

Vergessen wir

in der Diskussion über Veränderungsprozesse
die Bedürfnisse unserer Mitarbeiter?

Dr. Hans-Georg Güse
Güse mediConsult, Bremen

19.2.2003

Vorbemerkungen:

 1. Fragesteller stammt aus dem Kreis der Leitenden.
(Veränderungen der Struktur und Organisation werden v.a. auf der Ebene der Geschäftsführungen, Krankenhausleitungen und Trägerorganisationen diskutiert.)

 2. Frage bezieht sich
a. auf Art und Form der Kommunikation zwischen Leitenden und Mitarbeitern.

 3. Frage bezieht sich
b. auf den Inhalt der geplanten Veränderungen.
(Entsprechen die angestrebten Veränderungen der Organisation den „Bedürfnissen“ der MA?)

Um welche Veränderungsprozesse handelt es sich?

- **Veränderungen der Gesellschaftsform**
- **Veränderungen der Aufbauorganisation**
- **Veränderungen der Ablauforganisation**
- **Veränderungen der Leistungsstruktur**
- **Neue Sparten und Geschäftszweige**
- **Veränderungen der Aufgabenfelder**
- **Insourcing, Outsourcing**
- **Veränderungen der Personalstruktur**
- **Veränderungen der Verantwortlichkeiten**

Praxis:



Fakt: Veränderungen der Organisation werden i.d.R. in den Hinterzimmern der Leitenden entwickelt.



Fakt: Die Veränderungskonzepte wollen i.d.R. die Org. weiter zentralisieren und beherrschbarer machen.



Fakt: Veränderungen der Organisation werden i.d.R. als TOP-DOWN – Konzepte präsentiert.



Fakt: TOP-DOWN – Konzepte führen i.d.R. zu erheblichem Widerstand und scheitern häufig.



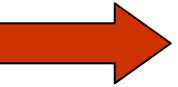
Fakt: BOTTOM-UP-Konzepte dauern zu lange und werden i.d.R. zerredet.



Wie kann man Veränderungen etablieren?

These:

*„Das Krankenhaus ist nicht dazu da,
die „Bedürfnisse“ der Mitarbeiter zu befriedigen.“*



Und dennoch:

Warum ist der VfB Stuttgart so erfolgreich?

Keine Prämien!

Keine Stars!

Keine AG!

Pleitegefahr!

Wahrscheinliche Erfolgsfaktoren:

- „Chemie“ des Teams = gut
- Anerkennung durch die Umwelt = positiv
- Führung / Leitung / interne Struktur paßt
- Kommunikation untereinander = stimmig
- Berufliche Identität der Akteure/ Spaßfaktor = hoch
- Eigene Ziele und Ziele der Org. = identisch
- Erfolg gebiert Erfolg !

Erfolgsfaktoren für Veränderungen

→ A. Berücksichtigung des beruflichen Selbstverständnisses der Akteure und deren intrinsische Motivation

Personale Aspekte

→ B. Übereinstimmung der Organisation(-sstruktur) mit den Kernaufgaben

Apersonale Aspekte

→ C. Entwicklung einer Kommunikationskultur und der Beziehungen zwischen den Berufsgruppen (Teamentwicklung)

Interpersonale Aspekte

- ➔ 1. Charakteristikum der Experten-Organisation Krankenhaus:
„Kern-Produkte“ entstehen in personaler, zumeist individueller Dienstleistung.
- ➔ 2. Der Erfolg der Organisation ist davon abhängig, dass sich Kerne des beruflichen Selbstbildes der Experten in der Praxis wiederfinden lassen.
- ➔ 3. Kerne des beruflichen Selbstbildes der Experten :
 - Wunsch nach Autonomie
 - Vermeidung von Fremdbestimmung
 - Bestätigung in der Arbeit
 - Erweiterung der Verantwortung (Job-Enrichment)
 - Erweiterung der Kompetenz (Job-Enlargement)
 - Persönliche Anerkennung (Feedback)



4. Besonders wichtig für das Pflegepersonal:

- Kohärenz innerhalb der Pflegegruppe
- Verhältnis zu den Ärzten
- Sicherheit



5. Besonders wichtig für das ärztliche Personal:

- Identifizierung mit der Tätigkeit
- Karriereorientierung (Kompetenz, Verantwortung)
- Selbstbestimmung
- Anti-Institutionalismus

(Der Einzelne ist dem Beruf mehr verpflichtet als der Organisation.
Diese hat die Voraussetzungen für eine befriedigende Berufsausübung
sicher zu stellen.)



**6. Gehalt, Arbeitsbedingungen, Status nach außen
= „Hygienefaktoren“ (Störpotenzial)**



7. Geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Motivation:

- persönliches Beispiel des Vorgesetzten
- Job-Enrichment und Job-Enlargement
- „Eustress“ bei der Übernahme von Verantwortung
- Verantwortung = Mitbestimmung
- Anerkennung und persönliche Wertschätzung
- Klarheit über Regeln Ziele und Entscheidungen
- Unterstützung der Gruppenarbeit
- Vermittlung von Sicherheit (in einer unsicheren Umwelt)
- Corporate Identity (Öffentlichkeitsarbeit, Stil des Hauses)



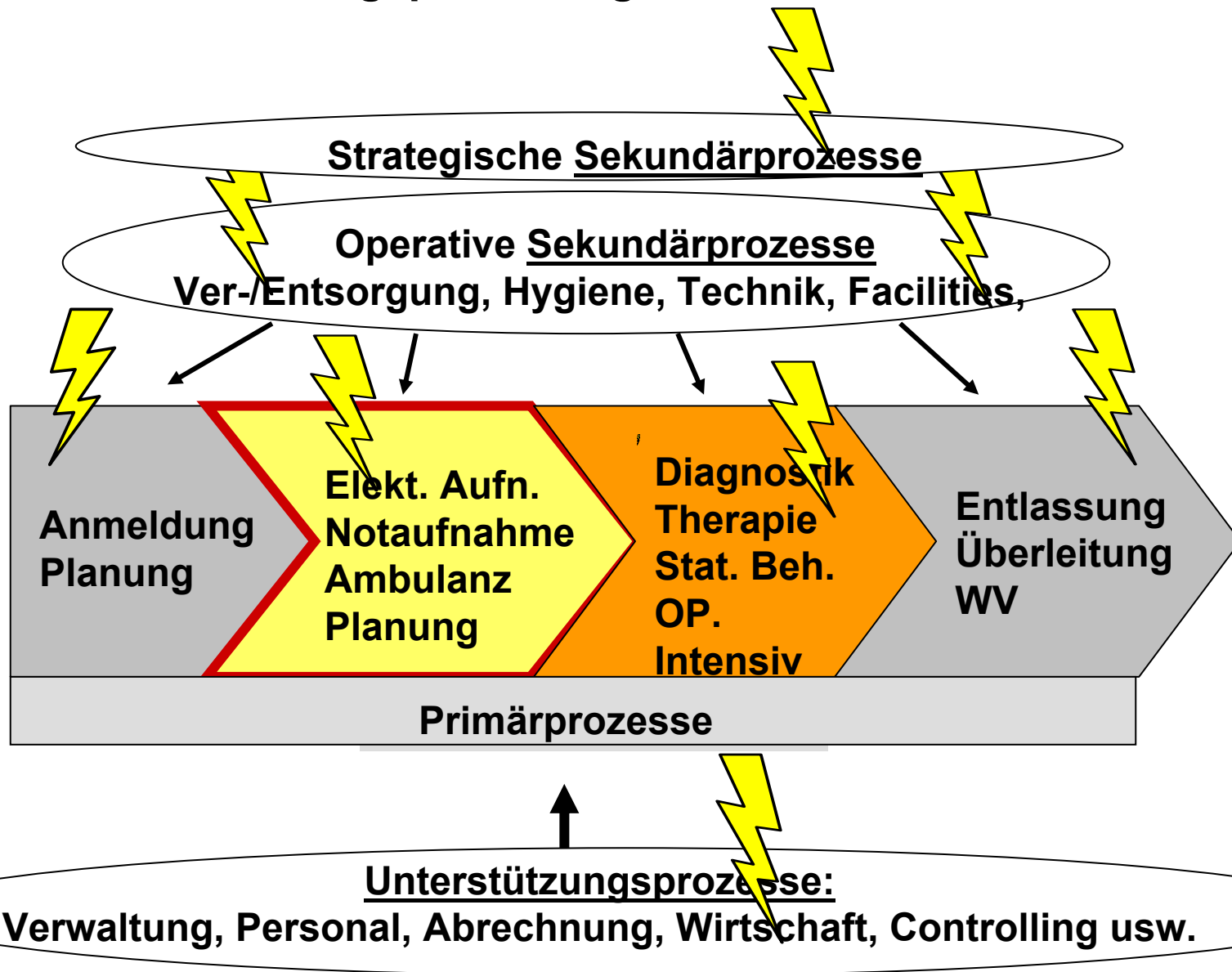
Leitung und Führungsstil!



***Veränderungen werden akzeptiert,
wenn sie das berufliche Selbstbild nicht verletzen!***



1. Die Veränderungsprozesse greifen auf allen Ebenen an!





2. Gleichzeitig : alle 3 Säulen (Hauptberufsgruppen) des Krankenhauses sind in Kampfbereitschaft:
Es geht um die Dominanz in der Organisation.

→ Keine einheitliche Strategie!

Die Verwaltung:

Die „Herren“ der

Ökonomie,
der Planung,
der Struktur:

Bedeutungszuwachs,

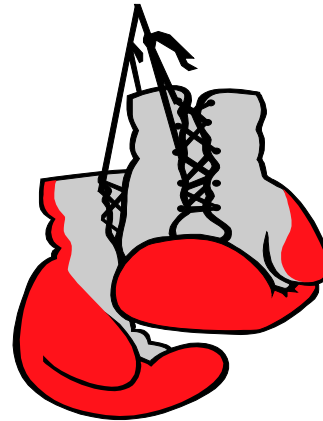
Promotoren der

Veränderung



Die Pflege:

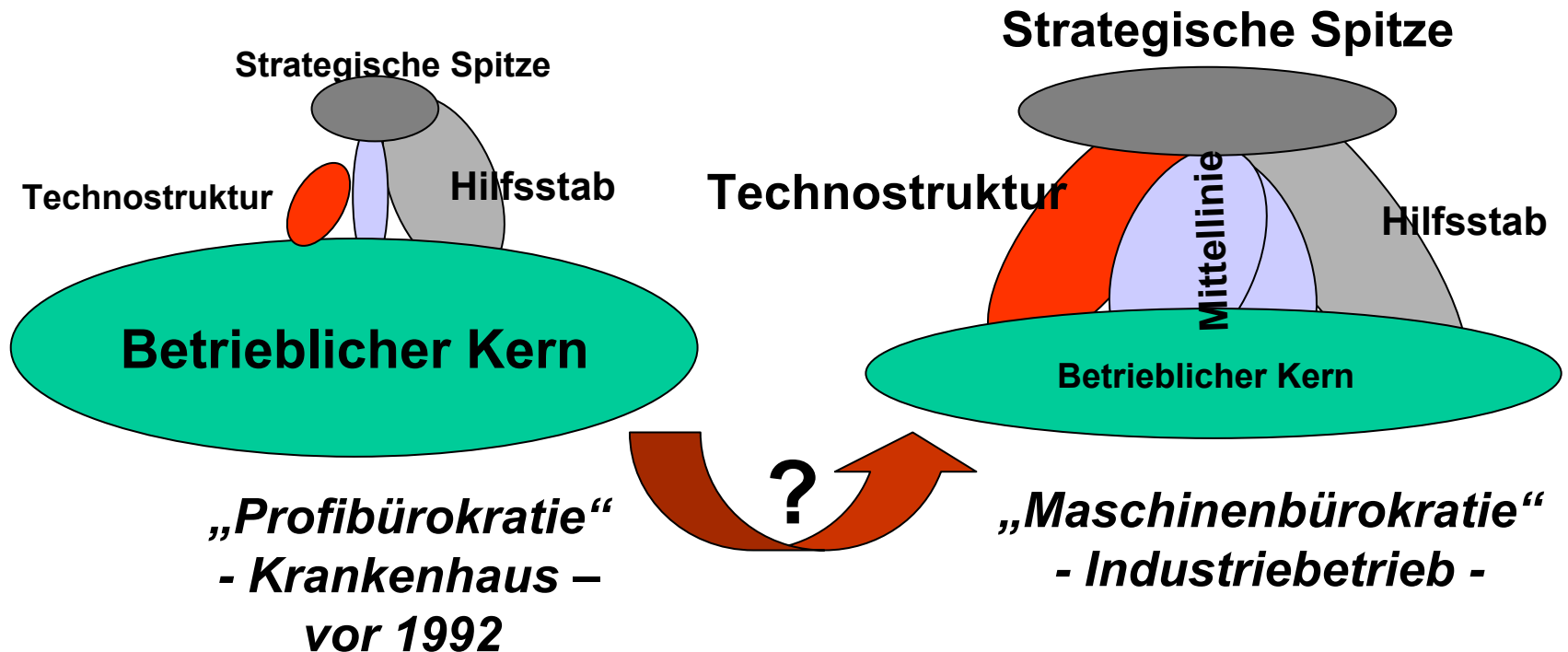
Zahlenmäßig dominant
jetzt auf der emanzipatorischen „Überholspur“. Im Statuskonflikt



Ärzte / Ärztinnen:

Die eigentlichen „Herren“ des Kerngeschäfts
in der Defensive um Erhalt des Status.

- ➔ 3. Veränderung der Krankenhausorganisation seit ca. 1992:
Erweiterung der Technostruktur (Planung, Controlling, QS usw.)
Angleichung der Krankenhausorg. an Industriebetriebe?



Vgl. Mintzberg's Organisationsstruktur



4. Die versäulte Organisation hat sich als wenig effektiv erwiesen:

1. Problem: Statuskonflikte innerhalb der Direktion

2. Problem: Hierarchischer Durchgriff auf die operative Ebene der Kernprozesse: Abteilungen, Stationen, Funktionseinheiten

a. Widerstand der „Experten“

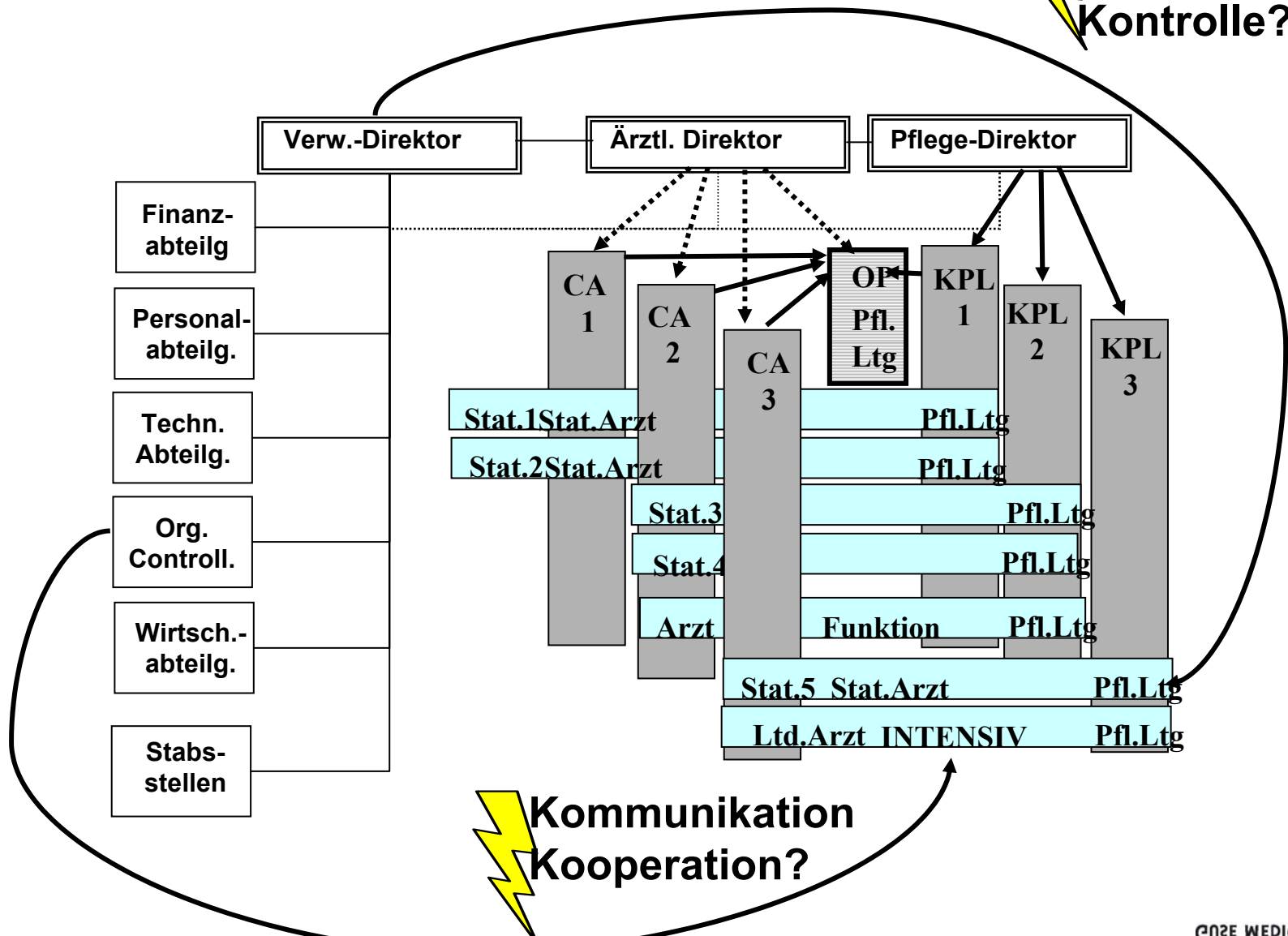
b. Steuerung erfolgt „autonom“ auf der operativen Ebene

c. Entfernung der Direktion von den Akteuren

d. Disziplinarische Kompetenz nur innerh. der Säule

5. Das Dilemma der Krankenhausorganisation

**Abstimmung
Anweisung
Kontrolle?**



➔ 6. Trotzdem:

a. Die Veränderungskonzepte enthalten i.d.R. verstärkte Zentralisierungstendenzen.

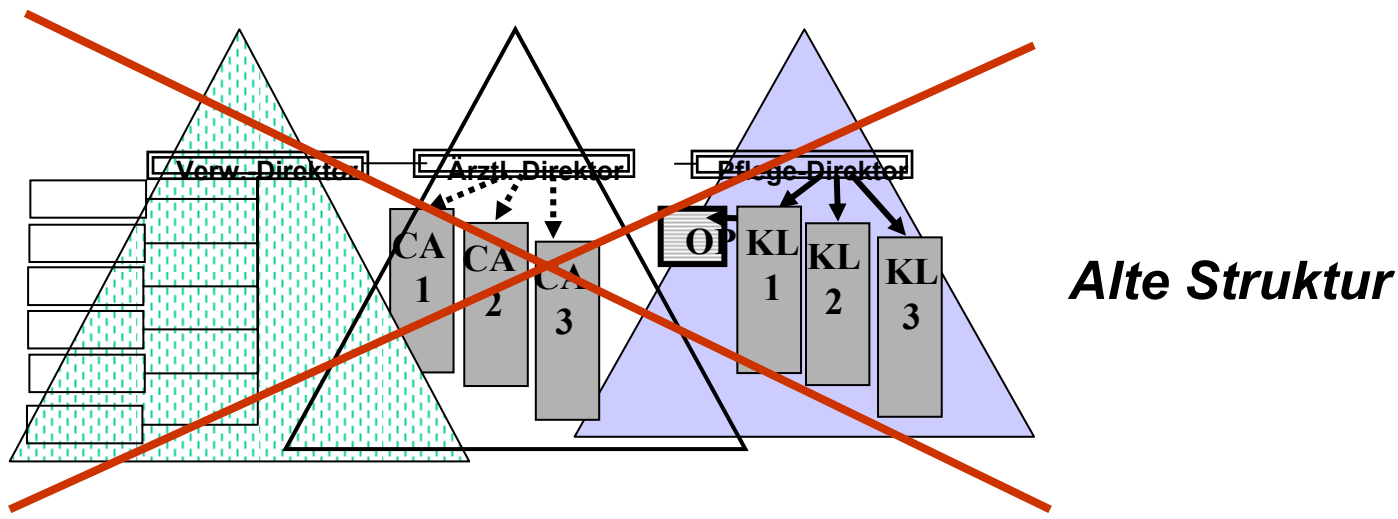
b. Illusion:

Verstärkte Zentralisierung = verbesserte Steuerung

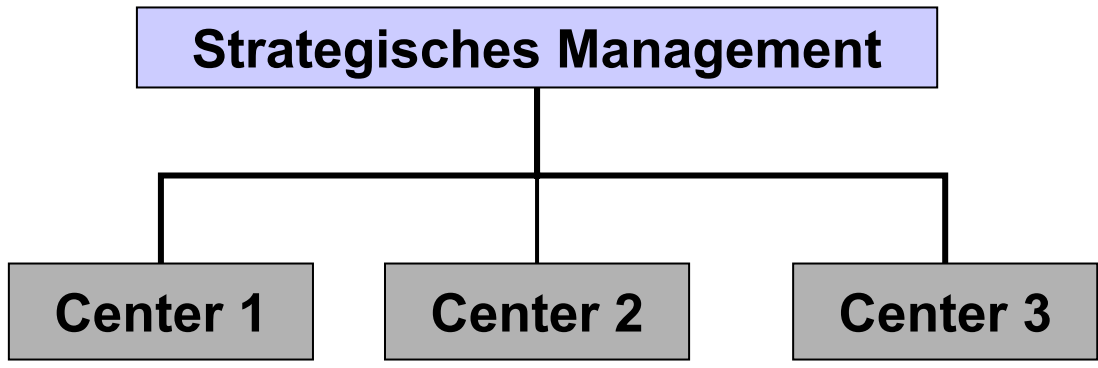
➔ 7. Etablierte Methode **anderer** Wirtschaftsbereiche = **Dezentralisierung**
Statt ineffektiver, hierarchischer Durchgriffe - **Selbststeuerung**
teilautonomer Einheiten im Rahmen der Gesamtorganisation

➔ 8. Ziele der Dezentralisierung:

- „Bedürfnissen“ der Experten nach professioneller Autonomie wird entsprochen,
- Zusammenfügung von inhaltlicher Kompetenz und wirtschaftlicher Verantwortung,
- Rationalisierung, effektive Arbeit „vor Ort“ wird für Experten reizvoll.



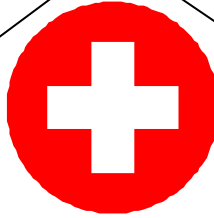
Neue Struktur



Teilautonome Einheiten

- ergebnisverantwortlich
- selbststeuernd
- anpassungsfähig

Neue Struktur



KH-Leitung/ GF

**Center 1
Leitung**

Stationen
Funktionseinheiten



**Service-Center A-X
Leitung**

z.B. OP, Aufnahmestation
Rö./MRT, Labor, TSZ

Markt-
abhängige
Entgelte
(DRG-
Pauschalen)

**Center 2
Leitung**

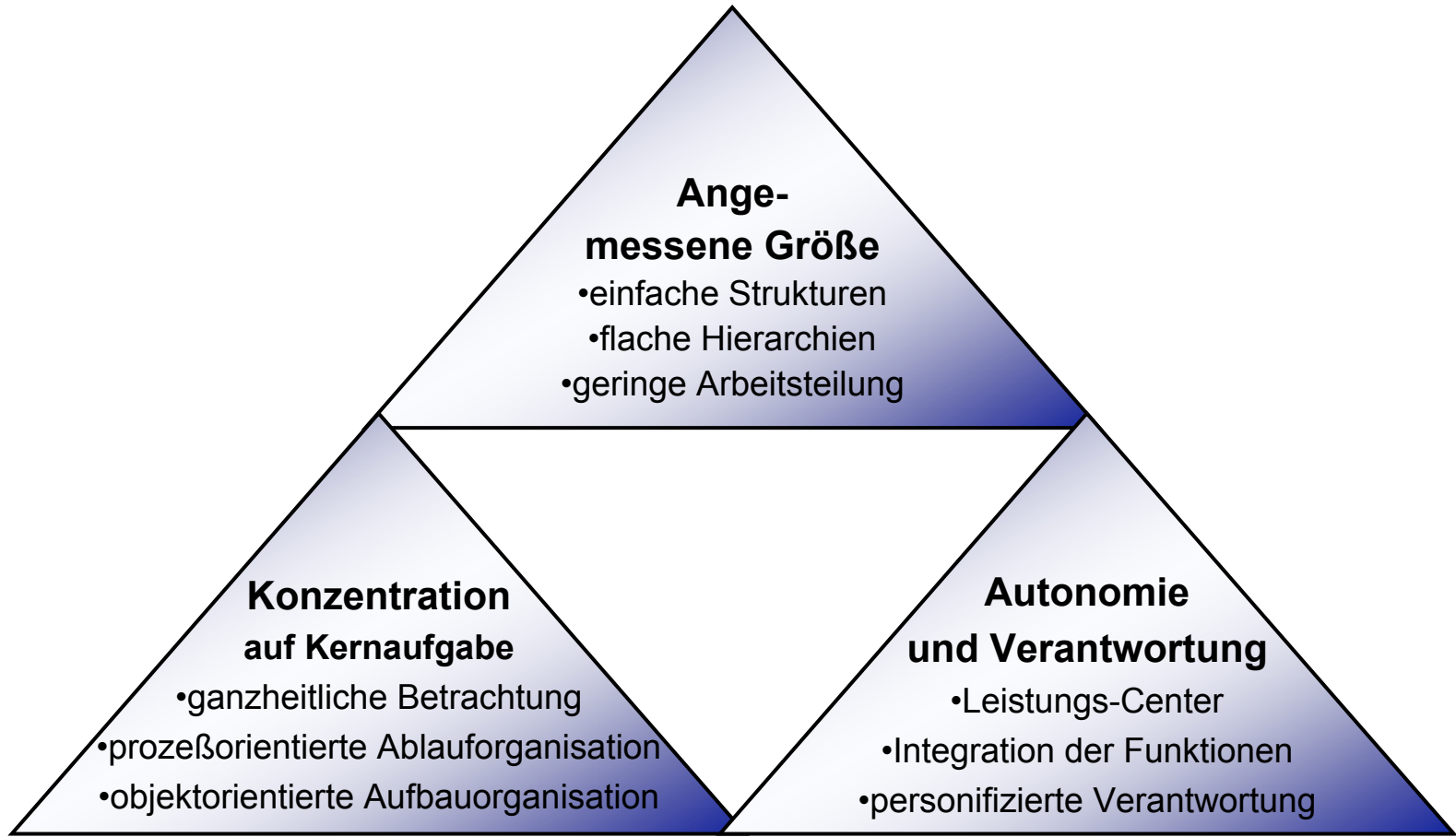
Stationen
Funktionseinheiten



**Leistungszentrum A-X
Leitung**

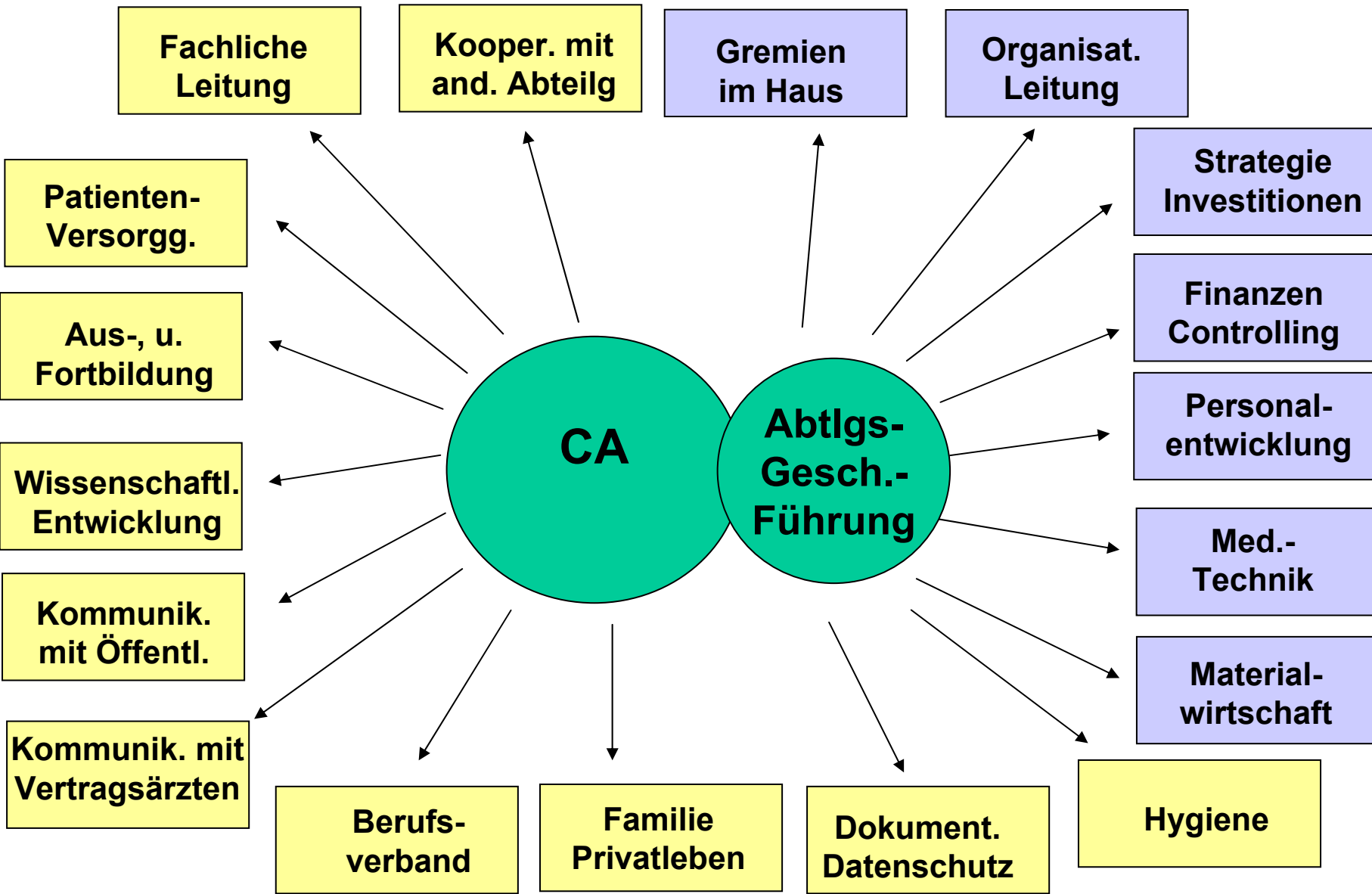
Strategische Unterstützungsleistung
z.B. QM, Logistik, EDV, Planung,

Das magische Dreieck „Integrierte Einheiten“



(nach PD Dr. H.-J. Schubert, Univ. Kaiserslautern)

Neue Leitungsstruktur von Zentren





**1. Org. Krankenhaus: Nebeneinander versch. Professionen
Problem: Integration, Kooperation**




**2. Status: Fehlen einer formalen Struktur
für interprofessionelle Steuerung
in Abteilung, Station, Funktionsbereich
(operative Entscheidungen werden informell getroffen
und lassen partikularen, chaotischen Interessen Raum.**



**3. Stabile Teams mit klaren Regeln
= Voraussetzung für Optimierung der Kernprozesse
= Voraussetzung für die Funktionalität der Center-Struktur
= Voraussetzung für (teil-)autonome Arbeitsweise
= Voraussetzung für sachgerechte Arbeitsteilung**

 **4. Reformkonzepte, die im Kern eine Zentralisierung beabsichtigen, reduzieren die Krankenhausreform auf eine Machtfrage und nutzen nicht die Rationalisierungspotenziale.**

 **5. Zentralistische Konzepte für die Krankenhausstruktur widersprechen den Bedürfnissen der Mitarbeiter nach höherer Autonomie.**

Sie widersprechen aber auch den Bedürfnissen der Organisation nach effektiverer Steuerung.

Zusammenfassung

1. Wenn unter „Veränderungsprozessen“ eine weitere Zentralisierung der Krankenhausleitung verstanden wird, geht dies an den „Bedürfnissen“ der Mitarbeiter vorbei.
2. Dezentralisierung und die Bildung von teilautonomen Einheiten ist die zeitgemäße Antwort auf die
 - Veränderungsdiskussion
 - Rationalisierungsbedarfe
 - professionellen „Bedürfnisse“ der Mitarbeiter
 - Optimierung der Prozessgestaltung
 - Lösung der Konflikte zwischen Verwaltung und Therapeuten
 - Förderung der Teamentwicklung
 - Verbesserung der Motivationskultur
 - Verstärkung der Leitungsqualifikation.