

OBERÄRZTE IN KRANKENHÄUSERN

Unterschätztes Leistungspotenzial

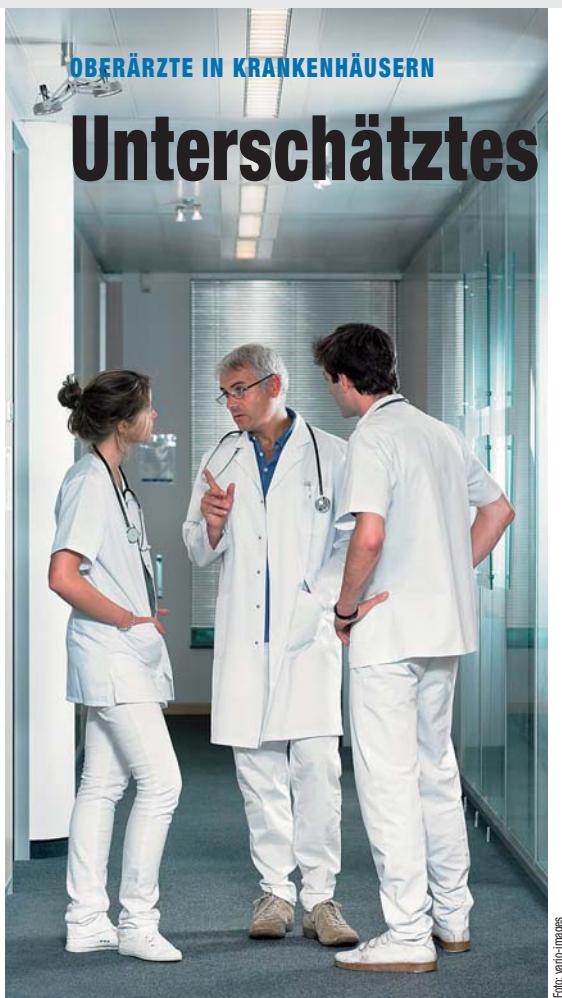


Foto: Getty Images

Der Ausbau der Oberarztrolle zur voll verantwortlichen Führungskraft wird immer wichtiger – sowohl für die Profilierung der Klinik als attraktiver Arbeitgeber als auch für die persönliche Entwicklung im Hinblick auf Aufgaben mit mehr Verantwortung.

Die Zeiten, in denen das Profil einer Klinik im Wesentlichen von der Persönlichkeit des Chefarztes bestimmt wurde, gehören der Vergangenheit an. Der teilweise noch anzutreffende autoritäre Führungsstil, der ganze Ärztegenerationen prägte, ist nicht mehr sinnvoll. Vor dem Hintergrund eines Fachärztemangels und in Verbindung mit einem gesamtgesellschaftlichen Wertewandel, setzt sich in der Kliniksteuerung zunehmend das Leitungsteam – bestehend aus Chefarzt und Oberärzten – durch.

„Oberarzt zu sein, bedeutet eine Führungskraft zu sein und als solche im Leitungsteam Verantwortung zu übernehmen“ – der mit dieser These verbundene Paradigmenwechsel

sel setzt ein verändertes Rollenverständnis bei Chef- und Oberärzten voraus. Während die Chefärzte lernen müssen, Verantwortung abzugeben, müssen die Oberärzte im Gegenzug willens und in der Lage sein (beziehungsweise dazu befähigt werden), diese Verantwortung zu übernehmen. Was zunächst wie eine einfache Gleichung erscheint, erweist sich im Klinikalltag häufig als problematisch.

Im Kern lassen sich derzeit drei Szenarien in den Krankenhäusern beobachten:

1 Chefärzten fällt es schwer, Führungsverantwortung an ihre Oberärzte abzugeben. Sie halten deren Handlungsspielräume bewusst klein und vermeiden die Einbindung in strukturelle Entscheidungen. Die Gründe dafür reichen von Angst vor Machtverlust bis hin zu fehlendem Zutrauen in die Fähigkeiten der Oberärzte. Eine Befreiungskultur, etwa in Form von Leitungskonferenzen, gibt es selten. Mitarbeiterführung ist allein cheffixiert und findet, auch wegen der zu hohen Führungsspanne, lediglich zwischen Tür und Angel statt. Eine häufige Folge: Die Oberärzte lassen den Chef machen und nutzen ihre Zeit für das, was ihnen Anerkennung und Bestätigung bringt: die Arbeit am Patienten. Bezogen auf Fragen der Klinikentwicklung halten sie sich entweder frustriert heraus („Der Chef weiß sowieso alles besser“), oder sie grenzen sich geschickt ab („Wann soll ich das noch machen?“). Aus latenten oder offenen Konfliktsituationen ziehen sie sich geflissentlich zurück oder schmieden gemeinsam mit den Assistenzärzten eine Allianz gegen den Chef – eine Situation, die für den Chef heute immer schneller eintreten kann und dann schwer zu steuern ist.

2 Oberärzte wollen keine Führungsverantwortung übernehmen. Ihr Rollenverständnis gleicht eher dem eines Ober-Assistenzarztes. Obwohl der Chefarzt bereit ist, Führungsverantwortung zu übertra-

gen, fehlt dem Oberarzt die Einsicht in den damit verbundenen Nutzen für ihn oder für die Klinik. Der vermeintliche Mehraufwand schreckt ab, besonders aber die Übernahme von Verantwortung. Er möchte doch in erster Linie nur ein guter Mediziner sein. Diese Situation verschärft sich, wenn Ärzte allein aufgrund ihrer Fachkompetenz aus den eigenen Reihen zu Oberärzten befördert werden (Kaminaufstieg). Eine häufige Folge: Der Chefarzt fühlt sich durch den Oberarzt alleingelassen und nicht ausreichend entlastet; er reagiert unzufrieden. Der Oberarzt leidet unter dem Unmut seines Vorgesetzten, gleichzeitig ist ihm aber die Zugehörigkeit zu seinem alten Kollegenkreis der Assistenten wichtiger.

3 Chefärzte gehen davon aus, dass ein Oberarzt mit der Übernahme dieser Funktion auch führen kann und wird. Eine häufige Folge dieser Fehleinschätzung: Eine Führung durch den Oberarzt findet nicht statt. Für die Klinik wichtige Themen werden nicht weiterentwickelt. Assistenten fallen in Führungslöcher. Der Chefarzt wird nicht entlastet – im Gegenteil.

Die drei Szenarien zeigen, dass es mit der Beförderung zum Oberarzt oder der Willensbekundung des Chefarztes, Führungsverantwortung abzugeben, nicht getan ist. Um die gewünschten Effekte zu erzielen, bedarf es langfristig angelegter strategischer Personalentwicklung. Denn erst, wenn durch eine sorgfältige Personalauswahl der geeignete Kandidat mit Führungspotenzial und -willen für die Position einer neu zu besetzenden Oberarztstelle gefunden wurde (beziehungsweise ein Assistenzarzt aus den eigenen Reihen so aufgebaut wurde, dass er sich mit seiner neuen Rolle als Oberarzt und damit als Leitungskraft identifizieren kann), ist der Grundstein für eine funktionierende Führungsstruktur gelegt.

Vorhandene Oberarztteams müssen mit Sorgfalt und Fingerspitzengefühl an die gemeinsame Lei-

tungsaufgabe herangeführt werden: Workshops, in denen gemeinsam die Situation der Klinik analysiert, eine Vision der nächsten vier bis fünf Jahre entwickelt und Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf alle Leitungsschultern verteilt werden, haben sich als sehr hilfreich erwiesen.

Häufig besteht bei Chefärzten ein eher diffuser Wunsch nach Entlastung durch ihre Oberärzte. Bei näherem Hinsehen wird deutlich, dass Aufgaben jedoch meist nur unspezifisch delegiert werden. Dies lässt sich ändern. Dazu prüft der Chefarzt Aufgabengebiete und Ressorts im Hinblick auf Delegierbarkeit und überträgt diese je nach Kompetenz und Neigung eindeutig an seine Oberärzte. Beispielsweise lassen sich im Klinikalltag folgende Bereiche direkt jeweils einem Oberarzt zuordnen und somit eindeutige Zuständigkeiten schaffen:

- Personalfragen: verantwortlich für Dienst- und Urlaubspläne
- Arbeitszeitkonto: Dokumentation der Dienstzeitentwicklung
- Budget- und Controllingfragen: Überprüfung der Budgeteinhaltung und Ansprechpartner für das Controlling/Medizincontrolling
- Qualitätsmanagement: zuständig für den Qualitätsbericht, für die Koordination durchzuführender Audits sowie für Einhaltung und Wei-

terentwicklung von Standardarbeitsanweisungen und Leitlinien

- OP-Plan-Erstellung: verantwortlich für die OP-Pläne unter Einbindung der Assistenzärzte.

Die Etablierung einer Oberarzt-Führungskultur führt zu einer Situation, von der alle Beteiligten profitieren: Die Chefärzte verschaffen sich eine spürbare Entlastung. Die Oberärzte sammeln wichtige Führungserfahrungen und bereiten sich so auf die spätere Übernahme einer Chefarztposition oder auf Führungsaufgaben als niedergelassener Arzt vor. Die Assistenzärzte fühlen sich gut angebunden und werden sukzessive und strukturiert an neue Aufgaben herangeführt.

Wesentlicher Antrieb einer solchen Führungsstruktur, in der die Oberärzte aktiv eingebunden werden, ist eine lebendige Besprechungskultur. Zu ihr gehören regelmäßige Jour-fixe-Gespräche und Leitungskonferenzen, in denen anhand einer festen Tagesordnung wiederkehrende relevante Leitungsthemen besprochen werden. Diese finden auch statt, wenn der Chefarzt nicht im Haus ist; dann übernimmt der Leitende Oberarzt die Gesprächsführung. Darüber hinaus sind Mitarbeitergespräche ein zentrales Instrument, das schrittweise vom Chef über die Oberärzte zu den Assistenten Klarheit über

Ziele, Stärken, Schwächen, Entwicklungspotenziale und -bedarfe verschafft und mit dem konkrete Maßnahmen zur Umsetzung vereinbart werden.

Um den Assistenzärzten eine verlässliche Anbindung zu geben, werden sie im Organigramm der Klinik einem Oberarzt fest zugeordnet – auch wenn sie aufgrund der Rotation auf einer anderen Station eingesetzt und fachlich einer anderen Leitungskraft unterstellt sind. Der Oberarzt übernimmt für die ihm zugeordneten Assistenten die Rolle eines Mentors. Er ist ihr disziplinarischer Vorgesetzter und damit erster Ansprechpartner in der Klinik. Nach Absprache mit dem fachlichen Vorgesetzten führt er mit ihnen die Mitarbeitergespräche. Handelt es sich um Assistenten in Weiterbildung, führen der Chefarzt als Weiterbildungsermächtigter und der verantwortliche Oberarzt die Gespräche gemeinsam.

Die aktive Übernahme von Führungsverantwortung durch die Oberärzte setzt in der Klinik Kräfte frei. Alle sind informiert und fühlen sich für das Gelingen des Ganzen verantwortlich – ein wesentlicher Pluspunkt, um gute Mitarbeiter zu halten und für Bewerber attraktiv zu sein. ■

Werner Fleischer

 Weitere Informationen:
www.ihrcoach.com

RECHTSREPORT

Ärztin hätte ihre Patientin beruhigen müssen

Ein Arzt ist verpflichtet, sich Patienten ordnungsgemäß zuzuwenden und sich bei der Behandlung auf diese zu konzentrieren. Das hat das Bezirksberufsgericht für Ärzte in Stuttgart bestätigt.

Die Patientin war bei der beschuldigten Fachärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde wegen einer Lungenentzündung in Behandlung. Während sie auf die Ärztin wartete, hängte eine Sprechstundenhilfe im Behandlungszimmer Röntgenaufnahmen am Lichtkasten auf. Es ging an diesem Tag in der Praxis hektisch zu. Vor der Klägerin hatte die Ärztin eine andere Patientin mit einem Krebsverdacht behandelt. Als sie nun das Behandlungszimmer erneut betrat, in dem mittlerweile die Pa-

tientin mit der Lungenentzündung auf sie wartete, äußerte die Ärztin, noch in Gedanken an die vorangegangene Patientin, mit Blick auf die Röntgenaufnahmen: „Das ist Krebs!“

Die Patientin erschrak darüber zutiefst, denn ihr Schwiegervater war nach langer Krankheit an Lungenkrebs gestorben. Sie selbst hatte große Sorge, daran zu leiden. Doch sie konnte ihre Befürchtungen und Ängste nicht ansprechen, da die Ärztin sofort wieder das Behandlungszimmer verließ, um Organisatorisches zu klären, und erst nach längerer Zeit zurückkam.

Hätte sich die Ärztin auf die neue Patientin konzentriert, hätte sie natürlich erkannt, dass deren Befund nicht „Krebs“ lautete. Und selbst wenn die Ärztin aus Versehen die Diagnose

der vorherigen Patientin genannt hätte, hätte sie normalerweise erkennen können, was dieser Irrtum an Furcht und Schrecken bei der neuen Patientin auslöste, und diesen durch nachhaltige Zuwendung beruhigen können.

Die Ärztin räumte ein, dass sie sich gegenüber ihrer Patientin falsch verhalten habe. Sie hat damit gegen ihre Pflicht aus § 2 Absatz 2 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg verstoßen, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und den ihr im Zusammenhang damit entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

Da ihr insgesamt nur fahrlässiges Verhalten vorzuwerfen ist, erschien eine Geldbuße von 250 Euro als angemessen. (Bezirksberufsgericht für Ärzte in Stuttgart, Urteil vom 23. April 2009, Az.: BGÄS 4/09) **RAn Barbara Berner**