

3

Das fokussierte Krankenhaus – The Focused Hospital

Nachfolgend werden das Focused-Hospital-Modell sowie die notwendigen Paradigmenwechsel vorgestellt, um den medizinischen Taylorismus und seine Auswirkungen zu überwinden und eine neue Form der Handlungseffizienz entstehen zu lassen. Diese bietet die Bedingungen, effektiv, wirksam, stressreduziert und leistungserhaltend arbeiten zu können. Damit wird im Ergebnis auch die Produktivität der klinischen Organisation gesteigert.

3.1 Das Focused-Hospital-Modell

Das Focused-Hospital-Modell besteht aus einer Haltung (TFH-Haltung) und fünf Handlungsfeldern, die systemisch miteinander verknüpft sind. Alle fünf Handlungsfelder umfassen jeweils vier Dimensionen, die relevant sind, um ein Focused Hospital zu sein. Der Prozess hin zu einem Focused Hospital bedeutet, dass alle Stationen und Bereiche diese fünf Handlungsfelder mit den insgesamt 20 Dimensionen diskutieren und kontextspezifische Lösungen für ihren Bereich finden, um ihren Alltag zu defragmentieren (siehe Kap. 6). Gleichzeitig entstehen Handlungsfelder für Verwaltung und Management, die ebenfalls am TFH-Prozess beteiligt sind, und zwar nicht in separaten Teams, sondern in crosshierarchisch und multiprofessionell besetzten

Gruppen. Denn viele der Herausforderungen des Gesundheitspersonals stellen Aufgaben und Handlungsfelder für das Management und die Verwaltung dar. Dazu später mehr. Die einzelnen Dimensionen werden im Folgenden vorgestellt.

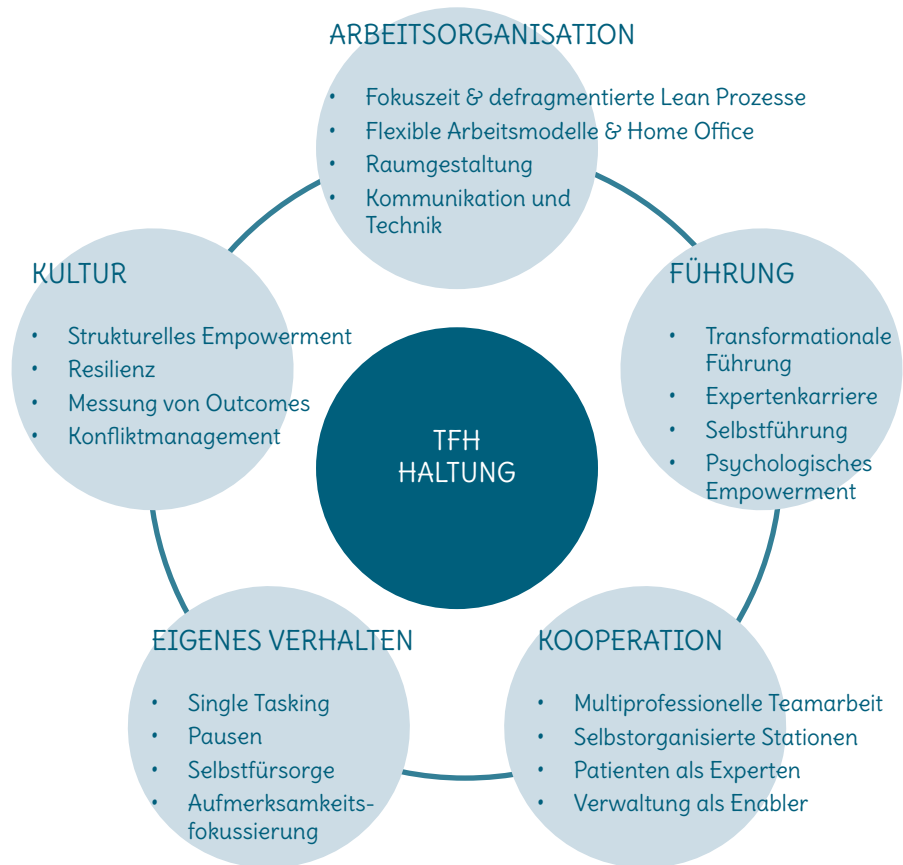


Abb. 11 The Focused-Hospital-Modell, Starker et al. (2022)

3.2 Relevanz des systemischen Ansatzes

In einer komplexen Arbeitswelt können einzelne Lösungsansätze nicht zur gewünschten Veränderung, der in Wechselwirkung miteinander stehenden Phänomene führen. Durch eine ganzheitliche Betrachtung des Systems, also das Denken in Systemen, werden die Wirkmechanismen und das zu erwartende Verhalten in ihnen überhaupt erst erkennbar und besprechbar.

In der Gesundheitspolitik gibt es bedauerlicherweise viele Beispiele für Silo-Lösungen, die zu negativen Auswirkungen geführt haben, weil die gesetzgeberische Lösung nicht zirkulär entwickelt wurde. Das Negativbeispiel Nr. 1 sind mit Sicherheit die DRGs, auf die nicht näher, sondern nur als Beispiel für lineares Agieren eingegangen werden soll. Als Lösung im Hinblick auf die befürchtete Kostenexplosion im Gesundheitswesen und im Dienste der Vereinfachung und Transparenz der Abrechnungsmodalitäten entwickelt, hat sich auf der Auswirkungsseite ein wahres Bürokratiemonster entwickelt und Ärztinnen und Ärzte verbringen mittlerweile einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit mit dem Suchen nach Codes und der Dokumentation von Leistungen, um diese gewinnorientiert abrechenbar zu machen.

Es spricht nichts gegen ein System, das Leistungsabrechnung vereinfacht; vor allem aus der Qualitätsperspektive ist das wünschenswert. Und irgendein System braucht man. Auch dass Leistungen medizinisch angemessen und effizient erbracht werden sollen (also auch ökonomisch sinnvoll), ist ein richtiger Gedanke, der durch das aktuelle System in Teilen ins Gegenteil verkehrt wurde. Denn die Gewinnerzielungsabsicht an sich führt, gepaart mit den DRGs und einigen weiteren System-Parametern, zu den beschriebenen negativen Auswirkungen. Die Frage lautet daher nicht, ob DRGs richtig sind oder nicht, sondern welche Systemparameter sich insgesamt verändern müssen, um **mit** den DRGs oder anderen Abrechnungssystemen zu einer Systemüberwindung der Gewinnerzielung und der daraus resultierenden Folgen zu kommen, ohne ineffektiv zu werden.

Lösungen müssen, wenn sie systemverändernd wirken sollen, systemisch und zirkulär entwickelt werden, um mögliche Auswirkungen antizipieren und regulieren zu können. Das Focused-Hospital-Modell adressiert hierzu fünf Handlungsfelder, die in Wechselwirkung zueinander stehen, und es gibt keine Blaupause vor. Denn jede Lösung kann nur in Bezug auf den Kontext gelöst werden, in dem das Problem zu verorten ist. Das führt zu einer hohen Partizipation des Gesundheitspersonals am Weiterentwicklungsprozess der Organisation (dort ist die lokale Expertise für eine bestimmte Leistung angesiedelt), wobei der Focused-Hospital-Prozess an sich, in dem die Lösungen entwickelt werden, systematisch durch das Modell vorgegeben wird. Dies ist kein einmaliger, sondern ein kontinuierlicher Prozess.

Um die in komplexen Umfeldern benötigte Anpassungsfähigkeit zu erlangen, müssen Organisationen, egal welcher Branche, zu lernenden Organisationen werden. Das gilt auch für Kliniken. Geprägt wurde der Begriff der Lernenden Organisation von Peter M. Senge, Autor des Buches „Die fünfte Disziplin – Kunst und Praxis der Lernenden Organisation“¹, in welchem er fünf Disziplinen einer Lernenden Organisation beschreibt.

Strukturelle Rahmenbedingungen sind die Voraussetzung, gewissermaßen das Fundament, damit die Organisationsmitglieder ihre lernbezogenen Kompetenzen entfalten und so die Entwicklung des Unternehmens positiv gestalten können. Um einige Beispiele zu nennen: Eine offene Feedbackkultur ermöglicht den Mitarbeitenden, ihre Kompetenzen durch die Kenntnis ihres Entwicklungsstandes ständig weiterzuentwickeln. Ein transparentes Fehlermanagement erlaubt den Mitarbeitenden, ihre Fehler offen anzusprechen und aus ihnen zu lernen. Indem Strategien und Visionen kommuniziert werden, können die Organisationsmitglieder ihr Handeln an diesen ausrichten und so zum Erreichen übergeordneter Ziele beitragen. Dieses Thema wird auch in den Handlungsfeldern Kultur und Führung vertieft.

Seitens der Beschäftigten sind – unabhängig von der Hierarchieebene – zur erfolgreichen Umsetzung des Konzeptes der Lernenden Organisation zudem bestimmte Kompetenzen nötig. Dies beschreibt Peter Senge in den fünf dargestellten Disziplinen:

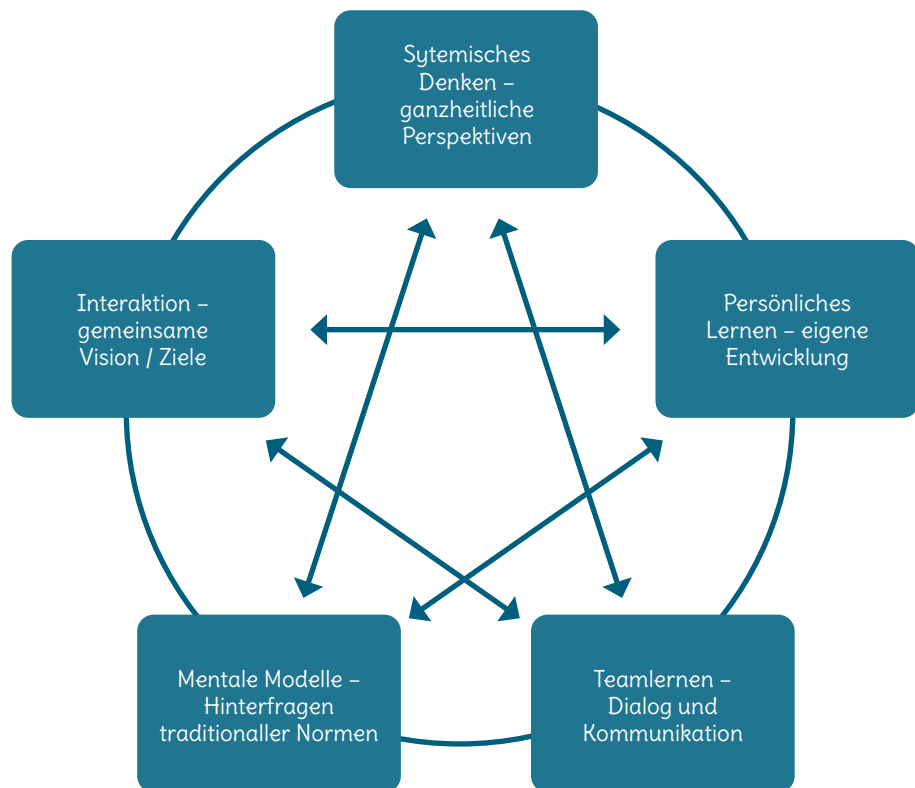


Abb. 12 Die Lernende Organisation in Anlehnung an Peter Senge (1990)

Persönliches Lernen (engl. Personal Mastery): Das Engagement einer Organisation, zu lernen, entspricht dem Engagement seiner Mitarbeiter. Personal Mastery beschreibt hier die Fähigkeit, Ziele konsequent zu verfolgen und zu verwirklichen, Lernmöglichkeiten zu schaffen und zu nutzen, das eigene Verhalten zu reflektieren und auch unter hoher Belastung professionell zu agieren. Dafür braucht die klinische Organisation strukturelles und psychologisches Empowerment (siehe Unterkapitel Kultur 3.5.5).

Mentale Modelle: Unsere Vorstellung von der Realität ist höchst individuell, weil alles, was wir wahrnehmen, durch unsere eigenen Erfahrungsfilter fließt. Mentale Modelle, auch innere Landkarten genannt, sind meist unbewusst entstanden. Deshalb gilt es, sie – abgeleitet von einer gemeinsamen Vision und einem gemeinsamen Zielbild – infrage zu stellen und gemeinsam zu verändern, sodass sie zum gewünschten Zielbild passen. Die Offenheit, um Neuem unvoreingenommen und konstruktiv zu begegnen, und die Konfliktkompetenz, um sich konstruktiv mit unterschiedlichen Standpunkten auseinandersetzen zu können, müssen erst erlernt werden. Daher zählen auch psychologische Sicherheit und Konfliktmanagement zu den Handlungsfeldern einer Focused Company (mehr dazu im Unterkapitel Kultur 3.5.5).

Interaktion: Gemeinsame Visionen und Ziele sind unerlässlich, um das Engagement aller Organisationsmitglieder auf ein gemeinsames Ziel zu lenken. Die gemeinsame Arbeit an Visionen und Zielen aktiviert Menschen, löst die Ausschüttung von Dopamin aus und fördert Engagement. Das Wohl des Patienten und der Organisation, aber eben auch das Wohl des Gesundheitspersonals muss die gemeinsame Grundlage des Handelns bilden, ohne dass beides – wie es aktuell meistens der Fall ist – in einem negativen Spannungsverhältnis steht.

Teamlernen: Die Leistungsfähigkeit eines Teams übersteigt dann die Leistung der einzelnen Mitglieder, wenn die Teammitglieder synergetisch miteinander arbeiten. Effiziente Informationsprozesse sind ebenso Teil davon wie die konsequente Nutzung der Fachkompetenz eines jeden Teammitglieds. Auf der Beziehungsebene sind eine offene und zielgerichtete Kommunikation und uneingeschränkte Kooperation erforderlich. Da Kliniken nach wie vor mit professionsbezogenen Vorurteilen kämpfen, ist funktional wirksame Teamarbeit nur dort zu beobachten, wo sich die einzelnen Akteure von Vorurteilen und hierarchischem Verhalten gelöst haben. Traditionsgemäß gibt es bestimmte Fachbereiche und Stationen, wo dies eher der Fall ist. In jedem Fall gibt es bereits in jeder Klinik positive Vorbilder. Multiprofessionelle und selbstorganisierte Teamarbeit ist daher Handlungsfeld einer Focused Company, um die Funktionalität des klinischen Systems zu erhöhen.



Systemdenken: Übergreifende Zusammenhänge und Wechselwirkungen erkennbar und besprechbar zu machen, ist eine Voraussetzung für einen kompetenten Umgang mit Komplexität. Daher werden die Kompetenzen hierfür in einem Focused Hospital erlernt und trainiert (siehe Kap. 3.4).

Durch die Anwendung des Focused-Hospital-Modells werden die Handlungsfelder der Lernenden Organisation aufgegriffen. Insbesondere die Kontinuität der Anwendung des Modells ermöglicht konstante Verbesserungen und erfolgreiches Lernen.

3.3 Die Haltung

Die Menschen in einem Focused Hospital teilen die gleiche Haltung zu ihrem eigenen und zum gemeinsamen Wirken. Damit kommen wir zurück auf die im Rahmen der Lernenden Organisation genannte erste Disziplin – die mentalen Modelle. Mentale Modelle beziehen sich auf kritische Haltungen, die unbewusst, unhinterfragt und oftmals stillschweigend vorausgesetzte Grundannahmen beinhalten. Individuelles Handeln wird aktiv durch die intendierten mentalen Modelle gesteuert. Die Funktion der mentalen Modelle ist es, die innere Vorstellung vom Wesen der Dinge an die Oberfläche zu bringen. Gleichzeitig bilden mentale Modelle eine unbewusste bzw. versteckte Lebensphilosophie. In einer Lernenden Organisation ermöglicht es die Arbeit mit mentalen Modellen, eine stetige Reflexion für Lernprozesse herbeizuführen und letztlich auch, so wie es von Peter Senge intendiert war, die Grundkrankheiten einer Hierarchie zu überwinden.²

In hierarchischen Systemen trifft man oft auf Managerinnen und Manager mit einem mechanistischen Menschenbild. Die Hierarchie an sich baut auf dem mentalen Modell des Taylorismus auf, der Vorstellung nämlich, dass Menschen faul seien und der Kontrolle bedürfen, sowie auf einer Trennung von Denken (oben) und Ausführen (unten).

Der Psychologe Douglas McGregor hat in seinen Untersuchungen am Massachusetts Institute of Technology bereits 1960 den Zusammenhang zwischen dem eigenen verinnerlichten Menschenbild und der Qualität der Zusammenarbeit mit anderen Menschen formuliert. Er unterschied zwischen zwei Menschenbildern und fasste diese unter Theorie X und Theorie Y zusammen. Nach Theorie X denkende Menschen gehen davon aus, dass man Menschen extrinsisch belohnen muss, weil sie ohne äußere Anreize keine Motivation haben. Führung muss hier also als Inputgeber und Kontrolleur

zugleich agieren. Nach der Theorie Y denkende Menschen gehen hingegen von einer intrinsischen Motivation aus. Sie wollen selber etwas erreichen und Führung bietet hier nur den optimalen Handlungsrahmen.³

Jetzt wissen wir aus der modernen Psychologie, dass es extrinsische Motivation gar nicht gibt. Eine Führungskraft kann ihre Mitarbeitenden nicht motivieren. Das können diese nur allein, denn es handelt sich um einen internalen Prozess. Allerdings kann die Führungskraft Rahmenbedingungen setzen, die sich positiv oder negativ auf die intrinsische Motivation auswirken. Überall dort, wo wir noch auf die „Führungsaufgabe Mitarbeitermotivation“ treffen, existiert entweder eine Erkenntnislücke oder es herrscht nach wie vor ein von der Theorie X geprägtes, mechanistisches Menschenbild vor.

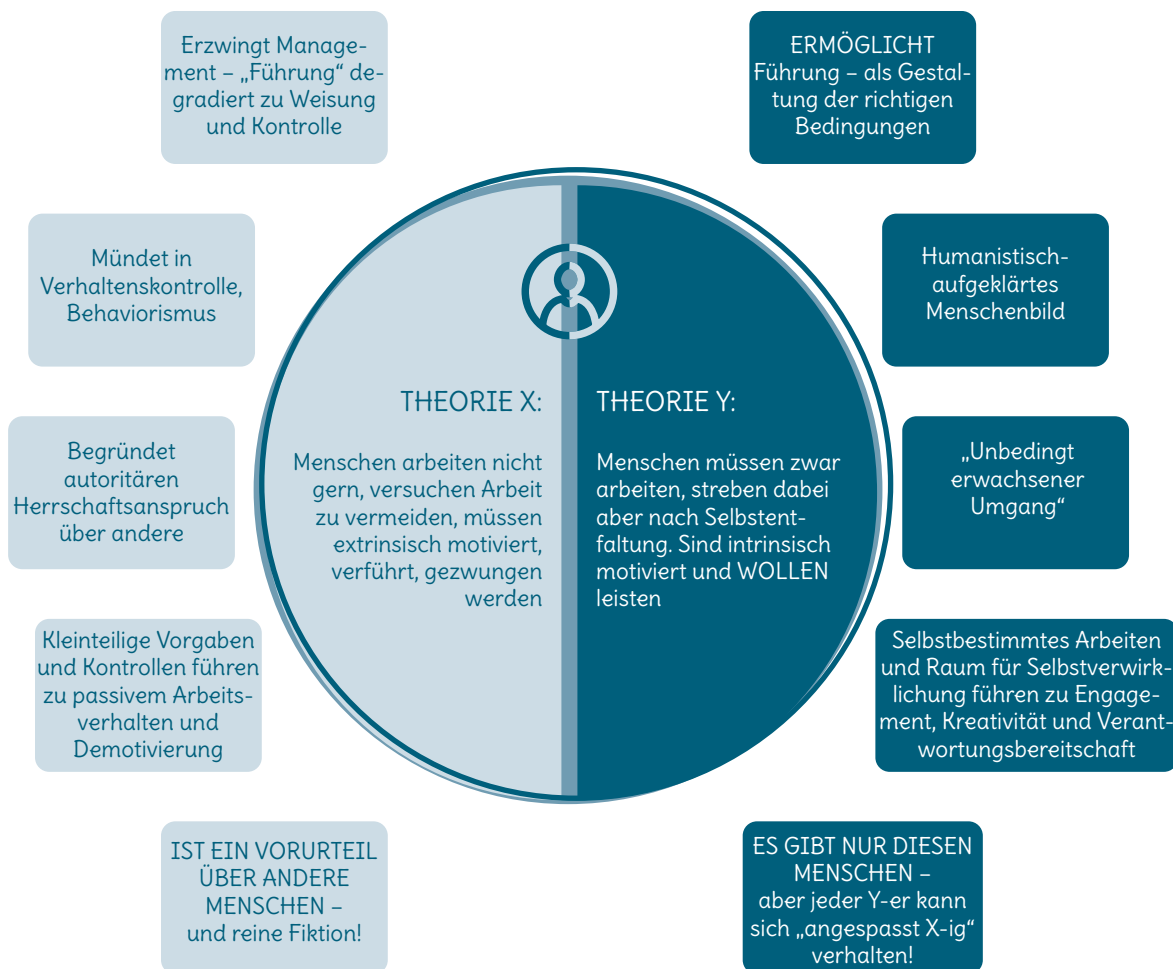
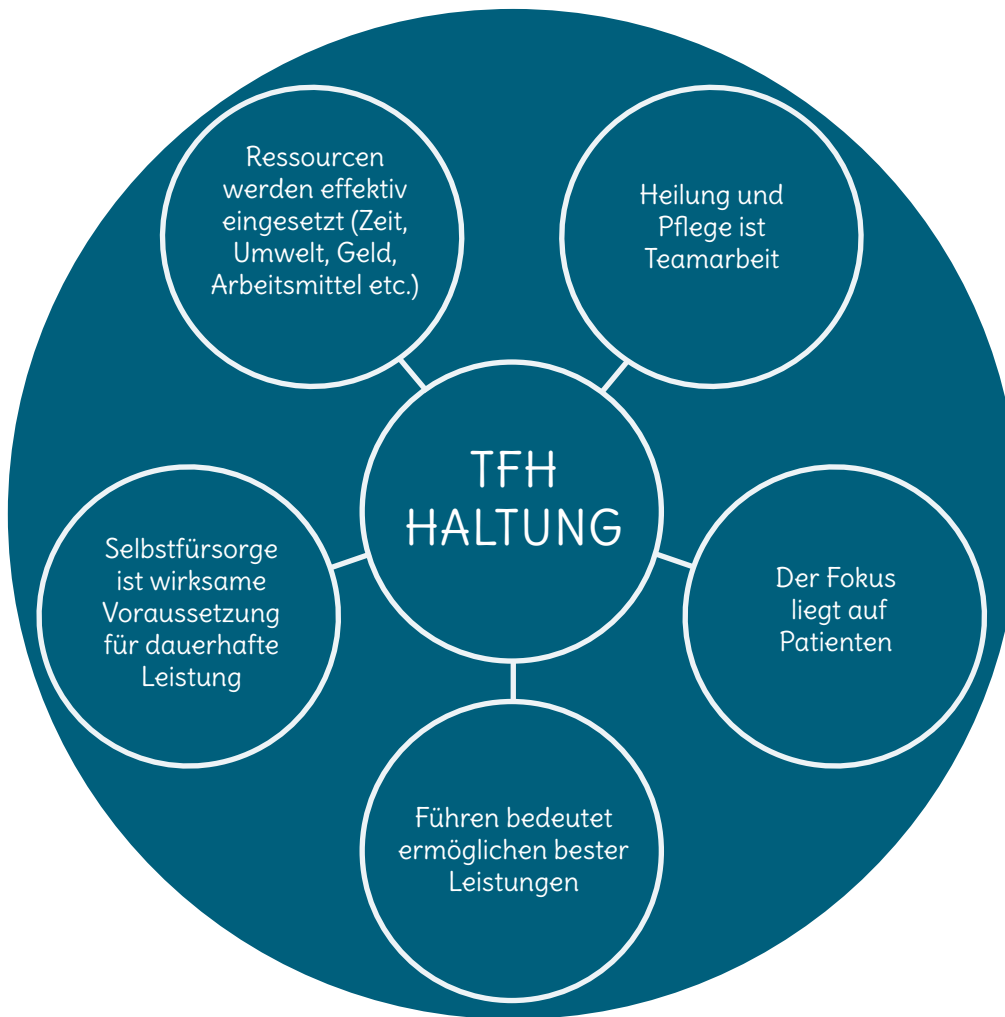


Abb. 13 Menschenbild X und Y, inhaltlich nach Pfläging & Hermann⁴

In der ersten Welle der Corona-Pandemie war das Gesundheitspersonal extrem gefordert: Es musste neue Lösungen entwickeln, schnelle Entscheidungen treffen und viel selbstorganisiertes Arbeiten leisten. In beeindruckender Art und Weise ergriff insbesondere das Pflegefachpersonal die Initiative und steuerte vielerorts gemeinsam mit der Ärzteschaft im Team die Erkrankten und die Kliniken durch die Krise.⁵ Es ging nur auf diese Weise, denn die in der Hierarchie gebotenen Abstimmungsprozesse „nach oben“ wären viel zu langsam erfolgt und auf Erfahrungswerte konnte auch niemand zurückblicken. Es gibt in der Tat nicht wenige Beteiligte, die der Meinung sind, dass sie in dieser Zeit hochwirksam waren, gerade weil sie aktiv und selbstorganisiert arbeiten durften. Spätestens mit der dritten Welle mussten jedoch alle wieder an ihre in der Hierarchie angestammten Plätze zurückkehren.

In einem Focused Hospital hingegen ist das aktive und selbstorganisierte Arbeiten der Normalzustand. Die Teams steuern die Wertschöpfung und die Hierarchie steuert die Compliance, aber nicht mehr den Alltag. Das bedeutet, dass die strategischen, finanzpolitischen, rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Entscheidungen im Vordergrund stehen, aber nicht mehr die Frage, wie sich Stationen organisieren, wer befördert und wie der Alltag organisiert wird. Das Management ist verantwortlich, optimale Rahmenbedingungen zu schaffen, aber nicht mehr in ihnen zu wirken. Nehmen wir das Beispiel der überbordenden Bürokratie: Es gehört zur Aufgabe des Managements, eine Lösung für dieses Problem zu finden und nicht selbst auch „nur“ auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu verweisen. Management bedeutet vor dem Hintergrund des Möglichen die besten Lösungen zu finden. 40 % der Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten für Bürokratie einzusetzen ist keine Lösung, sondern ein Sich Ergeben in die Situation. Da es einige Kliniken bereits anders lösen, gibt es offensichtlich Alternativen. Die Haltung eines Focused Hospital unterscheidet sich dementsprechend in vielerlei Hinsicht von der Haltung in klassischen Hierarchien, in denen transaktional geführt und das Gesundheitspersonal zum Produktionsfaktor degradiert wird. In einem Focused Hospital ist wichtig, wie es den behandelnden Teams und einzelnen Menschen in ihrer Kooperation miteinander geht und wie die Rahmenbedingungen die Leistungsfähigkeit stärken können. Alle **aufbrauchenden** Mechanismen, wie die schier grenzenlose Überdehnung der altruistischen Motivation der Mitarbeitenden oder auch die günstige Bewirtschaftung auf Kosten der Umwelt, müssen durch zirkuläre, nachhaltige Mechanismen ersetzt werden.

Das Menschenbild X und der medizinische Taylorismus scheinen binär zu funktionieren. Relevanz hat, was Gewinn bringt. Keine Relevanz hat, was keinen Gewinn bringt. Das Wohlbefinden und die physische und psychische Leistungsfähigkeit des Gesundheitspersonals haben in diesem System an sich keine Relevanz – anders las-



3

Abb. 14 Die Focused-Hospital-Haltung

sen sich die aktuellen Zustände nicht erklären. Die gemeinsame Arbeit an einer veränderten Haltung und einem neuen Menschenbild ist daher integraler Bestandteil eines Focused Hospitals. Im Ergebnis arbeitet ein Focused Hospital deutlich ökonomischer, weil sich die Bindung erhöhen und die Fluktuation ebenso reduzieren wird wie Stressfolgekosten. Auch der Personalmangel wird sich – im Rahmen des demografiebedingt Möglichen – deutlich reduzieren. Denn an sich ist die Arbeit in Kliniken der Wunschtraum vieler Ärztinnen, Ärzte, Pflegefachkräfte und Fachkräfte in anderen Gesundheitsberufen.


3.4 Umgang mit Komplexität

Bereits im zweiten Kapitel wurden die Umfeldveränderungen ausführlich beschrieben. Da viele der dort beschriebenen Phänomene (Stichwort VUCA) Bestandteil und Folge komplexer Systeme sind, ist der Umgang mit Komplexität die Meta-Kompetenz des digitalen Wissenszeitalters.

„Wenn man einen Stein, dessen Gewicht, Form und Größe bekannt sind, in einem bestimmten Winkel mit einer bestimmten Kraft tritt, dann kann man ziemlich genau vorhersagen, in welcher ballistischen Flugbahn der Stein fliegen und wo er landen wird. Wenn man jedoch einen Hund tritt, ist das anders“, so Gregory Bateson⁶, der das Prinzip der lebenden und in Eigendynamik (re-)agierenden Systeme auf den Punkt bringt. Die sorgsame Unterscheidung zwischen Pseudokomplexität, die schlicht auf der Verkomplizierung von Sachverhalten beruht, und Komplexität, die nur lebendige Systeme aufweisen können, ist hierbei allerdings elementar.⁷ Das prominenteste Beispiel für Pseudokomplexität in die überbordende Bürokratie inklusive vieler nicht erfolgreicher Digitalisierungsversuche im klinischen Umfeld. In einem Universitätsklinikum wurde der Weg eines Patientendokuments von der Aufnahme bis zur Entlassung 39 mal eingescannt bzw. wieder ausgedruckt, ohne dass die an den einzelnen Teilbearbeitungsschritten Beteiligten Kenntnisse des gesamten Prozessverlaufs hatten. Aber das ist kompliziert und nicht komplex, auch wenn keiner mehr durchblickt.

Kompliziertheit wird im Rahmen des Focused-Hospital-Prozesses abgebaut, um den Fokus auf echte Komplexität zu ermöglichen.

Der Umgang mit echter Komplexität wird hingegen über den TFH-Prozess gestärkt, denn der Mensch wird in einem Focused Hospital nicht länger als Produktionsfaktor und Leistungserbringer eingesetzt, sondern als kompetente behandelnde Expertin bzw. kompetenter behandelnder Experte, als Mensch mit all seinen originären Fähigkeiten, mit Komplexität umzugehen. Insbesondere bei der Planung und Vor-



*„Umgang mit komplexen Systemen erfordert eine nie endende **Bereitschaft**, einmal getroffene Entscheidungen zu **überprüfen und anzupassen**.“*

– US-Philosophin Nancy Cartwright

ausschau, aber auch als Grundlage von Entscheidungen, fordert uns die Komplexität natürlich heraus. Daher benötigen wir spezifische Kompetenzen im Umgang mit ihr.

Vor allem Funktionsträger in Kliniken benötigen eine verinnerlichte Bereitschaft, sich selbst und die eigenen Szenarien fortlaufend kritisch infrage zu stellen und lineare Lösungsansätze nur noch dann einzusetzen, wenn es um repetitive Inhalte geht. Die übergeordneten Kompetenzen im Umgang mit Komplexität werden in der folgenden Grafik dargestellt.

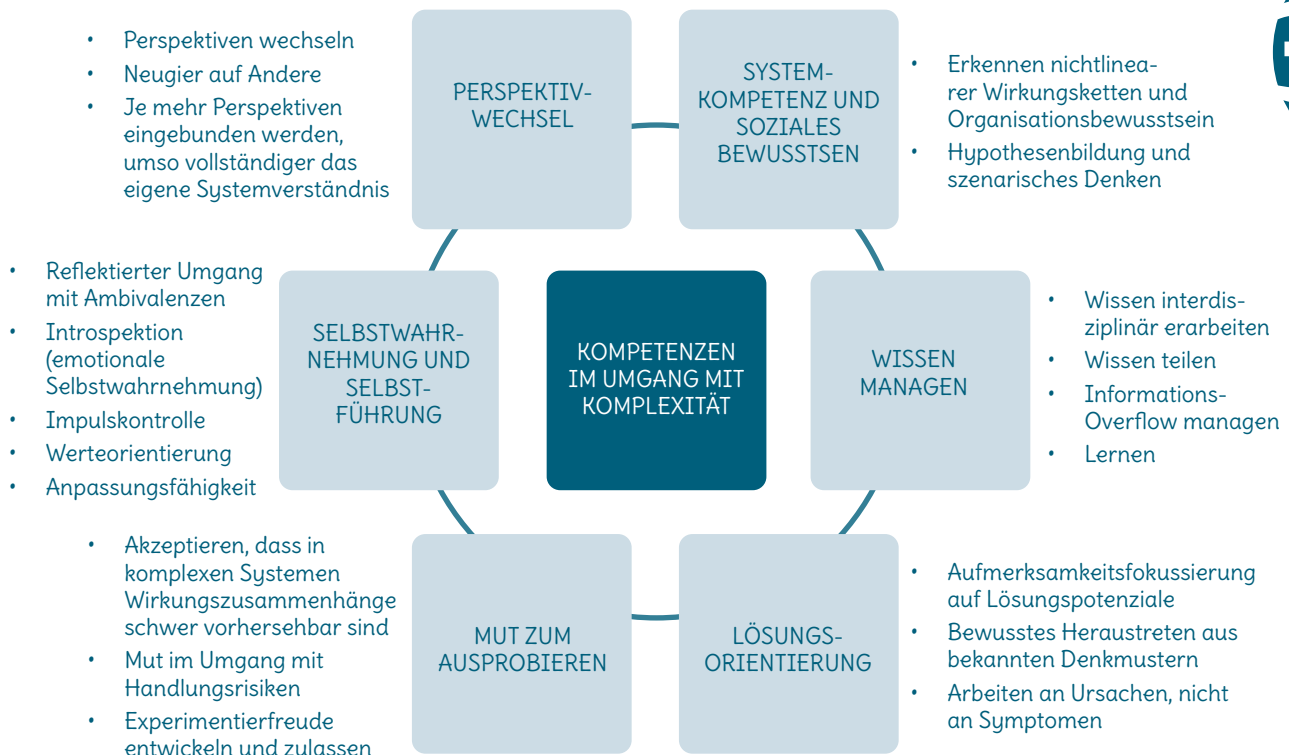


Abb. 15 Kompetenzen im Umgang mit Komplexität, Starker (2020)

In einem Focused Hospital werden insbesondere Funktionsträger unterstützt, diese Kompetenzen aufzubauen und zu trainieren. Dies ist das Tätigkeitsfeld für den Bereich Personal- und Organisationsentwicklung.