

„Neue Besen kehren gut!“ – Teil 3

Wie kann sich ein leitender Oberarzt als Interims-Chef auf einen Führungswechsel vorbereiten?

In Übergangsphasen führen oft leitende Oberärzte einer Abteilung teilweise oder ganz die Geschäfte des scheidenden Amtsinhabers. Ist der neue Stelleninhaber eingeführt, müssen sie wieder in die „zweite Reihe“ zurück. Kein ganz leichtes Unterfangen.

Die vorherigen Abschnitte der Artikelserie „Neue Besen kehren gut!“ legten ihre Schwerpunkte auf die Perspektive der Geschäftsführung und des neuen Chefarztes bei einem Führungswechsel. Dieses Mal liegt der Schwerpunkt bei denjenigen Mitarbeitern, die sich durch die Amtsübernahme neu orientieren und einordnen müssen.

Die ersten Bewerber stellen sich vor

Scheidet ein Stelleninhaber aus Altersgründen aus, so rechnen die Mitarbeiter zum angekündigten Termin mit Aktivitäten. Bei anderen Konstellationen werden sie oft überrascht. Nicht selten erfahren sie erst durch Stellenanzeigen von einem bevorstehenden Wechsel. Schnell kursieren Gerüchte von Bewerbern, deren Vorstellungsgesprächen und Auswahlverfahren. Dann werden die ersten Kandidaten in Begleitung der Geschäftsleitung oder anderen Chefarzten durchs Haus geführt. Sie werden neugierig beäugt. Man schüttelt sich vielleicht schon mal distanziert die Hand und ‚scannt‘ den Gegenüber. *Bekannt/unbekannt? Sympathisch/unsympathisch? Distanziert/entgegenkommend? Dick/dünn? Sportlich/untersetzt?* Dann werden Erkundigungen eingezogen. *Aus welchem ‚Stall‘ kommt er oder sie denn? Ach so, dann kommt ja einiges auf uns zu! Die sind dort immer alle so und so!* Schubladen werden mit Freude auf und zu geschoben, Menschen und die Bewertungen über sie hineingepackt, denn jede Form von Veränderung mobilisiert unterschiedliche Emotionen bei Menschen: Unsicherheit, Ängste um Besitzstände und auch Hoffnungen auf positive Entwicklung geben sich ein Stelldichein.

Schwierig wird der bevorstehende Wechsel besonders dann, wenn ein langjähriger Oberarzt kommissarisch die Leitung der Abteilung übernommen hat. Vielleicht hat er sogar durch Krankheit oder Abwesenheit

des Vorgängers bereits zum Teil in dessen Räumlichkeiten gearbeitet. Möglicherweise ist auch für ihn selbst die Position interessant gewesen. Doch die Geschäftsleitung hat sich für eine Stellenbesetzung von extern entschieden.

Gegenseitiges „Abtasten“ bestimmt die Anfangsphase

Zunächst muss allen Beteiligten klar sein, dass sich mit dem Neuanfang eines Chefarztes das gesamte soziale System der Abteilung genau so verändert wie die Konstellation auf einem Schachbrett, wenn die zuvor geschlagene Dame zurück ins Spiel kommt. Alte Rollen, Aufgaben und Kompetenzen sind in Frage gestellt und müssen neu definiert und Verantwortungen neu abgesprochen werden. Leider gibt es dafür in den meisten Häusern kaum Konzepte zum Vorgehen in einem solchen Fall. Je nachdem, wie die neue Führungskraft sich selbst vorbereitet hat, sucht sie den Dialog zu den Mitarbeitern oder sie lässt es dabei bewenden, Wünsche und Anordnungen zu allen Punkten zu verteilen, die aus ihrer Perspektive regelungsbedürftig sind. .

Die erste Phase der Zusammenarbeit stellt immer eine gegenseitige Prüfung dar. Man beobachtet sich im OP, schätzt sich ein, ordnet zu, stellt Hypothesen auf bezüglich der Kompetenzen und Fähigkeiten des Anderen. Meist gehen diese Prozesse unterschwellig in scheinbar harmlosen Gesprächen vonstatten. Sie werden selten als ganz natürlich ablaufende Wechselwirkungen thematisiert. Ein Austausch der ‚Ergebnisse‘ findet in der Regel nicht statt. Das Feld ist offen für Missverständnisse und Vorbehalte. Und so ist für die Oberärzte oft nicht klar, ob der neue Chef wirklich an einem Austausch interessiert ist. Das wäre für sie wichtig, denn sie möchten wissen, wie er die Rolle der bisherigen Säulen der Abteilung sieht. Sind die Oberärzte für ihn interne Berater für Organisation und Abläufe oder reine Ausführungsgehilfen? Nimmt er die Kollegen in ihrer fachlichen Expertise wahr und vertraut ihnen bei ihren Entscheidungen oder möchte er bereits über Kleinigkeiten informiert werden? Ein

Schweigen des neuen Chefs zu diesen Fragen löst Desorientierung aus und das geht immer zu Lasten der Motivation.

Weitere Irritationen ergeben sich, wenn Aussagen des neuen Chefarztes nicht mit seinen Handlungen übereinstimmen zu scheinen. Etwa wenn der bisherige kommissarische Leiter der Abteilung während einer Fortbildungsveranstaltung oder in einem Telefonat von niedergelassenen Kollegen angesprochen wird und erfährt: *„Ihr neuer Chef hat sich bei mir vorgestellt.“* Dabei war abgesprochen, dass die Besuche bei den Kollegen gemeinsam gemacht werden sollten. Ebenso wenig Vertrauenerweckend ist, wenn der neue Chef, entgegen seinen ersten Aussagen, plötzlich einem seiner früheren Oberärzte die Position des Chefvertreters zuweist.

Wie soll sich der Oberarzt als bisheriger kommissarischer Leiter auf diese Situation vorbereiten?

Ergeben sich vom neuen Chefarzt spätestens bei Amtsübernahme keine Signale zu einem Dialog, so sollte der leitende Oberarzt sehr schnell um ein Zwiegespräch bitten. Für dieses Gespräch sind folgende Fragen zur Vorbereitung und Selbstklärung denkbar:

- Wie sehe ich meine eigene Rolle zukünftig in der Abteilung?
- Wo sehe ich meine Schwerpunkte und Aufgabengebiete?
- Wie gestalte ich meine Re-Integration ins Team?
- Welche eigenen Entwicklungsschritte und Perspektiven stehen für mich in der nächsten Zeit an?

Auch seine eigenen Ziele für seinen ehemaligen Verantwortungsbereich sollte der Oberarzt, unabhängig von der Person des neuen Chefs, für sich deutlich haben und darstellen können.

Das Interesse an einer guten Kooperation erfordert in manchen Fällen eine „Führung von unten“. Dabei ist es meist wirkungsvoller, seine Irritation oder Kritik in die Form einer Selbstkundgabe zu kleiden: „Es hat mich verwundert, dass ich die Informationen von Kollegen und nicht von Ihnen direkt bekommen habe“. So ist die Chance größer, dass ein konstruktiver Dialog entsteht. Eine direkte Kritik am Vorgehen des Chefs oder ein Vorwurf dagegen lösen eher Widerstände aus. Der Anlass muss (zu einem konstruktiven Schritt nach vorn) genutzt werden. Der Oberarzt beweist Führungsstärke, wenn er dies in seiner Haltung und Kommunikation zum Ausdruck bringt.

Aus seiner bisherigen Verantwortung für die Gesamtabteilung kann der leitende Oberarzt nach ca. 6-8 Wochen eine Besprechung mit allen Oberärzten vorschlagen, die keine fachlich-medizinischen Inhalte zum Thema hat, sondern eine Reflexion über die bisherige Zusammenarbeit ermöglicht. So ist zeitnah Nachregulation durchführbar. Für einige Themen werden auch andere Mitarbeiter der Abteilung mit einbezogen. Manche Personalabteilungen stellen für solche Gelegenheiten interne oder externe Moderatoren zur Verfügung.

Fazit: Der Oberarzt gestaltet seine Situation aktiv selbst und gewinnt dadurch mehr Kapazitäten für die inhaltliche Arbeit und einen Zugewinn an persönlicher Zufriedenheit.

Artikel bei BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik Themen|Fortbildung|Führung

Dr. Ulrike Schlein

Chirurgin, Beraterin und Coach
Am Bahnhof 1, 34537 Bad Wildungen
E-Mail: info@dr-schlein.de

Jens Hager-van der Laan

Soziologe, Unternehmensberater und Coach
Schillerstraße 15, 10625 Berlin
E-Mail: van-der-laan@t-online.de

Der Hygiene-Tipp

Hygienemängel führen zur Beweislast-Umkehr

Der Bundesgerichtshof hat 2007 und 2008 in zwei Urteilen (Az. VI ZR 158/06 und VI ZR 118/06) die Haftung bei Hygienemängeln verschärft: Diese zählen zu den „voll beherrschbaren Risiken“, d.h. Hygiene ist grundsätzlich regelbar, sowohl durch schriftliche Vorgaben als auch in ihrer Umsetzung. Damit kann es schnell zur Beweislastumkehr kommen, auch schon, wenn sonstige Verstöße gegen Hygienestandards vom Patienten aufgezeigt werden, die noch nicht einmal ursächlich für den geklagten Schaden sein müssen.

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte stellen diese juristischen Anforderungen vor neue und schwierige Fragen:

- Sind im Hygieneplan wirklich alle zu regelnden Fragen und Bereiche geregelt?

Die Erfahrung zeigt, dass in Gerichtsgutachten bereits kleine Auslassungen im Hygieneplan als relevante Mängel eingestuft werden können.

- Wie kann die Umsetzung dieser Regelungen verbessert und nicht zuletzt dokumentiert werden? Bekannt ist, dass nur in 40 % der erforderlichen Situationen tatsächlich eine Händedesinfektion erfolgt und selbst im Rahmen von Kampagnen diese Compliance auf maximal 70 % gesteigert werden kann.
- Die Laissez-faire-Haltung gegenüber Hygiene Fragen hat leider erheblich diese Probleme selbst geschaffen: In jedem Hygieneplan steht, dass Schmuck, Uhren und Ringe nicht getragen werden dürfen. Und dennoch hält sich ein Teil des Perso-

nals nicht daran und viele leitende Personen sehen darüber hinweg. Gerade diese Hygienedefizite kann der Patient leicht erkennen und dokumentieren!

Ärzte sind heute also gut beraten, Hygiene zu einem ständigen Thema am Arbeitsplatz zu machen.

Die Hygiene-Aktion des BDC in Kooperation mit der DGKH finden Sie im Internet unter BDC|Online, www.bdc.de, Rubrik Themen|Berufsalltag|Hygiene

W. Popp, K.-D. Zastrow

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
Bleibtreustraße 12A, 10623 Berlin
E-Mail: info@dgkh.de