

# **Standortbestimmung Klinik – Pathogene Faktoren erkennen und Handlungsspielräume gestalten**

- 2.1 Fallbeispiel – Wie Chefärzte sich zu den Verhältnissen verhalten – 10**
- 2.2 Macht die Klinik Ärzte krank? – Identifizieren Sie die wichtigsten Indikatoren – 12**
- 2.3 Klinik als Organismus – Steuern Sie dem Zerfall entgegen – 15**
- 2.4 Stressoren am Arbeitsplatz – Überprüfen Sie die Ausgleichsfaktoren – 20**
- 2.5 Das gesunde Krankenhaus – Was Ihre Klinik für Ihre Gesundheit tun kann – 21**
  - 2.5.1 Betriebliche Gesundheitsförderung – Maßnahmenpaket für den »Organismus« Klinik – 22
  - 2.5.2 Der ROI-Faktor – Warum Ihre Klinik in BGF investieren sollte – 23
  - 2.5.3 Die Stanford-Formel – Die Rechentabelle für Ihre Klinikleitung – 24
  - 2.5.4 EN ISO 10075 – Qualitätsmanagement zugunsten Ihrer Gesundheit als Arzt – 25
  - 2.5.5 Kohärenz – Wenn in der Klinik alles rund läuft – 25
- 2.6 Errungenschaften in der Wirtschaft – Auch Ihre Klinik kann dabei sein – 25**
- 2.7 Conclusio – Fordern Sie Ihren Arbeitgeber heraus! – 27**
- 2.8 Das Interview: »Das Moment der psychischen Gesundheitsgefährdung ist überragend« – 27**

Was wäre eine Klinik ohne Ihre ärztlichen Leistungsträger?! Die medizinische Leistungserbringung ist der Kern des Dienstleistungsanbieters Klinik – und als Chefarzt tragen Sie zudem maßgeblich zum Ansehen Ihrer Klinik bei. Sie sind also sehr wertvoll für Ihren Arbeitgeber. Haben Sie sich umgekehrt schon einmal die Frage gestellt, was Sie von Ihrer Klinikleitung als Arbeitgeber erwarten können, damit Sie Ihre Arbeit noch lange mit Tatkraft und Freude ausüben können? In diesem Kapitel eröffnen wir Ihnen den Blickwinkel auf Ihre Klinik als Unternehmen, das im Wettbewerb um die besten Arbeitnehmer steht – und dafür eine Menge tun kann. Aktivitäten, die Sie als Leitender Arzt von Ihrer Klinikleitung einfordern können. Zum Einstieg schildern wir Ihnen zwei Fälle, in denen Chefärzte auf Abläufe und Hürden unterschiedlich reagiert haben.

## 2.1 Fallbeispiel – Wie Chefärzte sich zu den Verhältnissen verhalten

### Fallbeispiel

Die Leitende Gynäkologin, Chefärztin Prof. Dr. Karin Grubner, steht kurz vor einem Zornesausbruch – wieder hat der OP-Manager, Oberarzt Dr. Wolfgang Zacharias, es nicht geschafft, dass die Patientin zur richtigen Zeit eingeschleust wurde. Dem OP-Team war mitgeteilt worden, dass alles im Zeitplan sei. Zum wiederholten Male ist nun schon eine Patientin prämediziert zur Nadelmarkierung gebracht worden. Dort konnte der Befund in der Brust nicht markiert werden, da die Patientin tief schlief und auf die Station zurückgebracht werden musste. Leider endete die Kommunikationskette hier. Für den OP-Manager wie auch die Chefärztin ein Problem, das sich zunehmend auf der interpersonellen Ebene darstellt. Grubner und Zacharias sind schon an dem Punkt angelangt, an dem sie nur noch mit zusammengekniffenen Zähnen auf dem Flur aneinander vorbeieilen – eine Missstimmung, die auf das gesamte OP-Team abfärbt – und nicht

zum ersten Mal erwägt Grubner das vor Kurzem an sie ergangene Angebot eines Wechsels an ein anderes Haus. Dann aber überwiegt ihr Wille, an ihrem aktuellen Arbeitsplatz die Dinge zu verbessern. In Gesprächen mit der Pflegedienstleitung und der Geschäftsführung arbeitet Grubner heraus, an welchem Punkt die »Sollbruchstelle« liegt. Die Beteiligten erkennen, dass der Fehler weniger in individuellem Fehlverhalten, sondern vielmehr in strukturellen Defiziten begründet ist. Ohne die Rückmeldung von den Stationen ist auch der OP-Manager hilflos. Nun wird schrittweise auf den Stationen je eine Ansprechpartnerin für das OP-Management eingestellt, die sich um die korrekte OP-Vorbereitung kümmerte. Es kommt zu einer nachhaltigen Verbesserung und das Modell setzt sich in der gesamten Klinik durch.

Chefärztin Karin Grubner hat sich dafür entschieden, an ihrer Klinik in Strukturen einzugreifen und damit Stellschrauben für operative Abläufe neu zu justieren. In unserem zweiten Fall hat Chefarzt Maaß eine andere Lösung gewählt:

### Fallbeispiel

Diese Aufgabe war sein Lebenswerk: An der Klinik der Maximalversorgung institutionalisierte er eine medizinische Disziplin, die zu diesem Zeitpunkt einen hohen Innovationsgrad besaß. Das ambitionierte Vorhaben gelang, die ärztlichen Kollegen und auch die Pflege waren mit großem Engagement dabei. Dann begann – zunächst unbemerkt – der Prozess der Zermürbung. Vorstellungen des Initiators und Chefarztes Prof. Dr. Rüdiger Maaß gerieten zunehmend in Widerspruch zum Kurs der Klinikleitung. Die Gespräche, später Krisenrunden zum Fortbestand seiner Abteilung konnte er kaum mehr zählen. Bisweilen stand er kurz davor, zu kapitulieren und sich auf die ruhige Position eines Lehrbeauftragten zurückzuziehen. Dann aber spürte er: Diese Resignation wollte er nicht, das war nicht sein Weg. Was aber blieb ihm an Handlungs-

spielräumen? Es gelang ihm, sein Lebenswerk zu betrachten, als sei es das eines anderen – und er erkannte, dass die Verknüpfung mit der Klinik der Maximalversorgung die Barriere bildete, die einem Neuanfang im Wege stand. Der Gedanke wuchs und formte sich zu einem konkreten Plan: Es war möglich, diese noch neue medizinische Disziplin an ein Fachkrankenhaus unter einer anderen Trägerschaft zu binden. Ein Haus, das Gestaltungsspielräume eröffnete, die in der verzweigten Bürokratie des aktuellen Arbeitgebers zumindest gegenwärtig nicht zu verwirklichen waren. Die Verhandlungen mit dem Fachkrankenhaus verliefen erfolgreich – und dann kam es zu einer kleinen »Revolution«. Fast alle ärztlichen Leistungsträger sowie auch die Pflegedienstleiterin mit einigen Pflegefachkräften folgten dem Professor in die Fachklinik, die Abteilung ist dort heute fest etabliert.

Warum stellen wir Ihnen diese Fälle vor? In mehr als 15 Jahren beruflicher Einbindung als Chefärztin und als Berater und Coach für Leitende Ärzte greifen wir auf einen Fundus an Erfahrungen und Erlebnissen zurück, die oft exemplarischen Charakter haben. Natürlich heißen die Chefärzte nicht Karin Grubner und Rüdiger Maaß. Der jeweilige Handlungskern aber ist realen Geschehnissen entlehnt. Grubner ist es gelungen, neue Strukturen und Abläufe im OP-Management zu etablieren, die die stressauslösenden Reibungsverluste minimieren. Maaß hat seine Mitarbeiter zu einem Neuanfang motiviert, ein Verbleib an der Klinik der Maximalversorgung hätte schlimmstenfalls für alle Beteiligten Teamstress bis hin zum Team-Burnout (► Abschn. 2.4) auslösen können.

Unsere Perspektive in beiden Fällen ist die auf das Individuum, auf die Chefärzte, die sich zu den Verhältnissen positioniert haben. Beide Chefärzte haben durch die von ihnen geschaffene bzw. wiederhergestellte Kohärenz (► Abschn. 2.5.5) von Bedingungen und individueller Identifikation mit dem Arbeitsplatz auch ihren eigenen Stresslevel reguliert. Allerdings mit unterschiedlichen Strategien.

Im Sprachduktus der Konfliktforschung dominieren in einer Gefahrensituation die atavistischen Verhaltensweisen Kampf oder Flucht. Grubner hat den Kampf gewählt. Statt beispielsweise an ein Krankenhaus zu wechseln, an dem Aufbau- und Ablauforganisation auf hohem Standard sind, hat sie strukturelle Veränderungen bei Ihrem aktuellen Arbeitgeber durchgesetzt. Die Lösung von Rüdiger Maaß gleicht dem Fluchtreflex, die »Übermacht« alter Strukturen war zu groß.

Bei beiden Chefärzten haben die »Fight-or-Flight«-Hormone Adrenalin und Noradrenalin einen in dieser Situation angemessenen Handlungsreflex freigesetzt. Doch Vorsicht: Geraten Sie als Chefarzt dauerhaft in eine Situation von Kampf oder Flucht, übernimmt die Amygdala mit ihrem auf rasches Reagieren ausgerichteten Bewertungssystem die Regie und der auf langfristigen Lern- und Erkenntniswert »programmierte« Hippocampus weicht dem »Dauerfeuer«. Die hippocampalen Areale schrumpfen, es drohen Persönlichkeitsveränderungen und durch die stetige Alarmbereitschaft zudem ernsthafte organische Erkrankungen (► Abschn. 3.3.2).

#### **Kampf und Flucht meist überdimensioniert**

Die Reaktion auf Stressoren im behavioralen Kontext ist meist unverkennbar, etwa in Gestalt von Hektik und Aggressivität. Die kognitiv-emotionale Reaktion ist eher verdeckt. Der Blutspiegel kann um das 50-fache ansteigen. »Die Katecholamine binden an die alpha- und beta-adrenergen Membranrezeptoren vieler sehr unterschiedlicher Zellen an. In der Leber wird über den cAMP-Mechanismus unter anderem die Glycogensynthase phosphoryliert und damit abgeschaltet, weiterhin die Glycogen-Phosphorylase aktiviert und Glykose und somit Energie für Kampf und Flucht bereit gestellt« (Mayer 2007). Starker Herzschlag, Übelkeit, Muskelanspannung – Stress laugt aus. Im modernen Arbeitsalltag aber stehen die motorischen Kompensatoren, wie ausreichend Bewegung und Entspannung, meist nicht zur Verfügung. Der Körper ist in ständiger Alarmbereitschaft und die die Anspannung wird in einem Circulus vitiosus immer größer.

»Immer mehr Klinikärzte ausgebrannt« lautet das Fazit einer Studie des Zentralinstitutes für Arbeitsmedizin und maritime Medizin Hamburg aus dem Jahr 2007. Das ZfAM hatte Auskünfte von 994 Hamburger Klinikärzten ausge-

wertet – und den alarmierenden Befund gestellt: Im Verlauf von 10 Jahren war die Gefahr eines Burnout-Syndroms um 50% gestiegen. 2007 fühlten sich bereits rund 33% der Oberärzte und Chefärzte »ausgebrannt«. Als Gründe wurden zunehmend »Büromedizin« mit einem hohen Anteil nichtärztlicher Aufgaben, kostenfokussierte Patientenversorgung, Arbeitsdichte und mangelnde Wertschätzung durch die Klinikleitung genannt.

#### Kaderärzte: Spielball der Ökonomen?

Die Ökonomisierung der Kernaufgabe, dem Patienten zur Gesundung zu verhelfen, stellt für die Leitenden Ärzte in Schweizer Spitälern (Kaderärzte) zunehmend eine Gratwanderung dar. Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit, kurz WZW heißt die Formel der helvetischen Krankenversicherung, die dem Arzt gebietet, jeden Einzelfall an drei Koordinaten zu bemessen.

- Wird die Endoprothese der 83-jährigen Patientin weitgehende Beschwerdefreiheit beim Gehen verschaffen?
- Ist der operative Eingriff angemessen oder hätte auch eine weniger kostenintensive Maßnahme ähnliche Effekte gebracht?
- Ist der Eingriff wirtschaftlich angesichts des hohen Lebensalters der Patientin?

Dr. Carlo Moll, Präsident des Verbandes Leitender Spitalsärzte in der Schweiz (VLSS), sieht die Entwicklung zu einem »Primat der Ökonomie« mit großer Sorge. »Wenn wir nicht nur im strategischen, sondern auch noch im operativen Bereich unter Kuratel stehen, werden wir zum Spielball der Ökonomen«.

Als Leitender Arzt stehen Sie in einer solchen Situation vor der Entscheidung: Wechsel an ein anderes Haus? Berufliche Umorientierung etwa in das Management oder in eine ambulante Praxis? Die »Flucht« allerdings steht als Ausweg nur bedingt zur Verfügung oder würde ein grundlegendes Umdenken erfordern, auch was Ihre Ansprüche angeht, die nicht selten mit hohen Erwartungen Ihrerseits an Ihren weiteren Lebens- und Berufsweg verknüpft sind (► Abschn. 4.4.2). Eine berufliche Umorientierung in das Management verlangt zudem mit großer Wahrscheinlichkeit Zusatzqualifikationen wie etwa den MBA: »Bei der Besetzung höchster Führungspositionen erwarten Klinikleitungen Führungsqualitäten und betriebswirtschaftliche Kompetenzen« (Daniels

2012). Wenn Sie an Ihrer Klinik bleiben, haben Sie die Wahl zwischen einer »Unterwerfung« unter die Verhältnisse, mit der möglichen Folge einer Gratifikationskrise (► Abschn. 3.4.1) oder Sie begreifen den Verbleib in Ihrem Haus als Chance eines verändernden Gestaltens von innen. Nicht selten haben Sie mehr Möglichkeiten, auf die Verhältnisse, in denen Sie arbeiten und einen Großteil Ihres Lebens verbringen, Einfluss zu nehmen, als Ihnen aktuell bewusst ist. Mit dem erforderlichen Wissen um Möglichkeiten der gesetzlich vorgeschriebenen betrieblichen Gesundheitsfürsorge (► Abschn. 2.5.1) können Sie der Klinikleitung argumentativ begegnen und diese zu grundlegenden Verbesserungen motivieren. Als Chefarzt haben Sie eine starke Position, um die Verhältnisse in Ihrem Sinne mitzugestalten.

#### Definition

Die sog. **Verhältnisprävention** richtet sich auf technische, organisatorische und soziale Bedingungen des gesellschaftlichen Umfeldes bzw. Ihres Arbeitsplatzes Klinik, die krankheitsauslösend sein können. Die Prävention umfasst alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern.

## 2.2 Macht die Klinik Ärzte krank? – Identifizieren Sie die wichtigsten Indikatoren

Arbeiten Sie in einem gesundheitsgefährdenden Krankenhaus? Vermutlich wird Ihr erster Impuls bei diesem Terminus der Gedanke an infektiöse Gefährdungen für Patienten und für das Klinikpersonal sein. Das gesundheitsgefährdende Krankenhaus aber ist mehr als beispielsweise mangelnde Aufmerksamkeit auf MRSA. Das ge-

sundheitsgefährdende Krankenhaus missachtet die Arbeitsplatzzufriedenheit seiner ärztlichen Leistungsträger und die damit einhergehenden toxischen Auswirkungen physischer und mentaler Natur.

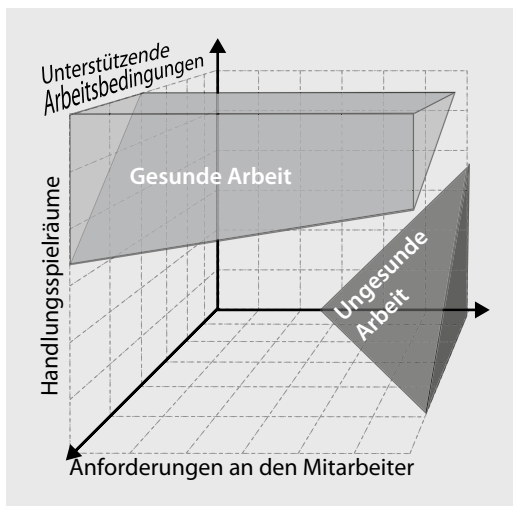
Wie sieht die Realität in Ihrer Klinik aus?

- Kennzeichnen unaufhörliche Leistungs- und Arbeitsverdichtung das Selbstverständnis Ihres Hauses, ohne dass individuelle Faktoren ausreichend gewürdigt werden?
- Werden in Ihrem Haus strategische Entscheidungen getroffen, ohne die ärztlichen Leistungserbringer einzubeziehen?
- Wird in Ihrem Haus die Balance zwischen beruflicher Anforderung und Privatleben strategisch kaum berücksichtigt?

Wenn Sie Ihr Arbeitsumfeld Klinik einer genauen Diagnose unterziehen, denken Sie immer daran: Ihre ärztliche Leistung ist einer der wichtigsten Garanten für den Erfolg einer Klinik, Sie sind (mit)verantwortlich für den ökonomischen Erfolg der Klinik. Wenn Sie eine so wichtige Variable für die erfolgreiche Positionierung Ihrer Klinik sind, müsste man davon ausgehen, dass Ihnen umgekehrt die entsprechende Wertschätzung entgegengebracht und die Erhaltung Ihrer Leistungsfähigkeit mit großer Sensibilität behandelt wird. Die Realität sieht im Regelfall anders aus.

#### Der Chefarzt in der Sandwich-Position

»Der Chefarzt verantwortet Prozesse, in denen ihm nicht alle Beteiligten unterstehen«. Diesen, in der Organisation begründeten Stressor, untersucht der Beitrag »Das Profil des Chefarztes im Wandel« und arbeitet die Stressoren im Detail heraus: Die im DRG-System im Mittelpunkt stehende Prozessqualität gibt der Aufgabe des Chefarztes eine neue Gewichtung. Neben der persönlichen Leistungserbringung kommen im Zuge kontinuierlicher Prozessoptimierung die Aufgabenfelder medizinische Qualität, Servicequalität und Wirtschaftlichkeit hinzu sowie das Erfordernis von Leadership-Kompetenzen in der Führung des Abteilungs- und der Motivation der Mitarbeiter. Zugleich aber »hat der Chefarzt nicht den Status eines Leitenden Angestellten und damit nicht die Möglichkeit, selbstständig Personal einzustellen. Das Personalvolumen und häufig auch die Personalauswahl bestimmt die Krankenhausleitung« (Busch 2011).



■ Abb. 2.1 Arbeitsplatzdeterminanten

Nur selten werden Sie als Leitender Arzt in die strategische Ausrichtung der Klinik mit einbezogen. Sie sollen die Verantwortung tragen für ökonomische Vorgaben, ohne im Gegenzug adäquate Handlungsspielräume zu erhalten. In immer noch zu wenigen Kliniken ist eine Anerkennungskultur (► Abschn. 3.8) der erbrachten Leistungen etabliert. In Anlehnung an das Job-Control-Demand-Modell des US-amerikanischen Soziologen Robert Karasek haben wir ein Modell mit einer dritten Dimension entworfen. Karasek betrachtet die Determinanten der Anforderungen, die an den Mitarbeiter gestellt werden, und der Handlungsspielräume (Kontrolle über die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten), die diesem zugewillt werden. Die Gefahr von Stresschronifizierung wächst in dem Maße, in dem die Schere zwischen Anforderungen, z. B. an Ihre Aufgabenfülle als Chefarzt, und Ihren Handlungsspielräumen aufgeht. In unserem weiterentwickelten Modell »Arbeitsplatzdeterminanten« (■ Abb. 2.1) betrachten wir eine dritte Determinante, nämlich die unterstützenden Arbeitsbedingungen, die Ihnen die Klinik gewährt, etwa finanzieller und personeller Art sowie durch Maßnahmen der Personalentwick-

lung. Je höher das Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen Determinanten ist, desto stärker wird Ihre Klinik für Sie zu einem gefährlichen, einem gesundheitsgefährdenden Arbeitsplatz. Wir verstehen die Terminologien von einem gesundheitsgefährdenden und einem gesunden Arbeitsplatz in einem umfassenden Sinn. Ein gesundheitsgefährdender Arbeitsplatz missachtet die physische und die psychomentele Gesundheit der Mitarbeiter, an einem gesunden Arbeitsplatz werden Leistungsfähigkeit und -bereitschaft gefördert. Tiefergehende Perspektiven zu Faktoren Ihrer Persönlichkeit und deren Relevanz für Ihr Stressempfinden in der Dysbalance eröffnen wir Ihnen in ► Abschn. 3.4.4.

Als Leitender Arzt haben Sie die Möglichkeit, Ihre Klinikleitung auf die Gefahren aufmerksam zu machen, die ein Management provozieren kann, das den Wert der Ressource Mensch nicht hinreichend würdigt. Ein schleichender Gesundheitsverlust ist eine mögliche Folge und kann sich in Gestalt von Absentismus zu einem realen ökonomischen Problem für die Klinik entwickeln: Arbeitnehmer melden sich krank, Gründe können organische Erkrankungen, aber auch arbeitsklimatische Störungen sein. Oder die Leistungsträger ergreifen die Flucht in ein anderes Arbeitsverhältnis oder eine Selbstständigkeit. Ihre Klinikleitung ist also gut beraten, Ihnen ein angemessenes und motivierendes Arbeitsumfeld zu bieten – und Sie als Leitenden Arzt in Ihrer persönlichen Entwicklung als Führungskraft zu unterstützen (Hollmann 2010). Kliniken, die diese Faktoren nicht einbeziehen, laufen Gefahr, dass ihre Beschäftigten in eine chronische Erschöpfung gleiten. Burnout bei Ärzten (Bergner 2008) ist ein Phänomen, das in der wissenschaftlichen Diskussion zunehmend an Relevanz gewinnt und dem sich Klinikleitungen stellen müssen. Hier wird immer noch viel zu selten erkannt, dass die Gestaltung des Arbeitsumfeldes eine entscheidende Rolle für die Gesundheit der Mitarbeiter spielt.

### Definition

**Burnout:** In der Ursachenforschung stehen sich die Ansätze individueller Auslöser (Schneglberger 2010) und die Verhältnisperspektive mit dem Fokus auf den Arbeitsplatz gegenüber: Hier gehört Maslach zu den vehementesten Verfechtern: »Mächtige wirtschaftliche, politische kulturelle Kräfte wirken auf den Arbeitsplatz ein. Der Aufgabenbereich ist genauso ein Teil des Teufelskreises wie das Individuum selbst, Burnout ist ein strategisches Problem des Managements« (Maslach u. Leiter 2001).

### Aus dem Klinikalltag: Der eindimensionale Ökonom

Der. rer.pol. Volker Maaßmann ist Vorstandvorsitzender eines Klinik Konzerns. Er hält die »Aufregung um die Modekrankheit« für übertrieben. Natürlich kenne er das Empfinden der gelegentlich starken Erschöpfung auch bei sich selbst – etwa nach Vorstandssitzungen, die weit nach Mitternacht endeten. Aber es sei Sache des Einzelnen, damit fertig zu werden. Die Klinikleitung sei in erster Linie verantwortlich für die strategische Positionierung und den ökonomischen Erfolg des Hauses. »Die Modekrankheit« sei ein diffuses Geschehen, das sich im Rahmen des strategischen Managements nicht darstellen ließe und auf die Wirtschaftlichkeit der Klinik keinen Einfluss habe. Wenn ein Mitarbeiter den Druck nicht aushalte, sei das sein individuelles Problem.

- Was tut Ihre Klinikleitung, um Hürden für Ihre optimale Leistungserbringung aus dem Weg zu räumen?
- Was unternimmt die Klinikleitung, um Ihren Arbeitsplatz so auszustatten, dass Sie Ihre Leistung auf hohem Niveau erbringen können?
- Werden Clinical Pathways so gestaltet, dass Sie nicht in unsinnigen Prozessen Ihrer Arbeitskraft und -freude beraubt werden?

- Wie nachhaltig wird die Personalpolitik in Ihrem Haus betrieben, um Vakanzen zu vermeiden? Welche strategischen Rahmenbedingungen schafft das Management in Ihrer Klinik, damit Demotivationsfaktoren gar nicht erst evident werden?

#### Tatort Demotivation

Vier »Tatorte« machen aus engagierten Ärzten innere Emigranten oder treiben sie zur Flucht aus dieser Klinik:

- Die Aufgabe übersteigt das fachliche Können.
- Der Arzt empfindet diese Aufgabe als unpassend.
- Der Arzt stößt ständig an Handlungsgrenzen, etwa durch hierarchische Befugnisse.
- Die Klinikorganisation lässt eine Weiterentwicklung nicht zu, etwa durch eine Politik der Stellenbesetzung.

### 2.3 Klinik als Organismus – Steuern Sie dem Zerfall entgegen

»Die Industrialisierung der Marke Krankenhaus mit QM, DRG und EBM und starren Rollenbildern statt individueller Verantwortung«, schreibt das Hessische Ärzteblatt (2008, S. 224) in seinem Beitrag »Stress und Burnout bei Ärzten – Enttabuisierung tut not«, tue ihr übriges, um Ärzte zu bremsen statt sie gestalten zu lassen. Mit diesem Buch möchten wir Sie ermutigen, Ihre Gestaltungskraft – wieder – zu entdecken, um die Handlungsspielräume zu nutzen, die Ihnen in der Organisation Krankenhaus zur Verfügung stehen. Denn allein das Beklagen arbeitsfeindlicher Strukturen hilft nicht weiter. »Eine wichtige Grundvoraussetzung«, mahnt das Deutsche Ärzteblatt (2010, 107) in seinem Beitrag »Arbeitszufriedenheit von Klinikärzten: Wege aus dem Jammertal«, sei die Entwicklung

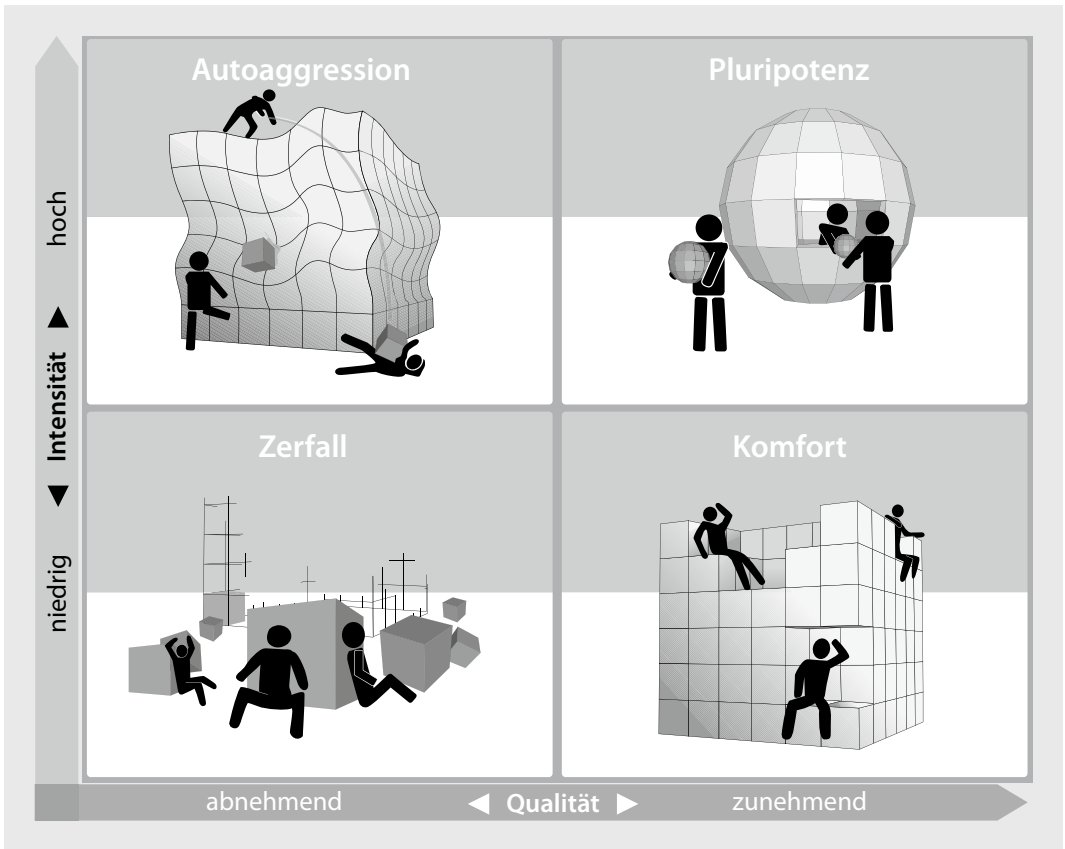
»eines unternehmerischen Selbstverständnisses bei Klinikärzten, das auch den Willen zur Gestaltung des eigenen Arbeitsbereichs umfasst«. Eine sorgfältige Anamnese und Diagnose Ihrer Klinik ist lohnenswert. Welche kollektive Energie (■ Abb. 2.2) herrscht in Ihrer Klinik? Jedes Individuum kennt die »Gemütszustände« größter Schaffenskraft oder zermürender Resignation. Die individuellen »Gemütszustände« aller Beschäftigten bilden sich in ihrer Potenz im »Organismus« Klinik ab. Hier wirken auch Sie als Chefarzt entscheidend mit.

#### Energiezustände in der Klinik (nach Hollmann u. Daniels 2011)

- **Pluripotenz:** In dieser Klinik oder dieser Abteilung herrschen eine hohe Wachsamkeit für Entwicklungen und eine ausgeprägte Interaktion – und damit ein Zustand höchster Schaffenskraft.
- **Autoaggression:** Ein Großteil der vielfältigen Aktivitäten richtet sich auf interprofessionelle Konkurrenzkämpfe und Abteilungsgegoismen. Die Protagonisten in der Klinik behindern sich gegenseitig.
- **Komfort:** Die Klinik hat sich im Status quo eingerichtet, es gibt kaum Differenzen. Die Aufmerksamkeit für Entwicklungen und externe Herausforderungen ist schwach.

**Zerfall:** Erschöpfung, Enttäuschung, Frustration beherrschen die Klinikatmosphäre – oft eine Folge misslungener Change-Prozesse. Man kann hier von einem Klinik-Burnout sprechen.

Pluripotent sind Stammzellen, die sich zu jedem Zelltyp differenzieren können. Autoaggression und Zerfall bilden sich im menschlichen Organismus beispielsweise in Autoimmunerkrankungen oder bei chronifiziertem Stress ab (► Abschn. 3.3.2).



■ Abb. 2.2 Energiezustände

In vielen Kliniken ist eine autoaggressive Grundstimmung zu beobachten oder eine des Zerfalls. Selbst wenn Sie und Ihre Klinik sich noch in der Komfortzone befinden, dürfte im konkurrenzbetonten Klinikmarkt dieser Zustand nur von begrenzter Dauer sein.

### Aus dem Klinikalltag: Grabenkämpfe um die chest pain unit

Sie war der Stolz der Klinik. Mit dieser Abteilung hob sich das Haus von seinen Wettbewerbern deutlich ab – bis zum heutigen Tag. Welche Abteilungsegoismen und -kämpfe sich intern entwickeln würden, ahnte zum Zeitpunkt der Eröffnung niemand. Die Chest Pain Unit steht unter Leitung von Kardiologen, zunehmend führt dies

zu Reibereien mit den Chefärzten anderer interistischer Abteilungen. Manche Patienten, die aufgrund von Brustschmerzen und Luftnot in die Chest Pain Unit eingewiesen wurden, hätten nach einer ersten Untersuchung in die Gastroenterologie oder Nephrologie verlegt werden müssen. Dies aber ist nicht geschehen, »das Magenulcus« oder »die Hepatitis« bleiben bis zu ihrer Entlassung in der Kardiologie – für die nächste Budgetrunde ein klarer Positionsnachteil der Gastroenterologen und Nephrologen.

Im Chest-Pain-Unit-Fall zeichnet sich eine Stimmung der Autoaggression ab, die Lösung könnte beispielsweise in einem gemeinsamen Beschluss der Chefärzte liegen, einen neutralen ärztlichen Manager einzustellen, der sich um die Einhaltung der gemeinsam beschlossenen Regeln für



die Chest Pain Unit, die Notaufnahme und die verschiedenen Fachbereiche kümmert.

Im Regelfall stellen sich Situationen weniger deutlich dar, gekennzeichnet eher durch ein diffuses Unbehagen. Welche Indikatoren stehen Ihnen als Leitendem Arzt dann zur Verfügung, um Ihre Einschätzung zu verifizieren, und was können Sie tun, um erforderlichenfalls gegenzusteuern? Im Fall »Chest Pain Unit« haben Sie bereits mindestens einen Indikator dingfest gemacht: Hier waren Funktionen im Vorfeld nicht hinreichend bedacht worden. Bei allen Indikatoren zur Bestimmung der organisationalen Energie in Ihrer Klinik und als Instrumente zum Gegensteuern ist das Verhältnis von Quantität und Qualität, von Aufwand und Ergebnis entscheidend.

#### Indikatoren für Energiezustände in der Klinik

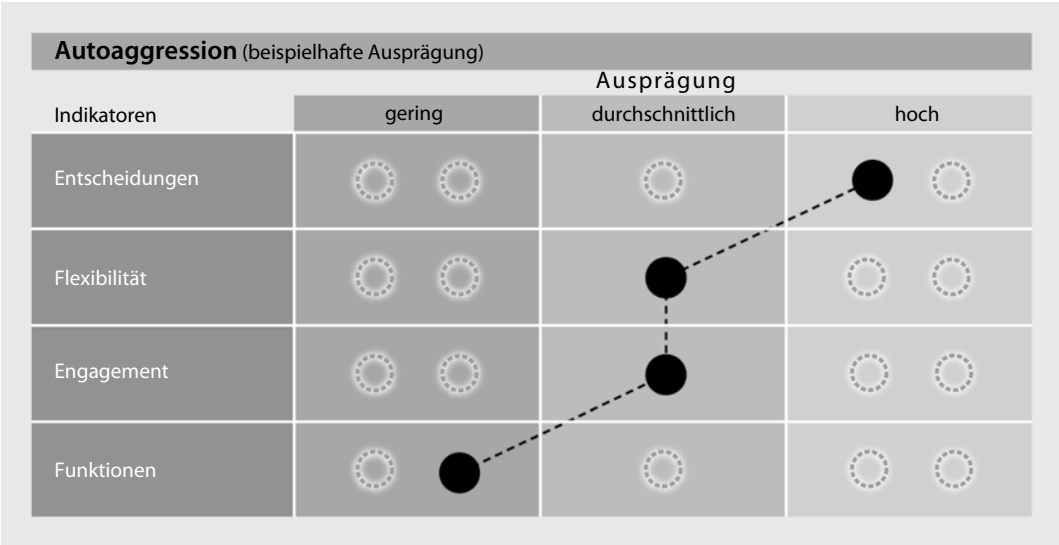
- **Entscheidungen:** Sind die Entscheidungsprozesse unangemessen zäh oder aktionistisch übereilt? Werden Entscheidungen nachhaltig umgesetzt oder steht kurze Zeit später schon wieder das Erfordernis einer erneuten Entscheidung ins Haus?
- **Flexibilität:** Sind Ihre ärztlichen Kollegen Neuerungen gegenüber zunächst ablehnend oder aufgeschlossen? Können Ihre Kollegen mit den erstrebten Neuerungen dann auch umgehen?
- **Engagement:** Betrachten Ihre ärztlichen Kollegen Informationen und Leistungen der Klinik eher als Bringschuld der Klinik oder eher als Holschuld?
- **Funktionen:** Sind für spezielle Aufgabenstellungen in Ihrer Klinik oder Ihrer Abteilung adäquate Funktionen definiert? Etwa für die Überprüfung der DRG-Dokumentationen? Und sind diese Funktionen mit den ärztlichen Kollegen besetzt, die diese Aufgabe qualifiziert und mit Engagement wahrnehmen?

In einem autoaggressiven »Klinikorganismus« könnte sich folgendes Bild abzeichnen:

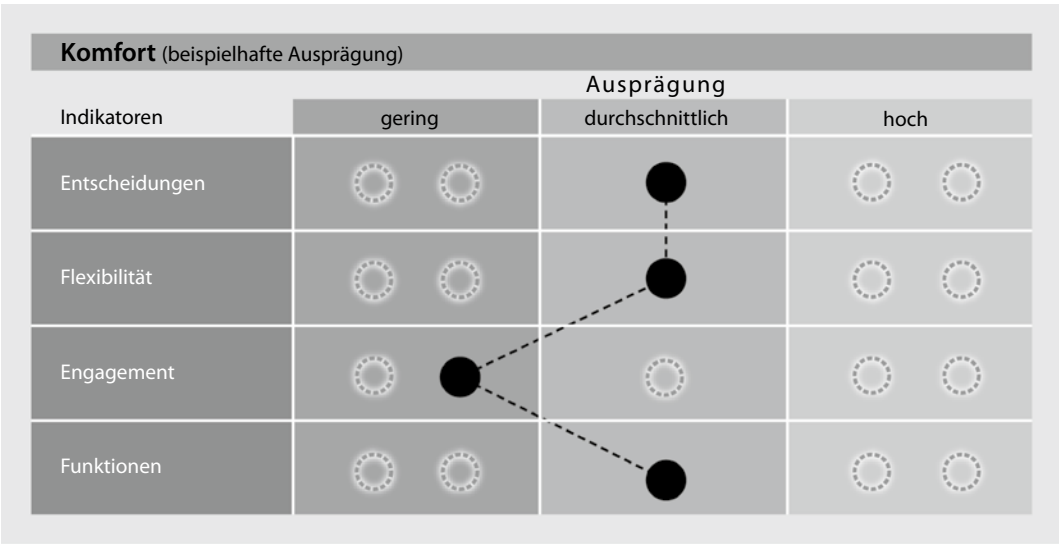
- Es werden zwar unablässig neue Entscheidungen getroffen und es herrscht das Empfinden ständigen Drucks. Zugleich aber gibt es um fast alle Entscheidungen Kontroversen, weil immer mindestens eine Berufsgruppe oder Abteilung sich benachteiligt fühlt.
- Die Mitarbeiter der Klinik sind außerordentlich flexibel, was Neuerungen betrifft, hier ist aber der treibende Motor das Konkurrenzdenken: Welche Abteilung ist die innovativste in der Klinik?
- Das Engagement der ärztlichen Mitarbeiter ist zwar hoch, richtet sich aber vornehmlich auf die Festigung des eigenen Status oder das Vorantreiben der eigenen Karriere.
- Die Funktionen für unterschiedliche Aufgabenstellungen werden in raschem Wechsel neu definiert, eine nachhaltige Besetzung mit den ärztlichen Mitarbeitern, die diese Aufgabe auch überzeugt und kompetent ausüben, findet nicht statt.

Diese Interdependenzen sind in der Abbildung »Autoaggression« dargestellt (■ Abb. 2.3). Wie sich Indikatoren im ‚Komfort‘, im ‚Zerfall‘ und in der Pluripotenz darstellen, entnehmen Sie den ■ Abb. 2.4, ■ Abb. 2.5 und ■ Abb. 2.6.

Wie können Sie als Leitender Arzt Ihre Arbeitsplatzzufriedenheit und die Ihrer ärztlichen Mitarbeiter steigern? Eine nachhaltige Teamentwicklung mit passgenauen Funktionen kann das Arbeitsklima in einer Abteilung positiv fördern und das Stresslevel aller Beteiligten entscheidend senken. In dem Buch »Führungskompetenz für Leitende Ärzte im Krankenhaus« wird dieser wichtige Verantwortungs- und Gestaltungsbereich Leitender Ärzte eingehend dargestellt und mit Tools vermittelt. Anhand unseres nächsten Falles aus dem Klinikalltag erhalten Sie einen ersten Eindruck, welche Handlungsspielräume zur Verfügung stehen (Hollmann 2012). Wenn allerdings Zerfall oder Autoaggression das Klima der gesamten Klinik kennzeichnen



■ Abb. 2.3 Autoaggression



■ Abb. 2.4 Komfort

und Ihre Abteilung allein wenig bewirken kann, sind die Klinikleitung, der ärztliche Direktor und das Chefarzttegremium in der Pflicht. Erforderlichenfalls sollten Sie sich in diesem Fall nicht scheuen, bei der Klinikleitung externe Beratungs- und Coaching-Expertise zu beantragen.

**Aus dem Klinikalltag: Forscher und Umsetzer**  
Chefarzt Professor Dr. Rüdiger Kranz hat ein Funktionsdiagramm seiner Abteilung erstellt. Er hat festgestellt, dass viele Ärzte in seinem Team vertreten sind, die sich bevorzugt der Forschung widmen und an Publikationen arbeiten. Eine Lücke in den Arbeitspräferenzen verzeichnet Kranz

Leistungsbalance für Leitende Ärzte  
Selbstmanagement, Stress-Kontrolle, Resilienz im  
Krankenhaus

Hollmann, J.; Geissler, A.

2013, XII, 103 S. 21 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-29333-7