch diese vor allem mit der Dokumentation beschäftigt. Die gehetzten Pflegekräfte, die für ihre eigentliche Aufgabe, die Pflege, keine Zeit mehr hatten und sich über die Geringschätzung ihrer Arbeit beklagten. Noch viele andere Eindrücke schilderte sie, über Abläufe, die mir nach 35-jähriger Tätigkeit als Klinikarzt insbesondere aus den letzten Jahren meiner Arbeit bekannt vorkamen.

In der Idealvorstellung kann der Arzt dem Patienten aus unendlichen Ressourcen die optimale Therapie zukommen lassen. Die Realität sieht leider anders aus. Im Gesundheitsmarkt tummeln sich eine Vielzahl von Teilnehmern mit eigenen und meist divergierenden Interessen. Und die Ressourcen sind keineswegs unendlich. Der Gesetzgeber gesteht dem Patienten daher nicht – wie oft vermutet – eine optimale (Schulnote 1) Behandlung zu, sondern diese muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein § 12 Abs. 1 S. 1 SGB V, also Schulnote 4!

Dem Leitenden Arzt im Krankenhaus kommt daher eine besondere Rolle zu: Er muss eine Vielzahl von Interessen bedienen, wobei die des Patienten sicher die wichtigsten sind. Auch seine eigenen darf und muss er berücksichtigen. Die Aufgaben des Leitenden Arztes gehen daher weit über rein medizinische Fragestellungen hinaus: Sie sind ethischer, betriebswirtschaftlicher, rechtlicher, sozialer, pädagogischer und kommunikativer Natur. All diese Gebiete waren aber nicht Gegenstand des Medizinstudiums und wurden meist auch nicht im weiteren Berufsleben strukturiert erlernt.

Diese Lücke will das vorliegende Buch schließen, wobei durch das kompakte Format sichergestellt werden soll, dass die für ärztliche Führungskräfte wesentlichsten Botschaften

vermittelt werden können. Für tiefergehende Erkenntnisse sollen die Literaturhinweise eine Hilfestellung geben.

Danksagung: Mein herzlicher Dank geht an Frau Dr. Esther Dür und Herrn Hinrich Küster vom Springer Verlag für die kompetente und engagierte Betreuung. Bedanken möchte ich mich auch bei den vielen Menschen, die mich in meinem Berufsleben unterstützt und inspiriert und so dieses Buch erst möglich gemacht haben.

Und natürlich – last not least – bei meiner Frau Doris für ihre Geduld und ihr Feedback.

Zum Gendering: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit der Texte wird in Springer-Publikationen in der Regel das generische Maskulinum als geschlechtsneutrale Form verwendet.

PS: Das Manuskript wurde Anfang März 2020 eingereicht, also just zu dem Zeitpunkt, als die Corona-Pandemie eine Bedeutung für deutsche Krankenhäuser erlangte. So konnten zwar keine konkreten Erfahrungen mit dieser Krise in das Buch aufgenommen werden, dennoch finden sich insbesondere in den Abschnitten Ethik, Aufbau- und Ablauforganisation sowie Risikomanagement wichtige Hinweise für eine solche Situation.

Harald Pless

Inhaltsverzeichnis

1	Der Arzt als Führungskraft	1
1.1	Ökonomie in der Klinik	1
1.2	Ethische Aspekte und Modelle	3
1.3	Leitbild	7
1.4	Der Patient steht im Mittelpunkt?	8
1.5	Ziele	10
1.6	Leitende Ärzte und ihre Stakeholder	11
1.7	Stakeholder: Patient	16
1.8	Stakeholder: Geschäftsführung	19
1.9	Stakeholder: Pflegedirektion, Betriebsrat, Technische Leitung	21
1.10	Führungsinstrumente	22
1.11	Umgang mit Macht	25
1.12	Führen als kulturelle Leistung	29
1.13	Evidenzbasierte Medizin	32
1.14	Krankenhäuser können und müssen besser werden	33
1.15	Innovative Führungsmodelle	35
1.16	Führungsteam	38
1.17	Eigenorganisation und Zeitmanagement	40
1.18	Persönliche Lebensplanung	45
	Literatur	48
2	Kommunikation	51
2.1	Das Informationsquadrat	51
2.2	Die Transaktionsanalyse	54
2.3	Verhandlungstechniken: Das Harvard-Konzept und andere	57
2.4	Besprechungsmanagement	61
2.5	Moderation	64
2.6	Die Chefarztkonferenz	65
2.7	Das Mitarbeitergespräch	68
2.8	Führen mit Lob	70
2.9	Motivation	73
2.10	Krisen und Konflikte	74

2.11	Das schwierige Gespräch	75
2.12	Informationsfluss im Krankenhaus	79
2.13	Umgang mit Massenmedien	81
	Literatur	82
3	Betriebswirtschaftliche Techniken	83
3.1	Strategiebildung	83
3.2	Betriebswirtschaftliche Grundbegriffe	88
3.3	Das DRG-System: Funktionsweise	93
3.4	Das DRG-System: Kritische Betrachtung	97
3.5	Besondere Kennzahlen im Krankenhaus	101
3.6	Ablauf-/Aufbauorganisation	106
3.7	Marketing, Zuweisermanagement	109
3.8	Qualitätsmanagement	111
3.9	Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätsbericht	114
	Literatur	115
4	Personalmanagement	117
4.1	Human Resources: Einfach nur Ressourcen?	117
4.2	Zentrale Rolle des Leitenden Arztes im Personalmanagement	118
4.3	Mögliche Organisationsformen der Personalabteilung	119
4.4	Quantitative Personalbedarfsermittlung	122
4.5	Qualitative Personalbedarfsermittlung	128
4.6	Stellenplan	130
4.7	Personalgewinnung	135
4.8	Strukturiertes Einstellungsverfahren	136
4.9	Würdigung des individuellen Mitarbeiters, Karriereplanung	139
4.10	Unterschiedliche Nationalitäten/Kulturen: Diversity Management	142
4.11	Strukturen/Regeln	145
4.12	Dienstplanung	146
4.13	Entgeltverfahren, betriebliche Altersversorgung	147
4.14	Zeugnisse	150
4.15	Delegation/Substitution	151
4.16	Arztsekretärinnen im Stationsbetrieb	154
	Literatur	157
5	Lehre	159
5.1	Didaktik, Präsentationen	159
5.2	Bloom'sche Taxonomie	162
5.3	Akademische Lehre, Studenten, Examina	164
5.4	Visite	165

5.5	Fortbildung, Veranstaltungsmanagement	169
5.6	Weiterbildung	172
5.7	Promotion, Habilitation	175
	Literatur	176
6	Spezielle Managementverfahren und Themen	177
6.1	Projektmanagement	177
6.2	Changemanagement	185
6.3	Risikomanagement	186
6.4	Umgang mit Komplikationen	190
6.5	Standardisiertes Entlassungsmanagement	194
6.6	Arztbrief/Entlassungsbericht	199
6.7	IT/Digitalisierung	205
	Literatur	207
7	Recht	209
7.1	Die Struktur der gesetzlichen Normen in Deutschland	209
7.2	Begriffsklärungen und juristische Arbeitstechniken	212
7.3	Arbeitsrecht	217
7.4	Sozialrecht	223
7.5	Unternehmensrecht	226
7.6	Verwaltungsrecht, Kammerrecht	229
7.7	Strafrecht	231
7.8	Haftung	236
7.9	Organisationsverschulden	237
7.10	Chefarztvertrag	238
7.11	Scheinselbständigkeit/Honorärärzte	242
7.12	Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung	247
7.13	Todesfeststellung/Leichenschau	251
7.14	Aufklärung vor/nach medizinischen Maßnahmen	255
7.15	Umgang mit Polizei und Staatsanwalt	260
7.16	Medizinprodukte-Betreiberverordnung	261
7.17	Strahlenschutzverordnung	263
	Literatur	266
8	Die Rolle des Arztes im Gesundheitswesen heute und in der Zukunft	267
8.1	Es war einmal ... (Ein Märchen für Chefarzte)	267
8.2	Fazit und Ausblick	268
	Literatur	271
	Stichwortverzeichnis	273

Über den Autor



Dr. med. Harald Pless (Jahrgang 1959) ist Internist mit den Zusatzbezeichnungen (interventionelle) Kardiologie, Notfallmedizin und Intensivmedizin. Er war 35 Jahre als Klinikarzt tätig und weiterbildungsbefugt für Innere Medizin und Intensivmedizin.

Unter anderem bekleidete er folgende Funktionen: Beauftragter für die Medizinstudenten im Praktischen Jahr; QM-, DRG-, MDK- und Strahlenschutz-Beauftragter; Lehrbeauftragter der Hochschule Coburg.

Folgende Studiengänge hat er berufsbegleitend abgeschlossen:

- Krankenhausmanagement für Ärzte (MHM: Medical Hospital Manager; Fachhochschule Hannover, 2000)
- Betriebswirtschaft für Ärztinnen und Ärzte (MBA: Master of Business Administration; Hochschule Neu-Ulm, 2009)
- Bachelorstudium Wirtschaftsrecht (LL.B.: Bachelor of Laws; Euro-FH Hamburg, 2018).

Seit 2018 arbeitet er freiberuflich.



1.1 Ökonomie in der Klinik

Es ist offensichtlich und nicht mehr zu leugnen, dass die deutschen Krankenhäuser eine ungute Entwicklung genommen haben. Darunter leiden alle Beteiligten, zuvorderst die Patienten, aber auch die Mitarbeiter aller Berufsgruppen. Dabei schließe ich die Administration ausdrücklich mit ein, sogar die Lokalpolitiker, die mit unangenehmen Fragen aus ihrer Wählerschaft konfrontiert werden.

Wie konnte es soweit kommen? Deutschland hat doch ein im internationalen Vergleich vielfach gelobtes Gesundheitssystem, das auch noch durch ständige „Reformen“ verbessert wird.

2003 wurde das G-DRG-System („German Diagnosis Related Groups“) in Deutschland eingeführt. Damit werden die Krankenhausleistungen pauschaliert mit den Krankenkassen abgerechnet. Erklärtes Ziel war eine Effizienzsteigerung im stationären Teil des Gesundheitssystems durch Schaffung neuer Anreize, also eine Ökonomisierung des Gesundheitswesens, bei dem bisher andere Aspekte als Markt, Wettbewerb oder Deckungsbeitrag führend waren.

Tatsächlich hatte das vorherige System ausgedient. Die Vergütung von Klinikleistungen mit tagesgleichen Pflegesätzen, ergänzt durch einige Sonderentgelte, bot vor allem zwei Anreize: die Verlängerung der Verweildauer und die möglichst zahlreiche Erbringung von mit Sonderentgelten belohnten Leistungen. Im Ergebnis wurde Deutschland zu einem Land mit langen Krankenhausverweildauern, hohen Bettenzahlen und vielen Herzkatheter- und anderen Eingriffen. Die Qualität der Abläufe und Ergebnisse oder wirtschaftliche Verfahrensweisen wurden dagegen nicht gefördert.

Eine Systemänderung war also notwendig.

Für die dann durchgeführte Reform wurde das DRG-System aus Australien übernommen und auf deutsche Verhältnisse adjustiert. Neu und weltweit einzigartig war, dass bis

auf wenige Ausnahmen (in der Psychiatrie) alle Krankenhausleistungen auf diese Art abgerechnet werden sollten. Geplant war ein System mit etwa 600 DRGs und einfacher, weil pauschalierter Abrechnung zum Bürokratieabbau.

Nun ist ein wesentliches Merkmal einer pauschalierten Abrechnung die fehlende Einzelfallgerechtigkeit. Dieses Manko soll durch die Vorteile der Vereinfachung ausgeglichen werden mit dem Ziel, dass die Vergütungssumme aller pauschal abgerechneten Leistungen mit der von detailliert einzeln kalkulierten Leistungen identisch ist. Leider wird in Deutschland das DRG-System aber in einer Weise praktiziert, die mit einer vereinfachenden Pauschalierung nichts mehr zu tun hat. Offenbar möchte man die Quadratur des Kreises, also Pauschalen *mit* Einzelfallgerechtigkeit. Aus den geplanten 600 sind mittlerweile über 1300 DRGs geworden, ergänzt durch Zusatzberechnungen mit Zu- und Abschlägen bei Abweichungen von vereinbarten Leistungszahlen und bei Über- oder Unterschreiten von Grenzverweildauern. Ergänzend kommen Zusatzentgelte, Komplexpauschalen und ähnliches hinzu. Die Bestandteile der Abrechnung eines einzelnen Krankenhauses sind mittlerweile so vielfältig, dass von einer Pauschale nicht mehr die Rede sein kann. Im Ergebnis ist das ganze System so komplex, dass ein großer Teil der Klinikabrechnungen von den Krankenkassen moniert wird. Konsekutive Kürzungen wirken sich nicht selten existenzgefährdend für die Krankenhäuser aus. Die Streitigkeiten, bei denen in einem erheblichen Teil der Fälle auch die Gerichte bemüht werden, belasten die Justiz in signifikantem Ausmaß.

Ausgehend von den zur Zeit der Jahrtausendwende bestehenden Verhältnissen war die Motivation für die Systemumstellung durchaus legitim. Tatsächlich hat die Maßnahme auch zu einer gewaltigen Disruption im Gesundheitswesen geführt. Die Krankenhausverweildauern gingen drastisch zurück und eine tiefgreifende Ökonomisierung setzte ein. Begriffe wie QM (Qualitätsmanagement), MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, künftig MD = Medizinischer Dienst), untere Grenzverweildauer und Komplexpauschale sind auf einmal im Krankenhaus allgegenwärtig und wichtig. Es kam zu einer enormen Arbeitsverdichtung im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Gleichzeitig wurden immer mehr und zusätzliche Spezialisten sowohl in den Kliniken (Medical Controlling) als auch seitens der Krankenkassen (MD) notwendig, denn der Dokumentations- und Abrechnungsaufwand ist geradezu explodiert.

Eine Schlüsselrolle kommt dabei dem MD zu, der die Abrechnungen begutachtet. Dieser hat sich zu einer gewaltigen Organisation entwickelt und benötigt dafür Ressourcen: Geld, Personal, insbesondere Ärzte. Diese fehlen dann im klinischen Dienst. In ähnlicher Weise werden im Krankenhaus Ressourcen für Abrechnungszwecke gebunden. Dies beginnt schon bei den Dokumentationspflichten und den damit zusammenhängenden Organisationsmaßnahmen und hört bei den Pflichten im Zusammenhang mit den MD-Begehungen noch nicht auf.

Ohne hier auf Details eingehen zu wollen (diesbezüglich siehe Abschn. 3.4), ist festzustellen, dass die vor knapp 20 Jahren durchgeführte Umstellung des Abrechnungsverfahrens zwar zu einer Ökonomisierung in Krankenhäusern geführt hat, aber zu dem Preis einer massiven Bürokratisierung sowie einer Arbeitsverdichtung für das Personal, einer

Verschlechterung des Betriebsklimas und damit einhergehend ganz allgemein zu einer nachrangigen Priorisierung der Patienteninteressen.

Zeitlich parallel mit der Systemumstellung entwickelte sich ein zunehmender Ärztemangel sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich. Der Fachkräftemangel ist jetzt zusätzlich in der Pflege angekommen und auch dort hochproblematisch. Ob und inwieweit die sich verschlechterten Arbeitsbedingungen hier kausal sind, ist schwer zu beurteilen. Jedenfalls ist gerade dem Personalmanagement eine hohe Aufmerksamkeit zu widmen.

Was geht das alles die Ärzte an, deren Kernleistung doch eigentlich eine medizinische sein soll? Sehr viel: Insbesondere Ärzte mit Führungsaufgaben müssen mit den Rahmenbedingungen und Regeln dieses Systems umgehen können. Sie müssen wissen, welche weiteren Berufsgruppen für den Erfolg ihrer Arbeit wesentlich sind, sie müssen die entsprechenden Kommunikationstechniken kennen und sie müssen betriebswirtschaftliche und juristische Werkzeuge anwenden können. Ohne Kenntnis der richtigen Stellschrauben können Ärzte nicht die Medizin machen, die sie für richtig halten.

Die noch immer verbreitete Auffassung unter Ärzten, mit all dem möge man sie in Ruhe lassen (schließlich sei die Aufgabe der Ärzte die Medizin und mit dem ganzen übrigen Gedöns sollen doch bitte andere betraut werden), ist weltfremd und nicht sachgerecht. Immerhin setzt bei rund der Hälfte der Ärzte ein Umdenken ein, dann nämlich, wenn sie sich niederlassen und plötzlich selbst zum Unternehmer werden. Aber auch die Ärzte, die ihr gesamtes Berufsleben der Klinik treu bleiben, sind tagtäglich mit Aufgaben konfrontiert, deren Lösung sie im Medizinstudium nicht gelernt haben. Das Wort „Betriebswirtschaft“ kommt in der Approbationsordnung für Ärzte (Stand Juli 2017) nicht vor. Auch das Wort „Recht“ erscheint nur im Zusammenhang mit der Rechtsmedizin; arbeits-, zivil- oder verwaltungsrechtliche Kenntnisse werden vom deutschen Arzt offensichtlich nicht erwartet.

Gerade der Arzt mit Führungsfunktion in der Klinik hat hier eine herausragende Bedeutung. Er kann die medizinischen mit den ökonomischen Aspekten verbinden und dabei am ehesten den damit einhergehenden ethischen Verpflichtungen dem Patienten und der Gesellschaft gegenüber gerecht werden. Ihm obliegt es, durch eine hervorragende Abteilungsleitung nicht nur medizinisches, sondern auch menschliches Vorbild zu sein.

Hierfür muss er aber neben seiner medizinischen Expertise auch über das notwendige betriebswirtschaftliche, juristische und kommunikative Rüstzeug verfügen. Dazu soll dieses Buch beitragen.

1.2 Ethische Aspekte und Modelle

Spätestens seitdem Kliniken bzw. Gesundheitskonzerne auch als Aktiengesellschaften auftreten, hat der Shareholder Value in der Klinik Einzug gehalten. Als Folge wird diskutiert, ob es überhaupt erlaubt sein kann, als Investor mit Krankheiten Geld zu verdienen. Dabei werden Interessenskonflikte vermutet, denn dem Gewinnerzielungsanspruch des

Anteilseignern könnten die Interessen des durch die Natur seiner Erkrankung möglicherweise für die Klinik unwirtschaftlichen einzelnen Patienten gegenüberstehen.

Dabei wird übersehen, dass es unabhängig von der genannten Problematik im Gesundheitswesen oft um Geld geht. Auch kommunale oder kirchliche Kliniken müssen wirtschaftlich arbeiten und sind rechenschaftspflichtig. Die Mitarbeiter – also auch die Ärzte – möchten Geld verdienen. Große Kliniken sind nicht selten ein bedeutender Arbeitgeber und Wirtschaftsfaktor für die Region, das gesamte Gesundheitswesen volkswirtschaftlich sowieso.

Stimmt in einer Klinik das Betriebsklima, die Aufbau- bzw. Ablauforganisation und die Fehlerkultur (die Liste ließe sich noch verlängern), dann ist das alles im Sinne des Patienten. Ein in diesem Sinne gut organisiertes Krankenhaus arbeitet darüber hinaus auch effizient. Gute Qualität nutzt gleichermaßen dem Patienten und dem Träger. Ein schlecht organisiertes und daher unwirtschaftliches Krankenhaus hat häufig auch medizinisch schlechte Ergebnisse.

Die Qualität der medizinischen Behandlung ist daher nicht primär von der Unternehmensform abhängig, sondern von der Professionalität der Arbeit und der Unternehmenskultur.

Es ist nun die Herausforderung für die Führungskräfte, die Gratwanderung zu meistern, die darin besteht, eine gleichmäßig hohe medizinische Qualität zu leisten und dabei trotzdem die Wirtschaftlichkeit nicht aus den Augen zu verlieren.

Ärzte, die einer Befassung mit ökonomischen Aspekten kritisch gegenüberstehen, begründen dies vielfach auch mit ethischen Argumenten. Die Aufgabe der Ärzte sei es, eine den Patienten gerechte Medizin zu betreiben. Die dafür notwendigen Ressourcen seien von der Administration, der Politik, der Gesellschaft usw. zur Verfügung zu stellen. Aus ärztlicher Sicht seien allein die Interessen des einzelnen Patienten zu berücksichtigen. Eine Rationierung sei abzulehnen.

Eine solche Auffassung verkennt, dass Ärzte tagtäglich mit dem klassischen **ethischen Dilemma** konfrontiert werden. Dieses besteht darin, dass mindestens zwei Handlungen, die beide geboten sind, sich gegenseitig ausschließen. Entscheidet man sich für eine Handlung, muss man die andere, die aber auch geboten wäre, unterlassen. Muss beispielsweise ein schwerkranker Patient auf einer schon voll belegten Intensivstation aufgenommen werden, hat dies zur Folge, dass ein anderer Patient in eine nachgeordnete Station (z. B. Intermediate Care) verlegt werden muss. Würde dieser aber von einem Verbleib auf der Intensivstation medizinisch doch noch profitieren, hat der diensthabende Arzt schon rationiert.

Die exorbitant hohen Kosten für manche Therapien bei z. B. unheilbar krebserkrankten Patienten haben bereits zu einer Diskussion über die Finanzierbarkeit geführt. Ärzte können sich aus solchen Konflikten nicht herausstellen. Wer, wenn nicht der Arzt, ist fachlich am besten in der Lage, hier Entscheidungshilfen zu leisten? Ressourcen sind nicht unendlich, auch in der Medizin nicht. Die korrekte Allokation ist am ehesten durch den Arzt zu gewährleisten.

Die zur Verfügung stehenden Ansätze moderner Ethik mögen zwar den gesellschaftlichen Diskurs befruchten, eine Lösung im Einzelfall können sie aber meist nicht anbieten.

Trotzdem sollen nachfolgend einige Ethik-Modelle vorgestellt werden, die vielleicht bei manchen Überlegungen eine Hilfestellung bieten könnten.

Zunächst sind aber die Begriffe „Moral“ und „Ethik“ voneinander abzugrenzen. Während die Moral für Werte, Handlungsmuster oder Prinzipien steht, wird in der Ethik eben dieses Wertesystem hinsichtlich seiner Anwendbarkeit und Eignung hinterfragt.

Fundamentale Bedeutung hat der **kategorische Imperativ** (= „unbedingtes Gebot“) von Immanuel Kant (1724–1804). Kant stellte die Verantwortung des einzelnen Menschen fest und stand damit im Gegensatz zu den bisher führenden Vorstellungen des schicksalhaft und göttlich vorgegebenen Lebenslaufes. Damit rückt der menschliche Wille in den Mittelpunkt. Dieser Wille muss zu einem vernunftmäßigen und prinzipientreuen Verhalten gezwungen werden („Imperativ“). Kategorisch ist der Imperativ deshalb, weil er ohne Rücksicht auf weitere Ziele erreicht zu werden hat.

Der erste kategorische Imperativ lautet:

„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“

Dabei ist der gute Wille (also nicht der tatsächliche Erfolg) des Handelnden zu beurteilen (**Gesinnungsethik**).

Max Scheler (1874–1928) kritisierte an Kants Lehren die rein formale Ausrichtung, da nur die Erfüllung der Werte gefordert würde, ohne diese zu hinterfragen. Er schuf daher die **Materiale Wertethik**, bei der eine hierarchische Graduierung von Werten und damit eine Priorisierung möglich ist. Diese Güterabwägung soll im ethischen Dilemma hilfreich sein.

Die **Verantwortungsethiken** gehen bei der Bewertung des Handelns über die Gesinnungsethik hinaus und fordern eine Auseinandersetzung mit den Konsequenzen des Tuns (der gute Wille allein reicht nicht). Die Abwägung der Konsequenzen hat nach Hans Jonas (1903–1993) sehr weit zu erfolgen und müsse die technische Entwicklung und die Folgen für Andere (einschließlich ungeborener Generationen) einbeziehen.

Der **Utilitarismus** (John Stuart Mill 1806–1873) versucht, die Menge des zu erreichenden Glücks quantitativ zu erfassen, um dann möglichst viel Glück für möglichst viele Menschen zu bewirken: „Das größte Glück der größten Zahl.“

In der **Diskursethik** (Jürgen Habermas, geb. 1929) sollen Teilnehmende des Diskurses ihr Anliegen sprachlich vorbringen und die Adressaten dieses Anliegen respektieren bzw. argumentativ widerlegen. Es setzt sich schließlich das beste Argument durch: „Der zwanglose Zwang des besseren Arguments.“

John Rawls (1921–2002) ging bei seinem Vorschlag der **Gerechtigkeitsethik** davon aus, dass es eine gerechte Gesellschaft nur dann geben kann, wenn die Gestaltenden unbefangen sind, also keine eigenen Interessen zu verteidigen hätten. Sie dürften daher ihre eigene Position im System nicht kennen. Rawls sprach von einem „Schleier der Unwissenheit“.

Die genannten abstrakten Gedankenmodelle können leider dem diensthabenden Kardiologen, der nachts zwei gleichzeitig eingetragene Herzinfarktpatienten zu versorgen hat, aber lediglich über ein Herzkatheterlabor verfügt, nur bedingt weiterhelfen. Darf er utilitaristisch abwägen, also Menschenleben gegeneinander aufrechnen?

Diese im Krankenhaus konkret, interessanterweise aber bisher weitgehend ohne gesellschaftlichen Widerhall auftretende Problematik wird aktuell im Zusammenhang mit dem autonom fahrenden Auto intensiv diskutiert.

Wie sind die Algorithmen zu programmieren, wenn ein Unfall nicht mehr zu verhindern und nun eine Entscheidung zu treffen ist, ob zur Vermeidung eines Frontalzusammenstoßes möglicherweise Fußgänger geopfert werden müssen?

Das klassische ethische Dilemma ist definitionsgemäß nicht lösbar, auch nicht durch die genannten Modelle. Diese können lediglich Hilfestellungen geben. Manche Entscheidungen, die im Tagesgeschäft der Kliniken getroffen werden müssen, werden möglicherweise den Interessen einzelner Patienten zuwiderlaufen. Dies ist dann am ehesten zu vertreten, wenn das höhere Gut die Gesundheit eines anderen Patienten ist, wie bei dem Beispiel der Zuordnung knapper Intensivpflegebetten. In der Notaufnahme hat mittlerweile die Triage Einzug gehalten.

Problematisch wird es spätestens dann, wenn ökonomische Interessen (z. B. die des Klinikträgers, der Krankenkasse oder gar eigene) bevorzugt bedient werden. In die Zwickmühle kommen Ärzte tagtäglich, wenn Sie den Spagat zwischen dem Wunsch der Patienten nach einer **optimalen** gegenüber der Vorgabe des Gesetzes, nämlich der **ausreichenden** Versorgung bestehen müssen.

Hier sind der gesellschaftliche Diskurs und die Aufklärung gefragt. Die meisten Patienten sind der fälschlichen Auffassung (und sie werden durch die Aussagen der Politik darin bestärkt!), dass sie das Recht auf eine optimale Versorgung haben. Es darf nicht allein die Aufgabe des Arztes sein, hier für Aufklärung zu sorgen. Dass ärztlicher Sachverstand für den Aufbau einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung und für die Allokation knapper Ressourcen benötigt wird, bleibt davon unberührt.

Die ökonomischen Rahmenbedingungen, und zwar insbesondere die Abrechnungsmodalitäten, müssen so gestaltet werden, dass Interessenkonflikte - soweit möglich - strukturell vermieden werden. Insbesondere das DRG-System hat hier vollständig versagt, aber auch die privatärztliche Abrechnung ist unter diesem Aspekt zu hinterfragen.

Der Arzt ist sicher nicht schlecht beraten, wenn er sich im Zweifel an den ersten kategorischen Imperativ erinnert.

Übersicht Ethik-Modelle

- Gesinnungsethik (Kant): Kategorischer Imperativ
- Materiale Wertethik (Scheler): Werte-Hierarchie
- Verantwortungsethik (Jonas): Abwägung der späteren Konsequenzen
- Utilitarismus (Mill): Das größte Glück der größten Zahl
- Diskursethik (Habermas): Der zwanglose Zwang des besseren Arguments
- Gerechtigkeitsethik (Rawls): Schleier der Unwissenheit

1.3 Leitbild

Die allermeisten Kliniken haben mittlerweile ein Leitbild entwickelt und präsentieren dieses im Foyer oder auf der Webseite.

Leider treffen diese Leitbilder nur selten auf echtes Interesse bei den Zielgruppen, also in erster Linie den Patienten und den Mitarbeitern. Die Patienten, denen bei der Aufnahme ein großer Stapel von Formularen, Prospekten, Aufklärungsbögen und ähnliches in die Hand gedrückt wurde, lesen das Leitbild meist nicht durch, und wenn doch, dann können sie mit den in der Regel unspezifischen Formulierungen wenig anfangen. Die Mitarbeiter belächeln das Leitbild, denn sie wissen, dass die Wirklichkeit – leider – ganz anders ist.

Bevor Sie also uninteressiert weiterblättern, sollten Sie dennoch überlegen, ob ein gutes und vor allem ein auch gelebtes Leitbild nicht von großem Wert sein könnte.

Übersicht Leitbild

Welche Funktion hat ein **Leitbild** für eine Organisation (hier: die Klinik)? Es soll ...

- die Bedürfnisse der Partner (Patienten, Mitarbeiter, Bevölkerung usw.) würdigen
- die Werte und die Philosophie der Organisation abbilden
- dadurch die „corporate identity“ unterstützen
- die besonderen Kompetenzen der Organisation darstellen
- eine Art Grundgesetz bilden, das für alle Mitarbeiter, aber auch die Führung eine Verpflichtung darstellt und auf das Bezug genommen werden kann
- ein positives, aber realistisches Bild der Organisation zeichnen
- die Ziele intern und extern transparent machen

oder – kürzer gefasst – durch die Darstellung der Unternehmenskultur, -ziele und -philosophie den Rahmen für die Strategie des gesamten Unternehmens, aber auch für einzelne Verhaltensweisen bilden.

Daraus ergeben sich **Chancen** und **Risiken**.

Gelingt es, ein organisationspezifisches und wirklichkeitsnahes Leitbild zu entwickeln, dieses dann auch im Alltag zu kommunizieren und für Argumentationen zu verwenden, dann hat man die **Chance**, dass sich die dort formulierten Prinzipien auch verinnerlichen. Ist dann alles in sich stimmig und wird Verstößen gegen das Leitbild auch nachgegangen, dann stellt sich Glaubwürdigkeit und Respekt ein.

Anders als das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland wird ein Leitbild aber nie einklagbar sein, denn es ist keine Rechtsquelle im engeren Sinne. Das macht es verwundbar und besonders schutzbedürftig. Gerade Führungskräften sollte ein gelebtes und starkes Leitbild ein Anliegen sein. Sie sollten daher Verstöße rügen bzw. dem Leitbild entsprechende Vorgänge befördern und so das Leitbild tagtäglich kräftigen.

Wird das Leitbild vernachlässigt, verwirklicht sich das **Risiko**, dass es belächelt und ignoriert wird und in der Folge in der Versenkung verschwindet. Im schlimmsten Fall ist es sogar kontraproduktiv, dann nämlich, wenn es zu den wahren Zuständen völlig diskrepant ist und dies niemanden stört.

Die Formulierung des Leitbildes ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Die Erstellung sollte durch eine (kleine) Arbeitsgruppe erfolgen, die in Gesprächen mit der Führung, den wichtigsten Berufsgruppen, aber natürlich auch mit Patienten bzw. den Patientenvertretern die jeweiligen Bedürfnisse, Visionen usw. erfragt.

Daraus sind dann praxisnahe und griffige Formulierungen zu bilden. Diese dürfen weder staubig noch langweilig sein, aber auch nicht schwülstig oder zu euphemistisch. Es muss bedacht werden, dass die abstrakten Formulierungen auf konkrete Sachverhalte anwendbar sind, so dass beispielsweise ein Mitarbeiter wirksam mit Bezug auf das Leitbild gegen bestimmte Vorgehensweisen argumentieren kann.

Das Leitbild soll nicht nur den gegenwärtigen Zustand, sondern auch die Ziele und somit die erwünschte Zukunft darstellen. Alleinstellungsmerkmale der Klinik müssen hervorgehoben und das Zusammengehörigkeitsgefühl unterstützt werden.

Ist das Rohkonzept fertig, dann bedarf es der Überarbeitung durch ein professionelles Lektorat. Dadurch wird sichergestellt, dass die Sprache fehlerfrei ist und moderne Erkenntnisse bezüglich der Kommunikation einfließen.

Auch die graphische Darstellung bzw. Formatierung sollte durch eine professionelle Firma erfolgen. Die Wirkung erfolgt nämlich weniger durch die reine Sachaussage, sondern mehr auf anderen Ebenen, siehe hierzu auch Abschn. 2.3 (Kommunikation).

Liegt das Leitbild vor, muss es intern und extern kommuniziert werden. Steter Tropfen höhlt den Stein. Findet sich das Leitbild ansprechend gestaltet nicht nur im Foyer, sondern auch in jedem Patientenzimmer, in Gemeinschaftsräumen und in den meisten Prospekten, ist schon ein Fundament geschaffen.

Auf diesem können die Führungskräfte aufbauen, wenn sie in der Begründung für Maßnahmen, Veränderungen oder allgemeinen Verhaltensweisen auf das Leitbild Bezug nehmen. Sie müssen sich aber auch beim Wort nehmen lassen, dann nämlich, wenn das eigene Vorgehen möglicherweise nicht mit dem Leitbild übereinstimmt.

So kann es gelingen, dass das Leitbild keine Lachnummer, sondern ein weithin akzeptierter Rahmen für sämtliche Unternehmensaktivitäten ist und die Unternehmenskultur abbildet.

1.4 Der Patient steht im Mittelpunkt?

Im Vorwort wurde schon auf den Erfahrungsbericht der hochbetagten Patientin Frau Frisé hingewiesen. Allein mit der Darstellung dieses Einzelfalls wurde fast die gesamte Misere des Krankenhausbetriebs abgebildet, vor allem aber der wesentlichste Befund offenbart: Die eigentliche Hauptperson, der Patient, steht nicht mehr im Mittelpunkt.

Vielmehr sind die sonstigen Akteure in Kliniken im Wesentlichen mit sich selbst beschäftigt. In der aktuellen Politik ist ähnliches zu beobachten: Die Parteiprominenz sorgt sich vor allem um die Besetzung von Posten und widmet ihre Aufmerksamkeit den damit zusammenhängenden Ränkespielen. Die Belange der Wähler dürfen da nicht stören.

Den im Krankenhaus Aktiven sind sicher weniger Vorwürfe zu machen als den Politikern, denn sie sind gleich in **mehrere straffen Korsette** geschnürt:

Kein anderes Land arbeitet im stationären Sektor so kostengünstig wie Deutschland (Behar et al. 2018). Die Effizienzpotentiale der Kliniken sind also mittlerweile weitgehend gehoben. Dort, wo sie es noch nicht sind, liegt es eher an schlechter Führung als an unwilligem oder gar überflüssigem Personal. Der **Kostendruck** der nun unterfinanzierten Krankenhäuser hat vielfach dazu geführt, dass die Abläufe durch Unterbesetzung ineffizient und qualitativ schlecht werden.

Auf dem Arbeitsmarkt hat sich ein Fachkräftemangel sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich entwickelt. Dies verstärkt den schon aus finanziellen Gründen bestehenden **Personalmangel**.

Immer neue gesetzliche Vorschriften führen zu einer überbordenden Bürokratie in allen Bereichen. Komplizierte Vergütungsregularien (DRG-System), Qualitätssicherungsvorschriften, juristische Absicherung, Pflegedokumentation, standardisiertes Entlassungsmanagement und vieles mehr sind hier zu nennen. Im Ergebnis verbringt das medizinische Personal mehr Zeit mit **Dokumentation** als beim Patienten.

Die hohe **Arbeitsdichte**, die zunehmende Ineffizienz der Abläufe und die Transformation der Arbeit weg von medizinischen hin zu Dokumentationsaufgaben zermürbt das Personal. Obwohl im Laufschritt arbeitend, können viele Mitarbeiter ihr Arbeitspensum nicht mehr mit der gebotenen Sorgfalt erledigen und gehen abends bzw. nach Schichtende mit schlechtem Gewissen nach Hause.

Jeder ist also damit beschäftigt, irgendwie durch den Tag zu kommen und dabei unangreifbar zu bleiben. Denn viele fühlen sich bedroht: durch Juristen, Controller, Vorgesetzte und natürlich durch die Kollegen, die im gleichen Hamsterrad rennen.

Wie kann man jetzt noch erwarten, dass Fürsorge für den und Empathie mit dem Patienten im Vordergrund des Handels stehen? Dass der Patient im Mittelpunkt ist, seine Sorgen, Bedürfnisse und medizinischen Erfordernisse?

Dieses Buch beschäftigt sich nur mit *nicht*-medizinischen Themen. Verstehen Sie es trotzdem als Aufruf für eine menschlichere Medizin. Nutzen Sie allen Einfluss, den sie haben, um den Patienten wieder Hauptperson werden zu lassen. Ihre sorgfältige und verständnisvolle Visite ist wichtiger als die Baubesprechung, die MD-Begehung oder das QM-Audit. Lassen Sie sich nicht vereinnahmen und prüfen Sie sorgfältig Ihre Prioritäten. Auch als Führungskraft müssen Sie vor allem Arzt bleiben.

1.5 Ziele

„Nachdem wir das Ziel endgültig aus den Augen verloren hatten, verdoppelten wir unsere Anstrengungen.“ (Mark Twain)

Welche Ziele haben Sie? Haben Sie sich überhaupt schon über Ihre Ziele Gedanken gemacht? Wenn ja, wie haben Sie Ihre Ziele ermittelt? Gibt es Ziele, die Ihnen wichtiger sind?

Dies ist nur eine kleine Auswahl von Fragen, die Sie sich im Zusammenhang mit Zielen stellen sollten. Erst wenn Sie einigermaßen strukturiert Ihre Ziele ermittelt haben, lohnen sich auch die Anstrengungen, um sie zu erreichen. Wer ziellos ist, verzettelt sich und erreicht trotz großem Aufwand: Nichts.

Wer dagegen seine Ziele konsequent durchdacht hat, kann seinen Aufwand entsprechend konzentrieren, effizient arbeiten und seine Mitarbeiter führen.

Bevor Sie weiterlesen, nehmen Sie sich maximal 10 Minuten Zeit und notieren Sie sich, wann Sie das letzte Mal über Ihre Ziele nachgedacht haben. Vermerken Sie diese Ziele. Haben Sie konkrete Planungen unternommen, um die Ziele zu erreichen?

Vielleicht werden Sie festgestellt haben, dass Ihnen nur wenige Ziele einfallen, diese nicht mit konkreten Planungen verbunden sind und/oder dass Sie dieses Thema bisher noch nicht strukturiert analysiert haben. Damit gehören Sie zu der Mehrheit der Führungskräfte.

Nachfolgend finden Sie Vorschläge zu einer möglichen Vorgehensweise.

Der **erste Schritt** ist die **Findung** von Zielen, am besten mit Hilfe von Kreativitätstechniken. Gut einsetzbar ist das „Brainfloating“ in seinen Formen „Brainstorming“ (mündlich) oder „Brainwriting“ (schriftlich). Das Prinzip besteht darin, sämtliche Ideen ungefiltert zu äußern und zu dokumentieren. In diesem Stadium ist Kritik (noch) nicht erlaubt, damit keine Ideen unterdrückt werden. Das Brainfloating kann allein oder in einer Gruppe durchgeführt werden. Wollen Sie sich als Führungskraft über Ihre Ziele klarwerden, ist vielleicht das gemeinsame Brainfloating mit dem Ehepartner oder sehr guten Freunden hilfreich. Sinnvoll ist die Wiederholung nach einigen Tagen, um den Ideenschatz möglichst groß zu halten.

Im **zweiten Schritt ordnen** Sie die genannten Ziele. Dabei werden Redundanzen eliminiert und zusammengehörige Ziele in Gruppen zusammengefasst („geclustert“). Jetzt ist auch Kritik möglich. Unsinnige, ungewollte oder offensichtlich nicht erreichbare Ziele dürfen gestrichen werden. Zur Dokumentation bietet sich ein Mindmap an, alternativ ein Zettelkasten.

Eine weitergehende **Analyse** der Ziele findet im **dritten Schritt** statt. Ihre Ziele sollten nämlich bestimmte Qualitätsmerkmale aufweisen:

- Ziele sollten so konkret und **spezifisch** wie möglich formuliert sein.
- Ziele müssen **messbar**, also nicht nur in subjektiven Beschreibungen anzugeben sein.
- Ziele müssen **akzeptiert** werden. So ist die Empfehlung an den übergewichtigen Patienten, sein Gewicht zu halbieren, zwar konkret und messbar, wird aber kaum akzeptiert werden.

- Ziele müssen **realistisch** sein (siehe auch vorangegangenes Beispiel)
- Ziele müssen **terminierbar** sein, es muss also mit Angabe eines Datums festgelegt sein, wann das Ziel erreicht werden soll.

Aus den Anfangsbuchstaben der genannten Adjektive lässt sich das Akronym „SMART“ bilden.

Übersicht: Ziele sind SMART

Ziele sind

- **S**pezifisch
- **M**essbar
- **A**kzeptiert
- **R**ealistisch
- **T**erminierbar

Überprüfen Sie nun Ihre Ziele im Hinblick auf die genannten Kriterien. Dabei sollten Sie nicht zu streng sein, also keine wichtigen Ziele löschen, nur weil sie nicht alle Kriterien erfüllen.

Es folgt der **vierte Schritt: Die Priorisierung**. Es könnte nämlich sein, dass sich bestimmte Ziele gegenseitig ausschließen oder nicht gleichzeitig erreichbar sind. Dann müssen Sie festlegen, welche Ziele wichtiger sind.

Nun haben Sie schon eine sehr konkrete Aufstellung Ihrer Ziele, womit die Zielbildung abgeschlossen ist.

Zur weiteren Planung sollten Sie jetzt die erforderlichen Maßnahmen sowie die festgelegten Termine in Ihren Kalender einarbeiten.

To-do-Liste: Ziele		
Maßnahme	Termin	Folgetermin
Brainstorming		
Ziele ordnen		
Ziele analysieren		
Ziele priorisieren		
Arbeitskalender aktualisieren		

1.6 Leitende Ärzte und ihre Stakeholder

Ein Leitender Arzt, gebeten, ein Organigramm seiner Abteilung zu erstellen, wird meist die übliche Pyramide einer Einlinien-Organisation zeichnen, mit sich selbst an der Spitze.

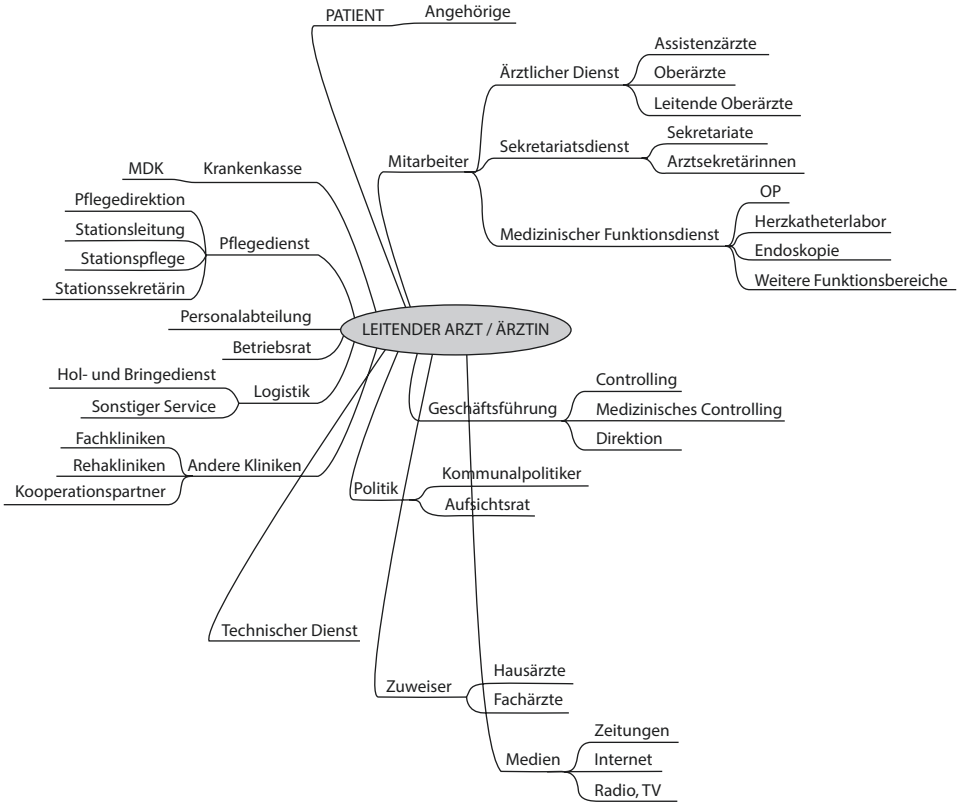


Abb. 1.1 Mindmap Stakeholder

Das sei ihm auch gegönnt, schließlich hat er sich diese Position durch jahrzehntelange Ausbildung und Arbeit verdient. Fehl ginge aber seine eventuelle Vermutung, nun müssten alle Beteiligten ihm zuarbeiten, er dagegen sei niemandem Rechenschaft schuldig. Tatsächlich ist es aber so, dass auch und gerade der Chefarzt Dienstleister für die meisten seiner Partner ist. Diese Partner werden in neudeutsch als „Stakeholder“ bezeichnet. Dieses Netzwerk lässt sich am besten mit einer „Mindmap“ darstellen (Abb. 1.1).

Betrachten wir zunächst den wichtigsten Stakeholder, den **Patienten**. Dieser steht bekanntlich immer im Mittelpunkt (böse Zungen behaupten, genau deshalb stünde er auch immer im Weg). Zwischen dem Patienten und dem Chefarzt besteht üblicherweise ein indirekter Vertrag über das Krankenhaus (Behandlungsvertrag), eventuell auch ein direkter Vertrag (Wahlleistungsvereinbarung). Juristisch gesehen handelt es sich um einen Dienstvertrag § 611 BGB bzw. Behandlungsvertrag § 630a BGB, durch den der Arzt zur Durchführung einer Leistung, nicht aber zwingend zum Erfolg verpflichtet wird (das wäre dann ein Werkvertrag § 631 BGB). Typischerweise haben beide Vertragspartner Nebenpflichten, z. B. die der adäquaten gegenseitigen Information. Somit werden beide zu Dienstleistern füreinander.

Dieses Prinzip der gegenseitigen Dienstleistung (althochdeutsch: *dionost*[®]) ist auf die meisten Beziehungen des Leitenden Arztes zu seinen Stakeholdern anzuwenden. Auch dem mindestens zwei Hierarchiestufen unter ihm stehenden Assistenzarzt gegenüber wird der Chefarzt selbst zum Dienstleister, nämlich dann, wenn er als Weiterbilder fungiert oder ein Zeugnis ausstellen muss.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist aber trotzdem ein besonderes. Gelegentlich, insbesondere in ökonomischen Zusammenhängen, wird letzterer als Kunde bezeichnet. Möglicherweise soll dadurch die ansonsten vermutete Unterlegenheit im Verhältnis zum Arzt egalisiert werden. Diese Betrachtungsweise lässt aber mehrere Aspekte außer Acht. Zunächst kann sich der Patient – z. B. in einer Zwangslage bei einer akuten Erkrankung oder Verletzung – nicht immer (wie in einer Marktwirtschaft üblich) seinen Vertragspartner oder den Ort und Umfang der Leistungserbringung aussuchen. Er bleibt auch sonst de facto dem Arzt in mancher Hinsicht unterlegen; so hat dieser beispielsweise einen erheblichen Informationsvorsprung gegenüber dem Patienten. Am wichtigsten aber erscheint mir, dass der Arzt gegenüber dem Patienten eine besondere ethische Verpflichtung hat, denn dieser vertraut ihm sein wertvollstes Gut an, seine Gesundheit nämlich, bzw. sogar sein Leben. Diese Verpflichtung des Arztes privilegiert den Patienten gegenüber dem bloßen Kunden. Seine (nicht nur vertragsgemäßen) Kundenrechte seien ihm natürlich trotzdem zugestanden. Dazu gehören – und das wird im Krankenhaus gelegentlich vergessen – die Höflichkeit im Umgang, die Schaffung einer Atmosphäre der Begegnung auf Augenhöhe usw.

Der Leitende Arzt hat noch viele weitere Stakeholder. Bei den Mitarbeitern handelt es sich neben den **Kollegen des ärztlichen Dienstes** auch um das **Sekretariatspersonal**, den **Medizinisch-Technischen Dienst** und natürlich das **Pflegepersonal**, das, auch wenn es ihm meist nicht direkt unterstellt ist, den größten Teil des Behandlungsteams darstellt.

Der adäquate Umgang mit Kollegen und Mitarbeitern, auch und gerade anderer Berufsgruppen, ist nicht nur ein wesentliches Führungswerkzeug, sondern sollte in einer zivilisierten Kultur selbstverständlich sein. In der nach wie vor stark hierarchisch geprägten Krankenhausstruktur ist aber Überheblichkeit oder gar Arroganz trotzdem immer noch anzutreffen. Eine souveräne Führungskraft hat das nicht nötig. Mehr dazu im Abschn. 1.10 (Führungsinstrumente).

In der **Klinikleitung** (Geschäftsführung/Direktion) hat der Leitende Arzt seinen nächsten wichtigen Stakeholder. Das Verhältnis wird dann am besten sein, wenn beide die gleiche Sprache sprechen, wenn also ärztlicherseits ein betriebswirtschaftliches und auf der Seite der Administration ein medizinisches Verständnis besteht. Auch hier findet sich das Prinzip der gegenseitigen Dienstleistung wieder.

Leider gern, aber fälschlicherweise vernachlässigt werden der **Betriebsrat** und die **Technische Leitung**. Der Betriebsrat gewinnt spätestens dann an Bedeutung, wenn er bezüglich Veränderungsprozessen Mitspracherechte hat. Eine Führungskraft, die sich auch als loyaler Fürsprecher für seine Mitarbeiter sieht, wird aber schon früher den Kontakt zum Betriebsrat gesucht haben. Auch die Technische Leitung wird nicht erst bei Problemen (z. B. bei dem Ausfall eines wichtigen Gerätes) zum wichtigen Partner. Ein Kran-

kenhaus ist technisch hochkomplex. Die kooperative Planung neuer Anlagen ist von größter Bedeutung, um Fehlinvestitionen zu vermeiden.

Der Interaktion mit Geschäftsführung, Pflegedirektion, Betriebsrat und Technischer Leitung sind eigene Abschn. (1.8 bzw. 1.9) gewidmet.

Die Liste der Stakeholder ist noch viel länger:

Oftmals, insbesondere in kritischen Erkrankungsfällen, sind die **Angehörigen** der Patienten mit ins Boot zu holen. Eine rechtzeitige Einbindung kann späteren Vorwürfen vorbeugen. Vieles wird in der Kommunikation mit dem Patienten einfacher und entspannter, wenn sich alle drei Seiten einig sind und gut informiert führen. Auch hier gilt: Gegenseitige Dienstleistung, wenngleich in etwas übertragenem Sinn.

Geeignetes Personal zu finden und zu halten ist mit die wichtigste Aufgabe eines Chefs. Entsprechend ist also ein intensiver Kontakt zur **Personalabteilung** aufzubauen. Im Abschn. 4.3 wird auf die verschiedenen Möglichkeiten der Organisationsstruktur von Personalabteilungen ausführlich eingegangen. Die engste Zusammenarbeit ist im sogenannten partizipativen Modell vorgesehen.

Es können hier nur einige Krankenhausstrukturen aufgezählt werden. Nicht unerwähnt bleiben darf aber die interne **Logistik** bzw. der „Hol- und Bringedienst“. Oft beschimpft, weil die Patienten natürlich immer zu spät kommen, sind die Mitarbeiter aber meist unschuldig. Wertschätzung für diese Abteilung ist lohnend, denn die meisten Abläufe in der Fachabteilung sind von einem funktionierenden Patiententransfer abhängig. Dies wird spätestens dann erkannt, wenn ein defekter Aufzug den OP-Plan durcheinanderwirbelt.

Weitere Stakeholder finden sich außerhalb der Klinik. Die **Zuweiser** sollen eben nicht nur zuweisen, sondern auch nachbehandeln. Eine entsprechende Kommunikation – via Telefon, Arztbrief oder Fortbildungsveranstaltung – ist wertvoll und sogar juristisch vorgeschrieben. Der in fast allen Krankenhäusern ungeliebte und daher sträflich vernachlässigte Arztbrief ist darüber hinaus ein wichtiges Führungsinstrument; doch dazu später mehr (Abschn. 6.6).

Kontakte zu pflegen sind weiterhin mit **anderen Kliniken**, damit Verlegungen von Patienten reibungslos funktionieren. Weitere Kooperationen vielfältigster Art sind möglich: Gemeinsam durchgeführte Eingriffe, Hospitationen, Personalaustausch, Lehre, Veröffentlichungen, medizinische Studien und vieles mehr. Wer muss hier innovativ denken, Fantasie beweisen und die Initiative ergreifen: Natürlich die leitenden Ärzte.

Auf die Bedeutung der **Krankenkassen** bzw. des **MD** wurde schon hingewiesen. Trotz in der Regel divergierender Interessen ist eine kooperative Zusammenarbeit frei von (negativen) Emotionen meist möglich. Jedenfalls kann ich mich an viele MD-Begehungen in bester, sogar fröhlicher Arbeitsatmosphäre erinnern. Manchmal bedurfte es aber auch eines etwas pointierteren Austausches der Meinungen.

Auch die **Medien** spielen eine wichtige Rolle: Positiv dann, wenn erfreuliche Nachrichten zu verkünden sind (hier gilt der bewährte Merksatz: Tue Gutes und rede darüber), negativ dann, wenn etwas schiefgelaufen ist. Hier ist eine professionelle Kommunikation besonders wichtig. Schön, wenn schon vorher entsprechende Kanäle bestanden, so dass einer überflüssigen Kakophonie vorgebeugt werden kann (Abschn. 2.13).

Last not least ist die **Politik** zu nennen. Gerade bei kommunalen Häusern bilden die Kommunalpolitiker den Aufsichtsrat der Klinik bzw. des Konzerns. Entsprechend notwendig ist die Einbindung der maßgeblichen Personen bei wichtigen Entscheidungen oder Vorgängen.

Dies war nun also eine lange Aufzählung der Stakeholder. Der Leitende Arzt mag zwar an der Spitze der Einlinien-Organisation seiner Abteilung stehen; im Kontext seiner gesamten Partner steht er aber in der Mitte. Die Verbindungen sind keine Einbahnstraßen, sondern beruhen auf gegenseitigem Geben und Nehmen.

Weder die textliche Auflistung noch die Abbildung erheben Anspruch auf Vollständigkeit. Insbesondere in großen Häusern oder Universitätskliniken können noch viele Stakeholder hinzukommen.

Deutlich wird, dass der Chefarzt nicht einfach nur der Chef der nachgeordneten Ärzte ist („Einlinien-System“), sondern dass er in der Mitte eines Netzwerks steht. Dieses bedarf der ständigen Pflege durch **Gespräche**, Einbindung in Vorgänge, Empathie, Unterstützung usw. Werden diese Führungsaufgaben oder auch nur ein Teil davon vernachlässigt, kann das gravierende Folgen haben.

Aus dem Gesagten ergeben sich für Sie eine Reihe von Aufgaben, dargestellt in der folgenden To-do-Liste. Solche Listen werden Sie wiederholt in diesem Buch finden. Wollten Sie alle sorgfältig abarbeiten, wäre das zeitlich kaum zu leisten. Sie sollten die Aufstellungen daher für Ihren Zweck modifizieren, vor allem aber überlegen, welche Tätigkeiten Sie delegieren könnten (mehr dazu in Abschn. 1.17 und 4.15).

To-do-Liste: Stakeholder		
Gesprächstermin vereinbaren mit	Termin	Folgetermin
Ärztliche Mitarbeiter		
Betriebsrat		
Geschäftsführung		
Kommunalpolitik		
Leitung Funktionsdienste		
Leitung kooperierender Kliniken		
Leitung Logistik		
Personalleitung		
Pflegedirektion		
Sekretariatsdienst		
Stationsleitungen		
Technischer Dienst		
Vorsitz Ärztlicher Kreisverband		
usw.		

Die Gespräche können zunächst dem allgemeinen Austausch dienen, andererseits aber auch konkrete Ziele haben. Grundsätzlich sollten Sie dabei nicht nur Ihre eigenen Wünsche und Anliegen vorbringen, sondern auch die der Gesprächspartner erfragen oder anti-

zipieren. Dadurch signalisieren Sie Wertschätzung und Empathie. Sie erhalten wichtige Informationen und erreichen, dass die Termine gerne wahrgenommen werden.

Die Gesprächsatmosphäre sollte entspannt sein; ein Getränkeangebot ist selbstverständlich. Machen Sie sich Notizen, die Sie im Anschluss diktieren. Vereinbaren Sie mit Ihrer Sekretärin, dass diese Aufzeichnungen elektronisch geordnet abgelegt werden. Vor dem nächsten Gespräch sichten Sie diese Dokumentation, so dass Sie auf frühere Absprachen Bezug nehmen können. Dies betrifft auch und vor allem Zusagen, die Sie selbst gegeben haben. Ergeben sich aus der Besprechung Aufgaben, die von Ihnen zu erledigen sind, so müssen diese in Ihren Arbeitsplan eingetaktet werden. Aufgaben der Gegenseite sind ebenso stringent im Auge zu behalten.

Ergänzend zu Ihren Notizen sind wichtige Gespräche bzw. Ergebnisse zu protokollieren, wobei der/die Gesprächspartner die Möglichkeit haben müssen, das Protokoll zu bestätigen. Dies soll kein Zeichen des Misstrauens sein, sondern nur Missverständnissen vorbeugen. Es hat sich bewährt, das Protokoll als E-Mail zu gestalten: „Herzlichen Dank für unser nettes Gespräch heute, bei dem wir Folgendes vereinbart haben: ... Sollte ich etwas missverstanden haben, bitte ich um eine Klarstellung. ...“

Ganz schlecht wäre es, wenn – und so passiert das leider oft genug – gegenseitige Zusagen im Sande verlaufen. Dies wäre sogar kontraproduktiv, denn Sie würden rasch in den Ruf kommen, dass Ihre gut gemeinten Gespräche sinnlos und daher Zeitvergeudung sind. Vergessen Sie bitte nicht, dass Sie als Führungskraft unter besonderer Beobachtung stehen. Das ist für Sie Chance und Risiko zugleich.

Sollte aus der Auflistung der Gesprächspartner der Eindruck entstehen, dass nur mit Abteilungsleitern oder sonstigen Führungsmitarbeitern gesprochen werden sollte, dann ist das nicht richtig – im Gegenteil. Gerade auch die Kommunikation mit nachgeordneten Mitarbeitern ergibt Aufschlüsse über die Probleme im Tagesgeschäft. Ganz mutige (und souveräne!) Chef- oder Oberärzte arbeiten auch mal hier und da eine Schicht im Pflegedienst mit. Abgesehen davon, dass sie hierdurch Wertschätzung demonstrieren, erreichen sie einen Ansehensgewinn und erfahren ganz viel über ihre Abteilung oder ihr Krankenhaus.

1.7 Stakeholder: Patient

Der wichtigste Stakeholder ist der Patient. Seine Anliegen müssten daher im Vordergrund stehen. Dass das leider nicht immer so ist, wurde in Abschn. 1.4 schon besprochen. Auch auf die besondere Beziehung zwischen Arzt und Patient wurde schon in Abschn. 1.6 eingegangen.

Hier sollen jetzt die besonderen Bedürfnisse des Patienten angesprochen werden. Seine individuellen Wünsche sind im Rahmen der Evidenzbasierten Medizin (EBM, siehe Abschn. 1.13) zu berücksichtigen. Sie zu erforschen und zu kennen, ist die leider oft vergessene primäre Aufgabe der Ärzte.

Sehr lehrreich ist ein Rollentausch, wenn also erfahrene Klinikärzte plötzlich zum Patienten im Krankenhaus werden. Die Sichtweise wird sich schlagartig ändern. Die Visite,

in der Rolle als Arzt gerne vernachlässigt, wird nun als Patient als wichtigstes Tagesgeschehen erlebt.

Das ist so, weil die Visite zumindest zweierlei bietet (siehe auch Abschn. 5.4): Erstens Informationen jeglicher Art und zweitens die Möglichkeit, sich selbst zu offenbaren und damit Einfluss auf das Geschehen zu nehmen.

Dabei sind die Patienten unterschiedlich: Manche sind sehr wissbegierig, andere desinteressiert. Einige indolent, andere wehleidig. Wir treffen intelligente und belebete Individuen, aber auch auf Menschen mit begrenztem intellektuellem Hintergrund. Laut Wikipedia sind in Deutschland 4 % der Erwachsenen totale und 14 % funktionelle Analphabeten. Wer häufig Aufklärungsgespräche mithilfe der vorgedruckten Bögen führt, kann das bestätigen.

Leitlinien können daher dem individuellen Patienten nicht gerecht werden. Wer nur die Stenose im Herzkranzgefäß oder das schwer arthrotische Hüftgelenk sieht und daraus eine standardisierte Konsequenz zieht, springt zu kurz. Das Vorgehen wird bei dem 40-Jährigen anders sein als bei dem 90-Jährigen. Aber auch bei zwei 40-Jährigen muss die Situation bezogen auf die jeweilige Person bewertet werden, denn der Leistungssportler hat andere Bedürfnisse als der Bürokaufmann. Hinzu kommen familiäre, kulturelle, weltanschauliche, religiöse und viele andere Aspekte.

Vom Arzt wird viel verlangt: Er muss alle Aspekte erfragen, empathisch sein und dabei eigene Vorlieben, vor allem aber fremde (z. B. ökonomische) Interessen zurückstellen. Auch Verständnis für das Empfinden des jeweiligen Patienten muss er mitbringen, selbst dann, wenn er ihn für wehleidig, pedantisch, aufdringlich, unsympathisch oder – salopp gesagt – nervig hält. Der souverän kommunizierende Arzt kann damit umgehen und jedem gerecht werden. Mitleid im Wortsinne darf er aber nicht haben. Mit jedem Patienten zu leiden, das kann man nicht aushalten. Verständnis haben und das Leid lindern kann und muss man aber schon.

All dies müssen Sie nicht nur selbst beherzigen, sondern als Leitender Arzt als grundsätzlichen Stil, als Kultur im Umgang mit dem Menschen auch Ihren Mitarbeitern auferlegen. Dass das nur geht, wenn Sie dabei Vorbild sind, versteht sich.

Ein hilfreiches Werkzeug sind Evaluationen. Hierfür gibt es mittlerweile kommerziell angebotene Lösungen jeglichen Umfangs. In den meisten Kliniken sind Nachbefragungen mittlerweile etabliert. Die Frage ist aber, ob die Ergebnisse transparent kommuniziert, zur Kenntnis genommen und vor allem, ob auch Konsequenzen daraus gezogen werden.

Empfehlenswert ist es daher, dreigleisig zu fahren:

1. Nutzen Sie die offiziellen **Evaluationen** Ihrer Klinik. Mindestens einmal pro Quartal sollten Sie (und Ihre Abteilung) sich die Ergebnisse präsentieren lassen. Interpretieren Sie die Daten sorgfältig.
2. Lassen Sie **Internet-Portale** auswerten. Hier kursieren oft völlig ungefiltert böswillige und zum Teil aggressive Äußerungen. Leider ist es so, dass sich die große Menge der zufriedenen Patienten nicht äußert, wohl aber der einzelne unzufriedene. Vielleicht fin-