



U. Schlein, J. Hager-van der Laan

Leitende Abteilungs- oder Oberärzte: Könige ohne Land?

Oft sind sie Aushängeschilder für ihre Klinik: Die meisten von ihnen werden mit ihren fachlichen Qualifikationen im Organigramm oder auf der Webseite ihrer Klinik als Verantwortliche für ein Spezialgebiet innerhalb der Gesamtabteilung besonders erwähnt. Aber welchen Einfluss haben sie als „Leitende“ wirklich? Ist eine solche Position für einen Facharzt erstrebenswert?

Es gibt sie in allen klinischen Fachbereichen und in der Forschung.

Hierarchisch stehen sie zwischen Oberärzten und Chefärzten; das ist ihr besonderes Merkmal. Sie haben sich in ihrem Fachgebiet besonders qualifiziert und sind dadurch in eine Zwischenposition zwischen Chefärzten und Oberärzten gelandet. Je nach gelebtem Alltag werden sie mehr der Gruppe der Oberärzte

AUTOREN



◀ **Dr. Ulrike Schlein**
Chirurgin, Beraterin und Coach
Am Bahnhof 1, 34537 Bad Wildungen
E-Mail: info@dr-schlein.de

Jens Hager-van der Laan ▶
Soziologe, Unternehmensberater und Coach
Schillerstraße 15, 10625 Berlin
E-Mail: van-der-laan@t-online.de



In fachlichen Entscheidungen sind die meisten der ‚Leitenden‘ unabhängig. Aber ihr Zugriff auf Ressourcen ist eingeschränkt und in strategischen Fragen können sie oft nur unzureichend mitbestimmen.

oder mehr der Gruppe der Chefärzte zugeordnet. Ihre hervorgehobene Stellung gründet meist auf den fachlichen Qualifikationen und Erfahrungen, über die sie zur Bearbeitung eines Spezialgebietes verfügen. In fachlichen Entscheidungen sind die meisten von ihnen unabhängig. Aber ihr Zugriff auf Ressourcen ist eingeschränkt, und in strategischen Fragen können sie oft nur unzureichend mitbestimmen. Nur in wenigen Kliniken können sie, abgesehen von der Notwendigkeit, sich in kleineren organisatorischen Fragen abzustimmen, nahezu autonom arbeiten.

Solche Konstrukte gibt es bekanntlich für Leitende Abteilungsärzte der Unfallchirurgie im Rahmen einer Allgemeinchirurgie. Oder es gibt den Leitenden Thoraxchirurgen, der mehr oder weniger selbständig unter dem Herz- oder Visceralchirurgen agiert, aber auch sein direktes Pendant, den Pulmonologen, der oft unter einem kardiologischen Chef arbeitet, ebenso wie die Oberärzte mit Spezialgebieten wie der Transplant-Chirurgie im Rahmen einer Visceralchirurgie oder die Spezialverantwortlichen für Bereiche der Traumatologie unter dem Unfall-

Kollegen auf die neuen Entwicklungen angesprochen wird, weiß er nichts davon. Es verbreitet sich Ratlosigkeit.

In Leitungssitzungen und strategischen Besprechungen werden die Abteilungen meist durch den jeweilig übergeordneten Chefarzt vertreten. Dadurch kann passieren, dass die spezifischen Belange und Wechselwirkungen auf die Arbeit in einer der genannten „Unterabteilungen“ wenig oder gar nicht berücksichtigt werden.

Problematisch wird es, wenn die betroffenen Mitarbeiter deutlich spüren, dass die wesentlichen Entscheidungen über Personal- und Materialressourcen, Organisationsabläufe oder strategische Maßnahmen ausschließlich vom Chefarzt und kaum oder gar nicht vom Leitenden Abteilungsarzt getroffen werden. Das nagt an seiner Autorität. Denn in der täglichen Arbeitsorganisation ist dieser die wesentliche Bezugsperson. Schnell stellen sich Wechselwirkungen ein. Der leitende Oberarzt wird von internen und externen Kooperationspartnern nicht mehr angesprochen. „Wenn wir wirklich etwas erreichen wollen, rufen wir am besten gleich den Chef

» Was nützt uns dann das Gespräch mit dem Leitenden Oberarzt. Der darf ohnehin nichts entscheiden.«

chirurgen oder Orthopäden, auch den Notfallmediziner für die präklinische Notfallversorgung unter dem Anästhesisten. Vergleichbare Verankerungen im Organigramm findet man bei Spezialisten in der Forschung.

Mangel an Führung und Kommunikation: Leistungsträger werden verschlissen

Zwar haben die Leitenden Ärzte meist ein angemessenes Plätzchen im Organigramm ihres Krankenhauses, aber ihre Rolle ist in der Regel ungeklärt. Ihr Wirkungsgrad ist oft eingeschränkt, weil es zwischen ihnen und den verantwortlichen Chefärzten keine Absprachen über die Zusammenarbeit in der gemeinsamen Leitungsverantwortung gibt. Ihre Fähigkeiten und Ressourcen stehen dem Gesamtsystem deshalb nur begrenzt zur Verfügung. Viele dieser Leitungskräfte sind in ihrer neuen Position ohne brauchbare Orientierung darüber, wie sie ihre Potentiale in ihrem Verantwortungsbereich optimal einsetzen können. Das führt oft in relativ kurzer Zeit zu Enttäuschung und Demotivation.

Ein verfremdetes Beispiel aus der Krankenhauspraxis: Der Geschäftsführer einer Klinik verkündet in einer Chefarztsitzung: „Wir werden in Kürze eine Kooperation mit dem Zentrum XY aufbauen.“ Aber diese Entscheidung war weder mit dem verantwortlichen Leitenden Arzt noch mit dem Chefarzt abgesprochen worden. Er wundert sich ebenso wie alle übrigen Chefärzte. Die Irritation ist groß. Man vermutet geheime strategische Pläne und Verbindungen. Der Leitende Arzt hatte an der Sitzung gar nicht teilgenommen. Als er nach der Sitzung von

selbst an! Was nützt uns dann das Gespräch mit dem Leitenden Oberarzt. Der darf ohnehin nichts entscheiden.“

Wenn alle wesentlichen Entscheidungen über den Schreibtisch des „Hausherrn“ gehen, welchen Grund hätten die Assistenzärzte, die dem leitenden Abteilungsarzt zugeordnet sind, sich mit ihren Anliegen an ihn zu wenden? Welche Möglichkeiten hat dann ein solcher „Leitender“, wenn er zum Beispiel Kritik an einem Mitarbeiter äußern oder gar zu härteren Maßnahmen im Ausnahmefall greifen muss? Viele sogenannte Leitende Abteilungsärzte sind „zahnlose Tiger“ und ihre Mitarbeiter wissen das und handeln dementsprechend.

Manche der Leitenden Ärzte haben sich mit ihrer Situation arrangiert. Aber viele verzweifeln im Alltag an den dargestellten Symptomen. Ihr Wunsch nach Klärung löst bei dem Vorgesetzten oder dem Geschäftsführer in der Regel Unverständnis aus. Offenbar ist in den Abläufen der meisten Krankenhäuser gar nicht vorgesehen, dass die Verantwortlichen mit ihren Mitarbeitern über die grundsätzlichen Bedingungen der täglichen Zusammenarbeit reden.

Haben die Chefärzte keine Zeit für die Führung?

Klassisch wird tatsächlich argumentiert: „Für solche Dinge haben wir keine Zeit! Sie wissen doch, wie voll der chirurgische Alltag ist. Wir müssen operieren. Wir müssen uns um die wesentlichen Dinge kümmern. Und dann noch die vielen administrativen Aufgaben. Was soll so ein Gespräch denn brin-

gen? Zwischen uns ist doch alles klar. Sie versorgen Ihre Patienten – und das ist das Wichtigste.“

Klassisch ist auch das Argument: „Wissen Sie, letztendlich habe ich die Gesamtverantwortung für die Abteilung. Wenn Fehler oder Schwierigkeiten entstehen, wenden sich die Leute an mich.“ Das mag plausibel sein, solange es um tagesaktuelle Fragen geht, um medizinische Verläufe, Operationen und deren Komplikationen. Tatsächlich geht es aber um eine längerfristige Handlungsorientierung, sowohl für die leitenden Ärzte als auch für deren Mitarbeiter, die Assistenzärzte. Und deshalb ist es nötig, dass die Verantwortlichkeiten der Leitenden Ärzte längerfristig geregelt werden.

Denn die Konstruktion „Leitender Abteilungsarzt unter einem Chefarzt“ kann für das unmittelbare Arbeitsumfeld deutliche Vorteile bringen, wenn die Aufgabenteilung in der Führung zwischen beiden gut geregelt ist. Die entscheidenden Fragen der Kooperation und Interaktion sind dann für alle Beteiligten klar: Wie werden Informationen weitergegeben? Wer sitzt in welchen Gremien? Wie werden anstehenden Entscheidungen getroffen oder wer verhandelt mit der Geschäftsführung?

Verstehen sich der Chefarzt und der Leitende Abteilungsarzt als Partner im Führungsgeschäft, können sie die Führungsarbeit sinnvoll unter sich aufteilen. Das verschafft ihnen Zeit und Konzentration auch für die Führungsaufgaben und den Mitarbeitern Klarheit zur Frage, an wen sie sich mit Hoffnung auf Erfolg wenden können bei der einen oder anderen Fragestellung, die nicht medizinische Belange sondern beispielsweise in irgendeiner Form das Thema Führung und Zusammenarbeit betrifft.

Das Ganze ist abhängig vom Führungsverständnis des Chefarztes. Versteht dieser sich nicht mehr nur als der maßgebende Fachmann sondern auch als zeitgemäßer Unternehmenslenker, der weiß, dass er, wenn er langfristig erfolgreich sein will, auf gute Mitarbeiter angewiesen ist, so ist die Chance groß, dass ein solches Modell funktioniert. Wenn er im Vertrauen auf die Kompetenz seiner Mitarbeiter handelt und nicht die absolute Hoheit über Wissen und Erkenntnis beansprucht, kann er mit leistungsbereiten und leistungsfähigen Mitarbeitern rechnen. Agiert der Chefarzt in der Tendenz aber weiterhin wie ein absoluter Fürst, so darf er sich nicht darüber wundern, wenn er bei seinen qualifizierten Mitarbeitern inneren Widerstand und Fluchttendenzen auslöst.

Keine gute Lösung: Die Option „zukünftiger Chefarzt“

Manche Kliniken glauben bei der Werbung um qualifizierte Mitarbeiter besonders geschickt zu handeln, wenn sie Leitende Ärzte zu gewinnen versuchen, indem sie ihnen eine Chefarztposition innerhalb von ein bis zwei Jahren in Aussicht stellen: „Dann kennen sich der Kandidat und seine späteren Mitarbeiter schon, wenn dieser sein Amt übernimmt.

Außerdem hat er die Chance, von dem alten Chef noch zu lernen.“ Das mag schon einmal so sein. Aber ebenso groß ist die Gefahr, dass es ihm zumindest in den Augen seiner zukünftigen Mitarbeiter nicht gelingt, sich aus dem Einfluss seines renommierten Vorgängers zu emanzipieren. Und das bringt dann für den Kandidaten häufig einen Autoritätsverlust mit sich, der es ihm schwer macht, den endgültigen Rollenwechsel in die Chefarztposition wirklich zu vollziehen.

Geschäftsführungen wählen dieses Übergangsmodell manchmal, wenn sie eine gewisse Amtsmüdigkeit beim amtierenden Chefarzt kompensieren wollen. Leider erreichen sie oft das Gegenteil: Der Amtsinhaber lehnt sich entspannt zurück und „der Neue“ ist schon „verbrannt“, bevor er überhaupt die Führung übernommen hat.

Wenn die Position „Leitender Arzt“ wirklich zum Aushängeschild wird, erleichtert das die Akquisition von Führungspersonal

Die Attraktivität einer Position im Krankenhaussektor wird nicht allein vom zu erwartenden Salär bestimmt. Wer sich für den Beruf des Arztes entschieden hat, bringt meist viel Idealismus mit. Aber der reicht nicht dazu aus, sich bei der Wahl einer neuen Stelle in unsicheres Fahrwasser zu begeben. Fachärzte, die sich auf dem aktuellen Stellenmarkt die Arbeitsplätze aussuchen können, begeben sich ungern in unklare Strukturen. Ein Krankenhaus, das ihnen glaubwürdig eine gewisse Rollensicherheit in der angestrebten Position mit entsprechenden Verträgen und Vorklärungen anbieten kann, wird deshalb an Attraktivität gewinnen. Das sollte bei allen Bestrebungen, die Position des Leitenden Arztes in einem Krankenhaus aufzuwerten, kein nachrangiger Gesichtspunkt sein.

Artikel bei BDC|Online unter www.bdc.de,
Rubrik Themen|Fortbildung|Führung

Verstehen sich der Chefarzt und der Leitende Abteilungsarzt als Partner im Führungsgeschäft, können sie die Führungsarbeit sinnvoll unter sich aufteilen.