



MEDLIFE

EINE REISE ZU NEUEN IDEEN

BERND BENIKOWSKI & CHRISTIANE WEILING

Der Wandel ist ein Abenteuer, das wach hält, spannend ist und immer eine Herausforderung darstellt.

IMPRESSUM

© gaus gmbh medien bildung politikberatung 2015

Bilder mit freundlicher Genehmigung des Red Dot Design Museums Essen. Fotografinnen: Pia Rauball und Jenny Muschallik.

Dieses eBook basiert auf Ergebnissen des Projektes „MedLife – Implementierung neuer Arbeitszeit- und Organisationsmodelle in deutschen Krankenhäusern durch Transfer europäischer Best-Practice-Beispiele“ (FKZ GW02-046 A-B). gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und die Europäische Union, Europäischer Fonds für regionale Entwicklung und betreut durch den Projektträger ETN im Forschungszentrum Jülich.

gefördert vom:

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung

ETN

Projektträger Energie · Technologie · Nachhaltigkeit

INHALTS- VERZEICHNIS

Einführung	iv
MedLife – eine Reise	5
Management im Wandel – Management und Führungsmodelle	10
Weiterentwicklung durch Feedback – Erfahrungen aus der Isala-Klinik Zwolle in den Niederlanden	15
Auswahl & Ausbildung von Managern – Erfahrungen in Göteborg	22
Work-Life-Balance & wirtschaftliche Anforderungen im Einklang? Erfahrungen aus Göteborg	28
Umsetzung innovativer Impulse – Erfahrungen aus dem Krankenhaus Soest	35
Kleine Veränderungen – große Wirkung. Verlässliche Dienstplangestaltung im Evangelischen Krankenhaus Unna	41

EINFÜHRUNG

Wie können Sie dieses eBook für Ihre eigenen innovativen Ideen nutzen?

Das vorliegende eBook ist ein Erfahrungsbericht. In dem Projekt MedLife ging es nicht darum, ganz konkrete „Rezepte“ aus dem europäischen Ausland auf deutsche Krankenhäuser zu übertragen.

Vielmehr wollten wir Impulse und Ideen aus dem europäischen Ausland nach Deutschland transportieren und Denkanstöße geben.

Die Erfahrungen in den beiden deutschen Modellkrankenhäusern haben gezeigt, dass dies gut gelingen kann. In beiden Krankenhäusern wurden die ausländischen Konzepte nicht 1:1 kopiert. Vielmehr boten die Materialien Anknüpfungspunkte für Diskussionen innerhalb der deutschen Krankenhäuser. Sie haben geholfen, vorhandene Strukturen und Gewohnheiten kritisch zu reflektieren und über alternative Ideen nachzudenken. Sie haben den Anstoß gegeben, eingefahrene Wege zu verlassen und Neues auszuprobieren.

In diesem Sinne sollen aus Sie den vorliegenden Erfahrungsbericht nutzen. Überdenken Sie die eingespielten Abläufe und machen auch Sie sich auf die Reise.

Ergänzend zu dem Erfahrungsbericht finden Sie am Ende jedes Kapitels umfangreiche Materialien (Power Point-Präsentationen, Excel-Tabellen, Word-Dokumente, Videosequenzen und pdf-Dateien), die Sie für Ihre eigenen Umsetzungsprozesse nutzen können und sollen.

Alle Materialien sind entweder im Rahmen des Projektes MedLife entstanden oder wurden uns von den ausländischen Partnern für die Nutzung im Rahmen des Projektes überlassen.

Bei der Verwendung der Materialien verweisen Sie daher bitte immer auf den Ursprung der Daten aus dem durch den Europäischen Sozialfonds und das Land NRW geförderten Projekt MedLife.



1

MEDLIFE – EINE REISE

Der Austausch mit anderen Kulturen ermöglicht einen Perspektivwechsel, der zu einer kritischen Betrachtung des eigenen Handelns führt.

Neue Ideen lassen sich nicht nach einem festgelegten Arbeitsplan erzeugen. Es gibt keinen Algorithmus für Innovation. Der Wandel benötigt manchmal Brüche und Perspektivwechsel und das Hinterfragen althergebrachter Erfahrungen. Jede_r der Organisationen bei Veränderungsprozessen begleitet hat, weiß um die Beharrungskräfte und Abwehrmechanismen einer Institution. Etwas Neues zu realisieren ist immer auch mit Unsicherheiten verbunden, da Neuland betreten wird und noch keine exakten Bewertungen und Erfahrungen vorliegen. Wer neue Ideen verwirklichen möchte beginnt eine kleine Reise ins Ungewisse. Die Entscheidung zu einer Veränderung sollte auf guten Überlegungen und fundierten Informationen basieren, letztlich wird aber niemand mit Sicherheit die Wirkungen vorhersagen können. Der Wandel basiert auf einer hohen Wahrscheinlichkeit, aber nicht auf vollständiger Sicherheit.

Wer Innovationen möchte muss sich auf eine Reise vorbereiten, die nicht im Detail planbar ist, sondern immer wieder Kurskorrekturen und Anpassungsmanöver erfordern wird. Die Idee des Projektes MedLife war die Suche nach innovativen Arbeitsansätzen in anderen europäischen Ländern, um Arbeitszufriedenheit und Work-Life-Balance in Krankenhäusern zu verbessern. Es war zu Beginn dieser Reise nach „Neuen Ideen“ klar, dass es nicht darum gehen würde fertige Konzepte oder Methoden zu importieren. Die Suche war nicht nur auf Ergebnisse ausgerichtet, sondern darauf, wie denn diese Ideen entstehen konnten. Wichtig war die Frage, wie denn eigentlich diese innovativen Ansätze entstanden sind, wer die ersten Impulse gegeben hat und wie man sich in der Organisation auf neue Abläufe geeinigt hatte.

Selbstverständlich gab es im Modellprojekt MedLife ein systematisches Vorgehen. In drei ausgewählten europäischen Kliniken sollten innovative Ansätze der Verbesserung der Arbeitsprozesse und der Work-Life-Balance aufgespürt und verstanden werden. Fallstudien waren ein Instrument, um einen methodisch abgesicherten Rahmen zu ermöglichen, aber andererseits auch einen sehr breiten Erfahrungsfokus zu ermöglichen. In allen Kliniken wurden Dutzende von Experteninterviews mit allen Professionen und Hierarchien geführt, aber auch zahlreichen informellen Gespräche und Kontakte. Viele Informationen konnten im systematischen Vorgehen gesammelt werden, aber erst in den vielen vertrauensvollen Kontakten mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kamen Haltungen zu Tage, die wohl die Voraussetzung für Innovationen sind: Vertrauen, Neugierde und Motivation.

Es wurden Fallstudien in der Sahlgrenska University (Sahlgrenska Universitetssjukhuset), in Göteborg (Schweden), in den Isala klinieken Zwolle (Niederlande) und im Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter de Wissembourg (Frankreich) durchgeführt, um von möglichst vielen guten Ideen zu lernen.

Tatsächlich gab es in allen diesen Krankenhäusern Ansätze, die sehr interessant und beispielhaft für die deutschen Partnerkrankenhäuser waren. In Göteborg wurde ein individuelles Arbeitszeitmodell bei Pflegekräften umgesetzt, das Flexibilität und Verlässlichkeit in intelligenter Weise verknüpfte. Die Methodik war gut zu dokumentieren, aber genauso interessant war die Vorgeschichte. Wie konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter überzeugt werden? Welche Konflikte hat es bei der Einführung und auch Anwendung gegeben? Was hat den Veränderungsimpuls ausgelöst?

In Zwolle wurde ein Feedbacksystem eingeführt, in das alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses involviert waren und das eine Kultur des gegenseitigen Respekts und Vertrauens über alle Professionen aufbauen sollte. Auch hier kann die Vorgehensweise gut beschrieben werden, aber wie gelingt tatsächlich eine so weitreichende Kulturveränderung? Wie wurde mit Ängsten und Verunsicherungen umgegangen? Wie wird Feedback zu einer alltäglich respektierten Kommunikationsform?

In Wissembourg wurde der personelle Aufbau einer neuen Abteilung als partizipativer Prozess begriffen, in dem alle Professionen frühzeitig und gleichberechtigt einbezogen worden sind. Das partizipative Vorgehen kann in Workshops und Arbeitstreffen dokumentiert werden. Aber wie gelang die Verständigung der verschiedenen Professionen und Hierarchien? Wurden Konflikte und Befürchtungen thematisiert? Konnte tatsächlich jede Mitarbeiterinnen und jeder Mitarbeiter den Prozess mitgestalten?

Es würde daher die Projekterfahrungen und -ergebnisse erheblich reduzieren oder vielleicht sogar verfälschen, wenn man ausschließlich die „good-practice“ Beispiele in den Vordergrund stellt. Eine weitere Dimension des Projektes war der Erfahrungsaustausch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Offenheit, mit der die Partner bereit waren eigene Sichtweisen zu überdenken und neue Einsichten zu ermöglichen. Im Rückblick erscheint dies sogar der zentrale Schlüssel zu Innovation und Verbesserung der Arbeitsprozesse zu sein.

In der ersten Phase des Projektes MedLife, in der geeignete Partner(-krankenhäuser) gesucht wurden, war es keinesfalls einfach auf eine Bereitschaft zu stoßen, Erfahrungen zu reflektieren. Es gab entweder den Hinweis auf „Vorzeigeprojekte“ die auf „Hochglanz“ präsentiert wurden oder den Hinweis auf fehlende Ressourcen zur Teilnahme am Projekt MedLife. Es war sicherlich kein Zufall, dass die Krankenhäuser aus Göteborg, Zwolle und Wissembourg ein großes Maß an Offenheit und Vertrauen mit in die Projektarbeit gebracht haben. Die vorbereitenden Gespräche und Workshops, genauso wie die Durchführung der Fallstudien waren geprägt von einem großen Interesse an Austausch und Weiterentwicklung der eigenen Arbeit. Natürlich hatten die Partner durchaus mit Begeisterung von ihren Entwicklungsprojekten berichtet und uns an den Ergebnissen teilhaben lassen. Gleichzeitig wurde aber sehr offen mit den Themen umgegangen, die die Krankenhäuser aktuell beschäftigen und für die Lösungen gesucht werden müssen.

Es war eine besondere Erfahrung mit Partnerkrankenhäusern zu kooperieren, die sich in vielen Bereichen in ihrer Entwicklung weit vor vielen deutschen Krankenhäusern befinden und trotzdem in gleicher Intensität neue Aufgaben und Herausforderungen benennen. Das Projekt MedLife ist keine Einbahnstraße geworden, in der interessante Ideen nach Deutschland transportiert wurden. Es sind erste Schritte in ein gemeinsames Entwickeln neuer Rahmenbedingungen, neuer Konzepte und Ideen für die Organisation Krankenhaus.

In der Handlungshilfe sollen daher zwei Dimensionen nachgezeichnet werden: Zum einen konkrete Ergebnisse wie Feedbacksysteme, Personalentwicklung von Managern oder flexible Arbeitszeitmodelle. Diese werden hier zunächst dokumentiert und anschließend der Implementierungsprozess in die deutschen Krankenhäusern dargestellt.

Auf der anderen Seite sollen in der Handlungshilfe auch die besonderen Erfahrungen wiedergegeben werden, die die Grundlage für Innovation sind: Offenheit, Interesse an alternativen Herangehensweisen, Perspektivwechsel und die Bereitschaft eigene Konzepte immer wieder zu hinterfragen.

ERGÄNZENDE MATERIALIEN

Wie laufen Innovationsprozesse in Krankenhäusern ab? Wie gehen unterschiedliche Kliniken in unterschiedlichen Ländern mit Innovationen um? Die Gesundheitssysteme in Deutschland, Schweden, den Niederlanden und Frankreich unterschieden sich in wesentlichen Punkten. Aber auch kulturelle Besonderheiten haben Einfluss auf Innovationsprozesse in den verschiedenen Ländern. Die Arbeit im Projekt hat gezeigt, wie sich Good-Practice-Erfahrungen aus Europa in deutschen Krankenhäusern nutzen lassen.

Die Präsentationen geben einen ersten Überblick über die Erfahrungen, die wir im Rahmen des Projektes in den verschiedenen Kliniken in Europa gesammelt haben.

Das Gesundheitswesen in Europa weist wesentliche strukturelle Unterschiede auf. Um die Ansätze und Strategien in den verschiedenen Modellkrankenhäusern zu verstehen, ist es wichtig, sich diese Unterschiede bewusst zu machen. In den vorliegenden Länderdossiers sind die wichtigsten Rahmenbedingungen zusammengefasst.

[Präsentation: Ergebnisse der Fallstudien – ein Überblick](#)

[Präsentation: Innovationsimpulse aus Europa](#)

[Präsentation: Krankenhausinnovation in Frankreich \(englisch\)](#)

[Präsentation: Innovation und Partizipation – Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter de Wissembourg \(englisch\)](#)

[Frankreich](#)

[Niederlande](#)

[Schweiz](#)

[Schweden](#)



STEINMÜLLER

19

2

MANAGEMENT IM WANDEL

MANAGEMENT UND FÜHRUNGSMO-
DELLE

**Der Wandel ist ein ständiger Begleiter jeder Or-
ganisation. Die Frage ist, ob wir uns die be-
wusst machen oder lieber ignorieren wollen.**

In allen drei Fallstudien gab es ein gemeinsames Thema. Wie können neue Management-Modelle für Krankenhäuser aussehen, die den Anforderungen nach Qualität, Wettbewerbsfähigkeit, aber auch Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerecht werden? In Frankreich, an der Universität Straßburg, wird hierzu wissenschaftlich geforscht. Es wurde dort aufgezeigt, dass in dem Bereich der Medizin enorme Forschungsanstrengungen unternommen worden sind, die die Formen und Methoden der Behandlung deutlich verbessert haben. Es gibt aber nur wenige Forschungsarbeiten, die sich damit beschäftigen, wie eigentlich die Organisation Krankenhaus gesteuert bzw. gemanagt werden kann. Und diese Frage ist dringend zu beantworten. So war es insgesamt wenig überraschend, dass in vielen Gesprächen immer wieder das Thema Führung von Mitarbeiter_innen in den Fokus rückte.

Es ist eigentlich erstaunlich, wie wenig bisher, vor allem auch in deutschen Krankenhäusern, ein Bewusstsein über die Notwendigkeit von Managementmodellen vorhanden ist. Krankenhäuser sind eine komplexe Organisation, mit hunderten von Mitarbeiter_innen, mit differenzierten Abteilungen und komplexen medizinischen Prozessen. Dabei tragen die Mitarbeiter_innen aller Profession eine hohe soziale Verantwortung und sind sicherlich durch eine ebenso hohe Identifikation mit ihrer Arbeit gekennzeichnet.

Wie kann ein solches komplexes Gebilde gesteuert werden? Wie gelingt es einer Krankenhausleitung, die richtigen Entscheidungen zu treffen? Was muss getan werden, damit strategische Entscheidungen tatsächlich von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen werden? Wie identifizieren sich eigentlich die Beschäftigten mit ihrem Krankenhaus?

Wer eine Organisation steuern möchte, der darf nicht zu sehr in die fachlichen medizinischen Abläufe eingebunden sein, der muss vor allem die Möglichkeit haben, auf das ganze Gebilde schauen zu können. Nur wer den Blick tatsächlich auf die Abläufe einer Abteilung oder eines Departements richten kann, der sieht, an welchen Stellen steuernd eingegriffen werden muss, was verbessert werden sollte oder an welchen Stellen nicht zielführend gearbeitet wird. Es ist immer noch die Tradition vieler Krankenhäuser, dass die Leitungskräfte, also die Manager, Mediziner oder Pflegekräfte sind, die im Wesentlichen für die fachlichen Prozesse verantwortlich sind. Das ist natürlich auch gut so. Die Steuerung dieser fachlichen Prozesse ist aber eben noch kein Management. Es ist allenfalls ein Teil der Steuerungsaufgaben, reicht aber keinesfalls aus, eine Draufsicht zu erhalten. Es scheint sogar nicht selten so, dass die fachliche, medizinische oder pflegerische, Perspektive den Blick auf notwendige Steuerungsaufgaben verstellt.

Hier war es beeindruckend, die Diskussion in den europäischen Partnerkrankenhäusern zu verfolgen, die sich für diese neuen Managementaufgaben bereits sehr stark sensibilisiert hatten. Und in diesen Diskussionen wurden vor allem vier Aspekte deutlich, die von Managern bzw. Führungskräften wahrgenommen werden sollten.

1. Der Manager hat einen Blick über alle wichtigen Arbeitsprozesse in seinem Entscheidungs- und Gestaltungsbereich. Das bezieht neben den fachlichen Abläufen vor allem aber auch die nicht spezifisch-fachlichen Prozesse mit ein. Hierzu gehören etwa moderne Modelle der Arbeitszeitregelung, oder die Weiterleitung wichtiger Informationen auf der Abteilung, oder die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder die Kooperation mit anderen Abteilungen oder Servicestellen.

1. Die moderne Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist gerade auch in Krankenhäusern eine unverzichtbare Aufgabe. Führungskräfte kümmern sich um die Entwicklung und die Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter_innen. Dies geschieht durch unterschiedliche und regelmäßige Personalgespräche mit unterschiedlichen Zielsetzungen. Unterstrichen werden soll hier auch das Wort systematisch. Führungsarbeit ist kein Zufall, sondern muss für alle Mitarbeiter_innen klar erkennbar sein. Wann werden etwa regelmäßige Personalgespräche geführt, wann erhält der Mitarbeiter/ die Mitarbeiterin eine Leistungsbeurteilung, wie werden Perspektiven für den Mitarbeiter/ die Mitarbeiterin entwickelt, welche fachlichen, aber auch nicht fachlichen Ziele sollen von den Mitarbeiter_innen erreicht werden? Dann ist natürlich noch der Punkt Feedback zu nennen. Die moderne Führungslehre und vor allem auch Praxis geht davon aus, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur dann lernen können, wenn sie eine dezidierte Rückmeldung über ihre Arbeitsleistung, aber auch über ihr soziales Verhalten erhalten. Dazu müssten sich Führungskräfte als Personalentwickler verstehen und sowohl ad hoc im Arbeitsalltag als auch systematisch Feedback-Gespräche führen. Die Erfahrungen über die Einführung eines solchen aufwändigen Feedback-Systems werden im Kapitel Zwolle näher beschrieben.

2. Innovationsprozesse sind kein Zufall, sondern das Ergebnis einer systematischen Steuerung. Auch dies ist Aufgabe von Führungskräften. Es sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in ihrem konkreten Arbeitsalltag schnell erkennen, an welchen Stellen Verbesserungen möglich sind bzw. welche Schwierigkeiten auftreten. Dieses Potential gilt es zu nutzen und in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzubeziehen. Innovationsprozesse sind dann möglich, wenn offen kommuniziert wird, wenn Anregungen und Ideen akzeptiert werden und nicht als Bedrohung empfunden werden und wenn man in der Lage ist, die Perspektiven zu wechseln und das eigene Arbeitsverhalten immer wieder zu überprüfen. Manager schaffen hierzu Kommunikationsräume, aber auch eine Kultur, die innovative Impulse wertschätzt und aufgreift.

3. Alle Fallstudien, alle Gespräche haben gezeigt, dass ein Management nur erfolgreich sein kann, wenn sich die Mitarbeiter_innen aller Professionen und Hierarchien mit dem Krankenhaus identifizieren. Dies war und ist ein Bereich, in den die Partnerkrankenhäuser sehr viel Energie investieren. Das Ziel war, dass sich Mitarbeiter_innen nicht nur mit ihrem engeren Arbeitsbereich identifizieren, sondern auch eine starke Verbundenheit mit der Philosophie der Gesamtorganisation aufbauen sollten. Entscheidungen des Managements sind tatsächlich nur dann durchsetzbar, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine positive Grundeinstellung gegenüber der Gesamtorganisation

Krankenhaus haben. Auch dies sind keine Zufallsprodukte des Managements, sondern verlangen zielgerichtete Maßnahmen und Strategien, die einen solchen Identifikationsprozess überhaupt erst ermöglichen.

4. Auch über den folgenden Punkt waren sich alle Partnerkrankenhäuser im Klaren: Wer wirklich Manager und Führungskräfte entwickeln möchte, die die oben beschriebenen Punkte tatsächlich umsetzen können, der muss diese auch mit ausreichenden Ressourcen ausstatten. Es genügt nicht, in einigen Führungsseminaren Managementkompetenzen zu erlernen, weil es muss grundsätzlich darüber nachgedacht werden bzw. es müssen Maßnahmen ergriffen werden, das Managementarbeit, die eine Wirkung erzielen soll, auch möglich ist. Auf viele solcher zentraler Punkte haben die Diskussionen verwiesen:

- ▶ Kompetenzen

Jeder Manager muss die notwendigen Skills und Fähigkeiten erlernen, um Führungsarbeit durchführen zu können. In der Regel ist Management nicht Teil der Ausbildung, man übernimmt also diese Tätigkeiten, ohne oftmals hierzu speziell qualifiziert worden zu sein. Wer Führungskraft sein soll oder werden will, muss daher entsprechend auch ausgebildet sein.

- ▶ Befugnisse und Ressourcen

Führungskräfte sollen gestalten und entscheiden können. Dazu muss in der Organisation klar geregelt werden, über welche Budgets oder Handlungsbereiche tatsächlich entschieden werden kann. Auch ein gut ausgebildeter Manager benötigt Entscheidungsräume, sonst ist sein Wirken ziemlich schnell nutzlos.

- ▶ Selbstbild und Motivation

Zur Führungskraft kann man nicht verpflichtet werden. Es ist leider immer noch Tradition in vielen Krankenhäusern, dass zu bestimmten medizinischen oder pflegerischen Aufgabenbereichen automatisch auch Führungsfunktionen gehören. Dies hat aber meist den erforderlichen Effekt, dass Managementaufgaben als lästiges Übel empfunden werden, die die eigentlichen medizinischen oder pflegerischen Aufgaben nur stören. Wer Führungskraft wird oder werden möchte, sollte unbedingt auch motiviert sein, diese beiden Aufgaben mit aller Konsequenz auch ausführen zu wollen und auch eine Motivation in den Ergebnissen des Managementhandelns finden.

- ▶ Transparenz und Akzeptanz

Führungsarbeit Management gelingt nur dann gut, wenn diese von den Mitarbeiter_innen unterstützt wird. Auch hier haben viele Krankenhäuser noch Nachholbedarf. Und es besteht oftmals der Eindruck, besonders den nicht fachlichen Anweisungen einer Führungskraft nicht unbedingt folgen zu müssen. Dies hat sicherlich sehr viele, vor allem auch historische Gründe, wichtig ist aber zu erkennen, dass wer gute und moderne Führungskräfte aufbauen möchte, muss auch bei den Mitarbeiter_innen die notwendige Akzeptanz erzeugen.

ERGÄNZENDE MATERIALIEN

Management und Führung im Krankenhaus

Wie gelingt es einer Krankenhausleitung und den Verantwortlichen auf den Stationen, die richtigen Entscheidungen zu treffen? Was muss getan werden, damit strategische Entscheidungen tatsächlich von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen werden? Welche Anreize gibt es zur Übernahme von Managementverantwortung im Krankenhaus?

Unsere Reise durch Europa hat uns an vielen Stellen Ideen zum Thema Führung und Management in Krankenhäusern geliefert, die sich teilweise grundlegend vom Alltag in vielen deutschen Krankenhäusern unterscheiden. Trotzdem – oder gerade deshalb – können sie wertvolle Impulse für die Organisation in deutschen Krankenhäusern darstellen.

Work-Life-Balance als Managementinstrument

Der Blick ins europäische Ausland zeigt, dass es Organisations- und Personalentwicklungsmodelle in Krankenhäusern gibt, die eine Work-Life-Balance ermöglichen und für attraktivere Arbeitsplätze sorgen. Auf der anderen Seite sind Qualität, Leistungsfähigkeit und Effizienz der Behandlung und Versorgung keinesfalls geringer als in deutschen Krankenhäusern.

[Präsentation: Organisation von Krankenhäusern: Marktplatz oder ein Unternehmen?](#)

[Präsentation: Führung und Management als Karriereoption im Krankenhaus \(Schweden\)](#)

[Präsentation: Leadership an Management in Swedish hospitals \(Projekt ampaq, englisch\)](#)

[Präsentation: Führung und Management durch Offenheit und Feedback \(Niederlande\)](#)

[Präsentation: Leiderschap Ontwikkel Traject - Feedback as instrument of modern leadership in hospitals \(englisch\)](#)

[Präsentation: Verlässliche Arbeitszeitmodelle \(Schweden\)](#)



3

WEITERENTWICKLUNG DURCH FEEDBACK

ERFAHRUNGEN AUS DER ISALA-KLINIK
ZWOLLE IN DEN NIEDERLANDEN

**Veränderung erfordert Mut, weil niemand das
genaue Ergebnis vorhersagen kann.**

Bereits bei den ersten Besuchen im Klinikum in Zwolle fiel die besondere Atmosphäre auf. Zunächst beeindruckten die auffällige und interessante Architektur der Gebäude und dann der offene und freundliche Empfang im Foyer. Die meisten Menschen beschleicht sicherlich ein eher unangenehmes Gefühl, wenn sie ein Krankenhaus betreten müssen. Schließlich gibt es ja auch selten positive Anlässe, die es erfordern, eine solche medizinische Institution aufzusuchen. Krankenhäuser sind aus gutem Grunde sehr funktionalistisch gehalten, denn sie müssen schließlich den vielen medizinisch-logistischen Prozessen gerecht werden. In Zwolle hat man sehr viel Wert darauf gelegt, eine Gestaltung zu realisieren, die einem das Gefühl gibt, willkommen zu sein und gerne einzutreten. Dies sind natürlich nur Äußerlichkeiten, die keinen wirklichen Schluss auf die Qualität der medizinischen Behandlung oder die internen Kommunikationsformen geben. Aber man kann sich aber dieses ersten Eindrucks nicht erwehren und nimmt auch ein angenehmes Grundgefühl mit in die anstehenden Gespräche.

Tatsächlich hat aber diese Architektur auch etwas mit dem Selbstverständnis dieses Krankenhauses in Zwolle zu tun. Seit einigen Jahren arbeiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an einem tragfähigen gemeinsamen Leitbild der Organisation, das auch die Grundlage für Managementprozesse und -entscheidungen sein soll. Ausgangsbasis für diesen Prozess der Entwicklung eines Leitbildes war die Entscheidung des Managements, eine größere Identifikation mit der Organisation zu entwickeln. Auch in den Niederlanden, auch im Krankenhaus in Zwolle war es bisher noch keine Selbstverständlichkeit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich als ein Teil mit der Unternehmung Krankenhaus zu identifizieren. Jeder Mitarbeiter, jede Mitarbeiterin gehörte zu einer einzelnen Einheit des Krankenhauses, zu der man sich zugehörig fühlte und für deren Leistungsfähigkeit und Qualität sich jede_r einsetzte.

Es herrschte kaum ein Bewusstsein darüber, das Krankenhaus als eine gemeinsame Aufgabe zu verstehen, sondern jede_r Mitarbeiter_in fühlte sich vor allem seinem unmittelbaren Aufgabenbereich verpflichtet. In einem modernen Krankenhaus arbeiten allerdings die einzelnen Bereiche zunehmend miteinander. Verschiedene Krankheitsbilder benötigen die Kooperation unterschiedlichster Abteilungen. Manche Stationen leisten Serviceleistungen für andere, um deren Arbeit zu unterstützen und zu ermöglichen. Und schließlich ist es auch aus wirtschaftlichen Gründen ungemein wichtig, dass sich die Mitarbeiter_innen nicht nur mit ihren einzelnen Abteilungen identifizieren, sondern mit dem gesamten Krankenhaus, um effizient und kostengünstig die Behandlung und Betreuung der Patienten zu realisieren.

Diese Leitbildentwicklung in Zwolle unterschied sich in Methodik und Vorgehensweise sicherlich nicht von anderen Projekten in anderen Organisationen oder Institutionen. Es wurde unter der Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Workshops intensiv zusammengearbeitet und schließlich mündete dieser intensive Kommunikationsprozess in einem verschriftlichten Leitbild. Das Interessante im Rahmen der Fallstudie war daher weniger dieser Leitbildprozess, sondern vielmehr die Umsetzung der Ergebnisse. Und eins der ersten Ergebnisse hatte tatsächlich mit der Architektur des Kran-

kenhausgebäudes zu tun. „Wir wollen das schönste Krankenhaus in ganz Holland sein“. Dieser Satz wurde auf allen Führungsebenen kommuniziert und als Ziel an alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen weitergegeben. Jede_r sollte mit Stolz Freunden und Angehörigen erzählen, dass er oder sie in einem wirklich anspruchsvollen und schön gestalteten Gebäude arbeitet.

Und – das mag vielleicht auf die deutsche Kultur noch etwas schwierig zu übertragen sein – dass dies wirklich die schönste Krankenhausarchitektur in den Niederlanden ist. Es war ein erster Schritt, ein erstes Ziel, was Verbindungen schaffen sollte über alle Professionen, Stationen, Abteilungen und Departements. Es gab nicht die schönste Kardiologie, die schönste Intensivstation oder die schönste Urologie, gemeinsam und für alle Beteiligten gleich war die schöne Architektur ein verbindendes Glied. Es reicht aber natürlich nicht aus, nur ein schönes und attraktives Gebäude zu bauen, vielmehr müssen die Mitarbeiter_innen eingeladen werden und das Gefühl haben, dass auch von der Gestaltung ihrer Arbeitsplätze etwas für sie entwickelt und umgesetzt worden ist.

Man kann vielleicht sagen, dass dieses erste Ziel vor allem die Funktion hatte, ein neues Gemeinschaftsgefühl zu entwickeln oder zumindest zu stärken. Interessant war dann der nächste Schritt, der aus dem Leitbild abgeleitet wurde. Im Leitbild standen natürlich auch die Umgehensweise, die Kooperation und die Kommunikation aller Beschäftigten aller Profession des Krankenhauses im Vordergrund. Somit war eine zentrale Säule des Leitbildes Transparenz und Offenheit. Dabei wurde keinesfalls davon ausgegangen, dass dies bereits ausreichend in der Organisation umgesetzt worden ist, vielmehr wurde ja das Leitbild als ein Auftrag verstanden, die notwendigen Maßnahmen einzuleiten, um schließlich tatsächlich eine offene und transparente Umgehensweise zu ermöglichen. Um nun auch tatsächlich diesem Ziel einen Schritt näher zu kommen war es notwendig, einen ersten operativen konkreten Prozess einzuleiten, der zu mehr Offenheit und Transparenz führen sollte. In gemeinsamer Diskussion der Geschäftsleitung und der Verantwortlichen für das Human Resource Management entschied man sich auf der Grundlage des Leitbildes zur Einführung einer intensiven Feedback-Kultur. Jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin sollte regelmäßig ein qualifiziertes Feedback erhalten, um sich persönlich weiter zu entwickeln und seine Arbeitsweise permanent verbessern zu können. Feedback kann als Teil einer wertschätzenden Kultur bezeichnet werden, indem ein_e Mitarbeiter_in von Kollegen und Kolleginnen sowohl positive als auch kritische Rückmeldung zu Arbeitsprozessen erhält.

Die Einführung einer Feedback-Kultur in einer Organisation der Größe eines Krankenhauses ist sicherlich mehr als eine herausfordernde Aufgabe. Hier kann sich sicherlich jeder einmal das Gedankenpiel leisten, was dies für den eigenen Arbeitsplatz oder die eigene Organisation bedeuten würde. Es reicht ja keinesfalls aus, die Losung einer Institution auszugeben, dass von nun an es erwünscht ist, Feedbacks zu geben und Rückmeldung über die Arbeitsweise des Kollegen zu geben. Der Aufbau einer sensiblen Feedback-Kultur muss sicherlich gut durchdacht sein und ist ein sicherlich länger dauernder Prozess, auf den jede einzelne Abteilung gut vorbereitet werden muss.

Im Rahmen der Fallstudie stand daher die Umsetzung der Einführung einer Feedback-Kultur im Vordergrund. Und die Strategie, die das niederländische Krankenhaus sich für diese Einführung überlegt hatte, soll nun vorgestellt werden.

Feedback ist sicherlich ein Instrument, mit dem in einer Organisation große Veränderungen angestoßen werden können. Auf der einen Seite hat es sehr viel mit positiver Wertschätzung und Motivation zu tun. Menschen benötigen immer wieder die Rückmeldung, dass ihr Verhalten eine gute Wirkung erzielt hat, dass sie kreativ waren oder eine besondere Leistung erbracht haben. Immer noch gibt es den Irrglauben auf vielen Managementebenen, dass man ja einem Mitarbeiter/ einer Mitarbeiterin nicht sagen müsste, dass seine Arbeit positiv zu bewerten sei. Jeder kann aber einmal die Erfahrung bei sich selbst oder bei anderen machen und den Unterschied beobachten, was es bedeutet, Dinge konkret auszusprechen und zu benennen und welche wertschätzende Wirkung dann damit erzielt werden kann. Auf der anderen Seite fallen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr viele Abläufe oder konkret Verhalten auf, die zu Verbesserungen oder gar Innovationen führen könnten, wenn man sich traut, diese tatsächlich anzusprechen. Und dies hat etwas mit Kultur zu tun. Darf ich auf der einen Seite etwas sagen, was mir auffällt und möglicherweise nur als negative Kritik verstanden wird? Oder auch: Darf ich erwarten von Teamkollegen oder auch Führungskräften, dass sie mir rückmelden, wenn an meinem Verhalten etwas ineffizient ist?

Der Umgang mit Feedback verlangt etwas von dem Feedbackgebenden ab, aber genauso auch etwas von dem, der ein Feedback erhalten soll. Die erste grundlegende Idee im Krankenhaus in Zwolle war es daher, dass sich die Mitarbeiter_innen über die verschiedenen Formen eines Feedbacks verständigen sollten. Die Beschäftigten des Krankenhauses aller Professionen und aller Hierarchien sollten sich darüber austauschen, wie eine für sie geeignete und vor allem umsetzbare Form des Feedbacks aussehen sollte. Feedback sollte nicht verordnet werden, sondern gemeinsam mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen entwickelt werden. Und es sollten auch die Grenzen von denen respektiert werden, die nur begrenzt im ersten Schritt sehr offen mit Rückmeldung umzugehen. Vielleicht wird mancher denken, der sich beim ersten Mal Gedanken über eine wirkungsvolle Feedback-Kultur macht, dass dies zu vielen Konflikten führen wird, die Kommunikation erschwert und möglicherweise sehr schnell aus dem Ruder laufen kann. Deswegen kann man Feedback nicht nur als ein sehr sensibles Instrument verstehen, sondern es kann nur dann erfolgreich sein, wenn es konkrete Vereinbarungen gibt, wie und wann ein Feedback tatsächlich gegeben werden kann.

Es war der Klinikleitung von Anfang an klar, dass für den Aufbau der Feedback-Kultur tatsächlich alle Hierarchieebenen einbezogen werden müssen. Und genau aus diesem Grunde wurde tatsächlich auf der obersten Managementebene mit dem Aufbau tragfähiger Vereinbarungen begonnen. Unter der Begleitung externer Moderatoren gab es einen Initialworkshop der obersten Hierarchieebene (Vorstand) mit der dann folgenden Hierarchieebene (Geschäftsführung). In einer ganztägigen Veranstaltung hatten alle Mitglieder dieser beiden Ebenen die Aufgaben, daran zu arbeiten, wie man sich ein angemessenes Feedback für die Beteiligten dieser Gruppe vorstellen könnte.

Wohlgermerkt: Feedback geben ist keine Einbahnstraße, sondern funktioniert in beide Richtungen der Hierarchie. Die Aufgabe war, Abläufe und Regeln zu definieren, wie sich die Mitglieder dieses Workshops in Zukunft ein verträgliches und konstruktives Feedback geben wollten. Dies waren intensive Workshops, die auf der einen Seite alle Personen herausforderten, und auf der anderen Seite Grenzen respektierten und auf Vertrauen und der Bereitschaft zur Offenheit setzten. Nochmal zur Erinnerung: Feedback sollte die leitenden Werte der Offenheit und der Transparenz voranbringen. In diesen Workshops ging es also um die konkrete Umsetzung dieser wichtigen Bereiche des Leitbildes. Nicht mehr und nicht weniger. Es entstanden daher auch Diskussionen über Formen des offenen Umgangs und der vertrauensvollen Zusammenarbeit zur Debatte. Im Ergebnis dieses Workshops wurden schließlich ganz konkrete Regeln zum Feedback schriftlich festgehalten.

Diese Regeln waren konkret und wurden jeweils aus der Sicht des Feedbackgebenden und des Feedbacknehmenden beschrieben. Diese Regeln waren eine Vereinbarung zwischen den beiden ersten Hierarchieebenen bzw. einer Person des Workshops. Jede_r wusste nach diesem Workshop, dass hier nicht nur Regeln aufgestellt wurden, sondern dass von nun an diese einzelnen Verhaltensweisen zum Feedback auch umgesetzt werden mussten. Jede_r war nun aufgefordert, ein Feedback zu geben, aber auch ein Feedback anzunehmen. Um diese Umsetzung noch einmal zu unterstützen und an die konkreten Verabredungen zu erinnern, wurde für diesen Workshop eine Karte in der Größe einer halben DIN A4-Seite gedruckt. Auf der einen Seite gab es ein Gruppenfoto aller Beteiligten des Workshops. Auf der anderen Seite waren die Regeln und Vereinbarungen nachzulesen. Diese Karte war ein pragmatisches Symbol und sollte dazu führen, dass sich alle Mitarbeiter_innen motiviert fühlten, an diese Regeln zu denken und diese auch umzusetzen.

An diesen Initialworkshop folgten in gleicher Weise ähnliche Veranstaltungen herunter bis auf die unterste Hierarchieebene. Es gab also keinen Mitarbeiter oder keine Mitarbeiterin im Hause, die nicht in diesen Regelungsprozess einbezogen worden ist. Dieser ganze Prozess hat etwa ein ganzes Jahr in Anspruch genommen. Topdown hatte jede_r Beschäftigte die Gelegenheit, an einem für ihn akzeptablen Modell des Feedbacks mitzuarbeiten. Zum Zeitpunkt der Fallstudie waren diese Workshops gerade abgeschlossen. Es gab noch keine systematische Auswertung, keine Evaluation der Ergebnisse. Es gab aber zahlreiche Eindrücke, die sich auch in den Interviews wiederfanden. Aus dem Leitbild Offenheit und Transparenz wurde über die Umsetzung und Vorbereitung einer Feedback-Kultur ein guter Weg gefunden, tatsächlich etwas tun zu können. Die Beschäftigten sprachen davon, tatsächlich auch zunehmend ein Feedback zu geben und freuten sich auch über die Möglichkeit, selber eine Rückmeldung zu erhalten.

Ein besonders schwieriger Schritt dabei war immer noch die hierarchische Richtung des Feedbacks. So gab es zwar erste Beispiele von Pflegekräften, die auch gegenüber Ärzten bereit waren, eine Rückmeldung zu geben. Es wird sehr spannend sein, nach einer längeren Zeit noch einmal zu beobachten, wie nun die konkreten Effekte dieser aufwändigen Vorbereitung einer Feedback-Kultur tatsächlich aussehen und welche Ergebnisse erzielt werden konnten.

Man muss sicherlich auch sagen, dass alle entscheidenden Manager von der Bedeutung der Feedback-Kultur sehr überzeugt waren. Es lassen sich dabei nicht alle Auswirkungen und Umsetzungen voraussehen, man muss bereit sein, auch immer wieder Innovationen neuen Gegebenheiten anzupassen. Es ist auch vielleicht dies eine wichtige Erfahrung aus der Kultur des niederländischen Krankenhauses, die nicht wissenschaftlich beweisen wollte, dass eine Feedback-Kultur positive Ergebnisse erzielt, sondern die konkrete Umsetzung sollte es beweisen. Die Veränderung von Kommunikationsprozessen, der Wandel von Umgangsformen benötigt ohne Zweifel immer die Bereitschaft, sich auf Dinge einzulassen, die nur begrenzt vorhersagbar ist. Auch dies ist wieder ein Beispiel für den Charakter des Wandels. Das Ziel ist sicherlich klar, aber auf dem Weg dahin muss man sich auf einen unbekanntem Weg einlassen.

ERGÄNZENDE MATERIALIEN

Aufbau einer umfassenden Feedback-Kultur

Eine zentrale Säule des Leitbildes in den Isala-Kliniken Zwolle bilden Transparenz und Offenheit. Aber wie kann man Offenheit und Transparenz in einem großen Unternehmen Krankenhaus schaffen, in dem verschiedene Berufsgruppen in ganz unterschiedlich strukturierten Arbeitsbereichen tätig sind?

Unsere Reise in die Niederlande hat gezeigt, wie Führung und Management durch Offenheit und Feedback funktionieren können und welche Wirkungen eine solche Kommunikationskultur auf ein Krankenhaus als Ganzes haben kann.

[Länderdossier Niederlande](#)

[Impressionen aus den Isala Kliniken \(Diashow\)](#)

[Präsentation: Führung und Management durch Offenheit und Feedback](#)

[Präsentation: Leiderschap Ontwikkel Traject - Feedback as instrument of modern leadership in hospitals \(englisch\)](#)



4

AUSWAHL & AUSBILDUNG VON MANAGERN

ERFAHRUNGEN IN GÖTEBORG

Verantwortung bedeutet die notwendigen Entscheidungen treffen zu wollen und zu können.

Bereits in den ersten Gesprächen mit unseren schwedischen Partnern wurde deutlich, dass ein Thema eine besonders hohe Priorität besitzt. In jeder Diskussion neuer fachlicher Abläufe oder in jedem Interview wurde gefragt: Wie kann das entschieden werden und wer ist dafür verantwortlich. Dies ist eigentlich der Nukleus jedes funktionierenden Managementmodells. Seit einigen Jahren wurde im Göteborger Krankenhaus darüber nachgedacht, wie in Zukunft eine große medizinische Organisation adäquat geführt und gesteuert werden kann. Jede Diskussion über neue fachliche Innovation war verbunden mit der Frage der Umsetzung, der Teamorganisation oder der Verteilung der Verantwortung. In Deutschland scheint das Thema Management im Krankenhaus noch in den Kinderschuhen zu stecken. Obwohl ohne Zweifel Krankenhäuser eine extrem hohe Fachlichkeit, medizinische Kompetenz, Spezialisierung und ausgefeilte Medizintechnologie vorweisen, ist doch das Thema Steuerung und Führung noch eher selten auf der Agenda der Krankenhausverantwortlichen.

Man war sich also im Göteborger Krankenhaus der Bedeutung eines funktionierenden Managementsystems sehr bewusst. Die Bedürfnisse moderner Mitarbeiter_innen, Work-Life-Balance oder auch angemessene Arbeitszufriedenheit sind nur zu realisieren, wenn verantwortliche Personen nicht nur die medizinisch-pflegerischen Prozessketten im Auge haben, sondern dafür Sorge tragen, dass alle organisatorischen und auch menschlichen Variablen berücksichtigt werden. Dieses Bewusstsein über die Bedeutung von Führung und Management ist sicherlich eine der zentralen Erfahrungen, die sich aus Schweden auch nach Deutschland ausbreiten sollten. Es ist nun keinesfalls so, dass wir überhaupt keine Diskussion über Managementaufgaben in Krankenhäusern haben, aber es sind doch einige Dinge, die im Vergleich zu anderen Branchen durchaus verwundern. So ist etwa noch für viele Mediziner die Übernahme von Führungs- und Leitungsverantwortung einer Station eine zusätzliche und nicht immer gewählte oder gewünschte Aufgabe. Es ist wohl keine andere Branche bekannt, in der die Übernahme von Führungs- und Leitungsaufgaben nicht auch mit einem Aufstieg verbunden ist. Nicht unbedingt im pflegerischen Bereich, aber doch unter Medizinern ist es weder mit Prestige noch einer anderen Honorierung verbunden, Managementaufgaben zu übernehmen. Hier scheint erst in höheren Führungsebenen, etwa der Chefarztposition, ein Umdenken der Einstellung zu beginnen.

Es wird daher nicht verwundern, dass man sich in Göteborg vom Prinzip der verpflichtenden Führungsfunktion des Mediziners oder der Medizinerin verabschiedet hat. Wer tatsächlich eine Führungsaufgabe übernehmen möchte, kann sich dazu aus freiwilligen Erwägungen heraus bewerben. In der Göteborger Universitätsklinik werden dazu sowohl medizinische als auch pflegerische Leitungskräfte gesucht, die mit dieser Position eine positive Entwicklung und eine Motivation verbinden. Es wurde also sicher in der Geschichte der Universitätsklinik eine Menge unternommen, um tatsächlich Managementaufgaben mit einem positiven Bild, besonders auch für Mediziner, zu besetzen.

Natürlich kann ein Bewusstseinswandel, der die Übernahme von Managementaufgaben positiv bewertet, nicht verordnet werden und geschieht auch nicht über Nacht. Die Erfahrungen in Göteborg zeigen, dass dies nur dann möglich ist, wenn eine Geschäftsführung tatsächlich ernsthaft an der Einführung eines neuen Managementbildes arbeiten will und vor allem dazu dann die geeigneten Leute

gewinnt, ausbildet und mit den notwendigen Ressourcen ausstattet. Es ist eigentlich eine Binsenweisheit, soll aber hier noch einmal genannt werden: Ein guter Manager kann seine Aufgabe nur freiwillig machen und er benötigt dazu eine hohe Motivation, gestaltend tätig zu werden. Auch wenn ein Mediziner oder eine Pflegekraft in seiner Leitungsfunktion nicht mehr ausschließlich fachliche Tätigkeiten ausführt, kann er doch eine positive Motivation daraus ableiten, dass ein Team oder eine Abteilung hervorragende medizinisch-pflegerische Leistungen erbringt.

Tatsächlich muss sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter in der Universitätsklinik Göteborg um eine Leitungsfunktion bewerben. Dazu wird ein ausführliches Personalgespräch geführt, in dem die Eignung und Motivation herausgearbeitet wird. Eine Managementaufgabe wird nicht einfach verschenkt. Die Person, die diese Aufgabe übernimmt, soll ihre Aufgaben sehr gut erfüllen können. Auch dies ist keine selbstverständliche Aussage. Während bei der fachlichen Auswahl neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr differenziert Kompetenzen und Erfahrungen analysiert werden, so sind doch manchmal die Hürden für die Übernahme einer Leitungsfunktion nicht sehr hoch. Also das Prinzip der Universitätsklinik Göteborg lautet Aufbau und Förderung kompetenter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Management.

Und deswegen war es auch mit einem ersten Auswahlgespräch nicht getan. Dem es gelungen ist, im Personalgespräch von seinen Führungskompetenzen zu überzeugen, wurde im nächsten Schritt zu einem intensiven Assessment zugelassen. Dieses intensive Bewertungsverfahren wurde außerhalb der Universitätsklinik durchgeführt und von externen Arbeitskräften begleitet. Wie in einem üblichen Assessmentverfahren üblich, wurden in Einzel- und Gruppensituationen spätere Führungssituationen simuliert und die tatsächlichen Potentiale der bewerbenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herausgearbeitet. Man kann sich hier gerne über die Effizienz von Assessmentverfahren unterhalten. Im Vordergrund steht hier aber, dass ein sehr hoher Aufwand für die Auswahl der geeigneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter getroffen wurde. Dies ist auch deshalb besonders wichtig, da auch noch immer in Schweden die Anteile im Studium, die auf Managementaufgaben vorbereiten, noch eher gering sind. An dieser Stelle sollte vor allem noch einmal klar werden, dass gute Führungskräfte tatsächlich gewonnen werden müssen. Und eben dieses Gewinnen bedeutet, dass es einem Krankenhaus gelingen muss, eine ausreichend große Anzahl der beschäftigten medizinischen und pflegerischen Mitarbeiter_innen von der Übernahme einer Führungsaufgabe zu überzeugen. Es muss gelingen deutlich zu machen, dass Verantwortung und höhere Gestaltungsmöglichkeiten auch mit einer höheren Arbeitszufriedenheit und individuellen Herausforderung verbunden sind. Wer sich also die besten Kräfte für das Management aussuchen möchte, muss natürlich gut dafür sorgen, dass eben genau dieses richtig verstanden wird. Dies ist Aufgabe der Geschäftsführung und aller leitenden medizinischen und pflegerischen Leitungskräfte in der Organisation.

Die Erfahrungen in Göteborg haben gezeigt, dass Assessments oder effektive Personalgespräche nicht neu erfunden werden müssen. Die Methoden sind vorhanden und erprobt. Viel wichtiger ist eine

Einstellungsänderung, ein stärkeres Bewusstsein, das Management mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu versehen, die im Sinne der Krankenhausziele mit großem Engagement leiten und führen.

Noch immer ist aber der Weg von der pflegerischen oder medizinischen Fachkraft zur Führungskraft nicht abgeschlossen. Wer es also tatsächlich einmal geschafft hat, ein intensives Personalgespräch zu führen, dort sich durchsetzen konnte und zu einem Assessment eingeladen wurde, und möglicherweise dort eine positive Bewertung erhalten hat, ist immer noch nicht ausreichend vorbereitet, nun endlich Managementaufgaben zu übernehmen. Jetzt erst beginnt für den künftigen Krankenhausmanager eine intensive berufsbegleitende Qualifizierungsphase. Da auch in Göteborg davon ausgegangen wird, dass die in der universitären Ausbildung vermittelten Kompetenzen nicht zur Übernahme von Führungsaufgaben ausreichen, wird ein Curriculum durchlaufen, das nur im letzten Schritt zur Übernahme von Managementaufgaben führt. Das besondere an dem schwedischen Konzept ist es, dass die Ausbildung bzw. Weiterbildung nicht krankenhauserintern stattfindet, sondern in einem externen Weiterbildungsinstitut, in dem nicht nur auf das Krankenhausmanagement vorbereitet wird. Auch dies eine besondere Philosophie, eine besondere Sichtweise. Es geht um das Erlernen von Managementaufgaben, es geht um das Erwerben von Führungskompetenzen, die explizit nicht nur an eine medizinische Institution gebunden sein sollen. Wer ein guter Manager werden soll, muss in der Lage sein, über den Tellerrand hinaus zu schauen. Management hat viel damit zu tun, in der Lage zu sein, alt hergebrachte Abläufe und Prozesse einmal aus einer anderen Perspektive zu sehen und immer wieder neue innovative Impulse setzen zu können. Deswegen wird in Göteborg darauf geachtet, dass die Führungskräfte durchaus aus anderen Organisationsformen oder Branchen lernen können. Gleichzeitig wird noch einmal unterstrichen, dass die Übernahme von Managementaufgaben kein Anhängsel der sonstigen medizinisch-pflegerischen Fachaufgaben ist, sondern eine zentrale Aufgabe einer modernen Organisation.

In der Universitätsklinik in Göteborg sind diese Ziele klar, im Ergebnis der gesamten Prozesskette von der Personalauswahl bis zur Weiterbildung sollen tatsächlich hoch motivierte und gut geeignete Managementpersönlichkeiten heranreifen. Wenn man auch dort sicherlich um einige Jahre und viele Erfahrungen weiter ist, ist aber dieser gesamte Ablauf noch nicht abgeschlossen. Auch dies war Teil der besonderen Kultur in den vielen Gesprächen der Fallstudie. Es wurde immer auch gefragt, wie laufen diese Prozesse in Deutschland, was wird dort unternommen, um ein gutes Management aufzubauen, was können wir noch lernen, ausprobieren und uns aneignen, um unsere Prozesse auch weiter zu optimieren. Deswegen soll noch einmal neben der Methodik darauf hingewiesen werden, dass letztlich die Entwicklung guter Leitungs- und Führungskräfte vor allen damit zusammenhängt, ob es in der Organisation Krankenhaus gelingt, einen Bewusstseinswechsel hin zu einer modernen Institution zu erreichen. Es reicht keinesfalls aus, nur gute Leute auszuwählen, es reicht nicht aus, ein gutes Assessment durchzuführen, es reicht nicht aus, eine optimale Qualifizierung anzubieten und durchzuführen. Es muss auch der Geist vorhanden sein, dass Management eine Schlüsselaufgabe ist und man muss bereit sein, auch einmal Dinge zu verändern, ohne tatsächlich gleich zu wissen, ob sie hundertprozentig ein Erfolg werden. Das Beispiel der Einführung dieses Managementauswahl-

tems kann sehr gut zeigen, dass man weiß, wo man hin will, kann zeigen, dass es viele gute Methoden und Instrumente gibt, letztlich muss man aber auch den Mut haben, tatsächlich Führungskräften auch die notwendige Verantwortung und den erforderlichen Gestaltungsspielraum im Rahmen der Organisation Krankenhaus zu geben.

Zuletzt soll noch interessanterweise darauf hingewiesen werden, dass man sich in Göteborg nicht entweder für eine medizinisch-pflegerische oder für eine Managementlaufbahn entscheiden muss, sondern immer wieder in den alten Tätigkeitsbereich zurückkehren kann. Dies ist weder ein Auf- noch ein Abstieg, sondern eine kulturell akzeptierte Option. Es ist keinesfalls ein Karriereknick, nach einer Phase der Managementtätigkeiten, wieder fachliche Aufgaben durchzuführen, sondern dies ist eine Wahlmöglichkeit zwischen den fachlichen Tätigkeiten und den Managementaufgaben zu wechseln. In der Göteborger Universitätsklinik sind diese beiden Bereiche von gleicher Bedeutung, bedingen sich gegenseitig.

ERGÄNZENDE MATERIALIEN

Führung und Management: Auswahl und Qualifizierung

Der Auswahl und Qualifizierung von Nachwuchskräften für Führungs- und Managementaufgaben kommt im Universitätsklinikum eine hohe Bedeutung zu. Dabei erfolgt die Entscheidung für Managementaufgaben nur auf Zeit. Eine Rückkehr in die Pflege oder die ärztliche Arbeit ist für alle Manager möglich.

Die Materialien aus dem Sahlgrenska Uniklinikum geben Anregungen, auch in Deutschland neue Wege bei der Steuerung von Stationen oder Bereichen im Krankenhaus zu gehen.

[Länderdossier Schweden](#)

[Präsentation Sahlgrenska Universitetssjukhuset \(englisch\)](#)

[Innovationsprozess zur Auswahl und Qualifizierung von Managern \(Textfassung\)](#)

[Präsentation: Führung und Management im Universitätsklinikum Göteborg \(Ergebnisse einer Fallstudie\)](#)

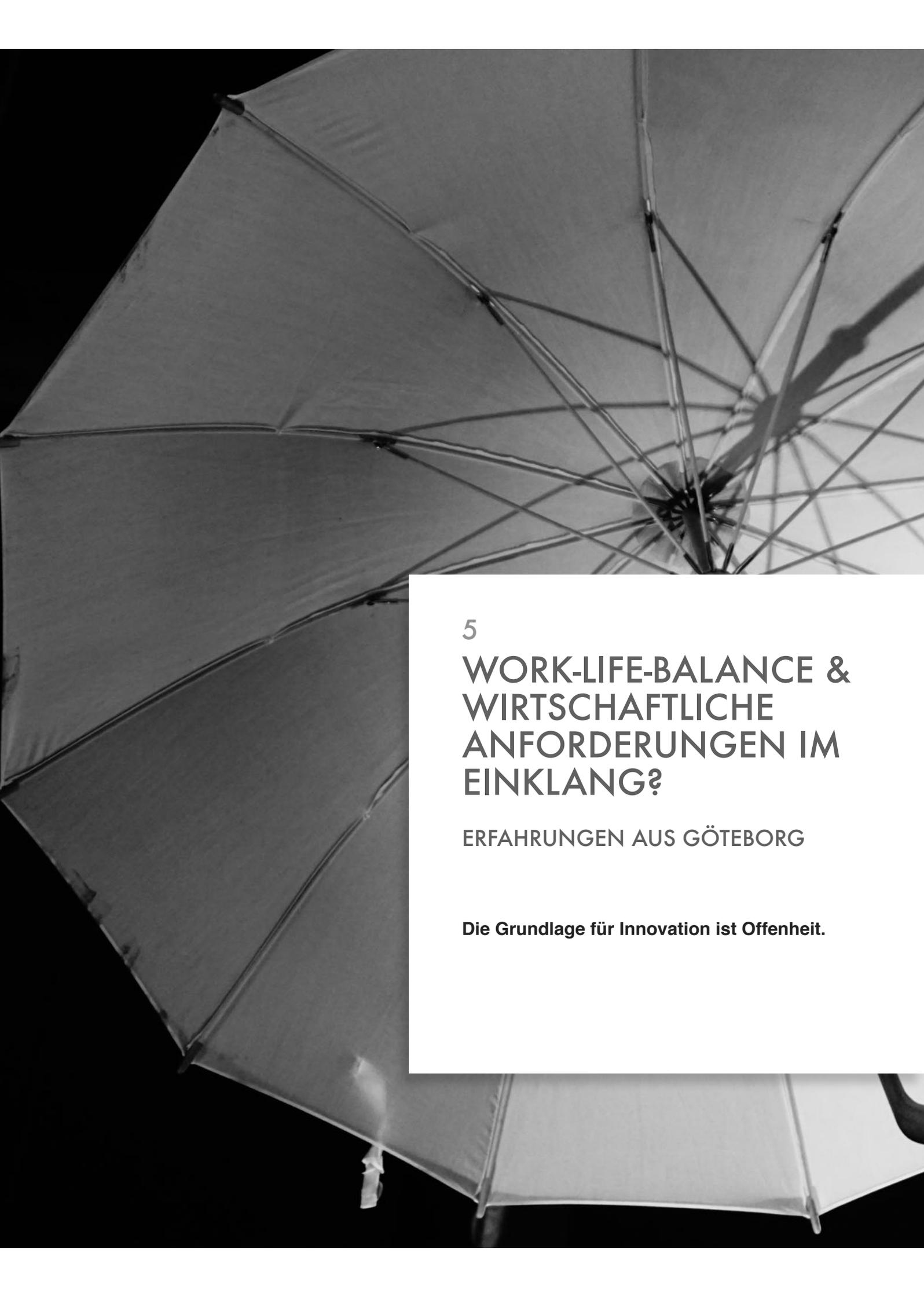
[Präsentation: Führungskräfteausbildung \(englisch\)](#)

[Video: Neue Wege der Kompetenzentwicklung – Das Projekt Work-Shifting](#)

[Video: Das Management-Programm – Orientierungshilfe für Nachwuchskräfte](#)

[Video: Kriterien zur Auswahl von Managern und Führungskräften](#)

[Video: Bessere Arbeitsorganisation durch gutes Management](#)



5

WORK-LIFE-BALANCE & WIRTSCHAFTLICHE ANFORDERUNGEN IM EINKLANG?

ERFAHRUNGEN AUS GÖTEBORG

Die Grundlage für Innovation ist Offenheit.

Bereits Mitte der 90er Jahre machte man sich im Universitätsklinikum Göteborg Gedanken, wie die Arbeitszeitplanung auf den Stationen stärker an die Bedürfnisse des Krankenhauses, aber auch an die Erwartungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angepasst werden könnte. Die Ursachen hierfür lagen zum einen in wirtschaftlichen Zwängen, da sich gezeigt hatte, dass es häufig Probleme gab, bestimmte Schichten (Wochenenden, Feiertage, Nachtdienste) zu besetzen und dass die Gewinnung neuer Pflegekräfte aufgrund der bestehenden Arbeitszeitregelungen immer schwieriger wurde.

Auf der anderen Seite gab es auch bei den Beschäftigten Unmut, da sich einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von den Dienstplanverantwortlichen ungerecht behandelt und gegenüber Kollegen/-innen benachteiligt fühlten. Dies führte zu Spannungen und in der Folge zu verminderter Arbeitsmotivation innerhalb der Teams.

Aus diesem Grund reagierte die Krankenhausleitung positiv auf den Vorschlag einiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ein neues Instrument zur Arbeitszeitplanung zu entwickeln. Ziel war es, einerseits ein flexibles Arbeitszeitmodell zu entwickeln, das die Anforderungen und Bedürfnisse des Betriebes an eine optimale Besetzung rund um die Uhr erfüllt und auf der anderen Seite den Beschäftigten Einfluss auf die individuelle und an die persönlichen Bedürfnisse angepasste Arbeitszeitgestaltung gibt. Es wurde vereinbart, ein solches Konzept modellhaft auf einer Station zu entwickeln und zu erproben.

Dieser Ansatz, Innovationen zunächst in kleinen Einheiten zu erproben und bei positiven Erfahrungen ins Unternehmen ausstrahlen zu lassen, lässt sich in Göteborg auch in anderen Kontexten beobachten. Die Verantwortlichen im Uniklinikum sind offen für neue Ideen: Impulse aus der Mitarbeiterschaft bekommen im Regelfall die Chance, im Kleinen auch umgesetzt zu werden. Stellt man fest, dass eine Idee zu positiven Veränderungen führt, wird das Konzept auch auf andere Arbeitsbereiche übertragen.

Ein solches Vorgehen bietet aus Sicht unserer Gesprächspartner in Göteborg zwei wesentliche Vorteile:

1. Die Beschäftigten werden motiviert, ihre Arbeitsprozesse und die Arbeitsumgebung kritisch zu betrachten und Verbesserungsvorschläge bewusst zu äußern. Sie bekommen das Gefühl, ihr Arbeitsumfeld aktiv mitgestalten zu können, was zu einer erhöhten Identifikation mit dem Arbeitsplatz und damit einhergehend zu einer hohen Arbeitsmotivation führt. Ein weiterer Vorteil für den Arbeitgeber: Das vorhandene Innovationspotenzial innerhalb der Belegschaft kann konsequent genutzt werden. Das Unternehmen bekommt so die Chance, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln.
2. Da Veränderungsprozesse im Regelfall zunächst auf einzelnen Stationen oder in überschaubaren Arbeitsbereichen entwickelt und erprobt werden, halten sich die Investitionskosten in Grenzen. Es ist unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verkraften, dass einzelne Ideen sich als nicht praktikabel erweisen. Auf diese Weise hat das Krankenhaus Göteborg die Chance, viele Dinge auszu-

probieren und kann dann die Konzepte unternehmensweit etablieren, die sich als besonders positiv erwiesen haben. Die Erprobung in kleinen Einheiten hat darüber hinaus den Vorteil, dass Bedenkenträgern innerhalb des Unternehmens offensiv begegnet werden kann: „Es gibt Beispiele, wo neue Ideen erfolgreich realisiert wurden. Und: Was in einem Arbeitsbereich funktioniert, kann auch im Großen klappen.“

Wie wurde die Entwicklung und Implementierung einer neuen Arbeitszeitplanung konkret vorangetrieben?

Zunächst wurden für eine Modellstation von einer kleinen interdisziplinären Arbeitsgruppe die wichtigsten Rahmenbedingungen definiert. Neben dem Stationspersonal, dem Stationsmanagement und der Vertreter_innen der Klinikleitung waren auch Gewerkschaftsvertreter_innen von Beginn an eingebunden. Dieser partizipative Ansatz hatte den Vorteil, dass gewerkschaftliche Forderungen und die Interessen der Belegschaft direkt im Entstehungsprozess in das neue Konzept einfließen konnten und somit eine breite Akzeptanz für die neuen Ideen geschaffen werden konnte.

Die in der Arbeitsgruppe entwickelten Ideen wurden dann an alle betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommuniziert. Das waren Vorgaben, Gesetze und Richtlinien, die sich aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen, aufgrund von Vereinbarungen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften bzw. aus den Erfordernissen des Klinikbetriebes (z.B. Mindestbesetzungen und -qualifikationen in den verschiedenen Schichten) ergaben.

„Wir sind stolz auf unser Modell“ – dieser Satz ist uns im Klinikum Göteborg immer wieder begegnet, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von innovativen Ansätzen in ihrem Krankenhaus berichtet haben. Zwar mag die Entwicklungsarbeit durch die Einbindung unterschiedlicher Akteure auf den ersten Blick wesentlich aufwändiger sein als Konzeptentwicklungen durch eingespielte Projektgruppen; für den Implementierungsprozess bietet diese Herangehensweise aber enorme Vorteile.

Dies zeigen auch die Erfahrungen im geschilderten Projekt: Man begann in der Erprobungsphase damit, die individuellen Dienstplanvorschläge aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sammeln und zu einem „langen Schal“ zusammenzustellen, welcher im Personalraum ausgehängt wurde. Anschließend begann eine Justierungsphase, in der alle Beschäftigten eigenständig (durch Absprache untereinander) noch offene oder überbesetzte Schichten „korrigieren“ sollten. Dies dauerte sehr lange und es kam zu Problemen, da einige Beschäftigte nicht bereit waren, von ihren „Wünschen“ abzuweichen; es teilweise bei familiären Verantwortungen auch nicht konnten.

Veränderungsprozesse benötigen Zeit

Dass solche Anfangsschwierigkeiten auftreten würden, war den Verantwortlichen durchaus bewusst. So wurden für die am Projekt beteiligten Akteure entsprechend zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt. Die Erstellung des eigenverantwortlich erstellten Dienstplans kam nicht zusätzlich zu den normalen Arbeiten hinzu, sondern die Beschäftigten bekamen für die Dienstplangestaltung zusätzliche

Zeit zur Verfügung gestellt, so dass die allgemeine Arbeit auf der Station unter dem Projekt nicht leiden musste. Das führte dazu, dass die Einführung des Arbeitszeitmodells von den Beschäftigten als Chance und nicht als zusätzliche Belastung empfunden wurde. Sie begegneten dem Ansatz von Anfang an positiv und erkannten nicht nur die Vorteile für den Arbeitgeber sondern auch die Vorteile, die die neue Dienstplangestaltung für jede_n Beschäftigte_n bot.

Die Verankerung des neuen Dienstplanmodells gelang in Göteborg allerdings nicht von heute auf morgen. Etwa 6 Monate wurden zur Schaffung von Akzeptanz und Routine auf den Stationen benötigt. Anfangs war der Zeitaufwand für das Eintragen der Wunscharbeitszeiten bei den Beschäftigten groß, mit der Zeit und der damit verbundenen Erfahrung verkürzte er sich aber. Der Zeitaufwand für das Management bzw. die Dienstplanverantwortlichen beträgt etwa 5 Stunden pro Woche.

Solche positiven Verläufe von Innovationsprozessen lassen sich in vielen anderen Unternehmen leider häufig nicht beobachten. Vielmehr kommen neue Projekte oft zu den bestehenden Aufgaben hinzu und sollen in der gleichen Arbeitszeit von den gleichen Personen zusätzlich erledigt werden. Das führt in der Praxis dann häufig dazu, dass neue Ideen und damit verbundene Veränderungen von den Beschäftigten generell negativ beurteilt werden, da sie vielfach zu zusätzlicher Arbeitsbelastung statt zu Entlastung führen.

Auch fehlt oftmals die Geduld der Verantwortlichen, die Wirkung von Innovationen abzuwarten. Lassen sich nicht innerhalb von wenigen Monaten entsprechende positive Veränderungen beobachten, wird der Prozess gestoppt; andere Dinge werden ausgetestet. Veränderungsprozesse benötigen aber Zeit. Oft lassen sich Wirkungen erst nach 2 oder 3 Jahren beobachten. Das gilt gerade für Abläufe, die auf einer langjährigen Tradition beruhen und sich in der Unternehmenskultur etabliert haben.

Die Schaffung von Kompetenzen und Transparenz bilden die Grundlage erfolgreicher Innovationen

Auch im Universitätsklinikum Göteborg traten in der Umsetzungsphase selbstverständlich Probleme auf. So zeigte sich beim Planungsprozess, dass einem Teil des Personals die Bedeutung angemessener täglicher und wöchentlicher Ruhezeiten unbekannt war und es einigen Beschäftigten schwer fiel, eine gute Balance zwischen Arbeitszeit und Freizeit zu finden. Während der Implementierung wurde ebenfalls deutlich, dass die Beschäftigten im ersten Jahr viele Informationen benötigen und bei der Planungsarbeit begleitet werden müssen. Hier wurden auf der Modellstation entsprechende Schulungs- und Coachingangebote durch das Management auf Stationsebene entwickelt und bereitgestellt.

Ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor im Universitätsklinikum Göteborg liegt darin begründet, dass die vereinbarten Regelungen für alle transparent sind und von allen getragen werden. So wurde vereinbart, dass jede_r Beschäftigte ein Recht auf Work-Life-Balance hat. Nicht nur familiäre Verpflichtungen haben Einfluss darauf, wann die Beschäftigten arbeiten wollen sondern auch der persönliche Lebensrhythmus, Weiterbildungsaktivitäten oder Hobbies. Alle diese persönlichen Rahmenbedingun-

gen haben in der Dienstplangestaltung im Uniklinikum Göteborg den gleichen Stellenwert. Wichtig ist dabei, dass diese Regelungen und Rahmenbedingungen allen Beteiligten bekannt sind und dass sie klar und deutlich kommuniziert werden.

In Göteborg wurden die entsprechenden Rahmenbedingungen schriftlich fixiert und sind für alle Beschäftigten einsehbar. Jede_r neue Mitarbeiter_in auf einer Station wird in die bestehenden Regelungen eingeführt. So gibt es beispielsweise für Dienste an Weihnachten, Silvester, Mittsommer und Ostern ein festes Rotationssystem, das für alle Mitarbeiter_innen gleichermaßen gilt, d.h. man kann z.B. nicht jedes Jahr an Weihnachten frei nehmen, weiß aber im voraus, wann man in den kommenden Jahren arbeiten muss und wann man frei hat. Darüber hinaus gibt es z.B. feste Vorgaben, wie viele Wochenenddienste die Beschäftigten mit einem bestimmten Stellenanteil abdecken müssen. Auch bei Einsparungen im Krankheitsfall wird nachgehalten, wer wie oft eingespart ist, um hier eine möglichst gleichmäßige Verteilung zwischen allen Teammitgliedern zu erreichen.

Die individuelle Dienstplangestaltung in Göteborg hat bei den Beschäftigten zu mehr Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen geführt. Alle Beschäftigten verstehen sich als Teil eines Teams, das nur gemeinsam dafür sorgen kann, dass die Station funktioniert. Das bedeutet auch, dass jede_r gleichermaßen gefordert ist, im Krankheitsfall Vertretungsaufgaben zu übernehmen. Auf der anderen Seite sind die Arbeitszeiten stärker auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Beschäftigten abgestimmt. Das System beruht also auf einem gegenseitigen Geben und Nehmen.

Ein weiterer positiver Nebeneffekt auf die Stimmung im Team: Die Transparenz des Systems führt dazu, dass Führungsentscheidungen akzeptiert werden. Nachträglichen Diskussionen darüber, ob ein Dienstplan vom Dienstplanverantwortlichen gerecht oder ungerecht geschrieben wurde, gibt es im Uniklinikum Göteborg nicht. Ungünstige Arbeitszeiten und Vertretungsaufgaben werden transparent, für alle einsehbar und möglichst gerecht (entsprechend der von den Beschäftigten vereinbarten Rahmenbedingungen) verteilt. Missstimmungen innerhalb des Teams konnten so reduziert werden.

Das Fazit unserer Interviewpartner aus Göteborg: „Familiäre Anforderungen und die eigenen Freizeitaktivitäten beeinflussen die Zeiten, an denen man arbeiten will. Andere Einflussfaktoren sind die eigene Gesundheit, sich den Zeitplan so zu legen, wie er einem gut tut. Dies wird durch das neue Arbeitszeitkonzept unterstützt. Die Wahlfreiheit hinsichtlich der Arbeitszeiten hat zu einer gesteigerten Arbeitsmotivation geführt. Dem Personal geht es besser, was auch den Patienten zugute kommt.“

Gute Ideen werden Good Practice fürs ganze Krankenhaus – die Individualität bleibt dabei aber nicht auf der Strecke

Die positiven Erfahrungen der Modellstation wurden im Rahmen von Managementsitzungen auch an andere Stationen und die Krankenhausleitung kommuniziert. Es wurde vereinbart, das Modell der transparenten und mitarbeiterorientierten Dienstplangestaltung auch auf andere Stationen auszuweiten.

Hierzu wurden krankenhaushausweite Regelungen festgelegt, welche schriftlich fixiert vorliegen und Grundregeln für alle Stationen darstellen. Jede Station kann allerdings individuell entscheiden ob und in welcher Art sie die individuelle Dienstplanung einführt. Die individuelle Arbeitszeitplanung ist ein Angebot an alle Stationen, das eingesetzt werden kann, aber nicht muss. Voraussetzung für die Einführung des Modells auf einer Station ist, dass mindestens 90% der Belegschaft damit einverstanden sind.

Darüber hinaus können die Teams das Konzept innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen an ihre Bedürfnisse anpassen: Möglich ist beispielsweise die Verwendung einer speziellen Software (Anwendung z.B. auf der Intensivstation), welche die gesetzlichen und mit den Gewerkschaften vereinbarten Regelungen berücksichtigt und gegebenenfalls warnt. Aber auch das klassische Whiteboard (Anwendung z.B. auf der Urologie) oder das schriftliche Einreichen der „Wünsche“ bei den Verwaltungsmitarbeiter_innen der Station ist möglich.

Der Ausgleich von Überstunden ist auf den Stationen ebenfalls individuell geregelt. Während auf einigen Stationen ausschließlich ein Ausgleich durch Freizeit möglich ist, vergüten andere Stationen die angesammelten Plusstunden.

So wird ein guter Ansatz auf der einen Seite auf das ganze Krankenhaus „ausgerollt“, auf der anderen Seite lässt man den Beschäftigten genügend Raum ihre individuellen Besonderheiten in das Konzept einzuflechten. Auch diese Herangehensweise führt wieder dazu, dass alle Beteiligten das Konzept mittragen, es als persönlichen Vorteil empfinden und das Gefühl haben, ihre Arbeitswelt aktiv mitgestalten zu können. Das führt neben einer höheren Identifikation mit dem Arbeitsplatz und dem Arbeitgeber zu mehr Eigenverantwortung und animiert den/die Einzelne_n, mitzudenken und Verbesserungsvorschläge aktiv ins Unternehmen einzubringen.

Die Erfahrungen in Göteborg machen deutlich, dass Work-Life-Balance und die wirtschaftlichen Erfordernisse eines Krankenhauses nicht im Gegensatz zueinander stehen müssen, sondern dass gut durchdachte und in partizipativen Prozessen entwickelte Lösungsansätze innerhalb vorgegebener Rahmenbedingungen den Interessen des Unternehmens und denen der Beschäftigten gleichermaßen zugute kommen können.

ERGÄNZENDE MATERIALIEN

Individuelle Arbeitszeiten

Das Universitätsklinikum Göteborg hat auf allen Stationen ein Modell zur eigenverantwortlichen Erstellung von tragfähigen und mitarbeiterorientierten Arbeitszeitplänen für alle Pflegekräfte implementiert.

Die Materialien und Statements von Beschäftigten unterschiedlicher Berufsgruppen können Impulse für die Umsetzung eines Arbeitszeitmodells zur Stärkung der Work-Life-Balance bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in deutschen Krankenhäusern liefern.

[Länderdossier Schweden](#)

[Präsentation Sahlgrenska Universitetssjukhuset \(englisch\)](#)

[Innovationsprozess zur Entwicklung verlässlicher Arbeitszeiten \(Textfassung\)](#)

[Präsentation: Verlässliche Arbeitszeitplanung im Universitätsklinikum Göteborg \(Ergebnisse einer Fallstudie\)](#)

[Präsentation: Arbeitszeitplanung Urologie \(englisch\)](#)

[Rahmenabkommen zur individuellen Dienstplangestaltung mit der Kommunalverwaltung \(deutsche Übersetzung\)](#)

[Rahmenabkommen zur individuellen Dienstplangestaltung mit der Arbeitnehmervertretung \(deutsche Übersetzung\)](#)

[Video: Motivation durch individuelle Dienstplangestaltung](#)

[Video: Das erweiterte Arbeitszeitmodell mit Punktesystem auf der Intensivstation](#)

[Video: Personalbedarfsplanung – Steuerung von Veränderungsprozessen durch eine interne Projektgruppe](#)

[Video: Veränderungsmanagement durch professionsübergreifende Planungsprozesse](#)

A photograph of a modern building interior, likely a hospital corridor. A bright yellow handrail runs diagonally across the frame. The walls are dark, and there are large windows with black frames. The lighting is dramatic, with strong shadows and highlights.

6

UMSETZUNG INNOVATIVER IMPULSE

ERFAHRUNGEN AUS DEM
KRANKENHAUS SOEST

Dialog ermöglicht andere Sichtweisen einzunehmen und die eigene zu hinterfragen.

Die Grundidee des Projektes MedLife ist eigentlich sehr einfach. Im Rahmen systematischer Fallstudien wurde geschaut, welche Ideen und innovativen Ansätze für deutsche Krankenhäuser interessant sein könnten. Es wurden zahlreiche Materialien gesammelt, Interviews geführt und Handlungsleitfäden entwickelt, die nun im Partnerkrankenhaus in Soest umgesetzt werden sollten. Was zunächst so einfach und überzeugend klingt, stellt sich aber bereits beim ersten Umsetzungsschritt als deutlich schwieriger als erwartet heraus. An welcher Stelle eine Organisation muss das Wissen über innovative Herangehensweisen eigentlich gelangen, um auf Akzeptanz zu stoßen und tatsächlich Veränderungen anzuregen. Diese grundlegende Frage wurde zunächst mit der Geschäftsleitung des Krankenhauses in Soest diskutiert. Gemeinsam musste zunächst eine Strategie erarbeitet werden, wie in diesem konkreten Krankenhaus eine Bereitschaft aufgebaut werden konnte, Anregungen aus anderen europäischen Krankenhäusern aufzunehmen. Interessant war festzustellen, dass die bestehenden Arbeits- und Besprechungsgruppen der Organisation nicht geeignet erschienen, innovative Impulse weiter zu geben. Es schien ein Merkmal des Krankenhauses zu sein, dass es zwar verschiedene Gremien- und Entscheidungsebenen für die Steuerung der aktuellen Situation des Krankenhauses hatte, aber eher keine Besprechungskultur, die auf die Weiterentwicklung der gesamten Organisation ausgerichtet war. Vielleicht ist dies ein Merkmal jeder Organisation, besonders von Krankenhäusern. Wer es ermöglichen möchte, dass kontinuierlich Innovationsimpulse entwickelt und umgesetzt werden, der benötigt auch eine Kommunikationskultur, die genau dies systematisch zulässt. Es wurde bereits an verschiedenen Stellen in diesem Bericht erwähnt, dass ein entscheidendes Merkmal der Innovationskultur der europäischen Krankenhäuser vor allem die Offenheit und Neugierde war, Anregungen für die eigene Arbeit zu erhalten. Und natürlich muss auch hier gleich darauf hingewiesen werden, eine solche Kultur der Innovation benötigt auch Zeit. Sich systematisch austauschen, Vorgehensweisen zu entwickeln und letztlich Neues auszuprobieren, benötigt ohne Einschränkung die Investition von der Ressource Zeit. Aber es darf natürlich nicht vergessen werden, dass Innovationen dazu dienen, Arbeitsprozesse, Kooperation zwischen Mitarbeiter_innen, Work-Life-Balance und Arbeitszufriedenheit zu verbessern und damit natürlich wieder Ressourcen einzusparen.

Im Klinikum Soest wurde daher eher zunächst ein offener Zugang gewählt. Es wurde eine Veranstaltungsreihe durchgeführt, die den Leitungs- und Führungskräften verschiedener Bereiche offen stand. Es war eine freiwillige Veranstaltung, die drauf setzte, dass es im Hause ausreichend Problembereiche und Bedarfe gab, für die nach Lösungen gesucht wurde. Auf diesen ersten Veranstaltungen trafen sich verschiedene Hierarchieebenen und Professionen. Es wurden die Innovationsimpulse aus Göteborg, Zwolle und Wissembourg vorgestellt und natürlich diskutiert. Es sollte vor allem vermittelt werden, dass Abläufe und Arbeitsprozesse auch anders als gewohnt organisiert sein können. Wenn etwas in zum Beispiel Göteborg möglich ist, dann sollte dies prinzipiell auch in anderen Krankenhäusern anwendbar sein. Dabei war nicht die Idee im Vordergrund, einfach die Konzepte zu kopieren und nachzuahmen, sondern vielmehr einen Perspektivwechsel einzuleiten, der eine andere Bewertung der eigenen Erfahrungen ermöglichen sollte.

Rückblickend kann man durchaus sagen, dass diese erste Phase die schwierigste im Transfer von innovativen Ansätzen war. Jede_r, der solche Prozesse schon einmal begleitet hat weiß, dass es nicht die rationalen Argumente sind, die gegen eine Veränderung sprechen, sondern eher Befürchtungen und Verunsicherungen. Wenn auch das Althergebrachte nicht so gut funktioniert, dann gibt es doch keine wirklichen Überraschungen mehr. Und wer etwas Neues initiieren möchte, muss nicht selten auch etwas abgeben. Die Begriffe Vertrauen und Offenheit waren sicherlich für diese Phase des Implementierungsprozesses die zentralen Begriffe. Und wie immer in solchen Abläufen musste Vertrauen zu den vorgeschlagenen Ideen und zu den Mitarbeiter_innen des MedLife-Teams aufgebaut werden.

Die Vorgangsweise ermöglichte es, dass nicht jede_r Teilnehmer_in dieser Veranstaltung von den positiven Effekten der Vorschläge überzeugt werden musste. Die Idee war vielmehr, einzelne Abteilungen zu finden, die eine gute Balance aus Handlungsdruck und Motivation mitbrachten. Genau dies war der nächste Schritt der Implementierung im Klinikum Soest. Die Leitung einer wichtigen Abteilung des Krankenhauses kam auf das MedLife-Team zu und zeigte, dass genau die Form von Führung und Management, wie dies in Göteborg vorgelegt wurde, für sie sehr interessant wäre. Aus dem offenen, informativen Angebot der Veranstaltungsreihe war nun ein konkreter Auftrag geworden. Es gab nun ein konkretes Interesse eines Funktionsbereiches des Klinikums Soest und des Managements dieses Bereiches, das für eine Umsetzungsphase bereit war.

Man kann eigentlich sagen, dass ab diesem Schritt die klassischen Methoden der Organisationsentwicklung ansetzen konnten. Es wurde eine Steuerungsgruppe installiert, die von der Geschäftsführung autorisiert war, eine Verbesserung der Managementprozesse zu erreichen und dabei die Erfahrungen aus dem Projekt MedLife zu nutzen. Auch wenn nun klassische Organisationsentwicklung betrieben werden konnte, dann gab es doch einen entscheidenden Unterschied, der hier noch einmal hervorgehoben werden soll. Der Implementierungsprozess in dieser Abteilung sollte exemplarischen Charakter für das ganze Haus haben. Es sollte so etwas wie eine Laborsituation entstehen, in der man neue Abläufe entwickeln, ausprobieren und schließlich bewerten kann. Es sollte nicht einfach etwas Neues implementiert werden, sondern vielmehr eigene konkrete Erfahrungen ermöglicht werden. Auch dies war etwas, was das Projekt MedLife in den verschiedenen europäischen Partnerkrankenhäusern erfahren hatte. Man muss einer Organisation die Möglichkeit geben, etwas ausprobieren zu können. Und wenn dann Korrekturen oder Anpassungen notwendig sind, ist dies nicht ein Scheitern der innovativen Idee. Weil nur wer sich Raum für solche Erfahrungen gibt, kann tatsächlich etwas angemessen bewerten. Im Klinikum Soest wurden nicht einfach die Ansätze und Methoden übernommen. Es wurde vielmehr ein systematischer und konstruktiver Erfahrungsraum aufgebaut, der es ermöglichte, die europäischen Erfahrungen an die eigenen Bedürfnisse anzupassen.

Im nächsten Schritt der Implementierung sollten nun alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung von dem Projekt informiert werden. Was nun vor allem anders war, dass dies nicht mehr vor den externen Beratern des MedLife-Teams allein durchgeführt werden musste, sondern dass nun die

Steuerungsgruppe der Abteilung selbst diese Informationsveranstaltungen leiten konnte. Die externen Impulsanregungen des MedLife-Teams sind in dieser Phase zu Zielsetzungen der Krankenhausabteilung geworden. Von Anfang an war auch klar, dass hier nicht eine Steuerungsgruppe alleine neue Abläufe und Prozesse entwickeln sollte, sondern dass in einem partizipativen Austausch aller Beschäftigten geeignete Strategien erarbeitet werden sollten. Wichtig war in dieser Phase auch, dass von vielen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen signalisiert wurde, dass es ein sehr großes Bedürfnis an einer modernen Führungsstrategie geben würde. Wie immer in solchen Phasen herrschte natürlich auch Skepsis vor, ob denn tatsächlich auch Ergebnisse langfristig erreicht würden und echte nachvollziehbare Veränderungen entstehen könnten. Aber dies ist letztlich Begleitmusik jeder Veränderungsarbeit, die immer auch nachweisen muss, dass es nicht um kurzfristigen Aktivismus geht, sondern vielmehr um einen langfristigen und fundierten Wandel. Man muss sich übrigens nochmal klar machen, dass allein eine systematische Informationsphase in einem Krankenhaus mit 3-Schicht-Betrieb keine einfache Angelegenheit ist. Es können nicht einfach Betriebsversammlungen für alle Mitarbeiter_innen gleichzeitig angeboten werden. Vielmehr müssen zu verschiedenen Zeiten und Gelegenheiten kleinere Workshops realisiert werden, die es jeder/jedem Beschäftigten ermöglichen, daran tatsächlich auch teilnehmen zu können.

Im nächsten Schritt sollten nun tatsächlich mit möglichst vielen Mitarbeiter_innen in Workshops die Bedarfe dieser Abteilung realisiert werden und Lösungsansätze entwickelt werden. Auch in dieser Phase des Projektes wurde auf Eigenmotivation Wert gelegt. Die Teilnahme an den Workshops war freiwillig. Es wurden mehrere Zeiten angegeben, an denen sich die Beschäftigten der Abteilung anmelden konnten. Es war schließlich fast die Hälfte aller Beschäftigten, die sich in den Workshops an der Entwicklung ihrer Abteilung beteiligten und MedLife wirklich zu einem partizipativen Prozess machten. Der Ablauf der Workshops soll hier nur kurz skizziert werden, da es sich um ein klassisches partizipatives Instrument der Organisationsentwicklung handelt. In der ersten Phase wurden von den Teilnehmer_innen die aus ihrer Sicht wichtigen konkreten Probleme im Bereich von Führung und Management gesammelt. Alle diese Themenbereiche wurden auf Kärtchen aufgeschrieben und auf einer großen Metaplan-Wand dargestellt. Dies ist ein gutes Analyseinstrument, um in kurzer Zeit die zentralen Schwierigkeiten eines Bereiches sichtbar zu machen. Die vielen genannten Probleme wurden zu Oberthemen zusammengeführt und dann entschieden, bei welchen dieser Problembereiche der größte Handlungsdruck besteht. Dann wurde von den Beschäftigten zu diesen ausgewählten Oberthemen ein konkreter Lösungsplan entwickelt. Wichtig war dabei immer klar zu machen, dass es hier um einen Vorschlag geht, der erst noch in einer folgenden Sitzung mit der Geschäftsführung verabschiedet werden muss. Nach der Durchführung dieser Mitarbeiter-Workshops lag ein umfassender Vorschlagsplan zur Verbesserung der Führungs- und Managementsituation auf der Abteilung vor. Alle Ideen waren ziemlich konkret beschrieben und konnten im folgenden Schritt entscheidungsreif an die entsprechende Hierarchieebene herangetragen werden.

Mit der Entwicklung dieser ganz konkreten Umsetzungspläne, die sowohl die Erfahrung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf der einen Seite, als auch die Erfahrung der europäischen Krankenhäuser

berücksichtigen, war der Implementierungsprozess innovativer Ideen ein ordentlicher Schritt weiter gekommen. Jetzt ging es nicht nur mehr um Ideen, sondern um konkrete Entscheidungen über die Einführung der in diesem Workshop entwickelten Vorschläge.

Im folgenden Schritt ging es nun um Entscheidungen. Welche der von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen entwickelten Maßnahmen wirklich umgesetzt werden sollten und konnten, musste von der jeweiligen Hierarchieebene eindeutig entschieden werden. Dabei war es auch wichtig zu lernen, mit Entscheidungsprozessen umzugehen. Wer eine Idee hat, muss nicht automatisch damit rechnen, dass diese Idee auch umgesetzt werden kann. Er oder sie hat aber das Recht auf eine entsprechende Begründung oder Erklärung. Genau dies war für den folgenden Schritt von großer Bedeutung. Vertreter_innen der Workshops haben sich daher mit der jeweiligen Leitung zusammengesetzt, noch einmal bei Bedarf die Vorschläge kommentiert und die Entwicklung der Ideen begründet. Das Ergebnis dieses Prozesses waren klare Entscheidungen, die dann im folgenden Implementierungsschritt umgesetzt werden konnten.

Die innovativen Impulse aus dem Projekt MedLife waren nun auf der konkreten Ebene der Abteilung angekommen. Aus den Impulsen wurden konkrete Handlungspläne. Am Ende des Implementierungsprozesses stand auch der Abteilung Management Modell, das nun auf die gesamte Organisation ausstrahlen sollte. Ein solcher Prozess ist natürlich nie wirklich abgeschlossen. Vielmehr entsteht ein kontinuierlicher Prozess, in dem nun die Führungskräfte ausreichend Ressourcen erhalten haben, auf neue Probleme zu reagieren und für neue Bedarfe auch Ideen zu entwickeln. Auch dies haben die Erfahrungen aus den europäischen Partnerkrankenhäusern gezeigt, Management kann niemals ein starres Konzept sein, sondern ist eine permanente Führungsaufgabe, die die Ressource Zeit benötigt, um schließlich wieder an vielen Stellen Zeiten einzusparen.

ERGÄNZENDE MATERIALIEN

Das Klinikum der Stadt Soest hat sich im Rahmen des Projektes intensiv damit auseinandergesetzt, wie Veränderungen in deutschen Krankenhäusern implementiert werden können. Dazu gehörte auch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Aufbau und der Arbeitsweise der unterschiedlichen Arbeitsbereiche des Krankenhauses. Funktionieren die einzelnen Stationen als konkurrierende Marktstände oder sehen sich alle Stationen als Teil eines großen Unternehmens, die an den gleichen Zielen und auf Grundlage gleicher Werte arbeiten?

Entsprechende Arbeitshilfen für andere Krankenhäuser stehen hier zum Download bereit.

[Präsentation: Organisation von Krankenhäusern: Marktplatz oder ein Unternehmen?](#)

[Arbeitsmaterial: Ablaufplan für Workshops zur Schnittstellenverbesserung](#)



7

KLEINE VERÄNDERUNGEN – GROßE WIRKUNG

VERLÄSSLICHE DIENSTPLANGESTALTUNG IM EVANGELISCHEN KRANKENHAUS UNNA

Etwas Neues umzusetzen erzeugt immer Unsicherheiten, die nur durch Vertrauen in die Zielsetzung kompensiert werden können.

In der Pflege bedeuten nicht planbare Arbeits- und Frei-Zeiten, z.B. durch spontanes Einspringen für erkrankte Kolleginnen oder Kollegen, eine hohe Belastung für die Beschäftigten. Dies war auch im Evangelischen Krankenhaus in Unna der Fall.

Gemeinsam mit der Krankenhausleitung und der Mitarbeitervertretung wurde daher in einem ersten Gespräch überlegt, inwieweit das Göteborger Modell einer individualisierten Dienstplangestaltung auch für das Krankenhaus in Unna zum Tragen kommen könnte. Die Ansätze aus Göteborg gefielen den Vertreter_innen aus dem EK Unna prinzipiell gut. Man war sich aber auch sofort einig, dass man das Göteborger Modell nicht 1:1 übertragen wollte, sondern auf Basis der Impulse aus Schweden gemeinsam mit den Beschäftigten eine individuelle Lösung für das Krankenhaus in Unna entwickeln wollte.

Zunächst ging es darum, eine geeignete Modell-Station auszuwählen. Die Wahl fiel auf eine Station, auf der zum Zeitpunkt des Erstgespräches eine hohe Unzufriedenheit mit der aktuellen Dienstplangestaltung herrschte. Es gab die Hoffnung, durch das Projekt hier Lösungen zu entwickeln und für einen Stimmungsumschwung zu sorgen. Die Konflikte innerhalb des Teams hatten sich verfestigt. Sie mussten durch einen Impuls von außen aufgebrochen werden. Diese Chance konnte das Projekt MedLife mit dem partizipativen Ansatz einer veränderten Dienstplangestaltung bieten.

Darüber hinaus war die Station durch einen hohen Krankenstand und daraus resultierend durch häufiges Einspringen der Pflegekräfte gekennzeichnet. Als klar war, welche Station im Rahmen des Projektes eingebunden werden sollte, wurden folgende Fragen diskutiert:

- Welche Probleme gibt es bei der Dienstplangestaltung auf der Modellstation aktuell?
- Welche Ziele verfolgen wir als Krankenhaus mit einer modifizierten Dienstplangestaltung?
- Welche Rahmenbedingungen sind von außen vorgegeben?

Die Diskussion zeigte, dass viele Beschäftigte die Dienstplangestaltung als ungerecht empfinden. Darüber hinaus führt häufiges kurzfristiges Einspringen zu einer psychischen Belastung und Unmut bei den betroffenen Pflegekräften.

Unternehmensleitung und Mitarbeitervertretung vereinbarten in der Diskussion daher folgende Zielsetzungen:

- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Bedürfnisorientiertere Einsatzplanung
- Mehr Planungssicherheit für die Mitarbeiter_innen
- Weniger kurzfristige Ausfälle

- Reduzierung der Krankheitsquoten (durch Reduktion von Überlastung und Unzufriedenheit)
- Weniger Einspringen
- Reduzierung von Überstunden

Den Rahmen für die weiteren Planungen sollten neben dem geltenden Arbeitsrecht insbesondere die Dienstvereinbarung des EK Unna sowie geltende Rahmenbedingungen für Evangelische Krankenhäuser bilden.

Einbindung der Betroffenen von Anfang an

Im nächsten Schritt wurden dann die Stationsleitung (bisher allein verantwortlich für die Dienstplanung) sowie das komplette Pflorgeteam der Modellstation über das geplante Projekt informiert. Aus der Runde der Beschäftigten wurde ein Projektteam zusammengestellt, welches sich im Weiteren mit der konkreten Entwicklung einer modifizierten Dienstplangestaltung beschäftigen sollte. Diesem Team gehörten neben der Stationsleitung, der Pflegedienstleitung und der Mitarbeitervertretung zwei examinierte Pflegekräfte sowie zwei Pflegehelfer_innen an, um alle relevanten Berufsgruppen einzubinden. Außerdem waren in der Projektgruppe sowohl Vollzeit- wie auch Teilzeitkräfte vertreten, um die unterschiedlichen Bedürfnisse beider Gruppen bezüglich einer Work-Life-Balance bei allen Planungen berücksichtigen zu können.

Die Mitglieder dieser Projektgruppe hatten im weiteren Verlauf alle das gleiche Stimmrecht. Es ging in dem partizipativ angelegten Prozess nicht darum, dass die Mitarbeiter_innen Vorschläge entwickeln und diese dann von der Stations- und Pflegedienstleitung abgesegnet werden können – oder auch nicht –, sondern die Aufgabe der Projektgruppe war es, gemeinsam ein Konzept zu erarbeiten und dieses dann auch zu verabschieden.

Wichtig: Die Mitglieder der Projektgruppe bekamen für die Projektarbeit entsprechende zeitliche Ressourcen für Projektsitzungen und sonstige Planungsarbeiten zur Verfügung gestellt.

Vereinbarung eines realistischen Zeitplans

Um den weiteren Ablauf möglichst strukturiert und planbar zu gestalten, wurde in der ersten Projektgruppensitzung ein verbindlicher Zeitplan für die Planungsphase verabschiedet. Es wurde ein regelmäßiger, 14-tägiger Rhythmus für die Projekttreffen vereinbart. Die Treffen sollten auch dann durchgeführt, wenn an einzelnen Terminen das eine oder andere Projektgruppenmitglied verhindert sein sollte. Es galt dabei die Regelung, dass die Dienstplanung einer Teilnahme am Projektgruppentreffen nicht entgegenstehen durfte. Darüber hinaus wurden in der ersten Projektgruppensitzung die Ziele der Krankenhausleitung und der Mitarbeitervertretung mit den Zielen der Stationsmitarbeiter_innen abgeglichen. In dieser Diskussion ergab sich als zusätzliches Ziel eine bessere Teambildung und die Suche einer Lösung zur Einbindung „unbeliebter Mitarbeiter_innen“. Damit verbunden war das Ziel der Pflegekräfte, wieder gerne zur Arbeit zu gehen. Darüber hinaus stand der Wunsch nach mehr Tran-

sparenz (z.B. durch Quoten fürs Einspringen oder die Übernahme unbeliebter Schichten) auf der Liste der Ziele der Stationsmitarbeiter_innen.

Der für die Projektgruppe vereinbarte Arbeitsplan sah die Durchführung von sieben Workshops vor:

- Festlegung des erforderlichen Personalbedarfs für alle Tage des Jahres
- Ablauf der Dienstplanung (unbeliebte Schichten / übrige Schichten)
- Work-Life-Balance (Vorgaben Wochenenden, Feiertage, Recht auf Freizeit, ...)
- Vertretungsregelungen
- Umgang mit Überstunden
- Planungsinstrument (Software / Papier) und Planungszeitraum
- Entwicklung eines verlässlichen Modells zur Dienstplangestaltung für die Station und Vorstellung im Team

Althergebrachtes auf den Prüfstand stellen

„Wie viele Pflegekräfte müssen wann auf der Station sein?“ Hierfür gab es eigentlich klare Vorgaben von der Pflegedienstleitung. In der Diskussion im Projektteam wurden diese Vorgaben jedoch kritisch diskutiert. So wurde deutlich, dass der Freitagnachmittag sowie der Nachmittag der Chefarztvisite häufig durch eine Vielzahl von Entlassungen geprägt sind und der Arbeitsanfall während einer Kernzeit hier deutlich höher ist als an anderen Nachmittagen. Entlastung könnte für die Dienst habenden Pflegekräfte durch eine zusätzliche Pflegeassistenz für eine halbe Schicht in diesen Spätschichten herbeigeführt werden. Die Projektgruppe beschloss, das Gespräch mit den Teilzeitkräften (Pflegeassistenten) auf der Station zu suchen, um zu klären, wer von diesen bereit wäre, halbe Schichten (3 – 4 Stunden zusätzlich ab 14 oder 15 Uhr) an solchen Nachmittagen zu übernehmen. Bestünde eine entsprechende Bereitschaft bei einigen Pflegekräften, sollte bei der Mitarbeitervertretung eine Genehmigung für einen (zeitlich befristeten) Modellversuch eingeholt werden.

Nicht immer reichte das Wissen der Projektgruppe

Schwieriger gestaltete sich die Diskussion zur Definition der unbeliebten und schwierig zu besetzenden Schichten. Hier hatten die Projektgruppenmitglieder sehr unterschiedliche Einschätzungen. Aus diesem Grund wurde beschlossen, alle Stationsmitarbeiter_innen zu fragen, welche Schichten jede_r Einzelne ungern übernimmt. Hierzu wurden zwei Abfragen durchgeführt: zum einen wurde gefragt, welche Schichten innerhalb jeder „normalen“ Woche man am liebsten frei hätte, zum anderen wurde erhoben, welche Tage oder Wochen innerhalb des Jahresverlaufes der/die Einzelne gerne frei haben möchte. Die Ergebnisse des gesamten Teams wurden übereinander gelegt und ausgewertet. Dabei ergab sich, dass die Nachtschichten am Freitag, Samstag und Sonntag sowie der Spätdienst am

Samstag und Sonntag unbeliebt waren. Die Problematik des Mittwoch- und Freitagnachmittags (vermehrter Arbeitsanfall durch Entlassungen) führte dagegen nicht dazu, dass diese Dienste unbeliebt waren, so dass der ursprüngliche Gedanke der Projektgruppe nach einer personellen Aufstockung ad acta gelegt wurde. „Das haben wir subjektiv wohl anders eingeschätzt als unsere Kolleginnen und Kollegen,“ so das Fazit der Projektgruppe. „Gut, dass wir uns darauf verständigt haben, objektive Daten bei allen Beteiligten zu erheben.“ Was die Projektgruppe noch überraschte: Innerhalb des Jahresverlaufes gab es lediglich zu Weihnachten und Silvester stärkere Häufungen von „Frei-Wünschen“.

Implizite Regelungen sichtbar machen

Eine zweite wichtige Aufgabe der Projektgruppe bestand darin, all die ungeschriebenen Regelungen zur Dienstplangestaltung, die innerhalb der Station mehr oder weniger von allen getragen wurden, schriftlich festzuhalten. Dabei wurde deutlich, dass es die ungeschriebene Regelung gibt, dass diejenigen, die Weihnachten arbeiten, Silvester frei haben und umgekehrt. Wer Ostern arbeitet hat Pfingsten frei und andersherum.

Es gab auf der Station außerdem die (ungeschriebene) Regelung, dass man an seinem Geburtstag auf jeden Fall frei bekommt, wenn man das möchte.

Darüber hinaus gab es keine Regelungen, wie viel Anspruch auf freie Schichten / Tage jede_r Beschäftigte hat. Es wurde vereinbart, auf Basis des vorhandenen Wunsch-Buches auf der Station zu überprüfen, wie viele „Frei-Wünsche“ für die Beschäftigten im Regelfall pro Monat berücksichtigt werden können, um auch hier wieder eine verlässliche Basis für die zu entwickelnden Rahmenbedingungen zu haben.

Das Konzept ist nicht in Stein gemeißelt

Auf Basis dieser Angaben wurden verbindliche Rahmenbedingungen zur Dienstplanung erarbeitet und schriftlich festgehalten. Diese wurden dann im Rahmen einer Teamsitzung an alle Pflegekräfte kommuniziert. Anschließend ging das neue Konzept in die Umsetzung. Nach zwei Monaten wurden die Erfahrungen in einer erneuten Sitzung mit allen Pflegekräften reflektiert. An der einen oder anderen Stelle hatten sich in der praktischen Arbeit Probleme ergeben. Einige Punkte waren noch nicht ausreichend geregelt. Die separate Planung der Nachtdienste hat sich als unnötig erwiesen, da sich immer genügend Beschäftigte für die Nachtschichten finden lassen. Daher wurden im Rahmen der Teamsitzungen entsprechende Veränderungen vereinbart, die direkt schriftlich fixiert wurden und mit der nächsten Planungsphase in die Umsetzung gingen.

„Wir haben es geschafft, etwas zum Positiven zu verändern“

Die Projektgruppenmitglieder waren am Ende der Projektlaufzeit stolz auf das, was sie entwickelt haben. Sie haben die Chance genutzt, selbst die Initiative zu ergreifen und ihr Arbeitsumfeld ein Stück weit mitzugestalten.

Wie wichtig ihnen diese Möglichkeit war, spiegelt sich auch darin wieder, wie ernst sie die Teilnahme an den regelmäßigen Projektgruppensitzungen genommen haben. So kam eine Pflegekraft zum Projekttreffen, obwohl sie an diesem Tag Geburtstag hatte und eigentlich hätte frei nehmen dürfen. Die Geburtstagsfeier hatte sie einfach auf den frühen Abend verschoben. Auch der freie Nachmittag zwischen zwei Nachtschichten wurde einmal für die Diskussion in der Projektgruppe genutzt: „Wir wollen hier doch etwas Gutes für uns und unsere Kolleginnen und Kollegen entwickeln. Das lohnt sich doch, wenn ich hier herkomme,“ so die Aussage der Pflegekraft.

Darüber hinaus führten sie im Kollegenkreis regelmäßig Gespräche über die Diskussionen in der Projektgruppe. „Uns ist es wichtig, dass wir nicht nur unsere Meinung vertreten, sondern dass der Großteil des Teams hinter dem neuen Konzept steht.“ Auf der anderen Seite war allen immer bewusst, dass es auch Kolleginnen und Kollegen geben würde, die mit dem neuen Konzept nicht zufrieden sein würden. „Insbesondere diejenigen, die vorher eine lange Liste an Sonderwünschen hatten und im Prinzip nach ihrem ganz persönlichen Wunschdienstplan arbeiten konnten ohne Rücksicht auf den Rest des Teams zu nehmen, müssen sich umstellen. Jede_r hat nur eine fest gelegte Anzahl an Frei-Wünschen, jede_r muss an der einen oder anderen Stelle in den sauren Apfel beißen und unbeliebte Schichten übernehmen. Nur die Rosinen rauspicken klappt jetzt nicht mehr,“ so das Fazit der Projektgruppe.

Ähnlich positiv fällt die Resonanz im Team insgesamt aus. Die meisten finden die Dienstplanung gerechter als früher. „Dabei hat sich eigentlich fast gar nichts geändert gegenüber früher,“ stellte eine junge Krankenschwester zwei Monate nach Einführung des neuen Instrumentes dar. Im Prinzip hat sie Recht: Auch vor der Einführung des Instrumentes konnte jede_r Beschäftigte Frei-Wünsche äußern und angeben, wann er/sie gerne arbeiten wollte. Was fehlte, waren die Transparenz und verbindliche Regelungen. Es gab keine Obergrenzen bezüglich der Frei-Wünsche und warum welche Wünsche berücksichtigt oder nicht berücksichtigt wurden, war für die einzelnen Mitarbeiter_innen nur schlecht nachvollziehbar.

Hier liegen dann auch die wichtigsten Aspekte für den Erfolg des neuen Ansatzes: Transparenz im Planungsprozess und das gleiche Recht auf Work-Life-Balance für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

ERGÄNZENDE MATERIALIEN

Das EK Unna hat sich mit den Konzepten zur Dienstplangestaltung aus dem Universitätsklinikum Göteborg auseinandergesetzt und auf Basis der schwedischen Ideen ein auf die Bedürfnisse der Beschäftigten und der Klinikleitung ausgerichtetes Modell entwickelt und implementiert. Dabei wurde von Anfang an ein partizipativer Ansatz gewählt. Die im Rahmen der Projektarbeit im EK Unna entwickelten Arbeitsmaterialien können bestimmt auch Impulse für andere Krankenhäuser in Deutschland geben.

[Präsentation: Konzept zur verlässlichen Arbeitszeitplanung im EK Unna](#)

[Arbeitsmaterial: Vorgehensweise im EK Unna](#)

[Arbeitsmaterial: Erhebung „unbeliebter Schichten“](#)

[Arbeitsmaterial: Erstellung eines mitarbeiterorientierten Schichtplans](#)