

Martina Oldhafer  
Felix Nolte  
Anna-Lena Spiegel  
Ulrike Schrabback *Hrsg.*

# Arbeitsbuch zu Change Management in Gesundheitsunternehmen

Wellenbrecher des Wandels – praktische  
Übungen und Werkzeuge



Springer Gabler

---

# Arbeitsbuch zu Change Management in Gesundheitsunternehmen

---

Martina Oldhafer · Felix Nolte ·  
Anna-Lena Spiegel · Ulrike Schrabback  
(Hrsg.)

# Arbeitsbuch zu Change Management in Gesund- heitsunternehmen

Wellenbrecher des Wandels – praktische  
Übungen und Werkzeuge

*Hrsg.*

Martina Oldhafer  
Change Management  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Kiel, Deutschland

Anna-Lena Spiegel  
Lübeck, Deutschland

Felix Nolte  
Lübeck, Deutschland

Ulrike Schrabback  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Kiel, Deutschland

ISBN 978-3-658-26975-3      ISBN 978-3-658-26976-0 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-26976-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Illustriert von Nina Kirsten

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

---

## Geleitwort von Dr. Josef Düllings

Organisationen, die in der Zukunft ankommen wollen, müssen sich immer wieder auf Veränderungen einstellen. Um diese Herausforderung nicht nur konzeptionell zu erfassen, sondern auch praktisch zu verwirklichen, gibt es Instrumente, Verfahren, Ideen, die weiterhelfen. Nur wenige Krankenhäuser in Deutschland beschäftigen sich so konsequent mit den – Immanuel Kant würde sie vielleicht genannt haben – „Bedingungen der Möglichkeit von Veränderung“, wie das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Es geht ja nicht um irgendwelche Veränderung. Veränderungen gibt es immer. Es geht um Veränderungen, die ein Krankenhaus zukunftsfähiger machen. Vielfach sind es proaktive Veränderungen, die Führungs- und Managementinstrumente voraussetzen, die kulturelle Entwicklungen, Coaching und Unterstützung für Beschäftigte erfordern, die Leadership, Visionen und Träume, einen gesamtgesellschaftlichen Horizont und letztlich starke Führungspersönlichkeiten brauchen, um Menschen und Organisation in eine Zukunft mitzunehmen, die besser ist als der Status Quo.

Um dieses Zielbild zu verwirklichen, sind Erfahrungen und die Reflexion dieser Erfahrungen in einem Buch hilfreich. Mit den Autorinnen und Autoren kann dieses Buch einen wertvollen Beitrag dazu leisten. Die dargestellten Ideen und Erfahrungen sind mit Blick auf den Mainstream der Krankenhäuser Pionierarbeit und spielen sich an der Innovationsfront der Branche ab. Ziel dieses Buches soll es sein, Führungskräften im Gesundheitswesen praktische Methoden und einfach anzuwendende Werkzeuge zur Verfügung zu stellen, deren Einsatz auch im Krankenhauskontext praktikabel ist. Das Buch plädiert dabei für ein moderneres Führungsverständnis, das mit streng hierarchisch orientierten Konventionen bricht und unter anderem auch auf die bewusste Beachtung von Emotionen im Veränderungsprozess setzt.

Als Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) vertreten wir über 2000 Führungskräfte aus Vorständen, Geschäftsführungen, Direktorien der Krankenhäuser und Rehakliniken sowie zum Teil auch Pflegeeinrichtungen, deren Kernkompetenz darin besteht, Veränderungs- und Zukunftsfähigkeit für die vertretenen Organisationen herzustellen. Ein Workbook zu diesem Themenfeld sollte auf oberster Führungsebene der genannten Organisationen ungeteilte Aufmerksamkeit finden.

Ein Überblick über die Branche lehrt auf der anderen Seite, dass die Motivation zu Innovation und Veränderung nicht überall die größte Stärke ist. Die historischen Wurzeln vieler Krankenhäusern hemmen vielfach Agilität und Adaption an Umweltveränderungen, deren Dynamik in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Soziologisch besonders interessant ist der in den letzten Jahrzehnten zu beobachtende Übergang von der Kollektiv- zur Individualgesellschaft mit Auswirkungen auf Haltung und Verhalten von Beschäftigten, insbesondere in Verbindung mit der Digitalisierung. Verlässliche Aussagen und Standards dazu, wie gute Führung und gutes Management am besten funktionieren, lassen sich zurzeit kaum formulieren. Was man aber sagen kann, ist, dass die Beschäftigung damit eine Top-A-Priorität der obersten Führungsebene von Krankenhäusern ist. Wer nur fachlich unterwegs ist und diese Top-A-Priorität nicht bedient, macht einen Fehler. Vor diesem Hintergrund dürfte dieses Buch ein spannender und lesenswerter Beitrag sein.

Was nicht so gut funktioniert, wissen wir auch: Trägheit und Veränderungsresistenz. Walter Rathenau, Außenminister in der Weimarer Republik, soll einmal gesagt haben: „Die größte geschäftliche Stärke in unserem Zeitalter ist der Vorsprung.“ Das gilt heute umso mehr. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist Geschwindigkeit. Hier lassen sich verschiedene Wegmarken nennen, zum Beispiel die Anfang 2000 in Kraft getretene Einführung des deutschen Fallpauschalensystems, auf das viele Krankenhäuser erst nach fast drei Jahren Ende 2002 mit der Bestellung eines Medizincontrollers reagiert haben. Oder die mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 beschlossene Ausweitung der Qualitätsindikatoren, Mindestmengen und Transparenz der Behandlungsqualität der Krankenhäuser. Oder die Abkoppelung der Pflegepersonalkosten vom DRG-Budget und ihre Auswirkung auf die Finanzierung ab 2020. Vorsprung lässt sich nur erreichen durch proaktive Adaption.

Daraus abgeleitet steigt auch der Stellenwert des Kunden. Den Patienten nicht als Kunden zu bezeichnen, ist aus meiner Sicht ein „alter Zopf“. Es geht dabei nicht um die „böse Ökonomisierung“ der Medizin, sondern um Kommunikation auf Augenhöhe, Partnerschaft und volle Transparenz für den Kunden, um seine Wahlfreiheit zu erhöhen, für die auf ihn passende bestmögliche Behandlung, auch wenn sie nicht in der Region stattfindet.

Und schließlich gibt es auch im Innenverhältnis „alte Zöpfe“. Die zentralen Prozessbrecher im Krankenhaus sind Hierarchie, Berufsgruppen und Departmentstrukturen. Der Patient als einzupflegender Teil der Prozesskette kommt hier regelmäßig zu kurz, ist aber aus Tradition aktuell noch bereit dazu, dieses Zukurzkommen zu akzeptieren. Sei es, dass die Visite nicht beginnt, wie besprochen. Sei es, dass die OP nicht beginnt, wie angesetzt. Sei es, dass in der Ambulanz auch schon mal eine Stunde Warten ohne Probleme hinnehmbar erscheint. Kundenorientiert ist das natürlich nicht.

Im internationalen Vergleich der Krankenhausysteme sind diese Erfahrungen natürlich zu relativieren. Dann ist das deutsche System tatsächlich eines der besten der Welt.

Abgesehen vom Stand der Digitalisierung kann man dies sicher so sagen. Deutschland hat als Exportweltmeister allerdings auch andere Ansprüche. Nach Angaben des ifo-Instituts hat Deutschland 2018 mit umgerechnet 294 Mrd. US\$, zum dritten Mal in Folge vor allen anderen Ländern, weltweit den größten Überschuss in der Leistungsbilanz erzielt, vor Japan und Russland, die auf Rang zwei und drei folgen.

Premium- und Exzellenzniveau entwickeln sich nicht von selbst, sondern sind Folge einer durchdachten Strategie und eines alltagstauglichen Managements. Die an diesem Fokus interessierten Kolleginnen und Kollegen finden in diesem Buch zahlreiche Anregungen, Denkanstöße, Praxismodelle. Insbesondere das Lean Management im Krankenhaus ist aus meiner Sicht der Weg zu einem „Evidenzbasierten Management“ und damit auch ein ausgezeichnetes Angebot an Ärzte. Genauso wie die Medizin evidenzbasiert sein sollte, muss dies auch vom Management auf den unterschiedlichen Ebenen erwartet werden. Eigene Erfahrungen haben mich darin bestärkt. Die Bereitschaft zu evidenzbasiertem Management ist allerdings unterschiedlich ausgeprägt und wird nicht selten durch ideologische Argumente blockiert: „Wir produzieren hier keine Autos, sondern behandeln Patienten.“ Meine Empfehlung dazu geht wieder auf Immanuel Kant zurück: „Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen.“ Und was könnte da besser sein, als sich dieses Buch vorzunehmen.

Dr. Josef Düllings  
Präsident des Verbandes der  
Krankenhausdirektoren Deutschlands

---

## Geleitwort von Prof. Dr. Udo Janssen

Die heutige Zeit ist geprägt von einem ständigen Wandel in allen Lebensbereichen. Einerseits finden zahlreiche Veränderungen im privaten Bereich statt, sei es der Beginn eines neuen Lebensabschnittes nach Beendigung der Ausbildung oder des Studiums oder das Heranwachsen der eigenen Kinder. Andererseits entwickeln sich auch öffentliche Organisationen und Strukturen ständig weiter. Dabei spielen insbesondere gesetzliche Neuerungen eine wesentliche Rolle.

Während vor rund 20 Jahren im Umfeld des Krankenhausmanagements und dessen Führung nur wenige fortschrittliche Veränderungen stattfanden, wurde dies spätestens seit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) grundlegend geändert. Zahlreiche regulatorische Anpassungen führen zu einer Neugestaltung des Krankenhausmarktes, im Zuge der Privatisierung der Einrichtungen wird der Wettbewerb zwischen diesen gestärkt und es ist die Sprache von einer zunehmenden Ökonomisierung der Medizin. Denn in der heutigen Zeit ist es von zentraler Bedeutung, neben einer hohen Qualität in der medizinischen Leistungserbringung den betriebswirtschaftlichen Bereich in Krankenhäusern erfolgreich zu gestalten. Eine gezielte Positionierung, eine nachhaltige Entwicklung, schnelle Anpassungsfähigkeit und die Übertragung verschiedener Aspekte aus anderen Wirtschaftszweigen auf die Gesundheitsbranche sind dabei wichtige Faktoren.

Im Dienstleistungssektor und allgemein in der Industrie sind Begriffe wie „Kundenorientierung“ oder „Prozessorientierung“ schon seit geraumer Zeit keine Neuheit mehr. In jüngster Vergangenheit haben diese aber auch Einzug in den Krankenhausbereich gefunden. Gerade die Kunden-, besser gesagt: Patientenorientierung ist inzwischen regelmäßig Gegenstand vieler Diskussionen. Die paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung, bei der die Mediziner die alleinige Entscheidungsgewalt innehaben, gehört inzwischen der Vergangenheit an. Stattdessen ist immer häufiger die Rede vom „informierten Patienten“, der dem Arzt auf Augenhöhe begegnet. Ihm werden umfangreiche Informationen über seinen Gesundheitszustand und mögliche Behandlungsoptionen auf eine für ihn verständliche Weise zugänglich gemacht. Allgemein wird von einer zunehmenden Patientenzentrierung gesprochen.

Doch wie kann diese Patientenzentrierung in Krankenhäusern umgesetzt werden? Dazu reicht es nicht einfach aus, den Patienten beispielsweise in Aufklärungsgesprächen stärker einzubeziehen. Stattdessen ist eine Anpassung zahlreicher Prozesse notwendig, nicht nur der direkten medizinischen, sondern auch der nicht-medizinischen. Innovative und umfassende Methoden, wie der Design-Thinking-Ansatz, tragen durch entsprechende Simulationen der Abläufe dazu bei, dass bei deren Neugestaltung die Sicht der Patienten (und auch der Mitarbeiter) berücksichtigt wird.

Im Kontext der Umgestaltung der Prozesse ist zudem die Digitalisierung als wichtiger Treiber nicht zu vergessen. Obwohl dieser gerade im Gesundheitswesen vor allem aufgrund von Datenschutzfragen noch viel Skepsis entgegengebracht wird, bietet sie eine ganze Bandbreite von Möglichkeiten, eine ausgeprägte Patientenzentrierung im Krankenhaus zu erreichen. Patient Journey Maps verfolgen beispielsweise über Bluetooth-Signale die Berührungspunkte des Patienten innerhalb der Einrichtung. So können diese dazu beitragen, Schlüsselpunkte und -stationen auf dem Weg durch die Klinik zu identifizieren, eventuell vorhandene Ineffizienzen und Schwachstellen aufzudecken und somit das Erlebnis für den Patienten zu verbessern. Indoor Positioning Systeme (IPS) führen diesen Gedanken noch eine Stufe weiter. Der Patient wird mit einem Telemetrie-Gerät ausgestattet, das neben der Standortbestimmung auch eine Überwachung der Vitalwerte ermöglicht. Befindet sich der Patient nun auf einem Spaziergang durch die Einrichtung und wird plötzlich ohnmächtig, wird automatisch und unverzüglich der Helfer, Pflegende oder Arzt, der unmittelbar in der Nähe ist, benachrichtigt und kann sofort handeln.

Im Gegensatz zu diesen Methoden, bei denen der Patient eher passiver Mitgestalter ist, sind selbstverständlich auch interaktive Patienteninformationssysteme denkbar. Komplexe medizinische Sachverhalte können verständlich und grafisch dargestellt und Sprachbarrieren durch mehrsprachige Applikationen überwunden werden. Doch obwohl die technische Umsetzung dieser innovativen Methoden bereits möglich ist, scheitert bis heute deren Umsetzung im Gesundheitswesen.

Ausschlaggebend dafür sind vielschichtige Gründe. Regulatorische Einschränkungen, finanzielle Fragestellungen, eine fehlende adäquate IT-Infrastruktur und starre Organisationsstrukturen sind nur einige davon. Die einzelnen Bereiche im Krankenhaus sind typischerweise von funktionsorientierten Sichten geprägt und fokussieren sich lediglich auf die spezifische Teilleistung im Behandlungsprozess des Patienten. Dabei fehlt die Sicht auf den Gesamtprozess. Da dieser im Allgemeinen sehr intransparent ist, kommt es bei der Kommunikation und Kooperation zwischen den Bereichen nicht nur zu organisatorischen Problemen und einer Kostensteigerung, sondern unter Umständen auch zu einer Gefährdung des Patientenwohls. Um dies zu vermeiden, müssen auch im Krankenhaus neue Organisationsstrukturen und -methoden angewendet werden. Prozesse sind auf den Prüfstand zu stellen und gegebenenfalls anzupassen. Doch auch gerade vor dem Hintergrund der dynamischen Marktentwicklung funktioniert dies unter der Anwendung der klassischen Managementmethoden des 20. Jahrhunderts nicht mehr.

Aus dieser Entwicklung heraus werden in der Gegenwart immer häufiger moderne Organisations- und Führungsstrukturen in die Krankenhauslandschaft übertragen und deren Umsetzungsfähigkeit geprüft. Eine Möglichkeit liegt dabei im Prinzip des agilen Arbeitens. Im Grunde genommen steht agiles Arbeiten für eine schnelle Reaktionsfähigkeit, friktionsarme Veränderungsprozesse und eine ausgeprägte Kunden-/Patientenorientierung. Auch wenn Krankenhäuser vorrangig aufgrund der hierarchischen Strukturen einem agilitätsfeindlichen Gesamtsetting ausgesetzt sind, gibt es erste Ansätze, wie die Prinzipien des agilen Arbeitens im stationären Bereich umgesetzt werden können.

Die Basis dafür bilden ein sozialer Wandel innerhalb der Einrichtung sowie die Stärkung der multifunktionalen Zusammenarbeit. Multidisziplinäre Teams, die sich über Hierarchie- und Bereichsgrenzen hinwegsetzen, ermöglichen eine Beteiligung aller Betroffenen am Umwandlungsprozess. Durch den zielgerichteten Einsatz der individuellen Kompetenzen, Qualifikationen und Erfahrungen werden zusätzlich wichtige Impulse gesetzt. Unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse ermöglichen agile Strukturen damit eine Prozessoptimierung, die nicht nur Vorteile für die Mitarbeiter mit sich zieht, sondern auch die Qualität der Leistungserbringung gegenüber dem Patienten erhöht. Jedoch ist der Erfolg dieses Ansatzes insbesondere und maßgeblich von der Motivation der Führungskräfte abhängig. Deren Aufgabe ist es, neben ihren operativen Tätigkeiten, die Projekte im Hintergrund zu steuern und ihre Mitarbeiter für den neuen Ansatz zu begeistern und aktiv einzubinden.

Allerdings hat sich dieser Grundgedanke in Krankenhäusern noch nicht etabliert. Auch die Umsetzung des Lean-Management-Ansatzes ist zwar schon populärer, aber noch nicht ausreichend konsequent. Doch auch unabhängig von der Anwendung solcher Konzepte ist es dringend notwendig, Veränderungsprozesse im Krankenhaus optimal zu gestalten. Der geneigte Leser findet hierzu in diesem Buch entsprechende Tools. Er kann etwas über Coaching-Programme lernen, die helfen, ein patienten- und mitarbeiterorientiertes Change Management einzuführen und nachhaltig umzusetzen. Es ist wichtig, dass dieses Workbook geschaffen wurde, denn es zeigt mithilfe von praxisnahen Übungsaufgaben, wie ein Change Management konkret gelingen kann – einfach und verständlich. Ich wünsche eine inspirierende Literatur.

Prof. Dr. Udo Janssen

Partner Consulting Public Sector – Health Care, KPMG

---

# Inhaltsverzeichnis

|           |                                                                            |            |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1</b>  | <b>Einleitung</b> .....                                                    | <b>1</b>   |
|           | Martina Oldhafer, Felix Nolte und Ulrike Schrabback                        |            |
| <b>2</b>  | <b>Die Psychologie des Krankenhauses als Institution</b> .....             | <b>5</b>   |
|           | Martina Oldhafer                                                           |            |
| <b>3</b>  | <b>Change Management</b> .....                                             | <b>15</b>  |
|           | Anna-Lena Spiegel                                                          |            |
| <b>4</b>  | <b>Das Kompass-Change-Modell</b> .....                                     | <b>25</b>  |
|           | Martina Oldhafer und Ulrike Schrabback                                     |            |
| <b>5</b>  | <b>Die 8 Cs in der Praxis – Geeignete Methoden für jeden Seegang</b> ..... | <b>41</b>  |
|           | Martina Oldhafer, Felix Nolte und Ulrike Schrabback                        |            |
| <b>6</b>  | <b>Die Kommunikatoren an Bord im Blick</b> .....                           | <b>99</b>  |
|           | Anna-Lena Spiegel                                                          |            |
| <b>7</b>  | <b>Lean Management – Zeit für Patienten schaffen</b> .....                 | <b>113</b> |
|           | Anna-Lena Spiegel und Martina Oldhafer                                     |            |
| <b>8</b>  | <b>Seekarte der Veränderung</b> .....                                      | <b>137</b> |
|           | Anna-Lena Spiegel und Martina Oldhafer                                     |            |
| <b>9</b>  | <b>MS Kompass</b> .....                                                    | <b>175</b> |
|           | Anna-Lena Spiegel und Martina Oldhafer                                     |            |
| <b>10</b> | <b>Ideenmanagement</b> .....                                               | <b>201</b> |
|           | Irene Heit und Martina Oldhafer                                            |            |
| <b>11</b> | <b>Coaching in Veränderungsprojekten</b> .....                             | <b>251</b> |
|           | Martina Oldhafer                                                           |            |
| <b>12</b> | <b>Stressvermeidung durch Patientenorientierung</b> .....                  | <b>257</b> |
|           | Martina Oldhafer                                                           |            |

|           |                                                 |            |
|-----------|-------------------------------------------------|------------|
| <b>13</b> | <b>Reflexion und Bewertung</b> .....            | <b>265</b> |
|           | Martina Oldhafer und Felix Nolte                |            |
| <b>14</b> | <b>Widerständen sinnvoll begegnen</b> .....     | <b>275</b> |
|           | Laura Jendretzki                                |            |
| <b>15</b> | <b>Achtsamkeit im Veränderungsprozess</b> ..... | <b>295</b> |
|           | Laura Jendretzki                                |            |

Martina Oldhafer, Felix Nolte und Ulrike Schrabback

## Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheits- und Krankenhauswesen benötigt einen kulturellen (Führungs-)Wandel. Zusammenarbeit und Kooperation spielen in Zeiten des Wandels eine zunehmend bedeutsame Rolle. Oft fehlt es Führungskräften trotz vorhandener Veränderungsbereitschaft an hilfreichen Methoden und Werkzeugen, um Change-Projekte anzustoßen und zu lenken. Das Workbook Wellenbrecher des Wandels baut hierzu auf den Grundlagen des Übersichtswerks Change Management in Gesundheitsunternehmen auf und bietet Führungskräften einen systematisch strukturierten Werkzeugkasten für ihre individuellen Change-Projekte. Darüber hinaus greift es mit der Seekarte der Veränderung das Prinzip des Storytellings auf und schafft so die Möglichkeit, Veränderungsvorhaben auf eine anschauliche und nachvollziehbare Weise zu begleiten und zu unterstützen. Deutlich wird, dass Managementmethoden aus dem Zeitalter der Industrialisierung nicht mehr erfolgversprechend sind, Organigramme immer noch zu sehr die Strukturen prägen und die Netzwerkorganisation eher im Hintergrund agiert. Neue Wege lassen sich so schwer beschreiten, weil pragmatisches Handeln kaum möglich ist und die Absicherungsmentalität und fehlende Verantwortungsübernahme sowie eine eher entmutigende Fehlerkultur die Organisation Krankenhaus zunehmend lähmen.

---

M. Oldhafer (✉)

Change Management, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

E-Mail: [mo@change-med.com](mailto:mo@change-med.com)

F. Nolte

Lübeck, Deutschland

E-Mail: [Felix.nolte@posteo.de](mailto:Felix.nolte@posteo.de)

U. Schrabback

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

E-Mail: [ulrike.schrabback@uksh.de](mailto:ulrike.schrabback@uksh.de)

Die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens sind nach wie vor in vielerlei Hinsicht überholungsbedürftig und seine Unternehmenskultur spricht immer weniger junge Menschen an. Dies suggeriert die Notwendigkeit, grundlegende Veränderungen in der Führungskultur vorzunehmen. Zwar werden gelegentlich unternehmenszielorientierte Umstrukturierungen und Sanierungen vorgenommen und es besteht keine grundsätzliche Angst vor Innovationen in der Medizin, doch die von Gewohnheiten und bekannten Strukturen geschaffene Komfortzone wird – wie auch in anderen Branchen – ungern verlassen. Etablierte Wege stehen scheinbar unter dauerhaftem Artenschutz und neue Wege lassen sich häufig nur schwer an alte Strukturen und hierarchieorientierte Denkmuster anpassen.

Die „weichen Faktoren“ und alle impliziten Regeln und Werte wie Image, Stimmung, Wissen, Verhalten und Handlungsweisen sind es, die einen Kulturwandel des Unternehmens greifbar und erlebbar machen. Eine werteorientierte Unternehmenskultur ist von Nöten, um vermeintlich festgefahrene Strukturen und Prozesse zu verändern. Außerdem sollte ein Gemeinschaftsgefühl und eine „Wir-Kultur“ stärker in den Fokus des Interesses gerückt werden, sodass eine klare Distanz zum verbreiteten Silodenken geschaffen werden kann. Denn die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens wollen einer Sinn erfüllender Tätigkeit nachgehen und dabei vor allem Zeit für die Patienten haben und nicht primär den täglichen Kampf mit Excel-Listen, Kennzahlen und Budgetvorgaben ausfechten. Wäre das ihre Grundmotivation gewesen, so hätten sie sich sicherlich für ein anderes Berufsfeld entschieden.

Flexible Arbeitszeiten, Arbeitszeitkonten und Weiterbildung sowie Angebote eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sind wiederkehrend zu finden. Was man jedoch seltener antrifft, ist eine Führungskultur, die von Wertschätzung, Achtsamkeit, einer positiven Fehlerkultur sowie von Vertrauen und Verlässlichkeit geprägt ist. Eine Kultur, die den Einzelnen zum Wachstum und zur Entwicklung anregt und zur Verantwortungsübernahme und Kollegialität ermutigt. Benötigt man dazu wirklich ein Change Management oder einen Feel Well Manager? Aus Sicht der Autoren ist dies nicht nötig. Stattdessen braucht es eine neue „Art“ von Führungskräften, von denen eine Kulturveränderung ausgeht, die diese Themen stärker in den Fokus rücken und die sich selbst zu deren nachhaltiger Entwicklung verpflichtet fühlen. Es ist also höchste Zeit für grundlegende kulturelle Veränderungen im Gesundheitswesen.

Es gibt bereits Gesundheitsunternehmen, denen es gelungen ist, eine werteorientierte Unternehmenskultur zu schaffen und Arbeitsprozesse grundlegend umzustrukturieren. Diese Wege sind nicht einfach und auch nach über vierjähriger Change-Management-Tätigkeit in einem norddeutschen Universitätsklinikum kann noch nicht von einem tiefgreifenden Kulturwandel gesprochen werden. Es ist jedoch etwas in Bewegung geraten und Neues wurde entdeckt sowie unbekannte Wege beschritten. Dieses Vorgehen birgt auch immer die Chance, Schönes und Unverhofftes anzutreffen.

Kultur darf und kann nie von einer zentralen Stelle gesteuert oder gelenkt werden. Sie ist komplex und entwickelt sich organisch unter dem ständigen Einfluss unzähliger oft miteinander verflochtener Wirkfaktoren. Zudem ist Kultur nie das Werk eines Einzelnen,

sondern letztendlich das Ergebnis täglichen Umgangs aller Beteiligten miteinander. Aus diesem Grund kann auch das beste Change Management hinsichtlich der kulturellen Entwicklungen in einem Unternehmen nichts anderes tun, als mithilfe geeigneter Maßnahmen positive Anstöße in die gewünschte Richtung geben. Am Ende entscheiden jedoch immer die Mitarbeitenden selbst, wie sie auf diese Einflüsse reagieren und was sie daraus machen.

Die begrenzten Möglichkeiten kultureller Einflussnahme durch zentrale Stellen sind keineswegs eine neue Erkenntnis und für die meisten Menschen intuitiv erkennbar. Dies basiert neben anderen Faktoren vor allem auf dem Thema Vertrauen. Veränderungen gehen immer mit Unsicherheit einher und dieser Unsicherheit lässt sich in entscheidender Weise mit Vertrauen begegnen. Jedoch lässt das Maß an Vertrauen tendenziell und in stetiger Weise immer weiter nach, je geringer der direkte Bezug und Kontakt zueinander ausfällt. Eine zentralisierte Abteilung kann – insbesondere in größeren Organisationen – niemals ein Maß an Vertrauen bei den Beschäftigten erreichen, welches zu einer wirklichen kulturellen Veränderung nötig wäre, da ihr die Möglichkeiten fehlen, im ausreichenden Maße direkten Kontakt zu ihnen zu pflegen.

Dies verdeutlicht, dass ein Kulturwandel, aber auch viele andere Arten von Veränderungen, zwar unter Umständen von zentraler Stelle aus angestoßen werden können, aber gleichzeitig auf einer dezentralen Basis unterstützt und nachgehalten werden müssen. Hier sind in erster Linie die Führungskräfte eines Unternehmens angesprochen. Sie sind es, die ihre Bereiche und Teams tatsächlich kennen und im besten Falle auch deren Vertrauen genießen. Und damit nehmen sie auch eine entscheidende Position bei der Frage ein, ob und wie Veränderungen umgesetzt werden können.

Oft sind Führungskräfte selbst auf der Suche nach neuen Vorgehensweisen oder Tools – schlichtweg Handwerkszeug – welches Erfolg garantiert. Um es gleich vorweg zu nehmen: Solches Handwerkszeug existiert nicht. Es gibt viele gute Methoden und Ansätze, das größte Potenzial und die größte Chance liegen – gemäß unseren Erfahrungen – jedoch in der Persönlichkeit der Führungskraft. Ist diese veränderungsaffin und hat sie eine Nähe zu den Mitarbeitern, ist sie eine Führungskraft zum Anfassen und Ansprechen, steigen die Chancen und ein Wandel wird leichter möglich. Das Verbergen hinter Terminen, Mails und sonstigen „wichtigen“ Führungsaufgaben ist dagegen eher ein Hemmschuh. Um Veränderungen nachhaltig umzusetzen, ist das sogenannte Abholen und Mitnehmen der Mitarbeitenden von entscheidender Bedeutung. Gerade im Zeitalter der zunehmenden persönlichen Entfremdung durch die vermehrte und intensive Nutzung digitaler Medien ist das Bedürfnis des Menschen, „face-to-face“ zu kommunizieren, eher gestiegen als gesunken.

Veränderungen sind in der ersten Wahrnehmung für die meisten Menschen eher eine Bedrohung als ein Segen. Das, was positiv beurteilt wird, wird als Belohnung interpretiert. Die Informationsverarbeitung von Belohnungen hat eine appetitiv-motivationale und -volitionale Wirkung und basiert auf/führt zu einem Wollen. Umgekehrt wird das, was negativ beurteilt wird, als Bedrohung interpretiert. Die Informationsverarbeitung von Bedrohungen hat eine aversiv-motivationale und -volitionale Wirkung und führt

zu einem Nicht-Wollen. 70–80 % aller Entscheidungen sind unbewusst vorbestimmt und emotionsgesteuert – und das, obwohl wir glauben, alles rein rational entschieden zu haben. Emotionen scheinen die zukünftige Währung in Organisationen zu sein bzw. zu werden und doch kümmert man sich erstaunlicherweise kaum um diesen Aspekt. Ein Symptom dafür, dass das Zeitalter der Industrialisierung immer noch so ganz abgeschlossen zu sein scheint ... jedenfalls im Denkmuster vieler Führungskräfte.

Gerade aus dem Genannten ist die Kommunikation vor Ort ganz entscheidend und hat eine nachhaltigere Wirkung als Mails, Aushänge und sonstige Medien. Mitarbeiter merken recht schnell, warum der Wandel notwendig ist und welche Rolle sie selbst bei dem Wandel übernehmen sollen und können. Sie überprüfen in Millisekunden, ob sie dafür oder dagegen sind. Authentizität und Glaubwürdigkeit sind nicht nur zu Beginn eines Veränderungsprozesses entscheidend, sondern gehören über den gesamten Verlauf zu den wichtigsten Parametern, von denen der Erfolg abhängig ist. Auch hierfür haben Mitarbeiter in der Regel eine sehr feine Antenne.

Auf Basis dieser Gedanken ist das Workbook „Wellenbrecher des Wandels“ als anwendungsorientierte Erweiterung zum Übersichtswerk „Change Management in Gesundheitsunternehmen – Die geheime Macht der Emotionen in Veränderungsprozessen“ entstanden. Das Workbook beinhaltet eine Vielzahl von Methoden und Werkzeugen, die vom Leser direkt genutzt werden können. Eine große Rolle spielt dabei regelmäßig das sogenannte Storytelling. Geschichten dienen der Menschheit bereits seit Urzeiten als effektive Methode zur Informationsweitergabe. Dies liegt vor allem auch daran, dass Menschen bildhaft denken und Geschichten Bilder und Assoziationen im Gehirn hervorrufen, wodurch die zugrunde liegenden Informationen besser verarbeitet und in das Gedächtnis aufgenommen werden können. Dieses Prinzip kam im bereits angesprochenen Übersichtswerk zur Anwendung und wird in diesem Arbeitsbuch weiter verfolgt. Die im Folgenden geschilderte Story baut sich um die Seekarte der Veränderung auf und beschäftigt mithilfe der auf der Karte verorteten Punkte und Routen mit den regelmäßig anzutreffenden notwendigen Veränderungen auf dem Weg in eine neue Unternehmenskultur – im Gegensatz zum Übersichtswerk, wo eine Fabel als Verankerung des Wissens diente.

Die markanten Punkte der Seekarte besitzen alle einen besonderen Namen und stellen den Zusammenhang zwischen Veränderungsprozess und Seeweg dar. Im Rahmen einer Assoziationsübung werden diese anschließend aus der Geschichte in die Realität transformiert. So kann erreicht werden, dass die Mitarbeitenden den Wandel leichter nachvollziehen, sich mit bestimmten Orten identifizieren können und eine emotionale Verankerung stattfinden kann.

Neben der Seekarte der Veränderung geht das Workbook auf verschiedene weitere Themen und Werkzeuge ein, deren Kenntnis und Berücksichtigung dem Anwender im Rahmen von Veränderungsprozessen eine hilfreiche Unterstützung bieten kann. Die Methoden/Tools wurden erprobt und im Rahmen des Veränderungsprozesses angewandt.

# Die Psychologie des Krankenhauses als Institution

## 2

Martina Oldhafer

### Zusammenfassung

Das Krankenhaus ist als Institution eine Experteneinrichtung, in der unterschiedliche Berufsgruppen agieren, um Krankheiten zu heilen oder zumindest zu lindern. Gesellschaftlich gesehen ist das Krankenhaus ein Ort, an dem Menschen im Krankheitsfall medizinische Hilfe und Unterstützung im Genesungsprozess erhalten. Als Institution schaut das Krankenhaus auf eine lange Kultur und Entwicklung zurück, die immer aus der Perspektive des Wissens über Erkrankungen und Heilung gegenüber dem hilfesuchenden Patienten erfolgt. Nicht nur die Organisationsstrukturen des Krankenhauses haben sich in den letzten Jahren gravierend geändert, auch die Kommunikationsstrukturen und die Unternehmenskultur. Patientenverhalten und Agieren der Professionellen im Krankenhaus sind heute geprägt durch vermehrtes Laienwissen und Mitsprachebedürfnis auf der einen Seite und die Beurteilung des Verhaltens der Professionellen auf der anderen Seite. Dieses Verhältnis ist maßgeblich für die geleistete Zuwendung und Unterstützung verantwortlich. Passt sich ein Patient den Rahmenbedingungen an und fügt sich den Hinweisen der Mitarbeiter, kritisiert und fordert er wenig, erträgt er ohne Nachfragen und unterwirft er sich der teilweise infantilen Behandlung, dann ist er ein guter Patient. Die Kultur des Krankenhauses ist in der Zwischenzeit nicht mehr durch Altruismus geprägt, sondern wird von Zahlen bestimmt. Fälle, Casemix, Prozeduren und weitere Kennzahlen bestimmen den beruflichen Alltag der Professionellen heute fast mehr als die „Arbeit am oder mit dem Patienten“.

---

M. Oldhafer (✉)

Change Management, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

E-Mail: [mo@change-med.com](mailto:mo@change-med.com)

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema „Psychologie der Institution Krankenhaus als Expertenorganisation“ sind viele Aspekte zu beachten – nicht nur die Tatsache der Expertenorganisation, sondern auch die Entwicklung der Medizin, die Ökonomisierung und zunehmende Digitalisierung bis hin zum Einsatz von Robotik und Künstlicher Intelligenz (KI). Alle diese Aspekte prägen unter anderem die Kultur des Krankenhauses, weil es bei den Mitarbeitern zu einem zunehmenden Konflikt zwischen Erwartungen an den beruflichen Alltag und der Realität führt und weiter führen wird. Die Mitarbeiter im Krankenhaus sind Experten, die sich durch ein hohes Spezialwissen in einem Fachbereich auszeichnen – unabhängig von ihrer Berufsgruppe. Dies gilt für Ärztinnen und Ärzte ebenso wie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege und Verwaltung.

Ihr Expertentum resultiert aus der engen Beschäftigung mit dem Bereich, der abgegrenzt agiert und häufig auch Parallelen zu anderen Bereichen mehr oder weniger negiert. Ein Experte ist derjenige, welcher einen Sachverhalt im Vergleich zu anderen Personen überdurchschnittlich gut beherrscht und über sein Fachgebiet außerordentlich viel weiß. Die Expertise desjenigen bezeichnet die bereichs- und aufgabenspezifische Problemlösefähigkeit einer Person. Expertenwissen stellt letztendlich etwas Positives und Nutzbringendes dar, und trotzdem hat die Glaubwürdigkeit von Experten und Wissenschaft in den letzten Jahren gelitten. Ursächlich dafür ist unter anderem der Umgang und die Möglichkeit, Informationen zu erhalten und Wissen zugänglich zu machen. Mediziner als besondere Experten bilden hier keine Ausnahme. Des Weiteren scheint ursächlich für diese Glaubwürdigkeitskrise nach Carl Friedrich Gethmann (1999) eine zunehmende wissenschaftliche Inkompetenz unserer Gesellschaft zu sein, womit er die Unfähigkeit der Gesellschaft meint, wissenschaftliches Wissen – Expertenwissen – prozessbezogen nachzuvollziehen. Ebenso bescheinigt er der Gesellschaft eine weitergehende Endsymbolisierung der Wissenschaft, die keine emanzipatorischen Fortschritte, wohl aber einen erheblichen Verlust an standesethischem Bewusstsein bewirkt hat (vgl. Martina Oldhafer 2011, Expertenwissen im Gesundheitswesen – Chancen und Barrieren, Grin Verlag, München).

Wettbewerbsdruck und zunehmende Ökonomisierung sind die ergänzenden Faktoren, die die Glaubwürdigkeitskrise von Wissenschaft und Experten vollends besiegeln. Beigetragen hat dazu sicherlich auch die zunehmende Schließung der Kluft zwischen Experten und Laien im Zuge der Bildungsreform sowie Expertenmeinung, die heute zur gesellschaftlichen Normalität gehören. Die wachsende Skepsis der Laien gegenüber den Experten ist zum Teil auch das Resultat der Enttäuschung der Gesellschaft über eine ausbleibende Einlösung aller Heilversprechen nicht nur im Gesundheitswesen (vgl. Wichter 2001). Zusammenfassend können somit vier unterschiedliche Kulturmuster im Gesundheitssystem identifiziert und einer weiteren Analyse unterzogen werden: Die Verwaltung agiert in primär formalistisch geprägtem Kulturmuster, die Ärzte besitzen eher eine Spezialisten/Experten-Kultur, die Pflege kann tendenziell einem generalistischen Kulturmuster zugeordnet werden und die Patienten leben in der Kundenkultur.

### **Mitarbeiter der unterschiedlichen Berufsgruppen**

An der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sind neben dem Arzt, der Pflege und der Verwaltung nicht unwesentlich die Patienten als Empfänger und Unterstützer der Behandlung beteiligt. Im immer noch hierarchiegeprägten Gesundheitswesen treffen Spezialisten/Experten (Mediziner), Generalisten (Pflege) und Formalisten (Verwaltung) aufeinander. Alle drei Berufsgruppen sprechen eine unterschiedliche Sprache mit teilweise gleichen Termini, jedoch mit unterschiedlicher Bedeutung. Des Weiteren vollzieht sich medizinisches Handeln innerhalb ihrer Gesellschaft und wird von dieser maßgeblich bestimmt und beeinflusst. Hier gab es in den letzten Jahren eine erhebliche Veränderung (vgl. Martina Oldhafer (2011) Expertenwissen im Gesundheitswesen – Chancen und Barrieren, Grin Verlag, München).

Mediziner werden immer spezialisierter und die Pflege befindet sich mitten im Spagat zwischen Verwissenschaftlichung und vorwissenschaftlichen Verhaltensweisen, die durch Traditionen, Intuitionen und Assoziationen gekennzeichnet sind. Ein Loslassen fällt den Einzelnen nicht leicht. Dem allen steht die Verwaltung mit eher formalistischen Strukturen gegenüber. Da ist für den besonderen Fall wenig Platz, da muss eine vorgangsgerechte Zuordnung erfolgen und diese soll sich in Zahlen widerspiegeln bzw. abbilden lassen. Dies stößt auf wenig Verständnis bei den Spezialisten, weil für diese der besondere Fall eine besondere Bedeutung hat. Wen wundert es, dass es dort einer erhöhten Anstrengung bedarf, die individuellen Denkmuster zu umschiffen und eine Kompatibilität herzustellen. Bezüglich der Sozialisation der einzelnen Berufsgruppen gab es hier, bedingt durch die Veränderungen im Bildungswesen (Bildungsreform), eine Zugangsveränderung für Spezialisten. Wurden vor 100 Jahren Mediziner noch in Medizinerhaushalten sozialisiert, so spielt dieses heute nur noch eine nachgeordnete Rolle. Dies bezieht auch die geschlechtsspezifische Berufswahl mit ein, denn Medizinerinnen waren, im Gegensatz zu heute, eher eine Seltenheit (vgl. Martina Oldhafer (2011) Expertenwissen im Gesundheitswesen – Chancen und Barrieren, Grin Verlag, München).

Zum Mediziner wird heute derjenige bzw. diejenige, der/die – nach dem Leistungsprinzip der Besten – den Numerus Clausus erreicht hat, unabhängig von Eignung und Neigung zu diesem Beruf (vgl. Raven 1989). Medizin wird unter Umständen aus der Verlegenheit studiert, durch die gute Abiturnote und Bestenregelung (mehr Frauen als Männer), aus dem klaren Bedürfnis, von dem – immer noch – hohen Sozialprestige des Arztes (bei Männern höher als bei Frauen) und dem vermeintlich erhofften hohen Einkommen zu profitieren. So hat auch heute wahrscheinlich noch die Aussage von Frau Noelle-Neumann aus dem Allensbacher Institut für Umfragen anlässlich des Internisten-Kongresses 1999 Gültigkeit: „Trotz eines dramatischen Normenwandels in allen gesellschaftlichen Bereichen ist das Ansehen des Arztes unbeirrt wie eine Insel in den Stürmen des Ozeans über die Jahre unverändert geblieben, er genießt immer noch das höchste Sozialprestige aller Berufe. Leider führt das konstante Vertrauen in die Ärzteschaft auch dazu, dass die Mediziner immun gegen massive Kritik und unflexibel für Veränderungen sind.“ Die Ernüchterung kommt spätestens beim Absolvieren des Praktischen Jahres.

Expertise und Spezialisierung finden ihren Ausdruck in wissenschaftlichem Arbeiten, das dazu dient, eine Differenzierung untereinander zu ermöglichen. Diese Spezialisierung fördert ein eher ichbezogenes Verhalten und weniger die Kooperativität der einzelnen Professionen, die im Rahmen von Veränderungen unabdingbar ist. Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die Abgrenzung der Expertenwelt gegenüber anderen Gruppen. Diese Abgrenzung erfolgt in der Regel durch eine eigene Sprache und Sprachhindernisse. Zusätzlich sind Autonomiestreben und Eliteempfindung auch heute noch bei Medizinern weit verbreitet (vgl. Münch 2006). Die berufliche Sozialisation von Medizinerinnen und Medizinern als Experten ist geprägt durch ein individuelles Entwickeln und Bearbeiten von Theorien, Hypothesen und Forschungsergebnissen. Der Austausch erfolgt im Kreise Gleicher und lässt generalistische Ansätze eher nicht zu. Genauso wie in anderen Disziplinen ist die wissenschaftliche Arbeit von der Interaktion mit Fachkollegen geprägt und abhängig von guter fachlicher Kommunikation, etwa im Zuge von Diskussionen auf Kongressen. Ein weiteres tragendes Element der modernen Wissenschaft und der Medizin ist das Peer-Review-System, welches bedeutet, dass Kollegen (peers) anonym Projektanträge und Publikationsentwürfe begutachten und mit ihrem Urteil entscheidend mitbestimmen, ob ein Projekt finanziert oder ein Manuskript angenommen wird oder nicht. So soll ein hohes Niveau internationaler Forschung aufrechterhalten werden (vgl. Krems 1994 (5)). Gute Journale lehnen 50–90 % der eingereichten Manuskripte ab und versuchen so, Qualitätsstandards zu setzen. So ist gut nachvollziehbar, wenn Steffani Engler (2001) in ihrer Habilitationsschrift untermauert, dass wissenschaftliche Persönlichkeiten durch Zuschreibung und Anerkennung im sozialen Umfeld entstehen und nicht von Anfang an mit besonderen Gaben ausgestattet sind, die sie nur zur Wissenschaft prädestinieren. Aus ihrer Sicht ist die Persönlichkeit keine psychologische Größe, sondern eine soziale, die geprägt ist durch die Rollenzuschreibung und Lösung von Rollenkonflikten.

Zusätzlich fordert und fördert die Gesundheitspolitik eine immer weiter fortschreitende Spezialisierung durch die Mindestmengendefinition (vgl. Gutachten: Evidenz zur Ableitung von Mindestmengen in der Medizin (2006), abzurufen unter: [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)) für einzelne Prozeduren und Behandlungsfälle. Nach wie vor sind Ärzte die Leistungs- und Imageträger des Krankenhauses. Ausbildung und Karrieremuster haben sich in den letzten Jahren kaum verändert, auch wenn es neue Modellstudiengänge gibt und private Hochschulen auf den Markt getreten sind, die den traditionellen Universitäten Konkurrenz machen. Managementfähigkeiten, Kommunikation und Führungsverhalten halten Einzug in die Curricula und eine zusätzliche Qualifikation, wie ein MBA, wird nahezu vorausgesetzt bei Besetzungen oder Berufungsverfahren.

Die Kultur der Pflege beruht auf Interaktion und erfordert ein hohes Maß an Kommunikation und Teamarbeit. Unvorhergesehenes, komplexe Arbeitsanforderungen und Kooperation gehören hier zum Alltag. Die Pflegenden stehen im Spannungsfeld zwischen Arbeiten auf ärztliche Anordnung und der Wahrnehmung sowie dem Erfüllungsbedürfnis von individuellen Bedürfnissen der Patienten (vgl. Büssing 1997). Der

selbstlose, ausschließlich sozial motivierte und in devoter Haltung ausgeübte Beruf steht im Widerspruch im Bewusstsein vieler zu dem Streben nach persönlichem Fortkommen, der Übernahme von Verantwortung und Eigenständigkeit in der Arbeit. Hans-Wolfgang Höfert (1997) interpretiert folglich, dass Krankenpflege und Karriere immer noch unversöhnliche Partner zu sein scheinen. Pflege ist nach wie vor ein weiblich assoziierter Beruf. Die Quote männlicher Beschäftigter in Pflegeberufen liegt nach wie vor unter 20 % mit wenig Veränderungstendenz (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland, Nürnberg 2011).

Die Pflege hat ihr eigenes kulturelles Werte- und Orientierungsmuster, entwickelt aus historischen Zusammenhängen, Berufssozialisation und derzeitigen Professionalisierungsströmungen. Die Bildung der Krankenpflege zu ihrem heutigen Stand in Deutschland ist vor dem Hintergrund der gesellschaftlich zugeschriebenen Frauenrolle des 19. Jahrhundert entstanden und unweigerlich mit der Entwicklung der Industriegesellschaft, der Medizin und des Krankenhauses verknüpft. So kann der Pflegeberuf als ein moderner Frauenberuf, die Krankenpflege als ein Produkt der europäischen Industriegesellschaften des 19. Jahrhundert bezeichnet werden. Er entwickelte sich vor dem Hintergrund der gesellschaftlich zugeschriebenen Frauenrolle des 19. Jahrhundert (vgl. Bischoff-Wanner 2000). Hieraus resultiert das nach wie vor fehlende Rollenbild für männliche Pflegekräfte. Die aktuelle Situation der Auszubildenden im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege zeigt folgende Entwicklung: 140.639 Pflegegeschüler (Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkranken- und Altenpflege) für den Schuljahrgang 2016. Davon 68.260 in der Altenpflege.

- Die Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege steigt: Im Schuljahr 2016 begannen rund 24.130 Personen die Ausbildung, im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung um 518 bzw. 2,1 %.
- Mehr als jede vierte Ausbildung (hier nur Neueintritte) zur Altenpflegefachkraft wurde als Umschulung gefördert. Bund, Länder und Verbände haben durch die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ in den Jahren 2012 bis 2015 zahlreiche Maßnahmen umgesetzt, mit denen die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege dauerhaft gestärkt wird (Quelle: Bundesgesundheitsministerium).

Viele weibliche Pflegekräfte kommen nach der Familienphase nicht wieder an ihren Arbeitsplatz zurück und/oder ziehen sich in das Privat- bzw. Familienleben zurück. Beurlaubungen von über 6 Jahren, teilweise durch Elternzeiten unterbrochen, sind keine Seltenheit. Nur wenige Kliniken bieten diesen Mitarbeiterinnen Möglichkeiten des Wiedereinstiegs durch angepasste Dienstzeiten außerhalb des Dreischichtmodells und mit Unterstützung durch ein Onboardingprogramm, welches Ängste abbaut, Sicherheit vermittelt und nicht im Stellenplan berücksichtigt wird, um Überforderung zu vermeiden. So verwundert es nicht, dass die Ausübung des Berufes weiterhin mit weiblichem Sozialverhalten assoziiert ist und überwiegend noch als der verlängerte Arm der Medizin (gesellschaftlich, rechtlich, berufsständisch) gilt. Dieser eher

Hilfsarbeiter-Status gegenüber den Ärzten wird unterstützt durch das praktizierte Pflegesystem, welches auf einer bürokratisch-hierarchischen Organisationsform und auf der Zerlegung von vollständigen Prozessen agiert.

Ein Dilemma und ein vorprogrammierter Konflikt, der sich im Rahmen der Arbeitsplatzzufriedenheit negativ widerspiegelt. Trotz der historischen Wurzeln und deren Auswirkungen auf das berufliche Handeln der Pflege halten Emanzipations- und Professionalisierungstendenzen Einzug in den Berufsalltag, wenn auch zögerlich und unter erschwerten systemischen Bedingungen (vgl. Haug 1997). Die Krankenpflege hat bereits einen großen Schritt in Richtung Dienstleistungsberuf getätigt und die Ablösung der altruistischen Motivation ist erfolgt. Ein wesentliches Charakteristikum des Dienstleistungsberufes ist die Gestaltung einer professionellen Beziehung zu Patienten, Angehörigen und auch anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, d. h. in Bezug auf den kranken Menschen, der Aufbau einer Beziehung, die unabhängig von der Arzt-Patienten-Beziehung zu gestalten ist (vgl. Haug 1997). Diese Wandlungen im beruflichen Selbstverständnis trafen in der frühen Vergangenheit und zum Teil heute noch auf Widerstände der ärztlichen Berufsgruppe, da diese berufliche Beziehung auf der Dominanz ärztlicher Entscheidungen und der Ausführung von Anordnungen beruht und nicht auf einem Austausch verschiedener professioneller Sichtweisen. Auswirkungen sind Spannungen, Konflikte, massive Abgrenzungen und Konkurrenzsituationen zwischen Mitarbeitern der Pflege und ärztlichen Mitarbeitern. Damit verbunden sind dysfunktionale Arbeitsvorgänge, die nicht im Interesse des Patienten und des Unternehmens sind (vgl. Büssing 1997).

Eine weitere kulturelle Differenz zwischen der Pflege und dem System Krankenhaus stellt die Ausrichtung des Krankenhauses auf technikintensive Leistungen dar. Folglich wird den kommunikationsintensiven Leistungen ein wesentlich geringerer Stellenwert im Unternehmen eingeräumt, obwohl im Bewusstsein der meisten Pflegekräfte und Ärzte präsent ist, dass genau dieser Teil der Leistungserbringung einen besonderen Stellenwert im Heilungs- bzw. Gesundungsprozess besitzt. Auch wenn in vielen Krankenhäusern eine hohe Patientenorientierung im Leitbild aufgenommen wurde, sind es eher Lippenbekenntnisse als ein wirkliches Kriterium einer qualitätsorientierten Versorgung. Hinzu kommt, dass sich hier nicht das Verständnis von Patientenorientierung der Mitarbeiter in der Pflege widerspiegelt. Für viele Pflegenden bedeutet dieser Umstand eine Konfliktsituation, die sich nicht mit ihrem Berufsverständnis von einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung verträgt. Der Wunsch nach „mehr Zeit“ für den Patienten wird immer wieder kommuniziert und spiegelt das Bedürfnis der Mitarbeiter unabhängig von der Profession wieder. Dies konnte auch in der Kulturanalyse am UKSH 2016 nachgewiesen werden.

All diese Parameter tragen zur „Psychologie des Krankenhauses“ bei und beeinflussen sowohl die Kultur als auch die Handlung und impliziten Regeln der Zusammenarbeit. Aus den genannten Aspekten wird deutlich, dass zunehmend Kooperation eine entscheidende Rolle spielen wird und diese schon heute nachweisliche Auswirkungen auf die Versorgung und Versorgungsqualität hat. Unter anderem ist zu beobachten, dass

sich die Verweildauer und Kosten bei stationären Aufenthalten verkürzen (vgl. Brown et al. 2015) sowie Kooperation die Arbeitsabläufe und den Umgang mit Patienten (BMG Leuchtturmprojekte Demenz) positiv unterstützt. Die Studie wurde im Rahmen der „Leuchtturmprojekte Demenz“ vom BMG gefördert und am Institut für Medizinische Soziologie der Charité in Kooperation mit der Alice-Salomon-Hochschule durchgeführt (2008–2010). Die Patienten profitieren von Kooperation (Deutscher Altenpflege-Monitor 2006; Gesundheitsmonitor 2006 und 2013; COMPASS-Studie 2010). Dies zeigt sich in einer Erhöhung der Überlebensraten sowie längerfristigem Erhalt von Rehabilitationseffekten (vgl. Stuck et al. 1993). Die kooperierenden Partner, wie Zuweiser, Pflegedienste und andere Kliniken, profitieren ebenso. Deutlich wird dies durch eine höhere Zufriedenheit (vgl. Baggs und Ryan 1990).

Gesundheitseinrichtungen haben sich in den letzten Jahren massiv gewandelt. Sie sind zu hochtechnisierten Dienstleistungseinrichtungen mit ökonomischer Ausrichtung mutiert. Auf der anderen Seite haben sich Ansprüche und Erwartungshaltungen sowohl der Beschäftigten als auch der Patienten gewandelt. Tradierte Werte und Regeln verlieren scheinbar immer mehr an Bedeutung. Dennoch erleben Patienten das Krankenhaus als einen besonderen Ort der Abhängigkeit und in hoher Diskrepanz zu ihrem sonstigen täglichen Umfeld. Dies beginnt mit der Administration, der Sprache, dem Umgang sowie einer meist nicht nachvollziehbaren Betriebsamkeit. Der Alltag bekommt oft eine völlig neue Routine und viele Umstände führen dazu, dass Patienten das Gefühl bekommen, keine Privat- und Intimsphäre mehr zu haben. Plötzlich leben zwei Menschen, manchmal auch drei, in einem Raum, als Schicksalsgemeinschaft, ohne sich vorher jemals gekannt zu haben. Der überwiegende Teil der Patienten erlebt das Krankenhaus als einen Ort der massiven Abhängigkeit, dem sie kaum entfliehen können und wo sie meistens auch alles abgeben müssen, was sie als Individuum auszeichnet. Sie erwarten gemäß dem gesellschaftlichen Ideal eine „Vollkaskobehandlung“, da man ja in die Krankenkasse eingezahlt hat und die Behandlung einem zusteht, ohne jedoch eine Vorstellung davon zu haben, was ihnen zusteht. Von Pflegekräften und Ärzten wird erwartet, dass sie viel Zeit, Verständnis, Einfühlungsvermögen sowie medizinische Kompetenz besitzen, um Leid entgegenzuwirken. Der Alltag der Mitarbeiter im Krankenhaus lässt dafür aber kaum Zeit und so ist Enttäuschung vorprogrammiert.

Für Patienten ist die Aufnahme in ein Krankenhaus eine besondere Situation, die ungleich anders wahrgenommen wird als das „Einchecken“ in einem Hotel. Für Mitarbeiter der Administration ist dieser Vorgang eher ein Verwaltungsakt, der formalistisch abläuft und den emotionalen Bedürfnissen der Patienten nicht immer gerecht wird. Häufig fühlen Patienten sich hier bereits zu einer „Nummer“ degradiert. Auf der Station werden sie dann „von einer Nummer zu einem Fall“, z. B. die „Gallenblase in Zimmer 4“. Damit ist eine Entpersonalisierung geschehen und viele Patienten üben im Folgenden Kritik und fühlen sich unverstanden. Ein weiterer Aspekt ist der Tagesrhythmus, der für die meisten Menschen im ersten Moment als befremdlich und nicht nachvollziehbar anmutet. Er ist an den prozessualen Gegebenheiten des Krankenhauses, den Arbeitszeitgesetzbestimmungen und in der Regel einem Dreischichtbetrieb zu verdanken. Aus diesem

Grund ist es besonders wichtig, den Sinn und die dahinterstehende Logik der Abläufe dem Patienten zu erklären, damit dieser nicht in eine Widerstandshaltung verfällt. Um so wichtiger ist es, für die Patienten möglichst Freiräume zu schaffen, in denen sie sich wieder als Individuum wahrnehmen und agieren können. Aufenthaltsräume, Bibliotheken, Cafeteria und auch Gebets- und Ruheräume spielen hier eine ganz entscheidende Rolle, ebenso eine patienten- und serviceorientierte Haltung und Kommunikation. Für Pflegekräfte und Ärzte sind diese Mobilitätsbedürfnisse der Patienten häufig schwer zu akzeptieren, da sie das Gefühl haben, dass ihre Routinen dadurch verhindert oder unterbunden werden. Die Verfügbarkeit des Patienten ist dadurch reduziert, zuverlässige Absprachen müssen getätigt werden und Aktivitäten, wie zum Beispiel Diagnostik, antizipiert werden.

Dennoch kann Gesundheit bzw. Gesundwerden nicht vollständig an die Institution Krankenhaus abgegeben werden. Viel entscheidender ist, ob sich ein Patient gut aufgehoben fühlt, Vertrauen hat und seine Selbstheilungskräfte dadurch aktiviert werden. Das kann die Institution schon lange nicht mehr leisten und die dort aktiven Mitarbeiter fühlen sich der Ökonomie ausgeliefert. Eine daraus empfundene Schicksalsillusion führt bei Ärzten oft dazu, dass sie sich hinter ihrem medizinischen Status verschanzen und Patienten und Pflegekräften mit routinierter, meist als kalt empfundener Distanz begegnen. Auch das übermäßige Engagement und die Betriebsamkeit helfen, Unsicherheiten und eigene Probleme auszublenden. Sie beachten nicht, dass ein umfänglich durchgetaktetes und routiniertes Arbeitspensum nur eine kurzfristige Zufriedenheit nach sich zieht. Langfristig überwiegt das Gefühl, ihren Idealen nicht mehr gerecht zu werden und der Ökonomisierung ausgeliefert zu sein. Hier helfen nur die Aufweichung der strengen Klinikhierarchie und die Etablierung von echter Teamarbeit auf Augenhöhe mit allen Professionellen und dem Patienten. Rückzugsorte und kollegialer Austausch sind notwendig, um den Perfektionsanspruch zu reduzieren und persönliche Reflexion zuzulassen, damit eine zuverlässige Teamarbeit entstehen kann. Diesem Bedürfnis Raum zu geben, wird bei vielen Neubauten nicht berücksichtigt. Lounges für ungestörte Pausen und Reflexion, kleine „Denkzellen“, die ausgestattet sind, um Kreativität zu ermöglichen, wären eine wunderbare Option. Stattdessen halten Großraumbüros für mehrere Ärzte Einzug (vgl. Studie des Rheingold Institutes 2013).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass viele Krankenhäuser zwar auf der einen Seite gut ausgestattet sind und die Vorgaben der Gremien (z. B. des G-BA) oder der Fachgesellschaften einhalten, jedoch auf der anderen Seite sich oft niemand für die Stimmung und die Atmosphäre auf den Stationen verantwortlich fühlt. Immer mehr kann beobachtet werden, dass gerade kirchliche Träger hier eine Ausnahme bilden, die von Patienten realisiert wird. Ärzte und Pflegekräfte tragen gemeinsam durch ihre Kompetenz und Fürsorge das Krankenhaus. Sie sind diejenigen, die für alle anderen Mitarbeiter „das Geld“ verdienen und haben maximale Unterstützung und interne Serviceorientierung verdient. Ohne sie würden keine Patienten zur Behandlung kommen. Die Unterschiede in Ausbildung, Ansehen, Arbeitsweise und Entscheidungsspielraum der beiden Berufsgruppen Ärzte und Pflegekräfte sind erkannt. Überwiegend historisch

bedingte strukturelle Aspekte, die die Pflege trotz mancher Veränderungen nachhaltig in einem weisungsorientierten Abhängigkeitsverhältnis zur Medizin halten, sind sicher eine wesentliche Ursache für die Schwierigkeiten und Hindernisse in der Kooperation und Kommunikation.

Die Verschiedenheit ist ursächlich für die berufliche Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit verantwortlich? Ärzte erfahren die meiste Zufriedenheit durch das Gefühl, eine gute Arbeit geleistet zu haben, sowie die empfundene Dankbarkeit der Patienten – im Gegenteil zur häufigen Annahme vieler Krankenhausgeschäftsführer, die vermuten, dass sie primär das Geldverdienen interessieren würde. Unzufriedenheit basiert auf zunehmenden administrativen Tätigkeiten, ineffizienter IT und Serviceorientierung der Verwaltung. Bei der Pflege sind es folgende Faktoren, die zur Unzufriedenheit führt: auf der einen Seite die enorme körperliche und emotionale Belastung, der hohe Zeitdruck und die zunehmende Dokumentationstätigkeit und auf der anderen Seite die gering empfundene Wertschätzung der Leistung. Auch hier spielt die Bezahlung eine eher nachgeordnete Rolle. Für die überwiegend weiblichen Mitarbeiter ist zusätzlich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nach wie vor ein wichtiges Thema, welches als nicht zufriedenstellend gelöst gilt. Zufriedenheit zeigt sich vermehrt in einer guten Teamarbeit und Kollegialität.

---

## Literatur

- Baggs, J. G., & Ryan, S. A. (1990). ICU nurse-physician collaboration & nursing satisfaction. *Nursing Economics*, 8(6), 386–392.
- Bischoff-Wanner, C. (2000). Pflege im historischen Vergleich. In B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 17–34). Weinheim: Juventa.
- Brown, J. B., Ryan, B. L., Thorpe, C., Markle, E. K. R., Hutchison, B., & Glazier, R. H. (2015). Measuring teamwork in primary care: Triangulation of qualitative and quantitative data. *Families, Systems, & Health*, 33(3), 193–202.
- Büssing, A. (1997). Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In A. Büssing (Hrsg.), *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege* (S. 15–48). Göttingen: Hogrefe.
- Deutscher Altenpflege-Monitor; Gesundheitsmonitor 2006 und 2013; COMPASS-Studie 2010.
- Engler, S. (2001). *In Einsamkeit und Freiheit, Zur Konstruktion der wissenschaftlichen Persönlichkeit auf dem Weg zur Professur*. Habilitationsschrift Zürich.
- Gethmann, C. F. (1999). Die Krise des Wissenschaftsethos – Wissenschaftsethische Überlegungen. In Max-Planck-Gesellschaft (Hrsg.), *Ethos der Forschung/Ethics of Research* (Ringberg Symposium, S. 25–41). München: Max-Planck-Gesellschaft.
- Gutachten: Evidenz zur Ableitung von Mindestmengen in der Medizin (2006). [www.bundesaeztekammer.de](http://www.bundesaeztekammer.de).
- Haug, K. (1997). Strukturen in der Pflege. Das Beispiel Deutschland und England. In A. Büssing (Hrsg.), *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege* (S. 65–90). Göttingen: Hogrefe.
- Hoefert, H.-W. (1997). Berufliche Sozialisation und Zusammenarbeit im Krankenhaus. In H.-W. Hoefert (Hrsg.), *Führung und Management im Krankenhaus* (S. 99–110). Göttingen: Hogrefe.
- Krems, J. F. (1994). *Wissensbasierte Urteilsbildung*. Bern: Huber.

- Münch, R. (2006). *Die akademische Elite*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. (edition suhrkamp).
- Oldhafer, M. (2011). *Expertenwissen im Gesundheitswesen – Chancen und Barrieren*. München: Grin.
- Raven, U. (1989). *Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung, Zum Berufsethos von Medizinern*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Rheingold. (2013). Heilsame Stimmung im Krankenhaus; Gesundheitsfördernde Prinzipien aus Sicht von Ärzten, Pflegekräften und Patienten, Change Management.
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J., & Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032–1036.
- Wichter, S. (2001). *Wissenstransfer zwischen Experten und Laien*. Frankfurt a. M.: Lang.

Anna-Lena Spiegel

## Zusammenfassung

Change Management beschreibt den Umgang mit Veränderungen; zentral ist dabei die Kommunikation im Unternehmen. Kultur entsteht durch Verständigung und ist Bestandteil des sozialen Gefüges innerhalb eines Unternehmens und über seine Grenzen hinweg. Legt man einen kontinuierlichen Veränderungsprozess dem Unternehmenserfolg zugrunde, so ist Change Management ein ständiger Begleiter von Unternehmenstätigkeiten. Die stetige Weiterentwicklung trägt dazu bei, dass Unternehmen in der rasch wandelnden Welt, die sie umgibt und unmittelbar beeinflusst, überleben und erfolgreich fortbestehen. Nicht nur kontinuierliche, kleinschrittige Veränderungen werden im Change Management erklärt und durchgeführt, auch große Krisen und notwendige, einschneidende Veränderungen werden nach den Prinzipien und Erfolgsfaktoren des Change Managements durchgeführt. Dabei ist es von Vorteil zu verstehen, wie diese kontinuierlichen Veränderungen ablaufen und wie die Führungsperson sie optimal unterstützen kann. Change Management ist dabei weit umfangreicher, als es zunächst erscheint. Gerade die Zusammenarbeit über alle Zuständigkeiten und Hierarchiegrenzen hinweg ist eine Herausforderung, die viel Geduld, Nachsicht und Einfühlungsvermögen erfordert. Change Management kann dazu beitragen, Unternehmen, Unternehmenskultur und Mitarbeiter enger zusammenzubringen und eine gemeinsame Identität mit einheitlichen Zielen und Werten zu generieren. Um dies zu erreichen, müssen unterschiedlichste Methoden und Konzepte angewandt werden, die in ihrer Gesamtheit eine langfristige Verbesserung der

---

A.-L. Spiegel (✉)  
Lübeck, Deutschland  
E-Mail: [Felix.nolte@posteo.de](mailto:Felix.nolte@posteo.de)

Zusammenarbeit bedingen. In Anbetracht des Umfangs verwundert es nicht mehr, dass Change Projekte häufig scheitern oder nur unzureichende Ergebnisse liefern. Welch großes Potenzial sich hinter dem Change verbirgt, eröffnet sich nur dem, der bereit ist, waghalsig neue Meere zu befahren.

Der Gesundheitsbereich hat große ökonomische Bedeutung für die deutsche Wirtschaft. Im Jahr 2017 lag die Bruttowertschöpfung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft bei rund 350 Mrd. EUR, „das entspricht rund 12 Prozent des Bruttoinlandsprodukts“ (Bundesgesundheitsministerium 2019). Es ist also nicht abzustreiten, dass auch die Krankenhausbranche von enormer wirtschaftlicher Bedeutung für die Bundesrepublik ist. Die allgegenwärtigen Veränderungen der Wirtschaft und Gesellschaft in Zeiten von Digitalisierung und Fachkräftemangel sollten auch vor diesem Hintergrund die großen Akteure in der Wirtschaftswelt beschäftigen. Change Management wird im Angesicht der strukturellen Probleme nicht mehr nur in Industrie und Dienstleistung nötig, sondern in immer größerem Umfang auch in Krankenhäusern. Dabei beschreibt Change Management die Zusammenführung verschiedenster Managementmethoden, um Wandel und Veränderungen im Unternehmen zu initiieren und auf wandelnde Umwelteinflüsse angemessen reagieren zu können (vgl. Lauer 2014, S. 3).

---

### 3.1 Grundlagen zum Change Management

Change ist Veränderung und diese Veränderungsprozesse laufen in Phasen ab. Auch wenn im Übersichtswerk das Thema Phasen eher kritisch diskutiert wurde, soll hier nochmals als Basis mit minimalistischem Umfang darauf eingegangen werden. Das Auftauen beschreibt die erste Phase, in der das Ausgangsniveau und die krisenhafte Entwicklung des Unternehmens maßgeblich sind. Durch die Krise wird das Unternehmen „wachgerüttelt“ und Handlungsbedarf entsteht. Die Mitarbeiter werden aufmerksam und hoffen, dass die Krise möglichst schnell vorüber geht. Mit dieser Phase werden die Mitarbeiter offen für Veränderung. Auch wenn diese nach wie vor nicht umgehend geschätzt wird, ist ein Beginn von Change-Aktivitäten in dieser Phase am einfachsten. Läuft im Unternehmen alles rund und es besteht kein Grund zur Sorge, lassen sich die Mitarbeiter deutlich schwerer von neuen Maßnahmen überzeugen. Die zweite Phase ist das Verändern, nach dem sogenannten Turnaround, welcher den Start für die Veränderung markiert. Widerstand und Schubkraft arbeiten gegen beziehungsweise für die Veränderung. Die Waage zwischen Widerstand und Schubkraft in Richtung Veränderung wird zum einen von der vorherrschenden Unternehmenskultur, aber in großem Ausmaß von den einzelnen Führungskräften beeinflusst. Ihr Verhalten hat unmittelbare Auswirkungen auf die Reaktion und Mitwirkung auf und bei dem Change-Prozess. Welches Verhalten Einfluss auf die Mitarbeiter nimmt und was sie beeinflusst, wird im folgenden

Kapitel erläutert. In der dritten und letzten Phase ist das Ergebnisniveau erreicht und die stabilisierenden Kräfte in Form von Regeln und Kultur greifen und leiten das Unternehmen. Dabei sollte eine langfristige Begleitung des Change-Prozesses durch das Change Management gewährleistet sein. Nur so kann das System kontinuierlicher Verbesserung erfolgreich weitergeführt werden. Die kontinuierliche Verbesserung muss in der Unternehmenskultur gefestigt werden, damit eben diese dauerhaft bestehen kann. Gutes Change Management zeichnet sich dadurch aus, dass das erreichte Ergebnisniveau über einen langen Zeitraum gehalten wird. Bei schlechtem Change Management fällt das Niveau rasch auf die Ausgangslage zurück und die Mitarbeiter sind meist noch unzufriedener als vor der Change-Aktivität (vgl. Albrecht und Töpfer 2017, S. 1021).

Gerade im Gesundheitswesen steht der Mensch im Fokus der Aktivitäten. So ist nicht nur der Patient als Kunde, sondern auch der Mitarbeiter die einflussreichste Größe in allen Prozessen zu sehen. Es richten sich nahezu alle Methoden und Werkzeuge des Change Managements auf Gruppen und den einzelnen Menschen. Im Hintergrund steht immer die Strategie und die Unternehmenskultur, nach der sich die Mitarbeiter im und vor allem nach abgeschlossenem Change-Prozess richten sollen. Damit die Individualität jedes Einzelnen nicht in einer Unternehmensphilosophie untergeht, ist das Change Management kein starres Konstrukt, an das sich zu halten gilt, sondern eher ein Wegweiser, der modifiziert und durchgeführt enorme Potenziale freisetzen kann. Nicht nur Mitarbeiter, sondern auch die Führungsebenen sind Gegenstand des Change-Gedankens. Sie müssen sich an den Zielen des Change orientieren und das Unternehmen nach den Vorgaben mit den richtigen Maßnahmen gestalten. Die Einstellung und das Selbstverständnis der Führungskräfte soll beeinflusst werden. Die Wahrnehmung der Führungskräfte als autonomer Gestalter ist in der immer komplexer und dynamisch werdenden Unternehmensumwelt nicht mehr zielführend und wird durch die Zusammenarbeit untereinander abgelöst (vgl. Hofert 2018, S. VII).

Das Change Management ist ein Katalog von Maßnahmen, welche ein Dreigestirn beeinflussen. Das Individuum, die Unternehmenskultur und die vorherrschenden Strukturen werden betrachtet und beeinflusst (vgl. Lauer 2014, S. 4). Durch diese Dreiteilung entsteht ein sich selbst tragendes System, welches im Optimalfall eine kontinuierliche Verbesserung im Sinne des Lean Managements anstrebt und erfolgreich umsetzen kann (vgl. Scholz 2014, S. 119). Dabei finden im Change Management Maßnahmen und Ideen aller Konzepte Anwendung. Ganz nach der Problemstellung und der Zielformulierung sind das Repertoire und die Vielseitigkeit von Change Management nahezu grenzenlos.

Hinweise aus dem Marketing können hilfreich sein; auch die Erkenntnisse der Wirtschaftspsychologie sind zu nutzen. Erfahrungen aus dem Projektmanagement helfen, sollten aber nicht überbewertet werden, um dem Wandlungsprozess nicht der Kreativität der einzelnen Mitarbeiter zu berauben. Gerade diese Aspekte sind unter dem Slogan „abholen und mitnehmen“ zu berücksichtigen.

### 3.2 Ziele des Change Managements

Change Management wird zwar oft eingesetzt, um große Probleme zu beseitigen. Im alltäglichen Gebrauch verfolgt es jedoch viele kleine Ziele, die in ihrer Gesamtheit eine Organisation ihrer Vision täglich ein Stück näher bringt. Hauptziel des Change Managements ist die optimale Gestaltung vom Ausgangspunkt zum Zielpunkt. Change Management richtet sich dabei, anders als andere Managementmethoden wie zum Beispiel die strategische Zielplanung, eher nach innen, an die eigenen Ressourcen, als nach außen, an die Leistungsnehmer (vgl. Lauer 2014, S. 4). Durch die Fokussierung auf die eigenen Belange werden die Probleme und Schwierigkeiten häufig erst deutlich. Bei der dauerhaften Entwicklung von Organisationen werden im Laufe der Zeit immer neue Aspekte auftauchen. So entsteht der kontinuierliche Verbesserungsprozess. Dabei ist es sowohl eine Herausforderung, die optimale Strategie zur Verbesserung zu definieren, als auch eine optimale Umsetzung der Verbesserung zu gestalten. Wie so oft ist nur die Kombination von guter Strategie und guter Umsetzung erfolgswährend. Change Management ist mit den verschiedenen Maßnahmen das Bindeglied zwischen theoretischer Ausarbeitung und praktischer Gestaltung.

Wie bereits erwähnt, ist das Individuum ein Ansatzpunkt von Change-Management-Aktivitäten als kleinste soziale Einheit im Unternehmen. Es hat in seiner Gesamtheit enormen Einfluss auf den Erfolg einer Organisation und auch einer einzelnen Maßnahme. So ist es von besonderer Bedeutung, die einzelnen Mitarbeiter als Gesamtheit zu verstehen und jeden Mitarbeiter so zu unterstützen und einzubeziehen, dass man sich seiner Mithilfe sicher sein kann. Der zweite Ansatzpunkt ist die Unternehmensstruktur. Sie beeinflusst unter anderem die Prozesse und Abläufe, hat also auch Auswirkungen auf den einzelnen Mitarbeiter, der an die vorgegebenen Strukturen seine Arbeitsabläufe anpasst. Die formale Aufbau- und Ablauforganisation ist in der theoretischen Ausgestaltung weitaus leichter umzusetzen, als dies praktisch möglich ist. Strategie, Technologie, Ressourcen und Weiteres lassen sich nicht kurzfristig vom Wandlungsbestreben Einzelner verändern, sondern müssen langsam und mit Bedacht gewandelt werden. Je nach Komplexität der Maßnahmen ist eine umfangreiche Planung notwendig. Der dritte, aber keinesfalls zu vernachlässigende Ansatzpunkt ist die Unternehmenskultur. Diese dauerhafte, informelle Struktur ist häufig unabhängig von Individuen und beschreibt Einstellung, Werte und informelle Regeln des Unternehmens. Die Kultur im Unternehmen ist meist über einen langen Zeitraum gewachsen und lässt sich kaum kurzfristig beeinflussen. Individuelle und strukturelle Veränderungen ohne Beachtung und gleichzeitige Beeinflussung der Unternehmenskultur gestalten sich sehr schwierig und sind nur mit erheblichen Problemen durchzuführen (vgl. Lauer 2014, S. 7). Die Bearbeitung der Kultur stellt die mitunter größte Herausforderung dar und erfordert einen langen Atem. Mit den drei Ansatzpunkten lässt sich erahnen, wie umfangreich ein Change-Projekt ist.