

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

## EXPERTENORGANISATIONEN

Wertschöpfung  
**Leistungsbündel**  
Qualifizierte Mitarbeiter  
Erfahrungswissen  
**Kundenorientierung**  
Dienstleistungserbringung  
Kapazitätsreserven  
**Priorisierung**  
Operative Exzellenz  
Produktivitätsgewinn  
**Rationalisierung**  
Personaleinsatz  
Kompetenzvorsprünge  
Expertenstatus  
**Rationierung**



# 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 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](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. 4, Nr. 1, 2018, S. 1-65. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.04.01.2018-01

### Erscheinungsort

Neu-Ulm, 9/ 2018

### 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

## Beitrag aus der Praxis II



### **Titel**

Wandlungspotenzial im Krankenhaus – Reflexion von Change-Prozessen

### **Autoren**

Prof. Dr. Karin Scharfenorth (links)

Prof. Dr. Johanne Pundt (rechts)

### **Einleitung**

Dieser Aufsatz beschäftigt sich mit den Projekterkenntnissen zu Veränderungsprozessen, die in acht Krankenhäusern im Rahmen eines öffentlichen Fördervorhabens zusammengetragen werden konnten. Der inhaltliche Schwerpunkt lag in der Neuausrichtung der Personalarbeit von Gender und Diversity. Die Vorgehensweise des Projekts war durch eine anfängliche Potenzialanalyse und die Entwicklung daraus abgeleiteter Maßnahmen der Organisationsentwicklung für alle Krankenhäuser grob vorstrukturiert, richtete sich im einzelnen Haus jedoch nach den spezifischen Zielen und Bedingungen. Die acht Krankenhäuser haben alle Projektphasen oder nur Teile davon durchgeführt. Insgesamt wurden 14 einzelne Maßnahmen der Organisationsentwicklung bearbeitet. Die Begleitprozesse dieser Maßnahmen bieten die Basis für diesen Beitrag.

Im Fokus stehen dabei die Wege und Prozesse zur Veränderung und weniger die erreichten Ergebnisse. Förderliche und hemmende Faktoren auf dem Weg zum Ziel werden vor dem Hintergrund theoretischer Ansätze der Organisationsentwicklung re-

flektiert. Dabei wird im Folgenden dargestellt, wie gut Krankenhäuser für geplante Wandlungsprozesse vorbereitet sind. Das Projekt hatte in diesem Zusammenhang nicht das Ziel quantitativ verwertbare Evidenz zu erbringen, hat aber gehaltvolle Fallstudien ermöglicht, die dazu dienen können, die Besonderheiten von „Change“ im Krankenhaus zu präzisieren. Zunächst wird der theoretische Rahmen vorgestellt, auf den sich die Analyse der Fallstudien bezieht. Dieser Teil fokussiert auf die Voraussetzungen geplanter Veränderungen in Organisationen. Im Anschluss daran werden die Veränderungsprozesse in den Krankenhäusern mit Hilfe der theoretisch abgeleiteten Kriterien untersucht. Der Aufsatz mündet schließlich in Schlussfolgerungen über das Organisationsentwicklungspotenzial von Krankenhäusern. Dabei wird vertreten, dass die Rolle engagierter „Kümmerer“ von besonderer Bedeutung für erfolgreiche Veränderungsprozesse ist. Es wird angeregt, eine breitere und tiefergehende Untersuchung von „Change“ im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der „Kümmerinnen“ durchzuführen, um das Veränderungspotenzial der Krankenhausbranche zu stärken.

## Theoretischer Rahmen

Die Theorie der Organisationsentwicklung beschreibt im Rahmen des „3-W-Modells“ drei Voraussetzungen für Veränderungen, nämlich Wandlungsbedarf, Wandlungsbereitschaft und Wandlungsfähigkeit (Krüger, 2009, S. 27 ff.). Sind die genannten Voraussetzungen erfüllt, so funktionieren die Veränderungsprozesse, führen zu verbesserter Wirtschaftlichkeit, Leistungsqualität und Humanität. Die erzielten Veränderungen finden Akzeptanz bei den Interessensgruppen der Organisation. Das Unternehmen erfindet sich im Austausch mit seiner Umwelt neu und gibt schlüssige Antworten auf neue Herausforderungen.

Selbstverständlich liegt hiermit ein idealtypisches Bild einer gelingenden Organisationsentwicklung vor, das die Organisation anstreben, aber kaum vollständig erreichen kann. Nichtsdestotrotz bieten die Dimensionen Wandlungsbedarf, Wandlungsbereitschaft und Wandlungsfähigkeit einen geeigneten Analyserahmen, um Organisationsentwicklungsprozesse zu bewerten. Zu diesem Zweck werden die drei Dimensionen näher konkretisiert.

### *Wandlungsbedarf als Voraussetzung erfolgreicher Organisationsentwicklung*

Auf den ersten Blick scheint die Frage nach dem Wandlungsbedarf schnell beantwortet zu sein. Entweder es gibt interne oder externe Impulse, die Veränderungen an den Strukturen, Prozessen und der Kultur einer Organisation erforderlich machen oder es gibt sie nicht. Sicherlich würde niemand bezweifeln, dass z. B. die Einführung der Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung Quelle vielfältiger Erneuerungsmaßnahmen in den deutschen Krankenhäusern war und bis heute ist (Roeder/ Volkert 2014, S. 62 ff.). Aber warum gibt es dann keine eindeutigen Bedarfsbestimmungen, sondern höchst unterschiedliche Wege, wie Organisationen mit einer neuen Herausforderung umgehen,

sei es eine alternde Belegschaft oder die gewachsene Bedeutung des Qualitätsmanagements? Auch Umfang und Geschwindigkeit von Veränderungsprozessen prägen sich unterschiedlich aus. Die Innovationsforschung beschreibt die verschiedenen Innovationsstrategien und -dynamiken ausführlich (Müller/ Görres 2009, o. S.).

Der Wandlungsbedarf ist keine objektive Größe, sondern wird durch vielfältige Faktoren beeinflusst. Zunächst ist festzuhalten, dass die Identifizierung und Beschreibung von Bedarfen durch die Personen in einer Organisation erfolgt und insofern durch ein Bündel von subjektiven Einflüssen geprägt ist. Ob, wann, wie und in welchem Umfang Bedarf an Veränderungen festgestellt wird, ist also von handelnden Charakteren, von Motivationen, Überzeugungen, Belastung, den Beziehungen untereinander und von Macht etc. abhängig. Gemeinsam bilden diese subjektiven Einflüsse die Basis für die Kultur einer Organisation (Homma/ Bauschke/ Hofmann 2014, S. 8 ff.). Auch von ihr wird die Bedarfsbestimmung beeinflusst. Ob eine Organisation sich an Beständigkeit und Vorsicht oder an Innovation und Experimentierfreude orientiert, macht in diesem Zusammenhang einen großen Unterschied.

Auch strukturelle Bedingungen sind zu berücksichtigen. Hat die Organisation Funktionen geschaffen, die sich systematisch mit Trendbeobachtung und Bedarfsbeschreibung beschäftigen? Verfügt sie über geeignete Methoden der Bedarfsermittlung und -bewertung? Und schließlich stellt sich die Frage, ob sie über die dazu notwendigen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen verfügt.

Doch selbst wenn hinsichtlich der menschlichen, sozialen, kulturellen und strukturellen Bedingungen eine gute Ausgangssituation für die Identifizierung und Beschreibung von Wandlungsbedarf gegeben ist, bedeutet dies nicht gleichzeitig, dass der erkannte Bedarf auch Veränderungen aktivieren kann. Dazu

ist auch die Vermittlung des Bedarfs innerhalb der Organisation notwendig. Ohne Akzeptanz der Erfordernisse von Organisationsentwicklungsprozessen fehlt die Basis für den Erfolg. Dementsprechend spielen die interne Unternehmenskommunikation und die direkte Personalführung eine entscheidende Rolle im „Change“-Prozess (Doppler/Lauterburg 2002, S. 335 ff., Vahs/ Leiser 2007, S. 55 ff. und Hollmann/ Sobanski 2015, o. S.).

Schließlich soll an dieser Stelle auch das Thema „Leidensdruck“ als eine oft genannte Begründung für Organisationsphlegma und gescheiterte Organisationsentwicklungsprozesse aufgegriffen werden. „Offenbar war der Leidensdruck nicht hoch genug“, heißt es dann. Unterstellt wird damit, dass die Organisation als Monolith im Zentrum wirtschaftlicher, sozialer oder kultureller Zwänge steht, die nicht ausreichend intensiv empfunden werden, um sich zu bewegen. Vor dem Hintergrund der vorab dargestellten Vielfalt an Einflüssen auf die Wahrnehmung des Wandlungsbedarfs, muss aber auch der Leidensdruck einer Organisation differenziert betrachtet werden. Dabei ist vor allem nach den Akteuren zu unterscheiden. Haben diejenigen Leidensdruck, die über Veränderungen entscheiden oder wird Leidensdruck quasi auf diejenigen delegiert, die keine andere Möglichkeit haben, als ihn auszuhalten oder die Organisation ggf. zu verlassen? Je nachdem, wen man in einer Organisation zum Wandlungsbedarf befragt, wird der Bedarf oftmals unterschiedlich stark gesehen und auch unterschiedlich beschrieben werden. So können sich beispielsweise die Geschäftsführung und die Beschäftigten eines Krankenhauses darüber einig sein, dass es an Freundlichkeit gegenüber Patientinnen mangelt. Ihre Bedarfsbeschreibungen hingegen mögen voneinander abweichen. Während die Geschäftsführung vielleicht zur Durchführung von Knigge-Seminaren rät, fordern die Beschäftigten eventuell Kommunikationstrainings für schwierige Gespräche ein.

### **Wandlungsbereitschaft als Voraussetzung erfolgreicher Organisationsentwicklung**

Die Wandlungsbereitschaft einer Organisation besteht wie der Wandlungsbedarf aus vielen Facetten. Letztlich ist sie die Summe der Wandlungsbereitschaft der einzelnen Organisationsmitglieder. Damit wird das umfangreiche Feld der Motivationstheorie, der Anreizgestaltung sowie der Identifikation angesprochen. Schnell eingefordert wird immer wieder, dass die direkten Vorgesetzten ihr Team motivieren sollen, Veränderungen hinzunehmen, anzunehmen oder gar mitzugestalten. Dabei geht es um einen souveränen Umgang mit Motivationsstrategien, z. B. im Sinne der Schaffung einer gemeinsamen Vision oder durch das Versprechen von Belohnungen (Sprenger 2014, S. 59 ff.). Die Problematik darauf zu beschränken, greift jedoch zu kurz. Erstens ist Motivation nur in begrenztem Maße von äußeren Faktoren abhängig. Der entscheidende Teil der intrinsischen Motivation, die für eine außerordentliche Leistungsbereitschaft benötigt wird, kann vielleicht animiert und zugelassen, aber nicht im engeren Sinne erzeugt und gesteuert werden. Zweitens ist Motivation ein komplexes Gebilde mit vielen möglichen Stellschrauben, an denen nur einige durch die Organisationsmitglieder gedreht werden können (Sprenger 2014, S. 71 ff.).

Damit sich Organisationsmitglieder auf den Weg machen, die Schwelle zur Veränderung zu überschreiten, muss die angestrebte Veränderung ihre ungestillten Bedürfnisse befriedigen. Diese sind in ihrer jeweils aktuellen Kombination strikt individuell, auch wenn die Inhaltstheorien der Motivation breit geteilte Erkenntnisse über das Spektrum der menschlichen Bedürfnisse erbracht haben. Die Beschreibung der Bedürfnisklassen von Maslow zeigt auf, dass die meisten Bedürfnisse zu den Defizitbedürfnissen gehören, die sich dadurch auszeichnen, dass sie nur aktiviert werden, wenn ein turnusgemäßer Mangelzustand eintritt (z. B. Hunger). Dem-

gegenüber stehen nur wenige Bedürfnisse, bei denen ein unstillbares Verlangen besteht. Dazu gehört in erster Linie der Wunsch nach Selbstverwirklichung. Sie ist der Kern der intrinsischen Motivation, die sich direkt aus einer Aktivität selbst speist und nicht durch die positiven Begleitumstände einer Aktivität indirekt erzeugt wird (Franken 2010, S. 86 ff.).

Bei allen Abweichungen und Differenzierungsunterschieden im Detail weisen auch andere Inhaltstheorien darauf hin, dass die Bedürfnisse der Persönlichkeitsentfaltung einen besonderen Stellenwert für uns haben. Aldefer nennt sie in seiner „ERG-Theorie“ Wachstumsbedürfnisse, McClelland Leistungsbedürfnisse und das Profil der fundamentalen Motive nach Reiss umfasst das Motiv „Neugier“ (Franken 2010, S. 90 ff. und 94 ff.). In besonderem Maße hob Herzberg diese Bedürfnisse heraus und von anderen ab. Für ihn sind sie die einzigen Motivatoren, die Zufriedenheit erzeugen, wenn sie befriedigt werden, aber keine Unzufriedenheit, wenn sie nicht befriedigt werden, sondern nur einen Zustand in Abwesenheit von Zufriedenheit. Für die Unzufriedenheit hingegen sind die Hygienefaktoren zuständig, die große Parallelen zu den Defizitbedürfnissen bzw. zur extrinsischen Motivation aufweisen. Hygienefaktoren, wie beispielsweise die Entlohnung, die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit können bei positiver Ausprägung Unzufriedenheit verhindern, sind aber nicht in der Lage, Motivation zu schaffen (Franken 2010, S. 92 ff.). Eine Innovationsprämie bietet dementsprechend vielleicht eine willkommene Kompensation für die Unwägbarkeiten des Veränderungsprozesses, schafft aber keinen inneren Antrieb. Bei aller berechtigten Kritik an den empirischen Grundlagen der Zwei-Faktoren-Theorie, liefert sie doch einen plausiblen Erklärungsansatz dafür, dass man gleichzeitig zufrieden und unzufrieden, motiviert, unmotiviert oder demotiviert sein kann. So kann eine Ärztin mit ihrer Arbeitsroutine hoch zufrieden sein, weil sie ihre Kompetenzen zu humanitären

Zwecken einsetzen und entsprechend motiviert ihren Arbeitsalltag gestalten kann. Zeitgleich kann sie unmotiviert sein, sich an einem Projekt zur Entwicklung eines „Clinical Pathway“ zu beteiligen, weil sie keinen Freizeitausgleich für die geleistete Projektarbeit erhält und die Zusammensetzung des Projektteams ihr nicht zusagt.

Neben den motivierenden und handlungsauslösenden Bedürfnissen beeinflusst auch die Art und Weise, wie etwas durchgeführt wird, die Handlungs- und Wandlungsbereitschaft. Die Prozesstheorien der Motivation weisen in diesem Zusammenhang vor allem auf die Relevanz von Austauschprozessen, Vergleichen und Zielsetzungen hin. Eine Frage des Motivationsprozesses lautet demnach, ob man sich den eigenen Leistungen und Anstrengungen entsprechend sowie im Vergleich zu anderen angemessen belohnt fühlt. Auch die persönliche Einschätzung spielt eine Rolle: welchen Wert hat das Ergebnis, welche Folgen sind zu erwarten – und ist das Ziel überhaupt zu erreichen? Schließlich sind die Ziele zu berücksichtigen, denn sie müssen die Möglichkeit bieten, sich damit zu identifizieren, müssen handhabbar und verbindlich formuliert sein, um ihre orientierende Wirkung zu entfalten.

Am Rubikon-Modell von Heckhausen und Gollwitzer (1987) lässt sich gut verdeutlichen, wie viele Faktoren dafür verantwortlich sind, ob eine Aktivität tatsächlich durchgeführt wird. Das Modell wurde in Anlehnung an Cäsars Überschreitung des Flusses Rubikon benannt. Seine Überquerung löste einen römischen Bürgerkrieg aus. Mit dieser Metapher soll ausgedrückt werden, dass zum Abschluss der Intentionsbildung ein verbindliches Ziel gesetzt wird, das den weiteren Handlungsverlauf entscheidend beeinflusst (Achtziger/ Gollwitzer 2009, S. 151 f.). Das Modell beschreibt den Handlungsprozess in vier Phasen. Am Anfang steht eine Phase der Intentionsbildung, in der geklärt wird, ob die Handlung erfolgen soll (prädezi-sionale Phase). Hier werden Vor- und Nach-

teile abgewogen, Ergebnisfolgen und Wahrscheinlichkeiten der Zielerreichung betrachtet. Mündet diese Phase in ein positives Ergebnis ein, wird der Rubikon überschritten, ist also die Entscheidung zugunsten der Fortführung des Prozesses getroffen worden. Es folgen dann die Vorbereitung der Handlung (postdezyonale Phase), die Handlung selbst (aktionale Phase) und schließlich die Bewertung (postaktionale Phase), die ihrerseits als Erfahrung in weitere Handlungsprozesse einfließt (Achtziger/ Gollwitzer 2009, S. 150 f.).

Betrachtet man dieses Modell im Zusammenhang mit Veränderungsprozessen, so wird deutlich, dass in allen Phasen verschiedenste Umstände darauf einwirken, ob ein Prozess weiterverfolgt oder unterbrochen wird. Kommt es zur Intentionsbildung, so entscheiden die bisherigen Erfahrungen über Veränderungen mit darüber, ob diese erstrebenswert erscheinen. Haben beispielsweise vorangegangene Projekte die erhofften Ergebnisse erbracht oder sind sie vielleicht als „Papiertiger“ gescheitert? Auch die persönlich erhofften Effekte (z. B. Karriereaufstufen, erfahrene Wertschätzung) sind zu berücksichtigen. Neben den Erfahrungen sind die Rahmenbedingungen anzuführen. Sie reichen von der Verfügbarkeit der geeigneten Informationen über klare Zielformulierungen bis hin zur Beeinflussung durch andere Personen. Wird die angestrebte Aktivität im organisatorischen Umfeld ernst genommen und positiv begleitet oder wird sie aus machtpolitischen Gründen boykottiert, aus misstrauischer Angst heraus blockiert oder bestenfalls mit skeptischem Blick geduldet? Viele Veränderungsprozesse scheitern schon in diesem Stadium.

Wird die Entscheidung für eine veränderungsorientierte Handlung getroffen, warten weitere Herausforderungen. Die Vorbereitung erfordert zeitliche, manchmal auch finanzielle Ressourcen und Planungskompetenzen. Auch können Konflikte über den richtigen Weg zum Ziel oder um die Vertei-

lung von Ressourcen den Prozess in dieser Phase hemmen. Die Handlungsphase selbst ist davon abhängig, wie gut es gelingt, andere „ins Boot zu holen“, die Ressourcenverwendung zu steuern, Angriffe, manchmal sogar Sabotage abzuwehren sowie selbstbewusst und beharrlich zu bleiben. Die Bewertung der Handlung wird nachfolgende Handlungen umso positiver beeinflussen, je besser es gelingt, die Zielerreichung zu messen und je positiver die Folgen des Handelns für den Einzelnen und sein Umfeld sind.

### **Wandlungsfähigkeit als Voraussetzung erfolgreicher Organisationsentwicklung**

Die Wandlungsfähigkeit einer Organisation umfasst das dazu notwendige Wissen, geeignete Kompetenzen der Organisationsmitglieder, zudem die Handlungsmacht bei den für die Veränderung relevanten Akteuren. Neben dem „Wollen“, das vor allem mit der Dimension der Wandlungsbereitschaft angesprochen wird, werden also jetzt das „Können“ und das „Dürfen“ als weitere Komponenten kompetenten Handelns thematisiert (Gessler 2015, S. 8 f.).

Dazu gehört das Wissensmanagement der Organisationsmitglieder (Wilkesmann/ Rascher 2003, S. 24 ff. und 35 ff.). Wie gut sind sie dazu in der Lage, veränderungsrelevante Herausforderungen zu erkennen, zu bewerten und zu priorisieren? Stehen geeignete Funktionen zur Verfügung, um angemessene Veränderungsziele und Vorgehensweisen zu definieren? Auch die Wissensnutzung und -umsetzung ist nicht selbstverständlich, sondern davon abhängig, ob das verfügbare Wissen unter den in der Organisation vorherrschenden Bedingungen angewendet werden kann oder aber dazu die Mittel fehlen bzw. die Organisationsmitglieder „mit anderen Dingen beschäftigt sind“. Daneben ist die Funktionstüchtigkeit der Mechanismen anzuführen, mit denen in der Organisation veränderungsrelevantes Wissen verbreitet wird. Wissen nur wenige, wie mit den

neuen Anforderungen umzugehen ist, oder gelingt es, ein allgemeines Bewusstsein für veränderte Strukturen, Prozesse und Handlungsweisen zu schaffen? Die Bewahrung des Wissens hat ebenfalls Bezüge zur Wandlungsfähigkeit, auch wenn es bei der Veränderung hauptsächlich um die Schaffung neuen Wissens und das organisationale Lernen geht (Senge 2011, S. 15 ff.). Für einen erfolgreichen Lernprozess bedarf es jedoch auch der Nutzung des angesammelten Erfahrungswissens, wie mit neuen Herausforderungen und Veränderungsprozessen umzugehen ist. Vor dem Hintergrund des aktuellen demografischen Wandels ist gerade diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Kompetenzen (Erpenbeck/ Rosenstiel 2007, S. XVII ff.) der veränderungsrelevanten Akteure kommen aus allen Kompetenzbereichen. Zunächst ist die fachliche Kompetenz erforderlich, also die Fähigkeit, das eigene Fachwissen situationsadäquat einzusetzen. Organisationsentwicklungsprozesse brauchen in dieser Hinsicht „Know-how“ über die Möglichkeiten und Grenzen der konkret zur Veränderung anstehenden Prozesse und Strukturen, wobei sich pflegerische und therapeutische Wissensbestände mit Managementwissen vermischen. Des Weiteren wird methodische Kompetenz benötigt, d. h. Methoden der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements müssen nicht nur bekannt sein, sondern auch praktisch angewendet werden können. Soziale und kommunikative Kompetenzen ermöglichen den Aufbau gemeinsamer Visionen und Pläne, schaffen Veränderungsbarrieren aus dem Weg, wertschätzen Engagement und Erfolge etc. Schließlich sind auch die persönlichen Kompetenzen gefragt. Die Durchsetzung von Veränderungen fordert den Beteiligten ein erhöhtes Maß an Beharrlichkeit, Frustrationstoleranz, Kritikfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Selbstdisziplin und Reflexionsfähigkeit ab, um nur einige der relevanten persönlichen Kompetenzen aufzuführen.

Schließlich ist die Wandlungsfähigkeit auch davon abhängig, inwiefern die am Veränderungsprozess Beteiligten mit den erforderlichen Ermächtigungen ausgestattet sind. Wie oft kommt es beispielsweise vor, dass komplexe und umstrittene Veränderungsprojekte im Sinne der Stabs-Projektorganisation strukturiert sind, also eine Projektleitung ohne Weisungsbefugnisse existiert, obwohl klar ist, dass sich diese Projektorganisationsform nur für einfache und unumstrittene Projekte eignet (Kunz 2005, S. 222). Auch die Auflösung von Hierarchien, die für die Arbeit in Projekten als Voraussetzung angesehen wird, lässt sich nicht immer in ausreichendem Maße durchsetzen. Im Krankenhaus wird dies darüber hinaus oft durch Schwächen der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit erschwert. Zusätzlich ist das „Dürfen“ nicht nur von den offiziellen Strukturen abhängig, sondern auch von den realen Verhältnissen in einer Organisation. Die Mechanismen des lateralen Führens, nämlich Verständigung, Vertrauen und informelle Macht (Kühl/ Schnelle 2009, S. 51 ff.), entscheiden wesentlich mit darüber, wie Organisationsentwicklungsprojekte wahrgenommen und unterstützt werden. Beispielsweise kann einerseits ein Vorhaben ohne größere Widerstände umgesetzt werden, weil die Betroffenen ein auf positiven Erfahrungen beruhendes, umfängliches Vertrauen in die Initiatoren der Veränderung haben. Andererseits kann ein Vorhaben scheitern, weil verschiedene, zerstrittene Organisationseinheiten die Expertise zu einem Thema für sich allein beanspruchen.

### **Zwischenfazit**

Die theoretischen Überlegungen zeigen verschiedene Aspekte auf, die das Gelingen oder Misslingen von Organisationsentwicklungsprozessen beeinflussen. Für die Reflexion dieser untersuchten Prozesse lässt sich daraus Folgendes ableiten.

- Hinsichtlich des Wandlungsbedarfs ist auf die menschlichen, sozialen, kulturellen



und strukturellen Rahmenbedingungen zu achten.

- Die Wandlungsbereitschaft hängt eng mit der Motivationslage der Beteiligten und den Möglichkeiten der Organisation, geeignete Strategien der Fremdmotivation einzusetzen, zusammen.
- Die Wandlungsfähigkeit ist auf organisatorischer und individueller Ebene zu betrachten. Sie umfasst das erforderliche Wissen, geeignete Kompetenzen und die Dimension der formellen und informellen Machtverhältnisse.

### Wandlungsbedarf in praktischen Fallstudien

Beobachtungen zum Umgang mit Wandlungsbedarfen in den acht untersuchten Krankenhäusern konnten vor allem in der Phase der Potenzialanalysen gesammelt werden. In dieser Phase wurden seitens der Projektbegleitung Unterlagen zur Ausgangsbasis bei den Krankenhäusern angefordert und ausgewertet (z. B. Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen, Qualitätsberichte). Außerdem ergänzten moderierte Potenzialworkshops den Prozess und darüber hinaus konnten einzelne Erkenntnisse zum Umgang mit Wandlungsbedarfen auch im weiteren Projektverlauf gesammelt werden.

### Innovationsfreude – auf die richtige Dosierung kommt es an

Mit wie viel Innovationsfreude Wandlungsbedarfe identifiziert und beschrieben werden, entscheidet über die Reichweite der Veränderung und nimmt auch Einfluss auf das Engagement, das seitens der Organisationsmitglieder in einen Organisationsentwicklungsprozess einfließt.

In einem Fall wurde der Wandlungsbedarf möglichst klein gehalten. Herausforderungen im Bereich der Personalgewinnung und Personalbindung wurden als gesellschaftliches,

nicht als organisatorisches Problem beschrieben. Optimierungsmöglichkeiten der eigenen Personalarbeit wurden nur punktuell gesehen. Infolgedessen konnte in diesem Fall auch nur ein kleineres Vorhaben auf den Weg gebracht werden und der Einstieg gestaltete sich schleppend. Mehrere weitere Fälle kennzeichneten sich eher durch das Gegenteil, nämlich eine stark innovationsfreudige Haltung in der Analyse der Wandlungsbedarfe. Nicht nur, dass in diesen Fällen umfangreicher Verbesserungsbedarf zusammengestellt wurde, vielmehr wurden auch weitreichende Vorhaben mit tiefgreifenden Auswirkungen auf die Personalarbeit und die Organisationskultur diskutiert. Dabei konnten verschiedene Effekte beobachtet werden. Zum Teil lösten die weitreichenden Veränderungsvisionen eine gewisse Lust am „Change“ aus und weckten bei einigen Beteiligten deren intrinsische Motivation. Manche Beteiligte führten sie jedoch in die Frustration, weil sich schnell zeigte, dass die Hürden zu hoch lagen und Überforderungseffekte eintraten.

Förderlich war eine mittlere Dosierung der Innovationsfreude. Die entsprechenden Fälle im Projekt waren dadurch gekennzeichnet, dass bei der Identifizierung von Wandlungsbedarfen zunächst „die Schere aus dem Kopf genommen wurde“, es dann aber auch gelang, durch die Beteiligten gemeinsam akzeptierte Ziele handhabbar zu konkretisieren.

### Fehlende Kümmerer und konkurrierende Spezialisten

Erfolgreiche Organisationsentwicklung erfordert eine strategisch ausgerichtete und systematische Trendbeobachtung und Entwicklungsplanung, die sich in einigen Krankenhäusern zu wenig und in anderen wiederum zu viel zeigte.

So fehlte es in einem kleineren Teil der Fälle an einer entsprechenden Funktion in der Organisation selbst, die dazu in der Lage

sein sollte, die Ergebnisse einer systematischen Trendbeobachtung auf die Agenda zu bringen und gezielt in Veränderungsaktivitäten zu übersetzen. Anders formuliert: letztlich fühlte sich niemand verantwortlich, diese Rolle zu tragen. In den anderen Fällen hingegen gab es zu viele konkurrierende Stellen. Gender- und diversityorientierte Veränderungen der Personalarbeit sind, wie viele andere aktuelle Herausforderungen der Organisationsentwicklung auch, ein Querschnittsthema. Die Bearbeitung dieses Themas zwischen Personalabteilungen, Gleichstellungsbeauftragten, Personalvertretungen, Schwerbehindertenvertretungen, Organisationsentwicklern, Qualitätsmanagerinnen, Bildungsbeauftragten und nicht zuletzt den Fachvorgesetzten – um nur die wichtigsten Anspruchsgruppen für dieses Thema zu nennen, erzeugte nicht wenige Abstimmungsprobleme und Verzögerungen.

### *Unsystematische Methodennutzung*

Die Analyse der Ausgangssituation durch Befragungen, Workshops, Bewertung personalwirtschaftlicher Instrumente etc. stellt einen wesentlichen Einstieg in Organisationsentwicklungsprozesse dar. Die Methodennutzung lag in den Krankenhäusern auf unterschiedlichem Niveau.

In wenigen Fällen stand kein Material zur Verfügung. Ansonsten standen für die Potenzialanalyse zum Teil umfangreiche Unterlagen zur Verfügung, die auf vorgängige Mitarbeiterbefragungen, Zertifizierungsverfahren und Kennzahlenauswertungen zurückgingen. Impulse aus diesen Materialien konnten seitens der Projektbegleitung in die Potenzialworkshops eingebracht werden. Allerdings wurde auch deutlich, dass das Material zum Teil vorher ungenutzt gewesen war. Eine regelmäßige, systematische und strategische Nutzung von Verfahren der Bedarfsanalyse war in keinem Fall zu bemerken, was auf fehlende Ressourcen zurückzuführen ist. Dies zeigte sich daran, dass die vorab verfügbaren Unterlagen in vielen Fäl-

len im Rahmen anderer Projekte erstellt worden waren, also mit Hilfe von Ressourcen, die in erster Linie punktuellen Zwecken dienten, nicht aber im Rahmen von strategischen Organisationsroutinen.

Im Rahmen des Fördervorhabens wurden allerdings in mehreren Krankenhäusern neben der anfänglichen Potenzialanalyse gezielte zusätzliche Maßnahmen zur Beschreibung des Wandlungsbedarfs durchgeführt, beispielsweise Altersstrukturanalysen, Mitarbeiterbefragungen, Führungskräfteworkshops und leitfadengestützte Beobachtungen von Arbeitsabläufen.

### *Mangelnde Kommunikation rächt sich*

Die Vermittlung des Wandlungsbedarfs zeigte in den Krankenhäusern stark unterschiedliche Ausprägungen. Dabei wurde deutlich, dass in diesem Aspekt ein großes Potenzial für Erfolg oder Misserfolg von Organisationsentwicklung liegt.

Die drei Fälle, in denen der Wandlungsbedarf in der internen Kommunikation offenbar eine marginale Rolle spielte, hatten mit einem zähen Verlauf der geplanten Verbesserungsaktivitäten zu kämpfen. Auch fanden die Aktivitäten, wenig verwunderlich, so gut wie keine Akzeptanz, so dass Mitstreiterinnen ausblieben und direkte Wirkungen für die Personalarbeit ausblieben. In einem Fall wurde im weiteren Projektverlauf durch einzelne Engagierte mühevoll nachgebessert, um das Vorhaben gängig zu machen. In einem Fall scheiterte die Projektarbeit sogar. In den anderen Fällen war der Wandlungsbedarf hingegen erkennbar ein Thema der internen Kommunikation, wenn auch auf unterschiedlichen Niveau. Dabei waren unterschiedliche Strategien und Wirkungen zu beobachten. Ein Krankenhaus setzte mit einer anfänglichen Informationsveranstaltung für die Beschäftigten, Veröffentlichungen in der Mitarbeiterzeitschrift und regelmäßiger Berichterstattung zum Stand des Projekts in den Gremien auf durchgehende

Transparenz und breite Information aller. Auch wurde dort auf Interessenbasis eine berufsgruppen- und hierarchieübergreifende starke Beteiligung am Potenzialworkshop realisiert. Die Bedarfsermittlung am Anfang des Projekts orientierte sich somit stark an Sichtweisen aus der Belegschaft. Diese Beteiligungsstrategie war bewusst verfolgt worden und die Ergebnisse wurden von den Verantwortlichen ernst genommen und als Auftrag aufgefasst, wodurch der Organisationsentwicklungsprozess vorangetrieben werden konnte. Ein anderes Krankenhaus informierte ebenfalls mit Veröffentlichungen in der Mitarbeiterzeitschrift, regelmäßiger Berichterstattung in Gremien sowie mit Plakaten und Flyern über das Projekt. Die folgende Beteiligung von Belegschaftsangehörigen an einer im Projekt durchgeführten Befragung und einem Führungskräfteworkshop gestaltete sich entsprechend positiv. Andere Krankenhäuser informierten allerdings vorsichtiger, da die Bedarfserhebung stark durch die Personalabteilung definiert wurde. Die Sichtweisen der Belegschaft konnten durch einzelne Führungskräfte aus der Pflege und Personalvertretungen, also eher indirekt, eingebracht werden. Die grundsätzliche Benennung von Bedarfen erwies sich dabei nicht als problematisch, jedoch fiel die konkretisierende Beschreibung von Entwicklungszielen in diesen Fällen zum Teil sehr schwer.

### **Wandlungsbereitschaft in Fallbeispielen**

Die Wandlungsbereitschaft konnte über den gesamten Verlauf des Fördervorhabens beobachtet werden. Bedingt durch die Projektphasen, spielten alle Phasen des oben dargestellten Rubikon-Modells eine zentrale Rolle, so dass präzise betrachtet werden konnte, an welchen Stellen im Handlungsprozess die Weichen für oder gegen Veränderungsaktivitäten gestellt wurden.

### **Motivation als kritischer Erfolgsfaktor**

Die Motivation der in den Krankenhäusern beteiligten Menschen war auffallend unterschiedlich ausgeprägt. Dies gilt für die Stärke der Motivation, den Motivationsinhalt und auch für prozessuale Aspekte der Motivation. Bei der Betrachtung muss auch nach den Rollen im Veränderungsprozess differenziert werden, weil damit verschiedene Einflussmöglichkeiten einhergehen. Deshalb wird zunächst die Situation derjenigen analysiert, die für das jeweilige Krankenhaus als Projektleitungen, Projektkoordinatoren oder erste Ansprechpartner/-innen für die Projektbegleitung (kurz: Verantwortliche) wirkten. Danach erst werden Mitglieder aus den einzelnen Projektteams betrachtet.

Bei allen Unterschieden ist übergreifend festzuhalten, dass hinsichtlich der Motivationslage auch der zeitliche Faktor eine Rolle gespielt hat. Das Projekt konnte aus verschiedenen administrativen Gründen erst 16 Monate nach seiner Initiierung starten. Dies führte dazu, dass das im Initiierungsprozess wache Interesse in den beteiligten Krankenhäusern nachgelassen hatte und erst durch intensiviertere Kommunikation wieder geweckt wurde. Der Rückgang des Interesses war überwiegend damit verbunden, dass zwischenzeitlich andere Herausforderungen, Projekte und Aktivitäten die Aufmerksamkeit und Arbeitszeit der Verantwortlichen in Anspruch genommen hatten. Nachdem die hausspezifischen Projektstrukturen dann aber aufgebaut worden waren, zeichneten sich in den Planungsgesprächen, den Potenzialworkshops und auch im Rahmen der weiteren Projektbegleitung verschiedene Motivationslagen der Verantwortlichen ab. Im überwiegenden Teil der Fälle war die Motivation dann offenkundig hoch. Die entstehende Energie half projektypische Schwierigkeiten wie Ressourcenknappheit und Widerstände konstruktiv zu behandeln.

In drei Fällen war die Motivation, Veränderungen zu erwirken, sehr schwach ausge-

prägt. In einem dieser Fälle wurde jegliche Projektaktivität verweigert, so dass es nach anfänglich erfolgversprechenden Gesprächen weder zu einer systematischen Potenzialanalyse, noch zu daraus abgeleiteten Maßnahmen kam. Die genauen Gründe dafür konnten auch in einem nachgängigen Gespräch nicht ermittelt werden. Es blieb jedoch der Eindruck, dass die verantwortliche Person unfreiwillig in diese Rolle gedrängt worden war und ihre knappen zeitlichen Ressourcen für andere Aktivitäten einsetzen wollte. In den beiden anderen Fällen ging die niedrige Motivation der Verantwortlichen mit einem zähen Projektverlauf, einer geringen Reichweite der geplanten Veränderungen und schwacher interner Kommunikation einher. In einem dieser zuletzt genannten Fälle konnte der Projektprozess allerdings zu einem späteren Zeitpunkt durch den Wechsel des Ansprechpartners erheblich verbessert werden.

Bei den Projektteammitgliedern ergaben die individuellen Motivationslagen ein buntes Bild. Einige Top-Führungskräfte engagierten sich sehr intensiv und hatten offensichtlich den Wunsch, ihrer Führungsaufgabe im Dialog mit Beschäftigten möglichst gut nachzukommen. Einige Projektteammitglieder brachten sich kontinuierlich in das Projekt ein und unterstützten nach Kräften die Verantwortlichen. Einzelne Projektteammitglieder engagierten sich sogar vehement für das Projekt, aber reduzierten ihr Engagement erheblich, wenn deutlich wurde, dass ihre persönlichen Interessen im Projekt nicht durchgehend berücksichtigt werden konnten. Andere machten wiederum ihr Engagement offensichtlich von im Zeitverlauf wechselnden Abteilungsinteressen und Machtgebaren um Einfluss und Positionen abhängig. Wieder andere waren kaum motiviert, sondern nahmen unfreiwillig an Sitzungen teil und verabschiedeten sich aus dem Projekt, sobald es möglich war. Insgesamt betrachtet konnten alle Verantwortlichen nicht auf kontinuierlich gleich besetzte und motivierte

Projektteams zurückgreifen, sondern immer nur auf einzelne Unterstützer.

Vor dem Rubikon-Modell interpretiert waren die einzelnen Phasen dieses Modells sowohl für die Verantwortlichen als auch für die Projektteams in den Krankenhäusern unterschiedlich schwer zu realisieren. Unabhängig von Detail- und Niveauunterschieden zeigten sich die größten Schwierigkeiten in der tatsächlichen Umsetzung. Während die Verarbeitung von Veränderungsimpulsen, die Intentionsbildung und die Vorbereitung in den meisten Fällen zügig voranschritten und unter reger Beteiligung stattfanden, änderte sich das Bild, je konkreter die Veränderungsvorhaben auf die Handlungsphase bzw. die Umsetzung zusteueren. Zum Teil verringerte sich die Anzahl der Mitstreiterinnen, zum Teil tauchten Widerstände in Form von Bedenken auf, zum Teil fehlten zuvor eingeplante oder auch zusätzlich erforderliche Ressourcen für ein Engagement. Insofern konnten auch nicht alle Veränderungsvorhaben in der Projektlaufzeit abgeschlossen werden, sondern reichten darüber hinaus.

### *Intrinsisch Motivierte blieben Einzelkämpfer*

Eine genaue Einschätzung der intrinsischen Motivation der Beteiligten lässt sich nicht abgeben. Die Erkenntnisse aus den Begleitprozessen legen jedoch nahe, dass Motivation, die sich durch die Sache selbst begründet, nur bei wenigen deutlich wurde. Diese zeichneten sich dadurch aus, dass sie generell ein hohes fachliches Interesse an Gender-Themen sowie Fragestellungen der Bereiche Personal- und Organisationsentwicklung hatten. Überwiegend war dieses Interesse in besonderen betrieblichen Funktionen, z. B. bei verschiedenen Stabsstellen, Gleichstellungsbeauftragten, Bildungsfunktionen und interessanterweise nur teilweise in den Personalabteilungen vorzufinden. In den Fällen, in denen intrinsisch motivierte Projektbeteiligte ihren Einfluss auf die Projektak-

tivitäten geltend machen konnten, konnte die konzeptionelle Seite der Aktivitäten gut vorgebracht werden und die intrinsische Energie half auch dabei, konstruktiv mit mühsamen Vermittlungsprozessen, Querschlägern und Rückschritten umzugehen. Eine ansteckende Wirkung hingegen gab es kaum, so dass die intrinsisch motivierten Akteure letztlich Einzelkämpfer blieben.

### *Gehört werden als Anreiz*

Die meisten materiellen und immateriellen betrieblichen Anreize spielten im Projekt so gut wie keine Rolle. Dies gilt jedoch nicht für den Anreiz der Mitgestaltung. Diese Möglichkeit wurde in mehreren Krankenhäusern mit Erfolg eingesetzt. Angehört und mit seinen Problemen und Ideen ernst genommen zu werden und Impulse für Verbesserungen der eigenen Arbeits- und Beschäftigungssituation geben zu können, erwies sich typischerweise als gut funktionierendes Mittel, um Interesse am Projekt, zum Teil sogar aktives Engagement dafür zu wecken. Ein Beispiel dafür ist die bereits oben dargestellte stark beteiligungsorientierte Analyse des Wandlungsbedarfs. Ein anderes Beispiel war die Durchführung eines großen Workshops mit Führungskräften, die ihre Erfahrungen und Anliegen zum Thema genderorientierte Personalarbeit einbringen konnten.

### *Kaum Zielkonsens*

Der Umgang mit Veränderungszielen offenbarte sich in den meisten Fällen als ein schwieriges Thema. So ging die Orientierung an den Zielen in den Projektgruppen vor Ort oftmals verloren und musste durch die Projektbegleitung erneut eingebracht werden. Dies deutet darauf hin, dass die Identifikation mit den anfangs definierten Projektzielen nicht besonders stark ausgeprägt war. Hierzu wären die folgenden drei Erkenntnisse erwähnenswert: In einigen Fällen kam von Anfang an kein richtiger Zielkonsens zustande; die Zieldefinition wurde entweder als notwendige Formalie abge-

hakt oder im Sinne eines Minimalkonsenses erstellt. In anderen Fällen kam ein Zielkonsens zustande und die Ziele wurden zunächst auch mit hoher Identifikation verfolgt. Anschließend erwiesen sich die vereinbarten Ziele aber als zu ambitioniert, wodurch der Zielkonsens aufgebrochen wurde. In wieder anderen Fällen wurde zwar zunächst ein Zielkonsens erreicht, der sich aber im Projektverlauf zugunsten der Verfolgung von Individual- und Bereichszielen immer wieder auflöste.

### *Nach dem Spiel ist vor dem Spiel*

„Nach der Handlung ist vor der Handlung“ könnte man in Anlehnung an den bekannten Satz des Fußballtrainers Sepp Herberger festhalten. Im Rubikon-Modell wird das als postaktionale Phase oder Bewertung bezeichnet. Mit anderen Worten: wir summieren und saldieren unsere positiven und negativen Erfahrungen nach einer Aktivität auf und diese Bewertung fließt wiederum in die Abschätzung neuer Aktivitäten ein.

Die Projektbeteiligten hatten - wie nahezu alle Akteure der Krankenhauslandschaft - mit Blick auf Veränderungsprozesse einen breiten Erfahrungsschatz vorzuweisen. In weniger als 20 Jahren sind hier die Einführung der Fallpauschalenfinanzierung G-DRG, die flächendeckende Ausweitung des Qualitätsmanagements sowie zahllose medizinische und pflegerische Innovationen anzuführen, um nur drei Mega-Trends hervorzuheben, die jeweils in vielfältige Einzelentwicklungen zerfallen. Die Krankenhauslandschaft hat sich massiv verändert. Von den 2.411 Krankenhäusern und 665.565 Betten im Jahre 1991 waren 2014 nur noch 1.980 bzw. 500.680 übrig. Dafür ist die Anzahl behandelter Fälle von 14.576.613 auf 19.148.626 angestiegen (Destatis 2016). Krankenhausverbünde und -ketten prägen das Bild, nicht mehr das einzelne Provinzkrankenhaus, und die Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen verändert sich ebenso. Die genannten und viele andere

Umgestaltungen wurden in den Krankenhäusern durch eine Vielzahl von Veränderungsprojekten begleitet. Viele davon haben exzellente Ergebnisse hervorgebracht, trotz des im Rückblick erstaunlich kurzen Zeitraums und obwohl sich viele Akteure nicht unbedingt durch besonderes Know-how in Fragen der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements auszeichnen. Jedoch hat diese intensive Phase der Veränderung auch problematische Spuren in der Wandlungsbereitschaft hinterlassen, die in den acht Projektkrankenhäusern zu erkennen waren.

Unabhängig davon, ob man auf gute oder weniger gute Ergebnisse von vergangenen Veränderungsprozessen zurückblicken konnte, konnte bei vielen Beteiligten eine gewisse Veränderungsmüdigkeit beobachtet werden. Der relativ hohe Aufwand der meisten Change-Prozesse, damit einhergehende Konflikte und die charakteristische Ungewissheit des Ausgangs, fordern ihren Tribut.

Auch wurden verschiedentlich negative Erfahrungen mit vorangegangenen Veränderungsprojekten thematisiert. Beispielsweise startete ein Teil der Beteiligten mit der Haltung in das Projekt, dass in ihrer Einrichtung zwar immer zahlreiche neue Entwicklungen stattfanden, aber diese letztlich keine sichtbaren Verbesserungen im Arbeitsalltag zur Folge hatten. Diese Haltung führte zu unterschiedlichen Reaktionen. Einerseits wurde die Projektarbeit einfach mit einer prinzipiell niedrigen Priorität belegt, unabhängig davon, wie stark man sich für die Projektziele und den Wandlungsbedarf ausgesprochen hatte. Sitzungstermine wurden nur wahrgenommen, wenn zufälligerweise dafür „Luft“ war, übernommene Arbeiten wurden verzögert oder blieben sogar unerledigt. Erkennbar wurde hier also eine resignative Reaktion. Andererseits lösten Erfahrungen mit wirkungslosen Veränderungsprojekten aber auch ein gegenteiliges Verhalten aus. Dabei zeigte sich ein eher aktionistisches Verhalten. Zielfindungs- und Planungsprozesse

wurden vehement abgelehnt. Stattdessen wolle man „sofort loslegen“, um der Gefahr zu begegnen, dass man sich wieder viel zu lange mit (theoretischen) Veränderungen auf dem Papier beschäftige.

### **Wandlungsfähigkeit in praktischen Fallstudien**

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Erkenntnisse im Rahmen der Potenzialworkshops, Projektgruppensitzungen und Veranstaltungen in den acht Krankenhäusern sowie Telefonaten und persönlichen Gesprächen mit den Projektverantwortlichen der Krankenhäuser.

### **Individuelle Kompetenzen im Umgang mit veränderungsrelevanten Herausforderungen**

Die Expertise veränderungsrelevanter Herausforderungen zu erkennen, war in allen Einrichtungen zu erkennen. Multiprofessionell zusammengesetzte Gruppen waren zügig dazu in der Lage, die aktuellen Herausforderungen der Personalarbeit bezogen auf ihr eigenes Haus zu sammeln, wenn auch in unterschiedlicher Breite und Tiefe.

Gleichzeitig war jedoch nicht erkennbar, dass ein systematisches Verfahren zur Identifizierung und Sammlung von veränderungsrelevanten Herausforderungen der Personalarbeit angewendet wird, gewissermaßen ein funktionales Äquivalent zu den Potenzialanalysen im Projekt. Dementsprechend wird diese Facette der Wandlungsfähigkeit nicht vollständig ausgeschöpft. Die individuellen Kompetenzen werden nicht systematisch zu organisationalem Wissen zusammengeführt und können insofern auch nicht zu organisationalem Lernen führen. Ähnliches gilt für die Bewertung und Prioritätensetzung. Diese Funktionen konnten bei der Ableitung von Veränderungsprojekten aus den Potenzialanalysen beobachtet werden. Entweder war dieser Schritt durch eine ähnliche Sichtweise und schnelles Einverneh-

men zwischen den Beteiligten gekennzeichnet oder es wurden unterschiedliche Positionen und Präferenzen deutlich. In einem anderen Krankenhaus wurde der Schritt in die Zukunft geschoben, etwa mit dem Hinweis auf die ausstehende Einbindung bestimmter Akteure oder fehlender Datengrundlagen. Unabhängig davon wurde deutlich, dass oftmals eine geübte Praxis im Hinblick auf die Nutzung versachlichender Bewertungsverfahren fehlt. Diese mussten zum Teil durch die Projektbegleitung eingebracht werden (z. B. Nutzwertanalyse) und waren auch offenbar nicht jedem Beteiligten bekannt. Stattdessen war die Prioritätensetzung stark dominiert durch das Vertrauen in die Fachexpertise einzelner Akteure, durch Interessenpolitik und hierarchische Abhängigkeiten.

### **Vernetzung der organisationalen Akteure**

Erfolgreiche Veränderungsprozesse in Organisationen brauchen „Kümmerinnen“, die Veränderungsziele setzen und diese stringent mit geeigneten Vorgehensweisen verfolgen. Die Frage danach, ob in den Krankenhäusern organisatorische Funktionen verfügbar waren, die diese Rolle übernehmen, lässt sich im Grundsatz mit „Ja“ beantworten. Das Fördervorhaben stellte das Themenfeld Gender/ Diversity in den Mittelpunkt. „Geborene Kümmerer“ sind in diesem Zusammenhang in der Personalabteilung, bei den Top-Führungskräften der Linien, den Gleichstellungsbeauftragten und den Personalvertretungen zu finden, nachrangig auch in weiteren Funktionen wie Qualitätsmanagement, Organisationsentwicklung u. ä. Besondere Herausforderungen stellen sich, wenn mehrere Kümmerer berücksichtigt werden müssen. Dies geschieht oft, zumindest sind die Personalabteilung, die Top-Führungskräfte der Linien und die Personalvertretungen in Fragen der Personalarbeit allesamt Ansprechpartner und somit zuständig. Gegebenenfalls kommen noch weitere organisationale Akteure hinzu. Hierbei zu einem vernetzten Vorgehen der Akteure zu

kommen, ist ein anforderungsreiches, aber auch prozessförderndes Unterfangen. Ein Fall, in dem diese Abstimmung besonders gut funktionierte, war dadurch gekennzeichnet, dass eine in etwa monatliche, mehrstündige und direkte Kommunikation der Beteiligten bewusster Teil des Vorgehens war. Dies führte dazu, dass ein ambitioniertes, weil berufsgruppen- und hierarchieübergreifend ausgelegtes, Projekt erfolgreich umgesetzt werden konnte. In einem weiteren Krankenhaus konnte ein ähnlicher Effekt beobachtet werden. Allerdings waren hier nicht alle Linien über den gesamten Prozess hinweg eingebunden und die Abstimmungstreffen der „Kümmerer“ fanden etwas seltener statt. Wenn auch nicht ganz so deutlich wie im vorangehend dargestellten Fall, war auch hier die prozessfördernde Wirkung dieser Vorgehensweise klar zu beobachten, da daraus gemeinsame Pläne, Entscheidungen und Umsetzungsschritte resultierten. Deutlich schwieriger gestalteten sich die Veränderungsprozesse, wenn sich ein oder mehrere der „geborenen Kümmerinnen“ nicht berufen fühlten, sich in das Projekt einzubringen oder sie keine gemeinsame Richtung entwickeln konnten. Ein Krankenhaus zeigt den zuerst genannten Effekt besonders eindrücklich. Das Engagement der Personalabteilung konnte trotz vielfältiger Versuche nicht mit den Top-Führungskräften der Linien verbunden werden. Mit Ausnahme zaghafter Unterstützung durch die Personalvertretung fungierte die Personalabteilung im Projekt als „einsamer Held“. Die beabsichtigten Veränderungsprozesse wurden dadurch erheblich blockiert.

### **Daneben gibt es auch noch anderes zu tun**

sich auf eine bestimmte Veränderung zu konzentrieren und diese konsequent zu verfolgen, erfordert zum einen, diese mit der Routinearbeit zu verbinden und sie zum anderen gegenüber anderen Veränderungsvorhaben konsequent zu verteidigen. Individuell und motivationstheoretisch betrachtet,

geht es also um Volition und strukturell betrachtet, geht es um Prioritätensetzung. Die Verbindung der Veränderungsaktivitäten mit der Routinearbeit gelang den Projektbeteiligten in den Krankenhäusern umso besser, je strukturierter, sichtbarer und verbindlicher die Projektarbeit war.

Die Verbindung der Veränderungsaktivitäten des Fördervorhabens mit anderen Projekten hingegen stellte mehr als einmal ein Problem dar. Wie bekannt, sind die Krankenhäuser heute mit vielen Herausforderungen konfrontiert, wodurch sich die Prioritäten immer wieder verändern. In mehreren Krankenhäusern kam es deshalb zu Ressourcenkonflikten mit anderen Vorhaben, z. B. mit Zertifizierungsvorhaben und ökonomisch orientierten Optimierungsprojekten. Auch die mit einem Personalwechsel verbundenen Dynamiken sind hier zu nennen. In der Projektlaufzeit kam es zum Teil zu personellen Veränderungen im Top-Management, die mit temporärer Stagnation und aufwendigen Neuorientierungsprozessen einhergingen. Dieser Aspekt, der im Einzelfall situationstypisch ist und kaum erwähnenswert wäre, ist mit Blick auf die Wandlungsfähigkeit von Krankenhäusern insofern von Interesse, als sich die Personalfuktuation in den Führungsetagen in den letzten Jahren erheblich intensiviert hat. Einer Untersuchung der KPMG zufolge fanden in den Jahren 2010 bis 2012 in jeweils rund einem Viertel der knapp 400 untersuchten Krankenhäuser Veränderungen in der Geschäftsleitung statt (KPMG o. J., S. 4).

### ***Knappe Ressourcen für das Wissen um Veränderung***

Die systematische Gewinnung und Entwicklung neuer Erkenntnisse zu kritischen Erfolgsfaktoren der Organisationsentwicklung, die Bündelung von Erfahrungswissen in diesem Feld oder auch die Aufbereitung vorhandener Erkenntnisse für weitere Projekte, waren in keinem Fall erkennbar. Trotz der oben angesprochenen im Prinzip breiten

Erfahrungen mit organisatorischem Wandel in den Krankenhäusern wurden die genutzten Instrumente und Vorgehensweisen in Abhängigkeit von den jeweiligen Verantwortlichen gestaltet, und das offenbar ohne, dass dabei in größerem Maße auf vorhandene Standards und Routinen zurückgegriffen werden konnte. Dafür spricht auch, dass die Projektbegleitung in einigen Fällen mehr die Rolle des Projektmanagement-Coaches einnahm, als interne Ansprechpersonen zu fungieren.

### ***Stabs-Projektorganisation als Hemmschuh***

Jeder Veränderungsprozess erfordert immer wieder Entscheidungen, konkrete Einflussnahme auf das Bestehende und nicht zuletzt auch das Abarbeiten von Arbeitspaketen. An diesen Punkten entscheidet auch die formale Macht der Leitung des Organisationsentwicklungsvorhabens darüber, ob die Pläne umgesetzt werden können. Aber nicht jede Leitung ist gleichermaßen ermächtigt, den Projektmitgliedern und ggf. auch weiteren Organisationsangehörigen Weisungen zu erteilen. Dies geht auf die Funktion von Projekten als Sonderaufgaben jenseits der etablierten Strukturen und Routinen der Organisation zurück. Dementsprechend werden verschieden mächtige Projektaufbauorganisationen voneinander unterschieden. Komplette Weisungsbefugnisse, also fachlich und disziplinarisch, haben die Verantwortlichen, wenn sie ein Projekt nur in ihrem eigenen Weisungsbereich durchführen. Dabei handelt es sich um die sogenannte Linien-Projektorganisation. Dasselbe gilt für die reine Projektorganisation, die dadurch gekennzeichnet ist, dass die Projektteammittglieder für die Dauer des Projekts aus ihren angestammten Arbeitsbereichen herausgelöst und der Projektleitung unterstellt werden. Anders verhält es sich bei den beiden weiteren Projektorganisationsformen. Hier ist zum einen die Matrix-Projektorganisation anzuführen, bei der die Teammitglieder nur einen Teil ihrer Arbeitszeit für das Projekt



aufwenden und auch nur darauf bezogen der Projektleitung fachlich unterstellt sind. Zum anderen handelt es sich um die Stabs-Projektorganisation. Sie hat keinerlei direkte Weisungsbefugnisse. Die Projektkoordination wirkt getragen durch einen organisatorischen Auftrag über die jeweiligen Linienvorgesetzten indirekt auf Projektteammitglieder aus verschiedensten Bereichen ein (Olfert 2012, S. 46 ff.).

Die untersuchten Organisationsentwicklungsprojekte der acht Krankenhäuser wurden durchgehend im Sinne einer Einfluss-Projektorganisation, zum Teil leicht gemischt mit Elementen der Matrix-Projektorganisation, durchgeführt. Die Leitungen konnten hinsichtlich der meisten Projektteammitglieder nicht auf Weisungsbefugnisse zurückgreifen. In einigen Häusern wurde diese Koordinationsrolle auch durch die Betroffenen selbst begrüßt. Eine gezielte Nachfrage in diesem Zusammenhang ergab beispielsweise, dass eine projektbezogene Veränderung der Weisungsbefugnisse Sorge auslöste. Denn schließlich hätte man in vielen Zusammenhängen berufliche Berührungspunkte miteinander und müsse dann ja immer wieder miteinander klarkommen. Für die Projektfortschritte erwies sich diese Präferenz allerdings als Hemmschuh bzw. als Grund für nicht oder nicht termingerecht erledigte Arbeitspakete, Fernbleiben von Sitzungen und Umsetzungsschwierigkeiten.

### ***Laterales Führen: viel Expertenmacht, wenig Verständigung und Vertrauen***

Neben den formalen Machtstrukturen, wie sie sich im Organigramm einer Organisation ausdrücken, entscheidet auch die Einflussnahme unter Kolleginnen und Kollegen darüber, welche Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden. Dieses, auch als laterales bzw. seitliches Führen bekannte Phänomen, ist auch die Voraussetzung für das Gelingen von Aufgaben, wenn keine formalen Weisungsverhältnisse bestehen oder diese nicht eindeutig oder besonders kom-

plex sind. Dies gilt für Organisationsentwicklungsprojekte in besonderem Maße, nicht zuletzt wegen der vorab herausgearbeiteten schwachen Projektorganisation. Dementsprechend stellt sich bei einem Veränderungsprozess die Frage, wie geübt die Organisation und ihre Mitglieder in den Mechanismen des lateralen Führens sind.

Im Projekt der Krankenhäuser oftmals vorzufinden war die informelle Macht, die von besonderer Expertise ausgeht oder davon, dass man Anerkennung im eigenen Netzwerk hat und deshalb Veränderungsbeschlüsse vorantreiben kann. Die Ausübung dieser informellen Macht konnte die Projektarbeit in mehreren Krankenhäusern immer wieder voranbringen, weil sich dadurch unumstrittene und kompetente Verantwortliche für konzeptionelle Arbeiten fanden und erforderliche Beschlüsse forciert werden konnten. Gleichzeitig konnte vor allem in einem Krankenhaus auch eine negative Seite der informellen Macht beobachtet werden, indem vernachlässigt wurde, die anderen Beteiligten mit einzubeziehen. Auf Basis hoher Expertise wurden im Schnellverfahren verschiedene neue Konzepte für die Personalarbeit produziert, die in der Projektgruppe noch gar nicht abschließend diskutiert worden waren. Dies behinderte wiederum den Prozess der Umsetzung.

Verständigung, als ein weiterer Mechanismus des lateralen Führens, war hingegen seltener in eingeübter Form anzutreffen. In den wenigen Fällen, in denen es hierzu eine routinierte Praxis gab, beschleunigte dies die Einigung über Ziele, Vorgehensweisen und die Zuteilung der Projektarbeiten. Ansonsten hemmte mangelnde Verständigung die Entwicklung erheblich. Dabei wurden verschiedene konkrete Hürden sichtbar, vor allem in der berufsgruppenübergreifenden Kommunikation.

Eine besondere Problematik zeigte sich in der Praxis einer Stellvertreterkultur. Dadurch kam es in den Projektgruppen vor Ort zum

Teil zu erheblichen personellen Wechseln. Getreu dem Motto „Hauptsache irgendjemand aus unserem Bereich ist vertreten“ kamen und gingen Projektteammitglieder zum Teil ohne genauere Kenntnis der Situation. Entsprechend konnte nur in stark eingeschränktem Maße auf gemeinsame Vorarbeiten, Beschlüsse und Zielsetzungen zurückgegriffen werden. Die zeitlichen Ressourcen wurden durch immer wieder erforderliche allgemeine Erklärungen zum Projekt und wiederholten Diskussionen über bereits behandelte Sachverhalte belastet. Diejenigen, die kontinuierlich teilnahmen, verloren auf diese Weise an Motivation.

Laterales Führen durch Vertrauen war nur in einzelnen Situationen sichtbar, bspw. wenn Beteiligten bestimmte Projektarbeiten verantwortlich zugeteilt wurden. Dahingegen überwogen Situationen, in denen fehlendes Vertrauen erkennbar wurde, z. B. wenn Beteiligte bewusst von bestimmten Aufgaben ausgeschlossen wurden oder ihnen nur eingeschränkte Informationen zur Verfügung gestellt wurden. Dabei wurde insbesondere in einem Krankenhaus sichtbar, dass tradierte und intensive Machtkämpfe zwischen verschiedenen Organisationsbereichen den Beteiligten das Vertrauen in die Kollegialität der anderen unmöglich machten.

### „Kümmerinnen“ lösen besonderes Veränderungspotenzial in Krankenhäusern aus

Die Reflexion des Veränderungspotenzials in den acht untersuchten Krankenhäusern hat gezeigt, dass die Veränderungsvoraussetzungen unterschiedlich ausgeprägt waren. Positiven Aspekten standen negative gegenüber, wobei die Verteilung der Voraussetzungen in den Projektkrankenhäusern stark individualisierte Profile von Stärken und Schwächen in Veränderungsprozessen erzeugt.

Tendenziell waren die Entwicklungsprozesse dort einfacher und erfolgreicher, wo mehr

Veränderungsvoraussetzungen positiv ausgeprägt waren. Einfaches Addieren und Aufwiegen der vielfältigen Voraussetzungen wird einer realistischen Beschreibung des Veränderungspotenzials aber nicht gerecht. Erheblichen Einfluss hat hier sicherlich auch die Ausprägungsintensität der einzelnen Stärken und Schwächen, die sich jedoch nur schwerlich in Zahlen ausdrücken und vergleichbar machen lässt. Auch bleibt festzuhalten, dass kein Krankenhaus ausschließlich positiv ausgeprägte Veränderungsvoraussetzungen hatte, so dass kein „Idealfall“ den Vergleich mit weniger guten Fällen ermöglicht. Des Weiteren ist der Zusammenhang zwischen den Veränderungsvoraussetzungen und den krankenhausesbezogenen Projektergebnissen nicht linear zu betrachten. Vielmehr scheinen bestimmte Veränderungsvoraussetzungen eine größere Bedeutung für den erfolgreichen Verlauf einer Entwicklungsmaßnahme zu haben als andere.

Besonderen Einfluss auf Projektfortschritte und positive Ergebnisse hatte in mehreren Fällen das auffällige Engagement einzelner Projektbeteiligter. Ganz eindringlich deutlich wurde dies in einem Krankenhaus, das viele der oben dargestellten Schwächen beim Veränderungspotenzial aufwies, aber letztlich doch noch zu innovativen Ergebnissen kommen konnte, weil ein Teil des Projektteams, trotz Widerständen und Rückschlägen, das Ziel beharrlich weiterverfolgte. Ähnliches, wenn auch mit etwas besseren Ausgangsbedingungen beim Veränderungspotenzial gilt auch für vier weitere Krankenhäuser, also in insgesamt fünf von acht Fällen. Dabei waren es jeweils einzelne überzeugte „Kümmerer“ oder kleine Gruppen, die sich konzeptionell und kommunikativ für bestimmte Neuerungen engagierten und diese umsetzten.

Für das Veränderungspotenzial von Krankenhäusern leiten sich daraus die Fragen ab, wie es gelingt, die „Kümmerinnen“ zu finden und sie gezielt zu unterstützen. Darüber hinaus wäre näher zu analysieren, wie

sich der wechselseitige Zusammenhang zwischen ihrem Engagement und den Veränderungsvoraussetzungen genau darstellt. Diese Fragestellungen sollten in einer folgenden Studie zum „Change“ in Krankenhäusern breiter und tiefergehend untersucht werden, um das Veränderungspotenzial der Krankenhausbranche begründet positiv zu beeinflussen.

## Literatur

Achtziger A., Gollwitzer P. M. (2009) Rubikonmodell der Handlungsphasen. In: Brandstätter V. (Hrsg.). Handbuch der Allgemeinen Psychologie: Motivation und Emotion. Hogrefe Verlag. Göttingen. S. 150-156.

Doppler K., Lauterburg C. (2002) Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten. 10. Aufl.. Campus Verlag. Frankfurt am Main.

Erpenbeck J., Rosenstiel L. von (2007) Einführung. In: Erpenbeck J., Rosenstiel L. von (Hrsg.) Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 2. Aufl.. Schäffer-Poeschel. Stuttgart.

Franken S. (2010) Verhaltensorientierte Führung. Handeln, Lernen und Diversity in Unternehmen. 3. Aufl.. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Gessler M. (2015) Einleitung: Grundannahmen eines Kompetenzbasierten Projektmanagements. In: Deutsche Gesellschaft für Projektmanagement (GPM), Gessler M. (Hrsg.). Kompetenzbasiertes Projektmanagement (PM3). Handbuch für die Projektarbeit, Qualifizierung und Zertifizierung auf Basis der IPMA Competence Baseline Version 3.0 / unter Mitwirkung der spm - swiss project management association. GPM. Nürnberg. S. 7-28.

Heckhausen H., Gollwitzer P. M. (1987) Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. In: Motivation and Emotion. Vol. 11. No. 2. pp. 101-120.

Hollmann J., Sobanski A. (2015) Strategie- und Change-Kompetenz für Leitende Ärzte. Krisen meistern, Chancen erkennen, Zukunft gestalten. Springer Verlag. Berlin.

Homma N., Bauschke R., Hofmann L. M. (2014) Einführung Unternehmenskultur. Grundlagen, Perspektiven, Konsequenzen. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden.

KPMG (o. J.) Untersuchung. Health Care. Geschäftsführerwechsel im deutschen Krankenhaus. Berlin: KPMG (Hrsg.) online im Internet. URL: <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2015/07/studie-gf-wechsel-im-deutschen-Krankenhaus.pdf>. Abrufdatum: 10.02.2016.

Krüger W. (2009) Excellence in Change. Wege zur strategischen Erneuerung. 4. Aufl.. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Kühl S., Schnelle T. (2009) Führen ohne Hierarchie. Macht, Vertrauen und Verständigung im Prozess des Lateralen Führens. In: OrganisationsEntwicklung. Nr. 2. S. 51-60.

Kunz C. (2005) Strategisches Multiprojektmanagement. Konzeption, Methoden und Strukturen. Deutscher Universitäts-Verlag. Wiesbaden.

Müller W., Görres D. (2009) Innovationsstrategien – Konzeption und Best Marketing Practices. Fachhochschule Dortmund. Institut für Angewandtes Markt-Management. Reihe Forschungspapiere. Bd. 19. online im Internet. URL: <https://opus4.bsz-bw.de/fhdo/files/41/IAMM-Innovationsstrategien.pdf>. Abrufdatum: 05.02.2016.

Olfert K. (2012) Projektmanagement. 8. Aufl.. Kiehl Verlag, Herne.

Roeder N., Volkert T. (2014) Wirtschaftliche Aspekte des deutschen DRG-Systems und deren Auswirkungen auf die Organisationsentwicklung. In: Aken H. van, Reikart K., Welte T., Weigand M. (Hrsg.). Intensivmedizin. 3. Aufl.. Thieme Verlag, Stuttgart. S. 59-64.

Rong O. (2009) Organisationsstrukturen auf dem Prüfstand. In: Rau F., Roeder N., Hensen P. (Hrsg.) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Kohlhammer Verlag, Stuttgart. S. 267-273.

Senge P. M. (2011) Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. 11. Aufl.. Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

Sprenger R. K. (2014) Mythos Motivation. Wege aus einer Sackgasse. 20. Aufl.. Campus Verlag, Frankfurt am Main.

Destatis (2016) Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/GDKrankenhaeuserJahreOhne100000.html>. Abrufdatum: 10.02.2016.

Vahs D., Leiser W. (2007) Change Management in schwierigen Zeiten. Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Veränderungsprozessen. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.

Wilkesmann U., Rascher I. (2003) Wissensmanagement. Analyse und Handlungsempfehlungen. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

## Autorenbiografien

Prof. Dr. Karin Scharfenorth hat die Professur für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Leadership & Gesundheits- & Sozialmanagement an der FOM Hochschule am Standort Essen und ist geschäftsführende Gesellschafterin der Anstoß FIT durch Projekte UG. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Führung, Human Resource Management, Organisationsmanagement, Organisationsentwicklung, Projektmanagement, Schlüsselkompetenzen, Entwicklung Gesundheit und Soziales.

Prof. Dr. Johanne Pundt, MPH, ist Präsidentin und Dekanin der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie bezogen auf das Gesundheitswesen, Human Resource Management und Themen zu Bedarfen im Bildungsbereich der Gesundheitswirtschaft sowie zu Qualifizierungspotenzialen und Arbeitsgestaltungen.

## Autorenanschriften

Prof. Dr. Karin Scharfenorth  
Hochschule für Oekonomie und Management (FOM)  
Hochschulzentrum Essen  
Herkulesstraße 32  
45127 Essen

E-Mail: [Karin.scharfenorth@fom.de](mailto:Karin.scharfenorth@fom.de)

Prof. Dr. Johanne Pundt, MPH  
APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH  
Universitätsallee 18  
28359 Bremen

E-Mail: [Johanne.pundt@apollon-hochschule.de](mailto:Johanne.pundt@apollon-hochschule.de)