

01.03.2012 Personalstruktur

Kooperation oder Konflikt – Die Zusammenarbeit zwischen leitenden Chirurgen und Klinik-Geschäftsleitungen

T. Kapitza, C. Tonus



Ergebnisse der BDC-Umfrage 2011 zur Management-Schnittstelle zwischen leitenden Chirurgen und Krankenhausmanagern (Kurztitel: „CHIRURG-MANAGER“)

In der Hochleistungsorganisation “Krankenhaus” ist die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Führungskräften und den kaufmännischen Geschäftsleitungen ein wichtiger Einflussfaktor für wirtschaftlichen Erfolg und medizinische Leistungsqualität – so lautet wenigstens die

theoretische Anforderung. Wie sich die Zusammenarbeit zwischen leitenden Ärzten und Krankenhausmanagern im betrieblichen Alltag tatsächlich gestaltet, hat der BDC mit einer umfangreichen Online-Umfrage im Zeitraum September bis November 2011 ermittelt.

Die Befragungsergebnisse ergeben ein vielschichtiges und prägnantes Gesamtbild der Einschätzungen ärztlicher Führungskräfte chirurgischer Kliniken über die Zusammenarbeit mit kaufmännischem Leitungspersonal in deutschen Kliniken. Hierbei ist den Verfassern bewusst, dass die beschriebenen Managementschnittstellen je nach Klinik, Trägerschaft und handelnden Personen extrem unterschiedlich ausgeprägt sind.

Diese Befragung stellt die umfangreichste Erhebung zur Management-Schnittstelle „Leitende Ärzte vs. Geschäftsführungen/Geschäftsleitungen“ dar, die bisher in Deutschland durchgeführt wurde.

Allen Beteiligten sei an dieser Stelle herzlich gedankt für Ihr Mitwirken!

Methodik und Basisdaten

Grundlage war ein strukturierter Online-Fragebogen mit insgesamt 89 Detailfragen und drei zentralen Themenbereichen:

- Prolog Krankenhausstatistik
- Prolog Fragen zur Person
- Themenbereich 1: Organisation des Gesprächsrahmens zwischen ärztlichen Führungskräften und Managern
- Themenbereich 2: Fragen zum Arbeitsalltag mit der Geschäftsführung
- Themenbereich 3: Typische Konflikte und Konfliktmanagement

In die Auswertung sind 649 Fragebögen eingegangen.

Berufliche Position der Befragten

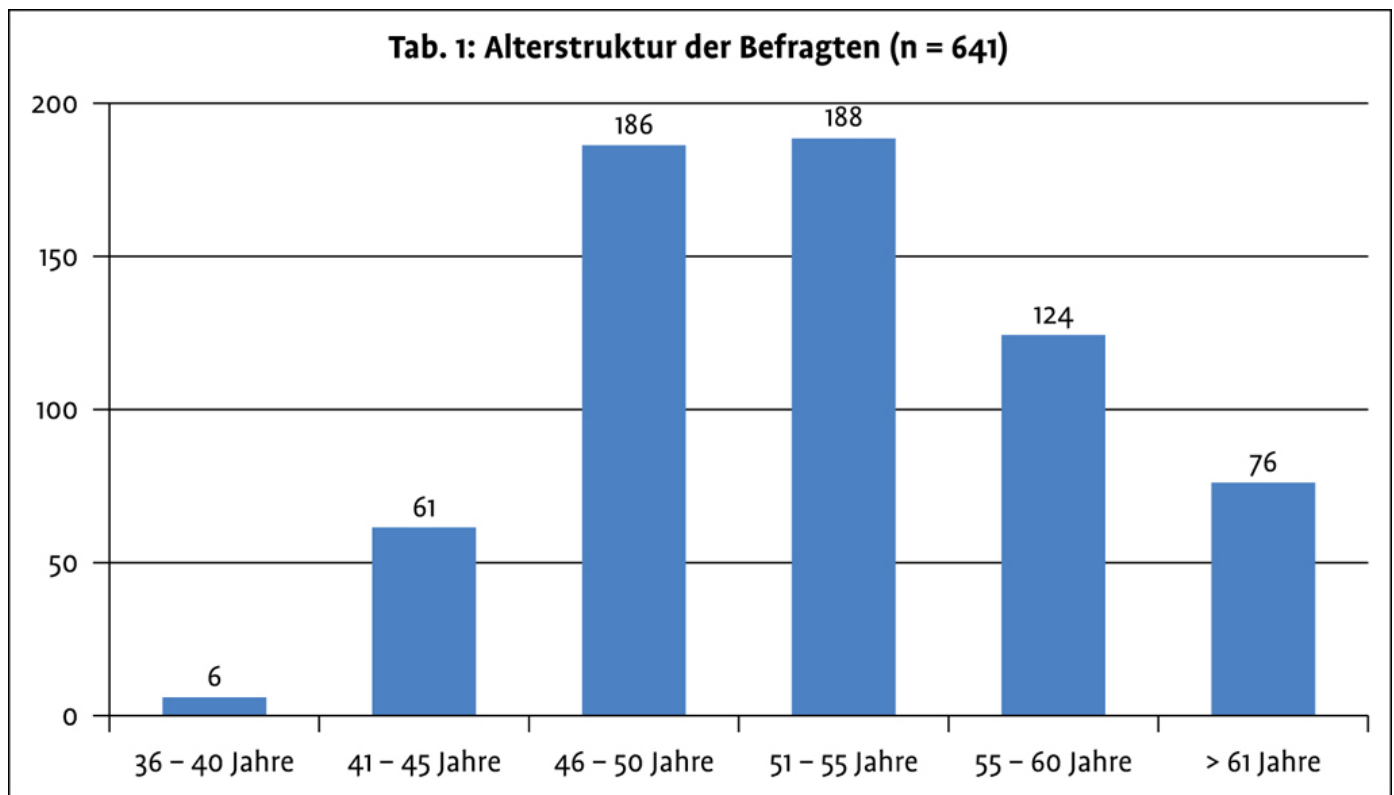
89 % der Befragten waren zum Erhebungszeitpunkt Chefarzt/Chefärztin oder Ordinarius, zusätzlich haben 44 ärztliche Direktoren (7 %) und 22 (3 %) sonstige Ärzte (darunter 8 ltd. Oberärzte) teilgenommen. 96 % (614) der Befragten waren männlich, 4 % (27) waren weiblich.

Erfolgskomponente im Dienst-/Arbeitsvertrag

25 % der Befragten hatten Dienst-/Arbeitsverträge mit Fixgehalt ohne Erfolgskomponente. 38 % der Befragten hatten eine vertragliche Erfolgskomponente zwischen 1 bis 20 %, und 36 % der Befragten konnten zusätzlich eine Erfolgskomponente von mehr als 21 % des Fixgehalts realisieren.

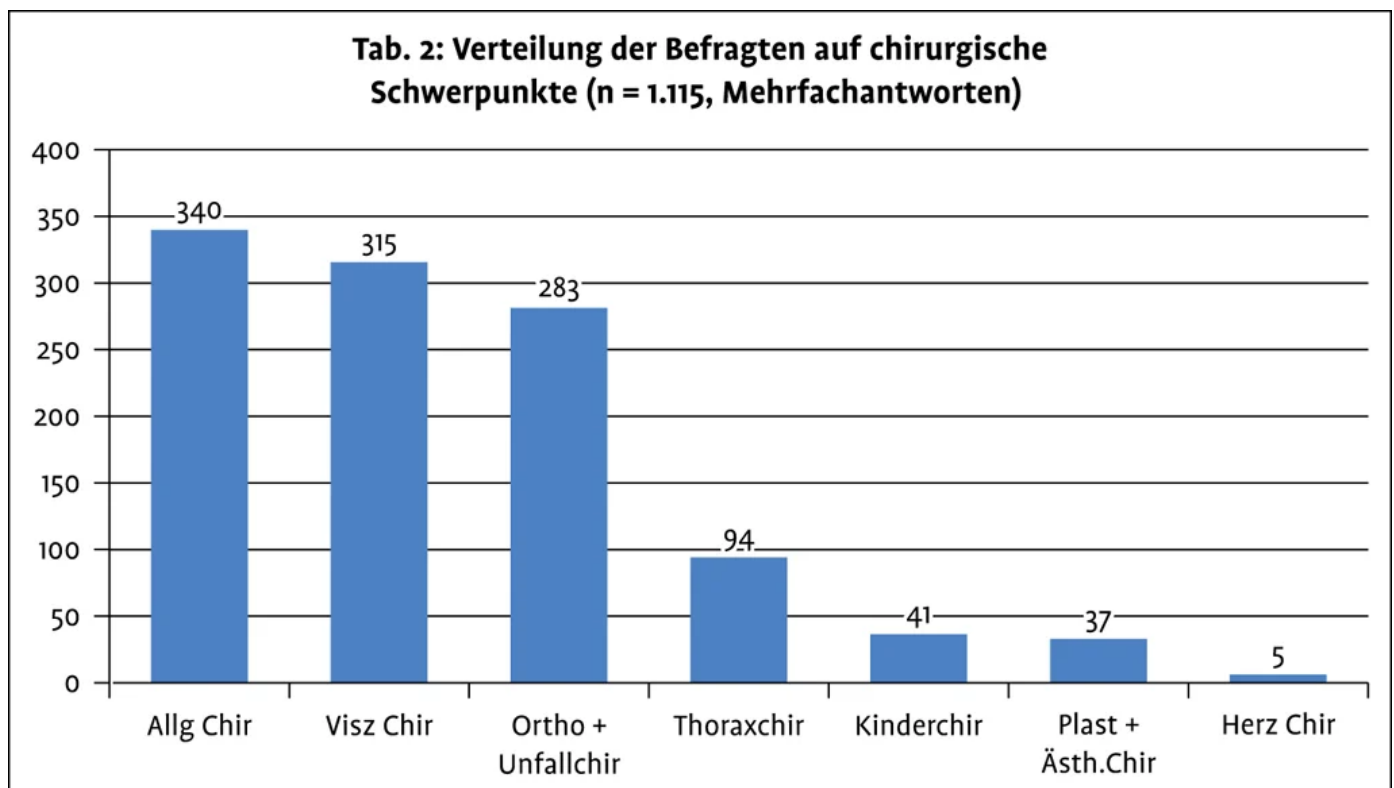
Altersstruktur der Befragten

Die nachfolgende Tabelle stellt die Altersstruktur der Befragten dar:



Chirurgische Schwerpunkte der Abteilungen

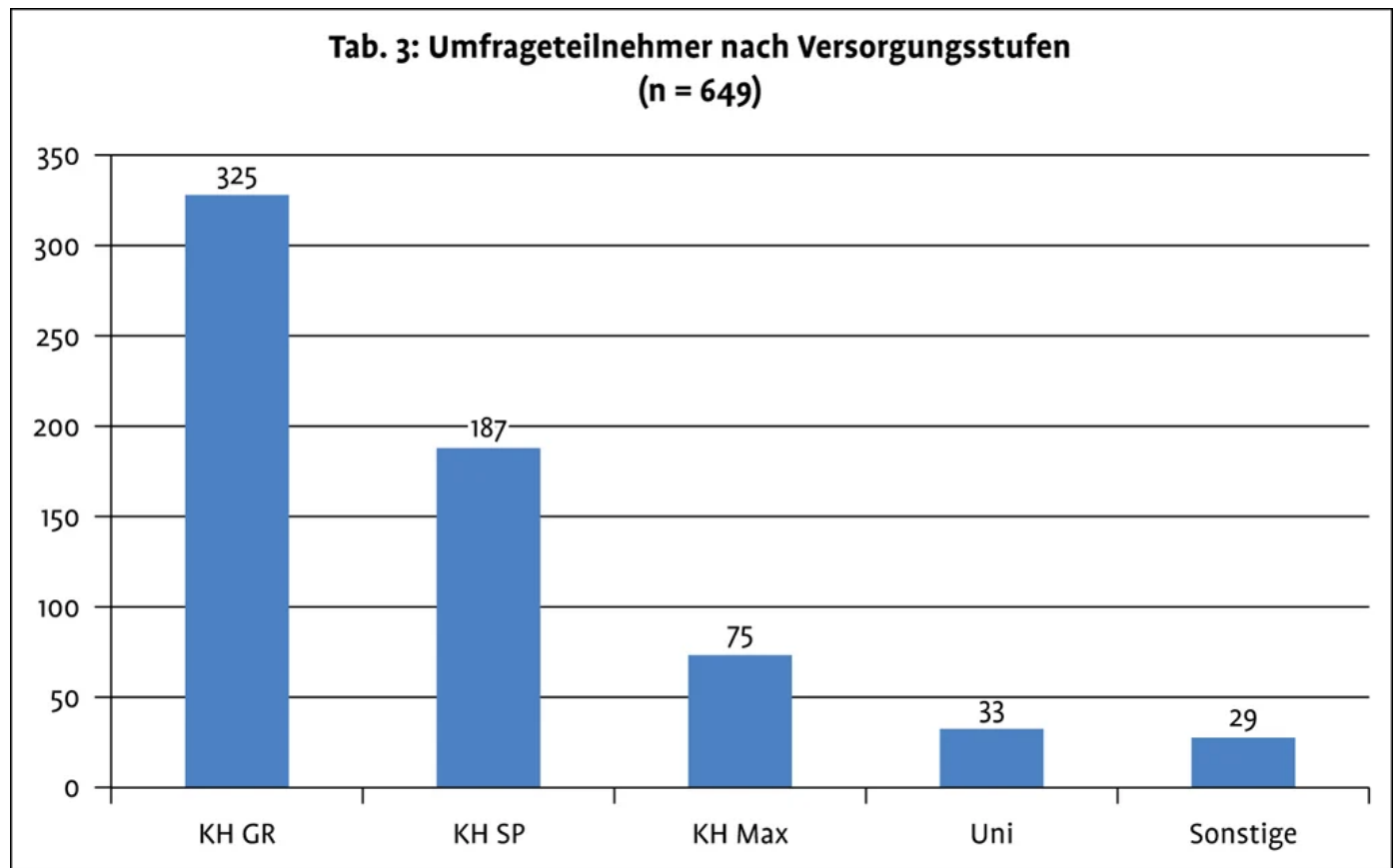
Die Befragten vertreten mit ihren Abteilungen die folgenden chirurgischen Schwerpunkte (Mehrfach-Nennungen waren möglich):



Abteilungen mit allgemeinchirurgischen und viszeralchirurgischen Schwerpunkten (655) stellten zusammen mit Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie (283) insgesamt 84 % der benannten Spezialisierungen.

Befragte nach Krankenhaus-Versorgungsstufe

Die befragten Ärzte/Ärztinnen sind in Krankenhäusern der folgenden Versorgungsstufen tätig:



35 % (222) der befragten Ärzte/Ärztinnen arbeiten in Krankenhäusern öffentlicher Trägerschaft, 44 % (279) haben gemeinnützige Träger, und 21 % (140) sind in Kliniken mit privater oder sonstiger Trägerschaft tätig.

Betriebsgrößen

Dabei wiesen 20 % (131) dieser Krankenhäuser eine Betriebsgröße von weniger als 200 Betten auf. 358 Krankenhäuser (56 %) hatten zwischen 201 bis 600 Betten, 21 % (157) der Krankenhäuser hatten 601 Betten oder mehr, davon 60 Kliniken mit mehr als 1000 Betten.

Wichtige Ergebnisse der Themengruppe 1:

Organisation des Gesprächsrahmens zwischen ärztlichen Führungskräften und Managern

Ziel der Datenerhebung in dieser Themengruppe war es herauszufinden, wie strukturiert die Gespräche und Treffen zwischen leitenden Ärzten und der Krankenhaus-Geschäftsleitung im Alltag organisiert sind:

- Was sind die typischen Anlässe für Gespräche zwischen leitenden Ärzten und Krankenhausmanagern?
- Wie erfolgt die Einladung zum gemeinsamen Meeting?
- Wie lang vorher wird zur Besprechung durch die Geschäftsleitung eingeladen?
- Wie vollständig ist die Vorabinformation zur Besprechungsagenda?
- Wie ist die typische Gesprächssituation (Teilnehmer)?

Hintergrundthese hierbei ist die Annahme, dass sich insbesondere durch eine professionelle Meetingvorbereitung die Erfolgschancen eines gemeinsamen und formal fairen Gesprächs erhöhen.

■ Gesprächsanlässe

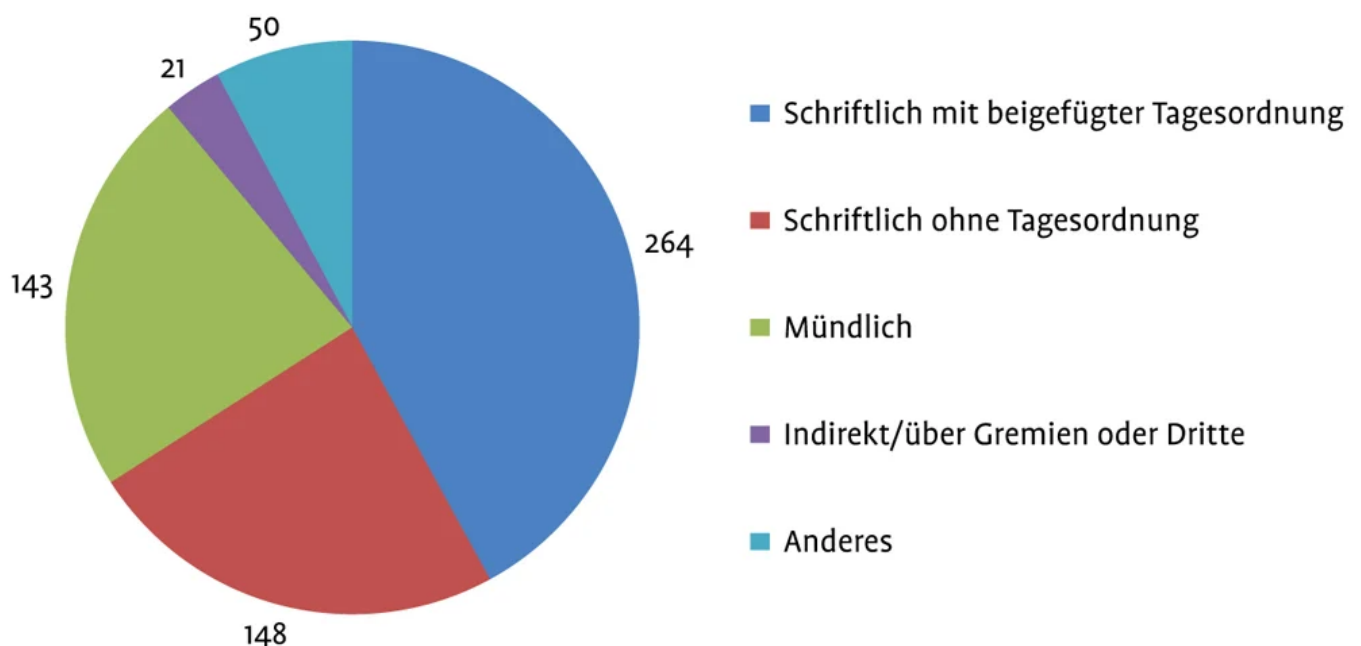
Als häufige Anlässe für solche Gespräche wurden Einzelthemen (27 %), Meetings im Rahmen von Gremienarbeiten (19 %), Spontane Idee ärztlicherseits (18 %) und spontane Idee seitens der Geschäftsleitung (16 %) benannt. Personalgespräche und sonstige Anlässe machen insgesamt mit 21 % aus.

■ Form der Einladung

66 % (412) aller Nennungen wurde eine schriftliche Einladung zur Besprechung zugesandt, 34 % (214) aller Einladungen erfolgten mündlich oder nicht-schriftlich (siehe Tabelle 4). Bei mehr als der Hälfte aller Gesprächseinladungen (58 %) erfolgte diese ohne schriftliche Tagesordnung. Die Verfügbarkeit verbindlicher weil schriftlich fixierter Vorabinformationen für die Ärzteseite war damit relativ gering. Keine gute Voraussetzung für Interaktion und Verhandlungen auf gleicher Augenhöhe!

Tab. 4: Organisation des Gesprächsrahmens

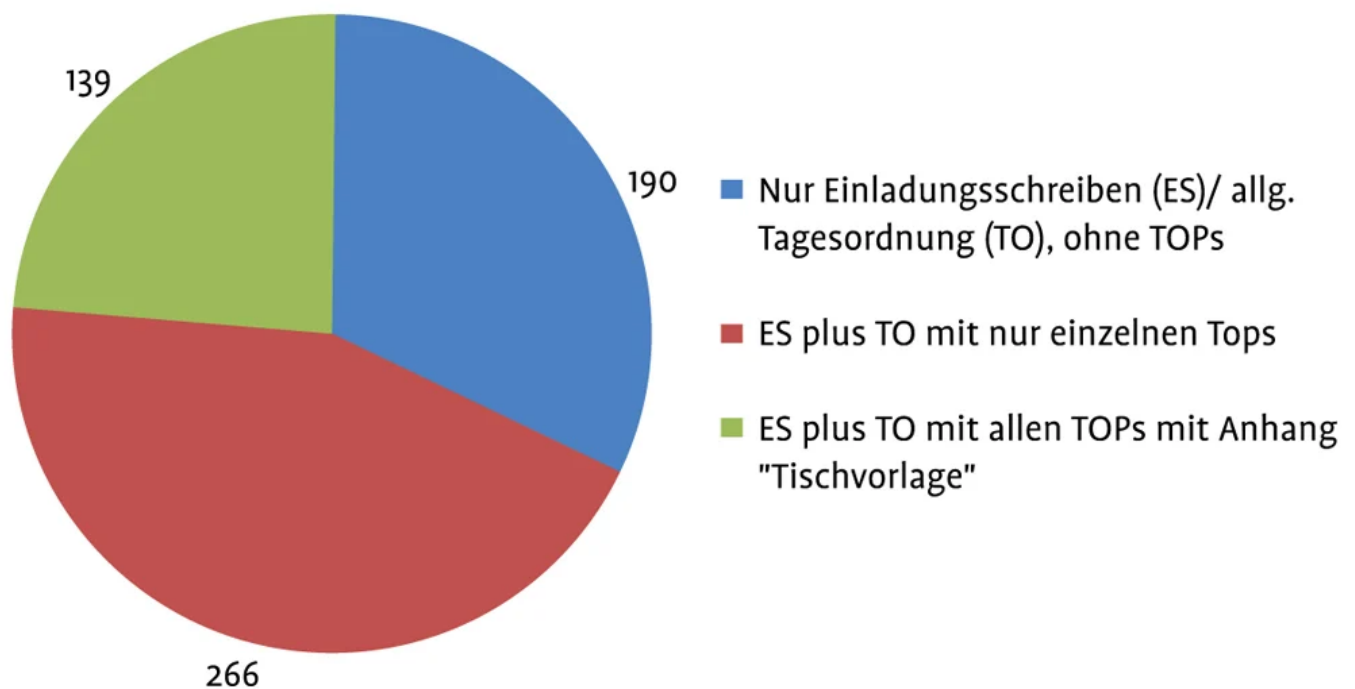
Form der Einladung (n = 626)



- Vorabinformation zur Besprechungsagenda

In einer Zusatzfrage wurde deshalb das Thema der Vorabinformation des ärztlichen Gesprächspartners/-in vertiefend nachgefragt (siehe Tab. 5): Nur in 23 % (139) aller Fälle wird das Einladungsschreiben mit vollständiger Tagesordnung und allen Tischvorlagen zusammen dem ärztlichen Gesprächspartner übersandt! So entstehen erhebliche asymmetrische Informationsstände. Einer effizienten (weil beiderseits vorbereitbaren) und fairen, weil ohne einseitige Informationsvorsprung stattfindenden Führungskräfte-Besprechung, wird damit nur bedingt Vorschub geleistet. Solche verbesserungsfähigen Gesprächsvorbereitungen unter Führungskräften in anderen Wirtschaftsbranchen bei Unternehmen vergleichbarer Umsatzgrößen würden sicher als optimierbar angesehen.

Tab. 5: Organisation des Gesprächsrahmens
Vorab-Information Besprechungsagenda (n = 595)



- Zeitlicher Vorlauf zur Besprechung

Mit welchem zeitlichen Vorlauf wird zu Besprechungen eingeladen? 61 % (381) aller Einladungen erfolgen mit einem zeitlichen Vorlauf von bis zu einer Woche. Mittel- und langfristige Terminvorläufe werden bei 39 % aller Einladungen eingeplant.

- Typische Gesprächsgruppen-Situation

Nur 37 % (232) aller Gespräche zwischen leitendem Arzt/Ärztin und der Geschäftsführung werden als Vier-Augen-Gespräch „Face-to-Face“ durchgeführt. In 56 % aller Gespräche sind mehr als zwei Personen anwesend (Kleingruppen-Gespräche). Hierin sind auch 14 % Gespräche multiprofessioneller Gruppen enthalten. Es fällt auf, dass Vier-Augen-Gespräche auf Führungskräfte-Ebene nur relativ wenig genannt wurden.

Wichtige Ergebnisse der Themengruppe 2:

Fragen zum Arbeitsalltag ärztlicher Führungskräfte

Ziel der Datenerhebung in dieser Themengruppe war es herauszufinden, wie strukturiert die betriebliche Zusammenarbeit zwischen leitenden Ärzten und der Krankenhaus-Geschäftsleitung im Alltag organisiert ist:

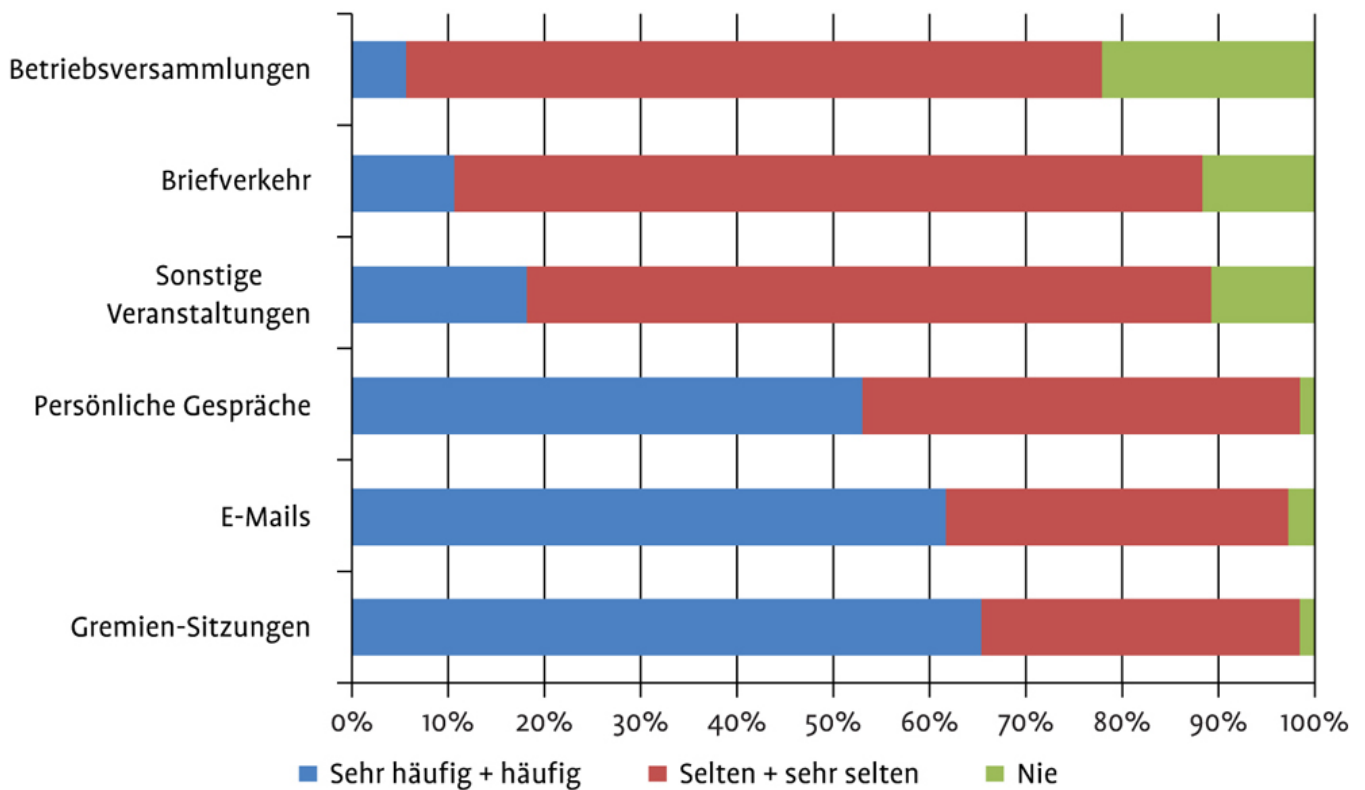
- In welchem Rahmen arbeiten leitende Ärzte überwiegend mit der Geschäftsführung/Geschäftsleitung zusammen?
- Was sind die typischen Themen der Zusammenarbeit?
- Wie schätzen ärztliche Führungskräfte die routinemäßige Umsetzung der praktischen Betriebssteuerung/Controlling ein?

Hintergrundthese hierbei ist die Annahme, dass sich eine effiziente und partnerschaftlich orientierte Zusammenarbeit ärztlicher und kaufmännischer Führungskräfte in Form und Inhalt auf alle wichtigen betrieblichen Fragestellungen beziehen muss. Die gemeinsam vereinbarten Ziele und Vorgehensweisen sollten wirksam umgesetzt werden.

- Rahmen der Zusammenarbeit zwischen leitenden Ärzten und der Geschäftsführung/Geschäftsleitung

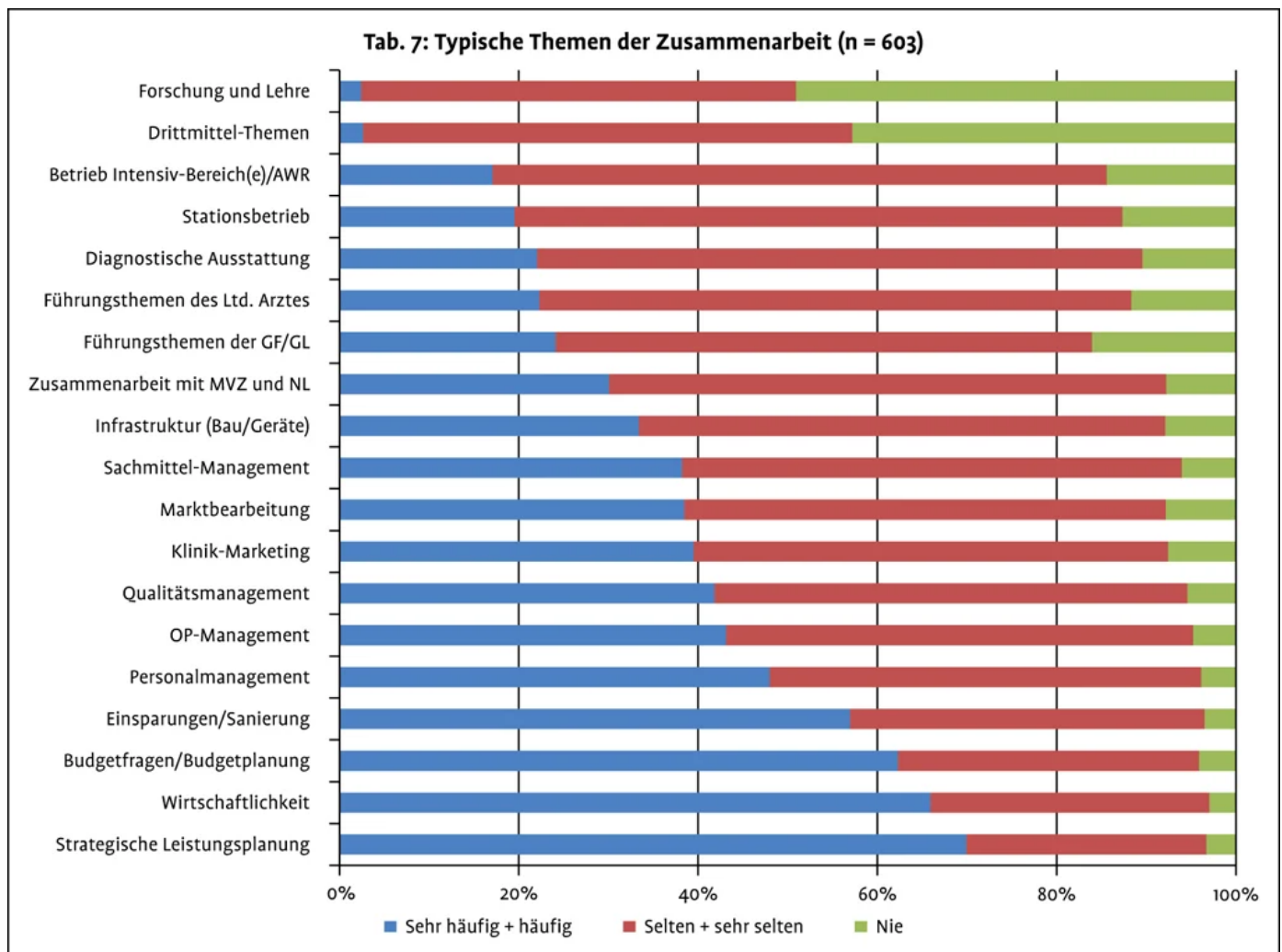
Der typische Rahmen der Zusammenarbeit ist in der nachfolgenden Tabelle 6 dargestellt: Sehr häufig oder häufig treffen sich die Führungskräfte bei Gremienbesprechungen (66 %), tauschen E-Mails (62 %) aus, oder sprechen miteinander persönlich (54 %). Selten oder sehr selten werden Geschäftsbriefe geschrieben (11 %), was angesichts der mit dem geschriebenen Wort verbundenen Verbindlichkeitswirkung, trotz der Arbeitsmühe des Brief-Verfassens, kritisch hinterfragt werden sollte.

Tab. 6: Typischer Rahmen der Zusammenarbeit (n = 603)



■ Was sind die typischen Themen der Zusammenarbeit?

Die typischen Themen der Zusammenarbeit zwischen leitenden Ärzten und kaufmännischen Führungskräften sind in Tabelle 7 nach ihrer Häufigkeit dargestellt:



Es fällt auf, dass sich Häufigkeitsbezogen drei große Themenblöcke ergeben:

a. Der „Geld-Financen-Block“ mit den sehr häufigen oder häufigen gemeinsamen Themen

- Strategische Leistungsplanung (70 %)
- Wirtschaftlichkeit (66 %)
- Budgetfragen/Budgetplanung (62 %)
- Einsparungen/Sanierung (57 %)
- Personalmanagement (48 %)

b. Der „Betrieb-Block“ mit den seltenen oder sehr seltenen gemeinsamen Themen

- OP-Management (43 %)
- Qualitätsmanagement (42 %)
- Klinik-Marketing (40 %)
- Marktbearbeitung (38 %)
- Sachmittel-Management (38 %)
- Infrastruktur (Bau/Geräte) (34 %)
- Zusammenarbeit mit MVZ und Niedergelassenen (30 %)
- Führungsthemen der Geschäftsführung/Geschäftsleitung (24 %)
- Führungsthemen des Ltd. Arztes (22 %)

- Diagnostische Ausstattung 22 %)
 - Stationsbetrieb (19 %)
 - Betrieb Intensiv-Bereich(e)/Aufwachräume (17 %)
- c. Der „Wissen-Block“ mit den laut Erhebung so gut wie nie besprochenen gemeinsamen Themen
- Drittmittel-Themen (3 %)
 - Forschung und Lehre (2 %)

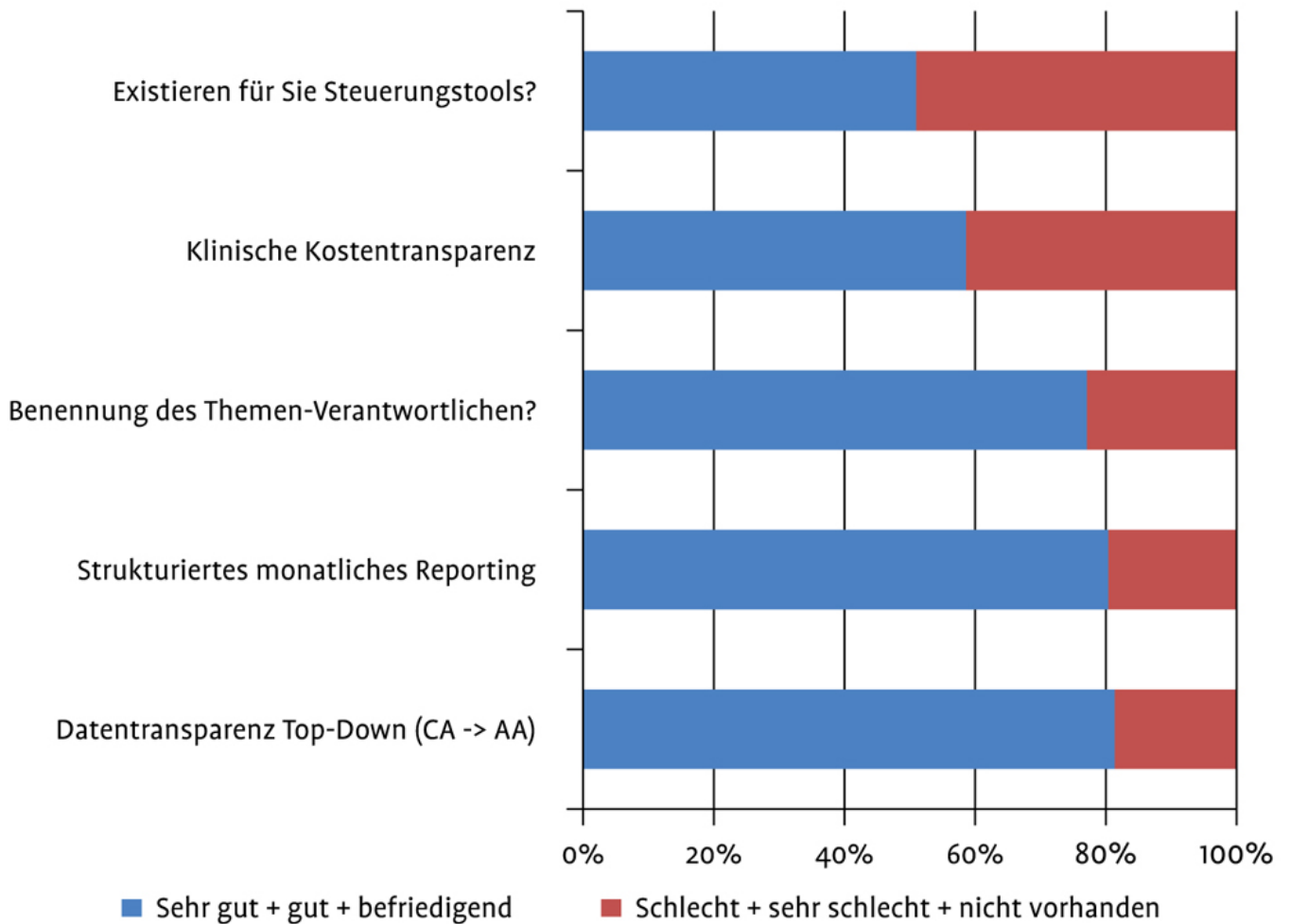
Das Ergebnis lässt sich etwas salopp-verkürzt wie folgt zusammenfassen: Kaufmännische Geschäftsleitungen sprechen mit leitenden Ärzten vor allem häufig über Geld oder Finanzen. Das Thema „Strategische Leistungsplanung“ kann hierbei, vor dem Hintergrund der anderen Antwortmöglichkeiten zu dieser Frage und aus der gelebten Praxis in vielen Häusern heraus, letztlich meist auch als „Budgetthema“ oder „Finanzthema“ interpretiert werden.

Über betriebliche Fragen der chirurgischen Fachabteilungen wird deutlich seltener gesprochen, über Themen wie „Drittmittel“ und „Forschung & Lehre“ (aus Sicht der Gesamterhebung) so gut wie nie. Es kann sein, dass insbesondere die Angaben der 33 beteiligten Unikliniken natürlich auch in der Gesamtstichprobe der Erhebung mit ihren hundertten von Kliniken statistisch marginalisiert worden sind.

Würden die Geschäftsleitungen und ärztliche Führungskräften umfassender miteinander kommunizieren, vor allem auch über den Themenbereich „Betrieb-Block“, könnten sicherlich neue Chancen und Ressourcen im gemeinsamen Management genutzt werden. Hier scheint es noch erhebliche Defizite bezüglich einer gemeinsamen Managementagenda zu geben.

- Wie schätzen ärztliche Führungskräfte die routinemäßige Umsetzung der praktischen Betriebssteuerung/Controlling ein? Damit leitende Ärzte in einem arbeitsteilig angelegten Managementprozess ihren Steuerungsbeitrag zum Gesamtunternehmen einbringen können, ist es unverzichtbar, diese Personengruppe hierfür auch situationsbezogen und „Werkzeug-bezogen“ in die Lage zu versetzen. Die in dieser Frage betrachteten Sachverhalte wurden deshalb vor dem Hintergrund der Annahme nachgefragt, dass vor allem fünf wesentliche Managementbereiche wichtige Schnittstellen bzw. Vorbedingungen einer konstruktiven und effizienten Zusammenarbeit zwischen Leitenden Chirurgen/Chirurginnen und kaufmännischen Führungskräften darstellen sollten:
 - 1) Erfolgsfaktor Information: Wird den leitenden Ärzten ein strukturiertes monatliches Reporting von der Geschäftsführung/Geschäftsleitung bereitgestellt?
 - 2) Erfolgsfaktor Projektmanagement: Werden für gemeinsame Themen (verantwortungsadressierend) sogenannte Themen-Verantwortliche benannt?
 - 3) Erfolgsfaktor Transparenz I: Haben die ärztliche Führungskräfte eine klinische Kostentransparenz für ihre Fachabteilung?
 - 4) Erfolgsfaktor Transparenz II: Gibt es eine Datentransparenz Top-Down (Chefarzt -> Assistenzarzt) in der Fachabteilung?
 - 5) Erfolgsfaktor Steuerung vor Ort: Werden den leitenden Ärzten Steuerungstools zur Verfügung gestellt? Das Befragungsergebnis hierzu ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Tab. 8: Praktische Betriebssteuerung/Controlling (n = 584)



Das für leitende Chirurgen/Chirurginnen unerfreuliche Befragungsergebnis:

- Beim Thema „Klinische Kostentransparenz“ empfinden 41 % der Befragten die Situation als „schlecht/sehr schlecht“ oder sagen schlichtweg: Nicht vorhanden! Die Frage drängt sich auf: Wie soll erfolgreich gesteuert werden, wenn eine wichtige Grundlage hierfür fehlt? Die Verantwortlichkeit hierfür im Sinne einer Bereitstellung der erforderlichen Informationen liegt nach Meinung der Verfasser bei der Geschäftsführung/Geschäftsleitung.
- Bei der Frage nach existierenden Steuerungsinstrumenten, also letztlich nach den entscheidenden Hebeln ärztlichen Ressourcenmanagements, gaben sogar 49 % der Befragten an, dass diese „schlecht/sehr schlecht“ oder „nicht vorhanden“ seien. Unter diesen Bedingungen chirurgische Führungskräfte zu wirtschaftlich wirksamen Steuerungsmaßnahmen durch die Krankenhaus-Geschäftsführungen verpflichten zu wollen, erscheint sehr problematisch!

Wichtige Ergebnisse der Themengruppe 3:

Typische Konflikte und Konfliktmanagement

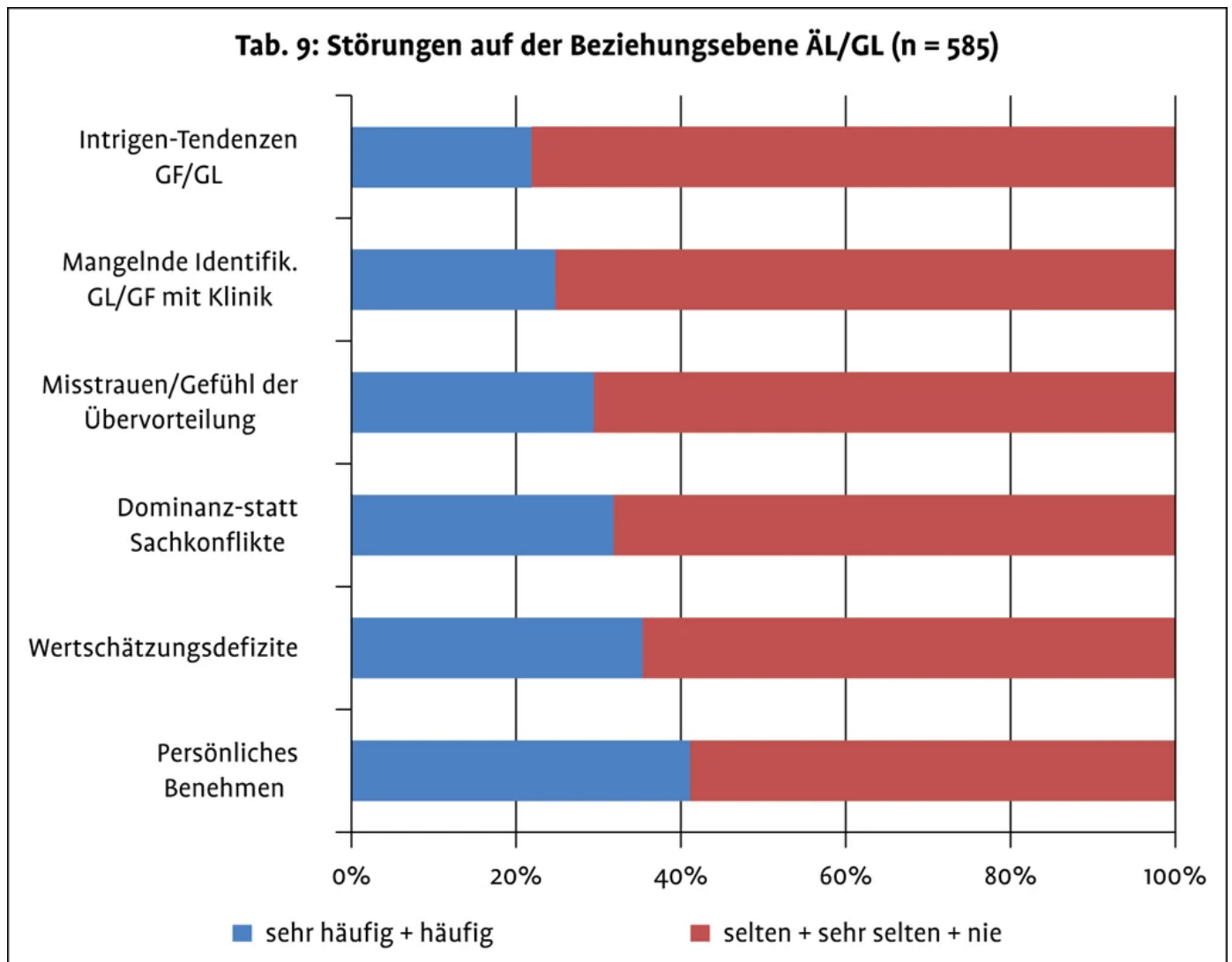
Das die berufliche Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen sehr unterschiedlicher professioneller Konditionierung nicht immer konfliktfrei sein kann, ist offensichtlich. Deshalb wurde in dieser Befragung auch danach gefragt, was besonders stört in der Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung/Geschäftsführung des Hauses:

- Themenkreis „(persönliche) Beziehungsebene“
- Themenkreis „Managementrahmen als Arzt“
- Themenkreis „Erlebte problematische Wirkungen“

Für alle drei Fragestellungen wurde eine vertiefende Auswertung der Befragungsergebnisse durchgeführt.

- Themenkreis „(persönliche) Beziehungsebene“

Tabelle 9 fasst die Antworten zusammen. Das Ergebnis ist schnell beschrieben: Es menscht, wie überall im Leben, auch zwischen Führungskräften in Krankenhäusern.

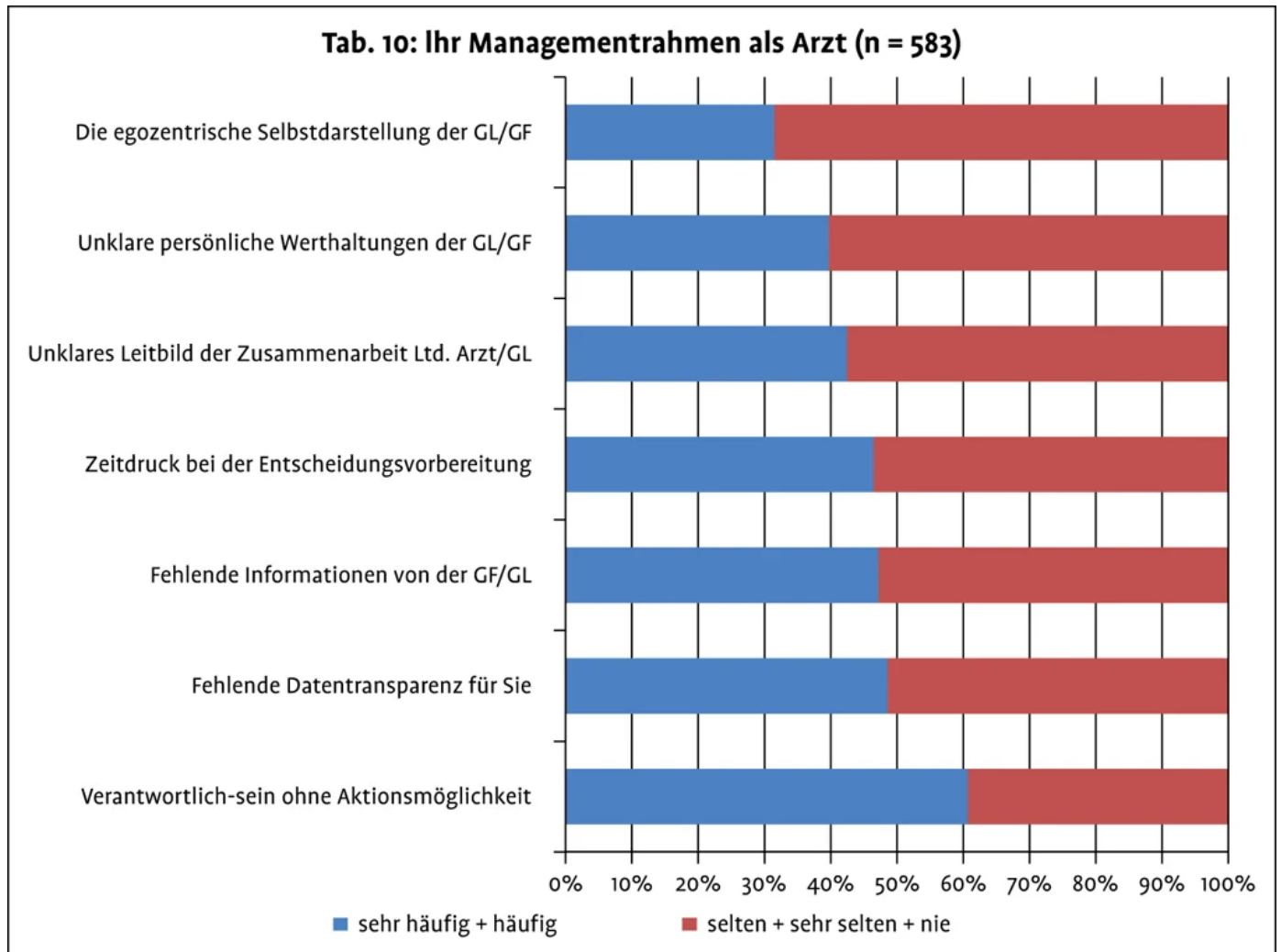


Was allerdings verwundert, ist der hohe Anteil des häufigen Anstoßnehmens leitender Ärzte am persönlichen Benehmen der kaufmännischen Führungskräfte (41 %) im Unternehmen. Verspürte Wertschätzungsdefizite (35 %) und stattfindende Dominanz- statt Sachkonflikte (32 %) werfen einen Schatten auf das professionelle Beziehungsmanagement von Geschäftsleitungen und Geschäftsführungen gegenüber „ihren Ärzten/Ärztinnen“. Die hieraus entstehenden Konflikte und Zerwürfnisse sind aller Erfahrung nach ein Indiz für letztlich unprofessionelles Verhalten, unabhängig von Auslöserfragen. Das gilt auch für den im beruflichen Alltag nachvollziehbaren Fall, dass auf beiden Führungskräfte-Seiten berufliche „Alphatiere“ durchaus vehement aufeinandertreffen können und dabei

Gefahr laufen, ihre Energien sinnlos in Konflikten zu vergeuden, statt diese Energie in die gemeinsamen Aufgaben einzubringen.

■ Themenkreis „Managementrahmen als Arzt“

Tabelle 10 fasst die Befragungsantworten zusammen. Das Ergebnis ist eindeutig und durchaus bestürzend:



Alle wichtigen Faktoren für den absehbaren Misserfolg ärztlicher Managementbemühungen sind leider mit signifikanten Anteilen als „sehr häufig“ bzw. „häufig“ vertreten:

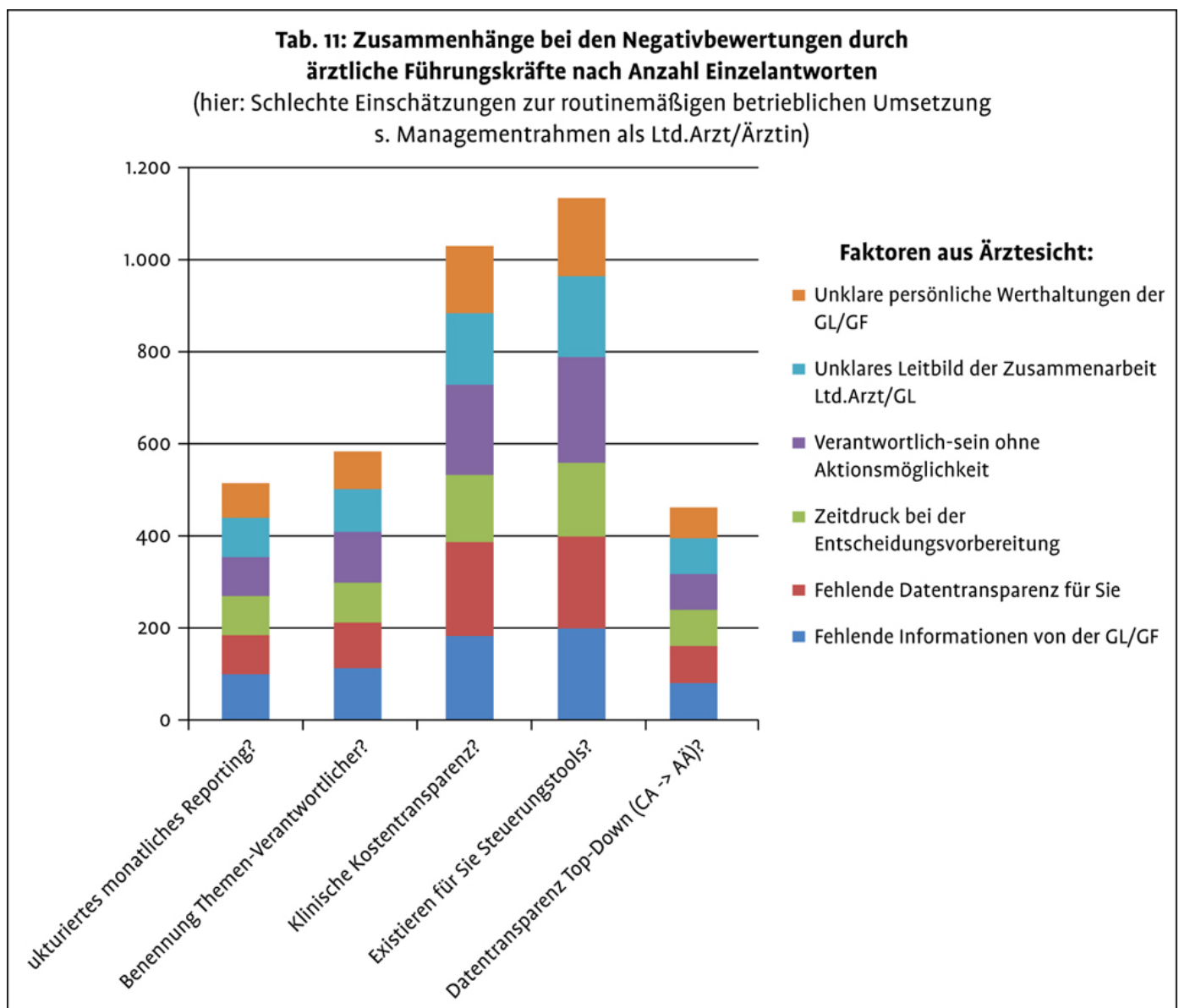
✓	Verantwortlich-sein ohne Aktionsmöglichkeit	61 % aller Antworten
✓	Fehlende Datentransparenz für Sie (Ltd. Ärzte)	49 % aller Antworten
✓	Fehlende Informationen von der GF/GL	47 % aller Antworten
✓	Zeitdruck bei der Entscheidungsvorbereitung	47 % aller Antworten
✓	Unklares Leitbild der Zusammenarbeit Ltd. Arzt/GL	43 % aller Antworten

✓	Unklare persönliche Werthaltungen der GL/GF	40 % aller Antworten
✓	Die egozentrische Selbstdarstellung der GL/GF	31 % aller Antworten

Diese Antworten müssen aus Sicht der Verfasser auch der Kern eines Katalogs von Anforderungen sein, welche zukünftig an die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den „Medizinexperten“ und den „Managementexperten“ zu stellen sind.

Es handelt sich hier aus Sicht der Verfasser nicht um unverrückbare Gegebenheiten, sondern um eine von Seiten des Krankenhausmanagements mit Unterstützung der chirurgischen Führungskräfte aufzuarbeitende Managementagenda!

Eine Detailbetrachtung der Zusammenhänge bei den Negativbewertungen (siehe Tab. 11) ergab ein deutliches Bild:



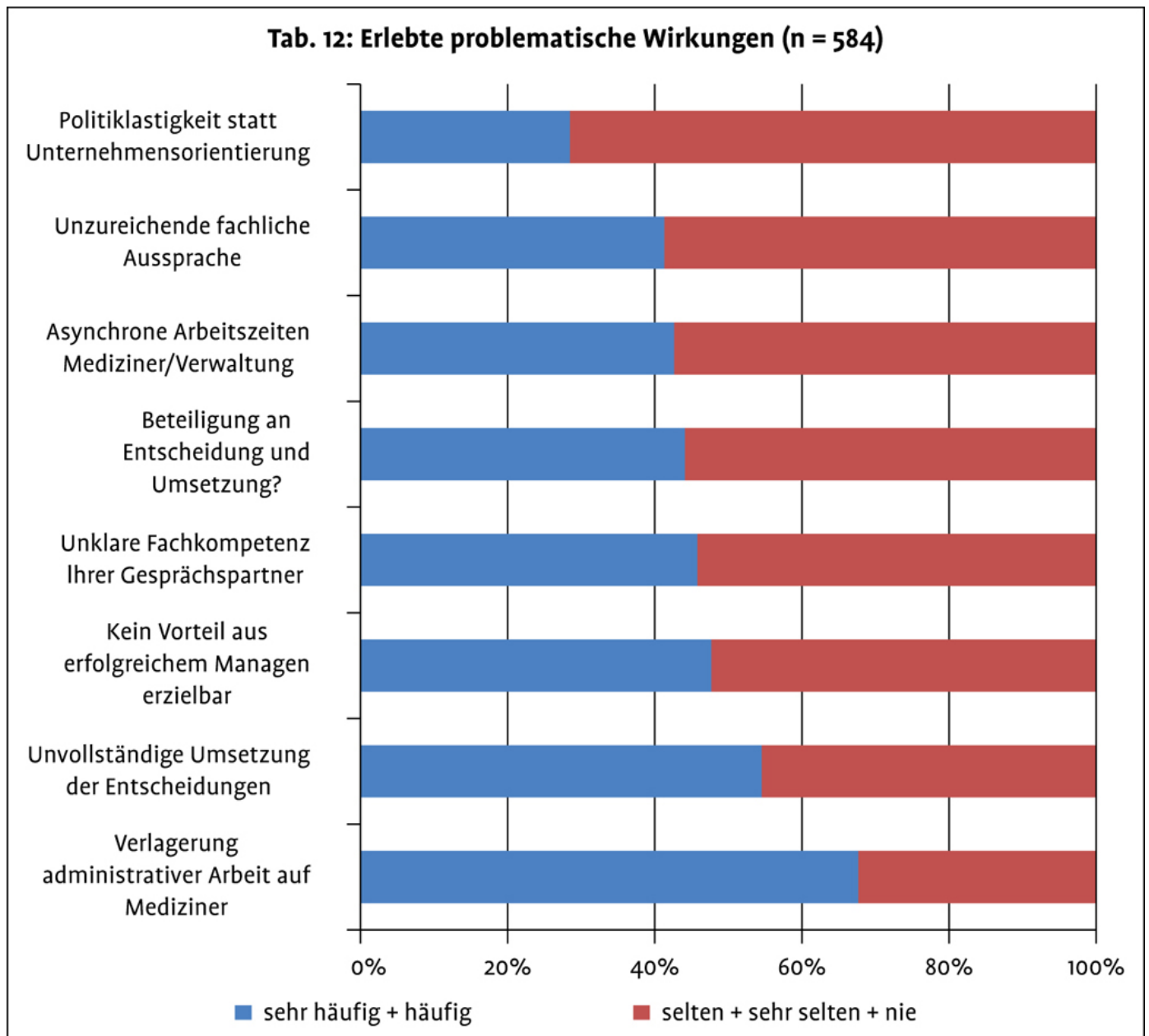
Diese Teilanalyse zeigt deutlich auf, dass insbesondere die Sachverhalte

- fehlende Existenz von Steuerungstools für ärztliche Führungskräfte und
- geringe klinische Kostentransparenz

bei den negativen Einschätzungen des Managementrahmens für ärztliche Führungskräfte durch leitende Chirurgen/Chirurginnen zusammenhängen.

■ Themenkreis „Erlebte problematische Wirkungen“

Tabelle 12 betrachtet die konkreten Eindrücke und Auswirkungen der optimierungsfähigen Management-Schnittstelle zwischen ärztlichen Führungskräften und Krankenhausmanagern:



Die hier signifikant mit „sehr häufig“ oder „häufig“ ausgeprägten Befragungsergebnisse sind ein klarer Katalog derjenigen Sachverhalte und Situationen, die einen wirksamen Managementbeitrag Leitender Chirurgen/Chirurginnen zum Gesamterfolg des Krankenhauses massiv behindern:

✓	Unvollständige Umsetzung der Entscheidungen	55 % aller Antworten
✓	Kein Vorteil aus erfolgreichem Managen erzielbar	48 % aller Antworten
✓	Unklare Fachkompetenz Ihrer Gesprächspartner	46 % aller Antworten
✓	Beteiligung an Entscheidung und Umsetzung?	45 % aller Antworten
✓	Asynchrone Arbeitszeiten Mediziner/Verwaltung	43 % aller Antworten
✓	Unzureichende fachliche Aussprache	41 % aller Antworten
✓	Politiklastigkeit statt Unternehmensorientierung	29 % aller Antworten

Diese Antworten zeigen deutlich auf, warum in der Fachöffentlichkeit immer wieder solche Themen mit Vehemenz berufsständisch diskutiert werden und weiterhin offensiv eingefordert werden sollten.

Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende BDC-Befragung zeigt deutlich auf, wo aus Chirurgensicht managementbezogen an der Schnittstelle zur Geschäftsführung/Geschäftsleitung in Krankenhäusern die „großen Hasen im Pfeffer liegen“ können:

- **Organisationsdefizite (Rahmenaspekt):**

Die Vorbereitung und Durchführung von Gesprächen und Meetings zwischen diesen beiden Gruppen von Führungskräften ist optimierbar. Im Sinne eines partnerschaftlichen Miteinanders sollte hier mehr Sorgfalt auf die „formalen Dinge“ gelegt werden. Insbesondere eine vollständige Vorinformation der Ärzte/Ärztinnen durch die Krankenhausmanager (Agenda/ TOPs/alle Tischvorlagen) kann eine effiziente Besprechung auf Basis von „Vorinformiertheit“ beider Seiten gut vorbereiten.

- **Themendefizite (typische Themen der Zusammenarbeit):**

Wenn Krankenhausmanager mit Chirurgen hauptsächlich nur über Geld und Finanzen sprechen, erscheint dieses zu wenig, angesichts der häufig nutzbaren exzellenten Betriebskenntnisse der Mediziner im komplexen täglichen Krankenhausbetrieb. Gute Chancen zur gemeinsamen Themenbearbeitung sind nur eingeschränkt erzeugbar. Eine umfassendere Managementagenda zwischen den beiden Führungsgruppen als Ausgangspunkt gemeinsamen Handelns sollte festgelegt werden.

- **Informationsdefizite (Steuerungsinformationen für Ärzte):**

Klinische Kostentransparenz ist eine der wichtigsten Anforderungen, um leitende Ärzte in die Lage zu versetzen, tatsächlich in der Klinik betriebspraktisch steuern zu können. Hier gibt es

offensichtlich Bedarf, den Medizinerinnen die relevanten Informationen adressatengerecht zur Verfügung zu stellen.

- Defizite bei Managementinstrumenten (Steuerungsinstrumente):

So wenig wie Chirurgen ohne OP-Besteck erfolgreich operieren könnten, so wenig können sie als „Nicht-Kaufleute“ ihre Kliniken im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten ohne geeignete betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente managen. Das hier häufig Hilflosigkeit empfunden wird, z. B. ein Gefühl des Verantwortlich-seins ohne Aktionsmöglichkeit, sollte dem Krankenhausmanagement dann zu denken geben.

- Defizite im Umgang miteinander (Wertschätzungsdefizite):

Partnerschaftlichkeit und vertrauensvolle Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen funktioniert friktionsarm nur dann, wenn die Beziehungsebene zwischen den Protagonisten intakt ist. Dafür Sorge zu tragen, gehört zu den wichtigsten professionellen Pflichten von Führungskräften, die miteinander erfolgreich sein wollen und müssen. Wenn Wertschätzungsdefizite oder andere störende „weiche Faktoren“ aus Sicht einer der beiden Führungsgruppen gesehen werden, ist deren unverzüglicher Abbau eine wichtige Anforderung.

Der BDC hat vor diesem, bisher in Teilen durchaus bekannten, in seiner Gesamtschau mit der vorliegenden Befragung aber empirisch präzisierten Hintergrund, bereits wichtige Service- und Fortbildungsangebote aufgebaut.

Viele der in dieser CHIRURG-MANAGER-Befragung beschriebenen Sachverhalte und Anforderungen sind bereits Inhalte angebotener Managementkurse wie z. B. der BDC-Seminarreihe Simplify your hospital™. Selbstmanagement, Verhandlungskompetenz oder Managertools für Ärzte werden als wichtige Kompetenzbausteine komplementär zur medizinischen Spezialistenexpertise vermittelt. Die BDC-Angebote werden hierfür, auch mit externer Unterstützung, kontinuierlich weiterentwickelt.

Der mit dieser umfassenden Befragung weiter vorangetriebene Diskussionsprozess der chirurgischen Ärzteschaft mit den Gesprächspartnern im Krankenhaus- und Trägermanagement sollte intensiv fortgesetzt werden: Zum Wohle der Patienten, welche eine hochqualitative chirurgische Versorgung erwarten. Und für den in kooperativ-partnerschaftlicher Weise gemeinsam durch ärztliche und kaufmännische Führungskräfte anzustrebenden Erfolg der einzelnen Abteilung und des gesamten Krankenhauses!

Schach,

Autoren des Artikels



Thomas Kapitza

Personen-zertifizierter Sachverständiger nach DIN EN ISO/IEC
17024:2003 für Gesundheitswirtschaft
Sachverständigenbüro Kapitza/Sachverständigennetzwerk TOP-
EXPERTISE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT
Ludwigstr. 3
82110 Germering

[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Vorsitzende des BDC-Landesverbandes Hamburg
Ärztliche Direktorin und Chefärztin Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Asklepios Klinik St. Georg
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg

[> kontaktieren](#)