

MANAGEMENT

Chefarzt und nebenamtlicher Ärztlicher Direktor – zwischen Fron und Freude

von Katharina Daniels, Fachjournalistin und PR-Beraterin Medizin und Gesundheitswirtschaft, Berlin-Falkensee, www.daniels-office.de

I Chefarzt und Ärztlicher Direktor (ÄD) in einer Person, was bedeutet das für den Funktionsinhaber? Kann er jetzt Dinge durchsetzen, die ihm als Chefarzt nicht möglich sind? Oder hat er sich eher eine Zusatzaufgabe „aufgehast“, die seine Arbeitsbelastung noch potenziert und vornehmlich schwierige Situationen provoziert? Die Medizinjournalistin Katharina Daniels interviewt im Auftrag des „Chefärzte Brief“ zwei Experten zu diesen Fragen, Prof. Dr. med. Arno Deister und Jens Hollmann. Deister ist Ärztlicher Direktor des Klinikums Itzehoe (knapp 700 Betten) und zugleich Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin, Hollmann berät und coacht Chefarzte und Ärztliche Direktoren. **I**

REDAKTION: Welche „Rolle“ scheint dem nebenamtlichen Ärztlichen Direktor am meisten angemessen – Verwalter, Impulsgeber, Integrator – und welche Handlungsspielräume hat er, um seiner Aufgabe gerecht zu werden? Haben sich hier im Laufe der Jahre Verschiebungen ergeben?

DEISTER: Eines vorweg: Wesentlich ist Zeitmanagement, ich stehe immer zwischen zwei Aufgaben und in der Entscheidung, wem gegenüber bin ich ungerecht? Die konkreten Vorgaben für mein Aufgabenfeld sind sehr gering. Es gibt nur wenig gesetzlich zuordnete Aufgaben – wie etwa die Zuständigkeit für die Hygiene. Entscheidend ist aber, dass sich der Ärztliche Direktor seine Aufgaben selbst zuordnet und in diesem Prozess sich auch viele Dinge erkämpfen muss: Eher Verwalter sein oder doch eher Gestalter? Das ist auch eine Persönlichkeitsfrage.

HOLLMANN: Auch für gestaltende Ärztliche Direktoren gibt es Grenzen, weil das, was sie sich mutig erkämpft haben, nicht abgesichert ist. Die Handlungsspielräume stehen besonders bei nebenamtlichen Ärztlichen Direktoren oft nicht in angemessenem Verhältnis zu den Aufgaben, die sie zu erfüllen haben.

DEISTER: Ein Grundkonflikt besteht darin, dass man das, was man an sich zieht, jemand anderem wegnehmen muss. Lange Zeit herrschte in Kliniken das Selbstverständnis vor, dass die Geschäftsführung bzw. das Management die Dinge alleine lösen könne. Hier wurde übersehen, welches Pfund der Ärztliche Direktor einbringt, nämlich das der medizinischen Ausbildung und Denkweise. Da gab es oft das Vorurteil „So reden die Ärzte immer“. Der kaufmännische Direktor etwa sieht seine Funktion in der Regel als Generalaufgabe und den Ärztlichen Direktor für nur – eher wenige – medizinische Fragestellungen verantwortlich. In der Praxis betritt aber der Ärztliche Direktor automatisch auch das kaufmännische Feld.

REDAKTION: Wie stellt sich das Verhältnis des nebenamtlichen Ärztlichen Direktors zu den anderen Chefarzten dar? *Primus inter pares* und *Klassenspre-*

INTERVIEW



Prof. Dr. med. Arno Deister,
Ärztlicher Direktor des
Klinikums Itzehoe

cher? „Lastenesel“ und Prellbock gegenüber der Geschäftsführung? Innovator und Treiber von Entwicklungen?

DEISTER: Er ist alles in einer Person. Speziell im Verhältnis zu den chefärztlichen Kollegen aber gibt es gravierende Verschiebungen über die Jahre hinweg. Noch vor zehn bis 15 Jahren konnten in einem Krankenhaus fachkompetente Chefärzte nebeneinander existieren, im Idealfall machte jeder seine Aufgabe gut und es lief alles optimal. Angesichts einer wachsenden Komplexität in der Medizin geht dieses Nebeneinander nicht mehr. Heute bedarf es verstärkt der interdisziplinären Zusammenarbeit, etwa in Form von Zentrenbildung. Chefärzte müssen ihre Fachegoismen überwinden. Der Ärztliche Direktor muss eine gemeinsame Struktur bilden. Wie stark er sich hier in die Nesseln setzt, ist dann wieder eine Frage der Persönlichkeit.

HOLLMANN: Hier gilt es zu bedenken, dass eine Vereinfachung von Faktoren durch strukturelle Veränderungen nicht bedeuten kann, sie simpler zu machen als sie sind. Es gibt verschiedene Ebenen der Komplexität: Zum einen ist es die Menge der Teile, etwa die Anzahl der Disziplinen und ihrer Repräsentanten, zum zweiten ist es die Geschwindigkeit der Entwicklungen. Bei bestimmten Entscheidungen muss eine Klinik „first mover“ sein, sonst haben andere Kliniken diese Position bereits besetzt.

REDAKTION: Welche Möglichkeiten hat der nebenamtliche Ärztliche Direktor, seine Funktion auch machtvoll auszufüllen? Ist er eher derjenige, der zum „Dompteur“ der Kollegen mutiert und ihnen bei Widerstand auf die „Finger klopft“ (Sanktionsmacht) oder derjenige, der ihnen exklusiv die Informationen aus der Geschäftsführung zu kommen lässt (Informationsmacht)?

DEISTER: Die Sanktionsmacht ist sehr begrenzt, weil der nebenamtliche Ärztliche Direktor ja nur vorübergehend in diesem Amt ist. Wird nach der nächsten Wahl ein anderer Chefarzt Ärztlicher Direktor, muss er wieder ins Glied zurück. Hat er zuvor seine Sanktionsmacht überstrapaziert, dann bekommt er das als „einfacher“ Chefarzt von den Kollegen zu spüren. Diese Schere hat der Nebenamtliche immer im Kopf, das ist der große Unterschied zum Hauptamtlichen. Das ist immer ein Spagat: Nicht selten reichen hier die Kommunikation und die Kommunikationsfähigkeit des Funktionsinhabers nicht aus. Ohne diese Fähigkeiten aber kommt man in dieser Position nicht weiter.

Der Nebenamtliche ist in einer anderen Lage als der Geschäftsführer, seine Macht ist eine andere, sensiblere. Er braucht elegante Lösungen und viel Fingerspitzengefühl. Gerade weil er sich in dieser Doppelfunktion befindet. Es ist noch gar nicht so lange her, dass klare Feindbilder herrschten: Schlug die Verwaltung aus ihrer Sicht eine einvernehmliche Lösung vor, hieß es bei den Chefärzten sofort, das macht die nur, weil sie jetzt guten Gewissens ihre Art der Krankenhausführung umsetzen kann. Was aber geschieht, wenn nun einer dieser Chefärzte durch seine Wahl zum nebenamtlichen Ärztlichen Direktor die Seiten wechselt? Dann wechselt er auch die Rolle und erkennt, dass die Welt nicht ganz so einfach ist. Dann kann es allerdings auch passieren, dass er in der nun folgenden Diskussion mit den chefärztlichen Kollegen als fremd empfunden wird: „Du bist ja schon ein richtiger Verwaltungsmensch“.



Jens Hollmann,
Inhaber der Beratung
medplus-kompetenz

**Doppelfunktion
erfordert Finger-
spitzengefühl**

Natürlich kommt man als Ärztlicher Direktor auch an ganz andere Informationen als zuvor und zieht aus diesem Wissen heraus auch andere Schlussfolgerungen. Die große Kunst besteht nun darin, dieses Wissen und die hieraus resultierenden Erkenntnisse in beide Richtungen zu transportieren. Nehmen wir als Beispiel die Einführung der elektronischen Patientenakte. Die Chancen und die Gefahren sieht man in der Doppelfunktion viel differenzierter. Vereinfacht gesagt: Der Chefarzt will, dass das Ganze ohne Probleme funktioniert, der kaufmännische Direktor will auf Knopfdruck sehen, wie viel Geld fließt.

HOLLMANN: Der ärztliche Direktor muss der jeweils anderen Seite die unterschiedlichen Anforderungen ökonomischer bzw. medizinischer Natur verstehbar machen, das ist eine große Leistung.

DEISTER: Hier spielt natürlich auch die emotionale Zugehörigkeit eine wichtige Rolle. Für mich persönlich würde ich formulieren: Mein Herz schlägt ärztlich, auch in der Funktion des Ärztlichen Direktors fühle ich mich der Gruppe der Chefärzte zugehörig.

REDAKTION: *Wie sehr definiert sich der nebenamtliche Ärztliche Direktor berufsständisch, wie sehr definiert er sich als Manager?*

DEISTER: Einen Widerspruch zwischen Management und Medizin sehe ich nicht, auch medizinisches Denken ist Managementdenken. Eine Krankenhausleistung kann man nicht ohne medizinische Kompetenz verkaufen, medizinisches und ökonomisches Denken sind Teile eines Ganzen. Ich denke, das Missverständnis eines vermeintlichen Gegensatzes entsteht oft durch die Fokussierung auf die Kostenseite – dieser Aspekt wird überbewertet. Es geht auch um den Erlös, den das Krankenhaus durch die medizinische Leistung gewinnt. Wir brauchen medizinisch denkende Manager, die in ihrer Kalkulation berücksichtigen, was die Menschen wirklich brauchen. Aus den Zentren, in denen medizinische Kompetenz gebündelt wird, fließen Erlöse, das ist dann medizinisch und ökonomisch zugleich gedacht.

HOLLMANN: Es geht immer darum, sauber zu modifizieren: Es gibt Faktoren in der medizinischen Versorgung, da kann man die Kostenschraube nicht anziehen, sondern muss die Erlösseite betrachten.

REDAKTION: *Wäre es sinnvoll, für die Aufgabenfelder des nebenamtlichen Ärztlichen Direktors eine Satzung festzuschreiben?*

DEISTER: Unabhängig davon, ob der Ärztliche Direktor sein Amt haupt- oder nebenamtlich ausübt, ist angesichts der Dynamisierung eine zunehmende Professionalisierung erforderlich. Es gilt, die dazu passenden Instrumentarien zu definieren und zu schärfen. Ich sehe allerdings keine Institutionen, die diese Aufgabe übernehmen könnten. Das müssen wir schon selbst machen, als Ärztliche Direktoren. Turnusmäßige Foren, in den wir uns treffen und austauschen, wie zum Beispiel das jüngst eröffnete Deutsche Forum für Ärztliche Direktoren, das auf Initiative von Herrn Hollmann entstanden ist, sind ein vielversprechender Beginn.

ÄD muss medizinische und ökonomische Anforderungen verstehbar machen

Management und Medizin – das ist kein Widerspruch

Professionalisierung der Rolle des ÄD ist notwendig