

SWR2 Wissen

Königreich Krankenhaus

Der Frust mit starren Hierarchien

Von Anja Schrum und Ernst-Ludwig von Aster

Sendung: Mittwoch, 24. Februar 2016, 08.30 Uhr

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Sonja Striegl

Produktion: SWR 2016

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Service:

SWR2 Wissen können Sie auch als Live-Stream hören im **SWR2 Webradio** unter www.swr2.de oder als **Podcast** nachhören: <http://www1.swr.de/podcast/xml/swr2/wissen.xml>

Die **Manuskripte** von SWR2 Wissen gibt es auch **als E-Books für mobile Endgeräte** im sogenannten EPUB-Format. Sie benötigen ein geeignetes Endgerät und eine entsprechende "App" oder Software zum Lesen der Dokumente. Für das iPhone oder das iPad gibt es z.B. die kostenlose App "iBooks", für die Android-Plattform den in der Basisversion kostenlosen Moon-Reader. Für Webbrowser wie z.B. Firefox gibt es auch sogenannte Addons oder Plugins zum Betrachten von E-Books:

Mitschnitte aller Sendungen der Redaktion SWR2 Wissen sind auf CD erhältlich beim SWR Mitschnittdienst in Baden-Baden zum Preis von 12,50 Euro.
Bestellungen über Telefon: 07221/929-26030

Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert.
Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de

MANUSKRIFT

MUSIKAKZENT

Take 1 - Paul Brandenburg:

Ich selbst habe PJ in einem Krankenhaus gemacht, wo wir einen Chefarzt hatten, fünf PJler, und zwei Oberärzte, die abwechselnd da waren an den verschiedenen Tagen. Und die Lektion war von Anfang an: Wer Widerworte gibt, fliegt raus.

MUSIKAKZENT

Take 2 - Paul Brandenburg:

Ich habe in der zweiten Woche gefragt, was das soll, warum ich von morgens bis abends Blut abnehme, ich sollte doch Arzt werden und Blut abnehmen könne ich schon und da gäbe es andere Dinge. Und da wurde mir sofort gedroht, ob ich denn riskieren möchte, dass mir hier mein PJ attestiert wird und zertifiziert wird. Ich solle doch Bedenken, dann müsse ich eventuell ein ganzes halbes Jahr wiederholen...

Anmoderation:

„**Königreich Krankenhaus - Der Frust mit starren Hierarchien**“. Eine Sendung von Anja Schrum und Ernst-Ludwig von Aster.

Atmo: Cafe

Sprecher:

Dr. Paul Brandenburg sitzt in einem Cafe und erinnert sich an seine Zeit als PJler. Das sogenannte „Praktische Jahr“ steht für jeden Mediziner am Ende des Studiums. Der Arzt bestellt sich einen Tee. Seit einigen Wochen ist der Mediziner wieder zurück in Berlin. Zuvor hat er ein paar Monate in Hamburger Flüchtlings-Erstaufnahmehäusern gearbeitet.

Take 3 - Paul Brandenburg:

Ich bin hauptberuflich Notarzt und Notfallmediziner, arbeite in Krankenhäusern, Notarztstellen oder eben auf dem Notarztwagen. Und das eben in ganz Deutschland, weil ich Honorararzt; also Freier, bin, der immer da gebucht wird, wo eben gerade der Mangel besonders groß ist.

Sprecher:

Von der Ostsee bis zum Schwarzwald ist der Mediziner im Einsatz. Immer da, wo Personalnot herrscht. Und das ist an vielen Orten der Fall. Brandenburg ist ein moderner Wanderarzt. Er hat in vielen Krankenhäusern gearbeitet, die oft eingefahrenen Strukturen erlebt. **Paul Brandenburg ist einer der wenigen Ärzte, die sich trauen, öffentlich über die starren Strukturen zu sprechen. Die sind auch für Patienten einfach zu erkennen,** sagt er schmunzelnd.

Take 4 - Paul Brandenburg:

Das sehen sie an der Visite sehr genau, denn die Schreitens-Ordnung, der Vorantritt in der Visite gilt selbstverständlich dem Ranghöchsten, es folgen die Sekundanten und Adjutanten, zweiter und dritter Ordnung, und ganz hinten macht die Schwester die Tür zu. Und so, und das ist das Witzige, im engen Zimmer, sehen sie, dass der

ganze Pulk sich so schwenkt und so drängt, dass der Chef vorne geht und alle versuchen, wie im Fluss umeinander rumzukommen, dass ja die Gruppenformation erhalten bleibt. Das ist zum Schreien.

Sprecher:

Das starre ärztliche Hierarchie-System aus Chefarzt, Oberarzt, Facharzt, Assistenzarzt bestimmt den Arbeitsalltag in vielen Kliniken.

Take 5 - Paul Brandenburg:

Der Chefarzt ist eigentlich der Dreh- und Angelpunkt dieses ganzen, absurden Systems. In der Medizin funktioniert das so: Sie machen ihr Studium fertig, dann sind sie approbierter Arzt. Das bringt ihnen gar nichts. Sie brauchen dann 5-6 Jahre Facharzt-Weiterbildungszeit, die sie an einem Krankenhaus vor allem absolvieren müssen. Das bedeutet letztlich: Sie verdingen sich irgendwo als Knecht an einer Klinik, überschreiben sich mit Haut und Haaren diesem Weiterbilder. Und der macht nach Belieben mit ihnen, was er möchte.

Sprecher:

Für jede Facharzttrichtung gibt es einen Aus- und Weiterbildungskatalog der jeweiligen Landesärztekammer. Dort ist festgelegt, welche Untersuchungs- und Behandlungsverfahren wie häufig vor einer Facharztprüfung durchgeführt werden müssen. Am Ende aber entscheidet der Chefarzt, ob sein Assistenzarzt für die Facharztprüfung bereit ist.

Take 6 - Paul Brandenburg:

Und wenn der sagt, sie sind einfach noch nicht so weit, dann haben sie Pech gehabt, dann können sie zehnmals beweisen, was sie alles gemacht haben, sie können das lückenlos dokumentieren, es gibt keine Instanz auf dieser Welt vor die sie treten könnten, um sagen zu können, hör mal, ich habe das alles gemacht... Und in diesem Klima, wo sie ganz genau wissen, es ist das ganze Wohlwollen ihres Chefs, werden sie sich das zehnmals überlegen, ob sie ihre Meinung sagen.

Sprecher:

Folgen und Schweigen. Auf keinen Fall widersprechen. So hat Brandenburg seine Fortbildungszeit in Erinnerung. 2011 machte er dennoch seinen Facharzt in Anästhesie und Intensivmedizin. Bis dahin musste er mehrfach das Krankenhaus wechseln, weil er seinen Mund nicht halten wollte.

MUSIKAKZENT

Sprecher:

Schon 1972 forderte der Deutsche Ärztetag in seiner sog. „Westerländer Erklärung“ einen Wandel im Krankenhaus, weg von den starren Hierarchien, hin zur kollegialen Zusammenarbeit. Das Ärzteblatt fasst die Forderungen so zusammen:

Zitatorin:

...die Patienten sollen in geregelter kollegialer Zusammenarbeit von der Fachgruppe versorgt werden. Dieses Team soll aus erfahrenen Fachgruppenärzten und einem koordinierenden leitenden Arzt bestehen und von in Weiterbildung stehenden Stationsärzten unterstützt werden.

Sprecher:

Mehr als 40 Jahre sind seitdem vergangen, regelmäßig wurde die Forderung nach einem Teamarztmodell auf Ärztetagen wiederholt. Geschehen ist bis heute wenig.

Take 7 - Werner Fleischer:

Das war schlichtweg zu früh, 72. Dort waren wir mitten im hochhierarchischen Handeln in den Kliniken. Ich kann mir vorstellen, dass heute und ich weiß es auch aus verschiedenen Projekten heraus, dass wir Doppelspitzen reinbringen, wo zwei Chefärzte ein Gebiet gemeinsam verantworten. Das ist heute eher denkbar als 72, allerdings erfordert das eine sehr gute Strukturierung.

Sprecher:

Werner Fleischer arbeitet als selbständiger Berater und Coach. Sein Büro liegt in Seevetal bei Hamburg, doch er ist bundesweit gefragt. Denn Fleischer hat sich auf das Gesundheitswesen spezialisiert, berät Praxen, Kliniken und Krankenhäuser.

Take 8 - Werner Fleischer:

D. h. ich bin sowohl in kommunalen Häusern, ich bin in Privatkliniken, universitären Häusern, konfessionellen Häusern und begleite dort die Führungskräfte in allen Berufsgruppen und allen Hierarchieebenen in Fragen von Führungs- und Veränderungsprozessen, in Fragen von Konfliktlösungen und Strategieentwicklung.

Sprecher:

Keine Branche in Deutschland ist so getrieben von Veränderungen wie die Gesundheitsbranche, findet Fleischer. Mit der Einführung der DRGs, also der Diagnose-bezogenen Fallpauschalen, vor über zehn Jahren sollte mehr Wirtschaftlichkeit und mehr Wettbewerb im Krankenhaus Einzug halten. Das Abrechnungssystem hat den Klinik-Alltag umgekrempelt. Es geht nicht mehr nur um gute Medizin und funktionierende Dienstpläne, sondern auch um Prozessoptimierung und Fallzahlsteigerung, um sinkende Liegezeiten und steigende Erlöse. All das in Einklang zu bringen – das ist heute die Aufgabe von Chefärzten und Chefärztinnen. Auf diese Anforderung, werden sie allerdings so gut wie gar nicht vorbereitet.

Take 9 - Werner Fleischer:

Das Studium selbst hat einen Wandel durchgemacht, es ist relativ verschult, es ist sehr viel Stoff, der verarbeitet werden muss und die Ärzte und Ärztinnen haben den Beruf ergriffen, um Krankheiten zu bekämpfen und Menschen zu heilen, sie haben nie daran gedacht, dass sie irgendwann mal, wenn sie Chef sind, wenn sie Oberarzt sind, dass sie dann Prozesse optimieren müssen, dass sie Mitarbeitergespräche führen müssen, dass sie mit den Geschäftsführern über die Ziele ihrer Klinik reden, diese Aufgaben machen Chefärzte und Chefärztinnen heute immer noch in der Regel aus dem Bauch heraus.

Sprecher:

Manche lassen sich aber auch beraten: 60 Prozent seiner Beratungszeit entfallen auf sogenannte Einzel-Coachings, schätzt Fleischer. Sie finden entweder im Auftrag der Klinikleitung statt oder werden von Chef- bzw. Oberärzten selbst gebucht. Häufig ohne dass jemand im Krankenhaus davon weiß. Einfach weil der Betreffende erkannt hat, dass er allein nicht weiterkommt:

Take 10 - Werner Fleischer:

Das ist das Thema schwieriger Mitarbeiter. Das ist eine Gruppendynamik, die gestört ist zwischen Chefarzt und Oberarzt. Das ist vielleicht aber auch die Spannung und Anspannung zwischen Chefarzt und Geschäftsführung bzw. Vorstand. Das hat aber auch etwas zu tun mit Prozessen, die optimiert werden müssen im Rahmen von Zertifizierung und Re-Zertifizierung... (abblenden)

Sprecher:

Nur wenige Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit von Klinikmedizinerinnen fragen explizit nach dem Verhältnis zum Vorgesetzten bzw. nach dessen Führungsstil. Eine Umfrage des Marburger Bundes, genauer: der Landesverbände Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, zeigt, dass mehr als ein Drittel der befragten Klinikärzte von ihren Vorgesetzten nicht so behandelt werden, wie sie es sich wünschen. 21 bzw. 24 Prozent gaben an, dass Kritik an ihnen nicht sachlich bzw. konstruktiv geäußert wurde. Werner Fleischer wundert das nicht: In punkto Mitarbeiter-Führung hinken viele Kliniken der Entwicklung in Industrie und Handel um mindestens 15 Jahre hinterher.

Take 11 - Werner Fleischer:

Heute sind wir eher in Industrie und Handel im partnerschaftlichen Dialog. Und ich kann sagen, so in den letzten Jahren, ja ich merk das auch in meiner Selbstständigkeit, dass auch das letzte Bollwerk der Hierarchie wankt, d. h. auch die Kliniken und Krankenhäuser kommen jetzt in eine Situation hinein, bei denen sie nicht mehr in alter Chefarzt-Manier Mitarbeiter führen können und sollten.

Sprecher:

Der autoritäre Führungsstil, der ganze Ärztegenerationen prägte, ist ein Auslaufmodell. Gleichwohl tragen Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten im „System Krankenhaus“ zu einer Hierarchisierung bei.

Take 12 - Werner Fleischer:

Zum Beispiel in einer orthopädischen Ambulanz, wo es darum geht, ob eine Patientin ein Hüftgelenk braucht oder nicht ein neues. Dann kann/muss der Assistent diese Dame untersuchen, er kann auch sagen, was er vorhat, er muss aber dieses Untersuchungsergebnis abnehmen lassen. Und hier entsteht so etwas wie Hierarchie, denn welcher Oberarzt ist jetzt frei, um diese Patientin in der Ambulanz zu dem Zeitpunkt abnehmen zu können.

Sprecher:

Hinzu kommen strafrechtliche Konsequenzen. Denn bei Behandlungsfehlern etwa hält nicht allein der Assistent den Kopf hin, sondern immer auch der Chef:

Take 13 - Werner Fleischer:

Und der Staatsanwalt klopft natürlich bei jemandem, der die Organisationsverantwortung hat und bei jemandem, der die Umsetzungsverantwortung hat. Ein Facharzt kann die Umsetzungsverantwortung gehabt haben, einen Fehler gemacht haben, gleichzeitig wird der Chefarzt aber gefragt, hatten sie nachvollziehen können, dass der Oberarzt noch gar nicht in der Lage war, dies tun zu können? Hatten sie vielleicht jemanden dort an die Aufgabe heran gesetzt, der dazu – aufgrund seiner OP-Menge – noch gar nicht in der Lage

war? Also Hierarchie entsteht durch Wissen, Hierarchie entsteht durch Paragraphen und dann gibt es natürlich noch das, was so das Zwischenmenschliche ist, wie Menschen in Systemen arbeiten und wie sie mit anderen Menschen umgehen. Das ist so, wie Hierarchie entsteht und auch gefestigt wird.

Sprecher:

Dass sie auch überwunden werden können, zugunsten einer eher partnerschaftlichen Zusammenarbeit, das zeigt ein Beispiel aus dem äußersten Nord-Westen Deutschlands.

Geräusch-Take 1: Krankenhaus-Flur

Sprecher:

„Achtung Stolpergefahr – leichtes Gefälle“ warnt ein Schild. Es geht leicht abwärts auf dem Krankenhausflur im St. Bernhard-Hospital im niedersächsischen Brake. Das 15.000-Einwohner-Städtchen an der Unterweser liegt weitab von jeder Großstadt. 35 Kilometer sind es bis Oldenburg, 70 bis Bremen.

Geräusch-Take 1: Krankenhaus-Flur (hoch)

Sprecher:

Jörn Glock kommt den Gang entlang. Der große, sportliche Arzt grüßt die Patienten, die vor den Sprechzimmern warten. Es ist voll in der Abteilung für Innere Medizin. Vor zehn Jahren sah es noch ganz anders aus.

Take 14 - Jörn Glock:

Wirtschaftlich sah es für das St. Bernhard nicht so toll aus, wir hatten Probleme, die Patientenzahlen waren rückläufig und die allgemeine Politik hier im Haus war kontraproduktiv, sage ich mal.

Sprecher:

Jörn Glock muss immer noch tief durchatmen, wenn er daran zurückdenkt. Die Stimmung war schlecht, die Mediziner mit ihrer Facharzt-Ausbildung unzufrieden, das Image der Klinik am Boden. Die niedergelassenen Ärzte überwiesen ihre Patienten lieber an die großen Kliniken in Bremen und Oldenburg.

Take 15 - Jörn Glock:

... Und ich hatte mit meinem Kollegen Dr. Bigge, wir waren beide damals die Oberärzte und haben dann auch mal so ein bisschen recherchiert, was man da machen könnte, um die Wende herzustellen, bei der schlechten wirtschaftlichen Situation. Und die damalige Situation war so, dass unser alter Chefarzt doch so langsam an Rente dachte und wir uns mit dem Verwaltungschef zusammengesetzt haben, und haben dem unsere Ideen dargelegt. Der war begeistert und hat uns zweifachen Ärzten die Leitung der Inneren Abteilung übergeben...

Sprecher:

Das war die Geburtsstunde des Braker Modells im Jahre 2005. Die Oberärzte nutzten das Machtvakuum für eine grundlegende Neuorganisation, die Verwaltung spielte mit, verzichtete auf die Ausschreibung der Chefarztstelle. Fortan leiteten die beiden Oberärzte gemeinsam die Abteilung. **Später kam noch ein dritter Kollege**

hinzu. Zuerst besuchten sie ihre niedergelassenen Kollegen und warben für ihr neues Modell. Wo immer es möglich war, wurden Mediziner im Krankenhaus von nichtärztlichen Tätigkeiten befreit. Die Ausbildung der Assistenzärzte wurde neu organisiert:

Take 16 - Jörn Glock:

Das Neue ist im Prinzip, die Assistenten relativ früh an die Hand zu nehmen, von einem Facharzt, das heißt wenn die Patienten aufgenommen werden in der Aufnahmestation gleich fachlich zu betreuen, denen Struktur zu vermitteln, das war das eine und das andere sie relativ früh an diagnostische Möglichkeiten heranzuführen, wie Ultraschall und Endoskopie. Solche Möglichkeiten gibt es in anderen Kliniken eigentlich kaum in der Art und Weise, weil da ja immer die Fachärzte den Vorspieler machen.

Sprecher:

Flache Hierarchien, Ausbildung der Assistenzärzte vom ersten Tag – das Braker Modell funktioniert auch wirtschaftlich. Fünf Jahre nach dem Start schreibt die Ärztezeitung:

Zitatorin:

Im St.-Bernhard-Hospital im niedersächsischen Brake haben drei leitende Fachärzte die Neuorganisation der internistischen Station in die Hände genommen. Das Ergebnis: flache Hierarchien, voll besetzter Stellenplan, kürzere Liegezeiten, euphorisierte Assistenzärzte – und schwarze Zahlen. Und das, obwohl die Klinik 2003 vor dem Aus stand.

Sprecher:

Wehmütig denkt Jörn Glock an diese Zeit zurück. 2013 starb überraschend sei Freund und Kollege Jörg Bigge, der jahrelang die treibende Kraft hinter dem Braker Modell war. Doch die Idee lebt weiter. Und lockt noch immer junge Mediziner an die Unterweser.

Atmo: Flur

Sprecher:

Glock bittet in einen hellen Besprechungsraum. Dort warten zwei Kollegen. Judith Lehmann, Assistenzärztin und Jörg Rehlinghaus, Oberarzt. Das Trio scherzt, man duzt sich. Jörg Rehlinghaus war einer der ersten Assistenzärzte, die das Braker Modell in die Kleinstadt an der Unterweser zog. Vorher, während der Ausbildung, arbeitete er erst in Hamburg und dann im Rheinland an Universitätskliniken.

Take 17 - Jörg Rehlinghaus:

De facto hat eigentlich keine Betreuung stattgefunden. Ich bin da morgens hingekommen, habe meine 35-45 Patienten vorgefunden, die Leute, die mich hätten unterstützen sollen, die Assistenten, die waren woanders eingesetzt, fast regelhaft, die Oberärzte haben sich sehr zurückgehalten, was ihre Dienstpflicht anging, das war also ganz oft, dass ich die Patienten alleine betreut habe. Und dann abends so gegen 21.30 Uhr nach Hause gegangen bin in der Hoffnung niemanden umgebracht zu haben und völlig fertig war. Und das habe ich ein Jahr gemacht und dann habe

ich mir gedacht, irgendwie muss das Leben auch noch aus was anderem bestehen. Habe gesagt diese Form der Medizin möchte ich nicht mehr machen...

Sprecher:

Rehlinghaus entschied sich für ein Aufbaustudium in „International Health“.

Ging dann nach Indien, arbeitete dort drei Jahre als Arzt. Als er nach Deutschland zurückkehrte, las er eine ungewöhnliche Stellenanzeige im Ärzteblatt:

Take 18 - Jörg Rehlinghaus:

In der nicht drin stand, dass die eierlegende Wollmilchsau gesucht worden ist: nämlich mit fünf Jahren Erfahrung, Notarztschein und auch sozial ein toller Typ. Sondern das drinstand: Was können wir für sie tun: Wollen sie Punktionen lernen, wollen sie eine ordentliche Ausbildung haben usw.

Sprecher:

Rehlinghaus wechselte nach Brake. Und kam in den ersten Monaten aus dem Staunen kaum heraus. Medizin machte ihm plötzlich wieder Spaß.

Take 19 - Jörg Rehlinghaus:

Die Erleichterung: Mensch, Medizin kann auch anders sei. Da können auch Leute dir freundlich was erklären. Können dich früh, wie es bei mir auch der Fall war, von Tag eins in der Endoskopie tätig war. Und nicht 2, 3 Jahre als Urinkellner über die Station gelaufen bin, sondern man durfte direkt ganz viel machen. Und das war einfach ein Riesenschnitt im Vergleich zu den anderen Sachen, die ich vorher erlebt hatte.

Sprecher:

Heute steht „Oberarzt“ auf seinem Namensschild. Rehlinghaus grinst. Und deutet auf seine Kollegin Jutta Lehmann. Sie ist seit 2012 Assistenzärztin:

Take 20 - Jörg Rehlinghaus:

Frau Lehmann darf auch die Wahrheit sagen, das haben wir auch gesagt, hahaha. Wir haben auch gesagt, dass es nicht live ist. So, dass sie uns nicht richtig beleidigen kann (alle lachen).

Sprecher:

Judith Lehmann lächelt.

Take 21 - Judith Lehmann:

Mein Hintergedanke war so ein bisschen; Ich brauche eine fundierte Ausbildung für mein gesamtes Berufsleben, Wenn ich eines Tages allein in der Praxis sein sollte dann muss ich mir sicher sein in dem was ich tue. Das heißt ich brauche anfangs eine fundierte Grundlage. Und dafür gehe ich dann auch mal in die Wesermarsch.

Sprecher:

Natürlich hätten sie auch Stress, gibt Oberarzt Rehlinghaus zu. Arbeitszeitverdichtung, Personalengpässe. Die Belastungen aber tragen hier alle gemeinsam. Nicht nur die Mediziner, auch Ärzte und Pflegekräfte kooperieren. Denn nur so kann das Modell funktionieren. Finanziell hat es sich für die Klinik schon lange

ausgezahlt. Das Krankenhaus genießt das Vertrauen der niedergelassenen Kollegen. Heute kommen pro Jahr rund 3.400 Patienten zur Behandlung, gut eintausend mehr als vor zehn Jahren. Während Oberarzt und Assistenzärztin erzählen, schweigt Jörn Glock. Der Chefarzt hört aufmerksam zu. Er weiß, dass er in medizinischen Belangen das letzte Wort hat. Das aber spricht nicht gegen flache Hierarchien im Berufsalltag.

Take 22 - Jörn Glock:

Ich denke mal, flache Hierarchie heißt ja auch, ich hole mir auch was von den Assistenten ab. Dass wir davon, letztendlich auch als obere, davon profitieren, dass wir alle gut zusammenarbeiten. Und ich abends nachhause gehen kann und sage, das war ein schöner Tag. Wo wir viel gelacht haben auch, das muss auch mal gesagt werden. Ich finde, wenn ich hier rausgehe und habe nicht einmal gelacht, dann habe ich einen verlorenen Tag gehabt. So sehe ich das...

Sprecher:

Noch sind Strukturen wie in Brake eher die Ausnahme in der deutschen Krankenhaus-Landschaft. Genaue Zahlen gibt es nicht. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat keine Daten darüber, in wie vielen Häusern sog. Team-Arztmodelle praktiziert werden. Der Wechsel vom alten, autoritären Modell zu einem partnerschaftlichen Führungsstil, ist nicht immer einfach, weiß Klinik-Coach Werner Fleischer und nennt ein häufiges Beispiel:

Take 23 - Werner Fleischer:

Wenn jemand als Chefarzt einem Chefarzt folgt, der jetzt in Ruhestand gegangen ist und wenn der Chefarzt, der vorher da war, allein autoritär noch geführt hat, und der neue Chefarzt beginnt vom ersten Tag an partnerschaftlich zu führen – das kann er nicht gewinnen. Wenn jemand jetzt partnerschaftlich führt, dann schafft er ein Vakuum, mit dem die Mitarbeiter jetzt erst mal auf allen Ebenen überfordert sind, zumindest 80 Prozent. D. h. man muss die Mannschaft zunächst partnerschaftlich heranzuführen, im Denken, im Klinikalltag. Alles andere wäre eine Überforderung.

Sprecher:

Fleischer empfiehlt den Chefärzten ihre Oberärzte von Anfang an mit ins Boot zu holen. Sie sollen ein sogenanntes Mentoring-System etablieren, das jeden Assistenten einem Oberarzt zuordnet...

Take 24 - Werner Fleischer:

Damit führt ein Oberarzt vielleicht drei Assistenten und über zwei Jahre ist er für diese Assistenten und deren Entwicklung verantwortlich, egal wo sie rein rotieren, ob sie zurzeit auf der Intensiv sind, ob sie im OP sind oder ob sie ambulant sind.

Sprecher:

Führen – das heißt für Fleischer: Einfluss nehmen auf das Verhalten anderer, um gemeinsam Ziele zu erreichen. Nicht mehr über den Stationsflur brüllen, sondern reden. Nicht nur anordnen, sondern erläutern...

Take 25 - Werner Fleischer:

Und das heißt ganz konsequent: Führung muss heute sowohl eine hohe Mitarbeiterorientierung haben, was kann er, was will er, wie tickt er, was kann ich ihm

zur Verfügung stellen, wie konsequent kann ich sein mit ihm. Und auf der anderen Seite eine hohe Ergebnisorientierung. Ich muss schon Wert darauf legen, dass die Wartezeit in einer Notfallambulanz nicht 5, 6 h dauert, sondern, dass sie auf 90 Minuten runtergefahren wird.

Sprecher:

Fleischer möchte die Chefärzte soweit coachen, dass sie über Gespräche ihre Mitarbeiter motivieren.

Diese Art von Führung fordert auch die Generation ein, die in den letzten Jahren in die Kliniken drängt. Die sogenannte Generation Y, auf Englisch auch „Why“ genannt, geboren in den 80er und 90er Jahren. Eine Generation – die anders als die vorherigen – Wert legt auf geregelte Arbeitszeiten und eine ausgeglichene Work-Life-Balance.

Einerseits, so die Erfahrung von Werner Fleischer, ist die Ausbildung dieser Generation zwar sehr anspruchsvoll, andererseits aber auch sehr verschult.

Take 26 - Werner Fleischer:

Sie haben Bulimie-Lernen gemacht, sie haben für bestimmte Prüfungen gelernt und es zum Prüfungszeitpunkt wieder abgegeben. Und jetzt müssen sie sich vorstellen, kommen sie als Assistenten in die Klinik und jetzt sagt man ihnen: Wir machen dich jetzt fit für den Dienst und dann gehst du in die Notaufnahme nach drei Monaten. Und übrigens nach sechs Monaten übernimmst du die Station und das ist natürlich in dem Moment Panik in den Augen. Denn sie müssen aus einem sehr verschulden System wieder herangeführt werden, wieder Verantwortung zu übernehmen. Das lernen die ganz schnell. Nur das erfordert Führung.

Atmo: Zerhacken von Beton auf Klinik-Gelände

Sprecher:

Abrissarbeiten auf dem Leipziger Medizin-Campus. Eine Kettenraupe zerhackt den Beton eines alten Klinik-Gebäudes. Seit Jahren geht das so: Altes wird abgerissen, um Platz für Neues zu schaffen. Das gilt auch für die Strukturen in der Universitätsmedizin. Abriss und Aufbau liegen dabei unter anderem in den Händen von Prof. Christoph Josten. Seit Frühjahr 2014 ist er geschäftsführender Direktor der neu gebildeten Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastischer Chirurgie. Gewählt aus einem sogenannten Klinik-Board heraus – ein Novum in der deutschen Universitätsmedizin.

Take 27 - Christoph Josten:

Das Problem ist, was klassische universitäre Kliniken haben, dass es einen Chef gibt, der einen Schwerpunkt vertritt, das war gerade im Bereich der Orthopädie immer ein Endoprothetiker und die Kollegen, die einen anderen Schwerpunkt mehr oder weniger vertreten haben, haben keine Lebensperspektive in den Kliniken gefunden und sind dadurch in Praxen gegangen, sind abgeworben worden von anderen Krankenhäusern, anderen Trägern und hat zu einem richtigen – neu-englisch – Brain drain an den Universitäten geführt und die Universitäten haben mittelfristig dann auch in diesen Bereichen Defizite entwickelt.

Sprecher:

Abwanderung verhindern, eine Perspektive für diejenigen schaffen, die sonst nicht zum Zuge gekommen wären, wie Sportmediziner, Hand- oder Wirbelsäulen-Chirurgen – das war ein Ziel der Umstrukturierung. Im Klinik-Board sitzen Professoren der fünf Fachrichtungen, die in der neuen Klinik aufgegangen sind. Aus ihrer Mitte wird alle drei Jahre der geschäftsführende Direktor gewählt.

Take 28 - Christoph Josten:

Was sicherlich für eine Universitätsklinik neu ist, dass bisher die Position des Klinik-Direktors, der ja Kraft seiner Wahl, seines Status eine Lebensstellung ist, wir gesagt haben: Diese Lebensposition wird in eine wählbare Funktion transferiert... (...) und das eröffnet natürlich enorme Perspektiven, d. h. auch für jüngere kann es hochinteressant sein, an Universitäten zu bleiben.

Sprecher:

Fünf unabhängige, gleichberechtigte Bereichsleiter statt zwei Klinikdirektoren – **das ist das Klinik-Board. In dem Gremium werden alle Geschicke der Klinik besprochen.** Ob es nun um Personalentwicklung oder Forschungsschwerpunkte, um Zuordnung von Mitarbeitern oder wissenschaftliche Aktivitäten geht – all das wird im Klinik-Board entschieden. Die neue Struktur hat noch weitere Vorteile, so Josten: Man könne nun garantieren, dass jeder Mitarbeiter seine volle Weiterbildung bekommt.

Take 29 - Christoph Josten:

Es ist eine Kontinuität gegeben in einer Weiterbildung. Das merkt man schon, da fragen die jungen Mitarbeiter schon danach.

Sprecher:

Und gefragt wird in den letzten Jahren mehr als vorher. Mit der Generation Y, der Generation „Why“ kommen junge Mediziner in die Kliniken, die viel häufiger die Frage nach dem „WARUM“ stellen.

Take 30 - Christoph Josten:

Sie können als Anweiser es nicht einfach hinlegen und sagen: Machen – sondern, dass ist der Unterschied, sie müssen es ihm plausibel machen, sie müssen es so erklären, dass er es versteht und nachvollziehen kann. Und auch in einer Art – und das ist ganz entscheidend – wo er sich als Partner fühlt. Das ist der Unterschied der Generation Ypsilon. Sie muss von der hierarchischen Entscheidung überzeugt werden. Und das spornt an, kostet etwas mehr Zeit, ist aber nachhaltiger.

Sprecher:

Und das führt auch dazu, die eine oder andere eigene Entscheidung kritisch zu überdenken...

Keine zwei Jahre ist die Zusammenlegung der Kliniken her. Ob das sog. „Leipziger Modell“ funktioniert und andernorts übernommen wird, werde sich in den nächsten vier, fünf Jahren zeigen, ist Christoph Josten verhalten optimistisch.

Take 31 - Christoph Josten:

Es hängt immer von Personen ab. Es muss immer ein Team-Gedanke vorliegen, es darf keiner da sein, der sich separiert. Kollegialität ist wichtig, das gegenseitige Verständnis, der gegenseitige Respekt. Nur dann funktioniert es.

MUSIKAKZENT

Sprecher:

Gegenseitiges Verständnis und gegenseitiger Respekt – das hat Dr. Paul Brandenburg in seiner Weiterbildungszeit selten erlebt. Im Gegenteil. Der 38jährige, freiberufliche Mediziner erinnert sich noch sehr gut an die Zeit, als er in einer Abteilung arbeitete, die auf Lebertransplantationen spezialisiert war.

Take 32 - Paul Brandenburg:

Diese Menschen haben mir meinen Beruf versaut, muss ich ehrlicherweise sagen. Und es ist auch persönlicher Ärger, der da mitspielt. Denn um das ganz klar zu sagen: Arzt sein, ist ein toller Beruf. Und Medizin ist ein tolles Studium. Ich würde das auch gerne intensiver machen. Ich wäre auch gerne im Krankenhaus geblieben. Aber ich will es nicht zulassen, dass diese Leute mir das kaputtmachen.

Sprecher:

Brandenburg sieht vor allem einen Weg, um die Hierarchien im Krankenhaus aufzubrechen. Er fordert die Ausbildungshoheit der Chefarzte zu begrenzen und so die Assistenten vor der Willkür Einzelner zu schützen. Die Ausbildungsanforderungen sollten klar nachvollziehbar und im Zweifel einklagbar sein.

Take 33 - Paul Brandenburg:

Machen sie... die Kataloge der Ärztekammer verbindlich für beide Seiten, wie das auch in der Ausbildung der Fall ist. Und nachprüfbar. Ist das geleistet worden? Und wenn das nicht geleistet wurde: Beispielsweise die Anzahl fünf OPs, fünf Herzkatheter-Untersuchungen, muss gefragt werden, kann der Auszubildende das nicht. Wenn es dann aber heißt, nee, der scheint das technisch zu können, dann muss die erste Frage sein: wieso wird er nicht so ausgebildet. Und dann muss so eine Weiterbildungsbefugnis auch Verfallen können. Das findet alles nicht statt.

Sprecher:

Doch noch nie war der Reformdruck so hoch. Der Bedarf an Ärzten so groß.

Wer in Zukunft als Klinik-Leitung im Wettbewerb um die Mediziner der Zukunft erfolgreich sein will, der sei gut beraten seine Führungsstrukturen genauer zu beleuchten. Meint der Krankenhaus-Berater Werner Fleischer...

Take 34 - Werner Fleischer:

Ich weiß von Geschäftsführern, die so etwas ablehnen, ich weiß von Chefarzten, die so etwas zum Teufel scheren möchten – solange sie erfolgreich sind, solange es den Patienten gut geht und die Systeme da sind und die Assistenten bei ihnen gerne arbeiten, ist das alles in Ordnung. Ansonsten wird es der Markt richten.

MUSIKAKZENT