BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

BDC|UMFRAGEN 22.04.2020

BDC|Umfrage: Die Zusammenarbeit zwischen leitenden ChirurgInnen und Klinik-Geschäftsleitungen



Ergebnisse der BDC|Umfrage 2018/2019 im Vergleich zu 2011/2012

Nach wie vor ist die Ökonomisierung in deutschen Krankenhäusern ein wichtiger Faktor für die Kommunikation zwischen ChefärztInnen und GeschäftsführerInnen. Der wirtschaftliche Druck bestimmt das Arbeitsklima – nicht nur innerhalb der chirurgischen Abteilungen.

Die Zusammenarbeit von leitenden ÄrztInnen mit der Klinikgeschäftsführung ist allerdings entscheidend für den Erfolg des Unternehmens Krankenhaus. Aus den Berichten vieler Kolleginnen und Kollegen sowie der im Jahr 2011/2012 durchgeführten BDC|Umfrage zum gleichen Thema wird klar, dass gerade an dieser Schnittstelle immer noch erhebliche Reibungsverluste auftreten und Ressourcen nicht zielführend zum Einsatz kommen. Die Daten der aktuellen Umfrage geben Aufschluss darüber, wie sich die Zusammenarbeit im Laufe der letzten sieben Jahre verändert hat.

Methodik und Basisdaten

Grundlage stellte ein strukturierter Online-Fragebogen mit insgesamt 89 Detailfragen und drei zentralen Themenbereichen dar. Beide Umfragen waren inhaltlich identisch.

Die Grundlagen:

- Prolog Krankenhausstatistik
- Prolog Fragen zur Person
- Themenbereich 1: Organisation des Gesprächsrahmens zwischen ärztlichen Führungskräften und Managern
- Themenbereich 2: Fragen zum Arbeitsalltag mit der Geschäftsführung
- Themenbereich 3: Typische Konflikte und Konfliktmanagement

2018/2019 waren insgesamt 546 Beantwortungen eingegangen. Im Vergleich zur Umfrage 2011/2012 (649 Beantwortungen) sind das 103 Teilnehmer weniger.

Altersstruktur und Geschlecht

Die Anzahl der weiblichen Teilnehmer ist um mehr als das Doppelte von 4,23 % in 2011/2012 auf 11,05 % in 2018 gestiegen (Abb. 1).

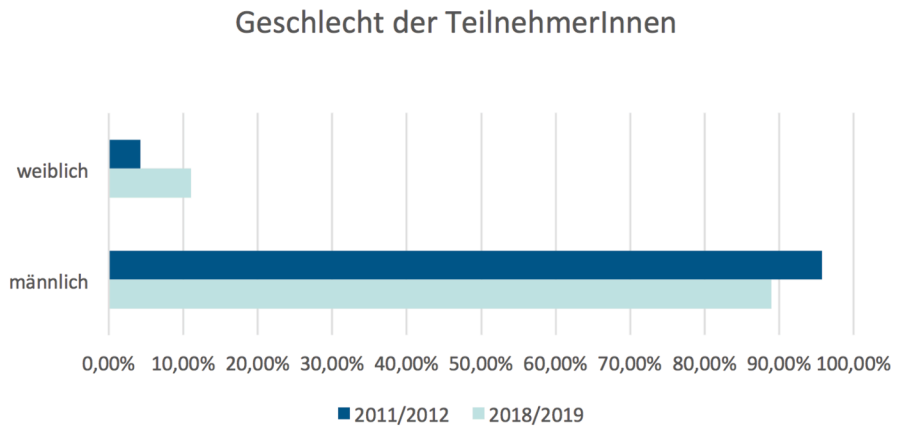


Abb. 1: Anteil der männlichen und weiblichen TeilnehmerInnen im Vergleich 2011/2012 und 2018/2019

In Abbildung 2 wird die Altersstruktur der Befragten dargestellt. Der Anteil an TeilnehmerInnen zwischen 45 bis 50 Jahren ist von 29,02 % auf 14,9 % in den Jahren 2018/2019 gefallen. Hingegen hat sich der Anteil der 56- bis 60-jährigen von 19,34 % auf 32,45 % erhöht. Insgesamt ist der Altersdurchschnitt des Gesamtkollektivs gestiegen.

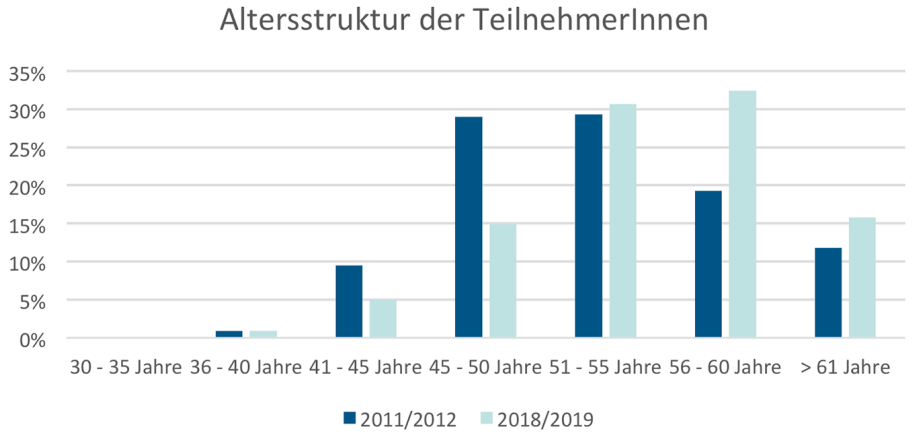


Abb. 2: Altersstruktur 2011/2012 und 2018/2019 im Vergleich. Das Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen an der Umfrage ist gestiegen.

Berufliche Position und Erfolgskomponente

83 % der Befragten waren zum Erhebungszeitpunkt ChefärztIn oder Ordinarius/Ordinaria – 2011/2012 waren es 89 %. Zusätzlich haben 26 (2011/2012: 44) Ärztliche DirektorInnen – das entspricht 5 % versus 7 % in 2011/2012 – und 61 (12 %) sonstige ÄrztInnen (darunter 39 ltd. OberärztInnen) teilgenommen. Die Anzahl der leitenden OberärztInnen unter den Teilnehmern ist im Vergleich zur Befragung in 2011/2012 von 1 % auf 7 % gestiegen.

27 % der Befragten hatten Dienst-/Arbeitsverträge mit Fixgehalt ohne Erfolgskomponente. 48 % besaßen einen vertraglichen Bonus zwischen 1 bis 20 %, 25 % der Befragten konnten zusätzlich eine Variable von mehr als 21 % des Fixgehalts realisieren. Im Vergleich zur Erhebung in 2011/2012 liegt die größte Veränderung bei der Anzahl der ÄrztInnen mit Fixgehalt und Erfolgskomponente von 0-10 % der Grundvergütung: In 2018 waren es 29 % und 2011/2012 18 %. Die Anzahl der TeilnehmerInnen mit einer Grundvergütung und hoher Erfolgskomponente (> 21 % der Grundvergütung) ist dagegen gefallen: In 2018 waren es 25 % im Vergleich zu 36 % in 2011/2012 (Abb. 3).

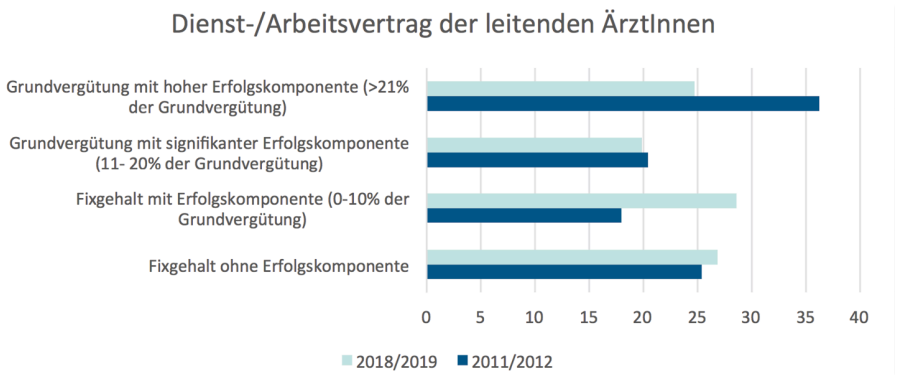


Abb. 3: Bei den Angaben zum Dienst- bzw. Arztvertrag lagen die größten Veränderungen im Vergleich zur Umfrage in 2011/2012 beim Fixgehalt mit Erfolgskomponente (0-10 % der Grundvergütung) und Grundvergütung mit hoher Erfolgskomponente (>21 % der Grundvergütung).

Angaben zur Abteilung und zum Krankenhaus

Die Befragten vertreten mit ihren Abteilungen die folgenden chirurgischen Schwerpunkte (Mehrfach-Nennungen waren möglich, n = 1.011):

- Allgemeinchirurgie: 48,80 %
- Viszeralchirurgie: 47,32 %
- Orthopädie u. Unfallchirurgie: 33,09 %
- Gefäßchirurgie: 24,21 %
- Thoraxchirurgie: 12,75 %
- Plastische u. Ästhetische Chirurgie: 4,81 %
- Kinderchirurgie: 4,62 %
- Herzchirurgie: 1,66 %
- Sonstiges: 9,61 %

Abteilungen mit allgemeinchirurgischen und viszeralchirurgischen Schwerpunkten (520) stellten zusammen mit Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie (179) insgesamt 69 % der benannten Spezialisierungen. In 2011/2012 umfasste die Gruppe der TeilnehmerInnen dieser Fachbereiche 84 %.

Auf die Frage nach dem Krankenhaus-Betreiber antworteten 34 % (181) der befragten ÄrztInnen, dass sie in Kliniken öffentlicher Trägerschaft arbeiten. Dieses Ergebnis liegt ein Prozentpunkt unter dem Ergebnis aus 2011/2012. 40 % (216) der TeilnehmerInnen gaben an, bei einem frei-gemeinnützigen Arbeitgeber angestellt zu sein, 24 % (130) sind in Kliniken mit privater oder sonstiger Trägerschaft tätig. Bei der Umfrage aus 2011/2012 waren die Ergebnisse ähnlich: frei-gemeinnützige Träger lagen bei 44 % und private/sonstige Träger bei 22 % der Befragten.

Bei den Angaben zu den Abteilungsgrößen der Umfrage-TeilnehmerInnen zeigten sich in der aktuellen Studie Abweichungen zur Erhebung 2011/2012: 2018/2019 stieg die Anzahl kleinerer Abteilungen deutlich (< 20 Betten: 6 % in 2011/2012, 14 % in 2018/19; 21-40 Betten: 37 % in 2011/2012, 49 %) (Abb. 4).

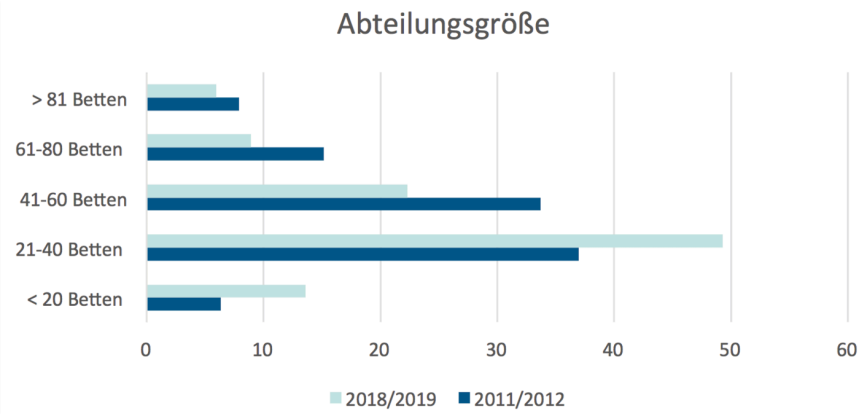


Abb. 4: Angaben zur Abteilungsgröße

Die Angaben zur Krankenhausgröße insgesamt haben sich allerdings nicht signifikant verändert.

Wichtige Ergebnisse – Themenbereich 1

Organisation des Gesprächsrahmens zwischen ärztlichen Führungskräften und Managern

Wie auch schon bei der ersten Umfrage im Jahr 2011/2012 wurde dieser Themenblock entworfen, um die Struktur der Gespräche zwischen GeschäftsführerInnen und leitenden ÄrztInnen einzuschätzen. Die Organisation dieser Treffen war ebenfalls ein wichtiger Schwerpunkt der Befragung.

- Was sind die typischen Anlässe für Gespräche zwischen leitenden ÄrztInnen und KrankenhausmanagerInnen?
- Wie erfolgt die Einladung zum gemeinsamen Meeting?
- Wie lange vorher wird zur Besprechung durch die Geschäftsleitung eingeladen?
- Wie vollständig ist die Vorabinformation zur Besprechungsagenda?
- Wie ist die typische Gesprächssituation (TeilnehmerInnen)?

Gesprächsanlässe

In der Verteilung der Anlässe im Vergleich beider Befragungen zeigt sich auffällig, dass sowohl GeschäftsführerInnen als auch ÄrztInnen weniger häufig spontan Gründe zu einem Gespräch miteinander sehen. Häufigste Anlässe sind nach wie vor Einzelthemen und Personalgespräche. Bei der aktuellen Umfrage haben dies insgesamt 67 % bzw. 39 % der TeilnehmerInnen angegeben (2011/2012: 66 % bzw. 32 %). Meetings im Rahmen von Gremienarbeiten wurden ebenfalls weniger genannt: Waren dies 2011/2012 insgesamt 67 % der Antworten, sind es in der Umfrage aus 2018/2019 nur noch 38 % (Abb. 5).

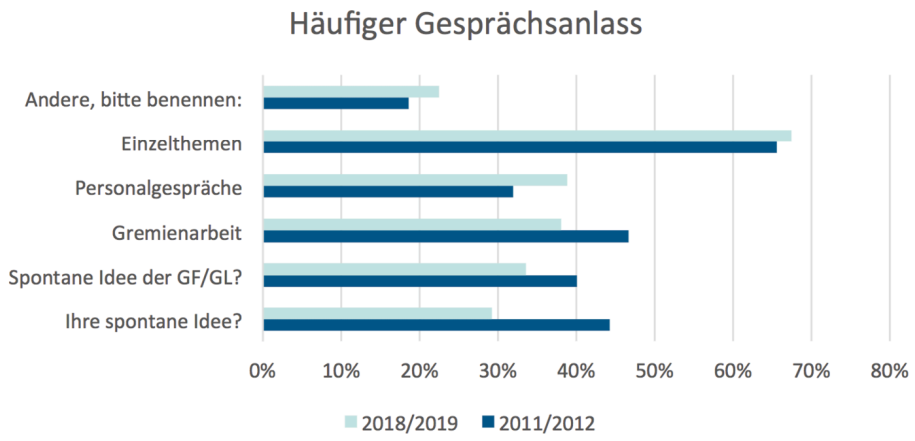


Abb. 5: Häufige Gesprächsanlässe, Mehrfachnennung möglich

Form der Einladung

In 71 % aller Nennungen in 2018/2019 wurde eine schriftliche Einladung zur Besprechung zugesandt (2011/2012: 66 %), 29 % aller Invitationen erfolgten mündlich oder nicht-schriftlich (2011/2012: 34 %). Bei mehr als der Hälfte aller Gesprächseinladungen erging diese ohne schriftliche Tagesordnung. Dieser Anteil stieg im Vergleich zu 2011/2012 weiter an: von 58 % auf 62 %. Die Verfügbarkeit verbindlicher, weil schriftlich fixierter Vorabinformationen für die Ärzteseite, lag damit auch im zeitlichen Verlauf von sieben Jahren weiterhin deutlich unter 50 % (Abb. 6)!

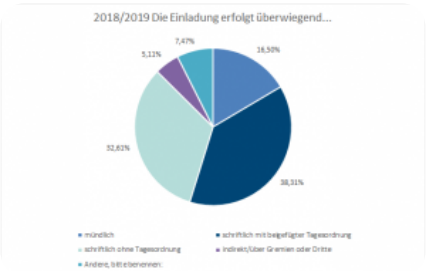


Abb. 6: 2018/2019: Auf diese Art und Weise wurden ÄrztInnen zum Gesprächstermin gebeten.

Vorabinformation zur Besprechungsagenda

In einer Zusatzfrage wurde deshalb das Thema der Vorabinformation des/der ärztliche/n Gesprächspartners/-in vertiefend beleuchtet (Abb. 7): In 19 % aller Fälle erging das Einladungsschreiben mit vollständiger Tagesordnung und allen Tischvorlagen. Das sind nochmals 3 % weniger als 2011/2012. Somit entstehen nach wie vor erhebliche asymmetrische Informationsstände.



Abb. 7: 2018/2019 Inhalte der Besprechungsagenda

Zeitlicher Vorlauf zur Besprechung

Beim zeitlichen Vorlauf zu den Gesprächen hat sich etwas verändert: Im Vergleich zur letzten Umfrage sind langfristige bzw. Routinetermine in der Jahresplanung fast um das Doppelte gestiegen. 2011/2012 gaben 9 % der Teilnehmer an, Treffen langfristig planen zu können, 2018/2019 waren es hingegen 17 %. Ungefähr die Hälfte der Verabredungen erfolgt nach wie vor mit einem zeitlichen Vorlauf von bis zu einer Woche.

Die langfristige Planung von Terminen oder Routineterminen sind generell positiv zu werten, da sich sowohl GeschäftsführerInnen als auch ÄrztInnen dadurch vorbereitet auf Augenhöhe begegnen können.

Typische Gesprächsgruppen-Situation

Dass ein großer Teil der Gespräche als Vier-Augen-Gespräch durchgeführt werden, hat sich auch in der aktuellen Umfrage nicht geändert. Allerdings ist der Anteil der Beantwortungen zu dieser Frage von 37 % (2011/2012) auf 45 % (2018/2019) gestiegen. Demnach ist der Anteil der Unterredungen mit mehr als zwei Personen gesunken: in 50 % aller Gespräche sind mehr als zwei Personen anwesend, als Klein- oder multiprofessionelle Gruppen.

Wichtige Ergebnisse – Themenbereich 2

Fragen zum Arbeitsalltag ärztlicher Führungskräfte

Ziel der Datenerhebung in dieser Themengruppe war es herauszufinden, wie strukturiert die betriebliche Zusammenarbeit zwischen leitenden ÄrztInnen und der Krankenhaus-Geschäftsleitung im Alltag organisiert ist:

- In welchem Rahmen arbeiten leitende ÄrztInnen überwiegend mit der Geschäftsführung/Geschäftsleitung zusammen?
- Was sind die typischen Themen der Zusammenarbeit?
- Wie schätzen ärztliche Führungskräfte die routinemäßige Umsetzung der praktischen Betriebssteuerung/Controlling ein?

Hintergrundthese ist die Annahme, dass sich eine effiziente und partnerschaftlich orientierte Zusammenarbeit ärztlicher und kaufmännischer Führungskräfte in Form und Inhalt auf alle wichtigen betrieblichen Fragestellungen beziehen muss. Die gemeinsam vereinbarten Ziele und Vorgehensweisen sollten wirksam und nachhaltig umgesetzt werden.

Rahmen der Zusammenarbeit zwischen leitenden ÄrztInnen und der Geschäftsführung

Die TeilnehmerInnen wurden in der Befragung aufgefordert, die Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Kommunikationswege einzuschätzen. Der typische Rahmen der Zusammenarbeit ist in dem nachfolgenden Diagramm (Abb. 8) dargestellt und hat sich im Vergleich zur Umfrage aus 2011/2012 nur um wenige Prozentpunkte verändert: Sehr häufig oder häufig treffen sich die Führungskräfte bei Gremienbesprechungen (64 %), tauschen E-Mails (64 %) aus oder sprechen persönlich miteinander (55 %). Die größte Veränderung der beiden Umfragen bezüglich des Rahmens der Zusammenarbeit ist beim Verfassen von Briefen zu beobachten: Der Anteil derer, die sehr häufig/häufig den Briefverkehr nutzen, ist von 11 % auf 4 % gesunken. Diese Entwicklung entspricht dem Trend der Digitalisierung.

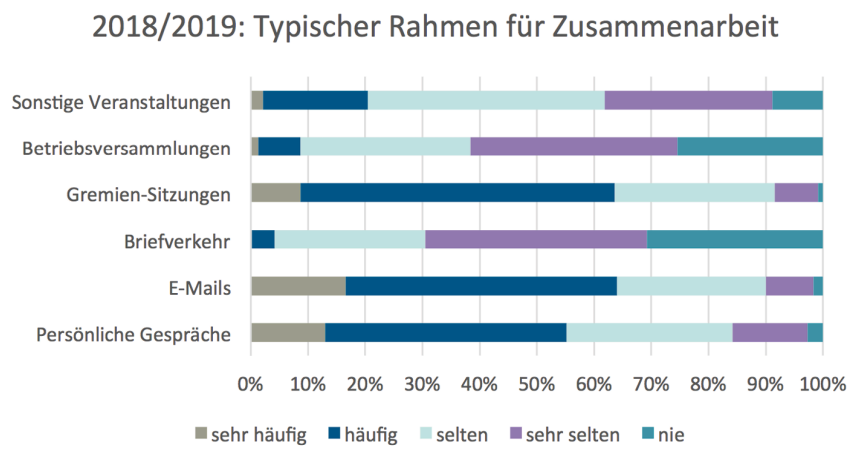


Abb. 8: 2018/2019: „In welchem typischen Rahmen arbeiten Sie überwiegend mit der Geschäftsführung/Geschäftsleitung zusammen?"

Was sind die typischen Themen der Zusammenarbeit?

Die typischen Themen der Zusammenarbeit zwischen leitenden ÄrztInnen und kaufmännischen Führungskräften sind in Abbildung 9 dargestellt:

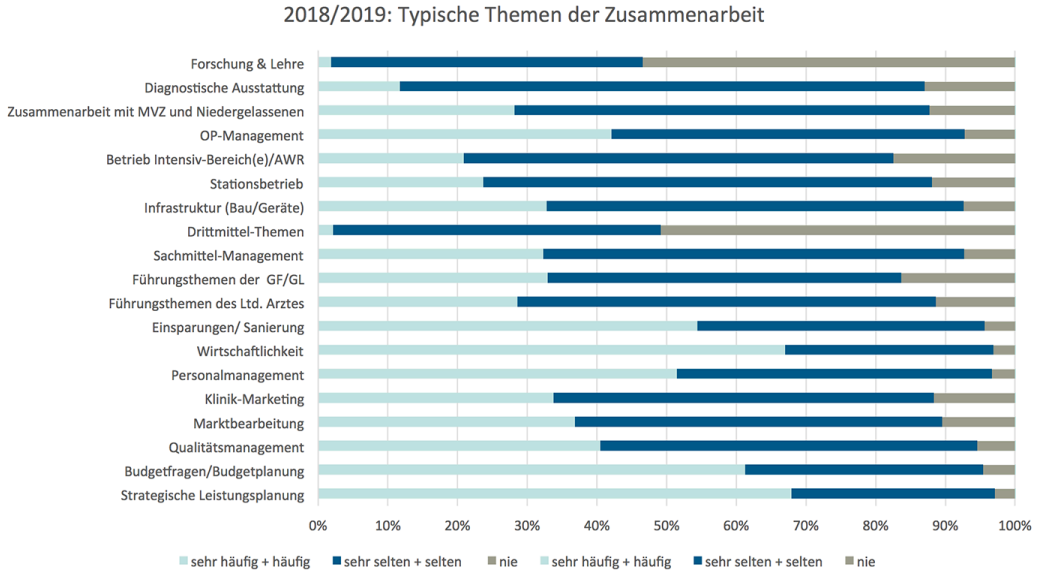


Abb. 9: 2018/2019: Häufigkeit der besprochenen Themen während der Treffen von GeschäftsführerInnen und leitenden ÄrztInnen

Wie bei der ersten Umfrage fällt auf, dass sich häufigkeitsbezogen drei große Themenblöcke ergeben. In den folgenden Tabellen sind die einzelnen Angaben aus den jeweiligen Schwerpunkten aufgeschlüsselt und im Vergleich zur ersten Erhebung dargestellt. Die Ergebnisse von mehr als der Hälfte der Einzelthemen haben sich in der neuesten Umfrage um maximal drei Prozentpunkte nur marginal geändert. Die meisten Inhalte sind in ihrer Häufigkeit gleichgeblieben (v. a. im Geld-Finanzen-Block, Tab. 1). Bei fünf Themen war die Änderung zwischen beiden Umfragen relevant größer bzw. kleiner. Die deutlichsten Abweichungen sind im Betrieb-Block zu beobachten (Tab. 2).

Tab. 1: Der „Geld-Finanzen-Block" mit den sehr häufigen oder häufigen gemeinsamen Themen

	2011/2012	2018/2019

Strategische Leistungsplanung	70 %	68 %
Wirtschaftlichkeit	66 %	67 %
Budgetfragen/Budgetplanung	62 %	61 %
Einsparungen/Sanierung	57 %	54 %
Personalmanagement	48 %	51 %

Tab. 2: Der „Betrieb-Block“ mit den seltenen oder sehr seltenen gemeinsamen Themen

	2011/2012	**2018/2019**
OP-Management	43 %	42 %
Qualitätsmanagement	42 %	40 %
Klinik-Marketing	40 %	34 %
Marktbearbeitung	38 %	37 %
Sachmittel-Management	38 %	32 %
Infrastruktur (Bau/Geräte)	34 %	33 %
Zusammenarbeit mit MVZ und Niedergelassenen	30 %	28 %
Führungsthemen der Geschäftsführung/Geschäftsleitung	24 %	29 %
Führungsthemen leitender ÄrztInnen	22 %	33 %
Diagnostische Ausstattung	22 %	12 %
Stationsbetrieb	19 %	24 %
Betrieb Intensiv-Bereich(e)/Aufwachräume	17 %	21 %

Klinik-Marketing, Sachmittel-Management und Diagnostische Ausstattung sind Themen, die im Vergleich häufiger besprochen werden. In Anbetracht der vielerorts manifesten Unterfinanzierung der Krankenhäuser sind diese Ergebnisse plausibel. Dafür treten Führungsthemen und klinische Betriebsabläufe in den Hintergrund.

Drittmittel, Forschung und Lehre stellen in beiden Umfragezeiträumen seltene Gesprächsinhalte dar (Tab. 3). Es bleibt anzumerken, dass die Angaben der 33 beteiligten Unikliniken in der aktuellen Gesamtstichprobe der Erhebung wiederum – statistisch bedingt – unterrepräsentiert sind.

Tab. 3: Der **„Wissen-Block“** mit den laut Erhebung **so gut wie nie** besprochenen gemeinsamen Themen

	2011/2012	**2018/2019**
Drittmittel-Themen	3 %	2 %
Forschung und Lehre	2 %	2 %

Wie schätzen ärztliche Führungskräfte die routinemäßige Umsetzung der praktischen Betriebssteuerung/Controlling ein?

Damit leitende ÄrztInnen in einem arbeitsteilig angelegten Managementprozess ihren Steuerungsbeitrag zum Gesamtunternehmen einbringen können, ist es unverzichtbar, diese Personengruppe hierfür auch situationsbezogen und „Werkzeug-bezogen“ in die Lage zu versetzen. Die in dieser Frage betrachteten Sachverhalte wurden deshalb vor dem Hintergrund der Annahme nachgefragt, dass vor allem fünf wesentliche Managementbereiche wichtige Schnittstellen bzw. Vorbedingungen einer konstruktiven und effizienten Zusammenarbeit zwischen leitenden ChirurgInnen und kaufmännischen Führungskräften darstellen sollten:

1. Erfolgsfaktor Information: Wird den leitenden ÄrztInnen ein strukturiertes monatliches Reporting von der Geschäftsführung/Geschäftsleitung bereitgestellt?
2. Erfolgsfaktor Projektmanagement: Werden für gemeinsame Themen (verantwortungsadressierend) sogenannte Themen-Verantwortliche benannt?
3. Erfolgsfaktor Transparenz I: Haben die ärztlichen Führungskräfte eine klinische Kostentransparenz für ihre Fachabteilung?
4. Erfolgsfaktor Transparenz II: Gibt es eine Datentransparenz Top-Down (ChefärztIn -> AssistenzärztIn) in der Fachabteilung?
5. Erfolgsfaktor Steuerung vor Ort: Werden den leitenden ÄrztInnen Steuerungstools zur Verfügung gestellt?

Das Befragungsergebnis hierzu ist in Abbildung 10 dargestellt.

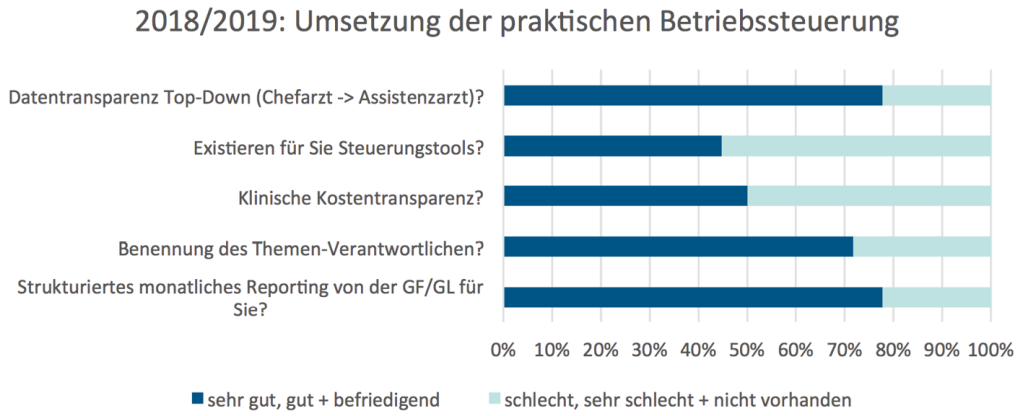


Abb. 10: 2018/2019: Praktische Betriebssteuerung/Controlling: Wie schätzen Sie die routinemäßige Umsetzung in Ihrem Haus ein?

Das für leitende ChirurgInnen unerfreuliche Befragungsergebnis hat sich im Vergleich noch verschärft:

- Beim Thema Klinische Kostentransparenz empfinden mittlerweile 50 % der Befragten die Situation als „schlecht/sehr schlecht" oder sagen schlichtweg: Nicht vorhanden! Bei der Umfrage im Jahr 2011/2012 waren es „nur" 41 %.
- Bei der Frage nach existierenden Steuerungsinstrumenten, also letztlich nach den entscheidenden Hebeln ärztlichen Ressourcenmanagements, gaben im Vergleich sogar 55 % (2011/2012: 49 %) der Befragten an, dass diese „schlecht/sehr schlecht" oder „nicht vorhanden" seien.

Wichtige Ergebnisse – Themenbereich 3

Typische Konflikte und Konfliktmanagement

Dass die berufliche Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen sehr unterschiedlicher professioneller Konditionierung nicht immer konfliktfrei sein kann, ist offensichtlich. Deshalb wurde in dieser Erhebung auch danach gefragt, was besonders stört in der Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung/Geschäftsführung des Hauses:

- Themenkreis „(persönliche) Beziehungsebene"
- Themenkreis „Managementrahmen als ÄrztIn"
- Themenkreis „Erlebte problematische Wirkungen"

Für alle drei Fragestellungen wurde eine vertiefende Auswertung der Befragungsergebnisse durchgeführt.

Themenkreis „(persönliche) Beziehungsebene"

Abbildung 11 fasst die Antworten zusammen. Auffällig zur letzten Befragung ist, dass der hohe Anteil des häufigen Anstoßnehmens leitender ÄrztInnen am persönlichen Benehmen der kaufmännischen Führungskräfte aktuell von 41 % auf 28 % gesunken ist. Verspürte Wertschätzungsdefizite und stattfindende Dominanz- statt Sachkonflikte sind hingegen in der Häufigkeit gestiegen: Wertschätzungsdefizite von 35 % auf 39 % und Angaben zu Dominanz von 32 % auf 36 %.

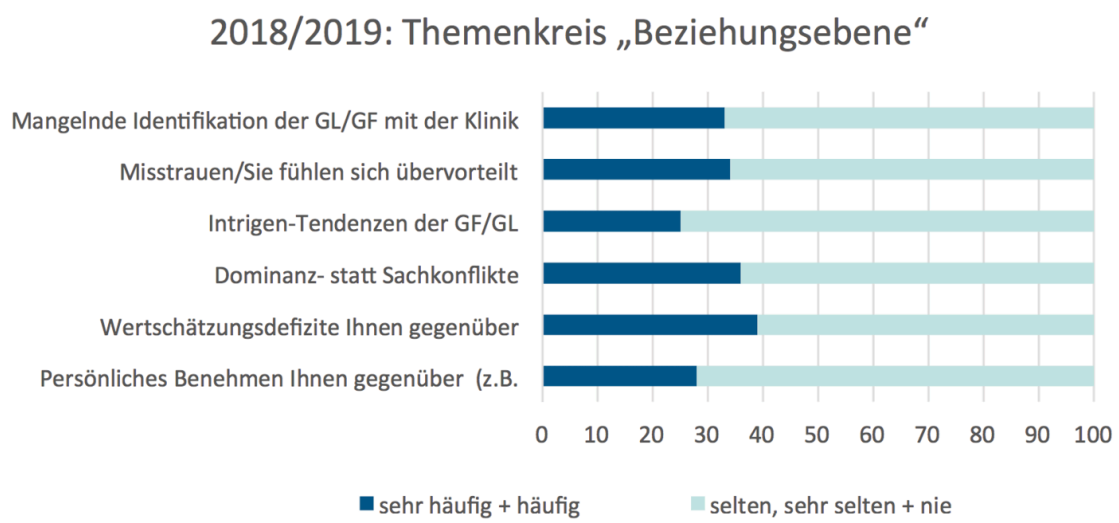


Abb. 11: 2018/2019 Themenkreis „Beziehungsebene"

Themenkreis „Managementrahmen als Arzt"

Abbildung 12 fasst die Befragungsantworten zusammen. Faktoren für den absehbaren Misserfolg ärztlicher Managementbemühungen (Tab. 4) wurden auch in der aktuellen Umfrage mit relevanten Anteilen als „sehr häufig" bzw. „häufig" angegeben und sind größtenteils im zeitlichen Verlauf sogar noch angestiegen. Besonders bemerkenswert ist das weit verbreitete Gefühl des „Verantwortlichseins ohne Aktionsmöglichkeit" (67%)!

Tab. 4: Faktoren für den absehbaren Misserfolg ärztlicher Managementbemühungen

	2011/2012	2018/2019
Verantwortlich-sein ohne Aktionsmöglichkeit	61 %	67 %
Fehlende Datentransparenz für Sie (ltd. Ärztinnen)	49 %	55 %
Fehlende Informationen von der GF/GL	47 %	51 %
Zeitdruck bei der Entscheidungsvorbereitung	47 %	42 %
Unklares Leitbild der Zusammenarbeit ltd. Arzt/Ärztin/GL	43 %	46 %
Unklare persönliche Werthaltungen der GL/GF	40 %	43 %
Die egozentrische Selbstdarstellung	31 %	34 %

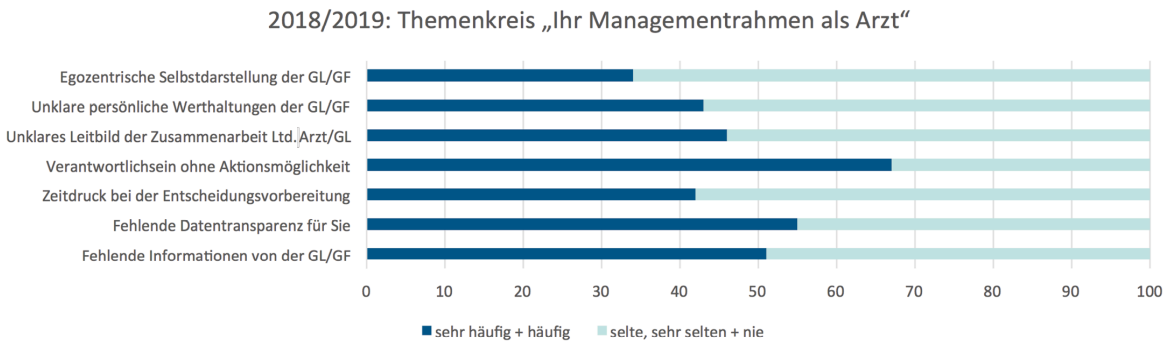


Abb. 12: 2018/2019 Themenkreis „Ihr Managementrahmen als Arzt/Ärztin“

Themenkreis „Erlebte problematische Wirkungen“

Abbildung 13 betrachtet die konkreten Eindrücke und Auswirkungen der optimierungsfähigen Management-Schnittstelle zwischen ärztlichen Führungskräften und Krankenhausmanagern:

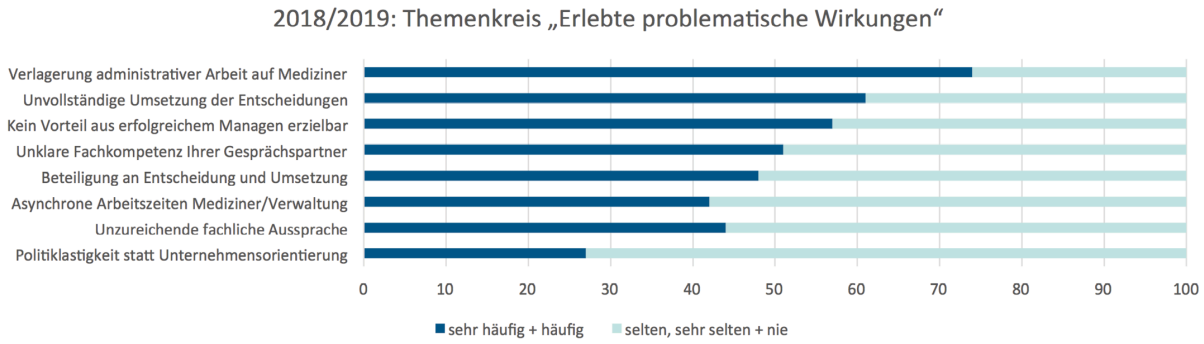


Abb. 13: 2018/2019 Welche problematischen Wirkungen erleben Sie?

Die hier signifikant mit „sehr häufig“ oder „häufig“ ausgeprägten Befragungsergebnisse sind ein klarer Katalog derjenigen Sachverhalte und Situationen, die einen wirksamen Managementbeitrag Leitender ChirurgInnen zum Gesamterfolg des Krankenhauses nach wie vor massiv behindern. Auch bei dieser Frage hat die Häufigkeit bei sechs von acht den klinischen Alltag prägenden Themen zugenommen.

Zusammenfassung

Das Interesse an dem Thema „Zusammenarbeit ChefärztInnen und Geschäftsführung“ ist nach wie vor groß.

Geschlecht, Altersstruktur, Einkommen und Klinikstruktur

Die deutlich höhere Beteiligung von weiblichen Chefärzten in der aktuellen Umfrage spiegelt den zunehmenden Anteil an Frauen in der Chirurgie wider. Der Anstieg des Altersdurchschnitts aller Befragten entspricht dem zu erwartenden demographischen Wandel. Der variable Part des ärztlichen Einkommens ist innerhalb der letzten Jahre nachweisbar kleiner geworden, gleichbedeutend mit einem verlässlicheren Gehalt für unseren Berufsstand. Leistungsbezogene Boni stellen per se einen legitimen Anreiz dar. Auch die jüngste Umfrage ist in Hinblick auf strukturelle Klinikdaten als repräsentativ anzusehen. Flächendeckend hat die Größe der einzelnen chirurgischen Fachabteilungen faktisch abgenommen.

Organisation des Gesprächsrahmens

Bezüglich der Organisation des Gesprächsrahmens zwischen ärztlichen Führungskräften und GeschäftsführerInnen besteht nach wie vor Verbesserungspotential. Lediglich der zeitliche Vorlauf für vereinbarte Treffen hat sich im Laufe der Jahre nachweisbar verbessert. Fundierte und zielführende Gespräche sind nur durch die adäquate Vorbereitung aller Beteiligten möglich. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist eine ehrliche Fakten- und Datentransparenz des Arbeitgebers.

Themen der Zusammenarbeit

Nach wie vor sprechen Geschäftsführungen mit leitenden ÄrztInnen vor allem über Geld und Wirtschaftlichkeit. Betriebliche Strukturen und Abläufe der einzelnen chirurgischen Fachabteilungen treten oft in den Hintergrund, über Themen wie „Drittmittel“ sowie „Forschung & Lehre“ wird aus Sicht der Gesamterhebung so gut wie nie kommuniziert. Insbesondere die Aspekte des „Betrieb-Blocks“ bergen Ressourcen und Potentiale für die Steigerung von Effizienz und Erlösen im Krankenhaus. Hier ist ein intensiverer kooperativer Austausch zwischen Ökonomie und chirurgischer Zunft dringend erforderlich. Die Stärken der operativen Führungskräfte werden nicht in ausreichendem Maß genutzt.

Tab. 5: Prägende Themen, die den Erfolg behindern

	2011/2012	2018/2019
Verlagerung administrativer Arbeit auf Mediziner	68 %	74 %
Unvollständige Umsetzung der Entscheidungen	55 %	61 %
Kein Vorteil aus erfolgreichem Managen erzielbar	48 %	57 %
Unklare Fachkompetenz Ihrer Gesprächspartner	46 %	51 %
Beteiligung an Entscheidung und Umsetzung?	45 %	48 %
Asynchrone Arbeitszeiten Mediziner/Verwaltung	43 %	42 %
Unzureichende fachliche Aussprache	41 %	44 %
Politiklastigkeit statt Unternehmensorientierung	29 %	27 %

Kostentransparenz

Die Hälfte aller chirurgischen ChefärztInnen beklagt eine unzureichende klinische Kostentransparenz. Das ist ein eindeutiger Appell an die Geschäftsführungen. Es stellt für das Medizincontrolling des Krankenhauses eine leicht lösbare Aufgabe dar, diese Informationsdefizite der ÄrztInnen auszugleichen. Kenntnis der Kosten ist eine der wichtigsten Anforderungen, um operativ tätige Führungskräfte in die Lage zu versetzen, tatsächlich in der Klinik betriebspraktisch steuern zu können.

Wirtschaftliche Steuerungsinstrumente der ärztlichen Führungskräfte

Anders verhält es sich aus Sicht der Autoren mit den existierenden Steuerungsinstrumenten. Hier liegen Lösungen nicht so offenkundig auf der Hand. Die Erlösmargen im stationären Bereich sind bei Deutschlandweit rückläufigen Fallzahlen limitiert. Die Ambulantisierung der Chirurgie schreitet entsprechend ausländischer Vorbilder stetig voran. Es wird in Zukunft eine sinnvolle und qualitativ hochwertige Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors in Deutschland praktisch umgesetzt werden müssen. Zudem ist die Wertschöpfungskette im vor- und nachstationären Bereich als alternative Einnahmequelle zu identifizieren. Die Möglichkeiten der Digitalisierung und die Chancen der künstlichen Intelligenz runden die notwendigen Veränderungen ab. Nichtsdestotrotz gilt: So wenig wie ChirurgInnen ohne OP-Besteck erfolgreich operieren könnten, so wenig können sie als „Nicht-Kaufleute“ ihre Kliniken im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten ohne geeignete betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente managen. Dass hier häufig Hilflosigkeit empfunden wird, z. B. ein Gefühl des Verantwortlichseins ohne Aktionsmöglichkeit, sollte dem Krankenhausmanagement 2020 zu denken geben.

Typische Konflikte und Konfliktmanagement

Die Kernbotschaft der vorliegenden Umfrage stellt die Tatsache dar, dass „Störfeuer“ auf der persönlichen Beziehungsebene zwischen Ökonomen und chirurgischen Führungskräften nach wie vor den Klinikalltag prägen. Dieses Problemfeld ist Träger-unabhängig und besteht Deutschlandweit. Auch die zeitliche Latenz von sieben Jahren zwischen den beiden vorliegenden Studien hat daran nichts verändert. Im Gegenteil, die kritischen Antworten der leitenden ÄrztInnen hat nochmals zugenommen. Lösungen hierzu sind als Kern eines Katalogs von fachlichen und menschlichen Anforderungen zu sehen, welche zukünftig eine zielführende Zusammenarbeit von „Managementexperten“ und „Medizinexperten“ ermöglichen. Partnerschaftlichkeit und vertrauensvolle Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen funktioniert friktionsarm nur dann, wenn die Beziehungsebene zwischen den Protagonisten intakt ist. Dafür Sorge zu tragen, gehört zu den wichtigsten professionellen Pflichten von Führungskräften, die miteinander erfolgreich sein wollen und müssen.

Ausblick

Die aktuellen Ergebnisse sind ernüchternd. Jeder von uns kennt Krankenhäuser, in denen das Direktorium vertrauensvoll, partnerschaftlich und kooperativ zusammenarbeitet. Die täglichen Herausforderungen des Klinikalltags und der Gesundheitspolitik werden mit ehrlicher Zahlentransparenz gemeinsam angegangen und bestenfalls gelöst. Warum gelingt es uns nicht, von den funktionierenden Vorbildern als Erfolgsmodell zu lernen? Wo ist die Nachhaltigkeit, auch der handelnden Personen, in der Medizin geblieben? Sowohl die Akzeptanz der jeweiligen Akteure als auch die Umsetzung von Konzepten benötigen Zeit, um das Vertrauen der PatientInnen und ZuweiserInnen zu gewinnen. Kurzfristige Wechsel in der Geschäftsführung und/oder auf der CA-Position konterkarieren oftmals das Bedürfnis unserer PartnerInnen im Gesundheitssystem nach Verlässlichkeit.

Um diesem Artikel einen versöhnlichen und inspirierenden Abschluss zu verleihen, sei der Hinweis auf die letzten beiden Tabellen zum Themenbereich „Konflikte und Konfliktmanagement“ gestattet. Jeder einzelne Gesichtspunkt birgt handfestes Potential, das es nur zu heben gilt. Für GeschäftsführerInnen und chirurgische ChefärztInnen!

Tonus C: BDC|Umfrage: Die Zusammenarbeit zwischen leitenden ChirurgInnen und Klinik-Geschäftsleitungen: Was hat sich verändert? Passion Chirurgie. 2020 März, 10(03): Artikel 04_0X.

Literaturhinweis: Kapitza T. / Tonus C. Kooperation oder Konflikt – Die Zusammenarbeit zwischen leitenden Chirurgen und Klinik-Geschäftsleitungen. Passion Chirurgie. 2012 März; 2(03): Artikel 02_03

Mehr lesen ...

Autor:in des Artikels



Carolin Tonus

1. Vorsitzende BDC|Landesverband Hamburg
Chefärztin der Allgemein- und Viszeralchirurgie
Asklepios Klinik St. Georg
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg

Kontakt