

Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit

Wenn wir in die Veröffentlichungen von Politik, Gesundheitswirtschaft und Ärzteschaft der vergangenen zwanzig Jahre zu diesem Thema schauen, könnte der Eindruck entstehen, dass bereits alles dazu geschrieben wurde und es keine neuen Aspekte gibt. Vielleicht ist das auch das Grundproblem: Es besteht eine lähmende Übereinstimmung darin, dass die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu einer Beeinflussung des Arzt-Patientenverhältnisses führt. In einigen Bereichen führt es nach Prof. Dr. Giovanni Maio zu einer „Sinnentleerung ärztlichen Handelns“. Erst im vergangenen Jahr hat die Zentrale Ethikkommission mit ihrer **Stellungnahme zu finanziellen Anreizen in der Patientenversorgung eine wichtige ethische Orientierung für ärztliches Handeln veröffentlicht, die ausdrücklich zur Lektüre empfohlen wird.**

Auf die Spitze getrieben: Haben wir uns mit unserer Rolle im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Gewinnmaximierung bereits abgefunden? Geht es nur noch darum, in einer Art olympischen Disziplin des Ertragens dieser Einflussnahme die berufsethischen Interessen anzupassen? Dabei ist in diesem Prozess eines sicher: Der in den Diskussionen häufig vergessene Verlierer bleibt der Patient.

Eine Kollegin bekannte in einem Gespräch den Gewissenskonflikt, einen Patienten nach wirtschaftlichen Maßgaben entlassen zu müssen, obwohl noch einem Tumorverdacht nachzugehen wäre. Es gibt sie, die ethischen Konflikte. Zwischen Arzt und seinem Patienten schieben sich ökonomische Störfaktoren mit Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis, auf die Versorgungsqualität und die eigene berufliche und innere Balance.

Holen wir uns den Arzt zurück!

Der Kostendruck einerseits und die Gewinnmaximierung auf dem „Gesundheitsmarkt“ andererseits haben das Arzt-Patienten-Verhältnis und damit den Kern unseres Berufes verändert. Das führt nicht nur zu den bekannten moralischen Dilemmata, sondern lässt die Frage nach der Zukunft ärztlichen Handelns aufkommen. Bleiben wir in der steten Auseinandersetzung oder rücken wir wieder das ärztliche Handeln in den Vordergrund? Wir haben uns daran gewöhnt, die Beziehungen zwischen Patienten, Kostenträgern und Leistungserbringern mit Hilfe des Sozialgesetzbuches mehr

konfliktiv als einigend mit Anträgen, Papieren, Katalogen zu füllen und zu erleben. Ist es illusorisch oder gar zu idealistisch, hier den im Sprachgebrauch inzwischen sehr beliebten „Systemwechsel“ zu fordern? Ist die Entfernung der Gewinnmaximierung aus dem System zu radikal? Oder ist es ausreichend, den aktuellen Herausforderungen mit klugen Lösungsvorschlägen zu begegnen?

Was ist notwendig?

Besinnen wir uns auf normative Grundsätze! Der Patient mit einer gesundheitlichen Störung möchte in diesem System eine Lösung des Problems erhalten und erwartet zu Recht entsprechende Unterstützung durch unser ärztliches Handeln. Artikel 12 unseres Grundgesetzes sichert die Ausübung unseres Berufes. Unsere Berufsordnung richtet in der Präambel unsere Tätigkeit nach der Deklaration von Helsinki aus und grenzt unseren, der Natur nach freien Beruf vom Gewerbe ab. Das Sozialgesetzbuch versieht diesen Vorgang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Richten wir unser Handeln nach diesen Grundsätzen aus?

Willensbildung in Politik und Gesellschaft ist komplex und erfordert einen langen Atem. Angesichts der aktuellen Entwicklungen besteht zunehmend Sorge einer drohenden Beamtungspflichtigkeit dieser Prozesse. Sie dauern meist über eine Wahlperiode hinweg – mit dem Tätigkeitsbeginn einer neuen Regierung ändern sich politische Sicht und Priorisierung. Partikularinteressen ersetzen eine anzustrebende vernünftige und grundsätzliche Einigung allzu oft durch einen kleinen gemeinsamen Kompromiss. Ausdruck dessen ist ein hochkomplexes Gesundheitssystem in Deutschland, welches empfindlich auf Stellschrauben reagiert. Zudem birgt dieses System einen Widerspruch in sich. Die Finanzierung geht von dem Gedanken der Solidargemeinschaft aus. Im

Prozess werden dann aber marktwirtschaftliche Elemente wie zum Beispiel eine Gewinnerzielung mit dem Argument einer Prozessoptimierung zugelassen. Provozierender Ausdruck dieses Widerspruches sind steigende Mitgliedsbeiträge auf der einen Seite und kontinuierliche Gewinnabschöpfungen auf der anderen Seite. Diese Entwicklungen kritisch zu sehen, bedarf keiner politischen Ausrichtung.

Ist diese Marktlogik, also der wirtschaftsliberale Ansatz der Politik im Gesundheitswesen weiter aufrecht zu erhalten oder ist die Gesellschaft bereit, den Gedanken der Solidargemeinschaft wieder in den Vordergrund zu rücken und damit die das Arzt-Patienten-Verhältnis belastende Ökonomisierung auf die Aufgabe der vernünftigen Finanzierung des Systems zu beschränken?

Ökonomie ist nicht der Feind einer guten Medizin. Sie mahnt uns, Sinnhaftigkeit medizinischen Handelns mit der Lebenssituation und dem Willen des Patienten abzustimmen. Sich allein darauf zu verlassen, dass der Markt die Medizin reguliert, ist aus ethischen Überlegungen heraus ein Desaster. Es bedarf einer ehrlichen gesellschaftlichen Diskussion, an der die Ärzteschaft sich deutlich mehr beteiligen muss, was Medizin leisten kann und was nicht. Allein die Erwartung, dass alle medizinischen Möglichkeiten bis in das hohe Alter ausgeschöpft werden, ist nicht zu finanzieren.

Bringen wir uns ein!

Was bedeutet und wie gelingt es, die ärztliche Position in diesen Prozess einzubringen? Zunächst ist es notwendig, Positionen zu erarbeiten und in der Ärzteschaft zu konsentieren. Dabei geht es vor allem darum, ethische Grundsätze ärztlichen Handelns so zu formulieren, dass sie in der

Bild: Adobe Stock/sh99 u. Enrique, mit KI generiert



gesellschaftlichen und vor allem politischen Willensbildung verstanden und aufgenommen werden. Dazu hat der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen bereits gearbeitet und wird sich in diesem Jahr weiteren Themen wie zum Beispiel der Suizidassistenz aber auch der Medizin im Alter widmen. Das ist allerdings nur ein Teil der Meinungsbildung.

Um die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns und unsere Haltung sichtbar zu machen, bedarf es der unterschiedlichsten Mitwirkung aller Ärzte gegenüber unseren Patienten, den Klinikleitungen, den Kostenträgern und der Politik. Dabei müssen wir Auseinandersetzungen annehmen und Werkzeuge wie Ombudsstellen und Rechtsberatung durch die Kammern nutzen und, wenn notwendig, auch rechtliche Auseinandersetzungen nicht scheuen. Die Ärztekammern sind hier in der Pflicht, ihre Mitglieder zu unterstützen.

Ein wichtiger Aspekt ist unsere berufsordnende Verantwortung für die uns nachfolgenden Generationen. Diese werden unter anderen Bedingungen arbeiten. Dieser Blick darf bei allen Überlegungen nicht fehlen und sollte den Entwicklungen der Medizin und der Heilberufe gerecht werden. Das Gut der Freiberuflichkeit verpflichtet gegenüber der Gesellschaft in Bezug auf das Gemeinwohl. Es stützt uns aber auch mit der Verantwortung aus, unsere ethischen Grundsätze gegenüber der Gesellschaft zu verteidigen – zum Wohle unserer Patienten!

Autor



Foto: ÄKMW

Dr. Jens Placke
Vorsitzender
Ausschuss für ethische und
medizinisch-juristische Grundsatzfragen
Bundesärztekammer
Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

„Kooperation oder Konfrontation: Arbeit zwischen Geschäftsführung und Ärztlichen Direktoren“

Die Zusammenarbeit zwischen der Geschäftsführung und dem ärztlichen Direktor eines Krankenhauses wird in der Öffentlichkeit oftmals als konfliktbelastet wahrgenommen oder zumindest so dargestellt. Dies ist sicherlich dem natürlichen Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie geschuldet. In einem modernen Krankenhaus ist aber gerade die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Dem ärztlichen Direktor kommt hierbei eine ganz besondere Rolle zu.

Ein Krankenhaus wird durch ein sogenanntes Direktorium geleitet. Es besteht in der Regel aus dem Ärztlichen Direktor, dem Pflegedirektor und dem Kaufmännischen Direktor, was früher auch so in den Landeskrankenhausgesetzen definiert war. In konfessionellen beziehungsweise ordensgeführten Häusern wurde das Direktorium oft auch um eine vierte Person, zum Beispiel einen Vertreter der Ordensgemeinschaft, ergänzt.

Im Muster-Dienstvertrag für Chefärzte der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist geregelt, dass „Auf Verlangen des Krankenhausträgers oder der Krankenhausleitung hat der Arzt/die Ärztin die Aufgaben des Ärztlichen Direktors/der Ärztlichen Direktorin des Krankenhauses wahrzunehmen“.

Position des ärztlichen Direktors birgt besondere Herausforderung

Insofern ist in fast allen Krankenhäusern die Position des ärztlichen Direktors nicht hauptamtlich besetzt, sondern wird vom Stelleninhaber neben seiner originären Tätigkeit, in der Regel als Chefarzt einer Fachabteilung, zusätzlich wahrgenommen, was sowohl zeitlich als auch organisatorisch für den Chefarzt eine besondere Herausforderung mit sich bringt; zumal alle anderen Positionen im Direktorium hauptamtlich besetzt sind. Und das macht zumindest bei der nicht hauptamtlichen Position auch das Besondere an dieser Rolle aus, nämlich einerseits Chefarzt und fachlicher Leiter einer Abteilung und andererseits Mitverantwortlicher für das Gesamtunternehmen.

Daher wird auch immer wieder diskutiert, diese Rolle hauptamtlich zu besetzen, wie es oft an größeren Kliniken bereits üblich ist. Hier gibt es kein klares richtig oder falsch. Beide Varianten haben Vorteile, wobei die Akzeptanz der übrigen Chefärzte in der Regel größer ist, wenn das Amt durch einen „amtierenden Chefarzt“ also nebenamtlich wahrgenommen wird.



Foto: Adobe Stock/Muin mit KI generiert

Die Kernaufgaben des ärztlichen Direktors sind:

- die Mitwirkung bei der strategischen Weiterentwicklung und Leitung der Einrichtung
- die Sicherstellung eines bedarfsorientierten medizinischen Leistungsangebotes
- die strategische Weiterentwicklung und die Führung der ihm zugeordneten Bereiche (zum Beispiel Hygiene, Betriebsarzt, etc.)
- die Führung und das Management der übergeordneten medizinischen Bereiche und Themen (zum Beispiel der Notaufnahme -sofern nicht bereits chefärztlich besetzt-, des ärztlichen OP-Managements, der Hygienekommission, ...)
- die interne und externe Vernetzung sowie repräsentative Aufgaben

Funktion als Sprecher und Vertreter der Chefärzte

Neben den definierten fachlichen Anforderungen (unter anderem abgeschlossenem Medizinstudium, mehrjährige Berufserfahrung im Krankenhaus, Führungserfahrung, Kenntnisse des Gesundheits- und Sozialwesens, sowie des Krankenhausmanagements) benötigt man für das Amt des ärztlichen Direktors ein hohes Maß an Entscheidungsfähigkeit und Verantwortungsbereitschaft, an strategieorientiertem Denken und Arbeiten sowie an Kommunikations-, Konflikt- und Teamfähigkeit.

Illu: Adobe Stock/sh99

Dabei fungiert der ärztliche Direktor einerseits als Sprecher und Vertreter der Chefärzte im Krankenhausdirektorium, übernimmt aber gleichzeitig auch mit den Direktoriumskollegen die unternehmerische Verantwortung für das Krankenhaus – das Spannungsfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Interessen liegt damit auf der Hand. Daher ist für die verantwortungsvolle Wahrnehmung dieser Aufgabe die Transparenz und der Zugang zu allen wirtschaftlichen Daten elementar wichtig. Genauso muss der ärztliche Direktor aber auch in die medizinisch-strategische Weiterentwicklung der Einrichtung mit eingebunden sein und hierfür die Entwicklungspotentiale, aber auch die Bedrohungen und Herausforderungen der vorhandenen Fachabteilungen, aber auch darüber hinaus die Entwicklungen bei den Mitbewerbern und im gesamten Umfeld der Einrichtung kennen. Nur mit diesen Informationen kann er gemeinsam mit den Direktoriumskollegen unternehmerische Entscheidungen unter Berücksichtigung medizinischer Erfordernisse verantwortungsvoll treffen.

Direktorium gemeinsam für Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften verantwortlich

Gemeinsame Aufgabe des Direktoriums ist auch die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und Vorgaben sicherzustellen, was angesichts der immer weiter zunehmenden gesetzlichen Regularien eine Herausforderung für sich darstellt. Hierbei wird das Direktorium zwar von internen und externen Experten unterstützt, trägt aber immer die Letztverantwortung.

Die (regelmäßige) Zusammenarbeit zwischen der Geschäftsführung und dem Krankenhausdirektorium ist durch verschiedene Kommunikationsformate (Regelkommunikationen, Bedarfskommunikationen) geprägt, in denen in der Regel eher die strategischen Themen besprochen und final abgestimmt werden. Historisch hatten die drei großen Berufsgruppen im Krankenhaus (Ärzte, Pflege und Verwaltung) eher konkurrierende Interessen – zumindest wurde ihnen das so zugeschrieben. Heute hängt sowohl der medizinische als auch der unternehmerische Erfolg eines Krankenhauses von einer guten Abstimmung innerhalb dieser Berufsgruppen ab.

Moderator und Förderer der interdisziplinären Zusammenarbeit

Der Pflege, als größten Berufsgruppe eines Krankenhauses, kommt dabei eine entsprechende Bedeutung zu, da oftmals die Schnittstelle zwischen dem ärztlichen und dem Pflegedienst besondere Herausforderungen darstellt. Ein gutes Schnittstellenmanagement, insbesondere bei medizinischen Zentren (zum Beispiel bei Orgazentren), erleichtert die Prozesse und verbessert die Qualität. Hierbei ist der ärztliche Direktor nicht nur als Initiator, sondern oft auch als Moderator gefragt. Gemeinsam mit dem Pflegedirektor begleitet er Veränderungsprozesse und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die Vielzahl an Aufgaben verbunden mit den Kommunikationsformaten macht deutlich, wie herausfordernd die Rolle des ärztlichen Direktors in einem modernen Krankenhaus ist. Diese zusätzlichen Aufgaben weitestgehend „ehrenamtlich“ zu übernehmen fordert neben den fachlichen Voraussetzungen letztlich auch ein hohes Maß an intrinsischer Motivation.

Kooperation ist Schlüssel für erfolgreiche Zusammenarbeit

Neben den ganzen Aufgaben und Herausforderungen bringt das Amt des Ärztlichen Direktors auch eine Vielzahl an Gestaltungsmöglichkeiten mit sich. Angefangen von der strategischen Ausrichtung des Gesamtunternehmens „Krankenhaus“, über Investitionsentscheidungen bis hin zu abteilungsspezifischen Prozessen kann er Einfluss nehmen und sich und seine Fachkompetenz einbringen.

Nicht Konfrontation, sondern ganz klar Kooperation sind der Schlüssel für eine erfolgreiche Zusammenarbeit innerhalb des Direktoriums und zwischen der Geschäftsführung und dem ärztlichen Direktor, nur so lassen sich medizinische und ökonomische Interessen in einen guten Gleichklang bringen. Das erfordert wechselseitiges Verständnis für die jeweilige Position und idealerweise auch ein Interesse an der Position und der Perspektive des anderen.

Literatur beim Autor

Autor



Foto: VKD

Christian Weiskopf
Vorsitzender
Verband des Klinikmanagements Deutschlands e.V. -
Landesgruppe Rheinland-Pfalz/Saarland

Der Internist mit dem Management-Gen: Wie Univ.-Prof. Dr. Ralf Kiesslich Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Mainz wurde

Seit etwas mehr als zwei Jahren ist Univ.-Prof. Dr. Ralf Kiesslich Vorstandsvorsitzender und Medizinischer Vorstand der Universitätsmedizin Mainz und damit Chef von rund 9000 Mitarbeitenden. Der Mediziner ist Facharzt für Innere Medizin. Seine berufliche Erfüllung hat Kiesslich vor allem in der Verknüpfung der Medizin mit dem Management gefunden. Wie es dazu kam, erzählt er im Interview mit dem Ärzteblatt.

Herr Prof. Kiesslich, Menschen in Führungspositionen verbringen viel Zeit am Schreibtisch, in Konferenzen und offiziellen Terminen und haben wenig Zeit für ihren ursprünglich erlernten Beruf. Vermissen Sie es manchmal, einfach als Arzt einem Menschen bei der Linderung seiner Beschwerden zu helfen?

Prof. Kiesslich: Ja, manchmal vermisse ich es schon. Ich bin leidenschaftlich gerne Arzt gewesen und bin es auch immer noch. Ich habe im Bereich Gastroenterologie und Endoskopie gearbeitet, außerdem viel geforscht und dann aber gemerkt, dass ich gerne Dinge gestalten möchte.

Wann haben Sie das gemerkt?

Das war in der Zeit der Corona-Pandemie. Ich durfte damals von den Wiesbadener Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken aus 17 Krankenhäuser koordinieren, um in dieser herausfordernden Zeit die Versorgung der Menschen zu optimieren. Das hat mir sehr viel Spaß gemacht, und da habe ich gemerkt, dass dieses Management-Gen in mir steckt. Und deshalb ist es beides. Ich

bin Arzt und eben auch Manager und jetzt in einer hervorragenden, verantwortungsvollen Position, die ich sehr gerne ausfülle. Um auf Ihre Ausgangsfrage zurückzukommen: Nein, das reine Arztsein sein fehlt mir nicht.

Also hat der Traum, nicht nur Arzt, sondern auch Manager zu sein, schon immer in Ihnen geschlummert?

Ja, dem ist wohl so. Ich habe früher gerne wissenschaftliche Studien durchgeführt, gerne neue Dinge herausgefunden und Innovationen strukturiert in den klinischen Alltag integriert. Beispielsweise waren wir damals an der Universitätsmedizin Mainz die ersten in der Endoskopie, einer besonderen Endoskopie-Technik, bei der man ein Mikroskop in den Magen oder in den Darm einführt, und somit neue Einblicke erhalten konnte. All das hat zu meiner Weiterentwicklung beigetragen.

Was genau ist dann in der Corona-Zeit passiert?

Während der Corona-Zeit war ich Ärztlicher Direktor des Maximalversorgers Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken. Und dann war plötzlich meine Aufgabe, ein größeres Versorgungsgebiet zu organisieren. Wir haben im Nachhinein nicht alles richtig gemacht – die Gesamtsituation war neu und herausfordernd. Doch es hat mir Spaß gemacht zu koordinieren. Ich hatte das Gefühl, etwas Gutes für die Menschen zu erreichen. Das war, glaube ich, der Grund, warum ich damals zum Geschäftsführer berufen wurde und als solcher zwei Jahre fungiert habe. Und dann habe ich im Urlaub mit meiner Frau die Stellenan-

zeige für die Position als Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Mainz gelesen. Und ich habe mich reif und bereit gefühlt, diesen Schritt zu gehen. Während des Medizinstudiums hatte ich nie geplant, Vorstandsvorsitzender einer Universitätsmedizin zu werden. Heute freue ich mich, dass ich diesen Karriereweg gegangen bin.

Wenn Sie jetzt einen jungen Arzt vor sich haben, der am Anfang seiner Karriere steht und sagt, er würde gerne ins Management gehen. Welchen Karrieretipp würden Sie ihm geben?

Auf der einen Seite sollte man alle motivieren, in dem Arztberuf auch zu arbeiten, weil das, glaube ich, das Genuine ist, und wo wir entsprechenden Bedarf haben in Deutschland. Andererseits ist der Beruf sehr vielfältig, und es gibt gerade viele Transformationsprozesse, sei es die Krankenhausreform, die Digitalisierung oder neue Regularien. Da brauchen wir Menschen, die gut organisieren können und Management-Aufgaben übernehmen wollen. An der Universitätsmedizin Mainz fördern wir solche Interessen. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Wir haben uns jetzt in elf Departments, in denen verschiedene Kliniken und Institute zusammenarbeiten, organisiert. Dort haben wir Kaufmännische Department-Leitungen ausgeschrieben, und eine Vielzahl von Ärzten und Ärztinnen aus den Kliniken haben sich darauf beworben. Ich ziehe daraus den Schluss, dass diese Management-Gene in einigen von uns stecken.

Foto: Universitätsmedizin Mainz/Peter Pulkowski



Univ.-Prof. Dr. Ralf Kiesslich,
Vorstandsvorsitzender und Medizinischer
Vorstand der Universitätsmedizin Mainz.

Bleibt Ihnen selbst noch etwas Zeit, als Arzt zu arbeiten?

Ich habe noch einige Patientinnen und Patienten. Darmkrebsvorsorge ist für mich ein ganz wichtiges Thema, und deshalb bin ich gerne in meiner früheren Endoskopie-Abteilung aktiv, die ich ja früher auch als Leiter verantwortet habe. Somit bin ich für einzelne Patientinnen und Patienten manchmal noch als Arzt unmittelbar tätig.

So bleiben Sie in Übung.

Genau, es ist, wie ein Instrument zu spielen. Man muss es einfach immer mal wieder machen, weil es ansonsten verloren geht.

Sie waren von 2000 bis 2012 schon einmal an der Universitätsmedizin Mainz tätig. Wie hat sich das angefühlt, zwölf Jahre später zurückzukehren?

Ich habe der Universitätsmedizin Mainz viel zu verdanken. Ich habe hier meinen Facharztstitel erworben, meine Professur entwickelt und meine erste Leitungsfunktion innegehabt. Deshalb hat es sich ganz wunderbar angefühlt, zurückzukommen und auch etwas zurückzugeben. Aber es hatte auch etwas Skurriles: Ich kam in die neue Position und war dann plötzlich auch Vorgesetzter meines ehemaligen Chefs. Wir mussten beide darüber schmunzeln.

Sie sind hier angetreten, „um gemeinsam mit den Mitarbeitenden den Neuanfang einzuleiten“. Wie neu ist die Universitätsmedizin Mainz jetzt nach zwei Jahren?

In vielen Aspekten haben wir, glaube ich und hoffe ich, einen neuen Teamgedanken entwickelt. Für diesen steht der Hashtag „#Team-UM“. Wir wollen damit die medizinische Versorgung, Forschung und Lehre, und auch unsere Kooperationen mit anderen Krankenhäusern und die Menschen, die all dies leisten, mehr in den Fokus rücken und darüber reden. Das ist sehr viel stärker wieder wahrnehmbar.

Was haben Sie dahingehend unternommen?

Es gibt jetzt völlig neue Kommunikationsformate, zum Beispiel Interviews mit Einrichtungsleitungen oder einzelnen Personen, die etwas Besonderes machen. Wir kommunizieren nach außen und innen, was wir medizinisch gut machen. Und intern haben wir unter anderem neue Klinikkonferenzen, bei denen möglichst alle mitgenommen und gut informiert werden sollen.

Sie sprechen vom laufenden Transformationsprozess ...

... genau, es ist erforderlich, dass wir uns komplett neu organisieren – auch in Richtung Departments, damit wir besser zusammenarbeiten, die Patien-

tinnen und Patienten mehr im Fokus haben. Wir müssen die wirtschaftliche Situation verbessern und die Digitalisierung angehen. Und ich bin ganz ehrlich: Das ist nach zwei Jahren noch nicht abgeschlossen. Wir haben noch einen weiten Weg vor uns. Wir sind jetzt in einer Phase, in der wir uns auf den Weg machen, unsere Strategie für 2030 zu entwickeln. Dabei binden wir die Kolleginnen und Kollegen breit ein und neue Prozesse und Abläufe etablieren sich zunehmend. Ich gebe mir jedenfalls sehr viel Mühe dabei und spüre, dass dies durchaus von vielen auch mitgetragen wird.

Das stelle ich mir schwierig vor. Menschen mögen doch keine Veränderungen und wollen, dass alles so bleibt, wie es ist.

Ich glaube, Kommunikation ist da alles. Wir müssen viel miteinander sprechen. Klar ist aber auch: Es wird immer Einzelne geben, die sich mit diesen Neuerungen nicht anfreunden können. Das Wichtigste ist, sie ernst zu nehmen und da auch kommunikativ drauf zuzugehen. Hilfreich war auch, dass wir gerade in Führungspositionen neue Kolleginnen und Kollegen eingestellt haben. Diese kennen die neue Adjustierung der Universitätsmedizin Mainz und helfen natürlich dabei, dass ein neues Bild entsteht.

Wenn Sie mit den vielen Ärzten hier sprechen: Reden Sie da noch unter Ärzten oder sagt dann der Arzt: Oh, da sitzt mir jetzt ein Manager gegenüber? Wie erleben Sie das?

Das ist eine sehr gute Frage: Sollte ein Vorstandsvorsitzender ein Mediziner



Foto: Universitätsmedizin Mainz/Peter Pulkowski

**ZUR PERSON**

Univ.-Prof. Dr. Ralf Kiesslich, 55, ist seit Anfang 2024 Vorstandsvorsitzender und Medizinischer Vorstand der Universitätsmedizin Mainz. Als Vorstandsvorsitzender ist er Vorgesetzter der Leitungen der Kliniken, Institute und sonstigen Einrichtungen und Departments. Als Medizinischer Vorstand führt er die Geschäfte in der Krankenversorgung. Zuvor fungierte er an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken (HSK) als Ärztlicher Direktor und Medizinischer Geschäftsführer. Bereits von 2000 bis 2012 war Kiesslich als Internist und Gastroenterologe an der Universitätsmedizin Mainz tätig.

Univ.-Prof. Dr. Ralf Kiesslich (rechts) im Gespräch mit Ärzteblatt-Redakteur Christopher Schäfer.

sein oder kann das nicht auch ein Jurist oder ein Kaufmann sein? Ich glaube, dass es ganz wesentlich hilft, Mediziner zu sein, weil wir die beste Medizin für unsere Patientinnen und Patienten anbieten wollen und dazu Forschung und Lehre, die patientenzentriert ist. Und dabei ist es ganz wichtig, dass ich mich aus eigener Erfahrung auf die gleiche Ebene begeben kann und man mir das aufgrund meines Arztberufs abnimmt.

Als Arzt wollen Sie das Bestmögliche für die Patienten erreichen. Andererseits müssen Sie als Manager die ökonomischen Grenzen beachten. Wie gehen Sie mit diesem Gegensatz um?

An dieser Stelle wird es ganz spannend, weil man etwas in Einklang bringen muss: eine gesunde Ökonomie und eine sehr gute Patientenversorgung. Ich glaube, dass wenn man immer mehr Geld hineingibt, die Patientenversorgung nicht immer besser wird. Sondern man muss die Patientenversorgung im Blick haben und dabei schauen, wie man die Ressourcen einsetzt. Und der Ausgangsbefund war ja, dass wir 2023 eines der höchsten Defizite aller Universitätskliniken in Deutschland hatten. Und da war es notwendig, das zu durchleuchten und zu schauen, woran das liegt.

Was haben Sie herausgefunden?

Beispielsweise hatten wir unsere Leistungen gar nicht richtig in Rechnung

gestellt und zudem mit den Krankenkassen nicht ausreichend verhandelt. Also haben wir diese Aspekte sehr viel stärker in den Fokus gerückt, sie professionalisiert und auch eine Steuerungsmöglichkeit angeboten. Und ich glaube, es ist ganz wichtig, um Menschen mitzunehmen, dass man sehr transparent zeigt, was auf der Einnahmenseite da ist und welche Notwendigkeiten wir haben.

Wie viel Sparzwang haben Sie bei der Unimedizin, die von öffentlichem Geld finanziert ist?

Wir müssen kein Geld verdienen, aber eine schwarze Null sollten wir doch erreichen. Denn wenn wir ein großes Defizit machen, trägt dieses erst die Unimedizin, aber letztlich die Steuerzahler. Wir haben vom Land eine Teilentschuldung bekommen von 400 Millionen Euro und wollen unser Defizit weiter deutlich reduzieren. Das Ziel ist die schwarze Null bis 2030. Und nach all den Erfahrungen, die wir jetzt gemacht haben, bin ich fest davon überzeugt, dass wir das auch erreichen.

Sie waren bei Fresenius, einem privaten Konzern, beschäftigt. Die Unimedizin ist in öffentlicher Hand. Worin sehen Sie die größten Unterschiede?

Fresenius ist ein DAX-Unternehmen, das für das Geld, das es von den Aktionären bekommt, wieder einen Wert schaffen, also refinanzieren muss. Das sind natürlich ganz andere Voraus-

setzungen als in der Universitätsmedizin, wo wir in Richtung schwarze Null gehen. Der wesentliche Unterschied ist, dass wir in der Universitätsmedizin Mainz neben einer sehr guten universitären medizinischen Versorgung auch forschen und lehren. Wir sind Innovations- und Ausbildungsmotor: Es gibt die translationale Achse, wir bilden den ärztlichen Nachwuchs in der Human- und der Zahnmedizin aus und wir wollen zum Beispiel auch die Akademisierung der Pflege- und anderer Gesundheitsfachberufe vorantreiben. Wir haben allein 700 Auszubildende.

... womit wir wieder beim Ausgangspunkt wären: Könnten Sie sich vorstellen, irgendwann zu sagen: Manager zu sein, das war schön und gut, aber jetzt kehre ich wieder zu den Wurzeln zurück und bin nur noch Arzt?

Nein, im Moment nicht. Ich erfülle meine jetzige Position leidenschaftlich gerne und möchte meine Stärken im Management-Bereich auch weiterhin an der Universitätsmedizin Mainz einbringen.

Das Interview führte Christopher Schäfer.

Gesundheits- und Sozialeinrichtungen brauchen professionelle Strukturen und wissenschaftliche Expertise

Das Gesundheits- und Sozialwesen steht vor fundamentalen Herausforderungen und wegweisenden Reformbemühungen. Die Dringlichkeit von kurz-, mittel und langfristigen Veränderungsmaßnahmen ist immanent und auf allen Aggregatebenen mit höchster Priorität anzugehen. Neben dem politischen Willen auf Kreis-, Landes- und Bundesebene sind Reformen jedoch nur dann erfolgreich, wenn professionelle Strukturen und interdisziplinäre wissenschaftliche Expertise diesen herausfordernden Prozess aktiv begleiten und managen.

Der an der Rheinland-Pfälzischen Technischen Universität Kaiserslautern-Landau im Distance and Independent Studies Center (DISC) angesiedelte berufsbegleitende, weiterbildende Fernstudiengang „Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ (M.A.) vermittelt daher wissenschaftlich fundierte Kenntnisse und Kompetenzen zur Führung und Leitung von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Er richtet sich insbesondere an Fach- und Führungskräfte von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, an Interessierte, die eine leitende Position in diesem Bereich anstreben, sowie an Personen, die Herausforderungen im Gesundheits- oder Sozialmanagement aktiv bewältigen möchten. Die Studierenden erlangen dabei diejenigen Kompetenzen, um neue Aufgaben und Probleme in veränderten und ungewohnten Situationen aktiv lösen und in einem durch Komplexität gekennzeichneten Kontext mit zahlreichen Stakeholdern wissenschaftlich fundierte Entscheidungen treffen zu können.

Sie sind im Besonderen in der Lage, zukünftige gerichtete Strategien für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen zu entwickeln, Mitarbeitende zu führen, Konflikte zu erkennen, zu analysieren und zu lösen sowie betriebswirtschaftliche Entscheidungen und Managementprozesse in Gesundheitseinrichtungen professionell zu steuern.

Spezifika des Gesundheits- und Sozialwesens

Um die jeweiligen Spezifika des Gesundheits- und Sozialwesens hinreichend adäquat abbilden zu können, erfolgt eine Spezialisierungsphase (Wahlpflichtmodule) im dritten Semester mit den Vertiefungsrichtungen „Management von Krankenhäusern, Fachkliniken und medizinischen Versorgungszentren“ und „Management von Sozial-, Beeinträchtigten- und Pflegeeinrichtungen“. Darüber hinaus können teilnehmende Ärzte und Ärztinnen mit dem Studiengang Fortbildungspunkte (CME-Punkte) erwerben.

Der viersemestrige Studiengang ist als weiterbildendes, berufsbegleitendes Fernstudium konzipiert, um den Studierenden zu ermöglichen, berufliche und familiäre Anforderungen mit der Weiterqualifizierung in Einklang zu bringen. Dabei sind Wissenschaftlichkeit und Praxisorientierung die zen-

tralen Anliegen des didaktischen Konzepts. Das Format des Fernstudiums schafft Lernmöglichkeiten, die kooperative und individuelle Lernphasen sowohl im Präsenz- als auch im Online-Modus fördern. Zudem ist der Studienverlauf so angelegt, dass zugleich Selbstlern-, Selbststrukturierungs- und Selbstreflexionskompetenzen gefördert werden.

Interessierte ohne ersten Hochschulabschluss, aber mit einschlägiger Berufserfahrung, haben die Möglichkeit, sich über eine sogenannte Eignungsprüfung für das Studium zu qualifizieren.

Weitere Informationen sind zu finden unter:

<https://fernstudium.rptu.de>

Literatur beim Autor

Autor



Foto: RPTU/Koziel

Univ.-Prof. Dr. Michael Fröhlich
Prodekan Fachbereich Sozialwissenschaften
FG Sportwissenschaft/
Department of Sports Science
Rheinland-Pfälzische Technische Universität
Kaiserslautern-Landau (RPTU)

Klare Rollen für eine sichere Versorgung: Die Funktionen Ärztlicher Direktor und Geschäftsführung im Marienhaus Klinikum Mainz



Das Marienhaus Klinikum Mainz (MKM)

Gute Medizin und eine verlässliche Krankenhausführung leben von klaren Verantwortlichkeiten. Im Marienhaus Klinikum Mainz GmbH, die eine Tochtergesellschaft der Marienhaus Gruppe ist, sind die Aufgaben seines Krankenhausdirektoriums und der Geschäftsführung präzise geregelt. Ziel ist es, medizinische Qualität, wirtschaftliche Stabilität und die christlich-caritative Prägung des Hauses gleichermaßen zu sichern. Das Direktorium besteht aus Geschäftsführung, der Krankenhausoberin, der Pflegedirektorin beziehungsweise dem Pflegedirektor und der Ärztlichen Direktorin beziehungsweise dem Ärztlichen Direktor. Eine Besonderheit der Marienhaus Gruppe ist die Einbindung des Obers beziehungsweise der Oberin im Direktorium. Damit sollen ethische Werte und das Leitbild auch im Alltag bei den Entscheidungen des Direktoriums gemeinsam Widerklang finden. Zusammen mit der Geschäftsführung trägt das Direktorium die Verantwortung für Strategie, Organisation, Personalführung und wirtschaftliche Effizienz. Grundlage ihres Handelns ist das Leitbild der Marienhaus-Gruppe und das Prinzip der Subsidiarität, das Entscheidungen dort ansiedelt, wo sie am effektivsten umgesetzt werden können.

Die Rolle des Ärztlichen Direktors

Der Ärztliche Direktor übernimmt die zentrale Verantwortung für die medizinische Steuerung des Hauses. Er koordiniert den ärztlichen Dienst über alle Fachabteilungen hinweg und stellt sicher, dass die Zusammenarbeit der verschiedenen

Fotos: Joachim Gies/ Marienhaus Klinikum Mainz



Mit Ausblick auf Mainzer Bauwerke: der OP-Bereich im MKM.

Disziplinen reibungslos funktioniert. Dazu gehört die Organisation des ärztlichen Aufnahmedienstes, die Sicherstellung der medizinischen Dokumentation und des Datenschutzes sowie die Fachaufsicht über medizinisch verantwortete Tätigkeiten, die von Pflege- oder Funktionsdiensten ausgeführt werden. Besonders wichtig ist seine Rolle in der Qualitätssicherung: Gemeinsam mit der Pflegedirektion trägt er die Verantwortung für die Patientensicherheit, sorgt für Krankenhaushygiene, wirkt beim Strahlenschutz mit und überwacht die Fachausbildung der Ärztinnen und Ärzte.

Darüber hinaus beobachtet der Ärztliche Direktor die medizinische Gesamtentwicklung, schlägt neue Schwerpunkte oder Abteilungen in enger Abstimmung mit dem Medizin Controlling vor und begleitet die Einführung innovativer Behandlungsmethoden und medizinischer Technologien. Die immer wiederkehrenden neuen Anforderungen des Gesetzgebers – seien es die Krankenhausreform oder die kürzere Verweildauer der Hybridleistungen – müssen prozessual zwischen den verschiedenen Disziplinen besprochen und umgesetzt werden. Auch nach außen ist der Ärztliche Direktor

zentraler Ansprechpartner: Er pflegt den Austausch mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, kooperiert mit anderen Kliniken und Behörden und vertritt das Klinikum in Fachvorträgen sowie in der Öffentlichkeit. Der Ärztliche Direktor ist in der Marienhausgruppe nicht freigestellt, letztlich stellt die Übernahme der Funktion persönliches Engagement für die Klinik dar.

Die Rolle der Geschäftsführung

Die Geschäftsführung übernimmt die kaufmännische Leitung des Klinikums und trägt das Letztentscheidungsrecht in allen wirtschaftlich relevanten Fragen. Sie ist verantwortlich für die Aufstellung und Umsetzung des Wirtschaftsplans, die Budgetkontrolle und Liquiditätsplanung sowie für die Erstellung von Businessplänen für neue oder veränderte Leistungsangebote. Darüber hinaus leitet die Geschäftsführung die Verwaltungs-, Wirtschafts-, Versorgungs- und Technischen Dienste, führt Personalentscheidungen durch, steuert Bau- und Investitionsprojekte in Zusammenarbeit mit den zuständigen Marienhaus-Gesellschaften und sorgt dafür, dass Sicherheitsauflagen und gesetzliche Vorgaben eingehalten werden. Der Geschäftsführer des Direktoriums beruft die Sitzungen ein, führt Protokolle und stellt sicher, dass Entscheidungen mit wirtschaftlicher Tragweite zeitnah getroffen werden. Zudem ist der Geschäftsführer primärer Ansprechpartner für die Träger- und Konzernebene der Marienhaus-Gruppe und gewährleistet, dass die Gesamtstrategie des Hauses konsequent umgesetzt wird.

Zusammenarbeit bietet auch Konfliktpotenzial

Trotz klarer Zuständigkeitsabgrenzung arbeiten Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer eng zusammen. Gemeinsam mit der Krankenhausoberin und der Pflegedirektion tragen

sie Verantwortung für die strategische Ausrichtung des Hauses, Zielvereinbarungen, Personalführung, Qualitäts- und Risikomanagement, Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden sowie die Kommunikation nach innen und außen. Alle Entscheidungen orientieren sich am Leitbild der Marienhaus-Gruppe und den Prinzipien der Caritas, insbesondere der Fürsorge für Kranke, Schwache und Menschen am Rande der Gesellschaft. Dennoch es gibt auch Konfliktpotenzial. Die ärztlichen Anforderungen an Qualität und Quantität sind oftmals im deutschen Gesundheitssystem nicht deckungsgleich mit wirtschaftlichen Aspekten. Hier gilt es Kompromisse und innovative Lösungsansätze zu finden. Wenn sich das Direktorium als Team versteht, lassen sich hier tragfähige Lösungen finden.

Die Schwierigkeit für den Ärztlichen Direktor ist, dass er seinen ärztlichen Kolleginnen nicht disziplinarisch vorgesetzt und somit auf die Unterstützung bei der Umsetzung bestimmter Arbeitsabläufe auf die Geschäftsführung angewiesen ist. Da der Ärztliche Direktor selbst auch Chefarzt ist, ist der Spagat, eine neutrale Position als Ärztlicher Direktor auszufüllen und gleichzeitig auch Kollege zu sein, herausfordernd.

Mit dieser klaren Rollenverteilung schafft das Marienhaus Klinikum Mainz verlässliche Strukturen, die sowohl die Patientensicherheit als auch die wirtschaftliche Stabilität des Hauses gewährleisten. Das Klinikum positioniert sich damit zukunftsfähig als Ort medizinischer Exzellenz, wirtschaftlich solide geführt und getragen von christlich-caritativen Werten.

Literatur bei den Autoren

Autoren



Christian Link
Geschäftsführer
Marienhaus Klinikum Mainz (MKM)



Andreas Nietzel
Geschäftsführer
Marienhaus Klinikum Mainz (MKM)

Fotos: Joachim Gies/ Marienhaus Klinikum Mainz

Medizincontroller – Schnittstelle zwischen Klinik und Verwaltung

Die wirtschaftliche und strukturelle Steuerung von Krankenhäusern ist seit mehr als zwei Jahrzehnten von zunehmender Komplexität geprägt. In diesem Kontext hat sich das Medizincontrolling als eigenständige Funktion etabliert. Medizincontroller übernehmen eine zentrale Rolle bei der Verbindung medizinischer Leistungserbringung mit kaufmännischen, rechtlichen und regulatorischen Anforderungen.

Dabei sind sie längst keine reine Abrechnungsinstanz mehr. Vielmehr fungieren sie als Bindeglied zwischen ärztlichem Dienst, Pflege, Administration und Geschäftsführung. Sie tragen entscheidend zur Transparenz von Leistung, Qualität und Wirtschaftlichkeit bei und unterstützen die strategische Ausrichtung von Krankenhäusern.

Aufgabenprofil im Krankenhaus – zwischen Dokumentation und Steuerung

Zu den klassischen Aufgaben des Medizincontrollings zählen die Sicherstellung einer vollständigen, sachgerechten und regelkonformen medizinischen Dokumentation sowie die Unterstützung der Leistungsabrechnung. Dazu gehören Fallanalysen, Kodierberatung, die Begleitung von MD Prüfungen und die Bewertung potenzieller Erlösrisiken.

Darüber hinaus hat sich das Tätigkeitsfeld deutlich erweitert. Medizincontroller analysieren Leistungs- und Qualitätskennzahlen, unterstützen Budget und Entgeltverhandlungen und wirken an Struktur- und Prozessprojekten mit. Ihre Arbeit liefert zunehmend Entscheidungsgrundlagen für medizinische und administrative Leitungsfunktionen.

Berufliche Voraussetzungen und Qualifikationen

Der Zugang zum Beruf erfolgt überwiegend über ein medizinisches oder pflegerisches Studium sowie über gesundheitsökonomische oder betriebswirtschaftliche Qualifikationen. Fundierte Kenntnisse im DRG- und PEPP-System, im Sozialrecht und in der Krankenhausfinanzierung sind erforderlich.

Neben fachlicher Expertise gewinnen kommunikative und analytische Fähigkeiten an Bedeutung. Medizincontroller müssen komplexe medizinische und ökonomische Sachverhalte verständlich aufbereiten und zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen vermitteln können.

1. Strategische Steuerung

Vom Abrechnungsfokus zur aktiven Mitgestaltung der Versorgungsstruktur

- Leistungsgruppen & Vorhaltevergütung
- Sektorenübergreifende Versorgung
- Krankenhaus- und Versorgungsplanung
- Datenbasierte Entscheidungsunterstützung

2. Digitale Unterstützung

Entlastung bei knappen personellen Ressourcen

- Automatisierte Dokumentationsanalyse
- KI-gestützte Prüf- und Hinweislogiken
- Strukturierte Leistungs- und Qualitätsdaten
- Integrierte Informationssysteme

Medizincontrolling

3. Beratung & Coaching

Sparringspartner statt reiner Kontrollinstanz

- Unterstützung ärztlicher Führungskräfte
- Dokumentations- und Prozesscoaching
- Moderation zwischen Medizin und Administration
- Continuous Improvement

4. Vernetzte Schnittstellen

Interdisziplinäre Einbettung des Medizincontrollings

- Qualitätsmanagement
- Unternehmensentwicklung
- Personal- und Strukturplanung
- Gesamte Prozesskette Erlösmanagement

„Der zukünftige Einsatz des Medizincontrollings erfordert neben Fachkompetenz ein Zusammenspiel von digitaler und technologischer Affinität, Fähigkeit zur Multiperspektivität und kommunikativer Stärke.“

Entwicklung des Medizincontrollings seit 2003

Mit der Einführung des DRG-Systems Anfang der 2000er Jahre begann der Aufbau strukturierter Medizincontrolling-Abteilungen in deutschen Krankenhäusern. In den Anfangsjahren lag der Fokus überwiegend auf Kodierung, Abrechnungsprüfung und Erlössicherung.

In den folgenden Jahren verlagerte sich der Schwerpunkt zunehmend in Richtung Prozess- und Qualitätssteuerung. Seitdem haben Digitalisierung, Steigerung der Prüffintensität, Fachkräftemangel und gesundheitspolitische Reformen das Aufgabenspektrum deutlich erweitert. Medizincontrolling ist heute stärker präventiv und strategisch ausgerichtet.

Medizincontrolling in unterschiedlichen Versorgungsstufen

In Grund- und Regelversorgungskrankenhäusern liegt der Fokus häufig auf operativer Erlössicherung, Dokumentationsqualität und strukturierter MD-Begleitung. Die Organisation ist meist generalistisch geprägt und eng an den klinischen Alltag angebunden.

Maximalversorger und Universitätskliniken arbeiten verstärkt mit spezialisierten Medizincontrollern je Fachbereich. Dort ist das Medizincontrolling stärker in strategische Fragestellungen, Qualitätsmanagement, Leistungsgruppen-Analysen und Strukturentscheidungen eingebunden.

Anforderungen durch Vorhaltevergütung und Leistungsgruppen

Mit der Einführung der Vorhaltevergütung sowie der Weiterentwicklung hin zu Leistungsgruppen und verbindlichen Qualitätsanforderungen verändert sich die Rolle des Medizincontrollings grundlegend. Struktur- und Prozessqualität rücken stärker in den Mittelpunkt der Steuerung.

Erforderlich ist eine enge Verzahnung mit Qualitätsmanagement, Unternehmensentwicklung, Personalplanung und -entwicklung, IT und Krankenhausplanung. Medizincontroller müssen Versorgungsaufträge analysieren, Strukturvoraussetzungen bewerten und Leistungsdaten konsistent zusammenführen.

Perspektiven für den zukünftigen Einsatz

Künftig werden Medizincontroller verstärkt beratende und moderierende Funktionen übernehmen. Sie unterstützen medizinische Führungskräfte bei der Umsetzung regulatorischer Anforderungen und bei der Sicherstellung einer vollständigen Dokumentation im Versorgungsprozess.

Digitale Lösungen zur automatisierten Dokumentationsprüfung, Datenanalyse und Entscheidungsunterstützung gewinnen weiter an Bedeutung. Dies schafft Freiräume, damit

die Fachexpertise raus aus den Büros hin zu dem Ort der Behandlungen wie Stationen und Funktionsbereiche präsent sein kann.

Aktuell neue Herausforderungen stellen die Hybrid-DRGs und weitere Maßnahmen zur Ambulantisierung der Medizin dar. Für die korrekte Steuerung der Patienten sowohl bei der OP- und Interventionsplanung einerseits als auch unmittelbar nach der Leistungserbringung stehen die Kliniken auch an dieser Stelle vor neuen Herausforderungen. Die scharfe Trennung zwischen stationärer und ambulanter Abrechnung kann so nicht mehr fortgeführt werden, ohne dass es zu erheblichen finanziellen Verlusten kommt.

Somit rücken kommunikative Kompetenzen, Moderations- und Coachingfähigkeiten stärker in den Fokus eines modernen Medizincontrollings. Dies wird umso relevanter, da in den nächsten Jahren der Fachkräftemangel weiter wächst und Mitarbeiter in den erforderlichen Transformationsprozessen umso mehr mit eingebunden werden müssen.

Medizincontrolling der Zukunft

Die Weiterentwicklung des Medizincontrollings setzt eine Balance aus fachlicher Kompetenz, digitaler Transformationsbegleitung, Schnittstellenmanagement und kommunikativer Leistungsfähigkeit voraus. In dieser Rolle kann das Medizincontrolling über die klassische Kontrollfunktion hinauswachsen, die Gestaltung von Versorgungsstrukturen unterstützen, Effizienzpotenziale erschließen und einen Beitrag zur Entlastung knapper personeller Ressourcen leisten.

Autor



Foto: Fotostudio Susanne Ganter

Dr. Uwe Kaeuffer
Leiter Medizincontrolling und
Continuous Improvement
Gesundheitsdienste
Klinik-Gruppe Barmherzige Brüder
Trier gGmbH

„Die Geschäftsführung eines Krankenhauses funktioniert nur im Team“

Arzt und alleiniger Geschäftsführer einer großen Klinik – eine berufliche Kombination, die im Gesundheitswesen eher selten vorkommt, denn meist ist das Krankenhaus-Management von einer kaufmännischen Leitung geführt oder es besteht aus einer Doppelspitze, in der die beiden Bereiche vertreten sind. Dr. Christian Sprenger, Facharzt für Gefäßchirurgie, hat als Chefarzt und medizinischer Geschäftsführer am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier lange die praktische Medizin mit der Managerrolle vereint – mittlerweile ist er als alleiniger Geschäftsführer tätig. Wie die Verknüpfung von medizinischem Hintergrund und Management-Aufgaben gelingt, erzählt er im Interview.

Herr Dr. Sprenger, was hat Sie 2016 persönlich dazu motiviert, neben der ärztlichen Tätigkeit auch die medizinische Geschäftsführung zu übernehmen?

Dr. Christian Sprenger: Für mich kam das überraschend. Es gab damals eine Doppelspitze zwischen dem kaufmännischen und dem medizinischen Geschäftsführer. Der damalige medizinische Geschäftsführer wollte wieder zurück in die Klinik. Der Aufsichtsrat hat dann mir als Ärztlichem Direktor die Stelle in der Doppelspitze angeboten. Da ich ein sehr gutes Verhältnis zum damaligen kaufmännischen Geschäftsführer hatte und ich immer dazu tendiere, selbst zu steuern bevor es andere tun, konnte ich mir die neuen Aufgaben gut vorstellen und habe mich dieser Herausforderung gestellt.

Welche Voraussetzungen mussten Sie für Ihren neuen Job erfüllen?

Im Prinzip waren für mich keine zusätzlichen Anforderungen nötig. Als Ärztlicher Direktor war ich über das Direktorium schon eingebunden. Da die Geschäftsführung in den kaufmännischen und medizinischen Bereich aufgeteilt war, waren für meine Arbeit die Kenntnisse zum Kernprozess des Krankenhauses wesentlich. Als Chefarzt erlebte ich den Klinikalltag in meiner Abteilung und habe allgemein den Betrieb gut gekannt.

Was gehörte damals zu Ihrem Aufgabenbereich?

Als medizinischer Geschäftsführer war ich für die medizinischen Themen zuständig, darunter die Auswahl der Chefarzte, der Zuschnitt von Abteilungen, Prozesse wie Patient-Journey und Qualitätsmanagement. Damit beschäftigt sich auch der Ärztliche Direktor; der ist aber sehr eingebunden bei einem so großen Betrieb. Kommunikation ist auch eine wichtige Aufgabe, da es im Krankenhaus überwiegend medizinische Themen sind. Auch die Medizinstrategie fiel in meinen Bereich: Zu der Zeit haben wir gerade zwei Krankenhäuser erworben. Da ging es dann um die Integration der Mitarbeiter und der Neuausrichtung des Angebots, damit wir nicht an drei Standorten das Gleiche anbieten.

Mittlerweile sind Sie alleiniger Geschäftsführer. Fällt Ihnen damit auch der kaufmännische Bereich zu?

Ja, wobei das keine One-Man-Show ist. An der Geschäftsführung hängen viele wichtige Mitarbeiter, die zuarbeiten und das operative Geschäft beglei-

ten. Ich werde immer unterrichtet. Die Arbeit in der Geschäftsführung war für mich ein zweites Studium im Haus – wenn Sie so wollen, bin ich ein dualer Student gewesen. Dabei habe ich mir viel von der Finanzbuchhaltung, Controlling und anderen Bereichen aneignen können. Dinge, mit denen ich als Arzt eher weniger zu tun hatte. Darin wurde ich gut eingewiesen.

In der rheinland-pfälzischen Kliniklandschaft ist es eine Besonderheit, dass ein Arzt die Geschäftsführung alleinig übernimmt. Warum funktioniert diese Konstellation in Ihrer Klinik?

Es ist nie nur die eine Person an der Spitze, die das Unternehmen trägt. Mein Vorteil ist, dass ich das Mutterhaus als Unternehmen schon sehr lange kenne und gut vernetzt bin. Ich fühle mich auch sehr wohl in der Struktur als freigemeinnütziges Haus mit einem konfessionellen Hintergrund. In Zusammenarbeit mit dem Aufsichtsrat, dem Direktorium und den leitenden Mitarbeitern gelingt es, das Haus zu führen. Die Aufgaben werden immer komplexer und das Haus wächst. Als ich 2009 als Chefarzt angefangen habe, waren es 500 Betten und 1500 Mitarbeiter. Mittlerweile sind es 1000 Betten und 3000 Mitarbeiter. Ich bin überzeugt, dass wir in einer Zeit leben, in der wir schneller auf Veränderungen reagieren müssen.

Wie unterscheidet sich Ihr Aufgabenbereich vom Direktorium?

Der Geschäftsführer ist der Verantwortliche für das Unternehmen. Verträge, Einstellungen und Entlassungen fallen alle in meinen Bereich. Das Direktorium ist historisch für die Steuerung des Krankenhauses zuständig und das ist auch bis heute so geblieben. Mittlerweile gehören zum Unternehmen auch eine Pflegeschule und ein MVZ. Der Aufgabenbereich der GmbH – und damit auch der Geschäftsführung – hat sich damit erweitert und dort haben wir das große Ganze im Blick.

Dr. Christian Sprenger
„Die Arbeit in der Geschäftsführung war für mich ein zweites Studium im Haus – wenn Sie so wollen, bin ich ein dualer Student gewesen.“

Inwiefern hilft Ihnen Ihre medizinische Ausbildung bei Management- und Führungsentscheidungen?

Die medizinische Ausbildung hilft nicht viel. Im Studium spielt das Thema Management überhaupt keine Rolle. Da sollte man dringend darüber nachdenken, dies zu ändern. Wenn man den Anspruch hat, einen Job gut zu machen, dann ist es egal, ob Sie Anwalt, Arzt oder Banker sind. Bei meinem ursprünglichen Beruf als Chirurg ist es erforderlich, Entscheidungen zu treffen, beispielsweise über den weiteren Verlauf einer Operation. Einer meiner Leitsprüche ist: Die beste Entscheidung ist die, die man trifft. Man muss darauf vertrauen, dass man die meisten Entscheidungen richtig trifft und die Stärke haben, falsche Entscheidungen wieder zurückzunehmen.

Welche Vorteile ergeben sich, wenn die Geschäftsführung ärztlich geprägt ist?

Einen wesentlichen Unterschied gibt es in Kommunikation und den Kompetenzen. Der Austausch mit den Ärzten findet auf Augenhöhe und direkt statt – es braucht keinen Vermittler, der dem Kaufmann die medizinischen Wünsche erklärt. Mir muss man von Verwaltungsseite eher den kaufmännischen Teil einordnen.

Gibt es Situationen, in denen sich wirtschaftliche Interessen und medizinische Überzeugungen widersprechen?

Ein Vorteil unserer Trägerstruktur ist, dass wir keine Leistungen erbringen müssen, um Rendite zu erzielen. Wir müssen Geld einnehmen, um unsere Gehälter zahlen zu können. Wir machen zum Beispiel keine Schönheitschirurgie und haben daher wenig Themen, die mit dem ärztlichen Ethos nicht vereinbar sind.

Es besteht der Anspruch, Patienten eine umfassende Erholung im Klinikum zu ermöglichen. Im aktuellen System führt dies jedoch dazu, dass ärztliches Handeln mitunter fälschlicherweise als unwirtschaftlich wahrgenommen wird. Denn solche medizinisch begründeten Entscheidungen werden teils kritisch hinterfragt, wenn sie im Spannungsfeld zu wirtschaftlichen Effizienzvorgaben stehen.

Für uns steht die medizinische Qualität immer im Vordergrund. Damit sind wir auch wirtschaftlich erfolgreich. Es gibt natürlich auch andere Bereiche, die die Kosten beeinflussen. Beispielsweise beim Thema Nachhaltigkeit würde man das bei einem Krankenhaus nicht erwarten. Das nehme ich als Geschäftsführer aber auch in den Blick.

Speziell in meiner Position habe ich keinen Konflikt mehr, da ich keine Doppelfunktion als Chefarzt und Geschäftsführer mehr habe. Früher habe ich tatsächlich versucht, meine Abteilung etwas kurz zu halten, damit nicht der Anschein erweckt wird, dass ich meinen Bereich einem anderen bevorzuge.

Was empfinden Sie als die größte Herausforderung in der Kombination von Management und ärztlichem Beruf?

Die Hauptherausforderung ist, dass man den Beruf des Managers nicht gelernt hat. Da habe ich zum Glück ein tolles Team, das diese Defizite

Foto: Klinikum Mutterhaus/Julia Weyer



Dr. Christian Sprenger steht im ständigen Austausch mit den Mitarbeitern.



Foto: Klinikum Mutterhaus/Julia Weyer

ZUR PERSON

Dr. Christian Sprenger war bereits 2000 bis 2002 als Assistenzarzt in der Gefäßchirurgie am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier tätig. 2009 bis 2023 war er Chefarzt der Gefäßchirurgie. 2014 übernahm er zusätzlich die Aufgaben des stellvertretenden Ärztlichen Direktors wahr. 2016 wurde er dann zunächst zum Ärztlichen Direktor ernannt. Im gleichen Jahr noch startete er als medizinischer Geschäftsführer. Seit 2023 ist er alleiniger Geschäftsführer der Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH.

ausgleicht. Man darf auch nicht die Verantwortung für ein Unternehmen mit 3000 Mitarbeitern unterschätzen. Unsere Chefarzte haben Abteilungen von neun bis 50 Mitarbeiter – das ist schon eine Herausforderung. Die Gefäßchirurgie war eher eine kleine Abteilung. Mit dieser Ausgangslage ist die große Verantwortung sehr herausfordernd, für alle 3000 Mitarbeiter gleich da zu sein.

Bis 2023 waren Sie noch Chefarzt der Gefäßchirurgie. Wie haben Sie es geschafft, trotz Managementaufgaben den Bezug zur praktischen Medizin nicht zu verlieren?

Ich habe damals weiterhin meine Sprechstunde gemacht und operiert. Ich hatte auch mein Büro nicht verändert. Als Geschäftsführer war ich auch in meinem Chefarztbüro und somit immer in der Abteilung. Ich habe die Geschäftsführeraufgaben eher um die Abteilung herumstrukturiert. Wenn sie das zwanzig Jahre machen, entwickelt sich eine gewisse Routine. Ich würde aktuell keinem anbieten, sich morgen von mir operieren zu lassen – aber bevor kein Arzt da ist, ist es besser als gar nicht operiert zu werden.

Dr. Christian Sprenger
 „Sie können nicht dauerhaft gleichzeitig Chefarzt und medizinischer Geschäftsführer sein. Dafür müssen Aufgaben delegiert werden.“

Wie lassen sich die beiden Aufgabebereiche im Alltag organisieren?

Sie können nicht dauerhaft gleichzeitig Chefarzt sein und die medizinische Geschäftsführung des Krankenhauses übernehmen. Dafür müssen Aufgaben delegiert werden. Am Mutterhaus haben Oberärzte beispielsweise Arbeit aufgefangen und mehr Verantwortung übertragen bekommen. Deshalb habe ich 2023 meine Chefarztstelle an meinen Nachfolger weitergegeben.

Wie sehen Sie die Zukunft des Klinik-Managements: Wird die Kombination aus Medizin und Management wichtiger?

Die Kombination wird definitiv immer wichtiger. Die Frage ist nur, wie es gestaltet wird, also ob das eine Person sein muss oder als Team kombiniert

wird. Ich bin der festen Überzeugung, dass es wichtig ist, das Kerngeschäft zu kennen. Der Krankenhausbetrieb ist sehr emotional mit ganz unterschiedlichen Berufsgruppen. Wenn sie in diesem Prozess groß werden, können sie das anders begleiten. Das hat sich auch in Krisenzeiten wie der Coronapandemie oder der Hochwasserkatastrophe gezeigt. Natürlich braucht es auch die Management-Expertise. Dafür habe ich tolle Mitarbeiter um mich herum. Letztendlich macht es nie einer alleine – es funktioniert nur im Team.

Welchen Rat würden Sie jungen Ärztinnen und Ärzten geben, die sich für eine Führungsposition im Krankenhaus interessieren?

Heutzutage geht es nicht mehr ohne Management-Kompetenz. Wenn Sie als junge Ärztin oder als junger Arzt eine Führungsposition anstreben, werden Sie sich mit wirtschaftlicher Betrachtung auseinandersetzen müssen. Die Frage ist, wann man damit anfängt. Wir überlegen beispielsweise als Lehrkrankenhaus für PJler auf freiwilliger Basis ein Angebot zu schaffen, um die Sensibilität für die wirtschaftlichen Faktoren zu bekommen. Aber es ist wie in jedem Job: Man sollte das Ziel nicht aus den Augen verlieren.

Das Interview führte Michaela Kabon.