

Mit Change-Management die Ärzte ins Boot holen



In der heutigen Zeit des Umbruchs in der Gesundheitswirtschaft sind Krankenhausmanager vielfältigen Herausforderungen ausgesetzt. Die komplexen Umgestaltungsprozesse können schließlich nur erfolgreich sein, wenn der Brückenschlag zwischen betriebswirtschaftlicher Denkweise und ärztlichem Verhalten gelingt. Der folgende Artikel zeigt auf, welche Folgen daraus für die ärztlichen Führungskräfte resultieren und wie Führungskräfte im Klinikmanagement diesen Konflikten und Problemen mit Change-Management begegnen können.

Analytik und Fingerspitzengefühl entscheiden

■ C. Schmitz, F. Grupe

Neustrukturierungen, Prozessoptimierung, neue medizinische Leistungsportfolios, die sinnvolle Verknüpfung ambulanter und stationärer Leistungen: Mit Anforderungen wie diesen sehen sich Krankenhausmanager gegenwärtig und künftig konfrontiert. Das erfolgreiche Management interner Veränderungsprozesse in Kongruenz zu nachfrageorientierten Leistungsangeboten wird somit entscheidend sein. Hierfür muss das Management bei schwierigerer wirtschaftlicher Lage und stetig sinkender Halbwertszeit fachspezifischer Kenntnisse die fachlichen Anforderungen der Unternehmensführung erfüllen. Zum anderen muss es die Mitarbeiter in die Veränderungsprozesse einbeziehen und für die Umgestaltungen gewinnen. Dazu sollten Führungskräfte einige „Soft-Skills“ aufweisen. Zu den wichtigsten zählen:

- ein systematischer und strukturierter Arbeitsstil,
- Einsatzfreude und Belastbarkeit,
- überzeugende Kommunikationsfähigkeit mit Präsentationssicherheit,
- Durchsetzungsfähigkeit und Flexibilität beim Überwinden von Widerständen,
- Loyalität, Integrität und Korrektheit,

- vernetztes und interdisziplinäres Handeln,
- die Fähigkeit, sich ein hohes persönliches Standing im Innen- und Außenverhältnis zu erarbeiten,
- Teamfähigkeit mit sozialer Kompetenz und emotionaler Intelligenz,
- die Fähigkeit, mit unterschiedlichen Mentalitäten und Persönlichkeitsstrukturen souverän umzugehen sowie
- Motivations- und Begeisterungsfähigkeit insbesondere gegenüber dem medizinischen Personal beim Beschreiten neuer Wege und Konzepte.

Diese Eigenschaften spielen bei der Kommunikation mit den ärztlichen Führungskräften, insbesondere mit den Chefarzten und Ordinarien, eine besondere Rolle.

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: Neben den internen Veränderungsprozessen steigen die Ansprüche der Patienten. Ausschlaggebend sind hierfür die zunehmende Alterung der Bevölkerung und deren Sensibilisierung für Gesundheitsthemen wie Prävention oder betriebliche Gesundheitsfürsorge. Bei den jüngeren Patienten ist vor allem das Interesse an Lifestyle-Medizin und Wellness ungebrochen. Dies lässt die Nachfrage nach Gesundheitsdienst-

leistungen und -produkten stetig wachsen. Außerdem hat sich damit das Selbstverständnis der Patienten deutlich verändert: vom Bittsteller, der froh war, eine Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen zu dürfen, zum selbstbewussten Nachfrager anspruchsvoller Dienstleistung.

Leitende Ärzte werden Teil einer vielschichtigen Organisation

Dieser Wandel wirkt gravierend auf die Organisation und die Abläufe in Krankenhäusern. Der Patient erwartet heute vor allem auch kurze Wartezeiten und ein Personal mit Dienstleistungsmentalität wie im Hotelgewerbe – beides sind mittlerweile entscheidende Faktoren für die Wettbewerbsfähigkeit. Dazu sind ein geordnetes Patientenmanagement, standardisierte Patientenzugänge und eine konstant hohe Qualität ärztlich-pflegerischer Leistungen erforderlich. Dies wiederum verlangt, eine hochkomplexe Prozesskette optimal zu steuern um unabhängig von Personen ein reproduzierbares qualitativ hohes Ergebnis zu erzielen. Leitende Ärzte werden damit Teil einer vielschichtigen Organisation mit klar definierten Aufgaben und einem vorgegebenen Zeitpunkt, bis wann diese zu erfüllen sind. Von ärztlichen Leitungen veranlasste, nicht abgesprochene Leistungsänderungen oder das spontane Umsetzen von Ärzten in andere Funktionsbereiche gehören damit der Vergangenheit an. Spontanes Handeln muss einer intensiveren Abstimmung mit dem Management und den anderen Leistungserbringern weichen.

Viele Chefärzte und Ordinarien fühlen sich durch die vermeintliche Dominanz der Betriebswirtschaft über die Medizin in ihrer ärztlichen Freiheit und Selbstbestimmung häufig eingeschränkt und in ein „Korsett“ gebunden, in dem medizinische Entscheidungen maßgeblich den administrativen Vorgaben folgen. Um dies zu verhindern, muss das Klinikmanagement leitende Ärzte in

den Veränderungsprozess – wie bei der Einführung von standardisierten Abläufen und Verhaltensregeln – aktiv einbeziehen und dabei vermitteln, dass die neue Organisationsstruktur ihre Kernkompetenz nicht in Frage stellt. Der Respekt des Managements vor der fachlichen Leistung des ärztlichen Leiters, der als „Zugpferd“ die Anziehungskraft der Klinik entscheidend bestimmt, darf dabei nicht in Frage gestellt werden. Für den Erfolg ist deshalb auch das „Fingerspitzengefühl“ des Managements maßgebend. Entscheidend ist, dass die ökonomisch wichtigen Bereiche zuerst untersucht werden, ansonsten könnte der gesamte Veränderungsprozess schon zu einem frühen Zeitpunkt durch emotionale Blockaden der leitenden Ärzte unnötig erschwert oder verhindert werden. Besonders sensible Bereiche wie Privatambulanzen sollten deshalb erst eingebunden werden, wenn ausreichend Vertrauen entstanden ist.

Entscheiden auf einer Augenhöhe

Die veränderte Organisationsstruktur wirkt sich ebenfalls auf die Art der Zusammenarbeit der Mitarbeiter im Krankenhaus aus. Seit einigen Jahren ist ein Trend zu mehr Interdisziplinarität zwischen den medizinischen Fächern sowie den weiteren im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen erkennbar. Die Folge ist ein anderes Rollenbild des ärztlichen Dienstes und das Aufbrechen tradierter Strukturen. Statt berufsgruppenzentrierter Optimierung sind heute Teamplaying und Ressourcenteilung gefordert. Dies bedeutet, dass im Rahmen der strukturierten Behandlungspfade alle Beteiligten auf einer Augenhöhe entscheiden und sich untereinander abstimmen, wie es zum Beispiel das Primary-Nurse-Konzept von Arzt und Pflegekraft bei einem koordinierten Entlassungsmanagement vorsieht. Das parallele Vorhalten von Infrastrukturreourcen wie PC-Arbeitsplätze oder Behandlungs- und Pausenräu-

me je Berufsgruppe weicht einer funktionsorientierten Zuordnung des Bedarfs.

Der Einsatz neuer Berufsgruppen beeinflusst zusätzlich das gewohnte Mit- und Nebeneinander. Ursprünglich Ärzten zugeordnete Tätigkeiten wie EKG, Blutabnahme oder Ultraschall werden zunehmend von speziell geschultem Pflegepersonal übernommen. Service- oder Hotelfachkräfte leisten bereits heute vielfach einst pflegerische Arbeiten im Housekeeping, Roomservice und im Rezeptionsbereich. Neben diesen Veränderungen vernetzen sich zunehmend die medizinischen Fachdisziplinen. Gemeinsam genutzte OP-Säle, Behandlungseinheiten, Medizingeräte oder Sekretariats- und Schreibkräfte erfordern ein hohes Maß an Koordination und das sorgfältige Abstimmen der Behandlungsabläufe der Abteilungen.

Der Manager als Motor und Moderator

Diese Veränderungen bedeuten eine Abkehr von gewohnten Strukturen und Verhaltensregeln vor allem im ärztlichen Bereich. Das bekannte „Terrain“ weicht zugunsten neuer Arbeits- und Behandlungsmuster. Dies erzeugt bei vielen ärztlichen Leitern, die gewohnt sind, alle Bereiche selbst zu kontrollieren, ein Gefühl der Unsicherheit und der Abwehr. Der Manager muss deshalb als Motor des Wandels die Veränderungsprozesse lenken und dabei gleichzeitig als Moderator zwischen den Berufsgruppen das Miteinander entwickeln. Er darf die Beteiligten nicht überfordern, indem er zu viele Neuerungen zeitgleich anstößt. Außerdem sind sämtliche Umstellungen im Vorfeld sorgfältig zu erklären und anschließend in ihrer Auswirkung zu evaluieren.

Die Neuverteilung der Aufgaben bietet für alle Berufsgruppen die Chance, zu tun, was sie am besten beherrschen. Für den ärztlichen Dienst bedeutet dies, sich auf die Kernkompetenzen ärztlich-medizini-

schen Handelns zu konzentrieren. Dabei können lästig empfundene Aufgaben wie beispielsweise das Verschlüsseln von Diagnosen an spezialisierte und kostengünstigere Berufsgruppen übergeben werden, damit mehr Zeit für die Patientenversorgung bleibt. Abgesehen von der erforderlichen Kommunikation verlangen solche Änderungen auch, dass das Ergebnis medizinischen Handelns anhand von Casemix, Fallzahl oder Erlös je Fachrichtung in den Vordergrund gerückt wird. Der Chefarzt wird zum Leiter einer „virtuellen Klinik“, die aus dem interdisziplinären Zusammenspiel der verschiedenen Mitarbeitergruppen besteht. Durch Leistungstransparenz und Wettbewerb getragen, können so einseitige Ressourcenforderungen durch Chefärzte in eine objektive Bedarfsanalyse gelenkt werden.

Unternehmensübergreifende Arbeitsteilung

Neben der Veränderung und Öffnung nach innen ist ein weiterer Trend in der Kliniklandschaft zu erkennen: die Öffnung nach außen. Dieser Trend beschreibt die Vernetzung von Anbietern im Gesundheitswesen über Kooperationen mit dem Ziel einer besseren Wettbewerbssituation. Je nach Integrationstiefe kommt es dabei zu einem Austausch von Leistungen und Leistungsbereichen, deren Palette sich von konsiliari-schen Diensten bis zur Verlagerung von Funktionsbereichen spannen kann. Grundlegendes Merkmal ist dabei, dass sich jeder auf seine spezifischen Stärken und Leistungsschwerpunkte konzentriert und damit Kosten- und Leistungssynergien erzielt. Die unternehmensübergreifende Form arbeitsteiliger Organisation wird durch Vertragsformen wie der Integrierten Versorgung forciert. Diese formelle und auf Dauer angelegte Zusammenarbeit geht weit über das Maß der informellen Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Leitern der Kliniken hinaus, wie sie von jeher bekannt war. Sie

strukturiert und bahnt die Leistungsentwicklung maßgeblich. Für das Management einer Klinik ist es dabei wichtig, Partnerschaften und Kooperationen gemeinsam mit dem ärztlichen Leiter strategisch zu planen und umzusetzen. Hierzu bieten sich Instrumente wie die Portfolioanalyse an, um die Entwicklung eines medizinischen Leistungs-bereichs zu konzipieren. Auf diese Weise kann auch ermittelt werden, in welchen Bereichen Investitions- oder Desinvestitionsstrategien sinnvoll sind.

Um mit regelmäßigen Ziel- und Leistungsvereinbarungen ein optimales Ergebnis zu erreichen, sind die ärztlichen Leiter jedoch auch in die für sie häufig noch ungewohnte Methodik und Denkweise abstrakter Strategieinstrumente einzuführen, denn die Validität der Modelle beruht entscheidend auf dem medizinischen Input der ärztlichen Fachexperten. Auf dieser Grundlage sind die persönlichen Beziehungen und die nicht messbare Einschätzung erfahrener Chefärzte bei der Entscheidungsfindung angemessen zu berücksichtigen. Sie sind häufig von unschätzbarem Wert in der Beurteilung medizinischer Entwicklungen oder potenzieller Kooperationen und Partnerschaften. Erst die Mischung aus sachlich-analytischem Instrument des Klinikmanagements und dem persönlichen Erfahrungswissen leitender Mediziner führt zu einer optimalen Entscheidung.

Perspektiven eröffnen

In den letzten Jahren hat sich unter den ärztlichen Mitarbeitern ein Wandel der Einstellungen vollzogen. Während früher viele Ärzte die harte Zeit der Facharztausbildung im Krankenhaus klaglos absolvierten, stehen heute viele junge Mediziner dem von hoher Arbeitsbelastung und strenger Hierarchie geprägten System kritisch gegenüber. Begleitet durch eine geringere Zahl an Berufsanfängern haben sich die Ansprüche junger Ärzte an die Organisations- und Führungsstruktur der Kliniken

gravierend gewandelt. Die Aufgabe des Managements ist es daher, zusammen mit den ärztlichen Leitungen moderne und transparente Dienstmodelle und Vergütungsstrukturen zu entwickeln. Dazu gehören planbare Arbeitszeiten vor allem für Assistenzärzte, eine adäquate Entlohnung der Leistungsträger in Form von außertariflichen Verträgen und angemessener Beteiligung an der Privatliquidation. Dabei kommt es vor allem darauf an, den Ärzten Perspektiven in der Klinik zu eröffnen. Voraussetzung hierfür sind klare Entwicklungswege für die Schwerpunkte Klinische Tätigkeit, Forschungstätigkeit, Lehre oder Administration. Häufig verfügen Chefärzte jedoch nicht über ausreichende Führungskompetenz für die Entwicklung und Führung der Mitarbeiter. Deshalb ist es erforderlich, dass sich das Management bemüht, Konflikte frühzeitig zu erkennen und zu entschärfen. Geeignete Maßnahmen wie Coaching können Schwächen der Chefärzte bei der Personalführung bessern. Damit solche Maßnahmen von leitenden Klinikärzten angenommen werden, ist höchste Sensibilität erforderlich, die es den Leitungskräften ermöglicht, ihr „Gesicht“ zu wahren. Um eine Eskalation zu vermeiden, erweist sich hierbei der externe Berater häufig als hilfreich. Der Manager sollte gegenüber dem leitenden Arzt stets ein Partner sein, der Medizin und Ökonomie nicht als Konflikt, sondern als notwendige Ergänzung vermittelt. Je mehr es dem Management gelingt, in einer Atmosphäre des Vertrauens den emotionalen „Schulterschluss“ mit den Chefärzten zu finden, umso größer sind die Chancen eines erfolgreichen Change-Managements und damit der Erfolg der Klinik.

Anschriften der Verfasser:

Christoph Schmitz
Kaufmännische Zentrumsleitung
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Fritz Grupe
Partner
GEMINI Executive Search GmbH
Berliner Tor Center
Beim Strohhause 27
20097 Hamburg