

„Neue Besen kehren gut!“ – Teil 2

Die Anfänge sind oft nicht so leicht wie man vermutet. Wie sich eine Klinik und ein neuer Chefarzt auf einen Stellenwechsel vorbereiten kann?

In vielen Krankenhäusern gibt es keine oder nur wenig Kultur für Neuanfänge. Über Höflichkeitsbesuche bei Antritt hinaus sind strukturelle Vorgehensweisen, die die veränderte Dynamik im Gesamtsystem berücksichtigen, zur Zeit meist noch unüblich.

Das Miteinander in Gruppen jeglicher Art, seien es Stationsteams, Abteilungen oder ganze Kliniken unterliegt bestimmten kommunikationspsychologisch definierbaren Gesetzmäßigkeiten. Meist vollzieht sich die Neubildung einer Gruppe in vier typischen Phasen. In der Fachliteratur hat man sich mittlerweile darauf verständigt, die erste Phase als ‚Forming-Phase‘ zu bezeichnen. Sie kompetent zu gestalten, ist für die weitere Zusammenarbeit besonders wichtig. Deshalb sollte man ihr die nötige Aufmerksamkeit widmen.

Anfangsphasen in zeitbegrenzten Gruppen

In Workshops oder Seminaren übernimmt diese Aufgabe meist ein erfahrener Seminarleiter. Er ist verantwortlich für Struktur, Prozess und Leitung. Er achtet darauf, dass die Teilnehmer in einen angemessenen Kontakt miteinander und zum Thema kommen. Er berücksichtigt ihr Sicherheitsbedürfnis in der neuen Situation: Sie möchten wissen, was auf sie zukommt, welcher Rahmen vorhanden ist und wie sich das Miteinander gestaltet. Sie orientieren sich an ihm. Sie suchen ihren Platz und ihre Rolle. Der Leiter kann ihnen dabei helfen, sich zu orientieren. Besonders schwierig ist für viele in dieser Phase der Umgang mit der Selbstkundgabe. In Vorstellungsrunden bewegt vor allem dieses Thema die Herzen: „Was will ich von mir zeigen, was nicht? Was teile ich über mich mit, als Person oder Inhaber einer Position?“ Die meisten Menschen gehen dabei wirkungsorientiert vor. Sie richten sich mehr oder weniger nicht an ihren eigenen Maßstäben aus, sondern sind versucht, sich mit den Augen der Anderen zu beurteilen. Konventionen stehen dabei oft im Vordergrund. Umgekehrt versucht jeder in einer neuen Gruppe, seine Gegenüber einzuschätzen und sortiert dabei zunächst überwiegend nach den

äußerlichen Kriterien und Botschaften, die er wahrnimmt.

In der Formingphase bilden sich auch erste Gruppenstrukturen heraus. Hier entscheidet sich oft, ob das nachfolgende Kommunikationsklima von Vertrauen oder Misstrauen beherrscht ist. Als Leitungsverantwortlicher tut man deshalb gut daran, sich für solch eine Anfangsphase in einer Arbeitsgruppe die nötigen Fähigkeiten anzueignen.

Die „Stunde Null“ in Arbeitsgruppen und Abteilungen

Gründungsphasen in einem Seminar sind eher harmlos. Nach einigen Tagen löst sich die Gruppe wieder auf und die Teilnehmer sehen sich meist nicht wieder. Schmerzhafter hat es der eine oder andere vielleicht in privaten Gruppen-Projekten erlebt, die euphorisch begonnen hatten, dann aber eingebrochen sind, weil in der Anfangsphase versäumt wurde, auf die Bildung von geeigneten Strukturen und Prozessregeln zu achten.

Das Ganze gewinnt an Bedeutung, wenn wir auf Gruppen in der Arbeitswelt blicken. Die Erfahrungen dort sind meist existentieller und andauernder. Veränderungen in der Leitung einer Abteilung oder einem Team wirken sich in unterschiedlichen Aspekten auf alle Beteiligten aus. Selbst Urlaube oder längere Krankheitsperioden von Mitarbeitern können unerwartete Dynamiken hervorbringen und Neuverteilungen von Aufgaben und Verantwortung zur Folge haben. Einige Leser erinnern sich vielleicht an Situationen, in denen der Chef nach längerer Abwesenheit beispielsweise durch eine Fortbildung z.B. wieder ‚den Kapitänssitz‘ übernimmt oder ein Interims-Chef nach Antritt eines neuen wieder in die ‚zweite Reihe‘ zurück tritt. Auf den ersten Blick scheint alles doch ganz einfach, ganz normal, absolut ‚easy‘. Auf den zweiten Blick werden oft Konflikte erkennbar, die sich aus den Veränderungen entwickelt haben und die Beteiligten nachts nicht schlafen lassen...

Was passiert, wenn weder der neue Chefarzt noch die Klinik, in der er seine neue Aufgabe übernimmt, für solche potentiellen Konfliktquellen sensibilisiert sind? Vielleicht

läuft es gut, weil die einzelnen Protagonisten friedlich, sympathisch und persönlich sehr engagiert und offen sind. Das ist aber wohl eher die Ausnahme. Oft entstehen Situationen, die viele Beteiligte als chaotisch erleben - und der Kampf beginnt.

Die chaotische Phase – Grenzen werden abgesteckt

Interessant sind die verdeckten und offenen Kämpfe zwischen Abteilungen, die sich verstärken, wenn beispielsweise ein Chefarztwechsel stattfindet – „und die Karten neu gemischt werden“. Personalressourcen, Dienstgestaltung, Ausstattung, Verantwortungsbereiche und Schnittstellen stehen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Sehr schnell werden die vorhandenen Chefärzte dem Neuankömmlinge deutlich machen, dass bestimmte Gebiete bereits „besetzt“ sind. Besonders eindrucksvoll werden diese Positionierungskämpfe in interdisziplinären Bereichen wie der Intensivstation, im OP und in der Diagnostik ausgetragen. Verhandlungen und kleine Alltagsreibeien sind meist symptomatisch für die Kultur des Miteinanders, die in einem Krankenhaus vorherrscht.

Mangelnde Absprachen zu Schnittstellen generieren die späteren Konflikte

Wer operiert die Milz im Notfall? Der Unfallchirurg, der sich den Eingriff nach seiner Erfahrung zutraut? Oder ruft er in jedem Fall den Visceralchirurgen hinzu? Wie einigen sich der Unfallchirurg und der Belegärztliche Orthopäde um Patienten und Instrumentarien? Wie wird sich der Kontakt zwischen Neurochirurgen und Orthopäden bei Bandscheibenproblematiken gestalten? Wie stellen sich Gynäkologen und Visceralchirurgen ihre Kooperation intraoperativ vor? Nimmt die Gefäßchirurgische Abteilung einen Patienten mit Thrombose auf oder obliegt das in dem jeweiligen Haus schon immer den Internisten?

Diese Schnittstellenbereiche werden in den wenigsten Fällen besprochen, sondern – ganz überraschend und für alle irritierend – passiert es irgendwann im Alltag, meist im Dienst. Später sind alle Beteiligten empört über das Handeln eines Kollegen, weil doch natürlich alles klar ist. Klar ist es aber tatsächlich nur für jeden einzeln. Es ist nicht abgesprochen und folglich treffen in besagten Fällen dann ganz unterschiedliche Vorstellungen aufeinander.

Strukturiertes Vorgehen bei Neuanfängen

Gebraucht werden in solchen Phasen organisatorischer Veränderung Führungsfähigkeiten, die es den beteiligten Protagonisten erlauben, die neue Situation bewusst zu gestalten. Die Fähigkeiten kann der neu ein tretende Chefarzt selber mitbringen oder in dem Krankenhaus, in das er eintritt, gibt es eine Führungskultur, die solche Veränderungen nicht dem Zufall überlässt.

Wie könnte ein professionelles Vorgehen in diesem Falle aussehen?

Es ist immer günstig, zunächst einige Wochen zuzulassen, dass sich die Dinge spontan und ohne Eingriffe gut entwickeln. Danach ist es sinnvoll, eine Bestandsaufnahme zu machen: Was entwickelt sich den Erwartungen entsprechend und wo gibt es Störungen oder Probleme in den Strukturen und Prozessen?

Dabei ist es ratsam, etwa in Form von vielleicht eintägigen Workshops, die betroffenen Personen, Führungskräfte und Reprä-

sentanten der Mitarbeiter, diese Themenstellungen bearbeiten zu lassen.

In den Workshops können dann folgende konkrete Fragen behandelt werden:

- Welche Ziele streben die Beteiligten an? Was soll kurz-, mittel- und langfristig erreicht werden?
- Auf welchen Wegen wollen die Führungskräfte einer Klinik ihre Ziele erreichen? Welche Schwerpunkte wollen sie setzen?
- Wie ist die Klinik oder ein Verantwortungsbereich personell ausgestattet? Wer kann welche Funktion und welche Verantwortung übernehmen?
- Wie wollen sie in der Zusammenarbeit miteinander umgehen?

Dabei geht es um die Fragen von Partnerschaftlichkeit auch zwischen den hierarchischen Ebenen, um wechselseitige Wertschätzung und um die Haltung, in der mit zukünftigen Konflikten umgegangen wird. Also alles Themen, die nachhaltigen Einfluss auf die Motivation der Mitarbeiter und das Arbeitsklima haben.

Wenn ein solcher Workshop dank kompetenter Moderation einen konstruktiven Verlauf nimmt, dann entsteht bereits hier eine Arbeitsatmosphäre, die später Modell sein kann für die Zusammenarbeit im Arbeitsalltag einer Klinik.

Vorbereitungen auf diese und ähnliche Schritte sind durch die Fallbeispiele der Teilnehmer meist auch Thema im Gruppen-Coaching „Souveräne Ärztliche Führung“, das im November 2008 wieder als BDC-Veranstaltung stattfinden wird.

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

MRSA in der Praxis

MRSA-positive Patienten dürften heute in jeder Praxis vertreten sein. Nach der TRBA 250 (Technische Regel des Bundesministeriums: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege), der Gesetzeskraft zukommt, sind im Hygieneplan Regelungen für den Umgang mit MRSA-positiven Patienten zu treffen.

Folgende Mindestüberlegungen sollten einfließen:

Organisieren: MRSA-Patienten möglichst am Ende des Tagesprogramms einbestellen.
Separieren: MRSA-Patienten getrennt von den anderen Patienten warten lassen, möglichst kurze Wartezeit. Eigene Garderoben-Aufbewahrung. MRSA-Patienten immer nur in einem Behandlungszimmer versorgen.
Kontrollieren: Erst nach mehrmaligen Abstrichen (mindestens Nase/Rachen und bisheriger Nachweisort) kann ein Patient als MRSA-negativ erklärt werden. Abstriche erst

drei Tage nach Absetzen aller Antibiotika (oral, systemisch), der Turixin-Nasensalbe und desinfizierender Waschungen.

Personalverhalten: Mindestens Handschuhe und Schutzkittel bei Kontakt. Gegebenenfalls auch Mund-Nasen-Schutz und Kopfhaube (z.B. bei hustendem Patienten).
Desinfizieren: Hände sofort nach Kontakt (auch nach Ausziehen der Handschuhe). Flächen, die der Patient berührt hat (Stuhl, Toilette, Empfangstheke, Türklinke...) ebenfalls zeitnah desinfizieren. Ebenso alle eingesetzten Medizinprodukte (Stethoskop, Blutdruckmessgerät...).

Hygieneplan: Alles im Hygieneplan fest-schreiben.

Achtung: Auch bei Hausbesuchen und Besuchen im Alten- und Pflegeheim: Manche Patienten sind über Jahre MRSA-Träger, ebenso ihre Familien. In manchen Pflegeheimen sind bis zu 20 % der Bewohner MRSA-Träger!

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

Prof. Walter Popp

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