

## CHEF- UND OBERÄRZTE IN KRANKENHÄUSERN

# Veränderung braucht Führung

Veränderungsmanagement verlangt Kompetenzen, auf die Ärzte in der Ausbildung und während der Karriere kaum vorbereitet werden.

**Ä**rztliche Leitungskräfte stehen vor der Herausforderung, in Zukunft mit reduzierten finanziellen Mitteln mehr erreichen zu müssen. Dazu sind viele Veränderungen nötig. Doch diese gelingen nur, wenn sie souverän geführt werden. Dabei steht die medizinische Kompetenz ärztlicher Leitungskräfte außer Frage – sie bleibt die tragende Säule im Klinikalltag. Doch reicht das fachliche Können allein aus, um die neuen Herausforderungen bewältigen zu können? Ist nicht in besonderer Weise auch Führungskompetenz und Investition in Führungszeit gefragt?

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verlangen von Chef- und Oberärzten, dass sie Veränderungen innovativ und flexibel angehen. Gleichzeitig müssen sie für Patienten, Mitarbeiter und Verwaltung verlässlich und berechenbar bleiben.

Nicht selten pendeln ärztliche Leitungskräfte im Alltag zwischen den Extremen Stillstand und Aktionismus. Die Wahrheit liegt aber – wie so oft im Leben – in der Mitte.

Wenn alles bleibt, wie es ist, ändert sich nichts. Erstarrung ist die Folge. Die Klinik und die darin arbeitenden Menschen verlieren ihre Flexibilität. Je länger dieser Zustand währt, desto schwieriger wird der Anpassungsprozess. So wirken aufgeschobene Veränderungen wie ein Schuldschein, der später eingelöst werden muss. Hingegen mündet extreme Veränderungspolitik oft in blinden Aktionismus. Mitarbeiter und Patienten empfinden dies als Zick-Zick-Kurs ohne klare Linie. Der Anspruch „Wir müssen so schnell wie möglich alles ändern“ löst Widerstand und Angst bei den Betroffenen aus. Nicht selten führt dies zu nervösem Stillstand.

Umso wichtiger ist es, ein möglichst gut ausbalanciertes Gleichgewicht zwischen Stabilität und Veränderung herzustellen. „Wenn wir heute nichts ändern, wird nichts so bleiben, wie es ist“ – dieser Satz bringt es auf den Punkt. Doch die Herstellung und Wahrung eines Gleichgewichts aus Stabilität und Veränderung verlangt nach Führung.

Alle am Veränderungsprozess Beteiligten benötigen ein ausreichendes Maß an Ziel-Klarheit, Ziel-Transparenz und Ziel-Verbindlichkeit, damit trotz Veränderung Stabilität erhalten bleibt beziehungsweise entstehen kann. Wie ein derart geführter Veränderungsprozess aussehen kann, zeigt das Beispiel eines in einem Krankenhaus in Norddeutschland durchgeführten Veränderungsprozesses. Dabei spielt die Beantwortung folgender Schlüsselfragen eine zentrale Rolle:

- **Mission:** Warum muss es dieses Krankenhaus geben? Wie unterscheidet es sich mit seinen Leistungsangeboten von anderen Krankenhäusern? Was ist das Alleinstellungsmerkmal in der Region?

- **Vision:** Wie soll die Krankenhausstruktur in fünf Jahren aussehen? Welche Krankheitsbilder werden betreut? Wie viele Mitarbeiter hat das Krankenhaus? Wie viele Kliniken umfasst das Haus? Wie ist die Erlös- und Gewinnsituation? Wie ist die Zusammenarbeit mit den Überweisern?

- **Strategie:** Welche Schritte müssen unternommen werden, um der Vision näherzukommen? Kaufmännische Qualität, Zertifizierung, Personalstrategie und bauliche Gesichtspunkte kommen hier in Betracht.

Aus diesen Kernfragen ergeben sich weitere Fragen, deren Antworten für einen funktionierenden Veränderungsprozess wichtig sind:

- **Ziele:** Gibt es für alle genannten Themen Ziele für jeden Bereich und jeden darin arbeitenden Menschen, die aussagefähig, realistisch, objektivierbar, messbar und annehmbar sind (aroma-Formel)? Werden dazu Zielvereinbarungsgespräche top-down durchgeführt? Wird die Zielerreichung regelmäßig überprüft? Gibt es eine Feedback-Kultur?

- **Struktur:** Wer leitet die Klinik? Welche Hierarchien gibt es? Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben die

## RECHTSREPORT

### Robodoc-Methode verlangte besondere Aufklärung

Wird eine neue Behandlungsmethode angewandt, wie im entschiedenen Fall das computerunterstützte Fräsverfahren Robodoc bei der Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese, so ist der Patient darüber ausführlich aufzuklären. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.

Mit dem Urteil bekräftigen die Richter, dass die Anwendung neuer Verfahren für den medizinischen Fortschritt zwar unerlässlich ist. Am Patienten dürften sie aber nur angewandt werden, wenn diesem zuvor unmissverständlich verdeutlicht wurde, dass die neue Methode auch neue Risiken birgt. Der Patient muss nach Auffassung des BGH in die Lage versetzt werden, sorgfältig abzuwägen, ob er sich nach einer herkömmlichen Methode mit bekannten Risiken operieren lassen möchte oder nach einem neuen Verfahren unter besonderer Berücksichtigung der in Aussicht gestellten Vorteile und der noch nicht in jeder Hinsicht bekannten Gefahren.

Zwar besteht im Allgemeinen eine umfassende Aufklärungspflicht hinsichtlich unbekannter Komplikationen nur dann, wenn namhafte Vertreter der medizinischen Wissenschaft auf die besonderen Gefahren hinweisen und dies als gewichtige Warnung angesehen werden muss. Wird jedoch medizinisches Neuland betreten, können zum Schutz des Patienten je nach Lage des Falls strengere Anforderungen gelten.

Im entschiedenen Fall war die Klägerin 1995 nicht über die höheren Komplikationsraten aufgeklärt worden, die sich Studien zufolge bei Robodoc-Fräsverfahren im Vergleich zu manuellen Implantationen gezeigt hatten. Allerdings war es in ihrem Fall zu einer Nervschädigung und damit zur Verwirklichung eines Risikos gekommen, über das die Patientin im Zusammenhang mit der herkömmlichen Operationsmethode ausreichend aufgeklärt worden war. Habe ein Patient aber bei seiner Einwilligung ein später auftretendes Risiko in Kauf genommen, so könne er aus dessen Verwirklichung keine Haftung herleiten. (Urteil vom 13. Juni 2006, Az.: VI ZR 323/04) **Be**

verschiedenen Hierarchieebenen? Welche Entscheidungsstrukturen gibt es? Welcher Mitarbeiter gehört zu welchem Team? Gibt es ein Organigramm? Welche Meetingstrukturen sind vorhanden? Wer ist für die Patientenzufriedenheit zuständig?

● **Prozesse:** Wann wurden die standard operating procedures (SOP) zum letzten Mal kritisch in Bezug auf ihre Umsetzung überprüft und gege-

konzentriert? Wie viel Geld wird wofür ausgegeben? Wo gibt es Einsparpotenziale? Durch welche Marketingmaßnahmen kann die Erlös- und Gewinnsituation verbessert werden?

● **Aufgaben:** Welche Aufgaben ergeben sich daraus? Wer macht was mit wem bis wann (Maßnahmenplan entlang der Zeitachse)?

Wenn Führungskräfte dafür Sorge tragen, dass diese und andere Fragen gemeinsam mit allen Mitarbeiter diskutiert, bearbeitet und beantwortet werden, ist die wesentliche Basis für das Gelingen eines nachhaltigen Veränderungsprozesses gelegt. Allen Beteiligten wird klar, „wohin die Reise gehen soll“. Die Qualitäten und Werte der Klinik werden klar herausgearbeitet und sind auch in turbulenten Zeiten gegenwärtig. Zudem können sich die Mitarbeiter mit ganzer Kraft auf die Veränderungen konzentrieren, denn sie kennen ihren Beitrag und die daraus resultierenden Ziele und Aufgaben. Gleichzeitig wissen sie, was für sie stabil bleibt. Das zusammen motiviert mitzumachen. Der Veränderungsprozess ist für sie klar, transparent und verbindlich.

Um Klinikstrukturen und -prozesse erfolgreich zu verändern, ist es wichtig, mit dem Widerstand und nicht gegen den Widerstand zu arbeiten. Dazu werden zunächst im Leitungskreis Fixpunkte bestimmt, die für alle Beteiligten erkennbar, nachvollziehbar und verbindlich sind. Im weiteren Vorgehen sind die Mitarbeiter einzubinden. So bleiben Veränderungsprozesse berechenbar. Mittel- und langfristig können Chef- und Oberärzte den notwendigen Wandel souverän und erfolgreich gestalten.

Im gesamten Veränderungsprozess sind ärztliche Leitungskräfte besonders gefordert: Veränderungsmanagement verlangt Führungskompetenzen, auf die Ärzte in der Regel weder im Rahmen ihrer Ausbildung noch während ihrer beruflichen Laufbahn ausreichend vorbereitet werden. Obgleich die Leitung und Abwicklung des ärztlichen Arbeitsalltages gut gelingen mag, ist die gleichzeitige Steuerung eines komplexen Veränderungsprozesses eine enorme Herausforderung.

Werner Fleischer

Internet: [www.arztcoach.com](http://www.arztcoach.com)

## Aufgeschobene Veränderungen wirken wie ein Schuldschein, der später eingelöst werden muss.

benenfalls Veränderungen eingeleitet? Wie systematisch wird die Personalentwicklung betrieben – von der Auswahl über die Qualifizierung bis hin zur Aufstiegsentwicklung? Wird sich kontinuierlich und effizient um die Zufriedenheit der Patienten gekümmert? Wie steht es um die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter? Welche Führungskultur liegt vor?

● **Finanzen:** Welche Investitionen sind notwendig? Werden die finanziellen Mittel auf das Wesentliche

## GOÄ-RATGEBER

### Urologie (2) – Radikale Prostatektomie

Für einige moderne operative und/oder endoskopische Verfahren gibt es in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für den Bereich der Urologie keine passenden Gebührenpositionen. Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer hat elf Beschlüsse zu verschiedenen urologischen Leistungen gefasst (Bekanntgaben DÄ, Heft 41/2006).

Im letzten GOÄ-Ratgeber wurden die Beschlüsse zur Endopyelotomie, zur transurethral-endoskopischen intrakorporalen Harnleitersteinertrümmerung und zur perkutan intrakorporalen Nierensteinertrümmerung erläutert. Im Folgenden werden die veröffentlichten Beschlüsse zur radikalen Prostatektomie erklärt.

Insgesamt wurden vier Beschlüsse (A 1870, A 1871, A 1872 und A 1873) zur radikalen Prostatektomie gefasst, die nur alternativ und nicht nebeneinander berechnungsfähig sind.

Die A 1870 beinhaltet neben der Entfernung von Prostata (Vorsteherdrüse) und Samenblasen die Rekonstruktion des Blasenhalsses und des Schließmuskels und die Entfernung der regionalen Lymphknoten. Die (mikrochirurgische) Rekonstruktion von Blasenhalss und Harnröhrenschließmuskel stellt ein neuartiges Verfahren dar, welches einerseits dem Erhalt beziehungsweise der Wiederherstellung der Harnkontinenz dient und andererseits die Wahrscheinlichkeit einer postoperativen Stenose (Enge) an der Anastomose (Verbindung) vom Blasenhalss zur Urethra (Harnröhre) deutlich senkt. Fakultative Bestandteile des ab-

laufbezogenen Leistungskomplexes nach A 1870 (wie auch A 1871, A 1872 und A 1873) sind das Legen von Drainagen und eines suprapubischen und/oder transurethralen Blasenkatheters. Selbstverständlich sind das Absetzen und Unterbinden der notwendigen Strukturen wie beispielsweise der Samenleiter und die notwendige Entnahme von Schnellschnitten sowie das Spülen Bestandteil des ablaufbezogenen Leistungskomplexes. Die Berechnung erfolgt analog der Nr. 1845 GOÄ (4490 Punkte).

Die A 1871 ist bis auf die zusätzliche (ein- oder beidseitige) Präparation der Nervi erigentes inhaltsidentisch mit der A 1870. Die Neurolyse der Nervi erigentes per Lupenbrille oder mittels Mikroskop ist eine Weiterentwicklung der (radikalen) Prostatektomie, die nur beim lokal begrenzten Prostatakar-

zinom infrage kommt und in erster Linie dem Erhalt der Erektionsfähigkeit des Patienten dient. Die Berechnung der aufgeführten Leistungen nach A 1871 erfolgt analog Nr. 1860 GOÄ (6500 Punkte).

Die A 1872 unterscheidet sich von der A 1870 nur durch das Fehlen der Lymphknotenentfernung. Diese Leistung kommt insbesondere dann vor, wenn die Lymphknotenentfernung zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt wurde. Der ablaufbezogene Leistungskomplex nach A 1872 wird analog der Nr. 1843 GOÄ (4160 Punkte) bewertet.

Die A 1873 ist bis auf die zusätzliche (ein- oder beidseitige) Präparation der Nervi erigentes inhaltsidentisch mit der A 1872. Die Berechnung für diesen ablaufbezogenen Leistungskomplex erfolgt analog der Nr. 3088 GOÄ (5600 Punkte).

Dr. med. Anja Pieritz