

Krankenhausplanung

Den Planungsprozess mit der Chefärzteschaft gestalten

Alex Hoppe, Borchers & Kollegen Managementberatung GmbH

Die Einführung von Leistungsgruppen wird den Versorgungsauftrag vieler Krankenhäuser spürbar verändern. Dabei sind überwiegend Einschränkungen im medizinischen Leistungsportfolio zahlreicher Kliniken zu erwarten, da das übergeordnete Reformziel der Leistungskonzentration verfolgt wird. Etliche Chefärzt:innen werden das Profil ihrer Klinik neu ausrichten und erklären müssen: Intern den Facharzt-Kolleg:innen und Weiterbildungsassistent:innen, den niedergelassenen Zuweisern und häufig genug auch ihren Patient:innen in der Sprechstunde oder auf Station. Die Erfahrungen aus NRW zeigen, dass der interne Beteiligungsprozess der Chefärzteschaft frühzeitig und aktiv gesucht, aber auch gestaltet werden sollte.

Mit der Verhandlung der Leistungsgruppen in der Landes-Krankenhausplanung stellt sich die Frage, wann und inwieweit die Chefärzteschaft eines Krankenhauses in die Überlegungen und Verhandlungsstrategien eingeweiht wird und inwieweit sie an deren Entwicklung beteiligt ist. Selbst bei einer zeitgemäß partizipativen Führungskultur lohnt sich die frühzeitige Abwägung, denn der bloße Grundsatz „so viel Partizipation wie möglich“ allein wird vielerorts Probleme bereiten. Dies einerseits, weil es erwartbare Verluste und damit Verlierer innerhalb des Chefärztkollegiums geben wird. Insbesondere in den medizinisch hochkomplexen und deshalb prestigeträchtigen Leistungen ist mit Einschränkungen zu rechnen. Probleme andererseits auch, weil die Tragweite der Konsequenzen für betroffene Chefärzt:innen mitunter so existenziell sein oder erlebt werden kann, dass selbst ein erprobtes Vertrauens- und Loyalitätsverhältnis zwischen Geschäftsführung und Chefärzt:in an seine Grenzen stößt. Es darf also nicht überraschen, wenn eine Partizipations-Offensive in diesem Kontext nicht nur mit Dank, Diskretion und Loyalität quittiert wird. Partizipation soll hier verstanden werden als die tatsächliche, gewollte und aktive Beteiligung der Betroffenen, die über eine bloße Anhörung hinausgeht. Juristisch würde dies ein *ins Benehmen setzen* meinen, in Abgrenzung

zum – auch hier nicht gemeinten – *Einvernehmen* im Sinne von Konsens.

Der Planungsprozess

Die Krankenhausplanung ist in den Bundesländern unterschiedlich weit gediehen und wird je nach Landes-Krankenhausgesetz auch unterschiedlich ausgestaltet. In jedem Fall wird ein strukturierter Planungsprozess durchlaufen, vergleichbar dem Verfahren in NRW:

1. Veröffentlichung des Landes-Krankenhausplans mit Rahmenvorgaben
2. Aufforderungen zur Verhandlung von regionalen Planungskonzepten zwischen Landesverbänden der Krankenkassen und Krankenhäusern
3. Rückmeldung der Verhandlungsergebnisse im Konsens oder Dissens an das Ministerium; Veröffentlichung
4. Regionalkonferenzen für sämtliche Planungsbeteiligten (inkl. Gebietskörperschaften)
5. Mitteilung der beabsichtigten LG-Zuweisung an die Krankenhäuser und Anhörung 1 durch das Ministerium mit Aufforderung zur Stellungnahme; Veröffentlichung
6. Mitteilung der beabsichtigten LG-Zuweisung an die Krankenhäuser und Anhörung 2 durch das Ministerium mit Aufforderung zur Stellungnahme; Veröffentlichung

7. Entscheidung und bei Überzeichnung der LG Auswahlentscheidung des Ministeriums

8. Feststellungsbescheid; Veröffentlichung

Die Struktur gibt einem internen Beteiligungsprozess bereits die Zeitfenster vor, in denen noch ein Gestaltungsspielraum besteht, Argumente gefragt sind und auch intern Abwägungen und Auswahlentscheidungen zu treffen sind. Die interne Anlehnung am Planungsprozess sollte eng gehalten werden, schließlich werden wiederholt Zwischenergebnisse veröffentlicht, was die Diskussion nicht nur intern, sondern auch öffentlich erheblich befeuern kann. In diesen Momenten ist eine mit der Chefärzteschaft gut abgestimmte Position essenziell.

Die formale und systematische Perspektive

Entscheidungssituation

Die Entscheidungssituation ist davon gekennzeichnet, dass sie für das gesamte Unternehmen als Einheit zu treffen ist. Der später zu erwartende Feststellungsbescheid gilt für das gesamte Krankenhaus und dessen medizinisches Portfolio. Er muss insgesamt stimmig und medizinisch wie ökonomisch möglichst synergetisch sein. Da es im Kern der Reform um die Reduzierung und Konzentration von stationären Standorten und Kapazitäten geht, ist ein verlustfreies Verhandlungsergebnis nur in Ausnahmefällen erwartbar. Der Fall, in welchem alle Chefärzt:innen den Versorgungsauftrag ihres Fachgebietes vollenfänglich erhalten können und dadurch, quasi in Summe, automatisch der Erfolg des Krankenhauses begründet wird, wird allenfalls bei Großversorgern im ländlichen Raum erreichbar sein. Erheblich wahrscheinlicher – zumal in Ballungsgebieten – ist es, dass der Versorgungsauftrag verkürzt wird und einzelne Chefärzt:innen ihr Leistungsspektrum begrenzen oder gar aufgeben müssen.

Hier trennen sich erkennbar die Verantwortlichkeiten und Interessenslagen der Chefärzteschaft und die der Geschäftsführung:

Während jede:r Chefärz:in berechtigt um die eigene Abteilung und deren Leistungsgruppen kämpft, muss die Geschäftsführung in der Gesamtschau womöglich in Kompromisse einwilligen oder gar Kompensationsgeschäfte anbieten. Systemisch greift das Prinzip der Übersummation: Das Ganze ist mehr, als die Summe seiner Teile. Und da vielfach nicht alles für alle erreichbar sein wird, kommt es zu trade-offs und Zielkonflikten untereinander.

Betroffenheit

Die potentielle Betroffenheit von Chefärzt:innen durch einen veränderten Versorgungsauftrag kann erheblich sein. Ausgehend von einer bislang uneingeschränkten Leistungsberechtigung innerhalb des medizinischen Fachgebietes ist nach WBO eine mögliche Einschränkung des Versorgungsauftrages zu befürchten. Die Verkürzung des Versorgungsauftrages durch nicht-Zuweisung einer Leistungsgruppe bewirkt schnell eine Einschränkung der ärztlichen Weiterbildungsbefugnis, was regelmäßig die Arbeitgeberattraktivität für Assistenzärzt:innen betrifft. Die durch die Hybrid-DRGs nochmals forcierte Ambulantisierung macht zudem diejenigen Leistungen strategisch besonders wertvoll, deren stationäre Erbringung auch langfristig noch als gesichert gelten darf. Mit diesen hochkalorischen Leistungsgruppen entscheidet sich, inwieweit Chefärzt:innen noch eine Klinik früheren Charakters führen können, oder überwiegend zu Manager:innen einer Tagesklinik werden. Nicht zuletzt können dienstvertragliche Vergütungsbestandteile betroffen sein, die Chefärzt:innen zukünftig entgehen. Im extremen Szenario ist auch die vollständige Aufgabe eines medizinischen Fachgebietes vorstellbar, womit die Anstellung zu beenden wäre. Im Ergebnis ist offenkundig, dass durch die Landes-Krankenhausplanung eine ganz erhebliche, auch persönliche Betroffenheit für Chefärzt:innen entstehen kann.

Fachliche Kompetenz

Als fachlich und persönlich leitende:r Ärzt:in der Fachabteilung ist jede:r Chefärzt:in der exponierteste fachliche Kompetenzträger für ebendieses medizinische Fachgebiet, aber auch für die Positionierung der Abteilung im Einzugsgebiet und im Wettbewerb. Zudem ist eine gute Einschätzung des eigenen ärztlichen Personals zu erwarten, was zur Einschätzung etwaiger Konsequenzen von erheblicher Relevanz ist. Auch erste Überlegungen in der Landesärztekammer z. B. bzgl. der Handhabung der ärztlichen Weiterbildung für das Fachgebiet sollten durch die Chefärzt:innen zu erlangen sein. Damit wird außer Frage stehen, dass von der Einbindung der Chefärzteschaft wertvolle Argumente und Beurteilungen für die Geschäftsführung zu erwarten sind.

Dienstverträge

Chefarztverträge nach DKG-Muster schreiben zur ärztlichen Stellung: „...der Krankenhasträger wird den Arzt vor wichtigen Entscheidungen, die seinen Aufgabenbereich betreffen, hören“. Dieses Anhörungsrecht als quasi Vorstufe einer echten Partizipation ist also in aller Regel nicht fakultativ, sondern ein dienstvertraglicher Anspruch der Chefärzt:innen.

Landes-Krankenhausplanung als Geschäftsvorfall

Bei der Landes-Krankenhausplanung geht es um nichts Geringeres als die konstitutive Lizenz des Krankenhasträgers zur Erfüllung des Satzungszweckes. Diese Grundlage des Geschäftsmodells fällt satzungsgemäß in die Verantwortung der Gesellschaftsorgane in der ihr aufgegebenen Aufgabenteilung. Der konstitutive und strategische Charakter des Verfahrens legt nahe, dass es sich auch für die Geschäftsführung um einen nicht delegierbaren Geschäftsvorfall handelt. Damit verantwortet sie die Verhandlungsführung im gesamten Planungsverfahren, von Angeboten über Kompensationsgeschäfte bis hin zu

Widersprüchen und Klagen gegen das Ergebnis. Dies sollte jede:m Chefärzt:in bewusst sein, notwendigenfalls aber thematisiert werden. Ebenso stellt sich die Frage, wie die Geschäftsführung in einem Planungsprozess ihr Amt mit pflichtgemäßiger Sorgfalt ausüben kann, der in seinen detaillierten Konsequenzen derart komplex ist. Die bloße Bewertung von Umsatzeinbußen, Profit-Center-Ergebnissen, Personalüberhängen usw. wird nicht helfen, wenn die Auswirkungen für die Weiterbildungsermächtigungen oder die erfolgreiche Behandlung vergesellschafteter Krankheitsbilder falsch eingeschätzt oder gar übersehen werden. Deshalb dürfte die Hinzuziehung fachlicher Beratung nicht nur von extern, sondern auch im Sinne einer Mitberatung durch die Chefärzteschaft für eine pflichtgemäße Amtsführung unerlässlich sein.

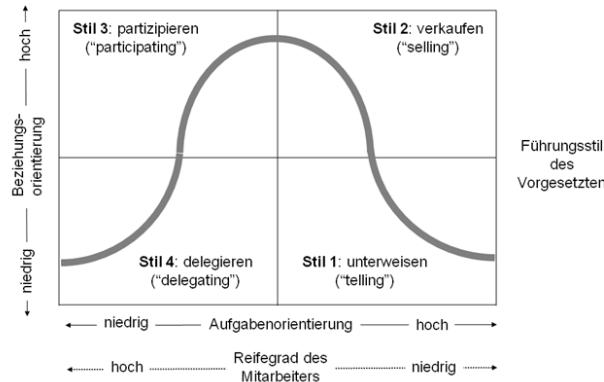
Kongruenzprinzip

Nach dem Kongruenzprinzip der Organisation entsprechen sich idealerweise stets Aufgabe, Verantwortung und Kompetenz. Jede:r Chefärzt:in ist zweifellos für den Erfolg der anvertrauten Fachabteilung verantwortlich. Dieser Verantwortung gerecht werden kann aber nur, wer rechtzeitig über alle steuerungsrelevanten Informationen verfügt. Muss z. B. das ärztliche Team auf den Wegfall bestimmter Leistungen vorbereitet werden, müssen Chefärzt:innen dafür rechtzeitig involviert sein.

Partizipation als Führungsinstrument

Gesellschaftlich und politisch wird die Erwartung an Transparenz und Beteiligung immer stärker; direktive Entscheidungen werden immer weniger toleriert und erzeugen einen immer größeren Rechtfertigungsdruck. Auch ein zeitgemäßer und beziehungsorientierter Führungsstil umfasst heute eine Grundhaltung, nach der die Partizipation so weit gelebt werden sollte, wie sie zu rechtfertigen ist.

Entscheidend ist aber nicht nur das Führungsverständnis der Geschäftsführung im Sinne dieser Offenheit für Partizipation. Nach der situativen Reifegrad- und Führungstheorie von Hersey/Blanchard ist für die Wahl des Führungsstils zudem zu bewerten, wie es um den Reifegrad der Beteiligten bestellt ist:



Unter dem Reifegrad des Mitarbeitenden sollen für eine praktische Anwendung neben der fachlichen Kompetenz und Motivation laut Modell hier auch das Organisationsbewusstsein und Loyalitätsverständnis umfasst sein. Es wird deutlich, dass eine gelingende Partizipation nicht nur einen entsprechenden Führungsstil der Geschäftsführung, sondern einen hohen Reifegrad der Chefärzteschaft bedingt.

Chancen und Risiken, do's and dont's

Motivationspsychologisch ist gut gesichert, dass Partizipation die Arbeitszufriedenheit, das Commitment und auch die Leistungsbereitschaft von Mitarbeitenden fördert.

Für eine motivierende Wirkung der Partizipation und zur Vorbeugung von Enttäuschungen ist ein frühes Erwartungsmanagement wichtig. Im Laufe der Anhörungsverfahren sind Zwischenergebnisse zu erwarten, welche die symbiotische Phase gleicher oder kompatibler Interessen innerhalb der Chefärzteschaft oder aber von Geschäftsführung und einzelnen Chefärzt:innen begrenzen oder gar beenden. Sodann wird der Raum für die Partizipation insgesamt oder mit einzelnen betroffenen Chefärzt:innen enger. Er sollte frühzeitig und

mutig offengelegt werden, dass es im Laufe des Verfahrens dazu kommen kann.

Transparenz und Partizipation verschaffen frühe Einblicke – auch in noch unreife Überlegungen. Damit entsteht auch Informationsmacht. Je früher die Beteiligten informiert und eingebunden werden, je länger ist auch die Zeit, die sie mit diesen Informationen im Konstruktiven wie auch im Destruktiven umgehen können. Offensive Information und Partizipation sind deshalb nur verantwortbar, wenn sie mit einer verlässlichen Diskretion und Loyalität erwidert werden. Sobald sensible Informationen über die eigene Verhandlungsposition nach außen dringen, oder aber die gewonnenen Informationen dazu genutzt werden, um bei einflussreichen Dritten innerhalb und außerhalb der Gesellschaft zu lobbyieren, kann ein Angebot zur Partizipation nicht uneingeschränkt aufrechterhalten werden. Problematisch ist im vorliegenden Fall, dass die Auswirkungen der Krankenhausplanung für die/den Chefärzt:in beruflich so existenziell werden können, dass die strikte Einhaltung von Diskretion und Loyalität zur kaum noch erwartbaren, weil übermenschlichen Herausforderung wird.

Für eine motivierende und das Commitment fördernde Wirkung der Partizipation muss diese eine hohe Glaubwürdigkeit erlangen. Hierfür braucht es ein Mindestmaß an verbliebenem Gestaltungsspielraum. Andernfalls gerät der Prozess zur bloßen Anhörung. Um sich mit einer eigenen Position konstruktiv im Prozess einbringen zu können, wird ein:e Chefärzt:in Informationsbedarfe haben, die aus dem turnusmäßigen Reporting nicht abgedeckt werden können. Ein direkter und offener Zugang zum Controlling ist – wenn nicht ohnehin gelebte Praxis – in dieser Phase essentiell und macht das Mitwirkungsangebot erst glaubwürdig.

Nicht zuletzt sollte ehrlich offengelegt werden, wie ergebnisoffen der Prozess tatsächlich ist. Sonst entsteht der höchst demotivierende

Eindruck der Schein-Partizipation. So kann auch ein innerhalb der Chefärzteschaft konsentierter Vorschlag einer aufwendig hergestellten Verantwortungslosigkeit gleichkommen, wenn z. B. um den Willen gleichverteilter Lasten die Aufgabe strategisch, wettbewerblich oder wirtschaftlich bedeutender Leistungsbereiche in Kauf genommen würde. Der Anspruch der Fairness im Sinne einer Gleichbehandlung aller kann für die Geschäftsführung in ihrer Verantwortung für den gesamten Versorgungsauftrag und dessen wirtschaftliche Umsetzung hingegen nicht ausschließlich – und womöglich noch nicht

einmal vorrangig – handlungsleitend sein. Sie muss bei erwartbar besseren Ergebnissen vielmehr eine bewusste Schwerpunktsetzung forcieren, auch unter Inkaufnahme umso schwerwiegenderer Folgen für eine:n betroffenen Chefärzt:in. Wie in jeder Gruppe können auch in einem Chefärztkollegium durch Koalitionsbildung Geschäfte zu Lasten interner Dritter favorisiert werden – nur weil es ebendiese Koalition ermöglicht.

Summary

Ein zeitgemäßes Führungsverständnis, die erhebliche Betroffenheit sowie die Kompetenz der Chefärzteschaft verlangen nach einem partizipativ gestalteten Prozess, in welchem Betroffene rechtzeitig an den Überlegungen und Abwägungen in der Planung teilhaben und beitragen können. Dies gilt selbstverständlich gleichermaßen für die Pflegedirektion, deren Beteiligung in der Betriebsleitung hier vorausgesetzt wird. Zu Beginn des Prozesses sollte Erwartungsmanagement über das Ausmaß der Partizipation sowie den Gestaltungsspielraum betrieben werden. Zudem sind die notwendigen Voraussetzungen seitens der Chefärzteschaft, insb. bzgl. Diskretion und Loyalität einzuschätzen und ggfs. anzusprechen. Der Planungsprozess lässt vielerorts einen Zeitpunkt erwarten, ab dem eine Einmütigkeit nicht mehr realistisch ist. Dies sollte die Geschäftsführung mit Blick auf die Leistungsentwicklung, den Wettbewerb, aber auch durch vertrauliche Gespräche in der Planung gut antizipieren können. Dann kommt die Partizipation auch von Seiten der Beteiligten schnell zum Erliegen und die Geschäftsführung muss Entscheidungen notwendigerfalls im Dissens treffen. Auch dies sollte im Sinne einer hohen Transparenz und des Erwartungsmanagements erklärt werden, solange die Gemüter noch kühl sind. Es liegt in der Verantwortung der Geschäftsführung, bis zu diesem Zeitpunkt die gesamte Chefärzteschaft so weit wie möglich beteiligt und alle Argumente zur Diskussion gestellt zu haben; denn ab diesem Tag wird sie die letzten Entscheidungen – womöglich mit externer Beratung und unter satzungsgemäßen Zustimmungserfordernissen – allein treffen müssen. Die Erfahrungen aus NRW zeigen, dass deshalb ein früher Start in eine Beteiligung der Chefärzteschaft wertvoll ist.

Die Landes-Krankenhausplanung wird das medizinische Leistungsspektrum und Profil eines Krankenhauses vielerorts verändern. Je nach Ausmaß beginnt mit dem Feststellungsbescheid ein langer und einschneidender Transformationsprozess hin zu einem medizinisch wie ökonomisch neuen Geschäftsmodell. Die Erfahrungen aus NRW zeigen, dass dieser Prozess nur als erfolgreich vorstellbar ist, wenn es belastbare Vertrauensverhältnisse zwischen der Chefärzteschaft und mit der Geschäftsführung gibt. Eine offensive, wenn auch aufmerksam gesteuerte Partizipation im Planungsprozess ist wohl das entscheidende Investment in ebendieses Vertrauensverhältnis und sollte auch aus diesem Grund keinesfalls vernachlässigt oder gar versäumt werden.