

ORGANISATIONSENTWICKLUNG IM SPITALBEREICH

EINE FALLDARSTELLUNG AM BEISPIEL DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND HÄMATOLOGISCHES ZENTRALLABOR (KPH-HZL) DER UNIVERSITÄT UND DES INSELSPITALS BERN

OLIVER STROHM

Im vorliegenden Beitrag werden die wesentlichen Schritte und Ergebnisse einer Organisationsentwicklung an der Klinik und Poliklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor (KPH-HZL) der Universität und des Inselspitals Bern präsentiert. Dabei werden zunächst die Ausgangslage sowie die strategischen, strukturellen und kulturellen Maßnahmen der Systemveränderung dargestellt. Im zweiten Teil werden die Erfahrungen und Spannungsfelder sowie erforderliche Veränderungsschritte nach der Organisationsentwicklung aufgezeigt und damit ein Entwicklungsrahmen aufgespannt, der sich über 10 Jahre erstreckt. Dabei werden u.a. auch die Chancen und die Gefahren bzw. Herausforderungen moderner Organisations- und Führungsformen in einem Universitätsspital thematisiert.

119



1 Ausgangslage

Die Klinik und Poliklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor (KPH-HZL) der Universität und des Inselspitals Bern betreibt eine integrale Hämatologie, in der die Fachbereiche Hämostase, Morphologie, Transfusionsmedizin, Stammzell-Labor, molekulare Diagnostik sowie klinische Hämatologie zusammengefasst sind.

Das KPH-HZL ist strukturell in das Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labor-Medizin und Spitalpharmazie (DOLS) integriert und Teil des Zentrums für Labor-Medizin (ZLM). Die Dienstleistungen und das Aufgabengebiet des KPH-HZL umfassen die ambulante und stationäre Betreuung von Patienten, das Betreiben einer departementalen Bettenstation, hämatologische Konsilien für das Gesamtspital, Laboruntersuchungen und -diagnostik, grundlagen- und anwendungsorientierte Forschung sowie die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medizinstudierenden, Ärztinnen und Ärzten sowie Laborantinnen und Laboranten.

Im ärztlichen Bereich des KPH-HZL sind 10 MedizinerInnen, im Laborbereich ca. 35 MTLA beschäftigt. Zudem verfügt das KPH-HZL über Forschungsstellen, die entweder über den festen Etat oder Drittmittel finanziert sind.

Vor dem Hintergrund strategischer, struktureller und kultureller Herausforderungen wurde am KPH-HZL im Jahre 1998 eine Organisationsentwicklung lanciert, die sich über 2 Jahre erstreckte und deren wichtigsten Ergebnisse in Abschnitt 2 zusammengefasst werden (vgl. Lämmle, Tobler & Strohm 2003). Im Weiteren werden Erfahrungen, Spannungsfelder und Veränderungsmaßnahmen nach der als Projekt definierten Phase der Organisationsentwicklung aufgezeigt und somit ein Entwicklungsrahmen des KPH-HZL aufgespannt, der sich über 10 Jahre erstreckt.

120

2 Paradigmenwechsel durch Organisationsentwicklung

Eine zunehmende Belastungssituation im System und bei den Schlüsselpersonen sowie die Einsicht, dass die gewachsenen Organisations- und Führungsstrukturen und die damit verbundene Rollen- und Kompetenzabgrenzung den zukünftigen Herausforderungen am KPH-HZL nicht mehr Rechnung tragen können, führten neben sozialen und kulturellen Spannungen bei der Institutsführung zu der Überzeugung, am KPH-HZL einen Organisationsentwicklungsprozess lancieren zu wollen, der grundsätzliche Fragestellungen aufwerfen und neue Antworten zur Systemgestaltung liefern sollte. Dieser Prozess wurde vom Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung (iafob) extern begleitet.

2.1 Ergebnisse der Organisationsdiagnose

Als Basis für die Organisationsentwicklung wurde eine Organisationsdiagnose durchgeführt. Dabei wurden mittels Dokumentenanalysen, Einzel- und Gruppeninterviews sowie einer Befragung von Patientinnen, Patienten und Mitarbeitenden die wichtigsten Aspekte der Ausgangslage identifiziert sowie eine mögliche Prozessarchitektur für die Organisationsentwicklung abgeleitet.

Als Ergebnis der Diagnose zeigte sich sehr deutlich, dass das KPH-HZL – im Sinne der Ausgangslage – neben klaren Stärken und Potentialen auch verschiedene Schwächen bzw. problematische Aspekte aufweist. **Tabelle 1** fasst diese Stärken und Schwächen zusammen.

Im Rahmen der Interviews mit dem Führungskreis wurde deutlich, dass Unklarheiten in der strategischen Ausrichtung einerseits, unklare Rollen- und Kompetenzabgrenzungen sowie unterschiedliche Vorstellungen und Prioritätensetzungen im

Tabelle 1: Zusammenfassende Ergebnisse aus der Organisationsdiagnose

Stärken	Schwächen/Probleme
Ausrichtung und Strategie	
<ul style="list-style-type: none"> • KPH-HZL verfolgt eine integrierte und umfassende Hämatologie • Integration von Forschung, medizinischen Dienstleistungen, Labordienstleistungen, Lehr- und Weiterbildungsangeboten • Ausgeprägte Bereitschaft, die hämatologische Fachkompetenz zur Verfügung zu stellen • Ärztliche Kader mit medizinischer und hämatologischer Faszinationskraft • Zukunftsgerichtete, strategische Positionierung der Transfusionsmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine umfassende, gemeinsam getragene und reflektierte Ausrichtung und Strategie • Divergierende Ziele und Prioritätensetzung in der Leitung • Massiv gestiegener Ressourcen- und Kapazitätsbedarf ohne Anpassung der Ressourcen- und Kapazitätsangebote • Wenig ziel- und bedarfsorientierter Ressourceneinsatz • Unzureichende betriebswirtschaftliche Orientierung
Organisation und Führung	
<ul style="list-style-type: none"> • Weitgehende fachliche Selbstständigkeit der leitenden ÄrztInnen und der MitarbeiterInnen in der Forschung • Umfassende gemeinsame Aufgaben bei den leitenden ÄrztInnen (Ambulatorium, Konsilien, Laboranalytik) • Kontinuität in der ambulanten Patientenbetreuung durch die AssistenzärztInnen und -ärzte • Wöchentlich rotierende Teams und Verantwortlichkeiten im Laborbereich 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine klaren Organisations- und Führungsstrukturen sowie Kompetenzregelungen • Unklare Unterstellungsverhältnisse (fachlich, personell, situationsbezogen) • Kein gemeinsames Commitment in der Führung; eingeschränkter Modellcharakter der Führung • Keine Kontinuität in der Personalführung (z.B. AssistenzärztInnen) • Zum Teil sehr komplizierte Abläufe
Kultur und Zusammenarbeit	
<ul style="list-style-type: none"> • Bereichs- und berufsgruppenintern zum Teil recht gute Zusammenarbeit • Zum Teil sehr kollegiale Umgangsformen • Wille und Grundmotivation zur Kollegialität und Kooperation • Zum Teil ausgeprägte Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung und Aushilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende gemeinsame Orientierung und fehlende Konfliktregelung in der Direktion überträgt sich auf das ganze KPH-HZL („Bereichsgräben“) • Zum Teil schwierige Konflikte im Führungskreis • Konflikte mit teamübergreifend zum Teil sehr negativen Konsequenzen • Mikropolitik beherrscht häufig den Alltag

Führungsbereich andererseits zum Teil sehr negative Konsequenzen für die bereichs- und teamübergreifende Zusammenarbeit und Kultur am KPH-HZL hatten. Diese Ergebnisse wurden auch in den Gruppeninterviews mit den Mitarbeitenden und deren

schriftlicher Befragung bestätigt. In diesem Sinne brachten 90% der Mitarbeitenden zum Ausdruck, dass am KPH-HZL Veränderungen erforderlich sind.

2.2 Projektpositionierung und -organisation

Auf der Basis der Diagnoseergebnisse wurden die Ziele und die Handlungsgrundsätze für die Organisationsentwicklung sowie auch nochmals die grundsätzlichen Veränderungsszenarien mit ihren potentiellen Chancen und Gefahren skizziert (vgl. **Tabelle 2**).

122

Mit Blick auf die Ergebnisse der Diagnose sowie die skizzierten Chancen und Gefahren der verschiedenen Veränderungsszenarien verstärkten sich in der obersten Leitung des KPH-HZL die Einsicht, der Wille und die Bereitschaft, einen Veränderungsprozess einzuleiten, der einen Paradigmenwechsel beinhaltet und damit auch grundsätzliche Strukturfragen zum Gegenstand macht.

In diesem Sinne wurde ein Vorgehen gewählt und verfolgt, das sich im Wesentlichen an den in **Abbildung 1** skizzierten Schritten orientierte.

2.3 Kooperative und ergänzende Zusammenarbeit in der Leitung

Wie in Abschnitt 2.1 aufgezeigt, wurde im Rahmen der Diagnose deutlich, dass Probleme auf operativer Ebene häufig durch unterschiedliche Perspektiven und letztlich Konflikte im Führungskreis verursacht wurden. Daher wurde der Neuregelung der zukünftigen Zusammenarbeit in der Leitung des KPH-HZL zunächst oberste Priorität

Tabelle 2: Mögliche Veränderungsszenarien am KPH-HZL

Veränderungs-szenarien	Mögliche Chancen	Mögliche Gefahren
„Alibientwicklung“	einige Gewinner am KPH-HZL sowie vor allem außerhalb des KPH-HZL	weitere Verstärkung der negativen Symptome, Desintegration, Abstieg in die 2. Klasse
„Kontinuierliche Verbesserungsprozesse“	kurzfristige und spürbare Verbesserungen und Optimierungen, konstruktive Dynamisierung des KPH-HZL	Versanden des Entwicklungsprozesses, keine grundsätzlichen Innovationen, Konsequenzen wie bei der „Alibientwicklung“
„Paradigmenwechsel“	Grundsätzliche Reflexionen und Innovationen, nachhaltige Professionalisierung in den Bereichen Strategie, Struktur und Kultur	Entwicklung macht Halt vor Besitzstandswahrung, traditionellen Rollenmustern, mangelnder Zivilcourage in der Führung



Abbildung 1: Inhaltliche Schritte im Rahmen der Organisationsentwicklung

eingeräumt. Dazu wurde u.a. die zukünftige Zusammenarbeit und Rollenteilung zwischen den beiden Chefarzten – Direktor/Chefarzt, stellvertretender Chefarzt und Moderator – in 3er-Gesprächen erörtert und vereinbart. In diesen 3er-Gesprächen kam klar zum Ausdruck, dass der sehr unterschiedliche Problemlöse- und Führungsstil der beiden Chefarzte in den letzten Jahren das gegenseitige Vertrauen stark verunsichert und die Kooperationsbereitschaft negativ beeinträchtigt hatte. Als Basis für eine bessere Führungs- und Zusammenarbeit wurden daher die Vorteile und schwierigen Aspekte der beiden Problemlöse- und Führungsstile und deren grundsätzliche Kompatibilität in einer sehr offenen Form dargelegt und diskutiert. Auf dieser Basis wurden 4 Szenarien einer zukünftigen Rollenteilung entwickelt. Diese Szenarien beinhalteten (1) die Beibehaltung der jetzigen Rollenteilung mit einer chefarztlichen Hauptverantwortung, (2) die jetzige Führungsstruktur mit einer Rotation in der Hauptverantwortung, (3) die alleinige Verantwortung durch einen Chefarzt sowie (4) eine Co-Leitung und -Verantwortung. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse zu den Vorteilen und problematischen Aspekten der beiden Problemlöse- und Führungsstile sowie den persönlichen Interessen der beiden Chefarzte konnte eine Einigung in

124

der Form erzielt werden, dass mit der Organisationsentwicklung eine effektive Co-Leitung versucht werden sollte. Dabei wurden die Führungsaufgaben in der Form unterteilt, dass der Direktor/Chefarzt für die fachmedizinischen Aufgaben und Prozesse inklusive Forschung und Lehre, der ursprünglich stellvertretende Chefarzt für die managementbezogenen und betriebswirtschaftlichen Aufgaben und Prozesse verantwortlich sein sollte. Diese Rollenteilung wurde an verschiedene Voraussetzungen wie eine klare Kompetenzregelung sowie einen wöchentlichen, fest vereinbarten Informations- und Kommunikationsaustausch geknüpft. Mit dieser Vereinbarung wurde auch eine Beförderung des bisher stellvertretenden Chefarztes zum gleichberechtigten Chefarzt formalisiert.

Erst mit dieser Vereinbarung wurde letztlich die zentrale Voraussetzung für einen strategischen, strukturellen und kulturellen Entwicklungsprozess am KPH-HZL mit angemessener Bereitschaft zur Zusammenarbeit und Kooperation auf oberster Leitungsebene geschaffen.

2.4 Neues Leitbild für das KPH-HZL

Als Richtschnur und roter Faden für die weitere Entwicklung des KPH-HZL wurde in einem weiteren Schritt ein Leitbild entwickelt. Die Dimensionen des Leitbildes zeigt **Abbildung 2** (vgl. auch Sidamgrotzki 1997, Etienne, 2000).

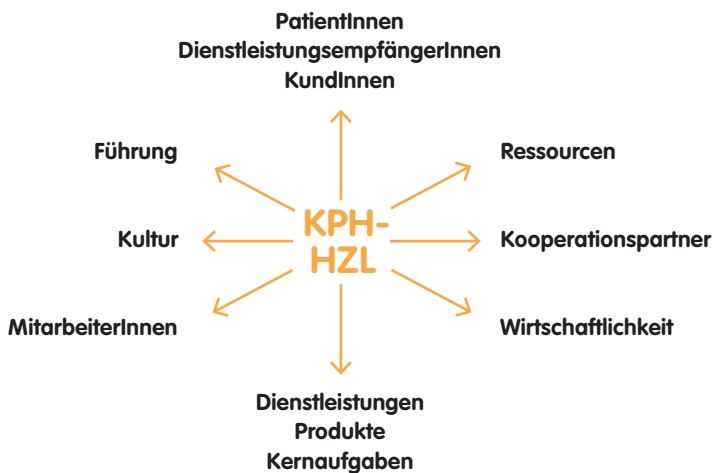


Abbildung 2: Strategische Dimensionen des KPH-HZL

Wesentliche Aussagen im erarbeiteten Leitbild des KPH-HZL sind:

- Das KPH-HZL betreibt eine ganzheitliche, integrale Hämatologie.
- Klinik-, Labor- und Forschungsbetrieb sind durch ausgeprägte Integration und Durchlässigkeit gekennzeichnet.
- Die Eigenständigkeit und Entwicklungsmöglichkeit der einzelnen Fachbereiche werden gewahrt.
- Das Interesse und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten sind ein zentrales Anliegen.
- Die Forschung erfolgt auf international hohem Niveau.
- Das KPH-HZL verfügt über eine professionelle, zielgerichtete und mitarbeiterorientierte Führung mit einer flachen Hierarchie.
- Die Organisation ist gekennzeichnet durch eine weitreichende Übertragung von Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen auf die Mitarbeitenden.
- ...

125

Mit diesem Leitbild wurden bereits wesentliche Anker für die Neugestaltung und Entwicklung des KPH-HZL gesetzt. Das Leitbild bildete somit auch ein wesentliches Fundament sowie die Entscheidungsbasis für die anstehenden Gestaltungsfragen.

2.5 Strategische Positionierung von Dienstleistungen am KPH-HZL

Im Weiteren wurde mit der strategischen Positionierung der Dienstleistungen des KPH-HZL in den Bereichen Ambulatorium und Laboreinheiten begonnen. Dazu wurden im Vorfeld die verschiedenen Dienstleistungen des KPH-HZL durch die Bereichsverantwortlichen definiert und bezüglich der Dimensionen (1) Bedeutung für den Leistungsauftrag (2) Wirtschaftlichkeit sowie (3) Bedeutung für die Kompetenzentwicklung im Bereich beurteilt. Diese Beurteilung orientierte sich bzgl. der Wirtschaftlichkeit an der aktuellen Situation, bzgl. der Positionierungen für den Leistungsauftrag und die Kompetenzentwicklung an der zukünftigen Bedeutung der Dienstleistungen. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung wurden differenzierte Betrachtungen angestellt, die neben dem erwirtschafteten Ertrag auf der Kostenseite direkte Personal- und Sachkosten sowie indirekte Kosten u.a. in den Bereichen Infrastruktur, Verwaltung und Führung berücksichtigten. **Abbildung 3** zeigt exemplarisch die Positionierung ausgewählter Dienstleistungen für den Fachbereich der Hämostase.

Mit dieser Beurteilung konnten zunächst eine fundierte Transparenz über die verschiedenen Dienstleistungen hergestellt sowie potentielle Entwicklungsanforderungen für die Zukunft aufgezeigt und diskutiert werden. Auf dieser Basis wur-

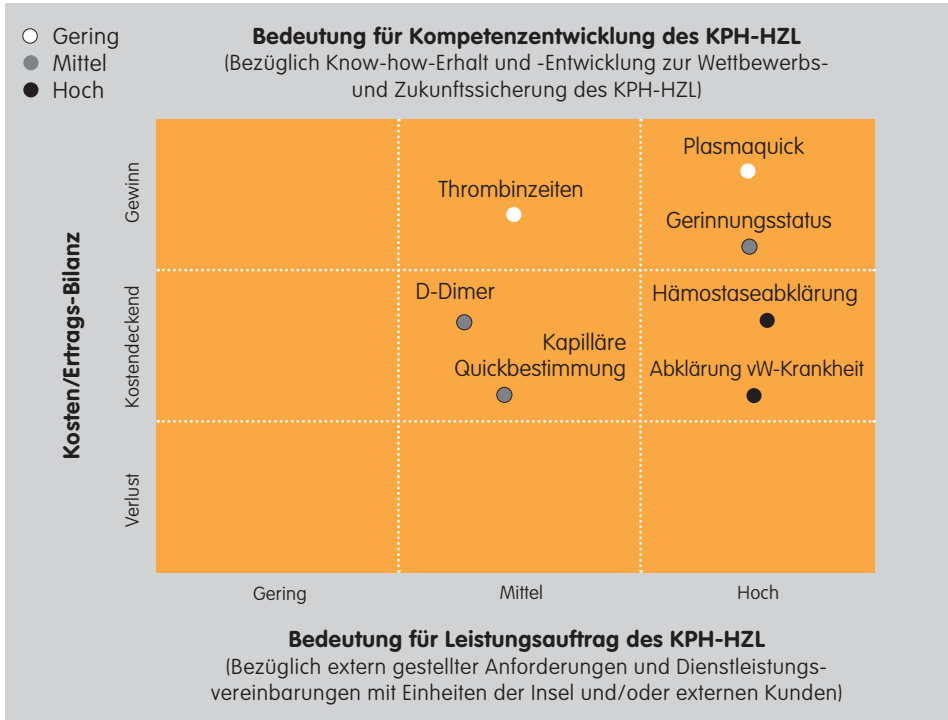


Abbildung 3: Positionierung von Dienstleistungen aus dem Fachbereich der Hämostase

den auch Abklärungen mit anderen Departementen und Kliniken des Inselspitals bzgl. des Angebots und der Erbringung von Dienstleistungen vorgenommen. Mit der Dienstleistungspositionierung wurde jedoch vor allem auch die Basis für Zielvereinbarungsprozesse mit den verschiedenen Fachbereichen geschaffen.

2.6 Neue Organisations- und Führungsstrukturen am KPH-HZL

Wie in Abschnitt 2.1 aufgezeigt, wurden viele der Problembereiche am KPH-HZL durch die historisch gewachsenen Organisations- und Führungsstrukturen verursacht. Kennzeichnend für diese Strukturen waren u.a. viele unklar geregelte, informelle, situativ geprägte Rollen- und Kompetenzabgrenzungen im Sinne der Pionierphase von Organisationen (vgl. Glasl & Lievegoed 2004). Vor diesem Hintergrund wurden der Erarbeitung und der Beurteilung neuer Organisations- und Führungsvarianten besondere Aufmerksamkeit geschenkt. In diesem Sinne wurden insgesamt 5 Varianten potentieller Organisations- und Führungsmodelle erarbeitet. Diese unterschieden

sich u.a. in den Fragen (1) der inhaltlichen Abgrenzung der Fachbereiche, (2) der Eigenständigkeit der Fachbereiche sowie (3) der Frage, ab wann ein Bereich den Status Fachbereich erhält. **Abbildung 4** zeigt das schließlich präferierte und eingeführte Organisations- und Führungsmodell des KPH-HZL.

Dieses Organisations- und Führungsmodell wurde mit den folgenden Prämissen konzipiert und eingeführt:

- Co-Leitung auf der obersten Führungsstufe mit unterschiedlichen Aufgaben- und Führungsschwerpunkten durch die beiden Co-Leiter.
- Co-Leitung – MedizinerIn und Cheflaborantin – in den Bereichen Morphologie, Hämostase und Transfusionsmedizin.
- Weitgehend eigenverantwortliche Leitung des klinischen Bereichs inkl. Ambulatorium und departementaler Bettenstation durch eine Leitende Ärztin.
- Weitgehende Dezentralisierung von Fach-, Personal- und Finanzverantwortung auf die Ebene der Bereichsleitungen.

127

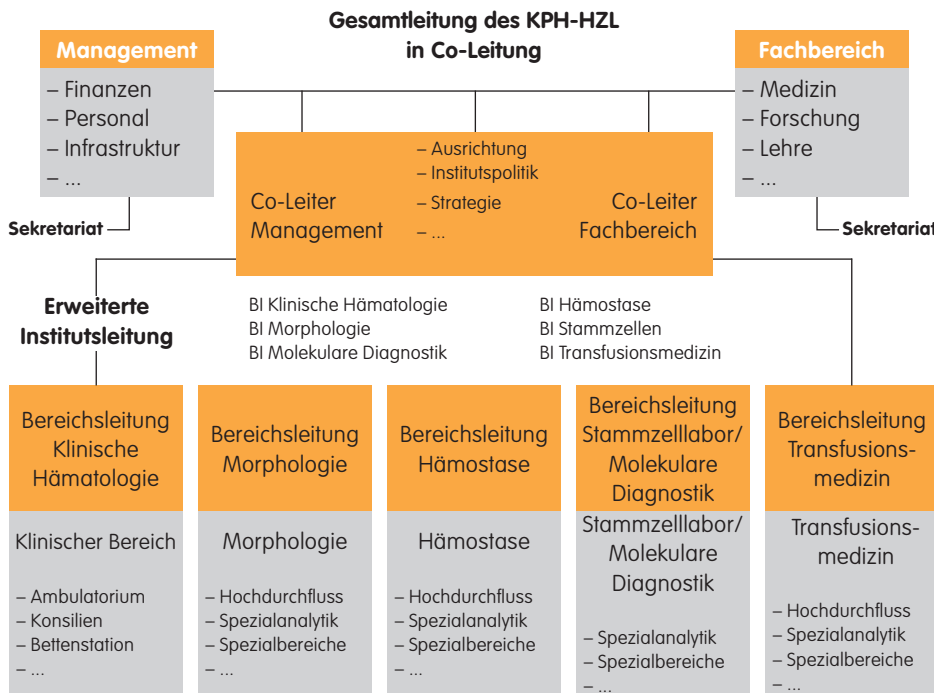


Abbildung 4: Das neue Organisations- und Führungskonzept des KPH-HZL

Diese Aspekte wurden in einer neuen Kompetenzregelung formalisiert. Dabei wurden für die Führungsstufen Co-Leitung Gesamtführung, Co-Leiter Management, Co-Leiter Fachbereich, erweiterte Institutsleitung sowie Bereichsleitungen die Kompetenz- und Rollenabgrenzung für folgende Entscheidungsbereiche festgelegt: (1) Ausrichtung, Strategie und Ziele, (2) Management und Finanzen, (3) Fachführung und -verantwortung (4) Personalführung und -verantwortung, (5) Außenbeziehungen, Vertretung nach außen, sowie (6) Forschung und Lehre.

128

Diese Kompetenz- und Rollenabgrenzung diente auch als Basis für die Erstellung von angepassten Funktionsbeschreibungen im Führungsbereich. Personenbezogen wurde auf der 2. Führungsebene weitgehend dem alten Führungskreis der Vertrauensvorschuss eingeräumt, sich in den erweiterten Führungsanforderungen zu entwickeln und zu bewähren.

Das neue Organisations- und Führungsmodell wurde vor dem Hintergrund der skizzierten Fragestellungen zu den verschiedenen Varianten immer wieder angepasst, in seiner Grundstruktur und Grundphilosophie jedoch bis in das Jahr 2007 in der skizzierten Form erhalten (vgl. Abschnitt 3.)

Neben den strukturellen Maßnahmen wurden für das KPH-HZL auch Führungsgrundsätze sowie ein Führungszyklus eingeführt, der weiterführende Zielvereinbarungs- und Controllingprozesse auf Bereichsebene sowie auf der Ebene des Führungskreises beinhaltete.

3 Entwicklungen nach der Organisationsentwicklung

In den folgenden Abschnitten werden Erfahrungen und weiterführende Entwicklungen des KPH-HZL nach dieser projektorientierten Organisationsentwicklung dargestellt. Dabei werden ausgewählte Themenfelder und Veränderungen präsentiert, welche die weiterführende Gestaltung und Funktionsweise des KPH-HZL stark prägten.

Systembezogene Reflexionen und Entwicklungsprozesse wurden jährlich an einer jeweils 2-tägigen Klausurtagung mit dem Führungskreis vorgenommen bzw. diskutiert. Diese Klausurtagungen hatten in der Regel strategische, strukturelle und/oder kulturelle Schwerpunkte und wurden jeweils vom iafob begleitet.

3.1 Erste Erfahrungen mit den Maßnahmen der Organisationsentwicklung

Die neuen Systembedingungen sowie Organisations- und Führungsstrukturen wurden am 1. Juli 2000 formal eingeführt. 9 Monate danach wurden auf einer Klausurtagung die bislang gemachten Erfahrungen reflektiert.

Dabei zeigte sich, dass die Erfahrungen mit den neuen Bedingungen und Strukturen bereichsbezogen sehr unterschiedlich waren. Eine sehr positive Entwicklung konnte – u.a. durch das große Engagement der für die Bereichsleitung verantwortlichen Leitenden Ärztin – im Klinischen Bereich erreicht werden. Damit konnten auch die Arbeitssituation und die Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte verbessert werden. Im Laborbereich war dagegen – nach anfänglich sehr positiven Entwicklungen – eine Situation entstanden, die stark an „alte Tage“ erinnerte. Unterschiedliche Auffassungen von Führung, strukturelle Unzulänglichkeiten sowie Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung von gemeinsamen Aufgaben führten zu einer schwierigen Konfliktsituation, die auch die sachbezogene Übereinstimmung der beiden Chefärzte zu strapazieren drohte. Daher wurden für den Laborbereich nochmals angepasste Organisations- und Führungsvarianten entwickelt und eingeführt sowie personelle Veränderungen vorgenommen. Dabei wurden u.a. der zunächst geschaffene Bereich „Hochdurchflusslabor“ wieder aufgelöst sowie der Wechsel einer Cheflaborantin von der Dienstleistung in die Forschung vereinbart.

Insgesamt wurde im Rahmen der Evaluation jedoch eine durchaus positive Bilanz gezogen. Dies u.a. darum, weil am KPH-HZL nun verstärkt die Erfahrung gemacht

Table 3: Positive Entwicklungen und problematische Aspekte am KPH-HZL 9 Monate nach der formalen Umsetzung der neuen Bedingungen und Strukturen

Positive Entwicklungen	Problematische Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Ordnung und Effizienz 	<ul style="list-style-type: none"> • Es bestehen immer noch „wunde Punkte“ bzw. Brandherde
<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Kommunikation und besseres Klima 	<ul style="list-style-type: none"> • Abläufe, Zusammenarbeit auf departementaler Bettenstation
<ul style="list-style-type: none"> • Gut organisiertes und geführtes Ambulatorium 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsbedarf in der Kohärenz der Co-Leitung Transfusionsmedizin und Hämostase
<ul style="list-style-type: none"> • Gute Co-Leitungen (z.B. KPH-HZL-Ebene und Morphologie) 	<ul style="list-style-type: none"> • „Richtige“ Offenheit
<ul style="list-style-type: none"> • Bessere Zusammenarbeit der Bereiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu knappe Freiräume für Forschungsaktivitäten der OberärztInnen
<ul style="list-style-type: none"> • Bessere Konfliktbewältigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Lange Entscheidungszeiten, u.a. bedingt durch Einbindung des KPH-HZL in komplexe Spitalstruktur
<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Einheit des KPH-HZL nach außen 	
<ul style="list-style-type: none"> • KPH-HZL ist auf einem guten Weg! 	

wurde, dass Probleme sachorientiert gelöst werden können und dass man sich dabei auch nicht davor scheut, Unzulänglichkeiten auch mit strukturellen und/oder personellen Maßnahmen zu verändern. **Tabelle 3** fasst die positiven und problematischen Aspekte zusammen, die im Rahmen dieser ersten Evaluation durch den Führungskreis zum Ausdruck gebracht wurden.

Aus dieser subjektiven Beurteilung wird deutlich, dass zu diesem Zeitpunkt erhebliche Verbesserungen erkannt, jedoch auch noch eindeutige Entwicklungsbereiche gesehen wurden. Auch bei der Beurteilung der persönlichen Situation überwogen die positiven Erfahrungen. Eine zentrale positive Erfahrung der ersten Monate war die Tatsache, dass die Co-Leitung der beiden Chefärzte erheblich zu einer abgestimmten und konsistenten Führung des KPH-HZL beitrug.

130

3.2 Komplexe Rollenanforderungen an die Kaderärzte

Mit zunehmender Etablierung der neuen Strukturen stellten die hohe zeitliche Belastung, aber auch die Komplexität der Rolle in den Bereichen Führung, Dienstleistung, Forschung und Lehre bei den Kaderärzten eine wiederkehrende Thematik dar. Vor dem Hintergrund der erweiterten Einbindung der Kaderärzte in die System- und Personalführung sowie in die Bereichsführung wurden die Anforderungen eindeutig erhöht sowie u.a. akademische Zielsetzungen bzw. Habilitationsvorhaben in ihrem Fortschritt teilweise erheblich strapaziert.

In diesem Sinne wurde die Situation der Kaderärzte immer wieder thematisiert. Dabei zeigte sich jedesmal deutlich, dass die übertragenen Aufgaben und Rollen einerseits zwar als interessant und qualifizierend erlebt werden, dass jedoch auf der anderen Seite sehr hoher Zeitdruck und Belastungen tägliche Begleiter dieser Funktion und Rolle sind. An den Klausurtagungen 2002 und 2003 wurden daher Prinzipien vereinbart, die eine gewisse Entschärfung dieser Spannungsfelder verfolgten. In diesem Zusammenhang wurden die folgenden Punkte festgehalten:

- Aufgaben in Führung, Dienstleistung, Forschung und Lehre haben den gleichen Stellenwert und Status.
- Management und Dienstleistung (ohne Habilitation) einerseits sowie Forschung und Lehre (mit Habilitation) andererseits stellen zwei grundsätzliche Karrierepfade am KPH-HZL dar.
- Ärztliche Kaderfunktionen und Karriereschritte sind am KPH-HZL nicht zwingend an formal-wissenschaftliche Qualifikationsschritte gekoppelt.
- Kaderärzte sollen im Bereich der Hämatologie eine fachmedizinische Fokussierung und zugleich möglichst hohe Polyvalenz erreichen.

- Kaderärzte sollen trotz Einbindung in die Führung und Dienstleistung forschungsbezogene „Ours“ beziehen können.

Diese Prinzipien haben sicherlich nicht zur völligen Auflösung der skizzierten Herausforderungen geführt – die Führungsarbeit am KPH-HZL blieb und ist anstrengend. Diese Prinzipien haben jedoch dazu beigetragen, dass Habilitationsvorhaben von Kaderärzten trotz paralleler Führungsarbeit erfolgreich abgeschlossen werden konnten sowie im Einzelfall auch alternative Karrierewege im Bereich Führung und Dienstleistung ohne Habilitation beschriftet wurden.

131

3.3 Strukturelle und kulturelle Dilemmata als kontinuierliche Herausforderung
Das veränderte Organisations- und Führungsmodell des KPH-HZL war mit der Prämisse teilautonomer Bereiche und einer Dezentralisierung der Verantwortung eingeführt worden. Dies erfolgte im Kontext von matrixorientierten Aufgaben wie der Patientenbetreuung im Ambulatorium und der Bettenstation sowie der medizinischen Betreuung des Laborbereichs. Zudem standen den KPH-HZL-bezogenen Aufgaben in der Dienstleistung – wie in Abschnitt 3.2 skizziert – auch Forschungsaktivitäten mit stark individuumsbezogenen Perspektiven und Interessen gegenüber.

Nachdem in den vergangenen Jahren dem zuletzt genannten Aspekt immer wieder Rechnung getragen worden war, wurde in der Klausurtagung 2005 das Spannungsfeld von Gesamt-KPH-HZL versus Bereich sehr explizit. Nach einem personellen Wechsel in der obersten Leitung des KPH-HZL im Jahre 2004 (vgl. Abschnitt 3.4) und der Übernahme des Bereichs Management durch die Leiterin Klinik wurden die übergeordneten Ziele und Interessen des KPH-HZL wieder stärker in den Vordergrund gerückt und damit kontrovers diskutiert. **Abbildung 5** zeigt in symptomatischer Form die sehr unterschiedlichen Perspektiven der KPH-HZL-Leitung und der Bereichs-Leitungen auf der Klausurtagung 2005 bzgl. verschiedener Dimensionen der Ausrichtung und Orientierung am KPH-HZL.

Dieses nicht untypische Phänomen war sicherlich ein Ergebnis des vielschichtigen Leistungsauftrages des KPH-HZL – und damit systemimmanent –, jedoch auch Ergebnis des dezentral ausgerichteten Organisations- und Führungsmodells (vgl. Heimerl-Wagner & Köck 1996).

Dieser Herausforderung wurde einerseits mittels struktureller Maßnahmen begegnet, indem z.B. die Organisation des Klinischen Bereichs und der Dienstpläne der Ärzte bereichsübergreifender und verbindlicher gestaltet wurde – mit individuell unterschiedlicher Zufriedenheit. Ergänzend wurden an der Klausurtagung 2005 je-

Dimensionen	←		↔		→	Dimensionen
Patientenorientierung	●	●	●●	●		Mitarbeiterorientierung
Systeminteressen	●	●	●	●	●	Individuelle Interessen
KPH-HZL-Perspektive	●	●●●		●		Bereichs-Perspektiven
Standardisierung	●	●●●	●			Adhoc-Flexibilität
Zusammenarbeit			●●●	●●		Konkurrenz

Abbildung 5: Beurteilung verschiedener Dimensionen am KPH-HZL durch die KPH-HZL-Leitung (◐) und die Bereichs-Leitungen (●) an der Klausurtagung 2005

132

doch auch weiterführende Erwartungen formuliert. In diesem Sinne wurde von der KPH-HZL-Leitung die Erfordernis zum Ausdruck gebracht, den Klinischen Bereich vermehrt als gemeinsamen und substantiellen Bereich des KPH-HZL zu akzeptieren. Die Bereichs-Leitungen brachten demgegenüber die Erwartung bzw. den Wunsch zum Ausdruck, dass die oberste Leitung mehr Vertrauensvorschuss und Differenzierung in ihrer Perspektive auf die Bereichs-Leitungen aufbringen sollte.

3.4 Neues Führungsmodell als Mix aus Zentralisierung und Dezentralisierung

In Kapitel 3.3 wurde bereits besprochen, dass im Laufe des Jahres 2003 die Zusammensetzung der obersten Leitung eine Änderung erfahren hatte. Der Co-Leiter Management war für die Leitung Medizin in die Spitalleitung berufen worden. Insofern stellte sich für die Leitung des KPH-HZL die Frage, wieder das alte, klassische Führungsmodell zu reaktivieren oder das Modell geteilter Führung fortzusetzen. Der Direktor/Chefarzt des KPH-HZL entschied sich schließlich dafür, das letztlich bewährte Modell geteilter Führung fortzusetzen und im Sinne der in Kapitel 3.2 ausgeführten Karriereperspektive „Führung und Dienstleistung“ die Leitende Ärztin des Klinischen Bereichs für die Leitung Management einzusetzen. Dieser Schritt wurde über die Spitalleitung formalisiert bzw. die neue Leiterin Management zur Stv. Chefärztin befördert. Dieses Modell stellte zum alten Modell der Co-Leitung eine formale Änderung dar, da das Co-Leitungsmodell eine Berufung zum Ordinarius mit entsprechender formaler Voraussetzung (u.a. Habilitation) erfordert hätte. Aufgaben- und rollenbezogen wurde jedoch das Modell der Co-Leitung in weitgehend gleicher Form fortgesetzt.

Mit dieser personellen Änderung waren dennoch verschiedene Konsequenzen in der Führungsarbeit und letztlich auch in der Legitimation der Führungsarbeit ver-

bunden. In diesem Zusammenhang kristallisierten sich mit der Zeit die folgenden Aspekte heraus:

- Mit der neuen Leiterin Management wurde mehr Augenmerk auf operative Führungsprozesse und Entscheidungskonsequenz gelegt.
- Mit der neuen Leiterin Management wurde KPH-HZL-bezogenen Zielen und Perspektiven ein höherer Stellenwert eingeräumt.
- Mit der neuen Leiterin Management entstanden Unterstellungsverhältnisse, die akademisch eingeschränkt legitimiert waren – habilitierte MedizinerInnen waren einer nicht-habilitierten Medizinerin unterstellt.
- Die oberste Leitung setzte sich neu aus dem tendenziell „väterlichen und großzügigen“ Direktor/Chefarzt mit Positionsmacht und der tendenziell „hartnäckigen und konsequenten“ Stellvertreterin mit eingeschränkter Positionsmacht zusammen – eine zunehmend anspruchsvolle Konstellation.

133

Mit dieser neuen Führungskonstellation wurden in den Jahren 2003–2007 daher unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Zum einen konnten wesentliche Entwicklungen des KPH-HZL konsequent vorangetrieben werden. Zum anderen entstanden jedoch auch immer wieder schwierige Führungssituationen in der Leitung wie auch im gesamten Führungskreis mit einer teilweise zunehmenden Distanz zwischen erster und zweiter Führungsebene. Die Reflexion und Weiterentwicklung der Führungsphilosophie und -situation waren daher immer wieder Gegenstand an den besprochenen Klausurtagungen.

Da die im Jahre 2005 geführte Auseinandersetzung zum Stellenwert des KPH-HZL als Ganzes und der Bereiche keine wesentliche Änderung der Perspektiven mit sich gebracht hatte, verfolgte die Leitung KPH-HZL im Jahre 2006 eine Anpassung der Kompetenzordnung in der Form, dass u.a. die Rolle der Leiterin Management gestärkt und gewisse Führungsprozesse und Einflussmöglichkeiten auf die Bereiche zentralisiert werden sollten. Dieser Prozess führte zum offenen Widerstand der Bereichsleitungen und schließlich dazu, dass das modifizierte Führungskonzept von der Leitung KPH-HZL zurückgezogen wurde. Im Anschluss an diesen schwierigen und sehr konfliktreichen Prozess lancierte die Leitung eine Aussprache und ein offenes Feedbackgespräch mit den Bereichsleitungen. Dabei wurden u.a. verschiedene Kritikpunkte an den beiden Leitungspersonen und deren aktuellem Führungsstil thematisiert.

Die Ergebnisse dieser Gespräche, die grundsätzlich anspruchsvolle Führungskonstellation wie auch die damit verbundenen Belastungen bewogen die Leiterin Management schließlich dazu, sich nach 4 Jahren engagierter und anspruchsvoller

Führungsarbeit aus der Leitung des KPH-HZL zurückzuziehen und sich wieder verstärkt auf den Klinischen Bereich zu konzentrieren.

Insofern stellte sich für das KPH-HZL wiederum die Frage nach einem adäquaten Führungsmodell. Vor dem Hintergrund der schwierigen Erfahrungen aus dem Jahre 2006 wurde diese Frage wiederum an zwei Klausurtagungen mit dem gesamten Führungskreis lösungsorientiert besprochen. Bei dieser offenen und „sehr verständlichen“ Diskussion wurden im Rahmen der ersten Klausurtagung die folgenden 3 Varianten mit ihren potentiellen Vor- und Nachteilen diskutiert:

- 134 Modell 1: Erhalt der bestehenden Führungsstruktur mit einer Neubesetzung der Leitung Management
- Modell 2: Auflösung der geteilten Leitung, Schaffung der klassischen Chefarztfunktion mit führungsbezogenen Ressortverantwortlichen
- Modell 3: Auflösung der geteilten Leitung, Schaffung der klassischen Chefarztfunktion, Etablierung einer Führungsassistentz

Die Mehrheit des Führungskreises inkl. des Chefarztes sprach sich zu diesem Zeitpunkt für Modell 3 aus. Es wurden jedoch auch klare Voten für Modell 1 zum Ausdruck gebracht.

Schließlich entschied sich der Chefarzt nach weiterführenden Überlegungen und Gesprächen im Führungskreis für die Umsetzung eines Modells, das eine Kombination der Modelle 2 und 3 beinhalten sollte (vgl. **Abbildung 6**). Modell 1 wurde u.a. darum verworfen, da potentielle KandidatInnen des KPH-HZL für die Leitung des Bereichs Management bei einer Wahrnehmung der Funktion u.a. ihre aussichtsreichen Forschungskarrieren hätten zurückstellen müssen.

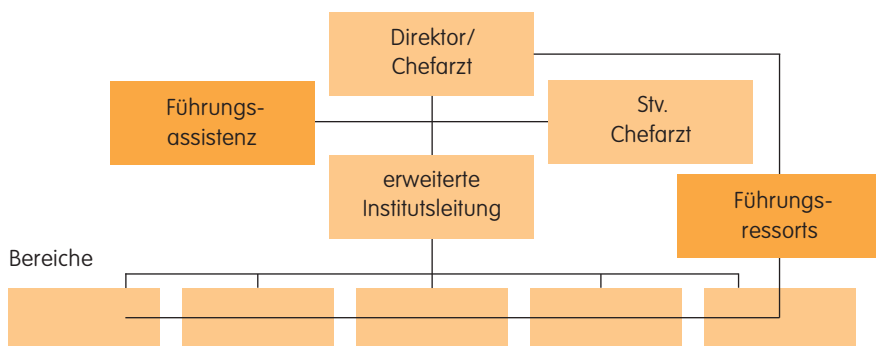


Abbildung 6: Das angepasste Führungsmodell des KPH-HZL

Dieses Modell wurde im Rahmen der zweiten Klausurtagung mit dem Führungskreis spezifiziert. Dabei wurden die alten und neuen Führungsebenen und -einheiten bzgl. Aufgaben, Rollen und Erwartungen reflektiert und neu konkretisiert. Zudem wurden in einem ersten Schritt die Ressorts Forschung, Weiterbildung, Qualitätsmanagement, Außenwirkung und Zusammenarbeit mit einem externen Kooperationspartner definiert und die personelle Verantwortlichkeit für diese Ressorts mit VertreterInnen aus dem Führungskreis festgelegt.

In einer ersten Evaluation des Modells kam die Zuversicht zum Ausdruck, dass mit diesem weiterführenden Ansatz aus traditionellen Führungsrollen sowie matrixorientierten Ressortstrukturen die Führungsarbeit am KPH-HZL weiterführend verbessert und ein guter Mix aus zentraler Lenkung und Steuerung sowie bereichsbezogener Autonomie erreicht werden kann. Als wesentliche Voraussetzung wurde u.a. die Delegation von Aufgaben und Kompetenzen des Chefarztes auf die Ressortverantwortlichen genannt.

Eine systematische Evaluation der Erfahrungen mit dem neuen Führungsmodell ist für die nächste Klausurtagung des KPH-HZL geplant.

135

4 Fazit und kritische Würdigung

Die beschriebenen Entwicklungen und Veränderungen des KPH-HZL können grundsätzlich in zwei Phasen unterteilt werden. Im Rahmen der als Projekt definierten Organisationsentwicklung wurden grundsätzliche Strategie-, Struktur- und Kulturfragen geklärt und neue Lösungsansätze umgesetzt. Dabei konnte das System KPH-HZL auf eine neue Basis gestellt, stabilisiert und professionalisiert werden. In diesem Zusammenhang kann durchaus von einem Paradigmenwechsel gesprochen werden, da bei diesem Prozess – letztlich auch für den Spitalbereich – neue Organisations- und Führungsphilosophien etabliert und umgesetzt wurden.

Dabei waren u.a. die folgenden Aspekte wichtige Erfolgsfaktoren:

- Eine zielgerichtete und systematische Analyse der Ausgangslage und eine darauf ausgerichtete, konsequente Positionierung des Vorhabens.
- Eine weitgehend enttabuisierte Diskussion der zukünftigen Rollenteilung und Zusammenarbeit auf oberster Führungsebene.
- Glaubwürdiges und konsequentes Verhalten der obersten Leitung.
- Vertrauensvorschuss in eine dezentralisierte und transparente Organisations- und Führungsstruktur.

Die 2. Phase war dagegen vor allem von der Frage geprägt, wie moderne Organisations- und Führungsformen im Spitalbereich vor dem Hintergrund eines komplexen Tagesgeschäfts, einer anspruchsvollen Rollenvielfalt im Führungsbereich, struktureller und kultureller Dilemmata sowie personeller Gegebenheiten und Dynamiken erhalten und kontinuierlich weiterentwickelt werden können. Die genannten Rahmenbedingungen machen offensichtlich, dass solche Prozesse nicht idealtypisch ablaufen können bzw. auch Fehler und Unzulänglichkeiten Bestandteil solcher Entwicklungen sind. Dem KPH-HZL und dem Führungskreis ist dabei jedoch nach 10 Jahren gemeinsamer Entwicklungsarbeit zu attestieren, dass diesbezügliche Herausforderungen immer wieder offen und kontrovers aufgegriffen wurden und über weiterführende Lösungsansätze situationsangemessene Entwicklungen stattgefunden haben.

Die Tatsache, dass das KPH-HZL innerhalb des Inselspitals eine Institution repräsentiert, die ihren Leistungsauftrag in Dienstleistung, Forschung und Lehre in sehr ausgewogener Form und dabei mit einer national und international sehr positiven Reputation erfüllt, sind dabei sicherlich wesentliche Ergebnisindikatoren für die Qualität der Systemgestaltung und die Prozessfähigkeiten am KPH-HZL.

Literatur

- Etienne, M. (2000): Total Quality Management im Spital erfolgreich gestalten. Bern: Haupt.
- Glasl, F. & Lievegoed, B. (2004). Dynamische Unternehmensentwicklung. Grundlagen für nachhaltiges Change Management. Bern: Haupt.
- Lämmle, B., Strohm, O., Tobler, A. (2003). Organisationsentwicklung in der Hämatologie. In E. Ulich (Hrsg.). Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen (S. 341–360). Schriften zur Arbeitspsychologie 61. Bern: Huber.
- Heimerl-Wagner, P. & Köck, C. (1996). Management in Gesundheitsorganisationen. Wien: Überreuter.
- Sidamgrotzki, E. (1997). Change Management im Krankenhaus. Lengwil: Libelle Verlag.