

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

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

CHANGE MANAGEMENT

Entscheidungsträger
Veränderungen

Interessenausgleich

Machtkämpfe

Revolutionärer Wandel

Ängste

Freiräume

Eigeninteressen

Beteiligung

Feedback

Entschlossenheit

Arbeitspakete

Integrationsstrategie

Erfolgskontrolle

Interessenkonflikte

Chancen



Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Mitherausgeber/ Redaktion

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

Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

Redaktionsanschrift

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

Telefon: 0731 9762-1621

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

Abonnement

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

Rechtliche Hinweise

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

Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 2, Nr. 3, 2016, S. 1-63. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.01.03.2016-01

Erscheinungsort
Neu-Ulm, 10/ 2016

ISSN Online
2363-9342

ISSN Print
2364-2556

Auflage
1000

QR-Code



Webseiten

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

Hochschule
www.hs-neu-ulm.de

Druckerei

Datadruck GmbH
Leibier Weg 8
89278 Nersingen

Beitrag aus der Praxis III



Titel

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

Autoren

Dr. Hans P. Schlaudt, Katharina Daniels

Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Phase der strategischen Sondierung: Beobachten und Bewerten

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

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

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

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

Die Vorbereitungsphase: Zwitterwesen Change und Erfolgsfaktoren

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

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

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

und drei „weiche“ Faktoren:

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

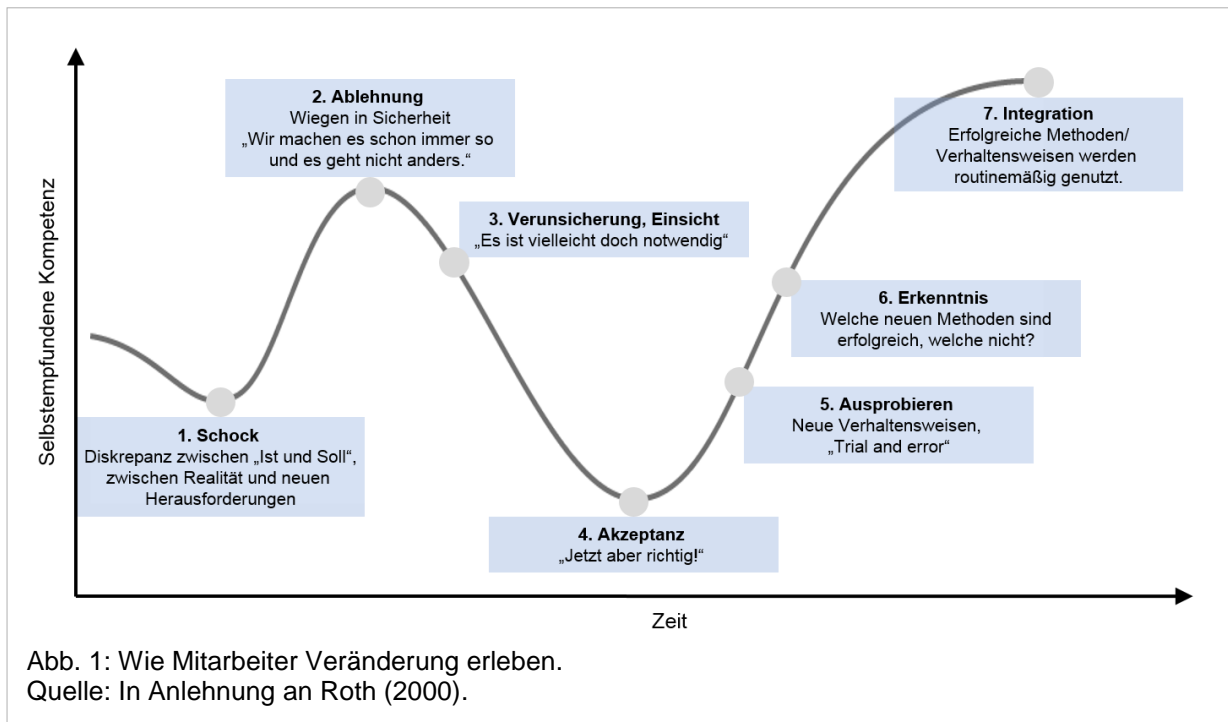
In welchem Umfang die „weichen Faktoren“ im Veränderungsmanagement Berücksichtigung finden, hängt von der Situation ab: Ein risikobasierter Change, der Risiken identifiziert und quantifiziert, um sie dann einzudämmen, muss Veränderungen Top Down durchsetzen. Anderenfalls kann die Existenz des Hauses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

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

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

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

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



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

Die Umsetzungsphase: Was geschieht wann mit wem?

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

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

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

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

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

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

Interimsmanagement: Chance für neue Perspektiven und Freiräume

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

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

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

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

Literatur

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

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

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

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

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

Autorenbiografien

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

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

Autorenanschriften

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

E-Mail: hp.schlaudt@jomec.de

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

E-Mail: k.daniels@JOMEK.de