

Interview mit Jens Hollmann, Berater und Coach für Chefärzte und Leitende Ärzte «Ärzte müssen lernen, nein zu sagen»

Interview: Anna Sax

Jens Hollmann ist Organisationsberater und Coach für Führungskräfte. Er arbeitet seit 10 Jahren im medizinischen Bereich und vermittelt Management- und Führungskompetenzen an Leitende Ärztinnen und Ärzte. Er lebte und arbeitete mehrere Jahre in der Schweiz. Jens Hollmann ist Autor und Herausgeber zahlreicher Fachbücher im Bereich Führungsanliegen von medizinischen Spitalkadern. Die Schweizerische Ärztezeitung traf ihn am Mitgliederanlass des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS im November in Zürich.

Jens Hollmann, haben die Spitäler ein Führungsproblem?

Jens Hollmann: Ja, das trifft zu. Bei einem Industrieunternehmen wäre es undenkbar, dass jemand in eine Führungsposition kommt, nur weil er über Expertenwissen verfügt. In der Kliniklandschaft dagegen war es bisher üblich, dass man als Kaderarzt keine Leadership-Qualifikationen mitbringen musste. Man unterstellte, dass der beste Experte auch eine gute Führungskraft sei. Es gibt tatsächlich Glücksfälle, wo beides zusammenkommt. Aber in vielen Kliniken gibt es bis heute keine strategische Vorbereitung Leitender Oberärzte, wie sie zum Beispiel den nächsten Karriereschritt auch auf dem Gebiet der Personalführung positiv bewältigen können.

«Damit der Arzt Arzt bleiben kann, braucht es neues Personal und neue Berufsfelder.»

Ärztinnen und Ärzte klagen über Stress und zu viel Papierkram. Sie sind der Ansicht, dass sie ihre eigentliche ärztliche Aufgabe nicht mehr erfüllen können. Haben diese Ärztinnen eine naive Vorstellung vom Arztberuf, oder hat sich der Beruf tatsächlich so stark verändert?

Es hat sich sehr viel verändert. Bei deutschen Chefärzten geht man mittlerweile davon aus, dass sie 50 Prozent ihrer Arbeitszeit mit nichtärztlichen Tätigkeiten verbringen. Das heisst, es gibt einen erheblichen Teil an administrativen, bürokratischen Aufgaben.

Gilt das auch für die Schweiz?

Wenn die Entwicklung nur ansatzweise so verläuft wie in Deutschland, dann werden Sie sich in fünf Jahren nach den Problemen von heute zurücksehen. Der Teil der arztfremden Tätigkeiten im Arztbe-

ruf nimmt enorm zu, hauptsächlich durch die Codierungen für die DRG. Wir haben in Deutschland aufseiten der Krankenkassen etwa 7000 Mitarbeitende, die Rechnungen der Ärzte und Kliniken kontrollieren, und wir haben etwa 7000 Mitarbeitende in den Krankenhäusern, die ihrerseits versuchen, die Rechnungen möglichst optimal zu codieren. Viele von ihnen sind Ärztinnen und Ärzte, die nun völlig neue Berufe ausüben. Es gibt inzwischen sogar eigene Studiengänge für DRG-Codierung und Medizincontrolling.

Das klingt nach Wettrüsten.

Exakt. Die eine Seite rüstet auf, um alle Möglichkeiten der Codierung optimal auszuschöpfen, und die andere Seite rüstet auf, um alle Rechnungen, die irgendwie angreifbar sind, zurückzuweisen. Die Ärzte und das Pflegepersonal zahlen den Preis für dieses bürokratische Wettrüsten. Die Patientenfürsorge steht somit zunehmend weniger im Fokus.

Die Patientinnen haben bisher davon wenig gemerkt. Sie sind immer noch gleich zufrieden wie vor zwei Jahren. Wann schlägt die Unzufriedenheit der Ärztinnen auf die Outcome-Qualität durch?

Hier braucht es eine differenzierte Antwort: Es ist nämlich so, dass ein guter medizinischer Prozess Kosten sparen und die Qualität verbessern kann. Da gibt es nicht zwingend einen Widerspruch. Optimierte Prozesse, klinische Behandlungspfade oder Prozeduren kommen dem Patienten zugute, weil es weniger Wartezeiten gibt und die Prozessqualität stimmt. Gleichzeitig ist es auch ökonomisch sinnvoll. Und jetzt kommt das Aber: In den Kliniken belastet man Ärzte und Pflegepersonal zusätzlich mit der Mehrarbeit der Codierung. Nach der DRG-Einführung in Deutschland haben überwiegend Ärzte codiert, bis man festgestellt hat, dass sie die Tätigkeit, für die sie am besten ausgebildet sind, immer weniger wahrnehmen. Ich würde mir wünschen, dass in der Schweiz nicht die gleichen Fehler gemacht werden.

Und wie lassen sich die Fehler vermeiden?

Damit der Arzt Arzt bleiben kann, braucht es neues Personal und neue Berufsfelder, um die Ärztinnen von nicht ärztlichen Aufgaben zu entlasten. Dazu gehört beispielsweise Medizincontrolling. Es braucht Codierkräfte und Prozessberaterinnen. Wenn wir versuchen, das alles den Pflegekräften und Ärzten aufzubürden, ohne eine Entlastung zu schaffen, dann haben wir ein Problem.

Korrespondenz:
Jens Hollmann
medplus-kompetenz
Seggerweg 4
D-21255 Böttersheim
hollmann[at]medplus-
kompetenz.de

www.medplus-kompetenz.de



Der Organisationsberater und Coach für Führungskräfte Jens Hollmann:
«In der Schweiz hätte man jetzt eine historische Chance, an der Klinikultur zu arbeiten und für ein Klima zu sorgen, wo die Menschen sagen: Da bin ich gerne dabei.»

Auch ein Qualitätsproblem?

Ja, wir haben ein Qualitätsproblem für die Patientinnen, und wir haben ein Qualitätsproblem für die Ärzte, die diese Mehrbelastung auf Kosten ihrer Familie und ihrer eigenen Gesundheit tragen. So verlieren die Menschen die Freude an ihrer Arbeit. In Deutschland haben bei Ärzten Suizide und Abhängigkeitserkrankungen aufgrund von Überlastung stark zugenommen. Ärztinnen müssen lernen, sich zu schützen und nein zu sagen.

Das bedeutet, dass die Spitäler mehr nichtärztliches Personal einstellen müssten. Lohnt sich das?

Ärztinnen und Pflegende sind gutausgebildete Berufsgruppen. Es lohnt sich, sie für die Aufgaben einzusetzen, für die sie am besten qualifiziert sind, und Supportfunktionen um sie herum aufzubauen. Das führt zu Prozessverbesserungen und zu mehr Zufriedenheit beim Personal.

Ärzte sind oftmals frustriert, wenn in Spitälern Manager eingesetzt werden, die keine Ahnung von Medizin haben. Was halten Sie von medizinisch/betriebswirtschaftlichen Co-Leitungen, wie sie neuerdings eingesetzt werden?

Das ist ein sehr gutes Modell. Wir sind ja immer in einem Spannungsfeld von medizinischer Qualität, ökonomischem Einsatz von Ressourcen und Ethik. Eine gute Klinikleitung wird versuchen, Lösungen zu finden, die alle drei Bereiche berücksichtigen. Es kann nicht sein, dass eine ökonomische Entscheidung medizinische und ethische Aspekte ausser Acht lässt, und eine medizinische Entscheidung kann nicht losgelöst von Ökonomie und Ethik getroffen werden. Der Umgang mit dieser grossen Komplexität und

den daraus resultierenden Spannungsfeldern ist noch wenig eingeübt.

Viele Ökonomen sind der Ansicht, es brauche mehr marktwirtschaftliches Denken in den Spitälern. Kann das Gesundheitswesen von der Wirtschaft lernen?

Es wäre fatal, die Instrumente aus der Wirtschaft eins zu eins auf das Gesundheitswesen übertragen zu wollen. Sicher gibt es taugliche Elemente und hilfreiche Sichtweisen, die allgemeingültig sind. Aber wenn Unternehmensberater von Banken oder aus dem Versicherungsgewerbe kommen und ihre Modelle eins zu eins überstülpen wollen, kann das nicht gutgehen, und die Mediziner wehren sich mit guten Gründen dagegen: Erstens sind ethische Fragen in der Wirtschaft weniger präsent. Zweitens geht es im Regelfall nicht um existentielle Fragen, also nicht direkt um das Wohl der Menschen. Und drittens haben wir im Gesundheitsbereich einen regulierten Markt. Da wirken ganz andere Treiber als in einer unregulierten Marktwirtschaft. Dennoch gibt es ein Lernen: Wenn sich etwa in einem anderen Dienstleistungsbereich ein guter Prozess etablieren konnte, dann kann man etwas über Prozessqualität lernen. Dann soll man es adaptieren, nicht überstülpen.

Sie haben auch für die Vorstände und Führungsebene in der Versicherungs- und Bankenwirtschaft gearbeitet. Sie wissen also, wovon sie sprechen.

Die erste Hälfte meiner beruflichen Sozialisation hat im Wirtschaftsbereich stattgefunden, die zweite Hälfte, etwa 10 Jahre, im medizinischen Bereich. Deshalb weiss ich, was man nicht vergleichen kann, und weshalb ich oftmals Mediziner vehement darin unterstütze, ihre Sichtweise nicht preiszugeben.

Angenommen, Sie würden als Berater wieder zurückwechseln in die Wirtschaft. Was würden Sie mitnehmen von diesen 10 Jahren im medizinischen Bereich? Oder anders gefragt: Was kann die Wirtschaft vom Gesundheitswesen lernen?

Bei der Lerngeschwindigkeit, der Aufnahmefähigkeit und dem Grad der Auseinandersetzungsfähigkeit auch mit ethischen Fragestellungen könnte die Wirtschaft einiges lernen. Da hat die Medizin tatsächlich einen Vorsprung. Auch sind die Folgen bedeutsamer, wenn Fragen ungeklärt bleiben: In der Industrie kommt im schlimmsten Fall ein unfertiges Produkt heraus, bei Menschen ist das etwas anderes. Ich kann nicht sagen, sorry, das Resultat kommt halt später oder gar nicht, sondern es geht um essentielle Dinge, die für die Patienten und ihre Angehörigen von Bedeutung sind. Bei der Bedeutsamkeit des Handelns, den Folgen von Fehlleistungen, da ist die Medizin näher dran. Manager können von Ärzten lernen, wie geübt sie mit Krisensituationen umgehen, zum Beispiel bei Reanimationen. Dann sind plötzlich alle Kräfte gebündelt, auch wenn es kurz zuvor noch Differenzen gegeben hat. Hier könnte die Industrie ler-

nen, was es bedeutet, wirklich an einem Strang zu ziehen.

In letzter Zeit gab es Medienberichte über Spitalärztinnen, die nur noch freiberuflich tätig sein wollen, um dem zermürbenden Klinikalltag zu entkommen. Es gibt bereits Vermittlungsagenturen für Freelancer. Was halten Sie von dieser Entwicklung?

Ich halte diese Entwicklung für hochproblematisch, weil sie ein Ausweis dafür ist, dass es zunehmend Leute gibt, die in der Kultur einer Klinik nicht mehr ankommen wollen. Man kann das Motiv dieser Temporär-Ärzte mit einem Satz zusammenfassen: «Ich liebe meinen Beruf und ich hasse meinen Job.»

gangen sind, schliesslich irgendwo landen, wo für sie auch Organisationskultur und -klima stimmen.

Die Schweiz hat bisher nicht schlecht davon profitiert, dass die deutschen Krankenhäuser einen schlechten Ruf hatten, was das Arbeitsklima betrifft.

Das stimmt, aber das könnte sich jetzt ändern. Es gibt bereits deutsche Kliniken, die spezielle Rückkehrangebote planen. In der Schweiz hätte man jetzt eine historische Chance, an der Klinikkultur zu arbeiten und für ein Klima zu sorgen, wo die Menschen sagen: Da bin ich gerne dabei. Die jungen Ärztinnen lassen sich nicht mehr alles bieten und wählen den Arbeitsplatz achtsamer als bisher. Sie können sich ihren Arbeitsplatz auswählen, und so findet eine Abstimmung bei den negativen Arbeitgebern mit den Füßen statt.

«Es wäre fatal, die Instrumente aus der Wirtschaft eins zu eins auf das Gesundheitswesen übertragen zu wollen.»

Das klingt grauenhaft.

Wenn man Teil der Organisation Klinik ist, hat man es mit einem erheblichen administrativen Teil zu tun. Für Ärzte als Freelancer kann es sich tatsächlich erfüllen, mehr Geld und mehr Freiheit zu haben und dazu noch von administrativen Aufgaben entlastet zu werden. Wenn sich die Entwicklung in dieser Dynamik fortsetzt, dann haben die Kliniken wirklich ein tiefgreifendes Problem. Sie müssen dann dafür sorgen, dass sie Strukturen und eine Kultur im Haus haben, die Ärztinnen zum Bleiben motivieren. Die Zunahme von Freelancern weist darauf hin, dass die Kultur in vielen Kliniken verbessert werden muss.

Das ist eigentlich eine gute Entwicklung. Die Frage ist, ob die Spitäler schnell genug lernen ...

Um sich gut zu entwickeln, muss sich eine Organisation mindestens so schnell verändern können wie die Treiber und Ansprüche ausserhalb. Wenn also Ärzte, welche die Klinikleitung gerne behalten hätte, jetzt als Leihärzte durch die Welt gehen, dann müsste sie das dazu veranlassen, sogenannte «Exit-Gespräche» zu führen und zu fragen: Was hätten wir tun müssen, damit die Ärztinnen hätten bleiben wollen? Man könnte ohne grossen Aufwand Frühindikatoren finden, das System könnte etwas lernen. Wenn zum Beispiel jemand geht, weil er sich verliebt hat, oder andere private Gründe eine dominante Rolle spielen, dann ist das kein Organisationsverschulden. Aber wenn die Antwort lautet: schlechte Führung, kein Gehör für Vorschläge, kein Feedback, dann müssten die Alarmglocken läuten. Solche Gespräche werden heute nicht geführt.

«Die Zunahme von Freelancern weist darauf hin, dass die Kultur in vielen Kliniken verbessert werden muss.»

Was herrscht denn in den Kliniken für eine Kultur?

Bisher haben sich nur wenige Kliniken und Kaderärzte mit einer strategischen Organisations- und Kulturentwicklung beschäftigt. Die Ärztinnen und die Pflegenden sind jedoch auf einen Arbeitsplatz angewiesen, wo Menschen ihr Engagement mit emotionalem statt mit kalkulativem Commitment gerne umsetzen. Und manchmal ist zu beobachten, dass auch Freelancer, wenn sie durch verschiedene Häuser ge-

Jede Krankenkasse fragt nach, wenn ihre Mitglieder zu einer anderen Kasse wechseln.

Genau. Sie fragen einfach nach. Kliniken müssen umdenken, wenn sie im Rahmen der Kontextveränderungen erfolgreich bleiben wollen. Es braucht einen Dialog über die gemeinsame Zukunftsgestaltung. Es braucht professionelle Führungskräfte sowohl aufseiten der Kaderärzte wie auch der Klinikleitungen. Gerne möchte ich meinen Beitrag dazu leisten.