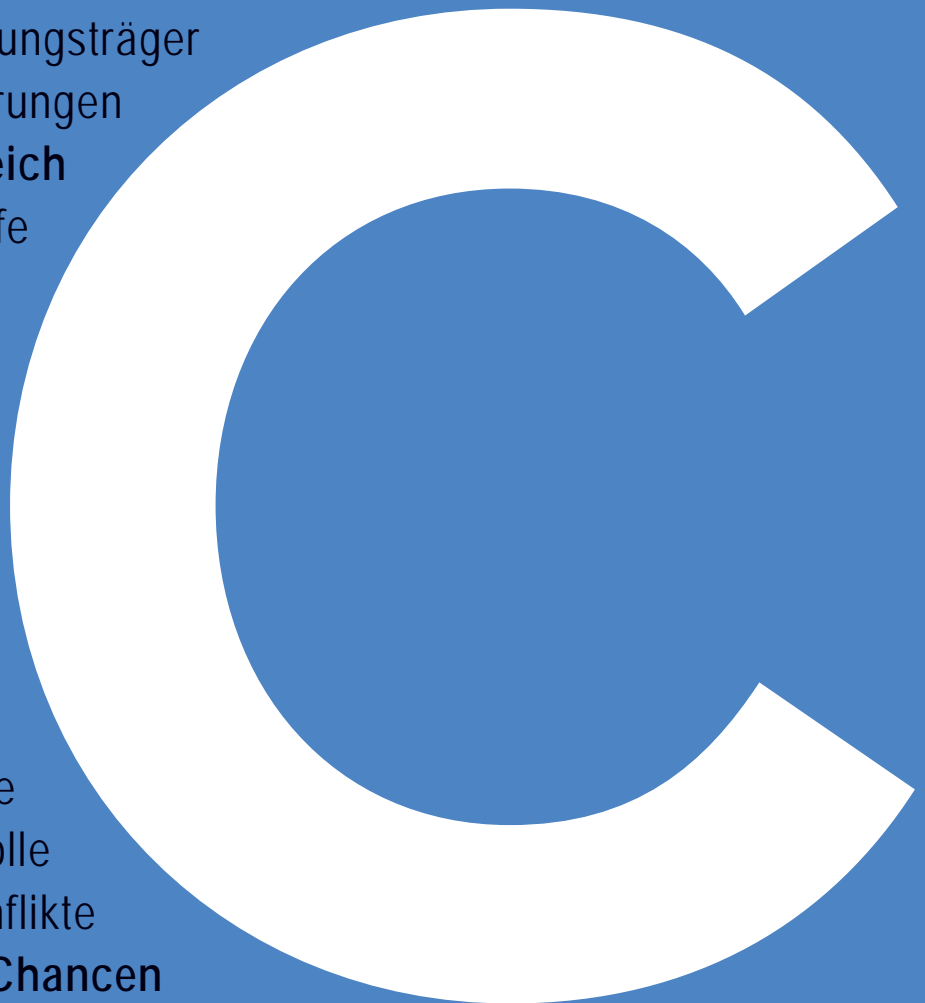


**Zeitschrift für Führung und Personalmanagement
in der Gesundheitswirtschaft**

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

CHANGE MANAGEMENT

Entscheidungsträger
Veränderungen
Interessenausgleich
Machtkämpfe
Revolutionärer Wandel
Ängste
Freiräume
Eigeninteressen
Beteiligung
Feedback
Entschlossenheit
Arbeitspakete
Integrationsstrategie
Erfolgskontrolle
Interessenkonflikte
Chancen



Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Herausgeber Hochschule Neu-Ulm

Prof. Dr. Uta M. Feser

Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Harald Mehlich
Mario A. Pfannstiel

Erweiterter Herausgeberkreis

Prof. Dr. Patrick Da-Cruz
Prof. Dr. Axel Focke
Prof. Dr. Sylvia Schafmeister

Wissenschaftsbeirat

Prof. Dr. Manfred Bornewasser
Prof. Dr. Horst Kunhardt
Prof. Dr. Christoph Rasche
Prof. Alfons Runde
Prof. Dr. Volker Schulte
Andreas J. Reuschl

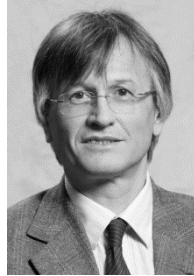
Praxisbeirat

Prof. Dr. Horst-Peter Becker
Prof. Dr. Wolfgang Hellmann
Prof. Dr. Alexander Schachtrupp
Dr. Philipp Schwegel
Michael Born
Heribert Fastenmeier

Autoren

Prof. Heinz Lohmann
Prof. Dr. Birgit Renzl
Prof. Dr. Mirjam Schneider-Pföhler
Prof. Dr. Clifford W. Sell
Dr. Stefan Drauschke
Dr. Hans P. Schlaudt
Dr. Michael Schneider
Gaby Baller
Katharina Daniels
Michael Gabler
Christian A. Mahringer
Patrick Metzger
Mario A. Pfannstiel
Stefan Ruhl
Michael Zirlik

EDITORIAL



Mario A. Pfannstiel Prof. Dr. Harald Mehlich

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen die sechste Ausgabe der Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft vorlegen zu können. Mit der Zeitschrift wollen wir eine Brücke zwischen fundierter Theoriebildung und profunder Anwendungsorientierung in der Gesundheitswirtschaft bauen. Die Zeitschrift ist ganzheitlich ausgerichtet und bezieht sich auf Themenfelder aus Praxis und Wissenschaft. Unser Anliegen ist es, aktuelle Information und Entwicklungen im Bereich „Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft“ zu vermitteln.

In der sechsten Ausgabe wurde der Schwerpunkt auf das Thema „**Change Management**“ gelegt. Das Wort Change kommt aus dem englischen und bedeutet auf Deutsch so viel wie Wandel oder Veränderung. Bezogen auf Unternehmen ist hierbei die Anpassung, Neuausrichtung, Reorganisation und Umstrukturierung von Prozessen an sich ändernde Rahmenbedingungen gemeint. Dabei kann der Wandel bzw. die Veränderung langsam und kontinuierlich oder schnell und radikal durch Mitarbeiter und Führungskräfte vollzogen werden. Ein strukturiertes Vorgehen ist notwendig, um die gesetzten Unternehmensziele zu erreichen.

Mit der Zeitschrift versuchen wir, der steigenden Bedeutung von Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft durch fachlich fundierte Beiträge zu aktuellen und grundlegenden Fragen gerecht zu werden. Gerne bieten wir Ihnen an, mit uns gemeinsam an der Zeitschrift zu arbeiten. Ihre Anregungen, Kritiken und Verbesserungsvorschläge sind uns wichtig, um zum Gelingen der gesetzten Zielstellung beizutragen.

Mit freundlichen Grüßen

Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. Harald Mehlich

Die Redaktion

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

INHALT

Editorial	3
Mitteilung der Herausgeber <i>Mario A. Pfannstiel Prof. Dr. Harald Mehlich</i>	
Fachinterview	6
Titel: Veränderungsmanagement bei Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft <i>Dr. Stefan Drauschke Mario A. Pfannstiel</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft I	12
Titel: Die Macht der Spezialisten - Changemanagement in der Expertenorganisation Krankenhaus <i>Michael Zirlik, Dr. Michael Schneider, Prof. Dr. Clifford W. Sell</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft II	20
Titel: Change Management: Überlebensstrategie oder Hype? <i>Prof. Dr. Mirjam Schneider-Pföhler</i>	
Beitrag aus der Praxis I	29
Titel: Change Management, Vorgehensweise bei Veränderungsprojekten in Krankenhäusern <i>Gaby Baller</i>	
Beitrag aus der Praxis II	33
Titel: Transformationale Führung zur wirtschaftlichen Sanierung von Krankenhäusern <i>Stefan Ruhl</i>	
Beitrag aus der Praxis III	42
Titel: Kliniken unter Veränderungsdruck: Erfolgsfaktor strategischer Change und der wichtige Blick von außen <i>Dr. Hans P. Schlaudt Katharina Daniels</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft III	48
Titel: Medicus Adaptabilis – Wenn Fachwissen alleine nicht mehr ausreichend ist <i>Michael Gabler Christian A. Mahringer Patrick Metzger Prof. Dr. Birgit Renzl</i>	
Führende Köpfe im Porträt	57
Titel: Führende Köpfe, Porträt über Herrn Prof. Heinz Lohmann <i>Prof. Heinz Lohmann Mario A. Pfannstiel</i>	
Impressum	61

Fachinterview

Titel

Veränderungsmanagement bei Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft

Interview

Die Gesprächspartner Mario Pfannstiel und Dr. med. Stefan Drauschke (Geschäftsführer, NextHealth GmbH) werden im Folgenden mit MP und SD abgekürzt.

MP: Was bedeutet Veränderung und wie wichtig ist eine vorausschauende Planung bei Veränderungsprozessen?

SD: Vorausschicken dürfen wir, dass Veränderung in Systemen etwas ganz natürliches ist, weil es sich auch um eine kontinuierliche Anpassung des Systems an die veränderten äußeren Umstände handelt. Unter „Systemen“ verstehen wir hier soziale Systeme bestehend aus Mitarbeitern, beispielsweise in einem Klinikum oder auch in jedem anderen Unternehmen. Wir verwenden gerne zu Beginn von moderierten Veränderungsprozessen den Spruch „Weil Sie alles verändern, bleibt bei Ihnen alles wie bisher“. Dieses wird gut illustriert in der Grafik einer endlosen Möbiusschleife des Künstlers M.C. Escher, der für seine „unmöglichen“ Figuren bekannt ist.

Stellen Sie sich vor, Sie nehmen eine fünfjährige Auszeit und gehen auf eine einsame Insel im tiefblauen Meer - und Sie kommen anschließend zurück an Ihren Arbeitsplatz. Wie sah vor fünf Jahren ein durchschnittliches Handy aus, welche Office-Version war auf dem PC, wie verbreitet waren PCs über-



Drauschke: „Wenn Sie wollen, dass andere sich verändern, dann müssen Sie sich zuerst selbst verändern.“

haupt, wie war die Unternehmenskultur etc. – und wie hat sich das alles bis heute entwickelt? Vieles um Sie herum hat sich zwischenzeitlich stark verändert, nur Sie sind stehengeblieben und erkennen kaum etwas wieder. Und deshalb ist es wesentlich, sich mit den veränderten äußeren Umständen kontinuierlich mit zu verändern. Man kennt das japanische Kaizen für diesen kontinuierlichen, evolutionären Wandel, doch es gibt auch den Begriff des Kaikaku, den Prozessmusterwechsel, den revolutionären Wandel, der beispielsweise stattfindet, wenn ein Umzug ansteht, eine neues KIS oder ein modernes KanBan Modulsystem eingeführt oder Stationen oder ganze Unternehmen zusammengeführt werden. Diese Art von sprunghaftem Wandel mit einem geplanten Prozess zu managen ist wichtig, während wir uns darüber im Klaren sein müssen, dass wir die Menschen in der Veränderung zu führen haben; man managed Systeme und man führt Menschen!

Es treten oft klassische Verhaltensmuster im Change auf, wie sie beispielsweise La-

coursière et al. treffend beschreiben mit den vier Phasen Irritation, Frustration, Zögern und Durchstarten. Uns sind diese Muster im Verhalten der Menschen in Changeprozessen ebenso wie bei uns als Selbsterfahrung bei unseren Ausbildungen zum Trainer und Coach immer wieder begegnet, so dass wir inzwischen davon ausgehen, dass es sich um eine Art neurophysiologisches Muster handelt, wie unser Gehirn auf wesentliche Änderungen reagiert, ebenso wie Bekanntes, Rituale und Wiederholungen Sicherheit geben und dem Gehirn energiesparendes Arbeiten ermöglichen.

Um mit diesen Phänomenen und mit dem zu erwartenden Widerstand in Veränderungsprozessen umzugehen, ist vorausschauende Planung und hervorragende Vorbereitung wesentlich für den Erfolg des Vorhabens ebenso wie ein sehr aufmerksames Kommunikationsverhalten!

MP: Wie können Mitarbeiter in Veränderungsprozesse eingebunden werden?

SD: Wir würden bei dieser Frage sogar einen Schritt weiter gehen: Wie müssen Mitarbeiter eingebunden werden ... , und warum?

Wir gehen davon aus, dass Sinnfindung und die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung bei Menschen eine große Rolle spielen, wenn es darum geht, sich in einem Kontext zu engagieren und so etwas wie Commitment für eine Sache zu verspüren.

Es geht seitens der Führung bei der Einbindung von Mitarbeitern darum, den Menschen im Unternehmen eine Gelegenheit zu bieten, sich tatsächlich einzubringen und mit dem Neuen zu befassen, eigene Beiträge zu ermöglichen und Einwände – manchmal auch Vorwände - vorzutragen. Gleichzeitig wissen wir, dass Menschen sich nur für etwas Neues entscheiden, wenn es sich in ihrem Denkrahmen befindet. Kaum jemand „kauft die Katze im Sack“. Das Neue mit seinen Folgen muss also vorstellbar werden, und das er-

fordert mehr als das Versenden oder Vortragen eines gut formulierten Strategiekonzeptes. Es geht bei „Einbindung“ vielmehr um dialogische Kommunikation, das Ankoppeln an die „kollektive Intelligenz“ und um einen wertschätzenden Umgang mit Widerstand. Die Einbindung der Menschen kann im direkten, persönlichen Dialog erfolgen mit verschiedenen Großgruppenmethoden wie Open Space, World Cafe, Zukunftskonferenz, Fishbowl, Dynamic Facilitation und ähnlichen Formaten. Doch auch andere Formen aktiven Dialogs sind denkbar beispielsweise durch miteinander verzahnte Kleingruppen, Kommunikationsforen, webbasierte Konzepte wie Unternehmenswikis, Corporate Communities, Weblogs oder einfachen, persönlichen Sprechstunden.

MP: Welche Rolle hat eine Führungskraft bei Veränderungsprozessen zu übernehmen?

SD: Hier zeigt sich, dass Flexibilität einer Führungskraft ähnlich wie Reflexivität und Introspektion wesentliche (Selbst-)Führungskompetenzen sind. Menschen wollen je nach Typus und nach Situation und Kontext vollkommen verschieden geführt werden, damit sie folgen. Führungskräfte nehmen gerade in Veränderungsprozessen ganz verschiedenen Rollen ein, die unterschiedlicher kaum sein können: Planer, Komponist, Dirigent, Richtungsgeber, Unterstützer, Bewahrer, Eroberer, Motivator, Mediator, Moderator und viele mehr. Das erfordert, auf Menschen unterschiedlich einzugehen und über eine hohe persönliche authentische Flexibilität zu verfügen. Ja, in diesem Absatz klingt manches doppeldeutig und mit sich kaum vereinbar. Doch mit solchen sogenannten Ambiguitäten müssen Führungskräfte in unserer komplexen Welt mehr und mehr auskommen. Die Dinge sind oft so und auch gleichzeitig anders, je nach Perspektive. Jeder lebt in „seiner Welt“ und hält diese für wahr, und trotzdem gemeinsam zu guten Ergebnissen zu kommen, ist die Kunst von situativer Führung nach systemischen

Grundsätzen. So etwas lernt man nicht nebenher im Grundstudium, sondern dies erfordert eine gute lebenslange Weiterbildung. In unserer letzten Coachingausbildung waren über 30 % der Teilnehmer dabei, um ihre Führungsfähigkeiten zu verbessern und nicht weil sie vorhatten als Coaches zu arbeiten!

In den vier Phasen der Veränderung zeigt sich diese Flexibilität recht plakativ. In der Phase der Irritation heißt es vor allem zu dirigieren und das Neue mit aller Klarheit zu vertreten. Während der Frustrationsphase, in der der Widerstand sich formiert, ist neben dem Dirigieren zunehmend auch das Sekundieren notwendig (wieder eine Ambiguität). Es geht um Verstehen, Nachfragen, Zeit lassen und Raum geben, während man gleichzeitig unbeirrt das Neue weiterhin verfolgt. Während der Phase des Zögerns, dem Tal der Tränen, geht es vor allem um das Sekundieren. In dieser Phase entscheiden sich die Menschen für oder gegen das Neue und diese Entscheidung zu ermöglichen, ist wichtigste Führungsaufgabe. Anschließend, wenn es in die Phase des Durchstartens geht, kann man loslassen, und dabei kontrollieren und Erfolge sind zu feiern. Zu all dem gehört natürlich auch wahrzunehmen, in welcher Phase sich die Menschen im System oder seinen Subsystemen gerade befindet, um adäquates Führungsverhalten zeigen zu können. Schon G.Z. Laborde hatte postuliert, dass Flexibilität, klare Ziele und sensorische Sinnesaufmerksamkeit (sensory acuity) die wichtigsten Zutaten für Erfolg seien.

MP: Wie können Gesundheitseinrichtungen verantwortungsvoll mit Veränderungen umgehen?

SD: Voraussetzung ist eine gute Planung, die allerdings nicht zu detailliert sein soll, damit noch genügend Raum für Mitwirkung vorhanden ist. Wichtig ist auch, das Neue in einen sinnvollen Kontext zu stellen. Wenn beispielsweise aus mehreren Kliniken Zen-

tren zu bilden sind, dann ist es wichtig zu verstehen, wofür das gut ist, und welche Möglichkeiten daraus erwachsen. Manchmal ist es auch wertvoll, das Neue in einen neuen Rahmen zu stellen: Wenn gemeinsam mit den Führungskräften aller Berufsgruppen eine Zukunftsstrategie entwickelt worden ist und darin beispielsweise Zentrenbildung als Teil des zukünftigen Zielzustandes enthalten ist, dann geht es hinterher nicht mehr um das ob, sondern nur noch um das wie der Umsetzung.

Entscheidend ist der Umgang mit Widerstand, den viele Führungskräfte fürchten und am liebsten reflexartig bekämpfen wollen. Sie verkennen, dass Widerstand normal ist und zu jeder Veränderung gehört. Dabei enthält Widerstand immer eine „verschlüsselte“ Botschaft, die es zu erkennen gilt. Das Alte und Gewesene ist zu würdigen. Wie oft hört man „und früher haben wir wohl alles falsch gemacht ...“, und dabei geht es nicht um falsch oder richtig, sondern nur um „anders“! Nichtbeachtung von Widerstand führt zu Blockaden und daher ist mit dem Widerstand zu gehen und nicht gegen ihn.

Bei aller Veränderung ist zu beachten, auch immer einmal innezuhalten. Das geflügelte „Panta rhei“ (altgr.: alles fließt) ist kein Merkmal erfolgreicher Systeme, sondern erzeugt Chaos, weil es in amorphen führungslosen Strukturen mündet. Systeme haben von selbst den Drang, immer wieder in stabile Zustände zu kommen. Das ist im Kontext von Change Management zu nutzen, indem angestrebt wird, dass sich der neue stabile Zustand im Ergebnis eines Changeprozesses auf einem Niveau einstellt, auf dem nützliche Ergebnisse generiert werden. Wir empfehlen, auch die Change-Kompetenz von Führungskräften zu erhöhen zu den Themen Changeprozesse, Veränderungsmuster, Führung und Kommunikation im Change sowie Umgang mit Widerstand, um das Unternehmen fit für Veränderung zu machen.

MP: Wie funktioniert Veränderungsmanagement von oben und von unten am besten?

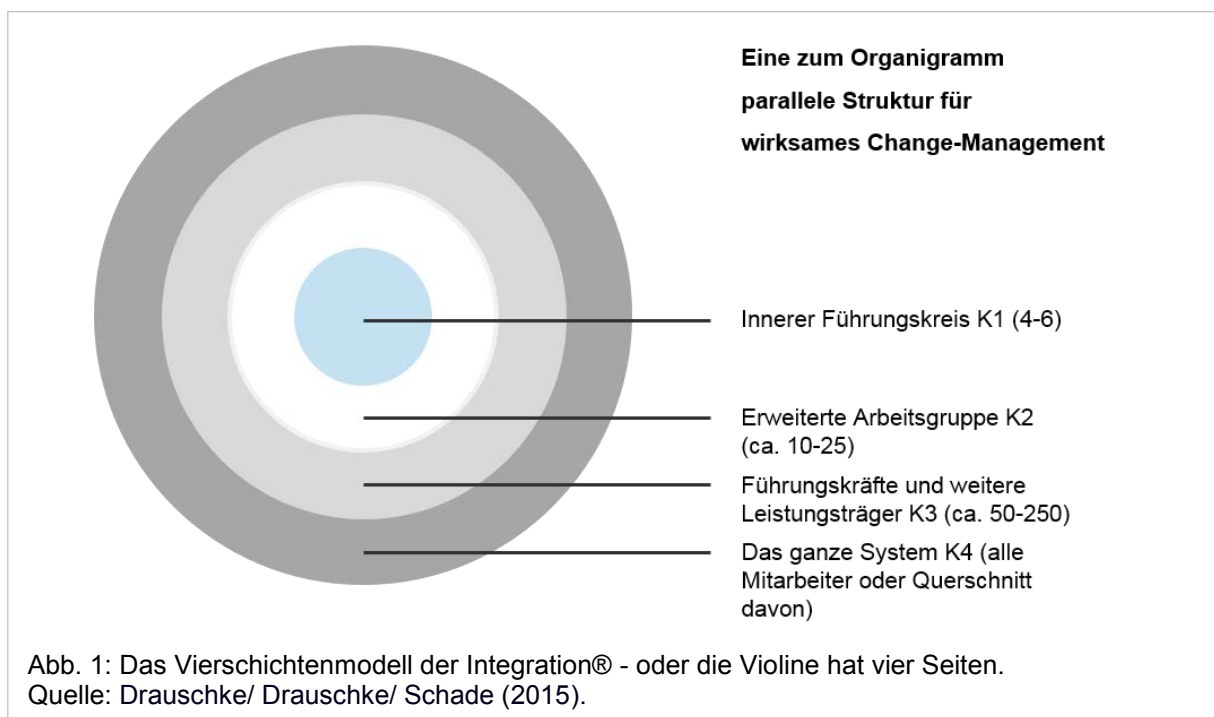
SD: Für die Arbeit mit Menschen in Systemen haben wir das Vierschichtenmodell der Integration® entwickelt mit den vier Kreisen K1-K4 (siehe Abbildung 1), das wir nachfolgend näher beschreiben. Die Anzahl der Teilnehmer in den vier K-Kreisen hängt ab von der Größe des Systems, auf das das Konzept Anwendung findet. Das Kernteam, des sogenannten K1, ist Lenkungskreis und oberstes Entscheidungsgremium. K1 repräsentiert die sogenannte Veränderungscoalition, die J. Kotter als wesentlich für gelungene Changeprozesse in seinen ersten beiden Schritten bezeichnet. Der K2 fungiert als Arbeitsgruppe, die Inhalte erzeugt. Der K3 besteht aus den Mitgliedern von K1 und K2 sowie ausgewählten Führungskräften und Leistungsträgern, und zwar berufs- und hierarchieübergreifend der ersten drei Führungsebenen. Der K4 besteht aus dem „ganzen System“, und zwar aus den Mitgliedern von K1 bis K3 und einem Querschnitt der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen des Unternehmens. Wir rechnen bei einer K4-Konferenz durchaus mit 100 bis 1000 Teilnehmern. Hier können

Informationen direkt persönlich vom Vorstand vermittelt und mit interaktiven Methoden wie Open Space Technology Ideen für die Umsetzung oder Feedbacks zu Inhalten in Form einer echten dialogischen Kommunikation eingeholt werden.

Wichtig ist, bei einem auf diese Weise organisierten Top-Down-Bottom-Up Prozess von vornherein zu klären, dass es sich nicht um gelebte Basisdemokratie handelt. Vielmehr werden „von oben“ strategische Stoßrichtungen und Leitplanken vorgegeben, durch die ein Raum entsteht, in den man die Mitarbeiter einlädt, mitzugestalten. Die Ideen und Ergebnisse werden anschließend „oben“ sortiert und über die Verwendung entschieden – und die Entscheidung transparent kommuniziert. So kann man in mehreren Schleifen sehr gute Ergebnisse erzielen, die von den Beteiligten auch mitgetragen werden.

MP: Wie wichtig sind Veränderungsagenten für ein Unternehmen, die den Wandel begleiten?

SD: Nicht jeder Mensch ist gleich veränderungsaffin, manche haben Denkmuster, die im Neuen sofort eine Bedrohung sehen



(Denkstil: die sog. worst-case-szenario-Sortierer) oder alte Gewohnheiten sind so stark, dass man nicht davon ablassen möchte, obwohl man sie rational als nicht mehr sinnvoll erkannt hat. Andere Menschen sind eher offen und neugierig, lieben die Veränderung und mögen den „alten Trott“ nicht. Sie sind positiv und optimistisch und wittern hinter allem eine Chance (Denkstil: die sog. best-case-szenario-Sortierer). Diese Menschen zu erkennen und in den Changeprozess als Promotoren und Multiplikatoren einzubinden ist sehr wichtig für den Erfolg. Gleichzeitig empfehlen wir, den Bedrohungsszenarien der erstgenannten Gruppe aufmerksam zu folgen, denn sie enthalten oft gute Ideen für die Abwehr oder Prävention von Krisen und Problemen, die es in das Neue zu integrieren gilt.

MP: Wie lange kann ein Veränderungsprozess dauern?

SD: Eigentlich ist der Kern der Veränderung gar nicht so sehr ein Prozess, sondern vielmehr eine Entscheidung. Wenn sich genügend Menschen im Unternehmen für das Neue entschieden haben, dann gibt es auch ein ausreichendes Momentum, um sich gemeinsam auf den Weg zu machen. Der Veränderungsprozess an sich beschreibt den Weg bis zu dieser Entscheidung, weshalb Moderations- und Mediationskompetenz für Führungskräfte wichtig sind oder auch externe Unterstützung je nach Sachlage. Wie lange es dauert, bis die wichtigsten Entscheidungen in den Köpfen der Mitarbeiter gefallen sind, ist sehr unterschiedlich und hängt auch an der Gewichtung und individuellen Bedeutung des geplanten Vorhabens. Manches ist an einem Tag schon klar. Strategieprozesse dauern nach unserer Erfahrung meist fünf bis sieben Monate und ein Cultural Change Prozess, der auf die Veränderung von Überzeugungen und Glaubenssätzen (belief-system), Werten und Verhaltensmustern zielt, kann Jahre im System beanspruchen. Gerade diese Prozesse sind sehr systematisch zu planen und bedür-

fen „unterwegs“ häufig der einen oder anderen Korrektur oder Intervention.

MP: Wie kann die Personalentwicklung Veränderungsprozesse unterstützen?

SD: Personalentwicklung und Organisationsentwicklung sind in der Regel Hand in Hand verschränkt. Wenn man neue Strukturen und Organisationsformen einführt oder sich für eine neue Strategie entscheidet, hat das immer auch Auswirkungen auf die Menschen im System mit ihrem Verhalten und ihren Kompetenzen. Davon hängen wiederum Personalmarketing und Personalauswahl sowie die Personalentwicklungskonzepte im Unternehmen inkl. Fortbildung, Kompetenzmodelle etc. ab. In den Führungskräfteentwicklungsprogrammen ist darauf zu achten, dass die Changekompetenzen der Führungskräfte hinreichend ausgebildet werden. Je höher die Kommunikations- und Changekompetenz im Unternehmen ist, desto leichter werden notwendige und sinnhafte Veränderungsprozesse gelingen.

MP: Inwieweit ist ein systematisches Controlling von Zielen bei Veränderungen durchzuführen?

SD: Wenn nach konstruktivistischen Denkweisen Wirklichkeit nur konstruiert ist, dann ist der im Changeprozess angestrebte neue Zustand eine Art von Zukunftskonstrukt, bestehend aus Bildpunkten (Zielen), die mit Koordinaten beschreib- und messbar sind. Kennzahlen und Kennwerte zeigen an, wo man sich befindet und weisen den Weg zum Ziel, vergleichbar der Navigation in der Schifffahrt. Auch für den Changeprozess ist es wichtig zu wissen, wo man steht, ob die Ziele noch passen und genügend Impulse und Maßnahmen gesetzt sind, um zu den Zielen zu gelangen. Schließlich geht es auch darum, Erfolge feiern und damit die Bemühungen und Anstrengungen zu belohnen, die von den Mitarbeitern des Unternehmens geleistet wurden.

MP: Welche Erfolgsfaktoren beim Veränderungsmanagement gibt es?

SD: Ein geflügeltes Wort ist, dass wenn Sie immer denselben Weg nehmen, dann bekommen Sie immer dasselbe Ergebnis. Wenn Sie ein anderes Ergebnis wünschen, dann beschreiten Sie solange neue Wege, bis Sie das gewünschte Ergebnis erhalten. Es geht also darum, nicht stetig mehr vom selben zu tun, sondern Neues zu probieren, um neues zu ermöglichen. Die wirksamsten Veränderungstreiber sind nach unserer Erfahrung faszinierende Ziele, Transparenz und Konsequenz, Mitwirkung und Verantwortung sowie – metaphorisch - Schmerz vermeiden und Lust gewinnen. Niemand verlässt seine Komfortzone, wenn er nicht etwas haben will, was er nicht hat, oder etwas loswerden will, was er nicht haben möchte. Manchmal sind in diesem Kontext auch äußere „Bedrohungen“ hilfreich, weil sie ermöglichen, den einen oder anderen „Zopf“ abzuschneiden, was in normalen Umfeldbedingungen vielleicht nicht möglich wäre.

Schließlich braucht es für wirksame Veränderung für die Beteiligten Vorteile, wenn sie der Veränderung folgen, oder es muss Nachteile zur Folge haben, wenn sie sich der Veränderung verschließen. Oft lohnt es sich, ganz zu Beginn im Rahmen einer kleinen Stakeholderanalyse herauszufinden, was diese Vorteile oder möglichen Nachteile sind oder sein können, damit die wichtigsten Protagonisten beim Veränderungsprozess mit an Bord sind und die richtigen Argumente genannt werden.

Ganz am Ende unseres Gespräches verraten wir Ihnen noch unser ganz persönliches Erfolgsrezept: Wenn Sie wollen, dass andere sich verändern, dann müssen Sie sich zuerst selbst verändern!

Literatur

Drauschke P., Drauschke S., Schade N. (2015) Führen im Wandel (2): Die neuesten Kolumnen über Kommunikation, Führung und Changemanagement, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Lacoursière R. B. (1980) The life Cycle of Groups, Group Developmental Stage Theory, Human Service Press, New York.

Autorenanschriften

Dr. med. Stefan Drauschke
NextHealth GmbH
Gabrielenstraße 85
13507 Berlin

E-Mail: stefan.drauschke@nexthealth.de

Mario Pfannstiel
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät für Gesundheitsmanagement
Wileystraße 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de

Beitrag aus der Wissenschaft I



Titel

Die Macht der Spezialisten –
Changemanagement in der Experten-
organisation Krankenhaus

Autoren

Michael Zirlik (links), Dr. Michael
Schneider (Mitte) Prof. Dr. Clifford W.
Sell (rechts)

Die Organisation Krankenhaus im Wandel

Der demographische und epidemiologische Wandel nachfrageseitig sowie der drohende Fachkräftemangel angebotsseitig, in Verbindung mit einem verändertem Ordnungsrahmen, führen dazu, dass Krankenhäuser zunehmend in einem dynamischen Markt- und Wettbewerbsumfeld mit der Folge einer enormen Leistungsverdichtung agieren. Um diesem Druck standhalten zu können, ist von Krankenhäusern ein Wandel hin zu modernen Dienstleistungsunternehmen mit wirtschaftlicher Leistungserstellung gefordert (Schlüchtermann 2006, S. 15 und Oberender/ Zerth 2005, S. 15). Anstatt punktueller Problemlösungen für Patienten mit klar abgrenzbaren Behandlungsepisoden im Sinne einer Dienstleistungsmanufaktur besteht die Notwendigkeit zukünftig darin, eine aus Klientensicht nachhaltige Problemlösungskompetenz in Form interprofessioneller und interdisziplinärer Angebote machen zu können. Der bis vor einigen Jahren gültige Verweis auf den humanen Versorgungsvertrag reicht zur Begründung gewohnter Organisationsstrukturen nicht mehr aus. Die Organisation Krankenhaus sowie die Organisation des Krankenhauses sind begründungspflichtig (Pfaff/ Driller 2007, S. 64).

Durch organisatorische Regeln in Krankenhäusern werden Ressourcen kanalisiert, Stellen gebildet, formelle und informelle Interaktionsmuster geprägt und relevante Wertschöpfungsprozesse definiert (Thom/Wenger 2010, S. 58). Änderungen in den Kernprozessen sind tiefe Eingriffe in die Organisationsstruktur – und umgekehrt – mit unsicheren Effizienzwirkungen und häufig mit Anpassungen der Aufgabenprofile des ärztlichen und pflegerischen Dienstes verbunden. In diesen instabilen unternehmerischen Momenten ist die Gefahr groß, dass politische und persönliche Interessen und Machtansprüche rationale Argumente überlagern (Feldkamp et al. 2012, S. 197 und Frese/ Werder 1993, S. 25).

Es stellt sich deshalb die Frage welche Besonderheiten in der Organisation Krankenhaus zu berücksichtigen sind, um zielgerichtet Veränderungsprozesse realisieren zu können. Aus der Vielzahl der Aspekte wird in diesem Artikel schließlich das Thema „Macht“ in den Fokus gerückt, gerade weil diese Thematik im Klinikalltag häufig tabuisiert wird (zu den Gründen für diese Tabuisierung (Kühn/ Platte/ Wottawa 2006, S. 212).

Das Krankenhaus als Expertenorganisation

Krankenhäuser richten ihre Aktivitäten, genauso wie andere Unternehmen, daran aus, ihre Wertschöpfung zu maximieren, um den Unternehmenswert nachhaltig zu steigern (Jost 2000, S. 283). Nach der Konfigurationsthese von Mintzberg werden langfristig nur diejenigen Unternehmen ihren Unternehmenswert steigern können, denen es gelingt, ihre organisatorischen Regeln den jeweiligen situativen Faktoren anzupassen. Eine von fünf idealtypischen Organisationsformen, die Mintzberg entwickelte, ist die Expertenorganisation („professional bureaucracy“) (Mintzberg 1979, S. 181 ff. und Hurlebaus 2004, S. 79). In Expertenorganisationen resultiert die Wertschöpfungsleistung primär aus einer besonderen Problemlösungskompetenz des Unternehmens aufgrund eines wissens- und kompetenzintensiven Dienstleistungsangebots, meist von Vertrauensgütern. Krankenhäuser werden deshalb Expertenorganisationen zugeordnet (Rasche/ Braun von Reinersdorff 2016, S. 21 und Stabell/ Fjeldstad 1998, S. 420).

Die Gestaltungsparameter von Expertenorganisationen zeichnen sich durch fünf Strukturbausteine aus: (1) den betrieblichen Kern, der sämtliche Behandlungsmöglichkeiten umfasst, (2) die strategische Spitze, die das Leistungsorgan des Krankenhauses darstellt, (3) das mittlere Linienmanagement, das als Mittler zwischen dem operativen Kern und der strategischen Spitze dient, (4) die Technostruktur, der überwiegend Steuerungsaufgaben übertragen werden und (5) der unterstützenden Einheiten, die Aufgaben außerhalb der betrieblichen Arbeitsabläufe übernehmen (Hurlebaus 2004, S. 81 f.).

Dem großen operativen Kern, der durch eine hohe vertikale und horizontale Autonomie gekennzeichnet ist, kommt in der Expertenorganisation Krankenhaus im Leistungserstellungsprozess eine herausragende Bedeutung zu. Weil die Arbeitsprozesse und

-ergebnisse äußerst komplex sind, verfügen die Mitarbeiter meist über eine langjährige universitäre, hochspezialisierte und standardisierte Ausbildung. Die Folge ist, dass Prozesse und Ergebnisse durch professionsexterne Mitarbeiter fachlich nicht beurteilt werden können. Die Gestaltungsmacht der Erbringung der eigentlichen Dienstleistung am Patienten liegt damit bei den Experten, die sich in erster Linie ihren Fachgesellschaften, die die Qualifikationsstandards entwickeln, und berufsständischen Regelungen verbunden fühlen (Mintzberg 1983, S. 163 ff. und Hurlebaus 2004, S. 83 f.). Es ist für Expertenorganisationen daher nicht untypisch, dass sich Experten oft nicht klientenzentriert verhalten, sondern Professionslogiken über die subjektiven Wünsche und Erwartungen ihrer Klienten stellen. Der operative Kern nimmt vielfach sogar Aufgaben der Strategieformulierung oder Personalentwicklung weitgehend eigenständig wahr. Der strategischen Spitze, wie auch der Technostruktur, kommen in der Expertenorganisation Krankenhaus nur eine nachrangige Bedeutung zu. Beide sind deshalb relativ schwach ausgeprägt (Rasche/ Braun von Reinersdorff 2016, S. 21 ff. und Schrappe 2009, S. 199 f.).

Macht in der Expertenorganisation Krankenhaus

Wenn unterschiedliche professionelle Logiken aufeinander treffen, dann werden in manchen Situationen diese Logiken zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen. Der Versuch, die jeweils eigene Logik durchzusetzen, resultiert in Verhandlungsprozessen, in denen auch mit Macht agiert wird. Macht ist dabei „... jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen...“ (Weber 1972, S. 28, sowie Dahl 1957, S. 214) Auch wenn dieses Thema überwiegend negativ (Knoblauch et al. 2012, S. 58 f.) konnotiert ist und häufig tabuisiert wird, so ist doch wertfrei festzustellen, dass Macht in arbeitsteiligen Organisationen immer auch präsent

ist und eine Rolle spielt (Höflich 1984, S. 51). Macht im System Krankenhaus kann dabei sowohl dysfunktional (zu den negativen Folgen für den Patienten im Machtdreieck zwischen Pflege, Medizin und Verwaltung (Westermann-Binnewies 2004, S. 82 ff.) wirken, ist andererseits jedoch im Krisenfall, z. B. bei Notfallpatienten, auch unbedingt notwendig (Westermann-Binnewies 2004, S. 50 f.), um schnelle Handlungsfähigkeit sicher zu stellen. Sie kann Entwicklungs- und Veränderungsprozesse - alleine schon wegen der Angst vor Machtverlust - hemmen (Will 2015, S. 17), andererseits aber auch Veränderung erst ermöglichen.

Das Machtpotenzial einer Person oder Gruppe muss dabei nicht zwangsläufig mit der hierarchischen Position korrespondieren (formelle vs. informelle Macht, Neubauer/Rosemann 2006, S. 43 f.), sondern speist sich vielmehr aus der Beherrschung von „Zonen der Ungewissheit“, die sich im arbeitsteiligen Zusammenspiel der Akteure ergeben (Crozier/ Friedberg 1979, S. 50 ff.) In der Klinik bedeutet dies einerseits, dass auch horizontal zwischen den einzelnen Fachbereichen stets Macht im Spiel ist und andererseits, dass bspw. auch die Pflege durch ihre hohe zeitliche und personelle Präsenz gegenüber der Verwaltung und Ärzteschaft nicht machtlos ist. Derartige informelle Machtkonstellationen gibt es zwar grundsätzlich in allen Organisationen, sie nehmen jedoch mit steigender Spezialisierung zu und können in Expertenorganisationen deutlich stärker sein als die formale Hierarchie (Türk 1978, S. 163: „Spezialisten können in Organisationen faktisch eine Nebenhierarchie aufbauen, die die Einflusspotenziale der formal legitimierten Organisationsmitglieder im Extremfall ganz vernichten kann“).

Folgt man den spieltheoretischen Ansatz nach Crozier und Friedberg bzw. den netzwerktheoretischen Ansätzen (Hollstein/Straus 2006, S. 29 ff., trotz deutlicher Unterschiede in den beiden Theorien verweist

Vetterli (2015, S. 31 ff.) auch auf die unübersehbaren Gemeinsamkeiten dürften v. a. die folgenden Ungewissheitszonen als Machtquellen in der Expertenorganisation Krankenhaus von Bedeutung sein:

- Spezialisierung und Vorsprung an Fachwissen, z. B. medizinischer Art (Ärzte gegenüber Pflege und Verwaltung), hinsichtlich Organisations- und Prozesswissen (vice versa) sowie medizinisches Spezialwissen (Fachärzte untereinander). Es ist v. a. dieses Expertenwissen, das die Berufsgruppen und Akteure in ihren Entscheidungen gegenüber den anderen Berufsgruppen weitgehend autonom und unangreifbar machen.
- Kontrolle der Beziehungen der Organisation zu ihrer Umwelt, z. B. indem ein angesehenes Chefarzt (Experte) von besonderer Bedeutung für das Renommee einer Klinik und die Patienteneinweisungen ist und dadurch auch innerhalb der Organisation hohen Einfluss erlangt.
- Kontrolle von Informationen und Kommunikationskanälen: z. B. hinsichtlich der Pflege, die zeitlich und emotional „näher“ am Patienten ist und über zahlreiche Möglichkeiten der Informationsweitergabe, -zurückhaltung und -modifikation verfügt.
- Organisatorische Regeln, z. B. indem bestimmte Tätigkeiten ausschließlich durch Experten (ärztliches Personal) ausgeführt werden dürfen oder indem Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Weisungsbefugnisse klar geregelt sind und dadurch unterschiedliche Autonomiegrade ermöglichen (Westermann-Binnewies, A. 2004, S. 75 ff: Die Autorin zeigt diese positionsabhängigen Autonomiegrade z. B. anhand der Verfügbarkeit über die eigene Zeit). Akteure können sich im Zweifel immer darauf zurückziehen.

- Durch Knappheit von Experten-Ressourcen in bestimmten Märkten geprägte Macht, z. B. in Pflege- und Supportfunktionen durch den Fachkräftemangel, der in manchen Städten und Regionen die Machtverhältnisse verschiebt

Lösungsperspektiven für Change Prozesse

Wie kann es Krankenhäusern unter diesen Bedingungen trotzdem, gelingen, sich den aktuellen Herausforderungen anzupassen und möglicherweise sogar vorbeugend die Organisation weiter zu entwickeln? Die folgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll einige Impulse dazu liefern, mit Macht im Change Management so umzugehen, dass Machtstrukturen verflüssigt und sogar für den Veränderungsprozess dienlich werden können:

- 1) Enttabuisierung der Machtthematik und konstruktives Konfliktmanagement: Loos weist darauf hin, dass medizinisches und pflegerisches Personal auch heute noch das traditionelle „doctor – nurse – game“ spielen, das im Wesentlichen auf Diplomatie und Konfliktvermeidung basiert und somit traditionelle Machtverhältnisse stabilisiert. Sie plädiert stattdessen dafür, dass „... professionelle Machtdifferenzen benannt sowie Statuskonflikte offen und produktiv geführt werden“ (Loos 2006, S. 38). Letztlich geht es dabei immer auch „... um eine Entwicklung der Kommunikations- und Beziehungskultur und zwar zwischen Einzelpersonen, Gruppen und Institutionen“ (Hinkel/ Ryser 1994, S. 148).
- 2) Aushandlungsprozesse initiieren: Machtspiele laufen in der Regel verdeckt ab. Durch die Offenlegung ergeben sich Möglichkeiten, Machtpotenziale offen auszuhandeln. Kühl, Schnelle und Schnelle empfehlen in ihrem Konzept der lateralen Führung beispielsweise die Einrichtung von Tauschbörsen, in denen Handlungsmöglichkeiten getauscht werden (Kühl/ Schnelle/ Schnelle 2004, S. 76). So übernimmt beispielsweise im Zuge einer Reorganisation die Pflege zusätzliche Tätigkeiten, bekommt dafür aber im Gegenzug mehr Entscheidungsautonomie zugestanden.
- 3) Konflikte positiv bewerten. Konflikte bedeuten auch, dass Beteiligte ein bewusstes oder unbewusstes inneres Bild haben, wie die Situation sein soll. Nicht immer wird dabei konstruktiv kommuniziert. Die andere Seite verstehen zu wollen – anstatt mit Unterstellungen zu arbeiten – ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer gemeinsamen guten Lösung, (Glas 2013 und Koch 2015).
- 4) Erhöhung der Rationalität und Quantifizierung der Auswirkungen von aktuellen Regeln und möglichen Veränderungsideen: Durch das Hinterfragen von Positionen wird deutlich, was „dahinter“ steckt, oder ob es v. a. um die Ausweitung eigener Handlungsmöglichkeiten – und damit Machtpotenzialen – geht (Schnelle 2006, S. 49).
- 5) Qualifizierung und Kompetenzentwicklung: Hierdurch wird durch eine gemeinsame Sprache das Machtgefälle durch (Fach-) Wissen deutlich reduziert. So kann auch die derzeitige Professionalisierung und Akademisierung der Pflege bereits als ein Versuch der Macht-Distanz-Reduktion gesehen werden (Westermann-Binnewies 2004, S. 51).
- 6) Neue Regeln einführen: Jede Regeländerung verändert die Machtverhältnisse (Kühl/ Schnelle/ Schnelle 2004, S. 76). Solche Regeln können die Arbeitsprozesse betreffen, ebenso aber beispielsweise auch die Frage wie, wann und zwischen wem auf welche Art und Weise kommuniziert oder entschieden wird.

- 7) Neue Mitspieler (Kühl/ Schnelle/ Schnelle 2004, S. 76), bzw. neue Perspektiven in den Change Prozess einführen: So kann z. B. eine radikale Orientierung am Patientenwohl und -nutzen in der Gestaltung der Versorgungsprozesse laut Loos ebenso zu einer Reduktion professioneller Hierarchien führen (Loos 2006, S. 37). Dabei ist es wichtig, die Patientenlogik wahrnehmbar zu machen, beispielsweise durch Sounding Boards (Zur Bonsen 2010) oder Service Design Thinking (Stickdorn/ Schneider 2012).
- 8) Stabilisierende Rituale pflegen, die Spezialisten jenseits der Kernaufgabe miteinander vernetzen (Zur Bonsen 2010). Althergebrachte informelle Rituale, beispielsweise die Raucherpause, neigen sich dem Ende zu. Neue Rituale entstehen automatisch; sie zu sehen, zu bewerten und ggf. sie zu entwickeln und zu legitimieren ist hilfreich um neue Kommunikationswege zu finden.
- 9) Sichten abgleichen. In funktionsübergreifenden Workshops kann die zergliederte Prozesskette beispielsweise in Makigami-Workshops oder Wertstromanalysen (Rother 2015 oder auch Wagner 2013) gemeinsam visualisiert und bewertet werden. Dabei wird die Perspektive anderer Prozessteilnehmer wahrgenommen und gemeinsam die Prozesskette überarbeitet.
- 10) Fokus auf das Ziel und den Beitrag. Organisationen entwickeln in die Richtung der Dinge, mit denen sie sich beschäftigen. Dabei verbinden visionsorientierte Methoden wie Appreciative Inquiry (Zur Bonsen und Maleh 2012) und lösungsfokussierte Methoden (Bamberger 2015) die Betroffenen immer wieder mit der gemeinsamen Vision, wie es auch sein könnte und generieren dadurch Veränderungs-Energie in diese Richtung.

Letztendlich bleibt der produktive Umgang mit Macht im Expertensystem Krankenhaus eine besondere Herausforderung für alle externen Organisationsentwickler und internen „Change Agents“: Eine grundsätzliche Kultur eines gesunden – nicht jedoch blinden - Vertrauens ist dabei ebenso notwendig (Knoblauch et al. 2012, S. 122 f.) wie die Fähigkeit, Machtstrukturen zu erkennen und zu bewerten und bei allen Entscheidungen im Change – Prozess diese angemessen zu berücksichtigen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Expertenorganisation Krankenhaus unterliegt einem immensen Veränderungsdruck. Die hohe Spezialisierung und Professionalisierung der einzelnen Berufsgruppen hat vorhersehbare Effekte auf die Machtlogiken. Diese wirken schlussendlich ohne bewusste Gegenmaßnahmen veränderungshemmend. Zentral in der Bewältigung der Machtlogiken ist es diese offen zu legen und dadurch bearbeitbar zu machen. Mehrere konkrete Maßnahmen, um mit Machtlogiken umzugehen, wurden vorgeschlagen. Im Nebeneffekt leiten diese Maßnahmen auch zugleich eine gewisse Veränderungsdynamik ein, auf welcher die Organisation aufbauen kann.

Die hohen intrinsischen Motivationspotenziale der Experten müssen über eine Partizipation am Veränderungsprozess dazu genutzt werden, die Ziele der Professionen mit den Zielen auf Gesamtunternehmensebene abzustimmen. Die bewusste Arbeit auf der Machtebene im Sinne von Veränderungszielen führt erfahrungsgemäß zu einer Entlastung bei den Teilnehmenden und setzt neue Energien im persönlichen, professionellen und organisatorischen Kontext frei.

Literatur

Bamberger G. (2015) Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch. 5. Auflage. Beltz Verlag. Basel.

Crozier M., Friedberg E. (1979) Macht und Organisation - Die Zwänge kollektiven Handelns. Athenäum Verlag, Königstein/Ts.

Dahl R. (1957) The Concept of Power. In: Behavioral Science. Vol. 2. No. 3. pp. 201-215.

Feldkamp V., Klein R., Kuntz L., Möller D. (2012) Wann führen interprofessionelle Tätigkeitsverlagerungen zu einer höheren Effizienz? – Evidenz bei Krankenhäusern für den positiven Einfluss von Prozessorientierung. In: Kuntz L., Bazan M. (Hrsg.) Management im Gesundheitswesen: Diskussionspapiere des Arbeitskreises Ökonomie im Gesundheitswesen der Schmalenbach-Gesellschaft für Betriebswirtschaft e. V., Wiesbaden. S. 175-203.

Frese E., Werder v. A. (1993) Zentralbereiche: Organisatorische Formen und Effizienzbeurteilung. In: Frese E., Maly W., Werder v. A. (Hrsg.) Zentralbereiche, Schäffer-Poeschel Verlag. Stuttgart. S. 1-50.

Glasl F. (2013) Konfliktmanagement: Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater. 11. Auflage. Haupt Verlag. Bern. Verlag Freies Geistesleben. Stuttgart.

Höflich J. R. (1984) Kommunikation im Krankenhaus. Aspekte zwischenmenschlicher Beziehungen im pflegerischen Bereich. Maro-Verlag. Augsburg.

Hinkel N., Ryser P. (1994) Macht, das tabuisierte Thema in Non – Profit – Organisationen. In: Organisationsentwicklung. Nr. 2. S. 140-148.

Hollstein B., Straus F. (2006) Qualitative Netzwerkanalyse: Konzepte, Methoden, Anwendungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Hurlebaus T. (2004) Strategiekonforme Organisationsgestaltung von Krankenhäusern. Deutscher Universitätsverlag. Köln.

Jost P.-J. (2000) Organisation und Koordination: Eine ökonomische Einführung. Dr. Th. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Knoblauch B., Oltmanns T., Hajnal I., Fink D. (2012) Macht in Unternehmen. Der vergessene Faktor. Gabler / Springer Fachmedien. Wiesbaden.

Koch B. (2015) Hinter jedem Konflikt steht ein Traum, der sich entfalten möchte: Prozessorientierte Konfliktlösungen im Alltag. Synergia Verlag. Roßdorf.

Kühl S., Schnelle Th., Schnelle W. (2004) Führen ohne Führung. In: Harvard Business Manager. Januar 2004. Jg. 26. S. 70-79.

Kühn S., Platte I., Wottawa H. (2006) Psychologische Theorien für Unternehmen. Vandenhoeck & Rupprecht Verlag. Göttingen.

Loos M. (2006) Neue Regeln im „doctor-nurse-game“?. Die Zusammenarbeit von Krankenpflegern und Ärztinnen. In: Dr. med. Mabase. Nr. 161. Mai/Juni. S. 36-38.

Mintzberg H. (1979) The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research. Englewood Cliffs New Jersey. Prentice-Hall.

Mintzberg H. (1983) Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs New Jersey. Prentice-Hall.

Neubauer W., Rosemann B. (2006) Führung, Macht und Vertrauen in Organisationen. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Oberender P., Zerth J. (2005) Clinical Pathways als eine Zukunftsstrategie des Krankenhauses: eine gesundheitsökonomische Einführung. In: Oberender P. (Hrsg.) Clinical Pathways. Stuttgart. S. 15-27.

Pfaff H., Driller E. (2007) Organisationsentwicklung und Organisationslernen im Krankenhaus. In: Kurscheid C., Schulz-Nieswandt F. (Hrsg.) Das Krankenhaus im Wandel der Versorgungslandschaft. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU). Beiheft 35. Nomos Verlagsgesellschaft Baden. Baden. S. 64-79.

Rasche C., Braun von Reinersdorff A. (2016) Krankenhäuser als Expertenorganisationen. In: Pfannstiel M., Rasche C., Mehlich H. (Hrsg.) Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus – Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden. S. 1-23.

Rother M. (2015) Sehen Lernen: Mit Wertstromdesign die Wertschöpfung erhöhen und Verschwendung beseitigen. 4. Auflage. Lean Management Institut. Mühlheim an der Ruhr.

Schlüchtermann J. (2006) Der Krankenhausmarkt der Zukunft und die Auswirkungen auf die Materialwirtschaft und Beschaffung im Krankenhaus. In: Oberender P. O., Schlüchtermann J., Schommer R., Da-Cruz P. (Hrsg.) Innovatives Beschaffungsmanagement im Krankenhaus. P.C.O.-Verlag. Bayreuth. S. 11-30.

Schnelle W. (2006) Diskursive Organisations- und Strategieberatung. Books on demand Verlag. Norderstedt.

Schrappe M. (2009) Führung im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ). Vol. 103. Issue 4. S. 198-204.

Stabell C. B., Fjeldstad Ø. D. (1998) Configuring value for competitive advantage: on chains, shops and networks. In: Strategic Management Journal. Vol. 19. Nr. 5. pp. 413-437.

Stickdorn M., Schneider J. (2012) This is Service Design Thinking. bis publishers. Amsterdam.

Thom N., Wenger A. (2010) Die optimale Organisation: Grundlagen und Handlungsanleitung. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden.

Türk K. (1978) Soziologie der Organisation. Eine Einführung. Enke Verlag. Stuttgart.

Vetterli A. (2015) Machtverteilung in Gruppen. Drei Machttheorien im Vergleich: Welche Schlussfolgerungen lassen sich für eine Gruppenleitung daraus gewinnen? AV Akademikerverlag. Saarbrücken.

Wagner K. W. (2013) WPM – Wertstromorientiertes Prozessmanagement. Carl Hanser Verlag. München.

Weber M. (1972) Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. 5. Aufl. Tübingen.

Westermann-Binnewies A. (2004) Zeit und Macht im Krankenhaus. Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis- und Regelversorgung. uni-edition. Berlin.

Will M. G. (2015) Change-Management gestalten: Pro-aktiv und im wechselseitigen Interesse Organisationen wandeln. Wissenschaftlicher Verlag. Berlin.

Zur Bonsen M. (2010) Leading with Life: Lebendigkeit im Unternehmen freisetzen und nutzen. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Zur Bonsen M., Maleh C. (2012) Appreciative Inquiry (AI): Der Weg zu Spitzenleistung

gen: Eine Einführung für Anwender, Entscheider und Berater. Beltz Verlag. Basel.

Autorenbiographien

Michael Zirlik, Dipl. – Kaufmann (Univ.) und Systemischer Coach, arbeitet am IDC – Forschungsinstitut sowie am Institut für Ethik der Sozial- und Gesundheitswissenschaften der Wilhelm Löhe Hochschule Fürth. Schwerpunkte bilden die Themen Unternehmenskultur, Werteorientierte Führung, sowie demografieorientierte Personalentwicklung. Darüber hinaus ist er selbstständig tätig als Trainer und Coach für Führungskräfte, sowie als Berater für Change – Prozesse und Unternehmensentwicklung in der Industrie sowie der Sozial- und Gesundheitswirtschaft.

Dr. Michael Schneider studierte nach abgeschlossener Krankenpflegeausbildung Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth und promovierte zum Thema „Wertschöpfungsorientierte Arbeitsteilung im Krankenhaus“. Nach Abschluss seines Studiums arbeitete er am Institut für angewandte Gesundheitsökonomie und in der strategischen Unternehmensplanung eines Krankenhausträgers, bevor er im April 2013 an die Wilhelm Löhe Hochschule als Lehrbeauftragter wechselte. Seine Forschungsschwerpunkte sind Dienstleistungs- und Organisationsmodelle im Gesundheits- und Sozialmarkt.

Prof. Dr. Clifford Sell war 2004 bis 2014 Professor für Unternehmensentwicklung an der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt. 2014 wechselte er an die Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth. Er betreut dort auch einen Bachelorstudiengang zum Technologie- und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Seine aktuellen Schwerpunkte sind die Veränderungsarbeit mit Whole Systems Methoden und die Innovationsarbeit mit Design Thinking.

Autorenanschriften

Michael Zirlik
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften, International Dialog College and Research Institute (IDC) / Institut für Ethik der Gesundheits- und Sozialwirtschaft
Merkurstr. 21 / Südstadtpark
90763 Fürth

E-Mail: michael.zirlik@wlh-fuerth.de

Dr. Michael Schneider
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften, International Dialog College and Research Institute (IDC)
Merkurstr. 41 / Südstadtpark
90763 Fürth

E-Mail: michael.schneider@wlh-fuerth.de

Prof. Dr. Clifford W. Sell
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften
Merkurstr. 41 / Südstadtpark
90763 Fürth

E-Mail: clifford.sell@wlh-fuerth.de

Beitrag aus der Wissenschaft II



Titel

Change Management: Überlebensstrategie oder Hype?

Autorin

Prof. Dr. Mirjam Schneider-Pföhler

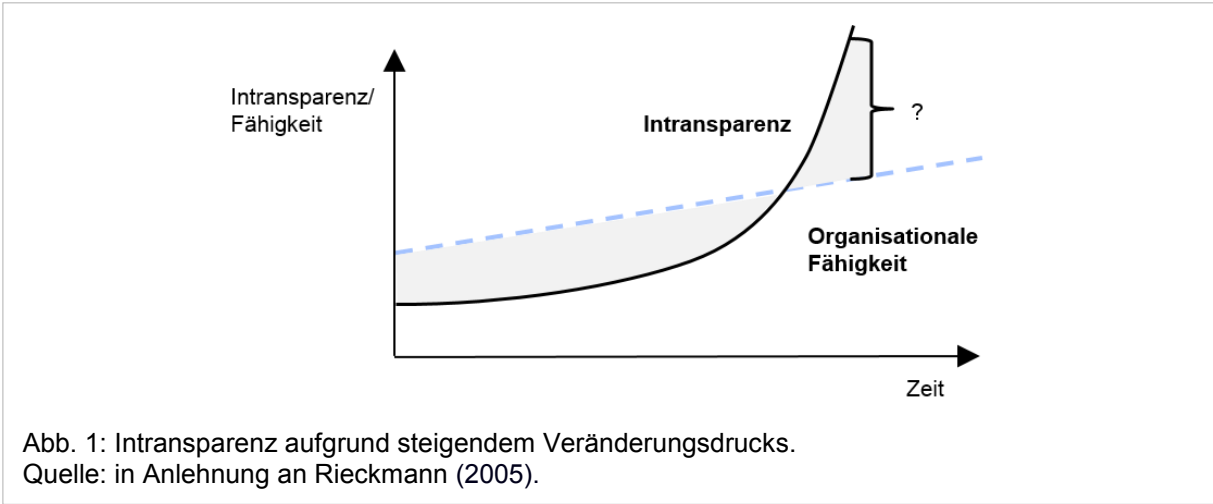
Einleitung

Der folgende Artikel beschäftigt sich mit der Fragestellung, warum wir Change Management brauchen. Ausgehend vom ständig wachsenden Veränderungsdruck, dem die Unternehmen, auch im Gesundheitswesen, ausgeliefert sind, erläutert er das Ziel eines professionell durchgeführten Wandels, beleuchtet das zentrale Thema „Widerstand“ und gibt abschließend einen Einblick in praktisch erprobte Erfolgsfaktoren.

Was ist Change Management: Hype oder Notwendigkeit?

Der Begriff ‚Change Management‘ erfreut sich seit geraumer Zeit einer inflationären Verwendung, allein Google weist 447 Mio. Treffer auf. Dabei ist die Bewältigung des Wandels ein alt bekanntes Problem: Geht man zurück ins Jahr 1513 schrieb Niccolo Machiavelli (2011) in „Der Fürst“: „Auch muss man bedenken, dass kein Vorhaben schwieriger in der Ausführung, unsicherer hinsichtlich seines Erfolgs und gefährlicher bei seiner Verwirklichung ist, als eine neue Ordnung einzuführen; denn wer Neuerungen

einführen will, hat alle zu Feinden, die aus der alten Ordnung Nutzen ziehen, und hat nur lasche Verteidiger an all denen, die von der neuen Ordnung Vorteile hätten. Diese Laschheit entsteht ... teils aus dem Misstrauen der Menschen, die erst an die Wahrheit von etwas Neuem glauben, wenn sie damit verlässliche Erfahrungen gemacht haben.“ Auch wenn der Umgang mit Veränderungen scheinbar ein „alter Hut“ ist, wird der professionelle Umgang immer wichtiger. Gründe wie Globalisierung, demographischer Wandel oder zunehmende Technologisierung führen zu einem rasanten Anstieg an Veränderungen, auch im Gesundheitswesen. Typische Veränderungen, denen Krankenhäuser gegenüberstehen, sind bspw. immense Kosten- und Personaleinsparungen einerseits, Personalmangel andererseits, medizinische und medizintechnische Fortschritte oder Generationswechsel in der Führung. Der ständig wachsende Veränderungsdruck führt zu einer immer höheren Intransparenz, welche die organisationale Fähigkeit eines Unternehmens sogar übersteigen kann. Versteht man Intransparenz als eine Formel aus Komplexität und Dynamik – also $\text{Intransparenz} = f(\text{Komplexität} \times \text{Dynamik})$ –, ergibt sich folgendes Bild (siehe Abbildung 1):



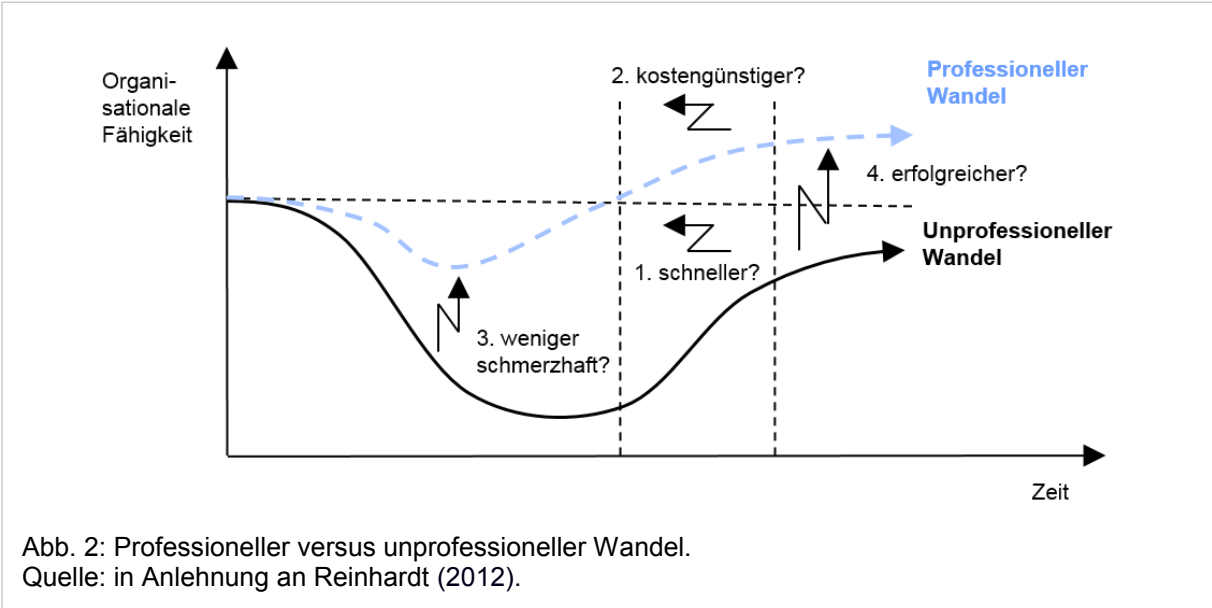
Komplexität ergibt sich aus der Anzahl der Elemente eines Systems, der Anzahl der Verknüpfungen und der Art der Wechselwirkungen. Dynamik ist definiert als die Anzahl der Veränderungen pro Zeiteinheit bei System- und Umweltelementen und ihrer Verknüpfungen. Für die organisationale Fähigkeit bedeutet dies eine steigende Intransparenz aufgrund der Zunahme der mangelnden Vorhersehbarkeit, welche sich aus der zunehmenden Komplexität sowie der zunehmenden Dynamik ergibt.

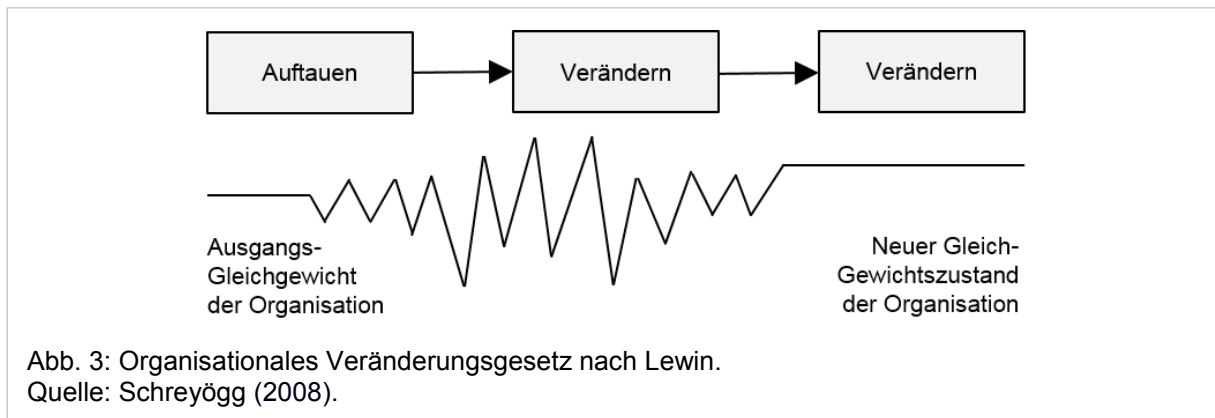
Doch was bedeutet das Fragezeichen in der Abb. 1: Es ist ganz normal, dass sich Veränderungen zunächst einmal negativ auf die organisationale Fähigkeit auswirken, da sie Zeit, Geld und personelle Ressourcen binden und meist mit „Schmerzen“ für die Mit-

arbeiter einhergehen. Ein professionell aufgesetztes Change Management sollte aber genau hier ansetzen, indem es die Ziele verfolgt:

- 1) eine Veränderung schneller, kostengünstiger und weniger schmerzhaft zu gestalten als bei einem unbegleiteten Wandel und
- 2) eine Veränderung erfolgreicher abzuschließen, was daran zu erkennen ist, dass die organisationale Fähigkeit nach dem Wandel die Fähigkeit vor dem Wandel übersteigt.

Nachstehende Abbildung 2 zeigt den Unterschied zwischen einem professionellen und einem unprofessionellen Wandel deutlich:





Trotz der vielen Veröffentlichungen zum Thema „Change Management“ fehlt eine allgemein akzeptierte Definition. Auch verzichten viele Autoren bewusst auf eine eindeutige Definition, bei Vahs und Weiland hingegen findet sich eine umfassende Beschreibung:

„Change Management ist die Vorbereitung, Analyse, Planung, Realisierung, Evaluierung und laufende Weiterentwicklung von ganzheitlichen Veränderungsmaßnahmen mit dem Ziel, ein Unternehmen von einem bestimmten Ist-Zustand zu einem gewünschten Soll-Zustand weiterzuentwickeln und so die Effizienz und Effektivität aller Unternehmensaktivitäten nachhaltig zu steigern. Das Management des Wandels bewertet damit die aktuellen Potenziale und Fähigkeiten einer Organisation und plant systematisch die notwendigen Veränderungsschritte.“ (Vahs/ Weiland 2010)

Zielsetzung: Integratives Change Management

Zunächst klingt ein solches Vorgehen einleuchtend, strukturiert und ausreichend, jedoch zeigen mehrere Studien, dass Change-Projekte oftmals scheitern (z. B. CA Consult/ Universität München 2007, McKinsey 2010, Capgemini 2012). Auch wenn ein strukturiertes Vorgehen definitiv Einfluss auf den Projekterfolg hat, spielen am Ende bei Veränderungsprozessen die Emotionen der Betroffenen die zentrale Rolle (Capgemini 2012). In der Sprache der Bilder ausgedrückt, macht

eine Strategie oder ein neues Konzept logischerweise aus einem Nilpferd noch lange keine Raubkatze. Denn im Kern geht es bei organisationalen Veränderungen immer darum, dass sich die Menschen in einer Organisation verändern. Um die Schwierigkeit dabei zu verstehen, hilft ein Blick auf das organisationale Änderungsgesetz nach Lewin (1980-1947, 1947, siehe Abbildung 3):

Das Gesetz beschreibt, durch welche Phasen Menschen in Veränderungen auf psychologischer Ebene geleitet werden. In der Auftau-Phase („unfreezing“) wird die bisherige Praxis in Frage gestellt. Die Notwendigkeit des Wandels wird erlebt und die Bereitschaft zum Wandel wird erzeugt. In der anschließenden Veränderungs-Phase („moving“) werden neues Denken und Verhalten entwickelt. Diese Phase ist geprägt durch viel Unsicherheit. In der abschließenden Stabilisierungs-Phase („freezing“) ist es Ziel, ein neues Gleichgewicht wieder herzustellen, d.h. die durchgeführten Veränderungen müssen am Ende Bestand haben (Schreyögg, 2008).

Befinden wir uns nun in einer Welt der andauernden Veränderungen, ist die Wiederherstellung des Gleichgewichts in Gefahr – neben der wachsenden Intransparenz kommt es zu einer wachsenden organisationalen Instabilität. Hilfreich ist daher ein integrativer Change Management-Ansatz, der obige Definition unter Gliederungspunkt 1 um die emotionale Ebene erweitert (siehe Abbildung 4):

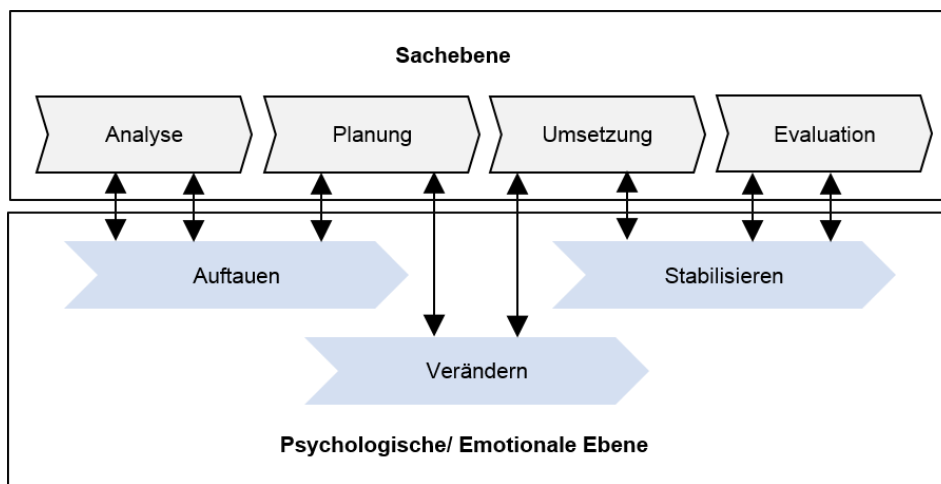


Abb. 4: Integratives Change Management.
Quelle: Vahs (2009).

Zentrales Thema: Widerstand

Die emotionale Ebene hängt eng mit dem Thema Widerstand zusammen. Widerstand wird im Change Management immer noch gerne als einer der häufigsten Gründe für das Scheitern von Veränderungsprojekten angesehen. Aber dies ist zu kurz gedacht, denn Widerstand gehört zum Change Management, wie das Amen in der Kirche. Widerstand ist eine normale menschliche Reaktion auf Veränderungen – egal, ob die Veränderung als positiv oder negativ wahrgenommen wird. Veränderungen sind immer verbunden mit einem drohenden Verlust an Stabilität und einer Zunahme an Ungewissheit. Sie werden daher vom Mensch zunächst nicht als Chance, sondern als Bedro-

hung wahrgenommen; z. B. will selbst ein Lotto-Millionär oftmals irgendwann einfach in sein altes Leben zurück. Um den Widerstand in den Verlauf von Veränderungen einzuordnen, empfiehlt sich die Betrachtung der Veränderungskurve, die auf Kuebler-Ross (1969) zurückgeht. Sie beschreibt die typischen Phasen eines individuellen Veränderungsprozesses, die ein Mensch durchläuft (siehe Abbildung 5).

Abhängig von der Art der Veränderung begegnen Menschen einer Veränderung zunächst mit Schock oder Euphorie. Anschließend kommt die Phase der Verneinung, und sei es nur aus dem Grund, dass die Veränderung gedanklich mit Anstrengungen verbunden wird. Die Verneinung muss über-

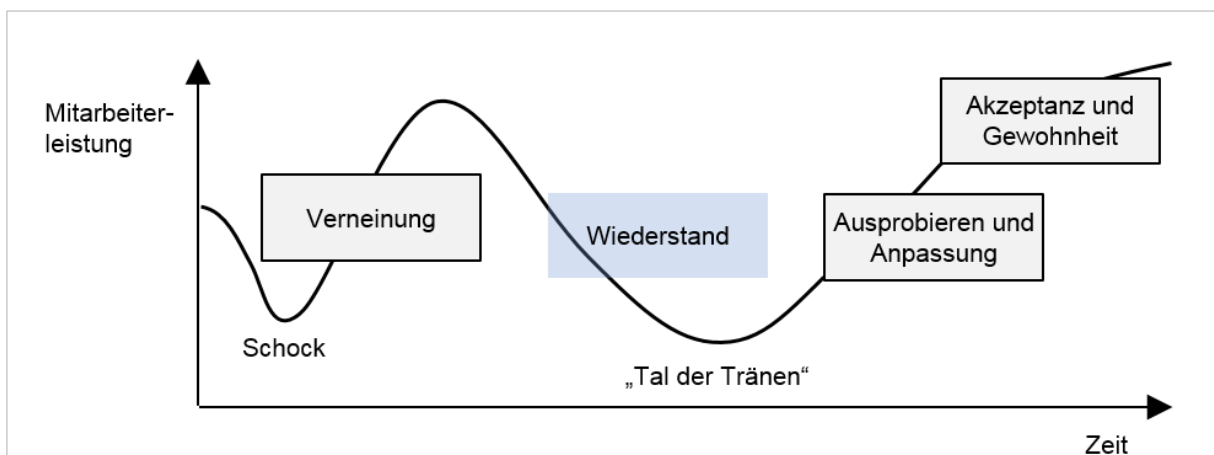


Abb. 5: Veränderungskurve.
Quelle: in Anlehnung an Wagner (2010) und Kuebler-Ross (1969).

wunden sein, bevor der Mensch in die Widerstands-Phase eintreten kann – alleine das Loslassen bestehender Dinge oder das Einlassen auf Neues erzeugt beim Menschen eine Form des Widerstandes. Die Phase des Widerstandes endet in der Akzeptanz der Veränderung, entweder aus Überzeugung oder aus Einsicht, dass das ‚Ertragen‘ der Veränderung unumgänglich ist. Für manche Menschen dauert ein solcher Übergang sehr lange („Tal der Tränen“). Nachdem die Phase des Widerstands abgeschlossen und die Veränderung angenommen ist, beginnt die Phase des Ausprobierens und Einlassens auf die Veränderung. Erst danach wird das neue Verhalten oder die neue Einstellung verinnerlicht und zur Gewohnheit.

Eine einfache Annäherung an den Widerstand sind die vier Fragen nach dem Nicht-Können, Nicht-Wollen, Nicht-Wissen und Nicht-Dürfen. Sie befinden sich entweder auf der individuellen, persönlichen Ebene oder der Organisationsebene. Auf der individuellen Ebene unterscheidet man zwischen Veränderungskompetenz und -bereitschaft: Nicht-Können (Veränderungskompetenz) bedeutet, der Betroffene hat ein unzureichendes Anpassungsvermögen aufgrund fehlender Ressourcen oder Fähigkeiten. Manche Menschen haben Angst, neue Dinge zu tun und dabei zu versagen oder es fehlen ihnen bestimmte Fähigkeiten, die zunächst erlernt werden müssen. Eine große Gefahr im Change Management ist es, zu vergessen, die Mitarbeiter für ihre neue Rolle zu befähigen; Vorgesetzte gehen oft davon aus, ihre Mitarbeiter könnten das Neue schon. Qualifizierung durch Training und Coaching wirken dieser Ursache von Widerstand entgegen. Nicht-Wollen (Veränderungsbereitschaft) ist gleichzusetzen mit einer fehlenden Veränderungsmotivation und der mangelnden Bereitschaft zur Anpassung. Anders als beim Nicht-Können ist der Mitarbeiter in der Lage, die Veränderung umzusetzen, will es aber nicht, z. B. aus Angst vor Misserfolgen oder Statusverlust.

Mitarbeiter müssen motiviert und überzeugt werden, was durch Beteiligung an der Planung und Umsetzung, Zuführung der passenden Aufgabe, Rückmeldung der Ergebnisse und dem Aufzeigen von Perspektiven erreicht wird.

Ergänzend dazu spricht man auf der Organisationsebene von Nicht-Wissen und Nicht-Dürfen: Die Mitarbeiter haben keinen Gesamtüberblick. Sie wissen nicht, was sich bspw. durch eine Umorganisation oder die Einführung neuer Konzepte verändert und verweigern daher ihre Mitarbeit. Oder viel schlimmer: Sie sind überhaupt nicht über die Veränderung informiert und erfahren z. B. einen Unternehmensverkauf durch die Presse. Kontinuierliche und unermüdliche Kommunikation und Information sowie Antworten auf die Frage „WAS ändert sich für WEN?“ sind daher unerlässlich in Veränderungsprojekten. Wenn die gewünschte Einstellungs- und Verhaltensänderung zwar kommuniziert, aber nicht gelebt wird, muss die Ursache Nicht-Dürfen betrachtet werden. Gründe hierfür können sein, dass die direkte Führungskraft oder das Team zustimmende Verhaltensweisen sanktionieren. Diesen unerwünschten Effekt begrenzt die konsequente Förderung des tatsächlich erwünschten Verhaltens, bspw. mittels einer darauf abgestimmten Ziel- und Beurteilungssystematik.

Erfolgsfaktoren aus einem Praxisbeispiel

Um die vorangegangenen theoretischen Ausführungen nun mit Leben zu füllen, hilft der Blick auf ein Best Practice-Beispiel aus der Praxis. Es geht um die exemplarische Reorganisation einer kardiologischen Fachabteilung in einem Universitätsklinikum. Ziel des Beispielprojektes ist primär die Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation, um einerseits die wirtschaftlichen Kennzahlen zu verbessern und andererseits die weichen Faktoren wie die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit zu steigern. Das gesamte Projekt mit allen Facetten in diesem Artikel

zu beschreiben, würden den Rahmen sprengen, entsprechend sollen nachstehende Erfolgsfaktoren exemplarisch für konkrete Change Management-Maßnahmen stehen, die dem Viersatz Nicht-Wissen, Nicht-Wollen, Nicht-Können, Nicht-Dürfen entgegen wirken sollen (Pfähler, 2011):

Erfolgsfaktor: Ganzheitliches Vorgehen – „Gemeinsam ein Zelt aufstellen“

Entscheidend für den Erfolg eines Reorganisationsprojektes ist der ganzheitliche Ansatz, der durch das Bild „Wir spannen gemeinsam ein Zelt“, transportiert wird. Es unterstützt die in das Projekt eingebundenen Mitarbeiter darin, von Anfang an die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Teilprojekten eines Reorganisationsprojektes zu verstehen. Unsere kardiologische Beispiel-Fachabteilung besteht aus den zentralen Standbeinen Herzkatheter, Stationen (Normal- und Intensiv-), Diagnostik und Ambulanz. Übertragen auf die Metapher, sollen diese analog zu Zeltstangen gemeinsam neu aufgestellt werden, damit das Zelt am Ende stabil steht. Konkret könnten solche Zeltstangen folgende vier Teilprojekte abbilden:

- Reorganisation der Stationsbetriebe und Standardisierung von Prozessabläufen
- Aufbau eines zentralen Bettenmanagements
- Reorganisation der Herzkatheterlabore in Verbindung mit den vor- und nachgelagerten Schnittstellen
- Reorganisation der Funktionsdiagnostik und Ambulanz

Welchen Kraftakt es für eine Abteilung bedeutet, solch vier Teilprojekte neben dem laufenden Betrieb gleichzeitig zu stemmen, kann man sich vorstellen. Daher ist es entscheidend, von Beginn an den Mitarbeitern zu verdeutlichen, wie die einzelnen Projekte

ineinandergreifen und wie das Zelt am Ende aussehen und sicher stehen soll. Ein Nicht-Wissen wird damit von Anfang an vermieden (s.o. 3. Zentrales Thema: Widerstand).

Erfolgsfaktor: Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit

Neben der Empfehlung aus dem klassischen Projektmanagement, ein Projektteam aus internen und externen Mitgliedern zusammenzusetzen, kommt im Krankenhaus die Herausforderung der unterschiedlichen Berufsgruppen dazu. Bei der sog. Soll-Konzeptionierung ist gerade die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen wichtig für die spätere Akzeptanz und Anwendung bei den einzelnen Betroffenen. Daher ist es notwendig, sich für die Problemstellungen der Zusammenarbeit zwischen den Gruppen Zeit zu nehmen und diese Schritt für Schritt gemeinsam aufzulösen. So muss z. B. eine gemeinsame Sprache gefunden, die unterschiedlichen Erwartungen abgeglichen, auf einen gemeinsamen Nenner gebracht und ein Stückweit sogar die Zusammenarbeit wieder neu erlernt werden. Lassen sich diese Grundsteine in der Projektarbeit legen, wirken sie lange positiv für den Projekterfolg nach: Bleibt die berufsgruppenübergreifende Kommunikation auch nach Projektende bestehen, können neu aufkommende Probleme in der Umsetzung über kurze Abstimmungswege gemeinsam gelöst werden.

Erfolgsfaktor: Umsetzungsbegleitung als zentraler Projektbaustein

Erfolgreiche Prozessoptimierungsprojekte zeichnen sich dadurch aus, dass die Phase nach Ist-Analyse und Konzepterstellung mindestens genauso wichtig - wenn nicht noch wichtiger - angesehen wird als die Phasen davor. Entscheidend in dieser Umsetzungsphase sind frühe Erfolge, um die Motivation zu steigern (Wollen!) und kritischen Stimmen begegnen zu können. Ein zeitnaher Start der Umsetzung hilft, damit

die Mitarbeiter sehen, dass es voran geht, dass nicht nur geredet sondern auch gehandelt wird. Bspw. bringen die neu geregelten Stationsabläufe, sofern sie eingehalten werden, einen pünktlichen Feierabend mit sich, der natürlich motivationssteigernd wirkt. Eine enge Begleitung der Umsetzungsphase durch das Projektteam, z. B. zusammengesetzt aus internen und externen Teammitgliedern, in den ersten Monaten trägt ebenso viel zum Umsetzungserfolg bei, d.h. die Arbeit des Projektteams ist mit der Konzepterstellung noch lange nicht fertig. Erfahrene Personen im Team können bei der Befähigung der Mitarbeiter helfen (Können!), z. B. indem sie in der ersten Umsetzungswoche täglich die Visite begleiten, um damit zu schauen, was wirklich Bestandteil der Visite ist oder in vor- oder nachgelagerte Prozesse gehört. Anhand von Prozesskennzahlen, z. B. anhand von Herzkatheter-Kennzahlen wie pünktlicher erster Eingriff, kann der Umsetzungserfolg gemessen und anfangs in wöchentlichen Feedback-Sitzungen in den einzelnen Teilprojekten evaluiert werden (Wissen!). Aus diesem Wissen lassen sich dann sofort Maßnahmen zur Steigerung der Umsetzung ableiten.

Erfolgsfaktor: Verantwortungsübernahme durch das Leitungsteam

Auf ärztlicher Seite empfiehlt es sich, die oberärztlichen Verantwortungsbereiche mit Hilfe von Organigrammen klar festzulegen (Dürfen!), welche die Strukturen von medizinischer, Personal- und Ressortverantwortung abbilden. Die Rahmenbedingungen für die Personalverantwortung z. B. steckt ein Personalentwicklungskonzept für den ärztlichen Dienst, welches u. a. ein Mentorensystem und das Curriculum zur Rotationsplanung enthält. Assistenzärzten, denen eine klare Perspektive und Führung geboten wird, entscheiden sich in den aktuellen Zeiten des Ärztemangels leichter für eine Abteilung. Die medizinischen Schwerpunkte der einzelnen Oberärzte werden in einem medizinischen Leistungsportfolio abgebildet. Die

Ressortverantwortung bezieht sich auf organisatorische Bereiche, wie z. B. Station, Ambulanz, IT, Personal, Marketing. Die enge Einbindung der Oberärzte fördert die Akzeptanz (Wollen!) und stellt die Verantwortungsübernahme für Themen und Prozesse in der Abteilung sicher, was zwingende Voraussetzung für den nächsten Erfolgsfaktor ist. Ein analoges Vorgehen für das Pflegepersonal ist selbstredend.

Erfolgsfaktor: Etablierung selbständiger berufsgruppenübergreifender Feedback-Strukturen

Im Zuge der Festigung von neu definierten Prozessen gilt es, Strukturen für eine langfristige und eigenständige Sicherung zu schaffen. Das dazu nötige Methodenwissen muss an die Verantwortlichen transferiert werden. Dies geschieht während der Projekte u. a. durch die gemeinsame Moderation von Projektgruppen und damit dem Erlernen von Moderationstechniken und durch die Zurverfügungstellung von Vorlagen durch das Projektteam. In berufsgruppenübergreifende Führungskräfte-Coachings beschäftigen sich die Verantwortlichen mit den Themen Motivation, Überwindung von Widerständen und Selbstmanagement. Im dritten Schritt geht es noch um die Wissensanwendung; entscheidend ist, dies zuzulassen (Dürfen!). Ein langsamer Rückzug von zunächst einer engen externen Kontrolle zu Beginn hin zu einem regelmäßigen Feedback gegen Ende ermöglicht dabei einen zunehmenden Transfer der Verantwortung. Abschließend werden selbstständige berufsgruppenübergreifende Feedback-Strukturen etabliert.

Erfolgsfaktor: Kontinuierliche Überwachung und Weiterentwicklung

Nach Projektabschluss dienen (z. B. halbjährliche und extern durchgeführte) Prozessaudits, sog. Feedback-Wochen, bestehend aus Feedback-Runden, Begehungen und Auswertungen von Prozesskennzahlen,

der kontinuierlichen Überwachung und Weiterentwicklung der Abteilung.

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten: Ein erfolgreiches Reorganisationsprojekt unterscheidet sich vor allem in drei Punkten deutlich von anderen nicht so erfolgreichen Projekten dieser Art: Der ganzheitliche Ansatz, verbunden mit einer von Beginn an berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit. Kommt die gelebte Verantwortungsübernahme der Führungskräfte hinzu, steht einer langfristigen Ergebnissicherung nichts im Wege.

Literatur

CA Consulting (2007) Veränderungen erfolgreich gestalten - Repräsentative Untersuchung über Erfolg und Misserfolg im Veränderungsmanagement. C4 Change Management Studie 2007. CA Consulting (Hrsg.) Online im Internet. URL: <http://c4-consulting.com/de-DE/c4-consulting.html?id=18>, Abrufdatum: 30.11.2015.

Capgemini Consulting (2012) Digitale Revolution: Ist Change Management mutig genug für die Zukunft. Change Management Studie 2012. Capgemini Consulting (Hrsg.). München.

Jørgensen H. H., Albrecht J., Neus A. (2007) Making Change Work: Erfolgsfaktoren für die Einführung von Innovationen. IBM Global Business Services. Online im Internet. URL: http://www-05.ibm.com/de/pressroom/downloads/mcw_2007.pdf, Abrufdatum: 30.11.2015.

Kübler-Ross E. (1969) On Death and Dying. Scribner Verlag. New York.

Kurt Lewin (1947) Frontiers in group dynamics; concept, method and reality in social

science; social equilibria and social change. In: Human Relations. Vol. 1. No. 1. pp. 5-41.

Machiavelli N. (2011) Der Fürst. Nikol Verlag. Hamburg.

McKinsey (2010) What successful transformations share: McKinsey Global Survey results. Studie 2010. McKinsey (Hrsg.). Online im Internet. URL: http://www.mckinsey.com/insights/organization/what_successful_transformations_share_mckinsey_global_survey_results, Abrufdatum: 30.11.2015

Pföhler M. (2011) Entwicklung medizinischer Fachabteilungen: Identifikation von strategischen Erfolgsfaktoren zur langfristigen Ergebnissicherung. In: klinikarzt. Jg. 40. Nr. 10. S. 436-444

Reinhardt R. (2012) Einführung Change Management. unveröffentlichtes Dokument. Riedlingen.

Rieckmann H. (2005) Dynaxity und Dynaxibility. In: Managen und Führen am Rande des 3. Jahrtausend. 3. Aufl., Peter Lang Verlag. Frankfurt.

Schreyögg (2008) Organisation, Grundlagen moderner Organisationsgestaltung, mit Fallstudien. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl., Gabler Verlag. Wiesbaden.

Vahs D. (2009) Organisation: Ein Lehr- und Managementbuch. 7. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag. Stuttgart.

Vahs D., Weiland A. (2010) Workbook Change-Management: Methoden und Techniken. Schäffer-Poeschel Verlag. Stuttgart.

Wagner E. (2010) Vom Umgang mit Widerständen in Veränderungsprozessen. Online im Internet. URL: <http://www.perspektiveblau.de/artikel/1007b/1007b.htm>, Abrufdatum: 30.11.2015.

Autorenbiografie

Prof. Dr. Mirjam Schneider-Pföhler ist Professorin für Change Management, Organisationsentwicklung und Coaching an der SRH FernHochschule in Riedlingen, Baden-Württemberg. Aufgrund ihrer langjährigen Beratungserfahrung verfügt sie über ausgewiesene Expertise in Veränderungsprojekten in Unternehmen des Gesundheitswesens.

Autorenanschrift

Prof. Dr. Mirjam Schneider-Pföhler
SRH FernHochschule Riedlingen
Lange Straße 19
88499 Riedlingen

E-Mail: mirjam.schneider-pfoehler@hs-riedlingen.de

Beitrag aus der Praxis I



Titel

Change Management, Vorgehensweise bei Veränderungsprojekten in Krankenhäusern

Autorin

Gaby Baller

Einleitung

Helga und Wilhelm Kirchner beschreiben in ihrem Buch „Change-Management im Krankenhaus - Strategische Neuorientierung in Non-Profit-Unternehmen:

„In der betriebswirtschaftlichen Organisationslehre hat Change Management die Bedeutung des Managements von Veränderungsprojekten. Das bedeutet, für eine systematische und methodisch unterstützte gesteuerte Überführung eines alten Organisationszustandes in einen neuen zu sorgen“ (Kirchner/ Kirchner 2000).

In einem Krankenhaus sind das demnach Vorhaben wie beispielsweise Sanierung, Übernahme eines gesamten Hauses, Aufbau oder Reorganisation einer Abteilung, Einrichtung medizinischer Zentren, Umsetzung neuer gesetzlicher Vorgaben und vieles mehr.

Aufgrund dieser Maßnahmen entsteht meist ein massiver Veränderungsdruck. Vor allem, weil die Planung der Veränderung meist von den Trägern, bzw. der Leitungsebene in den Kliniken beauftragt und geplant wird. Das

Klinikpersonal aber sind diejenigen die die Veränderung umsetzen und stabilisieren müssen, ohne umfassend über das oder die Ziele oder die geplante Vorgehensweisen informiert zu sein.

Hinzu kommt, dass häufig weder zeitliche noch personelle Ressourcen eingeplant werden. Die Veränderung ist ein Add-on zum Tagesgeschäft. Change Management ist aber eine tiefgreifende Veränderung auf der Unternehmens- und der persönlichen Ebene, um nicht nur Prozesse, sondern auch Kommunikationsstrukturen zu optimieren. Weil auch der Gesetzgeber die Rahmenbedingung stetig ändert und neu reguliert, sind fundierte Kenntnisse über Change Management erforderlich.

Wie kann also ein Veränderungsprojekt in einem Krankenhaus, bzw. in einer Einrichtung im Gesundheitswesen gelingen? Eine mögliche Vorgehensweise erläutert dieser Artikel.

Führungskräfte als Erfolgsgaranten

Ausschlaggebend für den Erfolg sind vor allem die Führungskräfte. Sie müssen die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen, selbst motiviert sein, das Verände-

rungsprojekt auch anzugehen, und ihre Mitarbeiter bei deren Anliegen ernst nehmen und entsprechend unterstützen.

Führung in Change Prozessen ist außerdem eine Teamaufgabe. Deshalb muss der Führungsstab vor dem eigentlichen Beginn des Veränderungsprozesses

- Unternehmensstrukturen auf den Prüfstand stellen und gegebenenfalls ändern
- Bedürfnisse nach Veränderung bei den Beteiligten wecken
- Schlüsselpositionen mit geeigneten Mitarbeitern besetzen
- Mitarbeiter für die Ideen des Zustands nach der Veränderung begeistern

Selbst vermeintlich identische Veränderungsprojekte, z. B. die Einführung eines Qualitätsmanagements, können zu vollkommen unterschiedlichen Vorgehensweisen führen. Das hängt mit der Unterschiedlichkeit der Krankenhäuser zusammen, deren Strukturen und der Veränderungsbereitschaft ihrer Führungskräfte.

Am Anfang steht die Analyse

Eine SWOT-Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), oder auch

Stärken-Schwächen-Analyse genannt, dient zu Anfang der systematischen Betrachtung eines Veränderungsprojekts, zur Entscheidungsfindung, für die Strategieentwicklung, aber auch bei Krisensituationen während der Projektdurchführung.

Die Grundidee ist die gleichzeitige Betrachtung von Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken. Strategieansätze ergeben sich dann durch eine paarweise kombinierte Analyse dieser vier Bereiche (siehe Tabelle 1).

Danach wird eine Ist-Analyse der (Problem-) Bereiche, für die das Veränderungsprojekt Verbesserungsansätze entwickeln soll, durchgeführt. Der Ist-Zustand der betroffenen Bereiche wird objektiv analysiert und bewertet. Hier gibt es verschiedene Methoden, die je nach Einrichtung, bzw. Klinik eingesetzt werden.

Es gilt darin, umfangreiche Daten über den ausgewählten Bereich zu sammeln, ohne das Ziel des Vorhabens (Soll-Zustand) außer Acht zu lassen und die Ist-Aufnahme nicht umfangreicher als notwendig zu gestalten.

Mitarbeiter informieren

Mitarbeiter wollen und müssen wissen, warum etwas verändert werden soll und die Verantwortlichen müssen die Veränderung

SWOT-ANALYSE	Stärken	Schwächen
Chancen	Wie können wir die Stärken des Krankenhauses/ der Abteilung einsetzen, um die Chancen die sich daraus ergeben, zu nutzen?	Wie können wir an den Schwächen des Krankenhauses/ der Abteilung arbeiten, um die Chancen die sich daraus ergeben, zu ergreifen?
Risiken	Wie können wir die Stärken des Krankenhauses/ der Abteilung einsetzen, um die Risiken die sich daraus ergeben, zu überwinden?	Wie können wir an den Schwächen des Krankenhauses/ der Abteilung arbeiten, um die Risiken die sich daraus ergeben, zu meistern?

Tab. 1: SWOT-Analyse.
Quelle: Eigene Darstellung (2015).

entsprechend erklären können. Ein Geschäftsführer muss den Krankenhausmitarbeitern ein anschauliches Bild vermitteln können, wie das Krankenhaus nach der Veränderung aussieht.

Ein für alle sichtbarer Leitfaden im Intranet etwa, kann zeigen, wie sich die Änderungen durch das Haus, durch die gesamte Organisation bewegen. „Die Umsetzung beginnt in der Radiologie und wird dann der Reihe nach durch folgende Abteilungen und Funktionsbereiche gehen: ...“ Jeder hat damit die Möglichkeit zu überprüfen, wie weit der Veränderungsprozess bereits fortgeschritten ist. Außerdem wollen Mitarbeiter wissen, wie die Änderung sie persönlich betrifft und welche Auswirkungen sie hat. Ärzte, Krankenpflegepersonal, Techniker, Apotheker, Helfer, usw. müssen nachvollziehen können, was deren Rolle und das Ziel dabei ist. Dazu dient eine Auftaktveranstaltung, die Kick-Off-Veranstaltung zu Beginn des Projekts. Projektbeteiligte können sich untereinander über den Beginn der Arbeiten abstimmen.

Haltung der Belegschaft

In aller Regel unterteilt sich die Belegschaft bei einer Veränderungsinitiative in 3 Gruppen:

- die Unterstützer, etwa 20 %
- die Unentschlossenen, etwa 60 %
- die Blockierer, etwa 20 %

Die Gruppe der Unterstützer ist sehr wertvoll, weil man mit ihnen einfach arbeiten kann, konstruktiv arbeiten kann. Die Gruppe der Blockierer ist aber ebenso wertvoll. Weil sie Widerstände gegen das Projekt haben, sind sie in ihrer Haltung kritisch und sehen Fehler meist sofort. Sie sind sinnvollerweise ins Risikomanagement einzubinden.

Schwierig ist die Gruppe der Unentschlossenen in Veränderungsprozessen. Es ist nicht vorherzusehen, welche Teile des Projekts sie unterstützen und welche nicht. Bei manchen Aufgaben und Maßnahmen sind sie vorne dabei, dann wieder nicht. Diese Gruppe braucht besondere Beobachtung und muss immer wieder motiviert werden, dran zu bleiben und den Change zu unterstützen. Das Big Picture des Endzustands und der genaue Weg dorthin müssen immer wieder klar kommuniziert werden.

Phasen im Change Management

Das Bild nach der Veränderung - die angestrebte Kultur - muss ganz konkret und für alle nachvollziehbar dargelegt werden, mit allen angestrebten Veränderungszielen. Die einzelnen Schritte, sind jeweils zu beschreiben und zu begründen. Daraus werden dann die einzelnen Maßnahmen erarbeitet, die sogenannten Interventionen. Nach jeder Intervention findet ein Review statt, eine Bestandsaufnahme der erzielten Erfolge und Nebeneffekte. Auf Basis dieser Analyse werden gegebenenfalls die Pläne für das weitere Vorgehen angepasst, bzw. revidiert. Plan, Do, Check, Act - der Demingkreis: Alle Maßnahmen werden geplant, durchgeführt, überprüft und umgesetzt.

Zielerreichung

Mit guter Vorbereitung und gründlicher Planung dauert ein durchschnittliches Veränderungsprojekt in einem Krankenhaus ca. 1 bis 1 ½ Jahre. Das Ziel bzw. die Ziele des Veränderungsprojektes sollten nach dieser geplanten Zeit erreicht sein und die neuen Prozesse im Denken, Fühlen und Verhalten ihrer Mitarbeiter verankert haben. Um eine neue Verhaltensweise zu etablieren, muss sie allerdings mindestens 15 Mal durchgeführt werden, damit sie sich als neue Normalität darstellt. Dies ist fast der wichtigste Teil im Veränderungsprojekt, weil oftmals alle Energie der Umsetzung des Veränderungsprojekts gewidmet wird und danach alle er-

schöpft in alte Gewohnheiten zurück verfallen. Dies kann man z. B. bei der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen sehr gut beobachten. Nach Erstellung des QM-Handbuchs verschwindet dieses in den Schränken, alle machen weiter wie zuvor. Nur die neuen Formulare werden verwendet. Erst wenn ein Audit oder die Re-Zertifizierung ansteht, wird das QM-Handbuch wieder hervorgeholt.

Deshalb sind Follow-ups in regelmäßigen, immer größer werdenden Abständen so wichtig, um zu überprüfen, ob es Änderungs- oder Anpassungsbedarf gibt, oder die Motivation nachgelassen hat und um entsprechende Gegenmaßnahmen frühzeitig einzuleiten. Dies alles geht nicht ohne externe Begleitung mit neutralem Blick aufs Machbare, die Belegschaft und deren Führungskräfte. Mithilfe eines guten Prozessmanagements kann man für nachhaltige Umsetzungsenergie sorgen, zum Beispiel durch regelmäßige Workshops, an denen möglichst viele Mitarbeiter beteiligt sind und die Veränderung gemeinsam auf Erfolge und Schwachstellen hin auswerten. Damit bleibt die Energie, die Motivation und die Lust am nachhaltigen Erfolg des Projekts bei den Beteiligten gleichbleibend hoch.

Literatur

Kirchner H., Kirchner W. (2000) Change-Management im Krankenhaus – Strategische Neuorientierung für Non-Profit-Unternehmen. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Autorenbiografie

Gaby Baller berät Führungskräfte in Einrichtungen des Gesundheitswesens und internationale Unternehmen in Veränderungsprozessen. Sie ist Dozentin an der Universität Heidelberg und der Hochschule Neu-Ulm sowie Autorin zahlreicher Artikel in Fachzeitschriften und Büchern.

Autorenanschrift

Gaby Baller
Training, Coaching & Beratung
für Einrichtungen im Gesundheitswesen
Langgewann 95
69121 Heidelberg

E-Mail: baller@six-sigma-coaching.de

Beitrag aus der Praxis II



Titel

Transformationale Führung zur wirtschaftlichen Sanierung von Krankenhäusern

Autor

Stefan Ruhl

Ausgangssituation

Jede sechste Klinik in Deutschland ist 2014 von der Insolvenz bedroht, 40 Prozent der rund 2.000 Krankenhäuser machen Verlust (Telgheder 2015). Die Dynamik der marktwirtschaftlichen Entwicklungen hat sich in den letzten Jahren in der Krankenhausversorgung erhöht. Veränderungen - ob als Reaktion auf externe Entwicklungen oder proaktives Gestalten aufgrund eigener strategischer Absichten - sind zum dauerhaften Begleiter wirtschaftlichen Handelns im Krankenhaussektor geworden. Es setzt sich langsam, aber sicher die Erkenntnis in den Führungsetagen durch, dass sich Krankenhäuser unter dem bestehenden Marktdruck in einem Zustand des tiefgreifenden Wandels befinden und dass dieser aufgrund der herrschenden Veränderungsgeschwindigkeit darüber hinaus eine kontinuierliche Wandlungsfähigkeit fordern wird. Was früher die Ausnahme war, ist für Kliniken damit heute schon die Regel: Herausforderungen, auf die schnellstens klug reagiert werden muss; neue Projekte, die mit voller Kraft voranzubringen sind. Doch festangestellte Führungskräfte haben dafür neben dem operativen Tagesgeschäft nicht ausreichend Kapazitäten, nicht das Know-how oder die Erfah-

rung. Auch ist die Linienorganisation – insbesondere im drei-Säulen-System von Kliniken – dazu zu starr und schwerfällig. An diesem Punkt startet der Job des Interimsmanger, der mit der oberen Klinikleitung zusammen in einer Projektorganisation wirtschaftliche Sanierungsprojekte in einer agilen Projektorganisation voranbringt.

Wie wirkt die Organisation des Sanierungsprojektes auf die Veränderung der Kernorganisation transformational ein, um das wirtschaftliche Sanierungsziel mit den Menschen zu bewirken?

Die Reflektion dieser Frage ist Inhalt des folgenden Beitrages. Die BWL hat einige dienliche Denkmodelle dazu herausgebracht. Einige der Ansätze werden im Folgenden beschrieben. Die Antwort, wie Transformation gelingt, ist gar nicht neu zu erfinden. Es ist mit Fleiß, Engagement für die Sache und mit nicht zu wenig Herzblut schlicht und einfach zu tun.

Formen des Wandels

Führen von Veränderungen wird in Literatur und Praxis vielfältig definiert. Darunter gliedern sich beispielsweise „einfache“ Prozessänderungen bis zu „komplexen“ Unter-

nehmensumstrukturierungen. Hinsichtlich der zugrunde liegenden Wandlungsintensität und -komplexität lassen sich drei Formen des Wandels grundsätzlich unterscheiden (Brehm 2003):

Changemanagement im engen Sinne:

Kleinere Veränderungen, die zum Tagesgeschäft einer Führungskraft gehören und insofern als mit dem üblichen Managementwerkzeug als beherrschbar gelten. In der Organisation ist dies häufig als „kontinuierlicher Verbesserungsprozess“ verankert (KVP).

Transition Management/ Reproduktiver Wandel:

Es geht im Kern um Effizienzsteigerungen im bestehenden System, in bestehenden Prozessen oder Strukturen – also um Kostensenkungsmaßnahmen, Synergien und Rationalisierungen sowie um die aktive Steuerung von Risiken (Finanzen, Dienstleistungsqualität, Kunden- und Mitarbeiterbindung). Im Mittelpunkt stehen dabei v. a. soziale Prozesse, etwa wie mit dem Widerstand gearbeitet wird. Es geht nicht um die strategische Neuaufstellung.

Strategic Change/ Transformativer Wandel:

Tiefgreifende und komplexe Veränderungen bis hin zur strategischen Neuausrichtung des Krankenhauses (wie sie eben z. B. gerade für die Sanierung erforderlich werden). Die Veränderung betrifft Organisationen und Personen in ihrer Identität. Herausfordernde Ziele können eben nicht mit „mehr von dem, was bislang schon nicht funktioniert hat“ gelöst werden.

In Abbildung 1 ist ein Beispiel für die Auftragsklärung, wie sie sich in der Initialisierungsphase eines Sanierungsprojektes herauschälen könnte, skizziert. Das Bewusstsein darüber, dass es beim Sanierungsmanagement um mehr als die Abarbeitung ei-

nes Maßnahmenpaketes geht, ist für eingeleiteten Manager – v. a. wenn sie zudem ein hohes Controllingbedürfnis besitzen – zunächst wenig einsichtig. Sie wollen ja gerade einen Interimsmanager einkaufen, der ein Maximum an Sicherheit verspricht. Wenn der Externe scheitert, dann liegt zumindest die Exkulpation vor, alles versucht zu haben. So zumindest funktioniert das klassische Modell aller großen Beratungsunternehmen, die sich gerne im Feld der Effizienzsteigerung tummeln.

Die Arbeit des Interimsmanager funktioniert so nicht. Dass es sich tatsächlich um die Begleitung eines transformationalen Wandels in der Organisation selbst handelt, ist entscheidend für die Auftragsklärung zu Beginn. Das Ausmaß der Veränderung, dass es eben gerade nicht so weiter gehen kann wie bisher, dass es nicht mit ein bisschen Schönheitskosmetik getan ist, muss für die Beteiligten fassbar sein. In der Regel bedeutet dies zunächst für die Betroffenen einen Schockzustand zu Beginn. Etwa wenn die Beteiligten bislang nicht realisiert haben, wie nahe sie – trotz guter Medizin - tatsächlich bereits an der Insolvenz stehen.

Magisches Dreieck der Veränderung: Strategie, Struktur, Kultur

Ambivalenz, Kontingenz, Ungewissheit, Komplexität – ganz normale Phänomene im Hinblick auf die Größe der anstehenden Herausforderung – weisen die Managementidee der Planbarkeit des Prozesses in ihre Grenzen. Während für einen reproduktiven Wandel eine gute Kommunikation und ein Bündel strukturierter Maßnahmen zu einem definierten Themengebiet ausreichend sein können, verlangt transformativer Wandel eine abgestimmte Kombination aus strategischen Zielen in Verbindung mit Führungsfähigkeiten, Instrumenten, Maßnahmen, Aufgaben, Prozesse. Diese zielen allesamt auf die Strukturelemente organisationalen Lernens ab, die individuelle Probleminterpretationen in konsentiertes organisationales

Auftragsklärung	Wirtschaftliche Kliniksanieung
Zielsetzung	Umschreibt ein Spannungsfeld zwischen zwei Perspektiven: - strategischen Entwicklung mit Fokus auf Wachstumsfelder - Rationalisierungsvorhaben hinsichtlich unmittelbarem wirtschaftlichen Erfolg mit stärkerem Fokus auf kurzfristige Einsparpotenziale (Liquiditätssicherung)
Vorgehen	Als zentrale Erfolgsfaktoren für die Sanierung des Krankenhauses werden vereinbart: - Integration aller Leistungsträger - klare, verlässliche Leitungsstrukturen und Verantwortungsklämung - Commitment aller Führungskräfte zur transformationalen Führung - Konsentierung Veränderungsstrategie - Inhaltliche Konzentration auf Strategieprojekte mit hohem Impactfaktor auf die Wirtschaftlichkeit der Organisation - Gestaltung des medizinischen Leistungsportfolios - Umfangreiche Informations- und Kommunikationsangebote, Partizipations- und Reflektionszonen - Performancesteigerung der Mitarbeitenden durch Fokussierung und Beteiligung - Kostenmanagement, Identifikation und Umsetzung von Verzichtleistungen
Ergebnisse	- Individuell zusammengestelltes Restrukturierungsprogramm aus einer Vielzahl an Einzelprojekten, die nach ihrem jeweiligen Ergebnisbeitrag priorisiert wurden und bewertet werden, um das gestellte Rentabilitätssteigerungsziel zu erreichen bzw. zu monitoren - Das wirtschaftliche Ergebnisverbesserungsziel liegt oft zwischen 8-12 Prozent bezogen auf den Jahresumsatz - Die Fachabteilungen haben klare individuelle Entwicklungsperspektiven zur Stärkung der eigenen Werthaltigkeit. Es ist ein Klima des Miteinanders und des Über-den-eigenen-Tellerrand-hinaus-Schauens vorsichtig im Entstehen - Die Zusammenarbeit mit internen und externen (Vertrags-)Partnern ist klarer - Konstruktive Kundenrückmeldungen haben stetig zugenommen und weisen einige herausragend positive Resultate auf

Abb. 1: Vorgehensweise bei der Kliniksanieung.
Quelle: Eigene Darstellung (2016).

Wissen transferieren. Nämlich auf die Ordnungselemente Strategie, Struktur und Kultur (Weber 2015). Das eine kann nicht tiefgreifend ohne die anderen verändert werden. Alle drei Elemente sind kontinuierlich aufeinander anzupassen. Trotz der komplexitätsreduzierenden Veränderungs-Daumenregel „Strategie vor Struktur vor Kultur“, besteht eine gegenseitige Interdependenz. So scheiden z. B. strategische Optionen aus, die mit der bestehenden Organisationskultur nicht zu vereinbaren sind (etwa ein als inadäquat empfundener Umgang mit verdienten Mitarbeitenden).

Insofern wird auch vom „magischen Dreieck der Veränderung“ gesprochen (Wengelowski 2000). Das Bild drückt aus, das sich jeder

(Blick-)Winkel nicht ohne Einfluss auf die anderen beiden Elemente verändern lässt. Daraus ergibt sich im transformationalen Prozess auch etwa die kontinuierliche Ausrichtung auf eine hohe informationale Transparenz (Strategie), auf Partizipationsmöglichkeiten (Struktur) und auf die Erhöhung des Selbstreflektionsvermögens (Kultur).

„3W-Modell“ des Wandels: SOLLEN, WOLLEN, KÖNNEN

Gerade angesichts bedingter Planbarkeit des Prozesses werden als Leitplanken für die Umsetzung generische Rahmenkonzepte benötigt. Die wiederum unterstützen sowohl die Bewältigung einer konkreten Veränderungsherausforderung als auch den

Aufbau einer nachhaltigen Wandlungsfähigkeit. Mit dem 3W-Modell von Krüger (2006) liegt ein für die Umsetzungspraxis des Sanierungsmanagements charmantes generisches Rahmenkonzept vor.

Unternehmenswandel bewegt sich in einem Spannungsfeld von Wandlungsbedarf, Wandlungsbereitschaft und Wandlungsfähigkeit (daher „3W-Modell“). Diese drei Kategorien bilden die gedanklichen Koordinaten des Wandels. Ausgangspunkt jedes Wandels ist dabei der Wandlungsbedarf.

Der Wandlungsbedarf (Sollen): beschreibt das Ausmaß der sachlich notwendigen Veränderungen (z. B. Ergebnisverbesserung von 10 Prozent – aufgrund des hohen wirtschaftlichen Drucks der Kliniken das wohl alles dominierende Ziel).

Die Wandlungsbereitschaft (Wollen): beschreibt die Haltung der am Wandlungsprozess beteiligten Menschen gegenüber den Zielen und Maßnahmen des notwendigen Wandels.

Die Wandlungsfähigkeit (Können): schließlich ist die auf entsprechenden personen- und sachbezogenen Einflussgrößen basierende Möglichkeit, Wandlungsprozesse erfolgreich durchführen zu können.

Leider verfügen nicht viele Krankenhäuser, die aufgrund der betriebswirtschaftlichen Ergebnisse massiven Wandlungsbedarf haben, auch über die notwendige Wandlungsbereitschaft und -fähigkeit, um den erforderlichen Entwicklungsprozess zu initiieren und erfolgreich durchzuführen. Im Krankenhaussektor ist festzustellen, dass sinnvolle, inhaltlich detailliert und sorgfältig geplante Veränderungsprogramme nicht selten bereits bei der Initiierung, jedoch spätestens bei der Umsetzung scheitern. Dann bleiben die Ergebnisse in Bezug auf eine strategische Ausrichtung des medizinischen Portfolios, die nachhaltige Erlössteigerungen oder die notwendigen Kostenersparnisse weit

hinter den Erwartungen zurück und Projekte werden als Alibiveranstaltungen empfunden. Mit Erklärungen und Schuldzuweisungen, warum nicht mehr Veränderung erzielt wurde, wird nicht gespart. Das ist keinesfalls schlimm, sondern eine Symptombeschreibung für massive Beharrungstendenzen in stark hierarchisch geprägten Organisationen. Das System selbst muss Klarheit und Offenheit entwickeln, was es tatsächlich erreichen will.

Faktisch liefern alle drei Kategorien des Unternehmenswandels Erklärungsansätze, warum ein tiefgreifender Wandel im Krankenhaus nicht von alleine funktioniert. Wiederkehrende Gründe hierfür beginnen bei einer fehlenden Wandlungsfähigkeit oder -bereitschaft des Personals, das an seinen lieb gewonnenen Traditionen hängt. Ebenso fehlen Kompetenzen der ersten und zweiten Führungsebene, den Veränderungsprozess zu gestalten und mit glaubwürdigem, ehrlichem Beispiel voranzugehen. Hier ist eine Kombination von Klarheit auf der einen Seite und Empathie auf der anderen bei Führungskräften gefragt, die ganz selten in einer Person vereint sind. Praktisch kommt es also auf einen guten Zusammenhalt und eine effektive Ergänzung im Führungsteam an. Ein ebenso zentraler Stolperstein ist die Vernachlässigung von sachlichen und personellen Barrieren in den frühen Phasen des Veränderungsvorhabens, die gegen den Wandel an sich gerichtet sind. Es wird nicht die nötige Zeit und Sorgfalt verwendet, den Wandlungsbedarf in das Bewusstsein der Betroffenen zu rufen. Die zu Beginn jeder Umsetzung zu beantwortende Frage lautet: Ist der Ernst der Problemlage ausreichend bekannt ohne dass die Organisation die Zuversicht in die Handhabbarkeit verliert? Sollten harte Schnitte nötig sein, so sind sie zügig zum Umsetzungsbeginn abzuschließen, damit die Organisation diese Krise schnell überwinden und wieder nach vorne schauen kann ohne die Angst als ständigen Begleiter im Gepäck zu behalten. Von einer Salami taktik kann man hier nur abraten, wenn

das Vertrauen in die Führungskräfte nicht verspielt werden soll. Daher braucht es zumindest ein individuell auf die Klinik zugeschnittenes Gesamtkonzept zum Veränderungsmanagement anstelle von nur wenig integrierten Einzelmaßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Häufig werden Häusern nämlich recht phantasielose Standardkonzepte übergestülpt, ohne auf die jeweiligen einzigartigen Stärken am Markt, die s.g. Unique Selling Propositions (USP) zu achten. Doch Standardrezepte verkommen leicht zu voreiligen Schnellschüssen, bei denen erst nach und nach bewusst wird, wie wenig sie auf die individuelle Bedürfnissituation zugeschnitten sind. Um die Illusion vorwegzunehmen: Wer im Inneren keine Qualitäten zu bieten hat, dem wird und kann nicht das Vertrauen des Marktes zufliegen. Dem helfen Organisations- und Marketingkonzept am Ende des Tages nur wenig weiter. Das gilt für das medizinische Versorgungsangebot ebenso wie für die Führung.

Haben wir einzigartige Leistungsangebote im Portfolio der Klinik, die wir zur Stabilisierung der Lage stärken können? Ansonsten gilt es schnellstens an einer ebensolchen Profilierung zu arbeiten. Strategie kommt beim transformationalen Wandel vor Struktur und Kultur. Die Veränderungsstrategie zu gestalten ist primäre Führungsaufgabe – gerade in Krisenzeiten. Ziel des Veränderungsmanagements ist es dann, den Wandlungsbedarf, die Veränderungsfähigkeit und Bereitschaft zur Veränderung damit möglichst frühzeitig zur Deckung zu bringen und Missverhältnisse zu vermeiden.

Mitarbeiterführung im Transformationsprozess: Transformationale Führung

Ein tiefgreifender Transformationsprozess ist von Ängsten und Unsicherheit gekennzeichnet, da er die Identität der Organisation und der in ihr agierenden Individuen berührt. Alles Bisherige wird im Vorzeichen gewandelter Marktbedingungen in Frage gestellt. In einer solchen Situation besteht erstes

Hauptaugenmerk der Mitarbeiterführung in einer kontinuierlichen transparenten, wertschätzenden Kommunikation mit den Mitarbeitern. Dieser Zusammenhang gilt insbesondere im Sozialwesen, wo „soziale Wesen“ für Menschen tätig sind.

Wesentlich ist, dass die Mitarbeitenden den Wandel verstehen und Führungskräfte ihnen das „Wozu“ beantworten. Die Beantwortung dieser „Sinn-Frage“ ist an sich sinnstiftend und motivierend. Sie schafft Information und Transparenz auch ohne alle Detailfragen gleich klären zu müssen. Sozusagen dient sie als Fixstern für alles Folgende.

Weitere Ansatzpunkte sind eine konsequente Unterstützung, klare Vorgaben und stimmiges Vorleben seitens der Führungskräfte. Die Mitarbeitenden werden dadurch zu aktiven Beteiligten. Widerstand wird zu Widerspruch, der produktiv bearbeitet werden kann. Mitarbeitende bekommen Zeit und Ressourcen, um sich an veränderte Gegebenheiten anzupassen. Dies sind Voraussetzungen dafür, dass Vertrauen in den Wandel entsteht und auch die Vorteile im Wandel gesehen und angenommen werden können. Für den einzelnen Betroffenen ist ein persönlicher Platz im Bild der Zukunft reserviert. Bestenfalls sind die Mitarbeiter von der überfälligen Erfordernis und Richtigkeit des Transformationsprozesses überzeugt und die positive Veränderungsbereitschaft intensiviert sich. Gelingt es der Führungskraft, individuelle Gespräche über Ängste und Sorgen zu führen und vertrauensvoll individuelle Lösungsoptionen aufzuzeigen? Ein zentraler Erfolgsfaktor ist, dass sich auch die mittleren bis untersten Führungsebenen intensiv an der Veränderung durch die Umsetzung von Teilprojekten beteiligen. Denn diese besitzen den direkten Einfluss auf einen Großteil der Mitarbeiter und sind wichtige Multiplikatoren.

Ausgehend von diesen Überlegungen erweist sich das Konzept der transformationalen Führung als ein hilfreicher Ansatz. Der

Kerngedanke der transformationalen Führung stammt von J. M. Burns (Burns 1978) aus dem Jahr 1978. Transformationale Führung zielt darauf ab, Verhalten zu verändern – angefangen beim Führungsverhalten. Die so wichtigen Erfolgsfaktoren im Sanierungsprozess wie Schnelligkeit durch Vertrauen, Loyalität, Klarheit, intrinsische Motivation und Teamgeist sind von Führungskräften vorzuleben. Nach McKnight (2013) können daher mit diesem Konzept Führungskräfte unterstützt werden, Mitarbeitende für die neuen Herausforderungen begeistern. Transformationale Führung ist nach Bass und Avolio (1994) gekennzeichnet durch:

Glaubwürdigkeit und Vorbild (Idealized Influence):

Transformationale Führungskräfte werden als integere Vorbilder wahrgenommen, respektiert und bewundert. Sie genießen das Vertrauen ihrer Mitarbeiter. Auf sie ist Verlass. Sie werden hohen moralischen Ansprüchen gerecht.

Motivation und Inspiration (Inspirational Motivation):

Transformationale Führungskräfte drücken eigene Begeisterungsfähigkeit sowie Überzeugungen aus, kommunizieren Hoffnung und Zuversicht. Sie motivieren, indem sie Sinn vermitteln und für Teamgeist sorgen.

Anregung und Herausforderung zu unabhängigem Denken (Intellectual Stimulation):

Transformationale Führungskräfte regen die kreativen und innovativen Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter an, indem Bisheriges hinterfragt und zu Neuem ermutigt wird.

Individuelle Förderung und Entwicklung (Individual Consideration):

Transformationale Führungskräfte betätigen sich als Mentor/ Coach, um die Mitarbeiter

individuellen zu fördern und damit Leistung zu generieren.

Wirkung und Folge ist, dass transformationale Führungskräfte einen positiven Einfluss auf die Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden und damit der Organisation haben (Herrmann et al. 2012). Sie navigieren so durch Krisen, fokussieren Teams auf ihre Aufgaben und auf die erstrebenswerte Vision. Auch wenn eine Einzelperson alleine sich den hehren Ansprüchen kaum zu stellen vermag, ist die Situation mit einem entsprechenden Commitment als Führungswerte im Führungsteam ungleich leichter. Wenn es der obersten Führungskraft ernst ist, entsprechendes Führungsverhalten als primäre Führungsqualitäten zu verfolgen, werden sich alle Führungskräfte in kleinen kontinuierlichen Schritten weiterentwickeln. Damit ist der Meilenstein für tiefgreifenden Wandel in der Organisation gelegt. Der Wandel gelingt immer nur top-down (oder umgekehrt formuliert: der Fisch stinkt vom Kopf). Will ich meine Organisation verändern, muss ich in erster Linie mich selbst verändern. Meine Organisation hat sich meinem bisherigen Führungsverhalten bereits optimal angepasst. Der Status Quo ist abseits all meiner guten Absichten das ehrlichste Feedback für mich als Führungskraft.

Projektarchitektur für den Veränderungsprozess

In der externen Interimsgeschäftsführung kommt eine zusätzliche externe Unterstützung in das System. Es wird eine Multiprojektorganisation temporär neben der Linienorganisation aufgebaut. Für den Interimsmanager und den Auftraggeber setzt dies eine klare Rollendefinition voraus und braucht zur Untermauerung ein stimmiges ethisches Führungsverständnis, welches den Transformationsprozess nachhaltig unterstützt. Anliegen muss es in allen Projekten sein, Restrukturierungsprogramme für die Organisation mit den Menschen umzusetzen und immer in Entwicklungsperspekti-

ven zu denken. Auch bei schwierigen unternehmerischen Sachentscheidungen ist es wichtig, gemäß der Führungsüberzeugung zu handeln, so dass unternehmerischer Erfolg und nachhaltige Veränderung umgesetzt werden. So wie der Gärtner das ganze Jahr seinen Obstgarten pflegt, Bäume stützt und bindet, um später gute Früchte zu ernten, braucht auch Sanierungsmanagement Vorleistungen in vertrauensbildende Prozesse. Dies setzt voraus, die Führungskräfte der nächsten Ebene und so die Mitarbeitenden weitmöglich einzubinden. Nicht alle unternehmerisch notwendige Maßnahmen werden Mitarbeitenden natürlich gutheißen können, insbesondere dann nicht, wenn es um striktes Kostenmanagement zu ihren Lasten geht. Können sie den Weg trotzdem mitgehen, weil sie vom Sinn des Ganzen überzeugt sind? So unangenehm etwaige Schritte sind, schlimmer als die Maßnahmen selbst ist ein Zurückhalten von diesbezüglichen Informationen und das Agieren mit einer Hidden Agenda. Damit wird jedes Zukunftskapital leichtfertig auf das Spiel gesetzt.

Ist dies dem oder den Auftraggeber(n) und dem Interimsmanager klar, heißt das noch lange nicht, dass die Organisation die nötige Reife für den transformationalen Führungsstil hat. Dazu braucht es entsprechende Führungspersönlichkeiten an Bord. Die Qualifizierung von Führungskräften im transformationalen Führungsstil, die Durchführung von Klausurtagungen, die Pflege von Informations- und Kommunikationsprozessen mit den oberen Führungskräften über das Mittelmanagement bis zu den Fachkräften stellen Aufgaben in der Umsetzungsbegleitung dar, die in aller Regel mindestens genauso aufwändig sind wie die Entwicklung der strategischen Konzeption mit Einbindung der Betroffenen selbst. Zumal es hier selten um die Übermittlung reiner Sachinformation geht, sondern in aller Regel um die Abbildung authentischer Prozesse in harten Zeiten, anhand derer die Vertrauensurteile in

der Organisation gefestigt werden – oder aber nachhaltig gestört werden.

Der eigentliche Veränderungsprozess folgt einem Modell in fünf Phasen, wie es sich auch im klassischen Projektmanagement durchgesetzt hat. Ein solches ist etwa von Krüger (2006) beschrieben:

1) Initialisierung:

Die Notwendigkeit einer Veränderung wird z. B. aufgrund Insolvenzgefahr festgestellt; interne und externe System- und Situationsanalysen werden durchgeführt, um die Situation einschätzbar und planbar zu machen. Zugleich werden die Träger des Veränderungsprozesses z. B. Interimsmanager, Führungskräfte und Berater aktiviert.

2) Konzeption:

Bei der Konzeption des Transformationsprozesses werden die zentralen Zielbilder definiert sowie die dazugehörigen strategischen und operativen Maßnahmen ermittelt und festgelegt.

3) Mobilisierung:

Die bevorstehende Veränderung wird den Betroffenen kommuniziert, um die Akzeptanz der Beteiligten zu gewinnen und diese auf die veränderten Bedingungen vorzubereiten. Zugleich wird die Umsetzung vorbereitet.

4) Umsetzung:

Es ist die Phase des Abschieds von liebgewonnenen Traditionen. Diese Ablösung gilt es bewusst und mit sichtbaren Zeichen zu begehen. Die geplanten Änderungen werden durchgeführt sowie eventuelle Folgeprojekte initiiert. Jedes Projekt wird anschließend auf seinen Erfolg hin überprüft, bewertet und bei Bedarf adjustiert.

5) Verstetigung:

In der letzten Stufe werden die Ergebnisse des Wandlungsprozesses verankert und gefestigt, um zu sicher zu stellen, dass die Organisation nicht wieder in alte Muster zurück verfällt und durch die positiven Erfahrungen eine weitere Grundlage für Veränderungsbereitschaft im Hinblick auf künftige Herausforderungen geschaffen wird. Der Interimsmanager übergibt die Resttätigkeiten in die Linienorganisation und bereitet den Projektabschluss vor.

Fazit

Spätestens zum Projektabschluss sollte ein gewisser Stolz auf das Geleistete entstanden sein. Das Neue soll explizit gefeiert werden, auch wenn dies für den Interimsmanager als nur temporären Mitarbeiter im Dienste der Organisation ein ebenso schöner Moment der Freude wie ein trauriger Moment des Abschieds ist. Der Transformationsprozess ist bewältigt, die Organisation ist nicht mehr die Alte und – sie kann jetzt guten Gewissens alleine weiter laufen.

Literatur

Bass B. M., Avolio B. (1994) Improving Organizational Effectiveness Through Transformational Leadership. Thousand Oaks. Sage Publications. New York. pp. 3-4.

Brehm C. R. (2003) Organisatorische Flexibilität der Unternehmung: Bausteine eines erfolgreichen Wandels. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Burns J. M. (1978) Leadership. Harper & Row. New York.

Herrmann D., Felfe J., Hardt J. (2012) Transformationale Führung und Veränderungsbereitschaft. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. Jg 56. Nr. 2. S. 70-82.

Krüger W. (2006) Excellence in Change, Wege zur strategischen Erneuerung. 3. Auflage. Gabler Verlag. Wiesbaden.

McKnight L. L. (2013) Transformational Leadership in the Context of Punctuated Change. In: Journal of Leadership, Accountability and Ethics. Vol. 10. Issue 2. pp. 103-104.

Telgheder M. (2015) Bad Bank für kranke Kliniken, Krankenhaus-Report. Handelsblatt. Online im Internet. URL: <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/dienstleister/krankenhaus-report-bad-bank-fuer-krank-kliniken/11901876.html>, Abrufdatum: 28.12.2015.

Weber W. (2015) Umsetzung einer PM-Professionalisierung. In: Wagner R. (Hrsg.) Beratung von Organisationen im Projektmanagement. Symposium Publishing. Düsseldorf. S. 225 (20).

Wengelowski P. (2000) Entwicklung organisationalen Lernens: Ein Lenkungsmodell, Springer Verlag. Wiesbaden.

Autorenbiografie

Stefan Ruhl, ist gelernter Volkswirt, ist Unternehmer, Führungskraft und Coach. Zu seinen Kernkompetenzen gehört die Begleitung von Führungskräften medizinischer Fachabteilungen im Veränderungsprozess. Seine Tätigkeit umfasst die Strategieentwicklung, die Neukonzeption des medizinischen Leistungsspektrums, Optimierung der Prozesse sowie eine nachhaltige Verbesserung der Abteilungsergebnisse. Er ist ein gefragter Trainer und Coach von Führungskräften im Gesundheitssektor. Er hat einen Lehrauftrag an der European Business School und ist für die B. Braun Stiftung als Dozent zum Thema Empathische Führung tätig.

Autorenanschrift

Stefan Ruhl
Eastsite II
Harrlachweg 1
68163 Mannheim

E-Mail: info@ruhl-consulting.de

Beitrag aus der Praxis III



Titel

Kliniken unter Veränderungsdruck: Erfolgsfaktor strategischer Change und der wichtige Blick von außen

Autoren

Dr. Hans P. Schlaudt, Katharina Daniels

Einleitung

Die Website „Kliniksterben.de“ bringt es allein mit ihrer Namensgebung auf den Punkt: Nur wer sich bewegt, nimmt noch aktiv am Wirtschaftsleben teil, anderenfalls drohen Fusion, Insolvenz, Schließung. Anders ausgedrückt: Krankenhäuser sind Wirtschaftsunternehmen und stehen am „Markt“ vor der Herausforderung, sich auf neue Rahmenbedingungen einzustellen, sich zu verändern und das Marktumfeld erst zu beobachten, dann entscheidend mitzugestalten. Die Zeiten der Selbstgewissheit, dass Patientenströme sui generis ins Krankenhaus fließen und ärztliche Bewerber an die Klinikstore klopfen, sind definitiv Vergangenheit.

Zukunftsfähige Krankenhäuser brauchen eine Strategie, wo und wie sie sich am Markt positionieren. Es braucht eine Entscheidung, ob ein Krankenhaus ein Vorreiter (sog. First Mover) sein möchte, also Trends setzen will, oder ob es sehr früh neue Trends aufgreift (sog. „early follower“), oder ob es erst einmal abwartet (sog. „late follower“), wie sich Neuerungen, wie bspw. der politische gewollte Akzent auf ambulante Versorgung, durch-

setzen. Aus einer Position der Stärke kann Beobachten und Warten eine vorübergehende Phase sein. Wer aber zu lange wartet, läuft Gefahr, überholt oder sogar überrollt zu werden.

Im „Markt“ Gesundheitswesen ist heute Kreativität und Beweglichkeit gefragt, zum einen im Hinblick auf die internen Strukturen, zum anderen aber auch, um die Leistungsfähigkeit zu erhalten und Zukunftsthemen nicht zu verpassen. Vorreiter zu sein bedeutet immer, für eine größere Chance ein höheres Risiko einzugehen. Die Alternative heißt nicht Stillstand, denn der führt über kurz oder lang zur Totenstarre, zum „Kliniksterben“. Die Alternative liegt in der Verfolgung einer neuen Idee oder auch in der Entscheidung, auf diesen „Zug“ nicht aufzuspringen. Muss es immer gleich der Hybrid-OP sein? Wer also nicht Vorreiter sein möchte, der muss gut abwägen, ob und wenn ja wann aus einer Idee ein Trend bzw. eine Bewegung wird, die sich ggf. sogar zum Standard entwickelt.

Nun stellt sich die Frage, wie sich das Erfordernis des raschen Reagierens mit der genauso wichtigen Erfordernis einer analytisch fundierten Handlungsentscheidung verträgt.

Jede nachhaltige und damit zukunftsfähige Entscheidung bedarf zuvor der sorgfältigen Analyse des Marktumfeldes, der Bestandsaufnahme der eigenen Stärken und Schwächen und des hieraus folgenden Abgleichs der „Ist-Situation“ im Krankenhaus mit dem „Soll“, was an Aktivitäten ansteht, um auf dem „Markt“ zu überleben: Ist bspw. das Abstoßen bestimmter Segmente sinnvoll oder sollen Bereiche ausgebaut und aufgestockt werden?

Gerade angesichts dynamischer Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft, wie bspw. des verstärkten Fokus auf Qualitätskriterien im Krankenhausstrukturgesetz, ist die strategische Positionierung eines Hauses eine Daueraufgabe, der sich die Klinikleitung unaufhörlich stellen muss: Was heute als Lösung noch probat erscheint, kann morgen schon überholt sein.

Dies gilt für Entwicklungen in der Medizin genauso wie für gesellschaftlich-politische Entwicklungen oder für Erfahrungen aus der Organisationsentwicklung. In der Konsequenz bedeutet dies ein stetiges Wechselspiel zwischen strategischer Positionierung und Veränderungsprozess. Wir unterscheiden drei Phasen des strategischen Changanagements.

Die Phase der strategischen Sondierung: Beobachten und Bewerten

Der Frage, „wohin wollen wir als Klinik?“ ist die Ausgangsfrage jedes Veränderungsprozesses. Aus ihr ergibt sich das Ziel, das den Kurs vorgibt. Zugleich aber ist die Zieldefinition Teil und Folgeprozess einer umfassenderen Fragestellung: Wo stehen wir aktuell angesichts schnelllebiger Veränderungen in Politik, Gesetzgebung, gesellschaftlichen Entwicklungen, aber auch angesichts oft rascher Marktumwälzungen im engeren Umfeld der Klinik? Hat bspw. gerade im Einzugsgebiet ein neues MVZ eröffnet? Welche Entwicklungen zeichnen sich bei Zulieferern

ab? Welche Ärzte weisen zu und welche könnten Zuweiser sein?

Die Beantwortung der Kernfrage „wo stehen wir?“ fußt im ersten Schritt auf einer sorgfältigen Analyse des Makro- und des Mikroumfeldes, im zweiten auf einer Bestandsaufnahme klinikinterner Ressourcen: Wie ist die personelle Situation in der Klinik? Wie sehen unsere Strukturen und Prozesse aus? Welche fachliche Ausrichtung prägt unsere Klinik?. Im Zeitraum der Beobachtungen gilt es, den Status Quo sachfokussiert und ohne emotionale Wertung zu erfassen. Es geht nicht um Verantwortlichkeiten für eine bestimmte Ausgangssituation oder gar um Schuld, sondern ausschließlich um das Konstatieren der Gegebenheiten.

Erst jetzt ist die Phase der Bewertung gekommen: Wo liegt der größte Engpass? Was blockiert uns heute? Worin sind wir unverwechselbar oder wie könnten wir es werden? Welche Lösungswege gibt es? Aus dem wertenden Abgleich der Entwicklungen im Umfeld und dem Ist-Zustand der Klinik ergibt sich das strategische Maßnahmenpaket: Wohin will sich diese Klinik entwickeln und welche strategischen Optionen stehen ihr offen, um am Markt zu überleben oder sogar als Vorreiter zu agieren?

Die Vorbereitungsphase: Zwitterwesen Change und Erfolgsfaktoren

Den Unternehmenserfolg zu sichern, ist das vorrangige Ziel jedes Veränderungsprozesses. Die Herausforderung für eine zukunftsfähige Veränderung und damit für einen Unternehmenserfolg besteht in einer Kombination aus sog. harten, mess- und kontrollierbaren Faktoren und den „weichen“ Faktoren, die den Veränderungserfolg letztlich bestimmen. Ziehen Mitarbeiter nur gezwungenermaßen am selben Strang wie die Klinikleitung, ohne sich mit den Zielen der Veränderung zu identifizieren, so ist das Fundament für die gewollte Veränderung brüchig. In

Anlehnung an das 7-K Modell (Jansen 2002) definieren wir vier „harte“ Faktoren:

- **Koordination:** Bedeutet Veränderungsplanung, Gestaltung von Prozessen und Zusammenarbeit
- **Kontrolle:** Steht für Setzung, Einhaltung und Prüfung der gesetzten Rahmenbedingungen
- **Kunden:** kennzeichnen die Orientierung am Patienten, an Kassen, externen Behandlungspartnern und Marktanteilen
- **Kapazitäten:** Sind die notwendigen Personal- und Leistungsressourcen

und drei „weiche“ Faktoren:

- **Kompetenz:** Welches Know-How, welche Kompetenzen gibt es im Unternehmen? Gibt es Wissen, das bisher nicht ausreichend genutzt wurde?
- **Kommunikation:** Information und Dialog bilden die Basis für Begeisterung („das machen wir“).
- **Kultur:** Hier steht die Kultur des Miteinanders in der Klinik im Fokus; welcher Führungsstil wird gepflegt, welches Verständnis von Zusammenarbeit (Unternehmenskultur) ist für den Wandel erforderlich?

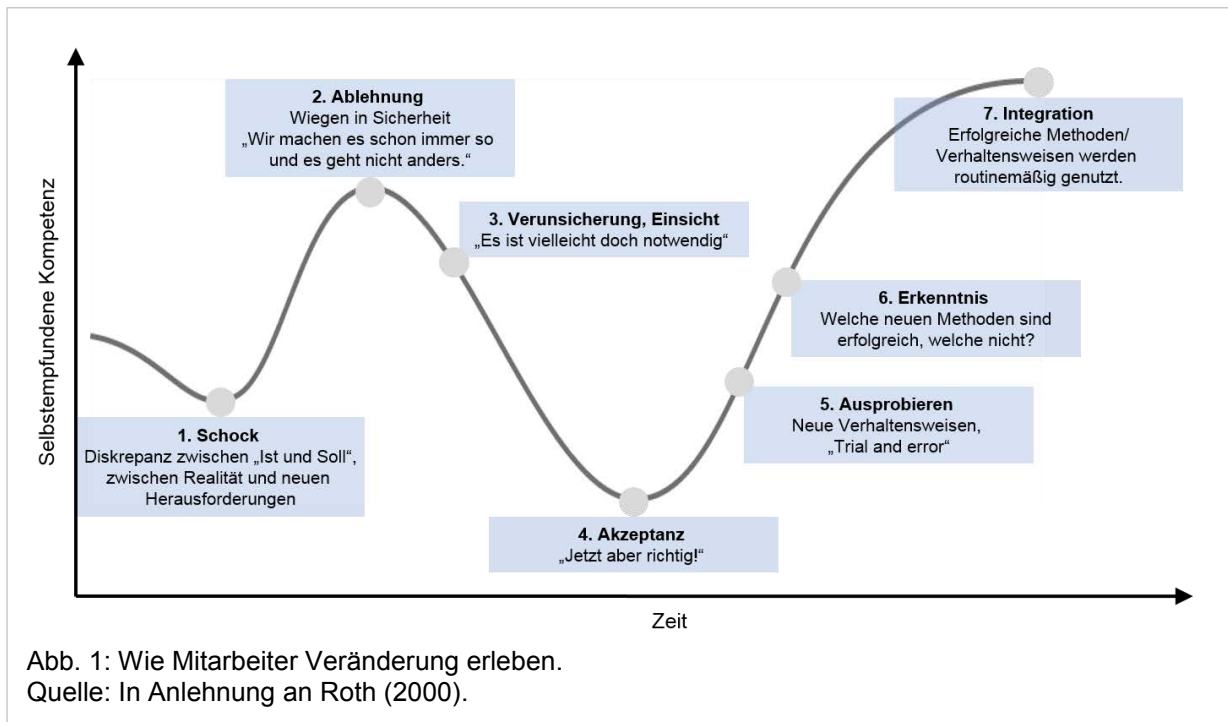
In welchem Umfang die „weichen Faktoren“ im Veränderungsmanagement Berücksichtigung finden, hängt von der Situation ab: Ein risikobasierter Change, der Risiken identifiziert und quantifiziert, um sie dann einzudämmen, muss Veränderungen Top Down durchsetzen. Anderenfalls kann die Existenz des Hauses auf dem Spiel stehen. Der Themenchange, der in der Literatur auch unter „Organizational Change“ firmiert (Beer/

Nohria 2000) beruht auf dem eingangs und in der „Analysephase“ bereits beschriebenen strategischen Fundament, Trends zu erkennen, daraus resultierende Themen für die Klinik vorherzusehen und eine Themenführerschaft aufzubauen. Dieser Change impliziert eine stetige Veränderungsbereitschaft bei allen relevanten Akteuren.

Den Zustand der Veränderungsbereitschaft zu erreichen und zu erhalten, ist gleichbedeutend mit dem Vertrauen in die Organisation. Je besser informiert sich die Akteure in der Klinik fühlen, desto höher ist das Vertrauen; umgekehrt wächst bei dem Empfinden verschwiegener Informationen das Misstrauen.

Informationsübermittlung ist Kommunikation. Wer wem was und wann an Informationen übermittelt, also kommuniziert, ist keine Einbahnstraße. Fast jede Entscheidung bedingt eine Aktion und meist mindestens ebenso viele Reaktionen (gewollte und ungewollte) – damit beginnt der Change, der Veränderungsprozess. Gerüchte, Vermutungen, Befürchtungen, Ängste, Bestätigungen, ein bunter Reigen von Interpretationen oder Handlungen wird ausgelöst. Und nichts finden Menschen spannender oder auch bedrückender als das Unbekannte und Unge- wisse. Diese triviale Erkenntnis ist insoweit nichts Neues. Es gilt, damit im Sinne des Unternehmens umzugehen und bereits zu Beginn die Kommunikationslinie festzulegen: Wer kommuniziert wem was?

Bevor Instrumente ins Spiel kommen wie unternehmensinterne Newsletter, Kick-Off-Meetings und dergleichen mehr, ist eine Stakeholderanalyse sinnvoll: Welche Akteure in und um die Klinik herum sind vom Veränderungsprozess betroffen und wie? Und wie werden sie eingebunden?



- Den Aufsichtsrat oder das Kuratorium zu informieren und als Unterstützer sicherzustellen, ist sowohl bei langfristig angelegten Veränderungen als auch bei brisanten Themen die Basis für alle weiteren Aktivitäten.
- Im nächsten Schritt gilt es, die Führungskräfte „ins Boot zu holen“, im dritten Schritt die Mitarbeiter. Im Entscheidungskreis geht es um eine transparente Darstellung des Konzepts, um die Darlegung der Chancen aber auch die Offenlegung von Risiken und um die Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Umsetzung (Entscheidungstreue).
- Die Herausforderung für die Klinikleitung als Change-Verantwortlichem liegt in hohem Maß darin, auch gegenläufige Interessenlagen zu erkennen und zu integrieren: Was für den einen eine seinen Plänen dienliche Veränderung ist, kann für den anderen eine Bedrohung bedeuten.

Die Umsetzungsphase: Was geschieht wann mit wem?

Veränderung ist bzw. kann eine Chance sein. Im Regelfall und in den oft eingeschlifenen Abläufen in einer Klinik aber löst sie bei Mitarbeitern zunächst einmal eher Angst aus. Generell Angst vor dem Unbekannten, die Angst, den neuen Gegebenheiten und Anforderungen vielleicht nicht gewachsen zu sein, die Angst davor, Früchte zu verlieren. Im Modell der sieben emotionalen Phasen (siehe Abbildung 1) spielt die Angst vor dem Neuen besonders in den Phasen Eins bis Drei eine große Rolle. Die Wechselbeziehung von Emotionen und Veränderungsprozess greifen diverse Managementmodelle auf, zu den wohl bekanntesten gehören das Lewin- und das Kotter-Modell.

Auf den US-amerikanischen Sozialpsychologen Kurt Tsadek Lewin (1890-1947, 1947) geht das Drei-Phasen-Modell der Veränderung zurück. Ausgehend von einem Zustand der Starre, des Festgefügt (Freeze) wird die Veränderung (Unfreeze) zunächst vorbereitet und dann umgesetzt; in der dritten, abschließenden Phase verfestigen sich die durch den Change neugeschaffenen Struk-

turen, Abläufe und Denkmuster werden in den Klinikalltag integriert (Refreeze). Heute ist es angesichts der sehr raschen Veränderungen auch im Gesundheitssektor sinnvoll, in der Phase des „Refreeze“ einer allzu starken Verfestigung der neuen Strukturen und damit einer erneuten „Starre“ vorzubeugen und eine Kultur der Veränderungsbereitschaft sukzessive zu etablieren.

Im Change Management hat sich das Acht-Phasen-Modell von John P. Kotter (*1947), Professor für Führungsmanagement an der Harvard Business School etabliert. Das Kotter-Modell gilt als Weiterentwicklung von Lewin und baut die Brücke zwischen einem auf effiziente Abwicklung ausgerichteten und einem langfristig wirksamen Themen- bzw. organisationalem Change, der alle Akteure in einem stetigen Top-down-Bottom-up-Prozess in die Veränderung einbindet. Phase Acht des Kotter-Modells ist hier bereits von Kotter selbst in einem Beitrag im Harvard Business Manager (Kotter 2012) insofern variiert worden, als er angesichts „von Zeiten ständiger Turbulenzen und Disruption ... eine strategische Agilität“ einfordert, „um wettbewerbsfähig zu bleiben“. Kotter beschreibt diese Agilität als die Fähigkeiten, „Chancen schnell und selbstbewusst zu nutzen und Bedrohungen auszuweichen“. In den acht Phasen kommen jeweils unterschiedliche, am Emotionalen und Wissenstand der Betroffenen ausgerichtete, Kommunikationsinstrumente zum Einsatz.

1. Phase Eins: Gefühl der Dringlichkeit bei Führungskräften und Mitarbeitern erzeugen
2. Phase Zwei: Führungskoalitionen im Entscheidungskreis aufbauen
3. Phase Drei: Vision des Wandels und Paket strategischer Optionen schnüren
4. Phase Vier: Die Vision auf breiter Basis kommunizieren und um Akzeptanz werben
5. Phase Fünf: Mitarbeiter zum Handeln ermutigen und bevollmächtigen (Empowerment)

6. Phase Sechs: Kurzfristige Erfolge hervorheben (quick wins)
7. Phase Sieben: Erreichte Ziele sichern und daraus weitergehende Veränderungen ableiten
8. Phase Acht: Veränderungen in der Unternehmenskultur verankern.

Interimsmanagement: Chance für neue Perspektiven und Freiräume

In schwierigen oder kritischen Unternehmenssituationen kann es sinnvoll sein, über ein Interimsmanagement nachzudenken. Grundsätzliche Entscheidungen, wie bspw. ein Unternehmensverkauf aus gefühlter Not, müssen sorgfältig auf Alternativen geprüft werden und manchmal sind auch ein spürbarer Ruck und ein Richtungswechsel notwendig. Diesen Ruck kann der Einsatz eines „Change-Managers“ und seines Teams sein, oder auch eine interimistische (Unterstützung der) Geschäftsführung bewirken. Dann gilt es, gemeinsam ein klares Aufgaben- und Themenpaket abzustimmen. Die klare zeitliche und inhaltliche Perspektive des Interimsmanagers bereitet den Boden für eine zielgerichtete Arbeit, die unabhängig ist von dessen eigener Perspektive im Unternehmen.

Veränderung ist auch durch Personal- und Führungsspitzenwechsel gekennzeichnet. Seit einigen Jahren dreht sich das Personalkarussell in den Kliniken immer schneller. Hintergrund ist nicht selten, dass die Ergebnisse oder die Entwicklung des Unternehmens nicht den Erwartungen der Gesellschafter entsprechen. Die Ursachen können in den Bilanzen, dem internen Leben des Unternehmens, der Marktposition, Compliance-Verstößen und zukünftig sicher auch noch in schlechten Qualitätskriterien zu finden sein; nicht zuletzt bleibt der Wechsel in den Ruhestand ein wichtiger Grund für einen personellen Wechsel an der Klinikspitze.

Ein Wechsel in der Geschäftsführung ist immer auch Chance, neue Wege zu gehen,

die Aufbruchszeit kann beginnen. Der erste und klassische Weg führt zu einer nachhaltigen (Neu-)Besetzung der Führungsspitze. Es gilt der Grundsatz „attraktive“ Unternehmen können unter „attraktiven“ Geschäftsführern auswählen. Weniger attraktive Kliniken, also Kliniken mit großen Herausforderungen, müssen die auf die Situation passenden Geschäftsführer finden - eine nicht immer leichte Aufgabe, denn häufig spielt die Zeit eine wichtige Rolle. In solchen Situationen gilt es, schnell Kompetenz, Erfahrung und ggf. auch personelle Unterstützung in Gestalt eines Interimsmanagements einzubinden.

Literatur

Beer M., Nohria N. (2000) Cracking the Code of Change. In: Harvard Business Review. Vol. 78. No. 3. pp. 133-141.

Kotter J. P. (2012) Die Kraft der zwei Systeme. In: Harvard Business Manager. Ausgabe Dezember. Heft 12. S. 22-36.

Jansen S. A. (2002) Die 7 K's des Merger-Managements – Erste empirische Ergebnisse kapital- und wissensbasierter Zusammenschlüsse. In: Zeitung für Führung und Organisation. Jg. 71. Nr. 1. S. 6-13.

Kurt Lewin (1947) Frontiers in group dynamics; concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. In: Human Relations. Vol. 1. No. 1. pp. 5-41.

Roth S. (2000) Emotionen im Visier, neue Wege des Changemanagements. In: Organisationsentwicklung. Heft 2. S. 14-21.

Autorenbiografien

Dr. med. Hans-Peter Schlaudt ist geschäftsführender Gesellschafter der JOMEK GmbH (www.jomec.de).

Katharina Daniels, Journalistin und Kommunikationsberaterin, Partnerin der JOMEK für den Bereich Klinikkommunikation.

Autorenanschriften

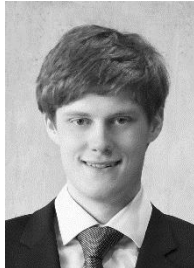
Dr. Hans P. Schlaudt
JOMEK GmbH Healthcare Consulting + Management
Katharinenstraße 17
10711 Berlin

E-Mail: hp.schlaudt@jomec.de

Katharina Daniels
JOMEK GmbH Healthcare Consulting + Management
Katharinenstraße 17
10711 Berlin

E-Mail: k.daniels@JOMEK.de

Beitrag aus der Wissenschaft III



Titel

Medicus Adaptabilis – Wenn Fachwissen alleine nicht mehr ausreichend ist

Autoren

Michael Gabler (links oben), Christian A. Mahringer (rechts oben), Patrick Metzger (links unten), Prof. Dr. Birgit Renzl (rechts unten)



Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft hat sich in den letzten Jahren zu einem der bedeutendsten Wirtschaftsfaktoren in Deutschland entwickelt und stellt bis heute eines der großen Wachstumsfelder in der deutschen Wirtschaft dar. Ihre Bruttowertschöpfung ist von 2007 bis 2013 mit einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 3,5 % deutlich schneller gewachsen als die der Gesamtwirtschaft (Bundesministerium für Gesundheit 2015a). Darüber hinaus waren im Gesundheitswesen im Jahr 2012 ca. 5,2 Millionen Menschen angestellt – also etwa jeder achte Erwerbstätige. Davon fielen rund 1,5 Millionen Beschäftigte in den ambulanten Sektor. Hierzu gehören neben Arztpraxen auch Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger Gesundheitsberufe. In den Krankenhäusern waren rund 1,1 Millionen Menschen beschäftigt (Bundesministerium für Gesundheit 2015b). Damit bilden der ambulante Sektor

und die Krankenhäuser den größten Arbeitgeber der Branche.

Derzeit wird die wachsende Gesundheitsbranche in erheblichem Maße von den vorherrschenden Trends, wie demographischer Wandel, steigendes Gesundheitsbewusstsein und Digitalisierung des Gesundheitswesens beeinflusst. Diese wirken sich unmittelbar auf die Gestaltung der Strukturen, Systeme und Prozesse innerhalb vieler Gesundheitsunternehmen aus, wie in den folgenden Abschnitten skizziert wird.

Demographischer Wandel

Das im Zuge des demographischen Wandels eintretende Altern der Bevölkerung beeinflusst die Gesundheitsbranche in zweifacher Weise. Zum einen verändert es die Personalstruktur – das Alter der Fachkräfte nimmt zu, während immer weniger junge Nachwuchskräfte folgen. In diesem Zusammenhang ist häufig von Ärztemangel und Pflegenotstand die Rede (Deutsche Bank

Research 2012). Zum anderen verschiebt sich aber auch die Altersstruktur der Kunden. Der Anteil älterer Kunden steigt und damit auch die Anzahl an Kunden mit deutlich höherem Krankheitsrisiko (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2015). Dadurch kommt es zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, denn diese nimmt üblicherweise mit zunehmendem Alter zu (List et al. 2009).

Steigendes Gesundheitsbewusstsein

Der zukünftige Gesundheitsmarkt wird insbesondere durch ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein der Menschen geprägt sein. Genauer gesagt geht die Tendenz hin zu einem „proaktiven, aufgeklärten und partizipationswilligen Gesundheitskonsumenten“ (Zukunftsinstitut 2015, S. 11). Dies hat zur Folge, dass sich die Gesundheitskonsumenten neben dem Gespräch mit (Haus-)Ärzten verstärkt selbst Medien suchen, um sich über Gesundheitsfragen zu informieren. Internet, Artikel in Zeitungen und Fernsehen sind hierbei die gängigsten Medien. Durch den Anstieg des subjektiven Gesundheitswissens der Bürger wird es für die Beschäftigten der Gesundheitsbranche unter anderem erforderlich sein, die Beziehung zu den Konsumenten zu intensivieren und das gegenseitige Vertrauensverhältnis zu stärken (Zukunftsinstitut 2015).

Digitalisierung des Gesundheitswesens

Durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in der Gesundheitsbranche wird sich der Informationsaustausch zwischen Ärzten, Apothekern und Patienten zunehmend verändern. Telemedizin ermöglicht beispielsweise eine raum- und zeitunabhängige Kommunikation. Damit kommt es zu drastischen Verbesserungen in Diagnostik und Therapie. Auf der anderen Seite steigen aber auch die technischen Anforderungen an die Kommunikationspartner. So wird sich durch Konzepte wie die elektronische Gesundheitskarte, die

Speicherung von Patientendaten im Internet oder die Fernüberwachung von Patientendaten (Telemonitoring) die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten substanziell verändern. Dadurch kann es unter Umständen zu einer größeren Distanz zwischen Ärzten und Patienten kommen (TNS Infratest 2013).

Um den genannten Trends – demographischer Wandel, steigendes Gesundheitsbewusstsein und Digitalisierung des Gesundheitswesens – erfolgreich zu begegnen, sind die Akteure der Gesundheitsbranche gefordert, selbst einen Wandel zu durchlaufen. Dabei werden sie unter anderem mit folgenden Fragestellungen konfrontiert:

- Über welche Kompetenzen müssen die Beschäftigten zukünftig verfügen, um den Trends in der Gesundheitsbranche erfolgreich zu begegnen?
- Welchen Beitrag kann das Kompetenzmanagement zum Aufbau dieser Kompetenzen beitragen?

Kompetenzmanagement als Lösungsansatz für die Personalarbeit der Gesundheitswirtschaft

Wurden früher Ärzte und deren Fachkompetenz nur selten hinterfragt, so tragen die beschriebenen Trends dazu bei, dass eine kritische Reflexion der Patienten über die Dienstleistung des Arztes mehr und mehr zunimmt. Eine Studie der Unternehmensberatung PwC kommt zu dem Ergebnis, dass die meisten Deutschen zwar zufrieden mit dem Gesundheitssystem der Bundesrepublik sind, aber dass dennoch mangelnde Aufmerksamkeit und fehlende Fachkompetenz zur Unzufriedenheit mit Medizinern beitragen (PwC 2015). Diese Aspekte weisen darauf hin, dass die Gründe für Unzufriedenheit in erster Linie in der Kompetenz des Arztes begründet sind.

Doch wie kann den steigenden Anforderungen der Patienten nachgekommen werden? Das Kompetenzmanagement bietet hierfür eine geeignete Lösung. Kompetenzen ermöglichen Individuen, eigenständig zu handeln (Heyse/ Erpenbeck 2009). Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen, Persönlichkeitseigenschaften und Motive sind Bestandteile von Kompetenzen. Diese Bestandteile unterscheiden sich von Kompetenzen insofern, als dass sie noch nicht das Handeln in neuen Situationen ermöglichen. Kompetenzen zeigen sich also letztendlich im Handeln von Individuen. In Organisationen müssen solche Kompetenzen jedoch auch gesteuert werden, damit sie die Erreichung der Organisationsziele unterstützen können. Das Kompetenzmanagement ist hierbei ein geeignetes Steuerungsinstrument und bietet die Möglichkeit, relevante Kompetenzen aufzubauen.

Im Rahmen des Kompetenzmanagements sollten zunächst über die Anforderungsanalyse relevante Kompetenzen beschrieben werden. In einem zweiten Schritt werden diese Kompetenzen in einem Kompetenzmodell verankert. Danach sind geeignete Maßnahmen zur Schließung von Kompetenzlücken zu identifizieren. Dieser Prozess soll im Folgenden am Beispiel von Ärzten beschrieben werden.

Schritt 1: Anforderungsanalyse

Zunächst stellt sich die Frage, welche Kompetenzen Ärzte im Spannungsfeld wandelnder Patientenanforderungen aufweisen müssen. Aus den bereits beschriebenen Trends ergeben sich die folgenden Kompetenzen: Kommunikationsfähigkeit, Glaubwürdigkeit und Fachwissen im Bereich digitaler Medien (Heyse/ Erpenbeck 2009).

Kommunikationsfähigkeit erfährt eine zunehmende Relevanz. Diese Kompetenz ermöglicht dem Arzt, sich so zu artikulieren, dass er von den Patienten verstanden wird. Durch eine derartige Kommunikation werden

Missverständnisse vermieden und die Effizienz des ärztlichen Arbeitsalltages steigt. Diese Effizienz ist von herausragender Bedeutung, da – wie bereits erläutert – der demographische Wandel die Anzahl von Patienten pro Arzt erhöhen wird. Ein weiterer Aspekt der Kommunikationskompetenz ist die Fähigkeit zum Zuhören. Diese stellt die Grundlage von Empathie dar. Empathie ermöglicht es dem Arzt, sich in seine Patienten hinein zu versetzen, und deren Ängste sowie Wünsche zu verstehen. Sie ermöglicht dem Arzt ebenfalls, Kommunikation bewusst zu steuern. Diese Steuerung ist insofern relevant, als die Patienten durch das steigende Gesundheitsbewusstsein die Behandlung des Arztes nicht mehr unreflektiert hinnehmen, sondern sichergehen wollen, dass er ihnen die bestmögliche Behandlung bietet.

Eine Kompetenz, die eng mit Kommunikationsfähigkeit verwandt ist, ist Glaubwürdigkeit. In Zeiten der digitalen Medien gibt es kaum noch Möglichkeiten der Verschleierung von Informationen. Der gesundheitsbewusste Mensch wird beispielsweise zunächst recherchieren, auf welche Krankheit seine Symptome hindeuten. Diese Recherche mag zwar pragmatisch sein, allerdings bedarf es dann guter Argumente auf Seiten des Arztes, wenn diese Selbstdiagnose nicht zutrifft oder eine andere Behandlung gewählt werden soll. Hat der Arzt jedoch mit dem Patienten ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, so wird der Arzt für den Patienten die Informationsquelle der ersten Wahl sein. Dieses Vertrauensverhältnis wiederum basiert auf der Glaubwürdigkeit des Arztes. Fundiert wird Glaubwürdigkeit durch zuverlässiges und kompetentes Auftreten des Arztes und durch den offenen und ehrlichen Umgang mit dem Patienten (Tschannen-Moran/ Hoy 2000).

Die Notwendigkeit von Fachwissen im Bereich der digitalen Medien ergibt sich aus der bereits beschriebenen rasanten Digitalisierung des Gesundheitswesens. Diese Digitalisierung hat zur Folge, dass Ärzte ein immer

breiter werdendes Spektrum an Informations- und Kommunikationstechnologien beherrschen müssen, um Patienten fachgerecht behandeln zu können. Sie müssen diese jedoch nicht nur bedienen können, sondern auch deren Bedeutung für ihre tägliche Arbeit einschätzen können. So nehmen beispielsweise Bewertungsplattformen für Ärzte einen immer größer werdenden Stellenwert in der Arztwahl ein. Da die Diskussion um die Qualität von Ärzten jedoch der freien Meinungsäußerung unterliegt, können solche Plattformen nicht ignoriert werden, sondern sollten bewusst als Feedbackmechanismus und Kommunikationsmedium wahrgenommen werden.

Schritt 2: Das Kompetenzmodell

Die im Anforderungsprofil identifizierten Kompetenzen müssen im Anschluss in einem Kompetenzmodell verankert werden. Dieses Kompetenzmodell kann als Instrument genutzt werden, das die Personalarbeit in Krankenhäusern und Arztpraxen koordiniert. Kompetenzmodelle können unterschiedlich ausgestaltet sein, angepasst an die unterschiedlichen Organisationsgrößen. In einem Krankenhaus kann dies als eigenes meist informationstechnologisch gestütztes System etabliert werden, das die Entwicklung der Ärzte begleitet und Humanressourcen steuert. In Arztpraxen können Kompetenzmodelle einfache Orientierungsanker bieten, an denen der Arzt sein Entwicklungspotenzial festlegt und sinnvolle Weiterbildungsmöglichkeiten evaluiert.

Grundsätzlich können Kompetenzmodelle für alle Ärzte eines Krankenhauses unabhängig von deren Spezialisierung gelten, sie können jedoch auch für jedes Tätigkeitsfeld (z. B. Chirurg, Internist, etc.) einzeln erstellt werden. Es ist ebenfalls denkbar ein Grundmodell zu entwickeln, das für alle Ärzte gilt und darauf aufbauend spezifische Kompetenzen für die jeweiligen Tätigkeitsfelder festzulegen (Mansfield 1996). Die Wahl der Art des Kompetenzmodells hängt

davon ab, wie präzise Kompetenzen beschrieben werden sollen und damit auch davon, wie unterschiedlich die Tätigkeitsfelder sind. Es kann jedoch festgehalten werden, dass die in diesem Artikel identifizierten Kompetenzen als übergreifend zu sehen sind und damit Bestandteil eines allgemeingültigen Modells sein sollten.

Bei der Einführung eines Kompetenzmanagements sollten zudem klare Definitionen der relevanten Begrifflichkeiten festgelegt werden. So sollten sich alle Organisationsmitglieder im Klaren sein, was mit dem Kompetenzbegriff gemeint ist. Diese Klarstellung ist wichtig, da im deutschen Sprachgebrauch Kompetenzen sowohl für Befähigungen mit einer variierenden Mischung aus Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen, etc. als auch für Weisungsbefugnisse stehen können. Es sollte auch definiert werden, was ein Kompetenzmodell ist. Des Weiteren werden Kompetenzmodelle üblicherweise in mehrere Kompetenzklassen unterteilt. Hierbei ist die Unterteilung in Fach- und Methodenkompetenzen-, sozial-kommunikative Kompetenzen, personale Kompetenzen und Aktivitäts- und Handlungskompetenz ein geläufiger Standard (Heyse/ Erpenbeck 2009). Dennoch werden in der Praxis sehr unterschiedliche Kompetenzklassen verwendet (Grote et al. 2012).

Ein weiterer Hinweis bezieht sich auf die Menge der Kompetenzen, die als relevant betrachtet werden. Grundsätzlich herrscht Uneinigkeit darüber, ob Kompetenzmodelle so vollständig wie möglich sein sollen, oder ob nur erfolgskritische Kompetenzen abgebildet werden sollen (Grote et al. 2012). Aus Sicht der Autoren soll die Zahl an Kompetenzen eher gering gehalten werden (10 bis 20 Kompetenzen), da ansonsten die praktische Umsetzung eingeschränkt ist.

Die Ausprägungen von Kompetenzen können anhand von Skalen bestimmt werden. Diese Skalen sollten dann mit konkreten Verhaltensankern unterlegt werden. So kann

beispielsweise ein Verhaltensanker der Kommunikationskompetenz von Ärzten lauten: „der Arzt gibt seinen Patienten das Gefühl in guten Händen zu sein“. Solche Verhaltensanker ermöglichen eine vergleichbare Einstufung von Kompetenzen.

Das Kompetenzmodell legt fest, welche Ausprägungen der jeweiligen Kompetenzen innerhalb der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder benötigt werden. Auch die Ausprägungen der Kompetenzen, die Ärzte in Zukunft benötigen, unterscheiden sich. So bedarf vermutlich ein Hausarzt, der in regem Kontakt mit seinen Patienten steht und diese in erster Instanz berät, einer höheren Ausprägung von Kommunikationsfähigkeit als ein Chirurg im Krankenhaus.

Schritt 3: Identifikation von Lernbedarf und Ableitung von Maßnahmen

Sind die notwendigen Ausprägungen festgelegt, so müssen die jeweiligen Ärzte in den Organisationen anhand dieser Skalen evaluiert werden. Die Differenz zwischen der Soll-Ausprägung und dem Ist-Wert entspricht dem Lernbedarf der Ärzte. Diesem Lernbedarf kann durch geeignete Personalentwicklungsmaßnahmen nachgekommen werden.

Die Entwicklung von Glaubwürdigkeit und Kommunikationsfähigkeit kann beispielsweise durch Kommunikationstraining und Intervention (kollegiale Beratung) integriert erfolgen, da diese Kompetenzen in einem engen Zusammenhang stehen.

Die kommunikative Glaubwürdigkeit kann in Kommunikationstrainings in praxisorientierten Übungseinheiten mit Patientensimulation trainiert und mithilfe von standardisierten Patienten-Arzt-Gesprächen simuliert werden (Jünger/ Kadmon 2012). Standardisierte Patienten sind nach Barrows (1993) Personen, die eine Krankheit standardisiert simulieren können oder Patienten die imstande sind, die Symptome ihrer Krankheit standardisiert darzulegen. In einer geschützten

Lernumgebung können Ärzte schwierige Arzt-Patienten-Gespräche üben und ihre Kommunikationsfähigkeit mithilfe von professionellem Feedback verbessern (Jünger/ Kadmon 2012). Dies kann eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung fördern und damit auch zu einer Steigerung der Glaubwürdigkeit der Ärzte führen. Beispielsweise können Situationen simuliert werden, bei denen ein standardisierter Patient die Beratung durch den Arzt aufgrund von Internetrecherchen in Frage stellt. Die Teilnehmer eines solchen Trainings erhalten im Anschluss ein Feedback der Gruppenteilnehmer, einem Trainer bzw. Supervisor oder den standardisierten Patienten. Bei diesem Feedback kann neben der individuellen Kommunikationsfähigkeit auch die Glaubwürdigkeit der ärztlichen Beratung beurteilt und reflektiert werden.

Die Intervention (kollegiale Beratung) ist eine regelmäßige (Praxis-)Fallberatung von Ärzten ohne externe Moderation (Ryschka/ Tietze 2011). In einer geschützten Umgebung können konkrete Praxissituationen aus dem beruflichen Alltag unter Gleichgesinnten besprochen und reflektiert werden. Anschließend werden gemeinsam potenzielle Lösungsansätze für spezifische Problemstellungen aus der Praxis diskutiert und erarbeitet. Eine offene und persönliche Lernatmosphäre ist hierbei ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Die Gruppenmitglieder müssen ihre konkreten Problemsituationen vertraulich vortragen können, ohne die Situation als unangenehm zu empfinden. Aus diesem Grund sollten ausschließlich gleichrangige Teilnehmer mit ähnlichem Tätigkeits- und Erfahrungshintergrund an einer Intervention teilnehmen (Lippmann 2013). Für dieses Argument spricht ebenfalls, dass Lösungsansätze erarbeitet werden, bei denen alle Teilnehmer ihr Erfahrungswissen einbringen sollen. Beispielsweise können Ärzte disziplinübergreifend an einer Intervention in regelmäßigen Abständen teilnehmen und sich gegenseitig über schwierige Kommunikationssituationen und Arzt-Patienten-Bezieh-

ungen austauschen. Anschließend können sie gemeinsam Lösungsansätze für das jeweilige konkrete Kommunikationsproblem erörtern. Die gewonnenen Erkenntnisse können bei der Bewältigung von schwierigen Kommunikationssituationen eingebracht werden, um die Beratungsqualität zu erhöhen und dementsprechend auch die Glaubwürdigkeit der Beratung zu stärken.

Um den Umgang mit digitalen Medien zu fördern, kann Reverse Mentoring als ein neuartiges Instrument der Personalentwicklung herangezogen werden (Graf/ Edelkraut 2014). Beim Reverse Mentoring sind gegenüber dem klassischen Mentoring die Rollen vertauscht. Das heißt, eine jüngere und im Kontext der Medizin unerfahrenere Person (Mentor), gibt ihr umfangreiches Fachwissen bezüglich digitaler Medien, einem älteren bzw. erfahrenen Arzt (Mentee) weiter. Diese informelle Form des Lernens bei der Arbeit kann sowohl in Krankenhäusern als auch Arztpraxen in einem formalen Rahmen organisiert sein. Beispielsweise können für Ärzte in Krankenhäusern regelmäßige Sitzungen mit jungen Assistenzärzten vereinbart werden. Hier kann die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien trainiert werden. Ärzte in Arztpraxen können auf das Anwendungswissen im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien von jungen Arbeitskollegen oder medizinischen Fachangestellten zurückgreifen. Beim Reverse Mentoring orientieren sich die konkreten Lerninhalte an dem Lernbedarf des jeweiligen Mentees. Neben dem Fachwissen im Bereich digitaler Medien können die Mentoren auch die aktuelle und künftige Bedeutung von Informations- und Kommunikationstechnologien im ärztlichen Alltag vermitteln.

Vor allem vor dem Hintergrund der oben genannten künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen wird Reverse Mentoring in Zukunft einen hohen Stellenwert einnehmen. Der Nutzung von Telemedizin und weiteren E-Health-Anwendungen bei der

Patientenbehandlung wird in Zukunft eine zentrale Rolle zukommen und dementsprechend wird der Lernbedarf im Bereich der digitalen Medien steigen.

Fazit

Dieser Beitrag weist auf die zunehmende Bedeutung der Veränderungsfähigkeit in Organisationen allgemein und im Gesundheitswesen im Besonderen hin. Die zu beobachtenden demographischen Entwicklungen, das auch damit einher gehende steigende Gesundheitsbewusstsein sowie die fortschreitende Digitalisierung erfordern eine rasche Anpassungsfähigkeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens. Daher müssen die Rahmenbedingungen der Organisationen so gestaltet werden, dass die einzelnen Systemmitglieder bestmöglich in ihrer Veränderungsfähigkeit gefördert werden. Der „Medicus adaptabilis“ – ein Arzt mit der Fähigkeit sich den Herausforderungen zu stellen und anzupassen – nimmt dabei eine Schlüsselrolle ein. Große Krankenhäuser haben natürlich andere Möglichkeiten der Unterstützung als beispielsweise Ärzte im niedergelassenen Bereich. Wichtig für alle ist jedoch, sich der steigenden Anforderungen bewusst zu sein und diesen mit konkreten Maßnahmen zu begegnen. Ein systematisches Kompetenzmanagement, das die umfassenden Anforderungen über die rein fachlichen Kompetenzen hinaus analysiert und darauf aufbauend auch die zu entwickelnden sozialen und personalen Kompetenzen sowie die Aktivitäts- und Handlungskompetenzen identifiziert und umsetzt, ist dabei unerlässlich. In Abhängigkeit von Größe und individuellen Charakteristika der Organisation werden die eingesetzten Maßnahmen angepasst. Im Beitrag wurden auch einzelne Maßnahmen und Instrumente zur Entwicklung der Kompetenzen im Bereich Kommunikationsfähigkeit und Glaubwürdigkeit vorgestellt. Ein weiteres bereits gut etabliertes Beispiel ist der Einsatz digitaler Medien im Bereich der Patientenaufklärung. Den Patienten werden animierte Videosequenzen

gezeigt, um beispielsweise eine Stentimplantation, das Einsetzen einer Gefäßstütze aus Metall oder Kunstfasern, anschaulich und auch über Sprachbarrieren hinweg verständlich erklären zu können. Die Ärzte können ihre Patienten besser informieren bzw. die gesamte präoperative Patientenaufklärung digital abwickeln. Der Medieneinsatz stellt somit eine wesentliche Erleichterung der Abläufe dar. Die Trends im Bereich der zunehmenden Digitalisierung, der demographischen Entwicklung und des gesteigerten Gesundheitsbewusstseins bieten daher vielfältige Chancen der künftigen Entwicklung, stellen aber auch eine Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Ein umfassendes Kompetenzmanagement ist ein wichtiges Element, um sich dieser Herausforderung zu stellen und die Chancen bestmöglich nutzen zu können.

Literatur

- Barrows H. S. (1993) An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. In: Academic Medicine. Vol. 68. No. 1. pp. 443-451.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015) Innovationskraft der Gesundheitswirtschaft erhöhen. Online im Internet. URL: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4564.php>, Abrufdatum: 05.11.2015.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015a) Bedeutung der Gesundheitswirtschaft: Bundesministerium für Gesundheit. Online im Internet. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html>, Abrufdatum: 16.10.2015.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015b) Gesundheitswirtschaft als Jobmotor. Online im Internet. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-als-jobmotor.html>, Abrufdatum: 16.10.2015.
- Deutsche Bank Research (2012) Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial. Online im Internet. URL: https://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD0000000000296352.PDF, Abrufdatum: 16.10.2015.
- Graf N., Edelkraut F. (2014) Mentoring, Das Praxisbuch für Personalverantwortliche und Unternehmer. Springer Verlag. Wiesbaden.
- Grote S., Kauffeld S., Billich-Knapp M., Lauer L., Frieling E. (2012) Implementierung eines Kompetenzmanagementsystems: Phasen, Vorgehen und Stolpersteine. In: Grote S., Kauffeld S., Frieling E. (Hrsg.) Kompetenzmanagement: Grundlagen und Praxisbeispiele. Schäffer-Poeschel Verlag. Stuttgart. S. 35-56.
- Heyse V., Erpenbeck J. (2009) Kompetenztraining. Informations- und Trainingsprogramme. Schäffer-Poeschel Verlag. Stuttgart.
- Jünger J., Kadmon M. (2012) Humanmedizin, Schlüsselkompetenzen heute und morgen. In: Heyse V., Schircks A. D. (Hrsg.) Kompetenzprofile in der Humanmedizin Konzepte und Instrumente für die Ausrichtung von Aus- und Weiterbildung auf Schlüsselkompetenzen. Waxmann Verlag. Münster. S. 93-153.
- Lippmann E. D. (2013) Intervision Kollegiales Coaching professionell gestalten. Springer Verlag. Berlin.
- List S. M., Ryl L., Schelhase T. (2009) Systeme mit Altersschwäche? Angebote gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung für alte Menschen. In: Böhm K., Tesch-Römer C., Ziese T. (Hrsg.) Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin. S. 167-215.
- Mansfield R. S. (1996) Building Competency Models: Approaches for HR Professionals. In: Human Resource Management. Vol. 35. No. 1. pp. 7-18.

PwC (2015) Healthcare-Barometer. Online im Internet. URL: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/healthcare-barometer-maerz-2015.pdf>, Abrufdatum: 16.10.2015.

Ryschka J., Tietze K.-O. (2011) Beratungs- und betreuungsorientierte Personalentwicklungsansätze. In: Ryschka J. (Hrsg.) *Praxishandbuch Personalentwicklung Instrumente, Konzepte, Beispiele*. Gabler Verlag, Wiesbaden. S. 95-135.

TNS Infratest (2013) *Zukunftspfade Digitales Deutschland 2020*, Eine Studie des IT-Planungsrats. Online im Internet. URL: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2013/Studie%20Digitales%20Deutschland.pdf?__blob=publicationFile, Abrufdatum: 16.10.2015.

Tschannen-Moran M., Hoy W. K. (2000) Multidisciplinary Analysis of the Nature, Meaning, and Measurement of Trust. In: *Review of Educational Research*. Vol. 70. No. 4. pp. 547-593.

Zukunftsinstitut (2015) *Die Philips Gesundheitsstudie 2015*, eine Studie im Auftrag der Philips GmbH. Online im Internet. URL: <http://www.zukunftsinstitut.de/documents/downloads/Zukunftsinstitut%20Philips%20Gesundheitsstudie%202015.pdf>, Abrufdatum: 16.10.2015.

Autorenbiografien

Michael Gabler, M.Sc., ist seit Oktober 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für ABWL und Organisation an der Universität Stuttgart. Von 2009 bis 2013 studierte er Wirtschaftsingenieurwesen (B.Eng.) an der Hochschule Esslingen sowie Business Administration and Management an der Universität Saragossa.

Christian A. Mahringer, M.Sc., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für ABWL und Organisation der Universität

Stuttgart unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Birgit Renzl. Seinen Master absolvierte er in BWL mit Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie an der Privatuniversität Schloss Seeburg im Jahr 2015.

Patrick Metzger, M.Sc., ist seit September 2015 akademischer Mitarbeiter am Lehrstuhl für ABWL und Organisation an der Universität Stuttgart unter Leitung von Frau Prof. Dr. Birgit Renzl. Zuvor studierte er technisch orientierte Betriebswirtschaftslehre an der Universität Stuttgart.

Prof. Dr. Birgit Renzl, ist seit März 2015 Inhaberin des Lehrstuhls für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Organisation an der Universität Stuttgart. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Wissensmanagement, Strategische Veränderungsprozesse und Leadership. Der Fokus liegt dabei auf der Organisation von Wissen in Unternehmen, Kompetenzmanagement und dem Aufbau von Dynamic Capabilities. Sie verfasste über siebzig Artikel in Büchern und Fachzeitschriften und ist im Herausgeberbeirat der wissenschaftlichen Zeitschrift „Management Learning“.

Autorenanschriften

Michael Gabler
Lehrstuhl für ABWL und Organisation
Keplerstraße 17
Stockwerk 6a
70174 Stuttgart

E-Mail: michael.gabler@bwi.uni-stuttgart.de

Christian A. Mahringer
Lehrstuhl für ABWL und Organisation
Keplerstraße 17
Stockwerk 6a
70174 Stuttgart

E-Mail: Christian.Mahringer@bwi.uni-stuttgart.de

Patrick Metzger
Lehrstuhl für ABWL und Organisation
Keplerstraße 17
Stockwerk 6a
70174 Stuttgart

E-Mail: Patrick.Metzger@bwi.uni-stuttgart.de

Prof. Dr. Birgit Renzl
Lehrstuhl für ABWL und Organisation
Keplerstraße 17
Stockwerk 6a
70174 Stuttgart

E-Mail: Birgit.Renzl@bwi.uni-stuttgart.de

Führende Köpfe im Porträt

Interview

Die Gesprächspartner Mario Pfannstiel und Prof. Heinz Lohmann (LOHMANN konzept GmbH, Beratung in der Gesundheitswirtschaft) werden im Folgenden mit MP und HL abgekürzt.

MP: Was war Ihr Berufswunsch als Schüler?

HL: Bei der Abfrage zum Abitur 1967, was wir denn so beruflich machen wollten, habe ich „Journalist“ angegeben. Genauer hätte ich eigentlich „Chefredakteur“ schreiben müssen. Denn das war der Plan. Mit Vorbildern hatten wir es in der damaligen Zeit nicht so richtig, aber mein heimlicher Star war der ebenfalls in meiner Heimatstadt Emden geborene, legendäre Gründer der Illustrierten „Stern“, Henry Nannen. Seine wöchentliche Kolumne „Lieber Leser“ war immer kurz und knackig. So habe ich mir meine künftige Arbeit in den Medien auch vorgestellt.

MP: Für welche Organisation wollten Sie während Ihrer Ausbildung arbeiten?

HL: Klar, es sollte zum „Spiegel“ gehen. Der galt ja damals als „Sturmgeschütz der Demokratie“. Zur Not hätte es auch „Die Zeit“ getan oder „Das Allgemeine Deutsche Sonntagsblatt“. Letzteres erregte damals erhebliche Aufmerksamkeit. Im wahren Leben habe ich während der Schulzeit den Lokalredakteur der „Ostfriesischen Rundschau“ im Urlaub vertreten und über die Vorstandswahlen im Kaninchenzüchterverein berichtet.



Lohmann: „Eine Führungskraft muss Menschen fordern, motivieren und einbinden, um ein Unternehmen zum Erfolg zu führen.“

MP: Welche Ereignisse waren für Ihre berufliche Entwicklung wesentlich?

HL: Die Tätigkeit in der Planungsgruppe Martin Kirchner zu Beginn meines Arbeitslebens. Dieser weitsichtige Hamburger Architekt und Planer hat früh erkannt, dass das Bauen nicht nur technische, sondern auch viele soziale Aspekte berücksichtigen muss. Deshalb haben in seinem Büro neben Architekten und Ingenieure auch Sozialwissenschaftler gearbeitet. Er selbst war ein begnadeter Mediator in einer Zeit, in der es diesen Begriff noch gar nicht gab. Ich habe in der engen Zusammenarbeit mit Martin Kirchner viel gelernt, was mir noch heute als Gesundheitsunternehmer hilft, die Herausforderungen unserer Tage zu meistern.

Profildaten

Heinz Lohmann ist 1948 in Emden geboren. Nach dem Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften übte er leitende Tätigkeiten in der privaten Wirtschaft und im öffentlichen Sektor, davon mehr als 35 Jahre in der Gesundheitswirtschaft, aus. Heute ist er Gesundheitsunternehmer, u. a. LOHMANN konzept GmbH, WISO HANSE management GmbH und Lohmann media.tv GmbH in Hamburg sowie Agentur Gesundheitswirtschaft GmbH in Wien. Er ist Vorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft e.V. in Berlin. Lohmann lehrt als Professor an der HAW Hamburg. Er ist Präsident des Gesundheitswirtschaftskongresses in Hamburg und des Österreichischen Gesundheitswirtschafts-Kongresses in Wien sowie Wissenschaftlicher Leiter des Managementkongresses KKR des Hauptstadtkongresses in Berlin. Er ist Autor zahlreicher Publikationen und Gastgeber des TV-Talks „Mensch Wirtschaft!“. Lohmann ist Förderer und Sammler experimenteller Gegenwartskunst.

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

MP: Ihre beste Personalentscheidung?

HL: Vor über 20 Jahren habe ich die aus einer Hamburger Anwaltskanzlei ins Unternehmen gekommene Juristin, Ines Kehrein, gebeten, eine Pressestelle aufzubauen und dann zu leiten. Heute ist die damalige Mitarbeiterin über eine Reihe von Karrierestufen zu meiner langjährigen Geschäftspartnerin geworden. Wir beide ergänzen uns in unseren Stärken und Schwächen kongenial und sichern so den Erfolg unserer unternehmerischen Aktivitäten. Überhaupt hat sich in der Gesundheitswirtschaft sehr bewährt, Führungskräfte nicht nur aus der eigenen Branche zu rekrutieren, sondern auch in anderen Wirtschaftsbereichen nach Talenten Ausschau zu halten.

MP: Ihre Führungsphilosophie/ wie würden Sie sich als Chef beschreiben?

HL: Zunächst investiere ich in Mitarbeiter einen Vorschuss an Vertrauen. Sie haben im Rahmen der gemeinsam entwickelten Ziele große Gestaltungsfreiheiten. Mit mir kann man um Inhalte immer streiten. Allerdings ist das kein „Zuckerschlecken“. Die Argumente müssen schon sehr überzeugend vorgetragen werden, wenn sie mich dazu bewegen sollen, meine Positionen zu korrigieren.

MP: Wie motivieren Sie Ihre Mitarbeiter?

HL: Eine ganze Reihe meiner ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind heute in Spitzenpositionen wichtiger Unternehmen der Gesundheitswirtschaft tätig. Viele von ihnen habe ich schon zu Beginn ihrer Berufstätigkeit ermuntert, durch Übernahme von Verantwortung in Innovationsprojekten, Führungserfahrungen zu sammeln. Generell gilt, Stärken von Beschäftigten zu erkennen und ihnen in der passenden Arbeitsumgebung die Chance zu eröffnen, Erfolge zu erzielen. Das motiviert am meisten.

MP: Welches Profil haben Manager im Gesundheitswesen 2030?

HL: Da uns ein grundlegender gesellschaftlicher Umbruch auch in der Arbeitswelt bevorsteht, müssen Manager vor allem offen für Innovation sein. Die Digitalisierung wird uns alle vor gewaltige Herausforderungen stellen. Künftige Manager dürfen sich nicht „auf ihren Lorbeeren“ ausruhen und sich in den erreichten Positionen einrichten, sonst sind sie schneller wieder weg als sie gekommen sind. Institutionen werden unwichtiger. Prozesse stehen im Vordergrund. Bewegung obsiegt über Statik.

LOHMANN konzept GmbH

LOHMANN konzept berät innovative Akteure der Gesundheitswirtschaft mit dem Ziel einzelne Unternehmen zu stärken, geeignete Partner zu vereinen und Betriebe verschiedener Branchen zu vernetzen.

LOHMANN konzept
Beratung in der Gesundheitswirtschaft

Das Unternehmen unterstützt ambulante und stationäre Gesundheitsanbieter auf dem Weg zu strukturierten Behandlungslösungen. Korrespondierend zu Modernisierungsprozessen wird auch die interne und externe Unternehmenskommunikation integriert.

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

MP: Was raten Sie jungen Führungskräften? Kurzdarstellung Ihres Unternehmens.

HL: Achten sie zunächst immer darauf, wie sich ihre Kunden entwickeln. Patienten werden auch immer mehr zu Konsumenten. Ihre Interessen, Wünsche und Erwartungen müssen deshalb im Zentrum stehen, wenn es um die Bestimmung der Unternehmensziele und die Entwicklung von Leistungsangeboten geht. Und natürlich ist Mut notwendig. Es ist kein Kinderspiel, notwendige Veränderungsprozesse verantwortlich voranzutreiben. Für seine Überzeugungen argumentativ zu kämpfen ist aber für Führungskräfte alternativlos.

Autorenanschriften

LOHMANN konzept GmbH
Prof. Heinz Lohmann
Geschäftsführer
Stormsweg 3
22085 Hamburg

E-Mail: h.lohmann@lohmannkonzept.de

Mario Pfannstiel
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät für Gesundheitsmanagement
Wileystraße 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de

Berufsbegleitende Weiterbildung an der Hochschule Neu-Ulm im Bereich Gesundheitsmanagement



Unsere Programme

- MBA Führung und Management im Gesundheitswesen (5 Semester)
- B.A. Management für Gesundheits- und Pflegeberufe (6 Semester)
- Zertifikatskurse
- Inhouse-Seminare

Was zeichnet unsere Programme aus?

- Vorbereitung auf Leitungspositionen
- hoher Praxisbezug durch Projektarbeiten und Fallstudien
- Vereinbarkeit von Beruf und Studium
- Alumni-Netzwerk mit über 800 MBA-Absolventen/-innen

Zentrum für Weiterbildung

0731-9762-2525

zfw@hs-neu-ulm.de

www.hs-neu-ulm.de/fmg

www.hs-neu-ulm.de/mgp

www.hnu-blog.de

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm, University of Applied Sciences
Prof. Dr. Uta M. Feser, Präsidentin

Mitherausgeber/ Redaktion

Mario A. Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Harald Mehlich (verantwortlich), V. i. S. d. P.

Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

Redaktionsanschrift

Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Wileystraße 1, 89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731 9762-1621

E-Mail: zfpg@hs-neu-ulm.de

Abonnement

Möchten Sie sich mit einem eigenen Beitrag in die Zeitschrift einbringen oder die Zeitschrift kostenlos per E-Mail erhalten, dann schreiben Sie uns bitte eine Anfrage.

Rechtliche Hinweise

Die Zeitschrift einschließlich aller in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der Redaktion unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Nachdruck, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder.

Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 2, Nr. 3, 2016, S. 1-63. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.02.03.2016-01

Erscheinungsort

Neu-Ulm, 10/ 2016

ISSN Online

2363-9342

ISSN Print

2364-2556

Auflage

1000

QR-Code



Webseiten

Zeitschrift
www.hs-neu-ulm.de/ZFPG

Hochschule
www.hs-neu-ulm.de

Druckerei

Datadruck GmbH
Leibier Weg 8
89278 Nersingen

