



5

Ist New Work im Krankenhaus anschlussfähig?

Gabriele Stilla-Bowman

5.1 Kommunikation, Organisationsentwicklung und New Work

New Work im Krankenhaus hat viele Gesichter und unterschiedliche Ansatzpunkte – ob es die selbstorganisierten Teams sind, die mehr Verantwortung übernehmen, agile Strukturen oder ein verändertes Führungsverständnis. Viele kraftvolle Konzepte, die auf Kooperation auf Augenhöhe zielen, auf größere Mitarbeiterzufriedenheit sowie auf eine gute Patientenversorgung. Diese leuchtenden Konzepte treffen auf heterogene Berufs- und Rollenverständnisse in einer Umgebung, die organisational schon bei eher traditionellen Change-Projekten mit starken *Immunsierungstendenzen* reagiert.

Ich möchte in der Folge einige Hypothesen entwickeln, warum Organisationsentwicklung in Krankenhäusern in der Regel schlecht verfängt, um dann über eine mögliche anschlussfähige Strategie nachzudenken, mit der Inhalte von New Work transportiert werden könnten.

5.2 Change-Prozesse und die Beharrlichkeit der Organisation

Wer einmal einen größeren Change-Prozess mitgestaltet hat, mag nach dessen Scheitern gelernt haben, dass der damit angezielte Kulturveränderungsprozess häufig zu sehr von außen kam, zu wenig die genuine Interessensgemengelage beachtete, und zum Teil zu naiv die DNA der Organisation adressiert

hat. Dies ist etwa zu beobachten bei Strategieentwicklungsprozessen, die sich zwar bemühen, Beteiligung zu schaffen, denen es aber selten gelingt, zu einem *bedeutsamen Diskurs* für die Leistungserbringer werden. Oder Management-Instrumente wie Qualitäts- und Risikomanagement, die durchaus anfänglich den Impetus von Organisationsentwicklung und Qualität auch im Sinne von gelingender Arbeit hatten, jedoch leicht von der Organisation assimiliert werden und sich abschleifen zu isomorphen Aufschreibe-Routinen. Geht es um Mitarbeiterbindung, ist die Mitarbeiterbefragung ein gern genutztes Instrument, um mit Chance zu dem Schluss zu kommen, dass die Mitarbeiterzufriedenheit zwar höher sein könnte, aber die Ergebnisse doch nicht so alarmierend sind, dass sie zu einer grundsätzlichen Veränderung von Arbeitsbedingungen führen müssten. Mit ein paar Maßnahmen und Schönheitsreparaturen sollte man doch auch auskommen. Die aufwändigen Befragungen folgen zudem der Logik der asymmetrischen Beziehung zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter, nach welcher es dem Dienstgeber obliegt, für die Zufriedenheit seiner Mitarbeiter zu sorgen – was weder seine Aufgabe ist noch in seiner Macht steht.

In diesem Sinne möchte ich sowohl internen als auch externen Organisationsentwicklern ans Herz legen, hier mit einer angemessenen Selbstkritik zu beginnen – es ist nicht so schmerzhaft wie man glauben mag, wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann. Eine schematische Analyse einiger wichtiger Bereiche, Akteure und Elemente im Krankenhaus mag helfen, eine *anschlussfähigere Kommunikation* für wirkliche Veränderung zu schaffen, im Sinne einer der Kernaussagen von New Work – dem selbstbestimmten Arbeiten in selbstorganisierten Kontexten.

5.3 Berufsgruppen

In der Linienorganisation des Krankenhauses ist die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer ein stehendes Desiderat. Es gelingt je nach Fachbereich mal mehr, mal weniger gut, tendenziell in den sprechenden Disziplinen besser (insbesondere in der Psychiatrie). Dennoch ist der ärztliche Blick auf Patienten ein grundsätzlich anderer als der pflegerische, der funktionsdiagnostische oder co-therapeutische Ansatz. Selbst-

Selbstorganisation ist allen Berufsgruppen im Krankenhaus tendenziell ein Anliegen, ist jedoch unterschiedlich codiert.

organisation ist allen Berufsgruppen im Krankenhaus tendenziell ein Anliegen, ist jedoch unterschiedlich codiert.

Systemtheoretisch referenziert der Funktionszusammenhang Krankenhaus auf den negativen Wert Krankheit (Vogd 2005). Vereinfacht und bewusst übertrieben gesagt, ist damit die *Aufgabe des Arztes* im Funktionssystem Krankenhaus, aus einem kranken Menschen einen behandelbaren Patienten zu machen. Gesundheit (als positiver Wert) bleibt undefiniert und führt nicht zu

Systembildung. Dieser Grundtatbestand hat sich, wie Vogd ausführlich darlegt, im letzten halben Jahrzehnt im Spannungsfeld von wissenschaftlichen Erkenntnissen und ärztlicher Praxis inhaltlich von ärztlicher Kunstlehre und Könnerschaft zur leitliniengerechten Behandlung, zur *evidence based medicine* (EBM) entwickelt, welche den „Anspruch vertritt, klinische Praxis auf die jeweils beste „externe Evidenz“ aus kontrollierten wissenschaftlichen Studien zu gründen (...). Die Organisation des medizinischen Wissens obliegt nun endgültig nicht mehr der Person des allwissenden Arztes, sondern wird zu einem individuelle Kompetenzen überschreitenden *Procedere*, das nur in und durch spezielle hierfür legitimierte Organisationen vollzogen werden kann.“ (Vogd 2005).

Ohne an dieser Stelle tiefer einzugehen auf die medizinhistorischen und -soziologischen Implikationen dieser kurz referierten Entwicklung ist festzuhalten, dass „Selbstbestimmung“ ärztlichen Handelns nicht ohne weiteres auf ärztliche Könnerschaft zurückzusetzen ist, denn in der Organisation Krankenhaus sichert die leitliniengerechte Behandlung wesentlich ab gegen mögliche Ansprüche von Patienten im Schadensfall. Die Frage ist, ob ärztliche Praxis als Erfahrung von Wirksamkeit des eigenen Tuns trotz Leitlinien-treue möglich ist.

Die Professionalisierung und Akademisierung der *Pflege* in den letzten Jahrzehnten hat dieser Berufsgruppe rein formal den Bedeutungszuwachs beschert, der ihr dem Grunde nach schon immer gebührt. Für die größte Berufsgruppe im Krankenhaus scheinen die Konzepte und Ideen von New Work deutlich stärker in Resonanz zu gehen und anschlussfähiger zu sein als für die Ärzteschaft. Die Freiräume für die engagierte Ausgestaltung von Pflege hat im ambulanten Bereich nach dem *Buurtzorg-Prinzip* auch in Deutschland begeisterte Anhänger gefunden und ist bereits in eigenen Projekten realisiert. „Die Zukunft der Pflegebranche muss agiler und attraktiver werden. New Work kann dabei ein vielversprechender Ansatz sein“, heißt es etwa beim Verbundprojekt „Future Care and Services“ des Fraunhofer-Instituts für Arbeitswirtschaft und Organisation, in dem innovative Gestaltungsmöglichkeiten für die Pflegebranche entwickelt werden (Fraunhofer-Institut

Wenn es eine komplementäre Verbindung gibt zwischen dem neu gewonnenen Selbstbewusstsein der Pflege und den Formen selbstorganisierter Zusammenarbeit von New Work, könnte dieser Zusammenhang zur spannendsten und innovativsten Organisationsform der Zukunft werden.

2020). Wenn es eine komplementäre Verbindung gibt zwischen dem neu gewonnenen Selbstbewusstsein der Pflege und den Formen selbstorganisierter Zusammenarbeit von New Work, könnte dieser Zusammenhang zur spannendsten und innovativsten Organisationsform der Zukunft werden.

Der Bezug der Pflege zu Patienten ist natürlich auch durch Standards und Leitlinien reguliert und zu großen Teilen auch dadurch eingeschränkt, jedoch ist die professionelle und pflegewissenschaftliche Systembildung explizit an

Gesundheit, nicht an Krankheit orientiert. Der Pflegeprozess bildet etwa in der Theoriebildung von Krohwinkel das Wohlbefinden und Unabhängigkeit der Pflegebedürftigen als subjektiv empfundene Teile der Gesundheit ab. Die ganzheitliche Sicht auf Patienten scheint eine natürliche Affinität zu Organisationsmodellen wie Holocracy von New Work zu haben. Allerdings gilt es hier die spezifischen Organisationserfordernisse zu unterscheiden von Patientenbedürfnissen – ein Krankenhaus ist kein Start-up, welches in seiner Pionierphase den intensiven Kundenkontakt als alleinigen Erfolgsindikator sehen kann. Eine Organisation, die langfristig gelingende Arbeit in der Patientenversorgung sicherstellen kann, ergibt sich nicht allein und automatisch aus diesem Erfolgsfaktor.

Um das klassische Dreigestirn des Krankenhauses zu vervollständigen, soll noch die kaufmännische Seite Erwähnung finden. Ein Krankenhaus wirtschaftlich zu führen unter den Bedingungen von Budgetdeckelung, DRGs und Investitionsstau, ist nichts weniger als ein Kunststück. Personalabbau als scheinbar einzig verbleibende Stellschraube, um das Überleben einzelner Häuser zu sichern, der entsprechende Fachkräftemangel sowie die Überforderung des verbleibenden Personals bringen die Häuser in ökonomische und organisationale Zerreißproben – unabhängig davon, ob sie in freigemeinnütziger, kommunaler oder privater Trägerschaft sind. Bei der sogenannten Ökonomisierung im Gesundheitswesen bedarf es einer guten Einschätzung, ob und inwiefern neue Formen der Arbeit nicht nolens volens zum Systemerhalt genutzt werden, statt die Strukturen tatsächlich zu ändern.

5.4 Subsysteme

Geht man mit der systemtheoretischen Annahme einer Codierung von gesund/krank als wichtigste systembildende Unterscheidung aus, ist die Organisation Krankenhaus damit jedoch noch nicht erschöpfend bestimmt. Es gibt weitere Subsysteme, die am Design der Organisation weben und unter Umständen quer zu neuen Formen der Arbeit stehen.

Die Ökonomisierung wurde bereits genannt. Weitere Subsysteme sind

- die hierarchische Organisationsauffassung mit ihrer Zuschreibung von Kompetenz/Nichtkompetenz und der Tendenz, das eigene professionelle Selbstverständnis als Prinzip der Organisation anzunehmen (z.B. in der Deutungsform einer Pathologisierung oder Pädagogisierung des Systems),
- das moralische Subsystem (bei konfessionellen Trägern die entsprechende kirchliche Deutungshoheit über das Organisationsgeschehen),
- das Subsystem Macht/Ohnmacht (interne Verhaltensregeln, Verfahrens- und Dienstanweisungen) und schließlich
- die externe Referenz der sich ändernden Gesetze mit Ge- und Verboten.

Greifen wir einmal zwei dieser Subsysteme heraus, um daran zu zeigen, wie weitreichende Implikationen diese für Veränderung haben.

Die Perspektive Kompetenz/Nichtkompetenz liegt meines Erachtens quer zu einigen Grundannahmen von New Work; die selbstbestimmte und selbstorganisierte Arbeit lebt von einer Kommunikation auf Augenhöhe und vom Perspektivwechsel bei Gleichgewichtung aller Perspektiven im Raum. Dies erfordert einen Sachbezug, der ein Verständnis von Organisation voraussetzt, statt die eigene Profession zur Deutung zu nutzen. Ich habe erlebt, wie Arbeitsbeziehungen personalisiert und pathologisiert wurden – das Vokabular der Psychiatrie eignet sich beispielsweise hervorragend dafür. Statt also gemeinsam dysfunktionale Muster in Abläufen gemeinsam aufzuspüren, wurden geradezu genussvoll narzisstische Störungen oder neurotische Verhaltensmuster bei Kollegen (gern und besonders bei Führungskräften) diagnostiziert und für Störungen (die ja immer Vorrang haben!) verantwortlich gemacht. Oder auch Seminare, in denen Moderationstechniken geübt werden sollten und die sich entschieden in gruppentherapeutische Sitzungen verwandelten.

Das ist nicht hilfreich, schon gar nicht bei Arbeitsformen der New Work, und doch sehr persistent, weil lange praktiziert. Es ist ein Kulturmuster, das in Organisationen des Gesundheitswesens immer wieder zu finden ist. Die Spielregeln dieses Musters ergeben sich fast automatisch, gerade weil sie nahtlos an die jeweiligen Herkunftspeditionen der Akteure anschließen. Die so produzierten Kulturmuster könnten sich leicht von dem noch „artfremden“ Ansatz New Work bedroht fühlen und eine Immunreaktion hervorrufen.

Die Perspektive Deutungshoheit ist eine, die sich wohl am besten mit latenten Regeln der Organisation umschreiben lässt. Der Wertekanon, der sich beispielsweise bei kirchlichen Trägern finden lässt, ist zunächst sehr nahe am extern referenzierten Ziel, dem Patienten. Das macht diesen Diskurs ungemain attraktiv für helfende und heilende Berufe. Dem Diskurs immanent ist allerdings auch, dass transparente Kommunikation auf Augenhöhe nicht vorgesehen ist. In diesem Kontext wird verkündet und nicht diskutiert, es wird angewiesen und nicht ausgehandelt und es wird bestimmt und nicht mitbestimmt.

Das wird wiederum im gegebenen Kontext niemand explizit so sagen, sodass dieses Kulturmuster sehr schlecht ins Licht zu bringen ist und die Kommunikation strukturiert, aber selbst nicht analysiert werden kann. New Work ist kommunikationsstark und setzt auf Transparenz. Damit Inhalte in die organisationale Kommunikation kommen, selbst zu einer anschlussfähigen Kommunikation werden, muss sehr genau über angemessene Störungen des Systems nachgedacht werden. Der zwanglose Zwang des besseren Arguments wird die Deutungshoheit einer kirchlichen Realität nicht erreichen.

5.5 Anschlussfähig auf dem Weg zu New Work im Krankenhaus

Die Ideen von New Work im Krankenhaus beziehen ihre Schubkraft und Energie nicht nur aus einer tiefen Unzufriedenheit in und mit den bestehenden Systemen, sondern auch aus bereits gelungenen kleineren Erfolgsgeschichten und dem drängenden Bedürfnis, selbstwirksam zu arbeiten. Damit die erwähnten und kursorisch analysierten Immunisierungstendenzen der Orga-

Selbstbestimmung und Selbstorganisation können sich in Schutzräumen entfalten, die zunächst die Linienorganisation weder infrage stellen noch sie wiederholen.

nisationen nicht zu einer Schubumkehr beim Start oder beim Erreichen der wünschenswerten Flughöhe führen, könnten etwa *Schutzraumprojekte* ein gutes Gelingen wahrscheinlicher machen. Selbstbestimmung und Selbstorganisation können sich

in Schutzräumen entfalten, die zunächst die Linienorganisation weder infrage stellen noch sie wiederholen. In diesen Schutzräumen können Vertreter aller Berufsgruppen neue Formen des Arbeitens erproben, ohne dass sie durch ihre Arbeit sogleich die Immunabwehr der Organisation anregen.

Schutzräume können etwa so aufgesetzt werden, wie Michael Löhr es beschreibt: „Hier arbeiten Menschen unterschiedlichster Berufsgruppen, die quasi hinter der Linienorganisation Projekte agil gestalten und weitere Mitarbeiter quer zu den Linien projekt- und aufgabenbezogen einbinden. Diese Struktur folgt gewissermaßen dem Dualen Betriebssystem nach John P. Kotter. Dabei wird die klassische Linie nicht aufgelöst, sondern eine agile Struktur hinter die Linie gelegt.“ (Löhr 2020)

Die Kommunikation, die in diesen Schutzräumen gepflegt wird, ist allein durch die Beteiligten dieser Projekte sehr nah an den Arbeitsrealitäten und muss nicht als externes Konzept in deren Realität übersetzt werden.

Diese geschützten Räume sind Explorationsräume; es sind keine Veranstaltungen für Pilotprojekte oder für einen Best Practice-Ansatz. Denn so standardisiert das Prozessgeschehen im Krankenhaus auch ist, so wenig kann man für wirkliche Neuerungen sogleich eine Umsetzbarkeitsannahme treffen oder einen Vorbildcharakter annehmen. Von einer schnellen Integration solcher Schutzräume ist abzusehen – auch dies ist eine Form der Immunabwehr der Organisation. In Bezug auf einzelne Akteure ist das „Beauftragten-Wesen“ im Krankenhaus ein Beispiel für eine solche Abwehr; Impulse, die nicht unmittelbar systemstützend sind bzw. das Potenzial hätten, das System zu irritieren, werden durch einen Titel, eine Beauftragung, sofort neutralisiert. Das heißt nicht, dass in diesen Schutzräumen nicht „wirklich“ gearbeitet wird – es heißt nur, dass es keine Blaupause, kein Patentrezept gibt, welches nach kurzer Zeit ohne weitere Kontextanalyse in der gesamten Organisation ausgerollt wird. Philipp Andresen beschreibt beispielsweise sehr überzeugend, wie gerade eine Krisensituation agile Formen des Arbeitens hervorbringen kann, etwa wenn in der Corona-Pandemie die Arbeit des Krisenstabs agil verfasst wird, um an-

5 Ist New Work im Krankenhaus anschlussfähig?

gemessen schnell auf die neue Situation reagieren zu können (Andresen 2021). Wenn diese agilen Formate als Zauberformeln für die gesamte Organisation eingesetzt werden, werden sie jedoch schnell stumpf und wirkungslos.

Mit diesen Räumen sind weder die Support- und Teilprozesse gemeint noch die fachlichen Reflexionen wie Fallbesprechungen oder Supervisionen. Diese etablierten Formen sind gesetzte Teile der Prozessarchitekturen. Aber die Möglichkeiten, sich über organisationale Entwicklungen, über Selbstverständnis und Veränderung Gedanken zu machen, um eine gemeinsame Sprache zu ringen und den Nutzen für die Patienten wieder in die Organisation zu holen, braucht viele Schutzraumprojekte, in denen konkrete Lösungen für spezielle Herausforderungen gefunden werden können. In diesen Räumen übernehmen die Beteiligten die Verantwortung für ihre Arbeit und für ihre Entscheidungen – sie übernehmen sie, weil sie nicht länger bei Vorgesetzten liegt, in die Prozesse eingeschrieben ist oder in Regeln und Leitlinien verkapselt liegt. Viele Schutzraumprojekte aneinandergereiht können ein Organisationsdesign ermöglichen, das einen Systemwechsel wahrscheinlicher macht und von den Rändern her organisch befördert – nicht disruptiv, sondern dezentral, überzeugend und mit Akteuren, die Kompetenz, Autonomie und soziale Eingebundenheit erleben und nicht mehr zurückgeben möchten.

In diesen Projekten wird es auch neue Kommunikationsstrukturen geben, es gibt nicht nur die gewohnte Organigramm-Kommunikation, sondern die bereichernde, berufsgruppenübergreifende Auseinandersetzung über gelingende Arbeit. Aber auch die Organisation selbst wird reflektiert – es gilt, eine Erzählung zu etablieren über die eigene organisationale Verfasstheit, die multiperspektivisch reflektiert und sich nicht von Silos, Hierarchien und Verantwortungsdelegation bestimmen lässt.

Es gilt, eine Erzählung zu etablieren über die eigene organisationale Verfasstheit, die multiperspektivisch reflektiert und sich nicht von Silos, Hierarchien und Verantwortungsdelegation bestimmen lässt.

Literatur

- Andresen P (2021) Agilität im Krisenmanagement – Wie Kliniken das Spiel gegen die Zeit gewinnen können. Whitepaper Corona Future Management, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. URL: <https://www.mwv-berlin.de/meldung/!/id/334> (abgerufen am 28.12.2021)
- Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (2020) Future Care and Services – Mit New Work in die Zukunft der Pflege. URL: <https://www.iao.fraunhofer.de/de/presse-und-medien/aktuelles/future-care-and-services-mit-new-work-in-die-zukunft-der-pflege.html> (abgerufen am 28.12.2021)
- Hildebrand R (2007) Die dualistische Finanzierung des Krankenhausmarktes. Anspruch und Wirklichkeit. In: Kampe D und Bächstädt KH (Hg.) Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung. WIKOM Verlag, Wegscheid.
- Krohwinkel M (2013) Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
- Löhr M (2020) Agilität fällt nicht vom Himmel. In: Health Relations vom 28. September 2020. URL: <https://www.healthrelations.de/new-work-kliniken/> (abgerufen am 28.12.2021)
- Vogd W (2005) Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung Soziale Systeme, vol. 11, no. 2, 2005, pp. 236–270. Verlag De Gruyter, Oldenburg

