

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

KOLLABORATION



Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Herausgeber Hochschule Neu-Ulm

Prof. Dr. Uta M. Feser

Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Harald Mehlich
Prof. Dr. 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
Dr. Andreas J. Reuschl

Praxisbeirat

Prof. Dr. Horst Peter Becker
Prof. Dr. Wolfgang Hellmann
Prof. Dr. Alexander Schachtrupp
Dr. Guntram Fischer
Dr. Philipp Schwegel
Michael Born

Autoren

Prof. Dr. Horst Peter Becker
Prof. Dr. Johannes Kirch
Prof. Dr. Wolfgang Hellmann
Prof. Dr. Brigitte Liebig
Prof. Dr. Björn Peters
Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. Rebecca Spirig
Prof. Alfons Runde
Dr. Judith Conrad
Dr. Christian Klode
Dr. Hermann Küster
Dr. Horst Rettke
Dr. Diana Staudacher
Dr. Matthias Zuchowski
Katja Bruni
Irena Hegglin
Regula Lanter

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

EDITORIAL



Prof. Dr. Mario A.
Pfannstiel



Prof. Dr. Harald
Mehlich

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen die zehnte 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 Informationen und Entwicklungen im Bereich „Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft“ zu vermitteln.

In der zehnten Ausgabe wurde der Schwerpunkt auf das Thema „Kollaboration“ gelegt. Kollaboration in Organisationen beschäftigt sich mit der Zusammenarbeit von Personen und damit, ein festgelegtes Ziel zu erreichen. Der Begriff steht in enger Verbindung zum Begriff „Kooperation“. Der Unterschied zwischen beiden besteht darin, dass Kollaboration Führung voraussetzt. Kollaboration ermöglicht es Mitarbeitern mit anderen Mitarbeitern produktiv zusammenzuarbeiten. Effektive Kollaboration zwischen Mitarbeitern der eigenen oder einer fremden Organisation erfordert einen kooperativen Geist und gegenseitigen Respekt.

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

Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. Harald Mehlich

Die Redaktion

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

INHALT

Editorial	3
Mitteilung der Herausgeber <i>Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel Prof. Dr. Harald Mehlich</i>	
Fachinterview	6
Titel: Kollaboration als Führungsaufgabe <i>Prof. Dr. Horst Peter Becker Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Beitrag aus der Praxis I	9
Versorgung gemeinsam gestalten – von der kooperativen zur kollaborativen Leistungserbringung <i>Prof. Alfons Runde Dr. Matthias Zuchowski</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft I	18
Titel: Interprofessionelle Kooperation in der stationären Gesundheitsversorgung. Herausforderungen der Führung <i>Irena Hegglin Prof. Dr. Brigitte Liebig</i>	
Beitrag aus der Praxis II	23
Titel: Kollaboration im Kompetenznetzwerk Pflege – Herausforderungen und Ansätze aus Brandenburg <i>Prof. Dr. Johannes Kirch</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft I	29
Titel: Vorstandspositionen zukunftsfähig besetzen <i>Dr. Hermann Küster Prof. Dr. Björn Peters</i>	
Beitrag aus der Praxis III	37
Titel: Mobile psychiatrische Versorgung ohne Psychiater? <i>Dr. Christian Klode</i>	
Beitrag aus der Praxis IV	44
Titel: „Meinen Beitrag zum Ganzen leisten ...“ Ergebnisse eines Führungsentwicklungsprojekts im Universitätsspital Zürich (USZ) <i>Prof. Dr. Rebecca Spirig Katja Bruni Regula Lanter Dr. Horst Rettke Dr. Diana Staudacher Dr. Judith Conrad</i>	
Führende Köpfe im Porträt	53
Titel: Führende Köpfe, Porträt zu Herrn Prof. Dr. Wolfgang Hellmann <i>Prof. Dr. Wolfgang Hellmann Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Impressum	58

Fachinterview

Titel

Kollaboration als Führungsaufgabe

Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario Pfannstiel und Prof. Dr. Horst Peter Becker (Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Direktor Zentrales Klinisches Management) werden im Folgenden mit MP und HPB abgekürzt.

MP: Welche Bedeutung hat das Thema Kollaboration aus Ihrer Sicht im Krankenhaus?

HPB: Aus unserer Sicht wird Kollaboration als synchrone und hierarchieübergreifende Form der Zusammenarbeit von Expertengruppen verstanden mit dem Ziel, komplexe Fragestellungen mit hoher Geschwindigkeit zu lösen. Dabei sollten alle Möglichkeiten des digitalen Informationsaustauschs in Form von z. B. Cloudcomputing, Videosessionen und Chatforen genutzt werden, um Zeit und Einsatz von Mitarbeitern auf das notwendige Minimum zu beschränken. Während einfache Aufgaben in Krankenhäusern im Rahmen des herkömmlichen Projektmanagements abgearbeitet werden können, erreicht Kollaboration die wahre Dimension und den rechten Nutzen, wenn größere Verbünde interhospitalitär und interdisziplinär komplexe Themen bearbeiten müssen. Bei Kollaboration geht es vor allem um die ergebnisorientierte, matrixungebundene Vermehrung und Bündelung des Expertenwissens.



Becker: „Kollaboration in Expertenorganisationen bedeutet, dass Akteure gemeinsam an einem festgelegten Ziel arbeiten.“

MP: Welche Themen und Bereiche eignen sich Ihrer Meinung nach besonders für eine Kollaboration?

HPB: Alle institutions- und systemübergreifenden Fragestellungen, die einen hohen Grad an Komplexität aufweisen und schnelle, flexible Entscheidungen benötigen, insbesondere im Rahmen des Veränderungs-, Gestaltungs- und Innovationsmanagements.

MP: Welche neuen Berufsfelder spielen in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle?

HPB: Hier finden wir vor allem Experten, einerseits Mediziner und Wissenschaftler, andererseits aber auch Datenexperten, die die technischen, aber auch wirtschaftlichen Aspekte neuer Technologien verstehen. Diese sollten sich in der Lage fühlen, systematisch neue internetbasierte und digitale

Kommunikationsmedien zum Wissenstransfer zu nutzen. Also alle IT-affin Weitergebildeten und auf das Krankenhaus bezogen: alle Ärzte und die nicht-ärztlichen Assistenzberufe sowie die Gesundheits- und Krankenpfleger, die über eine akademische Weiterqualifizierung in Richtung Management verfügen. Gerade die Bewältigung von komplexen Konstellationen ist für die Kollaboration hervorragend geeignet.

MP: Welche Chancen und Potenziale bieten diese neuen Berufsbilder und Berufsgruppen?

HPB: Vor allem natürlich gewaltige Chancen im Bereich des Innovationsmanagements. Wenn es zum Beispiel gelingt, Menschen mit Berufserfahrung und junge Talente, die an einem Ziel arbeiten, ortsunabhängig und ergebnisorientiert in Arbeitsgruppen zusammenzufassen, dann lassen sich Personalressourcen optimal einsetzen. Auf diese Weise werden starre Matrixorganisationen aufgelöst und die Zusammenarbeit auf neuer Ebene definiert.

MP: Was bedeutet strategisches Management und strategische Führung von Berufsgruppen?

HPB: Das Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren als Ganzes zu einem dynamischen Wettbewerbsumfeld entwickelt, und die Intensität wächst ständig. Mit dem Einfluss an Ökonomie ist gleichzeitig der Bedarf an Führungs- und Leitungsaufgaben gewachsen, weil die multidimensionale Welt der verschiedenen Anspruchsgruppen ohne strukturierte Führung nicht mehr zu bewältigen ist. Die Führung verschiedener Berufsgruppen muss daher streng zielorientiert erfolgen, um die Zukunft der Unternehmung zu sichern und Ressourcen optimal einzusetzen. Die Strategie wird dabei von der Mission und vom Wettbewerbsumfeld bestimmt. Im Bereich Führung und Management bedeutet daher Strategie, die mit Blick auf das Unternehmen bewusste

und zielgerichtete Einflussnahme auf Menschen und Strukturen. Und hierzu braucht es zwingend transparente Kommunikation zwischen und innerhalb der Berufsgruppen, um hiermit das Verständnis für den eingeschlagenen Weg zu erzeugen.

MP: Welche neuen Anforderungen ergeben sich daraus für die unterschiedlichen Berufsgruppen?

HPB: Insgesamt wird es in der Gesundheitswirtschaft darauf ankommen, tragfähige Arbeitsbedingungen für eine effiziente Zusammenarbeit aller Berufsgruppen zu schaffen. Der rasante Fortschritt in der Medizin zusammen mit der Digitalisierung, die ebenfalls endlich Fahrt aufnimmt, wird neue ortsunabhängige Formen der Zusammenarbeit hervorbringen. Daraus leiten sich auch die Anforderungen für neue Arbeitsfelder ab. Ohne medizinisches Grundwissen wird man kein Verständnis für die spezifische Arbeit der Berufsgruppen im Gesundheitswesen erzeugen. Gleichzeitig ist eine Art Grundausbildung im Bereich der Digitalisierung, die Sicherheit für den Umgang mit Daten sowie deren Auswertung zu fordern. Die Anwendung digitaler Tools muss beherrscht werden ebenso wie spezielle Anforderungen des Datenschutzes.

MP: Wie kann das Qualifikationsprofil von Fach- und Führungskräften ausgebaut werden und kann eine hochschulbezogene wissenschaftliche Ausbildung dazu einen Beitrag leisten?

HPB: Im Vordergrund sollte immer die Handlungskompetenz in den jeweiligen Aufgabengebieten stehen. Handlungskompetent sind Personen, die in ihrem Fach eine Qualifikation bzw. einen Abschluss mit Berufserfahrung vorweisen können und das notwendige Methodenwerk beherrschen. Daneben sind Führungs- und Managementkompetenzen einzufordern, da ohne diese Eigenschaften keine strategische Durchdringung der Mitarbeiter stattfindet. Die Ausbildung mit

einer wissenschaftlichen Qualifikation sollte hierzu die strukturierte Kommunikationsfähigkeit gewährleisten. Das sollte der immens notwendige Beitrag einer Hochschulausbildung der Zukunft sein.

MP: *Wie kann eine berufsgruppenübergreifende Qualitäts-, Personal- und Organisationsentwicklung die Gesundheitsversorgung verbessern?*

HPB: Wir sind auf dem Weg in eine datengetriebene und technologielastriche Medizin, die eine revolutionierte Vorstellung von dem erzeugen wird, was bisher als traditionelle Heilbehandlung gelaufen ist. Die Transformation der Medizin wird andere Formen des Qualitätsmanagements entwickeln und möglicherweise die Qualitätsstandards nach oben treiben, weil mit großen Datenmengen andere Evidenzen für Therapien produziert werden können. In der Folge wird sich die Ausbildung der Berufsgruppen, die am Gesundheitsprozess beteiligt sind, verändern müssen. In der Prognose lässt sich feststellen, dass teamorientierte Ausbildungen stattfinden müssen, um das Maximum an Wissen vorzuhalten.

MP: *Welche ordnungspolitischen Rahmenbedingungen müssen für einen Wandel und für eine bessere Zusammenarbeit in Gesundheitsorganisationen geschaffen werden?*

HPB: Hier ist der Gesetzgeber gefordert. Die bisher bestehenden sozialpolitischen Hürden der Gesundheitsversorgung müssen überwunden werden, wie z. B. die sektorale Gesundheitsversorgung in ambulant und stationär. Alle entsprechenden Stakeholder müssen sich auf neue Formen der Interaktion einstellen. Die Gruppen, die Gesundheitsdaten besitzen und damit Fakten, werden mit hoher Verlässlichkeit den Ton angeben, wenn sie adäquate Therapienachweise verfügen. Grundsätzlich müssen adäquate Rahmenbedingungen geschaffen werden, zusammen mit der Rechtssicherheit zum

Einsatz digitaler Tools, um die neuen Formen der Kollaboration zu gewährleisten.

MP: *Welche (digitalen) Kompetenzen brauchen wir bei den einzelnen Berufsgruppen für eine effiziente und effektive Kollaboration in der Zukunft?*

HPB: Die Ergebnisse neuester Forschung aus allen Bereichen der Wissenschaft, vor allem auf der biologischen Ebene der Zelle und im molekularen Bereich, werden den Transfer von ungeheuren Datenmengen notwendig machen. Hierzu müssen schlichtweg die technischen Voraussetzungen geschaffen werden, d. h. die Datenetze müssen einen schnellen und sicheren Austausch zwischen Arbeitsgruppen und medizinischen Institutionen gestatten.

Autorenanschriften

Prof. Dr. Horst Peter Becker, MBA
Direktor Zentrales Klinisches Management
Bundeswehrkrankenhaus
Oberer Eselsberg 40
89081 Ulm
horstpeter.becker@t-online.de

Mit Unterstützung von Annika Schuldt.

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

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

Beitrag aus der Praxis I



Titel

Versorgung gemeinsam gestalten – von der kooperativen zur kollaborativen Leistungserbringung

Autoren

Prof. Alfons Runde (links)

Dr. Matthias Zuchowski (rechts)

Hinwendung zur kollaborativen Medizin

Die Entwicklung des Erkennens und der Behandlung von Krankheiten zeigt sich in

verschiedenen Entwicklungsabschnitten. Gegenwärtig lassen sich drei wesentliche Formen der medizinischen Versorgung ausmachen (siehe Tab. 1). Im „traditionellen Professionalismus“ steht die Arzt-

	Traditioneller Professionalismus	Systematisierte Medizin	Kollaborative Medizin
Prozesstyp	Einzelleistungen, iterativ	sequentiell systematisch	Iterativ, kollaborativ
Arbeitsform	„Job shop“	kontinuierlicher Fluss	Netzwerk
Organisationsmodell	dezentral	zentral	vernetzt
Leistungsmessung	individuell	prozessbezogen	Outcome-bezogen
Orientierung	bevorzugt Individualität	bevorzugt Routinen	bevorzugt Experimentieren
Optimierungsfokus	individuelle Leistungen verbessern	Variationen bereinigen	Variationen für Lernen nutzen
Motivation Personal	Autonomie	eingebunden sein	Innovation, Lernen
Staff	einzelne Professionelle	interdisziplinäre Teams	professionelles Netzwerk

Tab. 1: Drei Formen medizinischer Versorgung.
Quelle: Schmitz et al. (2013), S. 77.

Patienten-Beziehung im Fokus. Entsprechend der Principal-Agent-Theorie versteht sich der Arzt hierbei als Anwalt seines Patienten, der sich auf Basis seines Fach- und Erfahrungswissens sowie seinem hohen Grad an Handlungsautonomie den Patientenbedürfnissen widmet. Die „systematisierte Medizin“, welche mittels einer wissenschaftlich unterlegten Standardisierung das Momentum der Ungewissheit zu reduzieren sucht, profitiert von evidenten Erkenntnissen. Die als Evidenzbasierte Medizin (EbM) bezeichnete Versorgungsweise kennzeichnet insofern das Bemühen, die mit dem traditionellen Professionalismus einhergehenden Unsicherheiten zu vermindern. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen führen nunmehr dazu, eine „kollaborative Medizin“ zu forcieren. Diese konzentriert sich vor allem auf komplexe klinische Situationen, wie diese z. B. im Anwendungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zum Ausdruck kommen. Diese Form der Versorgung beschränkt sich nicht nur auf Arbeitsteilung und Koordination, sondern setzt auf intensive Zusammenarbeit im Sinne eines gemeinsamen, interdependenten Vorgehens. (vgl. Schmitz/ Berchtold 2010)

Mit dem Begriff der Kollaboration wird eine Zusammenarbeit bezeichnet, die das gemeinsame Bemühen von mehreren Einzelpersonen oder Arbeitsgruppen fokussiert, um eine Aufgabe zu bewältigen oder ein Projekt auszuführen. Während in der Kooperation mehrerer Leistungserbringer das Prinzip der Arbeitsteilung verankert ist, geht es bei einer kollaborativ ausgerichteten Leistungsgemeinschaft um die gemeinsame Lösung von Problemstellungen durch jeweils verschiedene Aufgabenträger. Im gleichberechtigten Zusammenwirken verschiedener Spezialisten soll auf diese Weise etwas erreicht werden, das vom jeweils Einzelnen nicht hätte selbst erreicht werden können. Durch den wechselseitigen und sich beeinflussenden Prozess beim kollaborativen Ar-

beiten mehrerer Beteiligter mit sich ergänzenden Fähigkeiten und Stärken, können neue Sichtweisen und Problemlösungen generiert werden (sog. Emergenzeffekt).

Die Ausweitung bisheriger Kooperation zu einem kollaborativen Zusammenwirken wäre ohne Nutzung webbasierter Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) nur bedingt möglich. Auch im Gesundheitswesen eröffnen sich mit dem Web 4.0 neue Möglichkeiten, welche auf einer exponentiell anwachsende Digitalisierung basieren. Die hierbei anfallenden Datenmengen sind mit herkömmlichen Verplausibilisierungs- und Analysetechniken nicht mehr zu „verarbeiten“, weshalb hier vom Phänomen „Big Data“ gesprochen wird. Mehr und mehr zeigen sich IKT-gestützte Anwendungsmöglichkeiten, welche in der Sphäre Künstlicher Intelligenz (KI) anzusiedeln sind. Schon zeigt sich die Medizin nicht mehr allein als „Erfahrungswissenschaft“, sondern sie zeigt sich auch als datengetriebene Disziplin.

Kollaborative Versorgung im Kontext von E-Health

Aus Expertensicht bedeutet die Entwicklungsstufe des Web 4.0 eine neue Qualität der Wertschöpfungsprozesse durch Kollaboration in Netzwerken und die unterstützende Intelligenz und Automatisierung von Prozessen durch Systeme. Die im Kontext von Big Data entstehenden Anwendungen Künstlicher Intelligenz können einerseits als Unterstützungssysteme (z. B. bei der Diagnosestellung oder bei Entscheidungsprozessen über alternative Therapien), andererseits als autonome Maschinen (z. B. Pflege- und Serviceroboter) differenziert werden. Grundsätzlich wird die gegenwärtige Entwicklung im IKT-Bereich von Vernetzung und Interoperabilität, Assistenzsystemen und Smart Services sowie Big Data gekennzeichnet. (Zur Vertiefung wird u. a. empfohlen Bouchagiar 2018)

Zweifelsohne sind die benannten informationstechnologischen Potenziale eine epochale Chance zur Weiterentwicklung der Medizin und vor allem ein willkommenes Fundament für kollaborative Versorgungskonzepte. Andererseits müssen die damit verbundenen Risiken (von der Automatisierungsgläubigkeit über den beeinträchtigten Schutz personenbezogener Daten bis hin zu soziokulturellen Veränderungen und ethischen Verwerfungen) erkannt und beherrscht werden. (vgl. Schrape 2016, S. 12-21) Für die Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung stellt sich institutionell die Aufgabe, sich auf eine an Intensität zunehmende Disruption bisheriger Geschäftsmodelle vorzubereiten. Insofern sollte der Terminus „E-Health“ nicht verkürzt als Telematik oder Telemedizin verstanden werden. Vielmehr umfasst dieser Begriff alle Informations- und Kommunikationstechnologien, die auf den Einsatz gesundheitsbezogener Aufgabenstellungen ausgerichtet sind.

Die Nutzung von Anwendungen im Bereich „E-Health“ erfordert die frühzeitige Befähigung der Mitarbeiterschaft im Sinne „digitaler Kompetenz“, d. h. weitreichende Kenntnisse des Umgangs mit digitalen Medien sowie umfassendes Wissen über Datensicherheit und Datenschutz. In der Konsequenz ist die Mitwirkung an kollaborativen Versorgungsmodellen von dieser Kompetenz abhängig und verlangt zudem nach entsprechender Selbstlernkompetenz, um den digitalen Wandel begleiten zu können. Ein wichtiger Aspekt künftiger, oft kollaborativ entwickelter Versorgungsformen ist die Einbeziehung der Patienten. Diese kann durch webbasierte Anwendungstools (z. B. aus dem Bereich electronic Homecare) oder durch Informations- und Mitmachtools zur Anreicherung der Gesundheitskompetenz erreicht werden.

Von fragmentierten zu integralen Versorgungsmodellen

Konnte ein Tumor-Board bereits dem Gedanken des gemeinsamen fachgebiets- und

berufsgruppenübergreifenden Zusammenwirkens im Sinne gemeinsamer Aufgabe und Verantwortung folgen, so war die praktische Umsetzung zumeist räumlich auf die Institution Krankenhaus begrenzt. Die Nutzung der webbasierten Anwendungen aus dem E-Health Bereich ermöglichen nunmehr Kollaborationen ohne räumliche Limitationen. Zahlreiche Pilotprojekte zeigen, dass sektoren- und fachgebietsübergreifende Fachzentren (ob Notfallzentrum, Mukoviszidosezentrum oder Endoprothetikzentrum) sich verschiedene Ebenen der Vernetzung erschließen können. Dabei können die Kollaborationspartner auch aus räumlich entfernten Institutionen und aus dem sekundären Leistungsbereich (Speziallabor, Medizintechnik, Heilberufe, u. a.) kommen.

Kollaborative Medizin ermöglicht durch die Nutzung von Emergenzeffekten ein personalisiertes Zugehen auf den Einzelfall und dort wo notwendig auch ein Behandlungskonzept im Anwendungsbereich personalisierter Medizin. Voraussetzung hierfür ist eine veränderte betriebskulturelle Einstellung, die neben der Fachkompetenz des Einzelnen auch die Fachkompetenz eines heterogen besetzten Teams anerkennt und fordert. Diese Hinwendung zu Behandlungsgemeinschaften kann dort, wo kollaboratives Arbeiten sinnvoll erscheint, den bisher oft fragmentierten Behandlungsprozess durch eine integrale Gestaltung ersetzen. Positive Erfahrungen an einem Schweizer Spital mit sog. „Multi-Morbidity-Board“ (MuMBo) belegen, dass sich Investitionen in entsprechende Strukturen und Prozesse lohnen. (vgl. Schmitz et al. 2013, S. 76-81)

Die auch durch die IK-Technologien ermöglichten Entwicklungen in der medizinischen Versorgung verlangen einerseits nach Spezialisierung, andererseits nach Zusammenführung vielfältigen Expertenwissens. So fordert auch der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem jüngsten Gutachten nach einer „bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung“ (SVR Gesundheit 2018,

Textziffer 1310). Allein mit den klassischen Instrumenten der Kooperation – hierzu gehören das anlassbezogene bilaterale Gespräch (informell) und das Konsilium (Einholen der Expertise eines Spezialisten) – ist eine kollaborativ ausgerichtete Versorgung nicht zu verwirklichen.

Kollaboration in der Praxis: Beispiel intersektorale Notfallversorgung

Die stationäre Notfallversorgung in Deutschland steht vor dem Problem der weiterhin bestehenden starken Trennung der ambulanten und stationären Versorgungswege für Patienten. Aus der Sicht des Patienten heraus gedacht, spielt es jedoch keine Rolle, unter welchem Abrechnungssystem und mit welchen Mitteln eine Akutbehandlung erfolgt. Für Krankenhäuser und Notfallmediziner bedeutet dies, dass die Integration von ambulanten und stationären Leistungen eine notwendige Antwort auf die qualitativen Anforderungen der Gesellschaft an die Behandlung in der Notaufnahme eines Krankenhauses darstellt.

Diesem Leitgedanken folgend entschied sich die Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH 2017 zum Aufbau eines strukturell und prozedural tief innerhalb der bestehenden Zentralen Notaufnahme verankerten, medizinischen Versorgungszentrums. Im Rahmen der prospektiven Prozessanalyse wurde ein robustes Sichtungssystem zur Vernetzung der Leistungserbringung zwischen den Sektorengrenzen als zentraler Knotenpunkt der Notfallversorgung identifiziert. Bewusst wurde dabei ein Ansatz zur konsequenten digitalen Abbildung der Prozesse, und hier im Besonderen der Prozess der Patientensichtung und die Kategorisierung der medizinischen Behandlungsdringlichkeit, durch Anwendung des Manchester Triage Systems (Daglius Dias et al. 2016 und Gräff et al. 2014) verfolgt. Um allerdings ein separiertes und paralleles Arbeiten beider Sektoren und eine Leistungsabgrenzung zwischen beiden Bereichen zu vermeiden, wurden von Beginn

an mehrere Ziele verfolgt. Im Rückblick lässt sich festhalten, dass diese unter der Maxime Kollaboration statt „Patientenversorgung nebeneinander“ subsummiert werden können:

- Prozessdesign mit den Beteiligten aus dem ambulanten Teil der Patientenversorgung, der stationären Patientenversorgung und den davor und danach gelagerten administrativen Schritten.
- Vollständige Digitalisierung des Sichtungsprozesses. Ein Abruf und eine Veränderung (nach festgelegten Rechten für die verschiedenen Leistungserbringer) der Sichtungsabläufe sowie Einsichtnahme der Ergebnisse mit dem Ziel jedem Leistungserbringer die Mitarbeit am Gesamtprozess mit digitaler Unterstützung zu ermöglichen.
- Der Sichtungsprozess als wichtiger Prozesspunkt sollte die notwendige Unterstützung (in Form von Nachschlagewerken und einfacher digitaler Menüführung mit medizinischen Hinweisen zur Kategorisierung) beinhalten, sodass dieser die Stärken und Schwächen der an der Versorgung des Patienten beteiligten Mitarbeiter fördert und ausgleicht.

Ein weiteres Charakteristikum der Notfallversorgung ist die unvollständige Planbarkeit der Prozesslast einer Versorgungseinheit. Die Auswertung von großen prozeduralen und kapazitiven Datenmengen zur Iteration und Antizipation von Versorgungsspitzen kann nur erfolgen, wenn die notwendigen Prozessschritte ohne Verzögerung festgehalten und gezielt aufbereitet werden können. Die Zentrale Notaufnahme des Robert-Bosch-Krankenhauses verfolgt durch die Integration der Prozesszeitmessung in das bestehende Krankenhausinformationssystem das Ziel, die wesentlichen Prozessschritte digital zu markieren und auswertbar zu machen (siehe Abbildung 1). Die automatische Auswertung und die Verknüpfung der

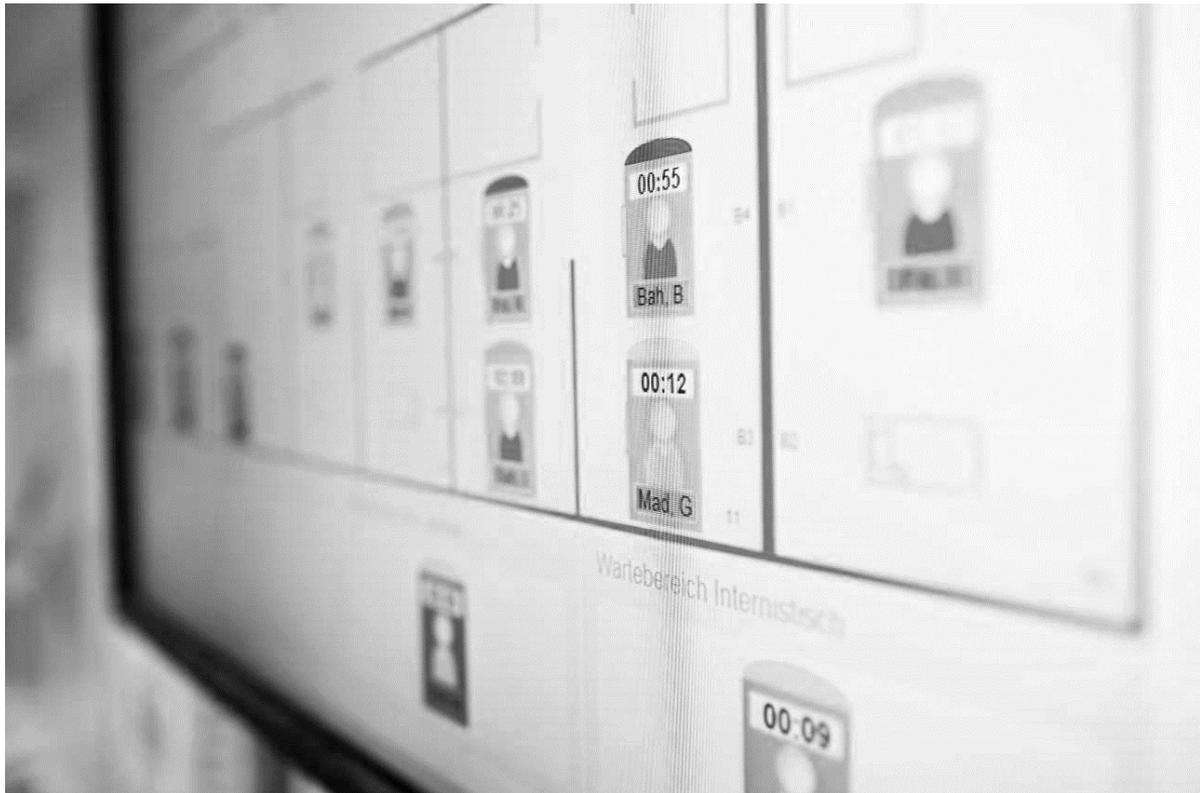


Abb. 1: Prozesszeiten und Prozessmonitoring des Notaufnahmезentrums am Robert-Bosch-Krankenhaus. Bild: Robert-Bosch-Krankenhaus. Unternehmenskommunikation RBK. Quelle: Obertreis (2018).

Auslastungsdaten mit einer adaptierenden Personaleinsatzplanung stellt zukünftig noch einen wichtigen Meilenstein dar und kann beispielhaft für die kommenden Herausforderungen einer gemeinschaftlichen Leistungserbringung mit Nutzung der Potentiale von Big Data im Krankenhaus gesehen werden. Hier kann sich nach Meinung der Autoren durchaus ein prüfender Blick in die Industrie lohnen, um Anregung für kollaborative und in Echtzeit datenunterstützte Prozesse im Krankenhaus zu befördern.

Kollaboration in der Praxis: Beispiel telemedizinischer Anwendungen zur Unterstützung einer dezentralen Leistungserbringung

Ebenfalls eine Form der intersektoralen Leistungserbringung stellen die neuen Versorgungsformen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für Krankenhäuser dar. Nach der Neufassung des § 116b SGB

V widmen sich im Rahmen der ASV interdisziplinäre Ärzteteams gemeinsam im ambulanten Setting an einer definierten Krankheitsgruppe erkrankten Patienten. Die unterschiedlichen medizinischen Leistungserbringer verschreiben sich hierbei das Ziel, einen Patienten mit einer hochkomplexen Erkrankung über die Sektorengrenzen hinweg umfassend zu behandeln. Alle Bereiche, welche für das Krankenhaus nicht durch interne Ressourcen abzudecken sind, werden hierbei üblicherweise im Rahmen von Kooperationsverträgen in das ASV-Behandlungsteam integriert. Bei genauer Betrachtung kann allerdings festgestellt werden, dass ASV-Teams gerade in der Lösung von komplexen Problemen und Bedarfen eines Patienten nicht bei einer arbeitsteiligen Leistungserbringung stehen bleiben können. Es zeigt sich auch, dass Barrieren zwischen den Sektoren nicht durch den Gesetzestext, sondern nur durch ein gemeinsames Prozessverständnis der Leistungserbringer überwunden werden kann (Dengler/ Cas-

sens 2018). Um ein gleichbleibendes hohes medizinisches Leistungsniveau zu erreichen, erscheint eine gelebte Kollaboration der einzelnen Mitwirkenden eine relevante Voraussetzung zu sein.

Bei der Einrichtung unterschiedlicher ASV-Strukturen an den Standorten der Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH und auch im Rahmen von bestehenden ambulanten Strukturen (Ambulanz am Standort Klinik Schillerhöhe siehe Abbildung 2) zeigt sich immer mehr, dass dies eine Verpflichtung eines jeden Mitwirkenden des ASV-Teams für die Gesamtproblematik des Patienten notwendig macht (ambulante Behandlung). Dies erfordert naturgemäß auch ein hohes Maß der Abstimmung der einzelnen Akteure. Das Resultat sind regelmäßige Teamsitzungen der ASV-Teams, in welchen für aufgekommene Problematiken in der konkreten Versorgungssituation die Stärken der einzel-

nen Mitwirkenden im Rahmen von neuen Versorgungslösungen eingebracht werden können. Beispielhaft können hier auf den Patientenbedarf angepasste Pakete von Leistungen im Bereich der Pulmonalen Hypertonie oder der Zystischen Fibrose unter Mitwirkung des Robert-Bosch-Krankenhauses, der Klinik Schillerhöhe und zahlreichen internen und externen Akteuren genannt werden.

Um das kollaborative Arbeiten weitergehend zu fördern, werden zurzeit am Robert-Bosch-Krankenhaus neue Anwendungsmöglichkeiten der Telemedizin konzeptionell erarbeitet. Anlass und Auslöser war hier maßgeblich der hohe Abstimmungsbedarf bei dezentralisiertem Arbeiten an den gleichen komplexen Bedarfen des ASV-Patienten. Wenn die quartalsweise stattfindenden Team-Sitzungen der Ärzte nicht mehr ausreichen, müssen neue Lösungen gesucht



Abb. 2: Ambulanz der Klinik Schillerhöhe. Bild: Robert-Bosch-Krankenhaus. Unternehmenskommunikation RBK.

Quelle: Obertreis (2018).

werden, um ein abgestimmtes, medizinisches Arbeiten zu ermöglichen. Am Robert-Bosch-Krankenhaus besteht mit dem Telemedizinischen Zentrum bereits seit 2005 eine größere Erfahrung mit dem Aufbau und dem Unterhalten derartiger Strukturen zur ärztlichen Konsultation und Patientenvorstellung im Rahmen der dezentralisierten und sektorübergreifenden Patientenbehandlung. Der Transfer dieses Knowhows auf die besonderen Strukturen der ASV wird eine wichtige Herausforderung der kommenden Jahre sein und eine weitergehende gesundheitsökonomische Begleitung der Projekte wird die Fragen der Patientensicherheit, Behandlungsqualität und der Durchdringungstiefe des kollaborativen Arbeitens bei telemedizinischen Anwendungen im Rahmen des ASV-Behandlung untersuchen müssen.

Kollaboration in der Praxis: Beispiel einer Wissensplattform zur Förderung gemeinsamen Arbeitens

Wo viele unterschiedliche Akteure parallel und sequentiell zusammenarbeiten, stellt ein gleichförmiger Wissenstand, sowohl von extern verfügbarem (medizinische Leitlinien und klassisches Fachwissen), wie auch von internem Wissen (Unternehmensstandards, Standard Operating Procedures, Rahmenbedingungen der Unternehmung) eine bedeutende Ressource dar.

Auf Anregung des ärztlichen Vorstands des Robert-Bosch-Krankenhaus wird seit 2017 der Aufbau einer digitalen Wissensdatenbank angestrebt. Der Projektauftrag beinhaltet hierbei drei gleichwertige strategische Ziele:

- Bewahrung und Erweiterung des berufsgruppenübergreifenden Fachwissens und Aufbau von Daten, welche einem kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess („Continuous Improvement Process“) dienlich sein können.

- Intensivierung der Vernetzung von unterschiedlichen Berufsgruppen der Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH durch gegenseitige Teilung von internem und externem Wissen und Auswahl für die speziellen Anforderungen der Unternehmung bedeutenden Wissensressourcen.
- Erhöhung der örtlichen und zeitlichen Erreichbarkeit von Wissen in unterschiedlichen Arbeitskontexten (am Patientenbett, beim wissenschaftlichen Arbeiten, in der Behandlungsplanung und zur Unterstützung von Behandlungsprozessen).

In der konkreten Umsetzung wurde bisher ein elektronisches Wissensportal mit mobilen und stationären Endgeräten aus erreichbaren Inhalten aufgebaut, welches die Wissensressourcen des Krankenhauses zusammenführt und bündelt. Im nächsten Schritt werden die Mitwirkungsmöglichkeiten der Nutzer (Kommentarfunktionen und eigene Leitlinien, die durch die ärztlichen und pflegerischen Gremien des RKK erarbeitet wurden, etc.) evaluiert und weiterentwickelt.

Hier liegt im Wesentlichen die Herausforderung, das Mitwirken am gemeinsamen Wissensaufbau zu befördern und zu honorieren, um eine persönliche Verantwortung für den gesamten Wissenspool der Unternehmung zu wecken. Diese Notwendigkeit erscheint den Herausforderungen der klinischen und administrativen Kollaboration im Gesundheitswesen auch wesentlich zu eigen zu sein.

Fazit

Dem Fortschritt der Medizin sei es gedankt, dass erkrankten Menschen in vielfältiger Weise geholfen werden kann. Allerdings haben sich die zur Behandlung kommenden Krankheitsbilder durch veränderte Arbeits- und Lebenswelten sowie durch die bekannten (sozio-)demografischen Entwicklungen verändert und tendieren zu einer erweiterten Komplexität. Beispielfhaft sei auf den großen

Anteil chronischer Erkrankungen, auf das gestiegene Aufkommen an psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie auf das Auftreten seltener Krankheitsbilder hingewiesen. Die Fachkompetenz des Einzelnen reicht hier nicht aus. Es gilt multiprofessionelle Behandlungsteams zu formen und die netzunterstützten Möglichkeiten von IK-Techniken zu nutzen. Insofern: Ja, kollaborative Versorgungsformen werden sehr stark an Bedeutung zulegen. Gut beraten sind die Institutionen, die sich hierauf einstellen.

Literatur

Bouchagiar C. (2018) Medizintechnik 4.0 im Krankenhaus 4.0. In: MT/ Medizintechnik; Jg. 2018, Nr. 1, S. 2.

Daglius Dias R., Rios I. C., Canhada C. L. B., Fernandes M. D. G. O., Letaif L. S. H., Bonfá E., Perondi M. B. M. (2016) Using the Manchester triage system for refusing non-urgent patients in the emergency department: A 30-day outcome study. In: Journal of Emergency Management. Vol. 14. No. 5. p. 365.

Dengler R., Cassens M. (2018) Zur Diskussion: Neustrukturierung der fachärztlichen Behandlung am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV): ein kritischer Blick auf Ziele und Umsetzung. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Jg. 2018. Nr. 133. S. 51-57.

Gräff I., Goldschmidt B., Glien P., Bogdanow M., Fimmers R., Hoeft A., Kim S. C., Grigutsch D. (2014) The German Version of the Manchester Triage System and Its Quality Criteria – First Assessment of Validity and Reliability. In: PLoS ONE. Vol. 9. No. 2. p. e88995.

Obertreis D. (2018) Dominik Obertreis Foto-reporter, online im Internet, URL:

<https://obertreis.de/>, Abrufdatum: 21.12.2018.

Schmitz C., Berchtold P. (2010) Die Entwicklung der medizinischen Profession. In: Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 2010. Nr. 50. S. 2008-2011.

Schmitz C., Berchtold P., Laifer G., Meier C. A. (2013) Herausforderung Vernetzung. In: Zeitschrift für Organisationsentwicklung (ZOE). Jg. 2013. Nr. 1. S. 76-81.

Schräpe J.-F. (2016) Big Data: Informatisierung der Gesellschaft 4.0. In: Berliner Debatte Initial. Jg. 2016. Nr. 4. S. 12-21.

SVR Gesundheit (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten, Sachverständigenrat Gesundheit (SVR, Hrsg.). Bonn.

Autorenbiografien

Alfons Runde lehrt seit 1998 als Professor für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen neuer Versorgungs- und Organisationsformen sowie im Management von Gesundheitseinrichtungen. Zudem stand er mehr als 20 Jahre lang verschiedenen Akut- und Rehabilitationskliniken als Geschäftsführer bzw. als Vorstand vor. Als Berater für Gesundheitseinrichtungen spezialisierte er sich auf die Konzeption und Umsetzung von Ärzte- und Gesundheitszentren. Ende 2015 trat Herr Runde in den Ruhestand und nimmt seither Lehraufgaben in beschränktem Umfang wahr.

Matthias Zuchowski leitet seit 2017 die Medizinstrategische Entwicklung des Robert-Bosch-Krankenhauses, ist als Referent des Medizinischen Geschäftsführers tätig und erfüllt eine Lehrbeauftragung der SRH Fernhochschule. Am Robert-Bosch-Krankenhaus koordiniert er die gesundheitsökonomische Forschung und ist als wissenschaftlicher

Beirat in gesundheitswissenschaftlichen Projekten der Robert Bosch Stiftung tätig. Als Arzt, Gesundheitsökonom und Health Care Manager setzt er sich für eine Verbindung von Medizin und Ökonomie in allen Ebenen der Gesundheitsversorgung ein.

Autorenanschriften

Prof. Alfons Runde
Professor für Gesundheitsökonomie und
Gesundheitsmanagement
SRH Fernhochschule –
The Mobile University
Lange Straße 19
88499 Riedlingen

E-Mail: alfons.runde@mobile-university.de

Dr. Matthias Zuchowski
Leiter Medizinstrategische Entwicklung
Stv. Leiter Projekt Management Office
Referent des Geschäftsführers
Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH,
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart

E-Mail: matthias.zuchowski@rbk.de

Beitrag aus der Wissenschaft I



Titel

Interprofessionelle Kooperation in der stationären Gesundheitsversorgung. Herausforderungen der Führung

Autoren

Irena Hegglin (links)

Prof. Dr. Brigitte Liebig (rechts)

Einleitung

Kooperation ist unerlässlich für eine hohe Qualität in der Gesundheitsversorgung. Mängel der Kooperation zwischen Leistungserbringenden unterschiedlicher Bereiche wie Medizin, Pflege und unterstützenden Einheiten, wie z. B. Sozialarbeit oder Technik, können zur Abnahme von Patientensicherheit, zu Unzufriedenheit, Stress und Fluktuationsneigung des Personals und letztlich zu Effizienzverlusten und steigenden Kosten im Gesundheitswesen führen (vgl. Müller-Mielitz 2016).

Zahlreiche Krankheitsbilder erfordern heute umfassende Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse zwischen Fachpersonen im Gesundheitsbereich. Dies gilt insbesondere für zentrale Bereiche des Gesundheitswesens wie die stationäre Versorgung: Im Spital sind die Tätigkeiten von Ärzteschaft und Pflege hochgradig spezialisiert und arbeitsteilig organisiert. Ein bewusstes, planvolles und abgestimmtes Agieren im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit ist hier unerlässlich (vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer/ Sörensen 2016). Wie die Forschung und Praxis zeigen, ist eine gelungene Zusam-

menarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegefachkräften jedoch nicht selbstverständlich. Vielmehr dominieren divergierende Meinungen und individuelle Handlungsweisen den Klinikalltag und beeinträchtigen den Austausch und die gemeinsame Entscheidungsfindung. Durch mangelnde Informationsweitergabe und Kooperation entstehen nicht selten persönliche Konflikte und fachliche Missverständnisse, welche nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Versorger und Versorgerinnen mindern, sondern auch zu erheblichen Einbußen in der Qualität der Behandlung führen können (Wilkesmann 2009).

Interprofessionelle Kooperation stellt hohe Anforderungen auf der Ebene des beruflichen Handelns und Selbstverständnisses, wie auf der Ebene von Organisation und Führung dar (vgl. D'Amour et al. 2005). In einem von Zeitdruck und steigenden Anforderungen geprägten Organisationsalltag werden Themen wie Kooperation oft als zusätzliche Belastung erlebt. Führung von interprofessioneller Zusammenarbeit gilt als eine tragende Säule des Qualitätsmanagements im Spital, indem sie auf allen Ebenen der Organisation Voraussetzungen für die Unterstützung und Förderung dieses dyna-

mischen Prozesses schafft (vgl. Knoth et al. 2012). Die Herausforderungen, die sich in diesem Zusammenhang insbesondere für Führungskräfte im mittleren Management stellen, sind zahlreich und lassen sich gleichermaßen im Kontext der spezifischen Rahmenbedingungen wie auf der Ebene von sozialen Beziehungen und Interaktionen im Klinikalltag lokalisieren.

Führung *interprofessioneller Kooperation*

Spitäler können mit Mintzberg (1989) als „Expertenorganisationen“ beschrieben werden, in denen Ärzteschaft und Pflegepersonal hochqualifizierte diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen erbringen. Die Professionellen verstehen sich in erster Linie ihrer Berufsgruppe und nicht dem Krankenhaus verbunden und versuchen höchstmögliche Autonomie auch mit Blick auf Kontroll- und Koordinationsmechanismen im Spital zu wahren (Schmitz/Berchtold 2008). Während sich bereits daraus Erschwernisse der Führung ergeben, entstehen zusätzliche Herausforderungen durch strukturell verfestigte Machtungleichgewichte zwischen Ärzteschaft und Pflege in der Spitalhierarchie. Oft ist die Ärzteschaft stärker in der Spitalleitung vertreten als die Pflege und beansprucht auch in der interprofessionellen Kooperation leitende Funktion, was eine gemeinsame Handlungsorientierung und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen erschwert.

Strukturen für Kooperation auf Augenhöhe schaffen

Aufgabe der Führung ist es, Strukturen zu schaffen, die „Kooperation auf Augenhöhe“ ermöglichen. Dabei gilt es, die einstigen Über- und Unterordnungsverhältnisse in der Gesamtorganisation und in den Abteilungen der Spitäler in kollegiale Strukturen zu überführen und in den Kern- wie in den Steuerungsbereichen interprofessionelle Arbeitsstrukturen zu errichten (vgl. Antoni 2009).

Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich der Anforderungen in verschiedenen aufgabenbezogenen und organisatorischen Kontexten sind in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen und differenzierte Ansätze zu entwickeln.

Flache, dezentrale Organisationsformen, wie sie für Expertenorganisationen typisch sind, können gemeinsames Handeln und Entscheiden zwischen Professionellen unterschiedlicher Felder stützen und dazu beitragen, dass fachübergreifend ein Verständnis für Inhalte, Kompetenzen und Herausforderungen jenseits des eigenen Aufgabenfeldes entsteht. Auf Abteilungsebene können interprofessionelle Leitungsteams aus Medizin, Pflege und Administration die Interprofessionalität von Fachpersonen unterstützen. Sie befassen sich mit der Umsetzung von Standards, der Optimierung der Ressourcenverteilung vor Ort, bis hin zur Bewältigung von interpersonellen Konflikten und Alltagsproblemen (Eze/ Leupi/ Rosselet 2012). Weitere wichtige und von der Führung zu unterstützende Ansätze bestehen in der Verbesserung des Informationsmanagements sowie in der gemeinsamen Aus- und Weiterbildung der medizinischen und Pflegefachkräfte im Bereich interprofessioneller Kooperation (Abu-Rish et al. 2012).

Kultur der Kooperation entwickeln

Auf der Ebene der Behandlungsteams sieht sich Führung mit den unterschiedlichen handlungsleitenden Normen und ethischen Vorstellungen konfrontiert, wie sie Ärzteschaft und Pflegefachkräfte vor dem Hintergrund verschiedener biographischer Bezüge, Ausbildungswege und beruflicher Vorerfahrungen erworben haben (Hoefert 2007). Unterschiedliche Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster der Professionellen, aber auch Kompetenzstreitigkeiten und Berufsivalitäten tragen dazu bei, dass Wissensaustausch, gemeinsame Zieldefinitionen und gemeinsame Entscheidungsfindung bis hin zu wechselseitiger Anerkennung und Wert-

schätzung immer wieder zur Herausforderung werden. Insbesondere bei komplexen Abstimmungsprozessen besteht die Gefahr, dass sich Fachpersonen auf die eigene Position zurückziehen und primär berufsspezifische Interessen durchsetzen.

Eine wichtige Aufgabe der Führung ist es, kooperative Haltungen in interprofessionellen Teams zu fördern, d. h. eine „Kultur der Kooperation“ zu entwickeln. Weitestgehend autonom handelnde und zum Teil in sich geschlossene Professionen, Berufsfelder und Abteilungen müssen gemeinsame Vorstellungen und Ziele sowie ein gemeinsames Verständnis von Kooperation erarbeiten. Eine positive Grundeinstellung und eine wertschätzende Haltung gegenüber anderen Berufsgruppen sind dabei notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzungen (vgl. Weller/ Boyd/ Cumin 2014). Wichtige Elemente einer Kultur der Kooperation bilden ein Klima der Offenheit, des wechselseitigen Vertrauens und der Fairness sowie eine Unterstützungsbereitschaft gerade in kritischen Situationen mit hoher Belastung.

Allerdings setzt eine erfolgreiche Kooperation auch voraus, dass medizinische und pflegerische Professionen rein zeitlich Gelegenheiten zur Diskussion und Meinungsbildung erhalten. Im Klinikalltag müssen interprofessionell verankerte und akzeptierte Kommunikationsgefäße und -zeiten verfügbar sein, welche es erlauben ein gemeinsames Verständnis des Auftrags und eine eindeutige gemeinsame Zielsetzung immer wieder zu aktualisieren und zu entwickeln. Dazu zählt die Transparenz von Entscheidungen, aber auch eine immer wiederkehrende Klärung der Kompetenzen und Schnittstellen aller beteiligten Professionen. Hinzu kommt eine positive Haltung hinsichtlich Vielfalt: Unterschiedliche Perspektiven, Erfahrungshintergründe und Know-how sind Chancen für kreative und innovative Lösungen, wenn sie von der Führung und den beteiligten Professionen aktiv gestaltet und genutzt werden.

Führungsgrundsätze und gemeinsame Vision

Leitlinien für interprofessionelle Kooperation sind in der Expertenorganisation Spital besonders wichtig, da Interaktionen hier vielfach über mehrere Leistungsbereiche, Hierarchieebenen und Schnittstellen der einzelnen Berufsgruppen hinweg erfolgen und informelle Absprachen erschwert sind. Schriftlich festgehaltene und gut kommunizierte Grundsätze, die Orientierung für kooperatives Verhalten zwischen Fachkräften vorgeben, Regeln hinsichtlich Entscheidungsfindung, Partizipation und Konfliktbewältigung formulieren und in diesem Zusammenhang auch erwünschtes Führungsverhalten und Instrumente benennen, können dazu beitragen, den Zusammenhalt zwischen Fachpersonen zu fördern und die Identifikation mit der Gesamtorganisation insgesamt zu verbessern. Neben Hinweisen auf erwünschtes Verhalten im Sinne positiver Mindestanforderungen sollte hier auch nicht erwünschtes Führungsverhalten thematisiert werden können (vgl. Schilling 2005). Mit einer Vision von interprofessioneller Zusammenarbeit auf Führungsebene werden gemeinsame Vorstellungen für alle beteiligten Professionen geschaffen, was auch die Wirksamkeit von Führungsprozessen erhöhen kann.

Fazit

Im Zuge aktueller Entwicklungen wie medizinischer Spezialisierung, neuen Managementformen, Digitalisierung sowie Kostendruck und Wettbewerb im Gesundheitswesen werden die Herausforderungen an die Führung interprofessioneller Kooperation wachsen und Führungskräfte insbesondere auch in der stationären Versorgung vor stets neue Aufgaben gestellt. Auf Abteilungsebene wie für Verantwortliche in der Spitalleitung werden sie auch in Zukunft im Umgang mit Kooperationsfragen eine herausragende Rolle einnehmen, indem sie für eine gemeinsame Vision von Zusammenarbeit ein-

stehen und entsprechende Werte als Vorbild leben (Eze/ Leuppi/ Rosselet 2012). Dabei stehen ihnen bis dato jedoch erst wenige standardisierte Instrumente bereit.

Als Vertreter und Vertreterinnen medizinischer oder pflegerischer Berufe müssen sie in der Lage sein, ein Führungsverhalten zu entwickeln, welches über die eigene Berufsgruppe hinausreichen kann. Bisher wird das Führungsverhalten im medizinischen Kontext jedoch oft noch von Aufgabenorientierung und hohen fachlichen Standards bestimmt, während im pflegerischen Bereich neben fachlichen Standards die Orientierung an den Mitarbeitenden, Teamarbeit und die Zufriedenheit der Beschäftigten im Mittelpunkt stehen. Die Führung von interprofessioneller Kooperation lässt sich jedoch nicht unabhängig von anderen Professionen im Feld gestalten: verschiedene Dimensionen des Führens sind notwendig, sollen positive Effekte auf komplexe Kooperationsbeziehungen generiert werden.

Literatur

- Abu-Rish E., Kim S., Choe L., Varpio L., Malik E., White A. A., Craddick K., Blondon K., Robins L., Nagasawa P., Thigpen A., Chen L. L., Rich J., Zierler B. (2012) Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. In: *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 26. No. 6. pp. 444-451.
- Antoni C. H. (2009) Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. Vol. 104. Iss. 1. pp. 18-24.
- Dahlgaard K., Stratmeyer P., Sørensen C. (2016) Verbesserte Kooperation von Ärzten und Pflegenden – strategische Potenziale für das Krankenhaus. In: Hellmann W., Beushausen Th., Hasebrock J. (Hrsg.). *Krankenhäuser zukunftssicher managen*. Kohlhammer-Verlag. Stuttgart. S. 132-149.
- D'Amour D., Ferrada-Videla M., San Martin Rodriguez L. Beaulieu M. D. (2005) The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. In: *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 19. Suppl. 1. pp. 116-131.
- Eze G., Leuppi J., Rosselet C. (2012) Interdisziplinäre Führungsstrukturen zur Lösung von Koordinationsproblemen. In: *Schweizerische Ärztezeitung*. Jg. 93. Nr. 7. S. 252-255.
- Hall P. (2005) Interprofessional Teamwork: Professional cultures as barriers. In: *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 19. No. 1. pp. 188-196.
- Hoefert H.-W. (2007) Zur beruflichen Sozialisation von Ärzten, Pflegekräften und Verwaltungsangehörigen im Krankenhaus. In: Hoefert H.-W. (Hrsg.). *Führung und Management im Krankenhaus*, Vol. 2. Hogrefe. Göttingen. S. 71-89.
- Knoth S., von Allmen U., Radnic S., Riggenschach U. (2012) *Exzellenzmanagement – Bausteine eines strategischen und operativen Managements im Krankenhaus*. Hans Huber Verlag. Bern.
- Mintzberg H. (1989) *Mintzberg on Management – Inside our Strange World of Organizations*. Free Press. New York.
- Müller-Mielitz S., Sottas B., Schachtrupp A. (2016) *Innovationen in der Gesundheitswirtschaft*. Bibliomed Verlag. Melsungen.
- Schilling J. (2005). Inhalte von Führungsgrundsätzen unter der Lupe - Ergebnisse und Perspektiven. In: *Zeitschrift für Personalpsychologie*. Jg. 4. Nr. 3. S. 123-131.
- Schmitz C., Berchtold P. (2008) *Managing Professionals – Führung im Krankenhaus*. In: Amelung V. E., Sydow J., Windeler A. (Hrsg.). *Vernetzung im Gesundheitswesen*.

Wettbewerb und Kooperation, Kohlhammer Verlag. Stuttgart. S. 167-181.

Weller J., Boyd M., Cumin D. (2014) Teams, tribes and patient safety – overcoming barriers to effective teamworks in health-care. In: Postgrad Med Journal. Vol. 90. No. 1061. pp. 149-154.

Wilkesmann M. (2009) Wissenstransfer im Krankenhaus. Institutionelle und strukturelle Voraussetzungen. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Autorenbiografien

Irena Hegglin ist Wirtschaftspsychologin, Organisationsentwicklerin & Coach und seit 2001 Leiterin von HI Coaching Organisationsentwicklung GmbH. Sie berät mit dem Schwerpunkt Leadership, Interprofessionalität, Transformationsprozesse, Strategie-, Struktur- und Kulturentwicklung. Sie ist Mitautorin des Buches "Strategie und Diversität" (2014) und Co-Autorin „Erfolgsfaktoren in der Prozessorientierung und interprofessionellen Kooperation im Lean Hospital“ im Buch „Brennpunkt BIM2FIM“ (2016).

Prof. Dr. Brigitte Liebig arbeitet am Institut für Kooperationsforschung und -entwicklung der Hochschule für Angewandte Psychologie der Fachhochschule Nordwestschweiz und ist Privatdozentin am Seminar für Soziologie der Universität Basel. Einen der Schwerpunkte Ihrer Forschung bilden Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Palliativversorgung – so etwa im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms „Lebensende“ (NFP 67) sowie „Gesundheitsversorgung“ (NFP 74) des Schweizerischen Nationalfonds.

Autorenanschriften

Irena Hegglin
HI Coaching/ Organisationsentwicklung
GmbH
Frobenstrasse 4
CH-4053 Basel

E-Mail: hi@irenahegglin.ch

Prof. Dr. Brigitte Liebig
Hochschule für Angewandte Psychologie
FHNW
Institut für Kooperationsforschung und -
entwicklung
Riggenbachstrasse 16
CH 4600 Olten

E-Mail: brigitte.liebig@fhnw.ch

Beitrag aus der Praxis II



Titel

Kollaboration im Kompetenznetzwerk Pflege –
Herausforderungen und Ansätze aus Brandenburg

Autor

Prof. Dr. Johannes Kirch

Überblick

Angesichts der derzeitigen Situation im Pflegemarkt ist der Ruf nach neuartigen Kollaborationsmodellen als vielversprechende Strategie en vogue. Im Rahmen der Brandenburger Fachkräftestudie plädiert das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg [MASF] (2014) für ein hohes Maß an Vernetzung und Kooperation der für die pflegerische Versorgung verantwortlichen Institutionen und Personen, um Zukunftssicherheit herzustellen. Im folgenden Beitrag soll es um ein spezielles Modellprojekt als Antwort darauf gehen. Dazu werden zunächst die aktuelle Lage am Pflegemarkt und die Herausforderungen im ländlichen Brandenburg skizziert. Danach wird gezeigt, wie Netzwerke im Kontext Pflege Nutzen stiften können. Schließlich wird das Setting des Modellprojektes „Zur Senkung der Pflegeprävalenz“ vorgestellt, dessen Praxiserfahrungen und Herausforderungen ergänzt sowie mit einem Fazit und Ausblick abgeschlossen.

Derzeitige Situation in Brandenburg

In den folgenden Abschnitten wird auf die derzeitige Situation in Brandenburg eingegangen.

Die quantitativen Bedarfe steigen

Die jetzige und kommende Entwicklung im Pflegesektor stellt die Gesellschaft vor einige Herausforderungen: Zunächst steigt die Anzahl der Pflegepatienten deutlich an. Die Beratungsgesellschaft Prognos (2012) nimmt in ihrer Studie Pflegelandschaft 2030 eine Zunahme der Pflegebedürftigen von 2,4 Millionen (2012) auf 2,9 Millionen (2020) bis hin zur Summe von 3,4 Millionen Menschen im Jahr 2030 an. Dies wird unter anderem mit der demografischen Entwicklung in Deutschland begründet. Der medizinische und gesellschaftliche Fortschritt lässt die durchschnittliche Lebenserwartung seit vielen Jahren ansteigen. Dadurch wiederum nimmt das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu, so dass es zu einer quantitativen Ausweitung der gesundheitlichen Versorgungsbedarfe kommt (Kälble 2012).

Die qualitativen Anforderungen steigen

Höher werdende Ansprüche an die Qualität der Versorgung seitens der Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie epidemiologische Veränderungen führen zu wachsenden Anforderungen an Pflegeleistungen. Leiden wie u. a. Demenzerkrankungen nehmen mit steigendem Alter zu. Eine wachsende Mul-

timedikation aufgrund der verschiedenen Leiden erhöht die Komplexität zusätzlich, so dass zusammengenommen von einem Anstieg der qualitativen Versorgungsbedarfe gesprochen werden kann (Kälble 2012).

Fachkräftemangel

Auf der anderen Seite nimmt durch den demografischen Wandel das Erwerbspersonenpotenzial, also der Teil der Bevölkerung, der dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, deutlich ab. In strukturschwachen Regionen, zu denen insbesondere auch die Landkreise in der Brandenburger Peripherie zu rechnen sind, treten weitere Herausforderungen auf. Der Wegzug junger Leute in Ballungszentren und Städte führt zu einer Verknappung des Arbeitskräfteangebotes in der professionellen Pflege (Prognos 2012). Das familiäre Pflegepotenzial, also die im Rahmen der privaten Pflege durch Angehörige engagierten Personen, wird zukünftig weiter abnehmen, was wiederum die Nachfrage nach professionellen Pflegeangeboten weiter erhöhen dürfte (MASF 2014). Daraus resultiert ein ausgeprägter Fachkräftemangel in der Pflegebranche – in Brandenburg hat man es bereits mit einer derart zugespitzten Lage zu tun, dass teilweise der „Pflegerotstand“ ausgerufen wird (Jennerjahn 2017).

Herausforderndes Umfeld

Im ländlichen Brandenburg weist die Versorgungsinfrastruktur weitere Besonderheiten auf: Für Pflegedienstleister bringt die in der Peripherie geringe Bevölkerungsdichte oft sehr weite Anfahrtswege mit sich, die eine wirtschaftliche Kalkulation sehr herausfordernd gestalten und die Versorgung erschweren (Tomenendal/ Kirch 2017). Dazu kommt, dass nirgendwo in Deutschland ein Arzt so viele Patienten behandeln muss, wie in Brandenburg (Kaufmann 2018). Früher trug hier oft die seit den 50er Jahren in der DDR etablierte Gemeindegewerkschaft dazu bei, die Patientenversorgung sicherzustellen.

Doch ist diese Rolle seit den 90er Jahren, bis auf ein paar vielversprechende Modellprojekte, abgeschafft und nicht adäquat ersetzt worden. Das soziale Gefüge im ländlichen Raum ist zudem durch eine durch die Vergangenheit erklärbare geringere Rolle der Kirchen im Gemeinwesen geprägt, so dass wichtige verbindende Elemente im Vergleich zu den alten Bundesländern weniger vorhanden sind und genutzt werden. Die für pflegebedürftige und potenziell pflegebedürftige Personen sehr wichtige Infrastruktur, wie ortsnahe Einkaufsmöglichkeiten oder Verkehrsanbindungen, sind in schrumpfenden Gemeinden in der Brandenburger Peripherie zusätzlich auf dem Rückzug. Soziale Vereinsamung und fehlende Mobilität können wiederum Ursachen für vorzeitige Pflegebedürftigkeit sein, was die quantitativen Bedarfe weiter nach oben treibt und somit den Fachkräftemangel verstärkt (QgP 2016). Zusammengefasst ist die Gesamtsituation in der Pflege und dem relevanten Umfeld sehr herausfordernd und es bedarf vielfältiger Lösungsansätze aus verschiedenen Perspektiven (MASF 2014).

Kompetenznetzwerke im Pflegesektor als Lösungsansatz

Eine oft wiederholte Forderung in diesem Kontext ist die nach einer stärkeren Vernetzung und Kollaboration der verschiedenen Akteure im Markt. Für eine integrierte medizinische Versorgung wird so zum Beispiel eine engere Verzahnung von medizinischer und pflegerisch-sozialer Betreuung gefordert (Schnitger 2011). Um pflegebedürftige möglichst lange in ihrem häuslichen Umfeld zu halten und dadurch die stationären Einrichtungen zu entlasten, „ist die Bildung von Netzwerken für den möglichst langfristigen Erhalt der häuslichen Pflege eine existenzielle Frage gerade in ländlichen Regionen“ (Mecklenburgische Seenplatte 2008, S. 6). Das Thema übergreifende Kollaboration wird durch das MASF Brandenburg (2014, S. 8) gar als überlebenswichtig bezeichnet: „Die Zukunftsfähigkeit der Brandenburger Pflege

hängt (...) davon ab, inwieweit es gelingt, informelle Netzwerke und freiwilliges Engagement zur Sicherung von Teilhabe, Betreuung und Pflege zu befähigen und zu nutzen“.

Das Modellprojekt

In den folgenden Abschnitten soll das Modellprojekt vorgestellt werden.

Eine anspruchsvolle Stoßrichtung

Eine von mehreren Ansatzpunkten, um die Situation der Pflege in Brandenburg im Hinblick auf die Zukunft zu entlasten, ist die allgemeine Senkung der sog. Pflegeprävalenz (MASF 2014). Hinter dem Begriff Pflegeprävalenz verbirgt sich der Anteil pflegebedürftiger Menschen im Verhältnis zur Einwohnerzahl in einer bestimmten Region. Das Vorhandensein und die bedarfsgerechte Nutzung von Infrastruktur stellt eine wesentliche Ressource der Versorgung pflegebedürftiger Menschen im ländlich geprägten Raum dar, da sie sowohl den Zugang zu Pflegevorsorgemaßnahmen und Versorgung beeinflusst als auch die Notwendigkeit des Rückgriffs auf weitere vorhandene Ressourcen (Schmidt et al. 2016). Ansatzpunkte zu definieren sowie Maßnahmen und Unterstützungsangebote zu entwickeln, so dass Betroffene so lange wie möglich im Heimatdorf und im eigenen Haus leben können und die Lebensqualität für derzeitige und zukünftige Pflegebedürftige zu steigern, ist Ziel des Modellprojekts „Zur Senkung der Pflegeprävalenz“ im von den oben beschriebenen Herausforderungen besonders betroffenen Brandenburger Landkreis Havelland (QgP 2016). Dies entspricht damit dem Grundsatz „Vorrang der Prävention und Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit“ (BMG 2013: 29).

Breite Basis an Beteiligten mit verschiedenen Hintergründen

Um dem breiten Ansatz des Modellprojektes gerecht zu werden, mussten viele verschie-

dene Akteure mit teilweise nicht deckungsgleichen oder gar gegensätzlichen individuellen Interessen berücksichtigt werden. Unter Regie der QgP (Qualitätsgemeinschaft Pflege der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg) sind ab dem Jahr 2015 verschiedenste Projektbeteiligte an einen Tisch gebracht worden: die ländlich geprägte Gemeinde Milower Land und die Stadt Nauen, die Pflegekassen vertreten durch die AOK Nordost, der Landkreis Havelland, die Havellandkliniken und das Demografie-Projekt des Landkreises. Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauen (MASF) wirkt beratend mit. Im Projektbeirat sind weitere Akteure wie die Berliner Hochschulen HWR und Beuth Hochschule für Technik, die Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (FAPIQ), die Seniorenbeiräte sowie über die Bürgermeister eine kommunale Wohnungsbaugesellschaft eingebunden.

Solide Datengrundlage als Basis für das weitere Vorgehen

Auf Basis eines mit den Hochschulen gemeinsam erarbeiteten Fragebogens wurde eine breite Abfrage bei den Haushalten beider Kommunen durchgeführt, ausgewertet und Handlungsbedarfe abgeleitet (kompletter Bericht: Schmidt et al. 2016). Ergänzt wurde die Erhebung durch eine Vielzahl von Gesprächen und Kontakten in gesellschaftlichen Gremien und Gruppen vor Ort, um eine solide Datenbasis zu erreichen.

Ableitung von konkreten Maßnahmen

Gerade für hochbetagte Menschen, die (noch) nicht pflegebedürftig sind, sondern Unterstützung und Beratung in ihrem aktuellen Lebensabschnitt benötigen, waren demnach Angebote gefragt, um Auswirkungen auf die Pflegeprävalenz zu erreichen. Daraufhin wurden, insb. durch eine im Projekt beschäftigte Projektkoordinatorin initiiert und begleitet, verschiedene Angebote vor allem

für diese Zielgruppe erarbeitet, getestet und mittlerweile zum großen Teil erfolgreich etabliert. Zur Aktivierung der Zielgruppe wurden gemeinsame Essensrunden („Mittagstisch“, „Männerfrühstück“, „Kaffeeklatsch“) in verschiedenen Ortsteilen im Milower Land und Nauen aufgesetzt, die mittlerweile im Schneeballprinzip immer mehr Personen anziehen und sich verselbstständigt haben. Bei diesen Treffen werden neben der Möglichkeit sich zu unterhalten, gemeinsam zu lachen und zu spielen, Informationen zu verschiedenen für Senioren wichtigen Themen geteilt und somit die Brücke zu weiteren Angeboten geschlagen. Dieser Ansatz ist mittlerweile auf dem 3. Plenum des Bündnisses „Gesund älter werden in Brandenburg“ durch die Sozialministerin des Landes Brandenburg, Diana Golze, ausgezeichnet worden (QgP 2018).

Weitere Ansätze beziehen sich auf die Förderung von sportlichen Aktivitäten in der Zielgruppe. Zweimal haben Senioren aus der Gemeinde Milower Land bereits am Kreisseniorensportfest teilgenommen. In einigen Ortsteilen gibt es mittlerweile einen monatlichen Treff zu gemeinsamer sportlicher Betätigung. Eine Gruppe für Sturzprophylaxe ist im Aufbau. Die Brücke in Richtung Pflege wird über Informationsveranstaltungen mit Vorträgen zur Pflegeversicherung, zum seniorenrechtlichen Wohnen, zur Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, zur Sicherheit für ältere Menschen und anderen Themen geschlagen. Individuelle Anfragen zur Pflege werden an den zuständigen Pflegestützpunkt weitergeleitet.

Die im Jahr 2017 erstmals durchgeführte Dienstleister-Messe „Gesund leben im Milower Land“ mit verschiedensten regionalen Anbietern wie z. B. ambulanten und stationären Pflegeservices, altersgerechtem Wohnen, dem Büro der Verbraucherzentrale Brandenburg, dem Pflegestützpunkt und seiner barrierearmen Musterwohnung „Selma“, privaten Senioren-Gesellschaftern, etc.

soll dieses Jahr wiederholt werden. Verschiedene in der Region neue Services, wie beispielsweise ein Einkaufsservice für die Bevölkerung der ländlichen Gemeinde, werden derzeit federführend durch das Projekt zusammen mit verschiedenen Dienstleistern konzipiert, getestet und optimiert.

Kollaboration über verschiedenste Akteure hinweg – Erfolgsfaktoren und Hindernisse

Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Herausforderungen zeigte sich deutlich, dass eine Art Verantwortungslücke im Kontext Pflege existiert. Daher kommt es darauf an, dass diese eben durch die Kollaboration verschiedener Akteure geschlossen wird (Tomenendal/ Kirch 2017). Die Zielstellung des Projektes kann ohne ein enges Zusammenwirken aller Beteiligten und aller Gremien in den Gemeinden, der Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie Beratungsdiensten kaum erreicht werden. Hilfreich war hier sicherlich die bei allen Teilnehmern geteilte Wahrnehmung, im Kontext Pflege in Brandenburg „im selben Boot zu sitzen“ und entsprechend auf die ein oder andere Art betroffen zu sein. Durch die Zusammenarbeit im Projekt und den Projektbeirat hat sich dieses Forum an sich als Nährboden für neue Ideen für gemeinsame Ansätze verschiedener Beteiligter herausgestellt. Als absoluter Erfolgsfaktor hat sich, im Hinblick auf die Maßnahmen, die Installation einer angestellten Projektkoordinatorin mit festem Projektbüro erwiesen, bei der viele Fäden zusammenlaufen. Über die persönliche Ansprache und den Einbezug von bereits aktiven Ehrenamtlichen und die weitere Aktivierung von potenziellen ehrenamtlichen Unterstützern wurde eine Aktivierung unter den betroffenen Senioren erreicht, die die Grundlage für die Akzeptanz und Mitarbeit bei den verschiedenen Angeboten ist.

Nichtsdestotrotz bleibt als Hindernis, dass es ein Verantwortungsdefizit in der Branche gibt, dass niemand den „Hut aufhabe“, inno-

vative Aktivitäten und Versorgungsformen im Netzwerk zu initiieren und auch beispielsweise über ein Pilotprojekt hinaus, erfolgreich zu begleiten und zu steuern. Für diese Rolle scheint im derzeitigen Umfeld kein Platz zu sein bzw. ist diese Rolle auch im Vergütungssystem nicht vorgesehen (Tomenendal/ Kirch 2017). Insofern verlässt sich das System an dieser Stelle auch auf die Motivation verschiedener Personen, ein Mehr an individuellem Einsatz zu leisten, um die anstehenden Herausforderungen anzugehen. Das bedeutet aber auch, dass die Führung eines solchen Projektes und seiner vielfältigen Beteiligten, die sich ja weitestgehend auf freiwilliger bzw. ehrenamtlicher Basis einbringen, eines besonderen Fingerspitzengeföhls bedarf, um das Engagement hoch zu halten.

Fazit und Ausblick

Seitens des Projektteams wurde die Erkenntnis gewonnen, dass die getroffene Annahme, eine Senkung der Pflegeprävalenz durch geeignete örtliche Maßnahmen zu erreichen, zutreffend sei. Insofern kann bereits jetzt verhalten von einem erfolgsversprechenden Ansatz (unter mehreren) gesprochen werden, um Herausforderungen im Kontext Pflege zu adressieren. Um allerdings die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen(bündel) als auch des generellen Ansatzes an sich zu evaluieren, ist ein längerer Zeitraum als die ursprünglich für das Modellprojekt veranschlagten drei Jahre notwendig. Das heißt, dass es verstärkt auf einen langen Atem bei der Verstetigung der Aktivitäten ankommt, damit es nicht bei einem „Tropfen auf den heißen Stein“ bleibt.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (2013) Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. BMG. Berlin.

Jennerjahn Y. (2017) Warnung vor Pflege-notstand in Brandenburg. In: Potsdamer Neueste Nachrichten: 17.03.2017. online im Internet. URL: <http://www.pnn.de/brandenburg-berlin/1167001>, Abrufdatum: 29.06.2018.

Kaufmann M. (2018) Brandenburg braucht junge Mediziner. In: Potsdamer Neueste Nachrichten: 13.06.2018. online im Internet. URL: <http://www.pnn.de/brandenburg-berlin/1292828>, Abrufdatum: 29.06.2018.

Kälble K. (2012) Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Wandel der Gesundheitsberufe. In: Public Health Forum. Ausgabe 20. Nr. 4. S. 2-4.

MASF (2014) Brandenburger Fachkräftestudie Pflege – Abschlussbericht. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.). Potsdam.

Mecklenburgische Seenplatte (2008) Innovative Wege zur Pflege älterer Menschen in der Mecklenburgischen Seenplatte. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (Hrsg.). Neubrandenburg.

Prognos (2012) Pflegelandschaft 2030, vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.). München.

QgP (2018) QgP Modellprojekt zur Senkung der Pflegeprävalenz ausgezeichnet. Pressemitteilung vom 18.02.2018, online im Internet. URL: http://www.qgp-brandenburg.de/aktuelles/aktuelles-aus-der-qgp/news-single/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=1300&cHash=e92c309cc2a6b3e114a13fba0b46d241, Abrufdatum: 29.06.2018.

QgP (2016) QgP-Modellprojekt zur Senkung der Pflege-Prävalenz. Pressemitteilung vom 21.02.2016, online im Internet. URL: http://www.qgp-brandenburg.de/aktuelles/aktuelles-aus-der-qgp/news-single/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=938&cHash=f523044fef458

81d789fb7441164685a, Abrufdatum: 29.06.2018.

Schmidt M., Tomenendal M., Kuhnt J., Kunze M., Vollmert F. (2016) Herausforderungen an Pflegenetzwerke im ländlichen Raum – Pflegeprävalenz im Landkreis Havelland, Stadt Nauen: Mit einem Vergleich zur Gemeinde Milower Land. Berichte aus dem Fachbereich I Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften: Beuth Hochschule für Technik Berlin. Bericht Nr. 03 / 2016, online im Internet. URL: https://prof.beuth-hochschule.de/fileadmin/projekt/fb1_forschung/Berichtsreihe/Beuth_FB-I_2016-03.pdf, Abrufdatum: 29.06.2018.

Schnitger M. (2011) Pflegekonferenzen als geeignetes Instrument zur Optimierung des deutschen Pflegemarktes? Steuerungspotential lokaler Politiknetzwerke im Rahmen von Wohlfahrtsmärkten. Schriftenreihe für Public und Nonprofit Management, Nr. 6, Universitätsverlag. Potsdam.

Tomenendal M., Kirch J. (2017) Kompetenznetzwerke und Netzwerkkompetenzen in der Pflege – eine explorative Untersuchung. In: Schmidt M., Tomenendal M. (Hrsg.), Netzwerkperspektiven – Made in Berlin. Auf der Suche nach wirksamer Koordination, Reinhard Hampp Verlag. München und Mering. S. 103-114.

Autorenbiografie

Johannes Kirch ist Professor für Personalmanagement und Unternehmensführung an der privaten bbw Hochschule Berlin. Er forscht insbesondere in den Themenschwerpunkten Teamführung und -kommunikation, soziale Identität in Netzwerken, Kompetenzmanagement sowie der Anwendung im Human Resource Management. Nach seinem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der TU Berlin beriet er insgesamt über neun Jahre nationale und internationale Personalabteilungen für Kienbaum

Management Consultants sowie Ernst & Young. Später war er im IFAF-geförderten Projekt KiP-Net engagiert, das die Forschung auf Seiten zweier Berliner Hochschulen zu Kompetenznetzwerken in der Pflege unterstützt hat.

Autorenanschrift

Prof. Dr. Johannes Kirch
Professur für Personalmanagement & Unternehmensführung
bbw Hochschule Berlin
Leibnizstraße 11-13
10625 Berlin

E-Mail: johannes.kirch@bbw-hochschule.de

Beitrag aus der Wissenschaft II



Titel

Vorstandspositionen zukunftsfähig besetzen

Autoren

Dr. Hermann Küster (links),
Prof. Dr. Björn Peters (rechts)

Einleitung

Die Notwendigkeit eines agilen Kulturwandels wird vielfach betont (vgl. AXA 2017, Dämon 2017, Mattgey 2017). Der Führungsforscher Bill Joiner (2013, S. 51) spricht in diesem Zusammenhang von einem Agilitätsimperativ:

- Ein zunehmend disruptives Marktumfeld erfordert agile Organisationen
- Agile Organisationen erfordern eine agile Organisations- und Führungskultur
- Dies erfordert ein Top-Management, das in der Lage ist, solch eine Kultur zu gestalten

Es stellt sich also die Frage, welche Personen in der Lage sind, Kulturwandel glaubhaft und wirksam zu gestalten, um angesichts von Digitalisierung und Industrie 4.0 auch große Organisationen zukunftsfähig zu machen.

Zwei unterschiedliche Beobachtungen führen uns zu Thesen, die diese Frage beantworten. Wir zeigen darüber hinaus,

was solche Personen kennzeichnet, wie man sie identifiziert und was Entscheider tun können, um agile Vorstände anzuziehen.

Beobachtung 1: Ausufernde Vorstandsvergütungen

Die Vorstände großer deutscher Konzerne verdienen bis zum 190-fachen und im Schnitt das 93-fache ihrer Mitarbeiter (vgl. Fockenbrock/ Specht 2017 und Spiegel Online 2017). Beispiele von exzessiven Managervergütungen wurden in der Öffentlichkeit zuletzt breit diskutiert und führten dazu, dass in politischen Kreisen über die Notwendigkeit einer Begrenzung und Regulation der Gehälter nachgedacht wird (vgl. Lambrecht 2017, Zeit Online 2017).

Für die Unternehmen selbst noch wichtiger ist allerdings die Frage, welche Haltung viele Top-Manager dazu bewegt, diese Entwicklung zuzulassen und welche Auswirkungen diese Haltung auf die Kultur in den Unternehmen hat.

Hintergrund ist eine starke Koppelung der Vergütung und insbesondere der Boni an den Shareholder Value. Die Perspektive anderer Stakeholder wird vernachlässigt.

Auch das stark hierarchische Organisations-system (und die daran gekoppelte Ver-gütung), in dem quasi nach dem Turnier-modus derjenige, der ganz nach oben kommt, weit überproportional gewinnt, trägt dazu bei.

Ein klassisches Argument für hohe Vergütungen ist der Wettbewerb um die „besten Leute“. Dass dies ein zu entkräftendes Argument ist, zeigen eine Minderheit an Vorständen und führenden Persönlichkeiten in Organisationen, die mit deutlich niedrigeren Gehältern und Boni zufrieden sind.

So hat sich beispielsweise Dr. Jens Baas nach seiner sehr viel höher dotierten Tätigkeit als Partner bei der Boston Consulting Group für eine mit ca. 280.000 € Jahresgehalt dotierte Vorstandsposition bei der Techniker Krankenkasse (Jahresumsatz in 2016: knapp 24,6 Mrd. € und damit auf Niveau eines DAX Konzerns) entschieden, weil er diese Tätigkeit für gesellschaftlich bedeutsam hält. Befragt nach seinen damit verbundenen Gehaltseinbußen sagt er: „Relevant. Man muss aber kein Mitleid mit mir haben. Ich verdiene mehr als ausreichend und kann davon gut leben. Es ist deutlich weniger als früher. Ich bin aber in dem, was ich tue, nie pekuniär getrieben gewesen.“ (Vojta 2013 und vgl. Szent-Ivanyi 2014). Auch hier stellt sich die Frage, wie sich diese Haltung auf die Unternehmens-kultur auswirkt.

These 1:

Das vorherrschende System der an Shareholder Value gekoppelten Ver-gütungen und die ausgeprägten Hierarchien, die als Anreizinstrument fungieren („the winner takes it all“), ziehen die falschen Leute an, wenn es darum geht, einen Kulturwandel hin zu Agilität, Selbstver-antwortung und Selbstorganisation glaubhaft zu gestalten. Es bedarf eines Systems, das intrinsisch motivierte Personen anzieht, die

weniger durch monetäre Aspekte oder Status getrieben sind.

Beobachtung 2: Die Suche nach organi-sationaler Agilität

Digitalisierung und Industrie 4.0 berühren den Kern von Zusammenarbeit, Führung und Steuerung in Organisationen. Eine agile Unternehmens- und Führungskultur wird zum entscheidenden nicht kopierbaren Wettbewerbsvorteil. Wir beobachten, dass auch viele große deutsche Unternehmen agiler werden wollen und dazu umfangreiche Maßnahmen ergreifen. Dabei erkennen wir, dass dem Vorgehen unterschiedliche Führungshaltungen zu Grunde liegen. Wir haben diese vereinfachend in zwei Kategorien zusammengefasst: klassische Haltung und agile Haltung.

Klassische, strategisch-zielorientierte Haltung: „Ich habe den Plan“

Die Mehrzahl der heutigen Vorstände haben herausragende Fähigkeiten, eine Organi-sation als hochkomplizierte Maschine zu steuern und zu optimieren.

So wird in vielen Unternehmen Agilität so gestaltet, wie man eine Maschine umbaut. Die zu Grunde liegende Haltung ist dieselbe, mit der vor Jahren Business Process Reengineering oder Lean ausgerollt wurden. In einem top-down Prozess verordnet der Vorstand die Zerlegung der bisherigen Maschine und den Neuaufbau als agile Maschine. Dabei werden agile Tools (z. B. Scrum oder Design Thinking) und Strukturen (z. B. Bürogestaltung) ausgerollt. Von nun an gilt es für alle, agil zu denken und zu handeln.

In der Praxis sieht das oft so aus: Viele Vorstände reisen in das Silicon Valley oder nach Berlin, um sich erfolgreiche agile Organisationen anzuschauen. Dabei beobachten sie agile Methoden (z. B. Design Thinking) und Phänomene wie lichte Co-

Working Spaces oder Gemeinschaftsräume mit bunten Sesseln und Kickern. Sie sehen also das „Machen“. Dies wird dann zu Hause zeitnah umgesetzt und die Maschine Organisation erhält ein Update in Form agiler Strukturen und Methoden. Zudem hat sich die Haltung in den Köpfen nicht verändert.

Dies zeigt sich auch besonders im Umgang mit Stakeholdern. Aus Sicht der Autoren könnte ein Vorstand, der aus der klassischen Haltung und strategischen Denkweise heraus führt, es karikaturhaft so ausdrücken:

„Strategische Zielerreichung ist wie ein langer Krieg. Als „General“ muss ich Verbündete gewinnen und „Schlachten“ schlagen, um meine strategischen Ziele durchzusetzen. Dabei muss ich auch zeitweise mit Gegnern kooperieren, um den gemeinsamen Feind zu schlagen. Erfolgreich bin ich, wenn es mir gelingt, dauerhaft und situationsabhängig siegreiche Koalitionen zu schmieden und gute Deals zu machen. Durch geschickt gewählte Anreize gilt es, die „Truppen“ zu motivieren und zu steuern.“

Auch wenn sich das wie eine überzeichnete Zuspitzung liest, ist dies immer noch die vorherrschende Logik in Wirtschaft und Politik: Um meine Ziele zu erreichen, gilt es, Unterstützer zu gewinnen und Gegner in Schach zu halten. So ist es nicht verwunderlich, dass Clausewitz „Vom Kriege“ auch heute noch vielfach als Standardliteratur strategischen Managements gesehen wird. Aus dieser Haltung heraus ist Agilität nicht ein gänzlich neuer Steuerungsansatz, sondern ein notwendiges Instrument, um die heutigen Schlachten zu gewinnen.

Das System belohnt diejenigen, die dieses Spiel besonders gut spielen können. Einerseits durch das klassische Pyramidenmodell der Organisation, welches auf

Konkurrenz angelegt ist, und den „Sieg“ durch Aufstieg belohnt. Andererseits durch die oben erwähnten Vorstandsvergütungssysteme. Die Belohnung für gewonnene Schlachten und auf diesem Weg erreichte strategische Ziele hat auf Vorstandsebene ein oft absurdes Niveau erreicht. Gleichzeitig zieht dieses System bestimmte Persönlichkeitstypen besonders stark an.

Forschung von Rooke und Torbert (1998) hat gezeigt, dass Erfolg oder Misserfolg von organisationalen Transformationsprozessen eng mit einer agilen Führungshaltung des verantwortlichen CEOs verknüpft ist. Und Laloux hat in seiner Untersuchung agiler Pionierorganisationen beobachtet, dass eine belastbar agile Führungshaltung des CEO notwendige Voraussetzung für die Gestaltung einer agilen Organisation ist (Laloux 2015).

These 2:

Eine agile Organisationskultur basierend auf Vertrauen, Transparenz, Selbstverantwortung und gleicher Augenhöhe ist unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg agiler Arbeitsweisen und Strukturen. Forschung genau wie vielfache Beobachtung zeigen, dass eine klassische, strategisch-zielorientierte Führungshaltung nicht geeignet ist, einen solchen Kulturwandel zu gestalten. Dafür braucht es einen gänzlich anderen Führungs- und Steuerungsansatz und Personen mit einer agilen Führungshaltung.

Organisationen, in denen Agilität aus der klassischen Haltung heraus umgesetzt wird, werden nicht nur die damit angestrebten Ziele nicht erreichen. Vielmehr birgt diese Vorgehensweise die Gefahr, zu einer Demotivation der Mitarbeiter zu führen, wenn diese realisieren, dass die propagierte neue Welt im Grunde alter Wein in neuen Schläuchen ist. Misslingt die aus der klassischen Haltung getriebene Umsetzung, erschwert dies darüber hinaus auch einen

weiteren Anlauf, selbst wenn dieser dann aus der agilen Haltung gestaltet wird.

Nur die Organisationen werden dauerhaft zukunftsfähig sein, denen es gelingt, aus extrinsischen Motivationssystemen wie Belohnung oder Angst herauszuwachsen und zu Orten zu werden, in denen sich die intrinsische Motivation der dort tätigen Mitarbeiter entfalten und somit für die Organisation nutzbar gemacht werden kann.

Agile, lern- und entwicklungsorientierte Haltung: „Ich gestalte den Rahmen“

Was aber unterscheidet Manager, die erfolgreich geschäftliche Ziele erreichen können, von Managern, die in der Lage sind, eine Organisationskultur zu transformieren?

Agile Führung braucht nicht nur ein neues Set von Kompetenzen und Methoden, sondern eine Haltung, die klassischem Führungs- und Steuerungsdenken an vielen Stellen diametral entgegengesetzt ist (vgl. Laloux 2015, Joiner/ Josephs 2006 und Rooke/ Torbert 2005).

Joiner/ Josephs (2006) lassen einen Vorstand, der aus der agilen Haltung heraus führt, wie folgt sprechen:

In der Kampfkunst heißt es, dass man durch das Ziel hindurch und darüber hinaus zielen muss. Für mich heißt dies, den Weg zum Erreichen strategischer Ziele so zu gestalten, dass er einzahlt auf eine selbstorganisierte, partizipative Hochleistungskultur, so dass ein Unternehmen entsteht, das ein großartiger Ort zum Arbeiten ist. Dafür müssen meine Leute lernen, auf neue Weisen zu führen und zu managen.

Ich bin überzeugt, dass die Unternehmen zukünftig bestehen werden, die sich aktiv auf den Weg machen, eine Unternehmenskultur auf Basis von Beteiligung, Selbstverantwortung, gegenseitigem Respekt und offener Aussprache zu schaffen.

Ich weiß, dass Kulturwandel bei mir selber beginnt und nicht an HR delegierbar ist. Mein Vorstandsteam ist in vielerlei Hinsicht wie ein Laboratorium. Ich versuche, ein Team zu entwickeln, das als Prototyp einer neuen Unternehmenskultur dient, welche sich dann im Rest des Unternehmens verbreitet. (in Anlehnung an Joiner/ Josephs 2006, S. 20-23)

Ein uns bekannter Vorstand, der aus der agilen Haltung heraus führt, beschreibt sein Vorgehen zur Transformation seiner Organisation in folgenden Schritten:

Was ich vorfand, war eine Behörde. Zum Anfang kamen meine direkten Mitarbeiter mit Problemen zu mir und haben mich um eine Entscheidung und Lösung gebeten. Mein erster Schritt war, sie zu bitten, mir alternative Lösungsvorschläge zu Problemen vorzulegen und eine Entscheidungsempfehlung abzugeben. Sie mussten dann natürlich auch damit leben, wenn ich mich anders entschieden habe.

Im zweiten Schritt bat ich sie, Entscheidungen in ihrem eigenen Bereich selber zu treffen – verbunden mit dem Angebot, eine Empfehlung von mir einzuholen. An meine Empfehlung mussten sie sich aber nicht halten. Für mich bedeutet das, dass ich damit leben muss, wenn sie sich anders entscheiden. Auch in Fällen, in denen sich meine Empfehlung im Nachhinein als besser herausstellt, gilt es für mich, hinter der Entscheidung zu stehen.

In einem dritten Schritt habe ich meine Direct Reports gebeten, auch funktionsübergreifende Entscheidungen ohne mich gemeinsam zu erarbeiten.

Heute bin ich nahezu frei von allen fachlichen und operativen Entscheidungsfragen. Lediglich bei einzelnen Themen, die ich als besonders wichtig erachte, nehme ich mir die Freiheit, mich in die Entscheidung einzuschalten oder diese zu treffen. Die

gewonnene Zeit ermöglicht es mir heute, mich schwerpunktmäßig um die Weiterentwicklung der Organisation und ihrer Kultur zu kümmern.“

Besonders bei unvermeidlichen Krisen stellt diese Haltung enorme Anforderungen an persönliche Reife. Sie wächst aus innerer Freiheit und erfordert neben Mut auch Demut, neben Selbstbewusstsein auch Selbstreflexion, neben dem Blick auf Ziele und Ergebnisse auch den Blick auf Mensch und System, neben kurzfristigen Notwendigkeiten auch den Blick auf nachhaltige Entwicklung und neben Durchsetzungsstärke auch den Blick auf das Ganze. Sie braucht Leader, die ihre Stärken ebenso kennen wie ihre Ängste und Schwächen, und die gelernt haben, in der Mitte von Unsicherheit und Nichtwissen gelassen zu stehen.

Die gute Nachricht ist: Schon heute haben ca. zehn Prozent der Manager eine entsprechende Ebene der persönlichen Reife erreicht (Joiner 2013, S. 51) und Persönlichkeitsentwicklung ist möglich.

Tabelle 1 stellt einige Kernmerkmale klassischer und agiler Führung gegenüber. Wie zu erkennen ist, liegt der wichtigste Unterschied zwischen klassischer und agiler Herangehensweise im Fokus von Führung.

Bei konventioneller Führung kennt der Leader seine Ziele und es gilt, diese möglichst effizient zu erreichen. Dazu muss er wichtige Stakeholder mitnehmen und Gegner in Schach halten.

Bei agiler Führung geht es um die Gestaltung eines Systems der Zusammenarbeit von Menschen, das in der Lage ist, schnell auf noch unbekannte Entwicklungen zu antworten. Der Fokus liegt also nicht mehr ausschließlich auf dem effizienten Erreichen strategischer Ziele. Es geht vielmehr um die Gestaltung eines Rahmens und einer Kultur, die es ermöglichen, auch

unter sich schnell ändernden Umfeldbedingungen eine strategische Ausrichtung zu verfolgen bzw. kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Wie im obigen Beispiel erkennbar, ist eine agile Führungshaltung unabhängig vom Einsatz agiler Tools und Methoden. Sie misst dem Kulturziel eine größere Bedeutung bei als dem Erreichen spezifischer strategischer Ziele oder der Implementierung von Strukturen und Prozessen.

Woran erkennt man zukunftsfähige Vorstandskandidaten?

Hier gilt: „An den Früchten werdet ihr sie erkennen“. Auch wenn die Suche nach einem neuen Vorstand oft unter enormen Zeitdruck steht, ist es unverzichtbar ihre bisherige Arbeit auf Kulturmerkmale hin zu untersuchen. Gibt es neben herausragenden Ergebnissen auch konkrete Hinweise auf einen gelungenen Kulturwandel hin zu einer transparenten Vertrauens- und Innovationskultur?

Dafür braucht es persönlichen Kontakt mit wichtigen Stakeholdern aus dem bisherigen Arbeitsumfeld des Kandidaten. Neben dem unmittelbaren Umfeld gehören dazu insbesondere „normale“ Mitarbeiter sowie ggf. Kunden und Lieferanten. Dazu gibt Tabelle 1 Hinweise auf lohnende Aufmerksamkeitspunkte. Mit „persönlich“ ist gemeint, dass Aufsichtsräte und/oder Gesellschafter diese Gespräche selber führen, ggf. unterstützt durch HR oder eine Personalberatung.

Wir verstehen dies als notwendige Ergänzung und nicht als Ersatz klassischer Diagnostik-Verfahren in der Personalauswahl von Top-Managern.

	Klassische Führung	Agile Führung
Fokus	Strategisch und zielorientiert. Führen über Aufgaben und Ziele: Nimmt an, dass Führung durch herausfordernde und befriedigende Mitarbeit an einem größeren Ziel motiviert.	Lern- und entwicklungsorientiert. Führen über Sinn, Vertrauen und Vorbild: Glaubt, dass Führung eine inspirierende Kultur schaffen sollte und die richtigen Leute zusammenbringt, um diese zu gestalten. Befähigt andere und unterstützt aktiv deren Entwicklung.
Denken und Handeln	Blick auf das funktionale System: zielorientiert, rational, analytisch, Fokus auf Sachebene (Zahlen, Daten, Fakten).	Blick auf das funktionale und soziale System. Fokus auf bewusster Gestaltung des Zusammenspiels von Menschen zum Erreichen gemeinsamer Ziele.
Motivieren und Steuern	Extrinsische Anreizsysteme als Steuerungsinstrument. Management by Objectives.	Räume schaffen zur Entfaltung intrinsischer Motivation. Gemeinsames Verständnis von Rahmen und Ausrichtung, handlungsleitende Prinzipien.
Steuerungsmodell	Unternehmen als komplizierte Maschine. „Predict & Control“: effiziente Umsetzung bekannter Ziele.	Unternehmen und Markt als komplexe Systeme. Agile Steuerung: schnelle Antworten auf unbekannte Entwicklungen und gleichzeitig Blick auf Effizienz.
Werte	Leistung, Effizienz, Messbarkeit, Wachstum, Wettbewerb, Ergebnis.	Lernen, Entwicklung, Potentialentfaltung, Transparenz, Selbstverantwortung, Augenhöhe, Flexibilität, Kreativität, Balance, Nachhaltigkeit, Sinn (und Effizienz).

Tab. 1: Kernmerkmale klassischer und agiler Führung.
Quelle: In Anlehnung an Joiner/Josephs (2006), S. 8-9, Küster (2014), S. 164 und Peters (2017), S. 43.

Eine Voraussetzung, um agil denkende und handelnde Top-Manager anzuziehen

Wenn es darum geht, eine agile Transformation zu ermöglichen und Vorstände anzuziehen, die in der Lage sind solch einen Prozess zu gestalten, spielen Aufsichtsräte, Eigentümer und Investoren eine zentrale Rolle. Vor allem gilt es,

Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine angemessene Balance zwischen kurzfristigen Renditeerwartungen und langfristiger Zukunftsfähigkeit ermöglichen.

Dies erfordert eine vom Vorstand und Aufsichtsrat gemeinsam getragene Verschiebung vom Shareholder Value Ansatz zu einem Stakeholder Value Ansatz, der die Interessen von Mitarbeitern, Kunden,

Lieferanten, Ökologie und Gesellschaft auf der gleichen Ebene behandelt wie die finanziellen Ergebnisse.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen:

- Agilität entsteht durch eine agile Haltung der Führung und nicht nur durch Anwendung der richtigen Tools und Methoden.
- Agile Organisationen brauchen nicht weniger, sondern eine andere Art von Führung.
- Zukunftsfähige Organisationen brauchen ein Top-Management, das in der Lage ist, einen agilen Kulturwandel glaubhaft zu gestalten, basierend auf intrinsischer Motivation statt Belohnung und Angst.
- Die aktuellen Anreizsysteme für das Top-Management (Gehalt, Incentives und Boni) ziehen die dafür falschen Leute an.
- Die Aufgabe von Aufsichtsräten, Eigentümern und Investoren besteht einerseits darin, durch persönlichen Kontakt mit wichtigen Stakeholdern des Kandidaten die von ihm etablierte Kultur zu evaluieren.
- Andererseits gilt es, geeignete Rahmenbedingungen für eine nachhaltig zukunftsfähige Organisation zu unterstützen.

Literatur

AXA (2017) New Way of Working – Unsere neuen Arbeitswelten. Online im Internet, URL: <https://www.axa.de/karriere/arbeiten-bei-axa/offenes-arbeitsumfeld/new-way-of-working>. Abrufdatum: 27.10.2017.

Dämon K. (2017) Agiles Arbeiten. Wer nicht aufpasst, dem fliegt das Projekt um die

Ohren. In: WirtschaftsWoche. Online im Internet, URL: <http://www.wiwo.de/erfolg/management/agiles-arbeiten-wer-nicht-aufpasst-dem-fliegt-das-projekt-um-die-ohren/19988386.html>. Abrufdatum: 27.10.2017.

Fockenbrock D., Specht F. (2017) Zwölf Dax-Chefs verdienen mehr als das Hundertfache ihrer Mitarbeiter. In: Handelsblatt. Online im Internet, URL: http://www.handelsblatt.com/unternehmen/management/managergehaelter-auf-dersuche-nach-mass-und-mitte/v_premium_not_allowed/19605782.html. Abrufdatum: 04.04.2017.

Joiner B. (2013) Leadership agility: a global imperative. In: Dialogue. Duke University. Dec 2013/Feb 2014. S. 48-53.

Joiner B., Josephs S. (2006) Leadership agility: five levels of mastery for anticipating and initiating change. Jossey-Bass. San Francisco.

Küster H. (2014) Leadership Agility – die Führungsherausforderung in der IT. In: Lang M. (Hrsg.), CIO 3.0: Die neue Rolle des IT-Managers. Symposium. Düsseldorf. S. 155-172.

Laloux F. (2015) Reinventing Organizations – Ein Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. Vahlen. München.

Lambrecht C. (2017) SPD-Fraktion arbeitet an Gesetz zur Begrenzung von Managergehältern. Online im Internet, URL: <http://www.spdfraktion.de/presse/statements/spd-fraktion-arbeitet-gesetz-begrenzung-managergehaelter>. Abrufdatum: 05.09.2018.

Mattgey A. (2017) New Work: Arbeiten wie im Silicon Valley: VW wird agil. In: Werben und Verkaufen. Online im Internet, URL: https://www.wuv.de/marketing/arbeiten_wie_im_silicon_valley_vw_wird_agil. Abrufdatum: 27.10.2017.

Peters B. (2017) Leadership Agility und Digitalisierung in der Krankenversicherung – Steigende Komplexität und wachsende Dynamik der Digitalisierung erfordern zunehmend agile Organisationen und agile Führungskräfte. In: M.A. Pfannstiel et al. (Hrsg.) Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Springer Fachmedien. Wiesbaden. S. 23-50.

Rooke D., Torbert W. R. (2005) Seven transformations of leadership. In: Harvard Business Review. Vol. 83. No. 4. S. 67-76.

Rooke D., Torbert W. R. (1998) Organizational Transformation as a Function of CEOs' Developmental Stage. In: Organization Development Journal. Vol. 16. No. 1. pp. 11-28.

Spiegel Online (2017) Heidelberg-Cement ist Spitzenreiter bei Gehaltsexzessen. Online im Internet, URL: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/gehaelter-deutsche-vorstandschefs-verdienen-bis-zu-190-mal-so-viel-wie-angestellte-a-1141729.html>. Abrufdatum: 04.04.2017.

Szent-Ivanyi T. (2014) Interview mit Chef der Techniker Krankenkasse. In: Frankfurter Rundschau. Online im Internet, URL: <http://www.fr.de/wirtschaft/interview-mit-chef-der-techniker-krankenkasse-hoechste-effizienz-a-552829>. Abrufdatum: 27.10.2017.

Vojta N. (2013) Ich schraube gern an allem rum. online im Internet. In: Die Welt. Online im Internet, URL: <https://www.welt.de/print/wams/hamburg/article119582960/Ich-schraube-gern-an-allem-rum.html>. Abrufdatum: 27.10.2017.

Zeit Online (2017) CSU zeigt sich offen für Begrenzung von Managergehältern. Online im Internet: <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2017-02/csu-gerda-hasselfeldt-managergehaelter-begrenzung-gesetzentwurf>. Abrufdatum: 05.09.2018.

Autorenbiografien

Dr. Hermann Küster, Senior Coach DBVC, ist seit mehr als 15 Jahren tätig als Coach und Entwicklungsbegleiter für innovative Entscheider und Gestalter in Wirtschaft und Management. Als Pionier agiler Führungsansätze (Leadership Agility) in Deutschland sind diese in Zusammenarbeit mit Bill Joiner (Boston) bereits seit 2009 ein Kernstück seiner Coaching- und Beratungstätigkeit. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt ist die Ausbildung von Coaches in Coaching-Ansätzen, die die Transformation von klassischer zu agiler Führungshaltung ermöglichen.

Prof. Dr. Björn Peters, Professor für Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Unternehmensführung, Organisationsentwicklung und HRM an der Hochschule Anhalt. Er ist als Unternehmensberater und Coach vor allem im Gesundheitswesen sowie der Versicherungsbranche tätig und berät und coacht schwerpunktmäßig zu den Themen Strategische Unternehmensführung, Digitale Transformation und Innovation sowie Agilität. Björn Peters ist auch als Redner, Referent und Seminarleiter tätig.

Autorenanschriften

Dr. Hermann Küster
Führungsentwicklung • Coaching
Ottersberg • Hamburg
Benkel 18
28870 Ottersberg

E-Mail: info@dr-hermann-kuester.de

Prof. Dr. Björn Peters
Hochschule Anhalt, Professur für Betriebswirtschaft, insbes. Unternehmensführung, Human Resource Management und Organisationsentwicklung
Strenzfelder Allee 28
06406 Bernburg

E-Mail: bjoern.peters@hs-anhalt.de

Beitrag aus der Praxis III



Titel

Mobile psychiatrische Versorgung ohne Psychiater?

Autor

Dr. Christian Klode

Einleitung

„Alle Macht für niemand“ – so lautet ein Artikel in der Süddeutschen Zeitung vom Oktober 2017 zum Thema Demokratisierung von Führung in Organisationen, der – am Beispiel von Start-ups – die Arbeitsorganisation in Teams beschreibt, denen kein Chef vorsteht (Zeuch 2017). Der Autor des gleichnamigen Buchs Andreas Zeuch stellt in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Flexibilität heraus, nach der in demokratischen Organisationen alle Teammitglieder in der Lage sein sollten temporär die Führungsrolle einzunehmen.

Vor rund drei Jahren verwies das Wirtschaftsmagazin *brand eins* auf die rund anderthalb Jahre dauernde Regierungskabinettsbildung in Belgien 2011 hin, die ein Beispiel dafür sei, dass „die hochkomplexe Welt des 21. Jahrhunderts nicht zusammenbricht, wenn der Chef mal Pause macht“ (Lotter 2015, S. 38).

Bezogen auf das Gesundheitswesen kann nun die Frage gestellt werden, ob und inwieweit solche vielversprechenden Führungsansätze beispielsweise auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung – und

dort insbesondere in der stationsäquivalenten Behandlung – Anwendung finden können.

Mobile psychiatrische Versorgung im häuslichen Umfeld der Patienten

Hintergrund dieser Frage ist das im November 2016 verabschiedete Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (DGPPN 2016). Von den Fach-, Berufs- und Interessensverbänden wird dabei die Einführung der durch mobile multiprofessionelle Teams im häuslichen Umfeld der Patienten vorgenommene Versorgung als eine wichtige Innovation angesehen. Die konkrete Umsetzung der aufsuchenden Behandlung stellt die Leistungserbringer grundsätzlich vor organisatorische und personelle Herausforderungen, da mit der Vertikalisierung des Versorgungsangebotes (Die Vertikalisierung der Versorgung meint hier die vor- bzw. nachgelagerte stufenweise Erweiterung des originären (überwiegend stationären) Dienstleistungsangebots psychiatrischer Versorgung.) auch eine Veränderung der bisherigen Arbeitsorganisation und des Personalmanagements einhergeht (Klode et al. 2018).

Einige Leistungserbringer können bereits auf gewisse Praxiserfahrungen im Umgang mit aufsuchender psychiatrischer Versorgung zurückgreifen, die im Rahmen eines Regional-Budgets, Verträgen zur integrierten Versorgung, Modellvorhaben nach §64b oder anderer Versorgungs- bzw. Finanzierungs-konzepte erworben wurden. Bemerkenswert dabei ist, dass nur ein kleiner Teil der Patienten Versorgungsangebote wie beispielsweise das „Home Treatment“ in Anspruch nehmen konnte, da diese Angebote bislang regional mit einzelnen Kostenträgern verhandelt wurden und deshalb die aufsuchende Behandlungsmöglichkeit nach Krankenkassen und Wohnort variiert.

Stationäre psychiatrische Versorgung: Multiprofessionalität und Führung

Die Finanzierung von psychiatrischen Leistungen in Deutschland stellt sich bislang als kleinteilig fragmentiert dar und speist sich aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern mit strikten Grenzen zwischen vollstationären, stationsäquivalenten, teilstationären, vor- und nachstationären sowie ambulanten Sektoren. Die stationäre Versorgung nach SGB V regelt über die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV 2017) u. a. die Eingruppierung von stationär behandelten Patienten in Behandlungsbereiche und -arten. Es existieren vier Behandlungsbereiche (Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie), die Behandlungsarten gliedern sich dabei für Erwachsene in sechs Arten (Intensivbehandlung, Rehabilitative Behandlung, Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, Psychotherapie und Tagesklinische Behandlung). Die Multiprofessionalität der stationären Versorgung ergibt sich aus insgesamt sechs Berufsgruppen (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Diplom-Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten/ Krankengymnasten/ Physiotherapeuten und Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen). Die Psych-PV weist nun nach

jeder Behandlungsart jeder Profession eine Arbeitszeit in Minuten (Minutenwert) je Patient und Woche zu, wobei diese Werte je nach Versorgungssituation des Leistungsträgers auch geringer ausfallen können. Die Minutenwerte werden dann in Personalstellen umgerechnet und die Anzahl der Leitungsstellen auf Basis der Anzahl der errechneten Stellen für Ärzte und Diplom-Psychologen berechnet. Die Leitungsfunktionen innerhalb der stationären Versorgung obliegen in der Regel Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie.

Aufgrund der Vielzahl an Behandlungsbereichen und Behandlungsarten erscheint ein Gesamtbild der Zeiteile der Berufsgruppen anhand bloßer Minutenwerte schwierig zu erfassen, daher wurden die Minutenwerte für den Behandlungsbereich A (= Allgemeine Psychiatrie) mit den sechs Behandlungsarten (Objekte) über eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse (Wolff/ Bacher 2010) in ein Diagramm überführt, welches zudem den Workload der sechs Berufsgruppen anhand der Objektpunkte skaliert (siehe Abb. 1).

Die Abbildung bildet die dahinterliegende Datenstruktur gut bis sehr gut ab (Das Cronbach's Alpha dieser zweidimensionalen Konfiguration beträgt 96% (Dimension 1 = 83%, Dimension 2 = 52%), die additive, erklärte Varianz liegt bei 84% % (Dimension 1 = 54%, Dimension 2 = 30%).). Deutlich wird hier zum einen, dass grundsätzlich die Berufsgruppen der Ärzte und des Krankenpflegepersonals recht nah beieinanderliegen, zum anderen wird auch ersichtlich, dass bei der Intensivbehandlung das Krankenpflegepersonal die zeitlich führende Rolle einnimmt.

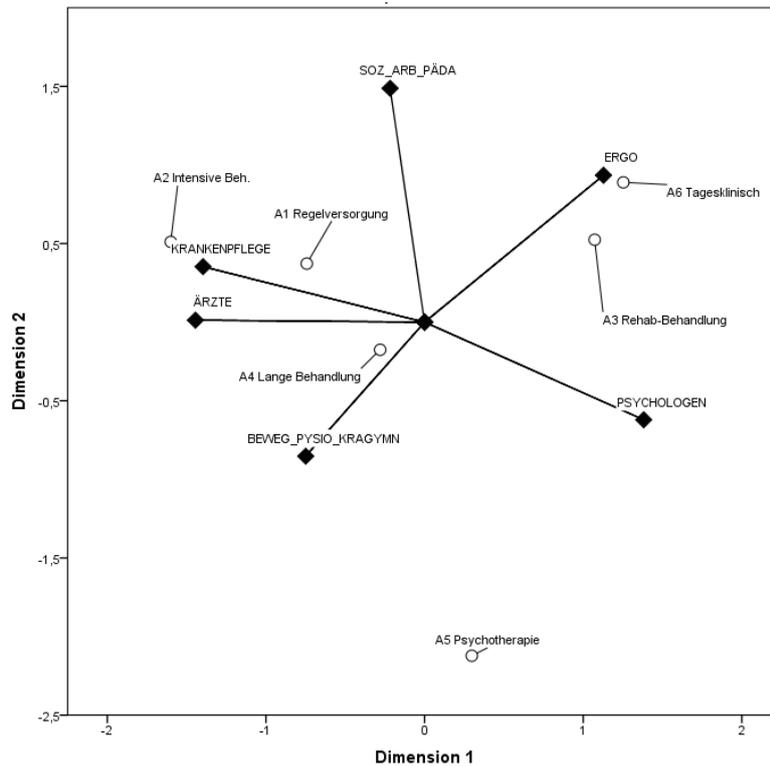


Abb. 1: Verhältnis von Behandlungsarten (A1 bis A6) und Berufsgruppen (Quadrates) für Allgemeine Psychiatrie, gemessen nach Mindestvorgabe der Arbeitszeit in Minuten pro Patient pro Woche.

Quelle: Eigene Darstellung (2018), Datenquelle: Psych-PV (2017).

Mobile psychiatrische Versorgung und die Anforderungen an das Personal

Ein bekanntes und auch bereits in Deutschland angewandtes Modell der stationsäquivalenten Versorgung stellt das sogenannte 'Home Treatment' dar. Im Vergleich zu anderen Formen der aufsuchenden Behandlung wie beispielsweise das Assertive Community Treatment (ACT) stellt das Home Treatment eine intensive und zeitlich limitierte Versorgung für akute Fälle dar. Für bestimmte Patientengruppen konnte auf internationaler Ebene bereits Evidenz in den Bereichen Kosteneffizienz, Patientenzufriedenheit und Genesung nachgewiesen werden, allerdings stellt dieses neue Versorgungsmodell die Kliniken vor bestimmte Herausforderungen. Zum einen bedeutet dies für das bestehende Personal ein Verlassen der bekannten Umgebung und damit in einem gewissen Maße auch das Verlassen einer Sicherheitszone

und den Aufenthalt in einer fremden Umgebung. Zum anderen ist dies auch mit der Bereitschaft zur Weiterbildung verbunden, da bestimmte Anforderungen im Umgang mit der veränderten Situation größtenteils nicht im Rahmen des geläufigen Ausbildungscurriculums erworben werden konnten. Je nach beruflicher Sozialisation ist daher mit unterschiedlichen Motivationen dabei zu rechnen.

Mit der aufsuchenden Behandlung stellen diese Teams jedoch darüber hinaus für die Zeit der akuten Versorgung das wesentliche Bindeglied zu einer gemeindepsychiatrischen Versorgung dar (Heißler 2017), d. h. neben der patientenzentrierten Orientierung sind die Teammitglieder auch in die Netzwerkarbeit eingebunden, innerhalb derer sozialpsychiatrische Arbeit in Form von Tätigkeiten mit, aber auch ohne Patientenkontakt stattfindet. Beispielsweise ist dies die Zusammenarbeit mit Angehörigen, niederge-

lassenen Ärzten, Psychologen und Therapeuten, aber auch Arbeitgebern.

Neben dieser extern sektorenübergreifenden Versorgung stehen die Teams jedoch zunächst auch vor der Aufgabe Informationsarbeit intern zu leisten, um sozusagen die Sektoren innerhalb des eigenen Hauses miteinander zu vernetzen. Neben externen Zuweisern und eigenen, niedrigschwelligen Angeboten stellen die eigenen Kollegen somit auch eine weitere wichtige Bezugsquelle an ‚Kunden‘ dar.

Mobile und stationäre psychiatrische Versorgung mit identischer Personalbemessung?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis 2019 eine Richtlinie zur Personalmindestbesetzung erarbeiten, die ab 2020 die Psych-PV ersetzen soll. Zentrale Fragestellungen sind dabei u. a. woran sich die Personalbemessung orientiert (Strukturen, Setting, Patient, Diagnose, Intensität), wie der individuelle Bedarf des Patienten die Personalsituation beeinflusst oder auch generell welche Zusammenhänge zwischen der personellen Ausstattung und der Behandlungsqualität überhaupt nachweisbar sind. Eine in diesem Kontext relevante Frage ist daher auch, inwieweit die Ergebnisse zur Personalbemessung im stationären Bereich Auswirkungen auf die Strukturen und Angebote außerhalb der ‚Krankenhauspsychiatrie‘ haben werden.

Diesbezüglich haben sich der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im August 2017 im Rahmen einer gemeinsamen Vereinbarung zur stationsäquivalenten, psychiatrischen Behandlung (StäB) nach § 115d Abs. 2 SGB V u. a. auf folgende Anforderungen geeinigt (Auszug): das Team besteht aus mindestens drei Professionen (ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter der Psychologen oder Spezialthera-

peuten), die Verantwortung für die Behandlungsplanung und -durchführung liegt bei einem einschlägigen Facharzt, mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams hat mindestens einmal täglich einen (versuchten) direkten Patientenkontakt und mindestens einmal wöchentlich erfolgt eine fachärztliche Visite im direkten Patientenkontakt in der Regel im häuslichen Umfeld. Über diese Vorgaben wird aktuell unter ärztlichen Direktoren kontrovers debattiert (Frasch 2018 und Längle 2018).

Im Vergleich zur stationären Versorgung ergeben sich zwei fundamentale Unterschiede für die aufsuchende Behandlung mit entsprechenden Auswirkungen auf die absoluten Arbeitszeiten (pro Patient) und die relativen Arbeitszeiten (Überstunden, Wochenendarbeit):

- der zeitliche Aufwand für An- und Abfahrten zu den Patienten kann je nach Distanz, Situation und Frequenz stark variieren und
- aus der besonderen Situation des häuslichen Aufsuchens resultiert ein deutlich stärkeres auf die einzelnen Patienten und deren Umfeld ausgerichtetes Engagement, was sich ebenfalls auf die vorgenannten Arbeitszeitarten auswirkt.

Insofern ist eine Vergleichbarkeit der beiden Sektoren aufgrund unterschiedlicher Versorgungsqualitäten und -quantitäten schwerlich herzustellen.

Die Zusammensetzung von mobilen, multiprofessionellen psychiatrischen Versorgungsteams: Heterogenität bei der Personal- und Führungsarbeit

Im Rahmen des interdisziplinären Forschungsprojekts APP (in Kurzform: „Arbeitsorganisation und Personalmanagement von sektorübergreifenden psychiatrischen Leistungen“, APP-Projekt 2018) wird momentan eine qualitative Studie zur sektorenübergrei-

fenden und stations-ersetzenden psychiatrischen Versorgung bundesweit durchgeführt, bei der Mitglieder von mobilen multiprofessionellen Teams von rund fünfzehn psychiatrischen Versorgungsleistern noch bis Mitte 2018 befragt wurden. Erste Hinweise bezüglich unterschiedlicher personeller Ausrichtung zwischen den multiprofessionellen Versorgungsleistern zeichnen sich doch schon jetzt ab, nachfolgend einige Beispiele inkl. selektierten Zitaten dazu:

Zunächst drücken einige Teams ihre Arbeit als Haltung aus, nach der die Arbeit als zeitlich flexible Begleitung definiert wird: „Und in dem Zug sitzt eine Mannschaft, die sich um diese Passagiere kümmert.“ Im Leitbild stand auch am Anfang: „Wir definieren Behandlung von Menschen in seelischer Not ähnlich einer Reise durch eine Krankheit hindurch oder durch ein Leben hindurch, das von Krankheit geprägt ist, mehr oder weniger lange“. (APP-Projekt 2018)

Ein solches Paradigma der Begleitung im Sinne eines therapeutischen Engagements hat konkrete Auswirkungen auf Grundsätze in der täglichen Arbeit: „Und da geht es schon um „Open Dialog“, also dass man halt mit den Klienten spricht und halt nicht über die Klienten. Stichwort: auf Augenhöhe sein.“ (APP-Projekt 2018).

Bei einigen Kliniken wird die traditionelle Linienhierarchie aus der stationären Versorgung innerhalb der mobilen Versorgung durch die Organisationsform „selbst organisierende Netzwerke“ ersetzt: „Teamführer bin formell ich (Anm. des Verf.: promovierter Psychologe). Aber ich sage mal, wie ich es erlebe, ich denke, dass wir eigentlich weitestgehend miteinander entscheiden und dass ich jetzt nicht derjenige bin, der Ansaugen macht, sondern der fragt.“ (APP-Projekt 2018).

Insofern kommt den Führungskräften auch die besondere Aufgabe zu die Fähigkeiten der Mitarbeiter zu integrieren und zu fördern:

„Ich bin gut beraten als Führungskraft zu lernen, die Fähigkeiten der Mitarbeiter zuzulassen. Und die innovativen Fortschritte kommen vielleicht zu 10% von ganz oben, und der Rest der kommt von unten. Das ist das Gute, was die Klinik hat.“ (APP-Projekt 2018)

Die Führung haben idealerweise diejenigen Personen inne, die Entscheidungen treffen bzw. treffen können, wenn er/sie Handlungsfähigkeit im Team garantieren können, d. h. Führung obliegt nicht zwingend der ärztlichen Leitung: „Ich glaube große Bedeutung, so ist jetzt meine Erfahrung, haben wirklich so Leader. So Personen, die besonders prädestiniert sind (...) und die ein gutes Standing im Team haben und modellhaft da vorreiten und das Interesse bei dem Mitarbeiter wecken.“ (APP-Projekt 2018).

Demokratische Führung heißt grundsätzlich nicht, dass alle Personen führen sollen, sondern dass Führung für alle Beteiligten nach transparenten Regeln erfolgt: „Das hat sich sicherlich auch nochmal verändert (...), weil grade (...) bei einer Behandlung, die nicht auf Krankenhaus-Verstand beruht, ist es noch wichtiger, dass die verschiedenen Berufsgruppen offen miteinander zusammenarbeiten.“ (APP-Projekt 2018).

Bereits anhand dieser wenigen Beispiele wird deutlich, dass mit der aufsuchenden Versorgung der Fokus auf ein personenzentriertes therapeutisches Engagement konzentriert wird. Sozialpsychiatrische Elemente wie Netzwerkarbeit im Bereich der Angehörigen und Arbeitgeber bzw. Ausbildungsbetriebe werden verstärkt in den Vordergrund treten. Anhand der Abbildung zu den vorgeschriebenen Workloads für die stationäre allgemeine psychiatrische Versorgung (Abb. 1) wird deutlich, dass bei der Intensivbehandlung Ärzte und Pflegepersonal in Vergleich zu anderen Behandlungsarten ähnlich ausgestattet sind. Die zentrale Frage lautet nun, ob bei der aufsuchenden Intensivbehandlung gleiches gelten sollte

oder ob sich angesichts des deutlich anders gelagerten therapeutischen Engagements Vollzeitäquivalente eher in Richtung Pflege ausgebaut werden bzw. Pflegepersonal systematisch weiterentwickelt wird, um die zunehmenden Anforderungen an Management- und Führungskompetenzen hinsichtlich Patientenbegleitung und Teamarbeit adäquat nachkommen zu können? Daran ist eine zweite Frage gekoppelt, nämlich in wie weit und – vor allen Dingen – an welchen Orten die Fachärzte eine tragende Rolle innerhalb der mobilen psychiatrischen Teams einnehmen werden.

Literatur

APP-Projekt (2017) Interdisziplinäres Forschungsprojekt APP. Arbeitsorganisation und Personalmanagement von sektorübergreifenden psychiatrischen Leistungen (Hrsg.). online im Internet, URL: www.app-projekt.info. Abrufdatum: 18.12.2017.

DGPPN (2016) Stellungnahme des DGPPN zum PsychVVG. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN, Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/kabinettsentwurf-psychvvg.html>. Abrufdatum: 18.12.2017.

Frasch K. (2018) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – Ein großer Schritt in die richtige Richtung – Contra, Psychiatrische Praxis. Nr. 45. S. 123-124.

Heißler M. (2017) Multiprofessionelle mobile gemeindepsychiatrische Teams in der Praxis, In: Steinhart I.; Wienberg G. (Hrsg.). Rundum ambulant. Psychiatrie Verlag. Köln. S. 84-99.

Klode C., Steinert T., Blume A., Brückner-Bozetti P., Senkal A., Lingenfelder M. (2018) Zur Rolle organisationaler Variablen bei der Implementierung der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung und von

stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland – ein Literatur- und Theorie-Review. In: Psychiatrische Praxis. Jg. 45. Nr. 6. S. 291-298.

Längle G. (2018) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – Ein großer Schritt in die richtige Richtung – Pro. Psychiatrische Praxis. Nr. 45, S. 122-123

Lotter W. (2015) Die Chefsache. In: brand eins. Jg. 17. Nr. 3. S. 38-45.

Psych-PV (2017) Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie. Psychiatrie-Personalverordnung. online im Internet. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html>, Abrufdatum: 18.12.2017.

Wolff H.-G., Bacher J. (2010) Hauptkomponentenanalyse und explorative Faktorenanalyse. In: Wolf C., Best H. (Hrsg.). Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Springer Verlag. Heidelberg. S. 333-365.

Zeuch A. (2017) Arbeiten ohne Anweisung. In: Süddeutsche Zeitung. Jg. 73. Nr. 231. S. 61.

Autorenbiografie

Dr. rer. pol. Christian Klode ist wissenschaftlicher Assistent an der Arbeitsgruppe für Wissensmanagement und Senior Research Fellow im interdisziplinären Forschungsprojekt APP im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften an der Philipps-Universität Marburg. Von 2010 bis 2012 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an dem außeruniversitären Institut für Forschungsinformation und Qualitätssicherung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) in Bonn und Berlin. Davor war er wissenschaftlicher Mitarbeiter und Promovend am Lehrstuhl für Strategisches Marketing an der Wirtschaftsfakultät der Privaten Universität Witten/Herdecke. Dr. Klode hält einen Magister-

Abschluss der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf in den Gesellschafts-, Politik- und Medienwissenschaften und ist ausgebildeter Marketing-Kommunikationskaufmann. Seit über zwei Dekaden berät er Organisationen im Bereich empirischer Management-Studien.

Autorenanschrift

Dr. Christian Klode
Interdisziplinäres Forschungsprojekt APP
und Arbeitsgruppe Wissensmanagement
Philipps-Universität Marburg, Fachbereich
Wirtschaftswissenschaften FB02
Universitätsstr. 24 (Altes Amtsgericht)
35032 Marburg

E-Mail: christian.klode@uni-marburg.de

Zitierform: Spirig R., Bruni K., Lanter R., Rettke H., Staudacher D., Conrad J. (2018) „Meinen Beitrag zum Ganzen leisten ...“ Ergebnisse eines Führungsentwicklungsprojekts im Universitätsspital Zürich (USZ), ZFPG, Jg. 4, Nr. 2, S. 44-52. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.04.02.2018-08

Beitrag aus der Praxis IV



Titel

„Meinen Beitrag zum Ganzen leisten ...“ Ergebnisse eines Führungsentwicklungsprojekts im Universitätsspital Zürich (USZ)

Autoren

Prof. Dr. Rebecca Spirig (links oben)

Katja Bruni (Mitte oben)

Regula Lanter (rechts oben)

Dr. Horst Rettke (links unten)

Dr. Diana Staudacher (Mitte unten)

Dr. Judith Conrad (rechts unten)



Einleitung

Pflege und medizintechnisch-therapeutische Berufe (MTTB) führungsstark im Spital positionieren, Veränderungen aktiv mitgestalten und Patientenorientierung als strategischen Fokus umsetzen – diese Ziele ließen sich in einem dreijährigen Aktionsforschungsprojekt verwirklichen. Gemeinsame Führungsreflexion regt neue Denkmuster an und fördert die Entwicklung einer „lernenden Organisation“.

Hintergrund

Wie gelingt es, in Zeiten der Veränderung starke Führung gemeinsam zu gestalten? Wie können Pflege und MTTB-Berufe im Spannungsfeld zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit das zentrale Strategieziel der Patientenorientierung verwirklichen? Wie ist

es möglich, dass diese Professionen auf Change-Prozesse Einfluss nehmen können? Solche Leitfragen standen am Beginn des Projekts „Gemeinsam in Führung gehen“. Unmittelbarer Anlass war ein neues Führungsmodell mit einer Direktorin und einer Co-Direktorin Pflege und MTTB. Die Berufsgruppen Pflege und MTTB sind in einer gemeinsamen Direktion verbunden. Die Direktorinnen leiten das „Führungsgremium Pflege und MTTB“, dem „Leiter(innen) Pflegedienst“ und „Leiter(innen) MTTB“ angehören. Diese verantworten die operative Führung in den neun USZ-Medizinbereichen. Das „Führungsgremium Pflege und MTTB“ arbeitet auf der Basis von Aufgabenpaketen zu Themen wie „Laufbahnenentwicklung“ oder „Kennzahlen“. Durch Einbezug der „Leiterin Fach“ und der „Leiterin Bildung“ ist im Führungsgremium „Shared Governance“ sichergestellt. Zweimal jährlich organisieren die Direktorinnen ein „Kaderevent“. Es richtet sich an den mittleren Kader aus „Führung“,

„Fach“ sowie „Bildung“ und widerspiegelt ebenfalls die „Shared Governance“-Kultur.

Die Berufsgruppen Pflege und MTTB sind mit einschneidenden Veränderungen konfrontiert. Diese beziehen sich auf das neue Führungsmodell, eine neue Spitalstrategie, mehrjährige spitalinterne Bauprojekte sowie Standorterweiterungen, die mit neuen Leistungsanforderungen an Führungspersonen und Mitarbeitende verbunden sind.

Vor diesem Hintergrund startete 2013 unser dreijähriges Aktionsforschungsprojekt. Um Führung auf breiter Basis gemeinsam zu reflektieren, wurden Mitglieder der Spitaldirektion und Personen auf unterschiedlichen Ebenen befragt. Die Ergebnisse wurden den Befragten in Reflexionsrunden zurückgespiegelt. Dabei trafen Innen- und Außensicht aufeinander. Dies führte zu einem intensiven Austausch über Führung, Handlungsspielräume und Einflussmöglichkeiten. Impulse aus den Diskussionen ließen sich unmittelbar in das weitere Vorgehen integrieren.

Im Fokus dieses Beitrags stehen die Projektergebnisse. Diese werden vor dem Hintergrund des Diskurses zur Gestaltung von Change-Prozessen und in Bezug auf die methodischen Möglichkeiten der Aktionsforschung beschrieben. Am Ende des Beitrags steht ein Fazit, das unsere Erfahrungen mit gemeinsamer Führungsreflexion im Rahmen der Aktionsforschung zusammenfasst.

Change-Diskurs

In Change-Prozessen erhalten Führungsaufgaben eine hohe Komplexität und Dynamik. Traditionelle, hierarchiebezogene Denk- und Handlungsmuster reichen nicht mehr aus, um die Herausforderungen zu bewältigen (Uhl-Bien/ Marion/ McKelvey 2007). Es gilt, innovative Denk- und Handlungsweisen zu explorieren, um veränderten Anforderungen gerecht zu werden. Erfolgreiche Change-Prozesse setzen voraus, dass Führungspersonen und Mitarbeitende neue „mentale

Modelle“ entwickeln und miteinander teilen (Bach 2013; Mathieu et al. 2000). „Mentale Modelle“ sind handlungsleitende Vorstellungen, die Menschen dazu befähigen, ihren Beitrag für das Unternehmen zu leisten (Bach 2013 und Labianca/ Gray/ Brass 2000). Der Wandel „mentaler Modelle“ gilt als elementarer Bestandteil der Transformation von einer Expertenorganisation zu einer „lernenden Organisation“ (Uhl-Bien/ Marion/ McKelvey 2007). Nach Senge (2006) zeichnen sich „lernende Organisationen“ unter anderem dadurch aus, dass

- die Denkmuster der Mitarbeitenden sich verändern
- Engagement für Ziele besteht, die Bestehendes überschreiten und auf Fortschritt ausgerichtet sind
- eine gemeinsame Vision als Motivation für organisationales Lernen dient (Tsai 2014 und Estrada 2009).

Damit sich die bisherigen „mentalen Modelle“ auf neue Aufgaben und Zukunftsziele ausrichten, sind Offenheit für Neues und Entwicklungsbereitschaft erforderlich (Avolio/ Hannah 2008). Dabei kommt „transformationalem“ Leadership eine entscheidende Rolle zu. Transformationales Führen bedeutet,

- die individuelle Leistung der Mitarbeitenden wertzuschätzen,
- Mitarbeitende zu motivieren, die Ziele und die Werte der Organisation mit Leben zu erfüllen,
- innovatives Denken und Handeln anzuregen,
- ein Vorbild für Mitarbeitende zu sein (Bass/ Riggio 2006).

Transformationales Leadership stärkt die Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden. Je

höher ihr Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten ist, desto offener sind sie für Veränderungen (Uhl-Bien/ Marion/ McKelvey 2007). Bei geringer Selbstwirksamkeit besteht hingegen die Tendenz, sich auf bisherige „mentale Modelle“ und Handlungskonzepte zu stützen.

Transformationales Leadership ist mit starkem Empowerment verbunden (Choi et al. 2016). Besonders im Pflegebereich gilt Empowerment als zentral, um das Führungspotenzial der Mitarbeitenden freizusetzen und Selbstwirksamkeit in der Führungsrolle zu fördern (West et al. 2016, Lorinkova/ Pear-sall/ Sims 2013 und Stock-Homburg 2013). Gemeinsame Reflexion über Führung hat deshalb einen hohen Stellenwert, um eine bewusste Führungshaltung zu entwickeln (Hannah/ Lester 2009).

Setting

Das Universitätsspital Zürich gehört mit rund 900 Betten zu den größten Spitalern der Schweiz. Über 2.500 Mitarbeitende der Pflege und MTTB sind in 44 Kliniken tätig.

Methode

Es wurde ein Aktionsforschungsansatz gewählt, da er Partizipation gewährleistet und die Möglichkeit gemeinsamer Reflexion bietet (Stringer 2014). Aktionsforschung erfolgt zyklisch in drei Phasen: „Look“ – „Think“ – „Act“. Somit kombiniert sie „Aktion und Reflexion, Theorie und Praxis, um praktische Lösungen für aktuell relevante Themen zu generieren“ (Reason/ Bradbury 2013).

Im Rahmen von Einzel- und Fokusgruppeninterviews wurden vier Mitglieder der Spitaldirektion und neun Mitglieder des Führungsgremiums Pflege und MTTB sowie insgesamt 42 Pflege- und MTTB-Mitarbeitende auf diversen Stufen des USZ-Laufbahnmodells Pflege und MTTB, darunter Fachexpert(inn)en, Gruppenleiter(innen) und Bildungsverantwortliche befragt.

Die Interviewthemen bezogen sich u. a. auf:

- Initiativen zur Patientenorientierung als zentralen Bestandteil der Spitalstrategie
- den Beitrag der Führungspersonen zu anstehenden Veränderungen
- die Positionierung der Pflege und MTTB aus der Innen- und Außensicht

Die Auswertung der Interviews und die Rückspiegelung der Ergebnisse erfolgte mithilfe des Knowledge Mapping (Pelz/ Schmitt/ Meis 2004). Diese inhaltsanalytische Methode ermöglicht eine verdichtete Visualisierung der Interviewaussagen auf einem höheren Abstraktionsniveau. Auf diese Weise konnten die Beteiligten in kürzester Zeit die Resultate erfassen und gemeinsam reflektieren. Wenige Fragen wurden quantitativ anhand visueller Analogskalen (0 bis 100) ausgewertet. Das zeitliche Vorgehen im Rahmen der zyklischen Projektstruktur ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Ergebnisse werden nachfolgend anonymisiert und daher ohne Beleg vorgestellt.

Ergebnisse

„Es ist etwas passiert – auf jeden Fall in meinem Denken“, betonte eine Führungsperson bereits nach dem ersten Projektzyklus. Im Verlauf der dreijährigen Projektarbeit wurde deutlich, dass sich die „mentalen Modelle“ der Führungspersonen verändert hatten. Durch die gemeinsame Reflexion entwickelten sie ein ausgeprägtes Bewusstsein von Führung: „Bisher habe ich nur „geführt“ – jetzt ist mir bewusst geworden: Wir sollten genau wissen, was wir tun, wenn wir führen“. Im Rahmen des Projekts erfolgte eine intensive Führungszusammenarbeit zwischen den Direktorinnen Pflege und MTTB und den Mitgliedern des Führungsgremiums rund um die Aufgabenpakete. Die Selbstwirksamkeit der Leitungspersonen steigerte sich. Sie verstanden ihre Aufgabe darin, als Führungsperson den Wandel aktiv und verant-

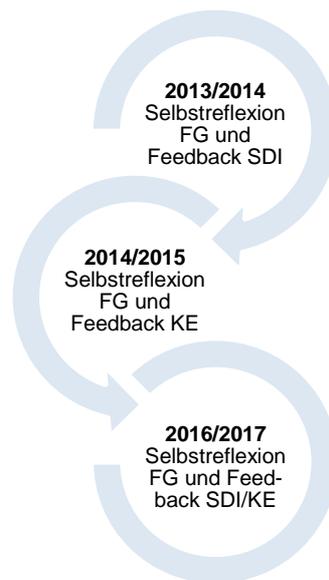


Abb. 1: Zyklische Struktur des Aktionsforschungsprojekts.

Quelle: Eigene Darstellung (2018).

Legende: FG = Führungsgremium Pflege und MTTB, SDI = Mitglieder der Spitaldirektion, KE = Kaderevent. Die Teilnehmenden gehören dem mittleren Kader an und sind jeweils in den Bereichen „Führung“, „Fach“ oder „Bildung“ tätig.

wortungsvoll zu gestalten: „Mein Beitrag in der Führungsrolle besteht darin, ein Umfeld zu schaffen, in dem Entwicklung mitgetragen wird und in dem Mitarbeitende mit ihren verschiedenen Kompetenzen die Entwicklung gestalten können“.

Im Rahmen der Rückspiegelung lernten die Führungspersonen zudem eine Außensicht kennen. Die Anerkennung durch Direktionsmitglieder bildete einen Kontrast zu ihrer anfangs sehr kritischen Selbsteinschätzung. Zugleich erfuhren sie, welche Anforderungen die Direktionsmitglieder an ihre Führungsarbeit stellen. Entsprechend konnten die Leitungspersonen diese Anforderungen in ihre Denkmuster integrieren, beispielsweise in Bezug auf verstärkt wirtschaftliches, unternehmerisches Handeln. Ausgehend von dieser Übersicht wurden nun drei zentrale Ergebniskategorien dargestellt.

Führung selbstsicher gestalten – strukturelle Grenzen überwinden

Im ersten Projektinterview 2013 charakterisierten Führungspersonen ihre Situation als „Gefangensein in den Strukturen der Gesamtorganisation“. In ihrer Funktion stießen sie immer wieder an Grenzen. Beispielsweise kamen ihre Initiativen zur Patientenorientierung „zum Stocken, weil das System hereinspielt. Dann geht es nicht weiter“. Auch stellten die Befragten häufig fest, dass es „unmöglich ist, [strategische Vorgaben] in die Praxis oder zum Patienten zu bringen“. Eine Leitungsperson berichtete im ersten Projektjahr: „Bei Entscheidungen, die uns betreffen, sind wir nicht dabei. Andere entscheiden über uns“. Das Erleben dieses begrenzten Spielraums für Führungshandeln löste in einer Leitungsperson das Gefühl aus, in ihrer Funktion „alleingelassen“ zu sein.

Die Antwort auf die Frage: „Wie schätzen Sie die Position der Pflege und MTTB inner-

halb des Spitals ein?“ fiel im ersten Projektzyklus sehr selbstkritisch aus. Auf einer Skala von 0 bis 100 lag die Selbsteinschätzung der Mitglieder des Führungsgremiums bei 44. Die Frage „Wie wird die Positionierung von Pflege und MTTB von außen wahrgenommen?“ löste zwar eine bessere, jedoch ähnlich skeptische Bewertung aus. Die Einschätzung der Mitglieder des Führungsgremiums lag bei 68.

Am Ende des Projekts hatte sich die Selbsteinschätzung deutlich erhöht. Im letzten Projektzyklus (2017) lagen die Werte für die interne Positionierung im Führungsgremium bei 72,5. In Bezug auf die Sichtweise von außen stiegen die Werte ebenfalls und befanden sich bei 76,5.

Zu diesem Zeitpunkt war von „Grenzen“ oder „Gefangensein“ keine Rede mehr. Die Führungspersonen erlebten erhöhte Selbstwirksamkeit und Partizipation: „Ich fühle mich jetzt viel wirksamer. Ich merke es daran, dass ich mehr gefragt werde – zu Dingen, die ich früher nie gefragt wurde [...]. Ich bin viel mehr involviert bei allem – nicht nur bei den Sachen, die direkt die Pflege betreffen. Das ist ein Riesenerfolg, finde ich“. Im Projektverlauf ist es den Führungspersonen gelungen Strategieziele „bis an die Basis zu bringen“, damit sie dort „Präsenz bekommen“. Patientenorientierung als Haltung und im Rahmen vielfältiger Initiativen hat inzwischen den gesamten klinischen Alltag durchdrungen. Die Führungspersonen berichteten von einem erweiterten Handlungsspielraum und zählten auf, was sie inzwischen in Bezug auf Patientenorientierung „auf den Weg gebracht“, „lanciert“, „aufgegleist“ und „gegründet“ haben. Dieses proaktive Handeln basierte auf einem ausgeprägten Bewusstsein für die eigene Führungsverantwortung: „Was gilt es für uns als Führungsverantwortliche zu tun? Wie können wir gestalten, uns beteiligen, positionieren und mitbeeinflussen?“. An die Stelle des „Alleingelassenseins“ ist im Projektverlauf eine intensive spitalweite Vernetzung und Zu-

sammenarbeit getreten: „Wir haben den Dialog aufgenommen“, „ich bringe die Leute an einen Tisch“, „wir pflegen die Schnittstellen“. Den Führungspersonen ist es wichtig, „andere ins Boot zu holen, um das Ziel gemeinsam zu erreichen“.

Auch der Wahrnehmungshorizont hat sich erweitert. Leitungspersonen nehmen verstärkt eine übergreifende Perspektive ein, um die Interessen des Gesamtsitals im Blick zu haben. Beispielsweise denken sie stärker prozessorientiert – mit dem Ziel, „einen Beitrag zu einem gelungenen Prozess zu leisten und die Steuerung des Ganzen immer im Auge zu haben“.

Die Außensicht zur Orientierung nutzen

„Ich habe sehr großen Respekt vor der Arbeit der Pflege. [...] Sie ist sehr gut positioniert. Was ich von außen höre, ist immer sehr, sehr gut“, äußerte ein Mitglied der Spitaldirektion bereits zu Beginn des Projekts. Auch die Einschätzung der MTTB-Berufe war von Seiten der Direktionen sehr gut: „MTTB macht eine hochprofessionelle Arbeit, die Physiotherapie hat einen hervorragenden Ruf“. Diese positive Fremdeinschätzung trug dazu bei, das anfangs eher negativ geprägte Selbstbild der Führungspersonen zu relativieren.

Alle befragten Spitaldirektions(SDI)-Mitglieder würdigten, dass die Pflege das Strategieziel „Patientenorientierung“ so konsequent und vorbildlich umsetzt. Jedoch kam auch der Einwand, Patientenorientierung „müsse messbar sein“. Erst dann werde deutlich, „ob man mehr Zeit beim Patienten verbringen kann, ob das Feedback des Patienten anders ist“. Auch erwarteten die Direktionsmitglieder von pflegerischen Leitungspersonen die Bereitschaft, unternehmerisch und effizient zu wirtschaften. Dies bezog sich insbesondere auf standardisiertes Vorgehen.

Die Vertreter der Direktionen wünschten sich von Führungspersonen der Pflege mehr Offenheit „für Standardisierung und Effizienz in den Prozessen“. Der Wettbewerb der Spitäler erfordert aus ihrer Sicht verstärkt unternehmerisches Denken und Handeln – auch im pflegerischen Bereich. Deutlich äußerten Direktionsmitglieder, dass Führungspersonen der Pflege in Zukunft eine „stärker steuernde Funktion übernehmen, bei wesentlichen Prozessen wie Bettenmanagement, Patientenprozess und Austrittsmanagement“. Dies sei wichtig mit Blick auf eine reduzierte Verweildauer. Ebenso bestand die Erwartung, Leitungspersonen der Pflege sollten „konzeptionell stärker werden, aktiver, kritischer und sagen: So führen wir die Prozesse“. Im letzten Projektzyklus hielten Direktionsmitglieder es für wichtig, dass Leitungspersonen der Pflege „ein Verständnis für Organisationsentwicklung [haben]. Sie müssen die Organisation mitgestalten“. Auch sollten pflegerische Führungspersonen „überzeugender argumentieren, wenn sie Ressourcen brauchen. Sie müssen sachlicher werden“.

Mit dieser Außensicht setzten sich die Mitglieder des Führungsgremiums im Rahmen der Rückspiegelung auch kritisch auseinander: „Um stärker steuern zu können, brauchen wir zuerst mehr Kompetenzen“, betonte eine Leitungsperson. In allen drei Projektzyklen thematisierten die Führungspersonen den „Widerspruch“, der aus ihrer Sicht zwischen Patientenorientierung und der geforderten Standardisierung bzw. Kostenreduktion besteht.

Die Aussagen der Direktionsmitglieder ergaben ein differenziertes Bild von den Erwartungen, die an ihre Führungsarbeit bestehen. Daran konnten die Leitungspersonen ihre Denk- und Handlungsmuster orientieren. Beispielsweise war es ihnen wichtig, dass die Pflege „zeigt, was sie leisten kann – damit man unsere Wirksamkeit auch sieht im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit“. So hat es sich inzwischen etabliert, häufiger

„mit Zahlen und Fakten zu argumentieren“ und anhand von Kennzahlen oder Indikatoren zu steuern. Auf diese Weise gelingt es, die Leistungen von Pflege und MTTB spitalweit sichtbarer zu machen und diese Professionen stärker zu positionieren. Insbesondere MTTB-Führungspersonen fühlen sich durch den „Zusammenschluss“ mit der Pflege gestärkt und besser wahrnehmbar. Dies verringert die Sorge, als Berufsgruppe im Spital „unterzugehen, weil wir zu wenig Leute sind“.

Führungspersonen als Promotoren des verantwortungsvollen Wandels

„Ein Umfeld schaffen, in dem Entwicklung mitgetragen wird“ und „Mitarbeitende auf dem Weg der Veränderung mitzunehmen“ – darin sahen die Führungspersonen im letzten Projektzyklus eine zentrale Aufgabe. Mit ihrer Führungsrolle sahen sie den Auftrag verbunden, den Wandlungsprozess proaktiv zu unterstützen. Es war ihnen ein großes Anliegen, „Mitarbeitende zu begleiten, zu coachen und zu unterstützen, um Veränderungen gut zu bewältigen, wirksam zu werden und damit einen Beitrag für das Spital zu leisten“. Somit wurden die Führungspersonen zu Promotoren eines verantwortungsvollen Wandels. Im Projektverlauf hatten sie bereits ihre Denk- und Handlungsmuster auf die anstehenden Veränderungen ausgerichtet. Beispielsweise gestalteten sie in Kaderevents konkrete Zukunftsszenarien. Somit waren sie auf ihre Führungsrolle im Change-Prozess vorbereitet und konnten sich mental darauf einstellen.

Die Aufmerksamkeit der Führungspersonen richtete sich im letzten Projektzyklus vor allem darauf, Patienten und Mitarbeitende zu schützen, damit sie durch aktuelle Umbauprojekte so wenig wie möglich Beeinträchtigung erleben: „Mein Beitrag besteht darin, [negative Folgen durch den Umbau] möglichst fern zu halten. Ihr könnt eure Arbeit machen, wir kümmern uns um den Rest ...“.

Zum Abschluss des Projekts sprachen die Direktorin und Co-Direktorin hohe Wertschätzung für das Engagement aller Projektbeteiligten aus und dankten für die großartige Unterstützung, die sie in ihrer Funktion leisten. Auch die Mitglieder des Führungsgremiums vermittelten eine Botschaft: „Wir unterstützen euch [...] und anerkennen, was ihr täglich leistet. Wir sind stets mit euch im Gespräch, um von euch und euren Mitarbeitenden zu hören, wo die Schwierigkeiten und Befürchtungen liegen“. Den Rückhalt, den die Führungspersonen durch die Direktorinnen und Direktoren erlebten, konnten sie ihrerseits an die Mitarbeitenden weitergeben. Das Projektende signalisierte, dass das „gemeinsame konstruktive und kritische Unterwegssein“ nachhaltig wirken soll.

Fazit

Auf dem Weg zur „lernenden Organisation“:

Die Methode der Aktionsforschung erwies sich in mehrerlei Hinsicht als zielführend, um Führung in Zeiten des Wandels zu entwickeln und Führungsarbeit gemeinsam zu reflektieren:

(1) Der methodische Ansatz ermöglichte, Leitungspersonen aktiv in Change-Prozesse einzubeziehen. Sie konnten den Wandel mitgestalten und sich auf zukünftige Herausforderungen vorbereiten. So ließen sich anstehende Veränderungen antizipierend vorwegnehmen und gemeinsame Zukunftsszenarien entwickeln (Bach 2013). Dies erzeugte Offenheit für Neues und hohe Entwicklungsbereitschaft (Avolio/ Hannah 2008).

(2) Das dreijährige zyklische Vorgehen etablierte – jenseits des Führungsalltags – eine intensive transformationale Führungsarbeit der Direktorinnen mit den Mitgliedern des Führungsgremiums. Dies ermöglichte Empowerment, verstärkte das Bewusstsein für Führung und erhöhte die Selbstwirksamkeit in der Führungsrolle (McPhee et al. 2012).

(3) Die Rückspiegelung der Interviews mit Direktionsmitgliedern eröffnete wertvolles Wissen. Führungspersonen erhielten Kenntnis von den Erwartungen an ihre Arbeit. Daraus konnten sie sich orientieren und ihre Denkmuster verändern. Sie erweiterten ihr Handlungspotenzial, um zukunftsbezogenen Anforderungen zu entsprechen (Bach 2013).

(4) Infolge des dreijährigen zyklischen Verlaufs entstanden „mentale Modelle“, die Führungspersonen auf allen Ebenen miteinander teilen. Am Schluss des Projekts erwähnten die Beteiligten „den großen gemeinsamen Nenner, der in vielen Aussagen deutlich wird“. Die gemeinsamen „mentalen Modelle“ stellen eine wichtige Ausgangsbasis für das Gelingen weiterer Change-Prozesse und für die Zusammenarbeit im Rahmen von „Shared Governance“ dar (Uhl-Bien/ Marion/McKelvey 2007).

Die vier skizzierten Punkte gelten als charakteristisch für den Entwicklungsweg zu einer „lernenden Organisation“ (Senge 2006). Das Aktionsforschungsprojekt hat diesen Weg eröffnet und einen zukunfts-wichtigen Lernprozess angeregt. Dabei zeigte sich deutlich das Spannungsfeld, in dem Führungspersonen sich aktuell bewegen. Auf der einen Seite steht ihre Verantwortung für Patienten und Mitarbeitende. Auf der anderen Seite sind sie mit den Anforderungen des Spitals an wirtschaftliches, standardisiertes Handeln konfrontiert. Das zukünftige gemeinsame Lernen wird auch darin bestehen, sich in diesem anspruchsvollen Spannungsfeld zu orientieren. Die Projektbeteiligten sind bereit, den gemeinsamen Lernprozess fortzusetzen: „Wir gehen weiter gemeinsam in Führung!“.

Literatur

Avolio B. J., Hannah S. T. (2008) Developmental readiness: Accelerating leader development. Consulting. In: Psychology Journal. Vol. 60. No. 4. pp. 331-347.

- Bach N. (2013) Mentale Modelle als Basis von Implementierungsstrategien: Konzepte für ein erfolgreiches Change Management. Springer Verlag. Berlin.
- Bass B., Riggio R. (2006) Transformational Leadership. Psychology Press. Mahwah.
- Choi S. L., Goh C. H., Adam M. B., Tan H. (2016) Transformational Leadership, empowerment and job satisfaction. In: Human Resources for Health. Vol. 14. No. 73. pp. 1-14.
- Estrada N. (2009) Exploring perceptions of a learning organization by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. In: Worldviews on Evidence-Based Nursing. Vol. 6. No. 4. pp. 200-209.
- Hannah S., Lester P. (2009) A multilevel approach to building and leading learning organizations. University of Nebraska (Hrsg.). Lincoln. online im Internet, URL: <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1270&context=usarmyresearch>. Abrufdatum: 15.01.2018.
- Labianca G., Gray B., Brass D. J. (2000) A grounded model of organizational schema change during empowerment. In: Organizational Science. Vol. 11. No. 2. pp. 235-257.
- Lorinkova N., Pearsall M., Sims H. (2013) Examining the differential longitudinal performance of directive versus empowering leadership in teams. In: Academy of Management Journal. Vol. 56. No. 2. pp. 573-596.
- McPhee M., Skelton-Green J., Bouthillette F., Suryaprakash N. (2012) An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence. In: Journal of Advanced Nursing. Vol. 68. No. 1. pp. 159-169.
- Mathieu J., Heffner T., Goodwin G., Salas E., Cannon-Bowers J. (2000) The influence of shared mental models on team process and performance. In: Journal of Applied Psychology. Vol. 85. No. 2. pp. 273-283.
- Pelz C., Schmitt A., Meis M. (2004) Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation in der Markt- und Evaluationsforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung. Jg. 5. Nr. 1. Art. 35.
- Reason P., Bradbury H. (2013) The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice. Sage Publishing. London.
- Senge P. M. (2006) The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. Doubleday. New York.
- Stock-Homburg R. (2013) Personalmanagement. Theorien, Konzepte, Instrumente. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden.
- Stringer E. T. (2014) Action Research. 4th ed. Sage Publishing. Los Angeles.
- Tsai Y. (2014) Learning organizations, internal marketing. and organizational commitment in hospitals. In: BMC Health Services Research, Vol. 14. No. 152. p. 1-8.
- Uhl-Bien M., Marion R., McKelvey B. (2007) Complexity leadership theory: shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. In: The Leadership Quarterly. Vol. 18. No. 4. pp. 298-318.
- West M., Smithgall L., Rosler G., Winn E. (2016) Evaluation of a nurse leadership development programme. In: Nursing Management. Vol. 22. No. 1. pp. 26-31.

Autorenbiografien

Prof. Dr. Rebecca Spirig ist Direktorin Pflege und MTTB am Universitätsspital Zürich sowie Mitglied der Spitaldirektion. Sie hat eine Titularprofessur am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel und ist Verwaltungsratsmitglied des Careum Bildungszentrums sowie Präsidentin der Schweizerischen MS-Gesellschaft und Vorstandsmitglied der Swiss Nurse Leaders. Seit Mai 2016 ist Rebecca Spirig als erste Vertreterin der Pflege im Vorstand der IQM – Initiative Qualitätsmedizin. Sie hat die Interessengruppe SwissANP mitbegründet und einige Jahre präsidiert. Von 2001 bis 2015 war sie Mitherausgeberin der wissenschaftlichen Zeitschrift „Pflege“. Rebecca Spirig ist verantwortlich für verschiedene Forschungsprojekte, z. B. DRG-Begleitforschung Pflege.

Katja Bruni ist Co-Direktorin Pflege und MTTB sowie Leiterin MTTB des Medizinbereichs Diagnostik im Universitätsspital Zürich.

Regula Lanter, RM, MSc, ist Leiterin Pflegedienst des Medizinbereichs Frau-Kind im Universitätsspital Zürich.

Horst Rettke, PhD, RN; Pflegewissenschaftler mit klinischem Hintergrund in der Akutversorgung. Aktuelle Forschungsschwerpunkte sind interprofessionelle Zusammenarbeit, Selbstmanagement bei krebserkrankten Schmerzen sowie spirituelle Anliegen und Bedürfnisse bei chronischen Schmerzen. Er arbeitet mit quantitativen und qualitativen Studiendesigns und Mixed Methods.

Dr. phil. Diana Staudacher ist wissenschaftliche Assistentin in der Direktion Pflege und MTTB des Universitätsspitals Zürich sowie Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FHS St. Gallen, Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften. Sie studierte Germanistik und Humanmedizin. In freier Mitarbeit ist sie Autorin, Herausgeberin und Lektorin beim Verlag Hogrefe, Bern.

Dr. phil. Judith Conrad, ist systemische Beraterin, Coach und Trainerin im Gesundheitswesen. Ihre Schwerpunkte liegen in den Bereichen Organisationsentwicklung und Führungskräfteentwicklung. Tätig ist sie in Deutschland und in der Schweiz.

Autorenanschrift

Prof. Dr. Rebecca Spirig
Direktorin Pflege und MTTB
Universitätsspital Zürich
Physikstr. 6
CH-8091 Zürich

E-Mail: pflegedirektion@usz.ch

Führende Köpfe im Porträt

Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario Pfannstiel und Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann (Hochschule Hannover und Kompetenzzentrum KoKiK® - Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus) werden im Folgenden mit MP und WH abgekürzt.

MP: Was war ihr Berufswunsch als Schüler?

WH: Einen konkreten Berufswunsch hatte ich zunächst nicht. Das Abitur lag mir fern. Meiner Überlegung einer Tätigkeit in der Pharmaindustrie ohne Abitur folgten meine Eltern nicht. Also wurde das Abitur gemacht. Danach schwankte ich zwischen einem Medizinstudium und einem naturwissenschaftlichen Studium. Letzteres wurde dann von mir an der Universität Marburg begonnen und abgeschlossen (Biologie, Chemie, Biochemie, Medizinische Mikrobiologie).

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

WH: Mein Interesse fokussierte auf die Pharmaindustrie. Dies ergab sich vor allem aus regelmäßiger Tätigkeit als Werkstudent während der Semesterferien im Bayer-Werk in Leverkusen. Hier lernte ich Herrn Prof. Dr. Unterstenhöfer kennen, einen der wichtigen Experten im internationalen Pflanzenschutz (Mitentwickler von bekannten Pflanzenschutzmitteln wie E 605). Er gab mir die Gelegenheit, in seinem Labor Experimente zur Resistenz in der Entomologie durchzuführen und damit einen Beitrag zum Pflanzenschutz zu leisten.



Hellmann: „Entscheidend sind die Selbstmotivation und eine positive Grundeinstellung.“

MP: Welche Ereignisse waren für Ihre berufliche Entwicklung wesentlich?

WH: Nach dem grundständigen naturwissenschaftlichen Studium mit dem Abschluss als Diplom-Biologe eröffnete sich die Möglichkeit, Humanbiologie zu studieren. Dieses Studium wurde erstmalig in Deutschland an der medizinischen Fakultät der Universität Marburg eingeführt. Das Studium eröffnete die Möglichkeit, in einem medizinischen Fach zu promovieren. Nach der Promotion wurde ich wissenschaftlicher Assistent am Hygiene-Institut der medizinischen Fakultät der Universität Marburg. Die rein wissenschaftliche Tätigkeit machte Spaß. Ich erkannte aber sehr schnell noch weitere Talente und realisierte den an sich schon früh vorhandenen Wunsch nach einer umfassenden

Profildaten

Universitätsdiplom, Promotion, Habilitation, Berufung zum beamteten Professor, Entwickler von innovativen Studienprogrammen zum Gesundheitsmanagement, Vorsitzender der Akademie für Management im Gesundheitswesen (AMIG), Dekan des FB Informations- und Kommunikationswesen der Hochschule Hannover; Herausgeber von über 30 Buchpublikationen zum Krankenhausmanagement, Autor zahlreicher Zeitschriftenbeiträge zum Management, vor allem für die Chirurgie; Wissenschaftliche Leitung Studienprogramm MHM® - Medical Hospital Management und Kompetenzzentrum KoKiK® - Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus.

Quelle: Eigene Darstellung (2018).

den Lehrtätigkeit. Diesem konnte ich über einen Wechsel an die Universität-Gesamthochschule Wuppertal Rechnung tragen. Über mehrere Jahre war ich hier in der Lehrerausbildung erfolgreich tätig, vergaß aber nicht, neben der Lehre, den Weg wissenschaftlicher Qualifikation im Auge zu behalten. In Kooperation mit dem Institut für Humangenetik der Universität Düsseldorf habilitierte ich dann mit der Folge der Ernennung zum Privatdozenten an der Universität Wuppertal. Kurz danach erfolgte der Ruf als beamteter Professor an die Hochschule Hannover. Hier konnte ich mich umfassend meinem besonderen Interessengebiet Krankenhausmanagement widmen. Nicht nur in Bezug auf die Erstellung zahlreicher Herausgeberwerke zum Krankenhausmanagement, sondern auch im Hinblick auf die Entwicklung von Studienprogrammen für Berufe im Gesundheitswesen (Studienmodell Hannover, MHM® - Medical Hospital Manager für Leitende Krankenhausärzte). Förderlich waren diesen Aktivitäten vor allem der leider zu früh verstorbene Kollege Prof. Dr. Hans-Wolfgang Hoefert, Berlin, von dem ich besonders in Bezug auf psychologische Aspekte im Krankenhausbetrieb vielfältig profitiert habe. Ähnliches gilt für Karl Ehrenbaum, Zürich, ehemals Mitglied der Gesundheitsdirektion der Zurich Versicherung mit besonderem Engagement für integrierte Versorgungskonstellationen wie MediPoint.

Beeinflusst im Sinne von Vorbildfunktion für die Mitarbeiter hat mich vor allem mein Men-

tor im Habilitationsverfahren Herr Prof. Dr. Dietrich Lorke, ehemals Leiter der Abt. Toxikologie im Forschungszentrum der Bayer AG (Wuppertal), einer der renommiertesten Toxikologen in Deutschland mit internationaler Expertise.

MP: Was war Ihre beste Personalentscheidung?

WH: Personalentscheidungen im Hochschulbereich waren nicht immer einfach. Die Hörigkeit der Gremien gegenüber exzellenten Noten und möglichst vielen Publikationen erschwerte gelegentlich die „beste“ Entscheidung. Dem Druck formaler Kriterien bin ich aber durchgängig nicht gefolgt. Bei Personalentscheidungen war für mich neben der fachlichen Qualifikation vor allem die Persönlichkeit wichtig (Offenheit, Teamfähigkeit, Verbindlichkeit). „Ja-Sager“ mit opportunistischem Einschlag hatten bei mir keine Chance. Ein Glücksfall war die Begegnung mit Menschen, die meine Anliegen schnell erkannten und zu deren Umsetzung uneingeschränkt beitrugen. Dies gilt für einzelne Kollegen aus der Fakultät für Wirtschaft der Hochschule Hannover, insbesondere aber für die Leiterin der Weiterbildung dieser Hochschule, Frau Ass. jur. Erika Badenhop.

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

WH: Ungeduldig, da immer darauf ausgerichtet, eine Sache zügig voran zu treiben. Fern liegt mir jegliche Form des „Aufschiebens von Aufgaben“. Gute Ideen müssen pragmatisch und schnell umgesetzt werden („Die Konkurrenz schläft nicht“). Diese Strategie war bis heute erfolgreich. Sie hat gute Ergebnisse gezeitigt und für zufriedene Mitarbeiter gesorgt. Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter hatte für mich immer einen vorrangigen Stellenwert. Sie ist zentraler Motivationsfaktor und vor allem für Tätigkeiten in der Patientenversorgung von außerordentlicher Bedeutung. Wenig zielführend ist die zunehmende Tendenz von Führungskräften zur „Selbstinhalation und Selbstdarstellung“, insbesondere im Kontext der Gier nach akademischen Titeln. Diese nützen der Befriedigung des eigenen „Ego“, tragen aber zur Sache meist nur wenig bei. Gute Arbeit und Einsatz für das Unternehmen sind die entscheidenden Größen für wirkliche Anerkennung.

MP: Wie motivieren Sie Ihre Mitarbeiter?

WH: Diese Frage ist in der hier gestellten absoluten Form für mich nie relevant gewesen. Extrinsische Faktoren sind natürlich wichtig (gutes Gehalt, Wertschätzung etc.). Von besonderer Bedeutung ist für mich aber die „intrinsische Motivation“. Diese setzt voraus „Interesse und auch Spaß“ an der eigenen Tätigkeit. Ist dies (auch induziert durch die Führungskraft) gegeben, beinhaltet das „die halbe Miete“ für die Sicherung hochmotivierter Mitarbeiter. Überspitzt gesagt: „Die Erwartungshaltung, dass Dritte motivieren müssen, ist nur ein Teil der Wahrheit. Entscheidend ist die Selbstmotivation“.

MP: Welches Profil haben Manager im Gesundheitswesen 2030?

WH: Diese Frage ist genauso schwierig für die Zukunft zu beantworten, wie sie bisher

beantwortet werden konnte. Hierzu gibt es keinen erkennbaren Konsens. Einen solchen kann es auch nicht geben. Noch ist nicht umfassender deutlich geworden, welche Erfordernisse von Grad und Umfang im Gesundheitswesen zukünftig anstehen werden. Eher einseitige Aussagen wie „Die Digitalisierung verlangt eine neue Form von Führung und Management“, sind sicherlich nicht völlig unberechtigt. Führung ist kein statisches Moment! Sie muss bedürfnisorientiert angepasst werden, was Änderungen im Verhalten von Führungskräften zwingend notwendig macht. Dies wird aktuell eindrucksvoll deutlich im Hinblick auf den Umgang mit jungen Mitarbeitergenerationen (X, Y), aber auch mit Mitarbeitern aus anderen Kulturkreisen.

MP: Was raten Sie jungen Führungskräften?

WH: Jede Chance nutzen, über das eigene Fachgebiet hinaus sehen und Erfahrungen in sehr unterschiedlichen Bereichen sammeln! Nicht akzeptabel ist die Vorstellung „Das brauche ich nicht“. Die fachliche Expertise ist wichtig, aber nicht alles. Zentral von Bedeutung für Erfolg auf dem Weg zur Führungskraft sind persönliche Eigenschaften wie Empathie, Kommunikationsfähigkeit, Durchsetzungskraft und Vorbildfunktion. Gefragt ist eine kontinuierliche Persönlichkeitsentwicklung. Mit punktuellen (einmalig absolvierten Fortbildungen) ist es nicht getan. Instrumente wie Coaching sind dauerhaft zu nutzen (Motto: „Eine Führungskraft wird nie fertig“).

Autorenanschriften

Prof. Dr. Wolfgang Hellmann
Institut KoKiK® - Kooperative
Kundenorientierung im Krankenhaus
Junkgerngarten 15
30966 Hemmingen

E-Mail: hellmann-w@t-online.de

Prof. Dr. 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

Prof. Dr. Mario 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: zfp@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. 4, Nr. 2, 2018, S. 1-60. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.04.02.2018-01

Erscheinungsort
Neu-Ulm, 10/ 2018

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

