

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

## DIE GESUNDE REGION

### **Gesundheitsförderung**

Kooperation

### **Handlungsstrategien**

Multiplikatoren

Gesundheitsmanagement

### **Pflegeorganisation**

Versorgungsangebote

Netzwerke

### **Regionalentwicklung**

Gesundheitsmarkt

Mitarbeitergewinnung

Regionalpolitik

### **Gesundheitsleistungen**

Lebenswelten

Führungskräfte

### **Eigenverantwortung**

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

---

## Herausgeber Hochschule Neu-Ulm

Prof. Dr. Uta M. Feser

## Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Axel Focke  
Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel

## Erweiterter Herausgeberkreis

Prof. Dr. Patrick Da-Cruz  
Prof. Dr. Harald Mehlich  
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. Petra Arenberg  
Prof. Dr. Wolfgang Hellmann  
Prof. Dr. Alfons Holleder  
Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler  
Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel  
Prof. Dr. Reinhart Schüppel  
Dr. Daniel Liedtke  
Dr. Burkhard Manfras  
Dr. Lena Marie Wirth  
Sabine Daxberger  
Peter Fleckenstein  
Carolin Kinzel  
Teresa Moll  
Miriam Peters

## EDITORIAL



Prof. Dr. Mario A.  
Pfannstiel



Prof. Dr. Axel  
Focke

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen die elfte 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 elften Ausgabe wurde der Schwerpunkt auf das Thema „die gesunde Region“ gelegt. Die Erschließung der Potenziale einer Region ist notwendig, um eine Region sozial, technisch und wirtschaftlich zu stärken. Notwendig sind innovative und leistungsfähige Gesundheitsangebote für die Bevölkerung. Ziel ist eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch eine Steigerung von Qualität und Effizienz. Von Nutzen ist die Mobilisierung der überregionalen und internationalen Nachfrage, um eigene Kapazitäten voll auszulasten. Zur Weiterentwicklung einer Region sind Zielsetzungen und -erreichungsmaßnahmen erforderlich.

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. Axel Focke

Die Redaktion



# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

---

## INHALT

Editorial .....	3
Mitteilung der Herausgeber <i>Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel   Prof. Dr. Axel Focke</i>	
Fachinterview .....	6
Titel: Die gesunde Region als Gestaltungs- und Handlungsraum <i>Prof. Dr. Alfons Hollederer   Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Beitrag aus der Praxis I .....	10
Titel: Regionale Unterschiede in der Diabetesversorgung – Ein Vergleich zwischen den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg <i>Carolin Kinzel   Dr. Burkhard Manfras</i>	
Beitrag aus der Praxis II .....	19
Titel: Vernetzung als Realisierungsstrategie für betriebliche Gesundheit in der Region Ulm/ Neu-Ulm <i>Teresa Moll</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft I .....	29
Titel: Personalmarketing in der Gesundheitswirtschaft: Die Work-Life-Balance beschäftigter Väter als Schlüssel zur Mitarbeiterbindung und -gewinnung <i>Prof. Dr. Petra Arenberg</i>	
Beitrag aus der Praxis III .....	36
Titel: Regionale Gesundheitsbotschafter in der Gesundheitsregion <sup>plus</sup> Landkreis Cham <i>Prof. Dr. Reinhart Schüppel   Peter Fleckenstein</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft II .....	44
Titel: Optimierungsoptionen für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum mit Berücksichtigung praktischer Tipps für die Bestandsicherung kleiner Krankenhäuser <i>Prof. Dr. Wolfgang Hellmann</i>	
Beitrag aus der Praxis IV .....	53
Titel: Verantwortung ohne Befähigung – wie Führungs- und Fachkräfte in der ambulanten Pflege systematisch überfordert werden: Analyse und erste Gestaltungsansätze <i>Dr. Lena Marie Wirth   Miriam Peters   Sabine Daxberger   Prof. Manfred Hülsken-Giesler</i>	
Führende Köpfe im Porträt .....	63
Titel: Führende Köpfe, Porträt zu Herrn Dr. Daniel Liedtke <i>Dr. Daniel Liedtke   Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Impressum .....	67

## Fachinterview

### Titel

Die gesunde Region als Gestaltungs- und Handlungsraum

### Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario Pfannstiel und Prof. Dr. Alfons Hollederer (Universität Kassel, Professor für Theorie und Empirie des Gesundheitswesens und zuständig für Gesundheitssystemfragen und kommunales Gesundheitsmanagement) werden im Folgenden mit MP und AH abgekürzt.

#### **MP: Was verbinden Sie unter der Wortkombination „Die gesunde Region“?**

**AH:** Mit der Wortkombination „gesunde Region“ assoziiere ich als Gesundheitswissenschaftler zunächst die Begriffsbestimmung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie den Setting-Ansatz zur Gesundheitsförderung. Sie finden Ausdruck beispielsweise in den internationalen Netzwerken der WHO wie dem "Regions for Health Network" oder der Gesunde-Städte-Bewegung. Es stehen Stadtgesundheit oder "Rural Health" im Vordergrund. Das Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und die Optimierung der Versorgungsstrukturen im Sinne des "Health for All"-Approach der WHO. In Deutschland wurden außerdem kommunale Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> in der Funktion von "runden Tischen" implementiert. Sie setzen Prioritäten in der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanungen auf der Ebene der Kommunen. Sie ermöglichen Kooperation und Partizipation



*Hollederer: „Die gesunde Region ist Zukunftsaufgabe in kommunaler Verantwortung.“*

im Zusammenwirken der Akteure im regionalen Gesundheitswesen. Darin integriert oder daneben haben sich unter dem Begriff der "gesunden Region" auch Netzwerke und Arbeitsgemeinschaften zum Ausbau der regionalen Gesundheitswirtschaft etabliert.

#### **MP: Welche Bedeutung hat die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung in einer Region?**

**AH:** Die wohnortnahe Gesundheitsversorgung ist für die Bevölkerung elementar und die Sicherung und Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung stellt angesichts des demografischen Wandels und Fachkräfteengpasses eine große Herausforderung dar. Das Gesundheitswesen steht dem Anspruch gegenüber, die Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen und in allen Regionen zugänglich und qualitativ hochwertig zu gestalten. Die Versorgungsrealitäten mit der Deckung von Bedarf und Inanspruchnahme

unterscheiden sich aber bekanntermaßen sehr stark zwischen den Regionen in Deutschland. Für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen braucht es daher passgenaue Lösungen, die auf die örtlichen Regionalspezifika Rücksicht nehmen.

**MP: Welche Rolle spielen die handelnden Gesundheitsakteure in einer Region?**

**AH:** Das deutsche Gesundheitssystem ist durch Selbstverwaltung, Korporatismus und eine starke Sektorisierung der ambulanten und stationären Leistungsbereiche charakterisiert. Seine Komplexität und Schnittstellenproblematik erfordern Kommunikation, Mitverantwortung und Kooperation der handelnden Gesundheitsakteure. Die erwähnten kommunalen Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> können den relevanten Repräsentanten der Leistungserbringer, Finanzträger und Gesundheitspolitik auf kommunaler Ebene eine Struktur und die Möglichkeit bieten, größere gemeinsame Verantwortung für die regionale Gesundheitsplanung und Weiterentwicklung wahrzunehmen.

**MP: Wie sollte eine Region geführt und gesteuert werden?**

**AH:** Der Einfluss der kommunalen Selbstverwaltung auf das selbst verwaltete Gesundheitswesen ist aufgrund der Zuständigkeiten und Regulierungskompetenzen limitiert. Eine übergreifende Koordination und Regionalisierung wird nach einem Gutachten von Prof. Dr. iur. Martin Burgi aus dem Jahr 2013 als „Aufgabe der Zukunft“ in kommunaler Verantwortung verstanden. Die Zukunftsaufgabe besteht aus Informationsaustausch und -sammlung, der wechselseitigen Aufnahme von Impulsen und aus der Erarbeitung von Anregungen und Empfehlungen für die Verantwortungsträger in den einzelnen Feldern, aber auch gegenüber den Leistungserbringern. Die Vorteile einer solchen Aufgabenwahrnehmung werden von Burgi

vor allem in der Bürgerbeteiligung, größerer Effektivität und verbesserter Fähigkeit zur Weitergabe der Koordinierungsergebnisse gesehen.

**MP: Welche Bedeutung hat Macht, Führung und regionale Ordnung für eine Region?**

**AH:** Die Wichtigkeit von "Good Governance" wird landläufig unterschätzt. Die WHO hat hier im aktuellen Europäischen Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden einen großen und neuen Schwerpunkt gesetzt. Sie fordert darin eine Verbesserung der Führungskompetenz und partizipatorische Politikgestaltung zugunsten von Gesundheit.

**MP: Welche Gesundheitsthemen beschäftigen die Bevölkerung in einer Region?**

**AH:** Das Gesundheitswesen hat für die Menschen Relevanz von der „Wiege bis zur Bahre“ und Themen wie die Krankenhausversorgung sind regelmäßig im Fokus der Bevölkerung vor Ort. Zugenommen haben aber gerade in den ländlichen Regionen die Befürchtungen in Hinblick auf drohende ärztliche Unterversorgung und Pflegekräftemangel. Erfreulicherweise nehmen auch Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung zu. Das lässt sich gut beispielsweise an den zurückgehenden Tabakprävalenzraten demonstrieren.

**MP: Welche Aufgaben hat die regionale Gesundheitspolitik?**

**AH:** Die Kommunen sind im Sinne der Daseinsfürsorge für die Menschen besonders wichtig und nehmen Steuerungs- und Aufsichtsfunktionen wahr. Sie gestalten außerdem die Lebensbedingungen maßgeblich mit und beeinflussen Gesundheitschancen in der Bevölkerung über Risiko- und Schutzfaktoren. Sie üben für die kommunale Gesund-

heitsplanung und Gesundheitsförderung wichtige Funktionen aus. Kommunen gelten als zentrale übergreifende Organisationsstruktur und als so genanntes „Dach-Setting“.

**MP: Wie kann die Primärversorgung der Bevölkerung gestärkt werden?**

**AH:** Der siebte Altenbericht der Bundesregierung empfiehlt eine Regionalisierung der Gesundheitsversorgung, einen Ausbau der kommunalen Verantwortung sowie eine Stärkung der interkommunalen Zusammenarbeit, um die Autonomie und Teilhabe alter Menschen zu unterstützen. Es weisen aber nicht nur die Versorgungsstrukturen, sondern auch die Gesundheit der Bevölkerung große regionale Unterschiede auf. Wie die Gesundheitsberichterstattung und empirische Untersuchungen zeigen, sind darüber hinaus Morbidität und Mortalität in erheblichem Maße von der sozialen Lage abhängig. Der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit in der Bevölkerung und spezifischen Zielgruppen gewinnen damit stark an Bedeutung.

**MP: Welchen Nutzen haben Gesundheitsnetzwerke für die Erhaltung der Gesundheit in einer Region?**

**AH:** Viele populationsbezogene Gesundheitsprobleme können im Ansatz kaum von Einzelakteuren im Gesundheitswesen, sondern besser gemeinsam, sektorenübergreifend mit anderen Organisationen gelöst werden. Dies unterstreicht auch das Gutachten 2014 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, welches eine verbesserte regionale Koordination und Abstimmung als notwendig erachtet, um die Versorgung den Anforderungen entsprechend wohnortnah weiterzuentwickeln. Es braucht demnach professionelle Management- und Steuerungsinstrumente sowie ein fachlich kompetentes Netzwerk auf der kommunalen Ebene. Die Netzwerkbildung führt zu einer In-

tensivierung der Zusammenarbeit vor Ort und kann zu mehr Effizienz und Qualität beitragen. Die Vernetzung lokaler Akteure ist auch eine strukturelle Voraussetzung, um die Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort zu optimieren und nach dem Lebensweltansatz umzusetzen.

**MP: Wie wichtig sind gesunde Mitarbeiter für Unternehmen in einer Region?**

**AH:** Aufgrund der Alterung der Bevölkerung und der Belegschaften wird diese Fragestellung immer wichtiger für die Regionen. „Gesundheitsförderung ist eine Schlüsselinvestition“ formulierte die Jakarta-Erklärung der Weltgesundheitsorganisation. Das gilt auch für Betriebe. Meine eigenen Analysen mit den IAB-Betriebspanel-Wellen der Jahre 2002, 2004 und 2012 belegten bei über 15.000 befragten Betrieben einen moderaten Ausbau der Gesundheitsförderung für Deutschland. In 2012 gaben 27 % der Betriebe im IAB-Betriebspanel an, Maßnahmen zum Schutz oder zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten über gesetzliche Regelungen hinaus durchzuführen oder finanziell zu unterstützen. 64 % der Beschäftigten sind in den Betrieben mit Gesundheitsförderung tätig. Das Engagement nimmt dabei stark mit den Betriebsgrößen zu. Die Auswertungen zeigten aber auch erhebliche Disparitäten im Verbreitungsgrad und nach Maßnahmenart auf. Hier bestehen große Weiterentwicklungspotenziale in den Regionen und ein Bedarf für eine demografiefeste Gesamtstrategie.

**Autorenanschriften**

Prof. Dr. Alfons Holleder  
Universität Kassel  
Arnold-Bode-Straße 10  
34127 Kassel

E-Mail: [alfons.holleder@uni-kassel.de](mailto:alfons.holleder@uni-kassel.de)



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

E-Mail: [mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de](mailto:mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de)

## Beitrag aus der Praxis I



### **Titel**

Regionale Unterschiede in der Diabetesversorgung – Ein Vergleich zwischen den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg

### **Autoren**

Carolin Kinzel (links)

Dr. Burkhard Manfras (rechts)

### **Einleitung**

Gemäß des deutschen Gesundheitsberichts Diabetes 2019 leiden rund 7,5 Millionen Menschen in Deutschland an der chronischen Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus also jeder elfte Mensch in Deutschland (Jacobs/ Rathmann 2019, S. 9 und 11). Etwa 95 Prozent sind an einem Typ-2-Diabetes (T2D) und knapp 5 Prozent an einem Typ-1-Diabetes (T1D) erkrankt (Jacobs/ Rathmann 2019, S. 9). Besonders bedeutsam dabei ist, dass die Erkrankung weltweit weiterhin zunimmt (Zylka-Menhorn 2017, S. A-748). Die Stoffwechselerkrankung stellt somit ein aktuelles und zukunftsrelevantes gesundheitspolitisches Thema dar. Allein in Deutschland müssen Krankenkassen jährlich rund 35 Milliarden Euro für die Behandlung und Pflege von Folgeerkrankungen sowie eine eventuell daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung der Volkskrankheit Diabetes mellitus aufwenden (Gallwitz/ Kröger 2017, S. 5). Dies entspricht rund „20 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ (Finck/ Holl/ Ebert 2018, S. 171). Rund zwei Drittel der 35 Milliarden Euro entfallen dabei auf

die Behandlung von diabetesbedingten Folgeerkrankungen, die größtenteils durch eine gute medizinische Versorgung vermeidbar wären (Linnenkamp/ Andrich/ Icks 2018, S. 218). Nach Angaben der Deutschen Diabetes-Hilfe erfolgen immer noch über 40.000 Amputationen bei Diabetikern pro Jahr. Jährlich erblinden 2.000 Diabetiker und 2.000 werden dialysepflichtig infolge von Organschäden bedingt durch einen schlecht kontrollierten Diabetes (diabetes-DE o. J., o. S.).

Durch die steigende Prävalenz und Inzidenz werden sowohl die direkten Krankheitskosten (Behandlung und Pflege) als auch die indirekten Folgekosten (Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung) des Diabetes mellitus in Zukunft weiter steigen (Finck/ Holl/ Ebert 2018, S. 161). Folglich darf besonders der ökonomische Aspekt aus Perspektive der Krankenkassen nicht vernachlässigt werden.

Sowohl die medizinische als auch die volkswirtschaftliche Bedeutung des Diabetes hat bereits vor Jahrzehnten zur Entwicklung spezieller Programme geführt, um die Behandlung der Diabetiker zu strukturieren und die Behandlungsqualität zu

überwachen. Im Folgenden werden regionale Unterschiede aufgezeigt, die durch unterschiedliche Umsetzungen der Arzneimittelverordnung und sogenannten Selektivverträgen einzelner Krankenkassen entstehen können.

### Ursache (Diabetesformen) und Anforderungen

Die Ursache des Diabetes kann in selteneren Fällen genetisch bedingt (MODY: Maturity-Onset Diabetes of the Young; diabetesDE 2015, o. S.) oder in einer Autoimmunreaktion liegen, bei der das körpereigene Immunsystem die insulinproduzierenden Beta-Zellen in den Langerhans-Inseln der Bauchspeicheldrüse zerstört und somit ein absoluter Insulinmangel entsteht (T1D). Im Gegensatz zum sich meist in den ersten drei Lebensdekaden manifestierenden T1D liegt bei der weitaus häufigsten Form des Diabetes, dem T2D mit Manifestation meist in der zweiten Lebenshälfte, eine Insulinresistenz mit letztendlich unzureichender Insulinwirkung vor, die hauptsächlich durch Übergewicht und Bewegungsmangel gefördert wird. Während Typ-1-Diabetiker lebenslanglich auf das mehrmals tägliche Injizieren des lebensnotwendigen Hormons Insulin angewiesen sind, können Typ-2-Diabetiker bei einer erfolgreichen Ernährungsumstellung und Gewichtsreduktion mit blutzuckersenkenden Medikamenten behandelt werden.

Letztlich ist ein gut eingestellter Diabetes, sowohl beim T1D als auch beim T2D, Grundvoraussetzung für die Vermeidung von Folgeerkrankungen wie Amputation, Erblindung, Nervenschädigungen oder Nierenversagen (Finck/ Holl/ Ebert 2018, S. 161). Der HbA<sub>1c</sub>-Wert, sogenannter Langzeitzucker, gibt Aufschluss darüber, wie gut der Blutzucker in den letzten acht bis zwölf Wochen eingestellt war (Uphoff 2010, o. S.). Die wichtigste Aufgabe des Diabetikers ist es deshalb, seinen HbA<sub>1c</sub>-Wert weitestgehend in einem individuell definierten

Zielbereich zu halten (Hammes/ Lemmen 2019, S. 87).

### Patient Journey

Das nachfolgende Fallbeispiel dient zur Veranschaulichung der regionalen Unterschiede in der Diabetesversorgung am Beispiel der Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg (BW).

Abbildung 1 stellt eine sogenannte Patient Journey der Typ-1-Diabetikerin Frau Sandra M. dar. Unter dem Begriff Patient Journey versteht man die Reise des Patienten mit dessen Kontaktpunkten und beschreibt, wie ein Patient seine Krankheit erlebt. Das Erleben kann „vom Verspüren der ersten Symptome, über den Kontakt zu Mediziner\*innen, der Diagnose, eventuellen Überweisungen und der Behandlung, bis zu Abwicklung, Kontrolle, Nachverfolgung und Folgebehandlungen“ reichen (Handelsblatt 2014, o. S.). Das Fallbeispiel wird speziell am Beispiel von Diabetes mellitus Typ 1 dargestellt, da diese Krankheitsform im Vergleich zum T2D auf Grund des absoluten Insulinmangels schwerwiegender ausgeprägt ist.

Bei Sandra M. (22 Jahre) aus Baden-Württemberg wurde vor einem Jahr ein Diabetes mellitus Typ 1 von ihrem Hausarzt diagnostiziert. Der Hausarzt überwies sie notfalls in ein Krankenhaus (internistische Station), wo eine Insulintherapie begonnen wurde. Um ihren Blutzucker dauerhaft unter Kontrolle zu halten, muss Sandra M. mehrmals täglich Insulin injizieren (intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT)) (Wan et al. 2018, S. 1228). Für das Erlernen der eigenständigen bedarfsgerechten Anpassung der Insulindosierungen sind Schulungen erforderlich. Bereits während ihres Krankenhausaufenthaltes wurde sie somit u. a. hinsichtlich der Berechnung von KE (Kohlenhydrateinheit)-Faktoren, des Spritz-Ess-Abstandes, des Spritzstellenwechsels und der allgemein richtigen Vorgehenswei-

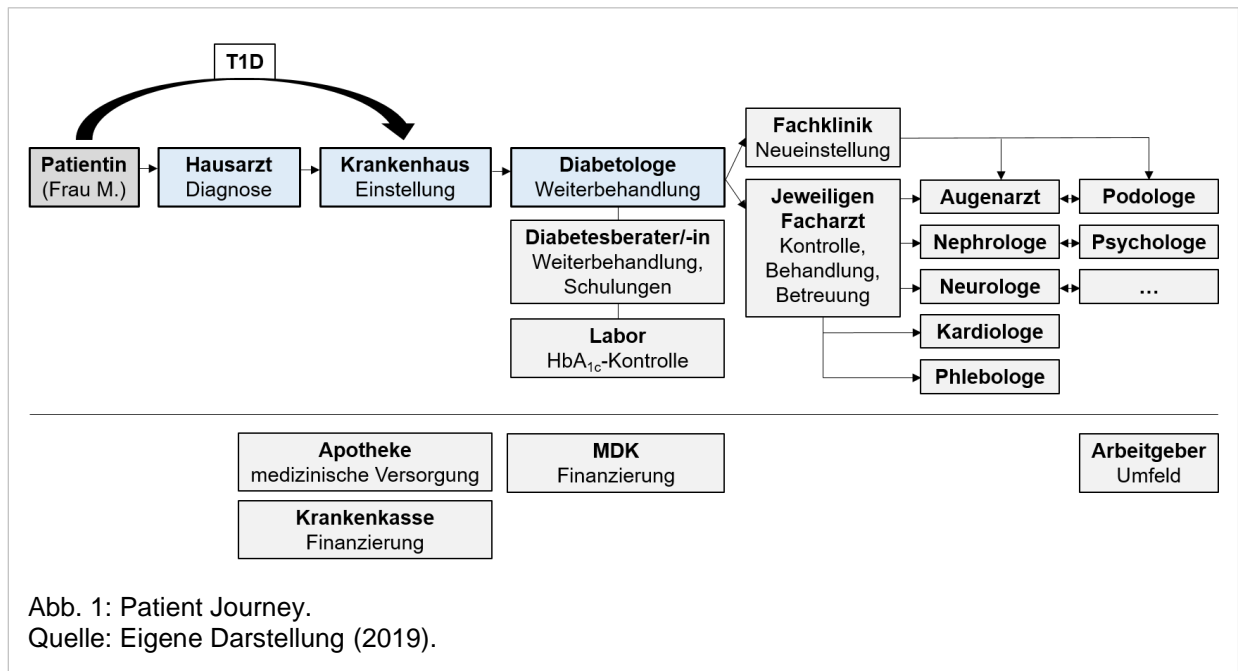


Abb. 1: Patient Journey.  
Quelle: Eigene Darstellung (2019).

se einer Insulininjektion geschult. Sobald der Blutzucker stabil eingestellt war, wurde sie vom Krankenhaus an einen Diabetologen (Facharzt) überwiesen, der für ihre weitere Behandlung zuständig ist. Es stellte sich jedoch sehr schnell heraus, dass in BW relativ wenige Diabetes-Schwerpunktpraxen (DSP) existieren. In regelmäßigen Abständen (meistens quartalsweise) wird Sandra M. die Praxis mit einem Diabetologen und einer Diabetesberaterin aufsuchen, um dort neben der Begutachtung ihrer Blutzuckerwerte auch darauf abgestimmte Therapieempfehlungen zu erhalten. Ebenfalls findet jeweils eine Blutabnahme statt, um den aktuellen HbA<sub>1c</sub>-Wert zu ermitteln. Je nach aktueller Blutzuckereinstellung muss diese Kontrolle halb- oder vierteljährlich erfolgen. Im Laufe ihrer Erkrankung muss sich Sandra M. neben der HbA<sub>1c</sub>-Kontrolle weiteren Untersuchungen unterziehen, um auf langfristige Sicht Spät- bzw. Folgeerkrankungen zu vermeiden. Hierzu wird sie von ihrem Diabetologen an den jeweiligen Facharzt wie Augenarzt, Nephrologe, Neurologe, Kardiologe, Phlebologe, Podologe, etc. überwiesen (Siegel/ Siegel 2019, S. 241). Da der Diabetes die Lebensqualität des Patienten erheblich einschränken kann, kontaktieren Diabetiker im Laufe ihrer Erkrankung auch

oftmals einen Psychologen (Helmholtz 2015, o. S.). Bei unzureichender ambulanter Stoffwechseleinstellung stehen Diabetes-Fachkliniken zur Verfügung. Die Medikamente, insbesondere das Insulin, erhält Sandra M. in ihrer Apotheke vor Ort, die Hilfsmittel wie Blutzuckermessstreifen, Lanzetten usw. kann sie auch im Internet bei speziellen Diabetes Online-Apotheken bestellen (Siegel/ Siegel 2019, S. 241). Die Kosten übernimmt größtenteils die Krankenkasse. In einzelnen Fällen muss der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) über eine Bewilligung spezieller Therapiemaßnahmen entscheiden. Jedoch gibt es „regionale Unterschiede in der Genehmigungspraxis“ (Danne/ Ziegler/ Kapellen 2019, S. 131).

Da bei Sandra M. oftmals unbemerkte Unterzuckerungen auftreten, empfiehlt ihr Diabetologe ein sogenanntes FGM- (Flash Glucose Monitoring) System zu nutzen, welches sie als Patientin der AOK Baden-Württemberg ohne aufwändige Beantragung erhält (siehe Abschnitt Regionale Unterschiede durch Selektivverträge). Dieses System misst kontinuierlich den Gewebezucker, womit sich sowohl für Sandra M. als auch für ihren Diabetologen ein nahezu

vollständiges Bild der Glukoseverläufe aufzeigt (Abbott o. J., o. S.). Nachdem Sandra M. seit mehreren Wochen das FGM-System Freestyle Libre der Firma Abbott nutzte, unterhielt sie sich mit ihrer Cousine Laura K. (19 Jahre) aus Bayern, die ebenfalls an Diabetes mellitus Typ 1 seit fünf Jahren erkrankt ist. Laura K. hatte auf Grund ihres Wohnortes in Bayern keinerlei Probleme mit der Suche einer DSP. Im Gespräch der beiden Cousinen stellten sie fest, dass die Genehmigung des FGM-Systems Freestyle Libre in den Bundesländern BW und Bayern unterschiedlich ablief. Während Sandra M. (BW) das Hilfsmittel sofort genehmigt bekam, musste ihre Cousine Frau K. (Bayern) ein spezielles Antragsverfahren durchlaufen, d. h. eine akribische Dokumentation ihrer Blutzuckerwerte sowie der Nachweis ihres aktuellen HbA<sub>1c</sub>-Wertes mussten bei der AOK Bayern vorgelegt werden.

Grundsätzlich ist Frau M. als berufstätige Diabetikerin gesetzlich nicht dazu verpflichtet ihre Erkrankung dem Arbeitgeber mitzuteilen (REK Rechtsanwälte o. J., o. S.) (siehe Abb. 1).

Im Gegensatz zum T1D, erfolgt bei der Manifestation des T2D meist keine stationäre Ersteinstellung, insbesondere dann wenn keine aufwändige Insulintherapie notwendig ist. Der Typ-2-Diabetiker wird nach der Diagnosestellung durch den Hausarzt meistens auch von ihm weiterbehandelt. Gemäß Siegel und Siegel (2019, S. 240) werden 80 bis 90 Prozent der Diabetiker von Hausärzten versorgt.

### Regionale Unterschiede in der ambulanten Diabetesversorgung

Um das Ziel eines optimalen HbA<sub>1c</sub>-Wertes zu erreichen, muss eine umfangreiche und individuelle Betreuung des Diabetikers gewährleistet sein. Das Fallbeispiel zeigt regionale Unterschiede in Abhängigkeit vom Bundesland auf (Siegel/ Siegel 2019, S.

242). Gemäß Laschet (2019, o. S.) bedürfen rund 10 bis 20 Prozent aller Diabetiker einer Versorgung in einer DSP. Hier wird das regionale Problem erstmals deutlich, denn in BW lassen sich die wenigsten DSP finden. Im Gegensatz zu Bayern mit ca. 200 DSP, hat BW lediglich ca. 60 DSP (Siegel/ Siegel 2019, S. 242-243). Eine offizielle Anerkennung zur DSP gibt es in BW nicht. Dennoch beschäftigen sich einige Praxen in BW schwerpunktmäßig mit dem Thema Diabetes, woraus die Angabe von 60 DSP resultiert. Damit eine DSP auch als solche anerkannt wird, müssen bestimmte Voraussetzungen bzw. Qualitätskriterien erfüllt sein, die von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) überwacht werden. Darunter zählen ein qualifiziertes Fachpersonal und eine diabetesspezifische Praxisausstattung. Für die Anerkennung als DSP liegen spezielle Vertragsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und der KV vor, die je nach Bundesland variieren (Stündel 2000, o. S.). Um den regionalen Unterschieden in der Diabetesversorgung entgegenzuwirken, wurde 2016 ein Erstattungsbeschluss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getroffen. Dieser besagt, dass rtCGM- (real time Continuous Glucose Monitoring) Systeme, die kontinuierlich den Glukosegehalt in der interstitiellen Flüssigkeit des Unterhautfettgewebes des Patienten messen, zur Kassenleistung insulinpflichtiger Diabetiker werden (G-BA 2016, S. 1-2).

### Verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen

Um das Problem der steigenden Prävalenz und damit auch das Problem der Kostenexplosion für die Behandlung, Pflege, Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung auf Grund des Diabetes zu reduzieren, wurden verschiedene Strategien ins Leben gerufen. Die Prävention von Diabetes und die Vermeidung von Folgeerkrankungen stellen dabei eine Qualitätssicherungsmaßnahme

dar. Bereits in der Vergangenheit wurden nationale als auch internationale gesundheitspolitische Zielvereinbarungen getroffen. Zu den internationalen Zielvereinbarungen zählt die St.-Vincent-Deklaration aus dem Jahre 1989, deren Ziele 30 Jahre später immer noch nicht realisiert werden konnten. Inhalte der St.-Vincent-Deklaration waren z. B. die Bewusstseinssteigerung in der Bevölkerung bezüglich gegenwärtiger Möglichkeiten und zukünftiger Anforderungen zur Verhinderung von Folgeerkrankungen, Organisation von Schulungen, Stärkung und Neuaufbau von Spezialzentren oder die Verhinderung teurer Komplikationen durch die Reduktion von Folgeerkrankungen wie Erblindungen, Nierenversagen und Amputationen (IGES 2012, S. 7 und 13-14).

Auch auf nationaler Ebene ist der Nationale Aktionsplan Diabetes zunächst gescheitert. Aus diesem Grund wurden für die Zielerreichung sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker eingeführt (IGES 2012, S. 7). Die Inhalte der DMP basieren „auf den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) bzw. der (Anlagen zur) Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)“ (IGES 2012, S. 28).

Um die jeweiligen Ziele des DMP-Programms zu erreichen, gibt es für jedes Ziel spezielle Maßnahmen, die nach bestimmten Zeitabständen wahrgenommen bzw. umgesetzt werden müssen (IGES 2012, S. 30-35). So wird beispielsweise für das Ziel beim T1D: „Vermeidung einer diabetischen Retinopathie“ folgende Maßnahme empfohlen: „Einmal jährlich eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung/ in Mydriasis beginnend im fünften Jahr nach Manifestation des Diabetes“ (IGES 2012, S. 30). Ziele des DMP-Programms für Typ-2-Diabetiker sind z. B. eine Ernährungsberatung und körperliche Aktivitäten (IGES 2012, S. 33). Letztlich sollen alle Ziele dazu beitragen, dass die durch den

Diabetes bedingte beeinträchtigte Lebensqualität verbessert, Folgeschäden vermieden und die Lebenserwartung erhöht wird (IGES 2012, S. 28). Eine Teilnahme am DMP-Programm ist für Patient und Arzt freiwillig. Die Zielerreichung wird auf der Ebene des individuellen teilnehmenden Arztes gemessen und stellt somit eine gewisse Qualitätskontrolle dar. Auf eine Einschreibung der Diabetiker in das DMP wird von Seiten der Krankenkasse gedrängt, da nur dann ein Anspruch auf einen Morbiditätszuschlag besteht. Die Teilnahme des Arztes mit Einschreibung der Patienten und Dokumentation der Behandlungsdaten wird durch eine zusätzlich Fallpauschale honoriert.

### Regionale Unterschiede durch Selektivverträge

Im Vergleich zum Bundesland Bayern stellt der Diabetesvertrag eine neue Entwicklung in der Diabetesversorgung dar, der zwischen AOK Baden-Württemberg, der Diabetologen Genossenschaft Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg (AOK BW 2017, o. S.) existiert. Im Zentrum des am 1. April 2017 in Kraft getretenen Vertrags steht eine kontinuierliche intensive Betreuung der ICT- und Pumpen-Patienten. Insbesondere das System zur intermittierenden Gewebeglukosemessung (iscCGM) oder das FGM-System Freestyle Libre ist im AOK-Vertrag anders als in der Regelversorgung eingeschlossen.

Der Vertrag nach § 140a SGB V richtet sich an Versicherte, die am AOK-Haus- und Facharztprogramm teilnehmen und sieht ärztliche Erst- und Folgeschulungen vor.

An die teilnehmenden Diabetologen werden hohe qualitative Ansprüche an Erfahrung und Praxisstruktur gestellt. 2019 soll der Diabetologievertrag um ein weiteres Modul zur besseren interdisziplinären Versorgung von Menschen mit diabetischem Fußsyndrom (DFS) ergänzt werden.



## Regionale Unterschiede der Verordnungssteuerung

Die Rahmenvorgaben für die Arzneimittelverordnung (§ 84 Abs. 7 SGB) werden vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) festgelegt und jährlich aktualisiert. Die Art und Weise der Umsetzung obliegt aber den einzelnen KVen. Die bisher in vielen KVen üblichen Richtgrößenprüfungen wurden durch neue Konstrukte ersetzt. In BW wurden die Richtgrößen 2017 durch die Richtwertsystematik als neues Prüfsystem abgelöst (KVBW 2019, o. S.). In Bayern gilt hingegen eine sogenannte Wirkstoffvereinbarung (KVB o. J., o. S.).

Diese unterschiedlichen Umsetzungen der bundeseinheitlichen Arzneimittelverordnung führen zwangsläufig insbesondere in der Verordnung von Antidiabetika zu unterschiedlichen Ordnungsverhalten der Ärzte, die von Regressen bei Überschreiten des Ordnungsvolumens bedroht sind.

Insbesondere die Ordnungshäufigkeit innovativer Substanzen wird durch die unterschiedlichen Systematiken verschiedenartig begrenzt. Ist beispielsweise für einen Typ-2-Diabetiker ein Medikament einer neuen Wirkstoffgruppe indiziert, ist die Therapieentscheidung hierzu grundsätzlich nicht unbedingt von der ärztlichen Qualifikation des Behandlers in BW beeinflusst, sondern von dem ihm von der KV Baden-Württemberg zugewiesenen Wert für den Arzneimittel-Therapiebereich. Je nach Fachgruppe differieren aktuell die Richtwerte zwischen den Fachgruppen um fast 100 Prozent, so dass die Entscheidung zur Therapie mit einem Medikament einer neuen Wirkstoffgruppe für einen Arzt mit dem Schwerpunkt Endokrinologie deutlich häufiger getroffen werden kann als für einen Facharzt Innere Medizin oder Allgemeinmedizin ohne Schwerpunkt aber mit der Zusatzqualifikation Diabetologie.

Nicht ganz so ausgeprägt stellen sich die Fachgruppenunterschiede in Bayern dar, wo die Systematik der Verordnungssteuerung eine Zielquote der Verordnung von Generika vorgibt und dadurch die Verordnung nicht generischer Substanzen der neuen Wirkstoffgruppen einschränkt. Allerdings ist einem Diabetologen in einer DSP eine deutlich häufigere Verordnung nicht-generischer Antidiabetika gestattet, als einem Diabetologen ohne eine entsprechende Anerkennung als Schwerpunktpraxis.

Nachdem zunehmend wissenschaftliche Erkenntnisse über Zusatznutzen der neuen Wirkstoffklassen der Antidiabetika gegenüber generisch verfügbarer Antidiabetika vorliegen, lässt sich die Verordnungseinschränkung nicht mehr allein durch das Wirtschaftlichkeitsgebot rechtfertigen, dem die Ärzte unterliegen. Die Verordnung innovativer Medikamente wird deshalb teilweise durch Rabattverträge und die Anerkennung als Praxisbesonderheit ermöglicht.

## Fazit

Die Behandlung des Diabetes in Deutschland ist ein Beispiel für eine komplexe gesundheitspolitische Steuerung durch Gesetzgebung auf der einen Seite und die wirtschaftliche Steuerung durch die GKV auf der anderen Seite. Die Steuerung erscheint notwendig auf Grund der kontinuierlich zunehmenden Gesundheitsausgaben für die Behandlung des Diabetes und insbesondere dessen Folgeerkrankungen. Aus medizinischer Sicht ist zu erwarten, dass der Einsatz der insbesondere in den letzten zehn Jahren auf den Markt gekommenen Medikamente und die innovative Diabetestechnologie die Raten an Folgeerkrankungen und die dadurch verursachten Kosten senken werden. Kurzfristig bedeutet der Einsatz innovativer Medikamente, die noch Patentschutz haben und nicht als Generika verfügbar sind, Mehrausgaben für

die GKV. Regional unterschiedliche Maßnahmen einer Verordnungsbeschränkung von Medikamenten und medizintechnischer Hilfsmittel führen zu regionalen Unterschieden in der Behandlung der Diabetiker. Dies wurde anhand des fiktiven Fallbeispiels von Sandra M. und ihrer Cousine Laura K. illustriert.

Verordnungsbeschränkungen können bedeuten, dass der behandelnde Arzt nicht für jeden Diabetiker die auf Grundlage der aktuellen Evidenzlage geeignetste Therapie wählen kann. Welche regionalen Unterschiede sich hinsichtlich der Genehmigungsverfahren medizintechnischer Hilfsmittel und Verordnungen u. a. durch Selektivverträge ergeben, kann das Fallbeispiel von Sandra M. und ihrer Cousine Laura K. aufzeigen.

## Literatur

Abbott GmbH & Co. KG (o. J.) Erste Informationen. Online im Internet. URL: <https://www.freestylelibre.de/libre/discover/erste-schritte.html>, Abrufdatum: 17.05.2019.

AOK Baden-Württemberg Pressestelle (2017) Diabetesvertrag von AOK, MEDI und Diabetologen Genossenschaft. AOK Baden-Württemberg Pressestelle. Online im Internet. URL: <https://aok-bw-presse.de/landesweite-presseinfos/lesen/diabetesvertrag-von-aok-medi-und-diabetologen-genossenschaft.html>, Abrufdatum: 27.05.2019.

Danne T., Ziegler R., Kapellen T. (2019) Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH. Mainz. S. 124-135.

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe e.V. (o. J.) Diabetes in Zahlen. Deutsche Diabetes-Hilfe e.V. (Hrsg.). Online im Internet, URL: [https://www.diabetesde.org/ueber\\_diabetes/was\\_ist\\_diabetes\\_/diabetes\\_in\\_zahlen](https://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/was_ist_diabetes_/diabetes_in_zahlen), Abrufdatum: 04.05.2019.

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe e.V. (2015) Alles über MODY. Deutsche Diabetes-Hilfe e.V. (Hrsg.). Online im Internet. URL: [https://www.diabetesde.org/ueber\\_diabetes/was\\_ist\\_diabetes\\_/was\\_ist\\_mody](https://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/was_ist_diabetes_/was_ist_mody), Abrufdatum: 28.05.2019.

Finck H., Holl R. W., Ebert O. (2018) Die soziale Dimension des Diabetes mellitus, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH. Mainz. S. 161-175.

G-BA (2016) Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA, Hrsg.). Online im Internet. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2623/2016-06-16\\_MVV-RL\\_rtCGM\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2623/2016-06-16_MVV-RL_rtCGM_BAnz.pdf), Abrufdatum: 14.05.2019.

Gallwitz B., Kröger J. (2017) Gesundheitsbericht Diabetes 2017 – Erreichtes und Unerreichtes, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2017: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH. Mainz. S. 5-9.

Hammes H.-P., Lemmen K. D. (2019) Diabetes und Augenerkrankungen, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH Mainz. S. 81-91.

ZFPG • 2019 • 16



Handelsblatt Media Group GmbH & Co. KG (Hrsg.) (2014) Studien-Download – Wie die "Patient Journey" den Erfolg des Gesundheitsmarketings beeinflussen kann, Handelsblatt Media Group GmbH & Co. KG (Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/patient-journey-gesundheitsmarketing-imcs-studie/>, Abrufdatum: 11.03.2019.

Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (2015) Diabetes: Psyche und Motivation. Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/leben-mit-diabetes/psyche-und-motivation/index.html>, Abrufdatum: 14.05.2019.

IGES Institut GmbH (2012) Diabetes-Versorgung in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit im 21. Jahrhundert – Evidence-based Health Policy Review. IGES Institut GmbH (Hrsg.). Online im Internet. URL: [https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5207/e5236/e7130/e7537/attr\\_objs12658/IGES\\_Institut\\_Studienbericht\\_Diabetes\\_Versorgung\\_ger.pdf](https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5207/e5236/e7130/e7537/attr_objs12658/IGES_Institut_Studienbericht_Diabetes_Versorgung_ger.pdf), Abrufdatum: 08.04.2019.

Jacobs E., Rathmann W. (2019) Epidemiologie des Diabetes in Deutschland, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019: Die Bestandsaufnahme, Kirchheim + Co GmbH, Mainz, S. 9-20.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2019) Richtwerte für Arzneimittel/Verbandstoffe. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW, Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/richtwerte/>, Abrufdatum: 27.05.2019.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (o. J.) Arzneisteuerung und Wirkstoffvereinba-

ung, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB, Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.kvb.de/verordnungen/arzneimittel/wirkstoffvereinbarung/>, Abrufdatum: 27.05.2019.

Laschet H. (2019) Schwerpunktpraxen: Diabetes-Versorgung regional sehr unterschiedlich. Online im Internet. URL: <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/diabetes/article/983212/schwerpunktpraxendiabetes-versorgung-regional-sehr-unterschiedlich.html>, Abrufdatum: 04.05.2019.

Linnenkamp U., Andrich S., Icks A. (2018) Gesundheitsökonomische Aspekte des Diabetes mellitus, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH, Mainz. S. 210-219.

REK Rechtsanwälte GbR (o. J.) Diabetes & Recht: Arbeitsrecht. Online im Internet. URL: <https://www.diabetes-und-recht.de/arbeitsrecht/>, Abrufdatum: 09.04.2019.

Siegel E. G., Siegel E. G. (2019) Versorgungsstrukturen, Berufsbilder und professionelle Diabetesorganisationen in Deutschland. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH, Mainz. S. 236-248.

Stündel M. (2000) Was sind diabetologische Schwerpunktpraxen?. Online im Internet. URL: <https://www.diabsite.de/wegweiser/adressen/diabetologen/schwerpunktpraxen.html>, Abrufdatum: 09.04.2019.

Uphoff H. (2010) Ab 1. April 2010 gilt neue Messeinheit Millimol pro Mol für den Blutzuckerlangzeitwert. Online im Internet. URL: <https://www.diabsite.de/aktuelles/nac>

hrichten/2010/100322b.html, Abrufdatum: 23.08.2018.

Wan W., Skandari M. R., Minc A., Nathan A. G., Winn A., Zarei P., O'Grady M., Huang E. S. (2018) Cost-effectiveness of Continuous Glucose Monitoring for Adults With Type 1 Diabetes Compared With Self-Monitoring of Blood Glucose: the DIAMOND Randomized Trial, in: Diabetes Care. Vol. 41. No. 6. 1227-1234.

Zylka-Menhorn V. (2017) Diabetes mellitus: Inzidenz und Prävalenz steigen in Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Nr. 15. S. A-748.

### Autorenbiographien

*Carolin Kinzel* absolvierte von 2011 bis 2015 eine dual akademische Ausbildung zum Bachelor of Arts in der Fachrichtung Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt „Internationales und Interkulturelles Management“ an der privaten Hochschule für angewandtes Management in Erding. Anschließend absolvierte sie von 2015 bis 2018 an der Universität Augsburg den Master of Science in iBWL mit dem Hauptschwerpunkt „Strategy & Information“ (Marketing) und „Corporate Governance“ als Nebenschwerpunkt. Seit 2018 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät Gesundheitsmanagement der Hochschule Neu-Ulm für das Themengebiet: Innovative Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Ihre Forschungsinteressen liegen insbesondere im Bereich Diabetologie, Medizintechnik, e-Health und Marketing im Gesundheitswesen.

*Dr. Burkhard Manfras* ist Arzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie sowie den Zusatzqualifikationen Infektiologie und Andrologie. Mit der Habilitation 2004 erhielt er einen Lehrauftrag der Medizinischen Fakultät der Universitätsklinik Ulm. 2007 schloss

er den Masterstudiengang „Betriebswirtschaft für Ärzte“ zum MBA an der Hochschule Neu-Ulm ab. Er ist Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums für Hormon- und Stoffwechselerkrankung und Infektiologie Medicover Ulm MVZ und Medicover Neu-Ulm MVZ und sowohl in Baden-Württemberg als auch in Bayern klinisch tätig.

### Autorenanschriften

Carolin Kinzel, M.Sc.  
Hochschule Neu-Ulm  
Fakultät Gesundheitsmanagement  
Wileystraße 1  
89231 Neu-Ulm

E-Mail: carolin.kinzel@hs-neu-ulm.de

Priv.-Doz. Dr. Burkhard Manfras, MBA  
Medicover Ulm MVZ  
Münsterplatz 6  
89073 Ulm

E-Mail: burkhard.manfras@medicover.de

## Beitrag aus der Praxis II



### **Titel**

Vernetzung als Realisierungsstrategie für betriebliche Gesundheit in der Region Ulm/ Neu-Ulm

### **Autorin**

Teresa Moll

### Einleitung

Arbeit ist Leben, daher sollte Arbeit gesund erhalten, motivieren und mit Sinn erfüllen. Angesichts stetigen Wandels in einer immer schnelleren, globalisierten Welt gewinnt das Thema Gesundheit in Unternehmen an Bedeutung, nicht zuletzt um Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. Kleine und mittlere Unternehmen (KMU), die wesentliche Säule der deutschen Wirtschaft, sind im Vergleich zu großen Unternehmen diesbezüglich unterversorgt. Hürden für die Einführung gesundheitsbezogener Maßnahmen sind knappe Ressourcen bei Personal, Budget und Zeit. Das Konzept überbetrieblicher und branchenübergreifender Kooperation stellt eine mögliche Lösung dar, die für KMU beschriebenen Probleme zu überwinden. Neben Modellen wie Betriebsnachbarschaften existieren hier bereits diverse Zusammenschlüsse, die auf die regionale Förderung der betrieblichen Gesundheit abzielen. Diese heterogenen sozialen Gebilde sind Gegenstand des folgenden Beitrags. Welche Voraussetzungen müssen zur nachhaltigen Konstituierung eines regionalen Gesundheits- und Präventionsnetzwerks für KMU gegeben sein?

### Netzwerktheorien

Der Begriff Netzwerk wird semantisch universell verwendet, auch gibt es nicht die eine Netzwerktheorie. Alltagssprachlich ist social networking im Kontext sozialer Medien allgegenwärtig. Dies ist nicht Gegenstand des folgenden Beitrags, sondern Netzwerke als „soziale Struktur“ (Bommes/ Tacke 2011, S. 25). Soziologische Ansätze fokussieren Netzwerke sozialer Beziehungen immer dann, wenn Handlungen in Bezug auf andere Handlungen beobachtet werden (Burt 1982, o. S. und Bommes/ Tacke 2011, S. 27). Dabei will soziologische Netzwerkforschung die Entstehung der Sozialstruktur, die Verhalten begründet, analysieren und ursächlich erklären (Stegbauer/ Häußling 2010, S. 13).

Im Folgenden werden Netzwerke als soziales Phänomen innerhalb der Gesellschaft beobachtet, genauer die „Konstitution und Struktur sozialer Beziehungen“ (Holzer 2006, S. 8). Unter Struktur werden kommunikative Erwartungs- oder Deutungsstrukturen verstanden. Durch die Erwartung bzw. Antizipation möglicher Ereignisse wird Komplexität in der sozialen Welt reduziert.

Der Soziologe Niklas Luhmann beschreibt in seiner Gesellschaftstheorie menschliches Handeln systemtheoretisch (Luhmann 1984, o. S. und Luhmann 2011, o. S.). Soziales Handeln besteht dabei aus Kommunikation, erzeugt in sozialen Systemen. Diese sind autopoietisch, d. h. sie beziehen sich ausschließlich auf sich selbst, unterscheiden dabei zwischen System und Umwelt, sind somit operativ geschlossen und reproduzieren sich emergent aus sich heraus. Folgende Typen sozialer Systeme sind zu unterscheiden: Interaktion unter Voraussetzung von Anwesenheit, Organisation mit formaler Mitgliedschaft als Teilnahmebedingung an Kommunikation sowie Funktionssysteme, gekennzeichnet durch funktionspezifische Leistungskommunikation. (Kneer/ Nassehi 2000, o. S.)

Unter einem sozialen Netzwerk ist die Verkettung von Beziehungen zu verstehen, d. h. eine „Verknüpfungstechnik“ (Holzer/ Fuhse 2010, S. 316), bei der Kommunikation sich sachlich und sozial aneinander orientiert. Die Verkettungen sozialer Beziehungen allein bilden laut Tacke (2000, o. S.) allerdings noch kein Netzwerk im systemtheoretischen Sinne. Von einem soziologischen Netzwerk ist erst die Rede, wenn sich gelegentliche Kontakte zu erwartbaren sozialen Beziehungsmustern etablieren (Holzer 2006, S. 9), d. h. beobachtbare regelmäßige Interaktionen zwischen Akteuren mit stabilen Verhaltenserwartungen (Fuhse 2016, S. 16). Hier führt Tacke (2000, S. 291-320) den Begriff „Adressen“ ein, die in sozialen Systemen entstehen.

Gemäß Holzer wird im folgenden Abschnitt auf soziale Adressen und Netzwerke eingegangen. Soziale „Adressen formulieren Erwartungen über Kontaktchancen“ (Holzer 2010, S. 156), d. h. mit wem Kontakt möglich und wahrscheinlich ist, weil sinnvoll. Von einem Netzwerk ist erst die Rede, wenn ein Kontakt Zugang zu weiteren Kontakten anderer Beziehungen eröffnet. Folglich besteht ein Netzwerk aus vielen Kontaktsystemen

und kann innerhalb von Funktionssystemen wie z. B. Politik-, Wissenschafts-, Rechts- und Wirtschaftssystem oder quer zu deren Grenzen existieren. (Holzer 2010, S. 155-157)

Dabei sind reflexive Verknüpfungen von Kontaktmöglichkeiten über soziale Adressen simultan in verschiedenen Funktionsbereichen möglich, auch können die kommunikativ erreichbaren Adressen zugleich verschiedenen Netzwerken angehören. Daher werden soziale Adressen in der modernen, funktional differenzierten Gesellschaft als „polykontextural“ (Fuchs 1997, o. S. und Bomes/ Tacke 2007, S. 15) beschrieben. Der Adressat eines Netzwerks kann ein Individuum oder auch eine formale Organisation sein. Jede Adresse kann als Verweis auf weitere Adressen in verschiedenen Funktionssystemen dienen und angesteuert werden und so das hinter einer Adresse liegende Sozialkapital bzw. Leistungen und Ressourcen zugänglich gemacht werden (Holzer 2006, S. 96 und Holzer/ Fuhse 2010, S. 320). Somit ist zu unterscheiden in funktional aktivierbare Adressen (z. B. Arzt) und „mobilisierbare Adressen“ (Tacke 2000, S. 303) (z. B. Arzt, der zugleich Freund ist). Dieser Sachverhalt dient als Grundlage für die systemtheoretische Konzeption von Netzwerken über die soziale Adresse (Tacke 2000, o. S.).

Voraussetzung für die Konstituierung von Netzwerken ist die funktionale Differenzierung der modernen Gesellschaft in verschiedene Funktionssysteme, wodurch systemspezifische Leistungen erst freigesetzt werden. Über die reflexive Kombination von Adressen werden diese zugänglich und austauschbar (Fuhse 2016, S. 191). Die Attraktivität von Netzwerken ist in den Steigerungseffekten begründet, die über die Nutzungsmöglichkeit polykontexturaler Adressen entstehen (Tacke 2000, S. 317). Systemtheoretisch übersetzt werden Leistungserwartungen kommuniziert. Folgt auf eine gewährte Leistung eine Gegenleistung, wird

Unsicherheit absorbiert, d. h. der Erhalt künftiger (Gegen-)Leistung wird wahrscheinlicher. Das Netzwerk wird somit über die Zeit hinweg stabilisiert. Zum eigenen Fortbestehen des Netzwerks sind noch verbleibende Leistungen bzw. noch ausstehender sozialer Ausgleich für bereits gewährte Leistungen nötig (Luhmann 1997, o. S. und Tacke 2000, S. 306). Dies wird als generalisierte Reziprozität bezeichnet (Bommes/ Tacke 2007, S. 15). Dabei können (Gegen-)Leistungen aus verschiedenen Funktionssystemen erfolgen, sofern Sinn gegeben ist (Luhmann 1997, o. S. und Tacke 2000, o. S.). Beispiel: Der Arzt gibt einen medizinischen Rat an seinen Freund weiter, der aufgrund seiner handwerklichen Fertigkeiten als Gegenleistung die Heizung in der Praxis repariert.

Gemäß Bommes und Tacke werden an dieser Stelle deren Ausführungen zum Netzwerkbegriff erläutert. Die Autoren stellen in den bestehenden Netzwerktheorien den mangelnden Bezug zu Gesellschaftstheorien fest. Daher führen sie Netzwerke in der Gesellschaft in Anlehnung an Luhmanns Theorie der sozialen Systeme anhand zweier Netzwerkbegriffe A und B ein.

Netzwerkbegriff A beschreibt das Netzwerk der gesellschaftlichen Kommunikation. Dabei sind Netzwerke selbst keine sozialen Systeme aber die Verknüpfung von Kommunikation mit Kommunikation wird als netzwerkartig beobachtet. Somit umfasst der Netzwerkbegriff A eine Eigenschaft, die für alle sozialen Systeme gilt. Ein Netzwerk selbst ist hier begrifflich nicht zu finden, stattdessen soziale Systeme. Unter Systemstruktur ist eine kommunikative Sinnstruktur zu verstehen, die operativ selektive Anschlussmöglichkeiten definiert. Netzwerkartigkeit steht für die Möglichkeit sinnhafter Umkontextuierung von Kommunikation, d. h. Kommunikation kann unter Voraussetzung der Sinnerfüllung in anderen Systemkontexten Anschluss finden.

Mit dem Netzwerkbegriff B beschreiben Bommes und Tacke dagegen eine Form der Strukturbildung der Kommunikation. Auf operativer Ebene schließen soziale Netzwerke wechselseitige Leistungskommunikationen aneinander an und bilden über die Voraussetzung sinnhafter Kommunikation hinsichtlich sachlicher (spezifisches Leistungsspektrum), sozialer (Teilnehmer, Adressen) und zeitlicher (Gegenleistung bzw. Bewährung in Zukunft) Dimension ein soziales System heraus. Die Fortsetzung der Netzwerkkommunikation wird dank der Flexibilität von Netzwerken ermöglicht. Vorab sind Netzwerke allgemein und sachlich unspezifisch, einmal in Gang gesetzt aber spezifisch und besonders. Dabei kann ein soziales Netzwerk sich nur reproduzieren, wenn es – wie soziale Systeme – Grenzen zieht. Netzwerke basieren zudem auf Vertrauen über „erkennbare Interessenslagen“ und „wiederholte Bewährung“ (Bommes/ Tacke 2007, S. 13). Hier besteht eine erste Problematik für die Grenzziehung: Netzwerke sind zugleich ubiquitär und partikular. Ubiquitär heißt, sie können überall vorkommen – kommunikative Verknüpfungen reziproker Leistungserwartungen können, wie bereits erwähnt, quer zu Organisationen und Funktionssystemen entstehen – prinzipiell sind alle Adressen frei und Anschlussmöglichkeiten können überall sein (Universalismus). Darin ist die Produktivität von Netzwerken begründet. Wird das Allgemeine mit dem Besonderen aber verbunden, entfällt die Grenzziehung zwischen innen/ System und außen/ Umwelt und somit eine wesentliche Voraussetzung für soziale Systeme. Bommes und Tacke versuchen dieses Problem zu lösen, indem sie die spezifische soziale Struktur von Netzwerken identifizieren, d. h. sie schlüsseln gemäß Luhmann in sachliche, soziale und zeitliche Sinnstrukturen auf. So wird Heterogenes partikular verknüpft. Zunächst ist die Anbahnung von Netzwerken prekär und risikobehaftet, denn die Kombination von Adressen ist nicht institutionell bzw. vertraglich abgesichert, Rollenbeziehungen sind nicht sachlich funktional und



formal definiert, wie es zum Beispiel bei der Kommunikation in Organisationen der Fall ist. Ohne diese Absicherung besteht auch das Risiko, dass auf die Leistungsofferte keine Gegenleistung erfolgt. Soziale Bewährung und Vertrauen wird erst geschaffen, sofern die Schwelle anhand einer ersten Gegenleistung überschritten ist. Da die Leistung universell sein kann bzw. die Sachdimension durch Reziprozität nicht vorgegeben ist, besteht aber die Gefahr der Überfrachtung. Diese Zumutung kann dazu führen, dass Teilnehmer sich aus dem Netzwerk zurückziehen und dieses schließlich zerfällt. Hierfür bieten die Autoren Partikularismus zur Orientierung für die sachliche Reichweite eines Netzwerks als Lösung an. Durch die Einschränkung potentieller Adressen als Netzwerkteilnehmer werden auch Kriterien für die Sozialdimension geschaffen. Hier ist zu beachten, dass Wachstum des Netzwerks über die Steigerung der Möglichkeiten erreicht wird, was die Öffnung des Netzwerks bedeutet. Je offener ein Netzwerk ist, desto höher aber das Risiko des Vertrauensverlusts. Die Schließung dagegen bringt mehr Vertrauen und Exklusivität, aber weniger Kombinationsmöglichkeiten und somit geringeren Steigerungseffekt.

Es gilt: Voraussetzung für die Netzwerkkonstituierung sind Verknüpfungsmöglichkeiten heterogener Leistungen über Adressen durch Reziprozität und die Herausbildung eines „netzwerkspezifischen Leistungsspektrums“ (Bommes/ Tacke 2007, S. 16-17). So schaffen Bommes und Tacke die Verbindung des Allgemeinen und Besonderen im Netzwerk ohne die Grenzziehung aufzugeben. Netzwerke sind somit dank ihres spezifischen Leistungsspektrums partikular und verfügen über eine spezifische Offenheit. (Bommes/ Tacke 2007, S. 9-20)

Ein Netzwerk ist kein soziales System, solange Geschlossenheit und Ausdifferenzierung nicht gegeben sind. Holzer und Fuhse bemängeln, dass Netzwerke sich nicht deutlich von ihrer Umwelt abgrenzen. Netzwerke

sind zu unterscheiden zwischen „prinzipiell unabgeschlossenen Verknüpfungsstrukturen von dyadischen Beziehungen“ (Holzer/ Fuhse 2010, S. 318) und Netzwerken als soziale Systeme, sofern eine Sinngrenze zur sozialen Umwelt beobachtbar ist. (Holzer/ Fuhse 2010, S. 313 und S. 318)

Letzteres stellt einen Sonderfall dar, der Ausgangspunkt für das hier zu konstituierende regionale Gesundheitsnetzwerk im Umfeld von KMU sein soll.

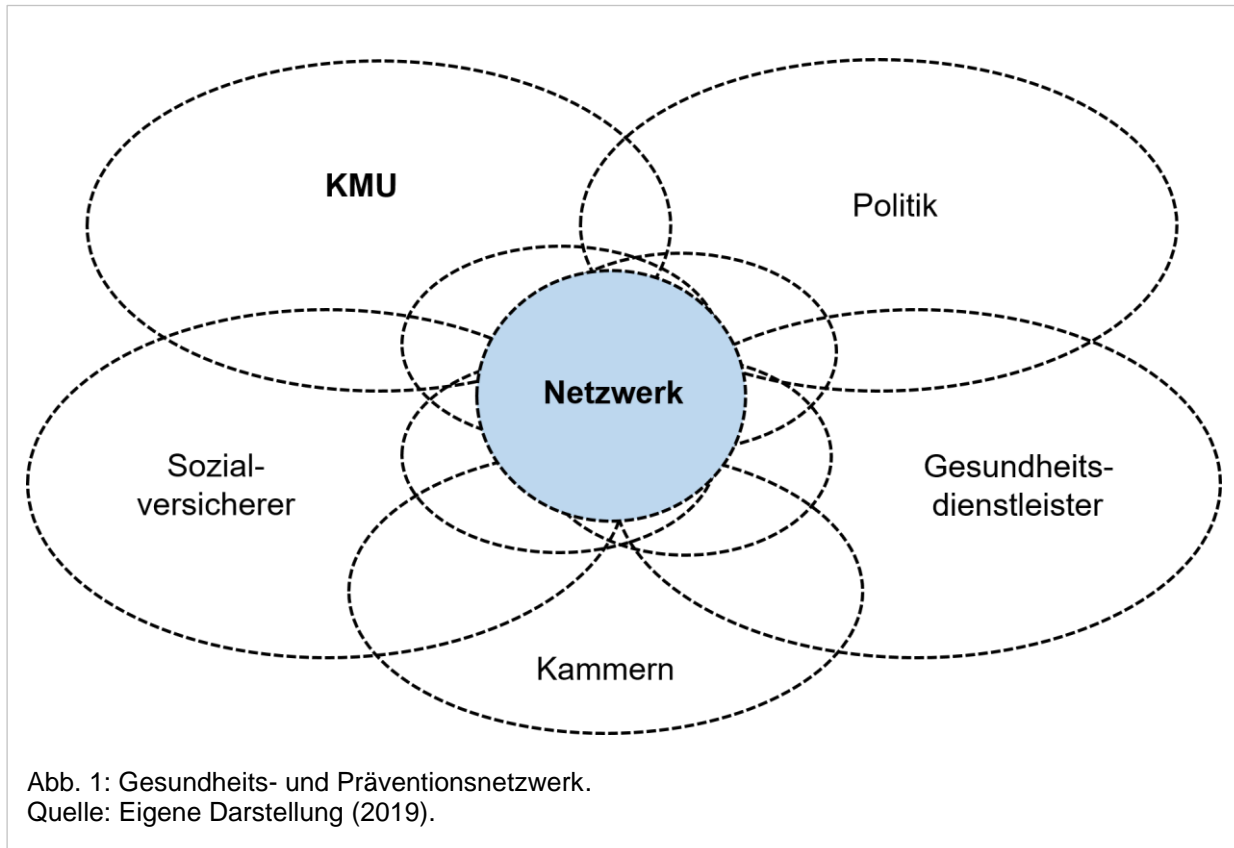
### Theorie-Praxis-Transfer

Die vorgestellten beobachtungstheoretischen Ausführungen zu Netzwerken in der funktional differenzierten Gesellschaft werden nun auf ein regionales Gesundheits- und Präventionsnetzwerk im Kontext von Unternehmen als Arbeitsorganisationen angewendet. Als Grundlage soll der Spezialfall Netzwerk als soziales System dienen. D. h. eine Grenzziehung zwischen System und Umwelt bzw. sinnhafte Schließung von Kommunikation ist deutlich, das Netzwerk entsteht aus sich heraus und bezieht sich in seiner kommunikativen Reproduktion ausschließlich auf sich selbst. Somit wird das Netzwerk nicht von außen durch Dritte konstituiert, sondern über reflexive Verknüpfung polykontexturaler Adressen, die neue Möglichkeiten eröffnen und auf weitere verweisen. Stabilisierung des Netzwerks über die Zeit wird durch Kommunikation erwartbarer Leistungserwartungen (generalisierte Reziprozität) gewährleistet, Inklusions- bzw. Exklusionskriterien sind spezifische Leistungen. Dabei sind prinzipiell über die Grenze der Funktionssysteme hinweg alle Adressen ansteuerbar und zunächst Zugang zu systemspezifischen Leistungen möglich. Diese sind im geplanten Netzwerk u. a. in folgenden Funktionssystemen verortet: Wirtschaftssystem, Gesundheitssystem, Politiksystem (siehe Abb. 1).

Die Akteure im Kontext betrieblicher Gesundheit sind gesetzlich definiert. Verpflicht-

tungen zu betrieblichen Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen sind im Arbeitsschutzgesetz, Unfallversicherungs- sowie Krankenversicherungsrecht festgelegt und umfassen Arbeitgeber, Sozialversicherungs-

Mitarbeiter, Betriebsärzte, Dienstleister für BGM, Koordinatoren für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) einer Krankenkasse sowie Vertreter aus der Politik. Eine gewährte spezifische Leistung der Kranken-



träger sowie Beschäftigte. Das Präventionsgesetz von 2015 (§ 20 SGB V) fordert insbesondere Kooperation unter den Sozialversicherungsträgern, womit der Startschuss für Netzwerkbildung per Gesetz gegeben war. (Faber/ Faller 2017, o. S.)

Über die genannten Akteure hinaus bieten Multiplikatoren wie Kammern und Verbände Arbeitgebern Unterstützung bei der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. Auch kommerzielle Dienstleister ergänzen zunehmend den Markt.

Mögliche mobilisierbare soziale Adressen sind somit Sozialversicherungsträger, Kammern, Verbände, Unternehmen, Geschäftsführer, Personalverantwortliche, Beauftragte für Arbeitssicherheit, Beauftragte für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM),

kasse an ein Unternehmen ist bspw. eine Gesundheitsanalyse. Die Gegenleistung des Unternehmens kann indirekt als Unterstützung bei der Erfüllung des gesetzlichen BGF-Auftrags erfolgen sowie über den Verweis auf weitere mobilisierbare Adressen in Gestalt neuer potentieller Versicherungsnehmer.

### Gesundheits- und Präventionsnetzwerke in der Praxis

Das BMBF-Projekt MEGa (Maßnahmen und Empfehlungen für die gesunde Arbeit von morgen) konzentriert sich auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, realisiert durch Bündnisse aus betriebsinternen sowie -übergreifenden Akteuren und bezeichnet diese als „Präventionsallianzen“ (Schlüpman 2019, S. 6). Dabei werden unter ge-

meinschaftlicher Verantwortung Gesundheitsziele verfolgt. Eine Allianz begünstigt Synergien und Innovationen, dient dem Erfahrungsaustausch, dem Wissenstransfer sowie der gegenseitigen Unterstützung und setzt Impulse für Strategien zur Reduktion der arbeitsplatzbezogenen Belastung. Allianz wird hier als Erweiterung von Netzwerken bezeichnet und kann in vielfältiger Bündnisformation erscheinen. (Schlupmann 2019, S. 6)

Im Folgenden werden zunächst allgemeine Beispiele in Deutschland aufgeführt sowie Gesundheitsnetzwerke der Region Ulm/Neu-Ulm.

### **Überregionale Gesundheitsnetzwerke**

Kurz erwähnt seien Plattformen und Netzwerke wie das Corporate Health Netzwerk, das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF, DNBGF o. J., o. S.) sowie der Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement e. V. (BBGM, BBGM o. J., o. S.). Diese agieren primär als Wissens- und Informationsplattformen, sind Anlaufstelle für Kooperationen und haben sich die Sicherung von Qualitätsstandards zum Ziel gesetzt.

### **Regionale Gesundheits- und Präventionsnetzwerke in Deutschland**

Das Projekt MEGa umfasst mehrere Einzelprojekte, die Kooperation als Realisierungsstrategie für mehr Gesundheit und Prävention am Arbeitsplatz fördern. Es wird beispielhaft nur eine Auswahl genannt:

Bei „regioKMUnet“ handelt es sich um ein regionales Netzwerk aus Betrieben, das den Vorteil kurzer Wege nutzt in Anlehnung an das Prinzip der Ressourcenbündelung bei Betriebsnachbarschaften. Vierteljährlich finden Netzwerksitzungen statt.

„Prävention 4.0“ fokussiert heterogene Kooperationsakteure wie Sozialversicherungsträger, Verbände, Ministerien, Hochschulen und Institute. Dabei wird auf regionale Netzwerke für den Ergebnistransfer zurückgegriffen wie z. B. der Transfer entwickelter Unterstützungsinstrumente.

„RegioWerk“ zielt auf den branchenspezifischen Zusammenschluss von Handwerksbetrieben zu einer Präventionsallianz mit gemeinsam geteilter Verantwortung ab.

Insgesamt werden Netzwerke als Zugangsöffner für Betriebe zu Präventionsdienstleistungen und Gesundheitsförderung eingeführt. Innerhalb dieser Kooperationen sind unterschiedliche Einschlusskriterien zu beobachten. Die Mitglieder können aus einer Region stammen, derselben Branche angehören oder Teil einer ausgewählten Wertschöpfungskette sein. Dabei stellt sich die Frage, welche Adresskombination am wirkvollsten ist? Wie wird überhaupt der Erfolg eines Netzwerks gemessen und bewertet? Welche Indikatoren und Kriterien müssen hierfür beobachtet werden? Regionale Netzwerke haben den Vorteil kurzer Wege und der Ressourcenbündelung. In branchenspezifischen Zusammenschlüssen können über Themen, die das Kerngeschäft betreffen, ergänzend Gesundheitsthemen inkludiert werden. Die betriebsübergreifende Kooperation und Abstimmung bei Gesundheitsthemen kann die Zusammenarbeit über die gesamte Wertschöpfungskette hinweg fördern. (Schlupmann 2019, S. 4-21)

### **Bestehende Netzwerke in der Region Ulm/ Neu-Ulm**

Die Gesundheitsregion<sup>plus</sup> agiert auf kommunaler Ebene, unterstützt vom Freistaat Bayern und dem Landesgesundheitsamt. Ziel ist die Bündelung medizinischer Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung für die Bevölkerung durch die Zusammenführung der bestehenden Netzwerke „Gesundheitsregionen“, „Regionale Gesundheitskon-



ferenzen“ und „Gesunder Landkreis – Runde Tische zur Gesundheitsförderung“ (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege o. J., o. S.). Auf diese Weise sollen Synergieeffekte gewonnen und Doppelstrukturen vermieden werden. Es ist davon auszugehen, dass dies lediglich indirekt Einfluss auf KMU hat. Als regionales Beispiel einer Gesundheitsregion<sup>plus</sup> ist der Landkreis Günzburg zu nennen. (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege o. J., o. S.)

Auf baden-württembergischer Seite ist auf die „Offensive Mittelstand – Netzwerk Baden-Württemberg“ zu verweisen (unter dem Dach der INQA, Initiative neue Qualität der Arbeit).

Hier wird u. a. die Gesundheit im Mittelstand anhand des Konzepts der Betriebsnachbarschaften realisiert. Als Beispiel wird der „GeMit“-Leitfaden (Gesunder Mittelstand Deutschland) zur Initiierung und Betreuung von Betriebsnachbarschaften erläutert. Hier liegt der Fokus auf KKV (Klein- und Kleinstunternehmen). Über den Zusammenschluss von KKV wird auch hier das für diese Größenordnung typische Ressourcenproblem sowie das Defizit passender Konzepte kompensiert. Empfohlen werden vier bis zwölf KKV, die zusammengenommen auf mindestens 100 Beschäftigte kommen, idealerweise in maximaler Entfernung von drei Kilometern sowie der Einschluss eines größeren Unternehmens mit bis zu 150 Mitarbeiter, welches als Leitpfad agiert. Akteure sind Gesundheitscoaches der Krankenkassen, Netzwerkkoordinatoren des Bundesverbandes mittelständische Wirtschaft (BVMW, BVMW o. J., o. S., Sozialversicherungsträger (gesetzliche Krankenkassen, Rentenversicherungen, Berufsgenossenschaften) sowie andere regionale Akteure (z. B. Steuerberater, arbeitsmedizinischer Dienst). Für den Aufbau einer Betriebsnachbarschaft sind ca. zwei Jahre einzuplanen. Zunächst werden Unternehmen kontaktiert und regional ansässige Sozialversicherungsträger einge-

bunden. Zentral ist die Bildung eines Steuerungskreises. Dieser trifft sich vier bis sechs Mal jährlich zur Steuerkreissitzung als Planungs- und Entscheidungsgremium.

Insgesamt dient die überbetriebliche Vernetzung zur Sicherung der Nachhaltigkeit des BGM. Neben überbetrieblicher Betreuung gilt die Umsetzung betriebs- bis hin zu arbeitsplatzspezifischer Beratung als besondere Herausforderung. Die Finanzierung erfolgt primär über Krankenkassen im Rahmen deren gesetzlichen BGF-Pflichten. Zudem kann ein Arbeitgeber jährlich pro Beschäftigtem bis zu 500 € steuerfrei für Präventionsmaßnahmen bzw. zur Gesundheitsförderung geltend machen (§ 3 Nr. 34 EStG). Anzumerken bleibt, dass Unternehmen in manchen Handlungsfeldern Hilfe beim betrieblichen Transfer benötigen, z. B. bei der Gefährdungsbeurteilung sowie bei der Umsetzung der Maßnahmenpläne auf verhältnispräventiver Ebene. (Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH 2017, S. 11-24)

Des Weiteren existieren in Baden-Württemberg kommunale Gesundheitskonferenzen, wobei in Gremien Akteure Gesundheitsstrategien allgemein beraten und sich vernetzen. Gesundheit im Kontext Arbeit ist dabei nicht ausdrücklich aufgeführt. (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg o. J.). Auch bestehen in beiden Ländern BGM-Netzwerke der Kammern, deren Aktivitäten allerdings stark variieren. In der Regel handelt es sich um Informationsleistungen und Austauschplattformen.

### *Vergleich bestehender Netzwerke mit der Theorie*

Im Netzwerk folgt auf eine Leistung eine Gegenleistung, d. h. „reziproke[n] Hilfe und Unterstützung“ (Holzer/ Fuhse 2010, S. 318). In einem Gesundheits- und Präventionsnetzwerk können Krankenkassen gegenüber Unternehmen eine Leistung erbringen. Welche Gegenleistung liefert das Un-

ternehmen? Da die Krankenkassen gesetzlich zu BGF verpflichtet sind, erfolgen deren Maßnahmen für den Arbeitgeber kostenlos. Was Kassen jedoch als Gegenleistung erhalten, ist zum einen die Möglichkeit der Erfüllung rechtlicher Vorgaben sowie der Verweis auf weitere soziale Adressen in Form potentieller Neukunden.

Auf das Konzept der Betriebsnachbarschaften trifft dies zu sowie auf die MEgA-Projekte „regioKMUnet“ und „RegioWerk“. In diesen Zusammenschlüssen kooperieren unmittelbar Unternehmen miteinander, welche hinsichtlich ihres Merkmals als Gesundheits- und Präventionsabnehmer homogen sind. Anbieter werden erst peripher einbezogen.

Dagegen agieren in „Prävention 4.0“ Akteure mit divergierenden Interessen: Sozialversicherungsträger konkurrieren mit anderen Sozialversicherungsträgern. Kooperationsinteresse besteht hier im Rahmen des gesetzlichen Auftrags. In weiterer Konkurrenz stehen kommerzielle Dienstleister. Kammern und Verbände verfolgen ebenfalls eigene Ziele und scheuen sich vor der Überfrachtung ihrer Mitglieder mit potentiellen Anbietern.

### **Fazit: Skizze einer möglichen „Präventionsallianz“ für die Region**

Um eine Präventionsallianz zur regionalen Förderung der betrieblichen Gesundheit nachhaltig zu konstituieren, ist generalisierte Reziprozität voraussetzend.

*„Netzwerke werden beobachtbar anhand der sie je konstituierenden, partikularen Möglichkeiten und Strukturbildungen sowie entlang des Typs der verknüpften Möglichkeiten, die an personalen oder organisatorischen Adressen hängen“ (Tacke 2000, S. 311).*

D. h. die Mitglieder eines Netzwerkes werden anhand ihrer kommunizierten sinnvoll

anschlussfähigen Leistung erkennbar. Nur wer für eine erbrachte Leistung im Netzwerk eine sinnngemäße Gegenleistung erhält, wird dauerhaft Mitglied bleiben und weitere Leistungen erbringen.

Mitglieder überbetrieblicher Allianzen sind neben den KMU allgemein „intermediäre Organisationen“ (Unternehmensberatungen, Wissenschaft, Kommunen, Netzwerke, Sozialversicherungsträger, Wirtschaftsförderung, Verbände, Sozialpartner, Unternehmen) (Cernavin et al. 2009, o. S.).

Die Netzwerkpartner sind prinzipiell polykontextural, d. h. aus verschiedenen Gesellschaftsbereichen beliebig möglich und müssen dabei gezielt, d. h. sinngemäß angesteuert und inkludiert werden. Spezielle Aufgaben, Funktionen und Rollenzuteilung ist aus systemtheoretischer Perspektive nicht relevant. Ein soziales Netzwerk erzeugt sich aus sich selbst heraus, die Leistungskommunikation wirkt dabei selbstverstärkend. Dies ist bislang nicht in allen Netzwerken gegeben. Sie werden oft formal von extern eingerichtet und definiert, sind daher aber nur flüchtig und oft wenig wirkungsvoll. Die systemtheoretischen Grundlagen und Voraussetzungen sollten künftig bei der nachhaltigen Konstituierung eines regionalen Gesundheitsnetzwerks im betrieblichen Umfeld berücksichtigt werden.

### **Literaturverzeichnis**

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (o. J.) Gesundheitsregionen <sup>plus</sup> - Entscheidungen vor Ort treffen, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.). Online im Internet, URL: <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-kommunen/gesundheitsregionen-plus/>, Abrufdatum: 22.03.2019.

Bommers M., Tacke V. (2007) Netzwerke in der Gesellschaft der Gesellschaft, Funktionen und Folgen einer doppelten Begriffsver-

wendung. In: Soziale Systeme. Jg. 13. Nr. 1-2. S. 9-20.

Bommes M., Tacke V. (2011) Das Allgemeine und das Besondere des Netzwerkes. In: Bommes M., Tacke V. (Hrsg.). Netzwerke in der funktional differenzierten Gesellschaft. VS-Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 25-50.

BBGM (o. J.) Startseite. Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement e. V. (BBGM, Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.bbgm.de/>, Abrufdatum: 27.05.2019.

Burt R. S. (1982) Toward a Structural Theory of Action, Network Models of Social Structure. Perception and Action. Academic Press. New York.

BVMW (o. J.) Startseite, Bundesverband mittelständische Wirtschaft (BVMW, Hrsg.), Online im Internet, URL: <https://www.bvmw.de/> Abrufdatum: 27.05.2019.

Cernavin O., Freigang-Bauer I., Heger G., Jansen N., Pröll U., Simon D. (Hrsg.) (2009) Überbetriebliche Allianzen zur Prävention in KMU, Welche (Heraus)Forderungen stellen einzelne Branchen an Wissenschaft und Multiplikatoren?. RKW Kompetenzzentrum (Hrsg.). Online im Internet. URL: [http://www.gesundheit-unternehmen.de/fileadmin/media/Projektwebsites/Gesundheit-Unternehmen/Dokumente/home/1\\_2009\\_Fokusgruppe\\_Veroeffentlichung.pdf](http://www.gesundheit-unternehmen.de/fileadmin/media/Projektwebsites/Gesundheit-Unternehmen/Dokumente/home/1_2009_Fokusgruppe_Veroeffentlichung.pdf), Abrufdatum: 20.03.2019.

Corporate Health Netzwerk (o. J.) Startseite. Corporate Health Netzwerk (Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.corporate-health-netzwerk.de/>, Abrufdatum: 27.05.2019.

Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (o. J.), Startseite. Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.). Online im Internet. URL:

<http://www.dnbgf.de/>, Abrufdatum: 27.05.2019.

DNBGF (o. J.) Startseite, Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF, Hrsg.). Online im Internet. URL: <http://www.dnbgf.de/>, Abrufdatum: 15.08.2019.

Faber U., Faller G. (2017) Hat BGF eine rechtliche Grundlage? - Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Faller G., Abel B., Badura B., Bauer G. (Hrsg.). Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Hogrefe. Bern. S. 57-76.

Fuchs P. (1997) Adressabilität als Grundbegriff der soziologischen Systemtheorie. In: Soziale Systeme. Jg. 3. Nr. 1. S. 57-80.

Fuhse J. (2016) Soziale Netzwerke, Konzepte und Forschungsmethoden. UVK Verlagsgesellschaft mbH. Konstanz.

Holzer B. (2006) Netzwerke. 2. Aufl. Transcript-Verlag. Bielefeld.

Holzer B. (2010) Netzwerke und Systeme. Zum Verhältnis von Vernetzung und Differenzierung. In: Stegbauer C. (Hrsg.). Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie, Ein neues Paradigma in den Sozialwissenschaften. 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 155-164.

Holzer B., Fuhse J. (2010) Netzwerke aus systemtheoretischer Perspektive. In: Stegbauer C., Häußling R. (Hrsg.) Handbuch Netzwerkforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 313-324.

Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH (2017) Mit starken Nachbarn zu einem gesunden Unternehmen, Leitfaden zur Initiierung und Betreuung von Betriebsnachbarschaften. Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH

(Hrsg.). Online im Internet. URL: [https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/gemit-leitfaden-betriebsnachbarschaften-erfolgreich-initiieren.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/gemit-leitfaden-betriebsnachbarschaften-erfolgreich-initiieren.pdf?__blob=publicationFile&v=3), Abrufdatum: 23.05.2019.

Kneer G., Nassehi A. (2000) Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme, Eine Einführung. 4. Aufl. Wilhelm Fink. München.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (o. J.) Kommunale Gesundheitskonferenzen, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsdialog/Seiten/Kommunale-Gesundheitskonferenzen.aspx>, Abrufdatum: 24.05.2019.

Luhmann N. (1984) Soziale Systeme, Grundriß einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.

Luhmann N. (1997) Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.

Luhmann N. (2011) Einführung in die Systemtheorie. 6. Aufl. Carl-Auer-Systeme Verlag. Heidelberg.

Schlüpmann J. (Hrsg.) (2019) Gesundheitsmanagement (er)weiter(t) denken durch Präventionsallianzen, Sonderausgabe 2019 der Zeitschrift *præview* - Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention. Jg. 10. Nr. 1. S. 1-23. Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Assistenz OWL e.V. Bielefeld.

Stegbauer C., Häußling R. (Hrsg.) (2010) Handbuch Netzwerkforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Tacke V. (2000) Netzwerk und Adresse, Soziale Systeme. In: Zeitschrift für soziologische Theorie. Jg. 6. Nr. 2. S. 291-320.

## Autorenbiografie

Teresa Moll ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement und betreut im Rahmen des BMBF Verbundvorhabens „Innovative Hochschule“ ein Forschungsprojekt zu Innovativem Betrieblichem Gesundheitsmanagement in KMU. Sie verfügt über einen Bachelorabschluss Sportwissenschaften sowie einen Masterabschluss Gesundheitsförderung der Universität Stuttgart.

## Autorenanschrift

Teresa Moll  
Hochschule Neu-Ulm  
Fakultät für Gesundheitsmanagement  
Wileystraße 1  
89231 Neu-Ulm

E-Mail: [Teresa.Moll@hs-neu-ulm.de](mailto:Teresa.Moll@hs-neu-ulm.de)

## Beitrag aus der Wissenschaft I



### **Titel**

Personalmarketing in der Gesundheitswirtschaft: Die Work-Life-Balance beschäftigter Väter als Schlüssel zur Mitarbeiterbindung und -gewinnung

### **Autorin**

Prof. Dr. Petra Arenberg

### Zusammenfassung

Der Mangel an qualifizierten Mitarbeitern ist ein zentrales Problem in der Gesundheitswirtschaft, das sich in Zukunft noch verschärfen wird. Im Beitrag wird die Frage beantwortet, wie die Mitarbeitergruppe der beschäftigten Väter über individualisierte Maßnahmen des Personalmarketings an die Einrichtungen gebunden werden kann und wodurch junge Männer vor und während der Familienphase eine Organisation als attraktiven Arbeitgeber wahrnehmen. Einstellungen und Präferenzen werden diskutiert und Implikationen abgeleitet.

### Ausgangslage

Der Personalmangel ist in der Gesundheitswirtschaft eine der größten Herausforderungen der Zukunft. Es fehlt an Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Experten in der Verwaltung. Das Personalmanagement der Einrichtungen unternimmt bereits vielfältige Bestrebungen der Mitarbeitergewinnung und -bindung. Allerdings mangelt es noch an der strategischen Durchdringung und der Umsetzung konkreter Maßnahmen (Kamp et al. 2011).

Unspezifisch umgesetzt ist Personalmarketing in seiner Wirkung begrenzt. Deshalb ist ein genauer Blick auf Arbeitnehmer und potenzielle Beschäftigte notwendig, um daraus individualisierte Maßnahmen abzuleiten.

In diesem Beitrag wird eine der wichtigsten Beschäftigtengruppen der Gesundheitswirtschaft betrachtet, die angestellten Väter. Es ist anzunehmen, dass junge Männer ihre berufliche Zukunft danach ausrichten, wie sie Kinder und Arbeit vereinbaren können. Als attraktiv wird dabei der Arbeitgeber wahrgenommen, der die besten Möglichkeiten dazu bietet.

### Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft ist von einem hohen Fachkräftemangel betroffen. Qualifiziertes Personal ist hart umkämpft, die Besetzungsdauer ist hoch, viele Einrichtungen klagen über offene Stellen und erschwerte Recruiting-Bedingungen.

In gesundheitlichen Berufen gibt es darüber hinaus einen Trend zur Feminisierung. Fast zwei Drittel der Studierenden des Fachs Humanmedizin sind weiblich (Statistisches



Bundesamt 2018). Bereits heute gibt es mehr Ärztinnen als Ärzte, dieses Verhältnis hat sich in den letzten Jahren stark verändert. In der Pflege ist der Anteil von Männern unter den Arbeitnehmern traditionell gering.

Vor dem Hintergrund eines Arbeitnehmermarktes ist eine differenzierte Betrachtung von Beschäftigtengruppen notwendig. In diesem Beitrag wird dargestellt, welche Faktoren einen Arbeitsplatz attraktiv machen für eine besondere Zielgruppe, die bisher wenig Beachtung fand, angestellte Männer in oder vor der Familienphase.

### Personalmarketing als Instrument

Kernaufgabe des Personalmarketings ist es, die Attraktivität der Organisation für Arbeitnehmer zu steigern, sie nach außen darzustellen und intern Maßnahmen der Mitarbeiterbindung zu institutionalisieren.

Diese Maßnahmen sind für Arbeitgeber besonders effektiv, wenn beispielsweise die Arbeitsbedingungen als unattraktiv gelten, aufgrund mangelnder Entwicklungsperspektiven die Fluktuation steigt und qualifiziertes Personal auf dem Arbeitsmarkt umkämpft ist (Kanning 2015).

Die Gesundheitswirtschaft hat einen hohen Anteil an Hochqualifizierten, aber eine geringe Verweildauer auf der Stelle, die Besetzungsdauer in Kliniken ist vergleichsweise lang. Deshalb ist die Mitarbeiterbindung und -gewinnung der zentrale Faktor im Wettbewerb um qualifiziertes Personal (Hasebrook/von Schirach/ Heitmann 2014).

Es gibt Branchen, die sehr erfolgreich Personalmarketing betreiben. Das gelingt, wenn die Übereinstimmung zwischen den Werten des Unternehmens und den Werten, die über das Personalmarketing nach außen transportiert werden, hoch ist. Ein Beispiel hierfür ist die Automobilindustrie (Eckelt 2015).

Übertragen auf die Gesundheitswirtschaft bedeutet das, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter in den Mittelpunkt zu stellen. Das ist der zentrale Wirkfaktor zum erfolgreichen Personalmarketing in der Gesundheitswirtschaft.

Wodurch ist das zu erreichen?

### Von der Work-Life-Balance zum Work-Family-Enrichment

Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität manifestieren sich in der sogenannten Work-Life-Balance, einem populären Begriff. Personaler beachten Work-Life-Balance mittlerweile intensiv, da jüngere Generationen andere Arbeitswerte zeigen als ältere Generationen. Sie priorisieren ihr Privatleben und möchten dies sicherstellen.

Im wissenschaftlichen Bereich jedoch wird Work-Life-Balance als Terminus immer weniger verwendet, da die Begrifflichkeit suggeriert, dass Arbeit kein Teil des Lebens ist. Stattdessen werden die unterschiedlichen Bereiche als life domains bezeichnet (Kaufeld/ Ochmann/ Hoppe 2019). Hierdurch kann die Gestaltung und Vereinbarkeit der einzelnen Lebensbereiche betrachtet werden, ohne dass ein imaginäres, ideales Gleichgewicht vorausgesetzt und ein Vereinbarkeitskonflikt als Norm angesehen werden.

Basis ist eine rollentheoretische Betrachtung, dabei wird angenommen, dass unterschiedliche Rollen in Privat- und Arbeitsleben in Konflikt zueinanderstehen. Diese Schwierigkeiten verursachen einen hohen Rollendruck, wodurch Stress entsteht. Um diesen Konflikten zu entgehen, streben Beschäftigte eine höhere Lebensqualität an. Ist der Konflikt zwischen Beruf und Familie stark, dann neigen Beschäftigte eher dazu zu kündigen. Die Konflikthypothese ist eine der zentralen Perspektiven im Kontext von Work-Life-Balance.

Zunehmend Einfluss gewinnt die positive Psychologie, die eine Bereicherung zwischen Arbeit und Familie thematisiert, das sogenannte Work-Family-Enrichment. Aus Sicht der Organisation ist es sinnvoll, der Bereicherungshypothese zu folgen und eine Verzahnung von Berufs- und Privatleben der Mitarbeiter zu ermöglichen.

Zahlreiche Befunde belegen, dass gelungenes Work-Life-Balance positive Auswirkungen hat, die Fluktuation sinkt, die Arbeitnehmerbindung festigt sich, die Mitarbeiterzufriedenheit nimmt zu und die Motivation der Leistungserbringer steigt.

Die wahrgenommene Unterstützung durch die Organisation und den Vorgesetzten vermindern am ehesten die Konfliktintensität zwischen Beruf und Familie. Dabei bezieht sich die Unterstützung auf alle Bereiche, nicht nur auf die Vereinbarkeit (Wöhrmann 2016).

Aus einer Studie mit über 1100 Befragten ging hervor, dass Organisationen als attraktiv wahrgenommen werden, wenn weniger Rollenkonflikte zwischen Familie und Arbeit entstehen, die Karriereentwicklung positiv erscheint und die Jobsicherheit hoch ist. Die Autoren bezeichnen Organisationen, die dies aufweisen, als healthy work organization, denn sie beeinflussen Arbeitszufriedenheit, Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter positiv. Die Absicht, den Arbeitgeber zu wechseln, sank dadurch ebenso wie die Absentismusrate. Die Arbeitnehmer in diesen Organisationen waren auch gesünder, sie konsumierten weniger Alkohol und Zigaretten (Wilson et al. 2004).

Diese Tendenz bestätigt auch eine Studie des Hartmannbundes (2014), hier war die Unterstützung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf der wichtigste Faktor der Arbeitgeberattraktivität für Assistenzärzte.

## Unterschiede zwischen beschäftigten Vätern und Müttern

In solchen Studien werden eher selten geschlechtsspezifische Unterschiede berichtet. Die Gründe dafür liegen wahrscheinlich in der Operationalisierung, in der die Konfliktperspektive der Frauen zugrunde gelegt wird. Dabei scheint es erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Work-Life-Balance zu geben. Dies kann aus der Rollentheorie begründet werden, da sich die Vaterrolle von der Mutterrolle deutlich unterscheidet.

Während sich das Personalmarketing jahrelang auf die veränderte Frauenrolle konzentrierte und Maßnahmen entwickelte, die den Präferenzen der Arbeitnehmerinnen entsprachen, erfordern veränderte Männerrollen, insbesondere die Vaterrolle, eine wesentlich intensivere Verknüpfung von Karriere und Familie.

So zeigte eine Studie, dass Ärzten Karrieremöglichkeiten doppelt so wichtig sind wie Ärztinnen. Dagegen spielte die Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten für sie eine geringe Rolle (Kötter 2016).

Die Karriereorientierung ist bei Medizinern höher ausgeprägt, Medizinerinnen zeigen eine stärkere Balanceorientierung zwischen Familie und Arbeit (Abele 2006).

Ob arbeitende Väter Elternzeit in Anspruch nehmen, hängt von anderen Determinanten ab, als die Entscheidung der Mütter. Den größten Einfluss auf die Entscheidung der Väter hat die Einkommensdifferenz zur Partnerin. Planen Väter in naher Zukunft wichtige Schritte in der Karriere oder befürchten sie Karrierehindernisse, sehen sie eher von der Elternzeit ab, selbst bei hoher Arbeitgeberorientierung (Vogt/ Pull 2010).

Im gesundheitlichen Bereich ist die Vereinbarkeit durch atypische Arbeitszeiten und

strukturelle Bedingungen oft schwer zu erreichen. Die Elternzeit scheint sich hemmend auf den Karriereverlauf von Beschäftigten im Gesundheitsbereich auszuwirken, aber auch hier zeigt sich bei Vätern ein differenziertes Bild.

Nach der Rückkehr aus der Elternzeit berichteten die Befragten einer medizinischen Hochschule über negative Effekte wie höhere Arbeitsbelastung, veränderte Arbeitsaufgaben oder Machtverlust. Fast ein Fünftel der Führungskräfte verlor ihren Status und über die Hälfte der Befragten dachte über einen Arbeitgeberwechsel nach. Väter beurteilten dabei ihre Karriereaussichten besser als Mütter (Engelmann et al. 2015).

Von Vätern wird nicht erwartet, dass sie nach der Geburt des Kindes ihre berufliche Tätigkeit zugunsten der Kinderbetreuung ändern. Dies wird oft über die Geschlechterrolle, die Erwartungshaltungen der Partnerinnen, Arbeitgeber oder Kollegen erklärt. Väter, die in Elternzeit gehen möchten, befürchten deshalb berufliche Nachteile (Abele 2006).

Die Elternschaft ist bei Männern ein Erfolgsfaktor. Väter weisen den höchsten Berufser-

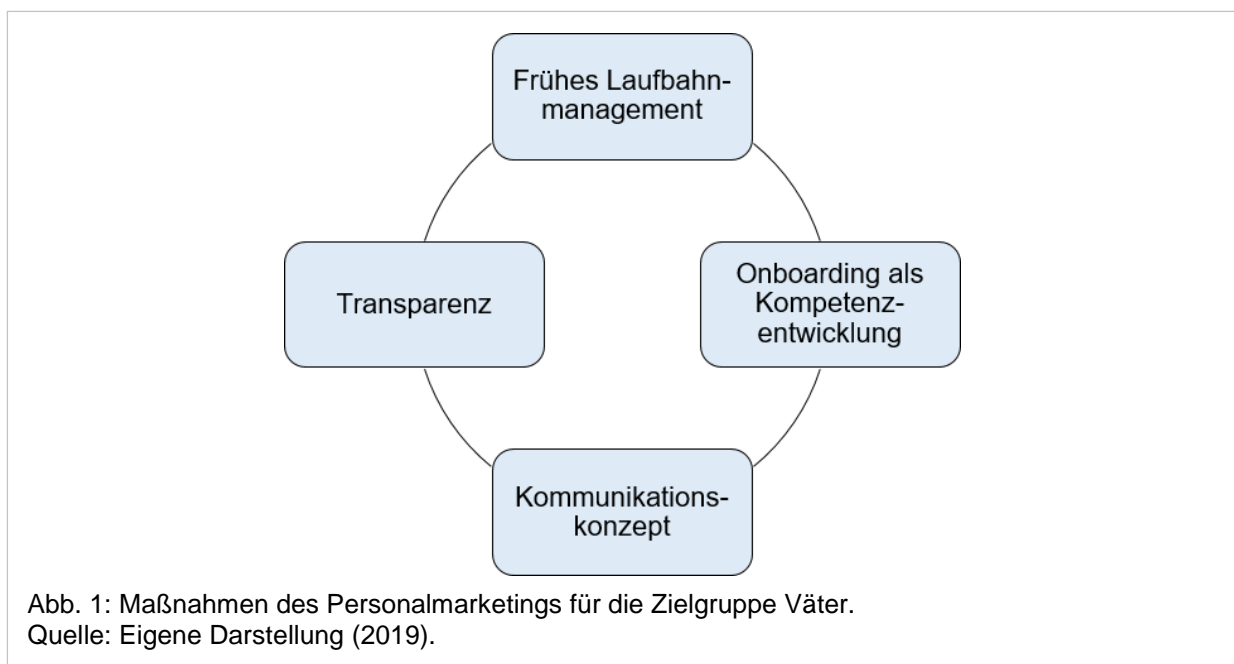
folg auf, höher als Männer ohne Kinder oder Frauen. Bei Frauen hemmt die Elternschaft die Karriere (Abele 2006).

### Praktische Implikationen für das Personalmarketing

Es gibt eine Vielzahl von Empfehlungen, wie Work-Life-Balance umgesetzt werden kann. Im Folgenden werden konkrete Maßnahmen aufgezeigt, die die Zielgruppe Männer vor und in der Familienphase ansprechen (siehe Abb. 1).

Frühes Laufbahnmanagement ist ein Instrument des Personalmarketings. Stabile Laufbahnen sind wichtig für die Organisation, da sie Kontinuität, geringere Wechsel und wenig Fluktuation begünstigen (Baumeler/ Hirschi 2017).

Die Erfahrungen aus den praktischen Tätigkeiten in Gesundheit und Pflege sind mit den strukturellen Rahmenbedingungen der Institution verbunden. Solches Wissen braucht oft Jahrzehnte im Aufbau. Beim Wechsel eines Arbeitnehmers geht das Expertentum oft verloren. Ein Wissensmanagement scheint in der Gesundheitswirtschaft nicht flächendeckend etabliert zu sein.





Eine frühe Planung der Laufbahnen ist also bereits beim Eintreten der Beschäftigten in die Organisation zu gestalten. Die Arbeitgeberattraktivität kann durch eine gezielte Außendarstellung dieses Ansatzes gesteigert werden, da potenzielle Bewerber nach individuellen karrieresichernden Angeboten suchen und sie präferieren.

Das Onboarding kann als Kompetenzentwicklung gestaltet werden. Bisher wurde im Personalmanagement das Onboarding oft nur als Einarbeitung, als sozialisatorischer Prozess am Beginn der Zusammenarbeit betrachtet. Die Kompetenzentwicklung ist als strategisches Konzept noch nicht branchenweit einbezogen. Zukunftsweisend sind Ansätze, die private Lebensentwürfe mit den persönlichen Laufbahnzielen und der Weiterentwicklung der eigenen Kompetenzen des Arbeitnehmers ins Onboarding integrieren.

Transparenz herstellen bedeutet immer, zielgruppenorientiert vorzugehen. Familienorientierung und Leistungsorientierung miteinander zu verbinden, ist Männern wichtig. Die Personalleitung sollte die Relevanz beider Anliegen als Organisationskultur immanent deutlich machen. Dazu gehört auch die Transparenz über Zuständigkeiten, gesetzliche Regelungen und individuelle Angebote des Arbeitgebers.

Transparenz kann auch über das Kommunikationskonzept erreicht werden. Dies kann sowohl bei potenziellen Bewerbern als auch bei bereits beschäftigten Personen in den Gesprächen deutlich gemacht werden. Wenn Beschäftigte Elternzeit nehmen oder Arbeitszeit reduzieren wollen, muss eine Weiterverfolgung der Karriere aktiv besprochen und festgelegt werden, gegebenenfalls auch vertraglich.

Organisationen der Gesundheitswirtschaft sind oft streng hierarchisch, deshalb sind die Erwartungen an die angestellten Männer

zentral. Folglich sollten Verantwortliche deutlich machen, dass die Vereinbarkeit von Vaterschaft und Beruf kein Hindernis darstellt.

Das individuelle Laufbahnmanagement kann über Mentoring-Konzepte oder die Bildung von Tandems institutionalisiert werden.

Arbeitgeber können Weiterbildungen, Fortbildungen usw. auch finanziell unterstützen, integrativ in die betrieblichen Abläufe einbinden und für eine gesicherte Kinderbetreuung sorgen. In die Personalplanung kann die neugewonnene Qualifikation bereits eingeplant werden. Das stärkt die Bindung an das Unternehmen.

## Fazit

Väter sind eine wichtige Beschäftigtengruppen, deren Bedürfnisse sich von anderen Gruppen in Bezug zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterscheiden. Individualisierte Betrachtungen dieser Personengruppe im Rahmen der Work-Life-Balance und eine gezielte Darstellung der Maßnahmen durch das Personalmarketing nach außen eröffnen Chancen für Arbeitgeber, potenzielle Mitarbeiter zu erreichen und Arbeitnehmer an die Organisation zu binden.

## Literatur

Abele A. E. (2006) Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer S., Kaczmarczyk G., Bühren A. (Hrsg.). Karriereplanung für Ärztinnen. Lehrbuch. Bd. 53, Springer Verlag. Heidelberg. S. 35-57.

Baumeler F., Hirschi A. (2017) Laufbahnmanagement von jungen Arbeitnehmenden. In: Kauffeld S., Spurk D. (Hrsg.). Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement. Bd. 58, Springer Verlag. Berlin. S. 167-190.

Eckelt W. (2015) Bindungswirksamkeit von Personalrekrutierungsmaßnahmen von High Potentials in der Automobilindustrie – Be-

standsaufnahme und theoretische Weiterentwicklung. Online im Internet, URL: <https://d-nb.info/1072303566/34>, Abrufdatum: 19.02.2019.

Engelmann C., Grote G., Miemietz B., Vaske B., Geyer S. (2015) Weggegangen - Platz vergangen? Deutsche medizinische Wochenschrift. Jg. 140. Nr. 4. S. 28-35.

Hartmannbund (2014) Assistenzarzt m/w. Online-Umfrage unter den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung im Hartmannbund. Online im Internet, URL: [https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Umfragen/2015\\_Assistenzarztumfrage2014.pdf](https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfragen/2015_Assistenzarztumfrage2014.pdf), Abrufdatum: 11.02.2019.

Hasebrook J. P., von Schirach C., Heitmann C. (2014) Gesundheitswesen in der Demographiefalle. Was können Krankenhäuser von anderen Branchen lernen? In: Das Krankenhaus. Jg. -. Nr. 6. S. 1-5.

Kamp A., König J. E., Mülle S., Pflücker W. (2011) Personalmangel versus Arbeitgeberattraktivität. In: Arzt und Krankenhaus. Jg. -. Nr. 11. S. 334-338.

Kanning U. P. (2015) Personalauswahl zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine wirtschaftspsychologische Analyse. Springer Verlag. Berlin.

Kauffeld S., Ochmann A., Hoppe D. (2019) Arbeit und Gesundheit. In: Kauffeld S. (Hrsg.). Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor. Lehrbuch. 3. Aufl.. Bd. 96. Springer Verlag. Berlin. S. 305-358.

Kötter J. (2016) Junge Ärzte. Nichts geht ohne Work-Life-Balance. Deutsche Ärztezeitung (Hrsg.). Online im Internet, URL: [https://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/junge-aerzte/article/904814/junge-aerzte-nichts-geht-work-life-balance.html](https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/junge-aerzte/article/904814/junge-aerzte-nichts-geht-work-life-balance.html), Abrufdatum: 20.02.2019.

Statistisches Bundesamt (2018) Studierende an Hochschulen Wintersemester 2017/2018. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Online im Internet, URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/StudierendeHochschulen/Endg2110410187004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/StudierendeHochschulen/Endg2110410187004.pdf?__blob=publicationFile), Abrufdatum: 12.02.2019.

Vogt A.-C., Pull K. (2010) Warum Väter ihre Erwerbstätigkeit (nicht) unterbrechen. Mikroökonomische versus in der Persönlichkeit des Vaters begründete Determinanten der Inanspruchnahme von Elternzeit durch Väter. In: German Journal of Human Resource Management: Zeitschrift für Personalforschung. Jg. 24. Nr. 1. S. 48-68.

Wilson M. G., Dejoy D. M., Vandenberg R. J., Richardson H. A., Mcgrath A. L. (2004) Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. In: Journal of Occupational and Organizational Psychology. Vol. 77. No. 4. pp. 565-588.

Wöhrmann A. M. (2016) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Work-Life-Balance. Online im Internet. URL: [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2353-3f.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2353-3f.pdf?__blob=publicationFile&v=4). Abrufdatum: 06.02.2019.

## Autorenbiografie

Petra Arenberg lehrt seit 2013 als Professorin für Sozialwissenschaften und Kompetenzentwicklung an der SRH Fernhochschule. Sie ist akademische Leiterin des Departments Psychologie & Gesundheit. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Personalentwicklung, Arbeitgeberattraktivität, Führungs- und Wirtschaftsethik.

## Autorenanschrift

Prof. Dr. Petra Arenberg  
SRH Fernhochschule – The Mobile  
University  
Department Psychologie & Gesundheit  
Lange Str. 19  
88499 Riedlingen

E-Mail: [petra.arenberg@mobile-university.de](mailto:petra.arenberg@mobile-university.de)

## Beitrag aus der Praxis III



### **Titel**

Regionale Gesundheitsbotschafter in der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham

### **Autoren**

Prof. Dr. Reinhart Schüppel (links)

Peter Fleckenstein (rechts)

### Zusammenfassung

Im Rahmen des Netzwerkkonzepts „Gesundheitsregion<sup>plus</sup>“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege hat sich im Landkreis Cham eine Projektgruppe mit der Erarbeitung und Umsetzung eines an „Gesundheitsbotschafter“ gebundenen kommunalen Präventionsangebotes befasst. Es wird berichtet über die Konzepterstellung, die Qualifizierung und die Einsatzgebiete der Gesundheitsbotschafter im Rahmen eines von der AOK Bayern geförderten Modellprojektes. Dieses läuft Ende 2019 in seiner jetzigen Form aus und wird in modifizierter Form fortgesetzt.

### Einleitung

Die Einrichtungen der überwiegend auf „Reparatur“ ausgelegten Krankenversorgung erfahren eine zunehmende Ergänzung durch präventive Settings (Wühr 2002). Idealerweise kümmern sich Institutionen, in denen die Menschen viel Zeit verbringen (z. B. Schulen, Betriebe oder Kommunen) um „gesunde“ Strukturen und Angebote und sorgen damit für maßgebliche Beiträge zur Verhaltens- und vor allem zur Verhältnisprävention (Grossmann/ Scala 2006). Die Eigenverant-

wortung der Einzelnen wird damit ergänzt bzw. maßgeblich unterstützt durch Für- und Vorsorge von Gemeinschaften.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat 2016 mit dem Konzept der „Gesundheitsregion<sup>plus</sup>“ dem kommunalen Gesundheitsmanagement mit seiner regionalen Netzwerkorientierung einen wesentlichen Impuls gegeben (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016). Als Gesundheitsregion<sup>plus</sup> konnten sich Landkreise, kreisfreie Städte und Zusammenschlüsse davon bewerben. Strukturell musste im Konzept mindestens vorgesehen werden:

- Eine Geschäftsstelle zur Organisation und Koordination
- Ein Lenkungskreis „Gesundheitsforum“
- Mindestens Arbeitskreise zu den Themenfeldern „Gesundheitsförderung/ Prävention“ und „Gesundheitsversorgung“

Der Landkreis Cham, gelegen im Bezirk Oberpfalz mit 127.000 Einwohnern in 39 Kommunen, war unter den ersten Gebiets-

körperschaften, die in die konkrete Umsetzung vor Ort eingestiegen sind und mit dem Konzept der „Gesundheitsbotschafter“ einen präventiven Ansatz für ein vernetztes kommunales Setting erarbeitet haben.

### Gesundheitsbotschafter

Multiplikatoren spielen eine immer wichtigere Rolle in vielen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens (Melitopoulos et al. 2015). Der Kerngedanke ist die Organisation und Vermittlung gesundheitsbezogener Inhalte im Nahbereich persönlicher Kommunikation auf Augenhöhe in einer Zielgruppe unter „Gleichen“ („peer involvement – Ansätze“). Dabei wenden sich geschulte Laien oder Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen niederschwellig und unter bewusstem Verzicht auf die Betonung von fachlichem Expertentum an die Bevölkerung im Umfeld. Diese Form der präventiven Arbeit ist international weit verbreitet und inhaltlich wie ökonomisch gut evaluiert (Eckermann et al. 2014).

Als künftige Gesundheitsbotschafter in der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham kamen Angehörige von gesundheitsnahen Berufen in Frage, die in einem Auswahlgespräch überzeugend darlegen konnten, dass sie im Rahmen eines Modellprojektes nach einer Schulung und unter fortlaufender Supervision selbstständig folgende Aufgaben (Kooperationsverbund 2014a) übernehmen würden:

- Gesundheitsbezogene Kontakte zur Kommunalpolitik herstellen und pflegen
- Vorhandene Präventions-Angebote sammeln, erfassen und kommunizieren
- Noch nicht abgedeckte einschlägige Bedarfe ermitteln
- Aktionen durchführen (überwiegend als Organisatoren, nur ausnahmsweise auch als vortragende Fachleute)

- Die örtliche Bevölkerung für die Teilnahme an Veranstaltungen gewinnen

Die Gesundheitsbotschafter sollten dann in ihrer Wohn- bzw. Arbeitsgemeinde ehrenamtlich tätig werden und lediglich eine Aufwandsentschädigung erhalten. Sie wurden auf die Neutralität ihrer Angebote verpflichtet. Insgesamt konnten in zwei Ausbildungszyklen 20 Gesundheitsbotschafter qualifiziert werden. In kleinen Kommunen war jeweils ein Gesundheitsbotschafter tätig, in größeren auch zwei (Landkreis Cham 2018). Stand Mai 2019 sind 15 Gesundheitsbotschafter in 13 Kommunen des Landkreises Cham im Einsatz.

Zur Betreuung der Gesundheitsbotschafter wurde an der Geschäftsstelle der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Deren Aufgaben reichen von der Kandidaten-Akquise über die Steuerung der Qualifizierung und regelmäßigen Fortbildung und die Unterstützung bei der Kampagnenplanung sowie die Durchführung von Veranstaltungen bis zur lokalen und überregionalen Öffentlichkeitsarbeit. Zudem steht die Koordinierungsstelle auch als Ansprechpartner bei Fragen im Zusammenhang mit dem Ehrenamt oder individuellen Anliegen zur Verfügung und übernimmt Schnittstellenfunktionen zur lokalen Politik und zu weiteren wichtigen Kooperationspartnern.

### Konzepterstellung

Die Mitglieder des Gesundheitsforums der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham legten im Jahr 2015 fest, dass in den Kommunen des Landkreises ein Ehrenamt eingeführt werden sollte, zur Förderung der Gesundheitsprävention von Bürgerinnen und Bürgern. Zur Erarbeitung eines entsprechenden Konzeptes sowie zur konkreten Umsetzung dieser Idee wurde im Jahr 2016 eine Projektgruppe berufen. Deren Mitglieder sind unten aufgeführt.

Das kommunale Setting trägt nach Einschätzung der Projektgruppe der wachsenden Bedeutung der Bedarfsanalyse, Kommunikation und Vernetzung an den Lebensorten der Bevölkerung Rechnung (Ziemer/ Grunow-Lutter 2007). Besondere Beachtung fanden bei der Erarbeitung der Chamer Konzeption Zielgruppen, die z. B. aufgrund sozialer oder anderer Benachteiligung von Gesundheitsmaßnahmen allgemein wenig profitieren (Landeszentrale für Gesundheit 2009). Dabei sollten die geplanten Aktivitäten über klassisch medizinische Angebote deutlich hinaus gehen (Hollederer 2013). Bei der konkreten Erstellung des Konzeptes spielte die Auseinandersetzung mit folgenden Fragen eine wichtige Rolle:

- Wie werden alle Altersgruppen und Teile der Bevölkerung erreicht und nicht nur die sowie schon „Gesundheitsbewussten“?
- Wie und wo finden Interessierte gut passende Angebote?
- Wer kann die Betroffenen persönlich und ganzheitlich beraten?
- Woran erkennt man, dass ein Angebot vom Grundsatz her seriös ist und auch wirklich der Gesundheit dient?
- Welchen Anbietern können Interessierte besonders vertrauen?
- Wie wird sichergestellt, dass Angebote sich ergänzen und ohne große Widersprüche zueinander passen, wenn man mehrere Themen abdecken möchte?
- Wie stellt man eine möglichst landkreisweit einheitliche Information her?
- Wie kann man die jährlichen Schwerpunktthemen des Bayerischen

Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege lokal adaptieren?

- Wie lässt sich die Nachhaltigkeit bei der Umsetzung eines gesunden Lebensstils verbessern?

Unter regionalen Aspekten fanden sich in der Analysephase der Konzepterstellung im Landkreis Cham bzw. im Regierungsbezirk Oberpfalz bei wichtigen Gesundheitsindikatoren eine höhere Belastung als sonst im Bundesland Bayern (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2007). Einen wichtigen Anteil hat dabei der Lebensstil, auf den die Betroffenen selbst einen Einfluss haben (Robert Koch-Institut 2015). Dabei waren dann drei Faktoren bei der Konzepterstellung handlungsleitend:

- Die Menschen brauchen eine persönliche Motivation, um sich auf gesundheitliche Ziele auszurichten.
- Sie benötigen gesichertes Wissen und verständliche Anleitungen.
- Alle Aktivitäten sollen dauerhaft zum eigenen Leben gut passen sowie mit Freude durchzuhalten sein.

Das schließlich für den Landkreis Cham erarbeitete Konzept baute auch auf Erfahrungen auf, die in verschiedenen Settings bereits gewonnen werden konnten. Hier sind z. B. die „Gesundheitsmittler“ zu nennen, eine Initiative im städtischen Milieu oder die in Bayern etablierten „Gesundheitslotsen“ bzw. „Gesundheitsmediatoren“ zur Unterstützung von Migranten (Landeszentrale für Gesundheit in Bayern 2009 und Wihofszky/ Sternberg 2014).

## Umsetzung

Das Gesamtprojekt wurde auf eine Dauer von vier Jahren ausgelegt. Im Jahr 2016



startete das erste Teilprojekt „Kommunaler Gesundheitsbotschafter – Konzeption und Schulung“ mit folgenden Meilensteinen:

- Erstellung der Gesamt-Konzeption
- Erstellung eines Curriculums für die Basis-Schulung
- Akquise und Auswahl von Teilnehmern
- Durchführung der Schulung
- Evaluation der Schulung
- Erste Aktivitäten der Gesundheitsbotschafter
- Begleitende Öffentlichkeitsarbeit

Zentraler Baustein des Konzeptes war die Schulung der künftigen Gesundheitsbotschafter. Sie erfolgte durch die Mitglieder der Projektgruppe. Diese verpflichteten sich zu weltanschaulicher, politischer, religiöser und wirtschaftlicher Neutralität in der Vermittlung der Inhalte, zugleich zu wissenschaftlich fundiertem und praxisnahem Training sowie zu einer untereinander gut abgestimmten Vermittlung der Lehrinhalte und Unterrichtsmethoden.

Das ursprüngliche Curriculum umfasste 150 Unterrichtseinheiten mit Schulungen an sechs Wochenenden, Selbststudium und supervidierter kommunaler Projektarbeit. Inhaltlich wurden die anerkannten Felder der Prävention vermittelt, unter besonderer Berücksichtigung von Projektmanagement auf kommunaler Ebene (Kooperationsverbund 2014b/c und Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2015). Dazu wurden 17 Module ausgearbeitet (Abb. 1). Die Vermittlung der Inhalte orientierte sich am „Methodenmix“ der Erwachsenenbildung (Müller/ Papenkort 2013).

Durch die Art der Vermittlung und durch Einrichten einer Intranetplattform wurde darüber hinaus sichergestellt, dass die Teilnehmer untereinander ein Netzwerk bilden konnten.

In den drei Folgejahren wurde das Projekt weitergeführt (die aktuelle Phase geht bis Ende 2019) und das Konzept bzw. die konkrete Arbeit in regelmäßigen Arbeitssitzungen der Projektgruppe, im Verlauf auch in Zusammenarbeit mit bereits qualifizierten Gesundheitsbotschaftern, aktuellen Bedürfnissen und Themen angepasst. Es stellte sich dabei heraus, dass die Qualifizierung in ihrer Dauer zu umfangreich ausgefallen war. Daher wurde für eine zweite Schulung das Curriculum gekürzt und inhaltlich noch mehr Wert auf Netzwerk- und Projektarbeit gelegt. Um eine bessere regionale Abdeckung des Landkreises mit Gesundheitsbotschaftern zu erreichen, wurden interessierte Bürgermeister stärker mit eingebunden. Bei den praktischen Tätigkeiten rückten im Verlauf des Projektes mehr die Veranstaltungsorganisation mit Kooperations- und Setting-Partnern in den Vordergrund, während eigene inhaltliche Beiträge der Gesundheitsbotschafter eher zurückgestellt wurden. Alle Gesundheitsbotschafter stellten sich den zuständigen Gemeinderäten und Bürgermeistern vor und nahmen dort geäußerte Wünsche und Anregungen auf.

Inhaltliche Schwerpunkte der Aktionen der Gesundheitsbotschafter waren bisher:

- Örtlich begrenzte Einzelaktion in definierten Settings, z. B. „richtiges Händewaschen“ in Schulen, „gesunder Schlaf“ in Kooperation mit einer Apotheke und einem Arzt, „Wasser als Heilmittel“ in einem Kneippheilbad
- Kommunenübergreifende Veranstaltungen, z. B. „Seniorengesundheit“

## 1. Übergeordnete Lernziele

- Theoretisches Wissen: Basiskenntnisse in Grundlagen, fachlichen Handlungsfeldern und Settings von Prävention
- Praktische Fertigkeiten: Planung, Durchführung und Evaluation von gesundheitsbezogenen Präventionsangeboten, Projektmanagement
- Einstellungen: reflektierter eigener gesundheitsbewusster Lebensstil, Vernetzung mit Personen und Einrichtungen der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham

## 2. Lerninhalte

- 6 Module Grundlagen: Ziele und Organisation der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham; Begriffe und Definitionen in der Prävention; Verhalten, Lernen und Motivation; Lebensstil und seine Modifikation; Evidenzbasierung und Evaluation; Eigene Einstellung zum Thema
- 3 Module körperliche Gesundheit: Essen und Trinken; Bewegung und aktiver Lebensstil; spezielle Prophylaxe und Interventionen
- 3 Module psychische Gesundheit: Stress, Stressfolgen und Stressmanagement; Resilienz, Regeneration und Chronobiologie; Sucht, suchtnahes Verhalten und Suchtprävention
- 1 Modul soziale Gesundheit: Beziehungen/Netzwerke, Zugang zu gesundheitsbildungsfernen Gruppen, soziale Unterstützung und Ressourcenaktivierung
- 3 Module Projektmanagement: Grundlagen, Bedarfsermittlung, Zielgruppenorientierung; Implementation von gesundheitsbezogenen Maßnahmen; eigene Aktivitäten/Projektarbeit
- 1 Modul Öffentlichkeitsarbeit/Marketing: Umgang mit Medien (analog und digital), Aufbau einer Internetplattform, Ansprache von Zielgruppen, Auswertung von Aktivitäten und Berichterstattung darüber

Abb. 1: Die Grundlagen des ersten Curriculums für die Qualifizierung zum Gesundheitsbotschafter in der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham.

Quelle: Eigene Zusammenstellung (2019).

- Teilnahme an den Jahresschwerpunkten des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, z. B. „psychische Gesundheit für Erwachsene“
- Fortbildung unter Supervision und Intervention
- Netzwerk- und Medienarbeit fortlaufend

## Finanzierung

Mit der Anerkennung als Gesundheitsregion<sup>plus</sup> sind öffentliche Fördermittel verbunden, die die Arbeitsfähigkeit der Grundstrukturen gewährleisten. Aufwändigere Projekte lassen sich damit nicht finanzieren. Daher mussten für die Erarbeitung und Implementierung des Konzeptes der Gesundheitsbotschafter zusätzliche Ressourcen eingeworben werden. Mit der AOK Bayern konnte 2016 eine Vereinbarung über eine

Förderung aus Mitteln des bundesdeutschen Projektes „Gesunde Kommune“ nach §20 SGB V über einen Zeitraum von vier Jahren getroffen werden (GKV Spitzenverband 2018). Mit dieser Unterstützung ließ sich die intensive Vorbereitung und Umsetzung auf dem angestrebten Niveau realisieren.

## Fazit mit Evaluation und Ausblick

Alle Aktivitäten in der Qualifikation und der praktischen Tätigkeit der Gesundheitsbotschafter wurden systematisch dokumentiert und in geeigneter Form evaluiert. Dazu wird in Kürze eine umfassende Darstellung erfolgen. Das Auslaufen der Förderung stellt eine wichtige Zäsur im Projektverlauf dar. Die Mehrheit der aktuell tätigen Gesundheitsbotschafter wird die Tätigkeit fortsetzen, ebenso die Mitglieder der Projektgruppe. Dies wurde Ende Mai 2019 vom Gesundheitsforum der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Land-



kreis Cham als Steuerkreis ausdrücklich begrüßt und unterstützt. Die Projektgruppe erhielt den Auftrag, die erfolgreiche Arbeit der Gesundheitsbotschafter zu verstetigen. Es zeichnen sich aktuell zwei Wege der Fortsetzung ab: Zum einen die Integration der Gesundheitsbotschafter auf kommunaler Ebene als „Gesundheitsbeauftragte“ der Gemeinde, analog etwa zu „Seniorenbeauftragten“. Zum anderen die Fortführung der Tätigkeit unter Federführung der Geschäftsstelle der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham. Die Finanzierung wird in beiden Fällen höchstwahrscheinlich von einer monatlichen Aufwandsentschädigung hin zu einer projektbezogenen Unterstützung wechseln. Es wird außerdem eine noch flächendeckendere „Versorgung“ mit Gesundheitsbotschaftern für den Landkreis Cham angestrebt.

## Literatur

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2007) Schriftenreihe Gesundheitsberichterstattung für Bayern. Bd. 3. Gesundheit Regional - Eine Untersuchung zu regionalen Unterschieden des Gesundheitsverhaltens. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg., LGL). Erlangen.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2015) Fünf Schritte zur gesunden Gemeinde. Ein Handlungsleitfaden für die Praxis. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg., LGL), Erlangen.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016) Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> Stand 09.03.2016. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.). Online im Internet. URL: <http://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-kommunen/gesundheitsregionen-plus>, Abrufdatum: 14.05.2019.

Eckermann S., Dawber J., Yeatman H., Quinsey K., Morris D. (2014) Evaluating return on investment in a school based health promotion and prevention program: the investment multiplier for the Stephanie Alexander Kitchen Garden National Program. In: *Social Sciences and Medicine*. Vol. 114. August 2014. pp. 103-112.

GKV-Spitzenverband (2018) Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung Berlin (GKV Berlin, Hrsg.). Online im Internet. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden\\_Praevention\\_2018\\_barrrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrrierefrei.pdf), Abrufdatum: 14.05.2019.

Grossmann R., Scala K. (2006) Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, 6. Aufl. Sabo Verlag, Schwabenheim, S. 205-206.

Hollederer A. (2013) Innovative Ansätze für ein kommunales Gesundheitsmanagement: das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern. In: *Gesundheitswesen*. Jg. 2013. S. 75-P 12.

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2014a) Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Heft 2: Probleme erkennen – Lösungen finden. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg.). Berlin.

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2014b) Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Heft 3: Ein Projekt entwickeln. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg.). Berlin.

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2014c) Aktiv werden für Ge-

sundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Heft 4: Präventiv handeln: Ernährung – Bewegung - Stressbewältigung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg.). Berlin.

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (2009) Interkulturelles Betriebliches Gesundheitsmanagement (IBGM). Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. (Hrsg.). Online im Internet, URL: <https://www.lzg-bayern.de/interkulturelles-betriebliches-gesundheitsmanagement.html>, Abrufdatum: 14.05.2019.

Landkreis Cham (2018) Gesundheitsbotschafter. Landkreis Cham (Hrsg.). Online im Internet, URL: <https://www.landkreis-cham.de/service-beratung/gesundheitsregion-plus/gesundheitsbotschafter>, Abrufdatum: 14.05.2019.

Melitopoulos A., Grünstäudl V., Siegl K., Tankaz A., Weberberger I. (2015) Multiplikatoren im Gesundheitswesen – Ein vielfältiger Ansatz zur Erreichung vulnerabler Zielgruppen. In: Soziale Sicherheit (Österreich). Jg. 2015. Heft 9. S. 375-381.

Müller U., Papenkort U. (2013) Didaktik für Erwachsene und Didaktiken der Weiterbildung. In: Report - Zeitschrift für Weiterbildungsforschung. Jg. 36. Nr. 4. S. 22-31.

Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Robert Koch-Institut (RKI, Hrsg.). Berlin.

Wihofszky P., Sternberg A. (2014) Schulung kommunaler Gesundheitsmittler in der deutsch-dänischen Grenzregion. In: Gesundheitswesen. Jg. 76, Nr. 08/09. S. A217.

Wühr E (2002). Gesundheitsbildung und Krankheitsvermeidung – Zwei komplementäre Perspektiven in der modernen Medizin

und Zahnmedizin. In: GZM Praxis und Wissenschaft. Bd. 7. Jg. 2002. Heft 3. S. 38-41.

Ziemer B., Grunow-Lutter V. (2007) Lokale Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung aus der Sicht der EntscheidungsträgerInnen des kommunalen politisch-administrativen Systems. In: Gesundheitswesen. Bd. 69, Jg. 2007. Nr. 10. S. 534-540.

### Anhang: Mitglieder der „Projektgruppe Gesundheitsbotschafter“

Josef Berg, AOK Cham; Dipl.-Päd. Peter Fleckenstein, Leiter Gesundheitsakademie Ostbayern, Geschäftsstellenleiter Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham; Dr. med. Beate Hrabetz, Berufsschule Cham; Corinna Kurnoth, Physiotherapeutin, Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham; Jutta Rewitzer, Apothekerin Furth im Wald; Prof. Dr. med. Reinhart Schüppel, MHBA, Chefarzt Johannesbad Klinik Furth im Wald; Prof. Dr. med. dent. Erich Wühr, M.Sc., Gesundheitsförderung und Prävention, kommunales Gesundheitsmanagement an der Technische Hochschule Deggendorf

### Autorenbiografien

*Prof. Dr. med. Reinhart Schüppel, MHBA*, ist Chefarzt der Johannesbad Fachklinik Furth im Wald, der größten stationären Reha-Einrichtung für Suchterkrankungen in Bayern. Hier werden auch psychiatrische und psychosomatische Störungen behandelt. Über die Themen „Abhängigkeitserkrankungen“ und „psychische Belastung“ hat er vielfältige Bezugspunkte zum Betrieblichen und Kommunalen Gesundheitsmanagement. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt ist die Sozialmedizin.

*Peter Fleckenstein, Dipl.-Päd. (Univ.)*, ist Geschäftsstellenleiter der Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham mit Sitz am Landratsamt Cham. In weiteren Funktionen leitet er

die Gesundheitsakademie Ostbayern, einen Bildungsträger, der sich mit Fort- und Weiterbildungen für medizinische und pflegerische Berufe befasst sowie den Programmbereich Gesundheit der Volkshochschule im Landkreis Cham e. V.

### **Autorenanschriften**

Prof. Dr. med. Reinhart Schüppel  
Johannesbad Fachklinik Furth im Wald  
Eichertweg 37  
93437 Furth im Wald

E-Mail: reinhart.schueppel@johannesbad.com

Peter Fleckenstein  
Gesundheitsregion<sup>plus</sup> Landkreis Cham  
Landshuter Str. 1a  
93444 Bad Kötzing

E-Mail: peter.fleckenstein@ira.landkreis-cham.de

---

**Zitierform:** Hellmann W. (2019) Optimierungsoptionen für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum mit Berücksichtigung praktischer Tipps für die Bestandsicherung kleiner Krankenhäuser, ZFPg, Jg. 5, Nr. 1, S. 44-52. DOI: 10.17193/ HNU.ZFPg. 05.01.2019-07

## Beitrag aus der Wissenschaft II



### **Titel**

Optimierungsoptionen für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum mit Berücksichtigung praktischer Tipps für die Bestandsicherung kleiner Krankenhäuser

### **Autor**

Prof. Dr. Wolfgang Hellmann

### Zusammenfassung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist optimierbar. Eine breite Versorgung ohne Brüche ist aufgrund der immer noch fehlenden Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung nur in seltenen Fällen möglich. Massive Defizite bestehen vor allem in der Primär- und Langzeitversorgung im ländlichen Raum. Der Beitrag identifiziert Versorgungsdefizite, beschreibt regional orientierte Konzepte zu deren Optimierung und stellt ausgewählte Praxisbeispiele für eine Verbesserung der Versorgung vor. Abgerundet werden die Ausführungen durch Erfahrungen und praktische Hinweise zur Existenzsicherung kleiner Krankenhäuser. Der Blick über die Grenzen, z. B. auf das innovative Gesundheitssystem von Dänemark, versteht sich von selbst.

### Primär- und Langzeitversorgung im ländlichen Raum - ein schwer lösbares Problem

Die Situation in ländlichen Bereichen ist schwierig (siehe auch Sachverständigenrat 2019). Zunehmende Defizite in der Infrastruktur, verursacht durch massive Abwanderung, insbesondere von jungen Leuten und gravierender Ärztemangel bestimmen das Bild. Die Schließung von Krankenhäusern ist die Folge. Ergebnis ist, dass die zunehmende alternde Bevölkerung mit abnehmender Mobilität immer schlechter versorgt wird und gezwungen ist, weite Wege auf sich zuzunehmen. Dem versucht man entgegen zu steuern. Prinzip: „Lokale Lösungen für lokale Erfordernisse“. Die Aktivitäten reichen hier von Programmen zur Niederlassungsförderung über Qualitätsförderung nicht ärztlichen Personals zur Entlastung von Ärzten (VERAH) bis hin zu einer spezifischen kooperativen Versorgung in der Notfallversorgung. Zur Überwindung von Distanzen gibt es Patienten- und Anrufbusse, ehrenamtlich organisierte Begleitedienste,

inzwischen auch erste mobile Arztpraxen (siehe Sachverständigenrat 2019).

### Einbindung kleiner Krankenhäuser in die Gesamtversorgung im ländlichen Raum

#### *Kleine Krankenhäuser, die für ihre Bestandssicherung einer Neupositionierung bedürfen und neue Wege gehen müssen - praktische Tipps für die Umsetzung durch die Geschäftsführung*

Basal determinierend für den Erfolg einer Neupositionierung kleiner Krankenhäuser sind:

- Die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgungsqualität (mit zielführender Organisation) und exzellenter Servicequalität.
- Empathische Ärzte mit hoher kommunikativer Kompetenz und damit der Fähigkeit, sich auf sehr unterschiedliche Patientenklientele situativ einzustellen. Sei es im Hinblick auf Aufklärung, Diagnose, Indikation, Therapie oder Visite.
- Ein gutes Klima zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, das dem Heilungsprozess der Patienten nicht entgegensteht, sondern diesen fördert.

Voraussetzung für die Durchschlagskraft der angegebenen Forderungen sind (siehe auch Hellmann 2014, 2016, 2017a-b, 2018 und 2019a-c):

- Eine neue Sicht auf Qualität (weg von der eindimensionalen zur multidimensionalen Qualitätsperspektive)
- Ein modifiziertes Rollenverständnis Leitender Ärzte, insbesondere im Hinblick

auf neue Patienten- und Mitarbeiterklientele

- Die Implementierung einer Dialogkultur als Grundlage guter Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen
- Die Herstellung von Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter
- Die Anwendung des Prinzips Kooperative Kundenorientierung
- Die Sicherung einer guten Ärztlichen Weiterbildung zur Bindung von Fachärzten
- Die Anwendung neuer Kommunikations- und Führungsstrategien für die jungen Generationen und Mitarbeiter aus anderen Kulturkreisen
- Die Implementierung des Risikodialogs als nachhaltiges Instrument für die Patientensicherheit
- Die Schaffung von Voraussetzungen für vernetzte Kommunikation und erfolgreiche intersektorale Behandlungsketten (Boldt 2018 und Schnake 2019)

Es steht außer Frage, dass kleinere Häuser die oben genannten Kriterien für eine Neupositionierung erfüllen können (siehe ergänzend Fleischhauer/ Fleck/ Skroch 2019, Schaffert 2018 und 2019, Schmeißer/ Matthias 2019 und Schulz 2019). Es geht weniger um die Frage, ob sie das können, sondern um die Frage, wie sie das machen. Kleinere Krankenhäuser können sich schnell reorganisieren und sich damit verändernden Bedingungen (so auch neuen Patientenansprüchen) anpassen. Ursache ist eine weniger komplexe Organisation gegenüber großen Krankenhäusern und Universitätsklini-

ken mit hohen Bettenzahlen und vielen Fachabteilungen unter der Leitung von Chefärzten (funktionale Aufbauorganisation). Kleine Einrichtungen sind überschaubar, die Entscheidungswege sind kurz. Der Übergang von einer funktionalen zu einer prozessorientierten Organisation mit flachen Hierarchien im Kontext von therapeutischen Teams aus Ärzten und Pflege wird z. B. umgesetzt im DRK Krankenhaus Clementinenhaus in Hannover. (Dahlgard/ Stratmeyer/ Sörensen 2016 und Düsenberg 2016). Ergebnis ist eine Optimierung der Qualität der Patientenversorgung, die Einsparung von Kosten und eine höhere Zufriedenheit der Mitarbeiter.

### ***Kleine Krankenhäuser, die in ein übergreifendes Versorgungskonzept eingebunden werden***

Kleine Krankenhäuser können auch durch die Einbindung in übergreifende Versorgungskonzepte überleben (Abb. 1). Das nachfolgende Beispiel zeigt, wie es gehen kann (Tocha 2019). In der Kleinstadt Niesky in Sachsen stand das kleine Krankenhaus Emmaus Niesky vor der Schließung. Die Evangelisch-Lutherische Diakonissenanstalt (gemeinsam mit der AOK Plus), konnte dies im Kontext der Gründung des lokalen Gesundheitszentrums Niesky verhindern. Entstanden ist ein Gesundheitscampus. Das Krankenhaus bildet mit Innerer Medizin und Chirurgie das Kernstück des Zentrums, ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit Facharztsitzen (1 Chirurgie, 1 HNO und 3 Allgemeinmedizin) sichert die hausärztliche Versorgung. Erweitert wird der Gesundheitscampus durch ein patientenorientiertes Informationszentrum und eine Bereitschaftspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Niedersachsen, die mit der Notaufnahme des Krankenhauses kooperiert. Beson-

ders erwähnenswert ist die Fokussierung auf Weiterbildung. Hier hat man erkannt, dass nur gute Ärztliche Weiterbildung ärztliches Personal sichern kann. Das Krankenhaus Niesky ist deshalb Teil eines Weiterbildungsverbundes mit anderen Kliniken und mit Arztpraxen. Ärzte in Fachweiterbildung können innerhalb des Verbundes wechseln. Insgesamt ist die Zusammenarbeit aller Beteiligten gut organisiert. Last but not least: AOK und Diakonissenanstalt haben sich auf ein Vergütungssystem mit Anreizen für sektorenübergreifende Versorgung geeignet. Das Konzept bestätigt die Weisheit: „Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg“.

### **PORT Gesundheitszentren - wegweisend für die Versorgung in ländlichen Bereichen**

Die Möglichkeit zur Einbindung eines (vor der Schließung stehenden) Krankenhauses bietet auch das Modell „PORT Gesundheitszentren“ der Robert-Bosch-Stiftung (2018) (siehe Abb. 1). Die Krankenhäuser erhalten damit die Chance, weitergeführt zu werden und neue Wege in der örtlichen Gesundheitsversorgung mit zugestalten. Insgesamt stellt das PORT System einen Versorgungsansatz dar, der gleichermaßen auf Primärversorgung (erste Versorgungsebene mit Ausrichtung auf alle Personen mit erstmaligem Kontakt zum Gesundheitssystem: z. B. präventive, kurative, gesundheitsfördernde Maßnahmen) und Langzeitversorgung (Versorgung chronisch Kranker) abstellt. Derzeit erfolgt die Umsetzung von PORT-Zentren in Deutschland an 21 Standorten (Klapper 2019). Aber auch in anderen Ländern werden PORT-Zentren etabliert, z. B. in Spanien (Klapper 2018).

Merkmal ist die regionale Bündelung unterschiedlicher Leistungserbringer unter einem



Dach (Klapper 2019). Abgestimmt auf den regionalen Bedarf wird eine umfassende Versorgung „aus einer Hand“ angeboten. Dies beinhaltet die Zusammenarbeit unterschiedlichster Professionen wie Allgemeinmediziner, Fachärzte, Physiotherapeuten in multiprofessionellen Teams.

Hervorzuheben ist die kontinuierliche Anpassung kompakter Leistungsangebote für die Patienten im Kontext der Koordinierung durch Fallbetreuer. Sie regeln z. B. den Übergang in den häuslichen Bereich oder sorgen für notwendig werdende Unterstützungsleistungen. Digitalisierte Patientenakten und Telekonsultationen unterstützen die Betreuung der Patienten, gesundheitsfördernde Angebote für unterschiedliche Adressaten werden breit einbezogen. Damit folgt das Gesamtkonzept auch einer auf Prävention ausgerichteten Zielrichtung. Dies schlägt sich u. a. nieder in umfassenden Beratungsangeboten zu Fragen der Gesundheit für die Bevölkerung. Der besondere Vorteil des Konzepts liegt in der Möglichkeit des Ausbaus zu unterschiedlichen Varianten, die somit bedürfnisorientiert nach Standortlage umgesetzt werden können. Ergänzend fördert die Robert-Bosch-Stiftung ein neues Programm zur Unterstützung chronisch Kranker.

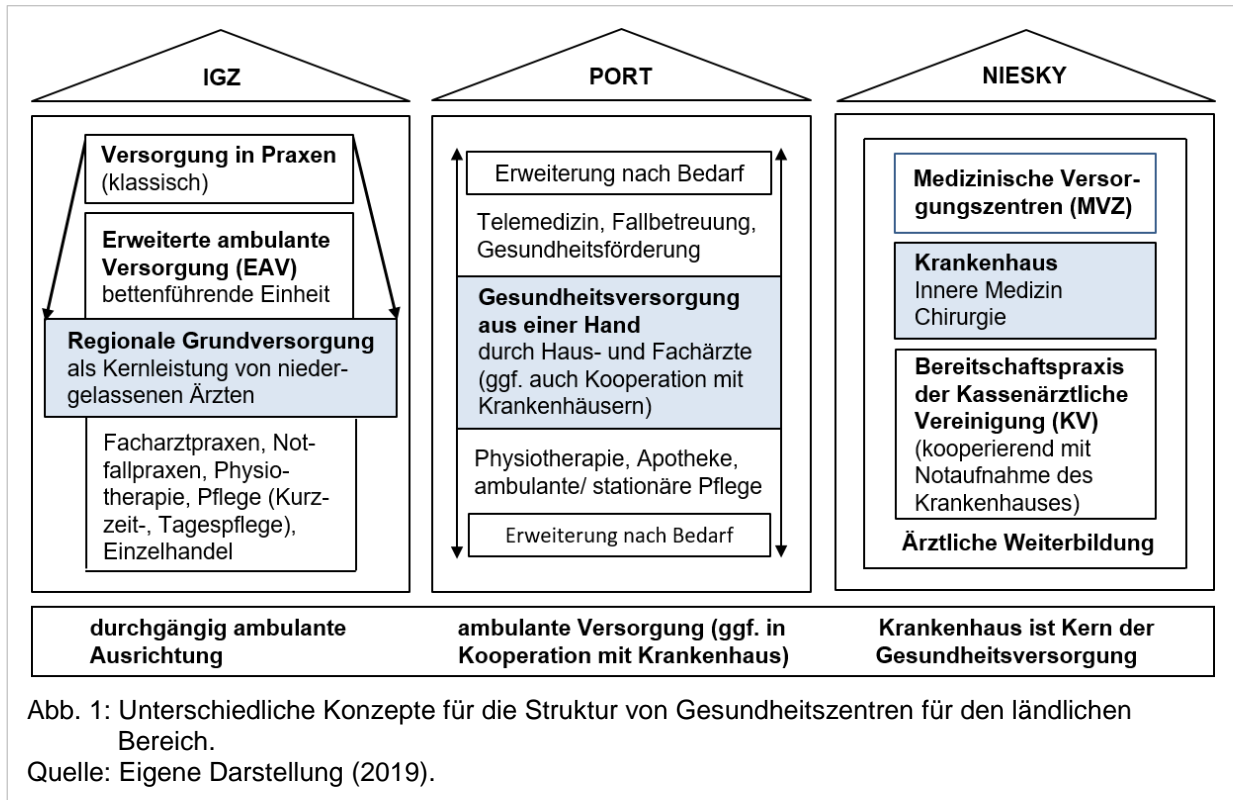
INSEA-Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben ist ein an der Universität Stanford entwickeltes Programm. Ziel ist die Unterstützung chronisch Kranker im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“. Das Programm fokussiert auf Wissen zur eigenen Krankheit und zum täglichen Umgang damit.

**Das intersektorale Gesundheitszentrum (IGZ) - ein innovatives Versorgungskonzept für ländliche Regionen**

In eine ähnliche Richtung wie das o.g. Beispiel geht das derzeit breit diskutierte Konzept IGZ (Abb. 1). Intersektorale Gesundheitszentren sind organisatorische Versorgungsinnovationen mit Verankerung im ambulanten Sektor. Neben der klassischen ambulanten Versorgung können hier Patienten über mehrere Tage durch ihren Haus- oder einen Facharzt versorgt werden. Grundlage ist eine bettenführende Einheit mit Möglichkeit pflegerischer Versorgung (Schmid et al. 2018 und Rinsche/ Schmid 2019). Die genannten beiden Versorgungskonstellationen sind als Kernleistungen des IGZ definiert. Diese Kernleistungen können vielfältig erweitert werden.

Die Einrichtung von IGZ ist neben der Einbettung in bereits bestehende Versorgungslücken vor allem eine Chance für die Beibehaltung bisheriger Versorgungsstandorte. Sie trägt weniger dazu bei, bisherige kleine Krankenhäuser zu erhalten. Denn es besteht in der Regel keine Umwandlung eines kleinen Krankenhauses in ein IGZ, sondern im Regelfall ein Ersatz des Krankenhauses durch ein IGZ am ursprünglichen Standort. Die „Trägerschaft“ von IGZ ist noch nicht durchgängig geklärt. Erfolgt diese über den Träger des wegrationalisierten Krankenhauses, hat dieses den Vorteil, dass Personal aus dem ursprünglichen Krankenhaus nicht entlassen werden muss, sondern in anderen Krankenhäuser des Trägers untergebracht werden kann.

Interessant ist, dass im Rahmen eines Gutachtens der Oberen AG in Kooperation mit der Universität Bayreuth (und im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)) immerhin 190 Krankenhausstandorte identifiziert wurden, die für eine „Umwandlung“ in IGZ geeignet sind (Schmid et al. 2018).



Die 3 verschiedenen Strukturen von Gesundheitsnetzwerken sind zur besseren Übersicht ihrer zentralen Unterschiede in der folgenden Abbildung dargestellt.

### Telemedizin als schlagkräftiges Instrument für eine Optimierung der Patientenversorgung im ländlichen Bereich

Ein schlagkräftiges Instrument zur Optimierung der Patientenversorgung im ländlichen Raum ist die Telemedizin (Sachverständigenrat 2019). Die Einbeziehung telemedizinischer Anwendungen, vor allem im Hinblick auf die Überwindung räumlicher Distanzen zwischen Patient und Gesundheitsversorger, nimmt erfreulicherweise zu. Die Telemedizin bietet ein breites Spektrum von Anwendungsmöglichkeiten zur Optimierung der Versorgung im ländlichen Raum. Anwendungen beziehen sich auf Apps für Smartphones, Telemonitoring (Übertragung physiologischer Daten) oder Bildübertragungen zum Zweck der Diagnose durch weitere Ex-

perten. Besondere Bedeutung und weite Verbreitung hat die Teleneurologie mit Schwerpunkt Schlaganfall. Sie ermöglicht eine zeitnahe Aufklärung mit schneller Therapie. Resultat ist vor allem eine Verminderung der Mortalität.

### Konzept eines digitalen Netzwerkes der AOK

Eine digitale Vernetzung von Versorgungsstrukturen hat natürlich in besonderer Weise auch Bedeutung für ländliche Regionen (Details siehe Noll 2019). Ziel ist die breite Bereitstellung von Gesundheitsinformation für zentrale Bereiche der Gesundheitsversorgung auf der Grundlage digitaler Vernetzung der Protagonisten der Versorgung und dezentraler Datenspeicherung. Ärzten wird die Behandlung von Patienten durch die Möglichkeit des Zugriffs auf die unterschiedlichsten Behandlungsdaten erleichtert. Patienten haben durch die Möglichkeit des Zugangs auf ihre Daten bei unterschiedlichen

Leistungserbringern die Chance, intensiver in den Behandlungsprozess eingebunden zu werden. Dies stärkt das Arzt-Patienten-Verhältnis.

### Personalmanagement für die neuen Versorgungskonstellationen

Die vorgestellten Konzepte bedürfen eines innovativen Personalmanagements. Welche Personen mit welchen Kenntnissen, insbesondere für das Management, benötigt werden, ergibt sich aus dem jeweiligen Personal- und Führungskonzept. Fest steht, dass Kräfte aus Arztpraxen, die ihren Job durch Aufgabe von Arztsitzen verloren haben (z. B. medizinische Fachkräfte oder aber auch Personal aus der Pflege) auf unterschiedlichen Managementebenen in den Netzwerken tätig werden können. Dies gilt z. B. auch für junge Ärzte, die bisher in kleinen Krankenhäusern (bis vor deren Schließung) Managementaufgaben wahrgenommen haben (Ärztliche Qualitätsmanager, Ärztliche Controller). Gefragt sind in besonderer Weise datenverarbeitungsorientierte Nachwuchskräfte der Generation Y mit besonderem Interesse an Fragen der Digitalen Transformation. Schulungen zur Befähigung der aufgeführten Personengruppen für neue Aufgaben in Netzen müssen dazu auf den Weg gebracht werden. Ein Fortbildungskonzept mit schwerpunktmäßiger Fokussierung auf Praxispersonal wurde bereits entwickelt (Hellmann/ Meyer 2019c).

### Fazit und Ausblick

Die Bemühungen zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sind vielfältig. Sie werden jedoch eher punktuellen Charakter haben, sofern die Politik zögerlich bleibt und notwendige Weichen nicht stellt. Sektorenübergreifende Versor-

gungskonzepte zur Sicherung einer Versorgung ohne Brüche (insbesondere für alte und multimorbide Patienten) sind aufgrund der immer noch nicht erfolgten Durchlässigkeit zwischen ambulant und stationär nach wie vor schwer umzusetzen. Insofern ist es erfreulich, dass Einzelinitiativen, insbesondere auch regionaler Kassenärztlicher Vereinigungen, zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Bereich zunehmen. Weitere Initiativen sind in Arbeit. Interessant ist vor allem das Innovationsfondsprojekt K:IDD - Krankenhaus, das über den Tellerrand schaut, die Situation in Dänemark betrachtet und im Hinblick auf die Nutzung bzw. Übertragbarkeit auf Deutschland analysiert (BKK Dachverband 2019). Die Bildung von Zentren, Digitalisierung und sektorenübergreifenden Versorgungseinheiten wären (wie in Dänemark) gute Instrumente, Gesundheitsversorgung in Deutschland zu optimieren. Es lohnt sich aber auch ein Blick in andere Länder über Dänemark hinaus zu werfen (Schaeffer/ Hämel/ Ewers 2015 und Robert-Bosch-Stiftung 2018). Die Grundvoraussetzungen für eine Optimierung der Gesundheitsversorgung in der Fläche muss die Politik schaffen. Dazu wäre zunächst eine detaillierte länderübergreifende Bestandsaufnahme aller Versorgungsaktivitäten durchzuführen, um die Frage beantworten zu können: „Welche Patienten brauchen in welchen Regionen was wofür?“

### Literatur

BKK Dachverband (2019): Kann die dänische Krankenhausreform ein Vorbild für Deutschland sein? BKK Dachverband (Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/kann-die-d-ische...-krankenhausreform-ein-vorbild-fuer-deutschlandsein-a-40800>, Abrufdatum: 05.06.2019.

Boldt R. (2018) Patientenzentrierte Dokumentation im Krankenhaus. Die Voraussetzung für eine erfolgreiche intersektorale Behandlungskette. In: KU Gesundheitsmanagement. Jg. -. Nr. 11. S. 31-33.

Dahlgaard K., Stratmeyer P., Sørensen C. (2016) Verbesserte Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden- strategische Potenziale für das Krankenhaus. In: Hellmann W., Beushausen T., Hasebrook J. (Hrsg.). Krankenhäuser zukunftssicher managen. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. S. 132-149.

Düsenberg A. (2016) Das Expert Care Concept - Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden. In: Hellmann W. (Hrsg.). Herausforderung Krankenhausmanagement. Studienprogramm absolvieren- Klinisches Management erfolgreich gestalten. Hogrefe Verlag. Bern.

Fleischhauer M., Fleck M., Skroch D. (2019) Ein Krankenhaus setzt Zeichen- Strategien und Erfahrungen aus dem Alice Hospital Darmstadt. In: Hellmann W., Schäfer J., Ohm G., Rippmann K., Rohrschneider U. (Hrsg.). SOS Krankenhaus. Strategien zur Zukunftssicherung. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. (im Druck)

Hellmann W. (2014) Arbeitszufriedenheit- Schlüssel zur Facharztrekrutierung. Markenstatus des Chefarztes ausbauen und nutzen. In: Klinik Wissen Managen. Jg. -. Nr. 01. S. A27-A29.

Hellmann W. (2016) Dialogkultur. In: Hellmann W. (Hrsg.). Herausforderung Krankenhausmanagement. Studienprogramm absolvieren- Klinisches Management erfolgreich gestalten. Hogrefe Verlag. Bern. S. 109-110.

Hellmann W. (2017a) Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus. Ein Weg zu mehr Qualität im Krankenhaus. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Hellmann W. (2017b) Mitarbeiter aus anderen Kulturkreisen. In: Hellmann W. (Hrsg.). Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus- Ein wegweisendes Konzept zu mehr Qualität im Krankenhaus. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. S. 118-119.

Hellmann W. (2018) Das wettbewerbsfähige Krankenhaus- Worauf es ankommt. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. Jg. 23. Nr. 01. S. 35-42.

Hellmann W. (2019a) Weiterbildung. In: Hellmann W., Meyer F., Schäfer J., Ohm G. (Hrsg.). Ärztliche Karriere im Krankenhaus. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. (im Druck)

Hellmann W., Ehrenbaum K. (2019b) Risikodialog. In: Hellmann W., Meyer F., Ehrenbaum K., Kutschka I. (Hrsg.). Betriebswirtschaftliches Risikomanagement. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. (im Druck)

Hellmann W., Meyer F. (2019c) Fortbildung für Praxispersonal zur Bewältigung von Aufgaben im Netzmanagement innovativer Versorgungskonstellationen für ländliche Regionen- das Konzept HNM® - Health Network Management. In: Ärzteblatt Sachsen Anhalt. (im Druck)

Klapper B. (2018) PORT-Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung in Spanien (Centros de Salud). Robert-Bosch-Stiftung GmbH (Hrsg.). Stuttgart.

Klapper B. (2019) PORT-Gesundheitszentren - Chance zur Sicherung von Primär- und Langzeitversorgung im ländlichen

Raum. In: Hellmann W., Schäfer J., Ohm G., Rippmann K., Rohrschneider U. (Hrsg.). SOS Krankenhaus. Strategien zur Zukunftssicherung. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. (im Druck)

Noll M. (2019) Patienten im Mittelpunkt digitaler Gesundheitsdienstleistungen. Das Digitale Gesundheitsnetzwerk zur sektorenübergreifenden Versorgung. In: KU Gesundheitsmanagement. Jg. -. Nr. 11 S. 37-39.

Rinsche F., Schmid A. (2019) Intersektorale Gesundheitszentren als Versorgungsinnovation. Eine mögliche Option, um auch im ländlichen Raum optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. In: KU Gesundheitsmanagement. Jg. -. Nr. 3. S. 55-57.

Robert-Bosch-Stiftung GmbH (2018) Gesundheitszentren in Schweden, Spanien, Brasilien und Slowenien (je einzelne Broschüren). Robert-Bosch-Stiftung GmbH (Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung>, Abrufdatum: 11.01.2019.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2019) Beispiele für Ansätze zur Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Stand: 03.06.2019. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Online im Internet, URL: <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=523>, Abrufdatum: 08.06.2019.

Schaeffer D., Hämel K., Ewers M. (2015) Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. Beltz Verlag und Juventa Verlag. Weinheim und Basel.

Schaffert R. (2018) Interview: Rudel statt einsamer Wolf. Interview mit Reinhard Schaffert. In: KU Gesundheitsmanagement. Jg. -. Nr. 2. S. 14-16.

Schaffert R. (2019) Kleine und mittlere Krankenhäuser - richtige Positionierung sichert das Überleben im Wettbewerb. In: Hellmann W., Schäfer J., Ohm G., Rippmann K., Rohrschneider U. (Hrsg.). SOS Krankenhaus. Strategien zur Zukunftssicherung. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. (im Druck)

Schmeißer R., Mathias N. (2019) Klein und klein gesellt sich gern. Wie kleine Krankenhäuser mit geschickten Strategien und Synergien punkten. In: KU Gesundheitsmanagement. Jg. -. Nr. 2. S. 46-48.

Schmid A., Hacker J., Rinsche F., Distler F. (2018) Intersektorale Gesundheitszentren: Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte, Gutachten der Universität Bayreuth und der Oberer AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Epub Bayreuth. Online im Internet, URL: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:703-epub-3852-8>, Abrufdatum: 08.06.2019.

Schnake A. (2019) Mehr Vernetzung wagen. In: Gesundheit und Gesellschaft. Jg. 22. Nr. 5/19. S. 12-13.

Schulz V. (2019) Fachfusionen für kleine Krankenhäuser als Chance am Beispiel West-Mecklenburg Klinik. In: Hellmann W., Schäfer J., Ohm G., Rippmann K., Rohrschneider U. (Hrsg.). SOS Krankenhaus. Strategien zur Zukunftssicherung. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. (im Druck)



Tocha W. (2019) Ein Haus für die Gesundheit. In: Gesundheit und Gesellschaft. Jg. 22. Nr. 5/19. S. 17.

### Autorenbiografie

*Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann*, ist Professor der Hochschule Hannover, Gründer der Akademie für Management im Gesundheitswesen e. V., Initiator des Studienmodells Hannover für Berufe im Gesundheitswesen, Wissenschaftlicher Planer und Leiter des Studienprogramm MHM® - für Führungskräfte im Ärztlichen Dienst am Standort Hannover, Gründer der DSÖGG (Deutsch-Schweizerisch-Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitsmanagement), Mitglied in zahlreichen Beiräten, z. B. Gesundheitsbildung e. V., Schweiz. Herausgeber zahlreicher Buchpublikationen zum Krankenhausmanagement. Aktuelle Projekte: Lernprogramm zu Fragen des Krankenhausmanagements: „Medical Hospital Manager Junior kompakt - Managementwissen für Studierenden im Praktischen Jahr und Neueinsteiger im Krankenhaus“, „Karriereplanung für Mediziner“, „SOS-Krankenhaus-Strategien zur Zukunftssicherung“, „Betriebswirtschaftliches Risikomanagement“ und: „Wer wir sind und was wir wollen - Wünsche und Forderungen der Generation Y an das Krankenhaus der Zukunft“ (alle Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2019 und 2020). Besonderes Anliegen: Leistung eines Beitrags zur Befähigung der jungen Ärztegeneration zu einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung im Kontext eines modifizierten ärztlichen Rollenverständnisses ohne Paternalismus und schwerpunktmäßiger Fokussierung auf ökonomische Ziele.

### Autorenanschrift

Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann  
(Hochschule Hannover)  
KoKiK® - Kooperative Kundenorientierung  
im Krankenhaus  
MHM® - Medical Hospital Management  
HNM® - Health Network Management  
Junkergarten 15  
30966 Hemmingen

E-Mail: Hellmann-W@t-online.de



**Zitierform:** Wirth L. M., Peters M., Daxberger S., Hülsken-Giesler M. (2019) Verantwortung ohne Befähigung – wie Führungs- und Fachkräfte in der ambulanten Pflege systematisch überfordert werden: Analyse und erste Gestaltungsansätze, ZFPG, Jg. 5, Nr. 1, S. 53-62. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.05.01.2019-08

## Beitrag aus der Praxis IV



### **Titel**

Verantwortung ohne Befähigung – wie Führungs- und Fachkräfte in der ambulanten Pflege systematisch überfordert werden: Analyse und erste Gestaltungsansätze

### **Autoren**

Dr. Lena Marie Wirth (links oben)  
Miriam Peters (rechts oben)  
Sabine Daxberger (links unten)  
Prof. Manfred Hülsken-Giesler (rechts unten)

### **Ausgangslage**

Neue Managementmethoden und der Einzug von ökonomischen Marktlogiken sowie neue computergestützte Technologien führen dazu, dass die Steuerung von Prozessen in Pflege- und Gesundheitsorganisationen stetig indirekter wird (vgl. Wirth et al. 2019a, Daxberger/ Wirth/ Hülsken-Giesler 2018, Sauer 2007 und Peters und Sauer 2005).

*„Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sollen nicht mehr tun, was ihnen gesagt wird, sondern sie sollen selbstständig reagieren auf die Bedingungen, mit denen sie konfrontiert werden. Rechtfertigen können sie sich nicht mehr durch Fleiß, Einhaltung von Disziplin und fachlicher Qualität, sondern nur noch über ihren Beitrag zum unternehmerischen Erfolg.“ (Peters 2008).*

Indirekte Steuerungsmechanismen führen neben einem Zuwachs an Eigenverantwortlichkeit auch zu neuen Anforderungen und Auswirkungen in der Arbeitswelt von Pflegenden und ihren Organisationsmitgliedern.

Im folgenden Beitrag wird speziell auf eine Auswahl an neuen Anforderungen an Führungskräfte in der Pflege eingegangen, die sich empirisch im Rahmen des BMBF-Forschungsprojektes „Integrierte technikgestützte Arbeitsprozessentwicklung für Gesundheit in der ambulanten Pflege“ (ITAGAP 2017) gezeigt haben.

### **ITAGAP**

Das Verbundkonsortium ITAGAP besteht aus wissenschaftlichen Partnern der Philosophisch-Theologischen Hochschule Valendar (Lehrstuhl für Gemeindenahe Pflege) und der Universität Oldenburg (Abteilungen:

BWL insbesondere Organisation & Personal; Assistenzsysteme und Medizintechnik) und ambulanten Pflegediensten der Johanniter-Unfall-Hilfe (RV Weser-Ems) und des Christlichen Pflegedienst Bramsche.

Das Projekt widmet seine Forschungstätigkeiten professionell Pflegenden in ambulanten Diensten und jenen vielfältigen Anforderungen, mit denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der pflegepraktischen Versorgung und ihrem individuellen Arbeitshandeln täglich konfrontiert werden (Wirth et al. 2019a).

Im Rahmen der Projektarbeiten konnte durch empirische Arbeiten im Methodenmix von Experteninterviews, Beobachtungen, quantitativen Befragungen und Gruppendiskussionen (Workshop-Format) Erkenntnisse gewonnen werden, die auf eine starke Zerrissenheit bei ambulant Pflegenden zwischen betriebswirtschaftlichen und fachlichen Anforderungen hinweisen, welche die psychische und physische Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflusst.

### Ausgewählte Steuerungsmechanismen

Spannungen dieser Art wurden vor allem auch bei den Führungskräften in der ambulanten Pflege, den Pflegedienstleitungen (PDL), sichtbar.

*„Ich bin immer in einer Sandwich-Position. Ich muss einerseits die Wirtschaftlichkeit darstellen. Ich muss die Kundenzufriedenheit darstellen. Und ich soll auch die Mitarbeiterzufriedenheit darstellen. Und das ist etwas, was einen einfach aufreibt“ (ITAGAP 2017).*

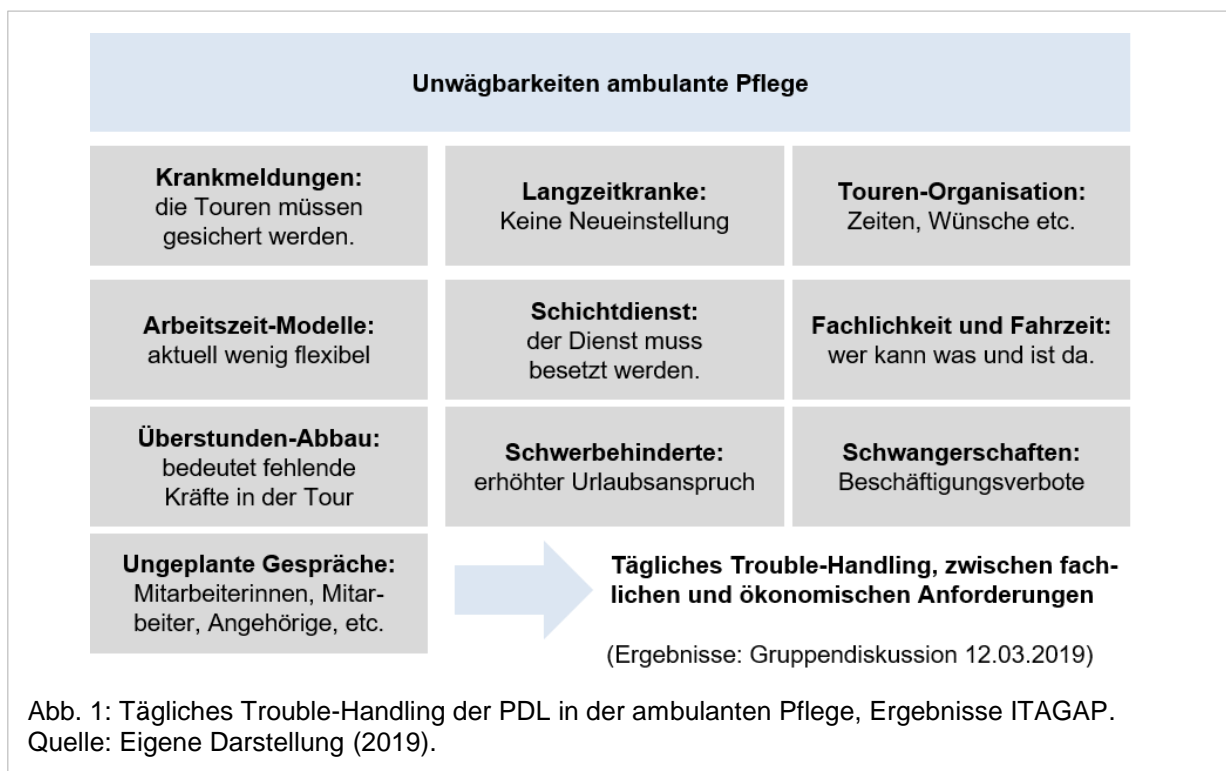
Innerhalb einer Gruppendiskussionen mit PDLs stellte sich heraus, dass diese täglich

mit unterschiedlichen Unwägbarkeiten konfrontiert werden, die häufig dazu führen, dass harte Kennzahlen oder wirtschaftliche Ziele nur bedingt erreicht werden können (siehe Abb. 1).

Die zunehmende Etablierung von indirekten Steuerungsmechanismen erfordert mehr eigenverantwortliches Management von den betroffenen Führungskräften und mittelbar auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der direkten Versorgung. Forschungsergebnisse zeigen, dass nicht nur neue Anforderungen aus veränderten Handlungsspielräumen, sondern vor allem auch Widersprüche in der Steuerung der Pflegearbeit zu Belastungen im Arbeitsalltag führen (Wirth et al. 2019b).

So wird beispielsweise häufig die Verantwortung für betriebswirtschaftliche Kennzahlen an die PDL übertragen, ohne zunächst eine Befähigung zum Management der Bereiche, die zur Erlangung der Kennzahlen erfolgskritisch sind, vorzulagern. Verfehlungen werden nicht gemeinsam aufgearbeitet, sondern der Druck über Zielvorgaben – direkte Steuerung – unreflektiert erhöht (Wirth et al. 2019b).

Das Autonomieforschungsinstitut COGITO konnte in früheren Forschungen zeigen, dass im Rahmen von indirekten Steuerungsmechanismen eine „wenn-schon-denn-schon-Haltung“ eingenommen werden sollte (Peters 2011). D. h., dass unternehmerische Anforderungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Unternehmen (konsequent) mit den notwendigen Spielräumen für die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgestattet werden müssen, um eine Bewältigung erst zu ermöglichen (Peters 2011).



Indirekte Steuerungsmechanismen importieren die Leistungsdynamik von selbstständigem Unternehmertum in abhängige Beschäftigungsverhältnisse. Dieser Paradigmenwechsel sollte neben einer Erweiterung der Entscheidungs- und Handlungsspielräume (s. o.) auch mit einer Befähigung zur gesunden Gestaltung der „(mit-)unternehmerischen“ Arbeit einhergehen. Es gilt also, neben den neuen Anforderungen die damit verbundenen neuen Formen von Belastungen in den Blick zu nehmen und angemessen zu berücksichtigen.

### Interessierte Selbstgefährdung

Interessierte Selbstgefährdung, ein bereits in verschiedenen beruflichen Branchen durch das COGITIO-Institut beforschtes Phänomen, beschreibt die Gefährdung der eigenen Gesundheit zur Sicherung des wirtschaftlichen Unternehmenserfolges bzw. aus Angst vor einem wirtschaftlichen Misserfolg (Peters 2017). Selbstgefährdendes Verhalten wird dabei häufig auch gegen gut gemeinte Inter-

ventionen oder gar gegen klare betriebliche Regelungen verteidigt (Peters 2017).

Diese Form der Selbstgefährdung zeigt sich in unterschiedlichen Verhaltensweisen, die vor allem in Rahmen von Workshops und im Austausch mit Team-Mitgliedern reflektiert werden können. Ausgewählte Hinweise lassen sich auch quantitativ, durch Selbsteinschätzung der Betroffenen aufzeigen.

Aus der Analyse standardisierter Erhebungen im Projekt ITAGAP, die in Form einer bundesweiten Onlineerhebung bei Mitarbeitern eines Trägers der Wohlfahrtspflege durchgeführt wurde (n=593), ergeben sich Hinweise darauf, dass das Risiko von Verhaltensweisen der Interessierten Selbstgefährdung in Leitungsfunktionen ansteigt (vgl. Tabellen 1-3). In den empirischen Erhebungen werden diese Verhaltensweisen der Interessierten Selbstgefährdung über die Skalen „Intensivieren der Arbeitszeit“ und „Ausdehnen der Arbeitszeit“ von Krause et al. (2015) und „Präsentismus“ über den CO-

PSOQ-Fragebogen (2019) operationalisiert. Die Items wurden über fünfstufige Likertskalierte Antwortformate erhoben. Die Auswertung erfolgte anhand der Mittelwerte, um eine Vergleichbarkeit der Skalen mit unterschiedlicher Itemanzahl zu gewährleisten.

Ausdehnen der Arbeitszeit:

Funktion	Mittelwert	N	Standardabweichung
PDL	3,5774	53	,97638
stellv. PDL	3,4629	35	,85512
Teamleitung	3,3750	8	,92852
Mitarbeiter	2,8679	218	,87662
Insgesamt	3,0669	314	,93889

Intensivieren der Arbeitszeit / Arbeitstempo:

Funktion	Mittelwert	N	Standardabweichung
PDL	3,7107	53	1,16215
stellv. PDL	3,3810	35	1,13800
Teamleitung	3,3750	8	1,38515

<b>Mitarbeiter</b>	2,9633	218	1,12080
<b>Insgesamt</b>	3,1465	314	1,16775

Präsentismus:

Funktion	Mittelwert	N	Standardabweichung
PDL	2,7925	53	1,43257
stellv. PDL	2,5714	35	1,19523
Teamleitung	3,2500	8	1,28174
Mitarbeiter	2,4541	218	1,17587
Insgesamt	2,5446	314	1,23303

Tab. 1-3: Ergebnisse einer standardisierten Mitarbeiterbefragung im Projekt ITAGAP, Daten aus 2017, Quelle: Eigene Auswertungen (2019).

Die Skala „Ausdehnen der Arbeitszeit“ umfasst Fragen, die das Verhalten der Befragten in Bezug auf den Wegfall von Aktivitäten zum Ausgleich der Arbeit, Verzicht auf Pausenzeiten und Mehrarbeit prüft. Den zeitlichen Horizont stellen dabei die letzten drei Monate dar (Krause et al. 2015). Die Skala „Intensivieren der Arbeitszeit“ betrifft hingegen das Arbeitstempo, mit dem die täglichen Tätigkeiten durchgeführt werden. Ein Bezug zur Gesundheit wird hergestellt, indem beispielsweise gefragt wird, ob in den letzten 3 Monaten in einem Tempo gearbeitet wurde,

von denen die Befragten wissen, dass es ihnen nicht gut tut (Krause et al. 2015).

Die Auswertung zum Präsentismus bezieht sich auf ein Item aus der neusten Version des COPSOQ. Präsentismus beschreibt ein Verhalten, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig trotz seelischer oder körperlicher Beeinträchtigungen ihrer Arbeit nachgehen und sich damit auf Dauer selbst schaden (Badura 2009).

Die Ergebnisse zeigen, dass die drei selbstgefährdenden Verhaltensweisen mit der Zunahme an Führungsverantwortung steigen. Fraglich bleibt jedoch, warum sich speziell Führungskräfte selbstgefährdend verhalten. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse zur indirekten Steuerung wird deutlich, dass neue „unternehmerische“ Anforderungen auch veränderte Ressourcen und damit veränderte Befähigungen erfordern.

### Befähigung und Karrierepfade in der Pflege

Systematische Karriereplanung im Sinne einer stringenten Personalentwicklung findet in der Pflege häufig weder bei den Mitarbeitenden noch bei Unternehmen statt (Benedix et al. 2013). Eine Besonderheit der Pflegeberufe im deutschsprachigen Raum stellt die historisch vom Gedanken der Nächstenliebe geprägte Einstellung dar, die mehr oder weniger impliziert, dass es „Karriere“ in der Pflege nicht gibt bzw. kaum darüber gesprochen wird (Darmann-Finck/ Hülsken-Giesler 2013).

Insgesamt existiert heute eine heterogene Landschaft an Qualifizierungswegen in der Pflege (vgl. z. B. Pflegestudium 2019). Die unterschiedlichen Säulen der Qualifizierung in nicht akademischen Berufen des Gesund-

heitswesens stehen sowohl im Bereich der Ausbildung als auch im Bereich der Weiterbildung weitestgehend isoliert nebeneinander. „Unterschiedliche Rechtsgrundlagen und unterschiedliche landes- und bundesrechtliche Zuständigkeiten führen zu säulenspezifischen Weiterentwicklungen im Bereich der beruflichen Bildung. Horizontale und vertikale Durchlässigkeit ist nur eingeschränkt gegeben“ (Zöllner 2012).

Führungskräfte des unteren Managements (Pflegedienstleitungen) wechseln häufig aus der Pflegepraxis in die anspruchsvolle Führungsrolle (Benedix et al. 2013), ohne vorher systematisch darauf vorbereitet zu werden. Die Einarbeitung und Aneignung von notwendigen Kompetenzen ist geprägt von „learning by doing.“ Einschlägige Qualifizierungsmaßnahmen werden meist über Fort- und Weiterbildungen, die neben dem laufenden Betrieb absolviert werden, nachgeholt (Wirth et al. 2019a). In einer Studie im Bundesland Bremen aus dem Jahr 2013 konnten folgende Qualifizierungsbedarfe für Führungskräfte in der Pflege identifiziert werden:

- „Führungstechniken/Moderation“
- „Kommunikation/Interaktion“
- „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ (Benedix et al. 2013).

All diese Bereiche betreffen unternehmerische Anforderungen, die auch eine besondere Bedeutung für eine „gesunde“ Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben. Führung beruht nicht allein auf den Eigenschaften einer Führungskraft, sondern auf der Wechselwirkung in sozialen Führungsbeziehungen zwischen Führungskraft und Mitarbeiterin oder Mitarbeiter (Pohlmann 2007). Wechselseitige Erwartungen und



Verpflichtungen sowie ein gegenseitiges „Aufeinander-Eingestellt-Sein“ sind folglich maßgeblich für die Wirksamkeit einer Führungsbeziehung.

Damit Führungskräfte die Beziehung zu ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv positiv gestalten können, benötigen sie neben der reinen Kenntnis darüber, dass die Beziehung ausschlaggebend ist, auch Werkzeuge um diese Beziehung zu analysieren und zu gestalten. Die Führungskraft nimmt mit ihrer Führungsbeziehung Einfluss auf die:

- Anforderungen (Arbeitsaufgabe, Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation etc.)
- Belastungen/ Stressoren (Zeitdruck, körperliche Arbeit, Probleme mit Kunden, etc.)
- und Ressourcen (bspw. organisationale Ressourcen wie: Partizipation, Information und Tätigkeitsspielraum, Arbeitszufriedenheit etc.)

ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Vincent 2011 und Zimmer 2006). Bolz (2015) weist zudem darauf hin, dass Wertschätzung durch die Führungskräfte und ein respektvoller Umgang wesentliche Voraussetzungen für eine positive Beeinflussung der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege sind (Bolz 2015).

## Fazit und Ausblick

Zusammenfassend wird deutlich, dass Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege, wie auch in anderen Bereichen, viele Anforderungen mit sich bringt, die nur durch eine fortwährende Entwicklung und Reflexion des Führungsverhaltens bewältigt

werden können. Die Bereitstellung von bspw. zeitlichen oder finanziellen Ressourcen zur Bewältigung dieser Aufgaben in der ambulanten Pflege konnten wir im Projektverlauf ITAGAP kaum erkennen. Vielmehr zeigte sich, dass entsprechende Probleme im Management häufig bagatellisiert und bspw. durch genderspezifische Unterschiede erklärt werden (Vogd 2018 und Gerlach 2013).

Die ITAGAP-Erkenntnisse weisen allerdings darauf hin, dass diese Argumentationen eine lösungsorientierte Auseinandersetzung eher verhindern. Es hat sich aber auch gezeigt, dass es an Befähigung und an den Ressourcen zur Auseinandersetzung mit den Managementanforderungen des Alltags fehlt, nicht aber an einer grundsätzlichen Bereitschaft (vgl. hierzu auch Abb. 1). Die Bewältigung der benannten Anforderungen muss erlernt und stetig weiterentwickelt werden. Wenn Führungskräfte in der Pflege (mit-)unternehmerisch tätig sein sollen, dann benötigen sie („wenn-schon-denn-schon“, s. o.) Befähigung und Handlungs- und Entscheidungsräume dafür.

Prognosen zufolge steigt die Relevanz von Pflege und Versorgung in der Gesellschaft stark an (Bertelsmann Stiftung 2012). Damit Führungskräfte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege jedoch unter den hier skizzierten unternehmerischen Bedingungen langfristig gesund arbeiten können, bedarf es – sieht man von Möglichkeiten eines grundsätzlichen Paradigmenwechsels einmal ab (Felber 2018) – mehr Ressourcen, um Befähigungen zum Umgang mit neuen Anforderungen an eine unternehmerisch geprägte Pflegearbeit zu erlangen. Um die Qualität in der Versorgung, den Nachwuchs in den Pflegeberufen und demnach ein nachhaltig attraktives und gesundes Arbeits-



feld bieten zu können, sind folglich u. a. systematische Wege der Personalentwicklung und Karriereplanung in Pflegeorganisationen nötig.

Neben Entwicklungsmöglichkeiten für Führungskräfte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege sind weiterhin Räume zu schaffen, die eine Reflexion der Pflegearbeit zwischen betriebswirtschaftlichen und fachlichen Perspektiven ermöglichen. Letztendlich gilt es, ein geteiltes Verständnis von Unternehmertum in der Pflege zu entwickeln, welches sowohl fachliche als auch wirtschaftliche Anforderungen vereint.

## Literatur

- Badura B. (2009) Wege aus der Krise. In: Badura B., Schröder H., Klose J., Macco K. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2009, Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Springer Medizin Verlag. Heidelberg. S. 3-12.
- Benedix U., Hammer G., Medjedovic I., Schröder E. (2013) Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege. Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW) Universität/Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.). Online im Internet. URL: [https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/IAW\\_Reihe/IAW\\_3\\_Arbeitskraeftebedarf\\_und\\_Personalentwicklung\\_Pflege.pdf](https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/IAW_Reihe/IAW_3_Arbeitskraeftebedarf_und_Personalentwicklung_Pflege.pdf). Abrufdatum: 29.05.2019.
- Bertelsmann Stiftung (2012) Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Erarbeitet von Rothgang H., Müller R., Unger R. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Bolz H. (2015) Pflegeeinrichtungen erfolgreich führen. Organisationskultur zwischen Marktorientierung und Berufsethik. Springer Verlag. Wiesbaden.
- COPSOQ-Fragebogen (2019) Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Faktoren am Arbeitsplatz. Frage B.13.4. Online im Internet. URL: <https://www.copsoq.de/assets/COPSOQ-Fragebogen-120419-gelb.pdf>, Abrufdatum: 27.05.2019.
- Darmann-Finck I., Hülsken-Giesler M. (2013) Editorial Fachtagung 14 „Pflegebildung im Zeichen des demographischen Wandels“. bwp@Spezial 6-Hochschultage berufliche Bildung 2013, Fachtagung 14, v. Darmann-Finck I., Hülsken-Giesler M. (Hrsg.). S. 1-5. Online im Internet, URL: [www.bwpat.de/hat2013/ft14/editorial\\_ft14-ht2013.pdf](http://www.bwpat.de/hat2013/ft14/editorial_ft14-ht2013.pdf), Abrufdatum: 01.06.2019.
- Daxberger S., Wirth L. M., Hülsken-Giesler M. (2018) Technikgestützte Steuerung von Arbeitsprozessen in der ambulanten Pflege – eine transdisziplinäre Betrachtung. in: Pflegewissenschaft. Jg. 20. Nr. 7-8. S. 27-36.
- Felber C. (2018) Gemeinwohl-Ökonomie. Piper Verlag. München.
- Gerlach A. (2013) Professionelle Identität in der Pflege. Mabuse Verlag. Frankfurt.
- ITAGAP (2017) BMBF-Forschungsprojektes „Integrierte technikgestützte Arbeitsprozessentwicklung für Gesundheit in der ambulanten Pflege“, (Förderkennzeichen 02L14A 240) Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. (Hrsg.), Elsfleth.
- Krause A., Baeriswyl S., Berset M., Deci N., Dettmers J., Dorsemagen C., Meier W., Schraner S., Stetter B., Straub L. (2015) Selbstgefährdung als Indikator für Mängel

bei der Gestaltung mobil-flexibler Arbeit: Zur Entwicklung eines Erhebungsinstruments. In: *Wirtschaftspsychologie*. Heft 4-2014/1-2015. S. 49-59.

Peters K. (2008) Thesen zur indirekten Steuerung. Berlin: COGITO Institut für Autonomieforschung e. V. Online im Internet. URL: [https://cogito-institut.de/Peters/2008a\\_Thesen\\_zur\\_indirekten\\_Steuerung.pdf](https://cogito-institut.de/Peters/2008a_Thesen_zur_indirekten_Steuerung.pdf), zuletzt aufgerufen: 12.06.2019. (DNB-Katalog: <http://d-nb.info/1188324969>)

Peters K. (2011) Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Kratzer N., Dunkel W., Becker K., Hinrichs S. (Hrsg.). *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement*. edition sigma. Berlin. S. 105-125.

Peters K. (2017) Interessierte Selbstgefährdung, indirekte Steuerung und mobile Arbeit. In: Breisig T., Grzech-Sukalo H., Vogl G. (Hrsg.). *Mobile Arbeit gesund gestalten. Trendergebnisse aus dem Forschungsprojekt prentimo – präventionsorientierte Gestaltung mobiler Arbeit*. Broschüre. S. 12-14. Online im Internet, URL: <http://www.prentimo.de/assets/Uploads/prentimo-Mobile-Arbeit-gesund-gestalten.pdf>, Abrufdatum: 18.05.2019.

Pflegestudium (2019) Weiterbildungen Übersicht. Pflegestudium (Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.pflegestudium.de/weiterbildungen-uebersicht/>, Abrufdatum: 17.06.2019.

Pohlmann M. (2007) Management und Führung: eine managementsoziologische Perspektive. In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*. Jg. 30. Nr. 1. S. 5-20. Online im

Internet, URL: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/3880>, Abrufdatum: 20.03.2019.

Peters K., Sauer D. (2005) Indirekte Steuerung - eine neue Herrschaftsform Zur revolutionären Qualität des gegenwärtigen Umbruchprozesses. In: Wagner H. (Hrsg.). „Rentier’ ich mich noch?“. *Neue Steuerungskonzepte im Betrieb*. VSA-Verlag. Hamburg. S. 23-58.

Sauer D. (2007) Von „humanisierter“ zu „guter“ Arbeit – Paradigmenwechsel in der Arbeitspolitik? Vortrag auf einer Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik. Berlin. Online im Internet. URL: [http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/dieter\\_sauer\\_FES\\_11\\_2007\\_gute\\_arbeit.pdf](http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/dieter_sauer_FES_11_2007_gute_arbeit.pdf). Abrufdatum: 13.08.2019.

Vincent S. (2011) Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In: Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Macco K. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit; Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Springer Verlag. Berlin. S. 49-60.

Vogd W., Feißt M., Molzberger K., Ostermann A., Slotta J. (2018) Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Springer VS. Wiesbaden.

Wirth L. M., Daxberger S., Peters M., Fifelski C., Hülsken-Giesler M., Breisig T., Hein A., Brauer C. (2019a) Integrierte Technik- und Arbeitsprozessentwicklung in der ambulanten Pflege: Gestaltungsansätze aus dem Projekt ITAGAP für eine verantwortliche und gesunde Pflegearbeit. In: Fuchs-Frohnhofer

P., Altmann T., Wirth L. M., Wehrich M. (Hrsg.). Gestaltungsoptionen für einen zukunftsfähigen Arbeits- und Gesundheitsschutz im Pflege- und Dienstleistungssektor. Ergebnisse einer Zusammenstellung von Verbundprojekten aus dem BMBF Förderungsschwerpunkt „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“. Bertuch Verlag. Weimar. S. 29-33.

Wirth L. M., Daxberger S., Peters M., Hülksen-Giesler M. (2019b) Raum für Innovation – Möglichkeiten und Begrenzungen der Indirekten Steuerung für innovative Organisationsprozesse in der ambulanten Pflege. In: Autor (Hrsg.). Titel. Verlag. Ort. (im Druck).

Zimber A. (2006) Wie Führungskräfte zur Mitarbeitergesundheit beitragen können: Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW-Betrieben. 1. Teilprojekt: Literaturüberblick. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Online im Internet. URL: [https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Fachartikel/BGW-Projekt-Fuehrung-Gesundheit-Download.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Fachartikel/BGW-Projekt-Fuehrung-Gesundheit-Download.pdf?__blob=publicationFile), Abrufdatum: 10.11.2016.

Zöllner M. (2012) Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP, Hrsg.). Ausgabe 6/2012. Online im Internet. URL: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/bwp/show/6979>, Abrufdatum: 28.05. 2019.

### Autorenbiografien

*Dr. rer. pol. Lena Marie Wirth*, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt ITAGAP der CvO Universität Oldenburg, Lehrstuhl für BWL, insbesondere Organisation und Personal sowie Mitglied beim Autonomiefor-

schungsinstitut COGITO e. V. Forschungsschwerpunkte sind die Bewältigung von Veränderungen in Organisationen sowie Steuerungsmechanismen und deren Auswirkung auf die Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

*Dipl.-Kauffrau Miriam Peters*, MScN, ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Ihre Arbeitsschwerpunkte betreffen Fragen zu digitalen Medien in der Pflegebildung, standardisierten Methoden sowie Mixed-Methods Ansätzen in der Pflegeforschung und neuen Technologien in der Versorgungspraxis.

*Sabine Daxberger*, MScN., B.Sc. studierte Pflegewissenschaft und hat ein Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Gemeindenahe Pflege der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV). Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in Projekten zum Thema „Neue Technologien in der Pflege“ und gesundheitsförderliche Arbeitsprozessentwicklung.

*Manfred Hülksen-Giesler* ist Professor für Pflegewissenschaft am Institut für Gesundheitsforschung und Bildung der Universität Osnabrück. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der theoretisch wie empirisch gestützten Technikentwicklung, -erprobung und -bewertung für Pflege und Gesundheit, der Zukunftsforschung in Pflege und Gesundheit sowie der grundlagentheoretisch begründeten Weiterentwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft.

## Autorenanschriften

Dr. Lena Marie Wirth  
Carl von Ossietzky Universität  
Department für Wirtschafts- und Rechtswissenschaften  
BWL, insbesondere Organisation und Personal  
Ammerländer Heerstr. 114-118  
26111 Oldenburg

E-Mail: [lena.marie.wirth@uol.de](mailto:lena.marie.wirth@uol.de) und  
[wirth@cogito-institut.de](mailto:wirth@cogito-institut.de)

Miriam Peters  
Philosophisch-Theologische Hochschule  
Vallendar  
Pallottistraße 3  
56179 Vallendar

E-Mail: [mipeters@pthv.de](mailto:mipeters@pthv.de)

Sabine Daxberger  
Philosophisch-Theologische Hochschule  
Vallendar  
Pflegerwissenschaftliche Fakultät  
Pallottistr. 3  
56179 Vallendar

E-Mail: [sdaxberger@pthv.de](mailto:sdaxberger@pthv.de)

Univ.-Prof. Dr. phil. Manfred Hülsken-  
Giesler Universität Osnabrück  
Fachbereich Humanwissenschaften  
Institut für Gesundheitsforschung und Bildung  
Fachgebiet Pflegewissenschaft  
Barbarastrasse 22c  
D - 49069 Osnabrück

E-Mail: [mhuelske@uni-osnabrueck.de](mailto:mhuelske@uni-osnabrueck.de)

## Führende Köpfe im Porträt

### Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario Pfannstiel und Dr. Daniel Liedtke (Chief Executive Officer, Privatklinikgruppe Hirslanden) werden im Folgenden mit MP und DL abgekürzt.

#### *MP: Was war ihr Berufswunsch als Schüler?*

**DL:** Ich war zu neugierig und verspielt, um mich auf einen spezifischen Berufswunsch zu fokussieren. In der Schulzeit war ich vor allem an Technik interessiert und sehr sportbegeistert. Ich habe deshalb zunächst eine Lehre als Autoelektroniker abgeschlossen, merkte aber schnell, dass mir das zu einseitig wird. Nach dem Lehrabschluss war ich dann in den USA, wo ich bei einem Ehepaar wohnte, die ein Physiotherapie-Zentrum führten. Das faszinierte mich, weil das Gebiet analytisch ist und sich gleichzeitig um zwischenmenschliche Beziehungen dreht. Also beschloss ich Physiotherapeut zu werden. Und ab da ging es immer weiter!

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

**DL:** Während meiner Erstausbildung war es mein erklärtes Ziel, bei Bosch zu arbeiten. Während der Zweit- und Drittausbildung ging es dann in Richtung selbstständige Praxistätigkeit. Und während meiner Promotion habe ich mich sogar mit dem Gedanken auseinandergesetzt, eine Assistenzprofessur an der Charles Sturt University. Es ist dann aber doch etwas anders gekommen (lacht).



*Liedtke: „Führen heißt für mich, den Menschen als Ganzes zu sehen und Mitarbeitern auf Augenhöhe zu begegnen.“*

#### *MP: Welche Ereignisse waren für Ihre berufliche Entwicklung wesentlich?*

**DL:** Vorbilder waren für mich immer wichtig. Während den Ausbildungen waren es herausragende Lehrer, danach Professoren und später motivierende Vorgesetzte oder Förderer. Der schon erwähnte Sprachaufenthalt bei einer Familie, die ein großes Physiotherapie-Zentrum in den USA führte, bewog mich zu einem Wechsel von der Technik hin zur Medizin.

#### *MP: Ihre beste Personalentscheidung?*

**DL:** Ich durfte vor meinem Wechsel als CEO an die Spitze der Hirslanden-Gruppe als Chief Operating Officer (COO) tätig sein. Ein wichtiger Aspekt dabei war die operative

## Profildaten

Beruflicher Werdegang: Chief Executive Officer (CEO), seit 2019, Privatklinikgruppe Hirslanden | Chief Operating Officer (COO), 2015-2018, Privatklinikgruppe Hirslanden | Verwaltungsratsmitglied, 2013-2018, ZetLab AG, Zürich | Verwaltungsratspräsident, 2011-2018, ZLZ Zentrallabor Zürich | Direktor, 2008-2015, Klinik Hirslanden, Zürich | Stellvertretender Direktor, 2007-2008, Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern | Bereichsleiter, 2003-2006, Klinik St. Anna, 2006-2008 Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern | Abteilungsleiter, 2000-2003, Klinik St. Anna, Luzern | Klinischer/ wissenschaftlicher Mitarbeiter, 1996-2000 Rehabilitationsklinik, Bellikon (Suva).

Ausbildung und akademische Abschlüsse: Doctor of Business Administration (DBA), 2007-2011, University Charles Sturt, Australia | Master of Health Administration, 2003-2005, St.Gallen University of Applied Sciences (FHS) | Osteopathic Medicine (D.O.), 1997-2003, Swiss Association of Osteopathic Medicine (SKOM) | Bachelor of Science of Physiotherapy (D.O., GDK), 1992-1996, University of Applied Sciences Northwestern Switzerland.

Quelle: Eigene Darstellung (2019).

Führung der 18 Spitaldirektoren in allen Regionen. Eigentlich eine personell unlösbare Aufgabe! Mit der Entscheidung, diese Rolle auf zwei Hauptregionen (Ost & West) und zwei COOs aufzuteilen, konnte ich den Regionen und den Direktoren mehr Aufmerksamkeit widmen. Das war eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und den Ausbau unseres jetzigen Geschäftsmodells und ein explizites Zeichen ins Unternehmen, dass Führungsteams in Spitzenpositionen möglich sind.

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

**DL:** Für den Erfolg braucht es das Zusammenspiel im Team, einen guten Spirit und die richtige Aufstellung. Insofern würde ich mich als CEO mit dem Coach einer Mannschaft vergleichen.

### *MP: Wie motivieren Sie Ihre Mitarbeiter?*

**DL:** Indem ich versuche, meine Begeisterung, für das was mir wichtig ist, auch weiterzugeben und andere damit zu „infizieren“: Durch authentisches Auftreten und möglichst große Deckungsgleichheit von Denken und Handeln sowie durch konsequentes Fordern und Fördern von Teamwork.

### *MP: Welches Profil haben Manager im Gesundheitswesen 2030?*

**DL:** Das Spital ist ein Konglomerat von Handwerkstätigkeit, Wissenschaft und Kunst, Massenproduktion und Massanfertigung sowie Herzenstätigkeit und Geschäft. Das erfolgreiche Profil der Spitalleitung basiert maßgeblich auf Leadership-Fähigkeiten. Dabei sind Eigenschaften wie: „mit Herzblut dabei sein“, „Leadership-Biographie“, „tiefgreifende Branchenkenntnisse“, „Neugierde für Neues“ und „Disziplin“ die entscheidenden Treiber des Führungserfolges. Die Identifikation, Definition und Kommunikation als auch die disziplinierte und kompromisslose Umsetzung eines einzigartigen und leicht verständlichen Businessmodells bilden meines Erachtens das Fundament des Erfolgs. Politische und gesellschaftliche Neugierde und Wachsamkeit werden immer wichtiger. Darüber hinaus ist der aktive Abgleich zwischen Fremd- und Eigenbild des Spitals durch eine hohe Integration der Spitalführung in gesellschaftlichen Netzwerken unabdingbar.



## Kurzdarstellung des Unternehmens

Per Stichtag 31. März 2019 umfasst die Privatklinikgruppe Hirslanden 18 Kliniken in 11 Kantonen, viele davon mit einem ambulanten Chirurgiezentrum und einer Notfallstation. Sie betreibt zudem 3 ambulante Praxiszentren, 2 ambulante Operationszentren, 17 Radiologie- und 5 Radiotherapieinstitute. Die Gruppe zählt 2'303 Belegärzte sowie 10'442 Mitarbeitende, davon 510 angestellte Ärzte. Hirslanden ist die führende Privatklinikgruppe und das größte medizinische Netzwerk der Schweiz und weist im Geschäftsjahr 2018/ 2019 einen Umsatz von 1'778 Mio. Franken aus. Per Stichtag 31.03.2019 wurden in der Gruppe 106'851 Patienten an 479'631 Pflgetagen stationär behandelt. Der Patientenmix setzt sich aus 48.7% grundversicherten Patienten, 29.5% halbprivat und 21.8% privat Versicherten zusammen. Die Privatklinikgruppe Hirslanden steht für erstklassige medizinische Qualität, gewährleistet durch hochqualifizierte Fachärzte mit langjähriger Erfahrung. Hirslanden differenziert sich im Markt als Systemanbieter: interdisziplinäre medizinische Kompetenzzentren und spezialisierte Institute ermöglichen optimale und individuelle Behandlung auch hochkomplexer Fälle. Die Privatklinikgruppe Hirslanden formierte sich 1990 aus dem Zusammenschluss mehrerer Privatkliniken und ist seit 2007 Teil der internationale Spitalgruppe Mediclinic International plc, die an der Londoner Börse kotiert ist.

Quelle: Eigene Darstellung (2019).

### **MP: Was raten Sie jungen Führungskräften?**

**DL:** Ich befolge selbst einige Grundsätze, die sich für mich bewährt haben. Diese gebe ich gerne an junge Führungskräfte weiter:

- Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden. Es ist nicht genug zu wollen, man muss auch tun.
- Man muss meinen was man sagt – und so handeln.
- First who, then what.
- Die Kernkompetenz von Führung ist Charakter.

Darüber hinaus empfehle ich grundsätzlich eine gesunde Portion „Selbstreflektion“, bevor man sich in das Abenteuer „Führung“ stürzt. Ganz am Anfang steht dabei die Frage: „Bin ich ein Leader und warum?“

### **Autorenanschriften**

Dr. Daniel Liedtke  
Hirslanden AG, Corporate Office  
Boulevard Lilienthal 2  
CH - 8152 Glattpark

E-Mail: [info@hirslanden.ch](mailto:info@hirslanden.ch)

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

E-Mail: [mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de](mailto: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](mailto:zfw@hs-neu-ulm.de)

[www.hs-neu-ulm.de/fmg](http://www.hs-neu-ulm.de/fmg)

[www.hs-neu-ulm.de/mgp](http://www.hs-neu-ulm.de/mgp)

[www.hnu-blog.de](http://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. Axel Focke (verantwortlich), V.i.S.d.P.

### Layout & Grafik

Simone Raymund, Katharina Bill (Marketing und Kommunikation)

### Redaktionsanschrift

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

Telefon: 0731 9762 1621

E-Mail: [zfpg@hs-neu-ulm.de](mailto:zfpg@hs-neu-ulm.de)

### Abonnement

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

### Rechtliche Hinweise

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

### Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 5, Nr. 1, 2019, S. 1-70. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.05.01.2019-01

**Erscheinungsort**  
Neu-Ulm, 08/ 2019

**ISSN Online**  
2363-9342

**ISSN Print**  
2364-2556

**Auflage**  
1000

### QR-Code



### Webseiten

Zeitschrift  
[www.hs-neu-ulm.de/ZFPG](http://www.hs-neu-ulm.de/ZFPG)

Hochschule  
[www.hs-neu-ulm.de](http://www.hs-neu-ulm.de)

### Druckerei

Datadruck GmbH  
Leibier Weg 8  
89278 Nersingen





