



tsO

texte zur systemischen
organisationsforschung

Discussion Paper

No.01

Das Mitarbeitergespräch als Führungsinstrument im Krankenhaus

In: Zeitschrift für Organisationsentwicklung, Nr. 4/99 .

Ralph Grossmann und Georg Zepke (1999)



ISO

institut für systemische
organisationsforschung

Ralph Grossmann
Georg Zepke

**Das Mitarbeiter-
gespräch als
Führungsinstrument
im Krankenhaus**

Die Krankenhäuser sind durch Veränderungen in den ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zunehmend gefordert, sich als Organisation zu verhalten. Führung, angesiedelt an der Schnittstelle von Fach, Person und Organisation, erhält damit einen zentralen Stellenwert für die Entwicklungsfähigkeit der Krankenhäuser und ihrer Organisationen. Das Mitarbeitergespräch wird als Führungsinstrument vorgestellt, das helfen kann, die Balance zwischen fachlicher Entwicklung, selbständiger Arbeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und Arbeit an der Leistungsfähigkeit der Organisation zu managen. Auf der Basis einer Fallstudie wird ausgeführt, welche Strategien sich für die Implementierung des Mitarbeitergesprächs in der Expertenorganisation Krankenhaus bewährt haben.



RALPH GROSSMANN

ist Univ.Prof. für Gruppendynamik und Organisationsentwicklung, Leiter der Abteilung für Organisationsentwicklung und Systemsteuerung am IFF, Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Organisationsberater, Wien.

IFF Organisationsentwicklung und Systemsteuerung
Siebensterngasse 42/10, A-1070 Wien, Tel.: (01) 523 43 31, Fax: (01) 523 43 31-18
E-mail: Gesundheituo@IFF@univie.ac.at



GEORG ZEPKE

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Bereich Organisationsentwicklung und Systemsteuerung, Organisationsberater und Trainer, Wien.

Führung in der Expertenorganisation Krankenhaus

In der Führung von Krankenhäusern und ihren Subeinheiten, den Kliniken, Instituten, Abteilungen, Labors und Direktionen sind einige zentrale Widersprüche zu bearbeiten.

■ Die Spaltung von Fach-System und Organisation überwinden.

Die Krankenhäuser stellen ein hochentwickeltes Expertensystem in einer sehr oft veralteten Organisationsstruktur dar. Die Dynamik der Organisation wird von der rasanten Entwicklung der Fachdisziplinen bestimmt. Die Organisation als soziales System hinkt hinterher. Die Fachkräfte im Krankenhaus, allen voran die Mediziner, haben traditioneller Weise ein sehr distanziertes Verhältnis zur Organisation. Ihre Identifikation gilt der fachlichen Seite der Arbeit. Sie beziehen sich meist stärker auf das fachspezifische und damit verbunden das professionelle System als auf die Organisation. Die Organisation wird als Rahmenbedingung für die inhaltlich interessante Arbeit gesehen. Verantwortung wird primär fachspezifisch und nicht als institutionelle Verantwortung wahrgenommen. Professionelle Autonomie wird immer noch durch Abgrenzung gegenüber der Organisation und weniger durch Mitgestaltung der Organisation gesichert. Diese Spaltung in Fach- und Professionsystem einerseits und Organisation andererseits und damit von Form und Inhalt wird zunehmend prekär. Es wird auch für die Medizin immer deutlicher, dass die Qualität der Arbeit untrennbar mit der Gestaltung der Organisation verbunden ist. Sie ist z.B. abhängig davon, wie es gelingt, fachliche Standards in berufsübergreifenden Teams zu verankern und die Arbeitsabläufe darauf auszurichten, und wie es gelingt die Wahrnehmungen, Empfindungen und Interessen der Patienten systematisch in die fachliche Arbeit der Professionellen einzubeziehen. Die Organisation hat eine inhaltskonstitutive Bedeutung. Mit der Trennung von Fach und Organisation, von Inhalt und Form geraten wichtige Dimensionen für die Sicherung und Entwicklung von Qualität aus dem Blick. Qualitätsentwicklung ist immer auch Organisationsentwicklung. (Grossmann 1995a, Grossmann, Pellert, Gotwald 1997)

Die Spaltung von Fachentwicklung und Organisation ist zu überwinden.

Und andererseits sind die Krankenhäuser zunehmend gefordert, sich als Organisation zu verhalten und Entscheidungen auf der Ebene der Organisation zu fällen, in den Subeinheiten

ten genauso wie in der Gesamtorganisation. Eine Reihe von Faktoren wirken hier zusammen: Die Verlangsamung des Budgetwachstums; der zunehmende Zwang, die Leistungen effizienter und auch kostengünstiger zu erbringen und die Rationalisierungsmöglichkeiten auszuschöpfen; die Notwendigkeit, die Versorgungsleistungen gezielter einzusetzen und auszuwählen; die wachsende Konkurrenz zwischen den Anbietern; die damit verbundene Notwendigkeit, fachliche Schwerpunkte zu setzen und sich als Organisation mit speziellen Kompetenzen zu profilieren und auf einem «Markt» zu positionieren; die fortschreitende Ausgliederung und Verselbständigung der Gesundheitseinrichtungen aus der staatlichen Verwaltung und ihren Budgets; der Übergang zur Steuerung über Globalbudgets und über Ergebnisverantwortung und Qualität; die Neustrukturierung vieler Einrichtungen in budget- und ergebnisverantwortliche Organisationseinheiten (Institute, Abteilungen); der Aufbau neuer Kooperationen zwischen Organisationen mit komplementären Leistungen oder zwischen mehreren Trägern.

Führung ist eine Dienstleistung im Interesse der Funktionsfähigkeit der Organisation. Führungskräfte im Krankenhaus sind an der Schnittfläche von fachlicher Arbeit und Organisationsgestaltung angesiedelt; die Verknüpfung von Fachsystem und Organisation ist eine ihrer zentralen Aufgaben.

■ Den Widerspruch zwischen Hierarchie und selbständiger, eigenverantwortlicher Tätigkeit bearbeiten.

Die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses ist in hohem Masse von den fachlichen Qualifikationen, der Professionalität und der Motivation seiner Mitarbeiterinnen abhängig. Trotz wachsender Bedeutung von Technologie in der medizinischen Versorgung kann die Leistung der Mitarbeiter

nur sehr begrenzt über Technologie gesteuert und kontrolliert werden. Die Leistungen können längerfristig nur in befriedigender Qualität erbracht werden, wenn die Mitarbeiterinnen in die Lage versetzt werden, ihre Professionalität zu entfalten und ihre Motivation aufrecht zu erhalten. Qualitätsorientierte und engagierte Arbeit kann auch nicht erzwungen

werden. Um sie kontinuierlich zu gewährleisten, muss sie in den fachlichen Qualifikationen, der Arbeitsorientierung, der professionellen Haltung und der Motivation der Mitarbeiterinnen in Form einer Selbstverpflichtung verankert sein (Grossmann 1995b).

Krankenhäuser sind in ihrer Leistungsfähigkeit von Professionalität und Motivation der Mitarbeiterinnen abhängig.

Gleichzeitig beklagen viele Mitarbeiter aller Berufsgruppen, dass sie zwar faktisch hohe Verantwortung in der alltäglichen Arbeit tragen, aber wenig Gelegenheit vorfinden, die eigenen Kompetenzen und Erfahrungen in die Mitgestaltung der Organisation einzubringen. Fachliche Verantwortung und die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Arbeitsorganisation klaffen auseinander. Der Bedarf an und der Wunsch nach selbständiger und eigenverantwortlicher Arbeit stehen im Widerspruch zu einer traditionell hierarchischen Führungskultur, aber ebenso oft ist er in einem Mangel an Führung begründet: Mitarbeitern fehlen klare fachliche Orientierungen und Ziele, die fachliche Ausrichtung der Organisationseinheit ist widersprüchlich, Rollen- und Zuständigkeiten bleiben vage definiert, Arbeitsprozesse werden ungenügend durch Regelungen und Standards gesichert. Hohe Leistungserwartungen und Verantwortung einerseits und unklare oder widersprüchliche Erwartungen andererseits ergeben eine besonders belastende Arbeitssituation. Aber dieser Mangel an Führung ist nicht nur belastend, er sichert auch Freiräume und schützt vor allzu viel Verbindlichkeit im Verhältnis zur Organisation.

Die Krankenhäuser brauchen – so wie andere Expertenbetriebe, z.B. Universitäten, Schulen, Kultur- und Sozialeinrichtungen – weniger Hierarchie aber mehr Führung. Und sie brauchen ein Steuerungskonzept, das zu ihren Aufgaben passt (Wimmer 1996, Grossmann, Heller 1997).

■ Der Fragmentierung der Organisation durch die Berufsgruppen entgegenwirken

Die Organisationsdynamik des Krankenhauses ist weiters von der Trennung der Berufsgruppen mit ihren parallelen Hierarchien bestimmt. Diese stark ausgeprägte doppelte Segmentierung, hierarchisch und professionell, macht eine kohärente Entwicklung der einzelnen Organisationseinheiten und der Gesamtorganisation zu einer anspruchsvollen Managementaufgabe. Der Arbeit an Steuerungsformen wie interdisziplinären Führungsteams, oder die Optimierung von Professions- und Abteilungsgrenzen überschreitenden Leistungsprozessen ist dabei eine vorrangige Entwicklungsaufgabe.

■ Die Autonomie der Subeinheiten stärken und die Kohärenz der Gesamtorganisation sicherstellen.

Die Leistungsfähigkeit und der Erfolg des Krankenhauses ist stark von der Reputation und der Qualität der Fachabteilungen abhängig. Während grosse Industriebetriebe ihre

Der Expertenbetrieb Krankenhaus braucht weniger Hierarchie aber mehr Führung.

Kasten 1

Das Instrument Mitarbeitergespräch (MAG)

■ Was ist das MAG?

Das MAG ist eine periodisch stattfindende Gelegenheit für den Mitarbeiter und seinen direkten Vorgesetzten einmal pro Jahr gemeinsam aus dem Alltag herauszutreten, und in Form eines Beratungs- und Fördergesprächs über die Qualität der Aufgabenerledigung und der Zusammenarbeit nachzudenken und Kriterien der Einschätzung zu besprechen und festzulegen.

Das MAG ist ein Führungsinstrument in der Form eines partnerschaftlich geführten Gesprächs zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiter.

■ Nutzen für die Mitarbeiterinnen

Es bietet den Mitarbeitern Gelegenheit ihre Arbeits- und Berufssituation mit zu gestalten und ihre eigene Weiterentwicklungsperspektiven gemeinsam mit dem Vorgesetzten zu besprechen.

Es dient dazu,

- sich mit den Zielen der eigenen Organisationseinheit auseinanderzusetzen;
- die eigenen Stärken und Schwächen aus der Sicht des Vorgesetzten anzusprechen und mit zu besprechen;
- die eigenen Erfahrungen mit der Führungsarbeit des Vorgesetzten anzusprechen und mit diesem zu erörtern;
- Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung zu erkennen und unter Berücksichtigung besonderer Fähigkeiten und persönlicher Interessen, Fördermassnahmen zu erarbeiten;
- Eigene Vorstellungen, Interessen und Ziele einzubringen und Verbesserungsvorschläge mit Nachdruck zu deponieren;
- dass durch den Gedankenaustausch mit dem Vorgesetzten der Informationsfluss und die Zusammenarbeit gefördert wird;
- aktiv an der Planung zukünftiger Aufgaben mitzuwirken, wodurch Anforderungen besser bewältigt werden können, weil nun Klarheit über die Arbeitsschwerpunkte und damit verbundene Handlungsspielräume herrscht.

■ Nutzen für den Vorgesetzten

Dem Vorgesetzten dient das MAG zur Unterstützung seiner Aufgabe der Personalführung und Entwicklung.

Der Nutzen liegt darin, dass

- das Gespräch Gelegenheit bietet, mit dem Mitarbeiter die von ihm erbrachten Leistungen zu besprechen und das Mass der Zielerreichung zu überprüfen;
- Vorgesetzte durch die Vereinbarung zukünftiger Aufgaben mit den Mitarbeitern, die Ausrichtung des Handelns der Mitarbeiter an den Zielen der eigenen Organisationseinheit sowie der Organisation in ihrer Gesamtheit fördern können;
- die Aufgabenplanung an Stärken, Schwächen und den Entwicklungsmöglichkeiten des Mitarbeiters ausgerichtet werden kann;
- durch das offene Gespräch das Miteinander und das gegenseitige Verständnis bei Schwierigkeiten und Problemen gefördert wird;
- durch die Information des Mitarbeiters und durch die Einbeziehung seines Wissens und seiner Erfahrungen seine Eigenverantwortung bei der Aufgabenerfüllung erhöht wird.
- Vorgesetzte Rückmeldungen über die Führungsarbeit und Hinweise auf die Motivation ihrer Mitarbeiter erhalten.

Das MAG veranlasst beide, Mitarbeiter und Führungskräfte, Vereinbarungen zu treffen mit dem Ziel, durch ihre Arbeit präziser die Gesamtaufgaben der Abteilung und der Organisation wahrzunehmen.

Das MAG wird in einer Führungskaskade top down eingeführt und verankert, in dem es von allen Führungskräften mit denjenigen Mitarbeitern geführt wird, für die sie die unmittelbare – nicht delegierte oder delegierbare – Personalführungverantwortung tragen.

■ Die zentralen Inhalte des MAG

Folgende inhaltliche Gliederung hat sich als produktiv herausgestellt:

- Rückschau auf Aufgabe und Ergebnisse der letzten Periode
- Eignungsschwerpunkte der Mitarbeiter und Entwicklungsbedarf
- Leitung und Zusammenarbeit
- Ziele und Aufgaben in der nächsten Periode
- Entwicklungsmassnahmen und Mitarbeiterförderung.

Zit. nach dem OSB-Modell, Grossmann, Wimmer 1993, Nagel, Oswald, Wimmer 1999b)

Produktpalette und Marktbeziehungen mit grossem Aufwand in ertragsverantwortliche Geschäftsfelder zergliedern, hat das Krankenhaus als Gesamtorganisation schon immer aus mehr oder minder lose gekoppelten medizinischen Abteilungen bestanden, zusammengehalten von der Verwaltung und von unvermeidlichen Kooperationen in der Patientenversorgung. Der Erfolg eines Krankenhauses in der Zukunft wird sehr davon abhängen, wie es gelingt, den passenden fachlichen Zuschnitt für die relativ selbständigen medizinischen Abteilungen zu finden, diesen Subeinheiten die bestmöglichen Rahmenbedingungen für ihre autonome und ergebnisverantwortliche Arbeit zu schaffen und gleichzeitig die Rückbeziehung der Abteilungen auf die Interessen der Gesamtorganisation sicherzustellen. Das erfordert eine vertikale und horizontale Verknüpfung, die vor allem von den Führungskräften geleistet werden muss. Der Verständigung der Führungskräfte auf der gleichen Ebene und vor allem auch zwischen den Führungsebenen in fachlich-strategischen, organisatorischen und ökonomischen Fragen kommt umso mehr Bedeutung zu, je mehr das Krankenhaus vom politischen und gesellschaftlichen Umfeld als Organisation gefordert wird. Der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen über die Grenzen von Hierarchien und Subeinheiten hinweg ist ein unverzichtbares Medium zur fachlichen und sozialen Integration der Gesamtorganisation.

■ Entwicklung geeigneter Steuerungsformen

Die Beeinflussung von autonomen Organisationseinheiten und selbständig arbeitenden Expertinnen durch hierarchische Anweisungen oder bürokratische Eingriffe stösst rasch an ihre Grenzen. Zwang und Angst können professionelle Arbeit und Qualität in der medizinisch-pflegerischen Versorgung nicht auf Dauer gewährleisten. Die Führung von Expertenbetrieben braucht Steuerungsformen, die auf fachliche Auseinandersetzung und Selbstreflexion unter Professionellen und auf Verpflichtung durch Eigenentscheidung angelegt sind, die hierarchische Anweisung durch Kontrakte ergänzt. Für die Leitung einer Organisation in diesem Steuerungsverständnis stehen eine ganze Reihe von Instrumenten zur Verfügung: die Arbeit an den Zielen der Organisation durch Strategie-Workshops oder Leitbildprozesse, die Organisation der Arbeit im Rahmen von Führungsteams, die regelmässige Auswertung der Arbeit durch Bilanzklausuren, die systematische Beobachtung und Weiterentwicklung der Arbeit durch Qualitätsmanagement, die Steuerung durch gemeinsam erarbeitete und verbindlich gemachte Erfolgsindikatoren, wie z.B. Indikatoren zur Messung des medizinischen Outcomes. Ein solches Steuerungsverständnis bedeutet keineswegs auf Einfluss zu verzichten, aber die Form der Einflussnahme ist sehr unterschiedlich von hierarchischen oder normativ-administrativen Eingrif-

fen. Sie erfordert von den Führungskräften auch einen wesentlich stärkeren und differenzierteren Einsatz ihrer Autorität, in dem sie Ziele vorgeben, Kommunikationsstrukturen einrichten und Kommunikationsprozesse strukturieren, die Qualität der Arbeit kommentieren, Impulse zur Veränderung der Arbeitsorganisation setzen, Konflikte managen.

Das Mitarbeitergespräch ist ein Führungsinstrument, das von diesem Steuerungsverständnis geprägt ist. Wir gehen davon aus, dass es zur Entwicklung der Führungsarbeit in Expertenorganisationen besonders geeignet ist, und damit eine Antwort auf einige der Widersprüche darstellen kann, die in der Führung von Krankenhäusern zu bewältigen sind.

Implementierung des Mitarbeitergesprächs als OE-Prozess in einem öffentlichen Krankenhaus

Anfang 1997 entschloss sich die Kollegiale Führung* (des Kaiser-Franz-Josef-Spitals (KFJ), eines von sechs sogenannten Schwerpunktkrankenhäusern der Gemeinde Wien, ein gross angelegtes Projekt zur Einführung des MAG als Führungsinstrument zu starten und zwar in allen Berufsgruppen, auf allen Hierarchieebenen, von der Spitalsleitung bis zu den Mitarbeiterinnen ohne Leitungsfunktion. In einem Pilotversuch wurden mit dem Instrument und der Organisation der Einführung intensive Erfahrungen gesammelt und ausgewertet. Mitte 99 entschloss sich die Spitalsleitung das Mitarbeitergespräch schrittweise im gesamten Haus zu implementieren. Das KFJ übernahm damit als erstes Haus, in dem das MAG als Instrument der Führung und Personalentwicklung in der gesamten Organisation systematisch verankert werden sollte, eine Vorreiterrolle unter den öffentlichen Krankenhäusern Wiens.

Eckdaten des Schwerpunktkrankenhauses:

12 bettenführende Abteilungen, 5 Institute, 735 Betten und 1850 MitarbeiterInnen, 1998 wurden rund 29'000 Patienten stationär und 65'000 ambulant betreut bei 235'000 Pflgetagen im Jahr und einer Verweildauer von 8 Tagen, das Ausgabenvolumen betrug 1998 ATS 1758 Milliarden.

* *Kollegiales Leitungsorgan eines Krankenhauses bestehend aus dem Ärztlichen Direktor, dem Pflegedirektor, dem Verwaltungsdirektor, dem Technischen Direktor.*

Das Projekt, das hier beschrieben wird, war das erste einer Reihe von Projekten zur Implementierung des MAG, die durch ein Forscher- und Beraterteam des IFF – Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, unterstützt wurde. Dieses Pilotprojekt wurde in Kooperation mit der Beratungsfirma OSB – Gesellschaft für systemische Organisationsberatung, betreut. Der OE-Prozess begann im Dezember 96 und wird hier bis Juli 99 beschrieben. Er lässt sich in vier Phasen darstellen.

- **Aktivitäten im Vorfeld: Information und Bewusstseinsbildung der Führungskräfte.** November bis Dezember 1996
Entscheidung der Kollegialen Führung, das MAG im Haus einzuführen, Durchführung eines beratungsorientierten Trainings als Start-Workshop
- **Pilotversuch 1: Jänner 97 bis Dezember 97**
Projektförmige Einführung des MAG in drei Piloteinheiten.
Medizin und Pflege: Neurologie; Verwaltung: Personalabteilung; Technik: Abteilung Bau- und Haustechnik, Heizung, Lüftung, Klima.
Im ersten Pilotring wurden etwa 60 MAGs geführt.
- **Pilotversuch 2: Jänner 98 bis Juli 99**
Einführung in weiteren Einheiten: für den medizinischen und den Pflegebereich: Radioonkologie, Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohren-Abteilung, 5. Medizinische Abteilung sowie die Schule für Gesundheits- und Krankenpflege; für die Verwaltung: Wirtschaftsabteilung; für die Technik: Medizinisch-technisches Servicezentrum.
In den Piloteinheiten der ersten Phase wurden die Gespräche zum 2. Mal geführt. Insgesamt waren im 2. Pilotring 311 MAGs zu führen.
- **Beendigung des Pilotstatus: Schrittweise Einführung des MAG im gesamten Haus: Herbst 99 bis etwa Sommer 2002**

■ **Intensive Information der Führungskräfte als Voraussetzung des Veränderungsprojekts**

Im Frühjahr 1996 veranstaltete der Wiener Krankenanstaltenverbund, Trägerorganisation für rund 30 Krankenhäuser und Pflegeheime der Gemeinde Wien und Arbeitgeber von mehr als 30'000 Beschäftigten, gemeinsam mit dem IFF-Abteilung Gesundheit und Organisationsentwicklung – ein internationales Symposium «Personalmanagement in Krankenhäusern und Pflegeheimen». Ziel der Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes war es, den Stellenwert von Personalmanagement in der Arbeit der Kranken- und Pflegehäuser zu erhöhen, grundlegendes Verständnis für Personalführung unter den Leitungskräften aller Berufsgruppen zu erzeugen und auch Know-how über konkrete Instrumente

der Personalplanung und der Personalentwicklung vorzustellen. Das Symposium selbst wurde projektförmig von Führungskräften der Krankenhäuser und Pflegeheime bzw. des Trägers gemeinsam mit Beratern des IFF vorbereitet und ausgewertet. Im Zuge der Auswertung des Symposiums wurde ein neues Instrument zur Vorbereitung von Projekten zum Personalmanagement entwickelt – das sogenannte beratungsorientierte Training. Unter diesem Titel wurde ein Informations- und Beratungspaket für die Führungskräfte der einzelnen Krankenhäuser und Pflegeheime angeboten – eine dreitägige Einführung in Personalmanagement, eine Klärung von konkreten Projektinteressen und die Abgrenzung eines Projekts sowie die Startberatung für dieses Vorhaben. Durch den Angebotscharakter wurden Massnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung nicht vom Träger verordnet sondern von Eigeninitiative und Entscheidung der Spitalsleitungen abhängig gemacht. Das Angebot wurde von einer Arbeitsgemeinschaft des IFF mit der Beratungsfirma OSB betreut. Von Anfang 97 bis Ende 98 haben insgesamt sieben Krankenhäuser und Pflegeheime dieses Angebot aufgegriffen.

Das Mitarbeitergespräch braucht entschiedene und qualifizierte Führungskräfte.

■ **Die Spitalsleitung ergreift die Initiative**

Der erste Führungskräfte-Workshop dieser Art wurde von der Kollegialen Leitung des KFJ auf Betreiben des Pflegedirektors beauftragt. Die Leitung nominierte eine Gruppe von Führungskräften in der die vier Berufsgruppen Medizin, Pflege, Verwaltung, Technik sehr gleichmässig und durch erfahrene Führungskräfte repräsentiert waren. Die Auswahl der Teilnehmer wurde schon mit Blick auf die Zusammensetzung einer späteren Projektgruppe getroffen. Die Workshop-Teilnehmer wurden – im Sinne eines Vorprojekts – er sucht, Vorschläge für die Durchführung eines PE-Projekts zum Thema MAG zu machen. Zu diesem Zeitpunkt war die Ärztliche Direktorin noch skeptisch, ob dieses Führungsinstrument für den medizinischen Bereich geeignet ist und dort positive Resonanz finden würde.

■ **Promotorinnen auf zweiter und dritter Führungsebene**

Der Workshop wurde für eine intensive Auseinandersetzung zwischen den Berufsgruppen mit den Themen Führung, Organisation und Personalentwicklung genutzt. Die Seminargruppe sprach sich einhellig für ein Projekt Mitarbeitergespräch aus. Für viele überraschend waren vor allem auch

die beteiligten Ärzte treibende Kräfte hinter dieser Entscheidung. Auf Anregung der Berater entschied sich die Gruppe für ein Pilotprojekt.

Als Ziele und Erfolgskriterien wurden formuliert:

- Das Pilotprojekt wird interprofessionell angelegt; je eine Abteilung aus dem Bereich Medizin, Pflege, Verwaltung und Technik sollen gewonnen werden.
- Das MAG wird jeweils in einer Führungslinie vom zuständigen Direktionsmitglied über den Abteilungsleiter, die dritte und eventuell vierte Führungsebene, bis zu den Mitarbeitern ohne Leitungsfunktion durchgeführt.

Ende 97 soll das Pilotprojekt abgeschlossen und eine Entscheidung über das weitere Vorgehen getroffen sein. Die Kollegiale Führung griff diese Vorschläge auf und beauftragte Anfang 97 intern das Projekt.

■ Der Pilotversuch 1 (1997): Schritte der Projektentwicklung

Eine Projektgruppe, bestehend aus 10 Personen aus allen Berufsgruppen, wurde mit der Organisation des Pilotprojekts beauftragt.

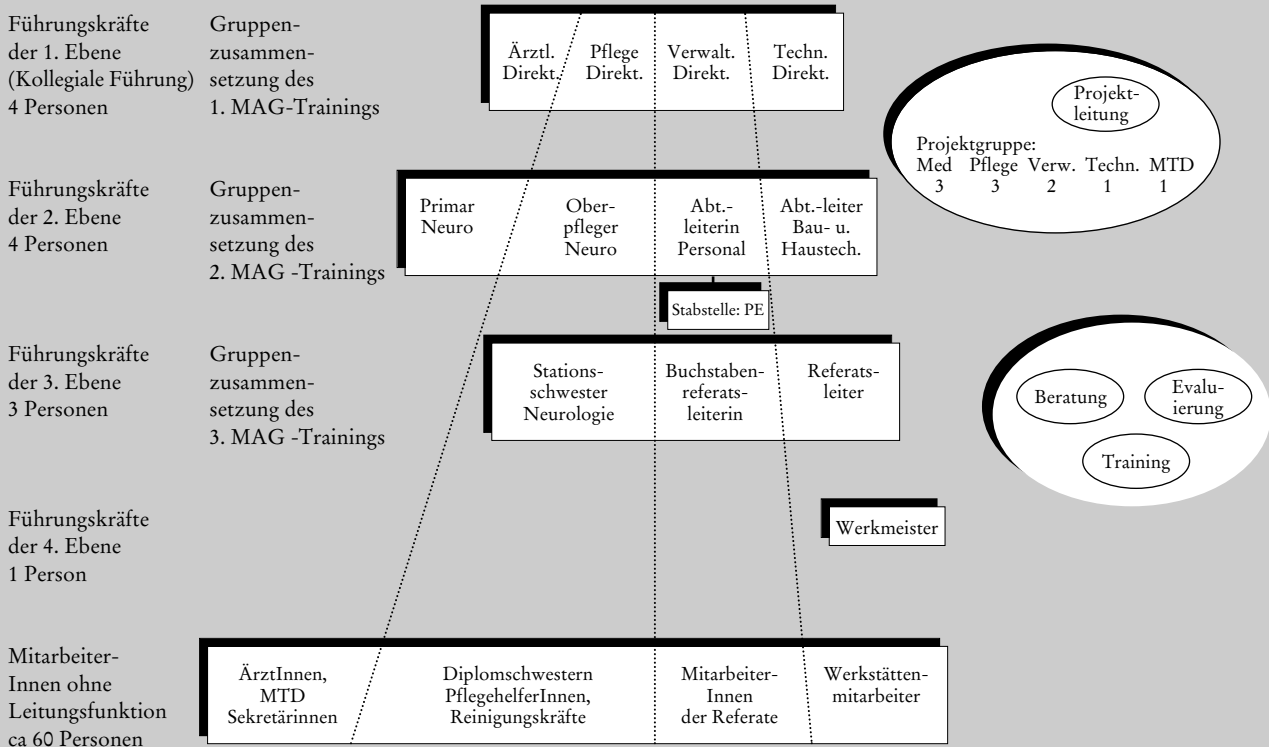
• Entwicklungsarbeit der Projektgruppe:

In drei intensiven Klausurtagen erarbeitete die Projektgruppe mit den Beratern die organisatorischen Rahmenbedingungen der Durchführung der ersten Serie, definierte die Führungsrelationen, in denen die Gespräche geführt werden sollten, erstellte einen Leitfaden für die Gespräche und auch einen Plan für die Öffentlichkeitsarbeit des Projektes. In dieser Phase wurde auch eine Abstimmung mit der Vorsitzenden der Personalvertretung vorgenommen und die Ergebnisse wurden mit der Spitalleitung diskutiert. Das Vorgehen wurde durch eine Entscheidung der Leitung gestützt.

Als besonders heikel und für die Entwicklung der Krankenhausorganisation interessant erwies sich die Festlegung der Führungsrelationen. In vielen Fällen war es nicht leicht zu beantworten, wer die zuständige personalverantwortliche Führungskraft im Sinn der Intentionen des Mitarbeitergesprächs ist. Das offizielle Organigramm des Krankenhauses hilft dabei, wie in anderen Organisationen auch, recht wenig. Bis heute ist nicht wirklich klar, wieviel Führungskräfte mit Personal-Verantwortung im Spital tätig sind. Das MAG erweist sich dabei als ein trennscharfes und hilfreiches Diagnoseinstrument, um solche offenen Fragen sichtbar zu machen. Letztlich sind in dieser Frage Spielregeln zu finden und Entscheidungen zu treffen, die für die alltägliche Ar-

Abbildung 1

Architektur des 1. Pilotrings



beit möglichst funktional sind. Die Projektgruppe entschied sich für eine Regelung, die darauf abzielte, die fachliche und soziale Integration der Abteilungen und Institute als Kerneinheiten der Leistungsprozesse zu fördern. In diesem Sinne wurden von den Leitungskräften der Medizin und der Pflege in den Abteilungen Mitarbeitergespräche auch mit Mitarbeitern wie Sekretariatskräften oder Physio- oder Ergotherapeutinnen geführt, die ansonsten der Dienst- und Fach-

aufsicht anderer Leitungskräfte unterstehen.

Die Einführung des Mitarbeitergesprächs hilft, Führungsstrukturen zu entwickeln.

Im Bereich der technischen Direktion und teilweise im Verwaltungsbereich stellte sich heraus, dass viele Führungsrelationen ungeklärt sind. Die hierarchische Gliederung ist hier mehr als Ergebnis einer historischen Entwicklung als Folge des Gehaltsschemas zu sehen und ist nicht nach dem Kriterium einer funktionalen Führungsarbeit definiert.

• *Qualifizierung der Führungskräfte*

Für die Leitungskräfte der Pilotabteilungen war die Teilnahme am Workshop zur Vorbereitung auf das Mitarbeitergespräch verpflichtend. Das Intensivtraining mit Rollenspielen und Videofeedback wurde in mehreren Durchgängen angeboten, wobei jeweils die Führungskräfte derselben Hierarchieebene aus den verschiedenen Berufsgruppen zusammengefasst wurden. Das ermöglichte zusätzlich die Arbeitsbedingungen und Führungsstrukturen der anderen Berufsfelder näher kennenzulernen. Die Trainings wurden von einem der beiden externen Berater geleitet, der sich entsprechend der Arbeitsteilung im Beraterteam auf diese Aufgabe konzentrieren konnte. Das Verständnis für die Gesprächsführung im MAG ist leichter zu vermitteln, wenn die beteiligten Führungskräfte selber schon ein Gespräch aus der Mitarbeiterperspektive geführt haben. Daher wurden die Schulungen in einem Top-Down-Ansatz zeitlich so angeboten, dass dazwischen genügend Zeit für die Durchführung der Gespräche auf der jeweiligen Ebene bestand.

• *Durchführung und Auswertung*

Für die Durchführung der MAGs von der Spitalsleitung bis zu den Mitarbeitern waren rund sieben Monate Zeit. Wichtig ist, dass die oberen Hierarchieebenen konsequent und zügig ihre Gespräche ansetzen und führen. Erstens wegen der Beispielswirkung und zweitens aus Gründen des Zeitmanagements. Die dritte Führungsebene hat zumeist eine ungleich grössere Zahl an MAGs zu bewältigen und braucht dafür entsprechend Zeit. In einzelnen Fällen des Pilotprojekts wurde durch Verzögerungen auf der ersten und zweiten Führungsebene ziemlich viel Stress nach unten delegiert.

• *Auswertung*

Für die Evaluation wurde im ersten Pilotversuch eine Organisationsform gewählt, die einen diskreten Umgang mit Information und Feedback ermöglichen und die Chance bieten sollte, die Handhabung des Instruments gemeinsam weiterzuentwickeln. Es wurden jene Personen zu Auswertungsrunden zusammengefasst, die auch miteinander die MAGs geführt haben. Sie erhielten damit Gelegenheit, in relativ geschütztem Rahmen auf die Gespräche zurückzublicken, ihre Erfahrungen mit dem Instrument losgelöst vom Inhalt des einzelnen Gespräches gemeinsam zu reflektieren und einander Feedback zu geben. Die Führungskräfte der ersten und zweiten bzw. der zweiten und dritten Ebene wurden dabei in interdisziplinären Gesprächsrunden zusammengefasst. Die Evaluationsrunden boten auch Gelegenheit, Informationsmängel und Missverständnisse bezüglich der Instrumente auszuräumen. Diese Gesprächsrunden wurden von je einem der Berater mit einem Mitglied des Begleitforschungsteams moderiert und dokumentiert. Die Ergebnisse wurden zu Trend-Aussagen zusammengefasst.

Ergebnisse des ersten Pilotprojektes

Von den 71 geplanten Gesprächen wurde 56 durchgeführt (79%) davon wurden 36 (64 %) in die Auswertung einbezogen

Was waren die stärksten Eindrücke in Bezug auf das Mitarbeitergespräch:

Positiv:

- In Ruhe mit dem Vorgesetzten sprechen,
- teilweise erste Gelegenheit zum Gespräch mit dem Vorgesetzten,
- statt Alltagsaufgaben werden längerfristige Perspektiven thematisiert
- Verbesserung der Führungs-/Mitarbeiter-Beziehung
- verdeckte Konflikte werden angesprochen
- persönliches Gespräch
- Führungskraft stärkt ihr Wissen über die Abteilung
- organisatorische Konsequenzen konnten gezogen werden

Negativ:

- hoher zeitlicher Aufwand,
- geringe Gestaltungsmöglichkeiten,
- Fördermassnahmen sind aufgrund der Budgetknappheit teilweise nicht umsetzbar,
- teilweise war die Gesprächsrelation nicht richtig gewählt,
- teilweise kein Unterschied zu anderen Gesprächsstrukturen,
- zahlreiche Befürchtungen vor dem Gespräch

■ Entscheidung für eine Erweiterung des Pilotversuchs

Am Ende des ersten Jahres wurden die Erfahrungen mit der Durchführung und die Evaluationsergebnisse von der Projektgruppe aufgearbeitet und der Spitalsleitung als Auftraggeberin ein Vorschlag für die weitere Vorgangsweise unterbreitet, der auch angenommen wurde. Projektteam und Spitalsleitung entschieden sich zu einem zweiten Pilotdurchgang mit dem Ziel, die Erfahrungsbasis unter den Mitarbei-

tern und Führungskräften zu verbreitern, neue Pileinheiten dazu zu gewinnen und vor allem das Prinzip der Freiwilligkeit aufrecht zu erhalten, ausgehend von der

Verdeckte Konflikte wurden angesprochen.

Überlegung, dass nur persönlich entschiedene Führungskräfte die Gewähr für eine produktive Nutzung des Instruments MAG bieten. Dazu wurde die Form der Ausschreibung gewählt, begleitet von einer Informationsoffensive in allen wichtigen Gremien der Organisation. Interprofessionell zusammengesetzte Teams aus der Projektgruppe informierten in der Besprechung der Chefärzte, in den Leitungsgremien der Pflegekräfte, in den Abteilungsleitersitzungen der Technik und der Verwaltung und in der Qualitätskommission. Die Resonanz war durchwegs interessiert und engagiert. In dieser Ausschreibung, die an alle Führungskräfte des Hauses und ihre Organisationseinheiten gerichtet war, wurde das Instrument noch einmal vorgestellt, die Erfahrungen aus dem Pilotversuch wurden geschildert und die Rahmenbedingungen einer Teilnahme am zweiten Pilotversuch definiert.

Bewerbungen für die Beteiligung am zweiten Durchgang waren an die Projektgruppe zu richten. Die Mitglieder der Projektgruppe standen auch für beratende Gespräche mit den Interessenten zur Verfügung.

Die Projektgruppe war zu diesem Zeitpunkt eher skeptisch, was die zu erwartende Resonanz auf die Ausschreibung betraf. Überraschend für die Skeptiker war das Ergebnis sehr gut. Es meldeten sich sieben neue Organisationseinheiten. In einem ersten Beratungsgespräch wurden die Führungsrelationen definiert und der Zeitplan für das zweite Pilotjahr akkordiert. Mit einem Informations-Workshop zum Instrument MAG wurde der zweite Durchgang eingeleitet. Die Abfolge der Implementierung folgte der Struktur des ersten Jahres.

• Schlüsselrolle der Führungskräfte

Im zweiten Pilotversuch wurde der Einschulung eine ausführliche Informationsveranstaltung über das Instrument

und die Bedingungen eines erfolgreichen Einsatzes für alle beteiligten Führungskräfte vorangestellt. Es galt über den Kern der Projektgruppenmitglieder hinaus ein gemeinsames Verständnis des MAG und Sicherheit im Umgang mit dem Führungsinstrument zu schaffen. Informierte und motivierte Führungskräfte sind ein zentraler Erfolgsfaktor für die Implementierung des MAG. Sie haben auch die Hauptlast der Durchführung zu tragen. Ihre Funktionen zusammengefasst sind:

- informative Auseinandersetzung mit dem Instrument und den Rahmenbedingungen der Anwendung
- Teilnahme an den vorbereitenden Trainings
- Information der Mitarbeiterinnen in Abteilungsbesprechungen
- Einführung in die Unterlagen (Infoblatt, Leitfaden für Gespräche)
- Festlegung der organisatorischen Rahmenbedingungen für die Durchführung in der Abteilung (Zeitraum, Terminplanung, Ort, ...)
- Durchführung der MAGs je nach Führungsspanne,
- Initiative für Auswertung der Gespräche und Nacharbeit in Abteilungsbesprechungen
- Beteiligung bei der Evaluierung

Im zweiten Jahr fanden in Summe 311 Gespräche statt. Es wurden damit 40% der Top-Führungskräfte, $\frac{1}{3}$ aller Organisationseinheiten des KFJ und $\frac{1}{6}$ aller Mitarbeiterinnen durch das MAG erfasst. Für die Evaluierung des Pilotjahres wurde vor allem aufgrund der ungleich grösseren Dimensionen gegenüber dem ersten Jahr eine andere Strategie gewählt. Die Erfahrungen der Mitarbeiter an der Basis wurden mittels Fragebogen erhoben. Die drei Führungsebenen nahmen an einem jeweils halbtägigen Auswertungsworkshop teil, der aber nicht mehr hierarchieübergreifend zusammengesetzt war. In den Workshops wurden neben der Reflexion der eigenen Erfahrungen auch die Ergebnisse der darunter liegenden Ebenen präsentiert und diskutiert.

■ Evaluationsergebnisse des zweiten Pilotjahres

Die Ergebnisse des zweiten Pilotjahres waren sehr uneinheitlich und die Entscheidungssituation für Projektgruppe und kollegiale Führung schwierig. Im medizinischen Bereich war es offensichtlich gelungen, das Instrument gut zu verankern. Die Einschätzungen der Chefärzte, einschliesslich der ärztlichen Direktorin waren sehr positiv, ebenso im Pflegebereich. Allerdings gab es hier zahlreiche Stimmen, die angesichts der grossen Führungsspannen auf der dritten Führungsebene von bis zu 30 Mitarbeitern eine zu grosse Belastung durch die MAG's beklagten, vor allem auch mit dem Hinweis auf die zusätzlich zu führenden Beurteilungs-

gespräche. Die Forderung nach bezahlten Überstunden für den Mehraufwand stand im Raum. Der Medizin und der Pflege aus dem ersten Pilotjahr war es gelungen, die Mitarbeitergespräche im 2. Jahr zu verstetigen. Nicht so in den Bereichen Technik und Verwaltung. Hier waren vor allem in den Abteilungen des ersten Pilotjahres viele Gespräche bis zum Zeitpunkt der Evaluation noch nicht geführt worden. Die Führungskräfte der dritten Führungsebene schätzten ziemlich übereinstimmend das MAG als wenig geeignetes Instrument für die Gestaltung ihrer alltäglichen Arbeitssituation ein. Wir vermuten, dass die Einführung des MAG in diesen Bereichen auf viele ungeklärte Führungssituationen getroffen ist: Vorgesetzte, die keine wirkliche Personalführungskompetenz haben; sehr uneinheitliche Führungsspannen; eine Arbeitskultur und rechtliche Rahmenbedingungen, die eine stärkere Akzentuierung von Führungsrollen und damit des Verhältnisses von Führung und Leistung nicht gerade begünstigen.

Es zeigte sich bei der Evaluierung des 2. Jahres, dass die Zufriedenheit mit dem Instrument (die generell mit etwa 7 recht hoch war; 10 = bester Wert, 1 = schlechtester Wert) leicht zunahm, je höher die Befragten hierarchisch angesiedelt waren. Bei den Mitarbeitern in den verschiedenen Berufsgruppen waren anteilmässig die meisten Befürworter des Instruments unter den Ärzten.

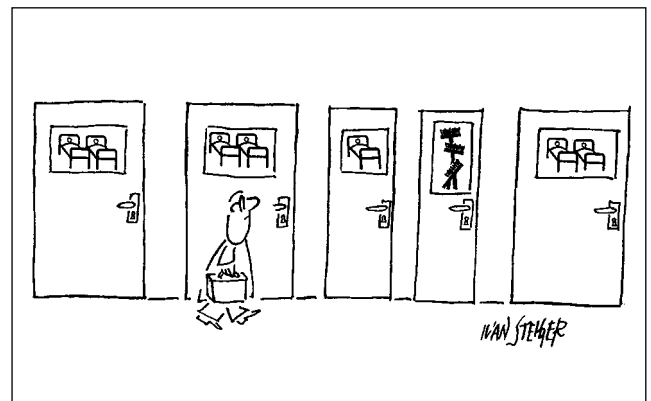
54% der Mitarbeiterinnen gaben an, dass durch das MAG bereits erste Veränderungen in ihren Organisationseinheiten zu bemerken waren

In der Spitalsleitung wurde die Idee ventiliert, das MAG flächendeckend nur für Führungskräfte einzuführen, aber nach Einwenden der Projektgruppe wieder verworfen.

Die Führungskräfte standen stärker hinter dem Instrument als die Mitarbeiterinnen.

Mitte 1999 hat die Spitalsleitung dann die Entscheidung getroffen, trotz oder gerade wegen der widersprüchlichen Ergebnisse, den Pilotversuch zu beenden und aufbauend auf den gemachten Erfahrungen, das MAG flächendeckend einzuführen. Die stark positive Resonanz in den medizinischen Abteilungen unter Ärzten und Pflegekräften gab dafür sicher den Ausschlag. Als Implementierungsstrategie wurde ein schrittweises Vorgehen gewählt, das im Grunde die Praxis des Pilotprojekts fortsetzt. 1999 bis 2002 sollen per Ausschreibung und Werbung jeweils eine grössere Gruppe von Organisationseinheiten eingeladen und die zuständigen Führungskräfte qualifiziert werden. Innerhalb von zwei bis drei Beobachtungszeiträumen sollte

das gesamte Spital erfasst sein. Die offenen Führungsfragen und die Widerstände sollen auf dem Weg dorthin bearbeitet werden. Der Beobachtungszeitraum für das MAG wurde von einem Jahr auf 18 Monate erweitert. Herbst 99 wurde mit einer neuerlichen Information aller Mitarbeiter und einer Ausschreibung die Implementierung gestartet. Die Projektorganisation wurde umgebaut. Die Führungskräfte der Pilotabteilungen auf der zweiten Führungsebene wurden zu einer Gruppe von Promotoren für die Implementierung zusammengefasst. Ein kleineres Kernteam bestehend aus den Projektleiterinnen, einem Chef-Arzt aus dem ersten Pilotjahr, einer medizinisch-technischen Fachkraft und einer weiteren leitenden Pflegekraft auf Stationsebene übernimmt die Koordination der Implementierung. Die Berater wurden beauftragt, diese Gremien zu unterstützen und wiederum die Information und Einschulung der Führungskräfte zu übernehmen. Die Implementierung soll auch weiterhin kontinuierlich evaluiert werden.



Erfahrungen mit dem Implementierungsprozess

- Die Strategie des Pilotversuchs hat sich bewährt. Organisationen lernen an Unterschieden, die beobachtet und aufgegriffen werden. Und sie lernen wesentlich leichter an positiven Abweichungen, die anregen und herausfordern. Ein Führungsinstrument wie das MAG, das so stark von der Motivation und der Sorgfalt der einzelnen Führungskraft abhängig ist, braucht eine persönliche Entscheidung für die Durchführung. Das Instrument wurde auf diese Weise nicht von der Spitalsleitung oder gar dem Träger verordnet, sondern von Kollegen entwickelt, getestet und propagiert. In den Professionen Medizin und Pflege hat diese Orientierung an guten Beispielen Wirkung gezeigt. Im Pilotversuch konnte das Krankenhaus als Organisation auch Erfahrungen mit der Gestaltung der Rahmenbedingungen und dem Nutzen des Instruments sowie dem Aufwand seiner Anwendung sammeln. Die Erfolgsbedingungen einer flächen-

deckenden Einführung konnten auf diese Weise realistischer eingeschätzt werden. Dabei war der Zuschnitt des Pilotversuchs bedeutungsvoll.

- Die interprofessionelle Anlage des Projekts war ein gutes Signal. Es bekräftigte den Willen der Führung zur Entwicklung der Leitungsarbeit in der Gesamtorganisation.

- Die Durchführung in den Führungslinien von der zuständigen Direktion bis zur Basis war aufwendig, aber für die längerfristige Abzeptanz in der Gesamtorganisation günstig.

Pilotversuch: Organisationen lernen an Unterschieden.

Das persönliche Engagement der Spitalsleitung hatte eine starke Signalwirkung. Eine Begrenzung auf die Führungskräfte – was durchaus eine mögliche Variante wäre – würde zwar den Aspekt der Führungsentwicklung

forcieren, aber die Skepsis unter den Basismitarbeitern verstärken. Ausserdem liegt der Reiz auch für die Führungskräfte vor allem darin, ihre Beziehung zu den Mitarbeiterinnen kennenzulernen und zu verbessern. Entscheidend für die Implementierung in den Organisationseinheiten ist eine gründliche Information der zuständigen Leitungskräfte. Sie müssen das MAG nicht nur anwenden, sondern auch den Mitarbeitern erläutern und für die Beteiligung motivieren können. Welche Vorteile eine gründliche persönliche Auseinandersetzung mit dem Instrument bedeutet, konnte am Unterschied zwischen Projektgruppenmitgliedern und anderen beteiligten Führungskräften abgelesen werden.

- Die Projektstruktur hat sich bewährt, wobei die Hauptlast des Projektmanagements und der Umsetzungsarbeit bei den Koordinatorinnen gelegen hat. Die Beratung war sehr schlank kalkuliert. Insgesamt wurden für den zweijährigen Modellversuch 28,5 Honorartage eingesetzt, davon für Einschulung 5,5, für Evaluation 12,5 und nur 7,5 für die Begleitung der Projektgruppe und die Unterstützung der Projektleitung. 4 Tage wurden in den vorbereitenden Führungskräfte-Workshop und die Startberatung investiert. Eine so schlanke externe Beratung war möglich, weil intern viel an Management geleistet wurde. Das interne Management wurde auch durch die knappe Kalkulation der externen Organisationsberatung befördert. In der Entwicklungsphase des ersten Jahres waren die Sitzungen der Projektgruppe und ihre beraterische Unterstützung ausreichend. In dieser Phase wurden viele schwierige Fragen, z.B. die Definition der Führungsrelationen, die Öffentlichkeitsarbeit, Konflikte mit einzelnen Kollegen, gemeinsam reflektiert und bearbeitet. Die Projektgruppe hat dabei Kontinuität und Konsistenz bewiesen, auch befestigt durch die

Beraterkontakte. Im zweiten Jahr waren die Meetings der Projektgruppe mit Unterstützung der Berater zu gering angesetzt. Darunter litt die Steuerung des Implementierungsprozesses. Die grundlegenden Schwierigkeiten der Realisierung des Pilotversuchs in den Bereichen Verwaltung und Technik wurden von der Projektgruppe als interprofessionellem System nicht mehr ausreichend beobachtet und bearbeitet. Die Projektgruppe hätte hier frühzeitig mit Unterstützung der Spitalsleitung gegensteuern können.

Durch die geringe Investition in die Arbeit der Projektgruppe ist auch ihr sozialer Zusammenhalt deutlich schwächer geworden und die berufsgruppenspezifischen Unterschiede sind wieder deutlich hervorgetreten.

- Es ist sehr schwierig in einer so komplexen und fragmentierten Organisation wie einem grossen Spital Öffentlichkeit in der Gesamtorganisation herzustellen. Die Informationsarbeit über die Führungsgremien ergänzt durch die Information in den beteiligten Organisationseinheiten und unterstützt durch die Personalvertretung erwies sich für die Pilotphase als ausreichend. Am Beginn der Implementierung des MAG in der Gesamtorganisation müsste durch eine direkte Information aller Mitarbeiterinnen ein Signal gesetzt und eine gleichmässige Information aller Mitarbeiter sichergestellt werden.

Die Erfahrungen der zwei Pilotjahre haben deutlich gemacht, dass die Verankerung des MAG in der Organisation ein kontinuierliches Controlling und vor allem eine «regelmässige Wartung» auf der Ebene der Gesamtorganisation braucht: Die Spitalsleitung ist zu erinnern, dass der jeweils nächste Durchgang zu starten ist. Dann ist ein Signal, z.B. ein Brief der Spitalsleitung an alle Führungskräfte oder auch alle Mitarbeiter zu setzen. Neu in Funktion gekommene Führungskräfte sind einzuschulen. Die Führungskräfte sind anzuregen, neue Mitarbeiterinnen zu informieren. Die Informationsmaterialien und Gesprächsleitfäden sind bereitzustellen, ein einfaches Controlling der Durchführung sollte die Verbindlichkeit dieser Führungsmassnahme unterstreichen.

Das Mitarbeitergespräch braucht kontinuierliche Wartung.

Diese Aufgaben könnten von einer Personal- oder Organisationsentwicklungsstelle wahrgenommen werden. Das setzt voraus, dass eine Person mit dieser Aufgabe schon in der Einführungsphase entsprechend positioniert wird, um bei den Führungskräften Akzeptanz zu finden. Und auch dann wird es günstig sein, wenn eine interdisziplinär zusammen-

gesetzte Gruppe – eine Art PE-Beirat – diese Funktion auch im Routinebetrieb unterstützt, um den nötigen Rückhalt in den Professionen zu gewährleisten.

Was leistet das MAG im Krankenhaus?

■ **Institutionalisierung von Selbstbeobachtung und Auswertung**

Das Spital ist eine Organisation ohne Auszeit, in der durchschnittlich sehr wenig in die Selbstreflexion und Entwicklung als Organisation investiert wird. Der Kommunikationsaufwand, der in der Krankenhausarbeit getätigt werden muss, ist ganz auf die unmittelbare Bewältigung von fachlicher Abstimmung im Alltagsbetrieb ausgerichtet. Das MAG ist ein Instrument zur institutionellen Selbstbeobachtung und Evaluation. Übereinstimmend wurden in den Auswertungsgesprächen berichtet, dass Fragen der Kooperation, der Beziehungen und der Arbeitsorganisation oder der fachlichen Ausrichtung zur Sprache gekommen sind, für die im Routinebetrieb kein Platz und keine Zeit sind. In diesem Sinne ist das MAG auch als Instrument der Qualitätsentwicklung zu sehen.

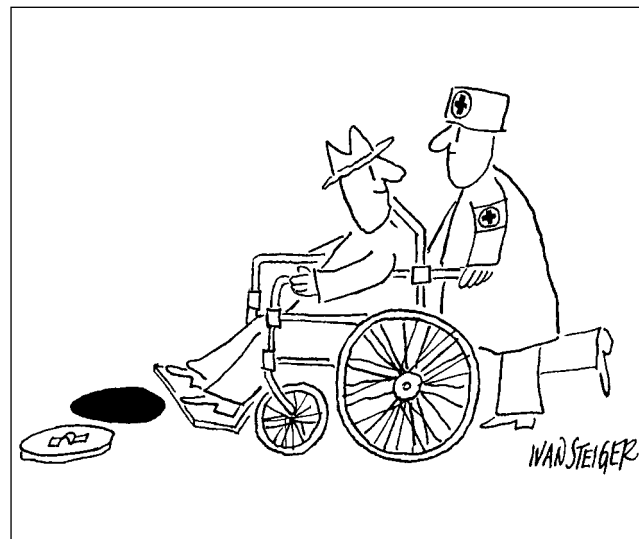
Das MAG ist ein Führungsinstrument, das zur Verknüpfung von Person, Fach und Organisation und damit zur fachlichen und sozialen Integration beitragen kann. Es ist einerseits ein sehr personenbezogenes Instrument. Es erfordert ein persönliches Eingehen auf den Mitarbeiter mit dem Ziel, seine Leistung, die persönlichen Voraussetzungen für die fachliche Arbeit und die organisatorischen Bedingungen der Arbeit zu reflektieren. Andererseits geht es darum, die persönliche Leistung und Leistungsfähigkeit mit dem Aufgabenprofil und den

Zielen der Organisationseinheit in Beziehung zu setzen und entsprechende Qualitätsdefizite, auch Organisations- und Führungsmängel, die die Leistung beeinträchtigen, zu besprechen. Das MAG ermöglicht eine gemeinsame Überprüfung

der Leistung und öffnet Chancen zur Mitgestaltung der Arbeitsorganisation. Die parallelen Einzelgespräche ermöglichen es, sorgfältiger an dieser Abstimmung zu arbeiten als andere Instrumente wie Teambesprechungen. Gleichzeitig erhält die Führungskraft in den geschützten Einzelgesprächen selber auch mehr Rückmeldung als in den öffentliche-

nen Gesprächssituationen. Dem Beitrag des einzelnen, seiner persönlicher Arbeitssituation wird Rechnung getragen.

Das MAG schafft bei erfolgreicher Implementierung Aufmerksamkeit für jede einzelne Mitarbeiterin mit einer die Person und ihre Leistung wertschätzenden Grundhaltung. Gleichzeitig erhöht es die Verbindlichkeit der Beziehung zwischen Organisation und Mitarbeiter und der damit verbundenen Leistungserwartung.



Meistens wird es auch von beiden Seiten als Wertschätzung und soziale Unterstützung erlebt.

■ **Soziale und fachliche Integration der Organisationseinheit**

Das MAG entfaltet bei konsequenter Handhabung trotz und wegen der Einzelgespräche eine stark integrative Wirkung. Es werden alle Beteiligten angehalten, sich von ihrer spezifischen Aufgabe und Position her mit dem Inhalt und dem Kontext der Arbeit zu befassen. Mitarbeiterinnen an der Peripherie der Organisationseinheit werden ebenso angesprochen wie die Mitglieder des Kernteams. Führungskräfte können die unterschiedlichen Sichtweisen der Mitarbeiter, nicht zuletzt bezogen auf ihre Leitungsarbeit, kennenlernen. Allein die Tatsache, dass die MAG's stattfinden, regt eine Ausrichtung am gemeinsamen Arbeitskontext an. Wichtige Punkte aus den Einzelgesprächen, die alle betreffen, können dann in Teambesprechungen weiterverfolgt werden.

Das MAG kann natürlich als solches keinen Beitrag zur notwendigen Kooperation der Berufsgruppen Medizin, Pflege und Medizin-Technik leisten. Es folgt der Realität der organisatorischen Parallelität und Trennung der Berufsgruppen. Trotzdem kann die Einführung und Verankerung des MAG

Das Mitarbeitergespräch ist ein Instrument zur regelmässigen Selbstbeobachtung.

auch für diese Integration genutzt werden. Wenn Ärzte und Pflegekräfte das MAG parallel in einer Abteilung führen, dann wird eine systematische Befassung mit der Organisationseinheit und auch mit Fragen der interprofessionellen Kooperation angeregt. Die Führungskräfte beider Berufsgruppen können sich vor und nach den Gesprächsserien über wichtige Anliegen der Abteilungsentwicklung austauschen. Im KFJ wird in Zukunft eine solche Besprechung der Führungskräfte als fixer Bestandteil des organisatorischen Ablaufs eines MAG vorgesehen sein. Aber die Integration muss primär durch andere Instrumente geleistet werden.

■ Führungsentwicklung

Das MAG fordert die Führungskräfte. Es fokussiert die Aufgabe und Verantwortung der Leitungskräfte in der unmittelbaren Führung der Mitarbeiterinnen, in der Personalentwicklung und der Gestaltung der Organisation. Gleichzeitig werden die Führungskräfte mit der Art und Weise wie sie diese Funktion erfüllen selbst zum Thema. Das MAG ist ein Schritt zur Professionalisierung der Leitungsarbeit im Krankenhaus. Das MAG kann auch helfen, ein angemessenes Leitungsverständnis für die Expertenorganisation Krankenhaus zu entwickeln. Die dialogische Form und das Ziel des MAG, Vereinbarungen zu treffen, stellen in Rechnung, dass professionelle Arbeit und Eigenverantwortung nicht erzwungen werden können. Sie setzen eine eigene Entscheidung und damit Selbstbindung des Geführten voraus. Das MAG schafft auf diese Weise eine gute Basis für das Führen über Zielvereinbarungen im Alltag. Bei der Arbeit von Professionellen und generell von Mitarbeitern mit hoher

Das Mitarbeitergespräch stärkt die vertikalen Beziehungen der Führungskräfte.

Selbständigkeit und Eigenverantwortung kann Führung nicht bedeuten, auf das Ergebnis der Arbeit im Detail Einfluss zu nehmen. Führungskräfte können nur indirekt auf das Ergebnis Einfluss nehmen durch Formulierung von Zielen und die gemeinsame Verständigung auf Erfolgsindikatoren, durch die gemeinsame Definition von Prozessschritten und Regeln durch regelmässige Beobachtung und Reflexion der Arbeit, durch Überprüfung des Outcome unter geeigneten Messungen, durch Optimierung der Leistungsprozesse.

Diese Form der indirekten Steuerung verlangt von Führungskräften – wie ausgeführt – einen differenzierteren Einsatz von Autorität als in einem hierarchischen Anweisungsverhältnis. Das MAG ist dafür ein gutes persönliches Training.

Das MAG ersetzt wie gesagt nicht andere Führungsinstrumente, wie Klausuren, Teambesprechungen und Zielvereinbarungen. Dort wo diese Formen der Führung etabliert sind, wird das MAG eine wirkungsvolle Ergänzung darstellen. Führungskräfte, die Personalführung und Organisationsentwicklung schon bisher als Kernaufgabe angesehen haben, können das MAG gut für die Optimierung ihrer Leitungsfunktion nutzen. Andererseits können aus den MAG's Impulse für die Verbesserung der anderen Instrumente entstehen. Wenn die anderen Führungsinstrumente gar nicht entwickelt sind, das MAG als isoliertes Instrument eingeführt werden soll, wird es schwer sein, über die formale Verpflichtung hinauszukommen. In diesem Fall wird sich anbieten, mit Führungstrainings und ev. der Entwicklung anderer Instrumente wie Leitungs- und Teambesprechungen einzusteigen.

Eine sorgfältige Implementierung des MAG gibt nachhaltige Impulse für die Organisationsentwicklung des Krankenhauses. Wie der Pilotversuch im KFJ gezeigt hat, werden eine Reihe von Organisationsproblemen sichtbar: zu hohe Führungsspannen, fehlende Zwischenvorgesetzte oder umgekehrt, historisch gewachsene Hierarchiestufen, die nicht mehr funktional sind.

Literatur:

Grossmann, R. (1995a): *Die Selbstorganisation der Krankenhäuser. Ein Schlüssel für die Organisationsentwicklung im «Gesundheitswesen»*. In: Grossmann, R. et al. (Hrsg.): *Veränderung in Organisationen, Management und Beratung*. Wiesbaden: Gabler. S. 55–78

Grossmann, R. (1995b): *Das Krankenhaus auf dem Weg zur «lernenden Organisation»*. Zum Verhältnis von Qualifizierung und Organisationsentwicklung. In: *Gruppendynamik 2*. Leske + Budrich, Leverkusen, S. 203–222

Grossmann, R., Heller, A. (1997): *Leiten im Krankenhaus – eine qualitätssichernde Dienstleistung*. In: Grossmann, R. (Hg): *Besser Billiger Mehr. Zur Reform der Expertenorganisationen Krankenhaus, Schule, Universität*. Iff-texte, Bd. 2. Wien/New York: Springer, S. 62–67

Grossmann, R., Pellert, A., Gotwald, V. (1997): *Expertenorganisationen Krankenhaus, Schule, Universität: Charakteristika und Optimierungspotentiale*. In: Grossmann, R. (Hg): *Besser Billiger Mehr. Zur Reform der Expertenorganisationen Krankenhaus, Schule, Universität*. Iff-texte, Bd. 2. Wien/New York: Springer, S. 24–35

Grossmann, R., Prammer, K. (1995): *Reorganisation eines OP-Betriebs. Zur Überarbeitung zentraler Geschäftsprozesse im Krankenhaus*. In: *Organisationsentwicklung 3/1995*, S. 14–26

Grossmann, R., Wimmer, R. (1993): *Informationsmaterial zum Mitarbeitergespräch für die Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich (Interne Broschüre)*, Linz.

Mintzberg, H. (1999): *Profis bedürfen sanfter Führung*. In: *Harvard Business manager 3/1999*. Hamburg, S. 9–16

Oswald, M., Nagel, R., Wimmer, R. (1999a): *Mitarbeitergespräch in der öffentlichen Verwaltung – Eine Erfahrungsbilanz*. In: *Verwaltung Heute. Zeitung für Führungskräfte im öffentlichen Dienst*. Beilage zur Wiener Zeitung, Nr. 25, Wien, S. 27–29

Nagel, R., Oswald, M., Wimmer, R. (1999b): *Das Mitarbeitergespräch als Führungsinstrument*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wimmer, R. (1996): *Die Zukunft von Führung. Brauchen wir noch Vorgesetzte im herkömmlichen Sinn?* In: *Organisationsentwicklung 4/1996*, S. 46–57.